

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO (POP):

CRISES CONVULSIVAS NA SALA VERMELHA

Avaliação, Estabilização e Manejo do

Estado de Mal Epiléptico na Urgência

Reconhecimento precoce, intervenção rápida e tratamento baseado em evidências salvam vidas.

O Cenário Epidemiológico

10%

População que apresentará pelo menos um episódio de crise convulsiva durante a vida.

2%

População diagnosticada com epilepsia.



ALERTA: O estado de mal epiléptico é uma das emergências neurológicas mais críticas e frequentes no pronto-socorro.

O Objetivo e a Ciência

Nossa Meta: Reduzir mortalidade, mitigar sequelas neurológicas severas e diminuir o tempo total de internação através de intervenção rápida e padronizada.



American Epilepsy Society



Neurocritical Care Society



ESETT (Established Status Epilepticus Trial) & NEJM



UpToDate

Abrangência Institucional



UBS



Estratégia
Saúde da Família



Pronto
Atendimento



Sala
Vermelha



SAMU
Municipal



Transporte
Inter-hospitalar

Educação Permanente e Responsabilidades



Pilar 1

Equipe Médica

Liderança do fluxo de emergência, decisões de via aérea avançada (IOT) e prescrição de anticonvulsivantes e sedativos.



Pilar 2

Enfermagem

Gestão da Sala Vermelha, acesso venoso rápido e monitoramento multiparamétrico.



Pilar 3

Técnicos

Suporte imediato, preparo seguro das medicações (diluições críticas) e controle de glicemia capilar.

Critérios Diagnósticos (Tipos de Crise)

Provocada

Hipoglicemia, Distúrbios Hidroeletrólíticos (DHEL), Sepses, Intoxicações, Abstinência.

Sintomática Aguda

Infecções (Encefalite/Meningite), AVC, Traumatismo Cranioencefálico (TCE), Tumores.

Não Provocada

Epilepsia prévia, AVC antigo, Neurocirurgias anteriores.

Fases da Crise Tônico-Clônica

0-10s

Fase Tônica



- Perda de consciência, rigidez, queda, grito involuntário, apneia/cianose.

10-20s

Fase Clônica



- Abalos musculares, salivação excessiva, possível perda esfinteriana.

Após

Pós-Crise (Pós-Ictal)



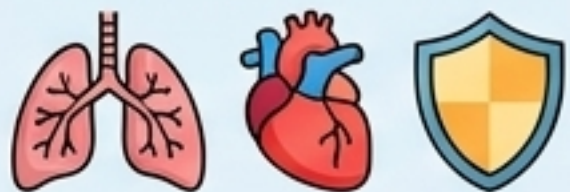
- Sonolência, confusão mental, amnésia.
- Ação: Manter vias aéreas pérvias.



ATENDIMENTO INICIAL: 0 a 5 MINUTOS

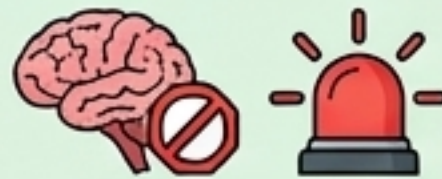
As 3 Prioridades Absolutas

1



Garantir Via Aérea,
Respiração e Circulação.

2



Interromper a convulsão
(evitar lesão neuronal,
hipóxia e acidose).

3



Identificar e tratar
causas fatais imediatas.

✓ **Condutas Obrigatórias**

Acionar equipe de emergência.

Garantir oxigênio suplementar e aspirar secreções.

Monitorização contínua e acesso venoso periférico.

Verificar glicemia capilar imediatamente.

Proteger cabeça e membros de traumas.

✗ **Práticas Proibidas**

NÃO conter os movimentos do paciente à força.

NÃO colocar objetos na boca ou entre os dentes.

NÃO tentar abrir a mandíbula forçadamente.



O Relógio Avança: Benzodiazepínicos (> 5 Minutos)

Objetivo Terapêutico: Abortar a crise convulsiva imediatamente.

NÃO
(Sem Acesso Venoso)

Acesso Venoso Estabelecido?

SIM
(Com Acesso Venoso)

Protocolares Sem Acesso

Midazolam: 10 mg IM (Intramuscular)

Diazepam: 10-20 mg via Retal

Protocolares Com Acesso

Midazolam: 10 mg EV (Endovenoso)

Diazepam: 10 mg EV
(Repetir 1x após 5 min, se necessário)

Lorazepam: 4 mg EV












ATENÇÃO ABSOLUTA: É contraindicado o uso de Diazepam por via Intramuscular (IM).



1ª Linha: Prevenção de Recorrência (Anticonvulsivantes)

Se a crise persistir após benzodiazepínicos, administrar **APENAS UMA** das opções abaixo o mais precocemente possível.

Fenitoína	Levetiracetam	Valproato de Sódio
 Dose de Ataque: 20 mg/kg EV (Dose adicional: 10 mg/kg)	 Dose de Ataque: 60 mg/kg EV	 Dose de Ataque: 40 mg/kg EV
 Dose Máxima: 2 g	 Dose Máxima: 4.500 mg (4,5 g)	 Dose Máxima: 3.000 mg (3 g)
 Tempo de Infusão: 20 a 30 minutos	 Tempo de Infusão: 5 a 15 minutos	 Tempo de Infusão: 4 minutos

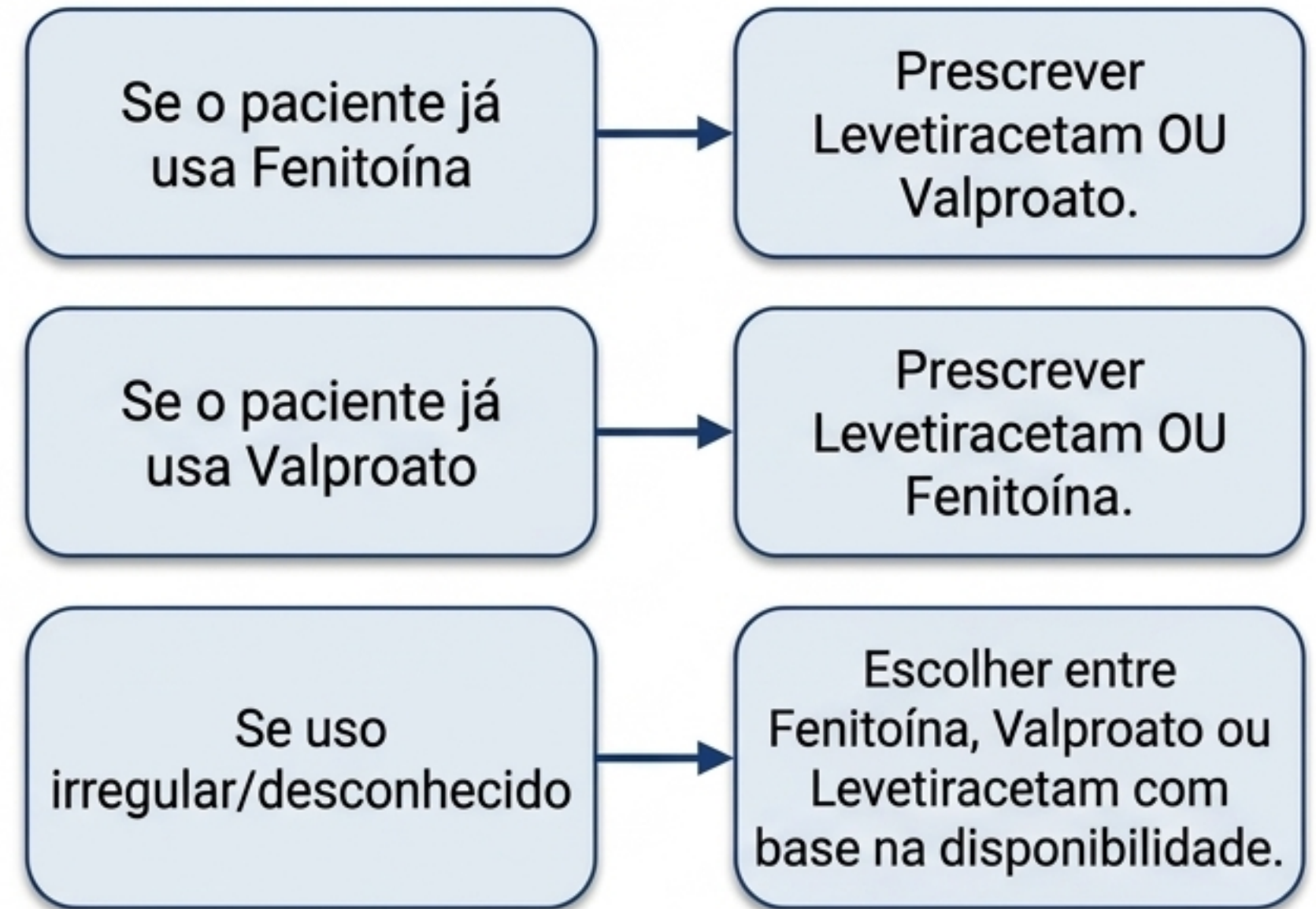
(Diluição em Soro Fisiológico 0,9%)

Foco de Segurança na Fenitoína

- **Riscos Críticos:** Hipotensão, arritmias cardíacas, e necrose tecidual por extravasamento (presença de propilenoglicol).
- **Regras de Ouro:** Exige acesso venoso exclusivo e monitorização cardíaca contínua.

Erro Comum (UpToDate): A prescrição fixa de 1 g é inadequada para a maioria dos adultos (>50kg). O cálculo DEVE ser feito por peso (20 mg/kg).

Algoritmo de Escolha (Histórico do Paciente)



2ª Linha: Fenobarbital 20 mg/kg EV
(apenas se 1ª linha falhar ou contraindicada).





A Barreira Crítica: Estado de Mal Epiléptico Refratário



Critério: Persistência das crises após Benzodiazepínicos e Anticonvulsivantes. Exige UTI.

Infusão Contínua (Sedação)



A) Midazolam

 Ataque 0,2 mg/kg EV
 Manutenção 0,1 mg/kg/h

B) Propofol


 Ataque 1-2 mg/kg EV
 Manutenção 20 mcg/kg/min


C) Cetamina (Alternativa)


 Ataque 2 mg/kg EV
 Manut: 1,5-10 mg/kg/h
(manter 24h após supressão)


Sequência de Intubação (IOT)

Indicações: Falência respiratória, rebaixamento grave de consciência.

 **Pré-tratamento:**
Fentanil (2-3 mcg/kg EV)

 **Indução:** Midazolam,
Propofol ou Cetamina

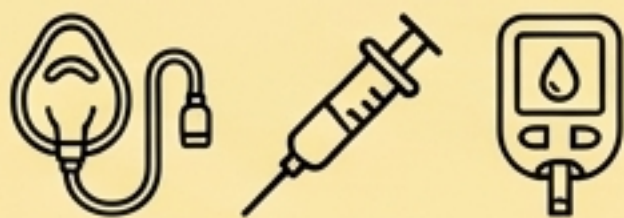
 **Bloqueio:** Rocurônio
ou Succinilcolina.

 **Alerta Máximo:** O bloqueador neuromuscular mascara os movimentos, mas **NÃO** trata a crise convulsiva cerebral. O cérebro continua convulsionando sem sedação adequada.

Fluxograma Terapêutico Integrado Institucional

**Estágio 1 (Minuto 0):
Chegada e
Estabilização**

- Garantir ABCs.
- O2, Acesso Venoso,
- Glicemia Capilar.



**Estágio 2 (Minuto 5):
Abortar a Crise**

- Midazolam 10mg (EV/IM) **OU**
- Diazepam 10mg EV.



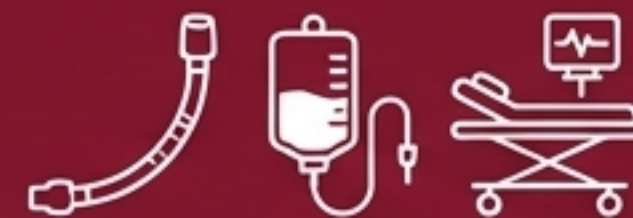
**Estágio 3
(Minuto 10-20):
Prevenir Recorrência**

- Fenitoína (20mg/kg) **OU** **OU**
- Levetiracetam (60mg/kg) **OU**
- Valproato (40mg/kg).



**Estágio 4 (Crise
Persistente):
Estado Refratário**

- Preparar IOT.
- Iniciar Sedação Contínua (Midazolam/ Propofol).
- Transferência para UTI.



Registros Obrigatórios e Investigação Diagnóstica

Exames Complementares Iniciais

Laboratório

Hemograma, Glicemia, Sódio, Potássio, Magnésio, Cálcio, Ureia, Creatinina, Gasometria, PCR, Lactato.

Imagem

Tomografia Computadorizada (TC) de Crânio (descartar sangramentos/tumores) e Radiografia de Tórax (avaliar broncoaspiração).

Outros

ECG contínuo, EEG e Punção Lombar (se suspeita de neuroinfecção).

Padrão de Prescrição Itariri



- Anotar rigorosamente horário de início de cada droga.
- Registrar as diluições padronizadas (ex: Fenitoína exclusivamente em SF 0,9%).
- Documentar a resposta clínica minuto a minuto e ajustes de bomba de infusão.

Continuidade do Cuidado: Critérios de Transferência e Acionamento



Indicações para Vaga de UTI (CROSS)

- Estado de mal epilético refratário.
- Necessidade de intubação orotraqueal (IOT) e ventilação mecânica.
- Instabilidade hemodinâmica requerendo drogas vasoativas.

Acionamento imediato da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

Critérios de Estabilidade para Transporte

- Check** Via aérea definitiva assegurada.
- Check** Acesso venoso profundo (preferencial) seguro e funcional.
- Check** Sedação contínua otimizada em bomba de infusão.
- Check** Hemodinâmica estabilizada (PAM adequada).

Monitoramento Institucional: Indicadores de Qualidade

Métricas avaliadas trimestralmente pelo Departamento de Saúde para garantir a excelência da Sala Vermelha:

Tempo Porta-Droga

Tempo decorrido até a administração do 1º benzodiazepínico (Alvo: < 5 min).



Tempo Anticonvulsivante

Tempo decorrido até o início da terapia de 1ª linha.



Mortalidade Institucional

Taxa de óbito por estado de mal epilético.



Regulação de Leitos

Volume e tempo de espera para transferências via CROSS.



Desfechos Adversos

Taxa de complicações respiratórias (ex: pneumonia aspirativa).



Taxa de IOT

Percentual de pacientes que evoluíram com necessidade de ventilação mecânica.



Termo de Aprovação Oficial (Versão 1.0 - 2026)

O presente documento denominado “PROTOCOLO MUNICIPAL DE MANEJO DA CRISE CONVULSIVA NA EMERGÊNCIA” foi elaborado com rigor técnico, baseado em diretrizes internacionais e adaptado à realidade da Rede Municipal de Saúde de Itariri (Pronto-Socorro e Sala Vermelha). Fica, por meio deste, administrativamente e clinicamente aprovado para uso contínuo.

Rafael de Jesus Oliveira
Diretor Municipal de Saúde

Dra. Yanisleidys Cepero Hernandez
Diretora Clínica

Dr. Mario Augusto Aparecido de Lima
(CRM-SP 30.014) – Responsável Técnico

Data Oficial: Itariri, ____ de
_____ de 2026.