

SALA VERMELHA 

CRISES CONVULSIVAS NA SALA VERMELHA

Avaliação, Estabilização e Manejo do Estado de Mal Epilético

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



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE




PROTOCOLO MUNICIPAL INSTITUCIONAL
MANEJO DAS CRISES CONVULSIVAS
ESTADO DE MAL EPILEPTICO

Nome Oficial

PROTOCOLO MUNICIPAL DE MANEJO DA CRISE CONVULSIVA
Pronto-Socorro e Sala Vermelha – Saúde Itariri

Componentes do Projeto:

-  **Educação Permanente**
 - **Treinamento Médico**
- **Treinamento Enfermagem**
 - **Capacitação Técnicos**

Aplicação:

- UBS
- Estratégia Saúde da Família
- Pronto Atendimento
- Sala Vermelha
- SAMU Municipal
- Transporte Inter-hospitalar

Baseado em:

- American Epilepsy Society
- Neurocritical Care Society
- Established Status Epilepticus Trial (ESETT)
 - UpToDate
 - New England Journal of Medicine
- Diretrizes Internacionais de Status Epiléptico



SUMÁRIO

	SEÇÃO	PÁG.
1.	INTRODUÇÃO	1
2.	DEFINIÇÕES	1
3.	PRIORIDADES INICIAIS	2
4.	RECONHECIMENTO DA CRISE TÔNICO- CLÔNICA	3
5.	SUORTE CLÍNICO IMEDIATO (ATÉ 5 MINUTOS)	4
6.	BENZODIAZEPÍNICOS (> 5 MINUTOS)	4
7.	ANTICONVULSIVANTES DE PRIMEIRA LINHA	5
8.	CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE FENITOÍNA	5
9.	ESCOLHA DO ANTICONVULSIVANTE	6
10.	ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRATÁRIO	7
11.	ALTERNATIVA TERAPÊUTICA – CETAMINA	8
12.	INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)	8
13.	CASO CLÍNICO INSTITUCIONAL	9
14.	EXAMES COMPLEMENTARES	9
15.	FLUXOGRAMA MUNICIPAL RESUMIDO	10
16.	INDICADORES MUNICIPAIS DE QUALIDADE	11
17.	TERMO DE APROVAÇÃO	12

1. INTRODUÇÃO

As crises convulsivas representam uma das emergências neurológicas mais frequentes nos serviços de saúde.

Estima-se que:

- Cerca de 10% da população apresentará pelo menos uma crise convulsiva durante a vida.
- Aproximadamente 2% da população possui epilepsia.

O reconhecimento precoce e a intervenção rápida reduzem mortalidade, sequelas neurológicas e tempo de internação.

2. DEFINIÇÕES

Crise Convulsiva Provocada

Ocorre em associação com:

- Hipoglicemia
- Distúrbios hidroeletrólíticos
- Sepses
- Intoxicações
- Abstinência alcoólica
- Drogas ilícitas

Crise Sintomática Aguda

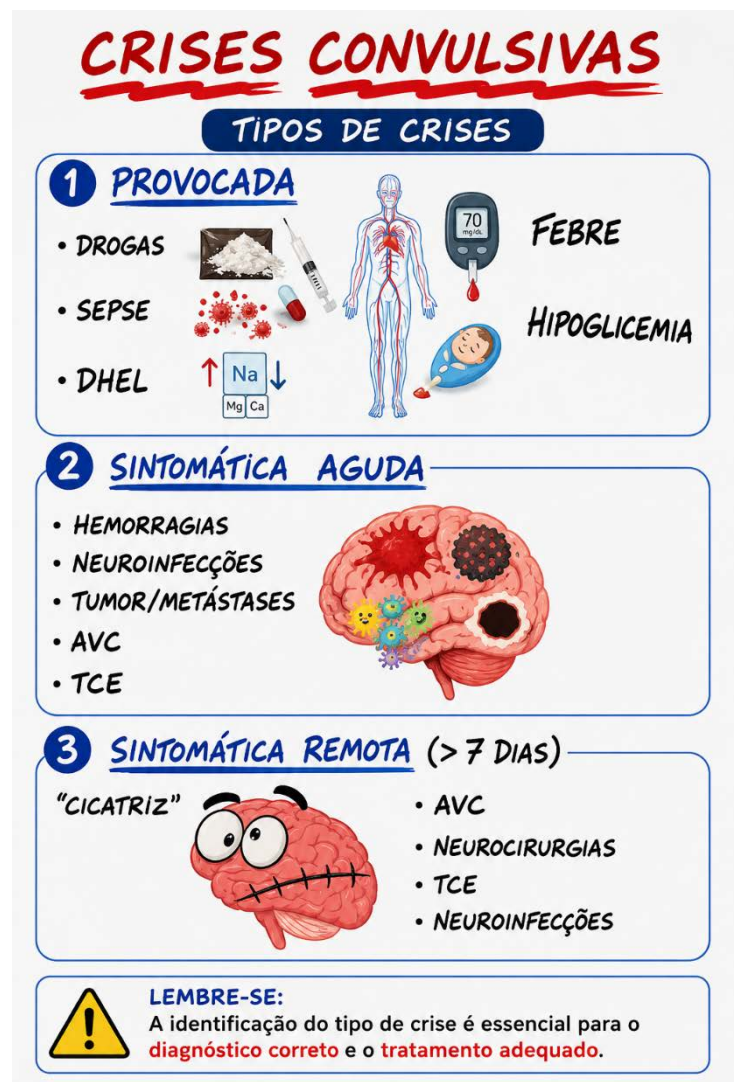
Relacionada a:

- Encefalite
- Meningite
- AVC
- TCE
- Tumores

Crise Não Provocada

Relacionada a:

- Epilepsia
- AVC antigo
- Neurocirurgias prévias
- TCE antigo



CRISES CONVULSIVAS

TIPOS DE CRISES

- 1 PROVOCADA**
 - DROGAS
 - SEPSE
 - DHEL

↑ Na ↓
Mg Ca

FEBRE
HIPOGLICEMIA
- 2 SINTOMÁTICA AGUDA**
 - HEMORRAGIAS
 - NEUROINFECÇÕES
 - TUMOR/METÁSTASES
 - AVC
 - TCE
- 3 SINTOMÁTICA REMOTA (> 7 DIAS)**
"CICATRIZ"
 - AVC
 - NEUROCIURGIAS
 - TCE
 - NEUROINFECÇÕES

LEMBRE-SE:
A identificação do tipo de crise é essencial para o diagnóstico correto e o tratamento adequado.

3. PRIORIDADES INICIAIS

Todo paciente com crise convulsiva deverá ser abordado seguindo a sequência:

PRIORIDADE 1

Garantir:

- Via aérea
- Respiração
- Circulação

CRISES CONVULSIVAS

PRIORIDADES

1

ESTABELECE E MANTE V.A. RESPIRAÇÃO E CIRCULAÇÃO ADEQUADAS

2

PARAR A CONVULSÃO (EVITAR LESÕES CEREBRAIS)

3

IDENTIFICAR E TRATAR CAUSAS FATAIS (NEUROINFECÇÕES, TCE, TUMOR, AVE)

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

→ PSICOGÊNICA

→ SÍNCOPE

PRIORIDADE 2

Interromper a crise

Objetivo:

Evitar:

- Lesão neuronal
- Hipóxia
- Acidose
- Edema cerebral

PRIORIDADE 3

Identificar e tratar causas fatais

Pesquisar:

- Neuroinfecção
- AVC
- TCE
- Tumor cerebral
- Distúrbios metabólicos

Diagnósticos diferenciais

- Síncope
- Crise psicogênica
- Hipoglicemia
- AVC

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

① SÍNCOPE

PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA E TÔNUS POSTURAL, COM RECUPERAÇÃO RÁPIDA E ESPONTÂNEA ("DESMAIO")

CAUSAS

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

CARDIOLÓGICAS

VASOVAGAL

SÍNCOPE X C. CONVULSIVA GENERALIZADA

CARACTERÍSTICAS	SÍNCOPE	CRISE CONVULSIVA GENERALIZADA
OCORRÊNCIA	CIRCUNSTANCIAL	ESPONTÂNEA
DURAÇÃO	< 30 SEGUNDOS	1 – 2 MINUTOS
QUEDA	FLÁCIDO OU RÍGIDO	RÍGIDO
CONVULSÕES	TREMORES BREVES E ARRÍTMICOS	RÍTMICOS
TEMPO DE RECUPERAÇÃO	< 30 SEGUNDOS	1 – 2 MINUTOS CONFUSÃO, SONOLÊNCIA (PÓS-ICTAL)

LEMBRE-SE

A síncope é geralmente benigna e autolimitada, enquanto a crise convulsiva pode indicar uma condição neurológica subjacente.

AVALIAR SEMPRE O CONTEXTO CLÍNICO E OS ACHADOS!

- CIRCUNSTÂNCIA → SÍNCOPE
- ESPONTÂNEO → CRISE CONVULSIVA
- RECUPERAÇÃO RÁPIDA → SÍNCOPE
- PÓS-ICTAL (CONFUSÃO, SONOLÊNCIA) → CRISE CONVULSIVA

4. RECONHECIMENTO DA CRISE TÔNICO-CLÔNICA

Fase Tônica (10–20 segundos)

Características:

- Perda súbita da consciência
- Queda ao solo
- Desvio ocular superior
- Extensão de membros
- Rigidez muscular
- Grito involuntário
- Apneia transitória
- Cianose

Fase Clônica

Características:

- Abalos musculares generalizados
- Salivação excessiva
- Mordedura de língua
- Incontinência urinária
- Relaxamento muscular progressivo

Pós-Ictal

Características:

- Sonolência
- Confusão
- Cefaleia
- Amnésia
- Fraqueza transitória

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO

FASES DA CRISE TÔNICO-CLÔNICA



FASE TÔNICA (10 a 20 segundos):

- Perda repentina de consciência
- Perda de postura com alto risco de mutilação dependendo da atividade
- Breve flexão dos braços, olhos desviados para cima
- Extensão de costas, pescoço, braços e pernas
- Grito involuntário devido à contração dos músculos respiratórios
- Respiração superficial, cianose pode ocorrer
- Termina com tremores que diminuem gradualmente e se fundem com a fase clônica



FASE CLÔNICA (10 a 20 segundos):

- Contrações flexoras breves, violentas e generalizadas, alternando com relaxamento muscular progressivamente mais longo
- Cianose
- Possível mordedura na bochecha ou na língua
- Salivação espumosa
- Possível perda do controle esfinteriano
- Termina com inspiração profunda e relaxamento muscular sustentado



PÓS-GRADUAÇÃO (PÓS-CRISE)

Sonolência, confusão, cefaleia, fraqueza muscular e amnésia do evento são comuns. Manter vias aéreas pervias e monitorar sinais vitais.



5. ATÉ 5 MINUTOS DE CRISE

SUPOORTE CLÍNICO IMEDIATO

Conduas

- Acionar equipe de emergência
- Monitorização contínua
- Verificar glicemia capilar
- Oxigênio suplementar
- Aspirar secreções
- Proteger cabeça e membros
- Acesso venoso periférico

Não fazer

- ✗ Não conter movimentos à força
- ✗ Não colocar objetos na boca
- ✗ Não tentar abrir a mandíbula

CHEGADA DO PACIENTE +

ATÉ 5 min DO INÍCIO DA CRISE

➔ SUPORTE CLÍNICO

- Avaliar cianose e Saturação**
- Administrar 100% O₂**
- Aspirar secreções**
- Proteção cabeça e membros**

+
**ATUAÇÃO RÁPIDA
SALVA VIDAS**

OXIGÊNIO

ASPIRAÇÃO

PROTEÇÃO

MONITORIZAÇÃO

6. CRISE > 5 MINUTOS

BENZODIAZEPÍNICOS

Objetivo:

Interromper imediatamente a atividade convulsiva.

Sem acesso venoso

Midazolam 10 mg IM

OU

Diazepam 10–20 mg retal

Com acesso venoso

- **Midazolam 10 mg EV**

OU

- **Diazepam 10 mg EV**

Repetir uma vez após 5 minutos se necessário.

OU

- **Lorazepam 4 mg EV**

Observação:

- ✗ Não utilizar Diazepam IM.

CHEGADA DO PACIENTE +

> 5 min DO INÍCIO DA CRISE

➔ BENZODIAZEPÍNICOS

• OBJETIVO: ABORTAR A CRISE

SEM ACESSO VENOSO

MIDAZOLAM 10mg IM

DIAZEPAM 10-20mg VR

! NÃO FAZER
DIAZEPAM IM

COM ACESSO VENOSO

MIDAZOLAM 10mg EV

**DIAZEPAM 10mg EV
+ 10mg APÓS 5 MIN**

LORAZEPAM 4mg EV

! A DOSAGEM INADEQUADA
LEVA A UM
PROLONGAMENTO DO
STATUS EPILÉPTICO

+
PÓS-GRADUAÇÃO

AVALIAR CAUSA

MONITORIZAR SINAIS VITAIS

GARANTIR VIA AÉREA E OXIGENAÇÃO

ENCAMINHAR PARA TRATAMENTO DEFINITIVO

!

ATENÇÃO: OBSERVAR RESPOSTA AO TRATAMENTO E REPETIR DOSE CONFORME PROTOCOLO, SE NECESSÁRIO.

+

7. ANTICONVULSIVANTES DE PRIMEIRA LINHA

Se crise persistir após benzodiazepínico:

Administrar UMA das opções:

Fenitoína

- Dose: 20 mg/kg EV
- Dose adicional: 10 mg/kg EV
- Máximo: 2 g
- Infusão: 20–30 minutos

Levetiracetam

- Dose: 60 mg/kg EV
- Máximo: 4.500 mg
- Infusão: 5–15 minutos

Valproato de Sódio

- Dose: 40 mg/kg EV
- Máximo: 3.000 mg
- Infusão: 4 minutos

8. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE FENITOÍNA

A Fenitoína:

- Deve ser utilizada em acesso exclusivo
- Exige monitorização cardíaca contínua

Riscos:

- Hipotensão
- Arritmias
- Necrose tecidual
- Extravasamento

Atenção:

Dose fixa de 1 g é frequentemente inadequada para adultos.

A dose deve ser calculada por peso.

CHEGADA DO PACIENTE

> 5 min DO INÍCIO DA CRISE

➔ ANTICONVULSIVANTES

• OBJETIVO: EVITAR RECORRÊNCIA

1ª LINHA

FENITOÍNA 20mg/Kg
DOSE ADICIONAL 10mg/Kg
(MÁXIMO 2g) EV 20-30min
*Propilenoglicol

LEVETIRACETAM 60mg/Kg
MÁXIMO 4.500mg (4,5g)
EV 5 a 15min

VALPROATO DE SÓDIO 40mg/KG
(MÁXIMO 3.000mg) EV EM 4 min

DILUIÇÃO EM SFO 0,9%

PONTOS IMPORTANTES

<p>Administrar o mais precocemente possível</p>	<p>Monitorar sinais vitais e nível de consciência</p>	<p>Registrar horário, dose e resposta ao tratamento</p>	<p>Se persistência das crises, seguir protocolo de segunda linha</p>
---	---	---	--

ATENÇÃO: OBSERVAR RESPOSTA AO TRATAMENTO E REPETIR DOSE CONFORME PROTOCOLO, SE NECESSÁRIO.

CHEGADA DO PACIENTE

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES!

MESMO COM DOSES ADEQUADAS DE BZD 20% SÃO REFRACTÁRIOS

FENITOÍNA
• Propilenoglicol

RISCOS DE:

- HIPOTENSÃO
- ARRITMIAS
- NECROSE
- TECIDUAL

PODE INTENSIFICAR A CONVULSÃO EM CASOS PROVOCADOS POR COCAÍNA

MONITORIZAÇÃO E ACESSO EXCLUSIVO

UpToDate®

Um erro comum é administrar uma dose “padrão” de 1 grama, que é uma dosagem inadequada para a maioria dos pacientes com peso superior a 50 kg (110 libras), ou seja, a maioria dos adultos.

9. ESCOLHA DO ANTICONVULSIVANTE

Paciente já em uso de Fenitoína

Preferir:

- Levetiracetam
- Valproato

Paciente já em uso de Valproato

Preferir:

- Levetiracetam
- Fenitoína

Uso irregular de anticonvulsivante

Pode utilizar:

- Fenitoína
- Levetiracetam
- Valproato

CHEGADA DO PACIENTE

SE PACIENTE FAZENDO USO PRÉVIO DE ANTICONVULSIVANTE:

- **FENITOÍNA** → LEVETIRACETAM ou VALPROATO
- **VALPROATO** → LEVETIRACETAM ou FENITOÍNA
- **FENITOÍNA ou VALPROATO USO IRREGULAR**
→ FENITOÍNA, VALPROATO ou LEVETIRACETAM

➔ **ANTICONVULSIVANTE**

 **2ª LINHA**
FENOBARBITAL
20mg/Kg EV

 **UpToDate®**

Apesar de sua eficácia, o fenobarbital geralmente não é usado como tratamento de primeira linha em adultos porque é lento para administrar, causa sedação prolongada e pode envolver um risco maior de hipoventilação e hipotensão do que benzodiazepínicos, fenitoína, valproato ou levetiracetam.



 AVALIAR HISTÓRICO de uso prévio e adesão ao tratamento	 ESCOLHER O FÁRMACO de acordo com o uso prévio e disponibilidade	 MONITORAR sinais vitais e nível de consciência	 ATENÇÃO A EFEITOS colaterais e interações medicamentosas
---	--	---	---

 **ATENÇÃO:** A escolha do anticonvulsivante deve ser baseada no uso prévio, na eficácia, segurança e no estado clínico do paciente. 

10. ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRACTÁRIO

Definição:

Persistência das crises após:

- Benzodiazepínicos
- Anticonvulsivante de primeira linha

Necessita:

- UTI
- Intubação orotraqueal
- Sedação contínua

Midazolam

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

Propofol

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

CHEGADA DO PACIENTE

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRACTÁRIO

INFUSÃO CONTÍNUA

➔

MIDAZOLAM



0,2mg/KG EV LENTAMENTE (2mg/min)
REPETINDO A CADA 5 MIN ATÉ INTERRUPTÃO DAS CRISES (MÁX: 2mg/KG)


+


+

MIDAZOLAM 5mg/ml -
30ml + SFO,9% 120ml

INFUSÃO CONTÍNUA 0,1mg/Kg/h

➔

PROPOFOL



**1 a 2mg/KG EV LENTAMENTE POR 5 MINUTOS -
REPETINDO ATÉ INTERRUPTÃO DAS CRISES (MÁX: 10mg/KG)**
**INFUSÃO CONTÍNUA 20 mcg/kg por minuto
(1,2 mg/kg por hora)**

PONTOS IMPORTANTES

-  Monitorar continuamente sinais vitais, respiração e nível de consciência
-  Ajustar doses conforme resposta clínica
-  Risco de hipotensão e depressão respiratória
-  Realizar acesso venoso seguro e monitorização contínua

ATENÇÃO



Uso apenas em ambiente hospitalar com monitorização contínua e equipe treinada.

RISCO DE DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA E HIPOTENSÃO



OBJETIVO: INTERRUPTÃO DAS CRISES SEM CAUSAR EFEITOS ADVERSOS GRAVES.

11. ALTERNATIVA TERAPÊUTICA

Cetamina

- Ataque: 2 mg/kg EV
- Manutenção: 1,5–10 mg/kg/h
- Manter por: 24 horas após controle

12. INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Indicações

- Falência respiratória
- Rebaixamento importante
- Estado de mal refratário
- Necessidade de sedação contínua

Pré-tratamento

Fentanil

- 2–3 mcg/kg EV

Indução

Escolher:

- Midazolam
- Propofol
- Cetamina

Bloqueador neuromuscular

- Rocurônio
- Succinilcolina

CHEGADA DO PACIENTE

ESTADO DE MAL EPILEPTICO REFRACTARIO

INFUSÃO CONTÍNUA

➔

CETAMINA

2 mg/kg, seguida de uma infusão de 1,5 a 10 mg/kg por hora

INFUSÕES: POR 24 HORAS APÓS SUPRESSÃO CLÍNICA E EEG DAS CRISES.
REDUÇÃO GRADUAL APÓS DE 12 A 24h

— Tabela 1 – Doses da medicações antiepiléticas —

MEDICAÇÃO	ADOLESCENTE/ADULTO	
	DOSE INICIAL	DOSE MANUTENÇÃO
Carbamazepina	100 – 200 mg/dia	400 – 1.400 mg/dia
Fenobarbital	50 mg/dia	50 – 200 mg/dia
Fenitoína	150 – 200 mg/dia	200 – 400 mg/dia
Valproato	500 mg/dia	500 – 2.000 mg/dia

OBJETIVO: INTERRUPÇÃO DAS CRISES SEM CAUSAR EFEITOS ADVERSOS GRAVES.

CHEGADA DO PACIENTE

ESTADO DE MAL EPILEPTICO REFRACTARIO

IOT

➔

PRÉ-TRATAMENTO

FENTANIL

2 - 3 mcg/kg EV LENTAMENTE

ATENÇÃO: PODE ↓ LIMIAR CONVULSIVO, HIPOTENSÃO E APNEIA

➔

INDUÇÃO

MIDAZOLAM, PROPOFOL OU CETAMINA

MIDAZOLAM
0,2 mg/kg

PROPOFOL
1,5 mg/kg

CETAMINA
1,5 mg/kg

➔

BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR

ROCURÔNIO ou SUCCINILCOLINA*

1,5 mg/kg

ATENÇÃO:
BNM NÃO TRATA A CRISE CONVULSIVA (MÁSCARA SOMENTE)

Controlar via aérea e ventilação

Monitorar sinais vitais

Tratar causa subjacente

Reavaliar e ajustar condutas

* Succinilcolina: evitar em pacientes com risco de hiperpotassemia.

13. CASO CLÍNICO INSTITUCIONAL

Paciente:

37 anos

Chega ao PA com:

- Crise convulsiva há 15 minutos
- Cefaleia
- Febre
- SatO₂ 87%
- Temp. 38,9

Conduta:

1. Monitorização
2. Oxigênio
3. Midazolam IM
4. Fenitoína EV
5. Investigação laboratorial
6. TC de crânio
7. Punção lombar após exclusão de hipertensão intracraniana
8. Antibioticoterapia empírica se suspeita de neuroinfecção

14. EXAMES COMPLEMENTARES

Solicitar conforme contexto clínico:

Laboratoriais

- Hemograma
- Glicemia
- Ureia
- Creatinina
- Sódio
- Potássio
- Magnésio
- Cálcio
- Gasometria
- PCR
- Lactato

Imagem

- Radiografia de tórax
- Tomografia de crânio

Outros

- ECG
- Punção lombar
- EEG

CASO CLÍNICO

PACIENTE FARJALA BICÃO, 37 ANOS, TRAZIDO PELA IRMÃ CONSUELO APÓS INÍCIO DE CRISE CONVULSIVA HÁ 15 MIN. RELATA CEFALEIA E MAL ESTAR HÁ 1 DIA.

FC **112 bpm**

SATO2 **87%**

PA **110x90 mmHg**

GC **107 mg/dL**

PRESCRIÇÃO

38,9°C

- 1**

🚨

EMERGÊNCIA + MOV + GC
Emergência + Monitorização + Glicemia Capilar
- 2**

🧠

CABECEIRA ELEVADA + O2
Cabeceira elevada + Oxigênio suplementar
- 3**

💊

MIDAZOLAM 10 mg (IM)
Midazolam 10 mg, via intramuscular
- 4**

🧴

FENITOÍNA 250mg --- 5 AMP
SF0,9% ----- 250 mL (30')
Fosfato de fenitoína 250 mg diluído em 250 mL de SF 0,9%
infundir em 30 minutos
- 5**

📋

HMG, Na, K, UREIA, CREAT GLICEMIA, EAS, Rx TÓRAX, GASOMETRIA

ATENÇÃO:
Manter vias aéreas pervias, monitorizar sinais vitais e glicemia capilar. Avaliar causa da crise.

PRESCRIÇÃO

- 6**

💊

MIDAZOLAM 10 mg EV
- 7**

💊

FENITOÍNA 250 mg - 2 AMPOLAS
SF 0,9% ----- 100 ml EV 20'
- 8**

💧

FENTANIL 2 mL (EV)
- 9**

💊

ROCURÔNIO 90 mg (9 mL) (EV)
- 10**

🧴

SF 0,9% 120 ml + MIDA 30 ml (CISO 5%)
BIC: 3 ml/h
- 11**

🧴

SF 0,9% 80 ml + FENTA 20 ml
BIC: 3 ml/h
- 12**

💊

DEXA 10 mg + CEFTRIAX. (EV)

ABREVIATURAS

- EV: endovenoso
- BIC: bomba de infusão contínua
- SF 0,9%: soro fisiológico 0,9%
- MIDA: midazolam
- FENTA: fentanil
- CISO 5%: cisatracúrio 5% (solução)

LEMBRE-SE:

- ✓ Conferir doses, via de administração e diluição.
- ✓ Monitorar sinais vitais e resposta ao tratamento.
- ✓ Anotar horário de início e ajustes necessários.

Sempre adaptar à condição clínica do paciente e aos protocolos da instituição.

15. FLUXOGRAMA MUNICIPAL RESUMIDO

FLUXOGRAMA MUNICIPAL RESUMIDO

CRISE CONVULSIVA



ABC



Glicemia Capilar



Oxigênio



Até 5 min → suporte



5 min → **Benzodiazepínico**



Persistência



Fenitoína OU Levetiracetam OU Valproato



Persistência



Fenobarbital 20 mg/kg



Persistência



IOT + UTI



Midazolam / Propofol / Cetamina
contínuos



Avaliar causas, monitorar sinais vitais e
encaminhar conforme necessidade.

16. INDICADORES MUNICIPAIS DE QUALIDADE



Monitorar trimestralmente:

- Tempo até benzodiazepínico
- Tempo até anticonvulsivante
- Mortalidade por estado de mal epilético
- Transferências por CROSS
- Complicações respiratórias
- Necessidade de IOT



TERMO DE APROVAÇÃO

O presente documento denominado:

PROTOCOLO MUNICIPAL DE MANEJO DA CRISE CONVULSIVA NA EMERGÊNCIA

Pronto-Socorro e Sala Vermelha – Saúde Itariri

foi elaborado com base em diretrizes nacionais e internacionais, literatura científica atualizada e protocolos assistenciais aplicáveis à Rede Municipal de Saúde.

Após análise técnica e administrativa, fica aprovado para utilização pelos profissionais de saúde vinculados ao Departamento Municipal de Saúde de Itariri.

Data da Aprovação

ITARIRI, / / 2026

Assinaturas
Diretor Municipal de Saúde

Rafael de Jesus Oliveira

Diretora Clínica

Yanisleidys Cepero Hernandez

Responsável Técnico pela Elaboração

Dr. Mario Augusto Aparecido de Lima
CRMESP 30.014



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI

DEPARTAMENTO DE SAÚDE



ANEXOS

CRISES CONVULSIVAS

- * **CRISE:** ALTERAÇÃO EVENTUAL DA FUNÇÃO CEREBRAL, POR DESPOLARIZAÇÃO RÍTMICA E SINCRÔNICA DE NEURÔNIOS CORTICAIS
- * **EPILEPSIA:** DESORDEN CEREBRAL CRÔNICA, VÁRIAS CAUSAS, COM CRISES RECORRENTES NÃO PROVOCADAS.



DEFINIÇÃO EPILEPSIA (ILAE)

- 2 CRISES COM INTERVALO > 24h
- DIAGN. DE SÍNDROME EPILEPTICA (WEST)
- CRISE NÃO PROVOCADA COM CHANCE DE RECORRÊNCIA > 60%.

POPULAÇÃO GERAL

- 10% DE 1 CRISE NA VIDA
- 2% EPILEPSIA



1) PROVOCADA

- Febre
- Drogas
- Abstinência
- Hipoglicemia
- Sepsis
- Distúrbios hidroeletrólitos

2) SINTOMÁTICA AGUDA

- Hemorragias
- Neuroinfecções
- Tumor/metástase
- AVC
- TCE

3) SINTOMÁTICA REMOTA

- 7 DIAS DO EVENTO ⇒ "CICATRIZ"
- AVC PRÉVIO
- NEUROQUIRURGIA
- TCE
- NEUROINFECÇÕES

TIPOS DE CRISES

1) PROVOCADA

- DROGAS
- SEPSIS
- DHEL



FEBRE

HIPOGLICEMIA

2) SINTOMÁTICA AGUDA

- HEMORRAGIAS
- NEUROINFECÇÕES
- TUMOR/METÁSTASES
- AVC
- TCE



3) SINTOMÁTICA REMOTA (> 7 DIAS)

- "CICATRIZ"
- AVC
- NEUROQUIRURGIAS
- TCE
- NEUROINFECÇÕES



LEMBRE-SE:
A identificação do tipo de crise é essencial para o diagnóstico correto e o tratamento adequado.

RISCO DE RECORRÊNCIA

	SINT. AGUDA	SINT. REMOTA
AVC	33%	66%
TCE	15%	50%
INF. SNC	17%	65%

★ NEW ENGLAND - 1998

RECORRÊNCIA:
APÓS 1ª CRISE = 26-40%
APÓS 2ª CRISE = 50-87%
APÓS 3ª CRISE = 50-87%



EXAMES

- ALTERAÇÃO EM EXAME DE IMAGEM → CHANCE DE RECORRÊNCIA 50%
- EEG ALTERADO → CHANCE DE RECORRÊNCIA 60%

1 CRISE REMOTA + ALTERAÇÃO EM EXAME = INICIAR MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO PROFILÁTICO

LEMBRE-SE

A decisão de iniciar medicação depende do tipo de crise, dos achados dos exames e do risco de recorrência.
AVALIAR CADA PACIENTE DE FORMA INDIVIDUALIZADA!

1 CRISE REMOTA + ALTERAÇÃO EM EXAME = INICIAR MEDICAÇÃO PROFILÁTICA

CHEGADA DO PACIENTE

A) SEM CRISE

- ANAMNESE + EXAME FÍSICO
- DESCARTAR CRISE PROVOCADA

* 1ª CRISE + SINAIS VITAIS NORMAIS

- OBSERVAÇÃO 4-6 h
- RETORNO AMBULATORIAL EM 15 DIAS

* 2ª CRISE OU ALTERAÇÃO S.V.

- INVESTIGAÇÃO:
 - RNM ou TC
 - HMG, BIOQUÍMICA
 - EAS
 - RX TÓRAX
 - LÍQUOR
- INTERNAÇÃO

RESUMO

- 1ª CRISE + S.V. NORMAIS → OBSERVAÇÃO 4-6 h → RETORNO EM 15 DIAS
- 2ª CRISE OU ALTERAÇÃO S.V. → INTERNAÇÃO → INVESTIGAÇÃO COMPLETA

LEMBRE-SE:
IDENTIFICAR A CAUSA E AVALIAR O PACIENTE DE FORMA ADEQUADA É ESSENCIAL PARA PREVENIR RECORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES.

CHEGADA DO PACIENTE

B) PACIENTE EM CRISE

EMERG >>> O₂ MÁSCARA 3-5 L/min O₂

B1 CRISE < 5 MIN

A + B + C

B2 CRISE > 5 MIN (E.M.E.)

- Diazepam 10 mg (IV) (IR) (X)
- MIDAZOLAM 10 mg (IV) (IM)

B3 CRISE > 30 MIN (EME REFRACTÁRIO)

- FENITOÍNA 20 mg/kg AMPOLA: 250 mg
- FENOBARBITAL 20 mg/kg AMPOLA: 200 mg (2 mL)

- (B1) - CRISE < 5 MIN SUPORTE: A + B + C
- (B2) - CRISE > 5 MIN (EME) DIAZEPAM IV OU IM (NÃO IM) OU MIDAZOLAM IV OU IM
- (B3) - CRISE > 30 MIN (EME REFRACTÁRIO) FENITOÍNA IV = 50 0,9% / 250 ML OU FENOBARBITAL IM OU IV

LEMBRE-SE:
EME (ESTADO DE MAL EPILEPTICO) É UMA EMERGENCIA NEUROLÓGICA. TRATAMENTO RÁPIDO E ADEQUADO PREVENE COMPLICAÇÕES.

PRESCRIÇÃO MÉDICO NA PRÁTICA

EME REFRACTÁRIO (60 kg)

- EMERG - M.O.V.
- CABECEIRA ELEVADA 30°
- O₂ MÁSCARA 5 L/min
- ASPIRAR SECREÇÕES
- MIDAZOLAM 10 mg (IV) EM 2 MIN ou DIAZEPAM 10 mg + AD 9 mL (IV) 2 MIN
- SF 0,9% 250 mL + HIDANTAL (FENITOÍNA) 250 mg - 5 AMPOLAS (IV) 30 MIN (ACESSO EXCLUSIVO) OU FENOBARBITAL 200 mg - 6 AMPOLAS (IV) 15' (ou IM)
- GLICEMIA CAPILAR
- HMG, Na, K, UREIA, CREATININA, Mg, Ca * RX TÓRAX, EAS

LEMBRE-SE

EME (ESTADO DE MAL EPILEPTICO) É UMA EMERGENCIA NEUROLÓGICA. TRATAMENTO RÁPIDO E ADEQUADO PREVENE COMPLICAÇÕES.

ATENÇÃO:
TIPO ACESSO VENOSO DEVE SER EXCLUSIVO PARA MEDICAÇÃO.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1) SÍNCOPE

PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA E TÔNUS POSTURAL, COM RECUPERAÇÃO RÁPIDA E ESPONTÂNEA ("DESMAIO")

CAUSAS



SÍNCOPE

X C. CONVULSIVA GENERALIZADA

CARACTERÍSTICAS	SÍNCOPE	CRISE CONVULSIVA GENERALIZADA
OCORRÊNCIA	CIRCUNSTANCIAL	ESPONTÂNEA
DURAÇÃO	< 30 SEGUNDOS	1 - 2 MINUTOS
QUEDA	FLÁCIDO OU RÍGIDO	RÍGIDO
CONVULSÕES	TREMORES BREVES E ARRÍTMICOS	RÍTMICOS
TEMPO DE RECUPERAÇÃO	< 30 SEGUNDOS	1 - 2 MINUTOS CONFUÃO, SONOLÊNCIA (PÓS-ICTAL)

LEMBRE-SE

- A síncope é geralmente benigna e autolimitada, enquanto a crise convulsiva pode indicar uma condição neurológica subjacente. AVALIAR SEMPRE O CONTEXTO CLÍNICO E OS ACHADOS!
- ✓ CIRCUNSTÂNCIA → SÍNCOPE
- ✓ ESPONTÂNEO → CRISE CONVULSIVA
- ✓ RECUPERAÇÃO RÁPIDA → SÍNCOPE
- ✓ PÓS-ICTAL (CONFUSÃO, SONOLÊNCIA) → CRISE CONVULSIVA



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO



SAÚDE
ITARIRI