

Prefeitura Municipal de Itariri

Departamento Municipal de Saúde

Protocolo Municipal Oficial de Urgência e Emergência (Versão 1.0 – 2026)

CRISES CONVULSIVAS NA SALA VERMELHA

Avaliação, Estabilização e Manejo do Estado de Mal Epiléptico

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



INCIDÊNCIA: 10% DA POPULAÇÃO (PELO MENOS 1 EPISÓDIO)
EPILEPSIA: 2% DA POPULAÇÃO



PROVOCADA



Hipoglicemia



Distúrbios
hidroeletrolíticos
(Na, Mg, Ca)



Sepse



Intoxicações



Abstinência
alcoólica/drogas



SINTOMÁTICA AGUDA



Encefalite/Meningite



AVC



TCE



Tumores



NÃO PROVOCADA



Epilepsia



AVC antigo



Neurocirurgias
prévias



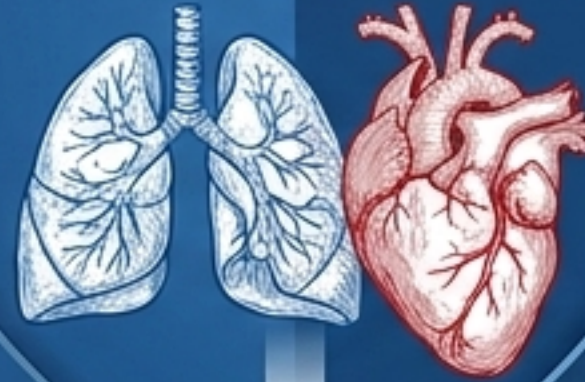
TCE antigo



Identificar a causa é essencial para o tratamento adequado e prevenção de novos episódios.

PRIORIDADE 1: ESTABELECE E MANTER V.A.

Respiração e Circulação
Adequadas



PRIORIDADE 2: PARAR A CONVULSÃO

Evitar lesões cerebrais, hipóxia, acidose e edema cerebral



PRIORIDADE 3: IDENTIFICAR E TRATAR CAUSAS FATAIS

Neuroinfecções, TCE, Tumor, AVC, Distúrbios Metabólicos



DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

• Síncope

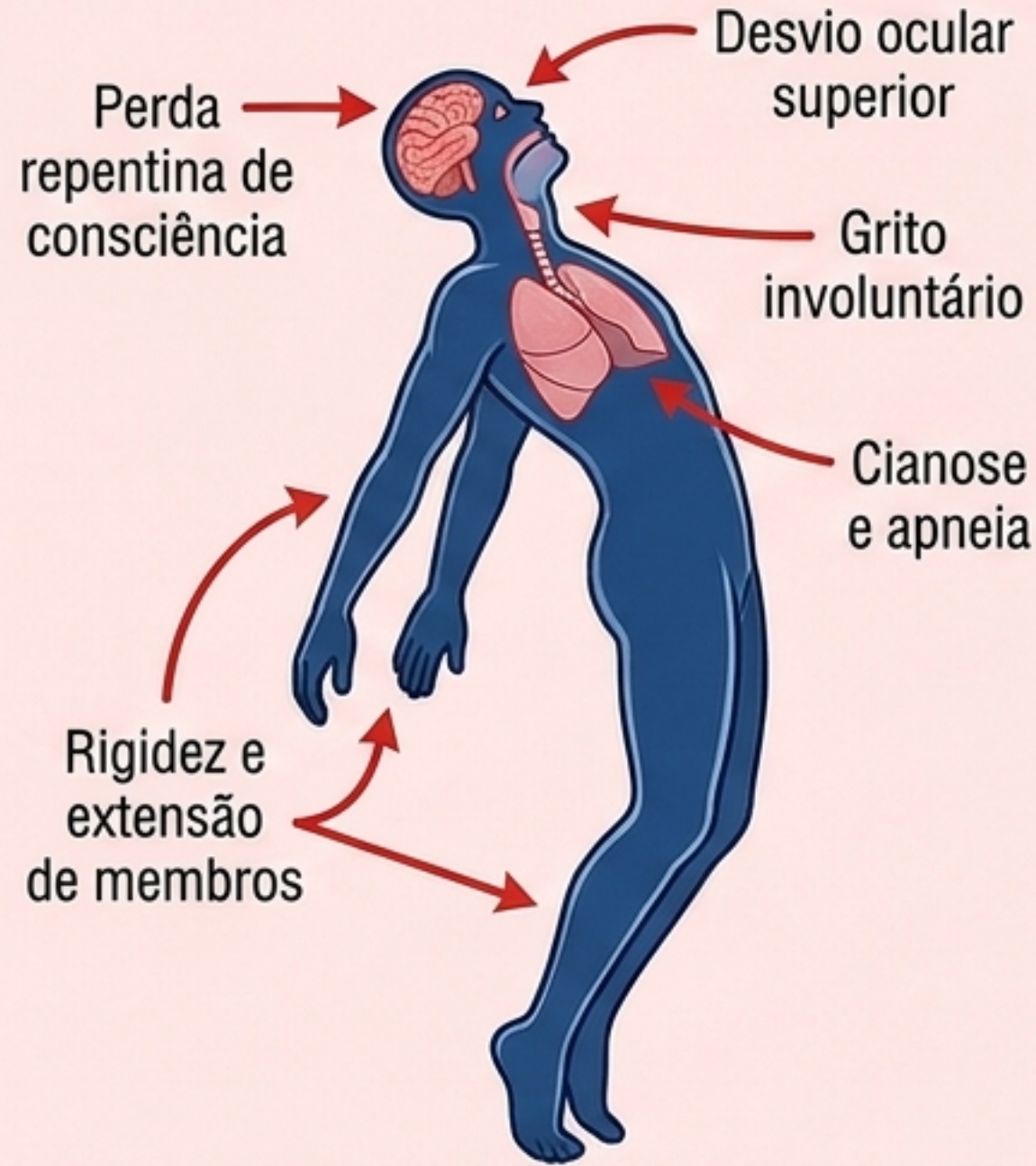
• Crise Psicogênica

• Hipoglicemia

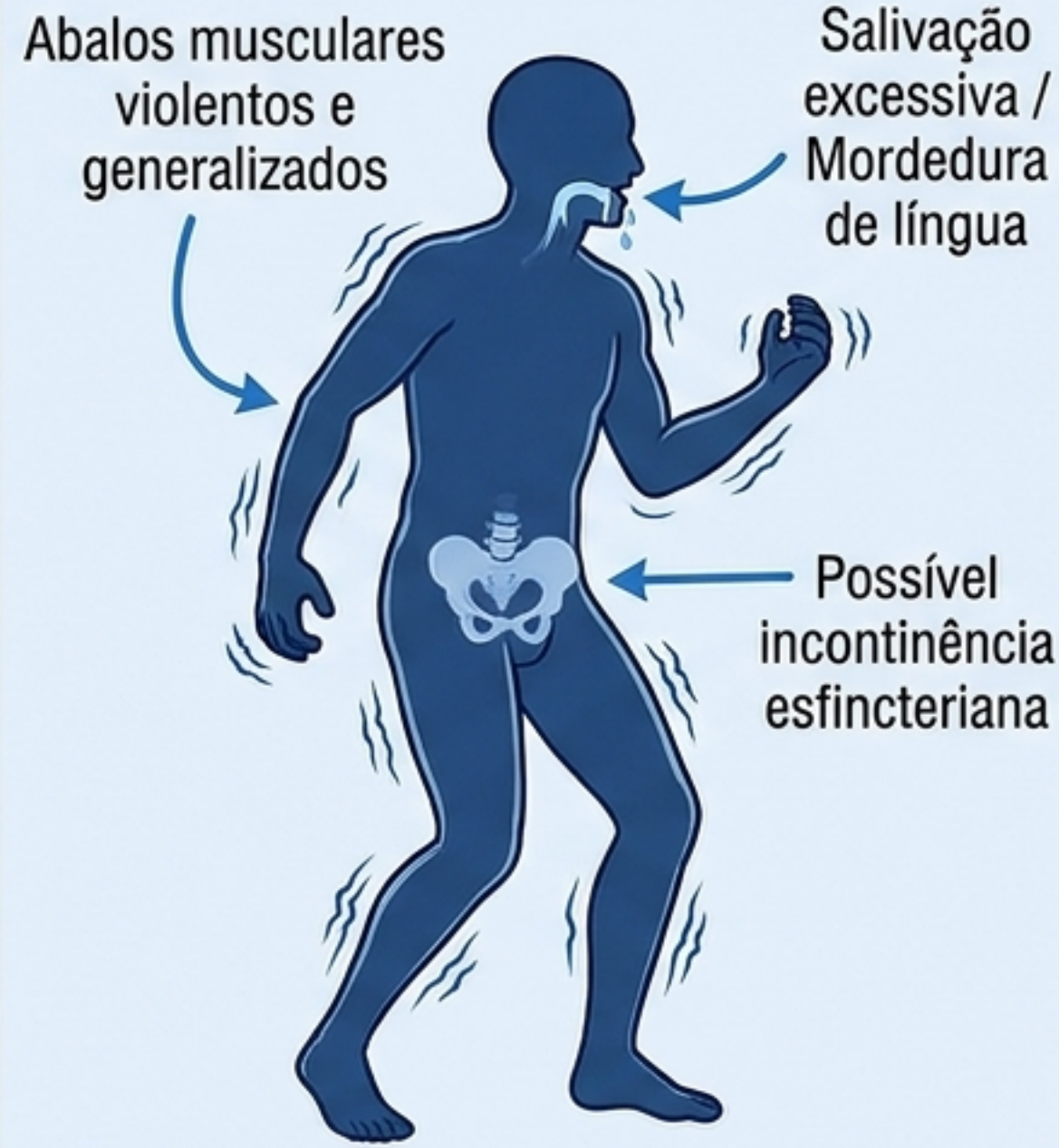
• AVC

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO - MAPA ANATÔMICO DE SINTOMAS DA CRISE TÔNICO-CLÔNICA

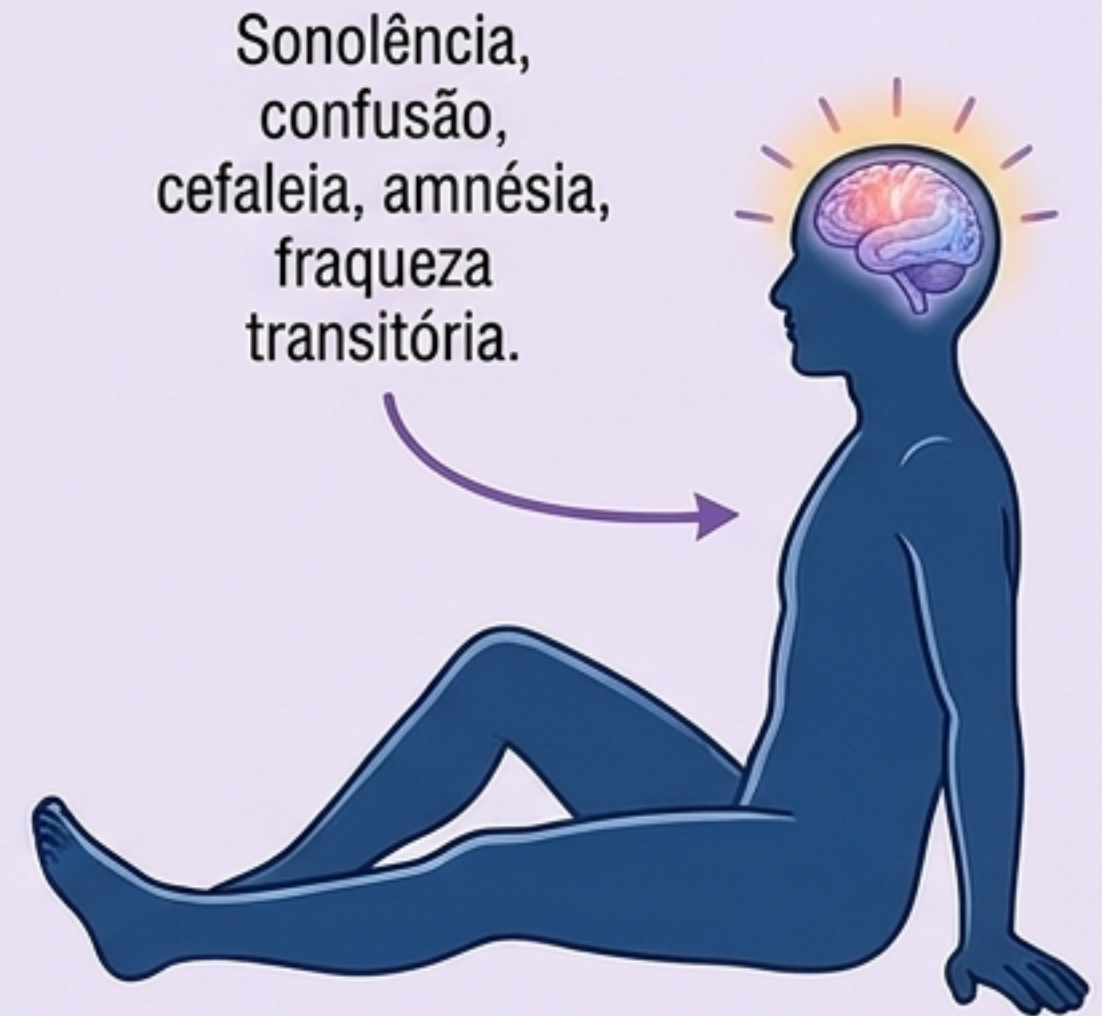
FASE TÔNICA (10 a 20 segundos)



FASE CLÔNICA (10 a 20 segundos)



PÓS-ICTAL (Pós-crise)













Atenção: Manter vias aéreas pervias e monitorar sinais vitais.

SUPORTE CLÍNICO IMEDIATO

[0 a 5 MINUTOS]

CONDUTAS OBRIGATÓRIAS

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

NUNCA FAZER

-  **NÃO** conter movimentos à força 
-  **NÃO** colocar objetos na boca 
-  **NÃO** tentar abrir a mandíbula 

BENZODIAZEPÍNICOS: ABORTAR A CRISE

[5 MINUTOS]

SEM ACESSO VENOSO



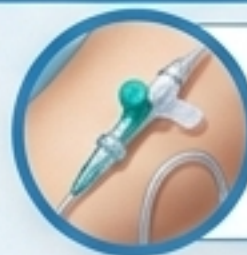
✓ Midazolam 10mg IM



✓ Diazepam 10-20mg Retal



COM ACESSO VENOSO



✓ Midazolam 10mg EV



✓ Diazepam 10mg EV (Repetir após 5 min se necessário)



✓ Lorazepam 4mg EV






NÃO FAZER DIAZEPAM IM

A dosagem inadequada leva a um prolongamento do status epiléptico.

ANTICONVULSIVANTES DE 1ª LINHA: EVITAR RECORRÊNCIA

[> 5 MINUTOS]

	Dose	Máximo	Via
 FENITOÍNA	Dose: 20 mg/Kg Adicional: 10 mg/Kg	Máximo: 2g	Via: EV em 20-30min (Diluição em SF 0,9%)
 LEVETIRACETAM	Dose: 60 mg/Kg	Máximo: 4.500 mg	Via: EV em 5-15min
 VALPROATO DE SÓDIO	Dose: 40 mg/Kg	Máximo: 3.000 mg	

Evidence Callout

ESETT Trial (NEJM 2020):
 Nenhuma diferença significativa de eficácia entre as três opções. Escolha guiada por perfil de segurança e uso prévio.

Administrar o mais precocemente possível. Se persistência, seguir para 2ª linha.



CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES: FENITOÍNA



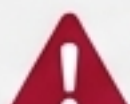
“Um erro comum é administrar uma dose ‘padrão’ de 1 grama, que é uma dosagem inadequada para a maioria dos pacientes com peso superior a 50 kg. A dose deve ser calculada por peso.”

RISCOS DO PROPILENOGLICOL

 **Hipotensão**

 **Arritmias**

 **Necrose Tecidual**

 **Extravasamento**



**Monitorização cardíaca
contínua (ECG)**



**Acesso venoso
exclusivo e calibrado**

ESCOLHA DO ANTICONVULSIVANTE

Paciente faz uso prévio de anticonvulsivante?

Em uso de Fenitoína

Preferir:
LEVETIRACETAM
ou **VALPROATO**

Em uso de Valproato

Preferir:
LEVETIRACETAM
ou **FENITOÍNA**

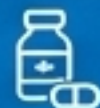
Uso irregular (qualquer)

Pode utilizar:
FENITOÍNA, VALPROATO
ou **LEVETIRACETAM**


2ª LINHA: FENOBARBITAL
(20mg/Kg EV)



Evitado como 1ª linha em adultos devido à administração lenta e alto risco de hipoventilação/hipotensão prolongada (UpToDate). [UpToDate®](#)




ESTADO DE MAL EPILEPTICO REFRACTARIO (INFUSÃO CONTÍNUA)


 [20+ MINUTOS]

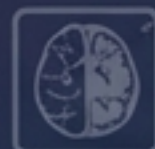
Persistência das crises após BZD + 1ª Linha. Necessita UTI, IOT e sedação contínua.

MIDAZOLAM



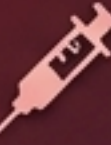
 **Ataque:** 0,2 mg/kg EV
(Máx 2mg/kg)

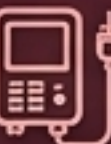
 **Manutenção:**
0,1 mg/kg/h



PROPOFOL



 **Ataque:** 1 a 2 mg/kg EV


 **Manutenção:**
20 mcg/kg/min
(1,2 mg/kg/h)




Atenção: Risco de hipotensão e depressão respiratória.

CETAMINA

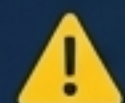


 **Ataque:** 2 mg/kg EV

 **Manutenção:**
1,5 a 10 mg/kg/h



Atenção: Manter infusão por 24h após controle.



Objetivo: Interrupção das crises sem causar efeitos adversos graves. Monitorização contínua.

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)

1. PRÉ-TRATAMENTO

Fentanil (2 - 3 mcg/kg EV Lentamente)

2. INDUÇÃO

Escolher uma opção:

Midazolam (0,2 mg/kg) | Propofol (1,5 mg/kg) | Cetamina (1,5 mg/kg)

3. BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR (BNM)

Rocurônio ou Succinilcolina (1,5 mg/kg)
(Succinilcolina evitar se risco de hiperpotassemia)



ATENÇÃO: BNM NÃO TRATA A CRISE CONVULSIVA.
Ele apenas mascara os tremores visíveis. O cérebro continua em crise.
Requer monitorização (EEG se possível) e sedação contínua associada.

SÍNTESE CLÍNICA: O PROTOCOLO NA PRÁTICA



PERFIL DO PACIENTE

Idade: 37 anos

Chegada: Crise há 15 min








Sintomas: Cefaleia, Febre 38,9°C

Sinais: SatO₂ 87%



PRESCRIÇÃO PADRÃO & EXAMES COMPLEMENTARES

MEDICAÇÕES

-  **Midazolam 10mg EV**
-  **Fenitoína 250mg (5 ampolas) + SF 0,9% 250ml EV em 30'** 
-  **Fentanil 2mL EV**
-  **Rocurônio 90mg EV**
-  **Bombas de Infusão (BIC):**
SF 0,9% 120ml + Mida 30ml |
SF 0,9% 80ml + Fenta 20ml 

EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAIS

- Hemograma 
- Glicemia 
- Ureia 
- Creatinina 
- Na, K, Mg, Ca 
- Gasometria 
- PCR 
- Lactato 

IMAGEM E OUTROS

- Rx de Tórax 
- TC de Crânio 
- ECG 
- Punção Lombar 
- EEG 

INDICADORES MUNICIPAIS DE QUALIDADE

Monitoramento Trimestral de Excelência na Sala Vermelha



Tempo até o 1º
Benzodiazepínico
(O Golden Minute)

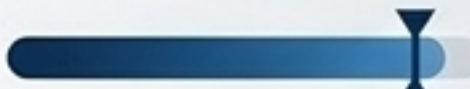


Objetivo: <1 min
(92% Atingido)



Tempo até
Anticonvulsivante
de 1ª Linha

25 min



Objetivo: <30 min
(95% Atingido)



Necessidade de
Intubação
Orotraqueal (IOT)



Complicações
Respiratórias
Associadas



Incidência: Baixa (4%)
Objetivo: <5%
(Atingido)



Taxa de
Transferências
(via CROSS)



Objetivo: Otimizado
(20% Atingido)



Mortalidade por
Estado de Mal
Epiléptico



✓ Atingido

Aprovado: Diretoria Clínica e Diretoria Municipal de Saúde - Itariri