



Crise Epiléptica e Estado de Mal Epiléptico Convulsivo em Crianças e Adolescentes (Fluxo de atendimento UPAs)

Emergência neurológica mais comum na infância. A crise epiléptica tônico-crônica (convulsiva) com duração >5 minutos pode suplantiar os mecanismos de homeostase e evoluir para o estado de mal epiléptico.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- Evitar investigação excessiva de desencadeantes em pacientes com diagnóstico prévio de epilepsia
- Guiar a solicitação de exames pelos sinais e sintomas e investigar possíveis causas como: infecção, intoxicação, distúrbio hidroeletrólítico, erro inato do metabolismo, trauma, neoplasia de SNC, Uso incorreto de anticonvulsivantes, entre outros.
- Sempre que possível, realizar nível sérico do anticonvulsivante quando uso contínuo do paciente
- Coleta de líquido cefalorraquidiano se: sinais de irritação meníngea, toxemia, período pós-ictal prolongado ou persistência do rebaixamento do nível de consciência. Na suspeita de hipertensão intracraniana, realizar TC crânio previamente a punção lombar
- Considerar exames de imagem como tomografia e ressonância nos casos em que o paciente se encontra estável. Considerar ultrassom fontanelar em lactentes.

2. TRATAMENTO

1. Alocar paciente em sala de emergência

2. Estabilização:

- Monitorização contínua: FC, PA, SatO₂
- Ofertar O₂ em máscara não reinalante e garantir disponibilidade e funcionamento de dispositivo bolsa valva máscara (ambu)
- Puncionar AVP
- Realizar glicemia capilar
- Colher exames laboratoriais (se necessário)
- Corrigir hipotensão (PAS < p5) com expansão 20ml/kg SF 0,9% (se necessário)
- Corrigir hipoglicemia (DX < 60) com 2-4ml/kg SG25% (se necessário)
- Considerar sinais de complicação de SNC como alteração em pupilas e tríade de Cushing

3. Medicamentos de Primeira Linha: midazolam em dose completa não fracionada, podendo ser administrado nas vias endovenosa (preferencialmente), intramuscular, intranasal ou retal. Pode ser realizada uma segunda dose na persistência da crise. O uso acima de duas doses consecutivas não é recomendado

- *Paciente com acesso venoso periférico:*
 - Midazolam (5mg/5mL ou 15mg/3mL) 0,2mg/kg/dose - endovenoso - máximo 10mg/dose
 - Diazepam (5mg/ml) 0,2mg/kg/dose - endovenoso - máximo 10mg/dose
- *Paciente sem acesso venoso periférico:*
 - Midazolam (5mg/5mL ou 15mg/3mL) 0,2mg/kg/dose - intramuscular - máximo 10mg/dose
 - Midazolam (5mg/5mL ou 15mg/3mL) 0,3mg/kg/dose - intranasal - máximo 10mg/dose
 - Diazepam (5mg/ml) 0,3-0,5mg/kg/dose - retal - máximo 20mg/dose

Na persistência da crise após segunda dose de benzodiazepínico, escalonar terapêutica para os medicamentos de segunda linha

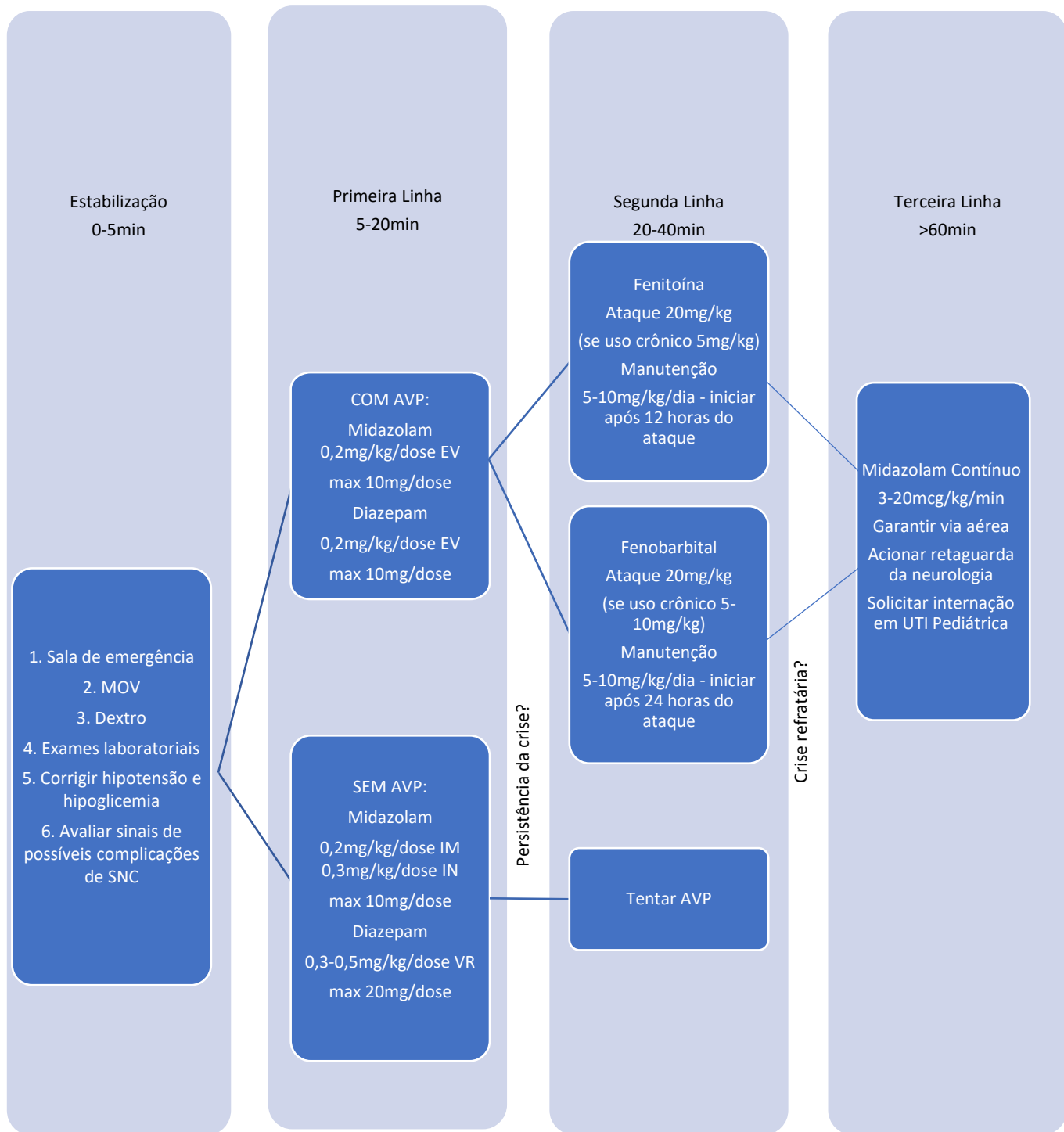
4. Medicamentos de Segunda Linha: (retirei a primeira frase) A fenitoína é a primeira escolha em crianças fora do período neonatal. Fenobarbital é uma alternativa quando fenitoína não está disponível ou quando o paciente já faz uso crônico do mesmo.

- Fenitoína (50mg/mL)
 - Dose de ataque 20mg/kg - endovenoso - correr em 20 minutos - máximo 1500mg/dose. Considerar a dose de 5mg/kg em pacientes em uso crônico. Dose de manutenção: 5-10mg/kg/dia - iniciar 12 horas após o ataque
- Fenobarbital (100mg/mL)
 - Dose de ataque 20mg/kg - endovenoso - correr em 20 minutos - máximo 1000mg/dose. Considerar a dose de 5-10mg/kg em pacientes em uso crônico. Dose de manutenção 5-10mg/kg/dia, iniciar 24 horas após o ataque

5. Medicamentos de Terceira Linha: Indicado na crise refratária (duração >60min)

- Midazolam (5mg/5mL ou 15mg/3mL) 3-20mcg/kg/min
- Acionar retaguarda da neurologia para auxílio com introdução de outras classes terapêuticas
- Garantir via aérea
- Solicitar leito de internação em UTI Pediátrica.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



ESTE FLUXOGRAMA NÃO SE APLICA A PACIENTES RECÉM-NASCIDOS

II. INDICADOR DE QUALIDADE:

- Administração de primeira dose de anticonvulsivante em até 5 minutos da chegada ao PA

III. GLOSSÁRIO

SNC: Sistema Nervoso Central

TC: Tomografia

RM: Ressonância

MOV: monitorização, oxigênio e acesso venoso

EV: endovenoso

IM: intramuscular

VR: via retal

IN: intranasal

IV. Referências

[1] Ozdemir D, Gulez P, Uran N, Yendur G, Kavakli T, Aydin A. Efficacy of continuous midazolam infusion and mortality in childhood refractory generalized convulsive status epilepticus. *Seizure* (2005)

[2] Riviello JJ, Ashwal S, Hirtz D, et al. Practice parameter. Diagnostic assessment of the child with status epilepticus (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* (2006)

[3] Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, Conwit R, Pancioli A, Palesch Y, et al. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. *N Engl J Med* (2012)

[4] Zhao ZY, Wang HY, Wen B, Yang ZB, Feng K, Fan JC. A comparison of midazolam, lorazepam, and diazepam for the treatment of status epilepticus in children: a network meta-analysis. *J Child Neurol* (2016)

[5] Rosati A, Ilvento L, L'Erario M, De Masi S, Biggeri A, Fabbro G, et al. Efficacy of ketamine in refractory convulsive status epilepticus in children: a protocol for a sequential design, multicentre, randomised, controlled, open-label, non-profit trial (KETASER01). *BMJ Open* (2016)

[6] Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al. Evidence based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: report of the guideline committee of the American Epilepsy Society. *Epilepsy Curr* (2016)

[7] McTague A, Martland T, Appleton R. Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children. *Cochrane Database Syst Rev* (2018)

[8] Dalziel SR, Borland ML, Furyk J, et al. Levetiracetam versus phenytoin for second line treatment of convulsive status epilepticus in children (ConSEPT): an open label, multicentre, randomized controlled trial. *Lancet* (2019)

[9] Lyttle MD, Rainford NEA, Gamble C, et al. Levetiracetam versus phenytoin for second line treatment of pediatric convulsive status epilepticus (EclIPSE): a multicentre, open label, randomized trial. *Lancet* (2019)

[10] Le Coz J, et al. Diagnostic evaluation and management of seizures and status epilepticus in children with known epilepsy or new-onset seizures: A retrospective and comparative analysis. *Archives de Pédiatrie* (2020)

Código Documento: CPTW286.2	Elaborador: Caroline Kanaan Victor R. Procaci Luis O. Caboclo Gaby Cecilia Yupanqui Guerra Barboza	Revisor: Danielle Saad Nemer Gabriela Bonente	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 20/03/2022 Data de Atualização: 17/09/2025	Data de Aprovação: 30/09/2025
---------------------------------------	---	--	---	---	---