



Estado de mal epiléptico tônico-crônico (convulsivo) é definido quando se observa 30 minutos ou mais de: Crise epiléptica contínua ou; Duas ou mais crises consecutivas, sem recuperação completa do nível de consciência entre elas. O tempo para definição se deve à duração necessária para causar dano neurológico permanente. Como a maioria das crises não ultrapassa 5 minutos, o protocolo de tratamento se inicia aos 5 minutos, pois é provável que uma crise que atinja essa duração irá durar 30 minutos ou mais. O tempo de 5 minutos define, portanto, **o estado de mal epiléptico iminente** (ou inicial).

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- A prioridade é estabilizar o paciente, conforme fluxograma abaixo;
- Exames gerais para se descartar alterações metabólicas e infecciosas (hemograma, função renal, hepática, Na, Mg, Ca, glicemia, toxicológico – na suspeita de intoxicação exógena, rastreio infeccioso)
- Neuroimagem (preferencialmente RM de crânio; TC de crânio pode ser solicitada, em especial na suspeita de AVC para se priorizar a rapidez de execução do exame)
- EEG (solicitado na urgência caso dúvida diagnóstica, persistência das crises ou rebaixamento de consciência persistente)
- LCR (caso suspeita de neuroinfecção e encefalites)

2. TRATAMENTO

2.1. ALOCAR PACIENTE EM SALA DE EMERGÊNCIA

2.2. ESTABILIZAÇÃO (<5 MIN):

- Cronometrar a crise
- Monitorização contínua: FC, PA, SatO₂
- Ofertar O₂ em máscara não reinalante
- Puncionar AVP
- Realizar glicemia capilar
- Colher exames laboratoriais (se necessário)
- Corrigir hipotensão (PAM < 65) com expansão 20ml/kg de cristalóide
- Corrigir hipoglicemia (DX <60) administrar 100 mg de tiamina IV e 50-100 ml de glicose 50% IV
- Acionar neurologista

2.3. MEDICAMENTOS DE PRIMEIRA LINHA (>5 MIN):

- Paciente com AVP:
 - Diazepam (5mg/ml) 0,15mg/kg EV - máximo 10mg/dose (infusão 5mg/min) – pode repetir 1x
- Paciente sem AVP:
 - Midazolam (50mg/10mL ou 15mg/3mL) 0,2mg/kg IM - máximo 10mg/dose - em >40 kg – dose única
 - Midazolam (50mg/10mL ou 15mg/3mL) 5mg/dose - em <40 kg – dose única

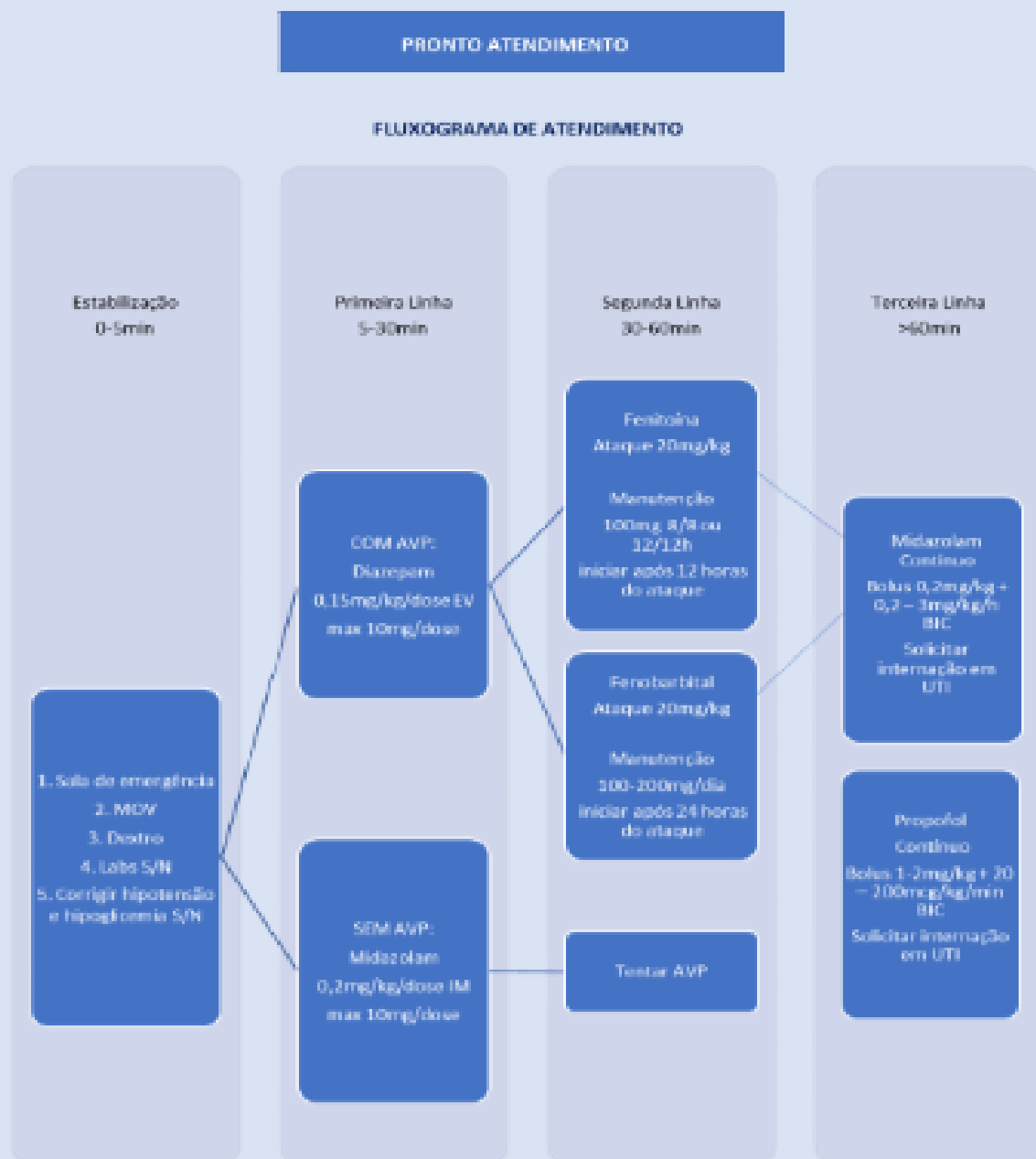
2.4. MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINHA – DEVE SER ADMINISTRADA PARA EVITAR RECORRÊNCIA DAS CRISES: FENOBARBITAL É UMA ALTERNATIVA QUANDO FENITOÍNA NÃO ESTÁ DISPONÍVEL, QUANDO HOUVER CONTRAINDICAÇÃO À FENITOÍNA OU QUANDO O PACIENTE JÁ FAZ USO CRÔNICO DO MESMO (30-60 MIN)

- Fenitoína (50mg/mL)
 - Dose de ataque 20mg/kg EV - pode repetir com 10 mg/kg – deve ser administrada pura (em bomba de injeção com seringa) ou diluída em 250-500 de soro fisiológico – velocidade máxima de infusão: 50 mg/minuto
 - Dose de manutenção, em geral, 100 mg a cada 8 ou 12 horas, iniciar 12 horas após o ataque
- Fenobarbital (100mg/mL)
 - Dose de ataque 20mg/kg EV - infundir em 50mg/min
 - Dose de manutenção, em geral 100-200 mg 1x/dia; iniciar 24 horas após o ataque
 - Pacientes que usam fenobarbital após benzodiazepínico podem necessitar de IOT para proteção de via aérea
- Lacosamida** (10mg/ml)
 - Não é liberada para o tratamento de estado de mal epiléptico convulsivo, mas parece demonstrar eficácia comparável aos outros anticonvulsivantes e é bem tolerada;
 - Uso pode ser considerado caso contra-indicação a fenitoína e fenobarbital
 - 200 – 400mg em bolus EV

2.5. MEDICAMENTOS DE TERCEIRA LINHA: INDICADO NA CRISE REFRACTÁRIA (DURAÇÃO 60MIN)

- Midazolam (50mg/10mL ou 15mg/3mL) 0,2mg/kg bolus EV – infusão 0,1 – 3 mg/kg/h
- Propofol (10mg/ml) 1-2mg/kg bolus EV – infusão 20-200mcg/kg/min

3. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



II. GLOSSÁRIO

AVP: Acesso Venoso Periférico

TC: Tomografia

RM: Ressonância Magnética

S/N: Se necessário

III. HISTÓRICO DE REVISÕES

2026: Revisão Periódica

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [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, Fab-bro 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 Pediatrie* (2020)
- [11] Chamberlain JM, Kapur J, Shinnar S, Babcock L, et al. Efficacy of levetiracetam, fosphenytoin, and valproate for established status epilepticus by age group (ESETT): a double-blind, responsive-adaptive, randomised controlled trial. *Lancet* (2020)

Código Documento: CPTW287.2	Elaborador: Caroline Kanaan Luis O. Caboclo Victor R. Procaci Danielle S. Nemer Gaby Cecilia Y.G. Barboza	Revisor: Programa de Neurologia Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 20/03/2022 Data de Revisão: 12/06/2026	Data de Aprovação: 12/06/2026
---------------------------------------	---	--	---	---	---