



PROTOCOLO DE CONVULSÃO FEBRIL

Manejo e critérios de investigação

Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.

1. Definição

A convulsão febril (CF) é definida como uma crise convulsiva que ocorre nas primeiras 24 horas de um episódio febril (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, preferencialmente aferida por via retal como método de referência), em crianças entre 6 meses e 5 anos de idade, na ausência de evidência de infecção ou inflamação do sistema nervoso central (SNC), sem alteração metabólica e sem história prévia de crise convulsiva afebril. Trata-se da forma mais comum de crise epiléptica na infância, acometendo 2 a 5% das crianças nessa faixa etária.

2. Classificação

Tipo Características

Crise tônico-clônica generalizada · Duração < 15 minutos ·

Simples

Recuperação espontânea e completa · Única crise em 24 horas

Crise focal ou generalizada · Duração > 15 minutos · Pós-ictal

Complexa

prolongado · Recorrência em < 24 horas

A convulsão febril simples representa cerca de 70–75% dos casos e tem prognóstico benigno. A forma complexa requer investigação mais detalhada e acompanhamento neurológico (ver seção 7).

3. Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na história e no exame físico. A investigação laboratorial e de imagem não é recomendada rotineiramente para a convulsão febril simples.

3.1 Indicações de Punção Liquórica

A punção lombar deve ser considerada nas seguintes situações:

- Sinais ou sintomas clínicos sugestivos de meningite ou encefalite (rigidez de nuca, fontanela abaulada, petéquias, alteração persistente do nível de consciência)
- Crianças entre 6 e 12 meses com vacinação incompleta ou desconhecida para *Haemophilus influenzae* tipo b ou *Streptococcus pneumoniae*
- Uso prévio de antibióticos que possam mascarar sinais meníngeos

3.2 Exames Não Recomendados Rotineiramente

Eletroencefalograma (EEG), eletrólitos séricos (cálcio, fósforo, magnésio, glicemia), hemograma completo e neuroimagem não devem ser solicitados de rotina na convulsão febril simples, conforme diretrizes da SBP, AAP e Royal Children's Hospital de Melbourne.



4. Conduta na Fase Aguda

4.1 Crise com Duração < 5 Minutos

A maioria das convulsões febris simples cessa espontaneamente em menos de 5 minutos. Conduta de suporte e observação:

- Posicionar a criança em decúbito lateral (posição de recuperação) para prevenir aspiração
- Manter vias aéreas pérvias
- Não inserir objetos na boca
- Monitorar saturação de oxigênio e frequência cardíaca
- Identificar e tratar a causa da febre

4.2 Crise com Duração ≥ 5 Minutos (Status Epiléptico Febril)

Quando a crise persiste por 5 minutos ou mais, iniciar tratamento medicamentoso escalonado:

Etapa Medicação Dose Via
0,3–0,5 mg/kg (máx. 10
1ª linha Diazepam Retal
0,2–0,3 mg/kg (máx. 10
1ª linha Midazolam Bucal ou intranasal
0,2–0,3 mg/kg (máx. 10
1ª linha Diazepam EV lento *
15–20 mg/kg (máx. 1.000
2ª linha Fenitoína EV em 20 min **
15–20 mg/kg (máx. 1.000
2ª linha Fenobarbital EV em 20 min
Infusão EV contínua
3ª linha Midazolam 0,1–0,2 mg/kg/h
(UTI)

* Benzodiazepínicos IV: monitorar continuamente a função respiratória e ter disponível ventilatório. Acesso venoso calibroso obrigatório.

** Fenitoína IV: requer acesso venoso calibroso, infusão em solução salina (incom glicose), e monitorização cardíaca durante a infusão.

5. Critérios de Internação

A maioria das crianças com convulsão febril simples retorna ao nível normal de consciência dentro de uma hora e pode receber alta após observação. A internação está indicada em:

- Estado de mal epiléptico (crise > 30 minutos ou crises repetidas sem recuperação da consciência)
- Suspeita de infecção do SNC (meningite, encefalite)
- Crise complexa com pós-ictal prolongado
- Impossibilidade de acompanhamento ambulatorial adequado

6. Conduta na Convulsão Febril Complexa

A CF complexa exige avaliação mais ampla e acompanhamento neurológico.



Recomendações específicas:

- Solicitar EEG eletivo (não na fase aguda) em crianças com crise focal, déficit neurológico pós-ictal prolongado ou suspeita de epilepsia subjacente
- Considerar neuroimagem (RM de crânio preferencialmente) em casos de crise focal, estado epiléptico, déficit neurológico focal ou recorrência precoce inexplicada
- Encaminhar ao neuropediatra para seguimento ambulatorial após a alta
- Avaliar necessidade de anticonvulsivante profilático, de forma individualizada

7. Fatores de Risco para Recorrência

Aproximadamente 30–35% das crianças com convulsão febril apresentarão pelo menos um episódio recorrente. Principais fatores de risco:

- Primeiro episódio antes dos 18 meses de idade
- Temperatura relativamente baixa no momento da crise ($< 38,5^{\circ}\text{C}$)
- Curto intervalo entre o início da febre e a crise (< 1 hora)
- História familiar de convulsão febril em parentes de 1^o grau

8. Profilaxia

O uso profilático de antipiréticos (paracetamol ou ibuprofeno) não reduz o risco de recorrência e, portanto, não é recomendado com essa finalidade.

A profilaxia contínua com anticonvulsivantes (fenobarbital, ácido valproico) não é indicada para a CF simples, dado o risco de efeitos adversos e a natureza benigna da condição.

9. Prognóstico

A convulsão febril simples tem excelente prognóstico. O risco de desenvolvimento de epilepsia é de aproximadamente 2–3%, apenas discretamente superior ao da população geral (1%). Não há evidências de comprometimento cognitivo, comportamental ou de mortalidade associados à CF simples.

10. Orientações para os Pais

Os pais devem ser tranquilizados quanto ao caráter benigno da condição. As orientações incluem:

- Manter a calma e cronometrar a duração da crise
- Posicionar a criança de lado para evitar aspiração
- Não segurar ou imobilizar a criança com força
- Não colocar objetos na boca
- Ligar para o SAMU (192) ou ir à emergência.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Abordagem da Febre Aguda em Pediatria e Reflexões. 2024. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>
2. American Academy of Pediatrics (AAP). Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child with Simple Febrile Seizures. Pediatrics. 2008;121(6):1281–1286.



3. Ferretti A, et al. Best practices for the management of febrile seizures in children. *Ital J Pediatr.* 2024;50(1):89.
4. Corsello A, et al. Febrile Seizures: A Systematic Review of Different Guidelines. *Pediatr Neurol.* 2024;156:1-10.
5. Hospital Albert Einstein. Guia do Episódio de Cuidado — Convulsão Febril Benigna. São Paulo, 2024.
6. Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guidelines — Febrile Seizure. 2024.
7. NICE — National Institute for Health and Care Excellence. Epilepsies in children, young people and adults. NICE Guideline NG217. 2022.