

Convulsão febril e primeira crise epiléptica

Convulsão febril simples e complexa, primeira crise afebril, benzodiazepínico de resgate, quando investigar e quando encaminhar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A convulsão febril ocorre entre 6 meses e 5 anos, associada a febre, sem infecção do sistema nervoso central, distúrbio metabólico ou crise afebril prévia; atinge 2 a 5% das crianças. A forma **simples** (generalizada, menos de 15 minutos, única em 24 horas, recuperação completa) tem excelente prognóstico e não exige EEG, neuroimagem nem exames de sangue de rotina; basta identificar a causa da febre. A punção lombar é considerada quando há sinais meníngeos ou alteração persistente da consciência, no lactente de 6 a 12 meses com vacinação incompleta contra Hib ou pneumococo e após antibiótico prévio. A forma **complexa** (focal, mais de 15 minutos ou recorrente em 24 horas) pede avaliação no pronto-socorro e seguimento com neuropediatra. Toda crise que dura **5 minutos ou mais** deve ser tratada: **midazolam** intranasal 0,2 mg/kg ou bucal 0,3 mg/kg (máx. 10 mg) ou **diazepam retal** 0,5 mg/kg. Antitérmicos não previnem recorrência (30–35%) e anticonvulsivante contínuo não é indicado na forma simples. A **primeira crise afebril** exige encaminhamento ao neuropediatra (NICE: em até 2 semanas), EEG e ECG; pronto-socorro se a criança não recupera a consciência, tem déficit focal, trauma ou crise prolongada.

Veja também, nesta Biblioteca: **Protocolo de Convulsão Febril e Protocolo de Estado de Mal Convulsivo** (Urgências e Emergências); **Febre e Convulsão Febril** (Pais e cuidadores); **Como Conduzir uma Criança com Febre**; **Síncope na Criança e no Adolescente**; **Convulsão Neonatal — Revisão** (para menores de 28 dias).

1. O que é e como se apresenta

- **Convulsão febril (CF):** crise nas primeiras 24 horas de um episódio febril, entre 6 meses e 5 anos, sem infecção ou inflamação do SNC, sem alteração metabólica e sem crise afebril prévia. Pico entre 18 e 24 meses. Forte componente familiar; a velocidade de elevação da temperatura pesa mais do que o valor máximo. Para caracterizar convulsão febril usa-se **temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$** (Protocolo de Convulsão Febril desta Biblioteca, AAP e AEP), embora para febre em geral o site adote axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$. **Observação (Dr. Stefani):** o limiar de 38°C é mantido porque, com um valor mais baixo, há o risco de rotular erroneamente como convulsão febril uma crise que precisa ser investigada.
 - **Simples (70–75%):** tônico-clônica generalizada, duração **< 15 minutos**, recuperação espontânea e completa, única em 24 horas.
 - **Complexa:** início focal, duração **> 15 minutos**, pós-ictal prolongado ou paresia de Todd, ou recorrência em < 24 horas.

- **Estado de mal febril:** crise ≥ 5 minutos sem cessar (definição operacional) ou crises repetidas sem recuperação da consciência. Usa-se 5 minutos porque, a partir daí, a crise tem pouca chance de ceder espontaneamente; o antigo limiar de 30 minutos marcava o tempo a partir do qual já há lesão neuronal (ver Protocolo de Estado de Mal Convulsivo).
- **Primeira crise afebril:** pode ser provocada (sintomática aguda: hipoglicemia, hiponatremia, trauma, intoxicação, infecção do SNC) ou não provocada. Crianças com primeira crise afebril têm maior risco de novas crises afebris, sobretudo nos 6 a 12 meses seguintes, do que as que tiveram CF (NICE NG217).
- **Prognóstico da CF:** recorrência em 30–35%; risco de epilepsia de 2–3% na forma simples (população geral cerca de 1%) e maior na complexa, sobretudo com outros fatores (atraso do desenvolvimento, epilepsia familiar). Sem prejuízo cognitivo na forma simples.
- **Fatores de risco para recorrência:** primeira CF antes de 18 meses; temperatura relativamente baixa no momento da crise; intervalo curto (< 1 hora) entre início da febre e crise; história de CF em parente de primeiro grau.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	CF simples, criança ≥ 12 meses, vacinação em dia, já recuperada (consciente, interagindo), foco febril identificado ou virose evidente, sem sinais meníngeos, família capaz de observar	Avaliação clínica, tratar a causa da febre, orientar a família; observação até recuperação completa (em geral dentro de 1 hora); alta com retorno em 24–48 h
● Moderada	Primeira CF em lactente de 6–12 meses com vacinação incompleta contra Hib/pneumococo; uso prévio de antibiótico; foco não esclarecido com estado geral preservado; primeira crise afebril com recuperação completa e exame normal; família insegura	Avaliação no pronto-socorro ou observação prolongada; considerar punção lombar (CF); primeira crise afebril: glicemia, encaminhamento ao neuropediatra (em até 2 semanas), EEG e ECG
● Grave	Crise em curso ≥ 5 minutos ou crises repetidas sem recuperação; CF complexa; pós-ictal prolongado ou déficit focal; sinais meníngeos, petéquias, fontanela abaulada, toxemia; suspeita de encefalite; trauma craniano; suspeita de intoxicação ou distúrbio metabólico; menor de 6 meses; desconforto respiratório ou SpO ₂ baixa após a crise	Tratar a crise ≥ 5 minutos com benzodiazepínico já no consultório; oxigênio, posição lateral, glicemia; encaminhar ao pronto-socorro/hospital com SAMU (192)

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade menor que 6 meses (crise com febre nessa idade não é considerada CF típica: pensar em infecção do SNC e distúrbio metabólico) e menor que 12 meses.

- Vacinação incompleta contra Hib e pneumococo; antibiótico prévio (pode mascarar meningite).
- Atraso do desenvolvimento, doença neurológica prévia, epilepsia na família.
- Distância do serviço de saúde, família sem condição de observar.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: descrição da crise por testemunha (início focal ou generalizado, duração cronometrada, olhos, cor, movimentos, liberação esfinteriana), estado pós-ictal, febre e foco, vacinação, antibiótico recente, trauma, medicamentos e substâncias ao alcance, vômitos e diarreia, desenvolvimento, história familiar. Vídeo feito pela família ajuda muito.

Exame: sinais vitais, SpO₂, glicemia capilar, nível de consciência, fontanela, sinais meníngeos, petéquias, foco infeccioso (otite, faringe, pulmões, urina), exame neurológico com busca de déficit focal, pele (manchas café com leite, hipocrômicas), perímetro cefálico.

CF simples — exames: EEG, eletrólitos, cálcio, fósforo, magnésio, glicemia sérica, hemograma e neuroimagem **não são de rotina** (SBP, AAP 2011, AEP). Investigar apenas a causa da febre, como em qualquer criança febril.

Punção lombar (no hospital) — considerar:

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

CF complexa: avaliação ampliada guiada pelo exame; EEG eletivo (não na fase aguda) se crise focal, déficit pós-ictal prolongado ou suspeita de epilepsia; neuroimagem (RM preferencial) se crise focal, estado de mal, déficit focal ou recorrência precoce inexplicada; seguimento com neuropediatria.

Primeira crise afebril:

- **Imediato:** glicemia capilar; eletrólitos se vômitos, diarreia, desidratação ou recuperação lenta; pesquisa de intoxicação conforme a história.
- **Tomografia ou RM urgente:** déficit focal persistente, não recuperação da consciência, trauma, sinais de hipertensão intracraniana, imunodepressão, derivação ventricular.
- **ECG de 12 derivações:** para afastar causa cardíaca que imita crise (NICE NG217) — especialmente se o evento ocorreu durante esforço, susto, ou com palidez e perda de tônus.
- **EEG:** apoia o diagnóstico e classifica a síndrome, mas **não exclui** epilepsia; se solicitado após a primeira crise, fazer o quanto antes, idealmente em até 72 horas (NICE NG217).

- **RM eletiva:** crise focal, exame neurológico alterado, atraso do desenvolvimento, lactente pequeno — a critério do neuropediatra; o NICE indica RM a quem recebe diagnóstico de epilepsia, exceto epilepsia generalizada idiopática e epilepsia autolimitada com pontas centrotemporais.
- Após primeira crise não provocada, fármaco anticrise em geral não é iniciado; a decisão é do neuropediatra.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: meningite e encefalite; síncope (inclusive síncope convulsiva); perda de fôlego (espasmo do choro cianótico ou pálido, com gatilho claro); calafrios e tremores febris (sem perda de consciência); delírio febril; distonia por medicamentos (metoclopramida, bromoprida); Sandifer (refluxo); mioclonias do sono; tiques; crises psicogênicas no adolescente; hipoglicemia; intoxicação.

4. Tratamento em casa

Na CF simples, não há medicamento a prescrever para prevenir nova crise. O tratamento é o da causa da febre e o conforto da criança.

Crise com 5 minutos ou mais — resgate (consultório, transporte ou, em casos selecionados, em casa):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Midazolam intranasal	0,2 mg/kg (máx. 10 mg)	Dose única; repetir uma vez após 5–10 min se persistir, conforme protocolo do serviço	—	1ª escolha sem acesso venoso; dividir entre as narinas; atomizador
Midazolam bucal	0,3 mg/kg (máx. 10 mg)	Dose única	—	Aplicar entre gengiva e bochecha; eficácia equivalente ao diazepam venoso
Midazolam IM	0,2 mg/kg (máx. 10 mg)	Dose única	—	Alternativa sem acesso venoso
Diazepam retal	0,5 mg/kg (máx. 10 mg)	Dose única	—	Solução injetável aplicada por via retal com sonda curta ou seringa sem agulha
Diazepam IV/IO	0,2–0,3 mg/kg (máx. 10 mg)	Lento	—	Só com acesso venoso e suporte ventilatório disponível
Paracetamol (febre)	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver desconforto	Máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia; não previne recorrência
Dipirona (febre)	10–12 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver desconforto	Não usar < 3 meses ou < 5 kg
Ibuprofeno (febre)	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver desconforto	A partir de 6 meses; evitar na suspeita de dengue, desidratação, varicela

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- **Benzodiazepínicos:** monitorar respiração e SpO₂ após a dose; ter bolsa-valva-máscara e oxigênio disponíveis.
- **Antitérmicos:** tratam o desconforto, **não previnem a convulsão febril** (SBP, AAP 2008, AEP). Não usar de forma preventiva nem alternar antitérmicos.
- **Não indicado:** profilaxia contínua com fenobarbital ou valproato na CF simples (efeitos adversos superam o benefício; AAP 2008); profilaxia intermitente com diazepam oral de rotina (AEP desaconselha).

- **Plano de resgate domiciliar:** reservado a casos selecionados (CF prolongada prévia, recorrências, distância do serviço, epilepsia), com prescrição, dose por escrito e treino da família, preferencialmente definido com o neuropediatra.
- **Vacinas:** manter o calendário; CF prévia não contraindica vacinas.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Crise ≥ 5 minutos (mesmo que cesse com o benzodiazepínico) ou crises repetidas sem recuperação da consciência.
- CF complexa, pós-ictal prolongado ou déficit focal (paresia de Todd).
- Sinais de meningite, encefalite ou sepse; criança toxêmica.
- Indicação de punção lombar.
- Menor de 6 meses com crise e febre.
- Primeira crise afebril com recuperação incompleta, déficit, trauma, suspeita de intoxicação ou distúrbio metabólico.
- Família sem condições de observação.

Pelo Protocolo de Convulsão Febril desta Biblioteca, a internação está indicada no estado de mal epilético, na suspeita de infecção do SNC, na crise complexa com pós-ictal prolongado e quando não há acompanhamento ambulatorial adequado.

Como encaminhar

1. Posição lateral de segurança, vias aéreas pervias; não colocar objetos na boca; aspirar secreções.
2. Oxigênio; monitorar SpO2 e frequência cardíaca; glicemia capilar (corrigir hipoglicemia).
3. Se a crise dura ≥ 5 minutos: benzodiazepínico (midazolam intranasal, bucal ou IM, ou diazepam retal) antes do transporte; anotar horário e dose.
4. Antitérmico após a crise, se possível pela via adequada.
5. Acionar o SAMU (192); contatar o serviço de destino; não transportar em carro particular uma criança ainda em crise ou recém-medicada sem monitorização.
6. Relatório: horário de início e fim, descrição, medicamentos e doses, glicemia, SpO2, vacinação e antibióticos recentes.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A convulsão febril assusta, mas a forma simples não causa dano cerebral, não afeta a inteligência e, na grande maioria das vezes, não vira epilepsia."

- "Pode acontecer de novo em cerca de 1 em cada 3 crianças, geralmente nos primeiros anos; os antitérmicos deixam a criança confortável, mas não impedem a crise."
- Durante a crise: manter a calma e cronometrar; deitar a criança de lado em superfície segura; afrouxar roupas; afastar objetos; **não** segurar os movimentos, **não** colocar nada na boca, **não** dar remédio pela boca, **não** colocar na banheira.
- Chamar o SAMU (192) ou ir à emergência se a crise passar de 5 minutos, se houver nova crise, dificuldade para respirar, lábios roxos que não melhoram, se a criança não acordar bem após a crise, tiver fraqueza de um lado do corpo, pescoço duro, manchas roxas na pele ou vômitos repetidos.
- Após qualquer crise, a criança deve ser avaliada por médico para identificar a causa da febre.
- Retorno em 24–48 h; na primeira crise afebril, levar o vídeo e a descrição à consulta com o neuropediatra.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Definição de CF	6 m a 5 anos, febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$; simples < 15 min, generalizada, única em 24 h	6–60 meses, febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$; simples < 15 min, generalizada, única em 24 h	NG217 cita CF e CF complicada como fator de risco de epilepsia	Segue o NICE	6 m a 5 anos, febre $> 38^{\circ}\text{C}$; simples ou complexa
Exames na CF simples	Sem EEG, laboratório ou imagem de rotina	Sem EEG, laboratório ou imagem (2011)	—	Segue o NICE	EEG e imagem não justificados de rotina
Punção lombar	Sinais meníngeos; 6–12 m sem Hib/pneumococo; antibiótico prévio	Mesmos critérios (2011)	—	Segue o NICE	Suspeita de infecção do SNC ou vacinação inadequada
Crise ≥ 5 min fora do hospital	Midazolam intranasal, bucal ou IM; diazepam retal	Benzodiazepínico (midazolam ou diazepam)	Midazolam bucal ou intranasal, ou diazepam retal; lorazepam IV no hospital	Segue o NICE	Midazolam (transmucoso, intranasal ou IM); diazepam IV com acesso
Prevenção	Antitérmico não previne; sem profilaxia contínua na simples	Sem profilaxia contínua ou intermitente na simples (2008)	—	Segue o NICE	Desaconselha profilaxia intermitente; antitérmico não previne
Primeira crise afebril	Encaminhar ao neuropediatria; EEG; imagem conforme clínica	Neuropediatria; EEG	Especialista em até 2 semanas; ECG de 12 derivações; EEG ideal em 72 h, sem excluir epilepsia	Segue o NICE	Neuropediatria

Leitura: há concordância plena sobre a benignidade da CF simples, a ausência de exames de rotina, os critérios de punção lombar e a inutilidade dos antitérmicos e da profilaxia contínua para prevenir recorrência. Todas tratam a crise que dura 5 minutos ou mais com benzodiazepínico, e o midazolam por via não venosa é a opção preferida fora do hospital. As

diferenças estão na forma: o NICE não tem diretriz específica de CF e concentra-se na primeira crise afebril, com prazo de 2 semanas para o especialista, ECG de 12 derivações e EEG precoce; a AEP é a mais explícita contra a profilaxia intermitente. A definição de febre muda entre as referências (SBP: axilar $\geq 37,5$ °C; AAP e AEP: 38 °C), sem impacto na conduta.

PONTOS PRÁTICOS

1. Cronometre: crise com 5 minutos ou mais recebe benzodiazepínico já no consultório — midazolam intranasal 0,2 mg/kg ou bucal 0,3 mg/kg (máx. 10 mg), ou diazepam retal 0,5 mg/kg (máx. 10 mg).
2. CF simples em criança recuperada e vacinada não exige EEG, imagem nem exames de sangue — só a busca da causa da febre.
3. Punção lombar: sinais meníngeos, 6–12 meses sem vacinação completa contra Hib/pneumococo, ou antibiótico prévio.
4. Antitérmico não previne convulsão febril; não use de forma preventiva nem alterne.
5. CF complexa, menor de 6 meses, déficit focal ou pós-ictal prolongado: pronto-socorro.
6. Primeira crise afebril: glicemia, ECG, EEG e neuropediatra em até 2 semanas.

8. Fontes

- Dr. José Roberto Stefani. Protocolo de Convulsão Febril; Protocolo de Estado de Mal Convulsivo (Urgências e Emergências); Febre e Convulsão Febril (Pais e cuidadores) — documentos desta Biblioteca, 2026.
- American Academy of Pediatrics. Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure, 2011; Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures, 2008 — resumidos em: American Family Physician. Febrile Seizures: Risks, Evaluation, and Prognosis, 2019. aafp.org
- NICE. NG217 — Epilepsies in children, young people and adults, 2022. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk) · [PDF](#)
- NICE. QS211 — Quality statement 1: Referral and assessment after first seizure. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos — Convulsiones febriles (García Ron, Arriola Pereda), 2022. [PDF](#)
- ILAE. Definição operacional de estado de mal epilético (5 minutos), 2015.
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.