

# CONVULSÃO FEBRIL: UMA ABORDAGEM GERAL E SEUS PRINCIPAIS ASPECTOS.

Gabriela Cristina Dal Ben<sup>1</sup>; Talita Ravagnani Bisson<sup>2</sup>; Paola Silva Marrocost; Bárbara RodriguesBatista<sup>4</sup>; Beatriz Oliveira Faria<sup>5</sup>; Nariman Ramadan<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Discente do curso de Medicina, Universidade de Franca (UNFIRAN), Franca – SP<sup>2</sup>Discente do curso de Medicina, Universidade de Franca (UNFIRAN), Franca – SP<sup>3</sup>Discente do curso de Medicina, Universidade de Franca (UNFIRAN), Franca – SP<sup>4</sup>Discente do curso de Medicina, Universidade de Franca (UNFIRAN), Franca – SP<sup>5</sup>Discente do curso de Medicina, Universidade de Franca (UNFIRAN), Franca – SP<sup>6</sup>Discente do curso de Medicina, Universidade de Franca (UNFIRAN), Franca – SP

DOI: 10.47094/IICOLUBRAIS2022/47

**PALAVRAS-CHAVE:** Convulsão. Febre. Infância.

**ÁREA TEMÁTICA:** Saúde da Criança.

## INTRODUÇÃO

Febre é definida como a elevação da temperatura corporal acima dos valores considerados normais em resposta a uma agressão ao nosso corpo. A Sociedade Brasileira de Pediatra considera febre aqueles indivíduos que apresentam temperatura corporal acima de 37,8°C. A crise convulsiva febril, ou também denominada crise febril, é um motivo frequente de consultas pediátricas na emergência, essas ocorrem na vigência da febre. Esse tipo de crise convulsiva tem característica benigna e auto-limitada, e é o tipo de crise mais comum na infância, estimando que cerca de 2 a 5% das crianças menores de 5 anos serão acometidas por pelo menos um quadro de crise convulsiva febril em suas vidas. A crise febril é definida como: a ocorrência de uma crise convulsiva acompanhada de febre maior que 38°C, sem presença de infecção do sistema nervoso central ou antecedentes de quadros de convulsão afebril, em crianças de 6 meses a 5 anos de idade. (1) (2) (3)

Em relação a sua classificação, as crises febris podem ser simples ou complexas. Simples são aquelas crises tônico-generalizadas, de duração menor que 15 minutos e que não há recorrência em 24 horas, sendo sua recuperação espontânea e por completo. Já as crises complexas, são focais e de duração superior a 15 minutos, podendo ter recorrência nas próximas 24 horas ao primeiro quadro, além disso, nesse tipo de crise, há déficit neurológico focal associado como o estado pós-ictal. O estado pós ictal é definido por sonolência, período confusional prolongado, fadiga ou dor muscular após a crise convulsiva. (2) (4) (5)

A fisiopatologia da convulsão febril não é totalmente esclarecida, mas acredita-se que algumas características relacionadas ao cérebro da criança possam ter relação com o desenvolvimento da crise na vigência da febre, tais características convergem para um ponto comum, a imaturidade cerebral infantil, fazendo com que o cérebro seja muito sensível as mudanças bruscas de temperatura. A herança familiar também é um fator para o desenvolvimento desses quadros, pois cerca de 20% a 40% das crianças apresentam história familiar positiva para crise febril, sendo que o risco pode ser até oito vezes maior quando um familiar de primeiro grau, como pai, mãe e irmãos que já sofreram uma crise febril. (3) (5)

As crises febris na maioria das vezes ocorrem na presença de algum processo infeccioso no organismo não relacionados com o sistema nervoso central, nesses casos, os processos infecciosos causados por patógenos virais, principalmente de infecções de vias aéreas superiores, são mais relacionados com as crises febris quando comparados aos patógenos bacterianos. Outras infecções comuns que podem ocasionar esse tipo de crise, são: otite média aguda, infecção urinária e pneumonia. (5) (6)

Os outros tipos principais de crises atendidos no pronto-socorro são: estado epiléptico febril, crise epiléptica pós traumatismo cranioencefálico (TCE), e o estado de mal epiléptico. O estado epiléptico febril é a crise com duração maior que trinta minutos, de característica generalizada ou parcial que evoluiu para generalizada, esse tipo está mais relacionado com histórico familiar de epilepsia. Crianças que sofreram traumas em crânio podem evoluir com uma crise epiléptica, necessitando de tomografia computadorizada para descartar a presença de lesões neurológicas, nesse caso, esse tipo de crise é definido como crise epiléptica pós TCE. Por fim, o estado de mal epiléptico é caracterizado por duas crises que duram mais de 30 minutos, onde não há retomada de consciência no intervalo entre os dois quadros, ou por crises contínuas, de duração maior que 30 minutos. (2)

Diante de uma entidade tão comum na pediatria, o objetivo do presente estudo é descrever a respeito da experiência de um atendimento a uma criança com histórico de convulsão febril, além disso, detalhando os aspectos gerais da crise febril, abordando sua epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo descreve uma experiência vivida em uma Unidade Básica de Saúde, onde um grupo de estudantes de Medicina, juntamente com o médico orientador, realizou um atendimento a um paciente com histórico pessoal de dois episódios de convulsão febril, sendo um após tomar uma vacina preconizada no calendário vacinal de imunização, e outro episódio sem relação com alguma causa segundo as informações colhidas. O grupo de estudantes, juntamente com o médico, realizou o atendimento do paciente.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O diagnóstico da crise convulsiva febril é essencialmente clínico, sendo que exames laboratoriais são utilizados para determinar o foco infeccioso, não sendo usados de forma rotineira. O diagnóstico diferencial deve ser afastado, como epilepsias, síncope, delírios febris e tremores. A respeito do exame do líquido cefalorraquidiano, esse possui indicações específicas como: sintomas de infecção do SNC, crises convulsivas febris em menores de 1 ano de idade, recuperação lenta ou alteração neurológica pós-ictal e o uso de antibióticos por parte do paciente pois nesses casos os sintomas de meningites podem estar ocultados. A realização do eletroencefalograma é indicada em casos em que se suspeita de convulsão febril causada por outros motivos, como uma doença cerebral desmascarada ou um déficit neurológico, não é indicado em crianças neurologicamente normais. Exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, não são utilizados em um primeiro momento diante de uma crise febril, esses exames são realizados em pacientes na suspeita de mal epiléptico febril, anormalidades neurológicas focais ou suspeita de malformação estrutural. O encaminhamento ao neuropediatra deve ser realizado em crianças que apresentam novas crises febris. (5) (6)

No paciente relatado no presente estudo, o primeiro quadro de crise convulsiva pode ser relacionado à febre, pois as vacinas causam diferentes reações adversas, fazendo com que a própria literatura inclua na convulsão febril aquelas causadas na vigência de febre por imunizantes como a DTP e a tríplice viral, sendo que a primeira foi tomada pelo paciente no dia. Já a segunda crise levanta a suspeita de outra causa, pois ocorreu na ausência de um quadro febril. Diante disso, a realização de exames complementares e o encaminhamento ao neuropediatra se faz necessário, por isso paciente foi encaminhado ao neurologista que realizou os pedidos de exames. (6)

O uso de antitérmicos não é recomendado no intuito de prevenir uma crise, mas sim na finalidade de reduzir a temperatura corporal. Ademais, a conduta diante uma crise febril é baseada em dois aspectos: o tratamento diante de uma crise aguda e a orientação aos familiares. Na vigência de uma crise aguda, o ABC deve ser realizado, ou seja, deve-se manter avaliar as vias aéreas, a ventilação e a circulação. Após essa etapa, a infusão de medicações pode ser realizada, sendo as drogas de escolha os benzodiazepínicos, como o Diazepam endovenoso ou retal, na dose de 0,2 e 0,3 mg/kg, podendo esse ser repetido até a dose total ser de 5mg, e o Midazolam, na dose de 0,2 a 0,7 mg/kg. (3) O uso do Fenobarbital de forma profilática foi realizado por muitos anos, apesar de ser considerado eficaz na prevenção de novas crises, esse não é indicado mais, pois está associado com diversos efeitos adversos, como hiperatividade, irritabilidade, e distúrbios do sono. Nos dias atuais, não há recomendações fortes o suficiente sobre a administração de medicamentos para profilaxia da convulsão febril. (3)

Por último, é fundamental as orientações aos familiares e acompanhantes, uma vez que a crise convulsiva é uma situação que gera desconforto e insegurança nessas pessoas, no caso da convulsão causada por uma crise de febre, deve-se informar a essas pessoas a respeito da benignidade do caso, além de instruir as pessoas que tem mais contato com o paciente sobre a possibilidade de ocorrer novos casos e a respeito da conduta que deve ser realizada diante de uma crise convulsiva como observar o tempo da crise, posicionar lateralmente o paciente para que não ocorra aspiração de saliva e por fim, não realizar intervenções, como segurar a língua do paciente, a fim de melhorar o quadro.

Portanto, constata-se que por se tratar de uma condição auto-limitada, na maioria das vezes intervenções específicas, como infusão de medicamentos, realização de exames de imagem e laboratoriais, não serão necessárias, exceto em casos específicos onde suspeita-se de doenças subjacentes.

## CONCLUSÃO

Em conclusão, percebe-se que apesar da convulsão febril ser um evento, na maioria das vezes, benigno e restrito a casos isolados, é uma ocorrência comum na infância, que causa preocupações e dúvidas nos familiares, fazendo que seja fundamental tranquilizar os pais e/ou cuidadores da criança e orientá-los a respeito da não malignidade do caso. O diagnóstico da crise febril é, na maioria das vezes, realizado através da anamnese, sendo que a realização de exames complementares é indicada apenas em casos específicos, por exemplo na suspeita de uma doença neurológica subjacente. A terapia medicamentosa nesses casos deve ser realizada de forma individualizada e a terapia profilática apesar de ser eficaz, não é mais recomendada.

Ademais, foi possível, nesse estudo de caso, informar a respeito das características gerais da crise febril, fazendo com que tanto a população em geral como os profissionais da saúde saiba a conduta correta diante desses casos, cada um dentro de suas limitações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sociedade Brasileira de Pediatria. Febre: Cuidado com a Febrefobia. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-a-saude/febre-cuidado-com-a-febrefobia>. Acesso em: 01, Dezembro 2022.

Guaragna, Juliana. Manejo das crises convulsivas na emergência pediátrica. Porto Alegre: Acta Med, 2016.

Pinheiro de Alencar, Sarah. Convulsão febril: aspectos clínicos e terapêuticos. Revista de Medicina da UFC. Ceará. v. 55 n. 1. 38-42. Junho, 2015.

Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TeleCondutas: epilepsia / TeleGuides: epilepsy. Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Telessaúde; 2017.

Machado MR, Carmo ALS, Antoniuk SA. Crise febril na Infância: Uma revisão dos principais conceitos. Residência Pediátrica. 11-16. Agosto, 2018.

Siqueira, Luis Felipe Mendonça de. Atualização no diagnóstico e tratamento das crises epilépticas febris. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2010, v. 56, n. 4. pp. 489-492. 12

Novembro 2010.