Desmaio

### O desmaio pode ser definido como uma perda passageira dos sentidos e está relacionado com vários fatores, desde fome até problemas cardíacos e neurológicos.

Obs.: Em caso de desmaio, é importante não jogar água na vítima nem sacudi-la

**O desmaio, também chamado de síncope, pode ser definido como a perda temporária dos** [**sentidos**](https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/biologia/os-cinco-sentidos.htm)**.** Suas causas são variadas e podem incluir desde um simples jejum prolongado com consequente queda na taxa de glicose até problemas [**neurológicos**](https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/biologia/fisiologia-sistema-nervoso.htm) **graves. É importante destacar que, apesar da variedade de causas, os desmaios são mais comuns em adolescentes e em idosos.**

→ **Quais são as principais causas de um desmaio?**

As causas de um desmaio são variadas e, por essa razão, é fundamental que sejam investigadas, principalmente em casos muito recorrentes. **As principais causas de desmaio são:**

* *Queda de* [***pressão arterial***](https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/biologia/pressao-arterial.htm)
* *Diminuição da taxa de glicose no sangue (*[***hipoglicemia***](https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/doencas/hipoglicemia.htm)***)***
* *Fortes emoções*
* *Uso de* [***drogas***](https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/drogas/)
* *Acidentes com grande perda sanguínea*
* *Dores intensas*
* *Longos períodos em pé*
* *Exposição a ambientes muito quentes*
* *Problemas* [***cardiovasculares***](https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/biologia/sistema-circulatorio.htm) ***e neurológicos***

É importante citar que o desmaio, na maioria dos casos, está relacionado com a chamada **síncope vasovagal.** Nesses casos, o sistema nervoso responde de uma maneira inadequada a alguns estímulos, diminuindo a frequência cardíaca e a pressão arterial, o que leva a uma diminuição do volume de sangue que chega ao cérebro, fazendo a pessoa desmaiar. Pacientes com esse problema podem sofrer o desmaio após estresse, exposição a locais quentes, fome, desidratação e, até mesmo, funções corporais como a defecação.

→ **Quais são os sinais e sintomas de um desmaio?**

Antes da perda dos sentidos, é comum que a pessoa sinta um mal-estar característico. Além disso, em caso de desmaio, os pacientes percebem o**escurecimento da visão, perda da consciência, a respiração diminui, os músculos relaxam, a pessoa apresenta palidez e produção abundante de suor.**

→ **O que devemos fazer em caso de desmaio?**

Quando uma pessoa desmaia, é importante tomar alguns cuidados. Entre as principais recomendações, destacam-se:

* *Colocar a vítima com a barriga para cima, elevar um pouco as pernas e, se possível, deixar a cabeça um pouco mais baixa que o restante do corpo;*
* *Lateralizar a cabeça de modo a evitar sufocamentos.*
* *Retirar a vítima de locais que possam proporcionar algum perigo, como escadas;*
* *Afrouxar as roupas.*
* *Manter a pessoa em local arejado.*

**Após a vítima recuperar a consciência, é importante deixá-la sentada por pelo menos uns 10 minutos.** Caso a vítima levante logo após o desmaio, pode ocorrer outra perda dos sentidos. Além disso, outras práticas comuns devem ser evitadas, tais como sacudir a vítima, jogar água em seu rosto e colocar álcool para que ela possa cheirar.

# TONTURA E VERTIGEM – CAUSAS E SINTOMAS

Tontura é um termo difícil de ser definido, sendo muitas vezes equivocadamente usado para descrever sensações como desequilíbrio, náuseas, hipotensão, fraqueza, visão dupla, turvação visual ou mal-estar. A tontura verdadeira é aquela que se apresenta como uma falsa sensação de movimento próprio ou do ambiente, estando frequentemente associada a desequilíbrio e/ou enjoos. Quando a tontura é causada por uma sensação de movimento rotatório, ou seja, parece que tudo ao redor está girando, damos o nome de vertigem. A vertigem é o tipo mais comum de tontura.

Neste texto vamos explicar por que a tontura surge e quais as doenças que a provocam. Se você está a procura de informações sobre cinetose, os enjoos que surgem ao andar de carro ou de navio, ou sobre desmaios e síncope, seus textos são estes:

[CINETOSE | ENJOO DE MOVIMENTO](https://www.mdsaude.com/2010/10/cinetose-enjoo-movimento.html)A cinetose, conhecida como enjoo de movimento, é aquele quadro de náuseas, com ou sem vômitos, que ocorre em algumas pessoas quando em movimento, seja dentro de um automóvel, avião, trem ou barco.

Neste texto vamos explicar as causas da cinetose, seus sintomas mais comuns e como agir para preveni-los.

Entender uma doença se torna muito mais fácil quando primeiro entendemos o funcionamento normal dos órgãos e sistemas afetados. Vou gastar algumas linhas explicando como o corpo se mantém em equilíbrio para que vocês possam entender a cinetose com mais facilidade.

## COMO O CORPO SABE QUE ESTÁ EM MOVIMENTO?

Um dos principais trabalhos do nosso cérebro é interpretar as mensagens do meio externo recebidas pelo corpo. Para saber como se encontra nosso corpo em relação ao espaço e se estamos ou não em movimento, o cérebro precisa receber e interpretar informações de três sistemas diferentes:

* Visão.
* Ouvido interno.
* Propriocepção.

Vamos perder um pouquinho de tempo explicando esses três sistemas, pois o seu funcionamento é bastante interessante. Vou procurar descrever esses mecanismos de um modo bem simples.

**a) Visão**

Todo mundo consegue entender por que a visão ajuda o cérebro interpretar se estamos em movimento, já que basta estar de olhos abertos para vermos se estamos nos movimentando ou não.

Mas a visão pode nos pregar peças. Quem é que, dentro de um carro parado no semáforo, nunca teve a sensação do carro estar andando para atrás apenas porque o carro do lado andou um pouquinho para frente? A visão do carro ao lado indo para frente pode fazer com que o cérebro interprete que somos nós que estamos andando para trás, levando o motorista a pisar no freio instintivamente. Este simples exemplo mostra com a visão pode dizer ao cérebro que estamos nos movimentando, quando na verdade estamos parados.

**b) Propriocepção**

Este é um sentido pouco conhecido pela população geral. A propriocepção é a capacidade do cérebro reconhecer a localização espacial do corpo, sua posição e orientação, a força exercida pelos músculos e a posição de cada parte do corpo em relação às demais, sem utilizar a visão. É a propriocepção que nos permite, de olhos fechados, reconhecer que estamos com o braço levantado, de cabeça para baixo, inclinados para frente, com as pernas dobradas, etc.

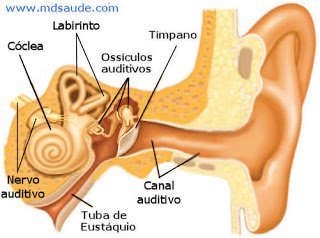
É graças a propriocepção que conseguimos, mesmo de olhos vendados, facilmente tocar a ponta do nariz com a ponta dos nosso dedos. A gente não precisa da visão para saber sempre onde está cada parte do nosso corpo.

**c) Ouvido interno**

Dentro do ouvido interno temos um órgão chamado labirinto, que faz parte do aparelho vestibular, responsável pela manutenção do equilíbrio.

O labirinto é um conjunto de arcos semicirculares que possuem líquidos em seu interior. A movimentação destes líquidos é interpretado pelo cérebro ajudando a identificar movimentos e a nos manter em equilíbrio.

As informações passadas pelo labirinto ajudam o cérebro a interpretar movimentos angulares, acelerações lineares e forças gravitacionais.



Anatomia do ouvido

A labirintite, que é a inflamação desta região do ouvido interno, é uma das mais comuns causas de tonturas e náuseas, exatamente por atacar o órgão responsável pelo nosso equilíbrio. Falamos especificamente de labirintite em um artigo distinto: [LABIRINTITE | Sintomas e tratamento](https://www.mdsaude.com/2010/12/labirintite-sintomas.html).

Apenas como curiosidade: você sabe por que ficamos tontos depois de rodarmos várias vezes? Porque apesar de já estarmos parados, os líquidos dentro do nosso ouvido interno ainda ficam em movimento rotacional por alguns segundos, fazendo com que o cérebro interprete que ainda estamos rodando. Se fecharmos os olhos, a tontura aumenta ainda mais, pois, de olhos abertos, a visão consegue atenuar a mensagem errada que o ouvido interno está mandando ao cérebro.

## CAUSAS DA CINETOSE

A cinetose, ou enjoo de movimento, ocorre quando o cérebro recebe informações desconexas destes três sistemas.

Quando andamos, estamos nos movimentando intencionalmente e o cérebro consegue conjugar as informações recebidas da visão, propriocepção e ouvido interno. As três trabalham em sinergismo, ou seja, dizendo a mesma coisa. Em um carro, navio ou avião, isto não ocorre. Estamos “parados” mas ao mesmo tempo em movimento. Se pararmos para pensar, o ser humano é único animal que costuma se movimentar de modo passivo, sem precisar fazer esforço para se locomover. Isto pode causar confusão no cérebro.

Quando estamos em um carro, por exemplo, estamos efetivamente em movimento apesar do corpo estar parado em relação ao carro. Isto provoca uma enxurrada de sinais confusos para o cérebro, que ao mesmo tempo recebe informações dizendo que o corpo está parado e sem fazer esforço (com músculos e tendões relaxados) e informações dizendo que o corpo está em movimento, graças à aceleração e curvas.

Quando olhamos para a frente e vemos a paisagem passar, o cérebro ainda consegue compreender melhor os movimentos do automóvel e o fato de estamos nos movimentando, por isso, a maioria das pessoas anda de carro sem sentir enjoos. Se, entretanto, você abaixar a cabeça e começar a ler, a visão junto com a propriocepção vão dizer ao cérebro que estamos parado, enquanto que o labirinto, estimulado pelas curvas e acelerações do carro, vai estar mandando sinais de movimento, o que facilita o surgimento de náuseas e tonturas.

Do mesmo modo, quando estamos em um simulador de parque de diversões, os sinais que o cérebro recebe muitas vezes são confusos, já que estamos efetivamente parados, apenas balançado para um lado e para o outro, enquanto que nossa visão está recebendo inúmeras informações, como se estivéssemos nos movimentando em alta velocidade, acelerando e desacelerando, fazendo curvas, subindo e descendo.

A cinetose, portanto, surge sempre que o cérebro estiver tendo dificuldades em interpretar o real estado de movimento do nosso corpo.

## FATORES DE RISCO PARA CINETOSE (ENJOO DE MOVIMENTO)

Todas as pessoas são susceptíveis ao enjoo por movimento, o que varia é a intensidade do estímulo necessária para desencadear os sintomas. Isto é facilmente notado em viagens de navios, quando uma parte dos passageiros sente-se muito mal, outros referem ligeiro desconforto e a maioria nada sente.

Algumas características pessoais já foram identificadas como de maior risco para a cinetose. Por exemplo, mulheres são mais sensíveis que homens, o que de modo alguns significa que homens não possam ter enjoos de movimento. Abaixo, listarei os fatores de risco mais comuns:

– Sexo feminino.  
– Crianças maiores que 2 anos.  
– Gravidez.  
– [Labirintite](https://www.mdsaude.com/2010/12/labirintite-sintomas.html) .  
– [Enxaqueca](https://www.mdsaude.com/2008/11/dor-de-cabea-cefalia-parte-i-enxaqueca.html).  
– [Ansiedade](https://www.mdsaude.com/2017/08/transtorno-de-ansiedade-generalizada.html).

O tipo de movimento também influencia na ocorrência dos enjoos. Ao contrário do que se pensa, movimentos de baixa frequência são aqueles que mais induzem cinetose. Viajar deitado parece reduzir a intensidade dos sintomas, enquanto estar em pé parece ser pior.

Em viagens de navio, cerca de 40% dos passageiros referem cinetose, com graus de intensidade que variam desde um ligeiro mal estar até sintomas fortes, com vômitos incoercíveis. Em viagens de avião, a incidência é menor, mais ainda chega a 25% (leia: [PROBLEMAS DE SAÚDE EM VIAGENS DE AVIÃO](https://www.mdsaude.com/2008/11/problemas-de-sade-em-voos-comerciais.html)).

## SINTOMAS DA CINETOSE (ENJOOS DE MOVIMENTOS)

Os sintomas mais comuns da cinetose incluem náuseas, vômitos, mal estar, tonturas, vertigens, suores, sensação de calor e eructações (arrotos).

Os sintomas da cinetose tendem a melhorar com o tempo, após exposição repetida ao estímulo desencadeador. Em viagens de navio, por exemplo, os sintomas são piores nas primeiras 72 horas, melhorando com o tempo. Também é comum o paciente melhorar, mas voltar a ficar enjoado quando em terra firme novamente.

## PREVENÇÃO DA CINETOSE (ENJOO DE MOVIMENTO)

Para aquelas pessoas que costumam enjoar em carros, aviões ou navios, o importante é tentar transmitir pela visão a mesma informação de movimento transmitida pelo ouvido interno. Por isso, fixar o olhar em pontos próximos ao horizonte e sempre melhor.

Por exemplo, quando em um navio, olhar para o horizonte transmite mais sensação de movimento do que ficar dentro do quarto, olhando para parede. O mesmo vale dentro de um carro, quando sentar no banco da frente e olhar em direção ao objeto terrestre mais longínquo é melhor do que olhar para dentro do carro.

Algumas dicas:

* Não leia durante as viagens, principalmente em automóveis.
* O motorista sempre sente menos enjoos que os passageiros, provavelmente porque o cérebro consegue prever com antecedência os movimentos do carro. Se você enjoa com facilidade, evite ser o “carona”.
* No avião, sente-se na janela e olhe a paisagem se movimentar (quando há alguma).
* Também no avião, os assentos próximos às asas sofrem menos movimentos.
* No navio, evite cabines sem janelas.
* Não sente de costas para a direção em que o veículo se locomove.
* Evite comer em movimento.
* Evite odores fortes.
* Evite locais quentes .
* Não fume.
* Evite bebidas alcoólicas.

## CINETOSE AO NADAR

A cinetose pode surgir também em pessoas que praticam natação em mar aberto. A ondulação natural do mar, o contato da água fria com os ouvidos e a falta de uma linha reta de referência visual, como são os casos das raias ou das linhas no fundo da piscina costumam ser as causas da cinetose enquanto se nada.

Apesar de mais raro, a cinetose também pode ocorrer quando nadamos em piscinas. Nesses casos, a causa costuma ser uma técnica errada na hora de nadar e respirar, que provocam seguidas rotações da cabeça durante a atividade.

Além de corrigir a técnica, o uso de tampões de cera no ouvido para evitar a entrada de água também costuma ajudar em alguns casos.

## TRATAMENTO DAS CINETOSE (ENJOO DE MOVIMENTO)

Alguns medicamentos ajudam a minimizar os efeitos destes sinais conflituosos que causam a cinetose. Estes remédios funcionam melhor se tomados preventivamente, ou seja, antes dos sintomas surgirem. Algumas opções incluem:

– Anti-histamínicos, como Dramin®.  
– Escopolamina (Buscopan®).  
– Prometazina + cafeína.

Algumas destas drogas podem ser administradas através de adesivos implantados atrás da orelha.

Entre os tratamentos não medicamentosos, algumas dicas costumam funcionar bem. A principal são comprimidos de gengibre. Algumas pulseiras que fazem pressão no punho também podem ajudar em alguns casos, mas a maioria dos paciente precisa mesmo é tomar remédios para evitar as náuseas.

[DESMAIO, SÍNCOPE E REFLEXO VAGAL](https://www.mdsaude.com/2009/05/desmaio-sincope.html)O desmaio é um sintoma relativamente comum. Pode indicar problemas cardíacos, problemas neurológicos, uma queda súbita da pressão arterial, hipoglicemia (falta de açúcar no sangue) ou apenas uma manifestação de excesso de ansiedade ou histeria, também conhecida como transtorno conversivo.

O desmaio é cientificamente chamado de síncope e pode ser descrito como uma abrupta perda da consciência, associada à perda do tônus postural (perda da capacidade de permanecer em pé), seguida de uma rápida e completa recuperação. Ou seja, a pessoa perde a consciência e cai, acordando logo a seguir sem sequelas. A síncope não é uma doença, é um sintoma de alguma doença. A causa mais comum é a chamada reação vagal ou síncope vasovagal, relacionada à ativação inapropriada do nervo vago (explicaremos ao longo do texto).

Se você tem quadros de tonturas, sensação de que vai cair por perda da força, mas em momento algum perde a consciência, isso é chamado de pré-síncope.

Quando a síncope é um evento isolado na vida da pessoa, em geral, as causas são benignas. Porém, se o paciente apresenta quadros repetidos de síncope ao longo de vários dias ou semanas, o mais provável é que haja alguma doença por trás, habitualmente de origem neurológica ou cardíaca.

## SITUAÇÕES QUE PODEM SER CONFUNDIDAS COM SÍNCOPE (DESMAIO)

Antes de falarmos especificamente sobre as causas de desmaios, é importante saber diferenciar as síncopes de eventos graves, como AVC (leia: [AVC | ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL | DERRAME CEREBRAL](https://www.mdsaude.com/2008/09/ave.html)), paradas cardíacas ou morte súbitas.

No AVC, também conhecido como derrame cerebral, o doente pode até apresentar uma queda por perda de força dos membros inferiores, mas, em geral, ele não desmaia, ou seja, não perde a consciência. Nos casos de AVC que ocorrem perda da consciência, a recuperação não é rápida e quase nunca completa. Se o paciente desmaia e posteriormente acorda apresentando sequelas, tais como paralisia dos membros, boca torta, desorientação ou incapacidade de falar, isso é um AVC e não uma síncope.

Na parada cardíaca, também chamada de morte súbita, o paciente perde a consciência, cai e permanece no chão sem respirar e sem pulso (sem batimentos cardíacos perceptíveis). Se não forem imediatamente iniciadas as manobras de ressuscitação, o paciente evolui para o óbito. Uma parada cardio-respiratória, obviamente, não é um desmaio.

É muito importante também diferenciar as síncopes verdadeiras das histerias ou simulações, que recebem vários nomes na prática médica: distúrbio neurovegetativo, transtorno conversivo ou disfunção autonômica somatóforme. Não são síncopes reais e o paciente muitas vezes realiza estas simulações de modo inconsciente. Ele realmente acredita que desmaiou.

Outra situação que pode ser confundida com síncope é uma crise epilética. Às vezes, a distinção é difícil em um primeiro momento, principalmente se a crise não tiver sido testemunhada por ninguém. Em geral, o paciente com crise epilética não se recupera tão rapidamente após retomar a consciência. Muitas vezes, o indivíduo apresenta crises convulsivas não testemunhadas e só é encontrado caído no chão, já acordado, mas meio desorientado, com poucas forças. A presença de mordidas na língua, o fato do doente ter as roupas sujas de urina ou fezes, e múltiplas lesões no corpo sugerem que ele tenha tido uma crise convulsiva e não um simples desmaio (leia mais sobre epilepsias: [EPILEPSIA | CRISE CONVULSIVA | Sintomas, tipos e como proceder](https://www.mdsaude.com/2010/06/epilepsia-crise-convulsiva-sintomas.html)).

A principal característica da síncope é o fato do paciente desmaiar e acordar logo em seguida de forma espontânea. Entretanto, se durante a queda o paciente bater a cabeça com força no chão ou em alguma quina ou objeto duro, ele pode não acordar imediatamente por conta do traumatismo craniano. Neste caso, o paciente apresenta síncope seguida de concussão cerebral.

## COMO OCORRE O DESMAIO – IMPORTÂNCIA DO NERVO VAGO

Antes de descrever com mais detalhes cada uma das principais causas, é preciso explicar um pouco da fisiologia do corpo humano para uma melhor compreensão da origem da síncope, principalmente daquela que chamamos de síncope vasovagal.

O sistema nervoso autônomo é a parte do sistema nervoso que controla funções básicas e vitais, tais como a respiração, pressão arterial, controle de temperatura e digestão, apenas para ficarmos com alguns exemplos.

O sistema nervoso autônomo é dividido em duas partes: **Sistema nervoso simpático** e **Sistema nervoso parassimpático**. Esses dois sistemas se antagonizam e o equilíbrio de suas funções é que mantém o organismo funcionando adequadamente. Por exemplo, o sistema nervoso simpático aumenta a pressão, acelera os batimentos cardíacos e nos deixa mais alerta, enquanto que o sistema nervoso parassimpático reduz a pressão arterial e desacelera o coração.

O nervo vago carrega fibras do sistema nervoso parassimpático. Este nervo, que nasce dentro cérebro e envia ramos para várias partes do corpo, inerva diversos órgãos, como o coração, estômago, laringe, pulmão, esôfago, intestinos, pele, etc. É através dele que o cérebro recebe as informação do estado das nossas vísceras. O nervo vago também é responsável pelo controle de algumas das funções destes órgãos, como a produção de suor, a frequência cardíaca, a pressão arterial, movimentos dos intestinos e da musculatura do pescoço e da boca.

Muitas causas de desmaios têm origem na ativação inadequada do nervo vago, o que leva à queda da pressão arterial e desaceleração dos batimentos cardíacos.

## PRINCIPAIS CAUSAS DE DESMAIOS (SÍNCOPE)

Existem várias causas para o desmaio. Em muitos casos, a origem é apenas um excesso de emoção, calor intenso, nervosismo, etc. Porém, algumas doenças também podem se manifestar através de desmaios frequentes.

A síncope ou desmaio é um evento que causa muita apreensão no paciente e nas pessoas que testemunham o fato. Muitas vezes, o desmaio é também um desafio diagnóstico para o médico. Em muitos casos, mesmo após extensa investigação, não conseguimos identificar a origem do problema. Até 1/3 dos casos de síncope ficam sem diagnóstico definitivo.

Boa parte das síncopes ocorrem por causas benignas, porém, todo episódio deve ser investigado pensando que os desmaios podem ser uma manifestação de uma patologia grave e potencialmente fatal.

A síncope ou desmaio tem várias causas, sendo as principais os ataques vaso-vagais e causas cardíacas. A seguir, vamos explicar a origem das principais causas de desmaio clinicamente relevantes.

**1- Síncope vasovagal**

Uma anormal estimulação do nervo vago pode levar a grandes desacelerações do coração e à uma abrupta queda da pressão arterial, diminuindo temporariamente o aporte de sangue e oxigênio para o cérebro. Esse tipo de desmaio ocorre normalmente em pessoas jovens e sem outras doenças. A síncope vasovagal é normalmente precedida de sintomas como suores frios, palidez e escurecimento súbito da visão.



Síncope

A síncope vasovagal pode ser induzida por dor intensa, calor forte, por ficar em pé durante muito tempo, por medo ou estados de ansiedade intensa. É a causa de desmaios naqueles que tem pavor de agulha e precisam colher sangue, dos jovens em shows de música, ou de cirurgiões ou guardas que ficam muito tempo em pé sem se movimentar.

Em muitos casos, o estímulo vagal pode não ser suficiente para causar desmaios, levando apenas à mal estar, tonturas, enjoos e vômitos. O paciente senta-se ou deita-se e depois de alguns minutos sente-se melhor.

Apesar de ocorrer preferencialmente em jovens, alguns idosos podem apresentar repetidos episódios de síncope vasovagal, muitas vezes sem um fator desencadeante claro, como os citados acima. Em alguns desses pacientes, o estimulo desencadeador pode ser algo simples como urinar ou tossir.

Existe também aqueles com a chamada hipersensibilidade do seio carotídeo, uma região do pescoço onde passam as fibras do nervo vago. Nestes, uma simples massagem na região lateral do pescoço pode estimular o nervo vago e levar à síncope. São pessoas que podem desmaiar com um simples virar mais rápido do pescoço ou mesmo durante pequenos esforços, como evacuar ou assoprar contra uma resistência.

Apenas como curiosidade, a estimulação do nervo vago pode ser feita de forma proposital para fins médicos. A massagem vigorosa do seio carotídeo com os dedos é chamada de manobra vagal. Algumas arritmias com frequências cardíacas elevadas podem ser controladas apenas com estímulo repetido no seio carotídeo, através de intensa massagem na região lateral do pescoço.

**2- Hipotensão postural**

Hipotensão postural é queda da pressão arterial quando mudamos da posição deitada/sentada para a em pé. Todo mundo já sentiu isso alguma vez na vida ao se levantar de forma rápida e ficar tonto, com a vista escura. Na maioria dos casos o que ocorre é uma pré-síncope, mas em algumas pessoas a hipotensão pode ser tão grande que chega a causar síncope.

Essa queda abrupta da pressão arterial ocorre geralmente em pessoas desidratadas, que tomam diuréticos (leia: [PARA QUE SERVEM OS DIURÉTICOS ?](https://www.mdsaude.com/2008/11/para-que-servem-os-diurticos.html)), em pacientes diabéticos, idosos, pessoas medicadas com remédios para a pressão alta ou que consumam álcool de forma excessiva.

**3- Arritmias cardíacas**

As arritmias cardíacas são causas comuns de desmaios. Um coração arrítmico bombeia o sangue ineficientemente, levando à uma má oxigenação cerebral e, consequentemente, à síncope.

Quando a arritmia que dá origem à síncope ainda se encontra presente no momento do atendimento médico, o diagnóstico é fácil de ser estabelecido. O problema é que boa parte dessas arritmias são intermitentes, duram alguns segundos e desaparecem. Quando o doente chega ao médico já não há sinais de alteração na condução elétrica do coração.

Na síncope causada por arritmias, o paciente habitualmente perde a consciência sem apresentar sintomas prévios. No máximo, um quadro de palpitações precede o desmaio.

Tanto as bradicardias (coração que bate muito lentamente) quanto as taquicardias (coração que bate muito rapidamente) podem provocar síncopes.

As síncopes de origem cardíaca são potencialmente perigosas, pois elas podem ser causadas por arritmias malignas, com risco de evolução para parada cardíaca.

Leia também: [PALPITAÇÕES, TAQUICARDIA E ARRITMIAS CARDÍACAS](https://www.mdsaude.com/2009/06/palpitacoes-taquicardia-e-arritmias.html)

**4- Outras doenças cardíacas**

Doenças das válvulas cardíacas, principalmente da válvula aórtica podem levar à síncope. Outras doenças, como cardiomiopatia hipertrófica e embolia pulmonar também podem causar desmaios.

## POR QUE SURGEM AS TONTURAS E A VERTIGEM?

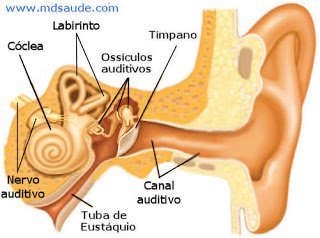
Para nos mantermos em equilíbrio, para saber em que posição estamos em relação ao meio ambiente (deitado, em pé, inclinado, de lado, pernas esticadas, braços levantados, etc.) e para saber se estamos parados ou em movimento, é preciso que o nosso corpo forneça informações detalhadas ao cérebro.

Temos basicamente três meios para mandar estas informações para o sistema nervoso central:

1. Visão, que nos orienta onde estamos e como está o meio ao nosso redor.  
2. Propriocepção, que é a capacidade do cérebro reconhecer a localização espacial do corpo, sua posição e orientação, a força exercida pelos músculos e a posição de cada parte do corpo em relação às demais, sem utilizar a visão. É a propriocepção que nos permite, de olhos fechados, reconhecer que estamos com o braço levantado, de cabeça para baixo, inclinados para frente, com as pernas dobradas, etc.  
3. Ouvido interno, que é o maior responsável pelas tonturas e vertigens. É dele que vamos falar um pouco agora.

## OUVIDO INTERNO – LABIRINTO E APARELHO VESTIBULAR

Dentro do ouvido interno temos um órgão chamado labirinto que faz parte do aparelho vestibular, responsável pela manutenção do equilíbrio.



O labirinto é um conjunto de arcos semicirculares que possuem líquidos em seu interior. A movimentação destes líquidos é interpretado pelo cérebro ajudando a identificar movimentos e a nos manter em equilíbrio.

As informações passadas pelo labirinto através da movimentação destes líquidos, ajudam o cérebro a interpretar movimentos angulares, acelerações lineares e forças gravitacionais.

Apenas como curiosidade: você sabe por que ficamos tontos depois de rodarmos várias vezes? Porque quando paramos de rodar, apesar de já estarmos parados, os líquidos dentro do nosso ouvido interno ainda ficam em movimento rotacional por alguns segundos, fazendo com que o cérebro interprete que ainda estamos rodando. Se fecharmos os olhos, a tontura aumenta ainda mais, pois de olhos abertos a visão consegue atenuar a mensagem errada que o ouvido interno está mandando ao cérebro.

**Diferenças entre a vertigem e outros tipos de tontura**

A caracterização de uma tontura como vertigem é importante porque este sintoma é típico de doenças do aparelho vestibular. As causas mais comuns de vertigens são as doenças que acometem assimetricamente o ouvido interno, seja por calcificação de áreas do labirinto, por inflamação, por infecções, por traumas ou por excesso de líquido dentro dos aparelho vestibular.

Como já foi citado na introdução deste texto, a vertigem é um tipo de tontura onde há ilusão de movimentos rotatórios. Este dado é essencial para distingui-la de outros tipos de tonturas. Também é característico da vertigem o fato da tontura ser intermitente, ou seja, vai e volta ao longo das semanas. Uma tontura permanente, que não melhora nunca, dificilmente se trata de vertigem. A vertigem costuma piorar com movimentos da cabeça, sendo um modo simples de identificar o tipo da tontura que o paciente apresenta.

## SINTOMAS DA VERTIGEM

De forma resumida, os sintomas da vertigem são:

– Tonturas rotatórias. A sensação é de que você ou o ambiente estão rodando  
– Dificuldade em manter o equilíbrio  
– Tonturas que vão e voltam frequentemente ao longo de vários dias  
– Tonturas que pioram com a movimentação da cabeça ou do tronco, quando tossimos ou quando espirramos  
– Também podem estar associados a tontura: dor de cabeça, sensibilidade a luz ou barulho, sensação de fraqueza, visão dupla, taquicardia (coração acelerado) e dificuldades para falar.

Um sinal importante de vertigem é a presença do nistagmo: involuntários, rápidos e curtos movimento dos olhos, geralmente em direção lateral, como no vídeo abaixo.

## CAUSAS DE VERTIGEM E TONTURAS

Cerca de 40% dos casos de tonturas se devem a doenças do aparelho vestibular, 10% são devidos a lesões cerebrais, 15% a distúrbios psiquiátricos, 25% não são verdadeiramente tonturas, mas sim pré-síncopes e desequilíbrios, e 10% são de origem indeterminada. Vamos citar rapidamente algumas causas comuns de tonturas e vertigens. Posteriormente escreverei um texto individual sobre cada uma destas causas.

**a.Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB)**

A vertigem posicional paroxística benigna, também chamada de vertigem posicional ou vertigem postural é a a causa nais comum de vertigem; é causado por calcificações nos pequenos canais dentro do sistema vestibular. A vertigem posicional apresenta curta duração (segundos a poucos minutos) e costuma ser desencadeada por certos movimentos da cabeça. A doença pode estar presente por várias semanas.

Para mais informações sobre a Vertigem posicional paroxística benigna, leia: [VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA](https://www.mdsaude.com/2013/06/vertigem-posicional-paroxistica-benigna.html).  
 [VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA](https://www.mdsaude.com/2013/06/vertigem-posicional-paroxistica-benigna.html).  
A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), também chamada de vertigem posicional ou vertigem postural, é a causa mais comuns de vertigem, sendo caracterizada por breves episódios de tonturas desencadeadas, habitualmente, por movimentos da cabeça. A vertigem posicional paroxística benigna surge por problemas no ouvido interno, que é um dos órgãos responsáveis pelo nosso equilíbrio.

Neste texto vamos abordar os seguintes pontos sobre a vertigem posicional paroxística benigna:

• O que é vertigem.  
• O que é a vertigem posicional paroxística benigna.  
• Sintomas da VPPB.  
• Tratamento da VPPB.

## O QUE É VERTIGEM?

Todo mundo acha que sabe o que é tontura, mas esse termo é muitas vezes usado de forma equivocada para descrever sensações como desequilíbrio, náuseas, hipotensão, fraqueza, visão dupla, turvação visual, mal-estar, etc. A tontura verdadeira é aquela que se apresenta como uma falsa sensação de movimento próprio ou do ambiente, estando frequentemente associada a desequilíbrio e/ou enjoos.

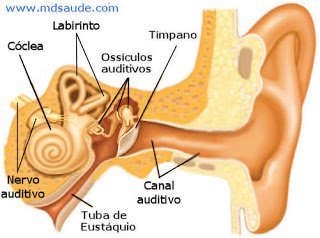
Se você não consegue se equilibrar, mas não tem a falsa sensação de que você ou o ambiente ao redor está em movimento, isso não é tontura. Por exemplo, pacientes com lesões neurológicas podem perder a capacidade de se manter equilibrados em pé, sem que necessariamente sintam-se tontos. Tontura é aquilo que sentimos quando rodamos rapidamente ou quando estamos bêbados.

Quando a tontura é causada por uma sensação de movimento rotatório, ou seja, quando parece que tudo ao redor está girando, damos o nome de vertigem. A vertigem é o tipo mais comum de tontura.

## O QUE É A VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA (VPPB)

Para entender a VPPB é preciso primeiro conhecer o funcionamento do ouvido interno.

O labirinto é um órgão presente dentro do ouvido, composto por um conjunto de arcos semicirculares que possuem líquidos em seu interior. A movimentação destes líquidos é que auxilia o cérebro a identificar movimentos do corpo e a nos manter em equilíbrio. Graças ao labirinto, o cérebro consegue interpretar movimentos angulares, acelerações lineares e forças gravitacionais.



Você sabe por que ficamos tontos depois de rodarmos? Porque quando paramos de rodar, apesar de já estarmos parados, os líquidos dentro do nosso ouvido interno ainda ficam em movimento rotacional por alguns segundos, fazendo com que o cérebro interprete que ainda estamos rodando. Por isso, apesar de parados, sentimos a sensação de rotação, caracterizando a tontura e a vertigem.

Para saber mais sobre tonturas e vertigens, leia também:  
– [O QUE É A LABIRINTITE](https://www.mdsaude.com/2010/12/labirintite-sintomas.html).  
– [TONTURA E VERTIGEM | Causas e sintomas](https://www.mdsaude.com/2010/12/tontura-vertigem.html).  
– [CINETOSE | ENJOO DE MOVIMENTO](https://www.mdsaude.com/2010/10/cinetose-enjoo-movimento.html).

A ocorrência da vertigem posicional paroxística benigna é habitualmente atribuída à presença de cristais de cálcio no interior do canal semicircular posterior, que é o mais inferior dos 3 canais do labirinto e o responsável pela detecção de aceleração linear da cabeça. A presença destes cristais altera o fluxo normal de líquido dentro do canal, levando a interpretações equivocadas do cérebro quando há movimentos do corpo, principalmente da cabeça. A VPPB é classicamente desencadeada por movimentos específicos da cabeça (explico melhor mais à frente).

Cerca de 35 a 40% dos casos de vertigem posicional paroxística benigna são idiopáticos, ou seja, não apresentam uma causa estabelecida. Leves traumatismos de cabeça podem ser o fator desencadeante em cerca de 15 a 20% dos pacientes. Os casos restantes são geralmente provocados por outras doenças, como otite média (leia: [OTITE MÉDIA | Dor de ouvido](https://www.mdsaude.com/2012/12/otite-media.html)), cirurgias da cabeça, doença de Meniere, neurite vestibular, enxaqueca e diversas outras doenças do ouvido.

## SINTOMAS DA VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA

Os pacientes com VPPB se queixam, habitualmente, de episódios recorrentes de vertigem com duração de menos de um minuto. Náuseas e tonturas também podem ocorrer. Apesar de cada episódio individual ser breve, estes podem se repetir seguidamente durante dias, semanas ou até meses (a duração média é de duas semanas). Os pacientes, muitas vezes, têm remissões súbitas espontâneas, e recaídas meses depois.

Os episódios de tontura são provocadas por movimentos específicos da cabeça, como olhar para cima, deitar ou levantar-se, ou rolar na cama. O quandro pode surgir subitamente, com vertigens que aparecem pela primeira vez logo que o paciente acorda e tenta se levantar.

A presença de nistagmo, que são movimentos rítmicos e anormais do olho são típicos da vertigem posicional paroxística benigna. Há manobras que podem ser feitas durante o exame físico, como o teste de Dix-Hallpike, que ajudam a desencadear a vertigem e o nistagmo, facilitando o diagnóstico da VPPB.

## TRATAMENTO DA VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA

Existem várias manobras fisioterápicas com a cabeça que têm como objetivo movimentar os cristais de cálcio de forma a expulsá-los dos canais do labirinto. Essas técnicas são chamadas de manobras de reposicionamento otolítico e apresentam excelentes resultados.

Realizada no consultório do seu médico, as manobras de reposicionamento otolítico são compostas por vários posicionamentos simples e lentos da cabeça. Cada posição é mantida por cerca de 30 segundos depois do desaparecimento da vertigem ou do nistagmo. Esta técnica é geralmente eficaz após uma ou duas sessões.

O seu otorrinolaringologista provavelmente irá lhe ensinar como realizar o procedimento em si mesmo, para que você possa fazê-lo em casa antes de voltar ao consultório para nova avaliação.

Medicamentos habitualmente não são necessários para tratar a vertigem posicional paroxística benigna.

**b. Doença de Ménière**

A doença de Ménière é causada por excesso de líquido no labirinto, o que provoca vertigens, perda auditiva e zumbidos. As crises de tonturas da doença de Meniere duram entre vários minutos até horas.

Na doença de Ménière o paciente pode apresentar perda permanente da audição e ficar com dificuldades de manter o equilíbrio de forma crônica.

Para mais informações sobre a doença de Ménière, leia: [DOENÇA DE MÉNIÈRE](https://www.mdsaude.com/2014/05/sindrome-de-meniere.html).

**c. Labirintite (neurite vestibular)**

A labirintite é causada por uma inflamação do labirinto ou do ramo vestibular do nervo auditivo que leva as informações do ouvido interno até o cérebro. A principal causa desta inflamação parece ser uma infecção viral. Pacientes com labirintite apresentam um quadro súbito de vertigem fortes, associado a náuseas, vômitos e dificuldade em se manter em pé. Podem também existir perda de audição e zumbidos. Na labirintite os sintomas podem durar vários dias. Para mais informações, leia: [LABIRINTITE | Sintomas e tratamento](https://www.mdsaude.com/2010/12/labirintite-sintomas.html).

**d. Vertigens da enxaqueca**

Pacientes com enxaqueca também podem podem apresentar episódios de vertigens (leia: [DOR DE CABEÇA | Enxaqueca , cefaleia tensional e sinais de gravidade](https://www.mdsaude.com/2008/11/dor-de-cabea-cefalia-parte-i-enxaqueca.html)).

**e. AVC ou ataque isquêmico transitório**

Isquemia ou infarto cerebral podem causar tonturas (leia: [AVC | ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL | DERRAME CEREBRAL](https://www.mdsaude.com/2008/09/ave.html)). O quadro é mais comum em idosos, em pacientes com história de diabetes, hipertensão, tabagismo ou doenças cardiovasculares. No AVC costumam estar presentes outros sintomas além da tontura, como perda de movimentos e/ou sensibilidade em um ou mais membros, desorientação, dificuldades para falar, etc.

**f. Medicamentos**

Intoxicação por algumas drogas podem causar lesão do ouvido interno, entre elas, cisplatina, fenitoína e antibióticos da classe dos aminoglicosídeos.

**g. Entupimento do ouvido por cera**

Raramente, pacientes com impactação de cera no ouvido podem se queixar de tonturas (leia: [CERÚMEN | Cera do ouvido](https://www.mdsaude.com/2012/10/cera-ouvido.html)).

**h. Esclerose múltipla** (leia: [ESCLEROSE MÚLTIPLA | Sintomas, diagnóstico e tratamento](https://www.mdsaude.com/2009/11/esclerose-multipla.html))

**i. Traumatismo craniano**

**j. Crises de ansiedade ou ataques de pânico**

## SINAIS DE GRAVIDADE DAS TONTURAS

A maioria dos casos de vertigens são autolimitados e, apesar dos sintomas serem bastante incômodos, não trazem maiores riscos. O otorrinolaringologista é o especialista indicado para avaliar casos de tonturas. Entretanto, se a tontura vier acompanhada de alguns outros sintomas, um quadro mais grave pode estar por trás.

Portanto, se você apresenta tonturas e alguns dos sinais e sintomas descritos abaixo, procure imediatamente atendimento médico:

– Febre alta.  
– Dor de cabeça muito intensa (exceto nos pacientes já sabidamente portadores de enxaqueca).  
– Fraqueza em algum membro.  
– Dificuldade para falar.  
– Perda da consciência.  
– Dor no peito (leia: [DOR NO PEITO | Causas e sintomas](https://www.mdsaude.com/2010/11/dor-no-peito.html)).  
– Desorientação.  
– Vômitos incoercíveis.

<https://www.mdsaude.com/2010/12/tontura-vertigem.html>

# CRISE CONVULSIVA – SINTOMAS E TRATAMENTO

Nosso cérebro contém bilhões de neurônios que se comunicam e exercem suas funções através da geração constante de impulsos elétricos.

A crise convulsiva, ou crise epilética, surge quando há um distúrbio na geração destes impulsos elétricos cerebrais, normalmente causada por uma temporária atividade elétrica que é desorganizada, excessiva e repetida.

Se este distúrbio elétrico ficar restrito a apenas um grupo de neurônios, o paciente apresentará uma crise convulsiva parcial (crise epilética parcial). Se estes impulsos anômalos se espalharem, atingindo os dois hemisférios cerebrais, teremos, então, uma crise convulsiva generalizada.

## CRISE CONVULSIVA X EPILEPSIA

Damos o nome de epilepsia quando o paciente apresenta mais de um episódio de crise convulsiva parcial ou generalizada, sem que se identifique uma causa óbvia e reversível, como drogas, febre ou alterações metabólicas. Por exemplo, uma pessoa que consumiu bebidas alcoólicas em excesso e apresenta uma quadro de crise convulsiva não é considerado epilética. Do mesmo modo, um diabético em uso de insulina que apresenta um quadro de hipoglicemia grave e, por isso, desenvolve uma quadro de crises epiléticas, também não o é.

Epilético é aquele paciente que apresenta alguma alteração cerebral que o predispõe a desenvolver periodicamente crises convulsivas, sem que haja alguma agressão ao cérebro para desencadeá-la.

Portanto, nem toda crise convulsiva é causada por uma quadro de epilepsia. Podemos citar algumas doenças e alterações que podem provocar crise convulsiva sem que isso se caracterize como um quadro de epilepsia:

* [Meningite](https://www.mdsaude.com/2009/05/meningite.html).
* [Febre](https://www.mdsaude.com/2009/01/o-que-significa-e-por-que-temos-febre.html).
* Drogas.
* [Hipoglicemia](https://www.mdsaude.com/2013/10/hipoglicemia.html).
* Anóxia (falta de oxigênio).
* Traumas.
* Desidratação grave.
* [Insuficiência renal avançada](https://www.mdsaude.com/2009/08/insuficiencia-renal-cronica-sintomas.html).
* Alterações hidreletrolíticas (alterações nos níveis dos sais minerais no sangue, como o sódio, por exemplo).

Só é considerado portador de epilepsia o paciente que já apresentou mais de um episódio de crise convulsiva sem causa aparente.

## TIPOS DE CRISE CONVULSIVA

Quando falamos em crise convulsiva, convulsão ou ataque epilético, logo vem à nossa cabeça aquela assustadora imagem de um paciente se debatendo todo, babando, com os olhos revirados e com movimentos anárquicos dos membros. Na verdade, isto representa uma crise convulsiva generalizada, chamada de crise convulsiva tônico-clônica. Esse apenas um dos vários tipos de crise convulsiva existentes.

As crise convulsivas (crises epiléticas) são divididas em dois grupos: crise convulsiva parcial e crise convulsiva generalizada.

### a) Crise convulsiva parcial

A crise epilética parcial é aquela que ocorre quando os impulsos elétricos anômalos ficam restritos a apenas uma região do cérebro.

É chamada de crise epilética parcial simples aquela que ocorre **sem alteração do nível de consciência** do paciente. Os sintomas podem ser sutis e dependem da área cerebral afetada. Alguns sintomas que podem ocorrer na crise epilética parcial simples são:

* Movimentos involuntários de parte do corpo.
* Alterações sensoriais como do paladar, audição, visão ou olfato.
* Alucinações.
* Alterações na fala.
* Vertigens.
* Sensação de estar fora do corpo.

Muitas vezes os sintomas destas crises parciais simples são tão sutis que o diagnóstico é difícil de ser pensado, até mesmo para o paciente. Às vezes, eles são confundidos com doenças psiquiátricas.

Nas crises epiléticas parciais complexas, o quadro clínico é mais rico. Ao contrário das crises parciais simples nas quais o paciente tem plena noção do que está acontecendo, nas crises complexas, o paciente não tem a menor consciência do que está fazendo. Em geral, uma crise parcial complexa é precedida por uma crise parcial simples, recebendo esta o nome de aura. É uma espécie de aviso que a convulsão está chegando.

Na crise convulsiva parcial complexa, o paciente normalmente apresenta comportamentos e movimentos repetidos, tipo beijos, mastigações, andar em circulo, olhar fixo, ficar puxando a roupa, virar a cabeça para um lado e para o outro, esfregar as mãos, etc., tudo de modo inconsciente. Às vezes, o paciente é capaz de obedecer ordens e consegue falar, porém, apresenta um discurso incoerente.

A crise convulsiva parcial complexa costuma durar em média um minuto. Quando a crise termina, o paciente retoma a consciência, mas costuma estar muito confuso, sem saber o que aconteceu. Geralmente, a última coisa que ele lembra é da crise parcial simples (aura) que antecedeu a crise complexa.

As crises parciais podem anteceder uma crise epilética generalizada. Na verdade, o paciente pode começar com uma crise parcial simples, evoluir para uma crise parcial complexa e terminar com uma crise generalizada.

### b) Crise convulsiva generalizada

Na crise convulsiva generalizada, os dois hemisférios do cérebro são afetados.

O tipo mais conhecido de crise convulsiva, chamado também de ataque epilético ou grande mal, é a crise convulsiva tônico-clônica. É o quadro mais assustador. O paciente subitamente apresenta uma rigidez dos músculos e imediatamente cai inconsciente. Segue-se, então, movimentos rítmicos e rápidos dos membros. O paciente perde controle dos esfíncteres, podendo urinar ou evacuar. É comum salivar e morder a língua durante a crise, o que pode provocar um espumamento avermelhado.

A crises tônico-clônicas duram entre 1 a 3 minutos. Ao final, o paciente apresenta cansaço extremo, sonolência, confusão e amnésia, não lembrando do que ocorreu.

Outro tipo de crise epilética generalizada é a crise convulsiva atônica. Esta forma se manifesta como uma súbita perda do tônus muscular, fazendo com que a pessoa caia. É muito curta, dura menos de 15 segundos, porém, devido às quedas, costuma causar traumatismo sérios.

**Crises de ausência**

Uma das manifestações possíveis da crise epilética generalizada é a crise de ausência, também chamada de pequeno mal. Na crise de ausência, o paciente perde contato com o mundo externo e fica parado com o olhar fixo. É possível haver alguns automatismos, tipo piscar de olhos repetidamente, como ocorre na crise parcial complexa. A diferença é que a crise de ausência é mais curta, dura cerca de 20 segundos, pode ocorrer dezenas de vezes ao longo do dia, e o paciente não apresenta aura nem está confuso ao final da crise. Às vezes, o indivíduo retoma a atividade que estava fazendo como se nada tivesse acontecido.

Nas pessoas com epilepsia, *flashes* luminosos repetidos ou hiperventilação (respirar rapidamente durante algum período de tempo) podem desencadear crises generalizadas do tipo ausência. Este tipo de crise é mais comum na infância e costuma desaparecer após a adolescência.

### c) *Status epilepticus*

A maioria das crises convulsivas são auto-limitadas e não precisam de tratamento médico imediato.

Chamamos de *status epilepticus* quando a convulsão não cede após vários minutos ou quando o paciente apresenta quadros repetidos de crise sem que tenha havido tempo dele recuperar a consciência entre os episódios.

Geralmente, crises convulsivas que duram mais de 5 minutos são consideradas emergências, pois colocam o cérebro em risco e devem ser tratadas com fármacos para abortá-las.

### d) Convulsão febril

A convulsão febril ocorre normalmente em crianças entre seis meses e seis anos de idade (pico entre 1 ano e 1 ano e meio) que apresentam quadro febril acima de 38ºC. Apesar de ser um quadro assustador para os pais, ele é benigno e não causa lesão cerebrais. É comum e ocorre em até 5% das crianças.

Se a criança só tem convulsão quando está febril, ela não é considerada portadora de epilepsia.

O que desencadeia a convulsão é a febre, independente da sua causa. A crise pode ser parcial (mais comum) ou complexa, inclusive com crises tônico-clônicas. A convulsão febril costuma ser mais demorada do que as crises nas epilepsias. Podem durar até 15 minutos. Não se assuste se a criança apresentar fraqueza em um dos membros logo após o fim das crises. É temporário.

Não adianta dar banho em água fria ou encher a criança de antitérmicos. Isso não impede o aparecimento das crises. Também não é necessário usar drogas antiepiléticas. O quadro é benigno e os efeitos colaterais não justificam o seu uso.

A convulsão febril não traz maiores complicações e desaparece com a idade. O ideal é sempre levar a criança ao pediatra após a crise para que ele possa investigar o motivo da febre e confirmar que se trata apenas de convulsão febril, e não de epilepsia.

## O QUE FAZER QUANDO PRESENCIAR UMA CRISE CONVULSIVA?

Primeiro de tudo, mantenha a calma. A imensa maioria das crises são autolimitadas e desaparecem espontaneamente.

É importante saber que uma crise generalizada pode ser precedida por crises parciais, por isso, se o paciente estiver em pé ou sentado, o ideal é deitá-lo para evitar quedas. Afaste objetos que possam vir a machucá-lo.

Se o paciente estiver tendo uma crise convulsiva tônico-clônica, eis alguns conselhos:

* Não tente imobilizar seus membros. Deixe o paciente se debater. Procure apenas proteger a cabeça com uma almofada
* Se o paciente estiver se sufocando com a própria língua, NUNCA ponha a mão dentro da boca para tentar ajudá-lo. Ele pode subitamente contrair a mandíbula, e você pode perder os dedos com uma violenta mordida. O simples ato de girar a cabeça para o lado é suficiente para a língua cair e desobstruir as vias aéreas.
* Virar a cabeça para o lado também impede que o paciente se afogue na própria saliva.
* Se a crise estiver durando mais que 3-5 minutos, ligue para algum serviço de socorro médico.
* Após a crise, é normal o paciente permanecer desacordado por algum tempo. Coloque-o de lado e deixe-o dormir.
* Nunca ofereça nada para beber ou comer logo após a crise. Nesta fase o paciente pode não conseguir engolir direito, sofrendo risco de aspirar o alimento ou o líquido.
* https://www.mdsaude.com/2010/06/epilepsia-crise-convulsiva-sintomas.html