

DISREFLEXIA AUTONÔMICA – UMA EMERGÊNCIA OU NÃO?

Aurimar Antonio Demenech¹, Luce Marina O. Freires²

DEMENECH, A.A. & FREIRES, L.M.O. Disreflexia autonômica – uma emergência ou não? *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 247-250, jul./dez. 1984.

RESUMO. Trata-se de um estudo de caráter bibliográfico, envolvendo nossa antiga prática profissional, onde são descritos alguns problemas de disreflexia autonômica (DA). Esta é uma síndrome que ocorre em 85% dos pacientes com lesão medular ao nível da sexta vértebra torácica ou acima, que indica uma atividade reflexa anormal do sistema nervoso autônomo, de ocorrência altamente imprevisível e súbita, acarretando risco de vida para o paciente. Surge como resposta a estímulos que são inócuos a pessoas normais. São descritos quais os estímulos desencadeantes, bem como as formas de preveni-los e a assistência de enfermagem a ser prestada na iminência de uma crise.

ABSTRACT. The present bibliographic study describes some problems of autonomic dysreflexia (AD). This syndrome happens in 85% of patients with medullary injury at or above the sixth thoracic vertebra and denotes an abnormal reflex activity of the autonomic nervous system. This irregular condition, which is provoked by responses to stimuli that are normal and harmless in healthy persons, has a highly unpredictable and unexpected occurrence, carrying a life hazard for the patient. The unleashing stimuli, as well as the means to prevent it, along with the nursing assistance in the imminent crisis, are also described.

O CLIENTE

O Sr. C.M.L., 36 anos, tetraplégico devido a acidente automobilístico há dezoito meses, usando sonda vesical, estava internado no Hospital Geral para tratar uma infecção urinária. Não tinha deformidades nos membros superiores e inferiores e nem úlceras de decúbito. Comunicativo como era, estava a conversar com o companheiro de enfermaria, quando foi subitamente acometido por uma

cefaléia latejante, seu rosto ficou ruborizado e começou a suar, o que o deixou bastante nervoso e ansioso.

O enfermeiro de plantão foi imediatamente comunicado. Verificando seus sinais vitais, detectou uma pressão arterial de 210/180 mmHg (normalmente era de 130/80 mmHg) e o pulso radial que inicialmente estava rápido, caiu em seguida para 48 bc/m. Conversando com o cliente na tentativa de acalmá-lo, perguntou-lhe se era a

-
1. Ex-Enfermeiro do Hospital Sarah Kubitschek de Brasília. Enfermeiro lotado no Hospital Regional do Gama-F. H.D.F.
 2. Ex-Enfermeira do Hospital Sarah Kubitschek de Brasília. Auxiliar de Ensino I – Enfermagem Médico-Cirúrgica – U.F.M.T.

primeira vez que tal fato acontecia e este informou que sim. O paciente estava com sudorese evidente e manchas avermelhadas começavam a surgir em sua face, além de um gosto metálico que experimentava. Informou que há algumas horas não drenava urina através da sonda e que havia bebido muito líquido. Frente a esta informação, o enfermeiro verificou o que estava acontecendo com a sonda vesical e descobriu que a mesma estava obstruída, devido ao bexigoma presente. O médico já havia chegado.

O QUE ESTAVA OCORRENDO COM O PACIENTE? SERÁ QUE ISSO VOLTARIA A LHE ACONTECER?

Bem, o Sr. C.M.L. fora subitamente acometido por alguns sinais e sintomas de disreflexia autonômica, que é uma condição de ocorrência altamente imprevisível e perigosa. Segundo LAZURE⁴, atinge 85% de todos os tetraplégicos ou outros pacientes com lesão medular ao nível da sexta vértebra torácica ou acima desta. Para KEWALRAMANI et alii³, isto indica uma atividade reflexa anormal do sistema nervoso autônomo, onde há uma exagerada ação simpática ou parassimpática, como resposta a estímulos que são inócuos a pessoas normais, acompanhada de todas as manifestações clínicas desta síndrome. Para DRAIN SHIPLEY¹, esta é uma condição que se acredita seja devida à liberação de norepinefrina nos gânglios simpáticos, que nos tetraplégicos e paraplégicos não mais estão sob controle medular.

Segundo LINDAN et alii⁵, disreflexia autonômica torna-se um problema na reabilitação do lesado medular, e é uma síndrome quase que desconhecida para o profissional médico e de enfermagem de maneira geral, sendo, na maioria das vezes, o tratamento retardado ou inadequado quando são defrontados com um paciente em ataque agudo.

A disreflexia autonômica não é comumente vista até que passe o período de choque medular e, considerando o tempo após a lesão, há muita variação quanto à sua ocorrência. Pode aparecer algumas semanas após o trauma ou mesmo anos depois, mesmo que não tenha havido um ataque anterior, bem como a repetição dos mesmos pode persistir por muito tempo.

QUAIS SÃO OS PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NA DA?

Hipertensão paroxística súbita (podendo atingir 300/200 mmHg) é o sinal mais freqüente, e é consequência fisiopatológica, segundo GUTTMANN², da vasodilatação acima do nível da lesão e da vasoconstrição abaixo, podendo causar hemorragia da retina ou mesmo um acidente fatal, como é citado em LAZURE⁴. Para DRAIN e SHIPLEY¹, isto pode evoluir para convulsões, perda da consciência, acidente vascular, coma e morte, conforme citação de LINDAN et alii⁵, onde é descrito que um paciente morreu enquanto era tratado como um caso de mal epilético. Além de cefaléia latejante, sudorese (acima do nível da lesão), acompanhada de frio, piloereção, calafrios e tremores, o paciente torna-se inquieto, angustiado e irritadiço.

Devido à vasodilatação acima do nível da lesão, congestão nasal, calor, manchas sanguíneas na face, pescoço e tronco aparecem freqüentemente, podendo o indivíduo vir a experimentar um gosto metálico na boca.

Bradycardia pode ocorrer, mas somente em poucos casos. Embora inicialmente o pulso seja rápido, às vezes torna-se irregular. As veias do pescoço e tórax podem engurgitar-se.

Como sintomas menos freqüentes são citados dilatação das pupilas, embaçamento da visão, dispnéia, mal-estar geral, náuseas, ereção peniana, sonolência e letargia.

Os problemas de DA em crianças (abaixo de quinze anos) para KEWALRAMANI et alii³ foram similares aos adultos, exceto na elevação da pressão arterial que era menos severa e a hiperidrose menos freqüente.

QUE TIPOS DE ESTÍMULOS PODEM DESENCADEAR DA?

A DA pode ser desencadeada por uma série de estímulos:

1) Aqueles devidos à distensão vesical: litíase urinária, obstrução e pinçamento da sonda vesical, espasmo vesical, infecção urinária ou mesmo através de procedimentos urodinâmicos para tratamento tais como troca de sonda vesical, cateterismos intermitentes, irrigação vesical, cistometria ou pela própria compressão ou lesão do pênis e bolsa escrotal;

2) Aqueles devidos à distensão intestinal ou do reto: causados pela obstipação ou impaction fecal, excesso de gás, estimulação retal durante rotinas intestinais (enema, supositórios) ou às vezes mesmo após a evacuação;

3) Aqueles causados por estimulação da pele: lesões como úlceras de decúbito, unhas encravadas, bolhas ou vesículas distendidas, excesso de calor ou frio, decúbito prolongado, dobras nas roupas, pequenos objetos na cama do paciente, manipulação para exercícios, mudanças de decúbito, ou simplesmente pelo balançar da cama;

4) O *stress* psicológico, as contrações uterinas da gravidez ou dos primeiros dias da menstruação podem desencadear um episódio de disreflexia autonômica.

No caso do Sr. C. M. L. a crise fora desencadeada pelo aumento anormal do volume de urina na bexiga, causado pela obstrução da sonda vesical.

COMO OCORRE DA?

A disreflexia autonômica em lesado medular ocorre com maior frequência quando:

1) Os receptores sensitivos das vísceras pélvicas, como bexiga, cólon e reto são estimulados, enviando impulsos aferentes até a medula através dos nervos pélvicos e pré-sacros;

2) Esses impulsos ascendem ao longo do trato espinotalâmico lateral e colunas dorsais, até o nível da lesão onde são bloqueados, provocando uma resposta reflexa motora que segue pelos cornos laterais;

3) Gerando os reflexos simpáticos de espasmo arterial, constrição da pele e vísceras abaixo do nível da lesão e como resultante há uma elevação súbita da pressão arterial;

4) Os barorreceptores nos sinus carotídeo, arco aórtico e vasos cerebrais detectam o aumento da pressão sanguínea inibindo assim o centro vasomotor, permitindo vasodilatação acima do nível da lesão, tendo como resultado: calor, congestão nasal, manchas sanguíneas na face, pescoço, tronco e sudorese abundante;

5) A frequência cardíaca cai devido à diminuição da contratilidade do miocárdio via impulso vagal, persistindo a vasoconstrição abaixo do nível da lesão;

6) A piloereção ocorre devido à estimulação das fibras pós-ganglionares simpáticas que acompanham as fibras vasomotoras da pele.

O QUE VOCÊ PODE FAZER PELO PACIENTE SUSCETÍVEL A DISREFLEXIA AUTONÔMICA?

Desde que achamos que qualquer paciente com lesão medular ao nível da sexta vértebra torácica ou acima, possa desenvolver DA, mesmo vários anos após a lesão, é essencial que todos eles sejam educados com relação a sinais e sintomas, como prevenir e o que fazer se vierem a sofrer um ataque.

Referente ao trato urinário, o paciente deverá saber controlar a ingestão e eliminação de líquidos (2.500 a 3.500 ml/dia), fazer massagens para esvaziar a bexiga a fim de evitar a retenção urinária e distensão vesical, obtendo assim um planejamento da bexiga; manter o pH da urina em valores de acidez, através de medicação e/ou dietas para ajudar a prevenir infecções urinárias; evitar tomar muito leite ou comer frutas que contenham muito cálcio, pois isto favorece a litíase renal; saber detectar as alterações das características da urina quanto a cor, odor, presença ou não de resíduos etc.; fazer exames laboratoriais específicos para o trato urinário periodicamente; retornar ao médico.

Quanto ao trato intestinal, é importante que o indivíduo saiba esvaziar o intestino com regularidade (dias alternados) usando dietas adequadas e em horários certos, medicação laxante, com o auxílio de manobras e posicionamento.

Decúbitos prolongados deverão ser evitados para prevenir formação de pressão sobre os ossos ou mesmo úlceras de decúbito. Deve-se evitar pressão demasiada sobre a bolsa escrotal e pênis.

Em alguns casos pode-se evitar um episódio de DA através do uso de agentes bloqueadores ganglionares antes da situação de estimulação. Por exemplo, instilar cloridrato de xilocaína líquido na bexiga, quinze minutos antes da troca de uma sonda vesical ou aplicar cloridrato de xilocaína geléia no reto do paciente antes de inserir uma sonda de enema.

Nos procedimentos tais como cateterismo vesical, cistoscopia, cistometria etc., além de usar técnicas assépticas rigorosas, se faz necessário monitorizar os sinais vitais.

Deve-se dar um cartão ao paciente de risco, o qual contenha informações dizendo o que fazer em caso de uma crise de disreflexia autonômica.

Após a troca da sonda vesical o Sr. C.M.L. sentiu-se melhor.

E NA IMINÊNCIA DE UMA CRISE? O QUE FAZER?

Se surgem sinais e sintomas, o estímulo nocivo deve ser procurado e removido o mais rápido possível. Neste momento, a rapidez é essencial, pois a morte pode advir rapidamente. Solicite ajuda e chame o médico.

Geralmente cefaléia latejante, sudorese acima do nível da lesão, piloereção e hipertensão estão presentes.

Deve-se abaixar a pressão a um nível seguro. Faça isso elevando a cabeceira da cama a 45° ou ajude o paciente a sentar-se, caso não seja contra-indicado, pois no tetraplégico a pressão arterial pode diminuir automaticamente com isso. Monitore a pressão arterial a cada três ou cinco minutos em ambos os membros superiores.

Se o paciente não puder esvaziar a bexiga, sonde-o com cuidado. Deixe a urina fluir lentamente e não use manobra de "Crede", o que poderia exacerbar ainda mais o quadro.

Veja se não há estimulação da bexiga ou pele, como um objeto áspero embaixo do lençol do paciente, se ele está numa mesma posição por muito tempo ou se ele não evacua há muitos dias.

Permaneça junto ao paciente e esclareça-o quanto ao seu quadro. Conversando com ele procure mantê-lo calmo.

Muitas vezes deve ser instilado dentro da bexiga ou aplicado no reto, cloridrato de xilo-

caína líquido ou geléia, respectivamente, após a remoção do estímulo, reduzindo assim a excitabilidade.

Se os problemas não tiverem desaparecido em poucos minutos, o médico pode indicar o uso de agentes bloqueadores alfa-adrenérgicos, vasodilatadores arteriolares ou agentes bloqueadores ganglionares via endovenosa. Nos casos mais graves é indicada anestesia espinal.

Para os problemas crônicos podem ser necessários bloqueios subaracnoideos ou rizotomias.

DA É UMA EMERGÊNCIA?

Deve-se considerar disreflexia autonômica uma emergência, por ser esta uma condição de ocorrência súbita, imprevisível e perigosa, pois acarreta risco de vida para o lesado medular.

Ter em mente que condutas não adequadas ao caso poderão agravá-lo ainda mais; a rápida remoção do estímulo nocivo que desencadeou a crise diminui o agravo em si; agilidade e rapidez são imprescindíveis em tal situação.

DEMENECH, A.A. & FREIRES, L.M.O. Autonomic dysreflexia: an emergency or not? *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 247-250, Jul./Dec. 1984.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DRAIN, C.B. & SHIPLEY, S.B. Cuidados de enfermagem e considerações do paciente com injúria medular. In: *Enfermagem na sala de recuperação*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p. 457-70.
2. GUTTMANN, L. Disturbance of the bladder and upper urinary tract in spinal cord injuries. In: _____ . *Comprehensive management and research*. 2 ed. London, Blackwell, 1976. cap. 17, p. 352-67.
3. KELWARAMANI, L.S. et alii. Automatic dysreflexia in traumatic myelopathy. *Amer. J. phys. med.*, Baltimore, 59 (1): 1-21, Feb. 1980.
4. LAZURE, L.L. Defusing the dangers of autonomic dysreflexia. *Nursing*, Horsham, 10(9): 52-3, Sept. 1980.
5. LINDAN, R. et alii. Incidence and clinical features of autonomic dysreflexia in patients with spinal cord injury. *Paraplegia*, 18: 287-92, 1980.