

Disreflexia Autonómica: O Que se Sabe nos Serviços de Urgência em Portugal?

Autonomic Dysreflexia: What Level of Knowledge in Portuguese Emergency Rooms?

Mónica Bettencourt⁽¹⁾ | Maria da Paz Carvalho⁽¹⁾ | Filipa Faria⁽¹⁾

Resumo

Introdução: A disreflexia autonómica é uma complicação da lesão medular que ocorre em doentes com nível neurológico superior ou igual a T6. Devido ao seu início súbito e quadro clínico exuberante com hipertensão arterial paroxística, os doentes frequentemente recorrem aos Serviços de Urgência, que na sua maioria têm profissionais de saúde com reduzida experiência/contacto com esta condição. Este fato pode resultar em atraso no diagnóstico e no tratamento adequado resultando em complicações como o AVC, convulsões e até a morte.

Pretendemos determinar o nível de conhecimento de uma amostra de conveniência de médicos que trabalham no Serviço de Urgência de hospitais portugueses acerca da disreflexia autonómica e sugerir medidas para melhorar o seu conhecimento sobre esta síndrome.

Material e Métodos: Foi criado um questionário *online* anónimo de escolha múltipla com 7 questões de resposta rápida sobre a disreflexia autonómica e seu modo de atendimento no Serviço de Urgência, dirigido a médicos internistas que trabalham no Serviço de Urgência de alguns hospitais portugueses centrais e distritais.

Resultados: Responderam ao nosso questionário 41 médicos. Destes, cerca de 31 sabiam em que consiste a disreflexia autonómica, no entanto apenas 9 observaram um doente com esta síndrome no Serviço de Urgência. Onze sabiam o valor da pressão sistólica normal nos tetraplégicos, mas 8 desconheciam os sintomas da disreflexia autonómica e 10 não sabiam como atuar perante um doente com esta patologia. Quando questionados sobre o seu grau de conhecimento sobre a disreflexia autonómica e seu tratamento, 30 dos questionados assumiram que este é “insuficiente” e 8 diziam mesmo “não saber nada sobre este assunto”. Para a maioria (33) seria “muito útil” que os doentes fossem portadores de um cartão informativo sobre a disreflexia autonómica quando recorressem ao Serviço de Urgência com um episódio de disreflexia.

Conclusões: É vital o reconhecimento desta síndrome clínica que pode conduzir à morte, cujo tratamento correto e atempado reduz as eventuais complicações. Tratando-se de uma situação rara, o conhecimento dos médicos que realizam urgência nos nossos hospitais pode não ser o suficiente. Sendo assim, a Medicina Física e Reabilitação tem um importante papel na sensibilização e informação sobre a disreflexia autonómica.

Palavras-chave: Competência Clínica; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Disreflexia Autonómica; Emergências; Serviço de Urgência Hospitalar.

Abstract

Introduction: *Autonomic dysreflexia is a complication after spinal cord injury and occurs in spinal injuries at or above T6. Due to its unexpected beginning and paroxistic hypertension, patients often go to the Emergency Room, where health professionals have limited experience/contact on treating this condition. This can result in a delay in diagnosis and appropriate treatment resulting in potentially serious complications, such as stroke, seizures and even death.*

(1) Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão
Autor correspondente: msdias7@gmail.com
Data de submissão: outubro 2014
Data de aceitação: junho 2016

The study goal was to determine the level of knowledge about autonomic dysreflexia of a convenience sample of physicians working at an Emergency Room in Portuguese Hospitals and to suggest measures to improve their knowledge about this syndrome.

Material and Methods: *We created an anonymous online multiple choice questionnaire with seven questions about autonomic dysreflexia and their treatment in the Emergency Room for physicians of Internal Medicine working in Portuguese Hospitals.*

Results: *We obtained 41 responses. Of these, 31 of the doctors knew what autonomic dysreflexia is, however only 9 had observed a patient with this syndrome. Eleven knew the value of the normal systolic pressure in tetraplegic patients, but 8 did not know the symptoms of autonomic dysreflexia and 10 did not know how to treat a patient with this condition. When we asked about their level of knowledge about autonomic dysreflexia and its treatment, thirty of respondents assumed that this was "insufficient" and 8 said that "they didn't know anything about this." For the majority (33) it would be "very useful" that these patients carried an informative card about autonomic dysreflexia when they came to Emergency Room.*

Conclusions: *It is vital to recognize this clinical syndrome that can lead to death, and with proper and timely treatment reduces possible complications. Since this is a rare situation, knowledge of medical staff of the Emergency Room of our hospitals may not be sufficient in this area. Thus, the Physical Medicine and Rehabilitation plays an important role in providing further teaching initiatives and information about autonomic dysreflexia.*

Keywords: *Autonomic Dysreflexia; Clinical Competence; Emergencies; Emergency Service, Hospital; Health Knowledge, Attitudes, Practice*

Introdução

Estima-se que a incidência anual de lesão medular (LM) traumática, excluindo as mortes no local do acidente, é de aproximadamente 40 casos por milhão de habitantes nos EUA ou seja cerca de 12.000 novos casos por ano.¹ Em Portugal não existem dados estatísticos sobre esta patologia, não sendo muito frequente, quando comparada com doenças cardiovasculares.

A LM pode resultar em alterações das funções motora, sensitiva e autonómica² confrontando o doente e o seu médico com múltiplos desafios.³ São os especialistas em Medicina Física e de Reabilitação (MFR) que contactam mais frequentemente com estes doentes cabendo-lhes o papel de abordar as necessidades específicas individuais de cada um, ajudando a desenvolver o seu potencial funcional, emocional, social, profissional e lúdico, bem como prevenir as complicações decorrentes desta patologia.

Segundo a literatura, um dos motivos mais frequentes para atendimento nos Serviços de Urgência (SU), para além das complicações génito-urinárias e respiratórias é a disreflexia autonómica (DA).⁴ Esta última tem sido descrita em relatos de casos que remontam a 1860 e 1890⁵ e consiste numa constelação de sinais e sintomas em lesionados medulares com nível neurológico superior ou igual a T6 em resposta a um estímulo (nóxico ou não nóxico) abaixo do nível da lesão.^{3,6} No entanto, também existem casos descritos na literatura em doentes com lesões medulares abaixo deste nível,^{3,7,8} embora muito mais raros.

Usualmente surge nos primeiros 6 meses após a lesão, mas pode ocorrer até muitos anos depois, ao longo da vida do doente.⁹ São afetados doentes com lesões completas e incompletas, no entanto pensa-se que o quadro clínico é menos comum e menos grave neste último grupo.^{9,10} É frequentemente secundária a LM traumática, no entanto, também pode resultar de causas não-traumáticas, e até mesmo de outras condições médicas, como a esclerose múltipla.¹¹

Os estímulos mais frequentes são a distensão vesical e retal, mas a DA pode também ser precipitada por infeções do trato urinário, trombose venosa profunda, unhas encravadas, síndromes abdominais agudas, intervenções cirúrgicas entre outras.¹²⁻¹⁴

A sua apresentação pode ser muito diferente de doente para doente. Caracteriza-se pela elevação de pelo menos 20 a 40 mmHg na pressão arterial basal.¹⁰ A hipertensão arterial (HTA) associada à DA pode ocasionar descolamento da retina, AVC, crises convulsivas, enfarte agudo do miocárdio e morte.^{3,4} A gravidade dos episódios categoriza-se de acordo com a elevação da pressão arterial sistólica (PAS) em: ligeira (aumento da PAS < 40 mmHg), moderada (aumento da PAS > 40 e < 180 mmHg) e grave (aumento da PAS > 180 mmHg).^{3,15}

Devido ao seu início inesperado e rápido agravamento do quadro clínico, os doentes recorrem aos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) e Serviços de Urgência (SU) da sua área de residência.⁴ Por este motivo, o aspeto mais importante da gestão desta síndrome é a

prevenção e educação do doente, cuidadores e profissionais de saúde sobre este assunto para a poderem identificar e iniciar o tratamento adequado. Toda a informação necessária deve ser fornecida durante o período inicial da reabilitação, e um apoio prontamente disponível nos períodos subsequentes.

O algoritmo para a gestão de um episódio de DA está descrito nas *Clinical Practice Guidelines of the Consortium for Spinal Cord Medicine*¹⁶ onde as recomendações iniciais são baseadas em tratamento não farmacológico. Se o episódio não resolver e a pressão arterial não baixar, o tratamento farmacológico deve ser iniciado.^{12,14,16}

Estudos anteriores demonstraram que esta síndrome é poucas vezes reconhecida pelos próprios doentes, cuidadores e profissionais de saúde,¹⁷ sendo uma complicação da LM da qual muitos especialistas de áreas que não a Neurologia e a MFR nunca ouviram falar.^{5,18} Isto pode potencialmente resultar em dificuldades acrescidas no diagnóstico e em atrasos na instituição do tratamento adequado. Por outro lado, nalguns casos a hipertensão pode ser significativa para aquele doente, mas não ser valorizada devido aos valores tensionais habitualmente baixos nesta população.⁵

Consequentemente, a consciência desta condição, particularmente a sua prevenção, modos de apresentação e gestão de emergências, é de suma importância para todos os que trabalham nos SU, médicos assistentes no internamento e no ambulatório e para os próprios doentes e seus cuidadores.^{5,19} Face a esta situação, realizou-se este trabalho com os seguintes objectivos:

- Determinar o nível de conhecimento dos médicos que trabalham nos SU de alguns Hospitais Portugueses centrais e distritais acerca da DA, suas causas, sintomas, tratamento e complicações;
- Sugerir meios para aumentar o conhecimento desta patologia.

Material e Métodos

Foi criado um questionário anónimo online de escolha múltipla constituído por sete questões de resposta rápida sobre a DA e seu modo de atendimento no SU. Este era dirigido a médicos internistas que trabalham no Serviço de Urgência de alguns Hospitais Portugueses (centrais e distritais) (Fig. 1). Para a sua divulgação foram contactados telefonicamente seis Diretores de Serviço de Medicina Interna de seis Hospitais portugueses, incluindo ambos os arquipélagos, e pedida a colaboração para o divulgar por colegas de outros hospitais.

Resultados

Responderam ao questionário 41 médicos internistas que trabalham no SU. Destes, cerca de 31 sabiam em que consiste a DA, no entanto apenas 9 observaram um doente com esta síndrome no SU. Do total de inquiridos, 11 sabiam o valor da PAS normal em doentes tetraplégicos, mas 8 desconheciam os sintomas da DA, e 10 não sabiam mesmo como atuar perante um doente com esta complicação da LM. Dos 31 médicos que sabiam em que consistia esta síndrome apenas um errou na descrição dos sintomas desta. Por outro lado, dos 31 que sabiam a definição de DA, 22 não sabiam quais os valores da PAS normal de um doente tetraplégico. Quando questionados sobre o seu grau de conhecimento sobre a DA e seu tratamento, 30 dos questionados assumiu que este é “insuficiente” e 8 diziam mesmo “não saber nada sobre este assunto”. Para a maioria (33) seria “muito útil” que os doentes fossem portadores de um cartão informativo sobre a DA quando recorressem aos SU com um episódio de disreflexia.

Discussão

Apesar da existência de guidelines elaboradas pelo *Consortium for Spinal Cord Medicine*¹⁶ para o reconhecimento e gestão da DA dirigidas quer aos profissionais de saúde, quer aos doentes e seus cuidadores, a literatura atual a este respeito está pouco divulgada. Esta é uma comorbilidade que acompanhará o lesionado medular com nível neurológico igual ou superior a T6 ao longo da vida e este, família/cuidadores e profissionais de saúde deverão saber como tratá-la.

Apesar da nossa amostra ser pequena e este ser apenas um estudo exploratório, a análise dos dados que recolhemos evidencia que o conhecimento dos médicos que trabalham nos SU dos nossos Hospitais sobre a DA pode não ser o suficiente, dado que apesar da maioria (31) ter acertado na questão sobre a definição da síndrome, 22 dos 31 não fazia a mínima ideia de qual é o valor da PAS normal¹⁰ neste tipo de doentes. Isto ocorre provavelmente por a LM não ser uma das patologias mais prevalentes no nosso país, o que se reflete nas respostas dos inquiridos, pois poucos observaram um doente com um episódio de DA no SU e a maioria admite que o seu grau de conhecimento é “insuficiente”. Admitem concomitantemente que seria útil mais informação, nomeadamente que os doentes fossem portadores de um cartão informativo sobre a DA junto dos documentos pessoais. Em relação a este aspeto em particular, vários estudos na literatura^{8,13,18} também concluíram que pode ser apropriado para os pacientes suscetíveis a DA levarem consigo este cartão

DISREFLEXIA AUTONÓMICA E SUA ABORDAGEM NOS SU EM PORTUGAL**Questão 1:** *O que é a Disreflexia Autonómica?*

- a) Uma doença cardíaca rara que se manifesta em doentes com lesão medular
- b) Uma possível complicação das lesões medulares cervicais e dorsais
- c) Uma alteração neurológica que ocorre em adultos jovens paraplégicos
- d) Não sabe

Questão 2: *Já observou algum doente com Disreflexia Autonómica no Serviço de Urgência*

- a) Sim
- b) Não

Questão 3: *Quais são os principais sintomas da Disreflexia Autonómica?*

- a) Elevação da Pressão Arterial, bradicardia, cefaleias, rubor facial
- b) Tremor, ansiedade generalizada, lipotimia
- c) Rash cutâneo, vômitos, náuseas
- d) Febre, retenção urinária e edemas dos membros
- e) Não sabe

Questão 4: *Perante uma Disreflexia Autonómica como deve actuar?*

- a) Monitorizar os sinais vitais, pesquisar a etiologia e eventualmente administrar anti-hipertensores
- b) Monitorizar os sinais vitais e pedir uma TC-CE
- c) Pedir análises sanguíneas e iniciar corticóides
- d) Deitar o doente e dar-lhe um ansiolítico
- e) Não sabe

Questão 5: *Qual a Pressão Arterial Sistólica normal em doentes tetraplégicos?*

- a) 80/110 mmHg
- b) 120/130 mmHg
- c) 130/140 mmHg
- d) Não sabe

Questão 6: *Como classifica o seu conhecimento sobre a Disreflexia Autonómica?*

- a) Não sabe nada sobre o assunto
- b) Insuficiente
- c) Suficiente

Questão 7: *Acha útil que estes doentes sejam portadores de um cartão sobre a Disreflexia Autonómica e seu tratamento para apresentarem quando recorrem aos Serviços de Urgência?*

- a) Muito útil
- b) Relativamente útil
- c) Nada útil

Figura 1 - Questionário sobre a DA

com um breve resumo das causas e tratamento, ou até mesmo a distribuição de algoritmos simplificados com as guidelines de tratamento da DA nos SU dos Hospitais podendo ajudar os médicos que ali trabalham.⁶

Em Portugal não encontramos literatura sobre este assunto para podermos comparar com os nossos resultados, no entanto analisando estudos realizados a nível internacional verificamos que a falta de informação sobre esta condição é generalizada e não

apenas uma lacuna existente no nosso país. Numa pesquisa⁶ com base num questionário aplicado a 91 profissionais de saúde (6 médicos e 15 enfermeiros de uma Unidade Vértebro-Medular e 18 médicos e 52 enfermeiros do SU) em Christchurch (Nova Zelândia), a maior parte dos inquiridos mostraram desconhecimento para identificar e tratar episódios de DA nestes doentes. Dos 70 entrevistados que trabalhavam no SU, apenas 16 tinha informação prévia relativamente a esta síndrome e 29 profissionais de saúde não foram

Trata-se de uma **EMERGÊNCIA MÉDICA** que ocorre nos doentes com lesão medular por D6 ou acima deste nível. Pode colocar a vida em risco por subida da Pressão Arterial (PA) que pode conduzir a um AVC, convulsões e eventualmente à morte.

É fundamental reconhecer esta situação para iniciar as medidas terapêuticas adequadas o mais rápido possível.

Sinais e sintomas característicos:

- Cefaleias (dores de cabeça) pulsáteis
- Arrepios (piloereção)
- Rubor e sudação acima do nível de lesão e palidez abaixo da mesma
- Congestão nasal
- Elevação da pressão arterial - HTA (subida de 20 mmHg da PA sistólica habitual)

A Disreflexia é desencadeada por um estímulo abaixo do nível de lesão, tal como:

Factores desencadeantes:

- Distensão vesical (retenção urinária, algália obstruída, cálculos)
- Distensão retal (fecaloma)
- Lesões cutâneas (úlceras de pressão, unha encravada, etc.)
- Vestuário / Calçado apertado
- Estimulação genital
- Qualquer estímulo doloroso abaixo do nível de lesão (ex. apendicite, colecistite, orquite, úlcera gástrica, etc. ou procedimentos médicos invasivos)

Complicações:

- | | |
|------------------------|------------------|
| - Convulsões | - Edema pulmonar |
| - Hemorragia cerebral | - Arritmias |
| - Hemorragia da retina | - Coma / Morte |

A remoção do factor desencadeante leva, habitualmente, à remissão dos sintomas. A Pressão Arterial deve ser avaliada de 5/5 minutos e comparada com o valor habitual.

Valor habitual de PA ____ / ____ mmHg

NOTA: Os valores de PA nos doentes com lesão medular situam-se habitualmente nos 90/60 mmHg, pelo que uma PA de 130/90 mmHg pode corresponder a Hipertensão Arterial e a um episódio de Disreflexia Autonómica.

MEDIDAS TERAPÊUTICAS

1. Sentar o doente. Esta atitude pode reduzir a PA enquanto se procura detectar o factor desencadeante
2. Remover vestuário apertado/calçado/ortóteses; retirar meias elásticas
3. a) Se doente algaliado - verificar a existência de obstrução (tubo de drenagem dobrado) ou proceder à substituição da algália
b) Se doente a realizar esvaziamentos intermitentes - realizar algáliação
4. Pesquisar eventual impactação de fezes - utilizar gel anestético como lubrificante
5. Se resolução do quadro - manter vigilâncias dos sintomas e da PA durante 2h
6. Se apesar das manobras efectuadas mantiver os sintomas **recorrer ao Serviço de Urgência (acompanhado deste cartão)**, onde deverá ter **atendimento urgente**.
7. Terapêutica Farmacológica recomendada (sob controlo médico) ver quadro informativo atrás.

O MÉDICO

Figura 2 - Cartão informativo sobre a DA do nosso hospital

capazes de responder a qualquer pergunta do questionário. Estas pesquisas vêm reforçar a necessidade de mais informação e ensinamentos sobre a DA aos doentes, familiares e médicos de diferentes especialidades, incluindo médicos que trabalham nos SU e intensivistas.

Em relação ao nosso segundo objetivo, de providenciar fontes de informação para os médicos, doentes e seus cuidadores, no nosso serviço, além das sessões de esclarecimento aos doentes e cuidadores e de um manual sobre a LM que é distribuído aos doentes internados, a preocupação em alertar e informar os lesionados medulares sobre esta síndrome, já existe desde 1992, altura em que foi elaborado um cartão informativo (Fig. 2) sobre a DA, sinais e sintomas característicos, factores desencadeantes, complicações e

medidas terapêuticas, que é entregue a todos os doentes com LM com nível neurológico por T6 ou acima, sendo-lhes frisado que é importante tê-lo sempre consigo. Todavia, temos a percepção, reforçada por este pequeno estudo exploratório, que é necessário alargar o âmbito da nossa intervenção nomeadamente junto dos colegas dos SU, onde o doente poderá acorrer em casos mais graves.

Conclusões

A LM traumática tem vindo a diminuir de incidência e consequentemente também a ocorrência de DA. No entanto, tratando-se de uma situação cujo tratamento atempado permite a reversão completa do quadro sem sequelas, é vital o seu reconhecimento e tratamento

adequado pelas equipas médicas que trabalham nos Serviços de Atendimento Permanente e nas Urgências hospitalares.

Através da análise dos nossos dados, percebemos que o conhecimento dos médicos inquiridos sobre este tema pode não ser o suficiente, sendo necessárias iniciativas de divulgação para retificar esta lacuna. E a MFR, por ser a especialidade que mais contata com doentes com DA, acaba por ter um importante papel na sensibilização e informação sobre esta importante condição.

No nosso estudo, apenas os médicos que realizam urgência nos hospitais portugueses foram questionados, mas consideramos que seria importante aplicar este questionário a outras especialidades, tais como a Anestesiologia, Cirurgia, Urologia, Medicina Geral e Familiar, entre outras, e até mesmo inquirir doentes e cuidadores, sobre o seu grau de conhecimento, que será objeto de um estudo futuro. Além disso, propomos elaborar um algoritmo baseado no cartão que distribuímos no nosso Serviço, que possa ser exposto em forma de cartaz e distribuído nos SU dos nossos hospitais.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse. **Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa. **Confidencialidade dos Dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare. **Financing Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship. **Confidentiality of data:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Referências / References:

- National Spinal Cord Injury Statistical Center. Facts and figures at a glance. Birmingham: University of Alabama at Birmingham; 2013.
- DeLisa, Joel A. Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and Practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Roque V, Cunha I, Rocha A, Andrade M. Disfunções autonómicas após lesão medular. Rev Soc Port Med Fis Reabil. 2013; 24: 43-51.
- Andrade L, Araújo E, Andrade K, Souza D, Garcia T, Chianca T. Disreflexia autonómica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47:93-100
- Khastgir J, Drake M, Abrams P. Recognition and effective management of autonomic dysreflexia in spinal cord injuries. Expert Opin Pharmacother. 2007; 8:945-56.
- Jackson C, Acland R. Knowledge of autonomic dysreflexia in the emergency department. Emerg Med J. 2011; 28:866-9.
- Moeller B, Scheinberg D. Autonomic dysreflexia in injuries below the sixth thoracic segment. JAMA. 1973; 224:1295.
- Bycroft J, Shergill I, Choong E, Arya N, Shah P. Autonomic dysreflexia: a medical emergency. Postgrad Med J. 2005; 81:232-5.
- Gunduz H, Binak D. Autonomic dysreflexia: An important cardiovascular complication in spinal cord injury patients. Cardiol JI. 2012; 19:215-9.
- Krassioukov A, Warburton D, Teasell R, Janice J, The SCIRE Research Team. A systematic review of the management of autonomic dysreflexia following spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2011; 90: 682-95.
- Kulcu D, Akbas B, Citci B, Cihangiroglu. Case report: autonomic dysreflexia in a man with multiple sclerosis. J Spinal Cord Med. 2009; 32: 198-203.
- Cragg J, Krassioukov A. Five things to know about autonomic dysreflexia. CMAJ. 2012; 184:66.
- Somani BK. Autonomic dysreflexia: a medical emergency with spinal cord injury. Int J Clin Pract. 2009;63:350-2.
- Showkathali R, Antonio T. Autonomic dysreflexia: a medical emergency. J R Soc Med. 2007; 100:382-3.
- Popa C, Popa F, Grigorean VT, Onose G, Sandu AM, Popescu M, et al. Vascular disfunctions following spinal cord injury. J Med Life. 2010; 3: 275-85.
- PVA. Acute management of autonomic dysreflexia: adults with spinal cord injury presenting to health-care facilities. 2nd ed. Washington: Paralyzed Veterans of America; 2001
- Furlan J. Autonomic Dysreflexia: a clinical emergency. J Trauma Acute Care Surg. 2013; 75: 496-500.
- Milligan J, Lee J, McMillan C, Klassen H. Autonomic dysreflexia: Recognizing a common serious condition in patients with spinal cord injury. Can Fam Physician. 2012;58:831-5.
- McGillivray C, Hitzig S, Craven B, Tonack M, Krassioukov A. Evaluating knowledge of autonomic dysreflexia among individuals with spinal cord injury and their families. J Spinal Cord Med. 2009;32:54-62.