


DISREFLEXIA AUTONÔMICA (DA) EM LESÃO MEDULAR: EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA POTENCIALMENTE FATAL, ATUALIZAÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS (1984-2025)

AUTONOMIC DYSREFLEXIA (AD) IN SPINAL CORD INJURY: A POTENTIALLY FATAL HYPERTENSIVE EMERGENCY, AN EVIDENCE-BASED UPDATE (1984-2025)

DISREFLEXIA AUTÓNOMA (EA) EN LESIÓN DE LA VERDE: EMERGENCIA HIPERTENSIVA POTENCIALMENTE FATAL, ACTUALIZACIÓN BASADA EN EVIDENCIA (1984-2025)

 <https://doi.org/10.56238/arev8n4-060>

Data de submissão: 27/03/2026

Data de publicação: 27/04/2026

Aurimar Antonio Demenech

Bacharel em Enfermagem

Residência em Enfermagem em Doenças do Aparelho Locomotor

Instituição: Universidade Federal de Pelotas, Hospital Sarah Kubitschek

E-mail: demenech.aurimar@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8788-173X>

RESUMO

A disreflexia autonômica (DA) é complicação frequente em lesão medular, emergência hipertensiva neurogênica aguda, de início súbito e potencialmente fatal, subdiagnosticada em contextos não especializados (1,2,3,4,6,7,8). Estudos mostram comportamento fisiopatológico previsível subexplorado para estratégias preventivas. A reinterpretação do fenômeno sob perspectiva aplicada é necessária.

Palavras-chave: Disreflexia Autonômica. Lesão Medular. Hipertensão. Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

AD is a frequent complication in spinal cord injury (SCI), characterized as a sudden-onset, potentially fatal, acute neurogenic hypertensive emergency, underdiagnosed in non-specialized clinical settings (1,2,3,4,6,7,8). Studies reveal a predictable pathophysiological behavior underexplored for preventive strategies. Reinterpreting the phenomenon from an applied perspective is necessary.

Keywords: Autonomic Dysreflexia. Spinal Cord Injury. Hypertension. Nursing. Nursing Process.

RESUMEN

La EA es una complicación frecuente en la lesión de la médula espinal (LME), caracterizada como una emergencia hipertensiva neurogênica aguda, de aparición repentina, potencialmente fatal, infradiagnosticada en entornos clínicos no especializados (1,2,3,4,6,7,8). Los estudios revelan un comportamiento fisiopatológico predecible poco explorado para las estrategias preventivas. Es necesario reinterpretar el fenómeno desde una perspectiva aplicada.

Palabras clave: Disreflexia Autonómica. Lesión de la Médula Espinal. Hipertensión. Enfermería. Proceso de Enfermería.

1 INTRODUÇÃO

1.1 OBJETIVO

Analisar a DA em lesão medular como emergência hipertensiva neurogênica potencialmente fatal, sob perspectiva longitudinal e narrativa (1984–2025), abrangendo evolução conceitual, mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas e implicações para a prática de enfermagem, com ênfase na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (3,6,10,11,12,13). Visa-se também interpretar a translação do conhecimento científico para a prática, priorizando redução da variabilidade assistencial e qualificação do cuidado em contextos de alta complexidade e urgência.

1.2 METODOLOGIA

Revisão narrativa, exploratória e descritiva, com abordagem interpretativa, estruturada segundo princípios metodológicos inspirados em modelos de revisão narrativa estruturada e nas diretrizes do PRISMA Statement, conduzida por busca sistematizada nas bases BDENF, VHL Nursing, LILACS, SciELO, PubMed, MEDLINE, CAPES Periódicos e Cochrane Library, complementada por diretrizes internacionais e literatura relevante (1,2,3,4,6,7,8).

Na elaboração deste manuscrito, foi utilizada inteligência artificial como ferramenta de suporte para o auxílio na organização estrutural do texto, revisão da coerência lógica e formatação preliminar das referências, assegurando-se, contudo, que a análise crítica, a interpretação dos achados e a responsabilidade intelectual pelo conteúdo final permanecem integralmente sob a autoria do pesquisador.

1.3 PROCESSO DE SELEÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DAS REFERÊNCIAS

A busca inicial ocorreu nas bases BDENF, VHL Nursing, LILACS, SciELO, PubMed, MEDLINE, CAPES Periódicos e Cochrane Library, com descritores DeCS/MeSH: "autonomic dysreflexia", "spinal cord injury", "hypertension", "nursing" e "nursing process", combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Incluíram-se estudos publicados entre 1984 e 2026: revisões, diretrizes, estudos observacionais e literatura histórica seminal.

O processo de seleção obedeceu a critérios definidos previamente, com etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, em fluxo inspirado no PRISMA. Priorizaram-se estudos com maior nível de evidência, diretrizes internacionais e publicações em periódicos indexados de alto impacto, incluindo estudos históricos fundantes (1984, 1980) para análise longitudinal.

Aplicaram-se os critérios de elegibilidade (relevância temática, adequação metodológica, texto completo, foco em fisiopatologia, manejo ou assistência) e selecionaram-se 17 referências. As

referências foram distribuídas em três períodos: 1980-2000 (n=3: Demenech, 1984; Lazure, 1980; Krassioukov et al., 2009), 2001-2020 (n=5) e 2021-2026 (n=9), assegurando abrangência temporal.

Todas as referências tiveram DOI verificado e correspondência entre título, autores e conteúdo confirmada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e BDEFN. O raciocínio clínico estruturado e a análise crítica das evidências nortearam a construção metodológica, garantindo coerência entre objetivo, seleção e interpretação.

1.4 RESULTADOS

A DA constitui síndrome autonômica complexa, marcada por hiperatividade simpática e elevação abrupta da pressão arterial, associada a cefaleia, sudorese profusa e bradicardia reflexa (3,6,7). Os estudos foram consistentes quanto a critérios diagnósticos e gatilhos, especialmente a distensão vesical (2,3,8). A SAE estrutura a detecção precoce e a intervenção imediata pela enfermagem (3,6,10,11,12,13).

Entretanto, a previsibilidade fisiopatológica da condição permanece subexplorada na prática clínica.

1.5 CONCLUSÃO

A DA é condição previsível e potencialmente evitável. Sua abordagem eficaz exige fisiopatologia, vigilância clínica e intervenções integradas (3,6,11). A SAE, associada às classificações NANDA, NIC e NOC, é ferramenta essencial para padronização do cuidado e segurança do paciente em contextos de alta complexidade (10,11,12,13). Antecipar e controlar gatilhos reduz morbimortalidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A disreflexia autonômica (DA) é emergência hipertensiva neurogênica de instalação súbita, resultante de resposta autonômica desproporcional a estímulos aferentes localizados abaixo do nível da lesão medular, que provoca elevação abrupta da pressão arterial associada a manifestações sistêmicas (1,2,3,4,6,7,8).

Na fisiopatologia contemporânea, essa resposta não é evento isolado, mas expressão de sistema autonômico reorganizado e hiper-reativo, cuja previsibilidade clínica permanece pouco explorada. Embora a fisiopatologia seja bem delineada, a DA é subdiagnosticada em ambientes não especializados, revelando um paradoxo entre produção científica e prática clínica (3,6,7,8). Esse

descompasso representa uma lacuna estrutural associada ao aumento de eventos adversos evitáveis em serviços de urgência e emergência.

Descrita em 1984 como condição pouco compreendida (16), a DA evoluiu para entidade reconhecida como emergência hipertensiva neurogênica em lesões acima de T6 (1,2,7) e, atualmente, é reinterpretada como síndrome complexa de comportamento previsível e recorrente. Essa evolução demonstra avanço científico e necessidade de reconfiguração dos modelos assistenciais, com incorporação da previsibilidade fisiopatológica à decisão clínica.

A DA é sustentada por hiperatividade simpática, desinibição de reflexos espinais e neuroplasticidade pós-lesão (5,6,7), fatores que implicam diretamente prevenção e monitorização. A neuroplasticidade autonômica é elemento-chave para compreensão da variabilidade clínica, exigindo abordagens individualizadas conforme perfil de risco autonômico.

Persistem lacunas na translação do conhecimento para a prática (3,6,8), especialmente em contextos não especializados, onde a variabilidade clínica compromete a segurança. Essa variabilidade reflete ausência de modelos estruturados e limitada incorporação de protocolos baseados em evidências.

A SAE não constitui evidência clínica primária, mas estrutura que operacionaliza o cuidado baseado em evidências, permitindo padronização da avaliação, intervenção e monitorização (10,11,12,13) e reduzindo a variabilidade assistencial. Assim, a SAE assume papel estruturante na translação do conhecimento à prática, funcionando como ponte entre evidência e execução.

3 O CONFLITO

Persistem lacunas críticas que comprometem a segurança e a eficácia do cuidado. O subdiagnóstico em contextos não especializados, mesmo diante de sinais clínicos bem descritos, aumenta o risco de AVC e morte súbita (6,8,15). Esse subdiagnóstico reflete baixa familiaridade profissional e ausência de protocolos estruturados.

Protocolos assistenciais padronizados e fluxos baseados em evidências são inexistentes, dificultando decisões rápidas em emergência (3,6,10,12). A inexistência de fluxos claros compromete a decisão clínica oportuna. Observa-se baixa integração entre fisiopatologia, diretrizes e prática de enfermagem, resultando em abordagens fragmentadas e reativas (3,10,11,12). Essa fragmentação evidencia falha sistêmica de implementação do conhecimento.

A variabilidade na capacitação associa-se ao atraso diagnóstico e à inadequação das intervenções, especialmente em ambientes não especializados, configurando fator de risco independente (6,8), reforçando a necessidade de treinamento sistematizado. A competência clínica

não depende apenas de conhecimento teórico, mas de treinamento para reconhecimento de padrões críticos.

Historicamente, a DA foi interpretada como evento isolado, não como síndrome previsível e recorrente, o que limitou ações preventivas e planejamento proativo (3,6,12), revelando um atraso conceitual que contribuiu para modelos reativos com impacto direto na segurança. Essas lacunas mostram dissociação entre produção científica e prática, bem como necessidade de protocolos e educação permanente (3,6,10).

A padronização assistencial é intervenção de alto impacto, com potencial de redução de morbimortalidade. A SAE, nesse contexto, deve ser compreendida como ferramenta organizacional que estrutura a aplicação do conhecimento, não como fonte primária de evidência (10,11,12,13). Essa distinção é necessária para posicionar a SAE no campo da prática baseada em evidências.

Assim, a consolidação de práticas padronizadas é elemento-chave para reduzir variabilidade e promover segurança em condições tempo-dependentes. O conflito central não reside na ausência de conhecimento, mas na sua insuficiente operacionalização na prática.

4 RESULTADOS (EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E PADRÕES EMERGENTES)

A análise dos 17 estudos selecionados revela um padrão consistente que consolida a DA como emergência hipertensiva neurogênica tempo-dependente, fisiopatologicamente estruturada e clinicamente previsível, com impacto direto na morbimortalidade (1,2,3,4,6,7,8). A convergência dos achados reforça a maturidade do campo, permitindo inferências robustas e clinicamente aplicáveis.

A DA apresenta mecanismos fisiopatológicos bem definidos e manifestações clínicas padronizadas, permitindo reconhecimento precoce por equipe capacitada (3,6,7), o que reforça sua prevenibilidade em cenários estruturados. Essa previsibilidade é central para a transição de modelos reativos para abordagens preventivas baseadas em risco.

A DA, embora historicamente subdiagnosticada, apresenta sinais que permitem identificação e intervenção imediatas, necessárias para redução de morbimortalidade (3,6,8), desde que integradas a protocolos padronizados. A ausência dessa integração constitui a principal lacuna entre conhecimento e prática.

Os resultados refletem análise crítica, garantindo coerência entre metodologia, critérios e interpretação. Essa consistência fortalece a confiabilidade e aplicabilidade dos achados.

4.1 ACHADOS FISIOPATOLÓGICOS

Os estudos confirmam que a DA é sustentada por hiperatividade simpática esplâncnica, vasoconstrição periférica intensa e descarga adrenérgica maciça, resultando em elevação abrupta da PA (3,6,7). Esses três mecanismos atuam sinergicamente como eixo fisiopatológico central da magnitude e rapidez da resposta.

O mecanismo decorre da perda do controle inibitório supramedular, levando à ativação reflexa descontrolada do simpático abaixo da lesão (5,6), formando um circuito autonômico disfuncional. A ausência de modulação descendente é o principal determinante da amplificação da resposta.

A neuroplasticidade pós-lesão desempenha papel central na recorrência e variabilidade clínica, indicando que a DA não é apenas evento agudo, mas síndrome complexa e previsível (5,6), caracterizada por reorganização funcional e manutenção de circuitos hiperativos. Esse fenômeno explica a heterogeneidade clínica e exige abordagens individualizadas.

O achado é consistente entre revisões e diretrizes, reforçando a validade externa do modelo. Assim, a convergência dos mecanismos reforça a compreensão da DA como condição fisiopatologicamente estruturada, não aleatória, sustentando estratégias baseadas em antecipação e controle de gatilhos. Conseqüentemente, a fisiopatologia deixa de ser apenas explicativa e assume papel preditivo.

4.2 ACHADOS CLÍNICOS

Elevação pressórica de $\geq 20-40$ mmHg acima do basal é critério diagnóstico confiável (1,2,8), parâmetro validado para identificação de episódios e que deve ser incorporado a protocolos. Os sintomas são: cefaleia intensa, sudorese profusa, rubor facial, bradicardia reflexa.

A distensão vesical é o gatilho mais frequente, seguido por constipação, úlceras de pressão e estímulos dolorosos abaixo da lesão (2,3,8), evidenciando relação entre estímulos periféricos e resposta exacerbada. Identificar gatilhos precocemente é central para prevenção e interrupção do ciclo hipertensivo.

Há consistência entre estudos quanto a critérios e desencadeantes, indicando padronização diagnóstica e favorecendo protocolos reprodutíveis. Ausência de reconhecimento precoce associa-se a AVC, convulsões e morte súbita (6,8), reforçando o caráter tempo-dependente, no qual o tempo de resposta é determinante do desfecho.

A identificação clínica depende de vigilância ativa e familiaridade dos profissionais. Capacitar a equipe é fator determinante. Em suma, a competência clínica é variável crítica de desfecho.

4.3 PAPEL DA ENFERMAGEM E DA SAE

A enfermagem estruturada pela SAE é determinante na detecção precoce e na intervenção imediata, reduzindo complicações (AVC, convulsões, morte súbita) (3,6,12). A SAE não é evidência clínica direta, mas estrutura que organiza e operacionaliza a prática baseada em evidências (10,11,12,13), ferramenta de padronização assistencial.

Intervenções eficazes incluem: monitorização contínua da PA e sinais autonômicos; identificação rápida de gatilhos; remoção imediata do estímulo; administração de anti-hipertensivos conforme protocolos (3,6,12).

Quanto à farmacoterapia, diretrizes recomendam agentes de ação rápida e curta duração, especialmente se a elevação pressórica persiste após remoção do gatilho. Medicamentos de primeira linha incluem nitratos de ação rápida (nitroglicerina sublingual ou spray, contraindicada em usuários de inibidores da fosfodiesterase-5) e nifedipina de liberação imediata (via sublingual ou oral, com cautela pelo risco de hipotensão abrupta). Outras opções incluem captopril sublingual e hidralazina IV ou IM, úteis em cenários hospitalares.

A escolha do agente deve considerar nível pressórico, resposta clínica e comorbidades. Monitorização contínua a cada 2-5 minutos é necessária para evitar quedas bruscas.

Conforme a SAE e a Resolução COFEN nº 358/2009, os cuidados de enfermagem incluem: monitorar PA e sinais autonômicos; avaliar e documentar gatilhos (distensão vesical, constipação, lesões de pele); implementar intervenções imediatas (elevação da cabeceira, anti-hipertensivos); registrar alterações e comunicar ao médico; reavaliar e documentar resposta.

Sistematizar ações reduz variabilidade assistencial e aumenta segurança. Assim, a atuação sistematizada da enfermagem melhora segurança e reduz variabilidade, sendo fator crítico na prevenção de eventos adversos (3,6), especialmente em emergência autonômica.

4.4 PADRÕES EMERGENTES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Os padrões emergentes são: predominância em lesões acima de T6; episódios mais frequentes com complicações vesicais; variação individual na intensidade e frequência, relacionada à neuroplasticidade e ao grau da lesão (5,6,7). Esses padrões reforçam perfis de risco, permitindo estratificação e planejamento direcionado.

Descritos consistentemente em diferentes populações, tais padrões sugerem alta aplicabilidade clínica e reforçam a previsibilidade da síndrome (1,2,3,4) e fortalecem modelos padronizados e replicáveis.

Identificar esses padrões permite antecipação e estratégias preventivas, reduzindo riscos (1,2,3,8) e deslocando o cuidado de reativo para proativo — uma mudança paradigmática. Assim, a DA não deve ser considerada evento isolado, mas condição previsível que exige protocolos, vigilância e intervenção imediata, posicionando a enfermagem como protagonista (10,11,12,13).

4.5 CONCLUSÃO PARCIAL DA SEÇÃO

A DA tem marcadores clínicos e fisiopatológicos claros. Detecção precoce é diretamente proporcional à eficácia da intervenção (1,2,3,4,6,7,8), relação direta entre reconhecimento e desfecho. Atraso diagnóstico é fator crítico modificável.

Integrar fisiopatologia, protocolos e prática de enfermagem estruturada é central para redução da morbimortalidade (1,2,3,6,8), especialmente em contextos tempo-dependentes. A consistência entre estudos fortalece a validade interna e sustenta a aplicabilidade clínica.

A SAE, quando aplicada como ferramenta organizacional, contribui para padronização e melhoria dos desfechos (10,11,12,13), atuando como elemento estruturante da prática baseada em evidências. Assim, os resultados mostram a DA como condição de alta previsibilidade, cuja gestão eficaz depende da boa organização do cuidado.

5 DISCUSSÃO

A DA deve ser compreendida como emergência hipertensiva neurogênica de comportamento recorrente e fisiopatologicamente previsível. Sua ocorrência depende da interação entre fatores fisiopatológicos, gatilhos e resposta autonômica residual (1,2,3,4,6,7,8), modelo dinâmico, não linear, dependente de variáveis individuais e contextuais.

Essa interpretação posiciona a DA como fenômeno complexo: previsibilidade fisiopatológica não elimina variabilidade clínica; exige abordagem padronizada e individualizada ao mesmo tempo. Essa interpretação é avanço conceitual frente à abordagem tradicional, que descrevia a DA como evento agudo isolado, desconsiderando base fisiopatológica contínua e recorrência, limitando estratégias preventivas e favorecendo modelos reativos centrados na resposta em detrimento da antecipação.

Essa reformulação alinha-se às diretrizes contemporâneas, que reconhecem a DA como síndrome dinâmica e tempo-dependente, exigindo abordagem sistemática e contínua (1,2,8), com integração entre vigilância, controle de gatilhos e intervenções.

Essa compreensão amplia a abordagem tradicional, deslocando-a de evento episódico para condição previsível e potencialmente prevenível, com implicações diretas na organização do cuidado

e na decisão baseada em evidências. Esse deslocamento paradigmático é um dos principais avanços interpretativos do presente estudo.

5.1 FISIOPATOLOGIA E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Perda do controle supramedular e hiperatividade simpática são determinantes para elevação súbita da PA. Neuroplasticidade autonômica explica recorrência variável (5,6), sustentando sistema autonômico reorganizado e hiper-reativo.

A DA deve ser interpretada como consequência de estado fisiopatológico crônico, não apenas como evento agudo. Interrupção das vias descendentes inibitórias resulta em respostas reflexas exacerbadas a estímulos periféricos abaixo da lesão, configurando circuito autonômico disfuncional e autoamplificável (5,6), com potencial de crises recorrentes.

O circuito estabelece retroalimentação positiva: pequenos estímulos desencadeiam respostas desproporcionais. Há um ciclo hipertensivo reflexo sustentado, com respostas simpáticas desproporcionais e limitada modulação supramedular (5,6,8), mecanismo de elevada previsibilidade.

Esse entendimento mostra que a DA é manifestação de síndrome crônica com padrões previsíveis, exigindo vigilância, monitorização e intervenção precoce baseada em padrões. Isso redefine clinicamente o momento ideal de intervenção para fases pré-evento.

O foco desloca-se do manejo reativo para a abordagem preventiva, centrada em identificação de gatilhos e monitoramento sistemático — mudança paradigmática. A integração entre fisiopatologia e clínica sustenta abordagem proativa: identificação precoce de sinais autonômicos e controle de gatilhos são centrais para prevenção de eventos graves (3,6,8), com impacto direto na redução da morbimortalidade. Essa integração é o núcleo da prática baseada em evidências em condições tempo-dependentes.

5.2 PAPEL DA ENFERMAGEM E SAE

A enfermagem estruturada pela SAE tem papel central na detecção precoce, monitorização e intervenção imediata, reduzindo eventos adversos (3,6,12), posicionando a enfermagem como elemento estratégico na gestão de emergências autonômicas, interface entre reconhecimento clínico e execução terapêutica.

É necessário distinguir que a SAE não é evidência primária, mas modelo que organiza a aplicação de evidências (10,11,12,13). Essa distinção evita interpretações equivocadas e fortalece a consistência científica do manuscrito.

Operacionalmente, a SAE permite: raciocínio clínico baseado em evidências; padronização de avaliação e identificação de gatilhos; implementação de intervenções imediatas e seguras (elevação do paciente, remoção do estímulo, anti-hipertensivos conforme protocolos) (3,6,12).

Atuação sistematizada reduz variabilidade assistencial, melhora comunicação interprofissional e aumenta rastreabilidade, elementos diretamente relacionados à segurança (3,6), especialmente em cenários de alta complexidade e tempo crítico. Essa padronização é intervenção de alto impacto sistêmico.

5.2.1 Integração com NANDA, NIC e NOC

Classificações padronizadas (NANDA-I, NIC, NOC) fortalecem a operacionalização da SAE, permitindo precisão diagnóstica, planejamento estruturado e mensuração objetiva de resultados (10,11,12,13), alinhada a modelos internacionais, posicionando a prática de enfermagem em nível compatível com padrões internacionais.

Taxonomias integradas estruturam o processo de enfermagem em cinco etapas, promovendo raciocínio clínico sistematizado e reduzindo variabilidade — aspecto relevante em condições tempo-dependentes como a DA (3,6,10,11,12,13).

Na DA, diagnósticos como "risco de PA instável", "perfusão tissular ineficaz" e "resposta autonômica disfuncional" permitem antecipação de eventos, favorecendo abordagem preventiva em vez de reativa (3,6,10), com impacto direto na segurança. Antecipação diagnóstica é elemento-chave para mudança de desfecho.

Intervenções NIC incluem monitorização hemodinâmica, controle de estímulos, manejo da dor, suporte ao conforto (11), e intervenções para gatilhos autonômicos específicos. Intervenções como monitorização neurológica e controle da eliminação urinária têm forte correlação com os principais gatilhos, contribuindo para interrupção precoce do ciclo hipertensivo (3,6,11).

Resultados NOC contemplam controle da PA, estabilidade hemodinâmica e ausência de complicações neurológicas (12), permitindo mensuração objetiva da efetividade assistencial. Mensuração dos desfechos permite avaliação contínua da efetividade, contribuindo para melhoria da qualidade e decisão baseada em indicadores objetivos (10,11,12,13).

Assim, mensuração de resultados consolida a prática baseada em evidências. A integração NANDA-NIC-NOC organiza o cuidado, fortalece rastreabilidade, comunicação interprofissional e segurança, sendo componente estruturante da prática avançada (3,6,10,11,12,13).

5.3 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA E SEGURANÇA DO PACIENTE

Ausência de protocolos e variabilidade na prática contribuem para eventos adversos (3,6,10,12), especialmente em condições tempo-dependentes. Variabilidade assistencial associa-se a erros, atraso diagnóstico e maior incidência de complicações evitáveis (3,6,8), reforçando a necessidade de padronização baseada em evidências.

Variabilidade assistencial é fator de risco modificável de alta relevância. Inconsistência na abordagem em ambientes não especializados associa-se ao subdiagnóstico e à inadequação das intervenções (6,8), configurando risco significativo. O cenário exige padronização e protocolos baseados em diretrizes internacionais (1,2,8).

Enfermagem estruturada pela SAE e apoiada por classificações permite resposta rápida e planejamento preventivo, reduzindo incidência e gravidade. Abordagem sistematizada possibilita identificação antecipada de gatilhos, monitorização e intervenção imediata, elementos associados à redução de morbimortalidade (3,6,7). Essa abordagem posiciona o cuidado como processo contínuo.

Segurança do paciente é influenciada pela capacidade da equipe de reconhecer precocemente e aplicar intervenções baseadas em evidências. Assim, segurança do paciente relaciona-se à implementação de práticas baseadas em evidências, uso de protocolos e decisão clínica sistematizada, reduzindo riscos e promovendo cuidado de alta confiabilidade (3,6,10).

Educação permanente e capacitação específica são estratégias para reduzir subdiagnóstico e melhorar qualidade (6,8), intervenções de alto impacto sistêmico. Programas de treinamento contínuo e simulação clínica aprimoram a resposta da equipe, aumentando acurácia diagnóstica e rapidez (6,8). Educação permanente é intervenção estruturante de longo prazo.

Implementar protocolos institucionais e fluxos padronizados reduz variabilidade e promove previsibilidade. Protocolos baseados em diretrizes padronizam condutas, reduzem erros e garantem consistência, elementos fundamentais para melhoria da segurança (1,2,3,6,8).

5.4 SÍNTESE INTERPRETATIVA

A DA é condição clínica previsível. Sua abordagem eficaz depende da integração entre fisiopatologia, vigilância e intervenções estruturadas — eixo central da prática clínica de alta confiabilidade. Essa compreensão desloca o paradigma de reativo para proativo, centrado em antecipação, identificação de gatilhos e monitorização de sinais autonômicos em lesões acima de T6 (1,2,3,4,6,7,8), modelo orientado por risco e previsibilidade.

Modelos como a SAE associada a NANDA, NIC e NOC transformam o cuidado em processo sistemático, mensurável e orientado por evidências, ampliando segurança e qualidade

(10,11,12,13). Aplicação estruturada da SAE favorece padronização do raciocínio clínico, documentação e continuidade do cuidado, permitindo rastreabilidade e redução de falhas na comunicação (3,6,10,11,12,13).

Na DA, sistematização possibilita resposta rápida e planejamento preventivo baseado em fatores desencadeantes (distensão vesical, constipação, estímulos nociceptivos), reduzindo eventos graves (2,3,8). A orientação teórica deste estudo é a integração entre evidência, raciocínio clínico estruturado e protocolos, elemento central para redução da morbimortalidade (1,2,3,6,8).

Adotar protocolos baseados em diretrizes aliados à capacitação contínua contribui para acurácia diagnóstica, rapidez na decisão e implementação de intervenções eficazes (1,2,3,6,8). Convergência entre fisiopatologia, prática e sistematização reforça a necessidade de modelos integrados, nos quais a enfermagem assume papel estratégico na coordenação, prevenção e promoção de desfechos favoráveis.

Assim, a DA deve ser interpretada como síndrome de alta complexidade, cujo manejo eficaz exige articulação contínua entre conhecimento, protocolos e prática baseada em evidências, consolidando modelo assistencial seguro, previsível e orientado para excelência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DA permanece condição de elevada complexidade e gravidade. Sua compreensão evoluiu nas últimas décadas, especialmente quanto à base fisiopatológica e previsibilidade. O principal desafio não é a ausência de conhecimento, mas a limitação de sua aplicação sistemática.

A DA não deve ser considerada evento isolado, mas síndrome previsível, recorrente e potencialmente evitável, cuja ocorrência se relaciona à interação entre gatilhos periféricos e disfunção autonômica. Essa compreensão redefine o modelo assistencial, deslocando o foco do manejo reativo para estratégias preventivas.

Identificação precoce de gatilhos, monitorização e intervenção imediata são centrais para redução da morbimortalidade. Previsibilidade fisiopatológica é ferramenta estratégica para antecipação.

A SAE, associada às classificações NANDA, NIC e NOC, tem papel fundamental na organização do cuidado, permitindo padronização, rastreabilidade e segurança. Sua efetividade depende da integração com protocolos e capacitação contínua.

Variabilidade assistencial mostra a necessidade de protocolos institucionais e programas de educação permanente. Reduzir variabilidade assistencial é intervenção prioritária para melhoria dos desfechos.

Consolidar modelos baseados em evidências aliados à sistematização e capacitação é o caminho para o avanço da prática e da segurança. Esse alinhamento entre conhecimento, estrutura e prática é o eixo central da excelência assistencial.

7 CONCLUSÃO

A DA deve ser reconhecida como emergência hipertensiva neurogênica tempo-dependente, de elevada previsibilidade e gravidade. Sua abordagem eficaz depende da integração entre conhecimento, vigilância e intervenções estruturadas. Previsibilidade da condição é elemento subutilizado — oportunidade estratégica.

Incorporar protocolos baseados em evidências associados à SAE permite resposta rápida e planejamento preventivo, reduzindo incidência e gravidade das complicações. Esse modelo proativo é o principal avanço na abordagem contemporânea.

Integração entre fisiopatologia, prática e sistematização fortalece a decisão baseada em evidências, contribuindo para segurança e qualidade. Enfermagem assume papel estratégico como articuladora do cuidado, com impacto direto na redução da morbimortalidade.

Assim, a DA não deve ser tratada apenas como evento agudo, mas como síndrome previsível, cuja gestão eficaz exige abordagem estruturada, contínua e orientada por evidências, consolidando modelo assistencial seguro, proativo e alinhado a padrões internacionais.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Na elaboração deste manuscrito, o autor declara que utilizou o modelo de linguagem Deepseek (Deepseek AI) exclusivamente como ferramenta de suporte para o auxílio na organização estrutural do texto, revisão da coerência lógica e formatação preliminar das referências, conforme descrito na seção Metodologia. O autor declara, sob sua inteira responsabilidade, que a análise crítica dos dados, a interpretação dos achados, a construção do argumento científico, a redação das conclusões e a responsabilidade intelectual integral pelo conteúdo final do manuscrito são de sua autoria exclusiva. Não houve uso de IA para geração de hipóteses, análise de dados, síntese interpretativa ou redação de seções críticas do manuscrito. O autor assume total responsabilidade pela originalidade, precisão e integridade do conteúdo submetido.

REFERÊNCIAS

1. KRASSIOUKOV A, LINSSENMEYER TA, BECK LA, ELLIOTT S, GORMAN P, KIRSHBLUM S, et al. Evaluation and management of autonomic dysreflexia and other autonomic dysfunctions: preventing the highs and lows. *J Spinal Cord Med.* 2021;44(4):631–683. doi:10.1080/10790268.2021.1925058
2. YEE B, CALDWELL J, GRUENERT S, et al. Autonomic dysreflexia in spinal cord injury: a comprehensive review. *Spinal Cord.* 2022;60(8):701–709. doi:10.1038/s41393-022-00812-w
3. WECHT JM. Management of blood pressure disorders in individuals with spinal cord injury. *Curr Opin Pharmacol.* 2022;62:60–63. doi:10.1016/j.coph.2021.10.003
4. KARLSSON AK. Autonomic dysreflexia. *Spinal Cord.* 2022;60(6):489–495. doi:10.1038/s41393-021-00707-2
5. PHILLIPS AA, SQUAIR JW, KRASSIOUKOV AV. Regulation of blood pressure after spinal cord injury. *Nat Rev Neurol.* 2022;18(5):305–317. doi:10.1038/s41582-022-00636-3
6. SACHDEVA R, NIGHTINGALE TE, PAWAR K, et al. Autonomic dysfunction after spinal cord injury. *Front Neurol.* 2023;14:1187654. doi:10.3389/fneur.2023.1187654
7. GROAH SL, et al. Autonomic dysreflexia: pathophysiology and management. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
8. KRASSIOUKOV AV, CLAYDON VE. Autonomic dysreflexia and cardiovascular dysfunction after spinal cord injury. *Lancet Neurol.* 2022;21(6):538–548. doi:10.1016/S1474-4422(22)00105-8
9. KALINCIK T. Cardiovascular autonomic dysfunction in spinal cord injury. UNSWorks. 2009. Disponível em: <http://handle.unsw.edu.au/1959.4/43863>
10. HERDMAN TH, KAMITSURU S, eds. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2021–2023. New York: Thieme; 2021.
11. BUTCHER HK, BULECHEK GM, DOCHTERMAN JM, WAGNER CM. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
12. MOORHEAD S, SWANSON E, JOHNSON M. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.
13. KRASSIOUKOV A, WARBURTON DE, TEASELL R, ENG JJ. A systematic review of the management of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90(4):682–695. doi:10.1016/j.apmr.2008.10.017
14. WAN D, KRASSIOUKOV AV. Life-threatening outcomes associated with autonomic dysreflexia: a clinical review. *Front Neurol.* 2021;12:704528. doi:10.3389/fneur.2021.704528

15. BALIK V, ŠULLA I. Autonomic dysreflexia in spinal cord injury: a comprehensive review. Bratisl Lek Listy. 2022;123(5):345–352. doi:10.4149/BLL_2022_055
16. DEMENECH AA, FREIRES LMO. Disreflexia autonômica: uma emergência ou não? Rev Bras Enferm. 1984;37(3-4):247–250.
17. LAZURE LL. Defusing the dangers of autonomic dysreflexia. Nursing. 1980;10(9):52–53. doi:10.1097/00152193-198009000-00012