Cefaleia pós-punção em pacientes puérperas submetidas a raquianestesia

Headache in parturient women undergoing spinal anesthesia

Ana Camila Rosemback Höehr[1], Renata Gomes Londero[2]

RESUMO

Introdução: A raquianestesia é muito utilizada em obstetrícia. O objetivo do presente estudo foi avaliar a ocorrência de cefaleia pós-punção da duramáter em gestantes submetidas a raquianestesia para realização de cesárea no hospital universitário da Ulbra no segundo semestre de 2010. **Métodos:** Estudo descritivo, no qual foram entrevistadas 50 puérperas submetidas a raquianestesia que estavam internadas ainda na segunda manhã após o procedimento. Foram incluídas no estudo todas as pacientes puérperas com mais de 18 anos submetidas a raquianestesia. Na entrevista foram coletados dados como etnia, idade, peso, altura, escolaridade e número de vezes que paciente submeteu-se a raquianestesia. **Resultados:** No grupo das pacientes que desenvolveram cefaleia pós punção dural – CPPD – (10% da amostra), 10,7% eram brancas (onde 54,9% é a porcentagem de brancas que desenvolveram CPPD), 11,1% eram pardas (onde 35,3% é a porcentagem de pardas que desenvolveram CPPD), 14,3% eram eutróficas (onde 13,3 % é a porcentagem de eutróficas que desenvolveram CPPD) e 7,7% tinham sobrepeso (onde 4,8% é a porcentagem de pacientes com sobrepeso que desenvolveram CPPD). Todas as pacientes que desenvolveram cefaleia tinham sido submetidas pela primeira vez a raquianestesia. **Conclusão:** A prevalência de cefaleia não foi diferente entre os grupos, o que pode decorrer do baixo número de pacientes avaliadas. O conhecimento da fisiopatologia da CPPD e dos fatores de risco descritos na literatura (idade da paciente, IMC e número de submissões a raquianestesia) podem auxiliar em um diagnóstico precoce e no tratamento adequado desta intercorrência, evitando, assim, o sofrimento da paciente e um possível aumento da permanência hospitalar.

UNITERMOS: Cefaleia Pós-Punção, Raquianestesia, Anestesia Subaracnoidea.

ABSTRACT

Introduction: *Spinal anesthesia is widely used in obstetrics. The aim of this study was to evaluate the occurrence of post-dural puncture headache in parturients undergoing spinal anesthesia for cesarean section at the Ulbra university hospital in the second half of 2010.* ***Methods:*** *A descriptive study, in which 50 mothers submitted to spinal anesthesia who were still hospitalized in the second morning after the procedure were interviewed. The study included all parturient mothers over 18 years of age undergoing spinal anesthesia. Data such as ethnicity, age, weight, height, education and the number of times the patient underwent spinal anesthesia were collected in the interviews.* ***Results:*** *In the group of patients who developed post-dural puncture headache (PDPH) (10% of the sample), 10.7% were white (54.9% is the percentage of white women who developed PDPH), 11.1% were mulatto (35.3% is the percentage of mulatto women who developed PDPH), 14.3% were eutrophic (13.3% is the percentage of eutrophic women who developed PDPH), and 7.7% were overweight (4.8% the percentage of overweight patients who developed PDPH). All patients who developed headache had undergone spinal anesthesia for the first time.* ***Conclusion:*** *The prevalence of headache was not different across the groups, a finding that may be ascribed to the low number of patients evaluated. Knowledge of the pathophysiology of PDPH and the risk factors described in the literature (patient age, BMI and number of submissions to spinal anesthesia) may assist in early diagnosis and adequate treatment of this complication, avoiding patient's suffering and a possible increase in hospital stay.*

.

KEYWORDS: *Post-Dural Puncture Headache, Spinal Anesthesia.*

[1] Graduação em Odontologia. Estudante de Medicina do 12º semestre.

[2] Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (2000), Residência Médica na área de Neurologia na Santa Casa de Porto Alegre (2001-2003), Curso de Capacitação em Eletroencefalografia e Epileptologia no Serviço de Neurologia do HCPA. Especialista em Neurologia pela Academia Brasileira de Neurologia e Mestrado em Clínica Médica na FAMED-UFRGS (2008-2010). Doutoranda em Clínica Médica na UFRGS, pertence ao corpo clínico dos Hospitais Nossa Senhora da Conceição S/A e Moinhos de Vento e professora da Universidade Luterana do Brasil.

INTRODUÇÃO

Denomina-se raquianestesia (bloqueio subaracnoideo) a anestesia que resulta da deposição de um anestésico local dentro do espaço subaracnoideo, ocorrendo bloqueio nervoso reversível das raízes anteriores e posteriores dos gânglios, das raízes posteriores e de partes da medula, advindo perda das atividades autonômica, sensitiva e motora (1).

A cefaleia pós-punção da duramáter em pacientes obstétricas submetidas a raquianestesia é uma complicação bastante comum e apresenta as seguintes características: dor de cabeça posicional, que é acentuada quando o paciente está em posição ortostática ou sentada e aliviada quando em repouso no leito; dor de grave intensidade e limitante para as atividades de vida diária; pode estar associada a rigidez do ombro e região da cervical, bem como a fotofobia e a náuseas. Sintomas menos comuns também descritos: dificuldade de acomodação visual, diplopia, tontura, zumbido e perda auditiva (1, 2, 3, 4). Os sinais mais comuns são: rigidez de nuca, náusea e, em menor frequência, sintomas relacionados ao comprometimento de nervos cranianos e de espasmos musculares localizados (6).

Existem dois mecanismos para explicar a cefaleia pós-punção acidental da duramáter: um é atribuído à injeção subaracnoidea de ar e o outro é devido a perda de líquido cefalorraquidiano. No caso da perda de líquido cefalorraquidiano, a gravidade dos sintomas está relacionada ao calibre e tipo de agulha, idade e sexo dos pacientes, bem como com o número de tentativas realizadas.

A incidência de cefaleia pós-punção da duramáter é sabidamente maior em pacientes obstétricas por tratar-se de mulheres jovens, e pode chegar a índices entre 2,8 e 8,7%, dependendo do tipo de agulha utilizada, sendo que menores incidências são encontradas com a utilização de agulhas mais finas e não cortantes (1).

Atualmente, com a utilização das agulhas descartáveis de fino calibre e com ponta atraumática (do tipo "ponta de lápis"), a incidência de cefaleia pós-raquianestesia pode cair para menos de 1%. Essas agulhas foram desenhadas para reduzirem a incidência de cefaleia pós-punção dural (CPPD). Entretanto, a agulha mais utilizada permanece sendo tipo Quincke, onde a introdução paramediana e paralelas às fibras da dura-máter causam menor incidência de cefaleia (2).

Um tipo menos comum de cefaleia pós-punção é aquela que decorre de contaminação do LCR pela solução iodada utilizada na preparação da pele. A característica deste tipo de cefaleia é de não modificar-se na dependência da postura adotada pelo paciente, e sua gravidade não diminui com medidas como hidratação e administração de cafeína, sendo desta forma importante sabermos identificar corretamente a CPPD antes de instituir qualquer medida terapêutica (3).

Destacamos, assim, a importância de investigar a prevalência de cefaleia pós-punção em pacientes submetidas a raquianestesia como forma de conhecer e prevenir esta complicação e dar uma correta assistência ao paciente, diminuindo ao máximo seus sintomas e tempo de internação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, autorizado pelo comitê de ética da Universidade Luterana do Brasil, que obedece as determinações da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados deste trabalho foram coletados através de pesquisa de campo, realizada no Hospital Universitário – Canoas, no período de agosto a dezembro de 2010. As pacientes foram selecionadas de acordo com o tempo decorrido da realização da raquianestesia, incluindo aquelas que foram submetidas à raquianestesia num período de até 72 horas antes do momento da entrevista; foram incluídas no estudo pacientes puérperas submetidas à raquianestesia, independente de idade, nível socioeconômico, etnia ou escolaridade.

A coleta de dados foi realizada por acadêmicos de Medicina da Universidade Luterana do Brasil de Canoas, por meio de entrevista direta com pacientes puérperas submetidas à raquianestesia, que consentiram a mesma, contendo nome, etnia, idade, peso, altura, escolaridade, número de vezes que foi submetida à raquianestesia e se ocorreu cefaleia até o momento da entrevista.

Terminada a fase de digitação, todos os dados do banco foram impressos e conferidos com os questionários originais de coleta. Depois de terminado o controle de qualidade, foi realizada a análise de consistência e coerência dos dados. Os dados considerados com problemas foram conferidos novamente nos questionários originais. Os dados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel 2007 e serão apresentados sob forma de valores inteiros e percentuais, calculados sobre o n total da amostra e sobre os subgrupos. A comparação da ocorrência de cefaleia conforme IMC foi feita com uso do teste do qui-quadrado.

O cálculo do índice de massa corpórea foi realizado aplicando-se a fórmula do mesmo (IMC=PESO/ALTURA^2). A classificação do estado nutricional da paciente, segundo o resultado do índice de massa corpórea, foi enquadrada de acordo com a classificação utilizada pela Organização Mundial de Saúde.

- Valores de IMC abaixo de 18,5: adulto com baixo peso.
- Valores de IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25,0: adulto com peso adequado (eutrófico).
- Valores de IMC maior ou igual a 25,0 e menor que 30,0: adulto com sobrepeso.
- Valores de IMC maior ou igual a 30,0: adulto com obesidade.

RESULTADOS

A partir dos dados apurados através do questionário aplicado, observamos: dentre as pacientes avaliadas, cinco (10%) tiveram cefaleia pós-punção; 60% das que tiveram CPPD eram brancas, 80% das pacientes que tiveram CPPD eram eutróficas (58% da amostra se constituía de pacientes eutróficas) e 20% (uma paciente) tinham sobrepeso (25,5% da amostra apresentava sobrepeso).

TABELA 1 – Prevalência de cefaleia conforme a idade

	Cefaleia (%)	
Idade	**Não**	**Sim**
Menos de 20 anos	87,5	12,5
De 20 a 25 anos	100,0	0,0
De 26 a 30 anos	90,9	9,1
Mais de 30 anos	83,3	16,7

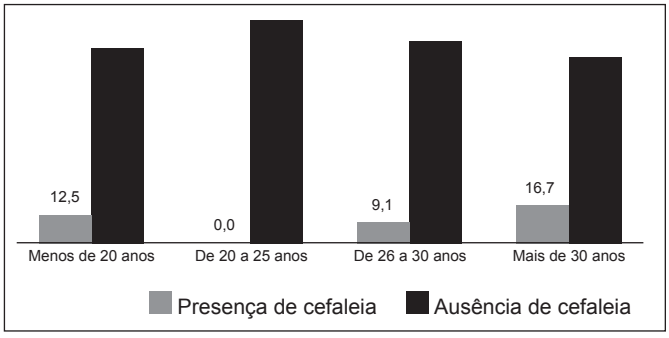


GRÁFICO 1 – Presença de cefaleia conforme idade

TABELA 2 – Prevalência de cefaleia e IMC

	Cefaleia (%)	
IMC	**Não**	**Sim**
Obesidade/Sobrepeso	1 (4,8%)	20 (39,2%)
Eutrófico/Baixo peso	4 (13,3%)	26 (51%)

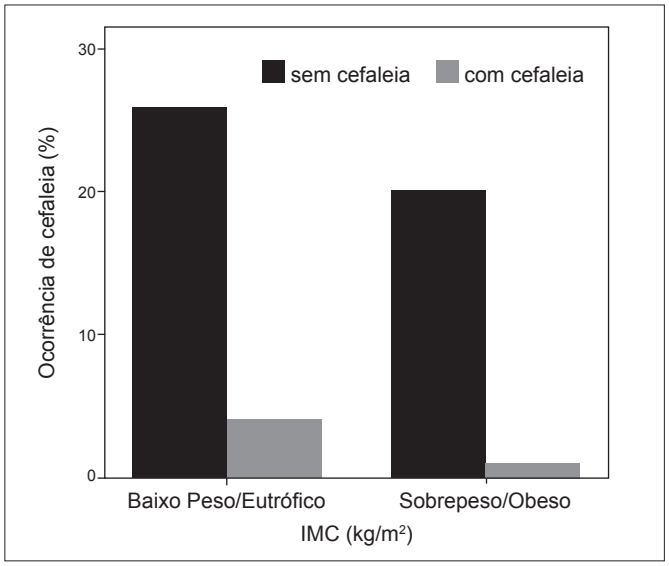


GRÁFICO 2 – Correlação entre IMC e ocorrência de cefaleia

De acordo com o estudo não houve diferença estatística significativa (p=0,39) na prevalência de cefaleia entre obesos/sobrepeso e eutróficos/baixo peso (ver Tabela 2).

As cinco pacientes que desenvolveram cefaleia tinham sido submetidas pela primeira vez a raquianestesia e 83,3% das que foram submetidas pela primeira vez a tal procedimento não desenvolveram. As pacientes submetidas 2 e 4 vezes a raquianestesia não desenvolveram CPPD.

DISCUSSÃO

Idade da Paciente

Consta na literatura que a ocorrência de CPPD é inversamente proporcional à idade do paciente, sendo o risco de um paciente de 25 anos desenvolver cefaleia 3 a 5 vezes maior do que um paciente acima de 65 anos (2). Nossos resultados, diferentemente da literatura, evidenciaram uma maior incidência de CPPD em pacientes acima de 30 anos. Entre pacientes na faixa etária com menos de 20 anos, a prevalência de CPPD foi de 12,5% e, naqueles na faixa etária entre 26 e 30, anos a prevalência foi de 9,1%. A provável explicação para esta aparente discordância está no fato de as pacientes do presente estudo serem mais jovens (de 18 a 38 anos) que as do referido estudo (que observou pacientes de (20 a 40 anos).

Índice de Massa Corpórea

No presente estudo verificou-se um maior número de casos de CPPD em pacientes eutróficas, cerca de 14,3% (58% da amostra se constituía de pacientes eutróficas) e 20% (uma paciente) tinha sobrepeso ou obesidade, cerca de 7,7% dos casos. Não encontramos na literatura correlação entre IMC e incidência de cefaleia pós-punção dural; o que se pode considerar é a possibilidade de uma maior dificuldade de punção em pacientes com sobrepeso/obesidade resultar em dificuldade na realização de uma adequada técnica, com a necessidade de um maior número de tentativas de punções para bloqueio anestésico eficiente – o que geraria um risco aumentado de CPPD. Nosso estudo, provavelmente devido ao *n* reduzido, não teve força para demonstrar esta possível correlação.

Número de submissões a raquianestesia e a presença de cefaleia

A incidência de cefaleia pós-raquianestesia está diretamente relacionada à técnica empregada, à experiência do profissional, ao tipo de agulha e ao número de tentativas de punção. Repetidas tentativas de punção aumen-

tam a incidência de cefaleia pós-raquianestesia significativamente. Não existem estudos que tenham verificado se pacientes submetidas a um maior número de punções ao longo da vida têm mais chance de apresentar CPPD. O que se pode afirmar é a relação direta entre o número de tentativas de punção e a ocorrência de CPPD. Nesta pesquisa, todas as pacientes (n=5) que desenvolveram CPPD estavam sendo submetidas pela primeira vez ao procedimento.

CONCLUSÃO

Dentre os 10% de pacientes da amostra que desenvolveram CPPD, o maior número de casos ocorreu na faixa etária com mais de 30 anos (três das 5 pacientes); 14,3% das pacientes que desenvolveram cefaleia eram eutróficas e 7,7% das pacientes com o mesmo sintoma apresentavam sobrepeso ou obesidade. A prevalência de cefaleia não foi diferente entre os grupos, o que pode ser decorrência do pequeno número de pacientes avaliadas. O conhecimento da fisiopatologia da CPPD e dos principais fatores de risco constantes na literatura (idade da paciente, IMC e número de tentativas de punção) auxilia na prevenção, no reconhecimento das pacientes em maior risco e no diagnóstico e manejo precoces desta potencial complicação, evitando, assim, o sofrimento do paciente e o aumento significativo na permanência hospitalar de pacientes obstétricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manica, J. T. Anestesiologia: princípios e técnicas. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
2. Choi PT, Galinski SE, Takeuchi L, Lucas S, Tamayo C, Jadad AR. PDPH is a common complication of neuraxial blockade in parturients: a metanalysis of obstetrical studies. Can J Anesth. 2003;50:460-69.
3. Chan TM, Ahmed E, Yentis SM, Holdcroft A, Obstetric Anaesthetists' Association, NOAD Steering Group. Postpartum headaches: summary report of the National Obstetric Anaesthetic Database (NOAD), 1999. Int J Obstetric Anesth. 2003;(12):107-12.
4. Kuczkowski KM. The management of accidental dural puncture in pregnant women: what does the obstetrician need to know?Arch Gynecol Obstet. 2007;(275):125-31.
5. Tarkkila PJ, Heine H, Tervo RR. Comparison of Sprotte and Quincke needles with respect to post duralpuncture headacheand backache. Reg Anesth. 1992;(17):283-7.
6. Seeberger MD, Kaufmann M, Staender S et al. Repeated dural punctures increase the incidence of postdural punctureheadache. Anesth Analg. 1996;(82):302-305.
7. Rutter SV, Shields F, Broadbent M, Popat M, Russell R. Management of accidental dural puncture in labour with intrathecalcatheters: an analysis of 10years' experience. Int J Obstet Anesth. 2001;(10):177-81.
8. Prager JM, Roychow dhury S, Gorey MT, Low e GM, Diamond CY , Ragin A. Spinal headaches after m yelograms: comparison of needle types. A JR A m J Roentgenol. 1996(167):1289-92.
9. Imbelloni LE, Sobral MGC, Carneiro ANG. Influência do calibre da agulha, da via de inserção da agulha e do número de tentativas de punção na cefaleia pós-raquianestesia. Estudo prospectivo. Rev. Bras Anestesiologia. 1995;(45):377-382.
10. Lybecker H, Moller JT, May O et al. Incidence and prediction of postdural puncture headache: a prospective study of 1021spinal anesthesias. Anesth Analg. 1990;(70):389-394.
11. Endocrino.org.br .Brasil: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Disponível em: http://www.endocrino.org.br. Acessado: 13 mai. 2010.

✉ Endereço para correspondência
Ana Camila Rosemback Höehr
Rua Castro Alves , 565/164
80240-270 – Curitiba, PR – Brasil
☎ (41) 9925-4878
acrosemback@yahoo.com.br

Recebido: 18/1/2012 – Aprovado: 25/5/2012