

Cefaléia Pós-Raquianestesia com Agulha Quincke 4 (27G). Estudo em Pacientes Obstétricas e Ginecológicas *

Luiz Eduardo Imbelloni, TSA¹; Antonia N G Carneiro¹; Maria G C Sobral¹

Imbelloni LE, Carneiro ANG, Sobral MGC - Postdural Puncture Headache Following Spinal Anesthesia with 27G Quincke Needle. Evaluation in Obstetrical and Gynecological Procedures

The incidence and duration of postdural puncture headache following spinal anesthesia with 27G Quincke needle was investigated in 208 young women undergoing obstetrical (88 patients) and gynecological procedures (120 patients). Two patients developed typical symptoms of postdural puncture headache in the gynecological group. There were no patients with headache in the obstetrical group.

KEY WORDS: ANESTHETIC TECHNIQUES, Regional: spinal; COMPLICATIONS: headache

A cefaléia pós-punção é a complicação mais comum no pós-operatório de pacientes submetidos à anestesia subaracnóidea e contribui para prolongar o tempo de recuperação e a permanência hospitalar. A cefaléia é mais comum na mulher do que no homem e a incidência é mais alta na população obstétrica do que em outro tipo de cirurgia. A incidência e a gravidade da cefaléia pós-raquianestesia estão relacionadas com a idade e o sexo, e aumentam quando se utilizam agulhas de grosso calibre. A incidência em pacientes obstétricas, usando agulhas calibre 5 (25G) ou 4,5 (26G), varia de 0,4%¹ a 28%².

Evidências clínicas indicam que a cefaléia depende do calibre e do desenho da agulha. Em comparação da agulha calibre 24G Sprotte com a 25G tipo Quincke em 110 pacien-

tes submetidas à cesariana, a incidência de cefaléia foi reduzida de 14,5% para 0%³.

O objetivo deste estudo é testar a agulha calibre 27G tipo Quincke em pacientes femininas submetidas a procedimentos obstétricos e ginecológicos quanto à incidência de cefaléia pós-puncional.

METODOLOGIA

Após aprovação da Diretoria de Publicação e Divulgação da Clínica e consentimento formal para inclusão no estudo, as pacientes que fossem submetidas à cesariana (grupo 1) ou cirurgia ginecológica (grupo 2) sob raquianestesia foram incluídas neste estudo.

A punção lombar foi realizada nos espaços L2-L3 ou L3-L4, com as pacientes em decúbito lateral esquerdo. Todas as pacientes foram puncionadas com agulha descartável calibre 4 (27G) tipo Quincke, sem introdutor, pela via paramediana. A pele e o tecido celular subcutâneo foram infiltrados com lidocaína 1% ou 2%. O bisel da agulha foi sempre introduzido paralelamente às fibras da duramater. A correta posição da agulha foi confirmada pelo aparecimento de líquido cefalorraquidiano no canhão da

* Trabalho realizado na Clínica São Bernardo e Policlínica Geral Brasil Portugal

¹ Anestesiologista

Correspondência para Luiz Eduardo Imbelloni
Av Epiácio Pessoa 2356/203
22471-000 Rio de Janeiro - RJ

Apresentado em 18 de novembro de 1993
Aceito para publicação em 20 de dezembro de 1994

© 1994, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

agulha. Todas as raquianestésias foram realizadas com soluções hiperbáricas de anestésicos locais. A reposição volêmica durante o ato cirúrgico foi feita com solução de Ringer com lactato.

No pós-operatório imediato, todas as pacientes foram liberadas para amamentarem ou deambularem, tão logo a motricidade tivesse retornado ao normal ou fossem liberadas pelos respectivos cirurgiões. Todas permaneceram internadas pelo menos uma noite. Após a alta as pacientes foram solicitadas a contatar o anestesiolegista no caso de aparecimento de qualquer fato anormal. Avaliou-se a intensidade da cefaléia com os critérios: 1= moderada; 2= grave ou 3= incapacitante, assim como a duração em dias. No caso de ocorrência de cefaléia esta seria tratada com repouso no leito, hidratação oral e analgésicos não opióides.

Para análise estatística foram utilizados os testes "t" de Student e exato de Fisher, e o valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

RESULTADOS

O trabalho incluiu 208 pacientes, sendo 88 obstétricas e 120 de cirurgias ginecológicas, com idade média de 28,88 anos. Os grupos foram homogêneos quanto à idade e altura. O peso das pacientes não foi considerado tendo em vistas as diferenças relacionadas à gravidez (Tabela I).

Tabela I - Dados das pacientes, anestésicos utilizados e incidência de cefaléia

	Grupo 1 Cesariana (n=88)	Grupo 2 Ginecológica (n=120)
Idade média (anos)	27,11(5,68 (13-39))	30,65(6,68 (13-40))
Peso médio (kg)	69,51(8,33 (55-102))	60,52(8,33(*) (45-81))
Altura (cm)	160,76(5,62 (150-178))	161,36(6,40 (145-178))
Anestésicos locais:		
Lidocaína hiperbárica	11	100
Bupivacaína hiperbárica	77	20
Cefaléia	0(0%)	2(1,6%)

(*) Diferença significativa com peso mais elevado no grupo obstétrico

Em ambos os grupos foram utilizadas a

lidocaína e a bupivacaína em soluções hiperbáricas, sem diferença significativa.

A cefaléia pós-raquianestesia ocorreu em 2 pacientes do grupo das cirurgias ginecológicas e nenhuma do grupo obstétrico, sem diferença significativa. A cefaléia apareceu dentro das primeiras 36 h após o bloqueio nas 2 pacientes. A duração da cefaléia nos 2 casos foi de 3 e 6 dias, sendo mais prolongada naquela que teve cefaléia incapacitante. As cefaléias desapareceram no prazo máximo de 6 dias, com tratamento conservador.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a cefaléia pós-raquianestesia ocorreu em 2 pacientes de cirurgia ginecológica e em nenhuma paciente obstétrica. A punção subaracnóidea não se mostrou difícil com a agulha descartável calibre 27G (4F) tipo Quincke. Não encontramos referência bibliográfica que correlacionasse cefaléia e peso.

Desde a introdução da raquianestesia em 1899 por Bier, a cefaléia permanece uma complicação freqüente. Pode ser incapacitante e causar um aumento substancial na morbidade pós-operatória. Neste estudo com agulha 27G tipo Quincke, apenas uma paciente apresentou cefaléia incapacitante.

Nem todos os pacientes que recebem raquianestesia são susceptíveis à cefaléia. Em 1956, em um abrangente estudo epidemiológico sobre a raquianestesia, concluiu-se ser técnica segura, e que a cefaléia era significativamente mais comum em pacientes jovens, mulheres ou ambulatoriais, com alta incidência em pacientes obstétricas⁴. Diferente desses resultados, nosso estudo não observou cefaléia em pacientes obstétricas em comparação com pacientes ginecológicas.

Classicamente a cefaléia pós-raquianestesia varia de intensidade e aparece dentro das primeiras 48 h após a punção. Neste estudo, nas pacientes onde ocorreu cefaléia ela

apareceu dentro das 36 horas após a punção. Nas duas pacientes a sintomatologia desapareceu em 6 dias, com tratamento conservador. Resultados semelhantes aos obtidos com a agulha 4, que teve duração de até 7 dias⁵.

A relativa alta incidência de cefaléia em pacientes obstétricas tem sido considerada a maior desvantagem do uso da raquianestesia. Neste estudo, utilizando agulha 27G tipo Quincke, não foi encontrada maior incidência de cefaléia nas pacientes obstétricas em comparação com pacientes ginecológicas. Mesmo resultado foi obtido em outro estudo, utilizando agulha 24G Sprotte⁶.

Os resultados confirmam a baixa incidência de cefaléia com agulha 27G Quincke. Esta técnica é aplicável em pacientes obstétricas ou não.

Imbelloni LE, Carneiro ANG, Sobral MGC - Cefaléia Pós-Raquianestesia com Agulha Quincke 4 (27G). Estudo em Pacientes Obstétricas e Ginecológicas

A incidência e a duração de cefaléia pós-raquianestesia com agulha calibre 4 (27G) tipo Quincke foram investigadas em 208 pacientes submetidas a cesariana (88 pacientes) e procedimentos ginecológicos (120 pacientes). Duas pacientes do grupo das cirurgias ginecológicas desenvolveram típica cefaléia pós-raquianestesia. Não foi observada cefaléia nas pacientes submetidas à cesariana.

UNITERMOS: COMPLICAÇÕES: cefaléia pós-raquianestesia; TÉCNICA ANESTÉSICA, Regional: subaracnóidea

Imbelloni LE, Carneiro ANG, Sobral MGC - Cefaleia Pos-Raquianestesia con Aguja

Quincke 4 (27G). Estudió en Pacientes Obstétricas y Ginecológicas

Se investigaron la incidencia y la duración de cefalea pos-raquianestesia con aguja calibre 4 (27G) tipo Quincke, en 208 pacientes sometidas a cesárea (88 pacientes) y a procedimientos ginecológicos (120 pacientes). Dos pacientes del grupo de las cirugías ginecológicas desarrollaron cefaleia típica pos-raquianestesia. No se observó cefaleia en las pacientes sometidas a cesárea.

REFERÊNCIAS

01. Greene B - A 26 gauge lumbar puncture needle: its value in the prophylaxis of headache following spinal anesthesia for vaginal delivery. *Anesthesiology*, 1950; 11: 464-9.
02. Thorberry E, Thomas T - Posture and post-spinal headache. *Br J Anaesth*, 1988; 60: 195-7.
03. Cesarini M, Torrielli R, Lahaye F et al - Sprotte needle for intrathecal anaesthesia for Caesarean section: incidence of postdural puncture headache. *Anaesthesia*, 1990; 45: 656-8.
04. Vandam LD, Dripps RD - Long term follow up of patients who received 10.098 spinal anesthetics. Syndrome of decreased intracranial pressure (headache and ocular and auditory difficulties). *JAMA*, 1956; 161: 586-91.
05. Imbelloni LE, Carneiro ANG, Sobral MGC - Cefaléia pós-raquianestesia. Comparação entre agulhas 4 e 5. *Rev Bras Anesthesiol*, 1992; 42(supl 15): CBA70.
06. Schneider M, Schumacher P, Kaufmann M - Incidence of postdural puncture headache (PDPH) in young pregnant and non-pregnant women after spinal anesthesia with a 24G Sprotte needle. *Regional Anesth*, 1992; 17(suppl 3S): 93.