

PROTOCOLO CEFALeia PÓS-PUNÇÃO DA DURA-MÁTER

DATA CRIAÇÃO: 27/02/2025	Versão: 00	Criação: Alessandro Silvestre
VALIDADE: 2 ANOS	DATA DE REVISÃO: 27/02/2027	Revisão: Yuri Heluany Martins

SUMÁRIO

SUMÁRIO	1
1. CONCEITO	1
2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	2
3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	2
4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL.....	2
5. FLUXOGRAMA	4
6. INDICADOR	5
7. ANEXOS.....	5
8. HISTÓRICO DE REVISÃO	5
9. REFERÊNCIAS	5

1. CONCEITO

1.1. A cefaleia pós punção dural intencional ou acidental é um evento adverso relativamente comum após anestesia de neuroeixo ou após procedimento diagnósticos que envolvam punção da dura-máter. A sua ocorrência pode ser explicada pela hipotensão liquórica ocasionada pela perda de líquor pelo orifício causado pela agulha. A diminuição da pressão liquórica leva a tração de nociceptores intracranianos presentes nas meninges causando a dor, além disso postula-se a ocorrência de vasodilatação compensatória contribuindo para a cefaleia nestes pacientes.

1.2. De forma geral (90% dos casos) a cefaleia se inicia em até 5 dias do procedimento sendo a maior parte nas primeiras 48h. Com resolução espontânea na maior parte das vezes em até 7 dias. A sintomatologia clássica inclui cefaleia fronto-occipital relacionada que piora na posição em pé ou sentada e que melhora/diminui ao se deitar. A ocorrência de sintomas associados é comum, sendo eles: Diplopia, zumbidos, náusea e vômitos, dor em região de nuca, rigidez de nuca, perda auditiva, paralisia de pares cranianos e vertigem. A ocorrência de convulsões é um sintoma associado raro e deve levantar suspeita para outros diagnósticos diferenciais.

1.3. São fatores de risco aumentado para o desenvolvimento de cefaleia pós punção dural:

1.3.1. Sexo feminino

1.3.2. Paciente jovens

1.3.3. Agulhas calibrosas (Tuohy > Whitacre)

1.3.4. Agulhas cortantes

1.3.5. Gestantes/Puerperas

1.3.6. Múltiplas punções

1.4. Dado que a maior parte dos paciente evolui com autoresolução do quadro as medidas iniciais em geral são conservadoras. Repouso absoluto com decúbito zero, analgésicos (Dipirona/Paracetamol/AINES), hidratação e Cafeína são a primeira linha de tratamento. O Blood Patch deve ser considerado nos paciente que não apresentaram melhora em até 48h após o início das medias conservadoras ou nas paciente gestantes/puerperas.

1.5. Quando realizado o Blood-Patch deve ser conduzido preferencialmente por dois anestesistas com experiencia em punções de neuroeixo. O espaço de escolha deve ser o mesmo onde a punção foi realizada ou um a dois espaços a baixo. O volume total infundido varia de acordo com cada paciente, sendo a resolução dos sintomas álgidos ou o surgimento de parestesia ou sintomas neurológicos em membros inferiores sinal de interrupção da injeção. Se recomenda fortemente não superar os 20ml de sangue injetado.

1.6. Em paciente em que ocorreu punção acidental de dura-máter não existem evidencias que suportem a realização de Blood-Patch profilático nem a manutenção do paciente em repouso absoluto sem o desenvolvimento de sintomas.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes submetidos a procedimentos no neuroeixo

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

NÃO SE APLICA

4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL

4.1. PARA TODAS AS EQUIPES:

4.1.1. Suspeitar de cefaléia pós punção dural em todo paciente com cefaleia ortostática que melhora com decúbito E que tenha sido submetido a procedimento de anestesia de neuroeixo (Peridural ou Raquianestesia) OU Submetido a procedimento diagnóstico que envolva a perfuração da dura-máter (Mielografia ou Punção liquorica);

4.1.2. Coletar em todos os pacientes com suspeita Hemograma, PCR e Coagulograma;

4.1.3. Na existência de sintomas neurológicos associados ou Cefaléia após 5o dia do procedimento recomenda-se realização de exame de imagem (TC/RNM) para excluir outros diagnósticos diferenciais;

4.1.4. Em caso de vigência de febre ou outros sintomas infecciosos considerar diagnósticos diferenciais. Principalmente meningite;

4.1.5. Quando paciente no andar ou PS, acionar equipe de anestesiologia pelo ramal XXX o mais breve possível para avaliação do paciente e instituição de medidas;

4.2. PARA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA:

4.2.1. Recomenda-se o uso de agulhas de calibre menor e com pontas não cortantes;

4.2.2. Excetuando-se pacientes puérperas, recomenda-se a instituição de medidas conservadoras por 48h com avaliação diária pela equipe de anestesiologia. São estas medidas:

4.2.3. Decúbito zero por 48h

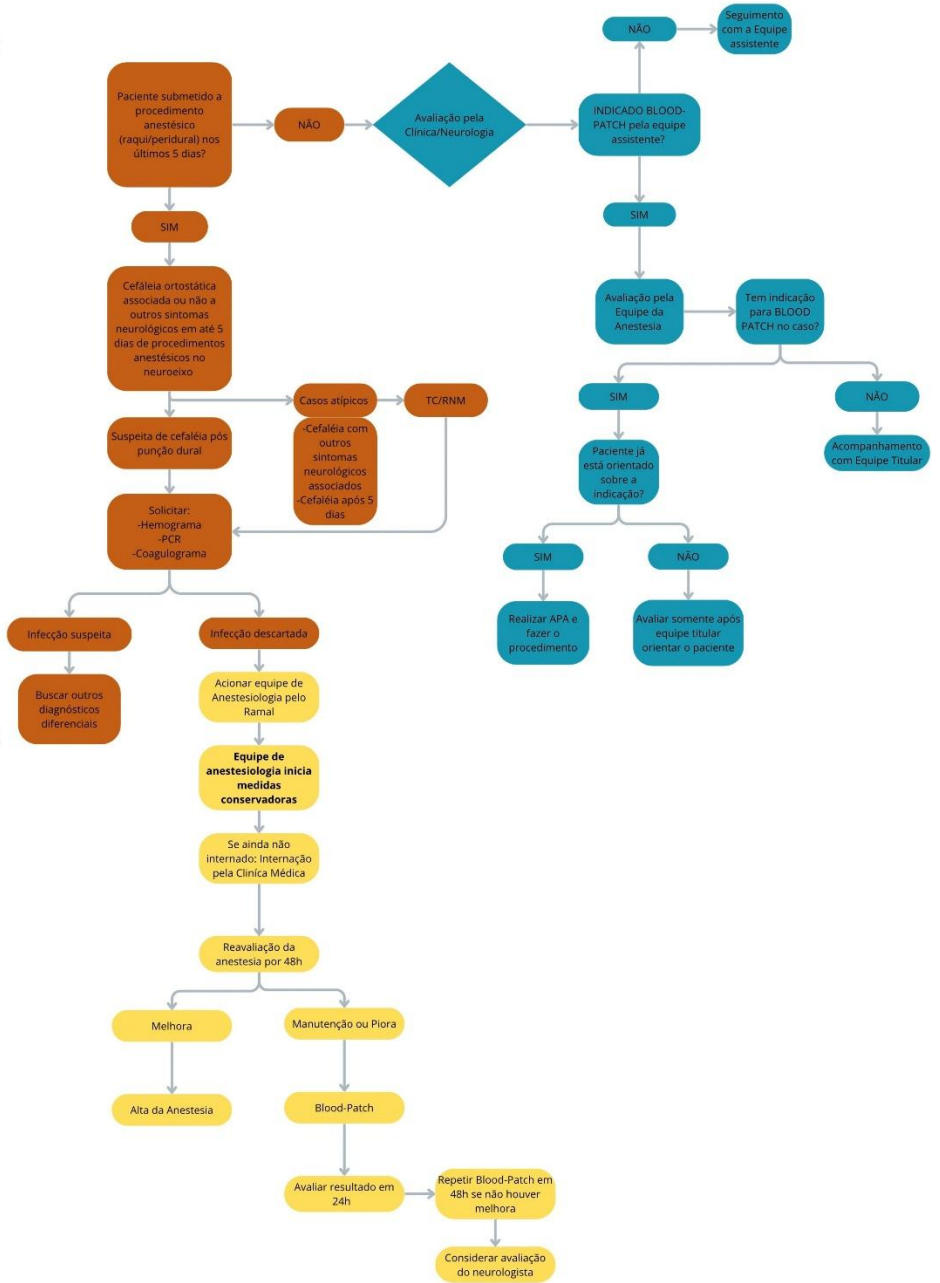
- 4.2.4. Dipirona 2g de 6/6h e/ou Paracetamol 1g 6/6h
- 4.2.5. Cetoprofeno 100mg 12/12h (Se não houver contra-indicação)
- 4.2.6. Estimular hidratação vigorosa por via ORAL. Quando não possível realizar hidratação por via venosa
- 4.2.7. Cafeína 300-600mg nas primeiras 24h dos sintomas. Se necessário repetir no dia seguinte a mesma dose;
- 4.2.8. Evitar uso de opioides, em casos refratários considerar opioides de curta duração;
- 4.2.9. Em pacientes puérperas o Blood-Patch deve ser considerado como primeira escolha no tratamento. Em paciente com outros sintomas neurológicos associados avaliar Blood-Patch como primeira medida;
- 4.2.10. Caso paciente não apresente melhoras significativas após 48h de medidas conservadoras. Recomenda-se a realização de Blood-Patch conforme descrito no item 4 deste documento;
- 4.2.11. Em pacientes com sinais clínico/laboratoriais de infecção a realização do Blood-Patch está CONTRAINDICADA. Nestes paciente afastar outros diagnósticos;
- 4.2.12. Em caso de perfuração acidental de dura-máter:
 - 4.2.12.1. Comunicar setor de Qualidade imediatamente para seguimento do caso;
 - 4.2.12.2. Comunicar equipe cirúrgica sobre o ocorrido
 - 4.2.12.3. Assim que possível comunicar paciente sobre o ocorrido;
 - 4.2.12.4. Não realizar Blood-Patch de forma profilática;
 - 4.2.12.5. Comunicar equipe da Dor para seguimento do paciente;
 - 4.2.12.6. Seguir com planejamento anestésico proposto quando possível. Realizar nova punção em outro espaço;
 - 4.2.12.7. A passagem de cateter peridural NÃO esta contraindicada;
 - 4.2.12.8. Não instituir medidas profiláticas no paciente. Somente realizar medidas em caso de sintomas no pós-operatório.
- 4.2.13. A realização do Blood-Patch deve seguir sempre que possível as orientações contidas no item 4.3.
- 4.2.14. Em alternativa ao Blood-Patch o bloqueio do gânglio esfenopalatino pode ser considerado como tentativa de resolver o quadro;

4.3. BLOOD-PATCH

- 4.3.1. Não realizar o Blood-Patch em caso de:
 - 4.3.1.1. Plaquetopenia ($<80.000 \mu\text{L}^{-1}$)
 - 4.3.1.2. Coagulopatia
 - 4.3.1.3. Quadro infeccioso suspeito ou confirmado
- 4.3.2. Preferencialmente realizar o procedimento com 2 anestesistas;
- 4.3.3. De preferência o anestesista mais experiente deve realizar a punção do espaço peridural;
- 4.3.4. Um dos anestesistas deve realizar a coleta de sangue após a punção do espaço peridural;
- 4.3.5. Não sedar o paciente para o procedimento;

5. FLUXOGRAMA

Unidades de internção
OU
Pronto Socorro



6. INDICADOR

NÃO SE APLICA

7. ANEXOS

NÃO SE APLICA

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

Revisão	Alterações
000	Criação do documento

9. REFERÊNCIAS

- UPPAL, V. et al. Consensus Practice Guidelines on Postdural Puncture Headache From a Multisociety, International Working Group: A Summary Report. JAMA Network Open, v. 6, n. 8, p. e2325387, 15 ago. 2023.

-PATEL, R. et al. A Comprehensive Update on the Treatment and Management of Postdural Puncture Headache. Current Pain and Headache Reports, v. 24, n. 6, 22 abr. 2020.

-LI, H. et al. Postdural Puncture Headache—Risks and Current Treatment. Current Pain and Headache Reports, 30 mar. 2022.