

MANEJO EN HOSPITALIZACIÓN DE LA CEFALEA POST- PUNCIÓN DURAL EN OBSTETRICIA

Servei de Medicina Maternofetal.

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

1. DEFINICIÓN

La cefalea postpunción dural, es la complicación más frecuente asociada a los bloqueos neuroaxiales. La incidencia de cefalea, varía según la técnica (epidural, intradural o epidural-intradural combinada), el calibre de la aguja, el diseño de su punta, la dificultad, edad y sexo del paciente y la experiencia del anestesiólogo. Su incidencia ha ido disminuyendo a lo largo de los años, debido principalmente al uso de agujas de calibre pequeño y con puntas no cortantes. La incidencia de punción dural con la aguja de Tuohy se sitúa entre el 0,5 – 2,6%¹, (hasta el 4,4%) según las distintas series. La población obstétrica es la que presenta una mayor repercusión médica y psicológica, económica e incluso legal.

El síndrome de la cefalea postpunción dural (CPPD) aparece tras la punción de la duramadre por una pérdida de volumen de líquido cefalorraquídeo (LCR) y una disminución de la presión del mismo, causando una hipotensión intracraneal. No se conoce exactamente cuál es el mecanismo último que explica la aparición de cefalea. Una teoría es que la salida de LCR y disminución de la presión intracraneal, sería responsable de una tracción gravitacional de las estructuras encefálicas que no son amortiguadas por la columna líquida. Otra teoría, es que la disminución súbita del volumen de LCR activa los receptores de adenosina, produciendo una vasodilación arterial y venosa, por lo que el tratamiento vasoconstrictor, como cafeína o sumatriptan, resulta efectivo, aunque sólo temporalmente.

El síndrome clásico consiste en la aparición de fotofobia, náuseas, vómitos, rigidez y dolor de la musculatura paravertebral preferentemente del cuello y nuca, tinnitus, diplopia y mareo con severa cefalea que aparece en las 24-48 horas siguientes a la punción dural (aunque puede aparecer hasta el 5º día). La cefalea, se ve agravada por el ortostatismo y disminuida por el decúbito, es decir tiene claramente un componente postural. Empeora en los primeros 15 min después de adquirir una posición vertical y desaparece o mejora a los 30 minutos con el decúbito. Se localiza en la zona cérvico-occipital, frontal o fronto-orbitaria y suele ser pulsátil. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con patologías menos frecuentes pero más graves (tabla 1).

La tracción vagal produce náuseas, la del trigémino parálisis de la musculatura ocular pudiendo aparecer estrabismo y visión doble. La disminución de la audición, aparece por disminución del LCR a nivel coclear. El dolor cervical y nual por la tracción de los nervios cervicales 1-3.

Se ha estimado que un 39% de las parteras refieren síntomas de cefalea no relacionado con la punción dural después del parto, por lo que es necesario buscar otras causas de cefalea en cualquier paciente, incluyendo: cefalea tensional, migraña, sinusitis, preeclampsia, cefalea por ergóticos. Otras causas pueden incluir las hemorragias del SNC (subaracnoidea, intracraneal, subdural, trombosis venosa); en este último caso, falta el componente postural de la cefalea.

La historia natural de la cefalea es la resolución gradual sobre el 5-7º día, recuperándose prácticamente en el 75% de los casos en menos de 7 días con tratamiento farmacológico y reposo; pero también puede persistir de forma crónica.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la cefalea postpunción dural.

Pre-eclampsia
Migraña
Cefalea inespecífica
Meningitis
Hemorragia intracraneal
Tumor intracraneal
Trombosis venosa cerebral
Apoplejía hipofisaria
Infarto cerebral
Herniación uncal

2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico: cefalea fronto-occipital con un claro componente postural, sin fiebre y con exploración neurológica normal (sin focalidad neurológica). Cuando se confirme el diagnóstico clínico se iniciará el tratamiento médico conservador.

Cuando existan dudas sobre el diagnóstico clínico de cefalea postpunción dural, serán necesarias otras pruebas complementarias que confirmen la sospecha clínica.

Si existe fiebre, será necesaria una PL para descartar meningitis. En el caso de CPPD, el análisis bioquímico y citológico del LCR presentará los siguientes hallazgos:

1. Punción lumbar demuestra una disminución de la presión de LCR
2. Análisis citológico y bioquímico del LCR: pequeño aumento de proteínas, y aumento linfocitario.

Si durante la evolución de la CPPD, la cefalea se cronifica (duración igual o mayor a una semana), pero sobre todo si la cefalea pierde su carácter postural, se vuelve constante o se añaden signos de focalidad neurológica o síntomas neuropsiquiátricos (alucinaciones, confusión, letargo), estará indicada una RNM del SNC para descartar otras patologías graves. El resultado de RNM en la CPPD, demuestra un realce difuso dural, adelgazamiento cerebral, descenso del cerebro, quiasma óptico; obliteración de las cisternas basilares y una ampliación de la glandula pituitaria.

3. TRATAMIENTO

Ante la **sospecha** de cefalea postpunción dural:

- Avisar al servicio de Anestesia (Buscas: 380042 o 11-05) que establecerá el diagnóstico clínico e iniciará la pauta del tratamiento médico conservador si procede. Realizará el seguimiento clínico diario.
- Se iniciará el tratamiento médico el mismo día del diagnóstico.

1^{ER} Día de tratamiento:

- NO RECOMENDAR INMOVILIZACIÓN TOTAL, es suficiente con reposo en decúbito supino, pero en la posición que prefiera la paciente para estar cómoda.
- NO RECOMENDAR HIDRATACIÓN: la ingesta abundante de líquidos no mejora los síntomas y además estimula la diuresis y por tanto la movilización.
- Pauta de analgésicos menores:
 - Paracetamol: 1g/8h/VO
 - Codeína 1comp/8h/VO
 - CAFEÍNA 300-500mg/VO. Repetir la dosis de cafeína a las 6h, si no ha cedido el dolor. Máximo 2 dosis al día y no administrar por la noche.

La cafeína está contraindicada en la preeclampsia, la HTA crónica, la epilepsia, la intolerancia a la cafeína y en la ingesta de cafeína en las 4h previas (vida media de 3-8h).

2º Día de tratamiento:

- El mismo tratamiento del primer día. Si existe mejoría clínica puede indicarse la sedestación progresiva.
- Control a las 6h de la primera dosis de cafeína; si dolor, repetir la dosis.

3^{ER} Día de tratamiento:

- En más del 80% de los casos habrá mejoría clínica a las 72h. Si sigue mejorando, iniciar bipedestación y si tolera, puede darse el alta a los 3 días, bajo tratamiento médico (paracetamol/codeína).
- Si no mejora, el anestesiólogo valorará la indicación del tratamiento invasivo (parche epidural con dextrano o parche epidural hemático) entre el 3^{er} y 5º día de cefalea post-punción dural, previo consentimiento informado

Responsables del protocolo:

Servicio de Anestesiología: A. Plaza, J. Rueda; Servicio Medicina Maternofetal: M Palacio

Creación: 19/02/2009

Actualización: 18/02/2014