

Cefalea postpunción

La cefalea post-punción dural fue descrita inicialmente por Bier en 1898 y atribuida a una pérdida de líquido cefalorraquídeo. Es la complicación más frecuente asociada a los bloqueos neuroaxiales. La incidencia de cefalea, varía según la técnica, el calibre de la aguja, el diseño de su punta, la dificultad, edad y sexo del paciente y la experiencia del anestesista. 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 se sitúa entre el 0,5 – 2,6%, siendo la población obstétrica la que presenta una mayor repercusión médica y psicológica, económica e incluso legal.

SÍNTOMAS 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, 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. El 39% de las parteras refiere cefalea no relacionada con la punción dural después del parto, por lo que es necesario realizar un diagnóstico diferencial con: Pre-eclampsia, migraña, cefalea inespecífica, meningitis, hemorragia intracraneal, tumor intracraneal, trombosis venosa cerebral, apoplejía hipofisaria, infarto cerebral y la herniación uncal.

DIAGNOSTICO El diagnóstico es clínico: • Cefalea fronto-occipital con claro componente postural • No fiebre • Exploración neurológica normal

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

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: tipo paracetamol, codeína + cafeína

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

Artículo escrito por Dra. Cantos García para Namunvida

Link to Original article: <https://www.namunvida.es/blog-1/cefalea-postpuncion?elem=322599>