



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicación Oficial de la Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



CARTA AL EDITOR

Cefalea pospunción dural para cesárea: ¿las estrategias preventivas son peores que la curación?



Postdural puncture headache after caesarean section: are preventive strategies worse than the cure?

Estimado Editor:

La cefalea pospunción dural (CPPD) ha sido descrita seguidamente después de la primera raquianestesia (RA), cuando el mismo Bier sintió un dolor de cabeza debilitante y lo atribuyó al escape de líquido cefalorraquídeo a través de la punción dural¹. Con un mejor entendimiento de la fisiopatología de la CPPD y el uso de agujas de calibres menores para RA, la incidencia de CPPD disminuyó.

Se han descrito muchos factores de riesgo para la CPPD, incluyendo edad, sexo, índice de masa corporal, calibre, tipo y orientación de la aguja e incluso la habilidad del operador^{1,2}. La incidencia de dolor de cabeza es mayor en parturientas sometidas a cesárea bajo RA. Ese dolor de cabeza puede deberse al aumento de la elasticidad de las fibras durales que mantienen un defecto patente en esas pacientes². La incidencia es mucho mayor en el caso de una punción dural accidental durante la inserción epidural (76-85%)². Eso es lamentable, porque las alteraciones fisiológicas inferiores, tanto materna como fetal, justifican la práctica preferencial de técnicas regionales (RA y anestesia epidural) en la mayoría de las cesáreas. La CPPD pos-RA es angustiosa para las madres que esperan estar bien después del parto para cuidar a su recién nacido.

Muchos centros recomiendan el reposo en decúbito dorsal como profilaxis para la CPPD. Algunos hospitales ni siquiera permiten una almohada o la posición lateral hasta 24 h pos-RA. Sin embargo, el reposo en plano horizontal durante largas horas provoca dolor y angustia en las pacientes. Las madres no pueden alimentar al recién nacido o cuidarlo en esa posición. En esa etapa, tanto la madre como el niño necesitan aprender el acto de amamantar y el inicio precoz del amamantamiento es fundamental para promover el vínculo entre la madre el niño. Sin embargo, cuidar del recién

nacido en esa posición es incómodo y difícil, lo que aumenta el estrés de la madre y del niño.

El reposo en decúbito dorsal no impide la aparición de CPPD pospunción dural²⁻⁴. Incluso después de la punción dural accidental, el manejo de CPPD consiste principalmente en la observación y en el reposo profiláctico que proporciona un beneficio limitado. Al contrario de lo que se cree, algunos estudios relataron un riesgo mayor de CPPD si el paciente no es inmediatamente movilizado tras la cirugía². A pesar de las evidencias contra los beneficios del reposo en decúbito dorsal, los médicos continúan recomendándolo como rutina después de la punción lumbar⁴. Especialmente en las parturientas, ya que tal limitación de la movilidad y el posicionamiento es un obstáculo para amamantar al recién nacido⁵.

La CPPD es debilitante y, si ocurre, debe ser tratada rápidamente. La mayoría de esos dolores de cabeza pasan espontáneamente o pueden ser tratados de forma conservadora. Pocos casos pueden necesitar un tapón sanguíneo epidural. Sin embargo, mantener a la paciente en decúbito dorsal durante periodos prolongados después de la raquianestesia, para anticiparse a la CPPD, causa más agonía y tormento que la propia enfermedad que se pretende prevenir. Esa práctica no es solo altamente incómoda para la madre y su bebé, sino que se ha comprobado cuestionable. Revisando la literatura contra el reposo profiláctico para prevenir la CPPD, el protocolo de reposo absoluto pos-RA para cesárea puede ser suavizado por los anestesiólogos y obstetras para aumentar la comodidad de la madre y de su bebé.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Turnbull DK, Shepherd DB. Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. *Br J Anaesth.* 2003;91:718–29.
2. Ghaleb A, Khorasani A, Mangar D. Post-dural puncture headache. *Int J Gen Med.* 2012;5:45–51.
3. Jacobus CH. Does bed rest prevent post-lumbar puncture headache? *Ann Emerg Med.* 2012;59:139–40.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2014.04.003>

2255-4963/© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

4. Stendell L, Fomsgaard JS, Olsen KS. There is room for improvement in the prevention and treatment of headache after lumbar puncture. *Dan Med J.* 2012;59:A4483.
5. Tully KP, Ball HL. Maternal accounts of their breast-feeding intent and early challenges after caesarean childbirth. *Midwifery.* 2014;30:712-9.

Prakhar Gyanesh^{a,*}, Radhika K.^a, Manju Sinha^b
y Rudrashish Haldar^{a,c}

^a *Global Hospitals, Chennai, India*

^b *Departamento de Ginecología y Obstetricia,
Nishant Hospital, Gaya, India*

^c *Departamento de Anestesiología, Gian Sagar Medical
College, Banur, Patiala, India*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: prakhargyan@gmail.com,
p_gyan@yahoo.com (P. Gyanesh).

Disponible en Internet el 30 de octubre de 2014