

Deambulación precoz e incidencia de cefalea pospunción dural en paciente obstétrica propuesta para cesárea electiva

Early ambulation and incidence of postdural puncture headache in an obstetric patient proposed for elective cesarean section

Gisell Lidia Abreu Brioso^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-1501-9399>

Juan Karel Guzmán Martínez² <https://orcid.org/0000-0002-8502-6466>

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

²Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto”. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: gisellabreu@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: La cefalea pospunción dural es la complicación más habitual tras la anestesia neuroaxial, y es especialmente frecuente en obstetricia, un hallazgo común en el período posparto. Suele ser una complicación benigna y autolimitada, pero sin tratamiento puede conducir a otras complicaciones más graves.

Objetivo: Describir la incidencia de cefalea pospunción dural en las pacientes obstétricas programadas para cesárea electiva con anestesia espinal y su relación con la deambulación precoz.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo en una serie de casos (50), todas las pacientes propuestas para cesárea electiva bajo el método anestésico espinal subaracnoideo con trocar calibre 25 en el período comprendido entre mayo a diciembre del 2018.

Resultados: De un total de 50 pacientes estudiadas con edades entre 18 y 35 años de edad, al 96 % se le realizó punción única de la duramadre, en todas se utilizó trocar 25, atraumático y ninguna presentó cefalea pospunción dural.

Conclusiones: Se concluye que la incidencia de cefalea pospunción dural puede disminuir cuando se utilizan agujas espinales atraumáticas, de pequeño calibre; lo cual facilita también la deambulación temprana de la paciente.

Palabras clave: anestesia obstétrica; deambulación precoz; cefalea pospunción de la duramadre.

ABSTRACT

Introduction: Postdural puncture headache is the most common complication following neuraxial anesthesia, and is especially common in obstetrics, a common finding in the postpartum period. It is usually a benign and self-limited complication, but if not treated, it can lead to further serious complications.

Objective: To describe the incidence of postdural puncture headache in obstetric patients scheduled for elective cesarean section with spinal anesthesia and its relationship with early ambulation.

Methods: A descriptive observational study was carried out in a case series (50) of patients proposed for elective cesarean section under the subarachnoid spinal anesthesia method with 25-gauge trocar in the period from May to December 2018.

Results: Out of a total of 50 patients aged 18-35 years who participated in the study, 96 % underwent single dura mater puncture. In all cases, a 25-gauge trocar was used and none presented postdural puncture headache.

Conclusions: The incidence of postdural puncture headache may be concluded to decrease when atraumatic spinal needles of small caliber are used, which also facilitates early ambulation of the patient.

Keywords: obstetric anesthesia; early ambulation; headache following dura mater puncture.

Recibido: 02/01/2022

Aprobado: 07/03/2022

Introducción

La anestesia neuroaxial (ANA) es una de las técnicas de anestesia regional (AR) más utilizada en ginecología y obstetricia, no obstante su aplicación pueden desencadenar complicaciones o eventos adversos graves.⁽¹⁾ Una de las complicaciones más frecuentes es la cefalea pospunción dural (CPPD), que puede aparecer luego de una anestesia subaracnoidea o de una punción inadvertida de la duramadre, durante la realización de una anestesia epidural. Su aparición ha disminuido de forma importante, gracias al empleo de trocares no cortantes y de diámetros más pequeños, además de la disminución del número de punciones y el volumen de pérdida de LCR.^(1,2)

La CPPD clásica se define como un dolor severo, sordo, en ocasiones pulsátil, generalmente de localización fronto-occipital, que inicia entre 12 a 24 h después de una punción de la duramadre. Esta se clasifica como de tipo posicional porque agrava en la posición de sentado o de pie y disminuye e incluso desaparece con la posición supina.^(3,4)

Es un subtipo de cefalea, atribuida a hipotensión de líquido cefalorraquídeo LCR, se manifiesta dentro de los cinco días siguientes a una punción lumbar, la causa es la pérdida de LCR a través del orificio de punción. Suele acompañarse de dolor cervical, alteraciones auditivas, fotofobia y náuseas, se resuelve de manera espontánea en un plazo de dos semanas o después del sellado de la fuga con un hemoparache epidural con sangre autóloga.^(4,5)

Se presenta en un alto número de pacientes que reciben AR. La elevación de la cabeza del paciente al inicio de la deambulacion se plantea como desencadenante de la CPPD, la cual puede disminuir con la posición supina. Sin embargo, no existe una clara evidencia de la relación existente entre movilización y CPPD.⁽⁶⁾

La deambulaci3n temprana de las pacientes obst3tricas que reciben anestesia espinal posee ventajas superiores a aquellas que guardan reposo en cama por un per3odo de 24 h. Esta permite una posici3n adecuada para que la madre pueda amamantar al bebe, favorece la relaci3n interpersonal madre-hijo, influye positivamente en la recuperaci3n, por la activaci3n de un conjunto de mecanismos fisiol3gicos que tanto la cirug3a, como el reposo en cama inactivan o los hacen funcionar muy por debajo de su nivel habitual. Adem3s, disminuye la incidencia de complicaciones tales como: atelectasias, neumon3a, nauseas, v3mitos, retenci3n urinaria, f3leo paral3tico, estreñimiento, hipo, distensi3n abdominal, tromboembolismo, depresi3n, ansiedad, entre otras; todas estas, pueden ser evitadas con la deambulaci3n, y al brindar un correcto apoyo emocional.^(6,7)

El objetivo del art3culo fue describir la incidencia de CPPD en las pacientes obst3tricas intervenidas quir3rgicamente de ces3rea electiva con anestesia espinal y su relaci3n con la deambulaci3n precoz.

M3todos

Se realiz3 un estudio observacional, descriptivo, en una serie de casos, en el Hospital Materno Infantil "Hijas de Galicia", per3odo comprendido entre mayo a diciembre del 2018. El universo estuvo constituido por todas las pacientes propuestas para ces3rea electiva en ese per3odo, y dicho universo constituy3 la muestra estudiada, un total de 50 pacientes. Se recogi3 la distribuci3n de frecuencias, n3meros absolutos y porcentos. Se obtuvo la autorizaci3n del comit3 de 3tica del hospital y se realiz3 un adecuado proceso de consentimiento informado. Esta investigaci3n se realiz3 cuando la autora principal se encontraba en prestaci3n de servicios en la instituci3n mencionada, por espacio de un a3o.

Los criterios de inclusi3n fueron las pacientes obst3tricas ASA I propuestas para ces3rea electivas que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio. Los de exclusi3n fueron las pacientes obst3tricas ASA II o superior, antecedente de CPPD o la negativa a participar en el estudio.

Descripci3n de la t3cnica realizada

Todas las pacientes recibieron una hidrataci3n previa, acorde a la variabilidad de la hemodinamia (tensi3n arterial). Se monitoriz3 electrocardiograma, frecuencia card3aca, tensi3n arterial no invasiva y pulsioximetr3a antes de realizar la t3cnica anest3sica, manteni3ndose hasta el final de la intervenci3n. La punci3n lumbar se llev3 a cabo en los interespacios L2-L3 o L3-L4, con abordaje medial, paciente en posici3n dec3bito lateral y la utilizaci3n de trocar calibre 25 atraum3tico. Una vez comprobada la salida de l3quido cefalorraqu3deo a trav3s del trocar, se suministraron 7 mg de bupivaca3na isob3rica 0,5 % para conseguir un bloqueo sensitivo y motor apto para la intervenci3n propuesta. El nivel de anestesia conseguido se determin3 al valorar la sensibilidad al dolor y al fr3o por dermatomas.

Recibieron un aporte de oxígeno suplementario mediante catéter nasal durante la intervención y ante la presencia de hipotensión fueron tratadas con vasopresores (efedrina en dosis de 5-10 mg, vía endovenosa).

Una vez concluido el acto quirúrgico y anestésico, las pacientes fueron trasladadas hacia la unidad de cuidados posanestésicos. Pasadas 4 h se les permitió sentarse en la cama, poco tiempo después, a las 6 h desde la salida del salón fueron dadas de alta anestésica y trasladadas hacia la sala, en sillón de ruedas, allí se les permitió permanecer sentadas en la cama o en posición fowler, de más de 35 grados según preferencia o comodidad de cada una. Todo el proceso de evaluación duró 24 h desde el instante en que se le dio la indicación a la paciente de sentarse. Para la obtención de los datos se utilizó la observación directa del estado clínico de las pacientes. Los datos se recogieron por médicos residentes que estuvieron en recuperación, y durante la noche el servicio de guardia de anestesia en conjunto con el personal de enfermería de la sala fueron los encargados de la evaluación, recoger datos de interés y en caso de necesidad tomar conducta adecuada.

Resultados

Se estudió un total de 50 pacientes, con edades entre 18 y 35 años, ASA I. Al 96 % de las pacientes se les realizó una única punción, al otro 4 % fue necesario más de un intento para entrar al espacio subaracnoideo, aun así ninguna de las pacientes incluidas en el estudio presentó CPPD, ni otra complicación derivada del acto anestésico-quirúrgico, lo que resulta significativo, si se considera que el mayor porcentaje de cefalea posterior a la punción de la duramadre se encuentra en pacientes obstétricas.

Discusión

La incidencia de CPPD en obstetricia reportada en la literatura va de 0 a 36 % dependiendo del tipo y tamaño de la aguja.⁽²⁾ Para agujas espinales biseladas se reporta una incidencia de 36 % para calibre 22, de 3 a 25 % para calibre 25 y 1,5 a 5,6 % para calibre 27, mientras que con agujas punta de lápiz, atraumáticas, la incidencia se reduce, siendo de 0 a 4,7 % con calibre 25 y de 0 a 1,6 % con calibre 27.⁽⁸⁾

Un estudio realizado por *Turnbull DK* y otros reportó que la incidencia de CPPD fue del 70 % si el tamaño de la aguja espinal era entre el calibre 16 y 19; 40 % si estaba entre el calibre 20 y 22; y 12 % si se encontraba entre el calibre 24 y 27. *López Correa T* y otros reportaron que la incidencia de CPPD era de 36 % al utilizar agujas espinales Quincke calibre 22, mientras que al utilizar agujas espinales Quincke calibre 29, la diferencia era del 0,4 %.⁽¹⁰⁾ Así mismo, *Aamodt A* y otros encontraron que hay un riesgo significativo para CPPD con la aguja Quincke calibre 20 comparado con la aguja Withacre calibre 22. Esto permite inferir que el calibre de la aguja espinal es directamente proporcional a la incidencia de CPPD y que el uso de trocares espinales atraumático del tipo Withacre reduce considerablemente la incidencia de CPPD.^(9,10)

Lo anteriormente expuesto concuerda con nuestro estudio, en el que se utilizó trocar espinales calibre 25, punta de lápiz, atraumáticos, y no tuvimos incidencia de CPPD.

Según los resultados se puede concluir que la incidencia de CPPD en pacientes programadas para cesárea electiva se puede disminuir cuando se utilizan agujas espinales atraumáticas, de pequeño calibre; esto a su vez facilita la deambulacion temprana de las pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Marrón PM. Eventos adversos de la anestesia neuroaxial. ¿Qué hacer cuando se presentan? Rev Mex Anest. 2007[acceso: 15/11/2021];(30):357. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/cmas071bn.pdf>
2. Marrón PM. Anestesia en la embarazada de alto riesgo. PAC Anestesia 2. Libro 10. México: Editorial Intersistemas, 2010[acceso: 15/11/2021];(33):98-103. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101h.pdf>
3. Macarthur A. Postpartum Headache. Chestnut D, Wong C, Tsen L, Ngan Kee W, Beilin Y, *et al.* Anesthesia. Principles and Practice. Elsevier. Fifth Edition; 2014.p713-738. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101618429>
4. Dorland. Cefalea espinal. Definición. Diccionario Médico Ilustrado. 26va ed. McGraw Hill, 2005[acceso: 15/11/2021]:138-42. Disponible en: https://ergon.es/wp-content/uploads/2020/01/Pri_dicc_med.pdf
5. Marrón PM. Realidades terapéuticas de la cefalea postpunción dural. Rev Mex Anest. 2017[acceso: 15/11/2021];36:277-83. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131bm.pdf>
6. Lopez T. Cefalea pospunción dural en obstetricia. Rev Esp Anest. 2018[acceso: 15/11/2021];(58):563-73. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/293152>
7. Díaz R. Ferreiras C. Cefalea posparto tras anestesia epidural: ¿a quién culpar? Rev Esp Anest. 2018[acceso: 15/11/2021];(68):531-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8141620>
8. Núñez M. Cefalea pospunción dural en embarazadas sometidas a cesárea con anestesia Raquídea. ¿Problema actual o pasado? Rev Cub Anest. 2017[acceso: 15/11/2021];(30):2. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v30n2/1688-1273-aar-30-02-00061.pdf>
9. Rodríguez MI. Actualización sobre factores de riesgo para cefalea pospunción dural. Rev Col Aneste. 2015[acceso: 15/11/2021];(28):3. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192015000300010
10. Gaiser R. Posdural Puncture Headache. An evidence based approach. Anesthesiol. Clin. Mar. 2017[acceso: 15/11/2021];35(1):157. Disponible en: <https://www.anesthesiology.theclinics.com/article/S1932-2275%2816%2930083-0/fulltext>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Trabajo asistencial. Recolección de datos. Selección bibliográfica. Realización de entrevistas y consultas. Confección del informe final: Gisell Lidia Abreu Brioso.

Revisión, análisis y selección bibliográfica. Confección del informe final. Revisión y corrección del informe: Juan Karel Guzmán Martínez.