

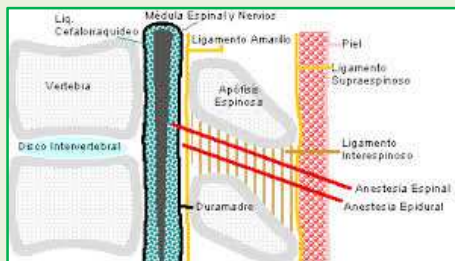
ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LA CEFALEA POSTERIOR A LA PUNCIÓN ACCIDENTAL DE LA DURAMADRE COMO COMPLICACIÓN DE UNA ANESTESIA EPIDURAL

Rodríguez Sánchez, Mercedes

INTRODUCCIÓN

La técnica para la realización de una analgesia epidural ha avanzado en los últimos tiempos, lo cual no exime de las complicaciones que pueden surgir tras su práctica.

La anestesia epidural se logra mediante la inyección de soluciones de anestésicos locales en el espacio epidural, el cual es un espacio virtual limitado por dentro por la duramadre y por fuera por el ligamento amarillo, que se extiende desde



introducción de soluciones de anestésicos locales en el espacio epidural, el cual es un espacio virtual limitado por dentro por la duramadre y por fuera por el ligamento amarillo, que se extiende desde la base del cráneo hasta la membrana sacrococcigea.

La cefalea postpunción dural (CPPD) es la complicación más frecuente e incapacitante tras anestesia subaracnoidea o punción accidental de la duramadre al intentar realizar un bloqueo epidural. Está motivada por la fuga de líquido cefalorraquídeo a través del orificio de punción de la duramadre. Y se relaciona con varios factores: edad, sexo, tipo de aguja y calibre, número de intentos, dirección de la aguja, dificultad de la punción, etc

OBJETIVOS

- Dar a conocer los síntomas que se producen en una punción accidental de la duramadre
- Definir los criterios de actuación y determinar el manejo y los cuidados que se deben otorgar por parte del personal de Enfermería
- Estimar si los cuidados que se proporcionan reflejan una mejor calidad asistencial

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo un seguimiento de diferentes casos clínicos, una revisión bibliográfica y la elaboración de unos cuidados y/o pautas a seguir por parte del Personal de Enfermería.

RESULTADOS

DETECCIÓN CPPD

- La clínica principal de la CPPD es de localización fronto-occipital, irradiada a cuello y hombros y con frecuencia se acompaña de rigidez de nuca.
- El principal rasgo diferencial de la CPPD es su carácter postural: empeora claramente con los movimientos, la sedestación o al ponerse de pie.
- Su intensidad es leve en un 50% y no interfiere con la actividad normal, moderada en 35% o intensa en un 15% de las pacientes.
- Su duración media es de 5 a 7 días, y en el 72% de los casos se resuelven en una semana.

CUIDADOS/ ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

- 1) Medidas posturales, mejora con la posición decúbito supino
- 2) Aumentar hidratación
- 3) Administración de cafeína, siendo segura y efectiva en un 75-80% de las pacientes (endovenosa, comprimidos o través de bebidas cafeinadas)
- 4) Administración de analgésicos por prescripción médica
- 5) Vendaje apretado sobre el abdomen para elevar la presión del plexo venoso epidural y aumentar la presión del líquido cefalorraquídeo.
- 6) Parche hemático, técnica invasiva aséptica (inyección de 10-20 ml de sangre estéril del propio paciente en el espacio epidural) realizada por facultativo
- 7) Apoyo psicológico, vínculo de confianza y seguridad
- 8) Vigilancia y control estrecho del paciente para detectar signos de empeoramiento.



CONCLUSIONES

La CPPD es la complicación más frecuente tras una punción accidental de la duramadre, difícil de prevenir en muchos casos, pero mediante la observación de Enfermería se puede detectar y llevar a cabo los cuidados pertinentes, mejorando la calidad asistencial prestada a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Correa, J.M. Cefalea postpunción dural en la paciente obstétrica. Rev. Cubana Obstét. Ginecol. Vol.38 no2 ciudad de La Habana. Abr.-jun. 2012
- Cánovas, L., Morillas, P., Castro, M., García, B., Souto, A., Calvo, T. Tratamiento de la punción dural accidental en la analgesia epidural. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2005, 52: 263-66.
- Molnar, R. Anestesia intradural, epidural y caudal. Procedimientos de anestesia clínica del Massachusetts General Hospital. Barcelona. 2ª ed. Masson-Little, Brown: 1995, 16: p. 195-11.