

Meneses Labrada MA, Garcés Roja E, Durive Pérez D.

1 Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin". Correspondencia: [marcosantoniomenezes28@gmail.com](mailto:marcosantoniomenezes28@gmail.com)

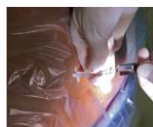
**1. Introducción:** la Cefalea postpunción dural (CPPD) es una complicación que puede producirse tras una punción lumbar (PL) o una punción dural accidental (PDA) en una técnica epidural. La incidencia de CPPD en obstetricia con agujas espinales reportada en la literatura va de 0 a 36% dependiendo del tipo y tamaño de la aguja, hasta un 70-80% luego de una PDA con aguja de Tuohy. La CPPD se considera una complicación benigna pero no se recomienda la conducta expectante pues se asocia a complicaciones.

**2. Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos SciELO, ClinicalKey, RedALyC, Scopus, PubMed, Clinical Evidence Cochrane y mediante el buscador Google Académico en inglés, español y portugués. Descriptores usados: Cefalea postpunción dural, parche hemático epidural, algoritmo, punción dural accidental.

**4. Conclusiones:** la implementación de algoritmos permite la toma de decisiones en la práctica clínica habitual en el ámbito de la CPPD.

### 5. Referencias bibliográficas:

1. Paschoal AP et Al. Cefaleia pós-punção dural – uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review. 2020 3(5): 12153–12168. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/16382>. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/16382>.
2. Chacón Campos N et Al. Cefalea post punción dural. Revista Médica Sinergia. 2022. 7(6) e:847. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i6.847>
3. Abdelrazik RA. Sphenopalatine ganglion block vs greater occipital nerve block in the management of post dural puncture headache in obstetric patients: a randomized clinical trial. Anaesthesia, Pain & Intensive Care. 2024. 28 (1): 68-73 <https://doi.org/10.35975/apic.v28i1.2143>



## 3. Algoritmo

1. Reposo absoluto no se recomienda (Aumenta riesgo de complicaciones Tromboembólicas), si movilidad reducida realizar Trombopprofilaxis.
2. Mantener hidratación adecuada (No hiperhidratar).
3. Analgésicos orales simples, antieméticos y relajantes musculares de acuerdo a sintomatología.
4. Cafeína oral 300-500 mg VO/IV (No más de 200 mg en paciente lactando). No repetir dosis.
5. Considerar esteroides. Hidrocortisona 100 mg/8 horas por 24-48 horas.
6. Considerar Parche Hemático Epidural (PHE) a las 24-48 horas, si CPPD de moderada a severa intensidad que limita e incapacita. Reevaluar a las 24 horas si persiste considerar 2do PHE, reevaluar 24 horas si persiste considerar 3er PHE, descartar diagnóstico diferencial, y/o interconsulta con neurología.
7. Considerar otras alternativas invasivas al PHE: bloqueo de ganglios esfenopalatinos, bloqueo del nervio occipital mayor.