



11202
20/33

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. I.M.S.S.

TRATAMIENTO DE LA CEFALEA POSTPUNCION DURAL ACCIDENTAL EFECTO DE DOS DIFERENTES TRATAMIENTOS

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL GRADO DE
ANESTESIOLOGO
PRESENTA EL
DR. ANDRES MORENO OLARTE

ASESOR:
DR. JOSE LUIS GARCIA VIGIL

REGISTRO DE ORIGEN
TESIS CON

México, D. F. 1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

JUSTIFICACION

La carencia de cefalea postpunción dural accidental, es una de las ventajas de que puede hacer alarde la analgesia epidural, ventaja que se pierde en caso de punción involuntaria de la duramadre. El gran calibre de las agujas epidurales casi garantiza la cefalea de baja presión, por pérdida de líquido cefalorraquídeo. Es típico que se inicia la cefalea al día siguiente y se prolongue de 5 a 8 días. Empeora al estar de pie o sentado y mejora en decúbito y con frecuencia, es causa de hospitalización prolongada.

Las medidas profilácticas para prevenir las cefaleas agudas o tratarlas cuando aparecen, van dirigidas a restablecer la presión del líquido cefalorraquídeo, que disminuye por las fugas a través del orificio de punción. Algunos métodos son conservadores y otros, más activos y agresivos. Existe una tendencia generalizada a aceptar los métodos conservadores, aunque en conjunto no son drásticamente efectivos, como los métodos activos, sin embargo aun existe controversia en cuanto a cual es el más efectivo.

INTRODUCCION

La anestesia regional peridural y en subaracnoidea son métodos muy utilizados, que se vienen practicando desde el siglo pasado para la producción de analgesia. El primero en utilizar la técnica fue J. Leonard Carning, neurólogo de la ciudad de Nueva York, aplicando cocaína intrarraquídea.

Schube P.G. y colaboradores en 1936 reportaron las complicaciones de la anestesia espinal, destacando por su frecuencia la cefalea (1). Thorsen G., reportó las complicaciones neurológicas, destacando la hemorragia. (2)

Bier en 1899, reportó el primer caso de cefalea pospunción y expone que se debe a la salida de LCR por el agujero producido en la duramadre (3). Algunos investigadores pensaron que era debida al calibre de las agujas utilizadas de aquí que las medidas terapéuticas se encaminaron a utilizar agujas de menor calibre y algunos otros utilizaron variaciones de posición en la técnica como hiperextensión de la cabeza. (4,5).

Aproximadamente el 75% de los pacientes a los que se les ha perforado la duramadre, presentan cefaleas. La cual es de intensidad variable, incapacitante, generalizada, a veces de predominio frontal e irradiada en ocasiones hacia la nuca,

exacerbada con la bipedestación o con el simple movimiento de pasar del decúbito dorsal a la posición sentada. El reposo en decúbito dorsal la disminuye o desaparece, en ocasiones se puede acompañar de náusea ó vómito.

Diversos investigadores se han preocupado por encontrar un método fácil, seguro, eficaz, rápido, económico; y en lo posible carente de complicaciones y efectos secundarios para el tratamiento de la cefalea postpunción de duramadre.

Tourtellote y colaboradores, enlistan alfabeticamente 49 métodos de tratamiento destacando: Reposo en cama, vendajes abdominales, aumentar la ingesta hídrica, analgésicos, ataráxicos, antihistamínicos, narcóticos, sedantes, anestésicos locales intravenosos, etanol intravenoso, soluciones hipotónicas con vitamina C, relajantes musculares, esteroides sistémicos, aplicación epidural de soluciones glucosadas ó fisiológicas; aplicación epidural de solución Hertmann continua mediante cateter, aplicación epidural de goma de acasia, fibrinógeno epidural; aplicación epidural de taquetes de catgurt, sangre coagulada epidural, tratamiento quirúrgico (Laminectomía exploradora), hasta la radiación de cráneo.

En 1960 Gormley reporta el uso de sangre autóloga en el espacio peridural como tratamiento de la cefalea postpunción de duramadre (6). Di Giovanni A.J. en 1970 y 1972 reporta

las reacciones tisulares utilizando sangre proveniente de cabras de ágora para el parche hemático en pacientes humanos, obteniendo buenos resultados por lo que consideró (7,8) un método eficaz. (7,8).

OBJETIVO

Valcrar la efectividad del Colchón Hídrico comparada con el Parche Hemático, en el tratamiento de la cefalea pospunción de duramadre.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Será igualmente efectivo el Colchón Hídrico que el Parche Hemático en el tratamiento de la cefalea pospunción de duramadre?

HIPOTESIS

H ₀ : Colchón Hídrico	=	Parche Hemático
Mejora de Cefalea		Mejora de Cefalea
H ₁ : Colchón Hídrico	≠	Parche Hemático
Mejoría de la Cefalea		Mejoría de la Cefalea.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Consiste en un estudio:

PROSPECTIVO: Por ser del presente al futuro

PREEXPERIMENTAL : Del tipo CUASI: Por tener control de la variable dependiente (Dolor) y manejar dos variables independientes, Parche Hemático y Colchón Hídrico.

TRANSVERSAL: Por que se va a analizar a corto plazo y no se hará seguimiento.

BICONDICIONAL: Por que compara, hace mediciones de la variable dependiente, antes y después del efecto de las independientes. Por lo tanto en este diseño, el paciente también es su propio control.

DE GRUPOS COMPARATIVOS: Por que va a comparar dos grupos: Parche Hemático va Colchón Hídrico.

ESTADISTICO NO PARAMETRICO: Por que la variable en estudio (Cefalea) descripción y análisis es cualitativa.

Gpo. E.1.

Gpo. E.2.

VD = Cefalea postpunción de duramadre

VI 1 = Parche Hemático

VI 2 = Colchón Hídrico.

MATERIAL Y METODO

Para este estudio se utilizó material humano los criterios de inclusión fueron: Pacientes femeninos entre 20 y 40 años de edad, que presentaron cefalea postpunción accidental de duramadre, al procedimiento de bloqueo peridural.

Criterios de no inclusión: No participaron pacientes masculinos, tampoco pacientes femeninos menores de 20 años ni mayores de 40 años, ni pacientes con cefalea previa al bloqueo peridural.

Criterios de exclusión: Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que por algún motivo, presentaron alguna complicación grave en el postoperatorio.

El tamaño de la muestra fue pequeña, de 30 pacientes, 15 por cada grupo: Gpo. E.1. Parche Hemático y Gpo. E.2. Colchón Hídrico.

PROCEDIMIENTO: Después de la perforación accidental de la duramadre, se procedió a tratar la cefalea, de la siguiente manera: Al primer grupo no se le dejó catéter peridural, y al manifestar la cefalea, se dejó en ayuno, se bajó a sala de expulsión, se le colocó en posición adecuada, se le realizó

mayor (46.6%) en el grupo de edad de 25 a 29 años, vease tabla 1 y 2.

De los 30 pacientes estudiados se tomó el tiempo de presentación de la cefalea con respecto a la aplicación del bloqueo y se encontró como se aprecia en la tabla No. 3 que la mayor frecuencia (73.3%) presentó antes de las 12 hrs. pospunción dural.

De los 30 pacientes tratados con ambos procedimientos todos mejoraron en forma significativa, ya que el grado en la intensidad del dolor fue II antes del tratamiento, tanto para el grupo de Parche Hemático como para el de Colchón Hidrico y desaparecio (grado 0) postratamiento respectivo (ver tablas 4 y 5).

Dada la objetividad de los resultados, no se consideró necesario aplicar algún método estadístico inferencial.

DISCUSION

En este estudio el Colchón Hídrico, fué igualmente efectivo que el Parche Hemático a corto plazo (24 Hrs.) en el tratamiento de la cefalea pospunción accidental de duramadre. Sin embargo, no sabemos si pudiera el primero ser más benéfico a largo plazo, pues se ha demostrado en algunas investigaciones (1) que el Parche Hemático no está exento de complicaciones, como la infección local y la reacción fibrosa con fenómenos de compresión medular; Ya que si éste es el caso, se tendrá que demostrar con otro estudio prospectivo longitudinal e inferior si el Colchón Hídrico es más inocuo que el Parche Hemático.

CONCLUSION

Como la mejoría fué del 100% con ambos procedimientos se concluye que en este estudio, el Parche Hemático y el Colchón Hídrico son igualmente efectivos en el tratamiento de la cefalea pospunción accidental de duramadre a corto plazo.

ANEXOS

TABLA No. 1

Distribución por sexo

Mujeres	30	100 %
Hombres	0	0 %
Total	30	100 %

TABLA No. 2

Distribución por edades en años

20 a 24	1	3.3 %
25 a 29	14	46.6 %
30 a 34	9	30.0 %
35 a 39	6	20.0 %
Total	30	100.0 %

Intervalo: (20 a 40 años $\bar{X} = 30$)

TABLA No. 3
Presentación de la cefalea

	Gpo. E. 1	Gpo. E. 2	Total	%
0 - 5 Hrs.	3	2	5	16.6 %
6 - 11	8	9	17	56.6 %
12 - 48	4	4	8	26.6 %
Total	15	15	30	100.0 %

TABLA No. 4

RESULTADOS

Grupo No. 1
Parche Hemática

Grupo No. 2
Colchón Hídrico

No.	Grado de dolor			Duración Efecto	No.	Grado de dolor			Duración Efecto
	O	I	II III			O	I	II III	
	Pretrata miento	Postrata miento		En 24 Hrs.		Pretrata miento	Postrata miento		En 24 Hrs.
1.-		II	0		24 Hrs.	1.-	II	0	24 Hrs.
2.-		II	0		24 Hrs.	2.-	II	0	24 Hrs.
3.-		II	0		24 Hrs.	3.-	II	0	24 Hrs.
4.-		II	0		24 Hrs.	4.-	II	0	24 Hrs.
5.-		II	0		24 Hrs.	5.-	II	0	24 Hrs.
6.-		II	0		24 Hrs.	6.-	II	0	24 Hrs.
7.-		II	0		24 Hrs.	7.-	II	0	24 Hrs.
8.-		II	0		24 Hrs.	8.-	II	0	24 Hrs.
9.-		II	0		24 Hrs.	9.-	II	0	24 Hrs.
10.-		II	0		24 Hrs.	10.-	II	0	24 Hrs.
11.-		II	0		24 Hrs.	11.-	II	0	24 Hrs.
12.-		II	0		24 Hrs.	12.-	II	0	24 Hrs.
13.-		II	0		24 Hrs.	13.-	II	0	24 Hrs.
14.-		II	0		24 Hrs.	14.-	II	0	24 Hrs.
15.-		II	0		24 Hrs.	15.-	II	0	24 Hrs.

TABLA No. 5
RESULTADOS

Mejoria del dolor

	SI	NO		SI	NO	
Parche Hemático	15	0	15	15	7.5	7.5 Parche Hemático
Colchón Hídrico	15	0	15	15	7.5	7.5 Colchón Hídrico
	30	0	30	30	15	15

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Schube P.G., Raskin N. Cerebral Hemorrhages Following Lumbar Spinal Puncture. J. Nerv. Ment. 1936:84; 636 - 54.
- 2.- Thorsen G.: Neurological Complications After Spinal. Anesthesia. Acta Chirurg. Scand (Suppl) 1974:121:98-106.
- 3.- Ozdil T., Powell N.F.: Post-Lumbar Puncture Headache and Effective Method of Prevention. Anesthesia Analgésia. 1965:44:542-5.
- 4.- Greene B.A.: 26 Gauge Lumbar Puncture Needle: Its Value in the Prophylaxis of Headache Following Spinal Anesthesia for Vaginal Delivery. Anesthesiology. 1950; 11:464.
- 5.- Laesser E.A., Hill G.E., Bennett G.M., Sederberg J. H. Time vs Success Rate for Epidural Blood Patch. Anesthesiology 1978; 49:147-8
- 6.- Gormley J.B. Treatment of Post Spinal Headache. Anesthesiology. 1960;21:565-6.
- 7.- Di Giovanni A.J., Dumar B.S. Epidural Injections of Autologous Blood for Post Lumbar Puncture Headache. Anesthesia y Analgésia. 1970;49:268-71.
- 8.- Di Giovanni A.J., Golbert M.W., Wahle W.M. Epidural Injections of Autologous Blood for Post Lumbar Puncture Headache II. Anesthesia y Analgésia. 1972;51:226-32.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FE DE ERRATAS

Pag. No.	Parr. No.	Reng. No.	DICE	DEBE DECIR
1	2	1	medio	médico
2	2	7	por	Por
4	1	1	postunción	postpunción
4.	1	4	ladura madre	la duramadre.
4	1	9	hospitadización	hospitalización
5	1	1	en	
5	4	1	os	los
6	3	8	hortmaun	hurtmann
6	3	10	catgurt	catgut
6	4	3	duramadres	duramadre
8	2	2	elparche	el parche
8	2	2	lacefalos	la cefalos
8	3	2	jejora	mejora
9	1	2	prosectivo	prospectivo
9	5	2	va	vs
12	1	6	mintuos	minutos
16	2	1	QPo.	Gpo.