



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Programa de Tratamiento del Dolor Agudo

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA CPPD
Dra. Susana Moliner

Introducción:

El riesgo de punción dural accidental en centros docentes es de 1 al 2.5%. La punción dural con una aguja de Touy del calibre 18G produce una CPPD en el 75 al 80% de los casos. Esta cefalea es un síntoma benigno, y autolimitado, generalmente de duración de 7 días a pesar de la ausencia de tratamiento. En obstetricia se conjugan todos los factores que se relacionan con una mayor incidencia e intensidad de CPPD: edad joven, sexo femenino, condición de gestante y diseño y calibre de la aguja. La CPPD comporta una morbilidad asociada: alarga la estancia hospitalaria, incrementa el número de consultas y provoca una marcada reducción de la actividad diaria.

La detección y seguimiento de las CPPD establecidas debe comportar una estrategia común, que se debe transmitir a la paciente, lo que genera por su parte una mayor confianza en nuestra actuación y dará lugar a menos situaciones conflictivas. Se proponen dos protocolos de actuación ante dos situaciones posibles: 1. Tratamiento de la CPPD establecida y cronograma de actuación,

2. Posibilidades ante una punción dural advertida en el momento de detección del espacio epidural para analgesia para el parto.

En ambos casos se deberá informar al Programa de Tratamiento del Dolor Agudo, para realizar el seguimiento del episodio asistencial.

TRATAMIENTO DE LA CPPD establecida

1. Reposo en cama
2. Hidratación iv: Cristaloides 2000-2500 ml/24h
3. Recomendar a la paciente la ingesta abundante de líquidos (agua, zumos....)
4. Recomendar a la paciente la ingesta de bebidas con cafeína diurnas (para no producir insomnio)
5. Pautar AINES iv + Paracetamol iv +/- Tramadol** iv +/- Primperan iv
6. Pautar una Benzodiacepina** oral por la noche
7. Protector gástrico iv
8. Hidrocortisona 100 mg/8h iv (excepto en HTA, DM o infecciones)

**Se debe valorar la lactancia materna

Mantener esta pauta de tratamiento durante al menos 24h y seguir el algoritmo.

Consentimiento informado para el parche hemático epidural en documento adjunto.

Ante una PUNCIÓN DURAL accidental durante una técnica epidural para analgesia para el parto podemos decidir: 1. Cambiar de técnica analgésica. Opciones: Analgesia inhalatoria: KALINOX, analgesia iv: Remifentanilo/Fentanilo, 2. Continuar con la analgesia neuroaxial: se recomienda como primera opción la detección del espacio epidural en un nivel superior, seguir con el protocolo de tratamiento analgésico. Precauciones: bloqueo mayor de lo esperado por difusión del anestésico local a través del agujero dural, posibilidad de migración inadvertida del catéter al espacio subaracnoideo y bloqueo parcheado o subdural. Como segunda opción de tratamiento y ante la posibilidad probable de una segunda punción dural accidental (técnica dificultosa por obesidad, alteraciones físicas, contracciones muy dolorosas.....): introducción subaracnoidea del catéter, introducción de 2-3 cm en espacio intradural y comprobar la salida libre del LCR por el catéter. Seguir con el protocolo propuesto.

Se debe señalar el catéter de forma llamativa como "catéter intradural" y escribir en la historia clínica que no se debe administrar ningún fármaco por este catéter y la hora exacta (24h tras la inserción) de retirada del catéter intradural.

**Preparación de Ropivacaina 0,125%: 1.Extraer 30 ml de una bolsa de 100 ml de sf. 2. Inyectar 10 ml de Ropivacaina 1% (10mg/ml). Volumen total de 80ml de Ropivacaina 0,125%

**Preparación de Ropivacaina 0,125%+ fentanilo 2µg/ml: 1.Extraer 36 ml de una bolsa de 100 ml de sf. 2. Inyectar 10 ml de Ropivacaina 1% (10mg/ml)+ 200µg de fentanilo (4 ml) . Volumen total de 80ml de Ropivacaina 0,125%+ fentanilo 2µg/ml

