

Catéter intratecal tras punción dural en pacientes obstétricas: seguridad y efectividad en la reducción de la cefalea postpunción dural

Revista: *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* (2025)

DOI: [10.1016/j.redar.2024.501671](https://doi.org/10.1016/j.redar.2024.501671)

La punción dural accidental (PDA) es una complicación frecuente durante la colocación de analgesia epidural en obstetricia, y puede desencadenar una cefalea postpunción dural (CPPD) con importante impacto sobre el bienestar materno. Este estudio retrospectivo, realizado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) entre 2018 y 2022, analizó a 35 pacientes con PDA. Se comparó la incidencia de CPPD y la necesidad de parche hemático epidural (PHE) entre dos grupos: uno tratado con catéter intratecal (CIT) mantenido durante 24 horas (n=16) y otro con una nueva punción epidural (n=19).

Resultados clave:

- Incidencia de CPPD: 62,5% (CIT) vs. 68,4% (epidural repetida).
- Necesidad de PHE: 18,8% (CIT) vs. 31,6% (epidural repetida).
- No se registraron complicaciones asociadas al uso del CIT en el primer mes.

Limitaciones del estudio:

- Diseño retrospectivo.
- Tamaño muestral reducido.
- Ausencia de aleatorización.

Conclusión práctica: Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas, el CIT mostró una tendencia favorable en reducción de CPPD y necesidad de PHE. Además, fue una técnica segura, eficaz y de instauración rápida. Se propone como una opción viable ante una PDA en obstetricia, a confirmar con estudios de mayor calidad metodológica.

Combined dexamethasone and dexmedetomidine as adjuncts to popliteal and saphenous nerve blocks in patients undergoing surgery of the foot or ankle: A randomized, blinded, placebo-controlled clinical trial

Revista: *Anesthesiology* (2024)

DOI: 10.1097/ALN.0000000000004977

El uso de coadyuvantes en bloqueos nerviosos periféricos busca prolongar la duración analgésica sin aumentar los efectos adversos. En este ensayo clínico aleatorizado y doble ciego, los autores compararon la eficacia de dexametasona IV sola y combinada con dexmedetomidina IV frente a placebo, en pacientes sometidos a cirugía del pie o tobillo bajo bloqueo ciático (poplíteo) y safeno. El objetivo fue evaluar si la combinación de ambos fármacos prolonga más la analgesia que la dexametasona sola, considerando como variable primaria el tiempo hasta la primera percepción de dolor postoperatorio.

Resultados clave:

- La duración media de la analgesia fue significativamente mayor con dexametasona sola (1.400 min) y con la combinación (1.572 min) comparado con placebo (870 min).
- No hubo diferencia significativa entre la combinación y dexametasona sola ($p = 0.614$), lo que no apoya un efecto sinérgico.
- Se observó menor consumo de opioides y menor dolor en las primeras 24 h en ambos grupos con coadyuvantes.
- La duración del bloqueo motor también se prolongó con ambos tratamientos.
- No se reportaron eventos adversos graves relacionados al tratamiento.

Limitaciones del estudio:

- Todos los coadyuvantes fueron administrados vía intravenosa, lo cual puede no replicar el efecto de la administración perineural.
- No se estandarizó el momento del bloqueo (antes o después de la inducción), ni el tipo de aguja utilizada.
- El uso de la percepción subjetiva del “primer dolor” como desenlace primario puede sobrestimar la duración real del bloqueo sensitivo.
- El tamaño muestral fue adecuado para detectar diferencias relevantes, pero algunos análisis secundarios podrían haber requerido mayor potencia.

Conclusión práctica: La dexametasona intravenosa, con o sin dexmedetomidina, prolonga significativamente la duración de la analgesia y reduce el dolor en el postoperatorio inmediato. Sin embargo, añadir dexmedetomidina no aporta beneficios adicionales clínicamente relevantes en esta población. El estudio respalda el uso de dexametasona IV como coadyuvante único en bloqueos ciáticos y safenos. Es necesario seguir evaluando el rol y la vía óptima de la dexmedetomidina.