



Tratamiento conservador para la cefalea postpunción dural en pacientes obstétricas

Conservative treatment for post-dural puncture headache in obstetric patients

Marcos Antonio Meneses Labrada^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6610-7781>

Neila Bertha Santiesteban Collado² <https://orcid.org/0000-0002-7776-6018>

¹Hospital General Universitario “Vladímir Ilich Lenin”. Holguín, Cuba.

²Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Íñiguez Landín”. Holguín, Cuba.

*Autor para correspondencia. Correo electrónico: marcosantoniomeneses28@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La cefalea postpunción dural es una complicación frecuente tras técnicas neuroaxiales en obstetricia. Su manejo inicial suele ser conservador, aunque la evidencia que respalda estas intervenciones es heterogénea.

Objetivo: Sintetizar la literatura disponible sobre la eficacia y el uso del tratamiento conservador para la cefalea postpunción dural en pacientes obstétricas.

Método: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa a partir de las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo, Cochrane y ClinicalKey. La búsqueda comprendió artículos publicados entre 2015 y 2025, utilizando los descriptores: anestesia obstétrica, cefalea postpunción de la duramadre y tratamiento conservador. De 90 artículos identificados, se seleccionaron 30 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Desarrollo: La literatura reporta que las medidas profilácticas conservadoras, como el reposo prolongado, hidratación forzada o el uso de fajas abdominales, carecen de evidencia sólida que respalde su eficacia. La optimización de la técnica es la estrategia preventiva más respaldada de





forma consistente. Para el tratamiento establecido, los analgésicos orales simples en esquemas multimodales y la cafeína, son las intervenciones más frecuentes descritas, si bien la evidencia sobre su efectividad es variable. Otras terapias farmacológicas presentan resultados contradictorios.

Conclusiones: Existen variadas opciones conservadoras para el tratamiento de la cefalea postpunción en obstetricia; sin embargo, la evidencia que sustenta la mayoría de estas intervenciones, es de calidad moderada a baja y muy heterogénea, lo que resalta la necesidad de realizar estudios más rigurosos.

Palabras clave: anestesia obstétrica; cefalea postpunción de la duramadre; tratamiento conservador.

ABSTRACT

Introduction: Post-dural puncture headache is a frequent complication following neuroaxial techniques in obstetrics. Its initial management is usually conservative, although the evidence supporting these interventions is heterogeneous.

Objective: To synthesize the available literature on the efficacy and use of conservative treatment for post-dural puncture headache in obstetric patients.

Method: A narrative literature review was conducted in the PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, Cochrane, and ClinicalKey databases. The search included articles published between 2015 and 2025, using the descriptors: obstetric anesthesia, post-dural puncture headache, and conservative treatment. Out of 90 identified articles, 30 that met the inclusion criteria were selected.

Development: The literature reports that prophylactic conservative measures such as prolonged bed rest, forced hydration, or the use of abdominal binders lack solid evidence to support their efficacy. Technique optimization (use of fine-gauge and pencil-point needles) is the most consistently supported preventive strategy. For established headache, simple oral analgesics in multimodal regimens and caffeine are the most frequently described interventions, although the evidence for their effectiveness is variable. Other pharmacological therapies show contradictory results or insufficient evidence.





Conclusions: A variety of conservative options are described for the management of post-dural puncture headache in obstetrics. However, the evidence supporting most of these interventions is of moderate to low quality and very heterogeneous, highlighting the need for more rigorous studies.

Keywords: anesthesia, obstetric; conservative treatment, post-dural puncture headache.

Recibido: 27/12/2025

Aprobado: 03/06/2026

INTRODUCCIÓN

La Clasificación Internacional de Cefaleas (ICHD-3) define a la cefalea postpunción dural (CPPD) como:

...“aquella que se manifiesta dentro de los cinco días siguientes a una PL, causada por pérdida de líquido cefalorraquídeo a través de la punción dural. Suele acompañarse de rigidez cervical, síntomas auditivos subjetivos o ambos. Se resuelve de manera espontánea en dos semanas, o después del sellado de la fuga con un parche epidural autólogo.”^(1,2,3)

Aunque la teoría predominante atribuye su origen a la reducción de la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR), secundaria a su fuga a través del defecto dural; por tanto, se considerada por la ICHD-3 como una cefalea atribuida a hipotensión de LCR. El mecanismo exacto de producción de la CPPD no está completamente esclarecido. La pérdida aguda descrita genera los síntomas que suelen resolverse al restablecerse el volumen y la presión normales.^(4,5,6,7)

Por su parte, la cesárea es la intervención quirúrgica más frecuente a escala internacional, en la cual, las técnicas neuroaxiales juegan un papel primordial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que su tasa no supere el 10-15 % del total de partos; cifras mayores no se asocian a mejores resultados. América Latina y el Caribe presentan las tasas más altas (40,5 %).⁽⁸⁾





En Cuba, un estudio⁽⁹⁾ de 1970 a 2011, muestra un aumento de la cesárea primitiva, de 3,7 a 30,4 %. En años posteriores se ha reducido, sin alcanzar la sugerencia de la OMS.

En la paciente obstétrica, la incidencia de CPPD tras anestesia espinal puede llegar hasta un 36 %, aunque depende del calibre de la aguja y el diseño del bisel. Para agujas espinales con bisel romo 27 G se han reportado cifras entre 0 y 1,6 %; muy bajas. Sin embargo, tras una punción dural accidental (PDA) con calibres 16-18 G durante una analgesia o anestesia epidural puede alcanzar la cifra de 70-80 %.^(10,11,12) En Cuba pocos estudios evalúan estas tasas, y varían entre 0 y 10 %.^(10,13)

A pesar de que la ICHD-3 describe la CPPD como un trastorno por lo general benigno, que suele resolverse de forma espontánea en el lapso de dos semanas; su impacto clínico real dista de ser insignificante. En su expresión más intensa, esta complicación puede resultar altamente incapacitante y comprometer los cuidados del recién nacido, aumentar la morbilidad postoperatoria y elevar los costos hospitalarios. Además, se asocia con riesgo de cronicidad, depresión, deterioro de la calidad de vida y la capacidad laboral. Por tanto, una vez establecido el diagnóstico y descartadas otras etiologías, el tratamiento no debe demorarse.⁽⁶⁾

Las medidas terapéuticas para la cefalea postpunción dural varían ampliamente y presentan diferentes niveles de evidencia científica de acuerdo al *US Preventative Services Task Force* y analizadas por *Uppal V* y otros⁽¹⁾ en su guía. Esto limitó la posibilidad de establecer protocolos estandarizados internacionalmente, sin embargo, se plantean pautas generales que incluyen tanto técnicas conservadoras como invasivas.^(14,15)

La valoración de las medidas conservadoras es difícil de realizar, pues no se cuenta con un enfoque único y existe gran heterogeneidad en los estudios y sus resultados.⁽¹⁾ *Azzi A* y otros⁽¹⁶⁾ en su investigación, al correlacionar la eficacia de las diferentes terapéuticas determinó que solo el 38,89 % de sus pacientes respondieron a esta modalidad, sin embargo *Paschoal AP* y otros⁽¹⁷⁾ plantean que hasta el 85 % se recuperan en un lapso de seis semanas.

La forma más eficiente de evaluarlas es mediante la necesidad del parche hemático, el cual, se considera el *gold standart* para el tratamiento de la CPPD, sin embargo, al ser un procedimiento invasivo conlleva a riesgos potenciales y debe emplearse solo cuando la cefalea persiste más de 24-48 horas y no responde a medidas conservadoras.^(18,19,20,21) *Costa AC* y otros⁽²²⁾ reportaron una



necesidad de parche del 50,3 % y Gupta A y otros⁽²³⁾ de un 64,6 % en su estudio multicéntrico, además de referir una estrecha relación entre este y las cefaleas más intensas.

En Cuba, las limitaciones del cuadro básico de medicamentos, las restricciones de recursos y las diferencias en la organización de los servicios de anestesia pueden afectar la aplicabilidad de las terapéuticas de la CPPD. Esta realidad impone la necesidad de analizar de forma crítica la evidencia actual, por lo que, se realiza un artículo de revisión narrativa con el objetivo de sintetizar la literatura disponible sobre la eficacia y el uso del tratamiento conservador para la cefalea postpunción dural en pacientes obstétricas, tanto profiláctico como terapéutico.

MÉTODOS

Se realizó una revisión de la información publicada en las bases de datos SciELO, ClinicalKey, RedALyC, Scopus, PubMed, Clinical Evidence Cochrane, Web of Science y mediante el buscador Google Académico, entre los años 2015 y 2025. Se utilizaron los descriptores: anestesia obstétrica, cefalea postpunción de la duramadre y tratamiento conservador, solos y combinados mediante los operadores lógicos AND, OR, NOT.

Se consideraron como criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorizados y cegados, estudios cuasiexperimentales, estudios observacionales retrospectivos y prospectivos, metaanálisis, revisiones sistemáticas, guías de prácticas clínicas y revisiones narrativas en los idiomas español, inglés y portugués. Se excluyeron duplicidades, artículos que solo fue posible acceder al resumen, reportes de casos y series de casos de menos de 10 pacientes, para garantizar una mínima consistencia en los hallazgos y evitar la sobreinterpretación de experiencias anecdóticas o casos aislados, que puedan introducir errores en la síntesis de la evidencia.

La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó de forma independiente por dos revisores. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso. Se emplearon las siguientes herramientas según el diseño de cada estudio: para ensayos clínicos aleatorizados: la herramienta Cochrane de riesgo de sesgo (RoB2); para estudios observacionales (cohortes y casos y controles),



la escala Newcastle-Ottawa; y para revisiones sistemáticas y metaanálisis, la herramienta AMSTAR-2.

Se localizaron 90 artículos inicialmente, solo 30 cumplieron con los requisitos de la investigación. El 76,66 % de la bibliografía seleccionada se encuentra publicada en los últimos cinco años (2021-2025), compuesta por tres ensayos clínicos, dos estudios cuasiexperimentales, cinco observacionales retrospectivos y uno prospectivo, cinco metaanálisis, tres revisiones sistemáticas, cuatro guías de prácticas clínicas, seis revisiones narrativas y una carta al editor que se incluyó por la relevancia del comentario (Fig. 1). Las referencias bibliográficas escogidas se evaluaron manualmente según las normas de Vancouver.

Durante la preparación de este trabajo se empleó la inteligencia artificial DeepSeeK únicamente para asistencia lingüística y de formato. El contenido académico, selección de estudios, análisis crítico y las conclusiones son exclusivamente de los autores. Esta herramienta no se utilizó para generar contenido, analizar datos o crear imágenes.





Fig. 1 - Diagrama de flujo de la revisión bibliográfica.

DESARROLLO

1. Medidas generales

Las medidas que corrigen la técnica, como el uso de agujas de calibres más pequeños 25-27 G, bisel romo, evitar la multipunción, la realización del procedimiento por personal de experiencia, es decir actuar sobre sus factores de riesgo modificables, han demostrado que son las técnicas más efectivas para la profilaxis de esta entidad.^(1,24) Por su parte, otras medidas como la posición en



decúbito lateral a la hora de realizar la técnica y la dirección del bisel longitudinal al eje largo de la columna han sido recomendadas, sin embargo la evidencia al respecto es más contradictoria.⁽¹⁾

Tres ensayos clínicos y tres revisiones sistemáticas estudiaron el reposo en cama para prevenir la CPPD; solo han demostrado un beneficio mínimo y no ser sustancialmente superior a la deambulacion precoz, por lo que *Uppal V* y otros⁽¹⁾ no lo recomiendan (recomendación D; moderado nivel de certeza).

Abreu Brioso GL⁽¹⁰⁾ en su investigación no encuentran relación entre la deambulacion precoz y el aumento de la incidencia de esta entidad en la paciente obstétrica. Al evaluar la calidad metodológica de este estudio con la escala Newcastle-Ottawa (6/9 estrellas), se observan limitaciones, al no ajustar factores de confusión, como el número de intentos de punción y en la adecuación al seguimiento pues existieron pérdidas no analizadas; sin embargo sus resultados coinciden con las recomendaciones internacionales.

Se ha planteado que el aumento de la presión intrabdominal en la posición prono, se transmite al espacio epidural y con ello se puede observar un alivio de la cefalea; sin embargo una revisión Cochrane comparó el decúbito supino vs. el prono y no encontró diferencias en la incidencia de la CPPD.⁽¹⁾ La colocación de un vendaje o faja alrededor del abdomen también se ha empleado para emular este efecto, sin embargo, estos dispositivos apretados son incómodos y por lo general no se usan en la práctica clínica de manera habitual.^(1,6)

Con respecto a la fluidoterapia como método de prevención, habitualmente aconsejado por anesestesiólogos en pacientes con factores de riesgo; *Cartron E* y otros⁽²⁵⁾ en un ensayo realizado en 7 hospitales de Francia, no encuentran diferencia estadística significativa en cuanto a incidencia e intensidad de esta entidad, entre pacientes a quienes se les aconsejó aumentar (38 %) o no la ingesta oral diaria de líquidos (33,1 %). Al evaluar la calidad metodológica con la herramienta RoB2, se observó bajo riesgo de sesgo en la aleatorización, el ocultamiento y el manejo de los datos faltantes; sin embargo presenta algunas preocupaciones en los dominios de desviaciones de las intervenciones (estudio abierto) y medición de los resultados (evaluadores no cegados), lo que podría influir en la estimación del efecto. A pesar de estas limitaciones, su diseño multicéntrico y



análisis por intención de tratar, le otorgan un peso considerable en la recomendación actual de no sobrehidratar.

De manera similar a su uso profiláctico, las medidas como el reposo, hidratación forzada y las fajas abdominales no han mostrado beneficios claros en el tratamiento establecido de la CPPD en las pacientes obstétricas. Se sugiere mantener la normovolemia según las necesidades individuales, administrar líquidos intravenosos solo cuando la vía oral sea insuficiente para mantener los requerimientos y el adecuado estado de hidratación; lo que coincide con lo planteado por *Thon JN* y otros.⁽¹⁸⁾ Es fundamental evitar la sobrehidratación agresiva que se había sugerido en años anteriores (recomendación C; bajo nivel de certeza).⁽¹⁾

La paciente suele adoptar de forma espontánea, sin una intervención activa del anestesiólogo, una posición cómoda que alivie sus síntomas. Sin embargo, el reposo prolongado en cama, fundamentalmente en un postoperatorio obstétrico, incrementa el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa. Debido a este motivo, si el decúbito se extiende más de 24 horas, debe considerarse la tromboprofilaxis. Dada esta asociación y la escasa eficacia demostrada, esta medida no se debe emplear de rutina; se reserva para un alivio sintomático temporal (recomendación C; bajo nivel de certeza).⁽¹⁾

La indicación de dietas más blandas y agentes laxantes en estas pacientes se realiza para prevenir el aumento de la presión epidural que se puede generar durante la defecación, que podría exacerbar la fuga de LCR por el defecto dural generado. Sin embargo, los datos que respaldan la efectividad de estos son insuficientes, por lo que su uso se debe restringir a pacientes con estreñimiento documentado. Por otra parte, la aromaterapia se asocia con reducción en la intensidad de la cefalea, aunque la evidencia disponible sigue siendo muy limitada para sugerir su empleo regular.⁽¹⁾

2. Tratamiento farmacológico

Con respecto al tratamiento farmacológico para prevenir la CPPD, agentes como la morfina, esteroides, paracetamol y cafeína se han empleado, sin encontrar datos concluyentes, razón por la cual *Thon JN* y otros⁽¹⁸⁾ coincide con *Uppal V* y otros⁽¹⁾ y no recomienda de forma rutinaria ninguna terapia farmacológica como profilaxis.



Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), paracetamol y los opioides menores se emplean frecuentemente para el tratamiento del dolor agudo postcesárea y durante el puerperio. En años anteriores ha existido una preocupación teórica sobre la potencial interferencia de los AINEs en el proceso inflamatorio local en el sitio de punción, sin embargo esto no ha sido demostrado clínicamente, por lo que se recomienda su uso regular como parte de estrategias analgésicas multimodales (recomendación B; bajo nivel de certeza).⁽¹⁾

En relación al uso de los opioides no se dispone de ensayos clínicos que los evalúen específicamente como parte del tratamiento de la CPPD en obstetricia. Su empleo se reserva solo para cuando los analgésicos simples resultan insuficientes para controlar el dolor, por lo que se debe limitar su administración por tiempo prolongado, debido a su perfil de efectos adversos, aunque esta recomendación tiene un bajo nivel de certeza.^(1,18)

Los esteroides ejercen efectos antiinflamatorios y acción moderada sobre la bomba de sodio-potasio, lo que puede favorecer la retención de líquidos y estimular la producción de LCR en los plexos coroides a nivel del sistema nervioso central. Diferentes agentes (prednisona, metilprednisolona, dexametasona e hidrocortisona), han sido estudiados con la obtención de resultados variables en diferentes investigaciones en pacientes con CPPD.^(1,18)

El metaanálisis de *Dávila FA* y otros⁽²⁶⁾ documentó reducción en la intensidad de la cefalea con la administración de hidrocortisona y metilprednisolona; no obstante, *Thon JN* y otros⁽¹⁸⁾ no aconsejan su empleo rutinario, por insuficiente evidencia al respecto. *Wang Q* y otros⁽²⁷⁾ en un comentario sobre un estudio comparativo entre la prednisolona y la pregabalina, advierten sobre su empleo cauteloso debido a los efectos adversos asociados a los esteroides, particularmente en el control glucémico.

Las xantinas, como la cafeína y la aminofilina han sido utilizadas por anestesiólogos en todo el mundo para el control de la CPPD, aunque su eficacia clínica en pacientes obstétricas no se ha demostrado adecuadamente. Sus efectos beneficiosos se atribuyen a la vasoconstricción cerebral por antagonismo de los receptores de adenosina y al estímulo de la producción de LCR mediante la activación de la bomba sodio-potasio. Sin embargo, esta hipótesis no ha sido confirmada; además



de no existir evidencia de receptores funcionales de adenosina en vasos cerebrales ni de que la vasoconstricción ejerza efecto antinociceptivo.⁽⁶⁾

Las dosis terapéuticas de cafeína se han asociado con efectos secundarios como toxicidad del sistema nervioso central, agitación, ansiedad, fibrilación auricular y convulsiones. Se excreta en la leche materna en mínimas cantidades y su metabolismo se encuentra reducido durante el embarazo, con una vida media prolongada de más de 16 horas. En los protocolos asistenciales de la Sección de Anestesia Obstétrica de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor recomiendan que su administración no exceda 24 horas, dado que no se han demostrado beneficios a largo plazo, e incrementa el riesgo de reacciones adversas.

La dosis oral sugerida de cafeína, no debe de superar 300 mg por toma, con un máximo de 900 mg en 24 horas, en mujeres lactantes o con neonatos de bajo peso/prematuros. Se recomienda una dosis máxima reducida de 200 mg/día.⁽⁶⁾

En Cuba, al no disponerse de cafeína oral de forma habitual, se emplea la formulación parenteral. Existen pocos estudios recientes sobre su efectividad. *Uppal V* y otros⁽¹⁾ documentaron los resultados de una investigación con 500 mg intravenosos *versus* placebo en 41 pacientes; sin embargo este estudio presenta alto riesgo de sesgo de acuerdo a la herramienta RoB2, principalmente por la falta de cegamiento de los evaluadores y un seguimiento incompleto a las 24 horas. Estas deficiencias, aunadas a la poca evidencia disponible al respecto, explica por qué las guías no recomiendan su empleo rutinario, a pesar de la mejoría en la intensidad de la cefalea, encontrada a las dos horas de la intervención.

Respecto a la aminofilina/teofilina, el metaanálisis de *Borati-Bojaldi R* y otros⁽²⁸⁾ reporta beneficios terapéuticos frente al placebo y terapias convencionales, pero no encuentra efecto profiláctico. Al analizar su calidad mediante la herramienta AMSTAR-2, se clasifica como de calidad moderada. Este presenta fortalezas importantes: una búsqueda exhaustiva en cinco bases de datos, evaluación adecuada del riesgo de sesgo de estudios primarios, análisis de sensibilidad y de subgrupos, y evaluación de sesgo de publicación. Sin embargo, tiene dos limitaciones críticas: la ausencia de un protocolo registrado previamente y la falta de una lista individualizada de estudios excluidos con su justificación. Estas deficiencias, aunque no invalidan sus conclusiones, recomiendan cierta



cautela en su interpretación, tal como señalan *Uppal V* y otros,⁽¹⁾ al no aconsejar su empleo de forma habitual dada la insuficiente evidencia disponible.

Otros agentes como gabapentinoides, triptanos, neostigmina, y cosintropina han sido evaluados para tratamiento de la CPPD. Sin embargo, ni *Uppal V* y otros⁽¹⁾ ni *Thon JN* y otros⁽¹⁸⁾ recomiendan estos fármacos debido a la limitada evidencia disponible.^(1,18) A pesar de esto, muchos investigadores aún continúan la búsqueda de un fármaco o una combinación de estos que permita el control de esta entidad. *Ashoor TM* y otros⁽²⁹⁾ documentaron reducción en la intensidad de la cefalea con mirtazapina o sumatriptán en pacientes obstétricas.

3. Medidas invasivas

Es necesario destacar por su importancia, a pesar de no ser parte del tratamiento conservador, que se ha realizado el parche hemático epidural tras una PDA. *Uppal V* y otros,⁽¹⁾ al analizar otros estudios encontraron reducciones en la incidencia de esta entidad en grado variable, con diferencias metodológicas entre ellos, sin embargo, como no todo paciente que experimenta una punción dural desarrolla CPPD, no recomienda someterse de manera innecesaria a riesgos adicionales y no debe de emplearse de forma rutinaria (recomendación C, bajo nivel de certeza).

Se plantea que el mantenimiento de un catéter intradural tras una PDA reduce la fuga de LCR y con este la CPPD, sin embargo, se ha encontrado gran heterogeneidad al ser evaluado, con diferencias marcadas en cuanto a aleatorización, utilización, ya sea solo colocar el catéter, o usarlo para anestesia continúa, duración, escasos estudios prospectivos, lo que limita su generalización. *Uppal V* y otros⁽¹⁾ recomiendan la colocación de un catéter tras una PDA, para anestesia o analgesia, siempre considerando los posibles riesgos (recomendación B, bajo nivel de certeza).

La eficacia de diversas sustancias administradas por vía neuroaxial para la prevención de la CPPD ha sido evaluada en múltiples estudios. Se han investigado opciones como morfina, dexametasona, solución salina y almidones, con resultados inconsistentes entre sí. *Uppal V* y otros⁽¹⁾ al basarse en esta evidencia, no recomiendan su uso profiláctico. Un metaanálisis reciente de *Jing W* y otros,⁽³⁰⁾ que incluyó 13 estudios y 1589 pacientes, encontró que la solución salina epidural reduce la incidencia e intensidad de la CPPD, así como la necesidad de parche hemático epidural y se posiciona como una alternativa prometedora. No obstante, la marcada heterogeneidad entre los



estudios y sus metodologías limitan la solidez de estas conclusiones. De esta forma se destaca la necesidad de futuros ensayos clínicos controlados y aleatorizados para confirmar los hallazgos. Existen variadas opciones conservadoras para el tratamiento de la cefalea postpunción en obstetricia. Sin embargo, la evidencia que sustenta la mayoría de estas intervenciones es de calidad moderada a baja y muy heterogénea, lo que resalta la necesidad de realizar estudios más rigurosos. La literatura revisada no aporta evidencia sólida sobre la eficacia de la mayoría de las medidas conservadoras, más allá de las correcciones de la técnica para prevenir la cefalea postpunción de la duramadre. Por su parte, en el tratamiento, una vez establecida la cefalea, las medias mejor valoradas son el empleo sistemático de analgésicos orales simples: paracetamol y AINEs en esquemas multimodales y la cafeína, aunque con limitaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uppal V, Russell R, Sondekoppam RV, Ansari J, Baber Z, Chen Y, et al. Evidence-based clinical practice guidelines on postdural puncture headache: a consensus report from a multisociety international working group [Internet]. Reg Anesth Pain Med. 2024;49(7):471–501. DOI: <https://doi.org/10.1136/rapm-2023-104817>
2. Chacón Campos N, Pizarro Madrigal M, Guerrero Hines C. Cefalea post punción dural [Internet]. Rev. Méd. Sinerg. 2022 [acceso: 15/06/2025];7(6):e847. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/847>
3. Gobel H. The International Classification of Headache ICHD-3 Disorders [Internet]. International Headache Society; 2018. [acceso: 14/06/ 2025]. Disponible en: <https://ichd-3.org/>
4. Abdelrazik RA, Toulon H, Ayoub SNB. Sphenopalatine ganglion block vs greater occipital nerve block in the management of post dural puncture headache in obstetric patients: a randomized clinical trial [Internet]. Anaesthesia, Pain & Intensive Care. 2024;28(1):68-73. DOI: <https://doi.org/10.35975/apic.v28i1.2143>
5. Calle Gómez MA, Devonish N, Gurumendi España IE, Borja Santillán MA. Dexametasona o hidrocortisona intravenosa como profilaxis de cefalea postpunción dural [Internet].





RECIMUNDO. 2021; 5(3):52-65. DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).julio.2021.52-65](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).julio.2021.52-65)

6. Ruck C, Lucas N. Punción dural accidental y cefalea postpunción dural. En: Brogly N, Manrique Muñoz S, Guasch Arévalo E, editores. Actualización de los Protocolos Asistenciales de la Sección de Anestesia-Analgésia Obstétrica de la SEDAR [Internet]. 3ª edición. Madrid: Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR); 2021. [acceso: 22/06/2025]. p. 352-61. Disponible en: <https://www.sedar.es/index.php/secciones-y-grupos-de-trabajo/obstetricia/protocolos-obstetricia-p>
7. García-U J, González-García N, Torres-Ferrús N, García-Azorín D, Molina-Martínez J. Diagnosis and treatment of disorders of intracranial pressure: consensus statement of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group [Internet]. Neurología. 2025; 40(2):118-37. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2024.02.009>
8. Escalona JR, Moraga AM, Castro C, Celis P. Frecuencia de Cesáreas en establecimientos públicos y privados de la Provincia de Concepción, Chile 2001-2019 [Internet]. Rev Chil Obstet Ginecol. 2022;87(6):369-74. DOI: <https://doi.org/10.24875/RECHOG.22000071>
9. Sarduy Nápoles MR, Molina Peñate LL, Tapia Llody G, Medina Arencibia C, Chiong Hernández DC. La operación cesárea en Cuba [Internet]. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2018 [acceso: 15/07/2025]; 44(3): 1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300001&lng=es
10. Abreu Brioso GL, Guzmán Martínez JK. Deambulación precoz e incidencia de cefalea postpunción dural en paciente obstétrica propuesta para cesárea electiva [Internet]. Rev Cuba Anestesiol Reanim. 2022 [acceso: 22/06/2025]; 21(2):1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182022000200005&lng=es&tlng=es
11. Ruiz Chávez DA, Ocaña Arguello ND, Chilito Osorio VA, Álvarez Centy WA. Actualización en el manejo de la cefalea post punción lumbar [Internet]. RECIAMUC. 2023 [acceso: 11/06/2025];7(1):314-19. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1013>





12. Ge Z, Song G, Jing L. Efficacy of pharmacological therapies for preventing post-dural puncture headaches in obstetric patients: a Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials [Internet]. BMC Pregnancy and Childbirth. 2023; 23(2):215. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05531-7>
13. Añel Liranza YB, Martínez Rondon A, Iraola Leyva MS, Mejias Pupo M, Cruz Carballosa Y, López Sánchez Y. Comportamiento de la cefalea post punción dural [Internet]. Rev Cubana Enfermer. 2015 [acceso: 16/07/2025];30(3):1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192014000300007&lng=es
14. Alatni R I, Alsamani R, Alqefari A. Treatment and Prevention of Post-dural Puncture Headaches: A Systematic Review [Internet]. Cureus. 2024; 16 (1): e52330. DOI: 10.7759/cureus.52330
15. Wu L., Chen S., Jiang X., Cheng Y, Zhang W. Opioids for the Prevention of Post-dural Puncture Headache in Obstetrics: A Systematic Review and Meta-analysis of Efficacy and Safety [Internet]. Pain physician. 2021 [acceso: 11/06/2025]; 24(7):E1155–E62. Disponible en: <http://www.painphysicianjournal.com/linkout?issn=&vol=24&page=E1155>
16. Azzi A, Saliba E, Stephan JC, Saba H, Hallit S, Chamandi S. Correlates of post-dural puncture headache and efficacy of different treatment options: a monocentric retrospective study [Internet]. British Journal of Pain. 2022; 16(2): 228-36. DOI: <https://doi.org/10.1177/20494637211104>
17. Paschoal AP, Vilaca MP, Machado AR, da Silva KRT, Gazarini L, da Silva AV. Cefaleia pós-punção dural – uma revisão de literatura / Post-dural puncture headache – a literature review [Internet]. Brazilian Journal of Health Review. 2020; 3(5): 12153–68. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-062>
18. Thon JN, Weigand MA, Kranke P, Siegler BH. Efficacy of therapies for post dural puncture headache [Internet]. Current opinion in anaesthesiology. 2024; 37(3):219–26. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001361>



19. Caicedo-Salazar Juliana, Ríos-Medina Ángela María. Nuevos abordajes y alternativas terapéuticas en el tratamiento de la cefalea pospunción dural [Internet]. Rev colomb anestesiología. 2021; 49(3): e300. DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e951>
20. Pérez Herrero ME. Abordaje de la cefalea postpunción dural. ¿Es posible evitarla o minimizarla? [Internet]. Revista de la sociedad española multidisciplinar del dolor. 2023 [acceso: 10/06/2025]; 3: 104-115 Disponible en: <https://www.mpainjournal.com/abordaje-de-la-cefalea-postpuncion-dural-es-posible-evitarla-o-minimizarla1168>
21. Arroyo Valencia VT, Ramírez Velasco LS, Ruiz Segarra RL, Morocho Constante, MP. Cefalea post punción lumbar [Internet]. RECIMUNDO. 2021; 5(4):29-36. DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(4\).oct.2021.29-36](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.29-36)
22. Costa AC, Satalich JR, Al-Bizri E, Shodhan S, Romeiser JL, et Al. A ten-year retrospective study of post-dural puncture headache in 32,655 obstetric patients [Internet]. Can J Anesth/J Can Anesth. 2019; 66:1464-71. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01486-6>
23. Gupta A, von Heymann C, Magnuson A, Alahuhta S, Fernando R, et al. Management practices for postdural puncture headache in obstetrics: a prospective, international, cohort study [Internet]. British Journal of Anaesthesia. 2020; 125 (6): 1045-55. DOI: 10.1016/j.bja.2020.07.061
24. Castell Jimeno C, Peñas Palomo C, Pretus Rubio S, Mariscal Flores M. Cefalea postpunción. Factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Rev Elec AnestesiaR. 2023; 15 (3):4. DOI: <https://doi.org/10.30445/rear.v15i3.1137>
25. Cartron E, Volteau C, Leroy M, Voisine A, Dauvergne JE, Ballet C, et al. Oral fluid supplementation for the prevention of post-dural puncture headache: A noninferiority Randomized Controlled Trial [Internet]. PLoS ONE. 2025; 20(3): e0319481. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319481>
26. Dávila FA, Roncancio G, Robayo A, Benavides D, Nevado Ardila N. Corticoides versus placebo en cefalea pospunción dural: Revisión sistemática y metaanálisis [Internet]. Rev Argent Anestesiología. 2017;75(1):13-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.raa.2017.01.001>



27. Wang Q, Zhu J, Ye L. Comment on “Comparative Study Between the Analgesic Effect of Prednisolone and Pregabalin in Managing Post Dural Puncture Headache after Lower-limb Surgeries” [Internet]. Pain Physician. 2025 [acceso: 11/10/2025]; 28:E93-E114. Disponible en: <http://www.painphysicianjournal.com/linkout?issn=&vol=28&page=E107>
28. Barati-Boldaji R, Shojaei-Zarghani S, Mehrabi M, Amini A, Reza Safarpour A. Post-dural puncture headache prevention and treatment with aminophylline or theophylline: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Anesth Pain Med. 2023; 18 (2):177-185. DOI: <https://doi.org/10.17085/apm.22247>
29. Ashoor TM., Abd ElKader AM., Gadalla AA., Esmat IM., & Hasseb AM. Adjuvants to Conventional Management of Postdural Puncture Headache Following Obstetric Surgery Under Spinal Anesthesia: Mirtazapine vs. Sumatriptan. [Internet]. Pain physician. 2025 [acceso: 11/10/2025]; 28(1): 39–49. Disponible en: <http://www.painphysicianjournal.com/linkout?issn=&vol=28&page=39>
30. Jing W, Ma Y, Wan Y, Li H. Efficacy and Safety of Prophylactic Intrathecal or Epidural Normal Saline for Preventing Post-Dural Puncture Headache After Dural Puncture: A Meta-Analysis and Systematic Review [Internet]. Journal of Pain Research. 2025; 18: 915–27. DOI: <https://doi.org/10.2147/JPR.S494237>

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Marcos Antonio Meneses Labrada, Neila Bertha Santiesteban Collado.*

Curación de datos: *Marcos Antonio Meneses Labrada.*

Análisis formal: *Marcos Antonio Meneses Labrada.*

Investigación: *Marcos Antonio Meneses Labrada, Neila Bertha Santiesteban Collado.*

Metodología: *Neila Bertha Santiesteban Collado.*





Recursos: *Marcos Antonio Meneses Labrada.*

Supervisión: *Neila Bertha Santiesteban Collado.*

Validación: *Marcos Antonio Meneses Labrada.*

Visualización: *Neila Bertha Santiesteban Collado.*

Redacción-borrador original: *Marcos Antonio Meneses Labrada, Neila Bertha Santiesteban Collado.*

Redacción-revisión y edición: *Marcos Antonio Meneses Labrada, Neila Bertha Santiesteban Collado.*

Disponibilidad de datos

No hay datos asociados a este artículo.

