



## LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

## Epidural con punción dural frente a epidural clásica en obstetricia

**Artículo original:** Cappiello, Eric MD; O'Rourke, Nollag FFARCSI; Segal, Scott MD; Tsen, Lawrence C. MD. A Randomized Trial of Dural Puncture Epidural Technique Compared with the Standard Epidural Technique for Labor Analgesia. *Anesthesia & Analgesia*: Volume 107(5), November 2008, pp 1646-1651. ([pubmed](#))

Arnal Velasco D.

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.*

### Resumen

En nuestro arsenal para combatir el dolor del parto hemos contado con técnicas intradurales, epidurales y combinadas epirraquídeas. El presente ensayo clínico resulta provocador al plantear una técnica que hasta ahora no está extendida en nuestro entorno: La punción deliberada de la dura madre mediante una aguja de punta de lápiz de 25G en el momento de la punción epidural, no para inyectar anestésico local por ella, sino para crear un puente entre el espacio epidural y el subaracnoideo, de forma que el anestésico local consiga un bloqueo más temprano y homogéneo.

### Introducción

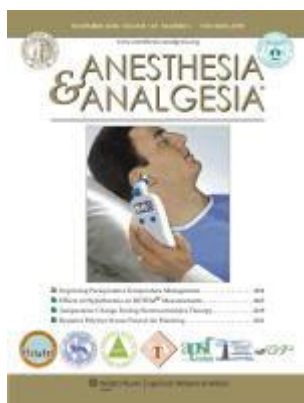
En nuestro arsenal para combatir el dolor del parto hemos contado con técnicas intradurales, epidurales y combinadas epirraquídeas. El presente ensayo clínico resulta provocador al plantear una técnica que hasta ahora no está extendida en nuestro entorno: La punción deliberada de la dura madre mediante una aguja de punta de lápiz de 25G en el momento de la punción epidural, no para inyectar anestésico local por ella, sino para crear un puente entre el espacio epidural y el subaracnoideo, de forma que el anestésico local consiga un bloqueo más temprano y homogéneo.

### Resumen

En un ensayo clínico en un solo centro randomizaron 80 mujeres primíparas (40 por grupo) de parto con dilatación cervical. La única diferencia entre

ambos grupos fue la técnica neuroaxial. En ambos casos usaron un set de epirraquí 17 G de 8,5 cm de longitud. En el grupo de Epidural con Punción Dural (EPD) llegaron a puncionar el espacio intradural con una aguja de punta de lápiz de 25G, mientras que al grupo de Epidural Clásica (EC) sólo le introdujo la aguja sin llegar a alcanzar el espacio subaracnoideo. Tanto las pacientes como los que atendieron posteriormente a las pacientes desconocían la técnica empleada. A ambos grupos administraron una dosis de carga de 12 ml de Bupivacaina al 0,25% en 5 minutos y una PCA de Bupivacaina 0,125% + 2mcg/ml de fentanilo a 6 ml/h con bolos de 6 ml y tiempo de cierre de 15 minutos. No hubo diferencias en la incidencia de bloqueo en S1 a los 20 minutos entre los grupos (objetivo principal), pero sí en la aparición de bloqueo en S1 uni o bilateral a lo largo del estudio, un VAS referido menor de 10/100 a los 20 minutos (otro objetivo principal) y una menor incidencia de

bloqueo unilateral en el grupo de EPD. No hubo diferencias en el tiempo para alcanzar el bloqueo de T10 o en el bloqueo de S2. No hubo episodios de punción accidental de duramadre ni cefaleas postpunción. No hubo diferencias en la aparición de efectos secundarios. No hubo diferencias en la incidencia de cesáreas, pero sí en el de parto instrumentado, que fue mayor en el grupo de EPD.



## Comentario

El estudio sugiere que la punción dural con una aguja espinal 25G punta de lápiz inmediatamente antes de iniciar la analgesia epidural mejora la extensión sacra, el tiempo de inicio y la bilateralidad de la analgesia obstétrica. Los resultados son coherentes con estudios previos realizados en estudios en anestesia para cirugía ortopédica (1). Aunque no hubo diferencias en la incidencia de complicaciones por la punción lumbar (cefalea postpunción,

alteraciones hemodinámicas, náusea, prurito y bloqueo sensitivo o motor excesivo) el tamaño muestral es todavía insuficiente para asegurar que la técnica es segura, en especial si se administran las soluciones de mayor volumen y menor concentración que se suelen aplicar en la actualidad. Por otro lado, la asociación con una mayor incidencia de parto instrumentado, aunque no fuese un objetivo del estudio, debe servir como señal de alarma de confirmarse en futuros estudios. Se trata de una técnica sencilla y, aunque la farmacocinética del paso de anestésico desde el espacio epidural al subaracnoideo es desconocida, plantea una posibilidad de mejorar la satisfacción de las pacientes.

## Bibliografía

- 1.- Suzuki, N, Koganemaru, M, Onizuka, S, Takasaki, M. Dural puncture with a 26-gauge spinal needle affects spread of epidural anesthesia *Anesth Analg* 1996; 82: 1040–2 ([pubmed](#)) ([PDF](#))

---

### Correspondencia al autor

Daniel Arnal Velasco  
[darnal@anestesiario.org](mailto:darnal@anestesiario.org)  
Adjunto. Unidad de Anestesia y Reanimación  
Hospital Universitario Fundación Alcorcón,  
Madrid.

---

[Publicado en AnestesiaR el 14 de septiembre de 2012](#)