



Capítulo 20

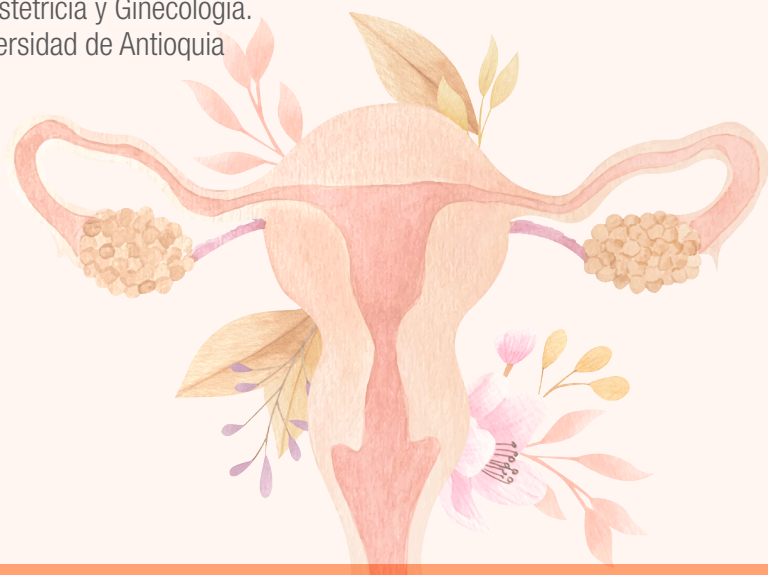
Cefalea en el embarazo

Fernando Javier Peralta Palmezano

Residente de Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia

Jader de Jesús Gómez Gallego

Especialista en Ginecología y Obstetricia
Docente del departamento Obstetricia y Ginecología.
Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia



Introducción

Los trastornos de cefalea son comunes en todo el mundo, estimando una prevalencia del 50%. La Clasificación Internacional de trastornos de cefalea, tercera edición (ICHD-3, por su sigla en inglés), divide los trastornos de cefalea como primarios, que no se pueden atribuir a otro trastorno subyacente, y secundarios, que se caracterizan por un dolor de cabeza que se atribuye a otro trastorno subyacente (1).

Las cefaleas primarias son extraordinariamente frecuentes en mujeres en edad fértil, alcanzando la migraña prevalencias de casi el 25% y una incidencia de casi 20 por cada 1000 años-persona, según estudios estadounidenses (2). Estas cefaleas son benignas, pero pueden imponer una carga significativa en la calidad de vida, y, aunque la cefalea de tipo tensional es más común en todo el mundo (por lo general es de intensidad leve a moderada), el tipo más común que se observa en la práctica clínica es la migraña, y con mayor discapacidad asociada (principal causa de discapacidad en mujeres menores de 50 años) (3). Las cefaleas secundarias también pueden ser benignas, sin embargo, otras causas pueden ser potencialmente mortales, como cuando son de etiología vascular o neoplásica. Estas últimas siempre se deben considerar en mujeres embarazadas, ya que esta población en especial tiene un mayor riesgo de eventos vasculares debido a los cambios hormonales y homeostáticos (por la hipercoagulabilidad). (3,4).

Las mujeres embarazadas pueden presentar antecedentes de cefalea primaria e informar recurrencia de su dolor habitual, presentar antecedente de cefalea primaria e informar un dolor que difiere en calidad, intensidad, duración y síntomas asociados en comparación con su dolor habitual, o presentarse sin un antecedente de cefalea primaria y con su primera cefalea intensa. El desarrollo de una cefalea secundaria, puede resultar de la exacerbación de una condición médica preexistente, la manifestación inicial de un problema primario relacionado con el sistema nervioso central o un problema neurológico exclusivo del embarazo y el período posparto, por lo que estas mujeres deben ser evaluadas para determinar la etiología, y las decisiones de tratamiento deben considerar tanto la salud materna como la del feto o del recién nacido. (4,5). El manejo de estas pacientes a menudo se percibe como un esfuerzo estresante por parte del personal de salud, llevando incluso de manera inapropiada a suspender el tratamiento por la seguridad del

feto. El propósito de este artículo es asegurar a los lectores que, con una mejor comprensión de las herramientas disponibles, traten adecuadamente la cefalea y descarten las cefaleas secundarias potencialmente peligrosas.

Presentación clínica y diagnóstico

El diagnóstico de cefalea se guía por la ICHD-3, no obstante, es esencial una historia detallada del curso de la cefalea, incluida la susceptibilidad a la cefalea en la niñez, la adolescencia y antes del embarazo (1). Se debe determinar si la cefalea es secundaria a otra causa subyacente o un trastorno primario. Una historia de cefalea influenciada por hormonas, como su asociación menstrual o uso de anticonceptivos hormonales, puede sugerir un grado de cefalea primaria subyacente y puede proporcionar algunas pistas sobre cómo podría comportarse la cefalea durante el embarazo, aunque, cada embarazo es diferente, incluso en la misma paciente (5,7).

Cefaleas primarias

La causa más común de cefaleas en embarazadas son la migraña, tipo tensional y en racimo, representando el 90% de las cefaleas crónicas y recurrentes en mujeres en edad reproductiva; estas difieren en su sintomatología y curso temporal según lo define la ICHD-3 (1,8) (**Tabla1**).

Comparación entre los síntomas			
	Migraña	Cefalea tensional	Cefalea en racimos
Duración	4–72 horas	30 minutos–7 días	15–180 minutos; puede ocurrir cada dos días o hasta 8 veces al día, las recurrencias pueden estar separadas por semanas o años
Localización	Típicamente unilateral (40% bilateral)	Bilateral	Unilateral, orbital, supra orbital, temporal o cualquier combinación de estos
Descripción del dolor	Pulsátil	Presión o apretón (no pulsátil)	Lancinante, no pulsátil
Intensidad del dolor	Moderado a severo	Leve a moderado	Severo a insoportable
Nauseas o vómito	si	No	No
Fotofobia o fonofobia	Uno o ambos	Uno o ninguno	Ninguno, pero puede tener inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, edema palpebral o sudoración facial
Efecto de la actividad física rutinaria	Exacerbado	Ningún efecto	Ninguno, pero puede aparecer en inquietud o agitación

Tabla 1. Comparación entre los síntomas de la migraña, cefalea tensional y cefalea en racimos en adultos. Modificado de: ACOG Committee on Clinical Practice Guidelines—Obstetrics. Headaches in Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 3. Obstet Gynecol. 2022;139(5):944-972.

No todas las pacientes tendrán un curso similar en el embarazo, pudiendo cambiar en intensidad y características. La frecuencia de estas cefaleas disminuye en un 30-80% de las embarazadas, con una mayor reducción en intensidad y frecuencia del tipo migraña que del tensional (4,7).

Cefalea tensional: Es la segunda causa más común de cefaleas durante el embarazo, que mejora en intensidad y calidad durante el mismo, aunque sin la misma gravedad que la migraña. Puede cambiar en sus características para parecerse a la migraña y viceversa, sin embargo, no se asocia

a efectos adversos en el embarazo, ni con mayor riesgo de otras afecciones. Lo que es más importante, los dolores de cabeza de tipo tensional suelen responder a los analgésicos de venta libre (4,9).

Cefaleas trigémino-autonómicas: Son una causa rara de cefalea, diagnosticadas tres veces más frecuentes en hombres. La más común es la cefalea en racimos, observada en menos de 0.3% de las embarazadas. Las mujeres con el antecedente de cefalea en racimos no experimentan un cambio de intensidad o frecuencia de sus síntomas con el

embarazo, y es poco probable que las experimenten su primer episodio(4).

Migraña: Causa más común de cefalea en embarazo, y su diagnóstico a menudo se pasa por alto debido a la noción incorrecta de su sintomatología, que puede ser mucho más sutil. La secuencia de cambios neurológicos sigue un curso predecible: los ataques empiezan con síntomas prodrómicos (fatiga, fotofobia, fonofobia, cambios de humor, náuseas etc.), que cesan con el inicio del dolor, 20 a 30% con síntomas del aura, comúnmente visuales, que duran 5-60 min. A esto le sigue la fase de resolución posdrómica en la que los síntomas prodrómicos reaparecen a medida que el dolor disminuye (7).

El papel de las fluctuaciones de estrógeno en la precipitación de la migraña ha sido bien documentado, estimándose que entre el 21 y 28% de las mujeres la experimentan entre los 18 y 49 años. Dos tercios de las embarazadas experimentan una mejoría durante el segundo y tercer trimestre, asociado a los niveles elevados de estrógenos, opioides endógenos y a la ausencia de cambios fluctuantes en las hormonas (4). Es menos probable que la migraña con aura mejore durante el embarazo, posiblemente por una mayor vasoreactividad endotelial y una reducción del umbral para la depresión de propagación cortical (2), incluso pueden experimentar un cambio de migraña con aura a sin aura y viceversa. Con la rápida caída de los estrógenos después del parto, las migrañas reaparecen rápidamente, sumándose el aumento de estrés, interrupción del sueño y ansiedad en el cuidado del recién nacido. La lactancia materna tiene un efecto protector sobre la recurrencia de los síntomas en el puerperio debido a la secreción de oxitocina, que aumenta el umbral del dolor, y de prolactina, que inhibe la ovulación y la fluctuación de los niveles de estrógenos (10,11).

La migraña, en particular con aura, tiene un mayor riesgo de eventos cardiovasculares como la trombosis venosa cerebral y el accidente cerebrovascular (ACV) y se ha asociado con un aumento de riesgo de preeclampsia (OR 2.07; IC 95% 1.51-2.85) y otros trastornos hipertensivos, y menos concluyente, con bajo peso al nacer y parto prematuro (4,10,12).

Cefaleas secundarias

Las pacientes embarazadas sin antecedentes de cefalea primaria, o aquellas con antecedentes de cefaleas preexistentes que cambian en intensidad o carácter, se debe

considerar que tienen una cefalea secundaria hasta que se demuestre lo contrario. El embarazo aumenta el riesgo de cefaleas por causas secundaria, en especial en el tercer trimestre y posparto. Robbins et al (13) encontraron que el 35% de las pacientes que consultaron por cefalea intensa fueron por causa secundaria, siendo la más frecuente los trastornos hipertensivos del embarazo (y la segunda causa en general). Una historia de cefalea primaria no es necesariamente tranquilizadora, ya que es más probable que las mujeres con antecedentes de migraña tengan una causa secundaria de cefalea. Por lo tanto, se debe evaluar en busca de "banderas rojas" y determinar cuándo iniciar pruebas adicionales para síndromes de cefalea secundaria (2,13) (**Tabla 2**).

Banderas rojas		
Presentación clínica	Historia	Historia
<p>Cambios de la cefalea desde un patrón previamente estable</p> <p>Inicio súbito con Picos de severidad en menos de 5 minutos (en trueno)</p> <p>Progresiva o con empeoramiento</p> <p>Nuevo tipo de cefalea</p> <p>Despierta al paciente</p> <p>Cualquier asociación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Papiledema -Hallazgos de focalización neurológica -Fiebre -Convulsiones -Presión arterial elevada -Alteración de conciencia <p>Refractario al manejo</p>	<p>Historia de malignidad</p> <p>Historia de infección por VIH o infección activa</p> <p>Historia de desórdenes pituitarios</p> <p>Historia de viaje reciente</p> <p>Trauma reciente</p> <p>Historia de Trombofilia</p>	<p>Cambios posturales (ejemplo: levantarse)</p> <p>Precipitado por actividad física o Valsalva.</p>

Tabla 2. Banderas rojas para cefalea en el embarazo. Modificado de: Magro I, Nurimba M, Doherty JK. Headache in Pregnancy. *Otolaryngol Clin North Am.* 2022 Jun;55(3):681-696.

VIH, Virus de inmunodeficiencia humana

ACV: Accidente cerebrovascular

La lista de diagnósticos diferenciales de cefaleas secundarias graves es extensa y debe investigarse comenzando con una anamnesis completa y un examen físico (2) (Tabla3). Se pueden clasificar como:

- Atribuida a trastornos cerebrovasculares: ACV, hemorragia subaracnoidea (aneurismática, malformación vascular o hipertensión), trombosis venosa cerebral (TVC), disección de la arteria cervical o carótida y síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR)
- Lesiones congénitas o que ocupan espacio: una malformación de Chiari, un quiste coloide del tercer ventrículo o una neoplasia

- Trastornos de la presión intracraneal: hipertensión intracraneal idiopática (HII) o posterior a la punción dural (CPPD)
- Trastornos de la homeostasis: Se caracterizan por disfunción endotelial como la preeclampsia, eclampsia y síndrome de encefalopatía posterior reversible (SEPR)
- Otros: infección, disfunción endocrina (incluidos hipotiroidismo y apoplejía hipofisaria), anemia y apnea del sueño.

Escenarios clínicos y potenciales causas de cefalea con banderas rojas		
Presentación	Posible etiología	Estudio diagnóstica
Cefalea tipo trueno	Hemorragia intraparenquimatosa o subaracnoidea ACV isquémico SVCR Preeclampsia/eclampsia TVC SEPR Apoplejía pituitaria Disección arterial	Considere TC/PL para descartar hemorragia IRM/ARM/VRM, considerar incluir ARM de cuello Valorar proteinuria, hipertensión Considere repetir la ARM en 2–4 semanas si sospecha de SVCR es alto
Cefalea refractaria, crónica y progresiva	TVC Migraña Tumor, incluyendo micro adenoma	IRM/VRM
Cefalea asociada con síntomas visuales	Migraña con aura ACV isquémico Preeclampsia HII	Fundoscopia IRM/VRM Evaluar para proteinuria, hipertensión PL para manometría Prueba de campo visual
Cefalea asociada con signos o síntomas neurológicos	ACV isquémico o hemorrágico TVC SEPR Preeclampsia Disección arterial Migraña con aura	IRM/ARM/VRM, considerar Incluir ARM de cuello Evaluar para proteinuria, Hipertensión
Cefalea asociada con proteinuria, hipertensión o convulsión	Preeclampsia/eclampsia SEPR	IRM/ARM para descartar Patología vascular Como SVCR
Cefalea que empeora con Valsalva, levantamiento de peso o esfuerzo; o papiledema	TVC HII tumor	IRM/VRM PL para manometría Prueba de campo visual
Cefalea postural en el periodo posparto	Cefalea post punción	IRM Parche hemático empírico

Tabla 3. Escenarios clínicos y potenciales causas de cefalea con banderas rojas. ACV, Accidente cerebrovascular; ARM, Angiografía por resonancia magnética; HII, Hipertensión intracraneana idiopática; IRM, Imagen por resonancia magnética; PL, Punción lumbar; SEPR, Síndrome de encefalopatía posterior reversible; SVCR, Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible; TC, tomografía computarizada; TVC, Trombosis venosa cerebral; VRM, Venografía por resonancia magnética. Modificado de: Burch R. Headache in Pregnancy and the Puerperium. Neurol Clin. 2019 Feb;37(1):31-51.

El pilar del diagnóstico de los dolores de cabeza secundarios, se basa en imágenes, incluidas la tomografía computarizada (TC) y la resonancia nuclear magnética (RNM), revelando una etiología en más del 25%. Se prefieren estudios sin contraste en embarazadas por el riesgo de exposición fetal, a menos que, los beneficios superen los riesgos potenciales. Se prefiere la RNM por su resolución estructural y porque evita la exposición a la radiación ionizante. Sin embargo, durante situaciones de emergencia, cuando no se dispone de RNM y se justifica la imagen, la TC es más ventajosa, con mínimos riesgos fetales posterior a exposición (dosis fetal 0,001–0,01 mGy), los cuales se han asociado a exposiciones mayores de 50 mGy (14).

A continuación, se comentan algunos síndromes potencialmente graves que no deben pasarse por alto.

Preeclampsia: la cefalea a menudo es un signo de preeclampsia y suele ser difusa o frontal, pulsátil, progresiva y no responde bien al tratamiento. Los síntomas visuales, incluidos el escotoma y la visión borrosa, pueden acompañar a la preeclampsia y pueden confundirse con el aura de la migraña. El examen neurológico es típicamente normal, y debe sospecharse cuando se acompañe de hipertensión. Una cefalea severa que empeora puede indicar una convulsión inminente (eclampsia). El tratamiento definitivo es el parto, aunque puede ocurrir preeclampsia después del mismo (2,5,7).

SEPR: La cefalea es de aparición insidiosa, occipital bilateral, sorda, con cambios visuales asociados, vómitos y estado mental alterado. Se asocia con preeclampsia severa o eclampsia, y puede coincidir con el SVCR. Es probable que se deba al edema cerebral en el contexto de una falla en la autorregulación de la vasculatura cerebral, preferentemente en los lóbulos occipitales y parietales (5,7).

SVCR: suelen ser cefaleas en trueno difusas, graves y recurrentes que se desencadenan por actividad física o sexual, valsava o emoción, más frecuentes en el puerperio. Pueden estar asociadas con déficits neurológicos fluctuantes (ceguera, confusión) y suelen ser autolimitadas y con recaída en días a semanas, con una rápida mejoría y reversión espontánea de vasoconstricción dentro de los 3 meses. La mayoría de los pacientes tienen un buen resultado, pero en raros casos puede complicarse, incluyendo un ACV o hemorragia subaracnoidea (2,5,7).

ACV: La cefalea por lo general se acompaña de signos neurológicos focales y/o alteraciones de la conciencia, rara vez se presenta como un síntoma único, aunque suele ser el más prominente. El tipo hemorrágico representa el 58% y más de la mitad ocurren en el posparto, asociado principalmente a trastornos hipertensivos (5,7).

TVC: Es más común cuando hay una trombofilia subyacente y con mayor incidencia en el tercer trimestre o puerperio. Se presenta como cefalea en el 80 al 90%, de aparición lenta, difusa y con empeoramiento progresivo, pero también puede ser similar a una migraña y en 10% se presenta como cefalea en trueno. Pueden estar presentes signos neurológicos focales (déficits neurológicos o convulsiones) y/o signos de aumento de la presión intracraneal (náuseas, papiledema). La hemorragia venosa puede ocurrir hasta en el 39% de los pacientes. Los síntomas de presentación pueden simular los de una CPPD y se diagnostican erróneamente con facilidad.

Tratamiento

El manejo de las cefaleas secundarias dependerá de la etiología subyacente, y cada patología en el embarazo representa un capítulo aparte, lo cual se sale de los alcances de este escrito y objetivos buscados. Cabe mencionar, que el manejo del dolor de las cefaleas primarias también podría ser usado en el manejo sintomático de las secundarias, por lo que no son excluyentes y habría que individualizar.

Tratamiento no farmacológico

Las modificaciones del estilo de vida y la evitación de factores desencadenantes como la privación del sueño, la omisión de comidas, hidratación inadecuada y el estrés emocional son esenciales para la prevención de las cefaleas primarias. El uso excesivo de medicamentos, el consumo excesivo de cafeína, las comorbilidades psiquiátricas y del dolor, la obesidad, los trastornos del sueño y las náuseas persistentes y frecuentes pueden ser factores de riesgo tratables para la progresión o el empeoramiento de estas cefaleas.

Tratamientos no farmacológicos, muchos de los cuales están basados en evidencia y son seguros durante el embarazo, son altamente recomendados e incluyen estrategias como la acupuntura, el yoga, la terapia de masajes, relajación y las terapias conductuales como la biorretroalimentación también son útiles en la prevención y pueden ser efectivas.

para abortar las cefaleas primarias en las primeras etapas. Estas técnicas son más efectivas cuando se practican con regularidad e idealmente deben comenzar antes del embarazo (4,11). Hay datos limitados para respaldar la eficacia de estas intervenciones durante el embarazo, pero es poco probable que causen daño.

Terapias intervencionistas y dispositivos de neuroestimulación no invasivos

Los beneficios de algunas terapias de segunda línea pueden superar los riesgos potenciales en algunos pacientes, entre estas tenemos las terapias como la inyección de onabotulinumtoxina A (eficaz, aunque la seguridad no está establecida; debido a que lleva mucho tiempo proporcionar algún beneficio), bloqueos de nervios periféricos, inyecciones en puntos gatillo y bloqueos del ganglio esfenopalatino. Aunque no se han estudiado lo suficiente en el embarazo para respaldar su uso, los dispositivos neuromoduladores no invasivos, incluidos el estimulador del nervio supraorbitario, estimulador magnético transcraneal de un solo pulso y estimulador del nervio vago, están aprobados y de uso para la prevención y el tratamiento de la migraña aguda y pueden ofrecer a las pacientes embarazadas una alternativa a los medicamentos y cuando las opciones son limitadas (2,7).

Tratamiento farmacológico

En caso de ser insuficientes las terapias no farmacológicas, se debe considerar las farmacológicas, en especial cuando una cefalea subtratada puede afectar negativamente el embarazo, idealmente a la dosis terapéutica más baja y durante la duración más corta del tratamiento. Ningún medicamento por sí solo está completamente libre de efectos teratogénicos potenciales y hay información limitada sobre la seguridad durante el embarazo, basada principalmente en estudios observacionales, con recomendaciones basadas en opinión de expertos y en datos de seguridad fetal publicados, a menudo obtenidos indirectamente (15)

• Terapia preventiva

Dada la mejoría natural de la cefalea primaria que experimentan muchas pacientes durante el embarazo, puede ser razonable monitorear sin terapia preventiva. Algunas eligen continuar tratamientos con perfiles de riesgo más bajos si la carga del dolor es alta, decisión individualizada que debe ser tomada

después de una discusión de los riesgos de seguridad conocidos. Se puede considerar manejo farmacológico preventivo en ataques frecuentes de moderados a severos que no responden bien al tratamiento agudo y en donde el uso frecuente de medicamentos para tratarlos puede tener mayor riesgo de cefaleas por uso excesivo de medicamentos. Estas terapias a menudo tardan al menos varias semanas en comenzar a afectar el patrón de cefalea, y la discusión de las expectativas del tratamiento es esencial desde el principio. Existe evidencia limitada con respecto a la eficacia y seguridad de estos medicamentos para su uso durante el embarazo y la lactancia, pero se puede considerar la evidencia indirecta relacionada con la seguridad de estos medicamentos utilizados para otras indicaciones (2,11,15).

El propranolol (más que el metoprolol) es el preventivo de primera línea con la mejor evidencia para su uso seguro durante el embarazo, y deben reducirse antes del trabajo de parto, si es posible, para evitar bradicardia, hipotensión e hipoglucemia en el recién nacido. La amitriptilina y el verapamilo tienen un perfil de riesgo más bajo que otras opciones preventivas y son tratamientos preventivos de segunda línea. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (venlafaxina) deben evitarse durante el embarazo. La lamotrigina se puede utilizar durante el embarazo y la lactancia, sin embargo, La mayoría de los antiepilépticos, incluidos el topiramato, valproato, gabapentina y carbamazepina están contraindicados debido a los riesgos teratogénicos conocidos. Los antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), la ciclobenzaprina y la memantina no se recomiendan por sus limitados datos de seguridad en el embarazo. El magnesio oral tiene una biodisponibilidad baja y en dosis diarias menores de 350 mg sigue siendo una opción razonable. Existen riesgos desconocidos asociados con el uso de suplementos como la riboflavina, la coenzima Q10, la melatonina. Otros como la matricaria, los IECA o ARA II están contraindicados (2,11,15).

• Terapia aguda

El objetivo de la terapia aguda es restaurar la función y resolver el dolor y otros síntomas asociados dentro de las 2 horas. Si un tratamiento no ayuda de manera confiable dentro de las 2 horas, se deben explorar otras opciones (15). El tratamiento debe abordarse de manera gradual, comenzando con terapias con perfiles conocidos de seguridad fetal y materna y progresando secuencialmente según sea necesario para

lograr la analgesia (**Gráfico 1**). Cuando sea posible, el uso de la terapia aguda debe limitarse a 2 días o menos por semana para evitar el desarrollo de cefalea crónica (4).

Los agentes preferidos de primera línea incluyen: el paracetamol con dosis máxima de 4g al día, con buen perfil de seguridad (estudios recientes sugieren asociación con mayor riesgo de trastornos conductuales) y en caso de combinarlo a cafeína limitar está a 200 mg al día. El uso de metoclopramida es particularmente útil para las mujeres con náuseas asociadas a la migraña. Aunque se prefiere la metoclopramida debido a su mejor perfil de seguridad, también se pueden usar otros antieméticos comunes (proclorperazina o ondansetrón, si otras terapias son insuficientes). La difenhidramina oral 25 mg puede administrarse junto con metoclopramida para contrarrestar la acinesia (inquietud) frecuentemente asociada con este último medicamento. Los efectos sedantes del antihistamínico también pueden ayudar con la resolución de la migraña (4, 5,15,16).

Dentro de los agentes de segunda línea están los antiinflamatorios no esteroideos AINES (ibuprofeno, indometacina, ketorolaco) con o sin triptanes, durante el segundo trimestre, a dosis únicas o con dosis repetidas sin exceder las 48 horas en su uso (4,5,11). Los triptanes no están asociados con resultados adversos en el feto, aunque sí, a mayor riesgo de hemorragia posparto; el más usado es sumatriptán, en especial en cefalea intratable, y puede repetirse una vez dentro de las 24 horas (2,4,17). Los corticoides como prednisona o metilprednisolona oral se usan en cefaleas refractarias o estado migrañoso, evitando terapia prolongada a dosis altas.

El butalbital y los opiáceos (específicamente la oxycodona) solo deben usarse como último recurso, y los médicos deben tener en cuenta la dependencia materna y fetal, y los síndromes de abstinencia neonatal con un uso más frecuente. También se puede considerar el magnesio intravenoso (1 a 2 g infundidos durante 15 a 20 minutos) en pacientes que no han respondido a otras terapias. Los derivados del cornezuelo del centeno, incluida la dihidroergotamina, están absolutamente contraindicados durante el embarazo, debido a los efectos oxitócicos y la restricción del crecimiento intrauterino (2,4,5,15).

La hidratación adecuada es fundamental para el alivio del dolor de cabeza. Debido a que las náuseas y los vómitos son

complicaciones frecuentes de la migraña, la evaluación del estado de hidratación del paciente con base en la gravedad específica de la orina y la capacidad de tolerar los líquidos por vía oral son guías importantes para la reposición de líquidos. La emesis persistente puede haber alterado el estado electrolítico, y un panel metabólico integral es útil para detectar otras etiologías y cefalea secundaria (2,5).

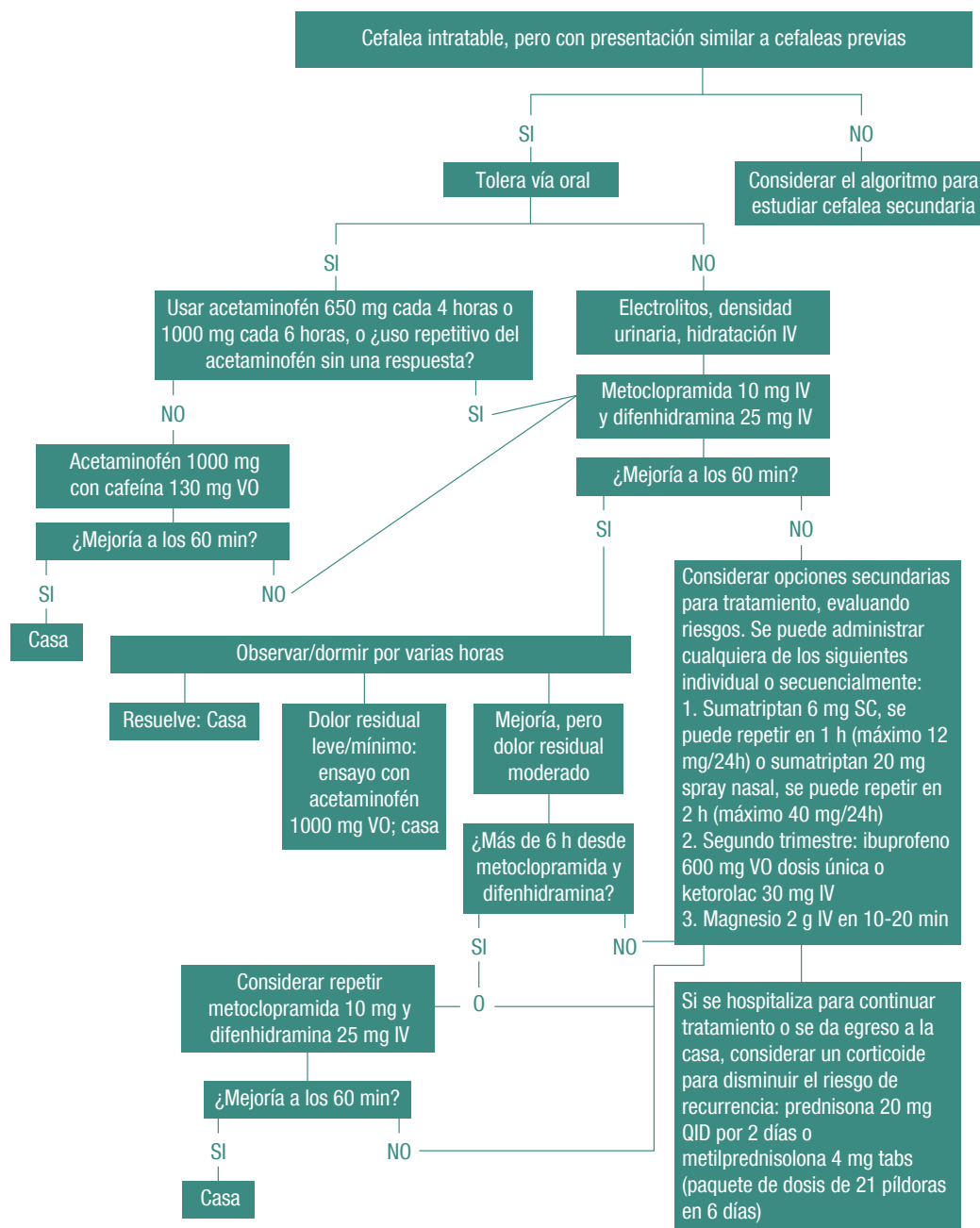


Figura 1. Algoritmo de triage de cefalea en embarazadas. QID: cuatro veces al día. Modificado de: ACOG Committee on Clinical Practice Guidelines—Obstetrics. Headaches in Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 3. Obstet Gynecol. 2022;139(5):944-972.

Conclusiones

La aparición de cefalea en mujeres embarazadas y púerperas es frecuente, siendo la migraña la causa más común. Sin embargo, Una historia previa de migraña no es necesariamente tranquilizadora cuando se presenta una cefalea durante el embarazo o el puerperio, y la cefalea secundaria es bastante común, por lo que se deben evaluar la presencia de banderas rojas y determinar el requerimiento de estudios adicionales. El estudio casi siempre debe incluir imágenes cerebrales y vasculares, y se deben usar pruebas de laboratorio según corresponda. El pronóstico de las cefaleas primarias en el embarazo por lo general es bueno, aunque la migraña se ha asociado con complicaciones médicas y obstétricas, en particular la preeclampsia. Existe una variedad de opciones de tratamiento para los trastornos de dolor de cabeza primarios en el embarazo, que incluyen medicamentos orales, dispositivos médicos y otras terapias no farmacológicas. En general, se deben evitar las terapias emergentes más nuevas hasta que haya más datos disponibles de su seguridad en el embarazo.

Bibliografía

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202.
2. Robbins MS. Headache in Pregnancy. Continuum (Minneapolis Minn). 2018;24(4, Headache):1092-1107. doi: 10.1212/CON.0000000000000642.
3. Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z; Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain. 2020;21(1):137. doi: 10.1186/s10194-020-01208-0.
4. Negro A, Delaruelle Z, Ivanova TA, Khan S, Ornello R, Raffaelli B et al. European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Headache and pregnancy: a systematic review. J Headache Pain. 2017;19;18(1):106. doi: 10.1186/s10194-017-0816-0.
5. ACOG Committee on Clinical Practice Guidelines—Obstetrics. Headaches in Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 3. Obstet Gynecol. 2022;139(5):944-972. doi: 10.1097/AOG.0000000000004766.
6. Skajaa N, Szépligeti SK, Xue F, Sørensen HT, Ehrenstein V, Eisele O et al. Pregnancy, Birth, Neonatal, and Postnatal Neurological Outcomes After Pregnancy With Migraine. Headache. 2019;59(6):869-879. doi: 10.1111/head.13536.
7. Rayhill M. Headache in Pregnancy and Lactation. Continuum (Minneapolis Minn). 2022;28(1):72-92. doi: 10.1212/CON.0000000000001070.
8. Bushman ET, Varner MW, Digre KB. Headaches Through a Woman's Life. Obstet Gynecol Surv. 2018;73(3):161-173. doi: 10.1097/OGX.0000000000000540.
9. Magro I, Nurimba M, Doherty JK. Headache in Pregnancy. Otolaryngol Clin North Am. 2022;55(3):681-696. doi: 10.1016/j.otc.2022.02.013.
10. Allais G, Chiarle G, Sinigaglia S, Mana O, Benedetto C. Migraine during pregnancy and in the puerperium. Neurol Sci. 2019;40(Suppl 1):81-91. doi: 10.1007/s10072-019-03792-9.
11. Burch R. Headache in Pregnancy and the Puerperium. Neurol Clin. 2019;37(1):31-51. doi: 10.1016/j.ncl.2018.09.004.
12. Aukes AM, Yurtsever FN, Boutin A, O.1097: a hospital-based study. Neurology. 2015;85(12):1024-30. doi: 10.1212/WNL.0000000000001954.
13. Robbins MS, Farmakidis C, Dayal AK, Lipton RB. Acute headache diagnosis in pregnant women: a hospital-based study. Neurology. 2015;85(12):1024-30. doi: 10.1212/WNL.0000000000001954.
14. Jamieson DG, McVige JW. Neuroimaging During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstet Gynecol Clin North Am. 2021;48(1):97-129. doi: 10.1016/j.ogc.2020.11.007.
15. Saldanha IJ, Roth JL, Chen KK, Zullo AR, Adam GP,

Konnyu KJ et al. Management of Primary Headaches in Pregnancy [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020. Report N1)-EHC.

16. Addendum to Clinical Guideline 150, Headaches in over 12s: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015. PMID: 31829540.

17. Spielmann K, Kayser A, Beck E, Meister R, Schaefer C. Pregnancy outcome after anti-migraine triptan use: A prospective observational cohort study. *Cephalalgia*. 2018;38(6):1081-1092. doi: 10.1177/0333102417724152.