

Artículo de investigación

Características epidemiológicas y clínicas de gestantes y mujeres postparto con cefalea en una institución de alta complejidad en el período comprendido entre 2014-2016

Clinical and epidemiological characteristics of pregnant and postpartum women with headache in a highly complex institution in the period between 2014 and 2016

José David Martínez Gaviria ¹  [ORCID](#), Paulina González Obando ¹  [ORCID](#), Libia María Rodríguez Padilla ²  [ORCID](#), David Herrera Correa ³  [ORCID](#), María Cristina Benjumea Zuluaga ^{3*}  [ORCID](#), Juan Esteban Mesa Arango ³  [ORCID](#), Ximena Vazart Hernández ³  [ORCID](#), Sara Berdugo Mesa ³  [ORCID](#)

* Autor de correspondencia.

¹ Médico. Especialista en neurología, Docente Facultad de Medicina, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

² Bacterióloga y laboratorista clínico, MSc. Epidemiología, Docente Facultad de Medicina, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

³ Médico, miembro del Semillero de Investigación de la Facultad de Medicina SIFAM, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Fecha correspondencia:

Recibido: 06 junio de 2022.

Revisado: 10 junio de 2022.

Aceptado: 02 agosto de 2022.

Forma de citar:

Martínez-Gaviria JD, González-Obando P, Rodríguez-Padilla LB, Herrera-Correa D, Benjumea-Zuluaga MC, Mesa-Arango JE, Vazart-Hernández X, Berdugo-Mesa S. Características epidemiológicas y clínicas de gestantes y mujeres postparto con cefalea en una institución de alta complejidad en el período comprendido entre 2014-2016. Rev CES Med. 2022; 36(2): 50-65. <https://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.6791>

Resumen

Objetivo: determinar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes embarazadas y en postparto con cefalea atendidas en una institución de alta complejidad. **Métodos:** estudio descriptivo retrospectivo que incluyó gestantes y mujeres en postparto que presentaron cefalea durante 2014-2016 atendidas por el servicio de neurología de un centro de referencia. La información de las variables se obtuvo a partir de la revisión de historias clínicas; la clasificación de las cefaleas se realizó con base en los criterios propuestos por la IHS (International Headache Society) en su tercera edición. **Resultados:** se revisaron las historias clínicas de 1253 pacientes, de las cuales 95 cumplieron los criterios de elegibilidad del estudio. De estas, 74 (77,9%) estaban embarazadas y 21 (22,1%) estaban en período postparto. La mayoría de las gestantes, 41 (55,4%) estaban en tercer trimestre. La cefalea se clasificó como primaria en 69 (72,6%) pacientes, siendo más frecuente la migraña en 60/69 (87%). Los

[Open access](#)[© Derecho de autor](#)[Licencia creative commons](#)[Ética de publicaciones](#)[Revisión por pares](#)[Gestión por Open Journal](#)[System](#)

DOI:

10.21615/cesmedicina.6791

ISSNe: 2215-9177

ISSN: 0120-8705

[Publica con nosotros](#)

síntomas más frecuentes fueron: náuseas en 66 (69,5%), fotofobia en 64 (67,4%), y fonofobia en 58 (61,1%) pacientes. Se presentaron complicaciones en 19 pacientes (20%) durante la hospitalización; de estas, la más común fue el estado migrañoso, en 12 (63,2%) pacientes. **Conclusiones:** el tipo de cefalea más común fue la migraña, que, aunque es benigna, genera mucha morbilidad. Es de vital importancia determinar la presencia de banderas rojas de cefalea con el fin de descartar una patología causal subyacente que puede poner en riesgo la vida de la madre y del bebé.

Palabras clave: cefalea; embarazo; periodo posparto; trastornos migrañosos.

Abstract

Objective: to determine the epidemiological and clinical characteristics of pregnant and postpartum patients with headache treated in a highly complex institution. **Methods:** retrospective descriptive study that included pregnant women and postpartum women who presented headache during 2014-2016 attended by the neurology service of a referral center. The information was obtained from the review of clinical histories; Headache classification was carried out based on the criteria proposed by the IHS (International Headache Society) in its third edition. **Results:** the clinical histories of 1253 patients were reviewed, of which 95 met the eligibility criteria of the study. Of these, 74 (77.9%) were pregnant and 21 (22.1%) were in the postpartum period. Most of the pregnant women, 41 (55.4%) were in the third trimester. Headache was classified as primary in 69 (72.6%) patients, migraine being more frequent in 60/69 (87%). The most frequent symptoms were nausea in 66 (69.5%), photophobia in 64 (67.4%), and phonophobia in 58 (61.1%) patients. Complications were found in 19 patients (20%) during hospitalization; of these, the most common was migraine status, in 12 (63.2%) patients. **Conclusions:** the most common type of headache was migraine, although it is benign, generates a lot of morbidity. It is vitally important to determine the presence of headache red flags to rule out an underlying pathology that can put the life of the mother and the baby at risk.

Keywords: headache; pregnancy; postpartum period; migraine disorders.

Introducción

La cefalea o dolor de cabeza, se define como toda aquella sensación dolorosa localizada por encima de la línea orbitomeatal y/o la unión craneocervical ⁽¹⁾. Se clasifica según su causa en

dos grandes grupos: las cefaleas primarias, como la migraña o cefalea tipo tensión, y las secundarias, como las producidas por traumas en cabeza y/o cuello, trastornos vasculares craneales o cervicales, infecciones, entre otros. Es uno de los síntomas más comunes de consulta, siendo la migraña el tercer trastorno más prevalente y la séptima causa de discapacidad en el mundo ⁽²⁾. La prevalencia varía de acuerdo con el género, siendo mayor en el género femenino con un 18% vs un 6% en el sexo masculino ^(3, 4). En Latinoamérica y específicamente en Colombia se reporta que en los hombres existe una prevalencia de 4,8%, y en las mujeres de 13,8% (siendo mayor entre los 30-50 años) ⁽⁵⁾.

Según estudios previos, aproximadamente 39% de las mujeres en periodo de gestación y post parto refieren haber tenido cefalea, 65% fueron diagnosticadas con cefalea primaria, siendo la más común la migraña y la cefalea tensional; y 35% con cefalea secundaria ⁽⁶⁻⁸⁾. Se ha descrito la cefalea como síntoma principal en diversas patologías presentes durante la gestación, en el primer y segundo trimestre se presenta de forma más frecuente en el pseudotumor cerebri (hipertensión endocraneana idiopática), la anemia, el hipotiroidismo y la hipertensión arterial ^(9, 10); y en el tercer trimestre en casos de preeclampsia, trombosis venosa cerebral, apoplejía pituitaria, hemorragia subaracnoidea y disección arterial ⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

Es bien sabido que el antecedente de migraña se ha relacionado con desenlaces gestacionales y perinatales desfavorables. Hay una mayor probabilidad de trastorno hipertensivo asociado al embarazo (OR 2.85; IC del 95% 1.4-5.81) ⁽¹⁵⁾, de parto por cesárea (OR 1.16; IC del 95% 1.07-1.24), de parto pretérmino (OR 1.24; IC del 95% 1.13-1.39), de bajo peso al nacer (OR 1.16; IC del 95% 1.03-1.31) ^(16, 17), de ataque cerebrovascular isquémico durante el embarazo (OR 7.9-30.7), infarto de miocardio y enfermedad cardíaca (OR 4.9 IC del 95% 1.7-14.2) ⁽¹⁷⁾. La incidencia de tromboembolismo venoso secundaria a estasis inducida por el embarazo es 4-5 veces mayor (RR 4.29; IC del 95% 3.49-5.22) ^(18, 19).

Los vacíos en la literatura se hacen más grandes teniendo en cuenta que las gestantes se consideran población de alto riesgo para la salud pública, por lo que la cantidad de estudios realizados en ellas es mucho menor que en la población general, esto se ve aún más reflejado en que en nuestro contexto latinoamericano no se encuentra bibliografía y que la mayoría de estudios existentes son realizados en otros países, donde tienen diferentes características socio demográficas que podrían limitar la aplicación de los resultados encontrados a nuestra práctica clínica.

Basado en lo expuesto, el objetivo del presente estudio es describir las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de cefalea que fueron hospitalizadas para tratamiento de la misma, en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Medellín durante el periodo a estudio.

Materiales y métodos

Diseño y población de estudio

Estudio descriptivo retrospectivo

Se incluyeron mujeres en cualquier trimestre de gestación o período posparto (definido hasta las primeras 6 semanas posteriores al alumbramiento) que consultaron al servicio de urgencias obstétricas de un centro de alta complejidad y fueron hospitalizadas, durante el período a estudio de 2014 a 2016. La clínica se caracteriza por ser una institución prestadora de salud de alto nivel de complejidad, especializada en la atención de la población obstétrica y neonatal, es centro de referencia a nivel nacional e internacional en este servicio.

Se excluyeron las pacientes cuya historia clínica estuviera incompleta, es decir, que no tuviera datos acerca de la edad gestacional, tipo de cefalea o escala visual análoga del dolor.

Tamaño de muestra

No se realizó cálculo de tamaño de muestra, se tomó la población total que cumplió los criterios de elegibilidad.

Proceso de recolección

Una vez se obtuvo el aval de ética de la institución participante, se tuvo acceso a las historias clínicas del servicio de neurología y se procedió a revisar los criterios de elegibilidad del estudio. Se captaron todas las pacientes que fueron hospitalizadas con cefalea quienes fueron interconsultadas y valoradas por parte del servicio de neurología clínica. La información recolectada se registró en un formulario electrónico diseñado en la plataforma virtual Magpi (plataforma disponible en <https://www.magpi.com>) teniendo en cuenta las variables relevantes para el cumplimiento de los objetivos. Posteriormente, los datos se exportaron a Microsoft Excel® versión 2016, donde se codificaron o categorizaron algunas variables según lo requerido para el procesamiento de datos y se verificó la consistencia y calidad de la información. Cuatro de los investigadores fueron los encargados de recolectar los datos provenientes de las historias clínicas e incluirlos en la plataforma virtual y exportar los datos luego a Microsoft Excel®. Se realizó una prueba piloto con 10 historias clínicas para verificar errores en el proceso de recolección de datos.

Las variables evaluadas fueron: edad materna, ocupación (trabajadoras, estudiantes, ama de casa o pensionada), si se encontraba en embarazo o en período postparto, trimestre de gestación, antecedente personal y familiar de cefalea, antecedentes patológicos, antecedente de tabaquismo, síntomas concomitantes, tipo de cefalea (primaria o secundaria según la ICHD-3), tipo de dolor (pulsátil, opresivo, punzante y urente), localización (región del cráneo afectado por el dolor), tiempo de evolución (súbito cuando la intensidad máxima de dolor se alcanza en segundos o minutos luego del inicio, progresivo cuando el dolor va aumentando en

el transcurso de horas o días), nivel de dolor (según la escala visual análoga), banderas rojas diferentes a embarazo o puerperio (fiebre, historia de neoplasia intra o extracraneal, déficit neurológico incluido pérdida de consciencia, inicio abrupto o repentino, cambio de patrón de cefalea o de comienzo reciente, asociada al cambio de posiciones, precipitada por estornudos, tos o ejercicio, presencia de edema del disco óptico, cefalea progresiva o presentación atípica, ojo doloroso con características autonómicas, cefalea posterior a trauma, cefalea en paciente con antecedente de inmunosupresión, o sobreuso de analgésicos) ⁽²⁰⁾, tratamiento previo con analgésicos, tratamiento durante la hospitalización y complicaciones de la cefalea como el estatus migrañoso, o a su enfermedad de base, en la que la cefalea sea una manifestación, como lo son la hemorragia intracraneal o los trastornos hipertensivos asociados al embarazo.

La respuesta al tratamiento fue evaluada según el nivel de dolor después del mismo, se calculó una diferencia entre el valor del EVA inicial y el EVA al terminal el tratamiento, y se realizó comparación entre estos dos valores, definiendo una respuesta completa o adecuada cuando hubo una reducción del 50% o más del dolor, y una respuesta parcial o incompleta cuando fue de menos del 50% con respecto a la clasificación inicial. La toma de neuroimagen y de punción lumbar se realizaron según el criterio del neurólogo.

Análisis estadístico

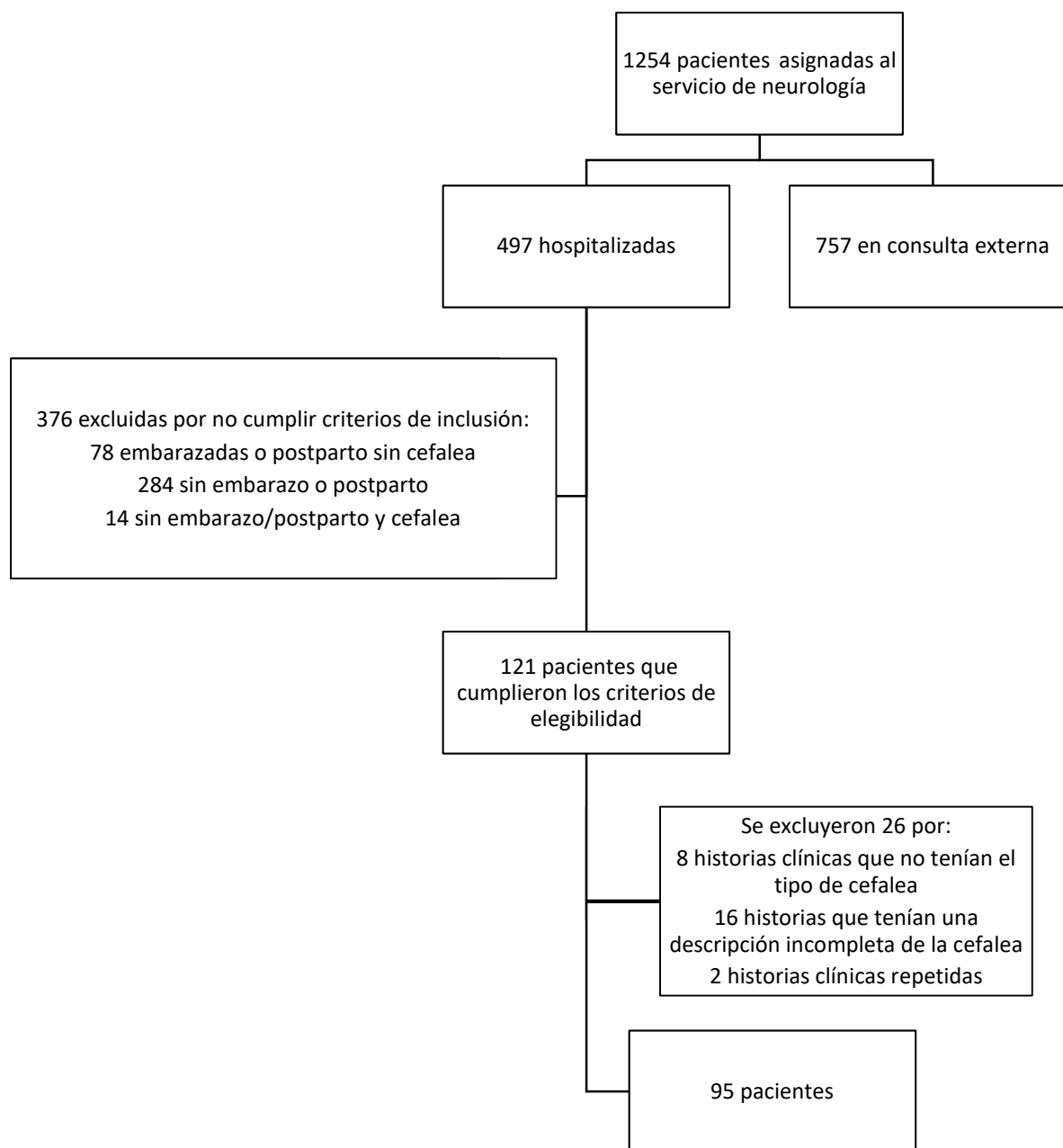
Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas utilizando la media con desviación estándar y el rango o la mediana con el rango intercuartílico, según la distribución de los datos. Los análisis se realizaron en el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.

Consideraciones éticas

Según la legislación nacional vigente de Colombia, esta investigación se clasificó como investigación sin riesgo, puesto que para su ejecución se requirió la revisión de historias clínicas y no se tuvo contacto con las pacientes. Esta investigación fue aprobada por el comité de investigación en salud de la Universidad Pontificia Bolivariana y se obtuvo el aval de la institución participante. Se garantizó la confidencialidad de la información.

Resultados

Entre el período de estudio, fueron hospitalizadas 497 gestantes, de estas 95 historias clínicas cumplieron los criterios de elegibilidad. En la Figura 1 se describe el proceso de selección de la población de estudio.

**Figura 1.** Proceso de selección de las pacientes.

Características sociodemográficas y epidemiológicas.

El promedio de edad de estas pacientes fue $26,2 \pm 5,6$ años; de las 78 pacientes que se contaba con la información de su ocupación, 45 (57,7%) trabajaban, 24 (30,8%) eran amas de casa, siete (9%) estudiantes y solo una (1,3%) era pensionada.

Mayo - agosto de 2022

Los antecedentes patológicos más frecuentes se describen en la [Figura 2](#), 52 (54,7%) habían tenido cefalea previamente y solo en 2 pacientes se evidenció antecedente familiar de cefalea. Otros antecedentes fueron: hipotiroidismo, en 5 (5,3%) y obesidad en 4 (4,2%) pacientes.

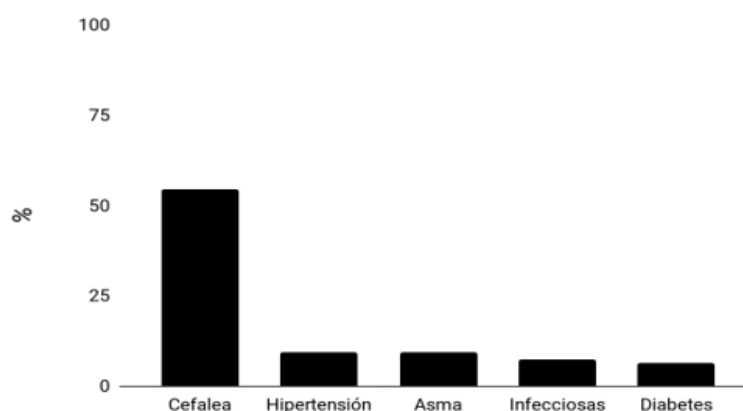


Figura 2. Principales antecedentes patológicos de las pacientes.

Características clínicas.

Del total de pacientes, 74 (77,9%) eran gestantes y 21 (22,1%) estaban en periodo postparto. De las gestantes, 41 (55,4%) estaban en el tercer trimestre, 30 (40,5%) en el segundo y 3 (4,1%) en el primero.

La cefalea se clasificó como primaria en 69 (72,6%) pacientes, donde la más frecuente fue la migraña presentándose en 60 mujeres (86,9%); de las cuales 19 (31,7%) sufrieron algún tipo de aura. En 24 (25,3%) pacientes la cefalea se clasificó como secundaria, siendo las más comunes la cefalea atribuida a trastornos de la homeostasis en 9 (37,5%) y la atribuida a trastorno intracraneal no vascular en 8 de 24 pacientes (33,3%). Solo 2 (2,1%) pacientes se clasificaron como neuropatías craneales dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas, una presentando neuritis óptica y otra una neuralgia del trigémino ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Tipos de cefalea en las pacientes.

Tipos de cefalea*	n/N (%)
Primaria	69/95 (72,6)
Migraña	60/69 (86,9)
Tipo tensión	9/69 (13,0)
Trigémico-autonómica	2/69 (2,9)
Secundaria	24/95 (25,3)
Cefalea atribuida a trastornos de la homeostasis	9/24 (37,5)

Tipos de cefalea*	n/N (%)
Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular	8/24 (33,3)
Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y/o cervical	4/24 (16,7)
Cefalea atribuida a administración o suspensión de una sustancia	1/24 (4,2)
Cefalea o dolor facial atribuida a trastornos de cabeza y cuello	1/24 (4,2)
Cefalea o dolor facial atribuida a infección	1/24 (4,2)
Neuropatías craneales dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas	2/95 (2,1)

*Las pacientes podían tener más de un tipo de cefalea.

La característica del dolor más frecuente fue el tipo pulsátil, en 62 (65,3%) pacientes seguido por el tipo opresivo en 31 pacientes (32,6%). En 43 pacientes la localización del dolor era hemicránea, siendo esta la localización más frecuente (45,3%) (Tabla 2). La mediana de tiempo de evolución de la cefalea fue de 4 días (RIQ 2-7) y la mediana de la escala visual análoga (EVA) del dolor antes del tratamiento fue de 9 (RIQ 8-10).

Tabla 2. Características de la presentación de las cefaleas.

	n/N (%)
Tipo de dolor*	
Pulsátil	62/95 (65,3)
Opresivo	31/95 (32,6)
Punzante	10/95 (10,5)
Urente	1/95 (1,1)
Localización	
Hemicraneana	43/95 (45,3)
Frontal	25/95 (26,3)
Global	22/95 (23,2)
Occipital	10/95 (10,5)
Bitemporal	4/95 (4,2)
Otras†	5/95 (5,3)
Banderas rojas*	38/95 (40)
Cambio de patrón de cefalea	12/38 (31,6)
Despierta en la madrugada	11/38 (28,9)
Inicio súbito	7/38 (18,4)
Incremento en intensidad y frecuencia	7/38 (18,4)
Peor cefalea de su vida	5/38 (13,2)
Signos de enfermedad sistémica	3/38 (7,9)
Déficit neurológico focal	3/38 (7,9)
Papiledema	1/38 (2,6)

*Las pacientes podían presentar más de un tipo de dolor y bandera roja.

†Otras: biparietal, ocular.

Mayo - agosto de 2022

Los síntomas más frecuentes fueron las náuseas en 66 (69,4%), fotofobia en 64 (67,3%), y fonofobia en 58 (61%) pacientes ([Figura 3](#)). Además, 38 pacientes presentaron banderas rojas para cefalea, siendo la más común el cambio en el patrón de la cefalea, que se reportó en 12 pacientes (31,6%) ([Tabla 2](#)).

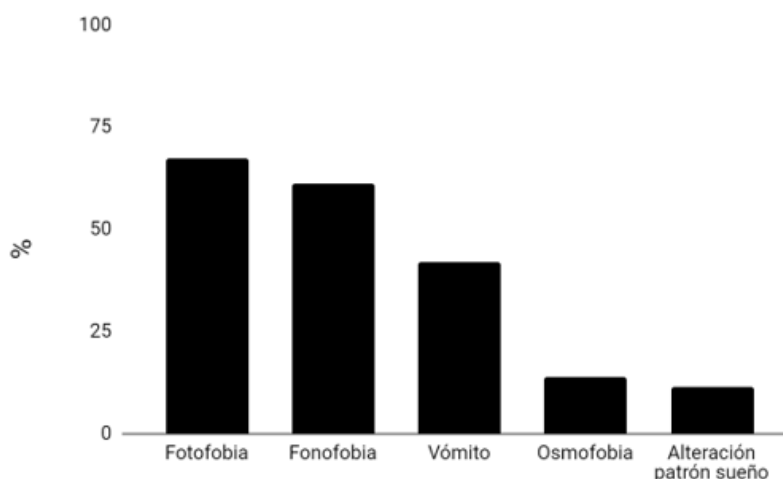


Figura 3. Principales síntomas asociados.

Evolución durante la hospitalización.

Durante la hospitalización, 65 (68,4%) pacientes recibieron esteroides, 42 (44,2%) sulfato de magnesio y 38 (40%) acetaminofén. En 77 (88,1%) de pacientes hubo una respuesta completa o adecuada al tratamiento proporcionado. Los efectos adversos relacionados con el tratamiento estuvieron presentes en 16 (16,8%) de los pacientes, siendo los síntomas extrapiramidales los más frecuentes, 4/16 (25%), seguido por el dolor abdominal 2/16 (12,5%) ([Tabla 3](#)).

Tabla 3. Evolución durante la hospitalización.

	n/N (%)
Tratamiento utilizado	
Esteroides	65/95 (68,4)
Sulfato de magnesio	42/95 (44,2)
Acetaminofén	38/95 (40,0)
Haloperidol	24/95 (25,3)
AINES	17/95 (17,9)
Bloqueo pericraneano	13/95 (13,7)
Lidocaína	11/95 (11,6)
Antidepresivos	10/95 (10,5)
Opioides	9/95 (9,5)

	n/N (%)
Tratamiento utilizado	
Metoclopramida	6/95 (6,3)
Caféina	5/95 (5,3)
Hidroxicina	4/95 (4,2)
Efectos adversos al tratamiento	16/95 (16,8)
Síntomas extrapiramidales	4/16 (25,0)
Dolor abdominal	2/16 (12,5)
Enrojecimiento	2/16 (12,5)
Vómito	2/16 (12,5)
Otros*	6/16 (6,25)
Respuesta analgésica	
Completa	77/95 (81,1)
Incompleta	18/95 (18,9)

*Cada uno con una frecuencia de 1/16 (6,25%): palpitaciones, náuseas, erupción cutánea, insomnio, debilidad muscular, embotamiento.

En 42 (44,2%) mujeres fue necesario realizar una neuroimagen y en 12 (28,6%) de ellas se observó un resultado anormal como hiperintensidades corticales en 3/12 (25%), hemorragia intracraneana en 3/12 (25%), malformaciones arteriovenosas en 2/12 (16,7%), apoplejía pituitaria en 1/12 (8,3%), encefalomalacia en 1/12 (8,3%), edema de disco óptico en 1/12 (8,3%), y sinusitis en 1/12 (8,3%).

A 6 (6,3%) pacientes se les realizó una punción lumbar y 2 tuvieron resultados patológicos, siendo los hallazgos más comunes la pleocitosis, presencia de hematíes e hiperproteinorraquia.

Del total de mujeres, 19 (20%) desarrollaron complicaciones, la más frecuente fue el estatus migrañoso presente en 12 de ellas (63,2%), los trastornos hipertensivos asociados al embarazo en 4 (21,1%), hemorragia intracraneal en 2 (10,5%) y estado epiléptico en 1 paciente (5,3%).

Discusión

Este estudio evaluó las características principales de gestantes y pacientes en el período postparto con cefalea, y los desenlaces clínicos maternos en una institución de alta complejidad. Los principales hallazgos fueron: la cefalea se presentó principalmente en el embarazo, siendo más frecuente en el tercer trimestre; las cefaleas primarias fueron las más comunes, específicamente la migraña; casi la mitad de las pacientes presentaron banderas rojas; los esteroides fueron el tratamiento más usado y la mayoría de las pacientes tuvo una respuesta completa a éste.

Las características sociodemográficas de las pacientes muestran algunas diferencias con respecto a investigaciones anteriores, por ejemplo, la edad media de las pacientes fue menor a lo encontrado en un estudio previo realizado en Estados Unidos ⁽⁶⁾, lo que pudiese estar explicado por la edad más temprana de embarazo de las mujeres colombianas comparado con otras mujeres del mundo ⁽²¹⁾.

Frente a los antecedentes, se encontró que un poco más de la mitad de las pacientes había tenido algún episodio de cefalea en su vida, dato que es menor a lo reportado en otros estudios ^(6, 7, 22). Los principales antecedentes patológicos encontrados por *Robbins et al* en su estudio fueron cefalea, asma y enfermedades psiquiátricas, resultados que son similares a los obtenidos en este estudio ⁽⁶⁾.

En cuanto a la presentación de la cefalea, esta se evidenció principalmente en el grupo de las gestantes, siendo más frecuente durante el tercer trimestre; lo cual es controversial con varios de los estudios publicados; *Robbins et al*. reporta una frecuencia similar en todos los trimestres, *Raffaelli et al* describe que la mayoría de las pacientes presentan cefalea en el segundo trimestre y *Sances et al*, evidencia que la mayor frecuencia de cefaleas ocurre durante el primer trimestre. Estas diferencias se podrían explicar porque la institución donde se realizó este estudio es de alto nivel complejidad, por esta razón las gestantes que ya están terminando su embarazo suelen consultar a un nivel de atención más especializada, mientras que en los primeros trimestres probablemente sean atendidas en centros de atención primaria ^(6, 7, 22).

Por otro lado, se detectó que gran parte de las pacientes había presentado alguna bandera roja asociada a su cefalea, siendo la más común el cambio de patrón de cefalea previa. Casi a la mitad de las pacientes se le realizó una neuroimagen, representando el número de pacientes con bandera roja; de estas, el 28,6% tuvo alguna anormalidad en dicho examen, siendo las más comunes las hiperintensidades corticales, hallazgo prevalente en pacientes con cefalea primaria tipo migraña, pudiendo aparecer hasta en el 30% de casos ^(7, 22).

Para el tratamiento de la migraña, el grupo de medicamentos más usados fueron los esteroides, seguido del sulfato de magnesio y el acetaminofén, considerados como medicamentos seguros en el embarazo y posparto ^(15, 23-25). Además, se reportó un uso elevado del bloqueo pericraneano, una alternativa segura y aceptada para el manejo del dolor refractario a la medicación inicial ⁽²⁵⁾. La mayoría de las pacientes tuvieron una respuesta completa al tratamiento, similar al estudio de *Marcus et al*. quien propone que en pacientes que no tienen mejoría espontánea de la cefalea durante la gestación, la utilización de fármacos la mejora completamente ⁽²⁷⁾.

Es importante resaltar el uso de antiinflamatorios no esteroideos en el tratamiento de estas pacientes, este tipo de medicamentos se encuentran contraindicados en el primer trimestre de embarazo por aumento del riesgo de aborto espontáneo, y en el tercer trimestre se ha

relacionado con el cierre prematuro del conducto arterioso, hemorragia intraventricular neonatal, alteración de la función renal, hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, enterocolitis necrosante y parálisis cerebral ⁽²⁸⁾; su uso solo se permite en el 2do trimestre y en la primera parte del 3er trimestre. Es probable que esto sea debido a que las pacientes una vez consultan, son atendidas en el servicio de urgencias obstétricas o urgencias generales, donde son los médicos gineco-obstetras o médicos generales quienes inician el manejo analgésico y luego interconsultan al servicio de neurología.

Además, se encontró una mayor frecuencia de complicaciones durante la hospitalización comparado con reportes previos ^(6, 7, 22, 29), probablemente porque se incluyó el estado migrañoso como una complicación, y en nuestro estudio esta fue la más común.

Este estudio presentó limitaciones relacionadas con el tipo de estudio, ya que, al ser un estudio retrospectivo, se podían presentar sesgos de información, por datos faltantes. Este tipo de sesgo no pudo ser evitado, se disminuyó con la aplicación de una base de datos estructuradas para la recolección de información y la verificación de datos por los cuatro investigadores que se encargaron de recolectar los datos; y en caso de perderse más del 25% de la información en las variables (como lo fue el lugar de residencia de la paciente), estas no pudieron ser tenidas en cuenta para el análisis final. Otra limitación presentada fue el sesgo de selección, esto debido a que la población incluida debía ser valorada por uno de los neurólogos clínicos de la institución, y es posible que algunas pacientes hayan ingresado al servicio de urgencias y hayan sido tratadas por el médico general presentando respuesta completa al tratamiento suministrado, y por ende, dadas de alta sin ser valoradas por la especialidad; este sesgo no pudo ser controlado.

El estudio tiene varias fortalezas, como permitir una aproximación a las características clínicas de las pacientes de nuestro medio, en donde hay poca evidencia al respecto, y que se hace necesario al tener en cuenta que existen diferencias sociodemográficas entre culturas, que pudieran explicar cambios de presentación o frecuencias de enfermedad en estas pacientes. Adicional, la población estudiada se considera una población de alto riesgo, por lo que investigaciones como esta, que permitan mejorar su cuidado son siempre de gran utilidad, tanto para el médico general como el neurólogo que las atienda.

Conclusión

La cefalea es un motivo de consulta frecuente durante la gestación, principalmente en mujeres que previamente habían presentado por lo menos un episodio. La mayoría de estas consultas se presentan durante el tercer trimestre de embarazo, de las cuales la migraña y en general, las cefaleas primarias, son el tipo de cefalea más frecuente. Casi un cuarto de las pacientes tuvo una bandera roja al momento de la presentación de la cefalea; y la causa secundaria más común fueron los trastornos hipertensivos asociados al embarazo.

Dentro del manejo de las cefaleas en el servicio de urgencias por el primer médico en contacto por la paciente, se encontró un gran uso de medicamentos no recomendados como lo son los antiinflamatorios no esteroideos y los opioides, que en algunos casos se encuentran contraindicados por la presencia de efectos adversos graves para el feto. Esto demuestra el gran vacío de conocimientos que tiene el médico de atención de urgencias frente a las patologías en las gestantes, que da pie para una constante retroalimentación dentro del mismo servicio.

La complicación más frecuente debida a la cefalea fue el estado migrañoso; las complicaciones asociadas a su enfermedad donde la cefalea fue una manifestación esencial en la misma, fueron los trastornos hipertensivos asociados al embarazo y la hemorragia intracraneal, lo cual demuestra la importancia de la cefalea como un síntoma vital para identificar una patología causal subyacente que puede poner en riesgo la vida de la madre y del bebé, en especial cuando se presentan con una bandera roja además del estado de gestante o postparto.

Conflictos de interés

Ninguno declarado.

Fuente de financiación

Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación – CIDI.

Bibliografía

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) (2013). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia Int J Headache. julio de 2013; 33(9): 629-808. Disponible de: <https://doi.org/10.1177/0333102413485658>
2. Tanos V., Rad EA, Berry KE, & Toney ZA. Review of migraine incidence and management in obstetrics and gynaecology. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Sep; 240: 248-255. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.07.021>
3. Pavlovic JM., Akcali D., Bolay H., Berstein C., Maleki N. Sex-related influences in migraine. J Neurosci Res. 2017; 95(1-2): 587-93. Disponible de: <https://doi.org/10.1002/jnr.23903>
4. Nappi RE, Berga SL. Migraine and reproductive life. Handb Clin Neurol. 2010;97:303-22. Disponible de: [http://dx.doi.org/10.1016/S00729752\(10\)97025-5](http://dx.doi.org/10.1016/S00729752(10)97025-5)
5. Stewart WF, Shechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence: A review of population-based studies. Neurology 1994 Jun; 44(6 Suppl 4): S17-23. PMID: 8008222.

6. Robbins MS, Farmakidis C, Dayal AK, Lipton RB. Acute headache diagnosis in pregnant women: a hospital-based study. *Neurology*. 2015 Sep 22; 85(12): 1024-30. Disponible de: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001954>
7. Raffaelli B, Siebert E, Körner J, Liman T, Reuter U, Neeb L. Characteristics and diagnoses of acute headache in pregnant women - a retrospective cross-sectional study. *J Headache Pain*. 2017 Dec 4; 18(1): 114. Disponible de: <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0823-1>
8. Vgontzas A, Robbins MS. A Hospital Based Retrospective Study of Acute Postpartum Headache. *Headache*. 2018 Jun; 58(6): 845-851. Disponible de: <https://doi.org/10.1111/head.13279>
9. Banjari I, Kenjerić D, Mandić ML. What Is the Real Public Health Significance of Iron Deficiency and Iron Deficiency Anaemia in Croatia? A Population-Based Observational Study on Pregnant Women at Early Pregnancy from Eastern Croatia. *Cent Eur J Public Health*. 2015 Jun; 23(2): 122-7. Disponible de: <https://doi.org/10.21101/cejph.a3962>
10. Spierings ELH, Sabin TD. De Novo Headache During Pregnancy and Puerperium. *The Neurologist*. 2016 Jan; 21(1): 1-7.
11. Sassi SB, Touati N, Baccouche H, Drissi C, Romdhane NB, Hentati F. Cerebral Venous Thrombosis: A Tunisian Monocenter Study on 160 Patients. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2017 Nov; 23(8): 1005-9.
12. Randeva HS, Schoebel J, Byrne J, Esiri M, Adams CB, Wass JA. Classical pituitary apoplexy: clinical features, management and outcome. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1999 Aug; 51(2): 181-8.
13. Suzuki T, Isselbacher EM, Nienaber CA, Pyeritz RE, Eagle KA, Tsai TT, et al; IRAD Investigators. Type-selective benefits of medications in treatment of acute aortic dissection (from the International Registry of Acute Aortic Dissection [IRAD]). *Am J Cardiol*. 2012 Jan 1; 109(1): 122-7. Disponible de: [https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(12\)61904-4](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(12)61904-4)
14. Sawlani N, Shroff A, Vidovich MI. Aortic dissection and mortality associated with pregnancy in the United States. *J Am Coll Cardiol*. 2015 Apr 21; 65(15): 1600-1. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.12.066>

15. Williams MA, Peterlin BL, Gelaye B, Enquobahrie DA, Miller RS, Aurora SK. Trimester-specific blood pressure levels and hypertensive disorders among pregnant migraineurs. *Headache*. 2011 Nov-Dec; 51(10): 1468-82. Disponible de: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.01961.x>
16. Marozio L, Facchinetti F, Allais G, Nappi RE, Enrietti M, Neri I, Picardo E, Benedetto C. Headache and adverse pregnancy outcomes: a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012 Apr; 161(2): 140-3. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.12.030>
17. Skajaa N, Szépligeti SK, Xue F, Sørensen HT, Ehrenstein V, Eisele O, Adelborg K. Pregnancy, Birth, Neonatal, and Postnatal Neurological Outcomes After Pregnancy With Migraine. *Headache*. 2019 Jun; 59(6): 869-879. Disponible de: <https://doi.org/10.1111/head.13536>
18. Wells RE, Turner DP, Lee M, Bishop L, Strauss L. Managing Migraine During Pregnancy and Lactation. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2016 Apr; 16(4): 40. Disponible de: <https://doi.org/10.1007/s11910-016-0634-9>
19. Allais G, Chiarle G, Sinigaglia S, Mana O, Benedetto C. Migraine during pregnancy and in the puerperium. *Neurol Sci*. 2019 May; 40(Suppl 1): 81-91. Disponible de: <https://doi.org/10.1007/s10072-019-03792-9>
20. Do TP, Remmers A, Schytz HW, Schankin C, Nelson SE, Obermann M, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. *Neurology*. 2019 Jan 15;92(3): 134-144. Disponible de: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006697>
21. Rojas-Betancur M, Méndez-Villamizar R. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016; 48(1): 81-90. Disponible de: <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n1-2016009>
22. Sances G, Granella F, Nappi RE, Fignon A, Ghiotto N, Polatti F, Nappi G. Course of migraine during pregnancy and postpartum: a prospective study. *Cephalgia*. 2003 Apr; 23(3): 197-205. Disponible de: <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2003.00480.x>
23. Krymchantowski AV, Barbosa JS. Prednisone as initial treatment of analgesic-induced daily headache. *Cephalgia*. 2000 Mar; 20(2): 107-13. Disponible de: <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2000.00028.x>

24. Marcus DA. Managing headache during pregnancy and lactation. *Expert Rev Neurother.* 2008 Mar; 8(3): 385-95. Disponible de: <https://doi.org/10.1586/14737175.8.3.385>
25. Chiu HY, Yeh TH, Huang YC, Chen PY. Effects of Intravenous and Oral Magnesium on Reducing Migraine: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Pain Physician.* 2016 Jan; 19(1): E97-112. Disponible de: <https://doi.org/10.36076/ppj/2016.19.E97>
26. Govindappagari S, Grossman TB, Dayal AK, Grosberg BM, Vollbracht S, Robbins MS. Peripheral nerve blocks in the treatment of migraine in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2014 Dec; 124(6): 1169-1174. Disponible de: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000555>
27. Marcus DA, Scharff L, Turk D. Longitudinal prospective study of headache during pregnancy and postpartum. *Headache.* 1999 Oct; 39(9): 625-32. Disponible de: <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.1999.3909625.x>
28. Amundsen S, Nordeng H, Nezvalová-Henriksen K, Stovner LJ, Spigset O. Pharmacological treatment of migraine during pregnancy and breastfeeding. *Nat Rev Neurol.* 2015 Apr; 11(4): 209-19. Disponible de: <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2015.29>
29. Sperling JD, Dahlke JD, Huber WJ, Sibai BM. The Role of Headache in the Classification and Management of Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2015 Aug; 126(2): 297-302. Disponible de: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000966>