

OBSTETRICIA

MANEJO DE LA CEFALEA EN LA PACIENTE EMBARAZADA QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Katherine Moreno Peraza*

María Fung Liang**

SUMMARY

Headache is a common symptom of consultation by the pregnant patient in the emergency department. In the majority of cases the causes that give rise to this symptom does not represent a real threat to the life of the mother and / or fetus. Conducting a detailed medical history and a good physical examination can help differentiate important diseases that maybe a risk to patients.

INTRODUCCION

La cefalea en la paciente embarazada es uno de los síntomas más comunes por el

cual consultan al servicio de emergencias y la principal causa de referencias a neurología. Complica aproximadamente el 35% de los embarazos y la mayoría se presentará como un trastorno benigno.¹² Es tres veces más frecuente en el sexo femenino y su prevalencia aumenta durante los años reproductivos.^{3,12} Su presentación en forma crónica fluctúa según los cambios hormonales, mejora con niveles estrogénicos altos por lo que durante el embarazo se espera una remisión de este síntoma, principalmente en el segundo y tercer trimestre.^{10,13} No representa un riesgo en la

fertilidad ni en el curso de la gestación, pero eventualmente esta condición podría alterar su comportamiento.¹² Por lo tanto es necesario que el médico conozca las principales etiologías, realizar el diagnóstico correcto y brindar un tratamiento adecuado y seguro durante el embarazo.³

ETIOLOGIA

En la paciente embarazada las causas más frecuentes de cefalea no suelen ser diferentes a las de la población en general; pero debido a su estado gestante algunas patologías cobran importancia y representan un

* Médico General, código 11744

** Médico General, código 11746

verdadero peligro para la madre y el feto (preeclampsia, trombosis de senos venosos, etc.); por lo que deben tenerse en cuenta y excluirse durante la valoración clínica. Según The International Headache Society la cefalea puede ser clasificada como primaria o secundaria. Afecta a un 20% de todas las mujeres, el 90% de estas son primarias (migraña con o sin aura, cefalea en racimos, cefalea tensional, etc.) y el 10% resultan ser secundarias a una patología subyacente (infecciosas, traumáticas, vasculares, etc.).^{3,8,11,12} En las cefaleas primarias la mayoría de las pacientes ya han presentado un episodio previo, que pueden ser exacerbados durante el primer trimestre. Dentro de esta categoría; la migraña es una de las presentaciones más comunes, en especial la migraña sin aura en un 64% de los casos.¹² Sin embargo como se mencionaba anteriormente, múltiples estudios han demostrado que el embarazo reduce la severidad y la frecuencia de las migrañas.^{3,7} La cefalea tensional es la presentación más común, con una prevalencia aproximada al 88%. Puede variar en intensidad ya sea de leve a moderada y estar acompañada de síntomas autonómicos. Su fisiopatología aún se desconoce.¹³ La cefalea en racimos es la de menor prevalencia en comparación con la migraña

y la tensional 13; en la figura 1 se describen algunos de los síntomas más característicos de las patologías mencionadas anteriormente para orientarnos en cuanto al diagnóstico.

EVALUACION

El primer paso para establecer el diagnóstico en la mujer embarazada empieza con una historia clínica completa; que incluya edad del primer episodio, localización, severidad y tipo de dolor, frecuencia, síntomas asociados, factores que precipiten o disminuyan los ataques, historia familiar y medicamentos utilizados por la paciente.^{3,12,13} Por lo general el examen físico de una paciente que consulta por cefalea suele tomar menos de tres minutos, se recomienda que incluya: medición de la presión arterial, temperatura, estado de conciencia y el examen neurológico completo, realizando además fondo de ojo, fuerza muscular y marcha.⁴ Cuando utilizamos exámenes complementarios deben ser dirigidos a la sospecha clínica, ya que exámenes innecesarios crean más ansiedad en la paciente, son costosos, aumentan los falsos positivos y pueden retrasar el diagnóstico. Se debe tener en cuenta que estas herramientas son de mayor utilidad en las cefaleas secundarias; al ser más comunes

las cefaleas primarias en el embarazo es esencial enfocarnos en realizar una adecuada historia clínica y un buen examen físico.^{3,5}

TRATAMIENTO

El manejo principal de una cefalea secundaria dependerá de la causa subyacente, por lo que se recomienda un abordaje multidisciplinario. En el caso del manejo agudo de una cefalea primaria en la paciente embarazada recomendamos el uso de Aspirina (100 mg vía oral cada día), Paracetamol (1gr vía oral cada 6-8 horas) o AINES (Ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas) como fármacos de primera elección si no hay contraindicaciones.^{1,6,9,11-13} En la migraña asociada a náuseas y vómitos, la Metoclopramida (10 mg vía oral o intravenosa cada 8 horas) puede ser útil como coadyuvante a dosis tradicionales. También, el uso de Prometazina (25 mg intramuscular o vía rectal cada 8 horas) puede ser de utilidad en caso agudo, pero se reserva a tratamiento de segunda línea. Por otro lado, la Dexametasona intravenosa a dosis equinas de 8-10 mg ha demostrado ser eficaz para la reducción de recidivas a corto plazo (72 horas).² Las pacientes que utilizaban Agonistas de Serotonina (Sumatriptan) y que no respondían a otros medicamentos son candidatas

a continuar con este.^{1, 14} Los vasoconstrictores derivados de la Ergotamina se consideran clase X durante el embarazo y deberían evitarse.⁷ Cambios en los estilos de vida pueden ayudar a la prevención como: horas de sueño suficiente, alimentación saludable, ejercicio regular y evitar el estrés; en conjunto con la terapia farmacológica.³ En cuanto al tratamiento preventivo de las cefaleas o migrañas prefiere evitarse durante la gestación y solamente tratar los cuadros agudos.^{6,7}

RESUMEN

La cefalea es un síntoma frecuente de consulta por parte de la paciente embarazada en el servicio de emergencias. En la mayor parte de las ocasiones las causas que dan origen no representan una amenaza real para la vida de la madre y/o el feto. No obstante, la realización de una detallada historia clínica y un buen examen físico puede ayudarnos a diferenciar patologías importantes que representen un riesgo para nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Carville S; Padhi S; Underwood M. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. *BMJ* 2012;345:e5765 doi: 10.1136/bmj.e5765
2. Colman I; Friedman BW, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, Rowe BH. Parenteral Dexamethasone for Acute Severe Migraine Heache: Meta-analysis of Randomised Controlled trials for preventing recurrence. *BMJ* 2008; 14:336(7657): 1359-61.
3. Digre KB. Headaches During Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2013; Volume 56, Number 2, 317-329.
4. Donohoe CD. The Role of the Physical Examination in the Evaluation of Headache. *Med Clin North Am* 2013; 97:197-216.
5. Donohoe CD. The Role of Laboratory Testing in the Evaluation of Headache. *Med Clin North Am* 2013, 97; 217-224
6. Francis GJ; Becker WJ; Pringsheim TM. Acute and Preventive Pharmacologic Treatment of Cluster Headache. *Neurology*, 2010; 75:463-473.
7. Goadsby PJ; Goldberg J, Silberstein SD. Migraine in Pregnancy. *BMJ* 2008; 336:1502-4.
8. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24 (Suppl 1):9-160.
9. Lewis JB, Frohman EM. Diagnosis and Management of Headache. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011; 28:205-224.
10. Marcus DA; Scharff L; Turk D. Longitudinal Prospective Study of Headache During Pregnancy and Postpartum. *Headache*, 1999; 39:625-632.
11. Martin SR; Foley MR. Approach to the Pregnant Patient With Headache. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2005. Volume 48, Number 1, 2-11.
12. Pearce CF; Hansen BMJ 2012; 345:e5765 doi: 10.1136/bmj.e5765. WF. Headache and Neurological Disease in Pregnancy, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2012; volume 55, Number 3, 810-828.
13. Silberstein SD. Headaches in pregnancy. *Neurologic Clinics*, 2004; volume 22:727-756.
14. Silverstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2000; 55(6):754-62.