



## Cefalea durante el embarazo: Un estudio observacional

Peñalver F, Galiana G, Delfino C, Farfán F, Sánchez C, González M, Giner F, Rodríguez N,  
Martínez M, Ianardi S

Servicio de Neurología y Neurocirugía, Hospital Luis C. Lagomaggiore Mendoza

Correo de contacto: franj.penalver@gmail.com

### Resumen

**Introducción:** Las cefaleas primarias (CP) tienen mayor prevalencia e incidencia a menor edad y en su mayoría afectan a mujeres. La predilección femenina puede ser explicada por la relación de la cefalea y las hormonas sexuales, en particular el estrógeno. La migraña es la CP más discapacitante. Diversos estudios demuestran que dicha cefalea mejora durante el embarazo, principalmente en cuanto a frecuencia e intensidad.

**Objetivo:** Caracterizar las CP según su intensidad y frecuencia durante el embarazo, además de valorar aspectos demográficos y clínicos asociados en estas pacientes.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal que analizó al azar mujeres durante el embarazo o puerperio mediato y se investigó el padecimiento de cefalea antes o durante el curso de dicho estado, mediante un cuestionario realizado por médicos del Servicio de Neurología. Se emplearon criterios de la International Headache Society 2018 (IHS) para la clasificación de cefaleas. Se analizaron datos con EpiInfo 7.

**Abstract: Headache during pregnancy: An observational study**

**Introduction:** Primary headache disorders (PH) are pathologies with high prevalence and incidence in young people, affecting women predominantly. Female predilection is

**Resultados:** Se incluyeron 102 pacientes obstétricas. La media de edad fue de 27,6 años (DS+/-7). El 47,1% cursaba puerperio, 40,2% tercer trimestre, 7,8% segundo trimestre, 4,9% primer trimestre. El 14% presentaba antecedentes patológicos previos. El 89,2% padecía CP previa al embarazo siendo mayor en frecuencia la cefalea tensional episódica (61,8%). Se observó que hubo mejoría durante el embarazo en el 71,4%. Además se vio que el 12,8% de las pacientes presentaron cefalea nueva durante el embarazo siendo más frecuente la secundaria (8,8%).

**Conclusión:** Entre las pacientes que presentaban CP previa al embarazo se observó que la mayoría mejoró durante el mismo. Además se concluyó que ante la aparición de cefalea nueva durante el embarazo se deberían realizar estudios complementarios ya que la mayoría fue secundaria a patologías graves.

**Palabras Claves:** Cambios Hormonales, Cefalea primaria, Cefalea secundaria, Embarazo, Migraña.

associated with the linkage between headache and sexual hormones, mainly estrogens. Migraine is the most disabling primary headache. Some studies have shown

that intensity and frequency of migraine tend to improve during pregnancy.

**Objetive:** Describe primary headaches during pregnancy, in terms of frequency and intensity, and assess demographic and clinical manifestations associated with this condition.

**Subjects and methods:** Descriptive, transversal study that randomly analyzed women during pregnancy or mediate puerperium. Existence of headache before and after these conditions was investigated through a questionnaire made by physicians of the Neurology Service. International Headache Society 2018 criteria (IHS) were used to classify headaches. Data were analyzed with EpiInfo 7.

**Results:** One hundred and two obstetric patients were included. Median age was 27,6 (SD +/-7). 47,1% patients were in puerperium,

40,2% in the third trimester, 7,8% in the second trimester and 4,9% in the first trimester. Previous medical history was reported in 14% cases. PH prior to pregnancy was reported in 89,2% patients, being episodic tension headache the most frequent (61,8%). Improvement of headache during pregnancy was detected in 71,4% of the cases. There was a 12,8% of new-onset headache during pregnancy, with the secondary etiology as the most frequent cause (8,8%).

**Conclusion:** Most of the headaches previous to pregnancy improve during this condition. New-onset headache during pregnancy must induce to request complementary studies in order to rule out severe secondary etiologies.

**Key Words:** Hormonal changes, Migraine, Pregnancy, Primary headache, Secondary headache.

## Introducción

Las CP tienen un pico de prevalencia e incidencia a edades tempranas y en mujeres, en particular durante la edad fértil.<sup>(1)</sup> La predilección femenina puede ser explicada por la relación de la cefalea y las hormonas sexuales, en particular el estrógeno. La migraña es la cefalea primaria discapacitante más común; y en el embarazo, estudios retrospectivos y prospectivos demuestran consistentemente que hacia el segundo trimestre, la frecuencia de la migraña típicamente mejora, aunque los ataques de migraña con aura y el aura sin cefalea pueden no respetar este patrón.<sup>(1,2)</sup> Cuando se analizan cefaleas en general, la prevalencia es muy alta en los estudios publicados. La cefalea constituye el primer motivo de consulta al neurólogo. Dicha prevalencia oscila entre el 73 – 89% en la población masculina y entre el 92 – 99% en la femenina, por lo cual, la alta frecuencia de esta patología obliga a conocer la prevalencia de los distintos tipos de cefalea en las distintas poblaciones. En una revisión exhaustiva en Europa, al evaluar cefaleas primarias, la de tipo tensión fue del 60%, la migraña del 15%, la cefalea en racimos del 0,3 % y las cefaleas crónicas del 4%.<sup>(3,4)</sup> Según la IHS III beta 2018, las cefaleas primarias se

clasifican en migraña, cefalea tensional, cefaleas trigémino – autonómicas y otras cefaleas primarias.<sup>(5)</sup> En caso de que el debut de una nueva cefalea guarde una estrecha relación temporal con otro trastorno causante conocido de cefalea o cumpla otros criterios para ocasionar tal trastorno, la nueva cefalea se clasifica como secundaria al trastorno causal.<sup>(6)</sup> La cefalea en la paciente embarazada es uno de los síntomas más comunes por el cual consultan al servicio de emergencias. Interfiere aproximadamente en el 35% de los embarazos y la mayoría se presenta como un trastorno benigno.<sup>(4)</sup> Tanto la historia previa de cefalea como la severidad de la misma suelen ser frecuentes en la paciente embarazada y representa un desafío diagnóstico para el médico diferenciar entre la manifestación de una migraña preexistente y una cefalea nueva, ya sea primaria o secundaria. No existen guías de estrategias diagnósticas en esta población de pacientes, los algoritmos desarrollados no están validados y las series clínicas que describen las características demográficas, la sintomatología y los diagnósticos en mujeres embarazadas evaluadas por cefalea aguda son escasas.<sup>(7)</sup>

## **Objetivo**

Caracterizar las cefaleas primarias según su intensidad y frecuencia durante el embarazo,

además de valorar aspectos demográficos y clínicos asociados en estas pacientes.

## **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional en una población de 102 mujeres obstétricas elegidas al azar a través de una encuesta. Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 15 años, cursando cualquier trimestre de embarazo hasta puerperio mediato (decimo día post nacimiento), internadas en el servicio de obstetricia del Hospital público Luis Lagomaggiore por cualquier motivo (patología o finalización de embarazo). El cuestionario fue diseñado y administrado por personal médico del Servicio de Neurología del Hospital capacitado previamente y con consentimiento verbal de la paciente, el cual podía revocar en cualquier momento de la entrevista. Se realizó

durante un período de 4 meses (Abril a Julio de 2018). El cuestionario constaba de 13 ítems (ANEXO 1), que interrogaban edad, antecedentes personales y patológicos de relevancia, y la existencia previa de cefalea. En dicho caso, se interrogó sobre la evolución de la misma durante el embarazo (mejoría, estabilidad o empeoramiento) respecto a frecuencia e intensidad. Otro de los ítems evaluó inicio de cefalea durante el embarazo o cambio en sus características. Todas las cefaleas se clasificaron según los criterios de la IHS III beta 2018 (TABLAS 1 a 5). Las variables categóricas fueron expresadas como números y porcentajes. Los datos fueron analizados con el software estadístico Epi Info 7.

## **Resultados**

Datos basales de la muestra estudiada: Se incluyeron 102 pacientes obstétricas durante un período de 4 meses. Las mujeres tuvieron una edad media de 27,6 años (+/- 7). En promedio las pacientes tenían antecedentes de 3,1 embarazos y 2 nacimientos vivos previos, con un 26,5% primigrávidas y el resto multíparas ( $\geq 2$  embarazos viables). El 4,9% cursaba primer trimestre, 7,8% segundo trimestre, 40,2% tercer trimestre y 47,1% puerperio inmediato o mediato (TABLA 6). Antecedentes patológicos: El 14% presentaba antecedentes patológicos previos (GRÁFICO 1), siendo el asma la comorbilidad médica más común en el 57,1%. De las cefaleas en asmáticas, el 61,8% fue cefalea tensional episódica, resultando estadísticamente significativo ( $p = 0,018$ ). Del total de la muestra, 18,6% de las pacientes presentaban hipertensión gestacional, el 15,7% diabetes gestacional y sólo el 1,96% preeclampsia. El 5,9% presentaba antecedentes psiquiátricos siendo el más frecuente la depresión en el 50%, seguido por trastornos de ansiedad. Todas las pacientes que tenían trastorno psiquiátrico asociado presentaban cefalea tensional episódica. Historia de cefalea: Con respecto a cefalea previa al embarazo, el 89,2% de las pacientes presentó cefalea en

algún momento de su vida, siendo más frecuente la cefalea tensional episódica en el 61,8%, seguido por migraña en el 14,7%; 8,8% migraña sin aura, 3,3% migraña con aura y 2,2% migraña crónica. El 10,8% presentaba cefalea tensional crónica y solo 1 paciente presentó otra CP o cefalea secundaria, según los criterios de la IHS III beta 2018. Se indagó además sobre el curso de la cefalea durante el embarazo (intensidad, frecuencia y cambios en las características de las mismas) observando que el 71,4% (65 de 91 pacientes) mejoró o se mantuvo sin cambios durante el mismo. Se evaluó la mejoría o no empeoramiento según el tipo de cefalea, demostrando que la cefalea tensional episódica mejoró o no empeoró en un 71,4% (45 de 63 pacientes), la migraña en un 73,3% (11 de 15 pacientes), y la cefalea tensional crónica en un 63,6% (7 de 11 pacientes). La única cefalea clasificada como "otras cefaleas primarias", mejoró durante del embarazo (GRÁFICO 2). La aparición de cefalea nueva o de características distintas a las previas, obligó a la realización de estudios complementarios como analítica general, coagulograma, reactantes de fase aguda, estudios de orina, neuroimagen (la cual podía corresponder a RMN sin y con contraste, TC sin y con

contraste, Angio TC y Angio RMN de cerebro) y electroencefalograma según cada caso. Se obtuvieron los siguientes datos: 13 pacientes (12,8%) presentaron cefalea nueva durante el embarazo (1 en primer trimestre, 5 en el tercer trimestre y 7 en el puerperio) de las cuales el 69,2% fueron cefaleas secundarias,

## Discusión

Se realizó una encuesta a embarazadas al azar que estaban internadas por cualquier causa obstétrica, que no presentaban cefalea aguda. Casi el 90% de la muestra, padecía cefaleas previas siendo la mayor en frecuencia la cefalea tensional episódica, seguida por la migraña. Robbins S. y cols<sup>(2)</sup>, observaron que había historia previa de cefalea en el embarazo en el 78,6%, con un 65% de CP y 35% de cefalea secundaria. Si bien en nuestra muestra el porcentaje de historia previa de cefalea fue levemente mayor, fue más frecuente la CP en un 98,5% posiblemente relacionado a que la encuesta no se realizó en urgencia. Además en este mismo estudio, la migraña fue la CP más frecuente en consulta de urgencia (59,3%). Dentro del grupo de cefaleas primarias, el 57,1% tenía migraña sin aura; 37,4% migraña con aura; 8,8% migraña crónica y 33% estatus migrañoso. Al no realizar nuestro estudio en urgencias, la CP más frecuente fue la cefalea tensional episódica en un 61,8%, seguido por la migraña en el 14,7% (8,8% migraña sin aura, 3,3% migraña con aura y 2,2% migraña crónica). La cefalea tensional episódica es reconocida actualmente como la CP más frecuente en la población general y en el embarazo.<sup>(3,7,8)</sup> En otro estudio realizado por Melhado E. y cols de 993 pacientes embarazadas, se evidenció que el 69,6% de mujeres con cefalea presentó una mejoría en el primer trimestre, 87,5% en el segundo trimestre y 89,9% en el tercer trimestre. Esta mejoría se vio principalmente en pacientes que experimentaban migraña sin aura antes de la gestación.<sup>(9,10,11)</sup> En contraste, Dawn A. y cols no observaron cambios significativos de cefalea durante el embarazo en el segundo y tercer trimestre.<sup>(12)</sup> El estudio MIGRA publicado en 2011 con 2126 pacientes, mostró un aumento en la incidencia de migraña durante el primer mes post parto que declina a partir de la quinta semana.<sup>(13,14)</sup> No

seguido por la cefalea tensional episódica en el 23% (GRÁFICO 3 y 4). Las causas de cefalea secundaria encontradas fueron: Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), trombosis de seno venoso, anemia, hipertensión gestacional, preeclampsia, sinusopatía y fiebre.

se realizó comparación trimestral aunque sí evidenciamos en nuestro estudio una mejoría del 71,4% de todas las CP. No encontrando diferencias en la mejoría entre los distintos tipos de cefaleas primarias. Es un hecho demostrado que la migraña mejora sensiblemente en el 60-70% de las pacientes embarazadas.<sup>(7,15)</sup> En nuestro estudio se observó mejoría o no empeoramiento en la migraña en un 73,3%. En un 8% de los casos, especialmente aquellos acompañados de aura, el embarazo empeora el cuadro.<sup>(15)</sup> En nuestro trabajo, de las 5 pacientes con migraña con aura solamente 2 empeoraron. Se acepta que la migraña como tal influye directamente en el embarazo. Un estudio realizado por Chen y cols concluyó que las mujeres con migraña durante el embarazo tenían más riesgo de tener hijos prematuros, con bajo peso al nacer, preeclampsia y parto por cesárea.<sup>(16)</sup> La mejoría de la cefalea en el embarazo es debida a la ausencia de fluctuaciones de los estrógenos y también al aumento fisiológico de las endorfinas beta.<sup>(15)</sup> Mucha información ha sido publicada sobre la relación entre las hormonas sexuales femeninas y cefalea, particularmente migrañas. La cefalea ocurre 3 veces más frecuentemente en mujeres y a menudo son precipitados por la rápida caída en niveles de estrógeno.<sup>(17)</sup> Los cambios resultantes en el medio hormonal durante el embarazo afectan la frecuencia de migraña en la mayoría de las mujeres, independientemente de los antecedentes de migraña menstrual. Después de la semana 12 de embarazo, la placenta secreta suficiente progesterona y estradiol para mantener el mismo, por lo que los altos niveles sostenidos de estrógeno, disminuye la frecuencia de la migraña en la mayoría de las pacientes, como se ha hablado previamente.<sup>(18)</sup>

**Conclusión:** Entre las pacientes que presentaban CP previa al embarazo se observó que la mayoría padecían cefalea tensional episódica, seguida de migraña. A su vez las mismas mejoraron o se mantuvieron estables en su mayoría. Además como objetivo secundario, se concluyó que ante la aparición de cefalea nueva durante el embarazo se deberían realizar estudios complementarios,

ya que la mayoría fue secundaria a patologías graves. Resultaría de interés poder analizar a las pacientes por trimestre de embarazo, dosar los niveles de estrógeno durante el mismo y evaluar su comportamiento en pacientes con migraña. Por otro lado, sería útil un estudio que relacione la presencia de migraña u otras cefaleas con complicaciones obstétricas.

### Referencias bibliográficas

1. Macgregor EA. Headache in Pregnancy and Migraine Menstrual. *NeuroClin NA.* 2012; 30(3):835–66.
2. Robbins MS. Diagnóstico de cefalea aguda en mujeres embarazadas. *Neurology.* 2015; 85:1024–1030.
3. A. Rodriguez. Zaranz. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. SEN. 2015.
4. Peraza KM. Manejo de la Cefalea en la paciente embarazada que acude al servicio de emergencias. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2014;(611):417–419.
5. Vincent M, Wang S. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. 2018; 38(1):1–211.
6. Society IH, Road C, Ec L, Unido R, International L, Society H, et al. Clasificación de IHS beta 3 2013 traducida al español. 2018.
7. MacGregor EA . Headache in Pregnancy. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2014;20(1 Neurology of Pregnancy):128-47.
8. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of Frequent Headache in a Population. *Headache.* 1998; 38: 497-506.
9. Sances G, Granella F, Nappi RE, Fignon A, Ghiootto N, Polatti F, et al. Course of migraine during pregnancy and postpartum : a prospective study. *Cephalgia.* 2003; 23(3):197-205.
10. Aegidius K, Zwart J, Hagen K, Stovner L. The Head – HUNT study. *Headache*2009; 49(6):851-859.
11. Melhado EM, Jr JAM, Guerreiro CAM. Headache During Gestation. *Can J Neurol Sci.* 2007;34(2):187-92.
12. Marcus DA, Scharff L, Turk D. Longitudinal Prospective Study of Headache During Pregnancy and Postpartum. *Headache.* 1999;39(9):625-32.
13. Kvistvik EV, Stovner LJ, Helde G, Bovim G, Linde M. Headache and migraine during pregnancy and puerperium: The MIGRA-study. *J Headache Pain.* 2011;12(4):443–51.
14. David PS, Kling JM, Starling AJ. Migraine in Pregnancy and Lactation. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2014;14(4):439.
15. P.A. Doblas Gómez PA, Martin Orlando J, López Díaz AC. Migraña y gestación. Revisión bibliográfica. Elsevier. 2015;42(2):72–4.
16. Chen H, Chen S, Chen Y, Lin H. Increased risk of adverse pregnancy outcomes for women with migraines : a nationwide population-based study. *Cephalgia.* 2010;30(4):433-8
17. Martin SR, Foley MR. Approach to the Pregnant Patient With Headache. *Clin Obstet Gynecol.* 2005 Mar;48(1):2-11.
18. Zaczur HA. Hormonal Changes Throughout Life in Women. *Headache.* 2006;46 (2):S49-54.

## TABLAS

### Criterios diagnósticos según la IHS-III-beta 2018

#### TABLA 1: Migraña sin aura

- A) Al menos 5 crisis que cumplan criterios B-D.
- B) Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración (no tratados con éxito).
- La cefalea presenta al menos dos de las siguientes características:
- 1. Localización unilateral.
  - 2. Carácter pulsátil.
  - 3. Dolor de intensidad moderada o severa.
  - 4. Empeorada por o condiciona el abandono de la actividad física habitual.
- D) Al menos uno de los siguientes durante la cefalea.
- 1. Náuseas y/o vómitos.
  - 2. Fotofobia y fonofobia
- E) Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III

Fuente: Elaboración propia

#### TABLA 2: Migraña con aura

- A) Al menos 2 crisis que cumplan criterios B y C.
- B) Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles:
- 1. Visuales.
  - 2. Sensitivos.
  - 3. De habla o del lenguaje.
  - 4. Motores.
  - 5. Troncoencefálicos.
  - 6. Retinianos.
- C) Al menos dos de las siguientes cuatro características:
- 1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo  $> 0 = 5$  min y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente.
  - 2. Cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos.
  - 3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral.
  - 4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 min, de cefalea.
- D) Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio.

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 3: Migraña crónica**

A) Cefalea (tipo tensional o migrañoso) durante un periodo de 15 minutos o más días al mes durante más de 3 meses que cumple los criterios B y C.

B) Aparece en un paciente que ha sufrido al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D para migraña sin aura y/o los criterios B y C de la migraña con aura.

C) Durante un periodo de 8 o más días al mes por espacio de más de 3 meses cumple cualquiera de los siguientes:

- 1. Criterios C y D para migraña sin aura.
- 2. Criterios B y C para migraña con aura.
- 3. En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña, y se alivia con triptán o derivados ergóticos.

D) Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

**Fuente: Elaboración propia**

**TABLA 4: Cefalea tensional episódica**

A) Al menos 10 episodios de cefalea que ocurran de media 1-14 días al mes durante más de 3 meses ( $> \text{o} = 12$  y  $< 180$  días al año) y que cumplen los criterios B-D.

B) Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.

C) Al menos dos de las siguientes cuatro características:

- 1. Localización bilateral.
- 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).
- 3. Intensidad leve o moderada.
- 4. No empeora con la actividad física habitual, como subir escaleras o andar.

D) Ambas de las siguientes:

- 1. Sin náuseas ni vómitos.
- 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).

E) Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

**Fuente: Elaboración propia**

**TABLA 5: Cefalea tensional crónica**

- A) Cefalea que se presenta de media  $> 0 = 15$  días al mes durante más de 3 meses ( $> 0 = 180$  días por año) y cumplen los criterios B-D.
- B) Duración de minutos a días, o sin remisión.
- C) Al menos dos de las siguientes cuatro características:
- 1. Localización bilateral.
  - 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).
  - 3. Intensidad leve o moderada.
  - 4. No empeora con la actividad física habitual, como subir escaleras o andar.
- D) Ambas de las siguientes:
- 1. Solamente una de fotofobia, fonofobia o náuseas leves.
  - 2. Ni náuseas moderadas o intensas ni vómitos.
- E) Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Fuente: Elaboración propia

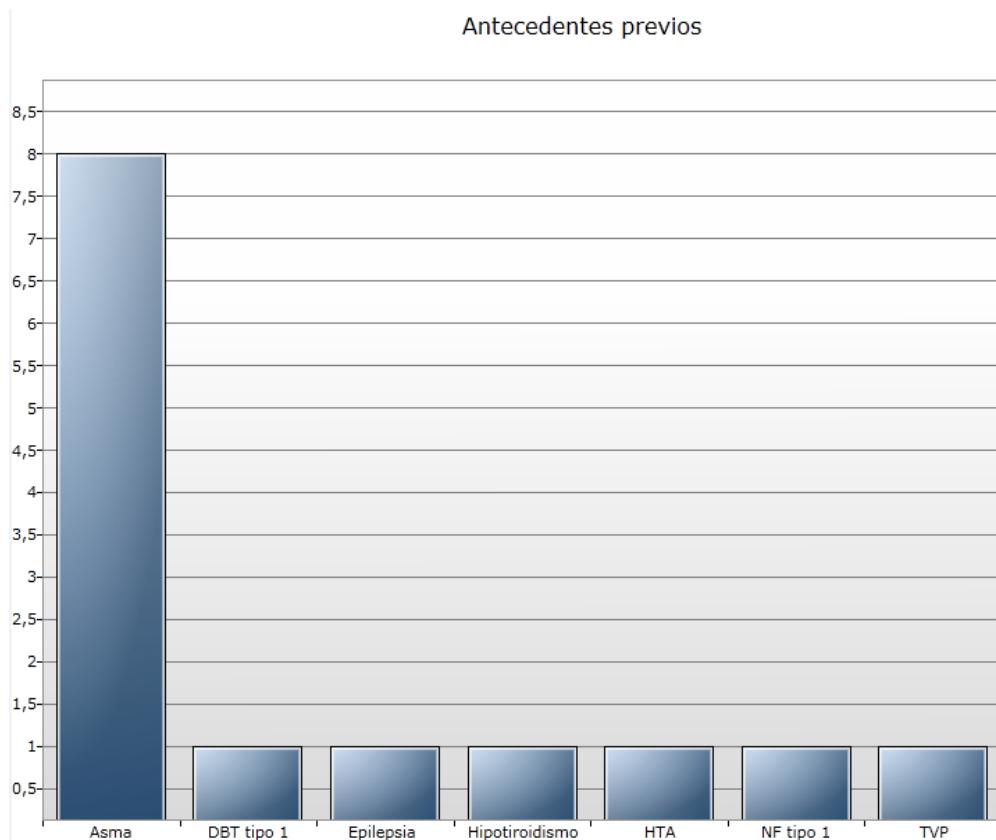
**TABLA 6: Características demográficas, embarazo e historia médica**

Características	Todas las cefaleas
<b>Pacientes</b>	102
<b>Edad, años</b>	27,6 +/- 7
<b>Gestaciones</b>	3,1 +/- 1,9
<b>Partos</b>	2,3 +/- 1,6
<b>Trimestre:</b>	
Primero	4,9%
Segundo	7,8%
Tercero	40,2%
Puerperio	47,1%
<b>Historia previa:</b>	
Asma	57,1%
Trombosis venosa profunda	7,14%
Diabetes Mellitus tipo 1	7,14%
Neurofibromatosis tipo 1	7,14%
Hipotiroidismo	7,14%
Epilepsia	7,14%
Hipertensión arterial	
<b>Cualquier diagnóstico psiquiátrico previo</b>	5,88%

Fuente: Elaboración propia

## GRÁFICOS

Gráfico 1:



(DBT tipo 1: Diabetes Mellitus tipo 1; HTA: Hipertensión arterial; NF tipo 1: Neurofibromatosis tipo 1; TVP: trombosis venosa profunda)

Gráfico 2:

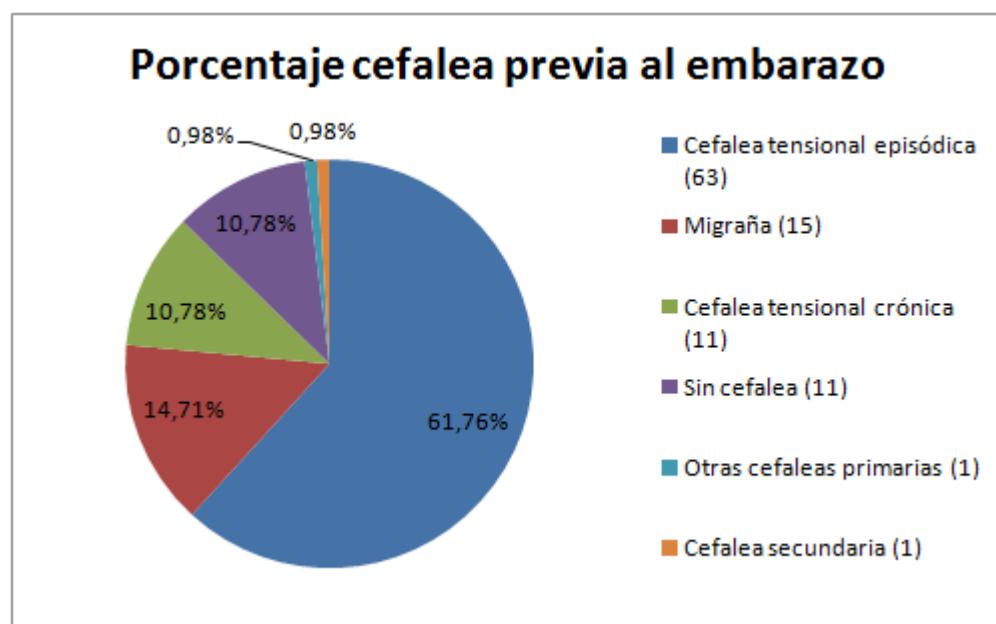
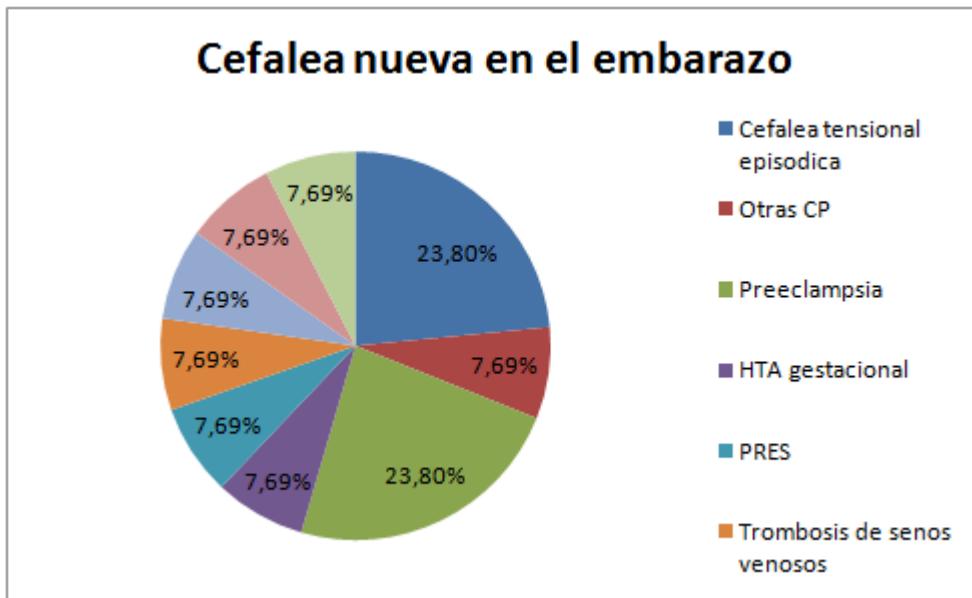


Gráfico 3:



Gráfico 4:



(PRES: Síndrome de encefalopatía posterior reversible; HTA gestacional: hipertensión gestacional)

**Anexo 1:**

**CEFALEA EN EL EMBARAZO**

- 1) Edad (años):
- 2) Gestaciones:
- 3) Partos:
- 4) Abortos:
- 5) Edad gestacional: 1º 2º 3º Puerperio
- 6) Antecedentes previos (Asma-HTA-DBT-TVP-otros):
- 7) HTA en embarazo:   **SI**   **NO**
- 8) Pre eclampsia:   **SI**   **NO**
- 9) DBT gestacional:   **SI**   **NO**
- 10) Cualquier diagnóstico psiquiátrico previo:
- 11) Cefalea **previa** al embarazo   **SI**   **NO**

**Tipo**

Migraña sin aura	
Migraña con aura	
Migraña crónica	
Cefalea tensional episódica	
Cefalea tensional crónica	
Otras cefaleas primarias	
Cefalea secundaria	

- 12) Mejoró con el embarazo:   **SI**   **NO**
- 13) Cefalea **nueva o diferente** en el embarazo/puerperio:   **SI**   **NO**

**Tipo**

Migraña sin aura	
Migraña con aura	
Migraña crónica	
Cefalea tensional episódica	
Cefalea tensional crónica	
Otras cefaleas primarias	
Cefalea secundaria	