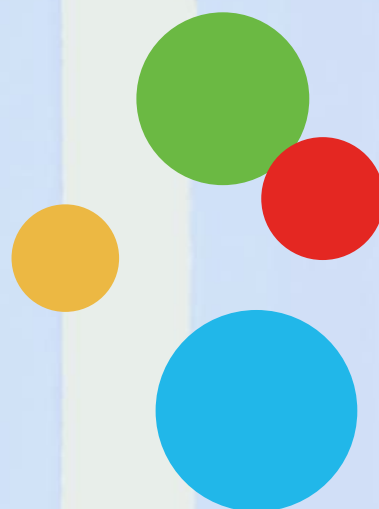




AMyCA RESPONDE

Preguntas de pacientes. Respuestas de especialistas.

Una guía para comprender y vivir mejor con migraña.



EDICIÓN 2026

Asociación Migraña y Cefaleas Argentina

www.amyca.ar

Información para entender, preguntar y decidir mejor

En AMyCA creemos que el acceso a información clara, confiable y comprensible también forma parte del cuidado de la salud. Quienes vivimos o trabajamos con migraña y otras cefaleas sabemos que las dudas no terminan cuando se recibe un diagnóstico: muchas veces, recién ahí empiezan.

Este proyecto nació con una idea sencilla: tomar las preguntas que escuchamos todos los días en el consultorio y en nuestra comunidad, y acercárselas a profesionales con experiencia real en cefaleas. Cada especialista respondió con sus propias palabras. El equipo de AMyCA organizó y editó esas respuestas para convertirlas en notas breves, didácticas y pensadas para pacientes y familias, respetando siempre la voz del profesional.

Mientras estas entrevistas se publican semana a semana en nuestro blog, quisimos reunir las también en una edición que pueda leerse en forma práctica, en el orden que cada persona necesite, y que quede disponible como material de consulta.

Nuestro objetivo no es reemplazar una consulta médica. Es llegar mejor preparados a ella, entender mejor nuestra enfermedad y saber qué preguntas vale la pena hacer. Porque un paciente informado puede participar más activamente de las decisiones sobre su salud.

Gracias a cada colega que prestó su tiempo y su conocimiento, y a cada persona de nuestra comunidad que, con sus preguntas, nos recuerda por qué vale la pena seguir construyendo estos espacios.

Dra. Fiorella Martin Bertuzzi

Presidenta de AMyCA · Médica Neuróloga
formada en el Hospital Italiano de Buenos Aires ·
Fundadora de Red Cefaloca



CONTENIDOS

Cuatro ejes para entender mejor las cefaleas

01 **COMPRENDER**

Reconocer la migraña, entender la cronificación y aprovechar mejor la consulta.

¿Cómo sé si mi dolor de cabeza es migraña?

[Dra. Silvina Mariel Miranda](#)

Cuando la migraña se vuelve crónica: ¿qué significa y qué podemos hacer?

[Dr. Lucas Bonamico](#)

Cómo preparar una consulta por cefaleas: qué contar, qué llevar y qué preguntar

[Dra. Viviana Rocchi](#)

02 **TRATAR**

Sobreuso de medicación y nuevas opciones preventivas.

¿Estoy tomando demasiados analgésicos? Cómo reconocer el sobreuso de medicación

[Dra. María Teresa Goicochea](#)

Nuevos tratamientos para prevenir la migraña: ¿qué cambió en los últimos años?

[Dra. Natalia Larripa](#)

03 **VIVIR**

Cuello, actividad física y salud mental.

Migraña y dolor de cuello: ¿el problema está realmente en las cervicales?

[Dra. Analía Soria](#)

Cefalea crónica y salud mental: ¿el dolor es psicológico?

[Dra. Bibiana Saravia](#)

04 **ETAPAS DE LA VIDA**

Embarazo, lactancia, infancia y adolescencia.

Migraña durante el embarazo: ¿qué cambia y cuándo debemos consultar?

[Prof. Dr. Eduardo Daniel Doctorovich](#)

¿Los chicos pueden tener migraña? Cómo reconocerla en la infancia

[Dra. María Agustina Martini](#)

01

COMPRENDER

Reconocer el patrón, entender qué significa la cronicidad y llegar a la consulta con información útil.

Preguntas de pacientes · Respuestas de especialistas



COMPRENDER

01

¿Cómo sé si mi dolor de cabeza es migraña?

Dra. Silvina Miranda

Médica Neuróloga · Especialista jerarquizada en Neurología · Secretaria del Grupo de Trabajo de Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina.

“El diagnóstico de migraña es clínico”

La migraña no se reconoce por una sola característica. Puede doler de un lado o de ambos, latir o sentirse como presión, y acompañarse de síntomas que aparecen antes, durante y después del dolor.



SOBRE EL ESPECIALISTA

Especialista jerarquizada en Neurología, dedicada a cefaleas y algias craneales. Es Secretaria del Grupo de trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina, y miembro de la Asociación Latinoamericana de Cefaleas y de la International Headache Society. Participó en múltiples trabajos y consensos argentinos sobre migraña. Coordina actividades de formación y extensión en Neurología.

¿Cómo sé si es migraña?

PARTE 1

Cefalea y migraña no son lo mismo

Cefalea es el término médico general para hablar del dolor de cabeza. Existen muchos tipos de cefaleas. Algunas son primarias —el dolor constituye la enfermedad en sí misma— y otras son secundarias, cuando el dolor aparece como síntoma de otra condición. La migraña pertenece al grupo de las cefaleas primarias.

¿Qué características hacen pensar en migraña?

La Dra. Miranda destaca tres datos frecuentes: el dolor puede ser incapacitante y obligar a suspender actividades; suele asociarse a náuseas y, en algunos casos, vómitos; y es frecuente la molestia intensa frente a la luz. También importa cuánto interfiere la crisis con el trabajo, el estudio, el cuidado de la familia o la vida social.

La “resaca” de la migraña

Después del dolor puede persistir cansancio, somnolencia, dificultad para concentrarse o sensación de lentitud. Esta etapa se llama postdromo. Algunas personas también describen “niebla mental” entre crisis.

No siempre duele de un solo lado

El dolor unilateral es frecuente, pero no obligatorio. Puede alternar de lado entre una crisis y otra o ser bilateral. Por eso, que duela toda la cabeza no descarta migraña.

Tampoco siempre tiene que latir

Muchas personas lo describen como un latido, “como si el corazón se hubiera trasladado al cerebro”. Pero otras sienten presión o dolor punzante. En la migraña crónica, incluso, el carácter puede volverse menos típicamente pulsátil.

La migraña es más que el momento del dolor

Una crisis puede tener distintas etapas. Antes del dolor pueden aparecer cansancio, bostezos, cambios de humor, antojos, rigidez cervical, cambios en el apetito o aumento de la sed. Estos pródromos son parte de la crisis y no necesariamente su causa.

¿Cómo sé si es migraña?

PARTE 2

¿Qué es el aura?

Una parte de las personas con migraña presenta síntomas neurológicos transitorios, generalmente duran de 5 a 60 minutos. Lo más frecuente son cambios visuales —destellos, líneas, manchas o áreas de visión alterada—, aunque también pueden aparecer hormigueos o dificultad transitoria para hablar. Un aura nueva, muy distinta o prolongada merece evaluación médica.

¿Por qué a veces se piden estudios?

En una persona con historia típica de migraña, examen neurológico normal y sin señales de alarma, el diagnóstico puede establecerse clínicamente. Los estudios se solicitan cuando existen características que hacen necesario descartar otra causa.

¿Con qué puede confundirse?

La migraña puede parecerse a la cefalea tensional, la cefalea en racimos, algunos dolores faciales, problemas dentarios, sinusales, cervicales o de la articulación temporomandibular. La localización por sí sola no alcanza para diagnosticar.

¿Cuándo consultar más rápido?

Un dolor súbito y muy intenso, una cefalea nueva después de los 50 años, síntomas neurológicos diferentes de los habituales, un aura nueva o atípica, embarazo o antecedentes médicos relevantes son situaciones que requieren especial atención.

TRES IDEAS PARA LLEVARTE

- 1 Migraña y cefalea no son sinónimos: la migraña es uno de los distintos tipos de cefalea.
- 2 La migraña no siempre es unilateral ni pulsátil.
- 3 Contá todo lo que ocurre antes, durante y después del dolor: esos síntomas también ayudan al diagnóstico.



COMPRENDER

02

Cuando la migraña se vuelve crónica: ¿qué significa y qué podemos hacer?

Dr. Lucas Bonamico

Médico Neurólogo · Departamento de Neurología de FLENI · Integrante del Grupo de Trabajo de Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina.

“No tiene que ver con la intensidad. Tiene que ver con la frecuencia y con los tiempos de evolución”

Tener más días de dolor no es simplemente “tener más crisis”. La frecuencia puede aumentar con el tiempo y transformar la enfermedad. La buena noticia: con tratamiento y seguimiento, una cefalea crónica puede volver a ser episódica.



SOBRE EL ESPECIALISTA

Médico Neurólogo con especial dedicación a cefaleas. Desarrolla actividad asistencial y científica en FLENI. Es miembro del Grupo de trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina, la Asociación Latinoamericana de Cefaleas y de la International Headache Society. Participó en múltiples trabajos y consensos argentinos sobre migraña.

PARTE 1

¿Qué significa que una cefalea sea crónica?

Cuando el dolor está presente alrededor de la mitad del mes, la frecuencia ya representa una carga importante. El criterio formal utiliza como referencia 15 o más días de cefalea por mes, pero desde la experiencia del paciente tener 12, 14 o 15 días ya puede afectar profundamente la vida cotidiana.

La intensidad no define la cronicidad

Una persona puede tener algunos días de dolor intenso y otros más leves. Lo importante es cuántos días del mes convive con cefalea y desde hace cuánto tiempo. Los días leves también cuentan.

La cronificación suele instalarse con el tiempo

Muchas personas empiezan con migraña durante la adolescencia o juventud y atraviesan, años después, períodos en los que la frecuencia aumenta progresivamente. No suele ser un cambio de un día para otro.

El calendario es una herramienta clave

No existe un análisis de sangre que determine si una cefalea es crónica. Registrar todos los días con dolor permite conocer la frecuencia real, evaluar la respuesta al tratamiento y documentar la evolución. También existen escalas como MIDAS o HIT-6 para medir discapacidad.

Factores que sí podemos trabajar

El Dr. Bonamico diferencia factores difíciles de modificar —como la predisposición hereditaria— de otros sobre los que podemos intervenir: regularidad de las comidas, actividad física, sueño, peso corporal, tabaquismo y algunos hábitos cotidianos.

Regularidad en comidas y sueño

Pasar muchas horas sin comer puede favorecer dolor en algunas personas. Más que dietas extremas, importa mantener cierta regularidad. Con el sueño ocurre algo parecido: dormir poco, dormir mucho más de lo habitual o cambiar bruscamente los horarios puede alterar el patrón de cefaleas.

Moverse también forma parte del tratamiento

El sedentarismo es frecuente en personas con cefalea crónica. Incorporar actividad física de manera progresiva y sostenida puede formar parte del abordaje integral, junto con el tratamiento médico.

¿Puede volver a ser episódica?

Sí. Con prevención adecuada y trabajo sobre factores modificables, una persona con 15 o 20 días de cefalea por mes puede pasar a tener 4 o 5. La evolución puede tener altibajos y las recaídas son posibles, por eso el seguimiento sigue siendo importante incluso cuando hay mejoría.

Cuando el dolor empieza a organizar la vida

Necesitar medicación de rescate con mucha frecuencia, cancelar actividades, reservar toda la energía para poder trabajar o pasar los fines de semana recuperándose son señales de que la enfermedad no está bien controlada.

Una discapacidad que no siempre se ve

La cefalea crónica puede afectar la autonomía, el trabajo, la familia y la vida social aunque desde afuera no se note. Consultar antes de que la situación se vuelva más compleja permite bajar esa carga de enfermedad.

TRES IDEAS PARA LLEVARTE

- 1 La frecuencia importa tanto como la intensidad: contá todos los días con cefalea.
- 2 El calendario permite objetivar la evolución y evaluar si un tratamiento funciona.
- 3 La cronicidad puede mejorar y volver a un patrón episódico.



COMPRENDER

03

Cómo preparar una consulta por cefaleas: qué contar, qué llevar y qué preguntar

Dra. Viviana Rocchi

Médica especialista en Neurología · Extensa trayectoria asistencial en cefaleas · Integrante del Grupo de Trabajo de Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina.

“La historia clínica pormenorizada es la clave del diagnóstico”

En cefaleas, muchas veces la información que aporta el paciente es más útil para el diagnóstico que llegar con una carpeta llena de estudios. Prepararse para la consulta significa poder contar la historia del dolor.



SOBRE LA ESPECIALISTA

Médica especialista en Neurología, formada en la UBA. Desarrolló una extensa trayectoria en Neurología del Hospital Fernández. Es miembro del Grupo de trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina, la Asociación Latinoamericana de Cefaleas y de la International Headache Society.

PARTE 1

El diagnóstico empieza por escuchar

La mayoría de las cefaleas son primarias: el dolor constituye el problema en sí mismo. En una proporción menor son secundarias a otra enfermedad. Por eso, el primer objetivo es reconocer el patrón y decidir si existen señales que hagan necesario estudiar otra causa.

¿Qué necesita saber el médico?

Desde cuándo duele, si es el primer episodio o hubo cefaleas previas, cómo empezó, dónde se localiza, cuánto dura, qué intensidad tiene, con qué frecuencia aparece y qué actividades obliga a suspender.

Los síntomas acompañantes también cuentan

Náuseas, vómitos, molestia a la luz o al ruido, fiebre, alteraciones visuales, hormigueos, cambios del lenguaje u otros síntomas neurológicos aportan información valiosa. También interesa saber qué empeora o alivia el dolor.

No olvides la medicación

Es fundamental contar qué usás para cada episodio, cuánto y cuántos días al mes necesitás medicarte. También conviene llevar una lista con los tratamientos de otras enfermedades, sus dosis y cualquier medicamento utilizado previamente para la cefalea.

¿Por qué sirve un diario?

Nuestra memoria no siempre funciona como un calendario. Registrar todos los días de dolor — incluso los leves —, la medicación utilizada y algunos síntomas permite reconocer patrones y medir cambios con mayor precisión.

¿Qué conviene anotar?

Días con dolor, intensidad, síntomas, medicamentos y dosis, menstruación (si fuera el caso), posibles factores asociados y cambios relevantes en sueño, alimentación o actividad física. No se trata de buscar obsesivamente un desencadenante para cada crisis, sino de obtener información útil.

El diario también mide la respuesta

Comparar el registro antes y después de iniciar un tratamiento permite saber si disminuyeron los días de dolor, la intensidad, la necesidad de rescates o la discapacidad.

Llevá estudios y tratamientos previos

Si ya te realizaron estudios, conviene llevarlos para evitar repeticiones innecesarias. También sirve anotar qué preventivos o rescates probaste, durante cuánto tiempo, si funcionaron y por qué se suspendieron.

No te vayas con dudas

Antes de terminar, preguntá qué diagnóstico sospecha el médico, si necesitás estudios, cómo tratar una crisis, qué hacer si el primer rescate no funciona, cuánto tiempo esperar para evaluar un preventivo, qué efectos adversos vigilar y cuándo volver al control.

Una carpeta no reemplaza una buena historia

Prepararse no significa hacerse estudios por cuenta propia. Significa poder explicar dónde, cómo, desde cuándo y cuánto duele, qué otros síntomas aparecen, qué medicación necesitás y cuánto interfiere la cefalea con tu vida.

TRES IDEAS PARA LLEVARTE

- 1 Contá todos tus dolores, no solamente los más intensos.
- 2 Llevá un diario de cefaleas simple y sostenible.
- 3 No te vayas de la consulta sin entender el diagnóstico, el plan y los próximos pasos.

02

TRATAR

Usar mejor la medicación aguda y conocer las nuevas herramientas de prevención.

Preguntas de pacientes • Respuestas de especialistas



TRATAR

04

¿Estoy tomando demasiados analgésicos? Cómo reconocer el sobreuso de medicación

Dra. María Teresa Goicochea

Médica Neuróloga especializada en cefaleas · Jefa de la Clínica de Cefaleas de FLENI · Integrante del Grupo de Trabajo de Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina.

“No hablamos de la cantidad de comprimidos: necesitamos considerar la cantidad de días al mes”

El sobreuso no se mide por cuántos comprimidos tomaste, sino principalmente por cuántos días al mes necesitás medicación aguda. Cuando el dolor obliga a medicarse varias veces por semana, la solución no es simplemente aguantar: hay que revisar el tratamiento.



SOBRE LA ESPECIALISTA

Médica especializada en Neurología, con más de dos décadas dedicadas a cefaleas. Desarrolla actividad asistencial en FLENI y participa en iniciativas nacionales e internacionales sobre migraña. Es miembro del Grupo de trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina, la Asociación Latinoamericana de Cefaleas y de la International Headache Society.

PARTE 1

Contamos días, no comprimidos

Para evaluar el uso excesivo de medicación importa principalmente cuántos días del mes se utilizan fármacos para tratar las crisis. Si un día se toma medio comprimido, uno entero o se repite una dosis, desde el registro sigue siendo un día de utilización.

¿Todos los medicamentos tienen el mismo límite?

No. En términos generales, los analgésicos simples y antiinflamatorios se consideran en sobreuso cuando se utilizan 15 o más días al mes. Para triptanes, ergotamínicos, combinaciones y opioides, el límite es 10 o más días al mes, cuando ese patrón se mantiene en el tiempo.

¿Qué pasa si uso dos rescates el mismo día?

Sigue siendo un día del calendario, pero conviene registrar cada clase de medicamento utilizada. Una persona puede superar simultáneamente los límites de más de un tipo de fármaco.

¿Por qué importa tanto?

En personas con migraña u otras cefaleas primarias, el uso frecuente y sostenido de medicación aguda puede contribuir a que el dolor se vuelva cada vez más frecuente y a que aparezcan menos períodos completamente libres de cefalea.

Sensibilización central

La Dra. Goicochea explica que el sistema nervioso puede volverse más sensible: el umbral para desencadenar un nuevo episodio baja y puede hacer falta menos estímulo para que aparezca una crisis, o incluso no existir un gatillo aparente.

PARTE 2

Un círculo que se puede romper

Puede aparecer una secuencia paradójica: más dolor, más medicación, mayor frecuencia de dolor y todavía más necesidad de rescates. La respuesta a los medicamentos también puede volverse menos satisfactoria.

“Si no tomo nada, me sigue doliendo”

La persona no se medica porque quiere hacerlo: se medica porque necesita funcionar. Por eso, simplemente decir “dejá los analgésicos” suele ser insuficiente.

El primer paso es confirmar el diagnóstico y entender por qué la frecuencia está aumentando. Educarnos sobre la condición y cómo tratarla también influye mucho. Hay múltiples estudios sobre el claro beneficio de conocer en profundidad nuestra salud para tener mejores resultados.

Prevenir para necesitar menos rescates

Cuando la migraña aparece aproximadamente un día por semana o más, puede ser necesario evaluar una estrategia preventiva. El objetivo es disminuir la frecuencia de las crisis y, como consecuencia, reducir la necesidad constante de medicación aguda.

¿Y los gepantes?

Con la evidencia disponible hasta ahora, no se ha demostrado que el uso agudo de gepantes produzca cefalea por sobreuso de la misma manera que ocurre con otros tratamientos tradicionales. La estrategia, de todos modos, debe individualizarse.

No esperes al uso diario

Si necesitás rescates varias veces por semana, cada vez requerís más medicación o lo que antes funcionaba ya no controla igual el dolor, es momento de consultar y revisar el plan.

TRES IDEAS PARA LLEVARTE

- 1 Para hablar de sobreuso contamos días de medicación, no comprimidos.
- 2 Los límites cambian según el tipo de fármaco.
- 3 La salida no es soportar el dolor: es diagnosticar mejor y prevenir para necesitar menos rescates.



TRATAR

05

Nuevos tratamientos para prevenir la migraña: ¿qué cambió en los últimos años?

Dra. Natalia Larripa

Médica Neuróloga formada en UBA · Staff del Hospital Universitario Austral · Servicio de Cefaleas de FLENI Belgrano y Escobar · Miembro del Grupo de Trabajo de Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina.

“Esto nos permite avanzar hacia una medicina personalizada”

El gran cambio no es solamente que existan más medicamentos: hoy conocemos mejor la biología de la migraña y podemos elegir entre opciones con mecanismos, formas de administración y perfiles muy diferentes.



SOBRE LA ESPECIALISTA

Médica Neuróloga, egresada de la UBA. Realizó su residencia en Neurología en el Hospital Ramos Mejía. Actualmente trabaja en Hospital Austral y en el Servicio de Cefaleas de FLENI. Es miembro del Grupo de trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina, la Asociación Latinoamericana de Cefaleas y de la International Headache Society.

De medicamentos “prestados” a tratamientos específicos

Durante muchos años se utilizaron preventivos que habían sido desarrollados originalmente para hipertensión, epilepsia o depresión y luego demostraron reducir las crisis. Siguen siendo útiles, pero en los últimos años aparecieron tratamientos diseñados específicamente para la biología de la migraña.

¿Qué es el CGRP?

Es una molécula que participa en los mecanismos de generación y amplificación del dolor migrañoso. Entender su papel permitió desarrollar fármacos que intentan bloquear esa señal y de esa manera reducir la intensidad, duración y frecuencia de las crisis de migraña.

Anticuerpos monoclonales

Son moléculas grandes, diseñadas para unirse al CGRP o a su receptor e impedir que la señal se transmita. Tienen acción prolongada y suelen administrarse mediante inyecciones con intervalos amplios, lo que evita la toma diaria.

Gepantes

Son moléculas pequeñas que bloquean el receptor del CGRP y, en los tratamientos disponibles, pueden administrarse por vía oral. Su duración es menor que la de los anticuerpos, por lo que requieren una administración más frecuente.

No son lo mismo

Ambos grupos actúan sobre la misma vía, pero tienen tamaños, vías de administración, duración e indicaciones diferentes. Algunos gepantes, además, pueden utilizarse tanto en prevención como para tratar una crisis.

¿Dónde entra la toxina botulínica?

La toxina botulínica es una herramienta preventiva indicada fundamentalmente en migraña crónica. Se aplica siguiendo un protocolo estandarizado llamado PREEMPT, con puntos definidos en cabeza, cuello y hombros.

La respuesta puede necesitar tiempo

No todos los pacientes responden desde la primera aplicación. En toxina botulínica se suelen planificar varias sesiones separadas por aproximadamente tres meses antes de evaluar definitivamente la respuesta.

Ya no contamos solamente días de dolor

La decisión terapéutica considera frecuencia, duración e intensidad de las crisis, pero también discapacidad, síntomas entre crisis y necesidad de medicación de rescate.

Las preferencias importan

Algunas personas prefieren evitar agujas; otras prefieren no tomar una medicación todos los días. También deben considerarse enfermedades asociadas, interacciones, tolerabilidad y respuesta a tratamientos previos.

Más opciones, más personalización

El objetivo no es elegir automáticamente lo más nuevo, sino encontrar la opción con mejor relación entre eficacia, tolerabilidad, accesibilidad y preferencias para esa persona en particular.

TRES IDEAS PARA LLEVARTE

- 1 Hoy existen tratamientos diseñados específicamente para la migraña.
- 2 Anticuerpos, gepantes y toxina botulínica tienen indicaciones y formas de uso diferentes.
- 3 No existe un preventivo ideal para todos: la decisión debe ser personalizada.

03

VIVIR

Mirar más allá del dolor: cuello, movimiento, emociones y calidad de vida.

Preguntas de pacientes · Respuestas de especialistas



VIVIR

06

Migraña y dolor de cuello: ¿el problema está realmente en las cervicales?

Dra. Analía Soria

Médica Neuróloga · Integrante del Grupo de Trabajo de Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina · Actividad asistencial y docente en Tucumán.

“A veces la migraña ya comenzó y el dolor cervical es una de las primeras manifestaciones”

Que el cuello duela no significa automáticamente que “las cervicales provoquen la migraña”. Las vías del dolor de cabeza y del cuello están conectadas, y la rigidez cervical puede ser parte de la propia crisis.



SOBRE LA ESPECIALISTA

Médica Neuróloga dedicada especialmente a cefaleas. Participa en actividades de formación y difusión desde Tucumán y en Red Cefaloca. Es miembro del Grupo de trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina, la Asociación Latinoamericana de Cefaleas y de la International Headache Society.

¿Por qué migraña y cuello están tan relacionados?

Las vías nerviosas que reciben información de la cabeza y de la parte superior del cuello convergen en zonas comunes del sistema nervioso. Por eso, durante una crisis el dolor puede sentirse en frente, sienes, alrededor de los ojos, nuca y cuello.

El cuello puede doler antes que la cabeza

En algunas personas, la rigidez o la sensación de “cuello cargado” aparece antes del dolor de cabeza. Puede formar parte de los prodromos, esos síntomas tempranos que avisan que una crisis ya se está poniendo en marcha.

Aprender a conocerse

Si una persona nota repetidamente que primero aparece rigidez cervical y luego la migraña, puede reconocer ese síntoma como parte de su patrón. Lo mismo ocurre con cansancio, bostezos, cambios de ánimo o antojos.

¿Cuándo una cefalea realmente viene del cuello?

La cefalea cervicogénica se origina en estructuras cervicales. Puede sospecharse cuando el dolor comienza claramente atrás, existe limitación de la movilidad y ciertos movimientos o posiciones aumentan de manera reproducible el dolor.

No son lo mismo

En la migraña, el dolor cervical puede formar parte de la enfermedad. En la cefalea cervicogénica existe una relación más directa con estructuras del cuello. Diferenciarlas evita tratamientos innecesarios.

¿Qué papel tiene la postura?

La postura por sí sola no explica la migraña. Pasar muchas horas frente a una computadora o celular puede generar fatiga y dolor muscular, y esa molestia adicional puede aumentar la carga de síntomas en alguien con migraña.

Más importante que la “postura perfecta”

Para la Dra. Soria, muchas veces el problema cotidiano es menos estar “mal sentado” y más permanecer demasiado tiempo en una misma posición. Cambiar de postura, hacer pausas y adaptar la altura de la pantalla puede ser más útil que perseguir una postura rígida.

¿La kinesiología ayuda?

Sí, especialmente si hay rigidez, dolor muscular o limitación del movimiento. Puede mejorar flexibilidad, resistencia y confianza para moverse. Pero no “acomoda las cervicales” ni cura por sí sola la migraña.

Actividad física como parte del abordaje

El ejercicio forma parte del tratamiento no farmacológico, junto con sueño, hábitos, manejo de crisis y, cuando corresponde, prevención. Durante una crisis intensa puede ser necesario disminuir la actividad, pero fuera de ella el movimiento regular es beneficioso.

Diagnosticar antes de tratar

No todo dolor cervical necesita imágenes ni todo dolor de cuello causa migraña. Entender qué pertenece a la migraña y qué puede corresponder a un problema cervical permite elegir una estrategia más adecuada.

TRES IDEAS PARA LLEVARTE

- 1 El dolor de cuello es frecuente en la migraña y puede aparecer incluso antes del dolor de cabeza.
- 2 Tener dolor cervical no significa automáticamente que la causa sean “las cervicales”.
- 3 Movimiento, ejercicio y kinesiología pueden ayudar como parte de un abordaje integral.



VIVIR

07

Cefalea crónica y salud mental: ¿el dolor es psicológico?

Dra. Bibiana Saravia

Médica Neuróloga · Extensa trayectoria en el Gabinete de Cefaleas del Hospital Ramos Mejía · Integrante del ámbito de cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina.

“No podemos decir que esto es de causa psicológica”

Ansiedad, depresión y cefalea crónica pueden aparecer juntas. Eso no significa que el dolor sea imaginario ni que la persona lo esté generando. Dolor y salud mental pueden influirse mutuamente y ambos merecen ser atendidos.



SOBRE LA PERSONA ENTREVISTADA

Médica Neuróloga con extensa trayectoria dedicada a cefaleas, históricamente vinculada al Gabinete de Cefaleas del Hospital Ramos Mejía y a actividades científicas y educativas en este campo. Es miembro del Grupo de trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina, la Asociación Latinoamericana de Cefaleas y de la International Headache Society.

PARTE 1

¿Por qué hablar de salud mental?

Cuando el dolor se vuelve frecuente, empieza a interferir con trabajo, descanso, relaciones y actividades. En ese contexto es común encontrar síntomas de ansiedad o depresión, y a veces el paciente está tan concentrado en controlar el dolor que no registra cuánto cambió su estado emocional.

La cefalea no es “psicológica”

La migraña y otras cefaleas primarias son enfermedades reales, con mecanismos biológicos propios. Tener ansiedad, depresión o estrés no significa inventar, exagerar ni generar voluntariamente el dolor.

¿Qué aparece primero?

No siempre hay una respuesta única. Algunas personas tienen migraña muchos años antes de presentar ansiedad; en otras, ambos problemas conviven desde antes. Cuando el dolor es impredecible y frecuente, la preocupación por la próxima crisis puede aumentar la carga emocional.

La salud mental puede modificar la experiencia

Sueño, estrés, ánimo, preocupaciones y la forma de afrontar el dolor forman parte de la experiencia global de una enfermedad crónica. Abordarlos no desacredita el diagnóstico: lo vuelve más completo.

Cuando el dolor ocupa cada vez más espacio

Reducir actividades, dormir peor, abandonar cosas que se disfrutaban o vivir anticipando la siguiente crisis son señales de que el impacto emocional también necesita ser evaluado.

¿Cuándo pedir ayuda?

No hace falta esperar a estar desbordado. Cambios persistentes del ánimo, ansiedad difícil de manejar, alteraciones del sueño, aislamiento, pérdida de motivación o afectación marcada de la vida cotidiana son motivos válidos para conversar con el equipo tratante.

¿Qué puede aportar la psicoterapia?

Puede ofrecer herramientas para afrontar dolor crónico, reconocer factores que aumentan la carga y recuperar progresivamente espacios de vida que la enfermedad fue ocupando. El objetivo no es convencer al paciente de que el dolor no existe.

¿Y Psiquiatría?

Cuando los síntomas de ansiedad o depresión lo requieren, puede ser necesario sumar una evaluación psiquiátrica e integrar medicación específica con el tratamiento neurológico.

Un abordaje interdisciplinario

Neurología trabaja sobre diagnóstico, crisis, prevención y uso de medicación. Psicología y psiquiatría pueden acompañar el impacto emocional. Sueño, hábitos, actividad física y consumo de analgésicos también forman parte del plan.

El dolor es real. Su impacto emocional también

No es necesario elegir entre una explicación neurológica y una emocional. Una persona puede tener una enfermedad neurológica real y, al mismo tiempo, sufrir ansiedad o depresión como parte de la carga que implica convivir con dolor frecuente.

TRES IDEAS PARA LLEVARTE

- 1 Tener ansiedad o depresión no significa que la cefalea sea psicológica.
- 2 Dolor y salud mental pueden influirse mutuamente.
- 3 Neurología, psicología y psiquiatría pueden trabajar juntas para mejorar calidad de vida.

04

ETAPAS DE LA VIDA

La migraña cambia con la edad y con momentos particulares de la vida. El tratamiento también debe adaptarse.

Preguntas de pacientes · Respuestas de especialistas



ETAPAS DE LA
VIDA

08

Migraña durante el embarazo: ¿qué cambia y cuándo debemos consultar?

Prof. Dr. Daniel Doctorovich

Doctor en Medicina · Neurólogo · Profesor de Neurología de la
Universidad de Buenos Aires · Extensa trayectoria en cefaleas del
Hospital Italiano de Buenos Aires.

*“No es que la migraña
modifica el embarazo, sino
que el embarazo modifica la
migraña”*

El embarazo puede cambiar de manera importante el comportamiento de la migraña. Muchas mujeres mejoran, otras continúan con crisis y algunas presentan síntomas nuevos que necesitan evaluación. Planificar el tratamiento es parte del cuidado.



SOBRE EL ESPECIALISTA

Doctor en Medicina y Neurólogo, profesor de Neurología en la UBA. Referente en cefaleas, con extensa trayectoria asistencial y docente. Es miembro del Grupo de trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina, la Asociación Latinoamericana de Cefaleas y de la International Headache Society.

¿Por qué cambia la migraña?

Las hormonas sexuales, especialmente los estrógenos, influyen sobre mecanismos cerebrales relacionados con la migraña. Durante el embarazo, esos cambios hormonales pueden modificar la frecuencia y la forma de las crisis.

Muchas mujeres mejoran

Según explica el Dr. Doctorovich, una proporción importante de mujeres con migraña sin aura mejora durante el embarazo e incluso puede dejar de tener crisis por un tiempo. En quienes tienen migraña con aura, la evolución puede ser menos predecible.

¿Puede empezar durante el embarazo?

Sí. Una persona que nunca había tenido migraña puede presentar sus primeras crisis en esta etapa. Una cefalea nueva, especialmente si se acompaña de síntomas visuales o neurológicos, merece una evaluación cuidadosa para descartar otras causas.

Planificar antes de buscar el embarazo

Si una persona utiliza tratamientos para migraña, conviene revisar previamente con neurología y obstetricia qué medicamentos necesita, cuáles pueden mantenerse y cuáles deberían modificarse. No se trata de suspender todo por cuenta propia.

Las crisis se pueden tratar

Una mujer embarazada no debería quedar sufriendo una crisis intensa simplemente porque está embarazada. Existen opciones que pueden considerarse según el momento del embarazo, la intensidad y los antecedentes. El paracetamol y el sumatriptán son mencionados por el especialista entre las alternativas con mayor experiencia de uso.

¿Qué pasa si la crisis es muy intensa?

Algunas crisis requieren atención en guardia, hidratación o medicación intravenosa para el dolor, las náuseas y los vómitos. Si las crisis se vuelven frecuentes también puede ser necesario discutir prevención.

Después del parto y durante la lactancia

La migraña puede volver después del embarazo. Existen medicamentos que pueden considerarse durante la lactancia; la estrategia debe planificarse con el equipo tratante y no es necesario abandonar automáticamente la lactancia por necesitar tratamiento.

¿Cuándo consultar rápido?

Un dolor nuevo, mucho más intenso de lo habitual, súbito, acompañado de síntomas neurológicos, alteraciones visuales nuevas o hipertensión durante el embarazo requiere evaluación. Preeclampsia, eclampsia y algunas causas vasculares pueden presentarse con cefalea.

¿Se pueden hacer estudios?

Si existe una indicación médica, el embarazo no debería impedir estudiar una cefalea. La resonancia magnética sin contraste y, cuando corresponde, estudios vasculares por resonancia son herramientas que pueden utilizarse para descartar determinadas causas.

Planificar también es tratar

Llegar al embarazo con un plan claro —qué hacer en una crisis, qué medicamento utilizar, qué síntomas son de alarma y cuándo consultar— reduce incertidumbre y permite tratar mejor.

TRES IDEAS PARA LLEVARTE

- 1 La migraña puede cambiar durante el embarazo y muchas mujeres con migraña sin aura mejoran.
- 2 Una crisis durante el embarazo puede y debe ser tratada con un plan individualizado.
- 3 Un dolor nuevo o claramente diferente merece evaluación rápida.



ETAPAS DE LA
VIDA

09

¿Los chicos pueden tener migraña? Cómo reconocerla en la infancia

Dra. María Agustina Martini

Médica pediatra y Neuróloga infantil · Especialista en cefaleas y algias craneales · FLENI · Hospital Italiano de Buenos Aires · Hospital Alemán.

“Los niños pueden tener migraña. No es una excusa ni una exageración”

La migraña puede aparecer incluso en edad preescolar. En los más chicos, observar la conducta —dejar de jugar, buscar oscuridad, vomitar o querer dormir— puede ser tan importante como escuchar cómo describen el dolor.



SOBRE LA ESPECIALISTA

Médica egresada de la UCA, especialista en Pediatría y Neurología Pediátrica, con perfeccionamiento en cefaleas en FLENI. Realizó experiencias formativas en Vall d'Hebron, Boston Children's Hospital/Harvard y Phoenix Children's Hospital. Miembro de IHS, SNA, ICNA, SANI y SAP. Es miembro del Grupo de trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina y de la International Headache Society.

¿A qué edad puede empezar?

El dolor de cabeza puede aparecer a cualquier edad y la migraña incluso durante la etapa preescolar. No existe una edad mínima formal para el diagnóstico, aunque en niños pequeños reconocerla es más difícil porque todavía no pueden explicar con precisión lo que sienten.

La conducta también habla

Un chico de tres o cuatro años puede dejar de jugar, ponerse pálido o irritable, vomitar, buscar un lugar oscuro y silencioso o mejorar después de dormir. En pediatría, observar lo que hace durante el episodio es tan importante como la descripción del dolor.

¿Es frecuente?

Los estudios epidemiológicos estiman que afecta aproximadamente a uno de cada diez niños y adolescentes. Antes de la pubertad la frecuencia es similar entre varones y mujeres; durante la adolescencia comienza a predominar en mujeres.

No se presenta igual que en los adultos

En los chicos las crisis pueden ser más cortas, el dolor es con mayor frecuencia bilateral y suele localizarse en frente o sienes. La localización de un solo lado se vuelve más habitual hacia la adolescencia.

Más que dolor de cabeza

Durante una crisis pueden aparecer náuseas, vómitos, palidez, sensibilidad a la luz, sonidos u olores, mareo, dolor abdominal, visión borrosa o sensibilidad del cuero cabelludo. El movimiento suele aumentar el malestar y por eso el niño deja de jugar o correr.

¿Pueden tener aura?

Sí, aunque la mayoría no la presenta. Puede haber cambios visuales, hormigueos o dificultad transitoria para encontrar palabras. Un primer episodio, un aura muy atípica o prolongada o acompañada de pérdida de fuerza merece evaluación médica rápida.

La escuela: ausentismo y presentismo

No sólo cuentan los días que faltan. Un chico puede estar en el aula con dolor, náuseas, fotofobia y dificultad para pensar, funcionando muy por debajo de sus posibilidades. Esto puede confundirse con desinterés o bajo rendimiento.

Deporte y vida social

Durante la crisis es razonable detener la actividad física, pero fuera de ella no debería prohibirse el ejercicio. El objetivo es tratar la migraña para que el chico participe, no quitarle todas las actividades preventivamente. También importan cumpleaños, salidas y encuentros con amigos.

¿Cuándo consultar?

Cuando los dolores se repiten, aumentan, interfieren con escuela, sueño, deporte o vida social, o requieren analgésicos con frecuencia. No hace falta esperar a que la cefalea sea diaria.

¿Qué requiere evaluación urgente?

Dolor súbito y explosivo, debilidad, dificultad para hablar, confusión, desmayo, movimientos anormales, visión doble, alteraciones del equilibrio, fiebre con rigidez de nuca, traumatismo importante o un patrón nuevo que progresa claramente son señales para acelerar la consulta.

TRES IDEAS PARA LLEVARTE

- 1 Los chicos también pueden tener migraña, incluso en edad preescolar.
- 2 En pediatría, observar la conducta puede ser tan importante como preguntar por el dolor.
- 3 El objetivo es que la migraña interfiera cada vez menos con la escuela, el deporte y la vida social.

SEGUIMOS CONVERSANDO

Cada semana, una nueva pregunta y una nueva voz experta en el Blog de AMyCA.

Suscribite para recibir las próximas entrevistas

www.amyca.ar/blog

Material educativo dirigido a población general. No reemplaza una consulta médica ni constituye una indicación terapéutica individual. Los contenidos fueron elaborados a partir de entrevistas realizadas por AMyCA y editados para facilitar su lectura, preservando el sentido de las respuestas de cada profesional.

**Dirección editorial
Asociación Migraña y Cefaleas Argentina**

Educación · Acompañamiento · Concientización