[Tratamiento de migraña en niños y adolescentes]



[Módulo de Neurología Pediátrica]

Autoría: Patricia Luis Herrera, Rocío Jadraque Rodríguez, Francisco Gómez Gosálvez

Fecha de revisión: noviembre 2026

Fecha de consenso e implementación: noviembre 2026

Fecha prevista de revisión: 5 años (o actualización previa relevante)

Nivel de aplicación: R1-R4

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

Índice:

A. INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN.

B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN

C. OBJETIVOS

D. PROTOCOLO

D.1. TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA

D.2. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO

E. BIBLIOGRAFÍA

F. ANEXOS

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

A. INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN.

La cefalea es frecuente motivo de consulta en los servicios de urgencias pediátricas y en la consulta de pediatría, y frecuente motivo de ingreso hospitalario. La cefalea es un síntoma muy inespecífico, y la mayor parte de las cefaleas recurrentes en la infancia son tensionales o migrañosas. Ante un paciente con cefalea, una historia clínica detallada junto a una exploración física y neurológica permitirá en la mayoría de los casos orientar el diagnóstico. El pediatra de Atención Primaria debe identificar la migraña en la infancia e indicar el tratamiento a dosis adecuadas, tanto en el momento agudo, como de forma preventiva si esto estuviera indicado.

Aunque el objetivo de este protocolo sea la guía en el tratamiento de la migraña aguda y crónica, es fundamental tener presente que **la cefalea primaria más frecuente en edad pediátrica es la cefalea tensional** (el 30% de los niños la padece en algún momento). Se define como una cefalea opresiva, bilateral, de intensidad leve-moderada y de duración muy variable (30 minutos-7 días). No asocia náuseas o vómitos ni empeora con la actividad física, aunque es posible la sono- o fotofobia (pero no ambas). Generalmente está asociada a desencadenantes de tipo psicógeno (estrés). Su tratamiento farmacológico agudo se basa en el uso de AINEs, mientras que en el tratamiento profiláctico de la misma el fármaco de elección es la amitriptilina.

La **migraña** constituye la segunda cefalea primaria más frecuente en edad pediátrica, con una prevalencia entre el **1- 3% en niños entre 3 y 7 años**, y aumenta con la edad llegando al **8-23% en adolescentes**.

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN

La **migraña crónica** se define como **>15 días con episodios de cefalea en un período de 3 meses**, siendo al menos 8 de los mismos de características migrañosas.

- **Migraña sin aura**. Es el tipo de migraña más frecuente en la infancia. Se define según los siguientes criterios diagnósticos:

  a. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.

  b. Episodios de cefalea de 4-72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito)*.

  c. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:

  1. Localización unilateral.
  2. Carácter pulsátil.
  3. Dolor de intensidad moderada o grave.
  4. Empeora con o impide llevar a cabo la actividad física habitual.

  d. Al menos uno de los siguientes síntomas durante la cefalea:

  1. Náuseas y/o vómitos.
  2. Fotofobia y fonofobia

* La duración de los episodios suele ser más corta que en los adultos. Según los criterios ICHD-3, se admite que las crisis de migraña pueden durar entre 2-72 horas, aunque algunos autores admiten duraciones aún más breves (30-60 minutos).

- **Migraña con aura**. El aura aparece en un 14-30% de los episodios de migraña en la infancia y adolescencia. Se define como síntomas neurológicos reversibles que acompañan a una cefalea migrañosa. Por lo general, el aura precede a la migraña (30-60 minutos), aunque ocasionalmente aparece durante el episodio o incluso de manera aislada (aura sin cefalea). Un aura de duración superior a 60 minutos no es habitual y requerirá un estudio detallado. Los criterios diagnósticos ICDH-3 de migraña con aura son:

  a. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B y C.

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

b. Uno o más de los siguientes síntomas de aura completamente reversibles:

1. Visuales
2. Sensitivos
3.De habla o lenguaje
4. Motores
5. Troncoencefálicos
6. Retinianos

c. Al menos tres de las siguientes seis características:

1. Propagación gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período ≥5 min.
2. Se suceden dos o más síntomas de aura.
3. Cada síntoma de aura tiene una duración de 5-60 minutos.
4. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral.
5. Al menos uno de los síntomas de aura es positivo.
6. El aura está acompañada de, o le sucede en los siguientes 60 minutos, una cefalea.

d. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-3.

- **Síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña / equivalentes migrañosos**. Se trata de un conjunto de trastornos que ocurren mayoritariamente en la edad pediátrica, en niños que padecen migraña o alta probabilidad de padecerla.
  - Trastorno gastrointestinal recurrente
  - Síndrome de vómitos cíclicos
  - Migraña abdominal
  - Tortícolis paroxística benigna
  - Vértigo paroxístico benigno

- **Estatus migrañoso**. Crisis de migraña debilitante que se prolonga > 72 horas.

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

C. OBJETIVOS

1. Recoger las herramientas terapéuticas ambulatorias y hospitalarias para el tratamiento de la migraña aguda
2. Algoritmo de manejo de crisis migrañosa en UPED
3. Recoger las herramientas terapéuticas para el tratamiento de la migraña crónica
4. Actualización sobre medidas recientemente instauradas o en vías de aprobación para la profilaxis de la migraña

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

D. PROTOCOLO

D.1. TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA

Tratamiento no farmacológico: mantener ambiente tranquilo y oscuro

Tratamiento farmacológico:

1. **Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):** primera línea de tratamiento en la crisis de migraña aguda. Su toma ha de ser precoz, al inicio de la cefalea / el aura.

	Dosis habitual	Consideraciones
Ibuprofeno	10 mg/kg c/6-8 horas	· **Fármaco de elección** · Máximo 40 mg/kg/día (o 2400 mg/día) · Disponible en solución oral en sobres
Paracetamol	10-15 mg/kg c/6-8 horas	· Máximo 60 mg/kg/día (VO 2600 mg/24 h) · Disponible en comprimidos bucodispersables (325 mg/500 mg), útiles para administración precoz
Metamizol	10-20 mg/kg c/6-8 horas	Máximo 575 mg/dosis
Naproxeno	5-7 mg/kg c/8-12 horas	Máximo 15 mg/kg/día
Dexketoprofeno	12,5 mg/4-6 horas o 25 mg cada 8 h	· Uso *off-label* en adolescentes · Máx. 75 mg/día · Disponible en solución oral en sobres

2. **Triptanes**: si la primera línea de tratamiento no es efectiva, se recomienda el uso de triptanes. Consideraciones a tener en cuenta:
    - Solo usar en casos de diagnóstico claro de migraña, evitar en migraña basilar, hemipléjica u oftalmopléjica.
    - Pueden usarse a partir de los 6 años de edad.
    - Si la cefalea reaparece en menos de 24 horas, se puede repetir una segunda dosis con un intervalo mínimo de 2 horas de separación con la dosis previa. Si no hay respuesta a la primera dosis, no debe administrarse una segunda dosis para la misma crisis.

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

	Dosis habitual	Consideraciones
Sumatriptán	· Intranasal: 10 mg en una fosa · Subcutáneo: 6 mg	· > 12 años · Disponible para su uso en UPED de forma intranasal (10mg) y SC (6 mg), aunque de esta última no existen datos de seguridad en <18 años
Rizatriptán	· <40 kg: 5 mg · >40 kg: 10 mg	· > 6 años · Disponible para uso en UPED en forma de comprimidos bucodispersables de 10 mg

3. **Antieméticos.** En caso de asociación de náuseas/vómitos.

	Dosis habitual	Consideraciones
Ondansetrón	·8-15 kg: 2 mg. ·15-30 kg: 4 mg. ·>30 kg: 8 mg.	Precaución en administrar en pacientes con QT alargado u otros fármacos que puedan alargar el QT
Domperidona	· <35 kg: 0,25 mg/kg c/8h · >35 kg: 10 mg c/8 horas	Máximo: 30 mg/día

4. **Oxigenoterapia**. El nivel de evidencia sobre la efectividad de la oxigenoterapia (tanto de bajo como de alto flujo) para el tratamiento de las crisis agudas de migraña es **bajo**. Actualmente, por tanto, no existe evidencia suficiente para recomendar su uso, si bien es un tratamiento **relativamente seguro y accesible** desde urgencias hospitalarias. La indicación de oxígeno en la literatura sí que está recogida para pacientes con un diagnóstico de cefalea en racimos (administrar al 100% y al menos a 12 litros por minuto).
5. **Corticoides.** En caso de **estatus migrañoso** (crisis de migraña que se prolongan >72h a pesar de tratamiento), puede considerarse la administración de una **dosis única de dexametasona o metilprednisolona intravenosa** (1,5-2 mg/kg de MTP, máx 10 mg) podrían aliviar la cefalea y reducir el riesgo de recurrencia, aunque no existe suficiente evidencia de su eficacia. Si existe respuesta, **continuar con ciclo corto de 3 días de corticoterapia**.

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

Algoritmo de tratamiento de la crisis migrañosa en urgencias: Anexo 1

Criterios de ingreso:

- Estatus migrañoso o migraña con aura prolongada
- Paciente con mal control del dolor a pesar de analgesia IV
- Pacientes con vómitos y sin tolerancia oral a líquidos

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

D.2. TRATAMIENTO PROFILÁCTICO

Tratamiento no farmacológico. La primera línea de tratamiento profiláctico de la migraña se basa en medidas no farmacológicas, siendo las más importantes una adecuada **higiene de sueño y un horario de comidas establecido**, ya que está se ha probado que la mala rutina de sueño o alimentación aumentan la frecuencia de las crisis de migraña.

Por otro lado, algunos estudios realizados en adultos sugieren que la realización de **ejercicio aeróbico** de forma regular reduce la frecuencia de los episodios y el **aumento de la ingesta de agua diaria** disminuye la severidad de los mismos.

Dentro del tratamiento no farmacológico, es importante mencionar el papel de la **terapia cognitivo-conductual**, asociada o no a medicación, como tratamiento profiláctico de la migraña, ya que ha demostrado evidencia en edad pediátrica.

Tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico profiláctico de la migraña en edad pediátrica está indicado cuando el paciente presenta **>1 episodio por semana o >4 episodios al mes** con baja efectividad del tratamiento agudo.

<u>Fármacos más utilizados en la unidad</u>:

- **Flunarizina**: aunque existen pocos estudios al respecto, la flunarizina parece tener mayor efectividad que el placebo en los estudios realizados en edad pediátrica hasta el momento.
    - Dosis: 1 comprimido de 5 mg cada 24 horas por la noche.
    - Presentación: comprimidos de 5 mg
    - Efectos adversos principales: somnolencia y aumento de apetito.

- **Amitriptilina**: en edad pediátrica, no existe evidencia consistente sobre su superioridad al placebo, aunque presenta mayor evidencia de efectividad en su uso concomitante junto a la terapia cognitivo-conductual.

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

- Dosis: 0,25 mg/kg/día al acostarse. Aumento de 0,25 mg/kg cada 2 semanas, hasta 1 mg/kg/ día, en toma única nocturna
- Efectos adversos: somnolencia, aumento del apetito y labilidad emocional.
- Valorar especialmente en pacientes con sintomatología ansioso-depresiva concomitante.

- **Topiramato**: no suele constituir la primera opción de tratamiento debido a sus efectos adversos. Además, no existe evidencia clara de su superioridad en monoterapia frente al placebo en edad pediátrica.
  - Dosis: 0,5-1 mg/kg/día c/12-24 horas. Máximo 100 mg/día
  - Efectos adversos: disminución apetito, somnolencia, dificultades en atención, cambio en el comportamiento
  - Valorar especialmente en pacientes con comorbilidad con epilepsia u obesidad de alto grado

- **Melatonina:** evidencia muy escasa de su beneficio, pero es un fármaco muy bien tolerado y con escasos efectos secundarios. A valorar en familias que rechacen otras medicaciones o en relación de la migraña con alteraciones del sueño.
  - Dosis: 1-6 mg/día

<u>Otras opciones terapéuticas</u>:

- **Propranolol:**
  - Algunos estudios sugieren su utilidad también en la migraña abdominal
  - Dosis: 1-4 mg/kg/día en 2 dosis
  - Contraindicado en pacientes asmáticos.
  - Es necesario titular el tratamiento a su inicio y suspensión
  - Requiere de la toma de varias dosis diarias

- **Otros antiepilépticos**: debido a sus efectos secundarios no deben considerarse como primera opción, reservándose para pacientes con mal control con otros fármacos, obesidad de alto grado o comorbilidad con epilepsia.

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

- **Ác. valpróico**:
    - Dosis: 20-40 mg/kg/día c/12 horas. Máximo 1000 mg/día.
    - Efectos adversos: aumento de peso, caída del pelo, hepatotoxicidad, quistes ováricos, teratogenicidad, leucopenia, alteración del estado de ánimo…
    - Ha demostrado mayor efectividad que el placebo con alto grado de evidencia

- **Zonisamida:**
    - Dosis: 5-8 mg/kg/día c/12-24 horas. Máximo 500 mg/día
    - Efectos adversos: disminución del apetito, mareo, somnolencia, irritabilidad, dificultad en atención…

- **Ciproheptadina**: puede valorarse su uso en niños pequeños por su disponibilidad en solución oral.
    - Dosis: 4 mg/4-6 h
    - Presentación: solución oral y comprimidos
    - Efectos adversos: ganancia de peso y somnolencia

- **Coenzima Q:** evidencia de baja calidad sobre su beneficio. A valorar en familias que rechacen otras medicaciones.
    - Dosis: 5 mg/kg/día en 2 dosis
    - Efectos secundarios: molestias abdominales, diarrea.

- **Inyección de toxina botulínica.** En adultos, la inyección de toxina botulínica ha demostrado en ensayos clínicos aleatorizados disminuir la frecuencia de las crisis de migraña, sin embargo, **en niños existe una evidencia baja de su efectividad** para disminuir frecuencia, duración e intensidad de las crisis migrañosas. Por tanto, su eficacia NO ha sido probada en la infancia ni adolescencia, pero se recomienda valorar su uso en adolescentes que no han respondido al uso de tres fármacos diferentes en

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

monoterapia. Se administra intramuscular en diferentes puntos anatómicos de cráneo y cuello cada 3 meses.

- **Anticuerpos monoclonales antagonistas del CGRP: fremanezumab**. Aún no está aprobado en España para edad pediátrica pero ha sido recientemente aprobado por la FDA en niños a partir de los 6 años y 45 kg de peso, se administra mediante inyección subcutánea mensualmente. Este fármaco ha demostrado en ensayos clínicos controlados con placebo ser superiores al mismo.

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

E. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez N, González Acero A, Málaga Diéguez I. Cefalea en el niño y el adolescente. Protocolos actualizados al año 2022. 2022;1:115-124. Disponible en: https://static.aeped.es/12_4affa2f3c8.pdf
2. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. ISSN 2531-2464. Disponible en: https://www.aeped.es/comites/cm/pediamecum/principios-activos/sumatriptan. Consultado el 14 de octubre de 2026.
3. Bennett MH, French C, Schnabel A, Wasiak J, Kranke P, Weibel S. Normobaric and hyperbaric oxygen therapy for the treatment and prevention of migraine and cluster headache. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD005219. DOI: 10.1002/14651858.CD005219.pub3.
4. Rodríguez C, Lorente J. Protocolo de cefalea aguda en Urgencias [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2016 [citado 14 oct 2026]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/file/3412/download?token=iAtjT4Jb
5. Belvís R, Irimia P, eds. Manual de práctica clínica en cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la SEN 2026 [Internet]. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Editorial UFV; 2026. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/2026/Manual_Cefaleas_2026.pdf. [Citado 19 nov 2026].
6. Manual Clínico. Cefalea [Internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; [citado 14 oct 2026]. Disponible en: https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-pediatria/neurologia-urgencias-de-pediatria/cefalea-2/
7. Asociación Española de Pediatría (AEP). Pediamécum [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; [citado 19 nov 2026]. Disponible en: https://www.aeped.es/comites/cm/pediamecum
8. Hernández Fabián A, Ruíz-Ayúcar de la Vega I, Gómez Sánchez H. Cefalea y migraña en la infancia y adolescencia. Pediatr Integral [Internet]. 2020 [citado 19 nov 2026];24(7):393.e1-393.e17. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/xxiv07/05/n7-393e1-17_AranzazuHdez.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/xxiv07/05/n7-393e1-17_AranzazuHdez.pdf?utm_source=chatgpt.com)

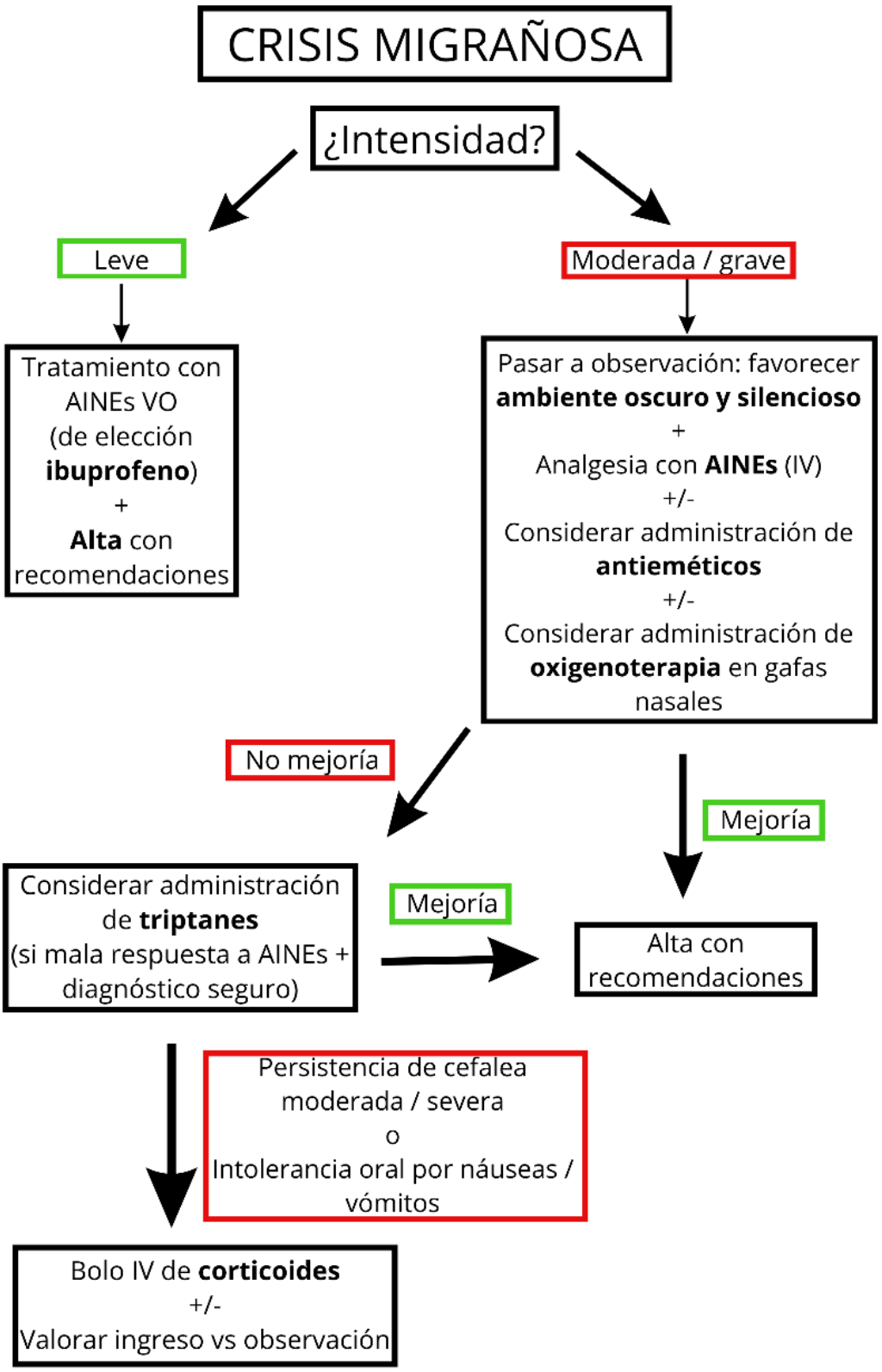
Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

9. Ciarambino T, Sansone G, Menna G, Para O, Signoriello G, Leoncini L, et al. Oxygen Therapy in Headache Disorders: A Systematic Review. Brain Sci [Internet]. 2021;11(3):379. doi:10.3390/brainsci11030379. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8002555/
10. Hershey AD, Powers SW, Coffey CS, Eklund DD, Chamberlin LA, Korbee LL, et al. Childhood and Adolescent Migraine Prevention (CHAMP) Study: A Double-blinded, Placebo-controlled, Comparative Effectiveness Study of Amitriptyline, Topiramate and Placebo in the Prevention of Childhood and Adolescent Migraine. Headache [Internet]. 2013;53(5):799-816. doi:10.1111/head.12105. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3637406/
11. Mack KJ. Preventive treatment of migraine in children. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc.; 2026 [revisado en septiembre de 2026; actualizado el 17 de abril de 2026; citado 19 nov 2026]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preventive-treatment-of-migraine-in-children

Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.

F. ANEXOS

Anexo 1. Protocolo de tratamiento de crisis migrañosa en urgencias.



Este documento es para el uso interno en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los autores y las Jefaturas de sección y servicio no se responsabilizan del uso que pueda hacerse de este documento fuera de nuestro ámbito de actuación.