

V. Mateos<sup>1</sup>  
S. I. Díaz-Insa<sup>2</sup>  
J. Morera<sup>3</sup>  
J. Porta<sup>4</sup>  
J. Pascual<sup>5</sup>  
J. Matías-Guiu<sup>4</sup>  
Comité científico  
del programa PALM

# Manejo de la migraña en las consultas de neurología en España: resultados del programa PALM

<sup>1</sup>Servicio de Neurología  
Hospital Universitario Central  
Asturias (Oviedo)  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna  
Hospital Francisc de Borja  
Gandía (Valencia)

<sup>3</sup>Servicio de Neurología  
Hospital de San Vicente  
Sant Vicent de Raspeig (Alicante)  
<sup>4</sup>Servicio Neurología  
Hospital Clínico San Carlos  
Madrid

<sup>5</sup>Servicio de Neurología  
Hospital Clínico Universitario  
Salamanca

**Introducción.** La migraña es una enfermedad neurológica prevalente que afecta aproximadamente al 12% de la población mundial. Este estudio se realizó dentro del programa Plan de Acción de Lucha contra la Migraña (PALM) para conocer las características de la labor del neurólogo en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad en España.

**Métodos.** Estudio transversal mediante una encuesta retrospectiva distribuida a los especialistas en neurología del territorio nacional en la que participaron 688 neurólogos.

**Resultados.** En opinión de los neurólogos encuestados, uno de cada cinco pacientes que acuden al neurólogo padece migraña. Un 70,5% de estos pacientes llegan derivados por el médico de atención primaria. Más de la mitad (59,5%) de los neurólogos considera que el diagnóstico de la migraña corresponde a los especialistas de atención primaria. Un 30,5% de los pacientes sufren migraña grave y un 45,7% recibe tratamiento profiláctico. El tratamiento sintomático más prescrito son los triptanes (58,3%).

**Conclusiones.** La migraña es uno de los principales motivos de asistencia en la consulta de neurología, siendo los pacientes con migraña grave un porcentaje importante. Los neurólogos consideran que la migraña produce una incapacidad considerable en los pacientes que la sufren. Asimismo, los triptanes son considerados como el mejor grupo terapéutico para el tratamiento sintomático de la migraña. Los neurólogos consideran necesaria una mayor información a los pacientes y a la población en general acerca de la migraña.

Palabras clave:  
Manejo. Migraña. Neurólogo. Encuesta. España.

*Neurol Supl 2007;3(4):7-14*

## Migraine management in neurology clinics in Spain: PALM study results

**Introduction.** Migraine is a neurological disorder that affects approximately 12% of the worldwide population. This study was performed within the PALM program to find out the characteristics of the neurologist role in the diagnosis and treatment of this disease in Spain.

**Methods.** A cross-sectional study was performed by means of a retrospective survey among 688 national neurology specialists.

**Results.** According to surveyed neurologists, one out of five patients that visit the neurologist suffers from migraine. More than 70% of these patients are referred by the primary care physician. More than one half (59.5%) of neurologists consider that migraine diagnosis belongs to primary care specialists. According to surveyed neurologists, 30.5% of patients suffer from severe migraine and 45.7% receive preventive treatment. Triptans are the most frequently (58.3%) prescribed acute treatment.

**Conclusions.** Migraine is one of the main reasons for visiting a neurology clinic, with severe migraine patients presenting in a high percentage. Neurologists consider that migraine produces a considerable disability among sufferers. Triptans are believed to be the best therapeutic option for acute migraine treatment. Finally, neurologists agree that patients and population at large need more information about migraine.

Key words:  
Management. Migraine. Neurology specialist. Survey. Spain.

## INTRODUCCIÓN

La migraña es la enfermedad neurológica por la que más frecuentemente se consulta a los especialistas en neurología, ya que afecta en torno al 12% de la población mundial y, a diferencia de la cefalea tensional, condiciona

Correspondencia:  
Jordi Matías-Guiu Guía  
Servicio de Neurología  
Hospital Universitario San Carlos  
Prof. Martín Lagos, s/n  
28040 Madrid  
Correo electrónico: mguiulist@gmail.com

un importante deterioro en la calidad de vida<sup>1,2</sup>. A pesar del grado de incapacidad que puede llegar a producir persisten dos problemas importantes, que son el infradiagnóstico y el infratratamiento de esta enfermedad, debidos, en parte, a que los pacientes que la sufren no acuden al médico o, si acuden, no reciben el tratamiento adecuado<sup>3</sup>. Además, entre los pacientes con migraña existe un alto porcentaje que se automedica con distintos tipos de analgésicos que no requieren prescripción médica.

La intensidad del dolor, los síntomas asociados a las crisis y su carácter imprevisible afectan a la calidad de vida del paciente en cuanto a sus relaciones familiares, laborales y sociales<sup>4,5</sup>. Además, la mayor prevalencia de la migraña coincide con los años de mayor productividad laboral, de los 25 a los 55 años, lo que aumenta su impacto socioeconómico<sup>1,2</sup>. Este impacto económico se debe principalmente al absentismo laboral y a la disminución de la productividad en la mayoría de los pacientes.

Hoy día no existe ningún tratamiento curativo de la migraña, pero existen tratamientos que pueden paliar las crisis y reducir su número e intensidad, lo que supone que un paciente con migraña bien tratado puede llevar una vida prácticamente normal. Para crisis de moderadas a intensas, el tratamiento de elección son los triptanes, y para crisis de leves a moderadas, el tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE)<sup>6</sup>. Los triptanes han demostrado su eficacia frente a las crisis de migraña y sus síntomas asociados; además, contribuyen a la normalización de la capacidad funcional del paciente<sup>7,8</sup>.

En los últimos años distintos estudios han puesto de manifiesto los efectos incapacitantes de la migraña<sup>4,5,9,10</sup>. Gracias a estos resultados tanto las instituciones como los distintos profesionales de la salud han puesto en marcha acciones que permitan la mejora de la asistencia sanitaria a los pacientes con migraña mediante programas de formación a pacientes y a facultativos. En España el programa Plan de Acción de Lucha contra la Migraña (PALM) tiene como objetivos: *a)* conocer el problema de la migraña en todas sus dimensiones; *b)* concienciar y sensibilizar sobre la importancia de esta patología, y *c)* formar a los agentes implicados para mejorar el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con migraña. Dentro del programa, el estudio aquí presentado tenía como objetivo conocer la prevalencia de la migraña en las consultas de neurología españolas, así como el diagnóstico y tratamiento que reciben los pacientes de migraña de los especialistas en neurología. Por último, se indagó acerca de la percepción de la enfermedad y de su impacto en la vida del paciente que tienen los neurólogos.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta retrospectiva a especialistas en neurología previa información por parte de la Sociedad Española de Neurología (SEN). La encuesta se distribuyó mediante la red comercial de Merck Sharp and Dohme (MSD) de España. Las encuestas se realizaron durante los meses de abril a julio de 2006 y los datos fueron recogidos mediante sobre franqueado.

Los cuestionarios consistían en 25 preguntas acerca de la demanda asistencial de los neurólogos y el diagnóstico de la migraña, de la asistencia sanitaria que demandan y reciben los pacientes, de los distintos tratamientos de esta enfermedad, de la calidad de vida y el impacto sociolaboral que esta enfermedad tiene en la vida del paciente. La encuesta también incluía una serie de preguntas que permitieron la clasificación del encuestado en relación al sexo, edad, años de ejercicio profesional, hábitat y localización geográfica. El gabinete de estudios sociológicos de Bernard Krief se encargó de la recogida de datos y de la estadística descriptiva presentada en este estudio.

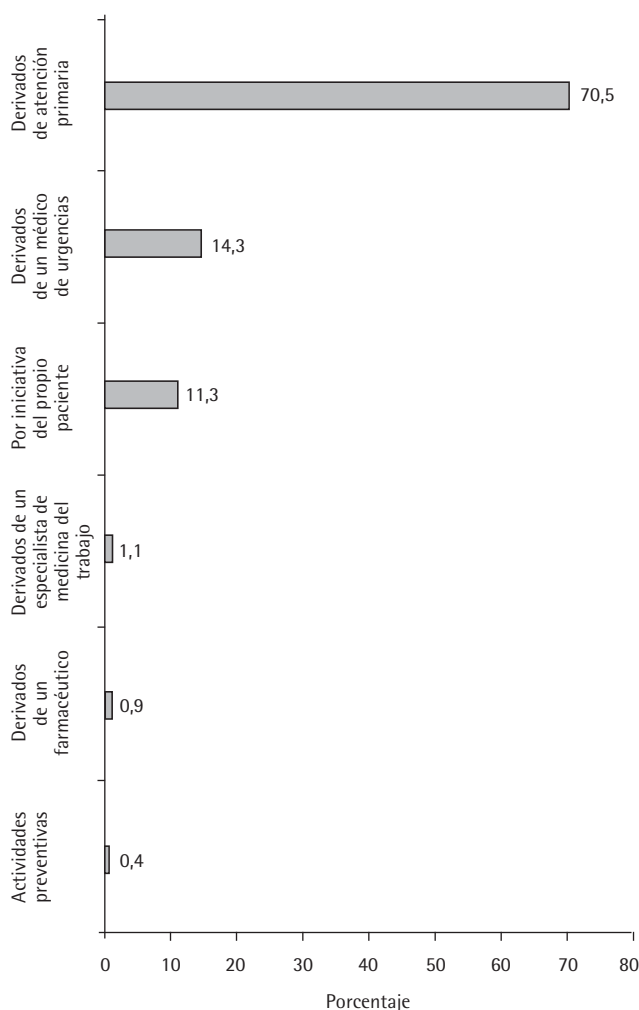
## RESULTADOS

El total de médicos especialistas en neurología que respondió a la encuesta fue de 688, de los cuales 250 eran mujeres y 406 hombres. La media de años en el ejercicio profesional de los neurólogos encuestados fue de 14 años, aproximadamente.

### La migraña en la consulta del neurólogo

En primer lugar se preguntó a los especialistas en neurología cuál es la prevalencia de las cefaleas y de la migraña en su consulta. Los resultados de la encuesta muestran que uno de cada tres pacientes que acudieron a la consulta de neurología en el último mes presentaba cefaleas (32,2%), mientras que el 19,3% padecía migraña. Los encuestados también reconocieron haber diagnosticado migraña a aproximadamente 13 pacientes nuevos en el último mes. Las mujeres (73,5%) y los menores de 65 años (82,3%) comprenden la mayoría de los pacientes de migraña atendidos en las consultas de neurología.

Según los encuestados, los pacientes que acuden a la consulta de neurología lo hacen por los siguientes motivos: *a)* falta de eficacia del tratamiento previo; *b)* incremento en la gravedad, frecuencia o características de la cefalea, y *c)* inicio migrañoso. Como se muestra en la figura 1, la ma-



**Figura 1** Procedencia de los pacientes de migraña atendidos por los neurólogos: percepción de los neurólogos de los porcentajes de pacientes atendidos en las consultas de neurología de acuerdo con su procedencia.

yoría (70,5%) de estos pacientes llegan derivados por un médico de atención primaria.

En cuanto al tiempo dedicado por los especialistas de neurología a los pacientes con sospecha de migraña en la consulta inicial, la media es de 23 min, aproximadamente. En el caso de los neurólogos, las consultas de seguimiento se realizan principalmente (55,4%) con una frecuencia de una visita al trimestre y mediante una visita cada 6 meses en un 23,7% de las ocasiones.

Con respecto a la información que tienen los pacientes con migraña de su enfermedad, los neurólogos encuestados estiman que un 32,8% de los pacientes solicitan una evaluación de su cefalea para determinar si es migrañosa y un

Tabla 1	Facultativo que debe realizar el diagnóstico de la migraña	
¿Quién debe realizar el diagnóstico de la migraña?	Médico de atención primaria (59,5%)	Neurólogo (37,9%)
¿Por qué razones?		
Porque es fácil de diagnosticar	90,9%	0,4%
Porque es difícil de diagnosticar	0,5%	2,8%
Por confirmar el diagnóstico con el especialista	—	75,1%
El especialista puede pedir pruebas complementarias	0,3%	6,7%
Otras razones	5,4%	6,6%

27,8% información sobre la migraña. La mitad de los especialistas en neurología (49,9%) considera este porcentaje bajo o muy bajo.

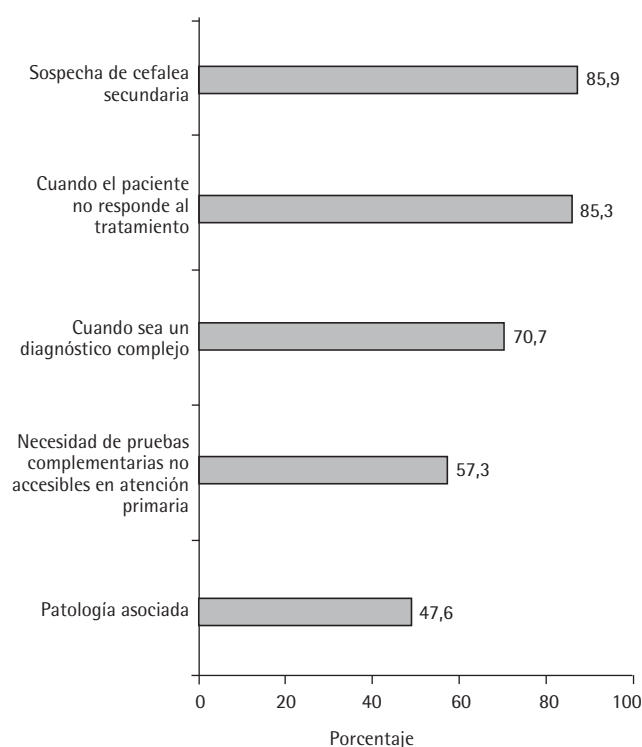
## Diagnóstico de la migraña

Más de la mitad de los neurólogos (59,5%) considera que el diagnóstico de la migraña corresponde al médico de atención primaria, mientras que el 37,9% lo considera labor del especialista en neurología. Los motivos se presentan en la tabla 1. En el caso de que el paciente sea diagnosticado en la consulta de atención primaria, los neurólogos consideran que ciertos pacientes de migraña deben ser derivados al especialista en neurología si se cumplen los criterios resumidos en la figura 2. En cuanto a las pruebas complementarias solicitadas, los neurólogos encuestados reconocen solicitar pruebas de imagen a un 45,9% de los pacientes con sospecha de migraña.

Los pacientes con migraña grave comprenden un 30,5% con respecto al total de pacientes con migraña atendidos en el último mes por los neurólogos. Los criterios más utilizados entre los neurólogos para considerar una migraña como grave son: *a)* la incapacidad funcional del paciente durante las crisis; *b)* la frecuencia de las crisis, y *c)* la intensidad del dolor de cabeza.

## Tratamiento de la migraña

La guía de atención continuada al paciente neurológico elaborada por la SEN recomienda la estrategia estratifi-



**Figura 2** Criterios para derivar a un paciente de migraña a la consulta de neurología. Opinión de los neurólogos sobre los criterios a seguir para derivar a un paciente de migraña al especialista en neurología. Pregunta de respuesta múltiple con porcentajes no acumulables.

cada como la mejor para el tratamiento de la migraña<sup>6</sup>. Esta guía también recomienda como fármacos de primera elección los AINE solos a una dosis fija para las migrañas de leves a moderadas, mientras que para las migrañas de moderadas a graves recomienda los triptanes, utilizando como vía de administración la que se considere más adecuada para cada paciente<sup>6</sup>. El 83,8% de los neurólogos encuestados reconoce utilizar este tipo de estrategia. Sin embargo, un 83,1% de los neurólogos reconoce no utilizar escalas clínicas para evaluar a sus pacientes. En cambio, el 56,7% de los médicos encuestados entregan diarios de crisis a sus pacientes.

En cuanto al tratamiento, el 58,5% de los encuestados prescribe más frecuentemente los triptanes para el tratamiento sintomático. Estos fármacos obtuvieron la mejor valoración en cuanto a su eficacia, posibilidad de retorno a la actividad normal y su rapidez de acción. Sin embargo, los AINE, fármacos de primera elección para las crisis leves, reciben una valoración menor con respecto a los triptanes en todos los aspectos menos en el coste, que reciben mejor valoración. Todos estos datos se resumen en la tabla 2.

La cefalea crónica por abuso de fármacos aparece como consecuencia del tratamiento inadecuado de la migraña. De acuerdo con los médicos encuestados, un 22,6% de los pacientes sufren cefalea crónica diaria por el abuso de fármacos, con los ergóticos (36,8%) y el paracetamol (14,7%) co-

**Tabla 2**

Porcentaje de prescripción de los tratamientos para la migraña y su valoración

Fármaco	Porcentaje de prescripción	Eficacia	Tolerabilidad	Retorno a la actividad normal	Rapidez de acción	Coste
Triptanes	58,5	++	+	++	++	±
AINE (excluyendo el metamizol) solo	28,9	+	+	±	±	+
AINE (excluyendo el metamizol) en combinación	4,8	+	±	±	+	+
Paracetamol	0,6	-	++	-	-	+
Metamizol (nolotil)	0,4	±	+	±	±	+
Otros analgésicos simples excluyendo el paracetamol	0,7	-	+	-	-	+
Ergóticos	1,0	+	±	±	±	+
Opiáceos	-	±	±	±	±	±

Basada en una escala de valoración de 10 puntos (0: baja eficacia, tolerabilidad, retorno, rapidez o coste; 10: alta eficacia, tolerabilidad, retorno, rapidez o coste). Representación de los intervalos: ---: valoración de 1-1,9; -: valoración de 2-3,9; ±: valoración de 4-5,9; +: valoración de 6-7,9; ++: valoración de 8-10. AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

mo los fármacos que con más frecuencia son responsables de este tipo de cefaleas.

Con respecto al tratamiento profiláctico, los neurólogos encuestados reconocen que un 45,7% de los pacientes con migraña reciben este tipo de tratamiento. Esta decisión se toma en función de la frecuencia, intensidad y duración de las crisis. Los fármacos más utilizados en este tipo de tratamiento son los betabloqueantes (84,9%), el topiramato (62,9%) y los calcioantagonistas (64,2%).

### Vivir con migraña: percepción del neurólogo

La última serie de preguntas tenía como objetivo averiguar la percepción que tienen los neurólogos de la vida de los pacientes con migraña. En este sentido, los neurólogos consideran que la migraña es una enfermedad discapacitante con un alto impacto en la vida del paciente. También consideran que una migraña correctamente diagnosticada y tratada en función de su incapacidad es coste-efectiva. De acuerdo con los neurólogos, una consecuencia del mal cumplimiento del tratamiento es el riesgo de cronificación de la enfermedad (tabla 3).

### DISCUSIÓN

La cefalea en general y, en particular, la migraña son enfermedades muy frecuentes en la labor asistencial de los neurólogos. De acuerdo con la opinión de los neurólogos encuestados en este estudio, uno de cada cinco pacientes que acuden a la consulta de neurología padecen migraña. Aproximadamente dos terceras partes de estos pacientes son mujeres, lo que refleja el mayor porcentaje de prevalencia de la migraña entre las mujeres de acuerdo con los resultados preliminares de la encuesta poblacional del estudio PALM y de otros estudios anteriores<sup>11-13</sup>.

Los resultados de este estudio de opinión de neurólogos y de médicos de atención primaria demuestran que los pacientes con migraña reciben poca información acerca de su enfermedad. Además, diversos estudios han demostrado que un elevado porcentaje de los pacientes que sufren migraña no están satisfechos con el tratamiento que reciben<sup>14,15</sup>. En esta línea, los resultados de un estudio realizado en Francia demuestran que casi el 80% de los pacientes con migraña no realiza un seguimiento médico, ya que los pacientes no consideran este seguimiento como un factor clave a la hora de mejorar su migraña<sup>16</sup>. Esta falta de información en lo relativo a la enfermedad puede estar relacionada con la ineficacia del tratamiento previo, que es uno de los principales motivos de consulta con el neurólogo. Por ello es necesario implementar acciones que permitan una mejor información

Tabla 3		Calidad de vida del paciente migrañoso y otras cuestiones relacionadas
Impacto en la calidad de vida del paciente	Grado de impacto	
Vida familiar	+	
Vida social	+	
Pérdida laboral	+	
Absentismo laboral	+	
Cuestión relacionada con la migraña	Grado de acuerdo o desacuerdo	
Una migraña diagnosticada y tratada correctamente en función de su incapacidad es coste efectiva (costes directos e indirectos)	++	
Una consecuencia del mal cumplimiento del tratamiento es el riesgo de cronificación de la enfermedad	++	
La población en general no conoce que esta patología es muy invalidante	+	
Los pacientes con migraña infravaloran las posibilidades de tratamiento	+	
Un elevado porcentaje de población que padece migraña no ha acudido nunca al médico	+	
Basada en una escala de valoración de 5 puntos (1: impacto muy bajo/poco de acuerdo, 5: impacto muy alto/muy de acuerdo). Representación de los intervalos; —: valoración de 1-1,9; -: valoración de 2-2,9; +: valoración de 3-3,9; ++: valoración de 4-5.		

de los pacientes acerca de las distintas opciones disponibles para su tratamiento.

Según establecen los criterios de la International Headache Society (IHS)<sup>17</sup>, el diagnóstico de la migraña se basa únicamente en la historia clínica, lo que significa que la descripción del dolor de cabeza y los síntomas asociados por parte del paciente deben ser suficientes para que el médico establezca su diagnóstico, una vez se hayan descartado otras posibles entidades. De hecho, son muy pocas las ocasiones en las que se requiere realizar pruebas complementarias, y en ningún caso estas pruebas confirmarán el diagnóstico de migraña, sino que excluirán otras posibles enfermedades. Así, una comisión de la Federación Europea de Sociedades de Neurología recomienda que las pruebas de neuroimagen se realicen sólo en pacientes con dolores de cabeza o signos

neurológicos atípicos<sup>18</sup>; además, un estudio reciente ha demostrado la eficacia del diagnóstico clínico para la migraña sin necesidad de pruebas de neuroimagen<sup>19</sup>. Tomando todo esto en consideración, resulta sorprendente que los neurólogos soliciten pruebas de neuroimagen para casi la mitad de los pacientes de migraña, lo que sin duda traduce las circunstancias en las que los especialistas en neurología desarrollan su labor profesional.

La mayoría de los pacientes de migraña que acuden a la consulta de neurología han sido referidos por su médico de atención primaria, y los motivos de la consulta están relacionados con un aumento en la gravedad de migraña o la falta de eficacia del tratamiento previo. Así, cuando se pregunta a los neurólogos quién debe realizar el diagnóstico de la migraña, la mayoría coinciden en que debe ser el médico de atención primaria, y el principal motivo es que la migraña es fácil de diagnosticar. En esta opinión, los neurólogos coinciden con los médicos de atención primaria según los resultados del programa PALM presentados en este mismo número<sup>20</sup>.

En cuanto a la migraña clasificada como grave, existe un mayor porcentaje de pacientes con este tipo de dolencia en las consultas de los neurólogos (30,5%) comparado con las consultas de atención primaria (12,7%)<sup>20</sup>, que se corresponden con datos de un estudio similar publicado recientemente<sup>21</sup>. Estos datos resultan lógicos, ya que el tratamiento de las variantes más graves de migraña puede requerir un mayor grado de especialización por parte del facultativo y un tratamiento más complejo. En consonancia con esta hipótesis, el porcentaje de pacientes que siguen un tratamiento profiláctico es mayor en las consultas de neurología (45,7%) en comparación con las de atención primaria (26,4%)<sup>20</sup>. Sin embargo, llama la atención los elevados porcentajes de tratamiento preventivo en este estudio, muy distantes de los encontrados en estudios previos<sup>22,23</sup>, lo que probablemente indica que los médicos que respondieron a esta encuesta eran profesionales con un interés específico en esta patología, tanto a nivel de atención primaria como especializada.

La estrategia más indicada para el tratamiento de la migraña es la estratificada, que, como se ha mencionado anteriormente, recomienda prescribir el tratamiento personalizado a cada paciente en función del grado de discapacidad provocado por la migraña<sup>24</sup>. A la hora de establecer el tratamiento, un alto porcentaje de neurólogos reconoce utilizar esta estrategia estratificada; sin embargo, un 83,1% de los encuestados reconoce no usar escalas clínicas. Este dato puede resultar sorprendente, pero hay que tener en cuenta que aunque estos especialistas no usen formalmente este tipo de escalas, la usan de manera subjetiva en la

entrevista con el paciente. Estos datos concuerdan con los obtenidos en un reciente estudio que demostró que tanto los neurólogos como los médicos de atención primaria utilizan la estrategia estratificada para el tratamiento de la migraña; sin embargo, el uso de las escalas clínicas no está tan extendido<sup>21</sup>. En cambio, más de la mitad de los encuestados entregan diarios de crisis a sus pacientes, lo que permite un mejor seguimiento de la migraña en cada paciente.

La SEN, en su guía para el diagnóstico y el tratamiento de las cefaleas<sup>25</sup>, recomienda el uso de los AINE para las crisis leves de a moderadas y los triptanes para las crisis de moderadas a graves como fármacos de primera elección. En este sentido, los fármacos de elección para la mayoría de los neurólogos son los triptanes, que son considerados la opción más rápida y eficaz. Este dato contrasta con los datos obtenidos en la encuesta a los médicos de atención primaria en la que los fármacos más frecuentemente prescritos para el tratamiento de la migraña eran, en proporciones semejantes, los triptanes y los AINE<sup>20</sup>. Esta diferencia también ha sido observada en un reciente estudio que evaluó las distintas estrategias usadas por los médicos de atención primaria y los neurólogos en España<sup>21</sup>. En ambos casos esta discrepancia de criterios a la hora de establecer el tratamiento puede explicarse porque los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria sufren migraña de tipo más leve y en algunos casos el tratamiento con AINE es suficiente, mientras que en las consultas de neurología se concentran los casos más complejos de esta enfermedad<sup>21</sup>.

La cefalea crónica diaria puede estar causada por un abuso de los fármacos utilizados en el tratamiento sintomático de la migraña. Los neurólogos encuestados en este estudio refieren que, aproximadamente, uno de cada cinco pacientes sufre este tipo de cefaleas, lo que supone un porcentaje semejante al de pacientes con migraña (19%) atendidos por las consultas de neurología. Este dato resulta sorprendente, ya que estudios previos realizados en España han estimado la prevalencia de este tipo de cefalea en torno al 1,4%<sup>26,27</sup>. Con respecto a los fármacos implicados en la cefalea crónica diaria, los analgésicos simples y los ergotámicos son los principales responsables de estas cefaleas, según los estudios mencionados y otros<sup>26,28,29</sup>. Cabe destacar que Meskun et al. sugieren que el perfil de los fármacos causantes de este tipo de cefaleas está evolucionando, y después de más de una década de uso de los triptanes estos fármacos son responsables de un pequeño porcentaje de las cefaleas crónicas diarias<sup>28</sup>.

Uno de los objetivos de este cuestionario a neurólogos perteneciente al programa PALM era averiguar la percepción que estos especialistas tienen de cómo la migraña

afecta a la vida laboral y familiar del paciente. Los resultados aquí presentados demuestran que los neurólogos no dudan sobre la discapacidad que la migraña conlleva para quienes la sufren. En este sentido, los neurólogos encuestados son conscientes de las consecuencias negativas que tiene para el paciente el hecho de no haber consultado con el médico o que los tratamientos utilizados lo sean sin control ni prescripción médica. Estos pacientes se pueden beneficiar de una valoración especializada, ya que puede ayudar a establecer pautas de tratamiento racional (tanto sintomático como preventivo) y evitar la cronificación de la migraña, que es uno de los mayores problemas a los que se enfrentan. En conclusión, se deben establecer acciones desde las instituciones y los profesionales sanitarios para informar a la población en general sobre esta patología y a los pacientes, en particular, sobre la existencia de tratamientos específicos para la migraña o sobre las posibilidades que pueden ofrecer los tratamientos preventivos, ya que esto puede animar a muchos pacientes a buscar esa asistencia médica que hasta entonces habían desestimado.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American migraine study II. *Headache* 2001;41:646-57.
- Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol* 2006;13:333-45.
- Tepper SJ, Dahlof CGH, Dowson A, Newman L, Mansbach H, Jones M, et al. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark study. *Headache* 2004;44:856-64.
- Magnusson J, Becker W. Migraine frequency and intensity: relationship with disability and psychological factors. *Headache* 2003;43:1049-59.
- Ruiz de Velasco I, González N, Etxebarria Y, García-Monco J. Quality of life in migraine patients: a quantitative study. *Cephalalgia* 2003;23:892-900.
- Sociedad Española de Neurología. Guía de atención continuada al paciente neurológico. Recomendaciones de consenso entre atención primaria y neurología. Morera Guitart J. Madrid: Luzán 5, S.A. de Ediciones, 2005.
- Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB. Triptans (serotonin, 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. *Cephalalgia* 2002;22:633-58.
- Lainez MJA, López A, Pascual AM. Effects on productivity and quality of life of rizatriptan for acute migraine: a workplace study. *Headache* 2005;45:883-90.
- Berg J, Stovner LJ. Cost of migraine and other headaches in Europe. *Eur J Neurol* 2005;12:59-62.
- Vicente Herrero M, JM L. Impacto de un programa de intervención de la migraña en el medio laboral entre los trabajadores de correos. *Med Trab* 2006;15:12-22.
- Dowson AJ, Jagger S. The UK migraine patient survey: quality of life and treatment. *Curr Med Res Opin* 1999;15:1-14.
- Láinez J, Vioque J, Hernández Y, Titus F. Prevalence of migraine in Spain. An assessment of the questionnaire's validity by clinical interview. En: J Olesen, editor. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press, 1994; p. 221-5.
- Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine in the United States: epidemiology and patterns of health care use. *Neurology* 2002;58:885-94.
- Hu XH, O'Donnell F, Kunkel RS, Gerard G, Markson LE, Berger ML. Survey of migraineurs referred to headache specialists: care, satisfaction, and outcomes. *Neurology* 2000;55:141-3.
- MacGregor EA, Brandes J, Eikermann A. Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey. *Headache* 2003;43:19-26.
- Lucas C, Geraud G, Valade D, Chautard M-H, Lanteri-Minet M. Recognition and Therapeutic Management of Migraine in 2004, in France: results of FRAMIG3, a French Nationwide Population-Based Survey. *Headache* 2006; 46:715-725.
- IHS Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 1):1-150.
- Sandrini G, Friberg L, Janig W, Jensen R, Russell D, Sanchez del Rio M, et al. Neurophysiological tests and neuroimaging procedures in non-acute headache: guidelines and recommendations. *Eur J Neurol* 2004;11:217-24.
- Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlinson GA, McCrory DC, Booth CM. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? *JAMA* 2006;296:1274-83.
- Tranche S, Arrieta E, Baos V, Ramada A. El paciente con migraña en la consulta de atención primaria. *Neurol Supl* 2007;3(Suppl. 4): 15-22.
- Mateos V, Galván J, Heras J. Estrategias terapéuticas utilizadas por neurólogos y médicos de atención primaria en el tratamiento sintomático de la migraña. Resultados de los estudios de opinión *Strategia-I* y *Strategia-II*. *Rev Neurol* 2006;43:513-7.
- Dowson AJ. Analysis of the patients attending a specialist UK headache clinic over a 3-year period. *Headache* 2003;43:14-8.
- Soon YY, Siow HC, Tan CY. Assessment of migraineurs referred to a specialist headache clinic in Singapore: diagnosis, treatment strategies, outcomes, knowledge of migraine treatments and satisfaction. *Cephalalgia* 2005;25:1122-32.

24. Diamond M, Cady R. Initiating and optimizing acute therapy for migraine: the role of patient-centered stratified care. *Am J Med* 2005;118(Suppl. 1):S18-27.
25. Pascual J, Aguirre JJ, García Moncó JC, Seijo M. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. En: Mateos Marcos V, editor. Barcelona: ProusScience, 2006.
26. Colás R, Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Patrón de abuso de analgésicos en la cefalea crónica diaria: un estudio en población general. *Rev Clín Esp* 2005;205:583-7.
27. Colás R, Muñoz P, Temprano R, Gómez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004;62:1338-42.
28. Meskunas CA, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD, Bigal ME. Medications associated with probable medication overuse headache reported in a tertiary care headache center over a 15 year period. *CME. Headache* 2006;46:766-72.
29. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain* 2003;106:81.