

La migraña crónica vista por el neurólogo y el paciente: resultados del proyecto CIEN-mig (III)

Julio Pascual, Margarita Sánchez del Río, María Dolores Jiménez, José Miguel Láinez-Andrés, Valentín Mateos, Rogelio Leira, Patricia Pozo-Rosich, Carlos Guzmán-Quilo

Introducción. Existen pocos datos acerca de la realidad de la migraña crónica en nuestras consultas.

Objetivo. Conocer la carga asistencial y la actitud del neurólogo frente a la migraña crónica y la opinión del paciente con esta patología.

Sujetos y métodos. Un total de 145 neurólogos contestaron por vía electrónica dos cuestionarios. El primero iba encaminado a caracterizar el impacto de la migraña crónica y su actitud en la práctica habitual. El segundo había de ser respondido por tres pacientes consecutivos.

Resultados. Un 4,1% consultó por migraña crónica, mayoritariamente mujeres en la quinta década. El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 28,7 meses. Todos los neurólogos recomendaron tratamiento preventivo desde el inicio. Más de una cuarta parte lo mantenía más de un año y utilizaba combinaciones de fármacos. Sólo la mitad pensaba que el abuso de analgésicos era la causa de la migraña crónica y la mayoría se decantó por permitir antiinflamatorios no esteroideos y triptanes de forma restringida. Sólo la mitad de los pacientes sabía que tenía migraña crónica. En su opinión, la herencia y la ausencia de un tratamiento reglado y precoz podrían contribuir al desarrollo de migraña crónica.

Conclusiones. Casi un paciente al día consulta por migraña crónica, lo que da idea de su impacto asistencial. La coordinación con atención primaria es necesaria, si tenemos en cuenta que el retraso en el diagnóstico es de más de dos años. La mayoría de los neurólogos sigue las recomendaciones de tratamiento del Grupo de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología.

Palabras clave. Abuso de analgésicos. Migraña. Migraña crónica. Tratamiento preventivo.

Introducción

La migraña es el motivo de consulta más importante en frecuencia en nuestros servicios de neurología [1-7]. La migraña crónica es una variedad o complicación de la migraña que impacta muy negativamente en la calidad de vida de los individuos que la padecen [8,9]. Aunque sus criterios diagnósticos todavía no han encontrado un consenso mayoritario, para la mayoría de los especialistas de neurología el concepto migraña crónica comprende aquellos pacientes con antecedentes de migraña episódica que experimentan cefalea 15 o más días al mes con, en general (aunque no necesariamente siempre), alguna característica de migraña o con respuesta a medicaciones específicas antimigraña (p. ej., triptanes o ergóticos) [10-14]. El papel del abuso de analgésicos en el desarrollo de esta cefalea es también objeto de debate. Para algunos, y así lo recoge la clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) [13,14], el abuso de medicación sintomática es el origen de la cronificación de la migraña. Para otros, el abuso de analgésicos sería más bien consecuencia de la cronificación de la migraña [15,16]. La cronificación de la migraña se ha puesto en relación con

factores de tipo biológico/genético, desconocidos en detalle hasta la fecha, con el desarrollo de ansiedad/depresión o sucesos estresantes, con malos hábitos higiénico-dietéticos, con un bajo nivel socioeconómico o con la presencia de obesidad [17-20].

La epidemiología de la migraña crónica ha sido muy bien estudiada en nuestro país [9,21]. La migraña crónica es frecuente (con una prevalencia en España del 2,3% de la población), sobre todo en mujeres de edad media de la vida, segmento de la población en el que la prevalencia de la migraña crónica roza el 5%. Confirmando que el abuso de medicación sintomática no es la explicación única del desarrollo de migraña crónica, sólo un tercio de los sujetos que cumplen criterios de migraña crónica en la población general presenta abuso de analgésicos. Los datos de la población general no son, sin embargo, necesariamente extrapolables a la práctica clínica diaria. En gran parte debido a la ausencia de consenso en los criterios diagnósticos, existen muy pocos datos acerca del impacto asistencial o de cuál es el manejo terapéutico real de la migraña crónica en nuestras consultas de neurología [22]. Los objetivos de este trabajo han sido conocer la carga asistencial que condiciona la migraña crónica y analizar la actitud del

Servicios de Neurología.
Hospital Universitario Central de Asturias; Oviedo (J. Pascual).
Hospital Rüber Internacional; Madrid (M. Sánchez del Río).
Hospital Universitario Virgen del Rocío; Sevilla (M.D. Jiménez).
Hospital Clínico; Valencia (J.M. Láinez-Andrés). Centro Médico de Asturias; Oviedo (V. Mateos).
Hospital Clínico Universitario; Santiago de Compostela, A Coruña (R. Leira). Hospital Universitario Vall d'Hebron; Barcelona (P. Pozo-Rosich).
Departamento Médico; Janssen-Cilag España; Barcelona (C. Guzmán-Quilo).

Correspondencia:

Dr. Julio Pascual Gómez.
Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Celestino Villamil, s/n. E-36006 Oviedo (Asturias).

E-mail:

juliopascual@telefonica.net

Conflictos de interés:

C.G.Q. trabaja en el Departamento Médico de Janssen-Cilag España, que subvencionó el proyecto. Los demás autores manifiestan no tener conflictos de interés.

Aceptado tras revisión externa: 23.04.10.

Cómo citar este artículo:

Pascual J, Sánchez del Río M, Jiménez MD, Láinez-Andrés JM, Mateos V, Leira R, et al. La migraña crónica vista por el neurólogo y el paciente: resultados del proyecto CIEN-mig (III). *Rev Neurol* 2010; 50: 705-10.

Investigadores participantes en el proyecto Cien-mig:

E. Corredera García, S. Mederer Hengstl, A. Pato Pato, J. Sánchez Herrero, M. Seijo Martínez, L.C. Álvaro González, N. Foncea Beti, J.C. García-Moncó, J.M. García Sánchez, A. Ares Luque, G. Moris de la Tassa, J. Peña, J.M. Sánchez Álvarez, M. Menéndez González, V. Mateos Marcos, J.A. Vidal Sánchez, J.C. Gómez Esteban, I. Mateo Fernández, I. Rouco Axpe, F. Velasco Juanes, J.J. Poza Aldea, R. Zabalza Estévez, D.A. García Estévez, J. Marey López, J.M. Paz

González, R. Pego Reigosa, R. Leira Muño, M. Llópez González, M.M. Castellanos Rodrigo, O. Fàbregues, G. Sansa Fayos, C. García Carreira, J.M. Soler Insa, A. Jaén Peraire, J. Massons Cirera, C. Oliveras Ley, J. Pons Brugada, S. Huertas, P. Quílez, A. Rey Pérez, P. Comas Bergua, J. Batlle Nadal, A. Moral Pijaume, L. Brieua Ruiz, C. Roig, V.J. García Gil, J. Gascón Bayarri, M. Huerta Villanueva, P. Pozo Rosich, B. Robles del Olmo, A. Cano Orgaz, N. Pérez de la Ossa, A. Planas Comes, F. Espada Oliván, D. Escudero, J. Sánchez Ojanguren, A.M. Latorre Jimenes, M. Bestué Cardiel, M. Gracia Naya, A. López López, S. Sánchez Valiente, J.M. Sanz Asín, J.A. Mauri Llerda, S. Santos Lasaosa, F. Lacruz Bescos, P. Quesada Jiménez, G. Soriano Hernández, E.I. Khan Mejía, J. Meca Lallana, H. Rodríguez Hilarío, S. Díaz Insa, R. Muñoz Lacalle, N. Pérez Carmona, J. Tembl Ferrairo, J. Escudero Torrella, L. Landete Pascual, J. Parra Martínez, J.M. Callejo Domínguez, N. López Hernández, V. Medrano Martínez, J.A. Monge Argilés, R. Gil Gimeno, J.M. Láinez Andrés, E. Meneu García, A. Píera Balbastre, C. Perla Muedra, M. Monzón Monguiloa, E. Alias Linares, J.A. Iniesta Valera, J. Marín Marín, F. Coria Balanzat, A. García Trujillo, F.J. Molina Martínez, A.M. Pujol Nuez, V.M. Araña Toledo, M. Hervás García, M. Vázquez Espinar, A. Guillem Mesado, H. Bhathal Guede, A.B. Caminero Rodríguez, M.A. Conde Sendín, D. Ezpeleta Echevarri, A. Esquivel López, M.L. Martínez Ginés, G. García Ribas, M. Lara Lara, F.J. Buisán Catevilla, A. Miralles Martínez, C. Oreja Guevara, M. Sánchez del Río, F. Vivancos Matillano, J.C. Martínez Castrillo, J. Masjuán Vallejo, A. Yusta Izquierdo, R. Dorado Taquiguchi, C. Escamilla Crespo, M.J. Fernández Pérez de Villalain, A. Guerrero Sola, J. Porta, Y. Berdei Montero, P. Cabelos Pérez, D.M. Campos Blanco, J. Martín Polo, J. Pascual Gómez, J.J. Ruiz Ezquerro, F. Alonso Frech, F. Barriga Hernández, M.D. Castro Vilanova, M.D. Torrecillas Narváez, J.L. Dobato Ayuso, J.A. Pareja Grande, E. Cano Vargas, J.A. Garrido Robres, R. Huertas Arroyo, I. López-Zuazo, E. Orts Castro, C. Prieto Jurczynska, J. Almajano Martínez, M.C. García de Casasola, M. López Roa, N. Ruiz Lavilla, E. Franco Macías, J.M. García Moreno, F. Gómez Aranda, D. Jiménez Hernández, C. Márquez Infante, J. Patrignani Ochoa, J. Viguera Romero, F.J. Garzón Maldonado, J.A. Heras Pérez, P. Medialdea Natera, F. Pérez Errazquin, V. Serrano Castro, J.J. Asensio Marchante,

neurólogo español en la práctica clínica al enfrentarse a esta entidad. Hemos pretendido, además, pulsar la opinión del paciente acerca de determinados aspectos controvertidos referentes a esta entidad.

Sujetos y métodos

El proyecto CIEN-mig nace como una colaboración entre los integrantes del grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la compañía Janssen-Cilag, que subvencionó científicamente el proyecto. El comité científico del proyecto CIEN (compuesto por los firmantes de este manuscrito) identificó y envió invitaciones para participar en este proyecto a 168 neurólogos españoles. El perfil de los neurólogos participantes ha sido detallado en una publicación reciente [23]. En esta fase final del proyecto participaron, en concreto, un total de 145 neurólogos.

El comité científico del proyecto CIEN-mig elaboró dos cuestionarios que los neurólogos participantes recibieron y contestaron por vía electrónica durante el año 2007. El primero de ellos iba dirigido a los neurólogos y estaba encaminado a caracterizar el impacto de la migraña crónica y la actitud del neurólogo ante ésta en la práctica clínica habitual. El segundo cuestionario, encaminado a evaluar la opinión de los pacientes acerca de la migraña crónica, constaba de diez preguntas que el neurólogo debía formular, previo consentimiento informado, a tres pacientes consecutivos que consultaran por migraña crónica. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo usando el programa SAS, en su versión 9.1.3, por Infociencia Clinical Research S.L.

Resultados

Encuesta a neurólogos

En un día estándar de consulta, los neurólogos participantes atendieron una media de $19,3 \pm 6,4$ pacientes (mediana: 20 pacientes). El porcentaje de pacientes que consultaban por cefalea en las consultas de neurología participantes en el estudio aparece recogido en la figura 1 (mediana: 26%). La proporción de pacientes con cefalea que presentaban migraña crónica aparece recogida en la figura 2 (mediana: 11-20%). A partir de estos datos, podemos concluir que un 4,1% de los pacientes (límites para la mediana: 2,9-5,2%) que consultan en los servicios de neurología de nuestro país sufre migraña crónica. Aunque los neurólogos participantes afirmaron tener pacientes

de migraña crónica en todas las décadas de la vida (a partir de edad pediátrica), la media y la mediana de la edad de los pacientes con migraña crónica se situó entre los 41 y los 50 años. El porcentaje de pacientes con migraña crónica que presentaban patología psiquiátrica significativa se recoge en la figura 3.

El tiempo promedio que tardaba el paciente con migraña crónica en ser diagnosticado es de $28,7 \pm 33,3$ meses (mediana: 24 meses). Sólo un 24% de los neurólogos participantes pensaba que estos pacientes podrían haber sido diagnosticados y tratados inicialmente en la consulta de origen. En cambio, el neurólogo pensaba que, tras el tratamiento inicial, el 63,45% de estos pacientes podía ser seguido por el médico de atención primaria.

La última parte de la encuesta se centró en aspectos de tratamiento. En cuanto a la profilaxis, la inmensa mayoría (99,3%) de los neurólogos participantes usaba tratamiento preventivo en los pacientes con migraña crónica. Los factores que tenían más peso para la administración del tratamiento preventivo eran, por este orden, los siguientes: alta frecuencia de las crisis, incapacidad por parte del paciente para el desarrollo de las actividades diarias, abuso de medicación sintomática, contraindicación o ineficacia de la medicación sintomática. El 51% de los pacientes mantenía el tratamiento preventivo al menos seis meses, y el 26% más de 12 meses. En opinión de los neurólogos participantes, el tratamiento preventivo *per se* reduce las crisis al menos a la mitad de los pacientes en un 68,5% de los casos. El orden de frecuencia en el uso de fármacos preventivos para el tratamiento de la migraña crónica fue el siguiente: antiepilépticos (92,5%), antidepresivos (81,6%), betabloqueantes (76,9%), calcioantagonistas (38,8%) y otros (4,1%). Dentro de los fármacos antiepilépticos, el topiramato (96,6%) era el más utilizado, seguido del ácido valproico (3,4%). Las razones para esta preferencia fueron, por este orden, las siguientes: evidencia científica publicada (74,6%), amplitud de mecanismos de acción (14,1%), pauta de dosificación (7%) e indicaciones de uso en la ficha técnica (4,2%). El 73% de los neurólogos participantes usaba, en general, un único tratamiento preventivo, mientras que el 27% administraba, en general, dos o más fármacos en combinación.

Finalmente, se interrogó al neurólogo sobre su opinión acerca del papel de la medicación sintomática. La proporción de pacientes con migraña crónica que abusaba del tratamiento sintomático aparece recogida en la figura 4. El 92,5% de los neurólogos encuestados consideró que el abuso de fármacos para el tratamiento sintomático podría afectar la eficacia del tratamiento preventivo. A la pregunta '¿Con-

sidera que el abuso de analgésico es causa o consecuencia de la migraña crónica?; el 55,6% se decantó porque el abuso es la causa de la migraña crónica y el 44,4% restante pensaba que el abuso es consecuencia directa de la migraña crónica. Sin embargo, sólo un 19,9% de los neurólogos pensaba que para que el tratamiento preventivo hiciera efecto era necesario retirar el tratamiento sintomático. Las pautas seguidas en los pacientes con migraña crónica fueron:

- Permitir tratamiento sintomático restringido a antiinflamatorios no esteroideos (AINE)/triptanes junto con tratamiento preventivo (el 96,6% de los neurólogos encuestados).
- Retirar el tratamiento sintomático y dar sólo tratamiento preventivo (2,1%).
- Dar tratamiento preventivo y no modificar el tratamiento sintomático, sea cual fuere (1,4%).

Encuesta a pacientes

El 88,6% de los pacientes que participaron en la encuesta eran mujeres. La edad media de los pacientes fue de $41 \pm 10,9$ años (mediana: 42 años). El 51% de los pacientes sabía que sufría una migraña crónica. El 71,8% de los pacientes estaba convencido de que existían medicamentos para tratar su enfermedad, aunque sólo el 50,1% creía que el tratamiento le permitiría, con total seguridad, recuperar su vida normal. El 58,3% de los pacientes con migraña crónica pensaba que mejorar los hábitos de vida no ayuda significativamente al tratamiento farmacológico de la migraña crónica.

Los pacientes fueron interrogados específicamente en cuanto a los factores que pudieran predisponer o causar migraña crónica. Los factores con más peso en opinión de los pacientes fueron el tratamiento incorrecto, el retraso en ser tratados por el especialista y los factores hereditarios. Poco más de un tercio relacionaba el desarrollo de la migraña crónica con un estado de ansiedad/depresión, alrededor de una cuarta parte lo hacía con el abuso de analgésicos, y una abrumadora minoría con el sobrepeso o el nivel económico bajo (Fig. 5).

Discusión

Aunque en este estudio no se llevó a cabo una recogida de datos reglada, al tratarse de la estimación personal de cada neurólogo participante en un día concreto de consulta y no prefiar unos criterios diagnósticos para la migraña crónica, la elevada participación (145 neurólogos) sí nos permite tener cifras representativas en cuanto al impacto que supone

Figura 1. Porcentaje de pacientes (en intervalos de frecuencia) que consultaban por cefalea.

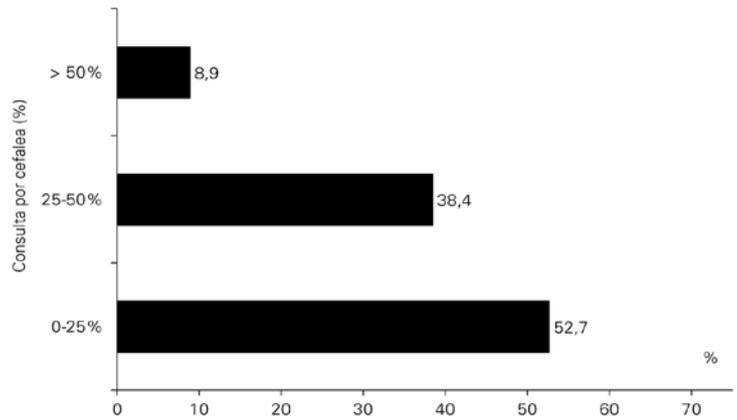
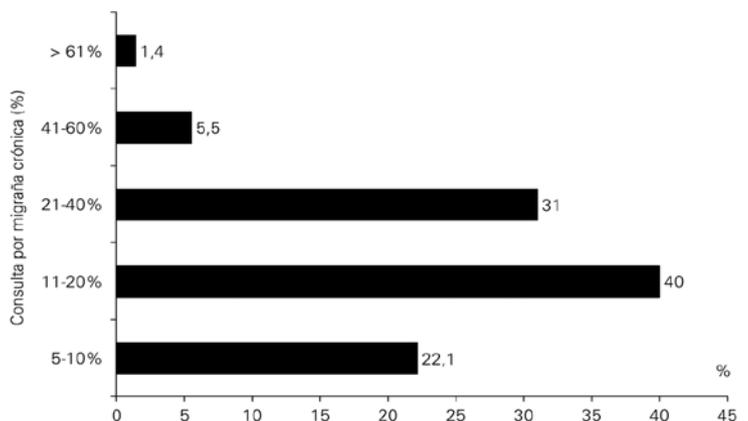


Figura 2. Proporción de pacientes (en intervalos de frecuencia) con cefalea que presentaban migraña crónica.



la migraña crónica en la realidad de los servicios de neurología de nuestro país. El estudio confirma que aproximadamente una cuarta parte de los pacientes que consultan lo hace por cefalea, e indica que aproximadamente el 4% de los pacientes que consultan lo hace por migraña crónica. Dicho de otra manera, casi un paciente nos consulta por día de consulta por migraña crónica, y uno de cada siete pacientes que consulta por cefalea lo hace por migraña crónica. Como ya comentamos en el primer artículo del proyecto CIEN-mig, los neurólogos participantes en este proyecto no fueron seleccionados entre los expertos en cefaleas; por tanto, estos datos son extrapolables a cualquier consulta estándar de nuestra especialidad

A. Blanco Ollero, S. Cousido Martínez-Conde, A. Robledo Strauss, A. Arjona Padillo, A. Gómez Camello, V. Moreno Alegre, J. Olivares Romero, O. Vega López, C. Jurado Cobo, C. Sánchez Ortiz, J.M. Girón Úbeda, R. Merion de Torres, M.A. Moya Molina, M. Cabrera Serrano, B. Cueli Rincón, G. Frieria Acebal, J.J. Aguirre Sánchez, C. Cáceres Marzal, I. Casado Naranjo, F.J. Hernández Ramos, J. Vaquerizo Madrid.

© 2010 Revista de Neurología

Figura 3. Proporción de pacientes (en intervalos de frecuencia) con migraña crónica que presentaban patología psiquiátrica significativamente.

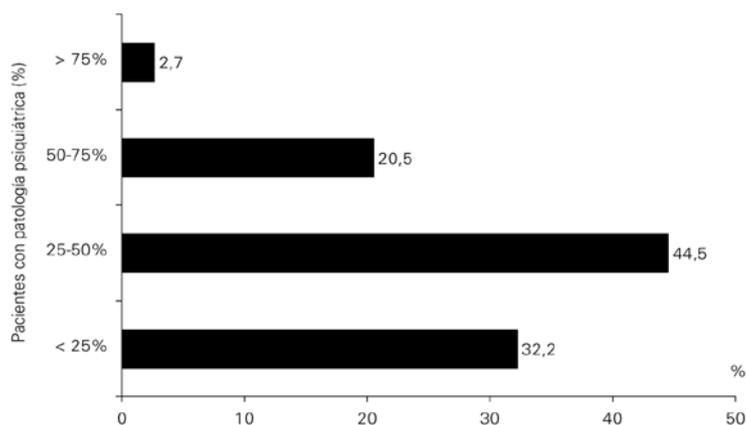
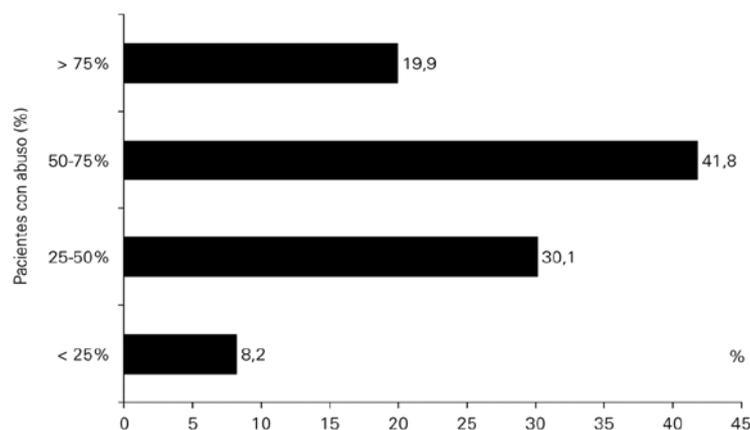


Figura 4. Proporción de pacientes con migraña crónica que abusaban del tratamiento sintomático en intervalos de frecuencia.



en nuestro país y confirman la importancia en términos asistenciales de la migraña crónica [22].

La mayoría de los pacientes con migraña crónica eran mujeres y su pico de edad se situó en la quinta década de la vida. Estos datos coinciden plenamente con los provenientes de estudios epidemiológicos de nuestro país y confirman que éste es el segmento de la población en el que, desde atención primaria, se deberían llevar a cabo políticas de detección de pacientes en riesgo de desarrollar migraña crónica [8,21]. Datos recientes procedentes de nuestro entorno han puesto de manifiesto que muchos de es-

tos pacientes pueden ser tratados con éxito y a largo plazo si se establece una buena coordinación entre atención primaria y las consultas de neurología [24]. Esta coordinación es a todas luces necesaria en una patología tan prevalente [25], si tenemos en cuenta que el tiempo que tardan los pacientes con migraña crónica en ser diagnosticados (mediana de dos años en este estudio) es inaceptablemente largo.

Este estudio también ofrece datos interesantes de comentar en cuanto a la actitud del neurólogo a la hora de tratar a estos pacientes. Confirma que prácticamente todos nosotros (99,3%) usamos tratamiento preventivo para el tratamiento de estos pacientes, sobre todo antiepilépticos [26,27]. Dentro de ellos, el topiramato es, con diferencia, el más utilizado, y la razón principal ofrecida para su uso por tres de cada cuatro neurólogos es que es el fármaco que dispone de evidencia científica publicada con esta indicación [28-31]. Llama la atención también que buena parte de los neurólogos participantes mantiene el tratamiento preventivo durante más de un año y usa combinaciones de al menos dos fármacos preventivos de diferente grupo farmacológico, dos estrategias que se han mostrado necesarias en este tipo de pacientes [32-35]. En global, el neurólogo se muestra bastante satisfecho con los resultados del tratamiento preventivo, ya que, en su opinión, alrededor de dos tercios de los pacientes obtienen 'respuesta' (disminución de las crisis en frecuencia al menos del 50%). En relación con el controvertido tema del papel de la medicación sintomática en el desarrollo de migraña crónica, aunque el neurólogo pensaba mayoritariamente que el abuso de medicación podría afectar a la eficacia el tratamiento preventivo, casi la mitad decía que el abuso de medicación sintomática no es la causa, sino la consecuencia, de la migraña crónica. En esta línea, ya hemos comentado que el 99% de los neurólogos ofrece tratamiento preventivo a estos pacientes y en este estudio sólo uno de cada cinco neurólogos encuestados pensaba que para que el tratamiento preventivo hiciera efecto era necesario retirar la medicación sintomática. De hecho, la inmensa mayoría de los neurólogos participantes (96,3%) no prohíbe la medicación sintomática y permite que estos pacientes tomen (de forma restringida) AINE/triptanes como tratamiento sintomático. Esta línea de tratamiento sigue fielmente las recomendaciones ofrecidas por las guías del Grupo de Cefaleas de la SEN [36] y concuerda con evidencias recientes que han puesto de manifiesto lo siguiente:

- El tratamiento preventivo es eficaz en estos pacientes, incluso en presencia de criterios de abuso de analgésicos [37,38].

- Sólo la retirada de la medicación sintomática es menos útil que el tratamiento preventivo [39].
- Los triptanes, y sobre todo los AINE tomados menos de 10 días al mes, no está claro que sean capaces de desarrollar migraña crónica [16].

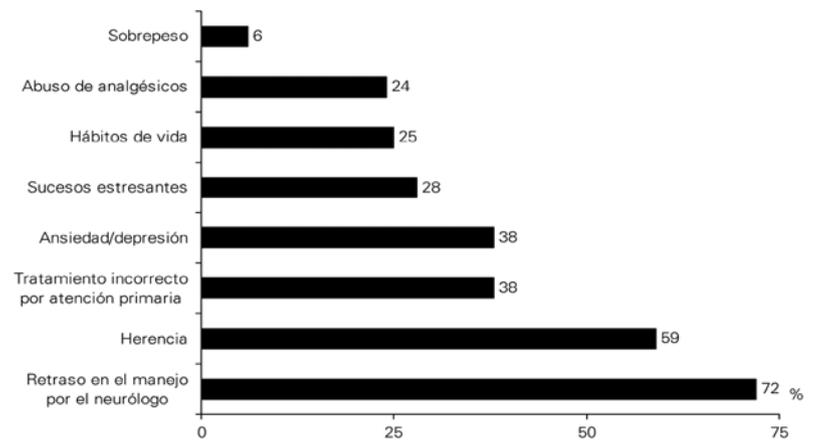
Un aspecto novedoso de este trabajo es que requerimos también la opinión del propio paciente sobre determinados aspectos, algunos controvertidos, de la migraña crónica. Sólo la mitad de los pacientes sabía que sufría una migraña crónica, lo que probablemente sea consecuencia de que este concepto no se ha popularizado lo suficiente al no incluirse formalmente en las primeras clasificaciones de la IHS [13,40]. Llama la atención que, a criterio del paciente y en contra de los resultados de publicaciones recientes [17-20], ni el nivel socioeconómico bajo, ni el sobrepeso, ni el abuso de analgésicos o la presencia de patología psiquiátrica eran factores cruciales a la hora de desarrollar la migraña crónica. Los pacientes pensaban, por el contrario, que en la migraña crónica intervenía decisivamente la herencia y la ausencia de un tratamiento farmacológico reglado y precoz. En opinión de los pacientes, por tanto, la migraña crónica es una entidad con un fuerte componente biológico (genético) que precisa tratamiento farmacológico precoz y de manos expertas.

En conclusión, los resultados confirman el relevante impacto de la migraña crónica en nuestras consultas de neurología, a las que acude casi un paciente cada día por este motivo. La coordinación con atención primaria es necesaria a la luz de nuestros datos, si tenemos en cuenta que el retraso actual en el diagnóstico es de más de dos años. La mayoría de los neurólogos sigue las recomendaciones de tratamiento del Grupo de Cefaleas de la SEN y muchos usan períodos largos de tratamiento o combinaciones de fármacos para el manejo de esta entidad. La mitad de los neurólogos y la mayoría de los pacientes piensan que el abuso de fármacos es la consecuencia y no la causa de la migraña crónica, lo que confirma que el concepto de migraña crónica como cefalea secundaria al uso de medicación sintomática está perdiendo adeptos en nuestro país.

Bibliografía

1. Pascual J, Combarros O, Leno C, Polo JM, Rebollo M, Berciano J. Distribución por diagnósticos del dolor de cabeza como motivo de consulta neurológica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 161-4.
2. Gracia-Naya M, Marta E, Usón M, Carod J. Un estudio descriptivo epidemiológico de una consulta de neurología ambulatoria. *Rev Neurol* 1996; 24: 633-7.
3. Gracia-Naya M, Usón-Martín MM. Estudio multicéntrico transversal de la asistencia neurológica ambulatoria en el sistema de salud español en Aragón: resultados globales. *Rev Neurol* 1997; 25: 194-9.

Figura 5. Distribución porcentual de los factores predisponentes a desarrollar migraña crónica en opinión de los pacientes.



4. Gracia-Naya M. La importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. Grupo de estudio de neurólogos aragoneses. *Rev Neurol* 1999; 29: 393-6.
5. Bueno V, Hernández M, Guerrero AL, Ponce MA, Ovejero A. Estudio epidemiológico prospectivo de la consulta externa en un servicio de neurología de la provincia de Palencia. *Neurología* 2000; 15: 388-92.
6. Gracia-Naya M; Grupo de Estudio de Neurólogos Aragoneses. Cefalea de tensión crónica en la consulta externa de neurología. *Rev Neurol* 2000; 31: 929-32.
7. González-Menacho J, Olivé Plana JM. Epidemiología de las enfermedades neurológicas ambulatorias en el Baix Camp. *Neurología* 2001; 16: 154-62.
8. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache: a study in a general population. *Neurology* 2002; 58: 1062-5.
9. 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.
10. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1994; 34: 1-7.
11. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996; 47: 871-5.
12. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Transformed migraine: a proposal for the modification of its diagnostic criteria based on recent epidemiological data. *Cephalalgia* 1999; 19: 847-50.
13. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): S9-160.
14. Headache Classification Committee. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia* 2006; 26: 742-6.
15. Pascual J, Cacabelos P. More lessons for the treatment of chronic headache. *J Headache Pain* 2008; 9: 3-4.
16. Bigal ME, Serrano D, Reed M, Lipton RB. Chronic migraine in the population: burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. *Neurology* 2008; 71: 559-66.
17. Lipton RB, Bigal ME. Migraine: epidemiology, impact, and risk factors for progression. *Headache* 2005; 45 (Suppl 1): S3-13.
18. Bigal ME, Lipton RB. Concepts and mechanisms of migraine chronification. *Headache* 2008; 48: 7-15.

19. Bigal ME, Lipton RB. Clinical course in migraine: conceptualizing migraine transformation. *Neurology* 2008; 71: 848-55.
20. Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache* 2008; 48: 1157-68.
21. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999; 39: 190-6.
22. Gracia-Naya M, Alarcia-Alejos R, Modrego-Pardo PJ. Importancia de la migraña crónica en una consulta general de neurología. *Rev Neurol* 2008; 46: 577-81.
23. Pascual J, Sánchez del Río M, Jiménez MD, Láinez JM, Mateos V, Leira R, et al. Actitud del neurólogo español frente a la migraña: resultados del proyecto CIEN-mig (I). *Rev Neurol* 2010; 50: 577-83.
24. Fontanillas N, Colás R, Muñoz P, Oterino A, Pascual J. Long-term evolution of chronic daily headache with medication overuse in the general population. *Headache* 2010 [in press].
25. Martínez JM, Calero S, García ML, Tranche S, Castillo J, Pérez I. Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. *Aten Primaria* 2006; 38: 33-8.
26. Pascual J. Papel de los neuromoduladores en el tratamiento preventivo de la migraña. *Rev Neurol* 2009; 49: 25-32.
27. Pascual-Gómez J, Caminero AB, Cano A, Heras-Pérez JA, Leira-Muiño R, García-Ribas G, en nombre del grupo de investigadores participantes en el estudio PREVENTIA. Determinantes del uso de los fármacos con indicación para la profilaxis de la migraña en España. *Rev Neurol* 2007; 45: 513-8.
28. Silvestrini M, Bartolini M, Coccia M, Baruffaldi R, Taffi R, Provinciali L. Topiramate in the treatment of chronic daily headache. *Cephalalgia* 2003; 23: 820-4.
29. Silberstein SD, Lipton RB, Dodick DW, Freitag FG, Ramadan N, Mathew N, et al. Efficacy and safety of topiramate for the treatment of chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Headache* 2007; 47: 170-80.
30. Gracia-Naya M, Latorre-Jiménez AM, Ríos-Gómez C, Santos-Lasaosa S, Mauri-Llerda JA, Sánchez-Valiente S, et al. Topiramato en cefalea crónica diaria por migraña. *Rev Neurol* 2007; 45: 456-9.
31. Silberstein S, Lipton R, Dodick D, Freitag F, Mathew N, Brabdes J, et al. Topiramate treatment of chronic migraine: a randomized, placebo-controlled trial of quality of life and other efficacy measures. *Headache* 2009; 49: 1153-62.
32. Diener HC, Agosti R, Allais S, Bergmans P, Bussone G, Davis B, et al. Cessation versus continuation of 6-month migraine preventive therapy with topiramate (PROMPT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2007; 6: 1054-62.
33. Pascual J, El Berdei Y, Gómez-Sánchez JC. How many migraine patients need prolonged (> 1 year) preventive treatment? Experience with topiramate. *J Headache Pain* 2007; 8: 90-3.
34. Pascual J, Leira R, Láinez JM. Combined therapy for migraine prevention? Clinical experience with a beta-blocker plus sodium valproate in 52 resistant migraine patients. *Cephalalgia* 2003; 23: 961-2.
35. Pascual J, Rivas MT, Leira R. Testing the combination beta-blocker plus topiramate in refractory migraine. *Acta Neurol Scand* 2007; 115: 81.
36. Pascual J, Aguirre J, García-Moncó JC, Seijo M. Migraña y cefalea de tensión. In Mateos V, ed. *Guías para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas*. Barcelona: Prous; 2006. p. 37-66.
37. Silberstein SD, Lipton RB, Dodick D, Freitag FG, Ramadan N, Mathew N, et al. Efficacy and safety of topiramate for the treatment of chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Headache* 2007; 47: 170-80.
38. Diener HC, Bussone G, Van Oene JC, Lahaye M, Schwalen S, Goadsby PJ, TOPMAT-MIG-201 (TOP-CHROME) Study Group. Topiramate reduces headache days in chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia* 2007; 27: 814-23.
39. Hagen K, Albretsen C, Vilming ST, Salvensen R, Gronning M, Helde G, et al. Management of medication overuse headache: 1-year randomized multicentre open-label trial. *Cephalalgia* 2009; 29: 221-32.
40. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl 7): S1-96.

Chronic migraine as seen by neurologists and patients: results of the CIEN-mig project (III)

Introduction. Data on the reality of chronic migraine in our clinics are scarce.

Aim. To know the frequency of consultation and attitude of the neurologist regarding chronic migraine, and the opinion of patients with this condition.

Subjects and methods. A total of 145 neurologists consulted electronically two questionnaires. The first tested the impact of chronic migraine and their approach in the daily practice. The second was filled in by the consecutive patients.

Results. A total of 4.1% of patients consulted due to chronic migraine, mostly women in their forties. The average time for diagnosis was 28.7 months. All neurologists recommended preventive treatment from the beginning. More than a quarter kept this treatment for more than a year and used drug combinations. Only half thought that overuse was the reason for chronic migraine and the majority allowed non-steroidal anti-inflammatories and triptans at restricted doses. Only half of the patients knew they had chronic migraine. In their opinion, heredity and the absence of an early and serious treatment could contribute for chronic migraine development.

Conclusions. Almost one patient per day consults due to chronic migraine, which gives an idea of its impact. A better feedback with primary care level is necessary, if we consider that the delay in the diagnosis is longer than two years. The majority of neurologists follows the current recommendations of the Headache Group of the Spanish Society of Neurology.

Key words. Analgesic overuse. Chronic migraine. Migraine. Preventive treatment.