

Profilaxis y educación en migraña y cefalea tensional: una percepción de la eficacia de las prácticas de los médicos de atención primaria

Prophylaxis and education for migraine and tension type headache: a perception of the effectiveness of the practices of primary health physicians

Jorge Alberto Restrepo Escobar (1), Diego Severiche Bueno (2), Hernán Vergara (3), Paola Coral (4), Diana Romero (4), Tammy Edel (5), Catalina Castañeda (4).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la migraña y la cefalea tipo tensional son los dolores de cabeza primarios más frecuentes en la consulta médica; la mejoría clínica de los pacientes se relaciona con la educación brindada y la prescripción de tratamientos profilácticos por parte de sus médicos tratantes.

OBJETIVO: determinar la frecuencia de prescripción del tratamiento profiláctico y de la realización de explicaciones educativas al paciente con cefalea primaria por parte de los médicos de atención primaria, además de los factores asociados a ellas.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio de corte transversal con 152 pacientes con criterios para migraña o cefalea tensional de la ICHD y con indicación para tratamiento profiláctico según las guías canadienses, que fueron atendidos por médicos de atención primaria. Se aplicó un cuestionario para establecer el tipo de prácticas realizadas por los profesionales y se realizó un análisis univariado y bivariado.

RESULTADOS: solo al 23% de los pacientes le formularon tratamiento profiláctico, el 56% nunca recibió explicación educativa sobre su enfermedad y el 70% nunca había sido remitido a consulta de neurología. El 44% respondió no saber sobre el origen de la cefalea y se encontró una asociación significativa entre el nivel educativo del paciente y el hecho que le ofrecieran explicación educativa.

CONCLUSION: la frecuencia en la formulación de profilaxis farmacológica y realización de explicaciones educativas al paciente por parte del médico de atención primaria fue baja. Esto puede relacionarse con un desconocimiento de los protocolos de manejo en cefalea primaria y fallas en las habilidades clínicas recibidas en el pregrado.

PALABRAS CLAVE: cefalea, prevención & control, educación médica, educación del paciente como asunto, factores de riesgo (DeCS).

SUMMARY

INTRODUCTION: migraine and tension type headache are the most frequent primary headaches in the medical practice; the clinical improvement of the patients is related to the education carry out by his physician and the prescription of prophylactic treatments. Migraine and tension-type headache are the most frequent primary headaches in the medical office; the clinical improvement of the patients is related to the education provided and the prescription of prophylactic treatments by their treating doctors.

- (1) Profesor de Neurología – Departamento de Educación Médica - Universidad de La Sabana.
(2) Residente Medicina Interna - Universidad de La Sabana
(3) Medico General – MSc Epidemiología (c)
(4) Médico General – Universidad de La Sabana.
(5) Residente Pediatría - Universidad de La Sabana

OBJECTIVE: to determine the frequency of prescription of prophylactic treatment and of educational explanations to the patient with primary headache by primary care physicians, and the possible factors associated with them.

MATERIALS AND METHODS: cross-sectional study with 152 patients that have Migraine or Tensional Headache according to the ICHD criteria and that had an indication for prophylactic treatment according to the Canadian guidelines for the prophylaxis management of patients with migraine, which were attended by primary care physicians. Application of a questionnaire to establish the type of practices carried out by professionals; an univariate and bivariate analysis was performed.

RESULTS: 56% of the patients never received an educational explanation about their disease, 70% had never been referred to a neurology consultation previously, and 23% had been prescribed prophylactic treatment. 44% answered not knowing about the origin of the headache and found a significant association between the educational level of the patient and the fact that they offered educational explanation.

CONCLUSION: the frequency of formulation of pharmacological prophylaxis and the performance of educational explanations to the patient by the Primary Care Physician was very low; This may be related to a lack of knowledge of management protocols in primary headache and to flaws in the clinical skills previously obtained in undergraduate training.

KEYWORDS: primary headache disorders, prevention and control, medical education, patient education as topic, risk factors (MeSH)

INTRODUCCIÓN

La cefalea primaria es el tipo de dolor de cabeza más común en la práctica clínica, y la migraña junto con la cefalea tipo tensión son patologías frecuentes en la consulta neurológica. La migraña se caracteriza por ser una condición crónica con episodios de dolor unilateral, generalmente pulsátil, asociado a náusea y fotofobia, relacionado con una influencia genética de curso benigno (1). Diversos estudios han mostrado que la prevalencia mundial de la migraña es del 14,7%, por lo que se encuentra entre las cinco primeras enfermedades más comunes y entre las primeras diez causas específicas de años vividos con discapacidad, según la encuesta del estudio del impacto global de enfermedades del 2016 (2,3). La cefalea tipo tensión, por su parte, tiende a ser bilateral, con un dolor de leve a moderada intensidad, de tipo opresivo (4), y se estima que tiene una prevalencia del 46% a lo largo de la vida de las personas a escala global (5).

El tratamiento del paciente con migraña incluye intervenciones en caso de ataque agudo y estrategias farmacológicas y no farmacológicas para prevenir la reaparición del dolor conocidas como “profilaxis”. En estas se realiza la prescripción de un medicamento para usar por tiempo prolongado, se educa al paciente en general sobre el origen de la cefalea, la intención y los objetivos del tratamiento, el pronóstico de recuperación, la importancia de la adherencia al fármaco prescrito y sobre aspectos nutricionales y de estilos de vida (6).

La aplicación eficaz de estas medidas por parte del médico de atención primaria se relaciona con las habilidades clínicas aprendidas durante su formación en el pregrado y con la capacidad de seguir los protocolos de manejo estable-

cidos para esta patología; sin embargo, el proceso educativo es el que finalmente hace que el paciente reflexione sobre la importancia de adherirse a las medidas de manejo descritas (7). Diversos factores pueden influir para que la educación al paciente no sea eficiente y se genere pobre adherencia al manejo médico, además de provocar desconocimiento sobre la enfermedad (8-10).

El objetivo de esta investigación fue describir la frecuencia y las condiciones de formulación de tratamiento profiláctico en el paciente con migraña y cefalea tipo tensional por parte del médico de atención primaria previa a una consulta especializada de neurología, así como indagar en torno a las percepciones del paciente con respecto a su conocimiento sobre el origen de la cefalea, los factores desencadenantes y la calidad de la educación impartida con anterioridad por parte de su médico tratante y así caracterizar las prácticas de manejo del paciente con migraña y cefalea tipo tensional en los escenarios de atención primaria en salud, como reflejo de la formación pedagógica recibida en el pregrado y la capacidad de aplicar los protocolos de manejo establecidos para la cefalea primaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal con una muestra a conveniencia de pacientes de ambos sexos que consultaron al servicio de neurología de la Clínica Universidad de La Sabana (CUS) y cumplieron con los criterios diagnósticos de The International Classification of Headache Disorders (ICHD) (11) en un periodo de 24 meses y que durante la consulta neurológica se verificara que requerían tratamiento profiláctico, de acuerdo con las

cinco indicaciones referidas en la guía canadiense para la profilaxis en migraña (12).

Otros criterios de inclusión fueron: edad entre 16 y 60 años, dolor de cabeza como motivo de consulta y que aceptaran participar en la encuesta mediante firma de consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes con sospecha de cefalea secundaria según los criterios de la ICHD.

A todos los pacientes se les aplicó un cuestionario que incluyó preguntas sobre datos demográficos, número de atenciones previas por parte del neurólogo, si había recibido una explicación educativa en cualquier aspecto referente a su patología y la percepción acerca de la calidad de la explicación, conocimiento sobre el origen de la migraña y los factores desencadenantes del dolor, tratamiento profiláctico formulado previamente, tiempo de formulación y uso de dicho tratamiento por parte del paciente.

El proyecto fue aprobado por el comité de investigaciones y se realizó como parte de la atención integral al paciente en el servicio de neurología de la CUS.

El análisis univariado incluyo cálculo de frecuencias y porcentajes, para algunas variables cualitativas nominales se realizó un análisis bivariado mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Un valor de $p < 0,05$ se consideró para significancia estadística; se utilizó SPSS versión 24 para el análisis de los datos.

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario a 152 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. El 76 % fueron mujeres y la edad media de toda la muestra fue de 35,2 años, con un rango entre 15 y 58 años. El porcentaje de pacientes con migraña fue de 74 %, el de cefalea tipo tensión fue de 21 % y un 5 % presentó características de ambos, lo que se consideró una cefalea mixta.

A la pregunta sobre el conocimiento que tenían los pacientes del estudio sobre el origen de su cefalea, el 44,1 % contestó no saber, 6,6 % lo asoció con los alimentos y 7,2 % con el ciclo menstrual. Las demás características demográficas se presentan en la tabla 1. El 56 % de los pacientes respondieron que nunca habían recibido educación sobre su enfermedad y el 22 % que sí. No obstante, del total de los que respondieron la encuesta solo el 1,3 % consideró que dicha explicación fue de excelente calidad. Así mismo, el 70 % de los pacientes ya había asistido a una consulta de neurología previamente, mientras que solo el 6,6 % tenía seguimiento periódico por el neurólogo.

Con respecto a las prácticas de formulación de profilaxis por parte del médico de atención primaria, el 76,3 % de los pacientes nunca había recibido dicho manejo y solo el 10 % lo recibió al menos por tres meses. La distribución

Tabla 1. Características de los pacientes evaluados con cefalea primaria		
Característica	Frecuencia	%
Total, de pacientes	152	100
Hombre	37	24,3
Mujer	115	75,7
Edad media (SD) ^a	35,23	10,59
15 a 26 años (%)	39	25,7
27 a 42 años (%)	68	44,7
43 a 58 años (%)	45	29,6
Escolaridad		
Primaria	9	5,9
Secundaria incompleta	23	15,1
Secundaria completa	47	30,9
Técnica	25	16,4
Universitaria	38	25
Posgrado	7	4,6
Datos válidos	149	98
Ocupación		
Desempleado	5	3,3
Empleado	62	40,8
Independiente	20	13,2
Hogar	31	20,4
Otro	23	15,1
Datos válidos	141	92,8
Percepción sobre origen de la cefalea		
No sabe	67	44,1
Calor	3	2
Genética	6	3,9
Menstruación	11	7,2
Sol	1	0,7
Otro	32	21,1
Accidente	3	2
Estrés	7	4,6
Inflamación	2	1,3
Hipertensión	2	1,3
Alimentos	10	6,6
Trasnochar	6	3,9
Datos validos	150	98,7
^a Valor presentado como media y desviación estándar.		
Fuente: elaboración propia.		

de frecuencias y porcentajes de las intervenciones se detalla en la tabla 2. La figura 1 muestra las frecuencias agrupadas y recodificadas como variables dicotómicas para cada una de las principales intervenciones medidas. Se observa que más del 60 % de los pacientes encuestados no recibieron ninguna de las tres intervenciones.

Los resultados del análisis bivariado se presentan en la tabla 3. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson para analizar las posibles asociaciones entre las intervenciones realizadas y las variables demográficas sexo, edad y nivel educativo, a fin de determinar la independencia de estas. No se encontró ninguna asociación que tuviera significancia estadística con intervenciones como profilaxis, atención previa por neurología o explicación sobre cefalea primaria.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre nivel de escolaridad y haber recibido educación sobre cefalea previamente al estudio por parte del médico de atención primaria (valor $p < 0,05$), así como entre nivel de escolaridad y haber recibido profilaxis previamente a la encuesta ($p < 0,034$). Se halló una fuerte asociación, con un valor de Chi cuadrado de 21,9 y una $p < 0,0000$, entre no haber tenido explicación previa y no haber recibido profilaxis antes del estudio.

DISCUSIÓN

Esta investigación indagó en torno a la realidad de las prácticas de manejo del paciente con cefalea primaria por parte de los médicos de atención primaria, en relación con la habilidad clínica para formular profilaxis en migraña, educar y comunicar información efectiva al paciente, como un reflejo del seguimiento de los protocolos de manejo de la patología y una aproximación al verdadero nivel de formación que demuestran los profesionales de la salud en relación con el manejo de la cefalea primaria al terminar sus estudios de pregrado. Los hallazgos del estudio muestran que el desempeño de los médicos de atención primaria para prescribir tratamientos efectivos en migraña y para llevar a cabo el proceso de educar al paciente fue deficiente, con cifras de casi el 80 % de no formulación de profilaxis y con percepciones que indicaron que solo el 1 % de las veces el tipo de intervención educativa realizada por los médicos tratantes podía impactar en su recuperación.

Esta observación contrasta con los grandes avances que ha tenido el conocimiento de la migraña y la cefalea tipo tensión en cuanto a su origen y tratamiento integral. Se percibe que el abordaje que establecen los médicos de atención primaria no está integrado con los criterios de calidad en la atención.

Se ha considerado que las características de la interacción entre el médico y el paciente puede influir en obtener resultados globales de mejoría del dolor, como lo plantean

Tabla 2. Intervenciones realizadas en pacientes con cefalea primaria (n= 152)		
Característica	Frecuencia	%
Explicación previa por médico APS^a		
Nunca	85	55,9
No recuerda	24	15,8
No sabe	9	5,9
Excelente	2	1,3
Buena	19	12,5
Regular	11	7,2
Mala	1	0,7
Datos válidos	151	99,3
Datos no válidos	1	0,7
Atención previa por neurólogo		
Nunca	106	69,7
Alguna vez	29	19,1
Periódico	10	6,6
Constante	7	4,6
Total	152	100
Tiempo de profilaxis		
Nunca	116	76,3
Irregular	2	1,3
Menor de un mes	6	3,9
Uno a tres meses	10	6,6
Mayor a tres meses	15	9,9
Datos válidos	149	98
Perdidos por el sistema	3	2
^a APS: Atención Primaria en Salud. Fuente: elaboración propia.		

Cottrell y Drew cuando señalan que lo que realmente desean los pacientes con migraña es recibir un apoyo por parte de su médico tratante, que entienda y le explique su problema, incluso por encima del tipo de medicación que le prescriba (13).

Los resultados del estudio muestran fallas en el manejo integral de los pacientes con cefalea primaria en el primer nivel de atención. A pesar de cumplir criterios para iniciar manejo profiláctico para la migraña, más de dos tercios de los pacientes encuestados nunca la recibió, así como más de la mitad de los pacientes no fue remitido a consulta de neurología antes del estudio y no fue debidamente informado sobre su patología.

Las anteriores intervenciones no guardan relación con el sexo o con la edad de los encuestados, lo que supone

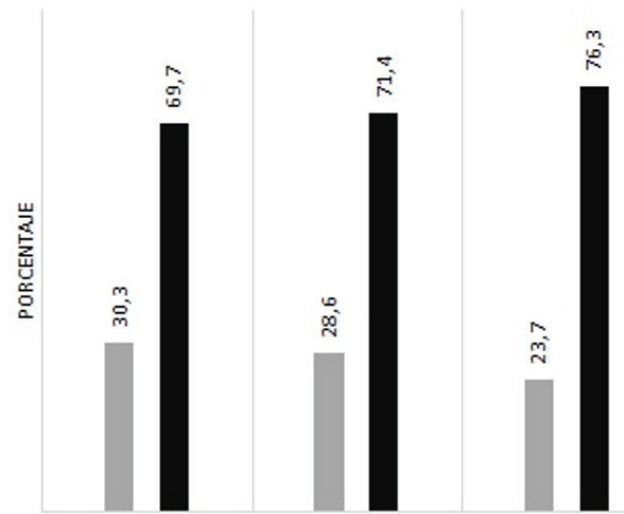


Figura 1. Distribución porcentual de intervenciones realizadas en los pacientes previamente al estudio Fuente: elaboración propia.

independencia de estas variables. Parece entonces que puede existir un vacío en el conocimiento del tema y dificultades en la práctica del médico de atención primaria a partir de la formación recibida en los estudios de pregrado y sus habilidades clínicas en los temas de abordaje del paciente con cefalea.

Diversos estudios han demostrado que los médicos que trataron de influir de manera positiva y optimista en los pacientes acerca del conocimiento sobre diversos aspectos de la migraña y su tratamiento, en comparación con los que lo hicieron de una manera negativa o neutral, lograron un mayor impacto en la salud del paciente (14,15). La adecuada información y la participación del paciente en la elección de opciones de tratamiento estuvieron asociadas con la resolución de los síntomas emocionales y físicos, un mayor cumplimiento del tratamiento, la mejora de la satisfacción y un menor número de consultas repetidas y de referencia a centros especializados (16).

La relación significativa encontrada entre un mayor nivel educativo de los pacientes para haber recibido educación

Tabla 3. Asociaciones entre características basales de la población estudiada e intervenciones para cefalea

		Profilaxis previa				Atención previa por neurología				Explicación previa por médico APS			
		Sí	No	X ²	Valor p	Sí	No	X ²	Valor p	Sí	No	X ²	Valor p
Sexo	Hombre	7	30	0,61	0,2165	12	25	0,19	0,3705	10	19	0,65	0,209
	Mujer	29	86			34	81			24	66		
Edad	< 26 años	7	32	3,52	0,0855	11	28	0,1	0,474	9	23	0,51	0,385
	27-42 años	21	47			21	47			15	32		
	> 43 años	8	37			14	31			10	30		
Escolaridad	Primaria	0	9	10,22	0,0345*	0	9	7,97	0,075	1	8	20	0,0005*
	Secundaria incompleta	5	18			5	18			3	13		
	Secundaria completa	7	40			15	32			4	30		
	Técnica	7	18			6	19			6	13		
	Universitaria	11	27			13	25			15	18		
	Posgrado	4	3			4	3			5	1		
Escolaridad agrupada	Primaria + Secundaria	12	67	5,5	0,009*	20	59	1,02	0,155	8	51	13,8	0,0001*
	Técnica + universitaria o mas	22	48			23	47			26	32		
Explicación previa por médico APS	Sí recibió educación previa	19	15	21,9	0,0000*	15	19	4,95	0,013*				
	No recibió educación previa	12	73			20	65						
* valor de p < α = 0,05. Estadísticamente significativo													

Fuente: elaboración propia.

previa por parte del médico de atención primaria plantea que este hecho podría motivarlo a dar mayores explicaciones sobre la enfermedad, pero supondría una dificultad para abordar a los pacientes de cualquier condición sociocultural o educativa. Sin embargo, esto puede ser una asociación espuria por el sesgo de memoria que puede influir en los resultados; se requieren estudios con diseños diferentes que permitan confirmar esta asociación.

La duración del tratamiento profiláctico para la migraña es importante, a efectos lograr un adecuado control de la frecuencia de los episodios. Los hallazgos del estudio muestran que a pesar de tener indicación de ella, más de la mitad de los pacientes encuestados dijo no haber recibido nunca el tratamiento profiláctico, lo cual está directamente relacionado con el nivel de desempeño y el seguimiento de los protocolos de manejo por parte de los médicos tratantes. Además, de los que sí formularon la profilaxis, solo un 10% la recibieron de manera adecuada. Aunque existen divergencias en los grupos de trabajo acerca del tiempo total de duración del tratamiento para la migraña y que la individualización para cada paciente es fundamental (17,18), se sabe que la mayoría de los estudios y revisiones muestran que una duración mayor de tres a seis meses está asociada con lograr una disminución notable en la frecuencia e intensidad de los episodios de cefalea (19). El grupo colombiano de Sobrino y Muñoz, entre otros, ha planteado similares conceptos (20,21).

La fuerte asociación encontrada entre no haber recibido explicación previa y no haber sido prescrito el tratamiento profiláctico podría apoyar la hipótesis acerca de las carencias en el perfil profesional que tienen los estudiantes de medicina al terminar su formación de pregrado, lo cual podría estar en relación con las características curriculares con las que se aborda la formación neurológica en el pregrado. Para ello, sería necesario establecer modelos pedagógicos que vuelvan eficientes las habilidades clínicas de los futuros egresados. MacGregor y Smelt plantean que las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud para generar explicaciones educativas eficientes son fundamentales en la adherencia al tratamiento profiláctico, así como en la optimización de la calidad de vida del paciente con migraña y cefalea tipo tensión (10,22). Esta relación encontrada aunque tiene significancia estadística, no se considera causal, debido al tipo de diseño del estudio y debe valorarse con cautela planeando nuevos modelos de investigación en el futuro que permitan aclarar dicha asociación.

Por otro lado, es importante mencionar que la mayoría de los pacientes, antes de la atención con el especialista en

neurología, tenían diferentes percepciones sobre el origen de la cefalea primaria y consideraban como causas de esta los alimentos, la menstruación y otras creencias. Llama la atención que el 44,1 % no tuviera ningún tipo de conocimiento sobre el origen de la migraña, lo cual también establece qué tipo de educación a la comunidad ofrecen el sistema de salud y los programas de prevención y promoción.

Resaltamos como principales limitantes del estudio las que tienen que ver con el diseño para poder establecer asociaciones causales, el sesgo de memoria que pudiera haber al momento de contestar el cuestionario y que se refleja en pérdida de datos o respuestas incompletas. Dado que no fue objetivo del estudio, no se valoró el impacto en calidad de vida de los pacientes evaluados. Sin embargo, es un desenlace que puede estar relacionado con las variables evaluadas en el presente estudio. En el trabajo de Lipton y Stewart se evidenció que la migraña tiene un efecto deletéreo sobre la calidad de vida de los pacientes y genera una carga social importante por incapacidad médica y pérdida de días laborales (17).

CONCLUSIÓN

Los resultados de la investigación son una aproximación al tipo de prácticas que realizan los médicos de atención primaria al paciente con migraña y cefalea tipo tensión, así como de la percepción que tienen los pacientes en cuanto al origen y los factores desencadenantes del dolor. El médico general no incluye en su rutina de consulta ofrecer explicaciones educativas ni tratamientos profilácticos al paciente, con lo cual la eficacia y la calidad en la atención, así como el seguimiento a los protocolos de manejo a nivel de atención primaria, se ven cuestionados. Estas falencias pueden ser resultado de vacíos en el aprendizaje de la medicina que deben ser intervenidos para lograr mejores resultados de calidad en la atención primaria en salud. Es necesario cuestionar la metodología de instrucción que se recibe en el pregrado de medicina y su relación con el número de horas dedicadas a la enseñanza de la neurología. La optimización de las intervenciones en las unidades de atención primaria en salud podría tener un impacto significativo en la disminución de los costos laborales, los gastos sustanciales de la salud y en la calidad de vida de los pacientes.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Stovner IJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton RB, Scher AI, et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27:193-210.
2. Schramm SH, Obermann M, Katsarava Z, Diener HC, Moebus S, Yoon MS. Epidemiological profiles of patients with chronic migraine and chronic tension-type headache. *J Headache Pain*. 2013;14:40.
3. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-59.
4. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD. EFNS guideline on the treatment of tension type headache. *Eur J Neurol*. 2010;17(11):1318-25.
5. Stovner IJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210.
6. Baron EP, Markowitz SY, Lettich A, Hastriter E, Lovell B, Kalidas K, et al. Triptan education and improving knowledge for optimal migraine treatment: An observational study. *Headache*. 2014;54(4):686-97.
7. Giacomozzi AR, Vindas AP, da-Silva-Junior AA, Bordini CA, Buonanotte CF, Roesler CA, et al. Consenso Latinoamericano para las Directrices de Tratamiento de la Migraña Crónica. *Headache Med*. 2012;23(4):162-72.
8. Medrano-Martínez V, Callejo-Domínguez JM, Beltrán-Lasco I, Pérez-Carmona N, Abellán-Miralles I, González-Caballero G, et al. Folletos de información educativa en migraña: Satisfacción percibida en un grupo de pacientes. *Neurología*. 2015;30(8):472-89.
9. Buse DC, Lipton RB. Global perspectives on the burden of episodic and chronic migraine. *Cephalalgia*. 2013;33(11):885-90.
10. MacGregor EA. The doctor and the migraine patient: Improving compliance. *Neurology*. 2012;48(3):16S-20S.
11. Olesen J, Bendtsen L, Ducros A, Evers S, First M, Goadsby P, et al. The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
12. Pringsheim T, Davenport W, Mackie G, Worthington L, Aube M, Christie SN. Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. *Can J Neurol Sci*. 2012;39(2 Supl. 2):S1-59.
13. Constance KC, Jana B, Drew S, Sharon EW, John AB, Francis J, et al. Perceptions and needs of patients with migraine. *J Fam Pr*. 2002;51(2):142-7.
14. Lipton RB, Stewart WF. Acute migraine therapy: Do doctors understand what patients with migraine want from therapy? *Headache J Head Face Pain*. 2004;39(Supl. 2): S20-6.
15. Buse DC, Rupnow MFT, Lipton RB. Assessing and managing all aspects of migraine: Migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(5):422-35.
16. Peters M, Huijjer-Abu-Saad H, Vydellingum V, Dowson A, Murphy M. The patients' perceptions of migraine and chronic daily headache: A qualitative study. *J Headache Pain*. 2005;6(1):40-7.
17. Lipton RBSWF, von-Korff M. Burden of migraine: Societal costs and therapeutic opportunities. *Neurology*. 2012;48(3 Supl. 3):S4-9.
18. Silva-Néto RP, James K, Neri S. Analysis of the duration of migraine prophylaxis. *J Neurol Sci*. 2014;337(1-2):38-41.
19. Bhoi SK, Kalita J, Misra UK. Is 6 months of migraine prophylaxis adequate? *Neurol Res*. 2013;35(10):1009-14.
20. Sobrino F. Chronic daily headache. *Acta Neurol Colomb*. 2013;29(1):96-106.
21. Muñoz J. Tratamiento preventivo para la migraña. *Acta Neurol Colomb*. 2013;29(1):43-50.
22. Smelt AFH, Eijssenga SJ, Assendelft WJJ, Blom JW. Acceptance of preventive treatment in migraine patients: Results of a survey. *Eur J Gen Pract*. 2012;18(3):143-8.