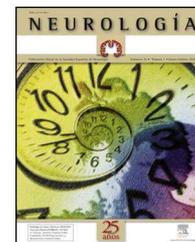




NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



ORIGINAL

Características de los 2.000 primeros pacientes registrados en una consulta monográfica de cefaleas[☆]



M.I. Pedraza, P. Mulero, M. Ruíz, C. de la Cruz, S. Herrero y A.L. Guerrero*

Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Recibido el 24 de julio de 2013; aceptado el 11 de diciembre de 2013
Accesible en línea el 30 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Consulta monográfica de cefaleas;
Registro de cefaleas;
Clasificación internacional de cefaleas;
Migraña;
Cefalea tensional;
Cefalea secundaria

Resumen

Objetivos: Analizar las características demográficas de los 2.000 primeros pacientes del registro de una consulta monográfica de cefaleas (CMC), y la incidencia de los diferentes tipos de cefaleas codificadas según los criterios de la clasificación internacional de cefaleas, II edición (CIC-II)

Pacientes y métodos: En enero de 2008 se estableció una CMC en un hospital terciario. Los pacientes podían ser derivados desde atención primaria en formato de alta resolución, la consulta general de neurología u otras especialidades. Se atendieron fuera de agenda a profesionales del centro o familiares. Recogimos prospectivamente en cada paciente la edad, el sexo, la vía de acceso a la consulta y los tratamientos sintomáticos o profilácticos prescritos con anterioridad. Las cefaleas fueron clasificadas de acuerdo a la CIC-II; cuando un paciente cumplía criterios para más de un tipo de cefalea todas eran diagnosticadas y clasificadas.

Resultados: En octubre de 2012 2.000 pacientes (ratio mujeres/hombres: 2,59/1) habían sido incluidos. La mediana de edad de estos pacientes era de 42 años (rango: 11-94). El 55,3% fueron derivados desde atención primaria. Un 68,1% no requirió pruebas complementarias. Se codificaron 3.095 cefaleas; 2.222 (71,8%) primarias y 382 (12,3%) secundarias. Ciento diecisiete (3,8%) neuralgias craneales, 136 (4,3%) no clasificables y 238 (7,7%) incluidas en el apéndice de investigación de la CIC-II. El grupo más representado era el 1 (migraña) con un 53% del total de cefaleas.

Conclusiones: Las características de nuestro registro son comparables a las descritas previamente en consultas monográficas de cefaleas. La migraña fue el diagnóstico más habitual. Las cefaleas secundarias no son frecuentes en nuestra serie. La mayoría de las cefaleas pudieron ser codificadas por la CIC-II.

© 2013 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Presentado parcialmente como póster en el XXIII Congreso de la *European Neurological Society*, Barcelona, junio de 2013.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gueneurol@gmail.com (A.L. Guerrero).

KEYWORDS

Outpatient headache clinic;
Headache registry;
International classification of headache disorders;
Migraine;
Tension-type headache;
Secondary headache

Characteristics of the first 2,000 patients registered in a specialist headache clinic**Abstract**

Objectives: Headache is a common cause of medical consultations. We aim to analyze demographic characteristics of first two thousand patients in our register, and the incidence of their different headaches coded according to the International Classification of Headache Disorders, II edition (ICHD-II).

Patients and methods: On January 2008 a headache outpatient clinic was established in a tertiary hospital. Patients could be referred by general practitioners according to previously consensused criteria, as well as by general neurology or other specialities clinics. The following variables were prospectively collected on all patients; age, sex, referral source, complementary tests required, and the previously prescribed symptomatic or prophylactic therapies. All headaches were classified accordingly to ICHD-II. When a patient fulfilled criteria for more than one type of headache, all of them were diagnosed and classified.

Results: In October 2012, 2000 patients (ratio women/men 2.59/1) had been seen in our headache clinic. The median age was 42 years (range: 11-94), 55.3% were referred from primary care, and 68.1% did not require complementary tests. A total of 3095 headaches were recorded in these 2000 patients, of which 2222 (71.8%) were considered primary headaches, 382 (12.3%) secondary headaches, with 117 (3.8%) corresponding to cranial neuralgias, 136 (4.3%) were unclassified headaches, and 238 (7.7%) were included in the research Appendix of the ICHD-II. The most represented group was 1 (migraine) with 53% of all headaches.

Conclusions: The characteristics of first 2000 patients in our register were comparable to those previously described in other types of headache outpatient clinics. Migraine was the most frequent diagnosis, and secondary headaches were not as frequent in our series. Most headaches could be coded according to ICHD-II criteria.

© 2013 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cefalea es el motivo más frecuente de consulta en neurología ambulatoria y uno de los más habituales en atención primaria; y ello aún contando que, de acuerdo con los estudios epidemiológicos, una importante proporción de personas que sufren dolor de cabeza no consultan nunca por ello¹⁻³.

La cefalea puede producir una importante repercusión en la calidad de vida de las personas, con importantes costes económicos, tanto directos como indirectos^{1,4}. La clasificación internacional de cefaleas en su segunda edición (CIC-II)⁵ nos ayuda a llevar a cabo un diagnóstico adecuado en cada caso, paso fundamental hacia un correcto manejo de cada paciente con cefalea. Esta clasificación considera 14 grupos divididos en 3 partes, más un apéndice de investigación (tabla 1).

Pretendemos en este trabajo analizar las características demográficas de los 2.000 primeros pacientes del registro de una consulta monográfica de cefaleas (CMC) y la incidencia de sus diferentes tipos de cefaleas codificadas según los criterios de la CIC-II.

Pacientes y métodos

En enero de 2008 se estableció la CMC en un hospital terciario. Los pacientes podían ser referidos por atención primaria mediante un formato de alta resolución y de acuerdo a criterios establecidos y previamente consensuados. También

se contempló la derivación desde la consulta general de neurología en casos de especial complejidad o en los que se preveía necesaria la realización de técnicas terapéuticas instrumentales (bloqueos anestésicos o inyección de toxina botulínica), así como la interconsulta desde otras especialidades hospitalarias. De inmediato, al conocerse la existencia de la CMC se requirió por parte de profesionales del hospital, bien para ellos bien para sus familiares o amigos, huecos en la agenda de la consulta.

Se registraron prospectivamente las características demográficas de los pacientes atendidos en la CMC, su procedencia, las pruebas complementarias requeridas a criterio del neurólogo responsable de la CMC (A.L.G.), y los tratamientos sintomáticos o preventivos prescritos con anterioridad a su llegada a la consulta.

Todas las cefaleas se codificaron de acuerdo con los criterios de la CIC-II. Cuando un paciente cumplía criterios para más de un tipo de cefalea, todas ellas eran diagnosticadas y codificadas.

Resultados

En octubre de 2012 2.000 pacientes (1.444 mujeres y 556 hombres, ratio 2,59/1) habían sido atendidos en la CMC. La mediana de edad de nuestra serie en la primera consulta en la CMC es de 42 años (rango: 11-94). La mayor parte de nuestros pacientes, 1.105 (55,3%) fueron derivados desde atención primaria. Quinientos dos (25,1%) llegaron a la CMC desde la consulta de neurología general y 232

Tabla 1 Clasificación internacional de cefaleas, 2.^a edición

Parte	Grupo	
1. Cefaleas primarias	1	Migraña
	2	Cefalea tensional
	3	Cefaleas trigémino-autonómicas
	4	Otras cefaleas primarias
2. Cefaleas secundarias	5	Traumatismo craneal o cervical
	6	Alteraciones vasculares craneales o cervicales
	7	Trastorno intracraneal no vascular
	8	Sustancia o su supresión
	9	Infección
	10	Trastorno de la homeostasis
	11	Trastorno de estructuras craneales o faciales
	12	Trastorno psiquiátrico
3. Neuralgias craneales y otras cefaleas	13	Neuralgias craneales
	14	Otras cefaleas
	Apéndice	

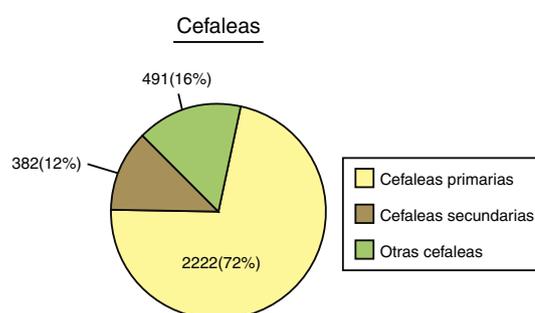
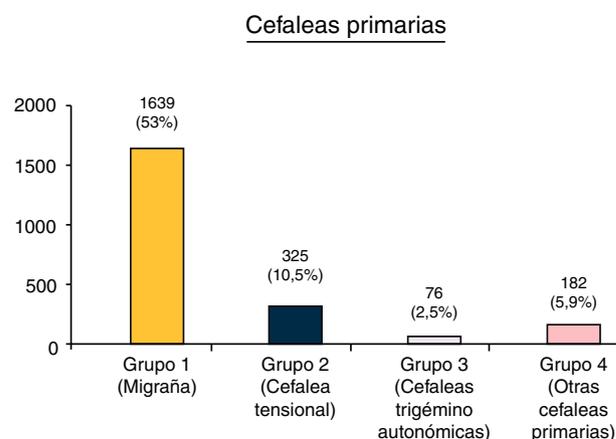
(11,6%) de otras especialidades, principalmente neurocirugía. Ciento sesenta y un (8,1%) casos correspondían a los «recomendados» anteriormente mencionados.

En 1.367 (68,1%) pacientes no se consideró necesario realizar prueba complementaria alguna. Un 94,3% había recibido con anterioridad algún tratamiento sintomático, mientras que solo el 37,5% había usado algún tratamiento profiláctico. En la [tabla 2](#) se muestra la comparación de estas variables en los 4 grupos de pacientes en función de la vía de llegada a la consulta. El dato más llamativo, aunque esperable en este análisis, fue el mayor porcentaje de utilización previa de tratamiento preventivo en los pacientes procedentes de la consulta general de neurología.

En estos 2.000 casos se codificaron un total de 3.095 cefaleas; 2.222 (71,8%) fueron consideradas cefaleas primarias (grupos 1 al 4 de la CIC-II) y 382 (12,3%) cefaleas secundarias (grupos del 5 al 12) ([fig. 1](#)). Ciento diecisiete (3,8%) fueron clasificadas en el grupo 13 (neuralgias craneales), 136 (4,3%) en el grupo 14 (no clasificables) y 238 (7,7%) en el apéndice de investigación de la CIC-II.

En cuanto a las cefaleas primarias 1.639 (53% de todas las cefaleas) fueron incluidas en el grupo 1 (migraña). Un total de 325 (10,5%) fueron codificadas en el grupo 2 (cefalea tensional), 76 (2,5%) en el grupo 3 (cefaleas trigémino autonómicas) y 182 (5,9%) en el grupo 4 (otras cefaleas primarias) ([fig. 2](#)).

La incidencia de las cefaleas secundarias fue baja en nuestra serie. Destacan las 31 (1% del total) incluidas en el grupo 5 (cefalea atribuida a traumatismo craneal o cervical)

**Figura 1** Distribución de las 3.095 cefaleas.**Figura 2** Cefaleas primarias.**Tabla 2** Comparación de las diferentes variables en función de la procedencia del paciente

	Ratio M/V	Mediana de edad	Exploraciones complementarias	Tratamiento sintomático	Tratamiento preventivo
AP	2,7	42	32%	93,2%	32,1%
Neurología	1,95	43	36,1%	94,8%	59,2%
Interconsulta	3,29	46	21,2%	95,6%	32,4%
Recomendados	3,23	37	28%	98,1%	35%

AP: atención primaria; M: mujer; V: varón.

y las 306 (9,9%) en el grupo 8 (cefalea atribuida a una sustancia o su supresión). Menos presentes estuvieron las incluidas en los grupos 6 (cefalea atribuida a alteraciones vasculares craneales o cervicales) (10 cefaleas, 0,3%), 10 (cefalea atribuida a trastornos de la homeostasis) (2 casos, 0,1%) u 11 (cefalea o dolor facial atribuido a estructuras faciales o craneales) (16 cefaleas, 0,6%).

Discusión

La cefalea es un importante problema de salud que afecta a todos los grupos de edad, desde la infancia hasta la edad adulta. El 90% de las personas ha sufrido dolor de cabeza en alguna ocasión⁶. La prevalencia global de la cefalea que se recoge en la literatura es de en torno al 50%⁷⁻¹¹, con una máxima incidencia en la edad media de la vida.

La calidad de vida de estos pacientes se encuentra notablemente disminuida, en función del número de ataques, intensidad y frecuencia de los mismos. Los costes que ocasiona, tanto directos como indirectos, son considerables en España y en los países de nuestro entorno¹². Las cefaleas provocan también alteraciones en las relaciones familiares y sociales, así como absentismo escolar y laboral^{4,13,14}. El *Global Burden of Disease Survey* de 2010, publicado por la Organización Mundial de la Salud¹⁵, indica que las 2 principales cefaleas primarias, la cefalea tensional y la migraña, son respectivamente la segunda y la tercera enfermedad más prevalentes en el mundo. Además, la migraña, la más invalidante de todas las cefaleas, ocupa el séptimo lugar dentro de todas las enfermedades en todo el mundo en cuanto a la generación de discapacidad¹⁶.

Por todo ello, es importante llevar a cabo un adecuado diseño de los sistemas de atención al paciente con cefalea^{6,17}, de cara a lograr un diagnóstico precoz y preciso que permita un tratamiento adecuado en cada caso, minimizando así la importante repercusión que condiciona⁴.

Las características demográficas de nuestra serie (mayor representación del género femenino con una ratio de 2,5 y una mediana de edad en la quinta década de la vida) son comparables a las mostradas en estudios de base hospitalaria¹⁸⁻²¹.

La procedencia de los pacientes es uno de los factores que pueden explicar las diferencias que se han encontrado en los resultados de diferentes consultas monográficas o unidades de cefaleas^{22,23}. Nuestra CMC se diseñó con un modelo mixto en el que, basándose principalmente en la colaboración con atención primaria, se admitieron además pacientes de especial complejidad de la consulta general de neurología, así como de otras especialidades. La comparación que hemos realizado en la [tabla 2](#) muestra que las características demográficas de los pacientes son similares, independientemente de su vía de entrada a la CMC. Como podía esperarse, el porcentaje de pacientes que ya había recibido tratamiento preventivo es mayor en los procedentes de una consulta de neurología. En cualquier caso, nuestros médicos de atención primaria utilizan estas terapias en mayor medida de lo descrito previamente en estudios realizados en consultas generales de neurología de nuestro medio²⁴. Este resultado quizá se deba a la labor de formación

continuada que acompañó desde el principio al establecimiento de nuestra CMC.

Un apartado no considerado, salvo en los riesgos inherentes a dicha condición²⁵ o respecto al manejo de pacientes de especial consideración²⁶, es la influencia en la asistencia del paciente «recomendado». Al iniciar la andadura de la CMC nos pareció inevitable que, dada la prevalencia de las cefaleas y el tipo de población que trabaja en nuestros centros hospitalarios, muchos colegas iban a requerir nuestra atención bien para ellos bien para sus familiares cercanos. Sensibles a esta sobrecarga en las agendas, hemos tenido en consideración si estos casos hubiesen llegado a la CMC de tener que ser derivados desde atención primaria. La respuesta es afirmativa: el 81,5% de nuestros «recomendados» hubiesen cumplido los criterios de derivación propuestos a atención primaria, lo cual indica que estamos ante un grupo de personas responsables, que no consumen en exceso recursos para los que tienen un acceso más sencillo.

El porcentaje de pacientes en los que se consideró necesaria la realización de alguna exploración complementaria tras llegar a nuestra CMC fue ligeramente superior al 30%. Hay que señalar que en los casos derivados desde la consulta general de neurología o de otras especialidades con frecuencia se habían realizado con anterioridad estudios de neuroimagen; en atención primaria no es posible solicitar pruebas de imagen y, por protocolo de derivación, a los pacientes con una cefalea de inicio por encima de los 50 años se les realiza un estudio analítico incluyendo velocidad de sedimentación globular (VSG). El mensaje que siempre hemos querido transmitir en atención primaria es que el porcentaje de lesiones intracraneales significativas en pacientes con cefalea es muy bajo, y aún más si el examen neurológico es normal²⁷.

Ya que según la CIC-II cuando un paciente presenta varios tipos de cefalea todas deben ser diagnosticadas⁵, no sorprende que en nuestros 2.000 pacientes se codificasen 3.095 cefaleas. Esta combinación de diagnósticos se ha observado en otros estudios llevados a cabo en modelos asistenciales como el nuestro²⁸.

En cuanto al porcentaje de los diferentes tipos de cefalea, aunque en los estudios de base poblacional el mayor corresponde a la cefalea tensional, los trabajos realizados tanto en atención primaria²⁸ como en consultas generales de neurología²⁹ han mostrado una mayor presencia de la migraña.

Como en la mayoría de estudios llevados a cabo en consultas monográficas o unidades de cefalea, la migraña es el diagnóstico más representado en nuestra serie^{19,20,30-32}. La causa de la elevada prevalencia de la cefalea tensional en los estudios de base poblacional, y su disminución conforme aumenta la especialización del nivel asistencial que se considera, probablemente sea que se trata de pacientes en los que el impacto de la cefalea es menor, lo que hace que no lleguen a consultar a un médico^{7-11,14,33}. Aun así, el porcentaje de cefalea tensional es menor en nuestro registro que en estudios anteriores en modelos de atención similares. Quizás la generalización del concepto de migraña crónica, asumiendo que este es el diagnóstico de un paciente que presenta dolor sordo diario o casi diario con frecuentes exacerbaciones migrañosas, hace que se vaya dejando de considerar en este tipo de pacientes la presencia de una cefalea tensional asociada a la migraña^{34,35}.

Para finalizar con las cefaleas primarias, la representación en nuestra serie de los grupos 3 (cefalea trigémino autonómica) y 4 (otras cefaleas primarias) es comparable a la previamente descrita en este tipo de consulta de cefaleas^{31,32,36}. La incidencia de cefalea secundaria es baja en nuestro registro, igual que en estudios anteriores^{8,18-20}. La mayoría fueron incluidas dentro del grupo 8 (cefalea atribuida a una sustancia o a su supresión), entidad muy conocida en las consultas de nuestro medio³⁷.

Casi un 4% de las cefaleas de nuestros pacientes corresponden a neuralgias craneales y más de un 7% a cuadros incluidos dentro del apéndice de investigación de la CIC-II. Finalmente, únicamente algo más de un 4% de las cefaleas se incluyen dentro del grupo 14 (cefaleas no especificadas o no clasificables).

En conclusión, las características de los 2.000 primeros pacientes de un registro de una consulta monográfica de cefaleas son comparables a las descritas anteriormente en este tipo de modelo asistencial. El porcentaje de cefaleas secundarias es bajo, salvo en aquellas relacionadas con el abuso de medicación, y la migraña es la entidad más representada. Finalmente, la mayoría de las cefaleas que presentan nuestros pacientes pueden ser codificadas según los criterios de la CIC-II.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Stovner LJ, Zwart J-A, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol*. 2006;13:333-45.
- Steiner TJ. Lifting the burden: The global campaign to reduce the burden of headache worldwide. *J Headache Pain*. 2005;6:373-7.
- Stovner LJ. Headache epidemiology: How and why. *J Headache Pain*. 2006;7:141-4.
- Rasmussen BK. Epidemiology and socio-economic impact of headache. *Cephalalgia*. 1999;19(Suppl 25):20-3.
- The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 1):9-160.
- Steiner TJ. Lifting the burden: The global campaign against headache. *Lancet Neurol*. 2004;3:204-5.
- Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27:193-210.
- Manzoni GC, Stovner LJ. Epidemiology of headache. *Handb Clin Neurol*. 2010;97:3-22.
- Robbins MS, Lipton RB. The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol*. 2010;30:107-19.
- Matías-Guui J, Porta-Etessam J, Mateos V, Díaz-Insa S, Lopez-Gil A, Fernández C. One-year prevalence of migraine in Spain: A nationwide population-based survey. *Cephalalgia*. 2011;31:463-70.
- Fernández-de-Las-Peñas C, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Alonso-Blanco C, Palacios-Ceña D, Jiménez-Sánchez S, et al. Population-based study of migraine in Spanish adults: Relation to socio-demographic factors, lifestyle and co-morbidity with other conditions. *J Headache Pain*. 2010;11:97-104.
- Bloudek LM, Stokes M, Buse DC, Wilcox TK, Lipton RB, Goadsby PJ, et al. Cost of healthcare for patients with migraine in five european countries: Results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Head Pain*. 2012;13:361-78.
- Stovner LJ, Andrée C. Impact of headache in Europe: A review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2008;9:139-46.
- Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia*. 2001;21:774-7.
- Horton R. GBD 2010 understanding disease, injury and risk. *Lancet*. 2012;380:2053-4.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: The seventh disability. *Headache*. 2013;53:227-9.
- Steiner TJ, Antonaci F, Jensen R, Lainez MJA, Lanteri-Minet M, Valade D. Recommendations for headache service organisation and delivery in Europe. *J Headache Pain*. 2011;12:419-26.
- Guerrero AL, Rojo E, Herrero S, Neri MJ, Bautista L, Peñas ML, et al. Characteristics of the first 1.000 headaches in an outpatient headache clinic registry. *Headache*. 2011;51:226-31.
- Da Silva Jr AA, Tavares RM, Lara RP, Faleiros BE, Gomez RS, Teixeira AL. Frequency of types of headache in the tertiary care center of the Hospital das Clínicas of the Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58:709-13.
- Dong Z, Di H, Dai W, Liang J, Pan M, Zhang M, et al. Application of ICHD-II criteria in a headache clinic of China. *PLoS One*. 2012;7:e50898.
- Merikangas KR. Contributions of epidemiology to our understanding of migraine. *Headache*. 2013;53:230-46.
- Mendizabal JE, Rothrock JF. An interregional comparative study of headache clinic populations. *Cephalalgia*. 1998;18:57-9.
- Bhola R, Goadsby PJ. A trans-cultural comparison of the organisation of care at headache centres world-wide. *Cephalalgia*. 2010;31:316-30.
- Mateos V, Porta-Etessam J, Armengol-Bertolin S, Larios C, García M. En representación de los investigadores del estudio PRIMERA. Situación de partida y abordaje asistencial de la migraña en las consultas de neurología de España. Estudio PRIMERA. *Rev Neurol*. 2012;55:577-84.
- Sanz Rubiales A, Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S, García Recio C, López Lara F. El síndrome del recomendado. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19:430-3.
- Dubler NN, Kalkut GE. Caring for VIPs in the hospital: The ethical thicket. *IMAJ*. 2006;8:746-50.
- Sempere AP, Porta-Etessam J, Medrano V, Garcia-Morales I, Concepción L, Ramos A, et al. Neuroimaging in the evaluation of patients with non-acute headache. *Cephalalgia*. 2005;25:30-5.
- Gantenbein AR, Kozak S, Agosti R, Isler H. Similarities and differences in tension-type headache and migraine patients of primary care providers and a tertiary headache centre in Switzerland. En: Jensen R, Diener H-C, Olesen J, editores. *Headache Clinics. Organization, patients and treatment*. New York: Oxford University Press; 2007. p. 96-9.
- Lundqvist C, Grande RB, Aaseth K, Gulbrandsen P, Russell MB. Headache management in a neurological university clinic without a specialized headache centre. En: Jensen R, Diener H-C, Olesen J, editores. *Headache Clinics. Organization, patients and treatment*. New York: Oxford University Press; 2007. p. 104-7.

30. Dowson AJ. Analysis of the patients attending a specialist UK headache clinic over a 3-year period. *Headache*. 2003;43:14–8.
31. Felicio AC, Bichueti DB, Santos WA, Godeiro Junios CdeO, Marin LF, Carvalho DS. Epidemiology of primary and secondary headaches in a brazilian tertiary-care center. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64:41–4.
32. Gesztelyi G, Bereczki D. Primary headaches in an outpatient neurology headache clinic in East Hungary. *Eur J Neurol*. 2004;11:389–95.
33. Edmeads J, Findlay H, Tugwell P, Pryse-Phillips W, Nelson RF, Murray TJ. Impact of migraine and tension-type headache on life-style, consulting behaviour, and medication use: A Canadian population survey. *Can J Neurol Sci*. 1993;20:131–7.
34. Olesen J, Bousser M-G, Diener H-C, Dodick D, First M, Goadsby PJ, et al. Headache classification committee: New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia*. 2006;26:742–6.
35. Gracia-Naya M, Alarcia-Alejos R, Modrego-Pardo PJ. The importance of chronic migraine in a general neurology service. *Rev Neurol*. 2008;46:577–81.
36. Tugba T, Serap U, Esra O, Ozlem C, Ufuk E, Levent I. Features of stabbing, cough, exertional and sexual headaches in a turkish population of headache patients. *J Clin Neurosci*. 2008;15:774–7.
37. Pascual J, Mateos V, Gracia M, Láinez JM. Medication overuse headache in Spain. *Cephalalgia*. 2008;28:1234–6.