

### Cefalea crónica diaria y por abuso de analgésicos

L. Rivilla-Marugán<sup>a</sup>, A. Ramada Soriano<sup>b</sup>, V.M. González Rodríguez<sup>c</sup> y E. Arrieta Antón<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Dos Barrios (Ocaña). Toledo. España.

<sup>b</sup>Médico titular. Consultorio Náquera. Valencia. España.

<sup>c</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villoria. Salamanca. España.

<sup>d</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. España.

El término cefalea crónica diaria (CCD) hace referencia a aquellas cefaleas que se presentan de forma muy frecuente (15 o más días al mes). Generalmente tienen características que recuerdan a una cefalea tipo tensión, aunque también pueden existir rasgos de cefalea migrañosa.

En todo paciente con CCD se debe evaluar la existencia o no de cefalea por abuso de medicación (CAM), entendiendo el mismo como consumo de fármacos durante más de 10 días al mes a lo largo de 3 meses.

La mayoría de las CCD proceden de una migraña o de una cefalea tipo tensión episódica.

La cefalea primaria relacionada con mayor frecuencia con la CAM es la migraña.

El médico de Atención Primaria puede prevenir la aparición de la CAM explicando el uso adecuado de la analgesia en los episodios de dolor e instaurando tratamientos preventivos que eviten el consumo excesivo de tratamientos sintomáticos.

Una vez que ha aparecido la CCD, especialmente si existe abuso de analgésicos, suele ser necesaria la derivación a Neurología.

**Palabras clave:** cefalea crónica diaria, cefalea por abuso de analgésicos, tratamiento preventivo cefalea.

#### INTRODUCCIÓN

La cefalea crónica diaria (CCD) es un cuadro de presentación frecuente que afecta hasta al 4-5%<sup>1</sup> del total de los pacientes evaluados por cefalea, y su manejo resulta, en la mayoría de las ocasiones, extraordinariamente difícil para el médico de Atención Primaria. Se trata de aquel dolor de

Todos los autores son miembros del grupo de trabajo de Neurología de SEMERGEN.

Correspondencia: L. Rivilla Marugán.  
C/ Rey 45,- 1º D. 28300 Aranjuez. Madrid. España.  
Correo electrónico: laurarivilla@hotmail.com

Recibido el 21-06-07; aceptado para su publicación el 29-01-08.

The expression chronic daily headache (CDH) refers to those headaches that appear frequently, 15 or more days a month. They generally have characteristics similar to those of tension type headache, although migraine headache features may exist.

The presence of medication overuse headache (MOH) must be evaluated in every patient with CDH. Use of analgesia for more than 10 days a month over a period of 3 months is assumed as overuse medication.

Most CDH come from migraine or episodic tension type headache.

The primary headache more often related to MOH is migraine.

Primary Health Care doctors may prevent the onset of MOH by explaining the correct use of analgesics for pain episode and introducing preventive treatments that avoid excessive consumption of symptomatic drug treatments.

Once CDH has appeared, especially if medication overuse exists, referral to Neurology for evaluation is usually required.

**Key words:** chronic daily headache, medication overuse headache, headache preventive treatment.

cabeza que el paciente sufre un mínimo de 15 días al mes durante al menos 3 meses.

Una variante de la CCD es la cefalea por abuso de medicación (CAM), caracterizada también por dolor 15 o más días al mes, pero desarrollada o empeorada a partir del consumo de medicamentos durante más de 10 días al mes (analgésicos más de 15 días) a lo largo de 3 meses<sup>2</sup>. La CAM tiene una prevalencia aproximada del 1% en la población general.

Aunque nos resulte extraño en estos tiempos de hiperfrecuentación médica, la CCD es un problema por el que el usuario muchas veces no consulta. Generalmente se trata de una persona que está habituada a dolores periódicos de cabeza (por ejemplo, migrañas) y es probable

que sólo consulte por aquellos episodios de mayor intensidad, olvidándose de hablarnos de ese dolor más leve, casi diario, que no interfiere tanto en su actividad habitual y para el que normalmente se automedica sin solicitar asistencia<sup>2</sup>.

Otro motivo que justifica el infradiagnóstico de esta entidad es la escasa sensibilización que los médicos de Atención Primaria tenemos hacia el problema. En parte por no ser conscientes de la alta prevalencia del mismo, en parte por lo saturado de nuestras consultas, que muchas veces nos obliga a pasar de puntillas por determinadas patologías no amenazantes para nuestro paciente.

La CAM supone el tercer tipo más frecuente de cefalea, después de la cefalea tipo tensión y la migraña<sup>3</sup>. Cabe pues preguntarnos: ¿indagamos sobre esta patología en nuestra consulta?, ¿sabemos cuántos de nuestros pacientes con cefalea presentan una CCD?, ¿y cuántos toman analgesia casi a diario?

El manejo de estos pacientes muchas veces va a precisar su seguimiento a modo de "crónicos", con controles periódicos y visitas programadas, sobre todo cuando existe abuso de analgésicos.

Uno de los objetivos de esta revisión será concienciarlos de la frecuencia e importancia de este problema, su relación con el abuso de medicación analgésica y la posibilidad de que pase desapercibido si no lo buscamos activamente.

El tratamiento de una CCD puede resultar complicado, de hecho muchas de ellas van a requerir valoración por el especialista. Pero para ello es fundamental que nosotros las diagnosticemos y comprobemos si efectivamente existe o no un consumo excesivo de medicación.

## **CEFALEA CRÓNICA DIARIA**

Ya hemos definido la CCD como presencia de dolor de cabeza un mínimo de 15 días al mes durante al menos 3 meses<sup>3</sup>, sin que exista abuso de medicación. Se trata pues de un dolor de cabeza prácticamente diario. El dolor, independientemente de la existencia de otro tipo de dolores de cabeza episódicos asociados, suele presentar las características de una cefalea tipo tensión, aunque también pueden estar presentes signos y síntomas de migraña, como fotofobia, fonofobia, náuseas, etc.

La causa por la que una cefalea previamente episódica se transforma en una CCD es desconocida, pero lo que sí sabemos es que se trata de pacientes con un aumento de la sensibilidad central a los estímulos periféricos, tanto dolorosos como no dolorosos, que tienen disminuido el umbral de percepción del dolor y que poseen una vulnerabilidad especial al mismo.

La importancia de la CCD radica en el impacto que produce sobre la calidad de vida de los pacientes que la padecen, provocando una considerable disminución de su rendimiento laboral y relacionándose con trastornos de la esfera de la salud mental, como trastornos depresivos y ansiedad<sup>4</sup>.

En aquellos pacientes con historia previa de dolor de cabeza se identifican, como posibles factores de riesgo, el nú-

mero de crisis (directamente relacionado), la larga duración de la cefalea, el menor nivel de educación o el abuso de analgésicos.

En el diagnóstico de la CCD debemos concretar si se trata de una migraña crónica, una cefalea tipo tensión crónica, una cefalea diaria persistente *de novo* o una hemicranea continua<sup>5</sup> (fig. 1).

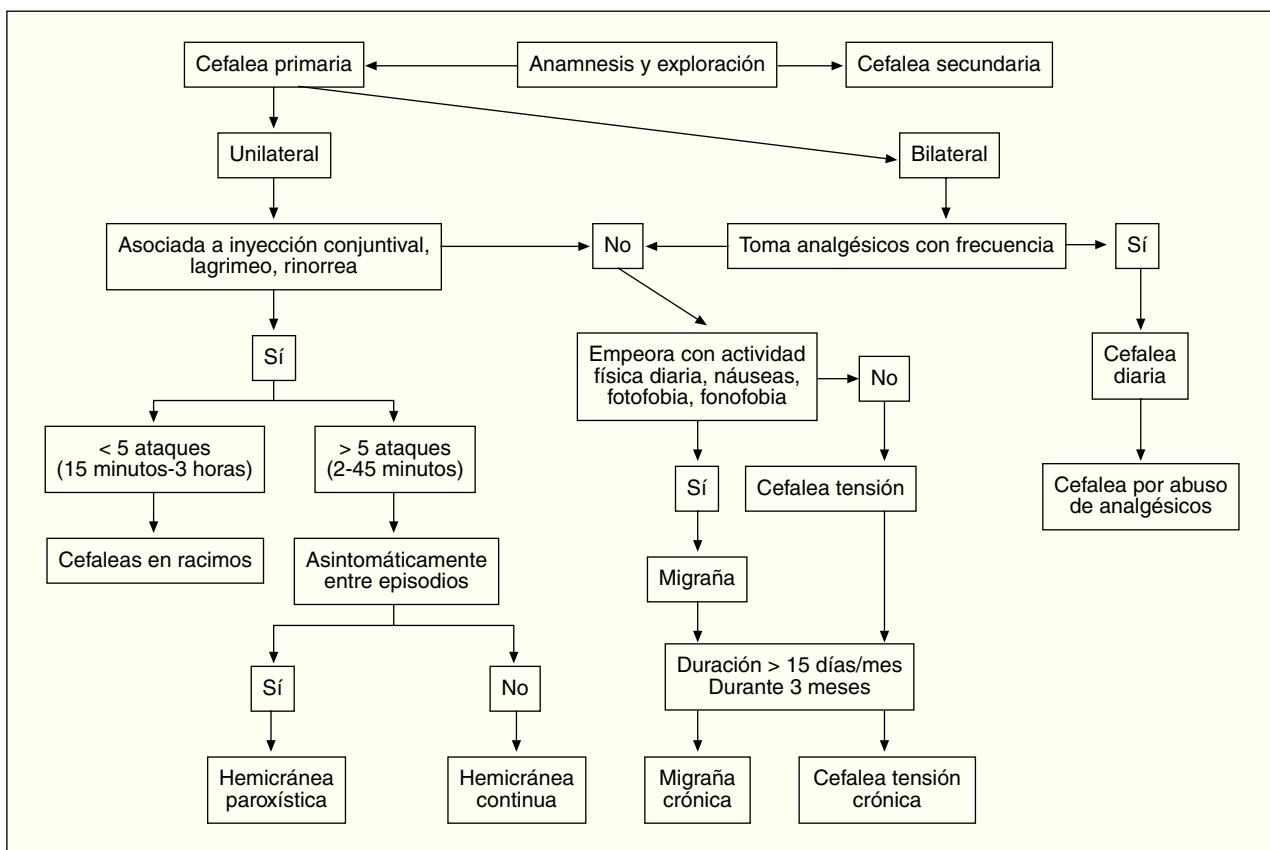
– La primera posibilidad es que nuestro paciente padeciera con anterioridad una migraña. El 60-70% de las CCD proceden de esta entidad. Generalmente, con el paso del tiempo, el dolor de cabeza va perdiendo las características típicas que nos permiten identificar una migraña como tal (dolor pulsátil, náuseas, fotofobia, fonofobia, alodinia, etc.). Al mismo tiempo se va haciendo menos intensa pero más frecuente<sup>2</sup>.

Una vez instaurada plenamente la CCD, el dolor suele ser de características similares a la cefalea tipo tensión: opresivo, holocraneal y de intensidad moderada. A veces se añaden episodios de exacerbación que recuerdan las crisis de migraña previa. En la actualización de 2006 de la clasificación de la IHS (*Internacional Headache Society*) de 2004 se indica que para definir una cefalea como migraña crónica debe presentar al menos durante 8 días al mes síntomas o signos claramente migrañosos<sup>6,7</sup>.

– La segunda posibilidad es que el paciente padeciera con anterioridad una cefalea tipo tensión episódica. Con los años la frecuencia del dolor se va haciendo cada vez mayor hasta convertirse en crónico. Generalmente la CCD mantiene características similares a la cefalea tipo tensión que padecía. En la exploración es frecuente encontrar contractura muscular pericraneal y perivertebral. En algunas ocasiones cuando la cefalea tipo tensión se cronifica pueden aparecer características que antes no presentaba, como náuseas leves y fono o fotofobia (sólo una de ellas).

– Otra posibilidad mucho menos frecuente es la cefalea diaria persistente *de novo*, que aparece en enfermos sin historia previa de cefalea episódica. Se trata de un dolor diario y no remitente desde el inicio, de más de 3 meses de duración<sup>5</sup>. Ante esta situación lo primero será descartar que se trate de una cefalea secundaria, sólo una vez descartada esta posibilidad asumiremos el diagnóstico. El dolor suele ser bilateral, opresivo, de intensidad leve-moderada; recuerda a una cefalea tipo tensión, aunque pueden existir fotofobia, sonofobia o náuseas leves. La no existencia de dolor episódico previo y el desarrollo continuo no remitente deben ser descritos claramente por el paciente. No se dispone de tratamiento específico eficaz.

– Otra cefalea de presentación excepcional que cumple los criterios de CDD es la hemicranea continua. Se caracteriza por ser estreictamente unilateral y presentar una respuesta espectacular a dosis terapéuticas de indometacina. Es un dolor continuo, moderado, sobre el que aparecen episodios paroxísticos de dolor más intenso con signos autonómicos homolaterales. La diferencia fundamental entre este dolor y otros cuadros trigémino-autonómicos (Horton, hemicranea paroxística) es la persistencia de un dolor constante de base entre los paroxismos.



**Figura 1.** Diagnóstico diferencial de las cefaleas crónicas. Modificada de La cefalea en el área de urgencias. Actitud diagnóstica y terapéutica en cefalea. Grupo de estudio cefaleas S.E.N. Recomendaciones 2004<sup>8</sup>.

## CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN

En todo paciente con CCD debemos indagar si existe además abuso de medicación. Cuando éste existe, el diagnóstico debe ser el de la CAM y el de la cefalea primaria preexistente<sup>5</sup>.

La presencia de abuso de medicación ensombrece el diagnóstico, el pronóstico y el éxito del abordaje terapéutico, por lo que constituye, en la mayoría de las ocasiones, un criterio de derivación a Neurología.

La CAM es aquel dolor de cabeza que aparece más de 15 días al mes, acompañado de un abuso regular, durante más de 3 meses, de uno o más fármacos de los empleados habitualmente para el tratamiento sintomático agudo de la cefalea. Ésta se ha desarrollado o empeorado marcadamente durante el abuso de la medicación<sup>4</sup> (tabla 1). En la actualización de 2006 no aparece el criterio registrado en la clasificación de 2004, que establecía que la cefalea debía resolverse o revertir a su patrón previo tras dos meses de interrupción del abuso<sup>6,7</sup>. De hecho, tras el abandono del fármaco o fármacos implicados es habitual un período inicial de varias semanas en las que la cefalea desaparece, pero también es habitual que ésta se vuelva a presentar posteriormente. Incluso con un tratamiento adecuado un 30% de los pacientes van a continuar con su cefalea<sup>2</sup>.

Los criterios aceptados para definir el abuso de analgésicos son<sup>5</sup>:

**Tabla 1. Criterios diagnósticos de cefalea por abuso de medicación.**

- A. Cefalea presente  $\geq 15$  días al mes
- B. Abuso regular durante más de 3 meses de uno o más fármacos para tratamiento sintomático de cefalea
  - 1) Ergotamina, triptanes, opioides o combinación de analgésicos  $\geq 10$  días al mes
  - 2) Analgésicos simples o cualquier combinación de ergotamina, triptanes y analgésicos opioides (sin abuso de cualquiera de las variedades individualmente)  $\geq 15$  días al mes
- C. La cefalea se ha desarrollado o empeorado marcadamente durante el abuso del fármaco

Tomada de Actitud diagnóstica y terapéutica en cefalea.

– Consumo durante al menos 10 días al mes durante 3 meses para los ergóticos, triptanes, opioides o fármacos que sean en sí mismos una combinación de analgésicos. Las combinaciones más habituales son las de analgésicos simples con codeína y/o cafeína.

– Consumo durante al menos 15 días al mes durante 3 meses de analgésicos simples o, sin existir abuso de cualquiera de las variedades individualmente, cualquier combinación de fármacos.

No obstante, y aunque se tomen estos criterios como referencia, la dosis implicada puede variar con cada individuo y de forma general podemos hablar de que el fármaco en cuestión se toma con frecuencia y de forma regular

varios días a la semana. No debemos diagnosticar de abuso de analgésicos un consumo elevado de medicación durante unos días, con largos períodos sin toma de medicamento<sup>4</sup>.

La CAM resulta de la interacción de un fármaco usado en exceso y un paciente predispuesto. De hecho, el uso continuo de analgésicos en otras enfermedades crónicas no produce cefalea. El uso continuado del fármaco implicado conduce a un fenómeno de tolerancia y dependencia, y la supresión del mismo provoca una cefalea de rebote a modo de síndrome de abstinencia.

Es más habitual que la CAM se desarrolle a partir de una migraña sin aura que de otro tipo de dolores de cabeza<sup>5</sup>.

La primera causa de CAM es la falta de tratamiento específico correcto de las cefaleas episódicas, de ahí la importancia de nuestro papel en su prevención.

Durante mucho tiempo se les ha atribuido a los ergotícos y a las combinaciones de analgésicos mayor facilidad para inducir esta cefalea. Según se ha ido universalizando el uso de triptanes, se ha visto que éstos tienen capacidad para provocar este problema de forma incluso más precoz y con dosis menores<sup>8</sup>. El período medio de inducción y la dosis mensual necesaria es menor para los triptanes que para los ergotícos, y para éstos que para los analgésicos, si bien las cefaleas que conducen al abuso de triptanes suelen ser más graves y esto podría sesgar la comparación<sup>5</sup>. No obstante, sigue siendo más frecuente en estos momentos la cefalea por abuso de fármacos distintos a los triptanes, dado su uso más generalizado y sin prescripción médica<sup>1</sup>.

Si bien la forma de presentación de la CAM es muy variable, e incluso cambiante a lo largo del mismo día, muchos de los fármacos implicados inducen una cefalea bilateral opresiva de intensidad leve o moderada, sobre la que se añaden episodios de agravamiento que recuerdan a la cefalea original. Sin embargo, en el usuario de triptanes se provoca con más frecuencia un dolor similar al clásico de la migraña, pero que aparece con mayor frecuencia de la que previamente tenía el paciente.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El algoritmo de diagnóstico diferencial lo podemos encontrar en la figura 1.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA CEFALEA CRÓNICA DIARIA Y LA CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN

### Prevención

El primer nivel asistencial desempeña un papel fundamental en la detección de las cefaleas crónicas y en la prevención de las formas que cursan con abuso de medicación<sup>5</sup>. El conocimiento que se tiene en dicho nivel de los pacientes a los que prestan atención y la mayor frecuencia con la que suelen acudir a sus consultas, aun por otros motivos, incluso burocráticos, pueden permitir la realización de preguntas de cribado que, en caso de confirmar nuestra sospecha, debería obligar al profesional a citar al

paciente en consulta programada para profundizar en el problema.

Algunos aspectos clave de la prevención de la CCD son los siguientes:

1) Instrucción al paciente sobre el correcto uso del tratamiento analgésico en el caso de presentar cefaleas episódicas:

a) Cefalea tipo tensión:

- Abstención terapéutica en las crisis leves que no interfieran en sus actividades de la vida diaria.

- Tratamiento con dosis eficaces de un solo fármaco, mejor que las combinaciones de varios analgésicos.

b) Migrána:

- Tratamiento precoz con fármacos eficaces a dosis terapéuticas. Dos errores habituales son el inicio del tratamiento de forma tardía, lo que disminuye la probabilidad de respuesta a cualquier fármaco y el uso de dosis infraterapéuticas. Es preferible tomar una mayor dosis de analgesia concentrada en 1-2 días que dosis más bajas durante un período prolongado de tiempo

- Tratamiento de los síntomas acompañantes como náuseas y vómitos, o empleo de vías de administración alternativas a la vía oral (intranasal, subcutánea, etc.), en caso de que éstos impidan la correcta absorción del fármaco.

2) Recomendar la instauración de tratamiento preventivo:

a) En todos los casos en los que la frecuencia e intensidad de la crisis lo recomiendan.

b) Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas e ir ascendiendo progresivamente hasta conseguir los efectos perseguidos, controlando la posibilidad de aparición de efectos secundarios.

### Tratamiento de la cefalea crónica diaria

El tratamiento de la CCD, una vez ya instaurada, no será sencillo, e incluye el uso de un variado arsenal terapéutico basado, fundamentalmente en el tratamiento profiláctico de las crisis según la cefalea primaria del paciente<sup>9</sup>.

Los tratamientos usados como profilaxis se describen en la tabla 2.

Es conveniente que el médico de Atención Primaria se acostumbre al manejo de al menos 2-3 fármacos preventivos de los más habituales (bloqueadores beta, calcioantagonistas, antidepresivos, etc.). Muchos de ellos son fármacos que estamos acostumbrados a utilizar para otras indicaciones, incluso a dosis mayores de lo que se usan en pacientes con cefalea.

A la hora de instaurar un tratamiento preventivo con frecuencia nos encontramos con varias dificultades. A veces es difícil caracterizar la cefalea primaria de la que deriva la CCD. Incluso muchas veces el paciente ha padecido más de un tipo distinto de cefalea inicialmente. Por otro lado, aunque es infrecuente, algunos de los tratamientos preventivos usados para la migraña (bloqueadores beta, calcioantagonistas) pueden empeorar los cuadros depresivos que con frecuencia coexisten con la cefalea tipo ten-

**Tabla 2. Fármacos usados en tratamientos preventivos**

Migránea
Bloqueadores beta
Propranolol: 40-160 mg en 2-3 tomas al día
Nadolol: 40-120 mg en dosis única diaria
Atenolol: 50-100 mg en dosis única diaria
Calcioantagonistas
Flunarizina: 2,5-5 mg en dosis única nocturna
Antidepresivos
Amitriptilina: 10-75 mg en dosis única nocturna
Neuromoduladores
Ácido valproico: 300-1.500 mg al día en 1-2 tomas
Topiramato: 50-150 mg al día en 1-2 tomas
Lamotrigina: 50-100 mg al día en 1-2 tomas
Otros: baclofeno, toxina botulínica, lisinopril, candesartán, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, etc.
Cefalea tipo tensión
Antidepresivos
Amitriptilina: 10-75 mg al día
Mirtazapina: 15 mg al día
Fluoxetina, paroxetina: 20-40 mg al día
Sertralina: 50-100 mg al día

sión crónica. Una buena alternativa en el caso de que se nos plantee alguna de estas situaciones es el tratamiento con amitriptilina, puesto que es una opción preventiva válida tanto para la migraña como para la cefalea tipo tensión. En ocasiones puede ser necesario el uso de dos tratamientos preventivos, uno para cada uno de los tipos de cefalea primaria que padecía el paciente.

#### Tratamiento de la cefalea por abuso de medicación

Si se ha diagnosticado una CAM los pasos fundamentales serán:

- 1) Información al paciente.
- 2) Derivación a Neurología para control en nivel especializado.
- 3) Supresión brusca de los analgésicos.
- 4) Tratamiento de la cefalea de rebote por la supresión del analgésico.
- 5) Tratamiento profiláctico de la cefalea primaria.

#### Información al paciente

Es fundamental de cara al éxito terapéutico conseguir la comprensión y colaboración del paciente, para lo cual debe estar bien informado de la naturaleza del cuadro, la importancia de suspender el analgésico y la previsible cefalea de rebote que se va a producir. La teoría del analgésico implicado en el dolor no es fácil de entender; también es necesario que el paciente asuma que nuestro objetivo es convertir de nuevo su dolor en episódico, no hacerlo desaparecer. Por todo lo comentado se hace necesaria una adecuada comunicación médico-paciente<sup>8</sup>.

#### Derivación a Neurología para control en nivel especializado

En general, casi todos los documentos de consenso y guías recomiendan esta actitud tras el diagnóstico de un

paciente con CAM. Lo habitual es que éste sea controlado de forma ambulatoria por el especialista del segundo nivel, a excepción de los casos complicados en los que, por ejemplo, la adicción a opiáceos, tranquilizantes o la presencia de comorbilidad psiquiátrica aconsejen un ingreso hospitalario.

#### Supresión brusca de los analgésicos

Se recomienda una interrupción brusca del tratamiento farmacológico, que puede hacerse de manera exitosa de forma ambulatoria. Se ha comprobado, con este tipo de estrategia, una mayor adherencia al plan terapéutico posterior. Una excepción serían los fármacos con probada dependencia, como en el caso de los opioides, tranquilizantes o barbitúricos, en los que se recomendaría una retirada gradual.

#### Tratamiento de la cefalea de rebote por supresión del analgésico

Una vez suprimido el medicamento del que se estaba abusando es habitual que se presente una cefalea intensa que suele estar directamente relacionada con el tipo de analgésico administrado, el tiempo de exposición y las dosis empleadas. La cefalea por supresión es significativamente más prolongada con el abuso de analgésicos que con el de triptanes o ergóticos.

La pauta de tratamiento que más frecuentemente se utiliza es con un antiinflamatorio no esteroideo, el naproxeno, cada 12 horas, durante 2-3 semanas. Como alternativa puede utilizarse la prednisona, a dosis de 60-100 mg/día, con pauta descendente hasta 14 días de tratamiento<sup>5</sup>.

Muchos pacientes pueden requerir tratamiento ansiolítico y/o antiemético asociado durante los primeros días, y en la mayoría de las ocasiones se asocia un antidepresivo (por ejemplo, amitriptilina a dosis de 10-75 mg/día).

#### Tratamiento profiláctico de la cefalea primaria

Este tratamiento puede comenzarse incluso antes de la supresión del analgésico, aunque resulta imprescindible, como es obvio, la correcta identificación y clasificación de la cefalea primaria para utilizar el tratamiento profiláctico más adecuado (bloqueadores beta, calcioantagonistas o neuromoduladores en la migraña; antidepresivos en la cefalea tipo tensión).

#### SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON CEFALEA CRÓNICA DIARIA Y CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN

Dentro del plan de cuidados, y de forma coordinada con el segundo nivel, se debe establecer una serie de visitas de seguimiento en todos aquellos pacientes que hayan padecido una CCD, más aún si existió abuso de medicación. La posibilidad de recaída es mayor para aquellos pacientes que presentan una cefalea tipo tensión crónica y para los que fueron tratados por abuso de combinaciones de analgésicos. El papel de la Atención Primaria será clave en el seguimiento, en el mantenimiento de un nivel de

alerta y de sospecha activa, así como en aportar toda aquella información que nuestros pacientes nos soliciten al respecto.

## CONCLUSIONES

– Algunas personas con migraña o cefalea tipo tensión episódica desarrollan con el tiempo una CCD.

– La CCD es una entidad de manejo difícil, sobre todo cuando existe abuso de analgésicos, que muchas veces va a precisar de derivación a Neurología.

– La Atención Primaria es la pieza clave para prevenir la CAM. Por un lado detectando el consumo excesivo de analgésicos y el aumento de frecuencia de las cefaleas primarias y por otro iniciando tratamientos preventivos que eviten el consumo excesivo de medicación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Botargues M. Cefaleas y cefalea inducida por drogas: ¿tratar con analgésicos o suspenderlos? Evid Actual Pract Ambul. 2005;8:57-8. Adaptado de foro APS. Disponible en: [www.foroaps.org](http://www.foroaps.org)
2. Monzón MJ, Lainéz JM. Cefalea crónica diaria. Capítulo 8 del plan de formación en Neurología. Disponible en <http://www.redcefaleas.com/rec/pfn/doc/indice.htm>
3. Volcy-Gómez M. Cefalea crónica diaria: I. Diagnóstico y fisiopatología. Rev Neurol. 2005;40:116-21.
4. Guijera 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.
5. Actitud diagnóstica y terapéutica en cefalea. Grupo de estudio de cefaleas S.E.N. Recomendaciones 2006. Disponible en: <http://cefaleas.sen.es/profesionales/rec2006>
6. Headache Classification Committee. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. Cephalgia. 2006;26: 742-6.
7. Silberstein SD, Olesen J, Bousser MG, et al, on behalf of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. (ICHD-II) - revision of criteria for 8.2 Medication-overuse headache. Cephalgia. 2005;25:460-5.
8. Actitud diagnóstica y terapéutica en cefalea. Grupo de estudio de cefaleas S.E.N. Recomendaciones 2004. Disponible en <http://cefaleas.sen.es/profesionales/rec2004>
9. Volcy-Gómez M. Cefalea crónica diaria: II. Tratamiento. Rev Neurol. 2005;40:180-7.
10. Calero S, Sánchez N, Cánovas D. Cefalea por analgésicos. FMC. 1998;5:232-6.
11. Headache Classification Committee of International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2.<sup>a</sup> ed. Cephalgia. 2004;24 Suppl 1:1-160.
12. Castillo J, Muñoz P, Guijera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. Headache. 1999;39:190-6.
13. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinshi M. Clasification of daily and near-daily headaches: Fiel trial of revised IHS criteria. Neurology. 1996;47:871-5.
14. Limmroth V, Katsarava Z, Fritzsche G, Przywara G. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. Neurology. 2002;59:1011-4.