

# Monitorización telefónica por Enfermería del tratamiento preventivo en pacientes con cefalea primaria

<sup>1</sup>Guerrero Peral AL, <sup>1</sup>Bautista García L, <sup>2</sup>de la Torre Pardo P, <sup>1</sup>Pedraza Hueso MI, <sup>1</sup>Herrero Velázquez S, <sup>3</sup>Posadas Alonso J  
<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.  
<sup>2</sup>Subdirección Médica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.  
<sup>3</sup>Coordinación de Equipos. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid.  
dirección para correspondencia: gueneurol@gmail.com



Ángel L. Guerrero y Lourdes Bautista.

## Resumen

**Objetivos:** Muchos pacientes atendidos por cefalea requieren un tratamiento preventivo. La tolerancia no siempre es óptima y el paciente puede abandonarlo, quedándose sin información ni alternativas. Una Consulta de Enfermería en Cefaleas (CEC) puede monitorizar a estos pacientes.

**Métodos:** La CEC trabaja sobre los pacientes a los que se recomienda un tratamiento preventivo en una Consulta Monográfica de Cefaleas (CMC). La enfermera dispone de un cuestionario semiestructurado que recoge los efectos adversos más habituales de cada fármaco, indicándose tres posibles actitudes: explicación y mantenimiento, reducción de dosis-enlentecimiento de escalado o interrupción del tratamiento. En los dos primeros supuestos se realiza un seguimiento telefónico semanal y en el tercero se establece una nueva cita en la CMC. El neurólogo

de la CMC está disponible en caso de reacciones no contempladas en el protocolo.

*Resultados:* Desde la puesta en marcha de la CEC se completó el seguimiento de 192 pacientes tratados con betabloqueantes (37%), neuromoduladores (53%), calcioantagonistas (6%) y antidepresivos (4%). El 46% no presentó efecto adverso alguno. En el 12% el tratamiento fue tolerado tras explicación y en el 20% tras ajuste de dosis. En el 22% restante se suspendió el tratamiento.

*Conclusiones:* La monitorización telefónica del tratamiento preventivo en una CEC complementa la atención neurológica a pacientes con cefalea. Permite detectar y resolver problemas de tolerancia al tratamiento y ofrecer rápidas alternativas en caso de supresión del mismo. Mejora la adherencia, optimiza el coste farmacéutico, evita consultas no programadas y aumenta la satisfacción del paciente.

*Palabras clave:* Asistencia integrada; Cefalea; Consulta monográfica de cefaleas; Enfermería; Tratamiento preventivo.

## **Nursing telephone monitoring of preventive therapy in primary headache**

### **Abstract**

*Objectives:* Many patients attended due to headache require preventive treatment. Tolerance is not always optimal and patients can leave therapy with no additional information or alternatives. A Headache Nursing Office (HNO) can monitor these patients.

*Methods:* HNO monitors patients in which preventive treatment was recommended in a Headache Unit (HU). Nurse uses a semi-structured questionnaire considering most common adverse effects of each drug, indicating three possible attitudes: Explanation and maintenance, dose adjustment or discontinuation. In the first two situations a weekly telephone monitoring is settled and in case of discontinuation, a new visit in headache unit is established. Headache Unit neurologist is available in case of situations not included in the protocol.

*Results:* Since the beginning of HNO monitoring of 192 patients was completed. They were treated with beta-blockers (37%), neuromodulators (53%), calcium antagonists (6%) and antidepressants (4%). 46% had no adverse effect. In 12% treatment was tolerated after explanation and in 20% after dose adjustment. In spite of monitoring, 22% discontinued treatment.

*Conclusions:* Nursing telephone monitoring of preventive therapy complement neurological care of headache patients. It detects and solves drug intolerance and offers quick alternatives in case of discontinuation. It improves treatment adherence, optimizes cost, avoids unscheduled visits and increases patient satisfaction.

*Key words:* Headache; Headache Unit; Integrated assistance; Nursing; Preventive therapy.

## Introducción

La cefalea es un síntoma universal que padece a lo largo de su vida el 90% de la población en cualquier lugar del mundo<sup>1</sup>. Dos de las principales cefaleas primarias, la cefalea tensional y la migraña, son respectivamente la segunda y la tercera enfermedades más prevalentes en el mundo de acuerdo con el *Global Burden of Disease Survey* de la Organización Mundial de la Salud del año 2010<sup>2</sup>. 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 discapacidad<sup>3</sup>.

Las cefaleas primarias están entre los principales motivos de consulta tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Neurológica Ambulatoria. Los costes económicos de las cefaleas se han medido principalmente en la migraña y derivan fundamentalmente de absentismo laboral y pérdida de productividad. Dentro de los costes directos se encuentran los relacionados con el coste de los medicamentos, tanto sintomáticos como preventivos<sup>4</sup>.

Los medicamentos preventivos son prescritos tanto por médicos de AP como por neurólogos. Se utilizan como consecuencia de la frecuencia o discapacidad derivada de las crisis de migraña, o de la mala respuesta al tratamiento sintomático<sup>5</sup>. Se estima que son requeridos por una cuarta parte de los pacientes migrañosos, si bien rara vez se cumple ese porcentaje, sobre todo en AP. Se utilizan cuatro grandes familias de tratamientos preventivos: betabloqueantes, calcioantagonistas, antidepresivos y neuromoduladores<sup>6</sup>.

Lamentablemente, estos fármacos no siempre son bien tolerados y los efectos adversos derivados de ellos, la mayoría de las veces leves, pueden hacer

que el paciente suspenda el tratamiento al no tener información ni otras alternativas terapéuticas. Si, además, no acude a su médico de AP o falla la comunicación entre niveles asistenciales, nos podemos encontrar ante la frustrante situación de un paciente que vuelve a la consulta especializada a revisión sin que se siguieran las recomendaciones realizadas, con la correspondiente pérdida de tiempo y recursos.

Por todo ello diseñamos, desde la Consulta Monográfica de Cefaleas (CMC), una Consulta de Enfermería en Cefaleas (CEC) con el objetivo fundamental de monitorizar activamente a aquellos pacientes a los que se prescribe un tratamiento preventivo para el manejo de su cefalea. De esta forma pretendimos mejorar la adherencia al mismo, optimizar el gasto farmacéutico y actuar de forma precoz ante la aparición de efectos adversos, bien proporcionando otras alternativas, o planificando consultas no programadas si fuera preciso. Este manejo estandarizado intentaba, además, evitar el requerimiento extemporáneo de consulta en Atención Primaria, Especializada o Servicios de Urgencias que puede producirse en esas situaciones.

El objetivo de este trabajo es analizar el funcionamiento de esta CEC durante sus primeros meses de funcionamiento, así como su repercusión en la atención a pacientes con cefalea primaria que requieren tratamiento preventivo.

## Método

Dentro del Servicio de Neurología de un hospital terciario se instauró en enero de 2008 una CMC. Se abrió a los médicos de AP del Área de Salud como consulta de alta resolución, estableciéndose unos criterios consen-

suados de derivación con un pilotaje inicial en dos centros de salud (CS) urbanos y una extensión posterior tras el debido proceso de información al resto de los CS. Se estableció el algoritmo general de actuación y de resolución en cada caso (figura 1), iniciado con la demanda asistencial de AP. En el segundo nivel asistencial se llevaba a cabo la consulta inicial y se establecían los procedimientos para la realización precoz de exploraciones complementarias (neuroimagen o analítica) cuando fueran necesarios. Posteriormente se elaboraba un informe normalizado en el que figuraba el diagnóstico codificado de acuerdo a la Clasificación Internacional de Cefaleas en su segunda edición (CIC-II) y el tratamiento en su triple vertiente de modificación de factores precipitantes,

tratamiento sintomático de los episodios dolorosos y tratamiento preventivo cuando fuera preciso. El informe se remitía por vía postal al paciente con la recomendación de entrega a su médico de AP. En los casos en los que se hubiera precisado la realización de una exploración complementaria, el paciente recibía el correspondiente informe sin necesidad de una nueva cita.

Para mejorar la comunicación entre niveles, se dispuso posteriormente de una dirección de correo electrónico específica para la CMC a través de la cual se podrían plantear dudas acerca de la necesidad de derivación de un paciente o la posibilidad de acortar los tiempos de espera en casos de especial complejidad o sospecha de patología grave asociada. En cuanto a los

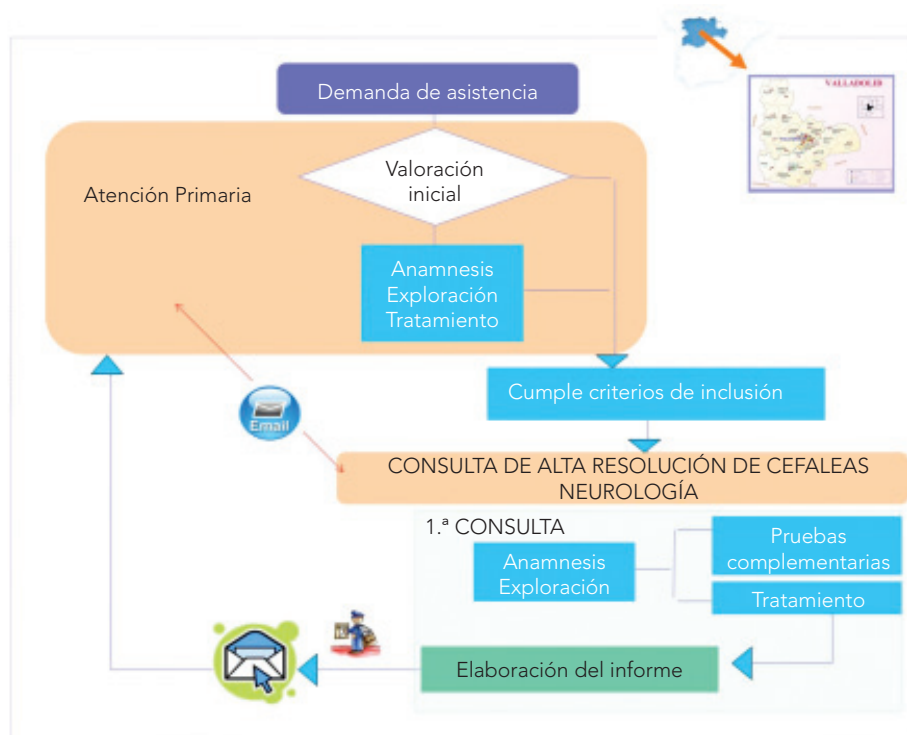


Figura 1. Algoritmo de actuación entre la Consulta de Alta Resolución de Cefaleas y Atención Primaria

pacientes ya atendidos en la CMC, el correo electrónico se proponía para colaborar en la resolución de acontecimientos inesperados entre revisiones, en pacientes dados de alta, o en aquellas cefaleas que, por su carácter imprevisible, requerían actuación inmediata independientemente de las citas establecidas, como ocurre por ejemplo con la cefalea en racimos. Todo ello se ha venido completando con un curso anual de formación en cefaleas para AP y múltiples sesiones en CS.

En febrero de 2010 se inició la andadura de la CEC con arreglo al siguiente diseño: a los pacientes atendidos en la CMC a los que se prescribía algún tratamiento preventivo se les informaba de la existencia de la CEC y la posibilidad de que su tratamiento fuera monitorizado telefónicamente. El neurólogo explicaba al paciente los posibles efectos adversos relacionados con su tratamiento, siempre dentro de una relación teórica riesgo/beneficio favorable. Acerca de los fines de la monitorización por Enfermería, se indicaba al paciente que eran asegurarse de la toma correcta de la medicación, informarle de las opciones en caso de efectos adversos y facilitar la continuidad asistencial en caso de no tolerancia al fármaco.

Semanalmente, el neurólogo proporcionaba a la enfermera responsable de la CEC el listado de pacientes a los que se les había prescrito un tratamiento profiláctico; además de su número telefónico, en ese listado figuraba el diagnóstico codificado por la CIC-2 y el tratamiento indicado.

La CEC se realizaba un día a la semana y la enfermera responsable era la habitual en las labores de apoyo en la CMC, lo que facilitaba un conocimiento de la patología y los pacientes. La enfermera de la CEC disponía de un protocolo con las normas básicas de

actuación. Según el mismo, estaba prevista en cada paciente la realización de dos llamadas de teléfono, a la semana y al mes de inicio del tratamiento. En la primera se comprobaba que el paciente había adquirido la medicación y que la estaba tomando de acuerdo con la pauta posológica recomendada, indagándose si había algún problema relacionado. De cara a la valoración de los posibles efectos adversos, la enfermera disponía de un cuestionario semiestructurado para cada tratamiento preventivo (tablas 1 y 2) en los que se indicaban los efectos adversos más frecuentes de cada fármaco. Si estos aparecían, y en función de su naturaleza o intensidad, estaban previstas las siguientes actuaciones:

- En caso de efectos adversos de escasa intensidad, explicación, mantenimiento del fármaco y seguimiento telefónico adicional al cabo de una semana.
- En caso de interferencia de los mismos en las actividades del paciente, reducción de dosis o enlentecimiento de escalado con seguimiento telefónico adicional al cabo de una semana.
- En caso de efectos adversos muy molestos o ausencia de mejoría tras enlentecimiento de escalado en la segunda llamada, interrupción del tratamiento, estableciéndose nueva cita en la CMC.

En los cuestionarios se indicaban aquellos efectos adversos potencialmente peligrosos que debían llevar a una supresión inmediata del fármaco y nueva cita en la CMC, como por ejemplo un cólico renal o alteración aguda de la visión en pacientes en tratamiento con topiramato.

En caso de efectos adversos inusuales y no recogidos en el cuestiona-

Tabla 1. Instrucciones tratamiento con betabloqueantes

Fármacos utilizados	Propranolol Nebivolol Nadolol
Efectos adversos posibles	Síntomas gastrointestinales Fatiga Mareo Insomnio Alteración de memoria
Actitud (en todos la misma)	Si se tolera: – Igual y llamar en una semana Si no se tolera: – Nadolol y Nebivolol rebajar dosis a la mitad – Propranolol detener el escalado de dosis. – Nueva llamada en una semana – Si no se tolera, segunda llamada: suspender y cita en CMC
Actitud ante otros efectos adversos	Mantener el tratamiento o la escalada Recabar opinión médico de AP Preguntar al neurólogo <b>Nueva llamada en una semana</b> Si el problema persiste y el médico de AP no propone otra causa, cita en CMC

AP: Atención Primaria; CMC: Consulta Monográfica de Cefaleas.

rio, se recababa la opinión del médico de AP, por si el síntoma descrito por el paciente como efecto adverso correspondía a otro problema de salud no

relacionado con el fármaco. Si tras ello no quedaba clara su naturaleza, de nuevo se facilitaba una nueva cita con la CMC.

Tabla 2. Instrucciones para el tratamiento con topiramato

Efectos adversos posibles	<i>Tipo 1.</i> Síntomas gastrointestinales: – Parestesias distales – Alteración ánimo/humor – Alteración concentración/memoria – Pérdida de peso <i>Tipo 2.</i> Cólico renal: – Alteración aguda de la visión
Actitud tipo 1	Si se tolera: – Igual y llamar en una semana Si no se tolera: – Detener escalado o pasar a dosis inferior – Nueva llamada en una semana – Si no se tolera, segunda llamada: suspender y cita en CMC
Actitud tipo 2	Suspender y cita en CMC
Actitud ante otros efectos adversos	Mantener el tratamiento o la escalada Recabar opinión del médico de AP Preguntar al neurólogo <b>Nueva llamada en una semana</b> Si el problema persiste y el médico de AP no propone otra causa, cita en CMC

AP: Atención Primaria; CMC: Consulta Monográfica de Cefaleas.

En cada una de las llamadas la enfermera de la CEC insistía en la recomendación de modificar los hábitos de vida no saludables y de restringir la toma de medicación sintomática en aquellos pacientes en los que hubiese sobreuso de la misma. También animaba al paciente a cumplimentar sus calendarios de cefaleas que facilitarían el seguimiento. La enfermera disponía de unos registros para la recogida de datos en cada llamada telefónica.

Si el paciente no refería efecto adverso alguno, se realizaba otra llamada al mes del inicio del fármaco y, si se mantenía esa situación, se daba por concluida la monitorización.

El neurólogo responsable de la CMC estaba telefónicamente a disposición de la enfermera para reacciones no contempladas en el protocolo.

## Resultados

Desde el inicio de la CEC en febrero de 2010 hasta diciembre 2012, se ha completado el seguimiento de 192 pacientes con cefalea primaria a los que se prescribió un tratamiento preventivo (157 mujeres, 35 varones).

Ciento diecinueve casos (62%) padecían migraña crónica de acuerdo a los nuevos criterios de la CIC-2. En 73 de estos pacientes (38% del total) existía además una situación de sobreuso de medicación. En la figura 2 se recoge el porcentaje de pacientes tratados con cada una de las familias principales de fármacos preventivos (neuromoduladores, betabloqueantes, calcioantagonistas o antidepresivos). Ciento dos casos (53%) fueron tratados con neuromoduladores (91 de ellos con topiramato).

Los resultados de las consultas telefónicas se resumen en la figura 3. En 88 pacientes (46%) se completó el seguimiento telefónico sin que hubiese problema alguno. Sesenta y un casos (32%) refirieron algún efecto adverso pero se consiguió la tolerancia final al tratamiento, bien con una explicación acerca de su naturaleza, o con ajuste de dosis o enlentecimiento de su escalado. La totalidad de pacientes de este grupo utilizaba bien betabloqueantes (27 casos), bien topiramato (34). Finalmente, en 43 pacientes (22%) el tratamiento hubo de ser suspendido pese a todo, planificándose una cita no programada para su sustitución sin perder la continuidad asistencial.

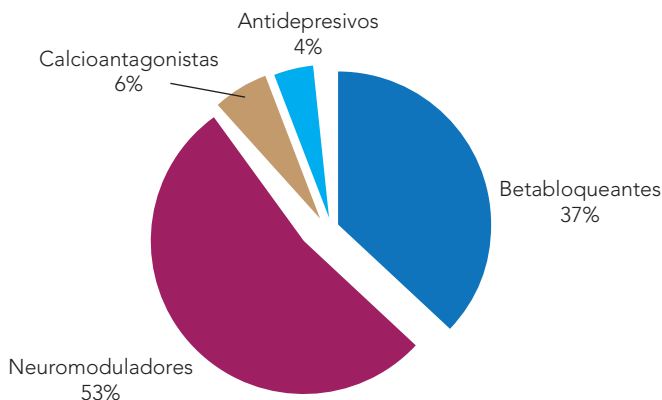
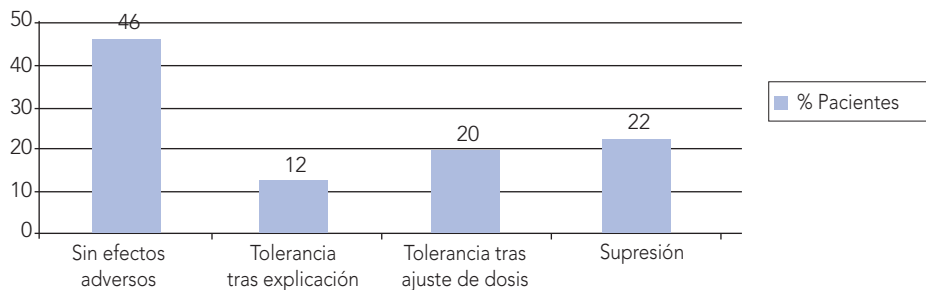


Figura 2. Porcentaje de pacientes con cefalea primaria tratado con cada una de las familias de fármacos preventivos



**Figura 3. Resultado de la monitorización telefónica en los 192 pacientes**

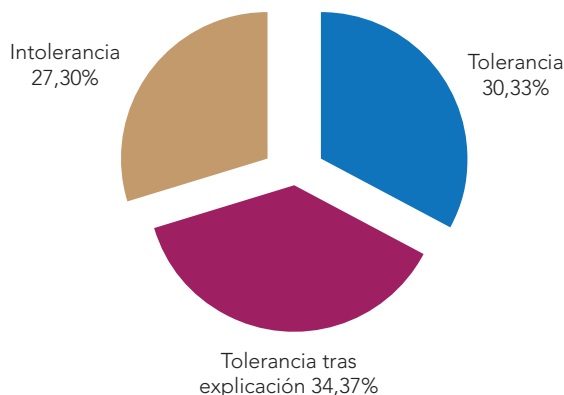
Los fármacos más prescritos en este grupo de intolerantes eran el topiramato (27 casos) y los betabloqueantes (8). En la figura 4 se muestra el resultado de las consultas telefónicas en los 91 casos tratados con topiramato.

### Discusión

La cefalea es una patología cambiante. Los conocimientos crecientes en este campo y la disponibilidad de nuevos fármacos han hecho que el manejo de las cefaleas sea más efectivo pero, además, más complejo. En este contexto es necesario establecer los sistemas de

gestión que permitan optimizar el manejo de este proceso asistencial.

La AP, fundamentada en la accesibilidad, es capaz de proporcionar a lo largo de toda la vida del paciente continuidad de cuidados médicos y es el lugar habitual en el que son atendidos la mayoría de pacientes con cefalea<sup>7</sup>. La intervención vía derivación a Atención Especializada es una de las principales fuentes de perturbación de la continuidad asistencial. Especializada, menos accesible por su propio diseño y no pocas veces sobrecargada, percibe la necesidad de facilitar esta continuidad y la mejor manera de integrar-



**Figura 4. Resultado de la monitorización telefónica en los 91 pacientes tratados con topiramato**



se es aumentar la disponibilidad, la calidad y la eficiencia de unos canales de acceso<sup>8</sup>. El correo electrónico diseñado para la CMC pretende, en nuestra área de salud, cubrir parte de ese vacío.

La prescripción de un fármaco preventivo en las cefaleas primarias es un momento clave<sup>9</sup> en el que una falta de comunicación puede favorecer la rotura de esta continuidad, con el consiguiente aumento del gasto farmacéutico, disminución de la satisfacción del paciente y hastío del profesional, que puede sentir cómo su tiempo y esfuerzos se pierden. Los efectos adversos de los fármacos preventivos utilizados en cefaleas primarias son conocidos, en la mayoría de las ocasiones leves, pero dan lugar a un gran porcentaje de falta de adherencia<sup>10</sup>. Fármacos que se compran y no se utilizan como consecuencia de síntomas interpretados como efectos adversos que pueden no serlo. O serlo, pero solventables con técnicas sencillas y un poco de información. Y, por todo ello, consultas inadecuadas en Servicios de Urgencias o en nuestros pasillos terminan siendo un hecho habitual.

La Enfermería es una profesión reconocida en todas las legislaciones sobre sanidad y tiene una capacidad de desarrollo profesional, científico y técnico que todo sistema de salud debería aprovechar. La Enfermería ambulatoria, muchas veces limitada en sus funciones a pura asistencia al facultativo, o tareas administrativas que no requerirían a alguien con su capacitación, debe ser formada, motivada y fidelizada, de forma que pueda desempeñar funciones propias que contribuyan a la mejora de la calidad de la atención sanitaria. El profesional de Enfermería, en determinadas circunstancias, tiene más disponibilidad horaria que los facultativos, mayor accesibilidad para pacientes u otros

profesionales del sistema y maneja espacios propios que no siempre son debidamente rentabilizados. Un profesional de Enfermería especializada, por ejemplo en Enfermería neurológica, recibe una formación que le confiere altos niveles de juicio y discreción.

En el campo de las cefaleas se ha mostrado que los profesionales de Enfermería tienen una alta capacidad de diagnóstico de las cefaleas primarias más prevalentes<sup>11</sup> y que su concurso es fundamental en la monitorización de la educación de pacientes con cefalea<sup>12,13</sup>. En Gran Bretaña, la Enfermería ha asumido roles de seguimiento del tratamiento en estos casos<sup>14</sup> y un estudio italiano ha evidenciado que el seguimiento telefónico por Enfermería en estos pacientes mejora la adherencia al tratamiento y disminuye el requerimiento de consulta por parte del paciente en ambos niveles asistenciales. El paciente, además, percibe un aumento de su calidad de vida y una disminución en la intensidad de su dolor<sup>15</sup>.

En nuestro medio, hemos dado ese paso buscando potenciar el papel de la Enfermería neurológica en complementar el trabajo del neurólogo en la atención al paciente con cefalea. En nuestra experiencia, la monitorización telefónica del tratamiento preventivo en una CEC permite detectar y resolver problemas de tolerancia al tratamiento en un porcentaje significativo de casos; en los pacientes en los que esto no es posible, se ofrecen rápidas alternativas a su supresión.

En suma, la monitorización por parte de una CEC mejora la adherencia, asegura la continuidad asistencial, optimiza el coste farmacéutico, evita consultas no programadas y aumenta la satisfacción del paciente.

## Agradecimientos

A todos los pacientes que atendemos, por lo agradable que nos hacen nuestro trabajo.

A las Gerencias de Especializada y Primaria de Valladolid Este, por su apoyo decidido a este y muchos otros proyectos.

## Bibliografía

- Steiner TJ. Lifting the burden: the global campaign to reduce the burden of headache worldwide. *J Head Pain*. 2005;6:373-7.
- Horton R. GBD 2010: understanding disease, injury and risk. *Lancet*. 2012;380:2053-4.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. *Headache*. 2013;53:227-9.
- Badia X, Magaz S, Gutiérrez L, Galván J. The burden of migraine in Spain: beyond direct costs. *Pharmacoeconomics*. 2004;22:591-603.
- Pascual J, Sánchez del Río M, Jiménez MD, Laínez-Andrés 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.
- Goadsby PJ, Sprenger T. Current practice and future directions in the prevention and acute management of migraine. *Lancet Neurol*. 2010;9:285-98.
- Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77:385-7.
- La Pegna GB, Brighina F, Saporito V, Aloisio A, Morreale C, D'Agati A. Continuity of healthcare for headache patients: a problem of communication between headache specialists and general practitioners. *J Headache Pain*. 2005;6:310-1.
- Rozen TD. Migraine prevention: what patients want from medication and their physicians (a headache specialty clinic perspective). *Headache*. 2006;46:750-3.
- Berger A, Bloudek LM, Varon SF, Oster G. Adherence with migraine prophylaxis in clinical practice. *Pain Pract*. 2012;12:541-7.
- Marcus DA, Kapelewski C, Jacob RG, Rudy TE, Furman JM. Validation of a Brief Nurse-administered migraine assessment tool. *Headache*. 2004;44:328-32.
- Cady R, Farmer K, Beach ME, Tarrasch J. Nurse-based education: an office-based comparative model for education of migraine patients. *Headache*. 2008;48:564-9.
- Main A, Abu-Saad H, Salt R, Vlachonikolis I, Dowson A. Management by nurses of primary headache: a pilot study. *Curr Med Res Opin*. 2002;18:471-8.
- Bhola R. The role of the clinical nurse specialist in headache. En: Jensen R, Diener H-C, Olesen J. *Headache Clinics. Organization, patients and treatment*. New York: Oxford University Press; 2007.
- Cicolini G, Palma E, Tafuri E, Sansoni J, Giamberardino MA. Effectiveness of the telephonic-case-management for treatment of headache. A pilot study. *Prof Inferm*. 2011;64:173-8.