

Cartera de servicios y cuadro básico de indicadores de calidad para las unidades de cefalea: estudio de consenso

Irene Carrillo, Patricia Pozo-Rosich, Mercedes Guilabert, Emilio Ignacio, Julio Pascual, Jesús Porta-Etessam, Ángel L. Guerrero-Peral, José J. Mira

Universidad Miguel Hernández; Elche, Alicante (I. Carrillo, M. Guilabert, J.J. Mira). Unidad de Cefalea; Servicio de Neurología; Hospital Universitari Vall d'Hebron; Barcelona (P. Pozo-Rosich). Headache Research Group; Vall d'Hebron Institute of Research; Universitat Autònoma de Barcelona; Barcelona (P. Pozo-Rosich). Universidad de Cádiz; Cádiz (E. Ignacio). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla e IDIVAL; Santander, Cantabria (J. Pascual). Unidad de Cefaleas; Servicio de Neurología; Hospital Clínico San Carlos; Madrid (J. Porta-Etessam). Unidad de Cefaleas; Servicio de Neurología; Hospital Clínico Universitario; Valladolid (A.L. Guerrero-Peral). Departamento de Salud Alicante-Sant Joan; Alicante (J.J. Mira). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas, REDISSEC; España (J.J. Mira).

Correspondencia:

Dra. Mercedes Guilabert Mora. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Avda. Universidad, s/n. E-03202 Elche (Alicante).

E-mail:

mguilabert@umh.es

Financiación:

Estudio financiado por Allergan, que no ha participado en ningún aspecto de su elaboración.

Aceptado tras revisión externa:

07.09.18.

Cómo citar este artículo:

Carrillo I, Pozo-Rosich P, Guilabert M, Ignacio E, Pascual J, Porta-Etessam J, et al. Cartera de servicios y cuadro básico de indicadores de calidad para las unidades de cefalea: estudio de consenso. Rev Neurol 2019; 68: 118-22.

© 2019 Revista de Neurología

Objetivo. Elaborar una propuesta de cartera de servicios para una unidad de cefalea y un conjunto básico de indicadores de calidad asistencial en cefalea.

Desarrollo. Estudio que aplicó técnicas de búsqueda de consenso con participación de un total de 15 profesionales expertos en tratamiento de cefaleas (experiencia de más de 15 años) y en gestión de calidad. La descripción de los indicadores incluyó: enunciado, definición, estándar, tipo de indicador, dimensión, fuente, nivel de evidencia y aclaraciones de términos. La propuesta de cartera de servicios incluyó los siguientes ámbitos: gestión clínica, atención centrada en el paciente, implicación comunitaria, gestión del conocimiento, investigación traslacional y difusión social. La propuesta se concretó en 13 indicadores que abarcaban cinco dimensiones.

Conclusiones. Esta propuesta contribuye a asegurar y evaluar el nivel de calidad de una unidad de cefaleas o de las consultas monográficas de cefaleas.

Palabras clave. Calidad asistencial. Cefalea. Gestión. Indicadores. Migraña. Satisfacción. Seguridad del paciente.

Introducción

La cefalea es uno de los problemas de salud con mayor prevalencia, automedicación e impacto negativo en la esfera personal, social y laboral [1]. Pese a ello, existe una elevada variabilidad entre países en la organización y el diseño de procesos asistenciales, lo que afecta negativamente a la calidad asistencial que reciben los pacientes que sufren cefalea en alguna de sus manifestaciones.

En 2015 [2] se actualizó la *Guía oficial de práctica clínica en cefalea de la Sociedad Española de Neurología*, que recoge recomendaciones sobre los tratamientos de elección y busca reducir el impacto clínico, social y económico de la cefalea. También se han realizado recomendaciones para la organización por niveles asistenciales [3,4], para diseñar la ruta asistencial [5-7] y propuestas para medir la calidad en el tratamiento de la cefalea [8-11].

La *Global Campaign against Headache*, campaña llevada a cabo en colaboración con la European Headache Federation, Lifting the Burden y la Organización Mundial de la Salud [12,13], es la iniciativa más sólida para asegurar la calidad asistencial al introducir 30 criterios de calidad agrupados en nueve dimensiones [3,14,15]: fiabilidad del diagnóstico, gestión individualizada del proceso asistencial, ac-

cesibilidad, atención urgente y derivaciones a especialistas, educación del paciente, aceptación y confort para el paciente, satisfacción del paciente, equidad y eficiencia, y efectividad (incluyendo calidad de vida) y seguridad. En 2016, Schramm et al [16] aplicaron a 14 centros especializados en el tratamiento de cefaleas de 12 países 27 medidas basadas en los criterios de calidad propuestos por la European Headache Federation y Lifting the Burden. Este estudio concluyó que la atención especializada (unidades de cefalea) era adecuada, aunque existía una amplia variabilidad y oportunidades de mejora, y que era necesario avanzar en la evaluación de la calidad del tratamiento de las cefaleas en los dispositivos no especializados.

En 2012, Peters et al [5] llevaron a cabo un estudio de revisión de investigaciones que desarrollaran indicadores para evaluar la atención sanitaria en el caso de cefaleas. Estos investigadores identificaron un total de 55 indicadores, de los que 37 se centran en el proceso de atención. La mayoría eran específicos para determinados tipos de cefalea. Este estudio concluyó que no se había determinado la fiabilidad, la factibilidad de cálculo y la sensibilidad de estos indicadores, y que apenas se habían empleado para evaluar y mejorar la atención y los resultados en el tratamiento de la cefalea. En paralelo,

llevaron a cabo un estudio [14], mediante técnicas de consenso, para definir los indicadores de calidad en el tratamiento de la cefalea, que incluyó 30 elementos organizados en nueve dominios (diagnóstico preciso, gestión individualizada, rutas de derivación adecuadas, educación a los pacientes sobre las características y formas de manejo de la cefalea, comodidad y confort del servicio, satisfacción del paciente, asistencia eficiente y equitativa, evaluación de resultados y seguridad clínica) que permitieron definir la calidad asistencial en cefaleas desde un enfoque multidimensional.

Este estudio se centró en dos objetivos: elaborar el contenido básico de la cartera de servicios de una unidad de cefaleas, y un cuadro de mando básico de indicadores para la cefalea ajustado a los sistemas de información disponibles en nuestro país y, por tanto, factible y plausible.

Desarrollo

Es un estudio de consenso con participación de profesionales expertos en cefalea y en evaluación y gestión de la calidad. El estudio se realizó entre noviembre de 2017 y abril de 2018.

En primer lugar, se revisó la bibliografía utilizando los términos *'headache disorders'*, *'headache care'*, *'Global Campaign against Headache'*, *'guidelines'*, *'quality of care'*, *'quality of life'*, *'quality indicators'*, *'migraine'*, *'neuroimaging'*, *'satisfaction with treatment'*, *'chronic daily headache'* y *'remission'*, en el motor de búsqueda de libre acceso a las bases de datos PubMed, Índice Médico Español y Scopus. Se revisó el contenido de los artículos identificados como potencialmente relevantes (en total 28) y se ordenó la información que aportaban sobre cartera de servicios e indicadores de medida de la calidad asistencial como material de trabajo para el trabajo grupal. En segundo lugar, se identificaron, mediante una sesión de trabajo grupal basada en la técnica Meta-plan, áreas relevantes de actividad y potenciales indicadores de calidad. Y, en tercer lugar, mediante conferencia de consenso y de forma independiente para cada temática, se trabajó el listado inicial de las áreas que habría que considerar en la cartera de servicios de una unidad de cefaleas y los indicadores de calidad asistencial valorando importancia y factibilidad.

En el grupo inicial de trabajo que elaboró un primer listado de las áreas a considerar en cada caso participaron cuatro especialistas en neurología. En la técnica de conferencia de consenso participaron un total de ocho especialistas. Todos ellos fueron

Tabla I. Niveles de evidencia de las fuentes utilizadas para la definición de los indicadores según la clasificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network [33].

Referencias	Nivel de evidencia
Blumenfeld et al [17]	3
Stokes et al [18]	3
Schramm et al [16]	3
Lantéri-Minet et al [19]	3
Raggi et al [20]	2++
Rivilla-Marugán et al [21]	4
Fiane et al [22]	3
Vicente-Herrero et al [23]	3
Scher et al [24]	2-
Ramsey et al [25]	2++
Benett et al [26]	1+
Cohen et al [27]	2++
Kudrow [28]	2+
Petersen et al [29]	2++
Kuruvilla et al [30]	3
Walling et al [31]	3
Heckman et al [32]	2-
Gago-Veiga et al [7]	4

seleccionados considerando sus años de experiencia clínica en el tratamiento de cefaleas (más de 15 años), que trabajaran en unidades de cefaleas y su frecuente participación en foros profesionales. Su participación fue voluntaria tras conocer los objetivos y el método de trabajo que se iba a aplicar.

Con excepción de la sesión grupal inicial (de 180 minutos), el resto de las comunicaciones con el grupo de trabajo se realizaron mediante correo electrónico. Un grupo de tres expertos en gestión de calidad asistencial integró, codificó y ordenó las respuestas, formulando propuestas que sucesivamente iban siendo analizadas por los expertos hasta consensuar un documento definitivo, aprobado por todos los expertos. Para describir indicadores se definió una ficha con los siguientes campos: enuncia-

Tabla II. Propuesta de indicadores para medir la calidad asistencial en unidades o consultas de cefaleas en España.

Indicador	Tipo	Dimensión
CEF1. Porcentaje de pacientes diagnosticados de cefalea crónica primaria que en el período de un año acuden a urgencias por cefalea o complicaciones del tratamiento	Resultado	Efectividad
CEF2. Porcentaje de pacientes con migraña crónica que mejoran en la valoración según la escala MIDAS, medida pre-post, a los tres meses después de la intervención terapéutica	Resultado	Efectividad
CEF3. Porcentaje de pacientes con cefalea primaria crónica que pasan a una cefalea episódica (< 15 días de dolor al mes) tras el tratamiento	Resultado	Efectividad
CEF4. Porcentaje de pacientes que obtienen 8/10 o más puntos en escalas que miden satisfacción con la atención recibida	Resultado	Atención centrada en el paciente
CEF5. Porcentaje de pacientes con cefalea crónica primaria atendidos en la unidad con al menos una baja laboral debida a la cefalea en los últimos tres meses	Resultado	Atención centrada en el paciente
CEF6. Porcentaje de pacientes con cefalea primaria con adhesión al tratamiento preventivo a los tres meses de su prescripción	Resultado	Atención centrada en el paciente
CEF7. Porcentaje de pacientes con cefalea primaria en tratamiento analgésico más de 10 días al mes en los últimos tres meses en la unidad de cefaleas	Proceso	Seguridad del paciente
CEF8. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cefalea primaria en la unidad o consulta de cefaleas sin repetición de estudios de neuroimagen en el período de un año	Proceso	Seguridad del paciente
CEF9. Porcentaje de pacientes con cefalea crónica primaria en tratamiento sintomático no recomendado	Resultado	Seguridad del paciente
CEF10. Porcentaje de pacientes con cefalea crónica primaria que sufren uno o más efectos adversos que condicionan la retirada del tratamiento	Resultado	Seguridad del paciente
CEF11. Porcentaje de pacientes con cefalea en racimo atendidos antes de siete días desde el comienzo del brote	Proceso	Accesibilidad
CEF12. Porcentaje de pacientes con cefalea primaria embarazadas atendidas antes de los 15 días del test de embarazo positivo	Proceso	Accesibilidad
CEF13. Porcentaje de pacientes con cefalea en racimos activa que disponen de oxigenoterapia domiciliaria	Estructura	Adecuación

do, definición, estándar, tipo de indicador, dimensión, fuente, nivel de evidencia de las fuentes bibliográficas y aclaraciones de términos. El nivel de evidencia de las fuentes bibliográficas incluidas en las fichas de los indicadores se determinó de acuerdo con la escala propuesta por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network [33] (Tabla I). Se realizaron ocho rondas con información y propuestas antes de consensuar la cartera de servicios y seis rondas antes de aprobar el listado de indicadores.

La propuesta de estructura de la cartera de servicios para las unidades de cefalea incluyó los siguientes apartados [34]):

- *Gestión clínica:* abarcaba la descripción de la organización y la estructura de la unidad, la asistencia multidisciplinar, la gestión de documentación

clínica, los canales de comunicación, la definición de la estrategia asistencial y los sistemas de evaluación y de mejora, y la participación en órganos colegiados del centro.

- *Atención centrada en el paciente:* describiría la capacidad del servicio o de la unidad para asegurar que la gestión de los procesos diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores se desarrolla en un marco de respeto a las necesidades y expectativas de los pacientes.
- *Implicación comunitaria:* incluiría una descripción de la capacidad de la unidad para proporcionar una atención integral, explicando la manera en la que se involucran o coordinan actuaciones con el conjunto de recursos comunitarios para una mejor atención de los pacientes.

- *Gestión del conocimiento*: relativa a la capacidad de la unidad para aprovechar el conocimiento de sus integrantes y del trabajo en equipo y, también, para fomentar el relevo generacional en la formación de futuros profesionales, gestión de recursos humanos, con una descripción de cómo la unidad logra contar con una plantilla estable, afronta la seguridad laboral y evalúa y desarrolla las competencias de los profesionales.
- *Investigación*: acerca de cómo se asegura la capacidad para llevar a cabo proyectos de investigación traslacional.
- *Difusión social*: con una descripción de los mecanismos de la unidad para la comunicación de informaciones útiles para los pacientes y profesionales sanitarios en redes sociales.

Adicionalmente, se recomendó incluir una descripción de las modalidades de asistencia (p. ej., hospitalización, atención urgente, telemedicina), sobre la organización de la atención multidisciplinar (p. ej., con neurocirugía, neurofisiología o neuropsicología), y una propuesta para la descripción y gestión de procesos asistenciales (p. ej., cefalea paroxística o craneofacial).

La propuesta de indicadores para evaluar la calidad de la asistencia partió de un listado inicial de 15 propuestas que abarcaban cinco áreas. La propuesta final se concretó en 13 indicadores que abarcan cinco dimensiones (Tabla II) [35].

Conclusiones

La cartera de servicios y los indicadores de esta propuesta abarcan el conjunto de actividades relevantes que se espera que se realicen en una unidad de cefaleas. Esta propuesta incluye un volumen mayor de indicadores de resultado que los incluidos en la *Global Campaign against Headache* [36], más centrada en indicadores de proceso. Esta propuesta incluye fundamentalmente indicadores de manejo de cefaleas crónicas primarias, cefalea en racimos y uso racional de neuroimagen en cefaleas, que reflejan fielmente la realidad asistencial de una unidad de cefaleas de nuestro entorno, ya que estos son los procesos más frecuentemente atendidos en estas unidades [2]. Nuevos estudios prospectivos deben poner a prueba si ciertamente esta propuesta de indicadores es fácil de medir y si su resultado reúne suficiente sensibilidad y especificidad a la hora de discriminar una atención de calidad de una unidad de cefaleas o de las consultas monográficas de cefaleas.

La estructura de la cartera de servicios, en el caso de las unidades de cefaleas, agrupa las actividades que podemos considerar tradicionales (tanto organizativas, como asistenciales o en investigación traslacional), pero incorpora otras, como la información en redes sociales o la implicación comunitaria para una atención integral, más acordes con los nuevos desarrollos que se vienen observando en la organización de unidades clínicas. Su aplicación debería permitir delimitar si es una propuesta suficientemente realista.

Este estudio se ha basado en la opinión de un conjunto de expertos que trabajan en diferentes centros de toda la geografía nacional, pero es posible que otras sensibilidades y experiencias puedan haber dado lugar a indicadores o elementos de la cartera de servicios diferentes. El estudio se ha centrado en la realidad de las unidades de cefalea de nuestro país. La extrapolación a otros contextos y modelos organizativos sanitarios podría no ser posible.

La cefalea es, en volumen, el primer motivo de consulta en los servicios de neurología de nuestro país. Las estimaciones indican que al menos una cuarta parte de las consultas en los servicios de neurología se deben a cefalea, y en una de cada diez urgencias neurológicas, el motivo de la consulta es el dolor de cabeza [37]. A pesar de este volumen, y a diferencia de otras grandes patologías neurológicas, el desarrollo en gestión asistencial formal de las unidades de cefalea es, en la práctica, inexistente. Este estudio ahonda en estos aspectos y muestra cómo trabajar en este desarrollo, y más en un momento en el que la demanda en la consulta por cefalea está creciendo, lo que ocurre al tiempo que se dispone de tratamientos más eficaces para entidades como la migraña o la cefalea en racimos.

Bibliografía

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 629-808.
2. Ezpeleta D, Pozo P. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Luzán 5; 2015.
3. 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.
4. Laughney WE, Holmes WF, MacGregor AE, Sawyer JPC. Headache consultation and referral patterns in one UK general practice. *Cephalalgia* 1999; 19: 328-9.
5. Peters M, Perera S, Loder E, Jenkinson C, Gil Gouveia R, Jensen R, et al. Quality in the provision of headache care. One: systematic review of the literature and commentary. *J Headache Pain* 2012; 13: 437-47.
6. Gago-Veiga AB, García-Azorín D, Mas-Sala N, Ordás CM, Ruiz-Piñero M, Torres-Ferrús M, et al. Cómo y cuándo derivar un paciente con cefalea primaria y neuralgia craneofacial desde urgencias y atención primaria: recomendaciones del

- Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología* 2017; Sep 1. [Epub ahead of print].
7. Gago-Veiga AB, Díaz de Terán J, González-García N, González-Oria C, González-Quintanilla V, Minguez-Olaondo A, et al. Cómo y cuándo derivar un paciente con cefalea secundaria y otros tipos de dolores craneofaciales desde urgencias y atención primaria: recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología* 2017; Sep 1. [Epub ahead of print].
 8. Ferrari A, Baraguini GF, Sternieri E, Cavazzuti L, Roli L. Quality assurance system using ISO 9000 series standards to improve the effectiveness and efficacy of the Headache Centre. *Funct Neurol* 2000; 15: 230-6.
 9. Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland M, eds. Quality indicators for general practice. A guide for health professionals and managers. London: Royal Society of Medicine Press; 2002.
 10. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 384: 2635-45.
 11. Leas BF, Gagne JJ, Goldfarb NI, Rupnow MF, Silberstein S. Assessing quality of care for migraineurs: a model health plan measurement set. *Popul Health Manag* 2008; 11: 203-8.
 12. Steiner TJ, World Headache Alliance. Lifting the Burden: the global campaign against headache. *Lancet Neurol* 2004; 3: 204-5.
 13. Steiner TJ. Lifting the Burden: the global campaign to reduce the burden of headache worldwide. *J Headache Pain* 2005; 6: 373-7.
 14. Peters M, Jenkinson C, Perera S, Loder E, Jensen R, Katsarava Z, et al. Quality in the provision of headache care. 2: defining quality and its indicators. *J Headache Pain* 2012; 13: 449-57.
 15. Katsarava Z, Gil-Gouveia R, Jensen R, Gaul CH, Schramm S, Schoppe A, et al. Evaluation of headache service quality indicators: pilot implementation in two specialist-care centres. *J Headache Pain* 2015; 16: 53.
 16. Schramm S, Uluduz D, Gil-Gouveia R, Jensen R, Siva A, Uygunoglu U, et al. Headache service quality: evaluation of quality indicators in 14 specialist-care centres. *J Headache Pain* 2016; 17: 111.
 17. Blumenfeld AM, Varon SF, Wilcox TK, Buse DC, Kawata AK, Manack A, et al. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Cephalalgia* 2011; 31: 301-15.
 18. Stokes M, Becker WJ, Lipton RB, Sullivan SD, Wilcox TK, Wells L, et al. Cost of health care among patients with chronic and episodic migraine in Canada and the USA: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Headache* 2011; 51: 1058-77.
 19. Lantéri-Minet M, Massiou H, Romatet S, Barba A, Lucas C, Allaf B. An instrument to assess patient perceptions of satisfaction with acute migraine treatment (EXPERT Study). *Headache* 2011; 51: 590-601.
 20. Raggi A, Covelli V, Leonardi M, Grazi L, Curone M, D'Amico D. Difficulties in work-related activities among migraineurs are scarcely collected: results from a literature review. *Neurol Sci* 2014; 35: 23-6.
 21. Rivilla-Marugán L, Ramada-Soriano A, González-Rodríguez VM, Arrieta-Antón E. Cefalea crónica diaria y por abuso de analgésicos. *Semergen* 2008; 34: 291-6.
 22. Fiane I, Haugland ME, Stovner LJ, Zwart JA, Bovim G, Hagen K. Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous headache –the HUNT Study. *Cephalalgia* 2006; 26: 960-7.
 23. Vicente-Herrero MT, Terradillos-García MJ, Ramírez-Iñíguez de la Torre MV, Aguilar-Jiménez E, Capdevila-García L, López-González AA. El coste de la incapacidad temporal por cefaleas en España. *Neurol Arg* 2014; 6: 199-206.
 24. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain* 2003; 106: 81-9.
 25. Ramsey RR, Ryan JL, Hershey AD, Powers SW, Aylward BS, Hommel KA. Treatment adherence in patients with headache: a systematic review. *Headache* 2014; 54: 795-816.
 26. Bennett MH, French C, Schnabel A, Wasiak J, Kranke P, Weibel S. Normobaric and hyperbaric oxygen therapy for the treatment and prevention of migraine and cluster headache. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 3: CD005219.
 27. Cohen AS, Burns B, Goadsby PJ. High-flow oxygen for treatment of cluster headache: a randomized trial. *JAMA* 2009; 302: 2451-7.
 28. Kudrow L. Response of cluster headache attacks to oxygen inhalation. *Headache* 1981; 21: 1-4.
 29. Petersen AS, Barloese MC, Jensen RH. Oxygen treatment of cluster headache: a review. *Cephalalgia* 2014; 34: 1079-87.
 30. Kuruvilla DE, Lipton RB. Appropriate use of neuroimaging in headache. *Curr Pain Headache Rep* 2015; 19: 17.
 31. Walling A, Woolley DC, Molgaard C, Kallail KJ. Do family physicians fail to provide triptans for patients with migraine? *J Fam Pract* 2006; 55: 1057-62.
 32. Heckman BD, Holroyd KA, O'Donnell FJ, Tietjen G, Utley C, Stillman M, et al. Race differences in adherence to headache treatment appointments in persons with headache disorders. *J Natl Med Assoc* 2008; 100: 247-55.
 33. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Forming guideline recommendations. In: SIGN 50 –a guideline developers' handbook. Edinburgh: SIGN; 2008.
 34. Anexo I. Cartera de servicios de las unidades de cefalea. URL: http://calite.umh.es/data/documentos/publicaciones/cefalea_anexo_i.pdf. [01.06.2018].
 35. Anexo II. Propuesta de indicadores de calidad en cefalea. URL: http://calite.umh.es/data/documentos/publicaciones/cefalea_anexo_ii.pdf. [12.06.2018].
 36. Anexo III. Indicadores de calidad en cefalea. URL: http://calite.umh.es/data/documentos/publicaciones/cefalea_anexo_iii.pdf. [03.05.2018].
 37. Pascual J, Sánchez del Río M, Jiménez MD, Láinez JM, Mateos V, Leira R, et al. Actitud del neurólogo español frente a la migraña: resultados del proyecto CIEN-mig (I). *Rev Neurol* 2010; 50: 577-83.

Portfolio of services and basic table of quality indicators for Headache Units: a consensus study

Aim. To develop a proposal for a portfolio of services and a set of indicators for Headache Units.

Development. Qualitative study that applied techniques of consensus with the participation of 15 professionals who are experts in the treatment of headaches (experience of 15 years) and in quality assurance. The description of the indicators included: statement, definition, standard, type of indicator, dimension, source, level of evidence, and clarification of terms. The proposal for a portfolio of services included the following areas: clinical management, patient-centered care, community involvement, knowledge management, translational research, and social dissemination. The proposal converged in 13 indicators exploring five dimensions.

Conclusions. This proposal contributes to ensure and assess the level of quality of a Headache Unit or outpatient clinic

Key words. Headache. Indicators. Management. Migraine. Patient safety. Quality assurance. Satisfaction.