

# Cefaleas

Análisis descriptivo de la V Encuesta  
Andaluza de Salud (EAS2015/16)



### **Autoría**

Andrés Cabrera León  
Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido

### **Edita**

Escuela Andaluza de Salud Pública

### **ISBN**

978-84-09-46661-0

### **Agradecimientos**

Araceli Caro Martínez y Carmen González Oria por sus indicaciones para el desarrollo del informe

### **Referencia**

Cabrera-León, A. & Sánchez-Cantalejo, C. (2021). Cefaleas: análisis descriptivo de la V Encuesta Andaluza de Salud (EAS2015/16) (ISBN: 978-84-09-46661-0). Escuela Andaluza de Salud Pública.

Disponible: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html>

# ÍNDICE

1.	Introducción	4
2.	Metodología	5
2.1.	Diseño	5
2.2.	Ámbito	5
2.3.	Unidad de análisis	5
2.4.	Selección muestral	5
2.5.	Tamaño muestral	6
2.6.	Estratificación y Afijación	6
2.7.	Variables	7
2.8.	Análisis	7
3.	Resultados	9
3.1.	Características de la muestra	9
3.2.	Prevalencia de cefaleas	9
3.3.	Salud y calidad de vida	10
3.4.	Ausencia laboral	11
3.5.	Cronicidad	11
3.6.	Medicamentos	14
3.7.	Servicios sanitarios	14

# 1. INTRODUCCIÓN

Con motivo del desarrollo del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, se identificó la Encuesta Andaluza de Salud como una de las fuentes de información para el análisis de situación.

Las encuestas de salud son un elemento esencial para la toma de decisiones en la planificación de salud y, por ello, la mayoría de los países desarrollados cuentan con su propia encuesta de salud. Proporcionan conocimiento sobre la magnitud, distribución y tendencias de la salud, los hábitos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, desde el punto de vista de la ciudadanía. Permiten identificar los principales problemas para la priorización de actividades, para el diseño y desarrollo de estrategias de intervención, y para la evaluación y la asignación de recursos, así como los principales grupos a riesgo con respecto a la salud, a los hábitos de vida y al acceso a los servicios sanitarios.

La Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (CSyF), a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), puso en marcha la primera edición de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) en 1999. Se trata de la principal fuente de información de base poblacional de Andalucía en materia de Salud y utilización de Servicios Sanitarios, recogiendo, entre otra, información relevante sobre:

- características sociodemográficas,
- estado de la salud y morbilidad percibida (salud autopercibida, consumo de medicamentos, enfermedades crónicas, molestias, limitaciones)
- uso de servicios de salud,
- hábitos de vida relacionados con la salud (alimentación, alcohol, tabaco, conducta vial),
- medidas preventivas,
- condiciones y calidad medioambiental y laboral.

Se han realizado cinco ediciones de la EAS, siendo su periodicidad cada cuatro o cinco años. La primera fue en 1999 y las siguientes en 2003, 2007, 2011/12 y 2015/16. El trabajo de campo se realiza durante 12 meses, normalmente coincidiendo con un año natural<sup>1</sup>.

La EAS contribuye al cumplimiento de los objetivos generales recogidos en el Plan Estadístico y Cartográfico de Andalucía 2013-2017-2020<sup>2</sup>, principal instrumento ordenador de la actividad estadística de la Administración de Andalucía. Entre sus objetivos, se encuentra el de “Producir la información estadística y cartográfica requerida para la ejecución y seguimiento de las políticas europeas, nacionales y autonómicas en el ámbito de competencia de la Junta de Andalucía, concretamente el Plan Andaluz de Salud, así como de los distintos Planes Integrales”. Este informe pretende dar respuesta a ese objetivo a través del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía.

---

<sup>1</sup> Debido a la situación de pandemia COVID-19 se aplazó a octubre de 2021 el comienzo del trabajo de campo de la VI edición de la EAS (inicialmente previsto para marzo 2020).

<sup>2</sup> Ley 6/2017, de 27 de diciembre, publicada en el BOJA número 248, de 29 de diciembre de 2017.

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1. DISEÑO**

El diseño muestral utilizado en la V edición de la EAS (2015/16) fue el de muestreo semiprobabilístico, por conglomerados, polietápico y estratificado. Las unidades muestrales fueron: 1ª etapa - municipios, 2ª etapa - secciones censales, 3ª etapa - viviendas familiares/hogares y 4ª etapa - personas. La selección de las unidades muestrales en todas las etapas fue aleatoria, a excepción de las de la última etapa que se introducían cuotas por sexo y grupos de edad. El trabajo de campo se realizó mediante entrevista cara a cara en el domicilio entre abril de 2015 y febrero de 2016.

### **2.2. ÁMBITO**

El ámbito geográfico de la EAS es la Comunidad Autónoma de Andalucía, mientras que el poblacional se extiende a toda la población andaluza residente en viviendas familiares de Andalucía. No se consideran los llamados hogares colectivos (hospitales, residencias, cuarteles, centros penitenciarios, etc.). Sí se incluyen, sin embargo, las familias que, formando un grupo independiente, residen en dichos establecimientos colectivos (por ejemplo, el director o el conserje del centro). El ámbito temporal de la encuesta es anual, recogiendo la información en 4 oleadas trimestrales evitando así la estacionalización de los resultados.

### **2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis es cada persona de la muestra seleccionada. Se realizan dos muestras independientes: una de adultos de 16 o más años y otra de menores de 16 años residentes en Andalucía. En este trabajo se utiliza la muestra de adultos.

### **2.4. SELECCIÓN MUESTRAL**

La selección de los municipios (unidades muestrales de primera etapa) incluidos en la muestra se realizó con probabilidad proporcional al tamaño en cada estrato: un total de 118 municipios. A partir de aquí, la selección de la muestra se llevó a cabo de forma que cualquier vivienda familiar tuviera la misma probabilidad de ser seleccionada en cada estrato.

La selección de las secciones censales (segunda etapa) en cada municipio se realizó con probabilidad proporcional al tamaño (a partir de la población de cada sección) y la de las viviendas (unidades muestrales de tercera etapa) en cada sección con probabilidad igual.

La selección de la vivienda determina la selección del individuo, considerando una única entrevista a adultos o una única encuesta a menores por vivienda. Atendiendo a los tamaños muestrales propuestos, se realizó una asignación prácticamente constante por sección. El tamaño fue en la mayoría de los casos de 9 adultos y 3 menores, aunque se realizaron ajustes en función de la asignación muestral. La

asignación varía en el rango de 7 a 10 adultos y de 2 a 4 menores. La selección de la vivienda se realizó mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio a partir del callejero disponible para cada sección, estableciendo el punto de arranque y la cadencia de selección de forma que garantizaran probabilidad igual de selección para cada vivienda.

La selección de las personas a entrevistar (unidades últimas) se desarrolló mediante aplicación de cuotas de sexo y grupos de edad en cada estrato de provincia, hábitat y oleada.

La consideración de muestras independientes para adultos y para menores implicó considerar también el proceso de selección de forma independiente. De esta forma, se seleccionaron inicialmente las viviendas por sección para la muestra de adultos y estas mismas viviendas resultaron válidas para la muestra de la población infantil. En el caso de que en la muestra inicial de viviendas no existieran las suficientes con menores de 16 años, se amplió la muestra de viviendas hasta cumplir la asignación prevista de menores de 16 años por sección.

Con el método descrito, cabe la posibilidad de dos entrevistas por vivienda, adulto e infantil, pero no más de una entrevista en cada subpoblación.

## **2.5. TAMAÑO MUESTRAL**

El tamaño de muestra efectiva de la V EAS fue de 6.507 personas para la muestra de adultos y 2081 para la muestra de menores. Estos tamaños garantizan una precisión para estimaciones globales de  $\pm 1,4$  y  $\pm 2,8$  puntos porcentuales, respectivamente, y un efecto del diseño de 1,4 en ambas muestras, considerando los supuestos de un nivel de confianza del 95% y máxima variabilidad en la respuesta ( $p=q$ ).

## **2.6. ESTRATIFICACIÓN Y AFIJACIÓN**

Para la muestra de adultos, las variables de estratificación son sexo y grupo de edad (con 6 categorías, constituidas por los siguientes intervalos: 16 – 24 años, 25 – 44 años, 45 – 54 años, 55 – 64 años, 65 – 74 años y 75 ó más años), la provincia (con 8 categorías: una por provincia) y el tamaño del hábitat (conformada por 5 categorías: municipios con menos de 2.000 habitantes; municipios de 2.001 a 10.000 habitantes; municipios de 10.001 a 50.000 habitantes; municipios con más de 50.000 habitantes; y capitales de provincia). Para la muestra de menores, las variables de estratificación son sexo y grupo de edad (con 3 categorías, constituidas por los siguientes intervalos: 0 - 4 años, 5 – 9 años, 10 – 15 años) y los mismos estratos de provincia y tamaño del hábitat que en la muestra de adultos.

Las características generales del diseño de la muestra, tanto de adultos como la de menores son:

- 1) Para desestacionalizar la información, mediante la medición de las posibles fluctuaciones estacionales de los datos referentes a la morbilidad, los hábitos de vida y la utilización de los servicios de salud se procede a distribuir el trabajo de campo (realización de las entrevistas) en cuatro fases

(oleadas) a lo largo del año, coincidentes cada una de ellas prácticamente con las cuatro estaciones del año.

2) Cada una de estas cuatro fases se subdivide, a su vez, en otras cuatro submuestras de duración semanal, para conseguir que la información se distribuya homogéneamente a lo largo del periodo de tiempo de cada fase de estudio.

La afijación muestral es proporcional a la población de los estratos correspondientes y también al tamaño de la población por sexo y grupos de edad, tanto para la muestra de adultos como para la de menores.

## 2.7. VARIABLES

Para este trabajo se ha utilizado como variable de estudio cefaleas crónicas<sup>3</sup> y como variables de cruce: sexo, grupos de edad (16-44, 45-64 y 65 ó más), salud autopercebida, limitación en alguna actividad, medicación o terapia, otras enfermedades crónicas, múltiples enfermedades crónicas (agrupadas en 2 y 3 ó más), consumo de medicamentos, consulta médica/sanitaria, hospitalización, utilización de servicios de urgencia, modalidad de Seguro Sanitario y ausencia laboral<sup>4</sup>.

Además, se ha utilizado la escala de calidad de vida en adultos SF-12<sup>5</sup> a través de sus medidas sumario física y mental. Para facilitar la interpretación estas puntuaciones se estandarizan con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

## 2.8. ANÁLISIS

Se presentan estadísticos descriptivos en porcentajes con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, coeficiente de variación y significación estadística (p-valor), así como gráficos de barra y sectores para visualizar algunos resultados.

Para todas las estimaciones se utiliza el peso muestral o factor de elevación original calculado como la inversa de la probabilidad de selección:  $P_{i,h} = n_h/N_h$ , donde  $i$  es la persona a entrevistar,  $h$  el nivel de estrato,  $n_h$  el tamaño muestral (teórico) del estrato  $h$  y  $N_h$  es el tamaño poblacional del estrato  $h$ . Posteriormente, ese peso original se ajusta con el fin de obtener estimaciones más fiables en base a las características demográficas de Andalucía. Para ello, se utiliza el método de calibración lineal

---

<sup>3</sup> Al igual que el resto de las enfermedades crónicas recogidas en la Encuesta Andaluza de Salud, las cefaleas crónicas son las referidas por la persona entrevistada que fueron diagnosticadas por un/a profesional de la salud, incluyendo también en el mismo enunciado de la pregunta migrañas, jaquecas y dolor de cabeza frecuente siendo referido, en adelante, como cefaleas crónicas.

<sup>4</sup> Cuestionarios completos de la V EAS en <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html>

<sup>5</sup> Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, et al. [Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: physical and mental components]. Med Clin 2008;130:726–35.

truncado con límites 0,1 y 10, mediante la función *calib* del paquete *Sampling* del software R<sup>6</sup>. Como información auxiliar se utilizan los marginales de población en Andalucía por sexo y edad (16-19, 20-24, 25-29, ..., 75-79 y  $\geq 80$  años) y por provincia a partir de la Encuesta Continua de Hogares a 1 de enero de 2019 del Instituto Nacional de Estadística.

---

<sup>6</sup> Tillé Y, Matei A; R Package *sampling*. survey sampling. 2015;76. Disponible en: <https://cran.r-project.org/web/packages/sampling/sampling.pdf>

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La siguiente tabla describe las **características de la muestra** de la EAS15/16 observándose, por ejemplo, que un 51,1% son mujeres, un 20,3% mayores de 65 años, casi la mitad tiene un nivel de estudios hasta primarios y un 34,7% llega a fin de mes con 34,7%.

Tabla 1. Características de la muestra

Variable (muestra perdida)	Categorías	Porcentaje (n)	Intervalo de Confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Sexo	Hombres	48,9% (3231)	48,1%	49,8%
	Mujeres	51,1% (3338)	50,20%	51,90%
Edad	16-44	45,1% (3246)	43,70%	46,50%
	45-64	34,6% (2041)	33,60%	35,70%
	> 65	20,3% (1282)	19,20%	21,50%
Nivel de estudios	Primarios o inferiores	49,9% (3162)	46,20%	53,60%
	Secundarios	35,0% (2351)	33,00%	37,10%
	Superiores	15,1% (1027)	12,70%	17,80%
Dificultad económica para llegar a fin de mes	Con mucha dificultad	13,6% (870)	11,80%	15,60%
	Con dificultad	21,1% (1384)	18,70%	23,70%
	Con cierta/alguna dificultad	27,9% (1832)	26,40%	29,50%
	Con cierta/alguna facilidad	23,1% (1515)	21,20%	25,10%
	Con facilidad o mucha facilidad	14,3% (926)	11,80%	17,30%

#### 3.2. PREVALENCIA DE CEFALEAS

La **prevalencia de cefaleas crónicas** en la población adulta (16 ó más años) residente en Andalucía es de un 3,5% (intervalo de confianza al 95%, I.C. [2,4-4,25%]), siendo casi 4 veces superior en mujeres que en hombres (5,5% frente a 1,5%,  $p < 0,001$ , Tabla 2). En cuanto a la edad, la prevalencia es algo más del doble en mayores de 65 años que en población menor de 44 años (5,2% frente a 2,5%,  $p < 0,001$ ).

Por otra parte, un 64,2% de la población con cefaleas crónicas (o, de la misma forma, un 2,3% en la población general adulta) afirmó que estas le **limitaban alguna de sus actividades**, siendo ese porcentaje superior en mujeres y en personas mayores de 65 años, aunque sin observarse diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la **medicación o terapia** recibida por las cefaleas crónicas, un 81% de la población de esta enfermedad (o, de la misma forma, un 2,9% de la población general) afirmó recibirlas, siendo este porcentaje significativamente mayor en mujeres que en hombres (84,4% y 65,5%, respectivamente,  $p < 0,05$ ) y en personas mayores de 65 años (95,3%,  $p < 0,05$ ).

Tabla 2. Prevalencia de cefaleas crónicas, limitación y medicación o terapia, según sexo y edad.

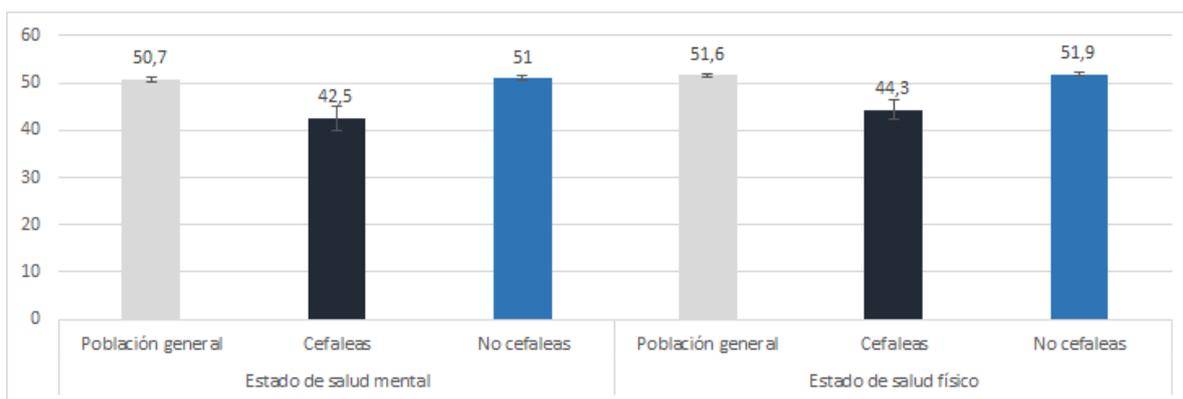
Cefaleas crónicas		Total	Hombres	Mujeres	16-44	45-64	> 65
PREVALENCIA (n=6569; n hombres=3231; n mujeres=3338)	Porcentaje	3,5% (224)	1,5% (46)	5,5%(178)**	2,5%(81)	4,0%(81)	5,2%(62)**
	I.C. 95%	2,4-4,25	1,1-2,0	4,6-6,6	2,0-3,0	3,0-5,2	3,8-7,1
LIMITACIÓN EN ACTIVIDADES <sup>a</sup>	Porcentaje	64,2% (143)	60,0% (27)	65,2% (116)	61,4% (49)	59,8% (50)	72,7% (44)
	I.C. 95%	54,1-73,1	47,1-71,7	53,4-75,4	51,7-70,3	44,1-73,7	57,5-83,9
MEDICACIÓN O TERAPIA <sup>a</sup>	Porcentaje	81% (181)	68,5% (32)	84,4% (149)*	71,4% (58)	78,2% (64)	95,3% (59)*
	I.C. 95%	70,6-88,7	50,5-82,2	74,2-91,1	56,2-83,0	62,3-88,7	86,4-98,5

<sup>a</sup> Población con cefaleas crónicas; \*p<0,05; \*\*p<0,001

### 3.3. SALUD Y CALIDAD DE VIDA

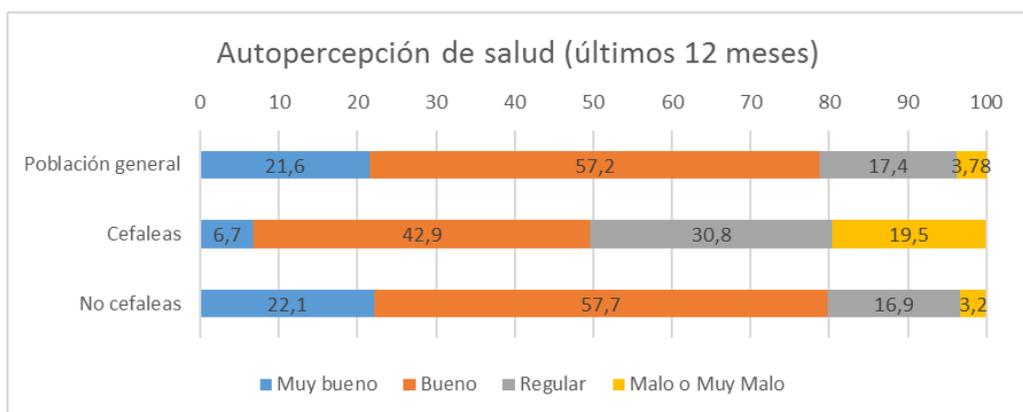
En cuanto a la **calidad de vida relacionada con la salud** (Figura 1), la población con cefaleas crónicas obtiene puntuaciones significativamente muy inferiores, más de 8 puntos de diferencia tanto en el componente físico como en el mental con respecto a la población sin cefaleas.

Figura 1. Calidad de vida relacionada con la salud (componentes físico y mental) según cefaleas.



En relación con la **autopercepción de salud general** (Figura 2), también es mucho peor en población con cefaleas crónicas, especialmente en la autopercepción 'Mala o muy mala' de la salud general, porcentaje 6 veces superior en esta población frente al de la población sin cefaleas crónicas (19,5% y 3,2%, respectivamente).

Figura 2. Autopercepción de salud general en los últimos 12 meses.



### 3.4. AUSENCIA LABORAL

En cuanto a la **ausencia laboral** (Tabla 3), aquella de media duración (3 a 7 días) fue bastante más alta entre la población con cefaleas crónicas (8,5% frente al 2,5%), aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas <sup>7</sup>.

Tabla 3. Ausencia laboral.

Población trabajando (n=2336)		Ausencia laboral en los últimos 12 meses (n)			
		Ningún día	De 1 a 3 días	Entre 3 y 7 días	Más de una semana
Cefaleas crónicas	Sí	77,2% (41)	12,4% (7)	8,5% (4)	1,9% (1)
	IC 95%	[58,2-89,1]	[6,2-23,0]*	[2,0-30,4]*	[0,2-13,9]*
	No	82,7% (1815)	11,6% (246)	2,5% (56)	3,3% (73)
	IC 95%	[79,1-85,7]	[8,8-15,0]	[1,7-3,5]	[2,5-4,4]

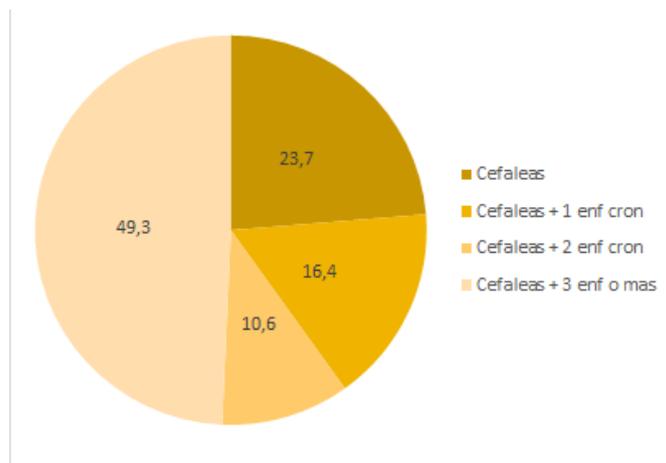
\* Coeficiente de variación superior al 20%.

### 3.5. CRONICIDAD

En relación con padecer **múltiples enfermedades crónicas**, casi la mitad de la población con cefaleas crónicas refirió tener al menos otras tres enfermedades crónicas diagnosticadas (Figura 3).

Figura 3. Múltiples enfermedades crónicas en población con cefaleas.

<sup>7</sup> Dada la baja prevalencia y, por lo tanto, el bajo tamaño muestral, las estimaciones y significaciones deben tomarse con prudencia, especialmente cuando se utilizan más de dos variables de cruce o segmentación (p.ej. limitación o medicación según edad), o con muchas categorías de respuesta. Un coeficiente de variación superior al 20% viene marcado en la casilla correspondiente.



La prevalencia de **enfermedades crónicas individuales** es mucho más alta en la población con cefaleas que en la de sin cefaleas, siendo al menos del doble en casi todas. Por otra parte, la cantidad de enfermedades crónicas con prevalencias superiores al 10% es también mucho mayor en la población con cefaleas, suponiendo 13 frente a tres de la población sin cefaleas. De manera especial destaca el dolor de espalda, donde fue referida en casi la mitad de la población con cefaleas crónicas (47,3% frente al 10,09% en población sin cefaleas). Otras enfermedades crónicas como depresión, ansiedad, varices, mala circulación, osteoporosis, fibromialgia o audición presentaron prevalencias en la población con cefaleas que al menos quintuplicaron a las de la población sin cefaleas crónicas.

Figura 4. Prevalencia de enfermedades crónicas.

Población general		Población con Cefaleas		Población sin Cefaleas	
Enfermedad crónica	%	Enfermedad crónica	%	Enfermedad crónica	%
Hipertensión*	17,04%	Dolor de espalda*	47,30%	Hipertensión*	16,70%
Colesterol alto	12,75%	Hipertensión*	26,45%	Colesterol alto	12,30%
Dolor de espalda*	11,41%	Colesterol alto	24,91%	Dolor de espalda*	10,09%
Diabetes*	8,88%	Artritis/reumatismo	23,47%	Diabetes*	8,85%
Artritis/reumatismo	6,84%	Mala circulación	22,55%	Artritis/reumatismo	6,23%
Alergias*	6,43%	Depresión	22,54%	Alergias*	6,10%
Mala circulación	5,09%	Ansiedad	19,69%	Mala circulación	4,45%
Depresión	4,68%	Alergias*	15,53%	Trastornos cardíacos*	4,17%
Ansiedad	4,47%	Varices en las piernas	15,44%	Depresión	4,02%
Trastornos cardíacos*	4,37%	Osteoporosis	12,34%	Ansiedad	3,91%
Varices en las piernas	3,92%	Fibromialgia	10,67%	Varices en las piernas	3,50%
Cefaleas*	3,54%	Audición	10,35%	Trastornos de próstata	3,32%
Trastornos de próstata	3,36%	Hemorroides	10,10%	Asma	3,28%
Asma	3,32%	Trastornos cardíacos*	9,75%	Fibromialgia	1,80%
Fibromialgia	2,11%	Diabetes*	9,62%	Infarto*	1,69%
Osteoporosis	2,05%	Cataratas	9,23%	Osteoporosis	1,68%
Audición	1,90%	Incontinencia urinaria	7,84%	Dolor menstrual	1,66%
Cataratas	1,84%	Estreñimiento crónico	7,20%	Pulmón*	1,62%
Dolor menstrual	1,77%	Trastornos de próstata	5,66%	Audición	1,59%
Pulmón*	1,70%	Piel*	5,37%	Cataratas	1,57%
Infarto*	1,69%	Anemia*	5,29%	Riñón	1,44%
Anemia*	1,58%	Colitis*	5,07%	Anemia*	1,44%
Riñón	1,56%	Riñón	4,79%	Cáncer*	1,41%
Cáncer*	1,48%	Asma	4,67%	Piel*	1,22%
Piel*	1,37%	Pulmón*	4,04%	Colitis*	1,01%
Colitis*	1,16%	Dolor menstrual	3,69%	Otras mentales	0,92%
Hemorroides	1,14%	Cáncer*	3,29%	Estreñimiento crónico	0,90%
Estreñimiento crónico	1,12%	Angina de pecho*	2,87%	Incontinencia urinaria	0,87%
Incontinencia urinaria	1,12%	Estómago*	2,86%	Hemorroides	0,82%
Otras mentales	0,97%	Cerebrovascular*	2,85%	Estómago*	0,66%
Estómago*	0,73%	Otras mentales	2,17%	Angina de pecho*	0,63%
Angina de pecho*	0,71%	Infarto*	1,63%	Cerebrovascular*	0,55%
Cerebrovascular*	0,63%	Cirrosis*	1,46%	Cirrosis*	0,50%
Cirrosis*	0,53%	Esterilidad	0,49%	Esterilidad	0,07%
Esterilidad	0,08%				

\*Cáncer, tumor maligno, incluido leucemia, linfoma; Diabetes/azúcar alta en sangre/azúcar en orina; Hipertensión; Colitis y enfermedades crónicas intestinales/ Enf. inflamatoria intestinal/ Enfermedad de Crohn; Úlcera de estómago/duodeno; Enfermedad crónica del pulmón / enfisema / bronquitis crónica; Trastornos cardíacos/insuficiencia cardíaca /insuficiencia cardíaca congestiva; Infarto de miocardio/ataque al corazón; Problemas crónicos de la piel; Alergias crónicas (como rinitis, inflamación de ojos, dermatitis, alergia a los alimentos, etc ), asma alérgica excluida; Anemia u otra enfermedad de la sangre; Accidente cerebrovascular/hemorragia cerebral; Hipoacusia / problemas de audición; Cirrosis/enfermedad del hígado / disfunción hepática.

### 3.6. MEDICAMENTOS

Respecto al **consumo de medicamentos** (Tabla 4), tanto en los específicos para el dolor o la fiebre como en otros, es mucho más alto en población con cefaleas crónicas. Así pues, el 80,7% de la población con cefaleas crónicas consumió en las últimas dos semanas algún medicamento para el dolor y/o la fiebre, mientras que este porcentaje baja hasta casi la mitad en la población sin esta enfermedad (41,5%,  $p < 0,001$ ). Si se mide el consumo en número medio de medicamentos, también se observa esa diferencia entre las poblaciones de estudio, siendo la media de medicamentos consumidos de 2,63 en población con cefaleas y de 1,83 en población sin cefaleas ( $p < 0,001$ ).

Tabla 4. Consumo de medicamentos (últimas dos semanas)

Cefaleas crónicas	Medicinas para el dolor y/o la fiebre	Otras medicinas	Número medio de medicamentos
<b>Sí</b>	72,3% (164)	68,0% (148)	2,34**
<b>IC 95%</b>	[64,7-78,9]	[59,8-75,2]	1,99-2,70
<b>No</b>	23,6% (1461)**	47,9% (2957)**	0,99
<b>IC 95%</b>	[21,3-26,1]	[46,2-49,6]	0,94-1,04

\* Coeficiente de variación superior a 20%; \*\* $p < 0,001$

### 3.7. SERVICIOS SANITARIOS

En cuanto a la **utilización de servicios sanitarios** en el último año entre la población con cefaleas crónicas (Tabla 5), esta es casi el doble con respecto a la población sin cefaleas crónicas en ingresos hospitalarios (10,2% frente al 5,9%,  $p < 0,05$ ) y más del doble en urgencias (41,2% frente al 18%,  $p < 0,001$ ), siendo también significativamente más alta en centros de salud (86,03% y 77,4%, respectivamente)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Las causas de la utilización del servicio sanitario pueden ser por cualquier motivo.

Tabla 5. Utilización de Servicios Sanitarios (último año).

Cefaleas crónicas	Ingreso Hospitalario (al menos una noche)	Urgencias por algún problema o enfermedad propia, no de otro familiar	Centro de Salud o Ambulatorio de la SS por algo que le pasaba a usted
<b>Sí (n)</b>	10,2% (21)	41,2% (91)	86,03% (192)
<b>IC95%</b>	6,6-15,5*	33,3-49,6	80,9-90
<b>No (n)</b>	5,9% (385)**	18% (1147)	77,8% (4907)**
<b>IC95%</b>	5,4-6,6	16,5-19,5	74,9-80,4

\* Coeficiente de variación superior a 20%; \*\*p<0,05; \*\*\* p<0,001

Respecto a la última **consulta médica** realizada en las últimas dos semanas, el médico general fue visitado por el 34,1% de la población con cefaleas, mientras que fue del 23,4% en población sin cefaleas (p<0,001, Tabla 6). En el caso de consultas a otras especialidades médicas, la frecuencia baja en menor medida en población con cefaleas crónicas, y es el doble que en población sin cefaleas (10,4% frente al 5,2%).

Por último, con relación a la **cobertura sanitaria**, la población con cefaleas crónicas tiene doble cobertura en mayor porcentaje que la población sin cefaleas (5,6% frente al 3,1%, respectivamente), aunque sin observarse diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6. Consulta médica y cobertura sanitaria.

Cefaleas crónicas	Última consulta médica (dos semanas)			Titular de alguna modalidad de Seguro Sanitario		
	Médico General	Médico Especialista	No tuvo consulta médica	Seguridad Social	Privado/ Concertado	Ambos seguros
<b>Sí (n)</b>	34,1% (75)**	10,4%(22)	55,5%(127)	93,5% (207)	0,9% (2)	5,6% (13)
<b>IC95%</b>	28,1-40,8	7,0-15,2*	48,0-62,7	89,6-96,0	0,3-3,2*	3,2-9,5*
<b>No (n)</b>	23,4% (1464)	5,2% (328)	71,4% (4549)	95,6% (6063)	1,0% (67)	3,1% (199)
<b>IC95%</b>	21,9-25,0	4,6-5,9	70,0-73,1	94,8-96,7	0,7-1,6*	2,3-4,2

\* Coeficiente de variación superior a 20%; \*\*p<0,001



**Junta  
de Andalucía**

Consejería de Salud  
y Consumo

Escuela Andaluza  
de Salud Pública