

Tabla de Contenido Capítulo 14

14. Morbilidad de Enfermedades No Transmisibles, antecedentes familiares y lesiones

- 14.1 Prevalencia e incidencia acumulada de Tumores Malignos y Enfermedades Cardiovasculares.
- 14.2 Hipertensión
- 14.3 Diabetes Mellitus
- 14.4 Dislipidemia
- 14.5. Enfermedad renal crónica
- 14.6 Prevalencia del antecedente médico de Enfermedad Mental y Neurológica (Esquizofrenia, Ansiedad y Depresión)
- 14.7 Antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles y otras condiciones crónicas
- 14.8 Accidentes y lesiones padecidas en los últimos 12 meses según sexo, edad, área, región de salud y comarcas

14. Morbilidad de Enfermedades No Transmisibles, antecedentes familiares y lesiones

14.1 Prevalencia e incidencia acumulada de Tumores Malignos y Enfermedades Cardiovasculares.

14.1.1 Tumores Malignos

La prevalencia nacional del antecedente médico de tumores malignos fue de 1,227.3 casos/100,000 habitantes, lo que representa 38,160 casos (Tabla Anexa 14.1.1, Gráfica 14.1 y Gráfica 14.3). No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en relación con la prevalencia del antecedente médico de tumores malignos (Tabla Anexa 14.1.1, Gráfica 14.1). La prevalencia del antecedente médico de tumores malignos se incrementa al aumentar la edad, aunque es interesante observar que, desde el quinquenio de los 20 años a 24 años, hay casos de tumores malignos con una prevalencia de 59.0 casos/100,000 habitantes (Tabla Anexa 14.1.1, Gráfica 14.2). No hay diferencias estadísticamente significativas entre el área urbana y el dato nacional con relación a la prevalencia de tumores malignos, sin embargo, el área rural presenta una prevalencia de 932.7 casos/100,000 habitantes, mientras que el área indígena presenta una prevalencia de 111.2 casos/100,000 habitantes, siendo las diferencias entre cada una de estas dos últimas áreas y el dato nacional estadísticamente significativas (Tabla Anexa 14.1.1, Gráfica 14.3).

Con relación a las regiones de salud, se observó que Los Santos, Herrera, Panamá Oeste y San Miguelito presentan las prevalencias más altas de cáncer con 2476.6 casos/100,000 habitantes, 1976.2 casos/100,000 habitantes, 1745.5 casos/100,000 habitantes y 1571.6 casos/100,000 habitantes, respectivamente, con diferencias estadísticamente significativas entre cada una de éstas y la prevalencia nacional. En cambio, en las comarcas Guna Yala y Ngäbe Buglé no se presentaron casos con antecedente médico de cáncer. Las prevalencias más bajas del antecedente médico de cáncer, excluyendo las dos comarcas antes mencionadas, se registraron en la Comarca Emberá (130 casos/100,000 habitantes), Darién (220.4 casos/100,000 habitantes), Panamá Norte (389.8 casos/100,000 habitantes), Panamá Este (828.2 casos/100,000 habitantes) y Colón (915.2 casos/100,000 habitantes).

Las diferencias entre la prevalencia nacional de tumores malignos y cada una de las regiones de salud y comarcas mencionadas en este párrafo fueron estadísticamente significativas (Tabla Anexa 14.1.2).

La incidencia acumulada nacional un año previo a la entrevista del antecedente médico de tumores malignos fue de 187.4 casos/100,000 habitantes (IC 95%: 95.0 casos/100,000 habitantes-369.3 casos/100,000 habitantes), lo que representa 5,827 casos (Gráfica 14.1 y Gráfica 14.3/Tabla Anexa 14.1.2). Los varones tuvieron una incidencia acumulada un año previo a la entrevista del antecedente médico de tumores malignos de 268.6 casos/100,000 habitantes y las mujeres la tuvieron en 106.8 casos/100,000 habitantes (Gráfica 14.1/Tabla Anexa 14.1.2). La incidencia acumulada un año previo a la entrevista del antecedente médico de tumores malignos se incrementa al aumentar la edad (Gráfica 14.2/Tabla Anexa 14.1.2).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre el área urbana, el área rural y el dato nacional en relación con la incidencia acumulada de tumores malignos en el último año. Sin embargo, el área indígena presenta una incidencia acumulada de 53.7 casos/100,000 habitantes, siendo las diferencias entre cada una de estas dos últimas áreas y el dato nacional estadísticamente significativas (Gráfica 14.3/Tabla Anexa 14.1.2). Solamente tres regiones de salud tuvieron incidencia acumuladas un año previo a la entrevista mayores que el dato nacional con diferencias estadísticamente significativas: Bocas Del Toro (445.9 casos/100,000 habitantes), Panamá Oeste y Chiriquí (371.5 casos/100,000 habitantes). No hubo casos con el antecedente médico de cáncer diagnosticado el año previo a la entrevista en ninguna de las comarcas indígenas estudiadas, en Darién ni en Panamá Norte; en San Miguelito hubo una incidencia acumulada del diagnóstico médico el año previo a la entrevista de 76 casos/100,000 habitantes, mientras que en Veraguas hubo una incidencia acumulada del diagnóstico médico el año previo a la entrevista de 0.6 casos/100,000 habitantes, con diferencias estadísticamente significativas (Tabla Anexa 14.1.2).

La incidencia nacional de tumores malignos, según los datos preliminares para el año 2018, según el Boletín Estadístico del Registro Nacional de Cáncer de Panamá fue de 235 casos/100,000 habitantes, la cual cae dentro del intervalo de confianza al 95% de los resultados del presente estudio (MINSA, 2020).

14.1.2 Infarto Agudo al Miocardio.

La prevalencia nacional del antecedente médico de infarto agudo al miocardio fue de 721.2 casos/100,000 habitantes, lo que representa 22,424 casos (Gráficas 14.1 y 14.3/Tabla Anexa 14.1.2). Los varones presentan una prevalencia del antecedente médico del infarto agudo al miocardio de 970.7 casos/100,000 habitantes, mientras que las mujeres presentan 473.6 casos/100,000 habitantes con diferencias estadísticamente significativas por sexo (Gráfica 14.2/Tabla Anexa 14.1.2). La prevalencia del antecedente médico de infarto agudo al miocardio aumenta al aumentar la edad: la prevalencia de esta condición es menor a un caso por cada 100,000 en menores de 35 años a partir de los 35 años aumenta desde 311.6 casos/100,000 habitantes hasta prevalencias mayores de 1000 casos/100,000 habitantes en la mayoría de los grupos etarios subsiguientes (Gráfica 14.2/Tabla Anexa 14.1.2).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia de infarto agudo de miocardio en el área urbana y la prevalencia nacional, sin embargo, el área rural presenta una prevalencia de infarto agudo al miocardio de 453.1 casos/100,000 habitantes siendo las diferencias entre esta última área y el dato nacional estadísticamente significativas. No se presentaron casos de infarto agudo al miocardio en el área indígena (Gráfica 14.1/Tabla Anexa 14.1.2).

Con relación a las regiones de salud, solamente dos presentaron prevalencias de infarto agudo al miocardio más altas que el dato nacional: Los Santos (1628 casos/100,000) y Chiriquí (1507.8 casos/100,000). En cambio, cuatro regiones de salud presentaron prevalencias del antecedente de infarto agudo al miocardio inferiores a la prevalencia nacional con diferencias estadísticamente significativas: Darién (no presentó casos con el antecedente de infarto agudo al miocardio), Coclé (45.0 casos/100,000 habitantes), Bocas Del Toro (181.4 casos/100,000 habitantes), Veraguas (277.0 casos/100,000 habitantes) y Colón (336.2 casos/100,000 habitantes) (Tabla Anexa 14.1.2).

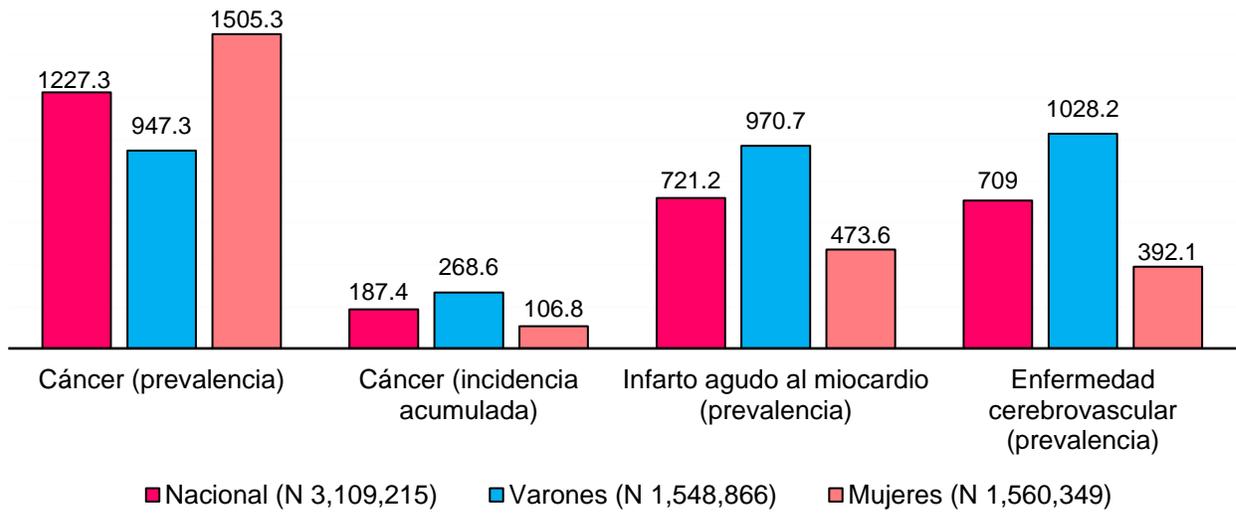
14.1.3 Enfermedad Cerebrovascular

La prevalencia nacional del antecedente médico de enfermedad cerebrovascular fue de 709.0 casos/100,000 habitantes, lo que representa 22,044 casos (Gráfica 14.1 y 14.3/Tabla Anexa 14.1.2). Los varones presentan una prevalencia del antecedente médico de enfermedad cerebrovascular de 1028.2 casos/100,000 habitantes, mientras que las mujeres presentan 392.1 casos/100,000 habitantes con diferencias estadísticamente significativas por sexo (Gráfica 14.1/Tabla Anexa 14.1.2). La prevalencia del antecedente médico de enfermedad cerebrovascular se incrementa al aumentar la edad: la prevalencia de esta condición oscila entre 0 y 129.7 casos/100,000 en menores de 35 años, a partir de los 35 años aumenta desde 589 casos/100,000 habitantes hasta prevalencias mayores de 3165 casos/100,000 habitantes en el grupo etario de 65 a 69 años, para disminuir en edades más avanzadas sin bajar la prevalencia por debajo de 800 casos/100,000 habitantes (Gráfica 14.2/Tabla Anexa 14.1.2).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia de enfermedad cerebrovascular en el área urbana, la rural y la prevalencia nacional, sin embargo, en el área indígena la prevalencia fue de 89.4 casos/100,000 habitantes (Gráfica 14.3/Tabla Anexa 14.1.2).

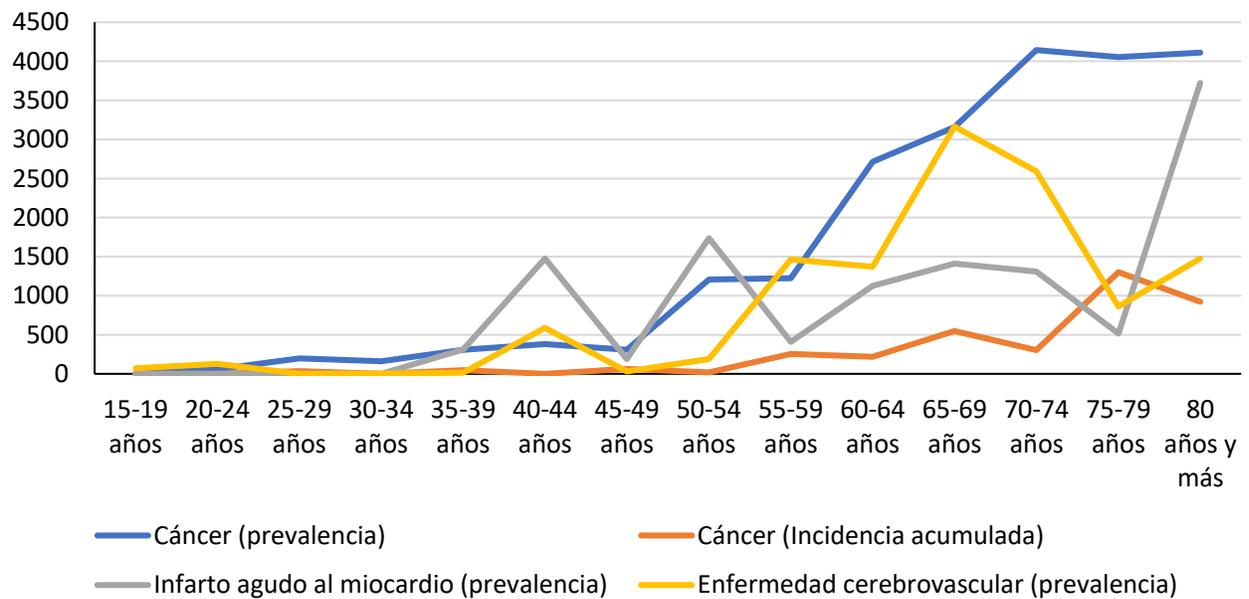
Con relación a las regiones de salud, tres presentaron prevalencias de enfermedad cerebrovascular más altas que el dato nacional: Herrera (1417.8), Los Santos (1322.5 casos/100,000) y Chiriquí (1068.3 casos/100,000). En cambio, tres regiones de salud y las tres comarcas indígenas presentaron prevalencias del antecedente de enfermedad cerebrovascular por debajo de la prevalencia nacional con diferencias estadísticamente significativas: La Comarca Guna Yala (no presentó casos con el antecedente de enfermedad cerebrovascular), Darién (63.9 casos/100,000 habitantes), Panamá Norte (76.8 casos/100,000 habitantes), la Comarca Emberá (115.4 casos/100,000 habitantes), la Comarca Ngäbe Buglé (125.8 casos/100,000 habitantes) y Bocas Del Toro (127.6 casos/100,000 habitantes) (Tabla Anexa 14.1.2).

Gráfica N°14.1 Personas de 15 años y más según prevalencia e incidencia acumulada (casos/100,000 habitantes) un año previo a la entrevista de tumores malignos y enfermedades cardiovasculares por sexo. Panamá.2019.



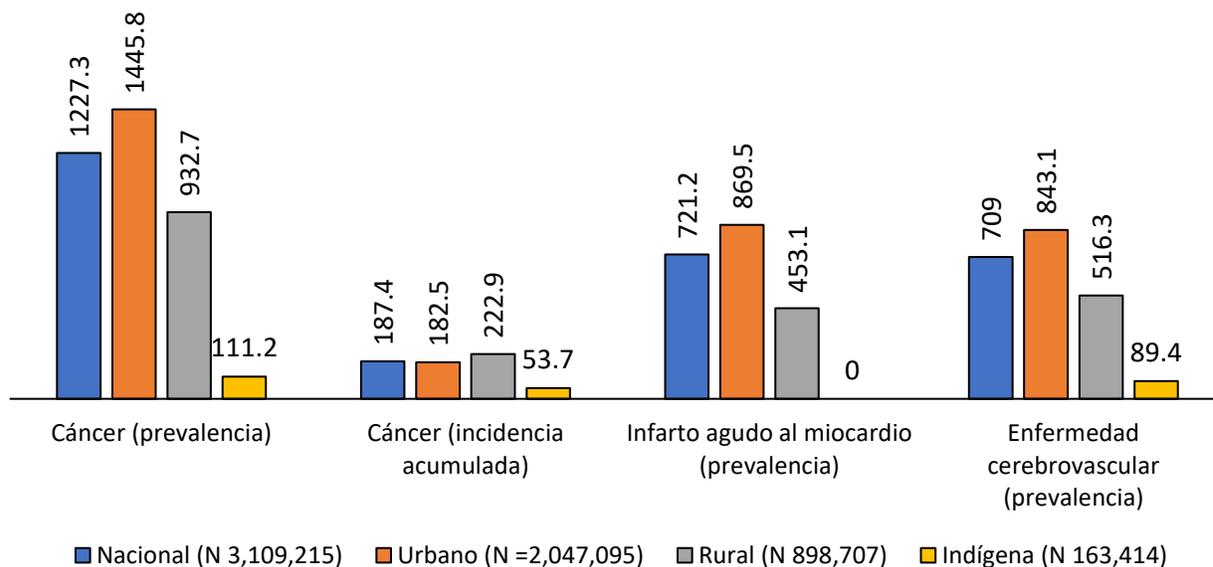
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.2 Personas de 15 años y más según prevalencia e incidencia acumulada un año previo a la entrevista de tumores malignos y enfermedades cardiovasculares por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.3 Personas de 15 años y más según prevalencia e incidencia acumulada (casos/100,000 habitantes) un año previo a la entrevista de tumores malignos y enfermedades cardiovasculares por área. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.2 Hipertensión

En esta sección de la ENSPA, se describen tres características relacionadas a la presión arterial en la población estudiada que son:

1. La prevalencia de antecedente de hipertensión arterial
2. La prevalencia de tratamiento para hipertensión arterial entre aquellos con el antecedente de esta condición
3. El control de hipertensión arterial en las personas bajo tratamiento

14.2.1 Prevalencia de hipertensión arterial con relación a la edad y sexo

A nivel nacional, se estimó que el 42.3% o sea 1,101,215 personas de 18 años o más presentaron hipertensión arterial definida mediante alguno o varios de los siguientes criterios: antecedente médico, uso de tratamiento farmacológico en las últimas dos semanas y/o diagnosticada por tensiómetro durante la ENSPA (Gráfica 14.4/Tabla Anexa 14.2.1).

Al considerar solamente el antecedente médico, la prevalencia estimada fue de 20.6%. Si se toma en cuenta los que utilizaron medicamentos en las últimas dos semanas para tratar

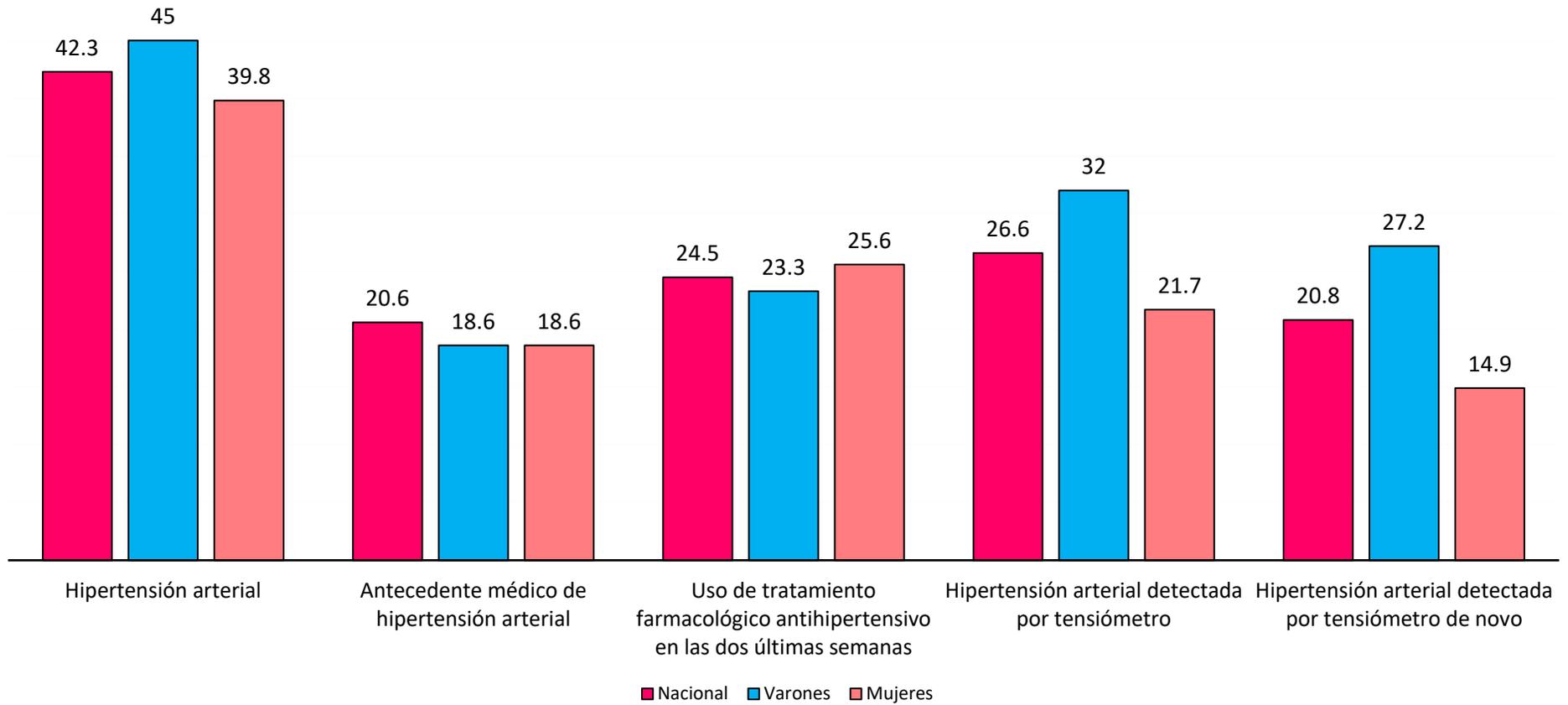
la hipertensión arterial, la prevalencia estimada fue de 24.5%. Cuando se valora la hipertensión arterial detectada por tensiómetro, la prevalencia es 26.6%. Sin embargo, si solamente se evalúa esta última medida en aquellos sin antecedentes médicos de hipertensión arterial la prevalencia fue de 20.8%. Finalmente, no se aprecian criterios diagnósticos de hipertensión arterial en las medidas estimadas asociadas al tercer cuartil de la presión sistólica o de la presión diastólica (Gráfica 14.4/Tabla Anexa 14.2.1).

Con relación al sexo, a nivel nacional se encontró que los varones demostraron una prevalencia de hipertensión arterial de 45.0% y las mujeres 39.8% (Gráfica 14.4/Tabla Anexa 14.2.1). Esta diferencia es estadísticamente significativa. En el caso de la prevalencia calculada mediante el antecedente médico de hipertensión arterial y/o de uso de medicamentos contra la hipertensión, se observó lo contrario: las mujeres presentaron una mayor prevalencia que los varones (Tabla Anexa 14.2.1).

Al evaluar en los varones, las cifras de presión arterial según las mediciones por tensiómetro (presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y/o diastólica ≥ 90 mm Hg), estas cifras son similares a las cifras de prevalencia de hipertensión arterial nacional estimada en varones. En cambio, entre las mujeres, la prevalencia de hipertensión arterial detectada por este medio está 5 puntos porcentuales por debajo de las cifras de prevalencia de hipertensión arterial nacional estimada para las mujeres. Al valorar las cifras del tercer cuartil de presión arterial sistólica de los varones se encontró criterio diagnóstico de hipertensión arterial (Gráfica 14.4/Tabla Anexa 14.2.1).

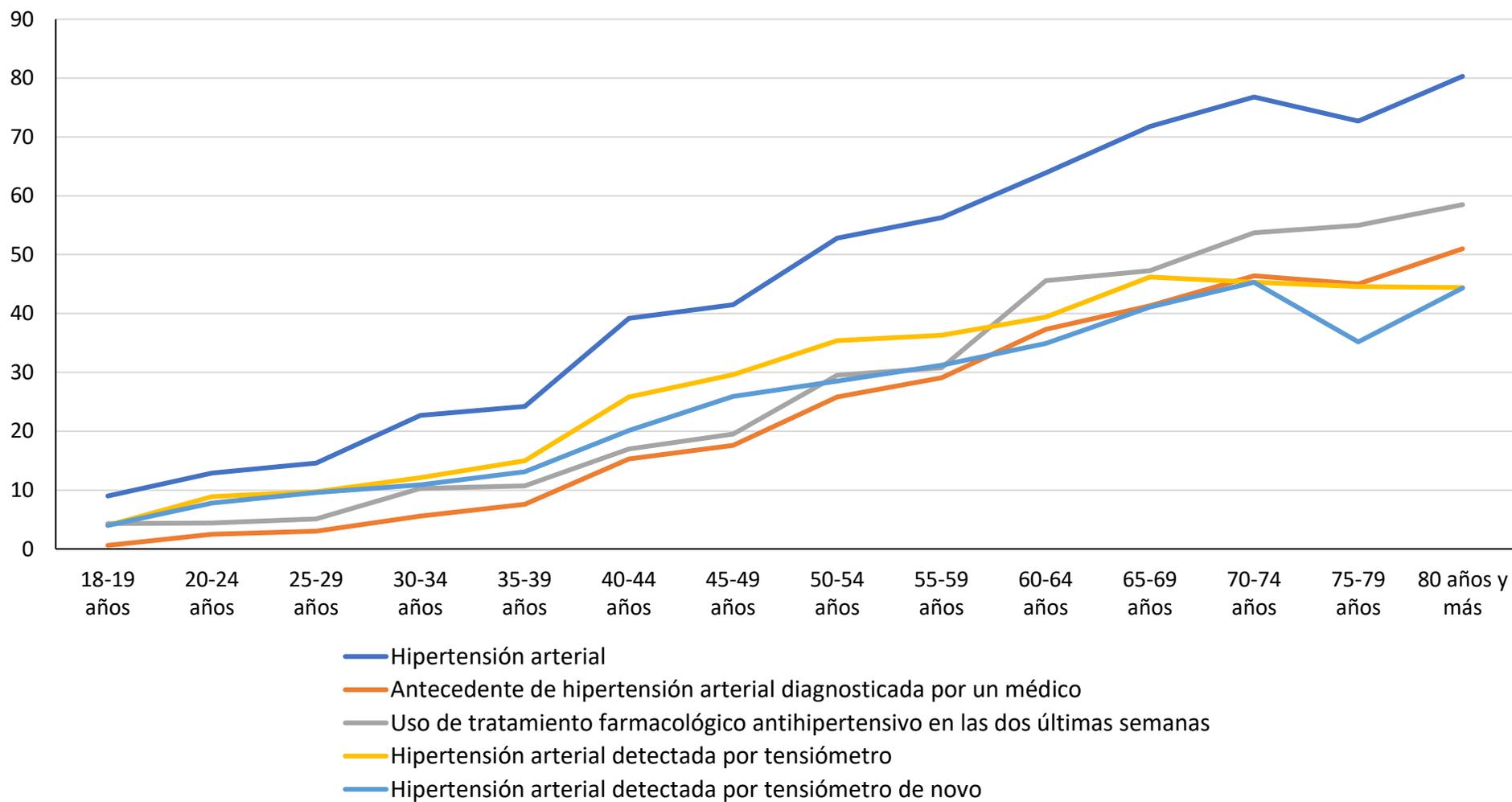
Con relación a la edad, se observó que la prevalencia de hipertensión arterial incrementa al aumentar la edad, independientemente de la métrica con que se diagnostique. Al analizar las cifras de presión arterial sistólica, se observa que el tercer cuartil es diagnóstico de hipertensión arterial (presión arterial ≥ 140 mm Hg) en personas de 55 años y más mientras que, para diastólica (presión arterial ≥ 90 mm Hg), esto ocurre en el quinquenio de edad previo. Al comparar con personas de mayor edad, puede señalarse que el diagnóstico de hipertensión arterial en jóvenes se realizó más frecuentemente mediante el uso del tensiómetro (Gráfica 14.5/Tabla Anexa 14.2.1).

Grafica 14.4 Distribución porcentual de personas de 18 años y más con hipertensión arterial según clasificación en antecedentes y medidas de presión arterial por sexo.
Panamá. 2019.



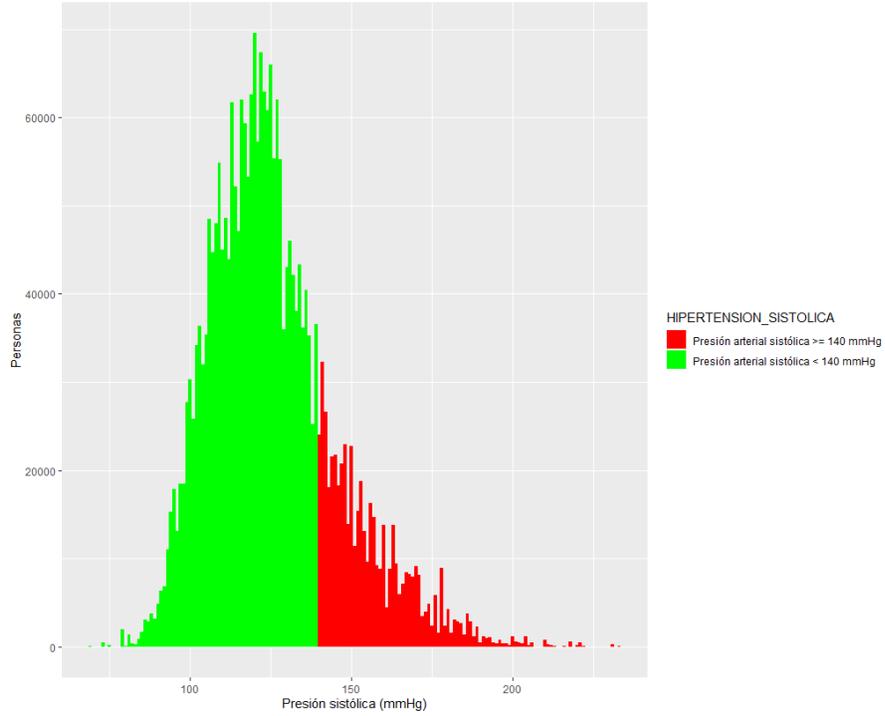
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.5 Distribución porcentual de personas de 18 años y más con hipertensión arterial según clasificación en antecedentes y medidas de presión arterial por grupo etario. Panamá. 2019



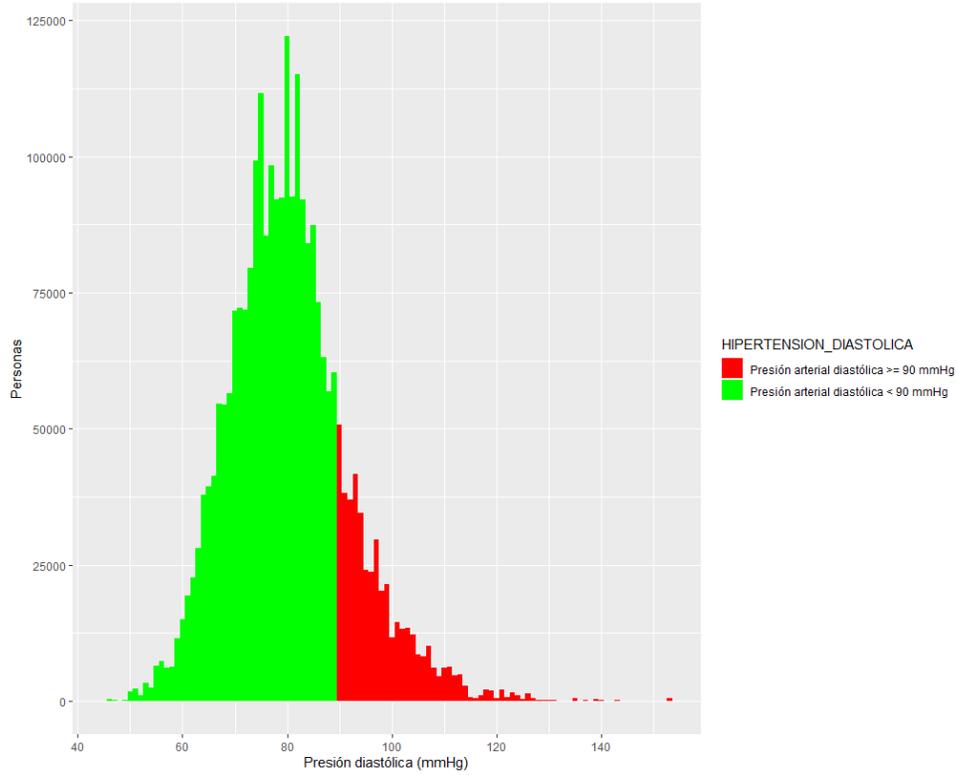
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.6. Presión sistólica en personas de 18 años y más. Panamá, 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.6. Presión diastólica en personas de 18 años y más. Panamá, 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.2.2 Prevalencia de Hipertensión Arterial con relación al área, región de salud y comarcas

Como indicamos previamente, la prevalencia nacional de hipertensión arterial fue de 42.3%. El área urbana presenta una prevalencia de hipertensión de 45.1% y la rural de 41.0%, mientras que el área indígena presenta una prevalencia inferior (13.1%). Independientemente de cómo se diagnostique la hipertensión arterial, estas tendencias se mantienen entre las áreas mencionadas. En ninguna de las áreas, el tercer cuartil de la medida de presión arterial es diagnóstico de hipertensión arterial. De igual manera, al combinar ambas medidas (presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y/o diastólica ≥ 90 mm Hg) se identificó el mismo hallazgo (Gráfica 14.8/Tabla Anexa 14.2.2).

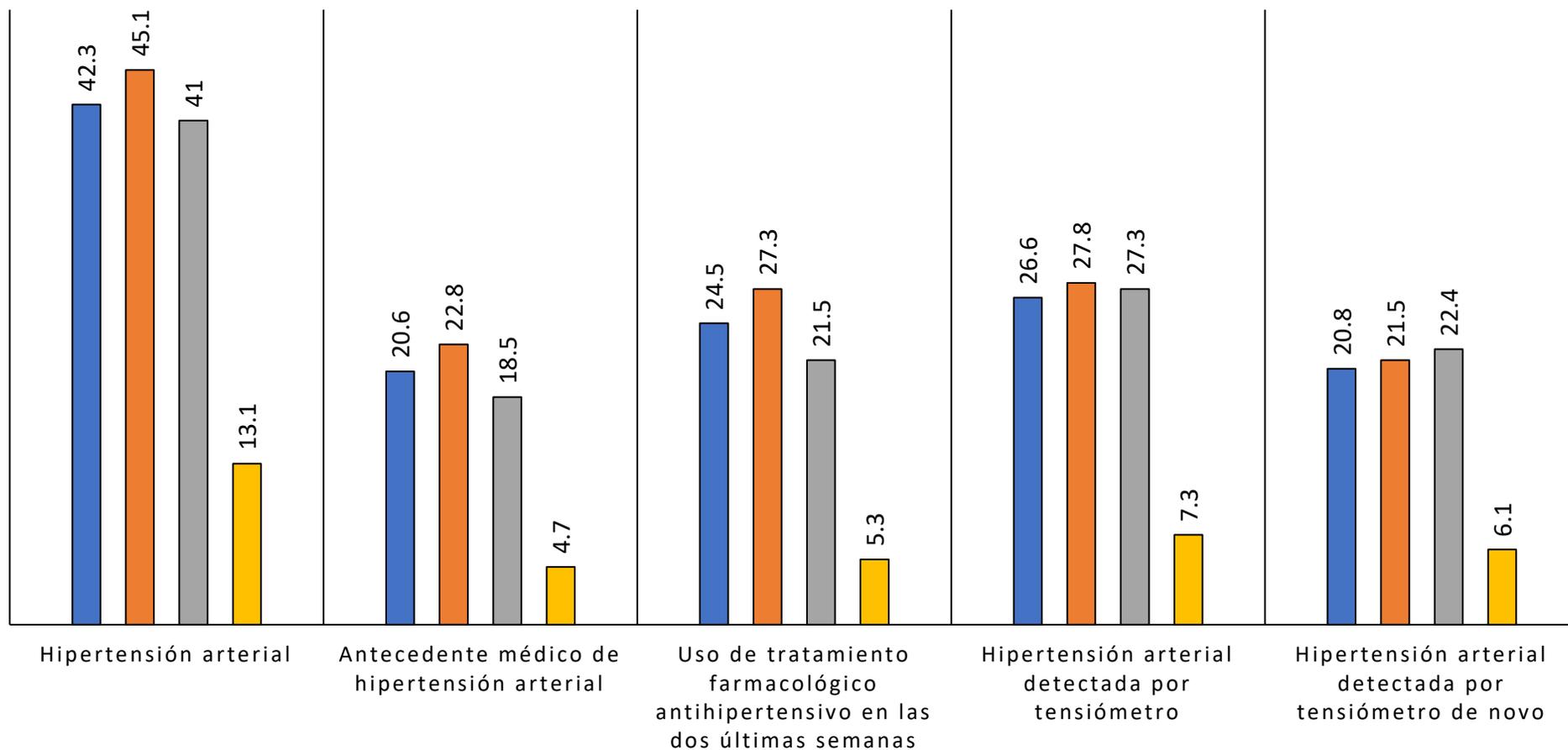
Las cinco regiones de salud con la más alta prevalencia de hipertensión arterial son Los Santos (53.7%), San Miguelito (51.1%), Chiriquí (49.4%), Panamá Oeste y Herrera (estas dos últimas con 48.0%). Las prevalencias de cada una de estas regiones, al compararla con la prevalencia nacional, evidenciaron diferencias estadísticamente significativas. Estas cinco regiones presentaron la prevalencia más alta independientemente de cómo se diagnosticó la hipertensión arterial, ya sea mediante el antecedente médico, uso de medicamentos o mediante la medición por el tensiómetro (Tabla Anexa 14.2.2).

Las regiones de Bocas Del Toro y Darién se destacan por ser las que tienen las prevalencias más bajas de hipertensión arterial con un 28.8% y un 25.4%, respectivamente. Las diferencias entre estas regiones con el promedio nacional son estadísticamente significativas. Las bajas prevalencias de hipertensión arterial se mantienen independientemente del medio con que se diagnosticó la hipertensión arterial, algo similar a lo que ocurre en las áreas y las regiones de salud de alta prevalencia (Tabla Anexa 14.2.2).

Con relación a las tres comarcas indígenas estudiadas, estas presentan prevalencias sin diferencias estadísticamente significativas con respecto al promedio del área indígena (13.1%) donde están ubicadas las precitadas comarcas (Tabla Anexa 14.2.2).

Gráfica n°14.8 Distribución porcentual de personas de 18 años y más con hipertensión arterial según clasificación en antecedentes y medidas de presión arterial por área Panamá. 2019.

■ Nacional ■ Urbano ■ Rural ■ Indígena



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Conclusión

La prevalencia de hipertensión en personas de 18 años y más a nivel nacional fue de 42.3%.

La prevalencia del antecedente médico de hipertensión arterial en personas de 18 años y más a nivel nacional fue de 20.6%

La prevalencia de hipertensión arterial detectada de novo utilizando tensiómetros en personas de 18 años y más a nivel nacional fue de 20.0%

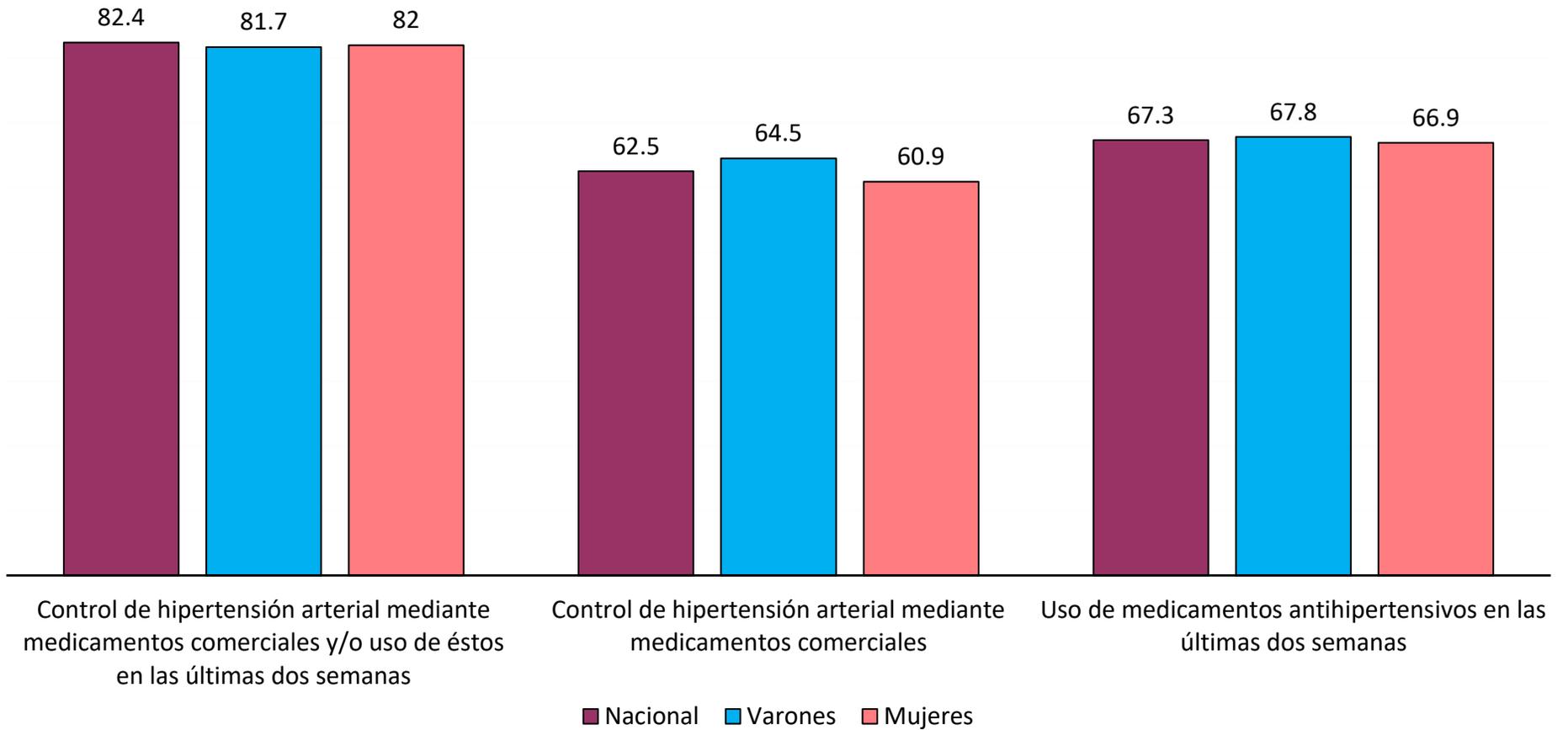
14.2.3 Tratamiento y Control de Hipertensión arterial por Sexo y Edad

A nivel nacional, cuatro de cada cinco personas con antecedente de hipertensión arterial (82.4%) reportaron que usaban medicamentos antihipertensivos comerciales y/o habían usado este tipo de medicamentos en las últimas dos semanas. Al evaluar cada elemento de este indicador por separado, se observó que un 62.5% de estas personas refirieron haber usado medicamentos para controlar su hipertensión arterial, mientras que un 67.3% refirieron haber usado medicamentos antihipertensivos en las últimas dos semanas (Gráfica 14.9/Tabla Anexa 14.3.1).

Según el sexo, no se encontraron diferencias significativas con relación al uso de medicamentos antihipertensivos comerciales y/o el uso de este tipo de medicamentos en las últimas dos semanas (Gráfica 14.9/Tabla Anexa 14.3.1).

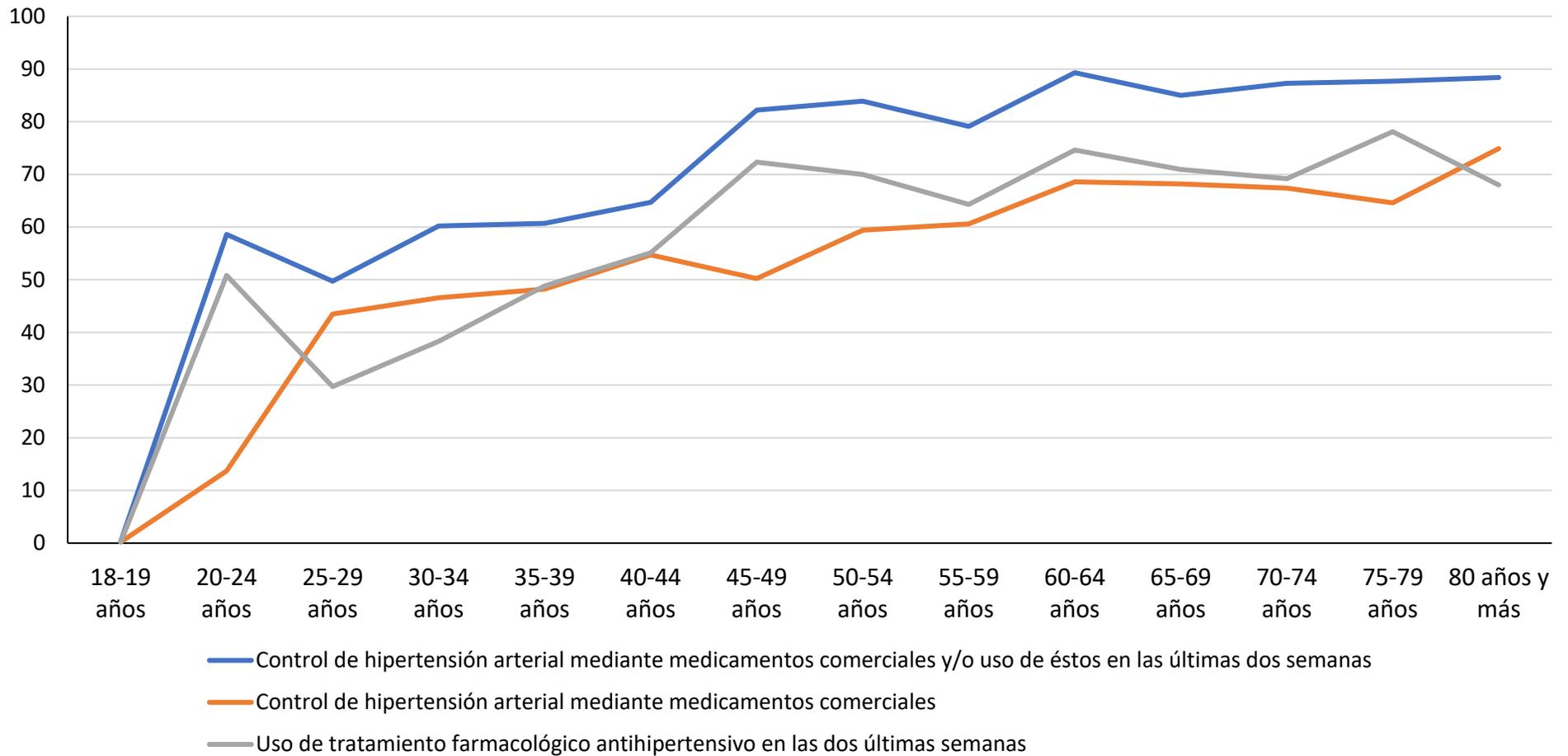
Se nota que, con el aumento de edad, el uso de medicamentos comerciales y/o el uso de medicamentos en las últimas dos semanas para el control de hipertensión arterial aumentó en aquellas personas con antecedente de hipertensión arterial. En los menores de 20 años que reportaron usar medicamentos comerciales para el control de hipertensión arterial y/o haberlos usado en las últimas dos semanas, se encontró una prevalencia de 0.3%. En personas entre 20 años y 44 años, esta cifra subió hasta un poco menos del 70%. En personas de mayor edad, esta cifra osciló entre 85% y 89% (Gráfica 14.10/Tabla Anexa 14.3.1).

Gráfica N°14.9 Distribución porcentual del uso de medicamentos antihipertensivos en personas de 18 años y más con antecedente de hipertensión arterial por sexo. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.10 Distribución porcentual del uso de medicamentos antihipertensivos en personas de 18 años y más con antecedente de hipertensión arterial por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.2.4 Tratamiento de Hipertensión Arterial por área, región de salud y comarcas

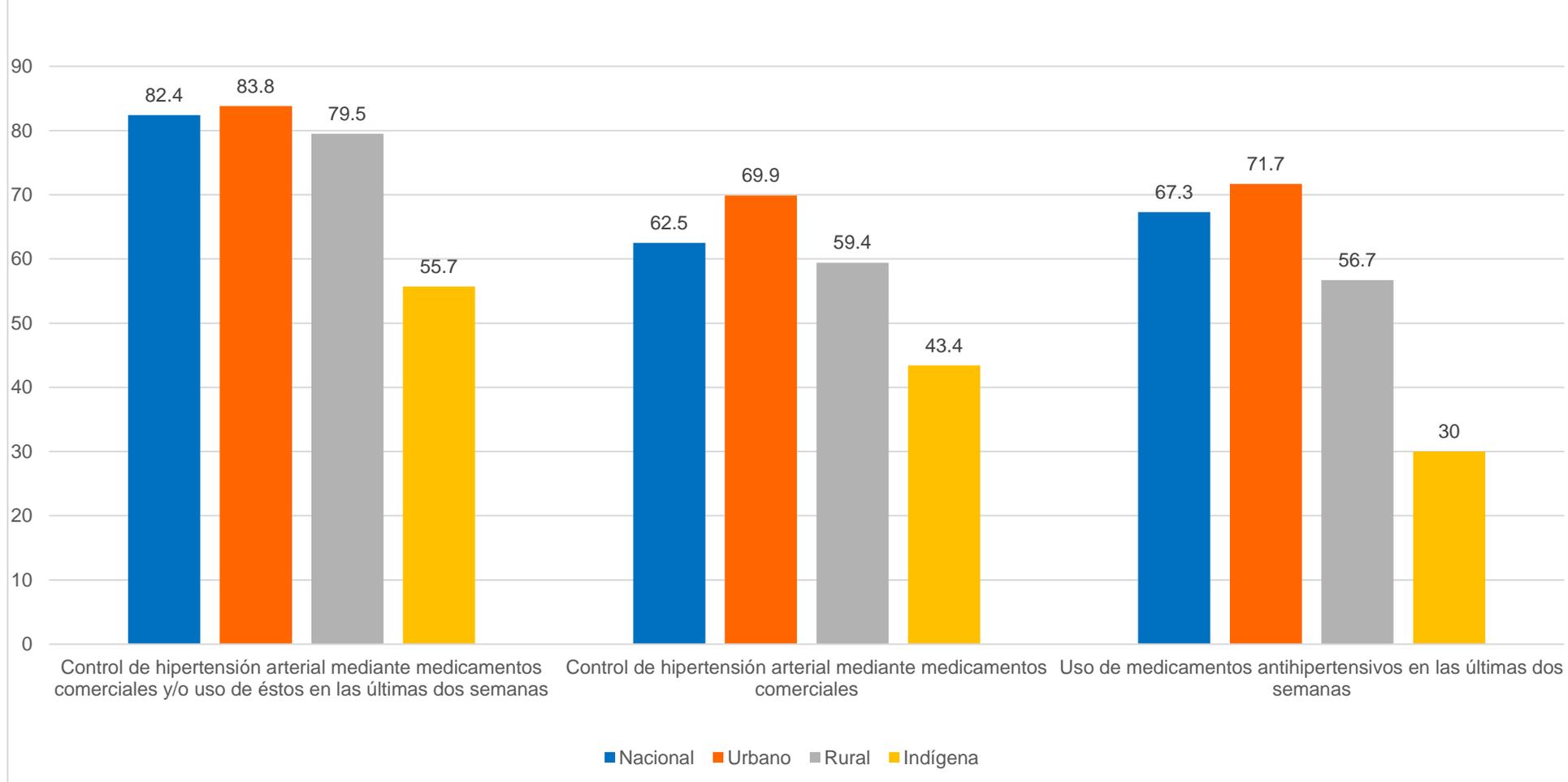
Como se describió con anterioridad, a nivel nacional, cuatro de cada cinco personas (82.4%) con antecedente de hipertensión arterial reportaron que controlaban su condición con medicamentos comerciales y/o que habían usado medicamentos antihipertensivos en las últimas dos semanas. Esta proporción fue más alta en el área urbana 83.8% mientras que en el área rural la proporción fue 79.5% (valor de p para chi cuadrado 0.04 con corrección para muestras complejas). En el área indígena, la proporción fue de 55.7%. La diferencia de esta cifra, al compararla con las otras dos áreas, es estadísticamente significativa (Gráfica 14.11/Tabla Anexa 14.3.2).

Con relación a las regiones de salud, la región de Veraguas demostró la proporción más alta (91%) de personas con antecedente de hipertensión que usaban medicamentos comerciales y/o uso de medicamentos antihipertensivos en las últimas dos semanas y esta cifra fue estadísticamente significativa al compararla con el promedio nacional (Tabla Anexa 14.3.2).

En cambio, las regiones de salud de Bocas Del Toro, de Colón y de Darién, registraron la proporción más baja de antecedentes de tratamiento farmacológico de hipertensión arterial con proporciones de 62.6%, 72.2% y 72.5 %, respectivamente. La diferencia entre el promedio nacional y cada una de estas regiones fue estadísticamente significativa (Tabla Anexa 14.3.2).

Con relación a las comarcas indígenas estudiadas es difícil valorar esta proporción debido al bajo reporte de hipertensión arterial en las mismas lo que ocasiona que haya amplios intervalos de confianza (Tabla Anexa 14.3.2).

Gráfica n°14.11 Distribución porcentual del uso de medicamentos antihipertensivos en personas de 18 años y más con antecedente de hipertensión arterial por área. Panamá. 2019.



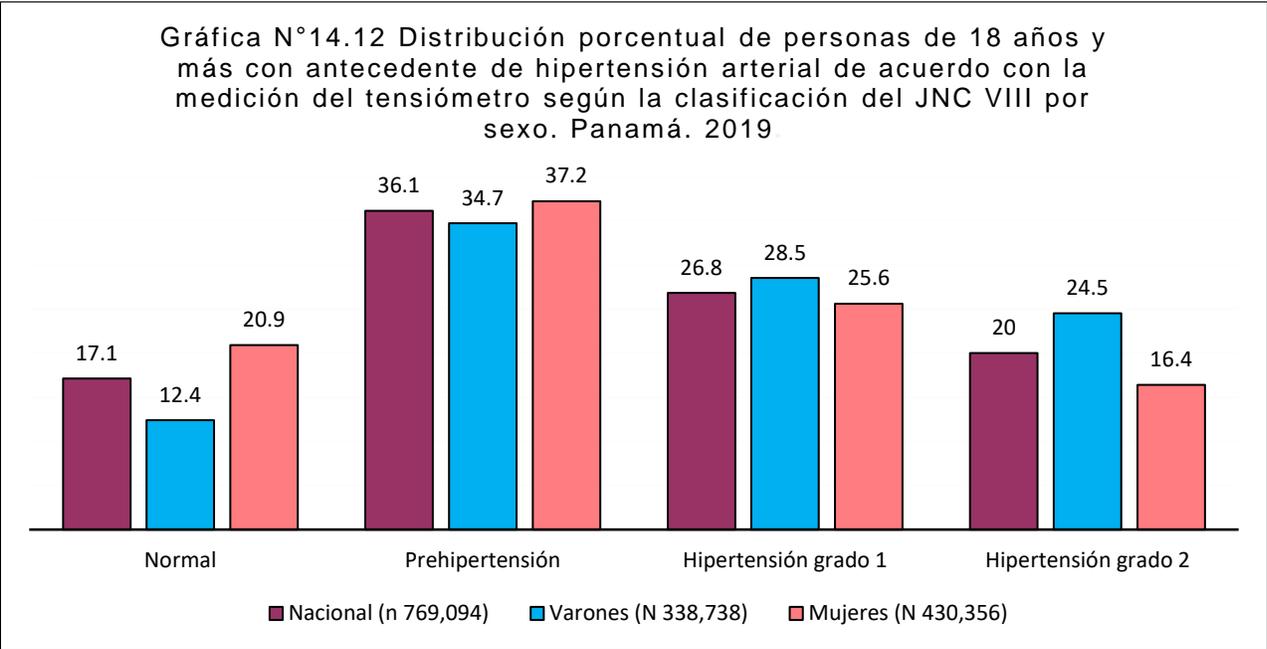
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.2.5 Proporción de personas con antecedente de Hipertensión Arterial con presión arterial sistólica y/o diastólica elevadas de acuerdo con la medición de un tensiómetro según la clasificación del Joint National Committee (JNC) VIII por sexo y edad.

A nivel nacional, poco menos de la mitad de las personas (46.8%) con el antecedente de hipertensión arterial demostraron tener presiones arteriales sistólicas ≥ 140 mmHg y/o diastólicas ≥ 90 mmHg. Un 20.0% demostraron cifras de presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 100 mmHg (Gráfica 14.12/Tabla Anexa 14.4.1).

Con relación al sexo, el 53.0% de los varones con antecedente de hipertensión arterial presentaron cifras de presión ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg mientras que el 40.8% de las mujeres con dicho antecedente mostraron cifras similares. Las diferencias de acuerdo con el sexo son estadísticamente significativas. Aún más, uno de cada cuatro varones (24.5%) con el antecedente de hipertensión arterial registraron presiones arteriales sistólicas ≥ 160 mmHg y/o diastólicas ≥ 100 mmHg, mientras que, entre las mujeres con antecedente de hipertensión arterial, mientras que un 16.4% presentó cifras similares de elevaciones de presión arterial. Las diferencias entre varones y mujeres con relación a cifras de presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 100 mmHg, fueron estadísticamente significativas (Gráfica 14.12/Tabla Anexa 14.4.1).

Antes de los 40 años, la prevalencia de las personas con antecedentes de hipertensión arterial con cifras de presión arterial sistólicas ≥ 140 mmHg y/o diastólicas ≥ 90 mmHg oscila entre 30% y 45%. A edades mayores de 40 años, dicha proporción oscila entre un 40% y 55% (Tabla Anexa 14.4.1).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.2.6 Proporción de personas con antecedente médico de Hipertensión Arterial con presión arterial sistólica y/o diastólica elevadas de acuerdo con la medición de un tensiómetro según la Clasificación JNC VIII por área, región de salud y comarcas.

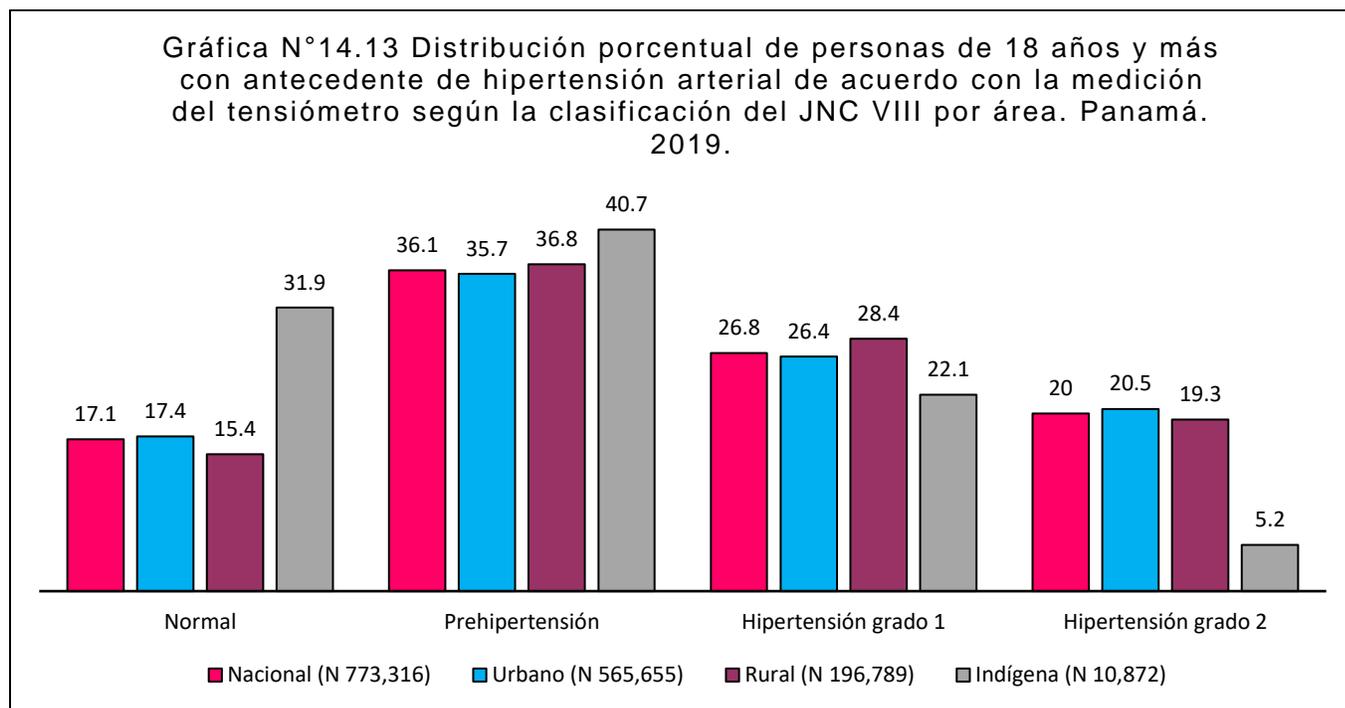
A nivel nacional, poco menos de la mitad de las personas (46.8%) con antecedente de hipertensión arterial demostraron cifras de presión arterial sistólicas ≥ 140 mmHg y/o diastólicas ≥ 90 mmHg. A nivel nacional, un 20% demostraron cifras de presión arterial sistólicas ≥ 160 mmHg y/o diastólicas ≥ 100 mmHg (Gráfica 14.13/Tabla Anexa 14.4.2).

Con relación al área y cifras de presión arterial sistólicas ≥ 140 mmHg y/o diastólicas ≥ 90 mmHg en personas con antecedente de hipertensión arterial, no se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres áreas y el promedio nacional. Sin embargo, el área indígena presentó una tendencia a una proporción más baja de hipertensos con cifras de presión elevada. (Gráfica 14.13/Tabla Anexa 14.4.2)

Con relación al área y la proporción de personas con antecedente de hipertensión arterial con cifras de presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 100 mmHg se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre el área urbana, el área rural y el promedio nacional. Sin embargo, el área indígena presenta una proporción de personas con antecedente de hipertensión arterial presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 100 mmHg de 5.2%. Hay diferencias estadísticamente significativas entre el área indígena,

las otras dos áreas y el promedio nacional con respecto a estas cifras de presión elevadas (Gráfica 14.13/Tabla Anexa 14.4.2).

En relación con las regiones de salud, Colón, Darién, Panamá Este y Chiriquí se destaca al tener más de la mitad de personas con antecedente de hipertensión arterial y presiones sistólicas ≥ 140 mmHg y/o diastólicas ≥ 90 mmHg. Destaca además la región de Panamá Norte la cual presenta un 28.6% de las personas con antecedente de hipertensión arterial presentan una presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 100 mmHg (Tabla Anexa 14.4.2).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.3 Diabetes Mellitus

En esta sección de la ENSPA, se describen cuatro características relacionadas a la Diabetes Mellitus en la población estudiada que son:

1. La prevalencia de antecedente de Diabetes Mellitus
2. La prevalencia de tratamiento para Diabetes Mellitus
3. El control de diabetes mellitus en las personas bajo tratamiento
4. La prevalencia de diabetes mellitus corroborada por laboratorios

14.3.1 Prevalencia del antecedente de Diabetes Mellitus con relación sexo, edad, área, región de salud y comarcas

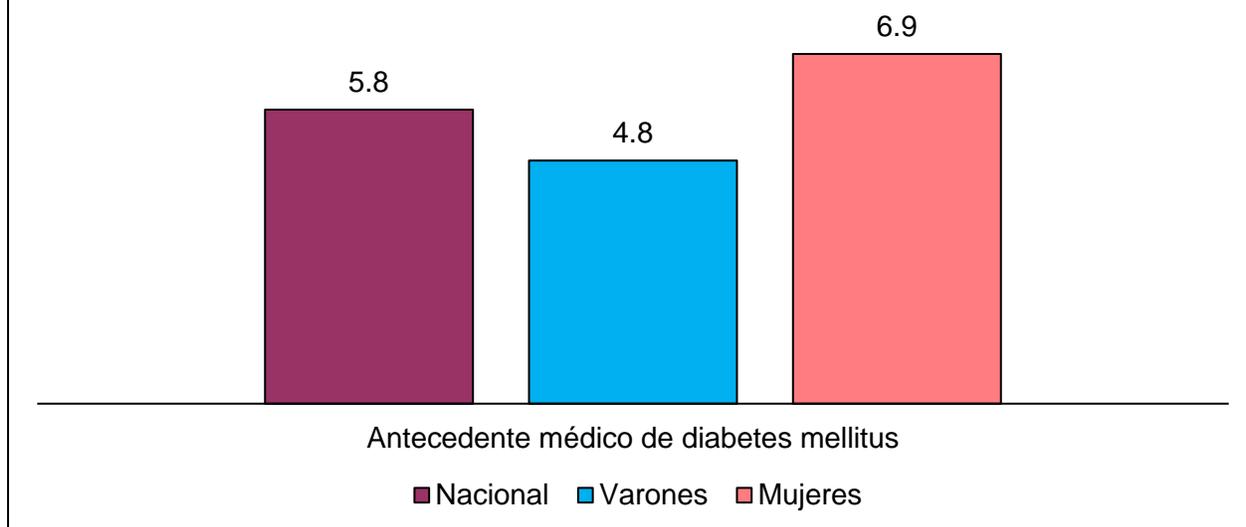
La prevalencia del antecedente médico de la diabetes mellitus a nivel nacional, según encuesta, fue de 5.8% (Gráfica 14.14/Tabla Anexa 14.11). Las mujeres presentan una prevalencia del antecedente médico de diabetes mellitus de 6.9%, mientras que entre los varones es de 4.8%. Esta diferencia es estadísticamente significativa (Gráfica 14.14/Tabla Anexa 14.6.1).

La prevalencia del antecedente de diabetes mellitus en menores de 40 años es menor de 2%. Entre 15 y 19 años, la prevalencia es 0.2%, entre 20 y 29 años es 0.4% y entre 30 y 40 años es 1.5%. A partir de los 40 años la prevalencia se eleva desde un 5.1% hasta un máximo de 15.1% en el decenio de edad entre los 60 y 69 años, punto en el cual disminuye hasta un 2.1% en personas de 80 años y más (Gráfica 14.15/Tabla Anexa 14.6.1).

Entre las regiones de salud, se observó que Chiriquí, Herrera, San Miguelito y Bocas Del Toro tienen las prevalencias más altas de personas con antecedente médico de diabetes mellitus: 10.6%, 7.3%, 6.9% y 6.9%, respectivamente. Las regiones de Darién, Panamá Metro, Panamá Este, Colón y Coclé son las regiones de salud con las prevalencias más bajas: 3.3%, 4.2%, 4.3%, 4.8% y 5.0%, respectivamente. Las diferencias en la prevalencia de cada una de estas regiones de salud mencionadas y la prevalencia nacional son estadísticamente significativas (Tabla Anexa 14.6.2).

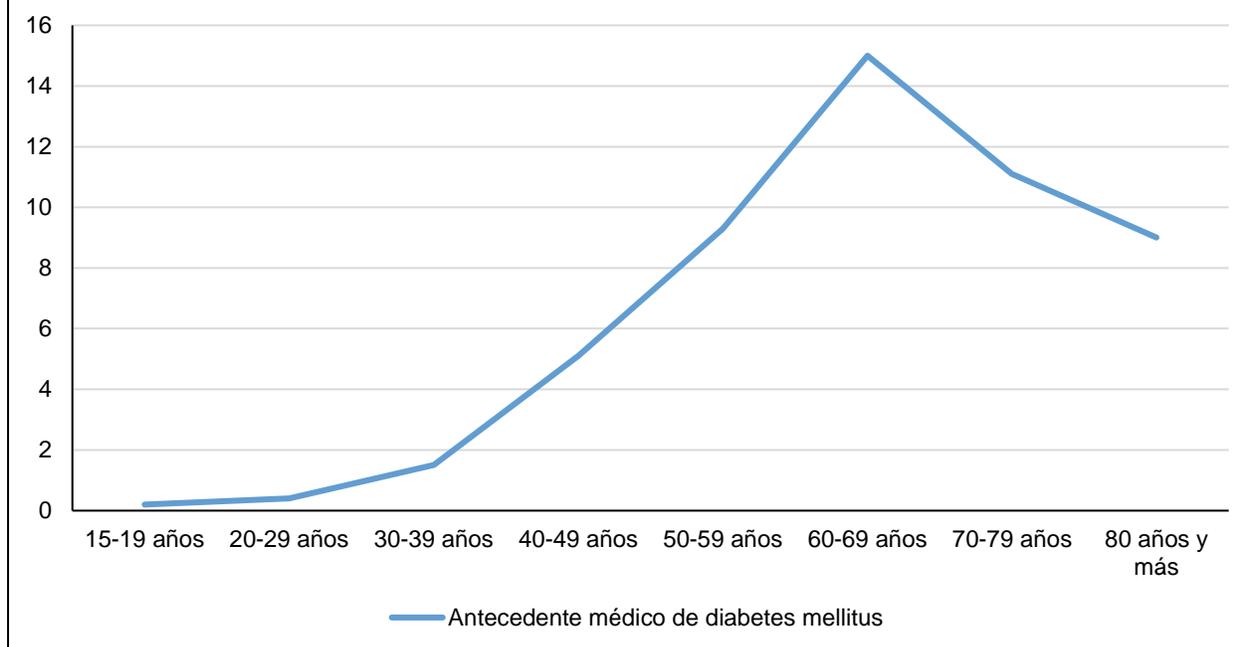
Con relación a las comarcas indígenas, la comarca Ngäbe-Buglé fue la que presentó la prevalencia más alta del antecedente médico de diabetes mellitus con un 2.4%, y esta prevalencia es estadísticamente significativa con respecto a la prevalencia de las otras dos comarcas evaluadas (Tabla Anexa 14.6.2).

Gráfica N°14.14 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente médico de Diabetes Mellitus por sexo. Panamá. 2019.

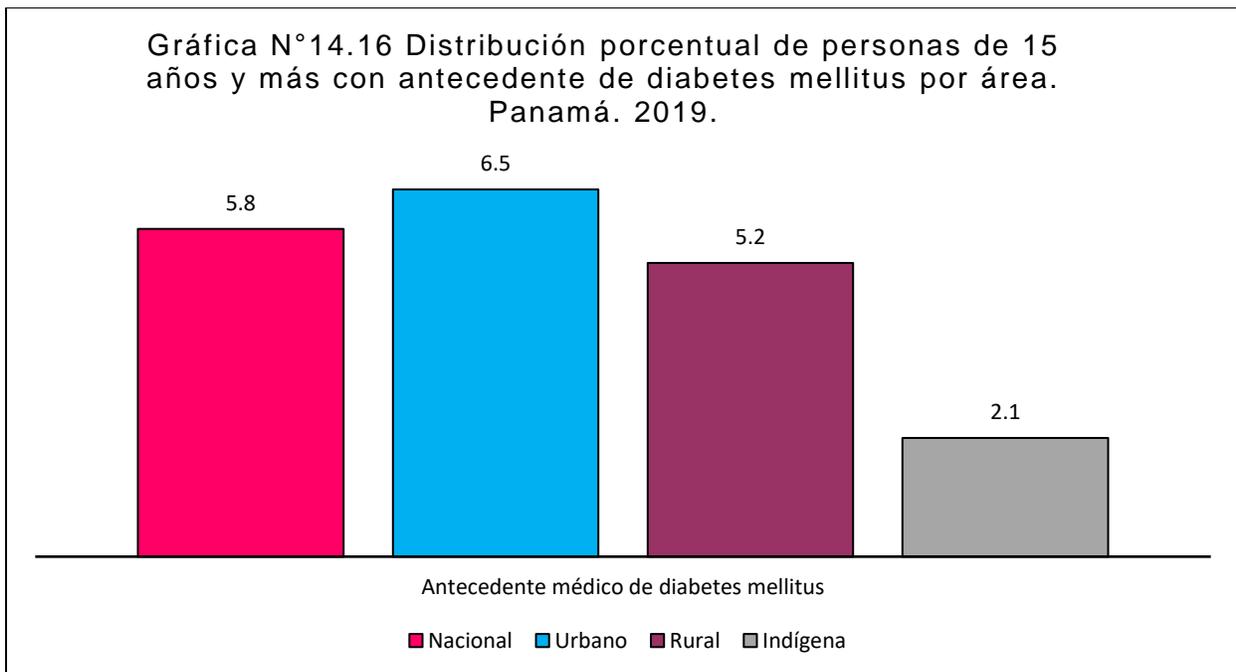


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.15 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente de diabetes mellitus por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

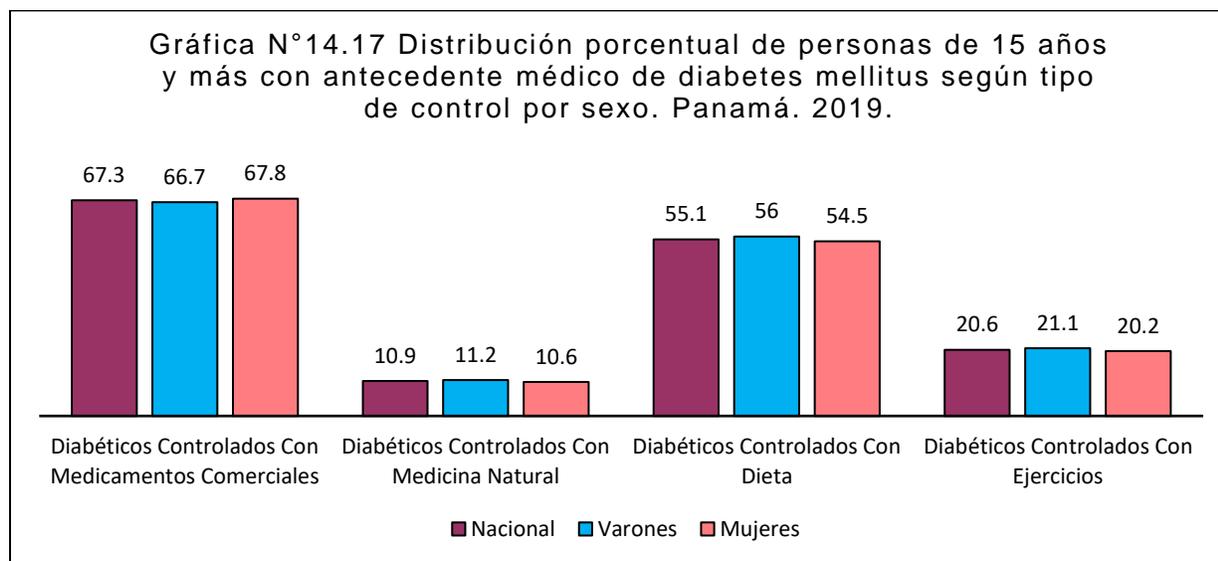
14.3.2 Tratamiento de las personas con antecedente de Diabetes Mellitus con relación a la edad, sexo y área

A nivel nacional, cerca de siete de cada diez personas (67.3%) con el antecedente de diabetes mellitus refirieron que controlaban su condición con medicamentos comerciales (Gráfica 14.17, Tabla Anexa 14.7.1).

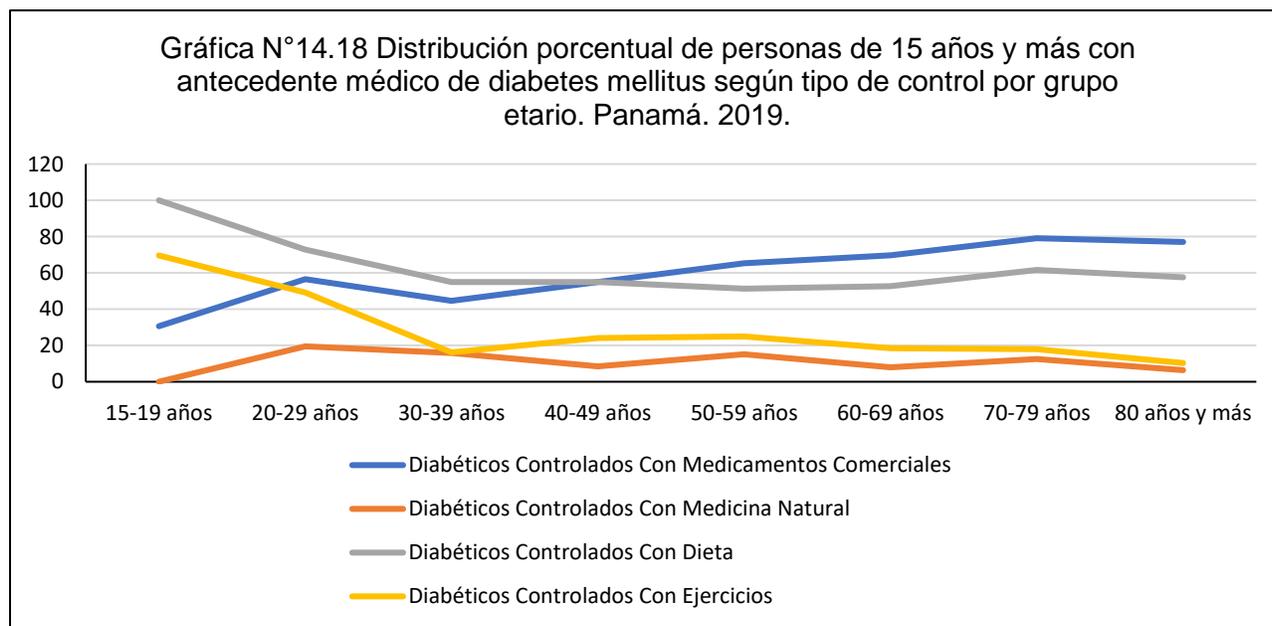
No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo, ni por edad con relación al uso de medicamentos para el manejo de la diabetes mellitus en personas de 20 años o más con el antecedente de diabetes mellitus (Gráfica 14.18, Tabla Anexa 14.7.1).

No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar las prevalencias de las áreas urbanas, rural y la prevalencia nacional con relación al uso de medicamentos en aquellas personas con antecedente de diabetes mellitus. En el área indígena, aproximadamente un tercio (31.5%) de las personas con el antecedente de diabetes mellitus refirieron tomar medicamentos para el control de su condición. Hay diferencias estadísticamente significativas entre el área indígena y las otras dos áreas (Gráfica 14.19/Tabla Anexa 14.7.2).

A nivel nacional el 10.9% de las personas de 15 años y más efectuaban su control de diabetes con medicina natural. Poco más de la mitad (55.1%) de las personas con antecedente de diabetes mellitus refieren controlarse con dieta y un quinto (20.6%) se controlan con ejercicios. Con respecto a cada uno de los controles de la diabetes mellitus antes expuestos, en aquellas personas con el antecedente médico de dicha condición, no hay diferencias estadísticamente significativas ni por sexo, ni por edad, ni por área (Gráfica 14.17, 14.18 y 14.19/Tabla Anexa 14.7.2).

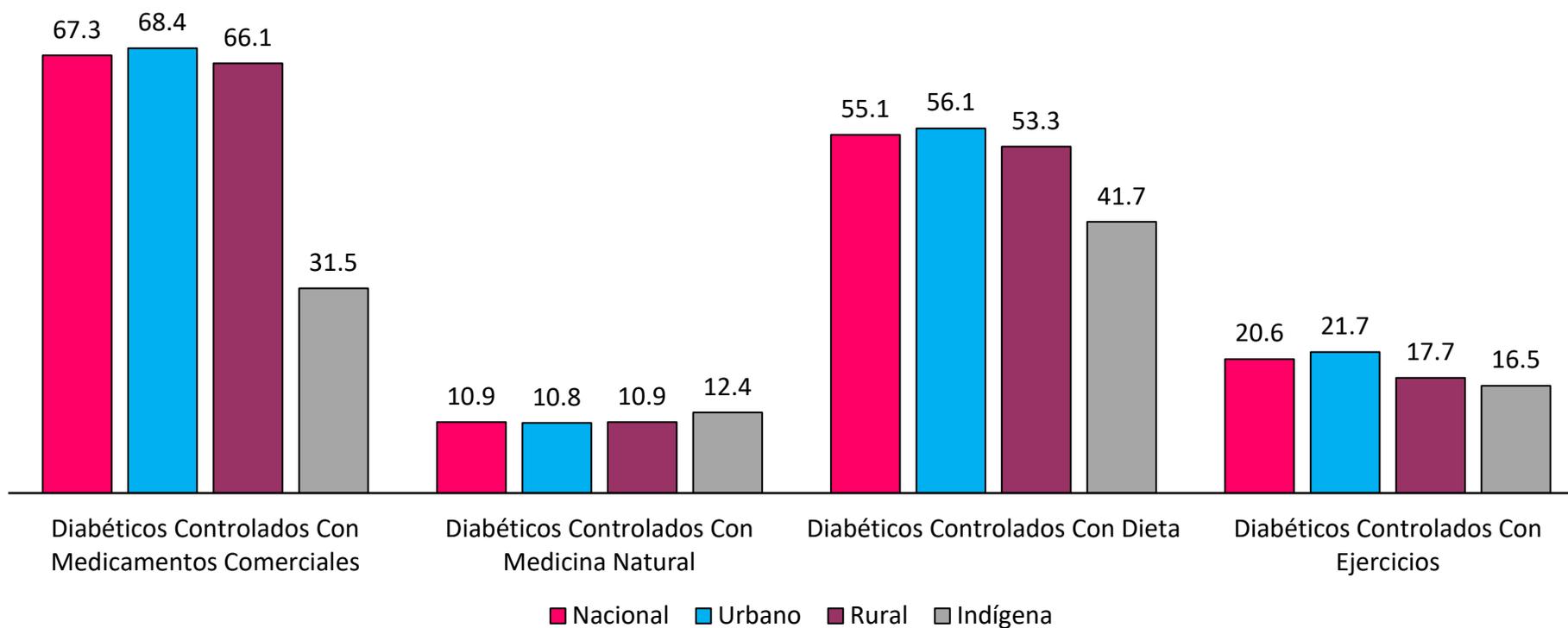


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.19 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente médico de diabetes mellitus según tipo de control por área. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.3.3 Controles de salud en personas con antecedentes de Diabetes Mellitus

14.3.3.1 Medición de hemoglobina glicosilada

A nivel nacional, la mitad (54.5%) de las personas con antecedentes de diabetes mellitus, refiere realizarse mediciones de hemoglobina glicosilada. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo entre el área urbana, el área rural y la prevalencia nacional. Solo uno de cada 10 personas (16.1%) con antecedentes de diabetes mellitus, refiere realizarse mediciones de hemoglobina glicosilada en el área indígena con diferencias estadísticamente significativas con respecto a la prevalencia nacional (Gráfica 14.20 y 14.22/Tabla Anexa 14.8.1).

La medición de hemoglobina glicosilada aumenta con la edad en personas con antecedentes de diabetes mellitus hasta un máximo en el grupo etario de 70-79 años (64.7%) (Gráfica 14.21/Tabla Anexa 14.8.1).

Tres de cada diez personas (32.3%) con antecedentes diabetes mellitus en Herrera se realizan mediciones de hemoglobina glicosilada. Esta región de salud, presenta diferencias estadísticamente significativas al compararla con la prevalencia nacional (Tabla Anexa 14.8.2).

Las regiones de Los Santos y San Miguelito tienen las proporciones más altas de personas con antecedente médico de diabetes que se realizan mediciones de hemoglobina glicosilada con un 70.9% y un 69.0%, respetivamente. Ambas regiones presentan diferencias estadísticamente significativas al compararlas con la prevalencia nacional (Tabla Anexa 14.8.2).

14.3.3.2 Revisión oftalmológica

Poco menos de dos de cada cinco (37.8%) de las personas con diabetes mellitus, se realizan revisiones oftalmológicas (Gráfica 14.20 y 14.22/Tabla Anexa 14.8.1).

La revisión oftalmológica aumenta con la edad en personas con antecedentes de diabetes mellitus hasta un máximo en el grupo etario de 70-79 años (37.9%) (Gráfica 14.21/Tabla Anexa 14.8.1).

No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo entre las áreas urbana y rural con la prevalencia nacional. Nadie reportó este control de salud específico en personas con antecedente de diabetes mellitus en el área indígena (Gráfica 14.22/Tabla Anexa 14.8.1).

Las regiones de Darién, Bocas Del Toro y Herrera son las que presentan la más baja proporción de personas con antecedente médico de diabetes que acuden a una revisión oftalmológica con 14.9%, 17.2% y 20.0% respectivamente. La diferencia de cada una de estas regiones con la prevalencia nacional es estadísticamente significativa (Tabla Anexa 14.8.2).

La región de Panamá Este presenta la proporción más alta (52.6%) de personas con antecedente médico de diabetes que se realizan revisiones oftalmológicas (Tabla Anexa 14.8.2).

14.3.3.3 Revisión de los pies

A nivel nacional, poco menos de dos de cada cinco (33.9%) de las personas con antecedente médico de diabetes realizan una revisión de los pies (Gráfica 14.20 y 14.22/Tabla Anexa 14.13). La revisión de los pies aumenta con la edad en personas con antecedentes de diabetes mellitus hasta un máximo en el decenio de 70-79 años (44.6%) (Gráfica 14.21/Tabla Anexa 14.13).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre las áreas urbana y rural, con la prevalencia nacional en relación con la revisión de los pies en las personas con antecedente médico de diabetes mellitus. El área indígena presenta una proporción de 15.9% y esta diferencia es estadísticamente significativa a la prevalencia nacional (Gráfica 14.22/Tabla Anexa 14.8.1).

En relación con la revisión de los pies en las personas con antecedentes de diabetes, es difícil valorar diferencias entre las regiones de salud debido a que se presentan intervalos de confianza bastante anchos. Bocas Del Toro destaca porque un 18.9% de las personas con este antecedente, reportaron que hacían revisión de los pies, siendo la diferencia entre esta región de salud y la prevalencia nacional, estadísticamente significativa. En cambio, las

regiones Panamá Este, Los Santos, Chiriquí y Coclé tienen proporciones de revisión de los pies en personas con antecedentes de diabetes de 52.1%, 46.6%, 43.2%, 41.1%, respectivamente con diferencias estadísticamente significativas con la prevalencia nacional (Tabla Anexa 14.8.2).

14.3.3.4 Medición de la glicemia en casa

A nivel nacional, la mitad (52.9%) de las personas con antecedente médico de diabetes reportaron realizarse mediciones de glicemia en casa. Con relación al sexo, no hay diferencias estadísticamente significativas (Gráfica 14.20/Tabla Anexa 14.8.1).

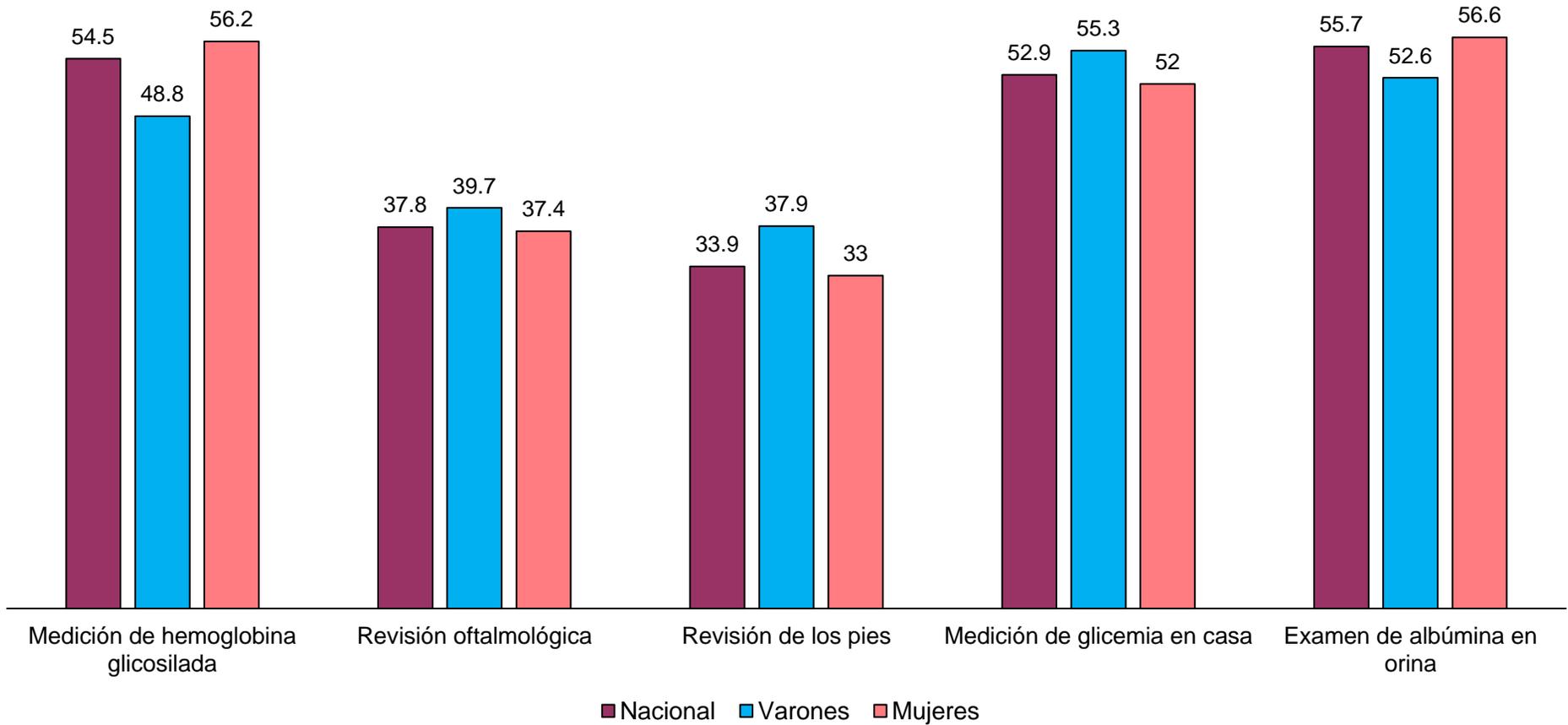
Ninguna persona menor de 20 años, con antecedente de diabetes mellitus realizó mediciones de glicemia en casa (N=122 personas). La medición de glicemia en casa aumenta con la edad en personas con antecedentes de diabetes mellitus hasta un máximo en el decenio de 60-69 años (63.1%) (Gráfica 14.21/Tabla Anexa 14.8.1).

No hay diferencias significativas entre las áreas urbana y rural con la prevalencia nacional en relación con la medición de la glicemia en casa en las personas con antecedente médico de diabetes mellitus. El área indígena presenta una proporción de 34.9%, cuya diferencia es estadísticamente significativa a la prevalencia nacional (Gráfica 14.22/Tabla Anexa 14.8.2).

14.3.3.5 Control de albúmina en orina

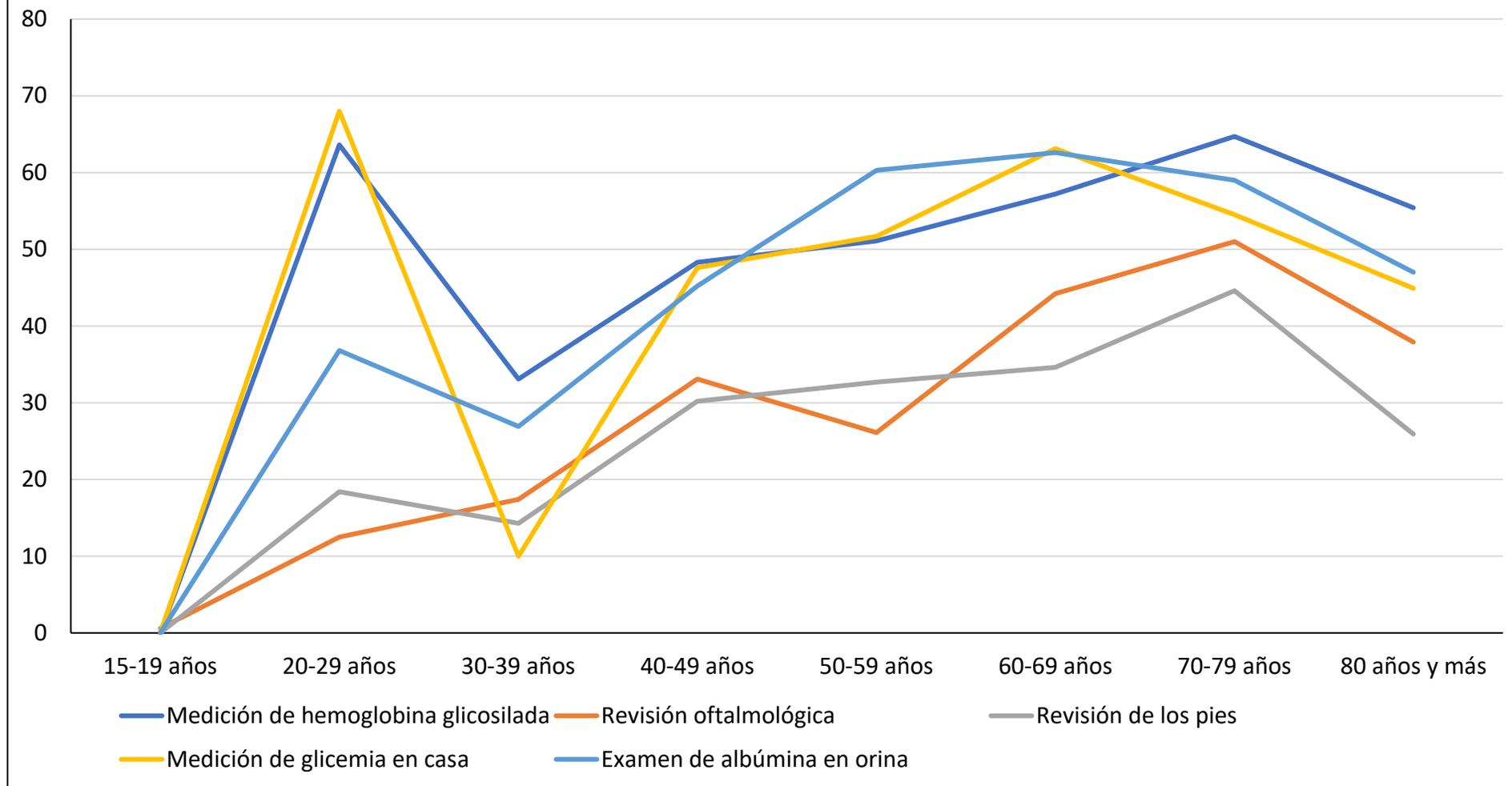
A nivel nacional, 55.8% de las personas con antecedente de diabetes mellitus se realizan revisiones albúmina en orina (Gráfica 14.20 y 14.22/Tabla Anexa 14.8.1). El control de albúmina en orina aumenta con la edad en personas con antecedentes de diabetes mellitus hasta un máximo en el decenio de 60-69 años (62.6%) (Gráfica 14.21/Tabla Anexa 14.8.1). En el área indígena se encontró una proporción de 32.2% de personas con antecedente médico de diabetes mellitus que se medían la albúmina en la orina y esta cifra es estadísticamente significativa con respecto a las otras dos áreas. No hay diferencias estadísticamente significativas con respecto a la medición de albúmina en la orina por sexo, por región de salud ni por comarcas indígenas. Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas del uso del examen de albumina en la orina en pacientes con antecedente diabetes mellitus entre el área urbana, el área rural y la prevalencia nacional (Gráfica 14.22/Tabla Anexa 14.8.2).

Gráfica N°14.20 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente médico de diabetes mellitus según tipo de control de salud por sexo. Panamá. 2019.



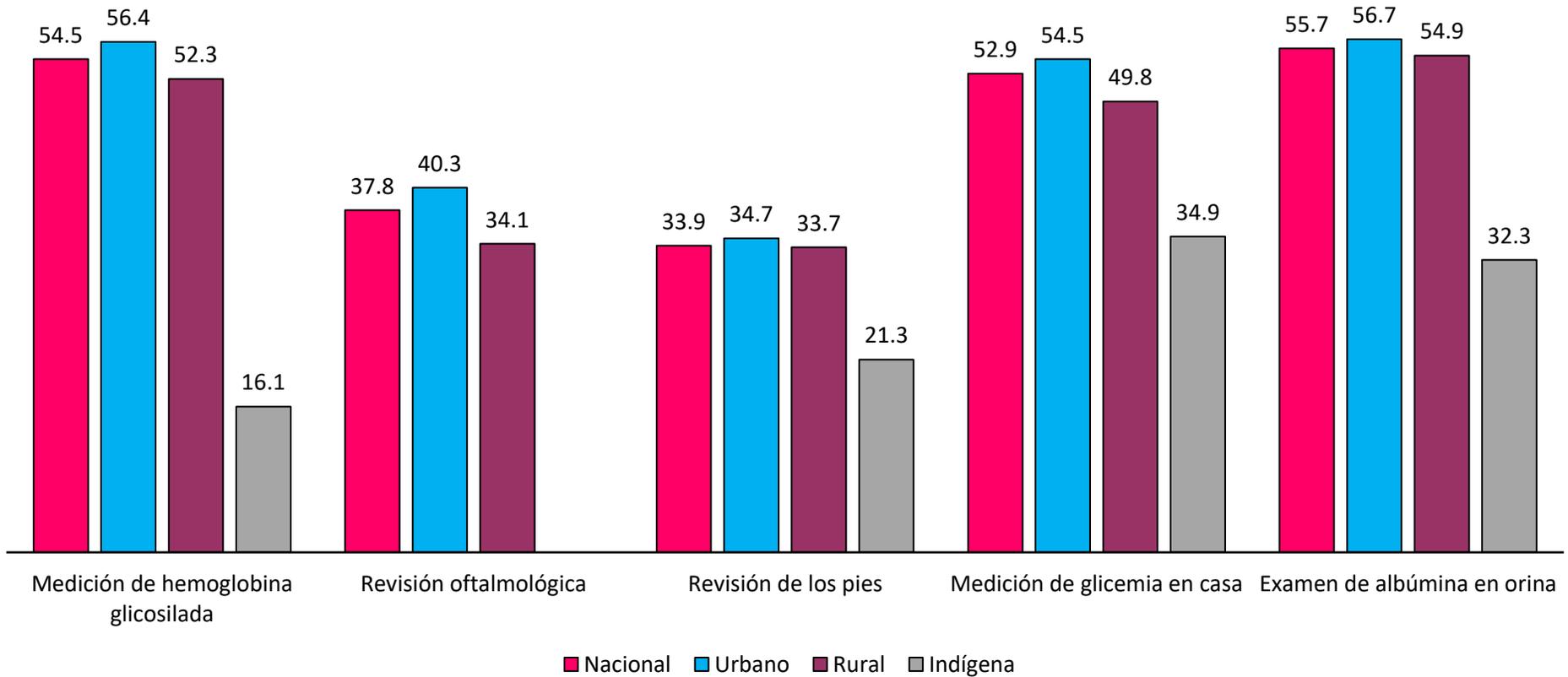
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.21 Distribución porcentual de personas de 15 años o más con antecedente médico de diabetes mellitus según tipo de control de salud por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.22 Distribución porcentual de personas de 15 años o más con antecedente médico de diabetes mellitus según tipo de control de salud por área. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.3.4 Complicaciones de la diabetes mellitus en personas con antecedentes de esta condición

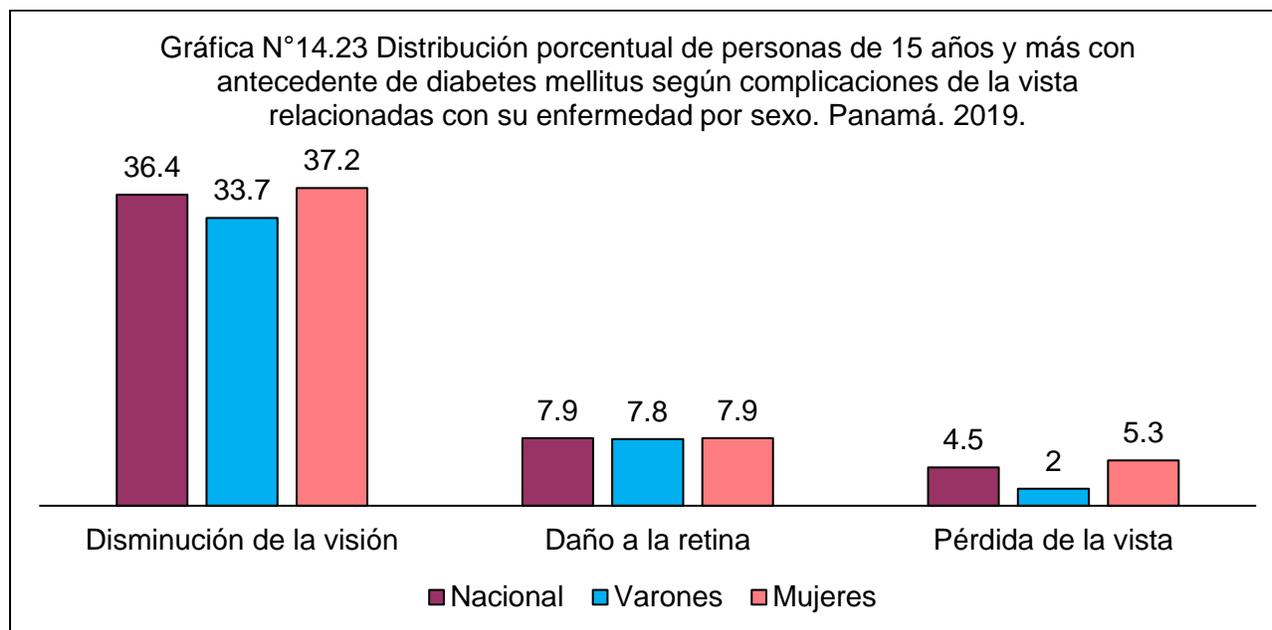
A nivel nacional, un 34.4% de las personas con diabetes mellitus refirieron disminución de la visión, lo que representa a un estimado de 50,634 personas de 15 años y más; un 7.9% de las personas con antecedente de diabetes mellitus refirieron daño a la retina, las cuales representan a 10,952 personas y un 4.5% refirieron pérdida de la visión, las cuales representan a 6,308 personas. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad o por área para estas tres complicaciones visuales. No se pueden valorar los datos de las comarcas indígenas debido a la baja prevalencia del antecedente de diabetes mellitus en esas áreas geográficas (Gráfica 14.23, 14.24 y 14.25/Tabla Anexa 14.9.1).

Con relación a las regiones de salud, Bocas Del Toro, Panamá Este y Coclé presentaron las proporciones más altas de disminución de la visión entre las personas con antecedente de diabetes mellitus con un 63.7%, un 59.1% y un 58.7%, respectivamente. Estas tres áreas tienen diferencias estadísticamente significativas al compararlas con la prevalencia nacional. En cambio, Herrera presenta una proporción de 21.7% y este valor es estadísticamente significativo al compararlo con la prevalencia nacional. Con relación a la proporción del daño en la retina entre las personas con antecedentes de diabetes mellitus, Los Santos, San Miguelito y Herrera mostraron tener una proporción más alta que la prevalencia nacional con un 16.8%, un 16.7% y un 12.3%, respectivamente y estas diferencias son estadísticamente significativas al compararlas con la prevalencia nacional. No se pueden valorar diferencias estadísticamente significativas en relación con la pérdida de la vista por región de salud debido a baja prevalencia de dicha complicación (Tabla Anexa 14.9.2).

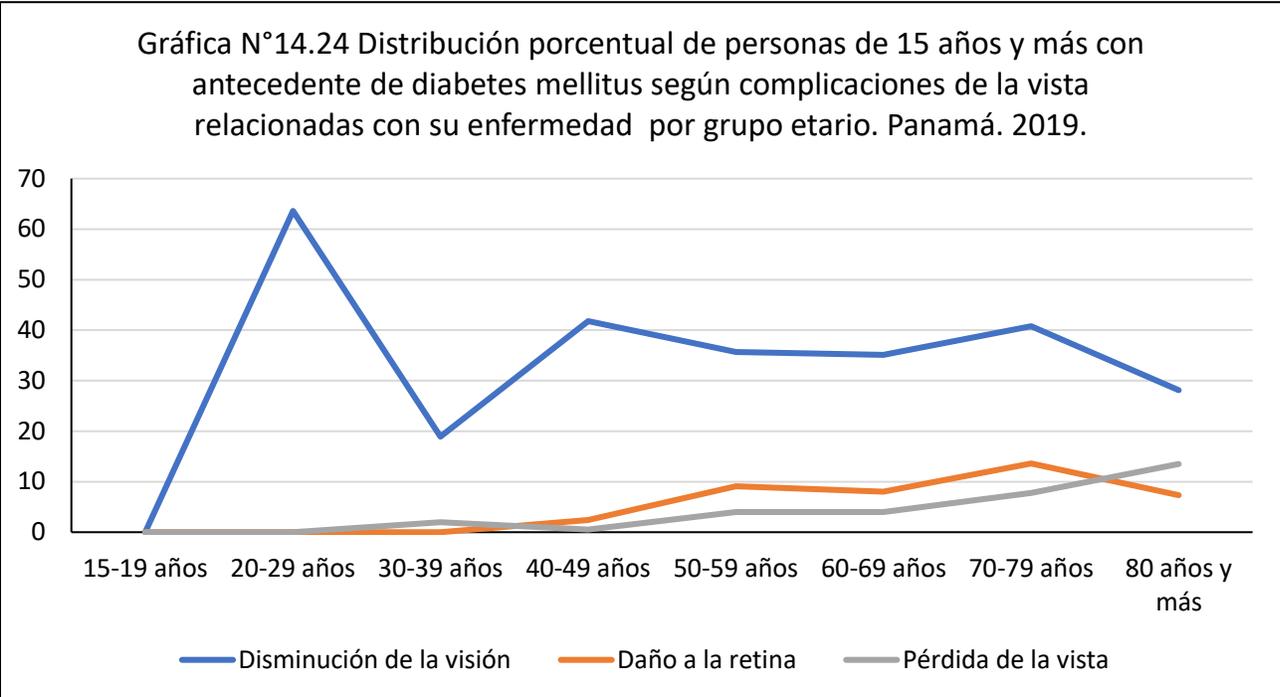
A nivel nacional, un 14.3% de las personas con el antecedente de diabetes mellitus refirieron presentar dolor, ardor o pérdida de sensibilidad en las plantas de los pies, lo que representa un estimado de 19,857 individuos. Un 6.4% de las personas con dicho antecedente refirieron tener úlceras en miembros inferiores y un 3.2% reportaron que se les había amputado una parte de su cuerpo. No hay diferencias significativas por sexo, por edad, o por área en relación con estas complicaciones de diabetes mellitus (Gráfica 14.26, 14.27 y 14.28/Tabla Anexa 14.9.1).

Con respecto a las regiones de salud, se observó que Coclé, Los Santos, Bocas Del Toro y Colón fueron las regiones de salud con mayor proporción de personas con antecedentes de diabetes mellitus que reportaron las proporciones más altas de dolor en miembros inferiores con porcentajes de 38.2%, 28.9%, 28.5% y 22.2%, respectivamente. Al compararlos con la prevalencia nacional, estas diferencias son estadísticamente significativas (Tabla Anexa 14.9.2).

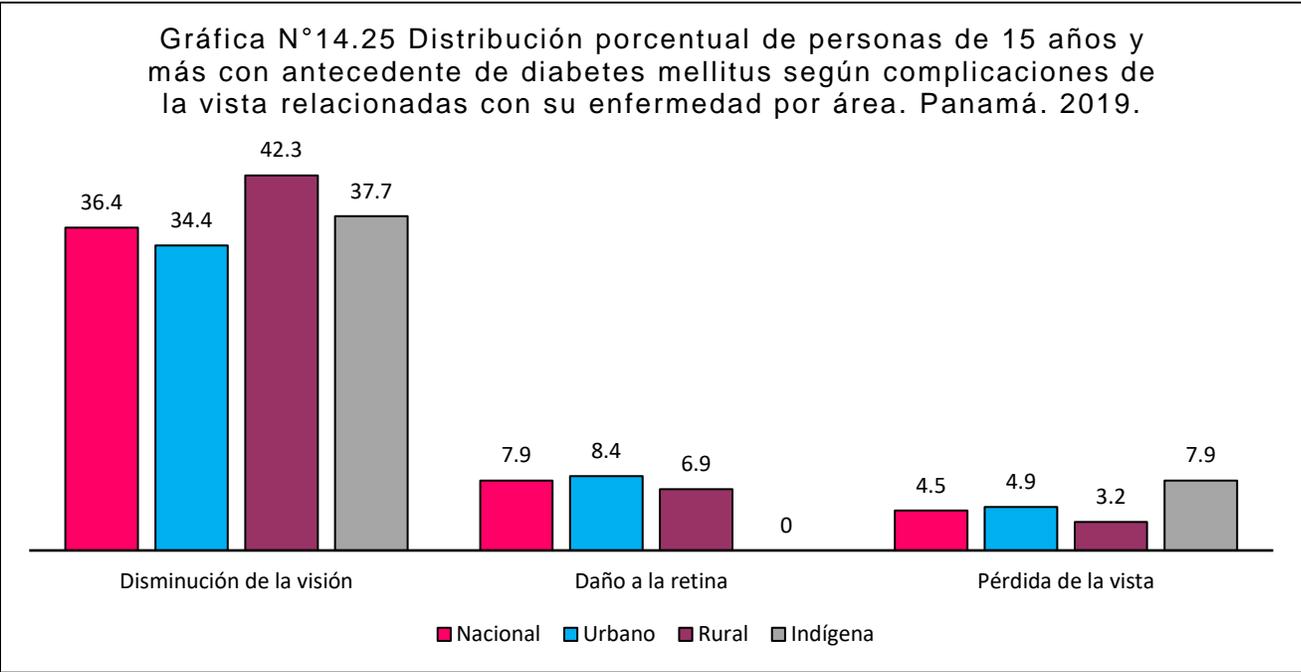
La prevalencia de otras complicaciones graves de la diabetes mellitus en personas con el antecedente de dicha condición fueron de 1.5% para diálisis renal, 2.6% para el infarto agudo de miocardio y 2.1% de haber tenido un coma diabético. Con relación a las complicaciones graves de la diabetes mellitus, es difícil valorar la diferencia de la prevalencia de estas con la prevalencia nacional debido tanto a la baja prevalencia de la diabetes mellitus, como a la baja prevalencia de dichas complicaciones. Estas complicaciones presentan una tendencia a aumentar con la edad, excepto por el coma diabético el cual tiende a disminuir con la edad (Gráfica 14.29, 14.30 y 14.31/Tablas Anexas 14.9.1 y 14.9.2).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

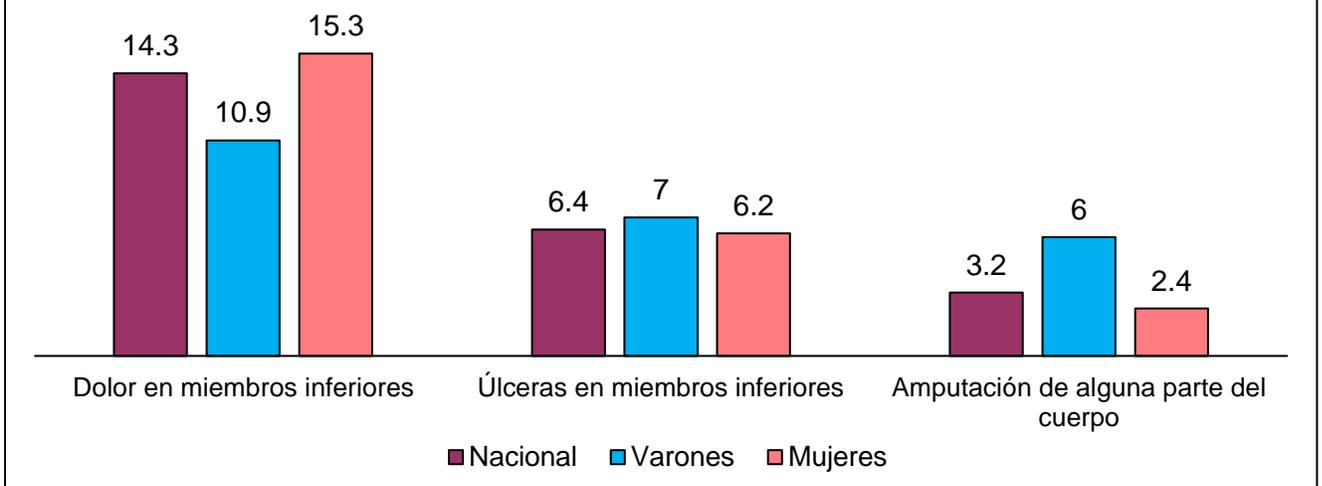


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.



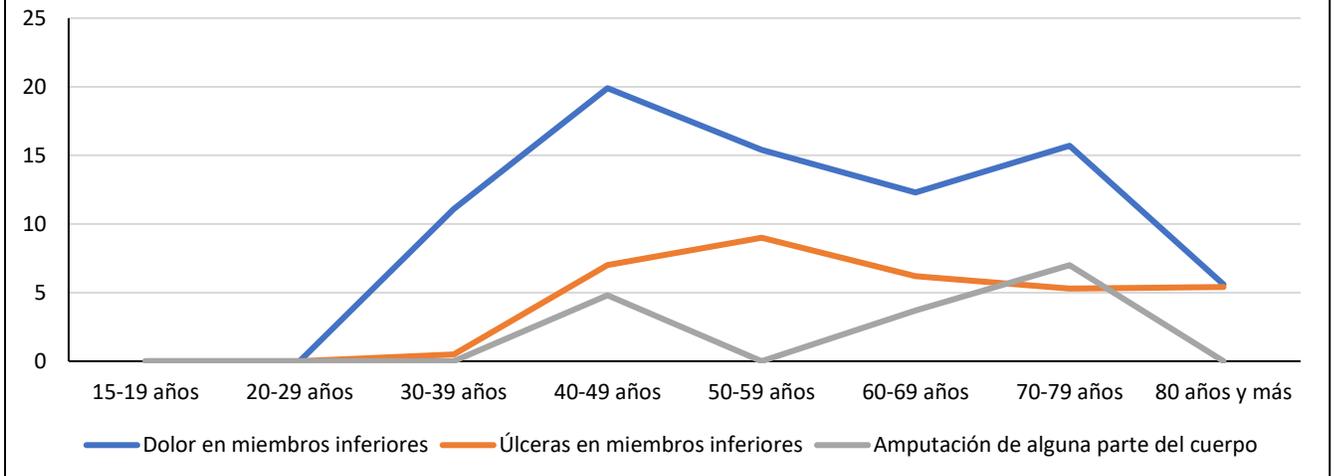
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.26 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente de diabetes mellitus según complicaciones en los miembros inferiores de relacionadas con su enfermedad por sexo. Panamá. 2019.



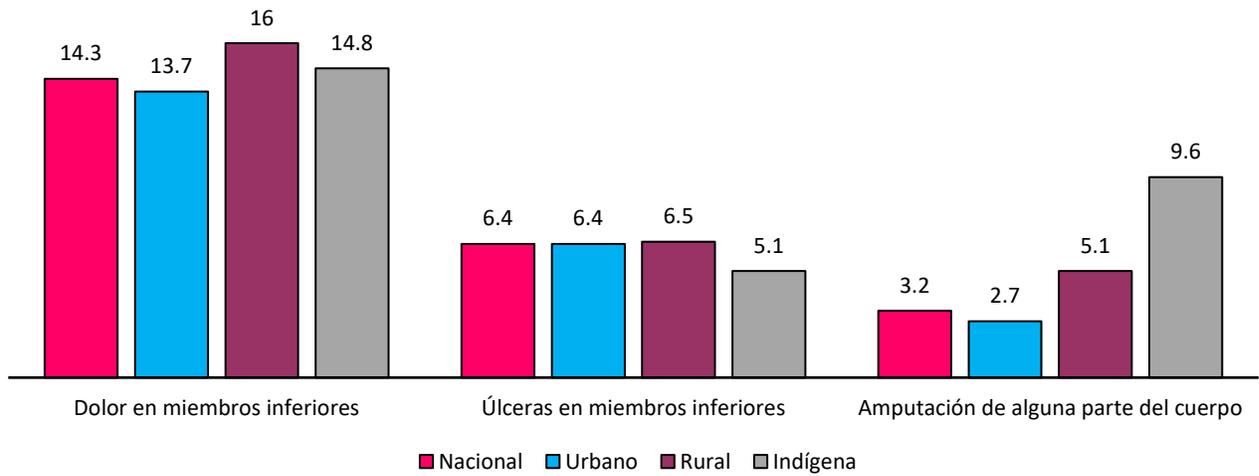
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.27 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente de diabetes mellitus según complicaciones en los miembros inferiores relacionadas con su enfermedad por grupo etario. Panamá. 2019.



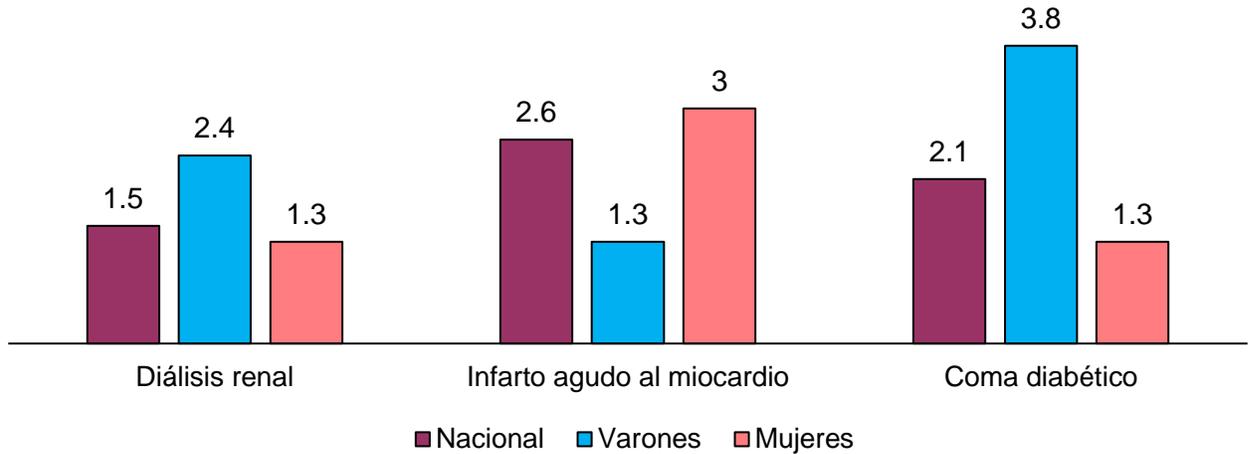
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.28 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente de diabetes mellitus según complicaciones en los miembros inferiores relacionadas con su enfermedad por área. Panamá. 2019.



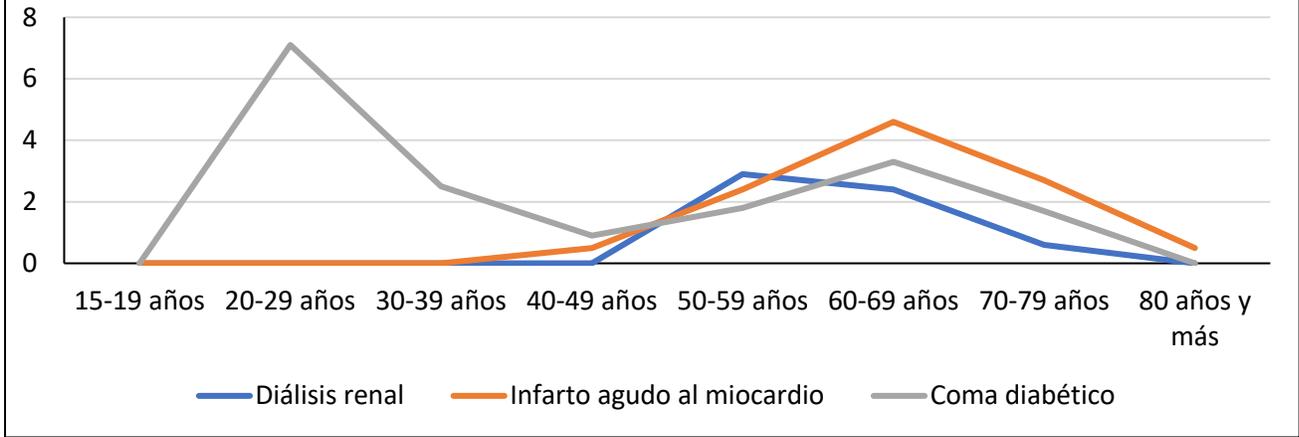
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.29 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente de diabetes mellitus según complicaciones con proporciones nacionales menores a 3% relacionadas con su enfermedad por sexo. Panamá. 2019.



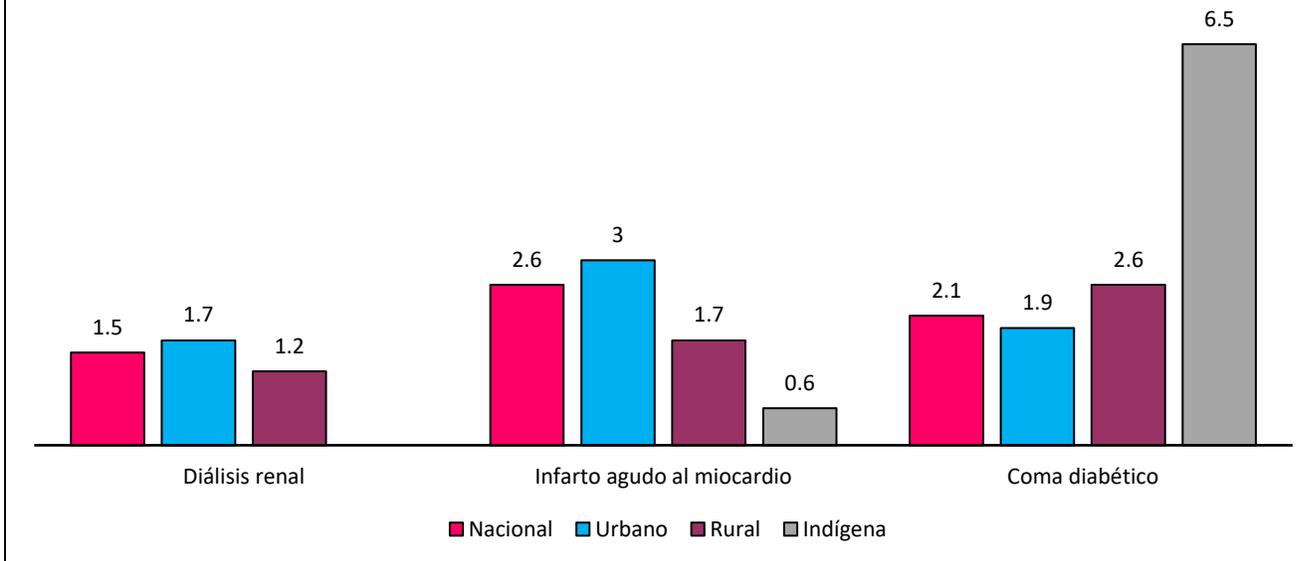
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.30 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente de diabetes mellitus según complicaciones con proporciones nacionales menores al 3% relacionadas con su enfermedad por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.31 Distribución porcentual de personas de 15 años y más con antecedente de diabetes mellitus según complicaciones con proporciones nacionales menores al 3% relacionadas con su enfermedad por área. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.3.5 Prevalencia de diabetes mellitus en la submuestra con relación a la edad, sexo y área

A nivel nacional en la submuestra (aquellos a los que según el protocolo de la ENSPA se les realizaron pruebas de laboratorio), estimamos que 14.4% sufren de diabetes mellitus definida mediante antecedente médico, uso de medicamentos antidiabéticos en las últimas 12 horas previo a la toma de muestras, glicemia en ayunas de por lo menos 12 horas elevada (niveles ≥ 126 mg/dl) y/o hemoglobina glicosilada o A1C elevada (niveles $\geq 6.5\%$). No hay diferencias significativas por sexo en relación con la prevalencia de diabetes mellitus en la submuestra (Gráfica 14.32/Tabla Anexa 14.10.1).

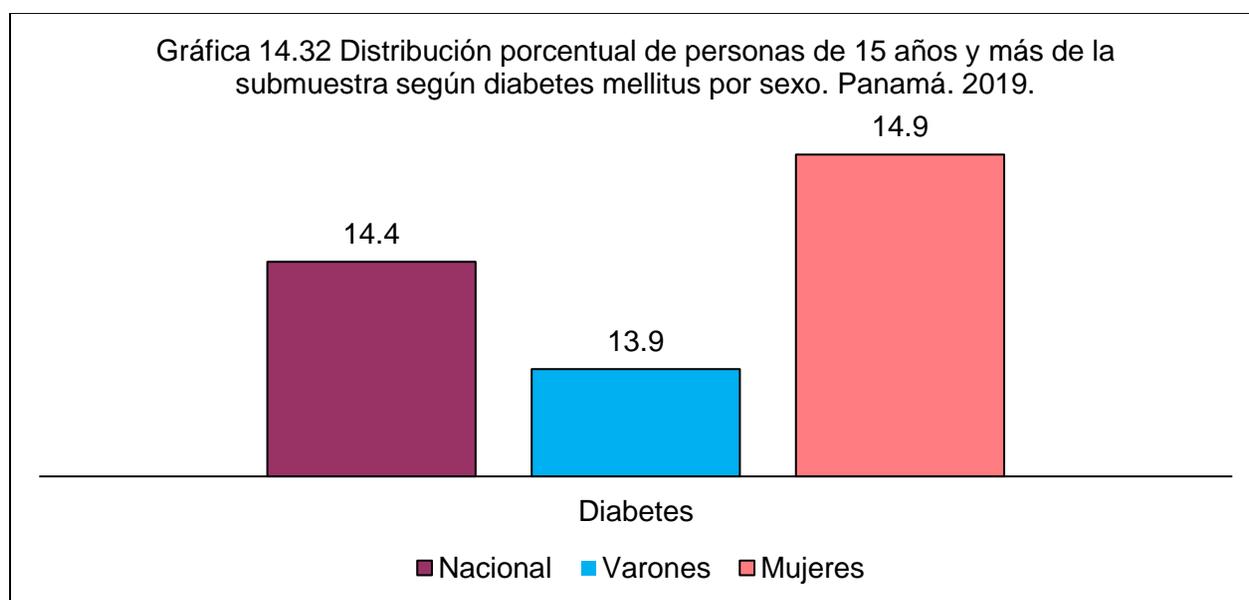
En menores de 30 años, la prevalencia fue menor a 5%. Al aumentar la edad, la prevalencia de diabetes mellitus en la submuestra fue de 8.1% y esta aumenta con la edad hasta un 29.9% en el decenio de edad de 60 a 69 años (Gráfica 14.33/Tabla Anexa 14.15). A partir de los 70 años, la prevalencia se mantiene por debajo de 20%. La prevalencia en la submuestra en el área urbana fue 15.9%, en el área rural fue 11.7% y en el área indígena fue 6.4% con diferencias estadísticamente significativas entre las tres áreas (Gráfica 14.34/Tabla Anexa 14.10.1).

Cuando combinamos la prevalencia del antecedente médico de diabetes mellitus en la submuestra y/o el uso de medicamentos para el control de la glicemia 12 horas previas a la toma de laboratorios en la submuestra, se aprecia que la prevalencia de este indicador es 6.3% (Gráfica 14.35 y 14.37/Tabla Anexa 14.10.1). No hay diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo con respecto a esta última prevalencia (Gráfica 14.35/Tabla Anexa 14.10.1) y la misma sigue un patrón similar al de la diabetes con relación a la edad (Gráfica 14.35/Tabla Anexa 14.10.1). La prevalencia del antecedente de diabetes mellitus en la submuestra y/o el uso de medicamentos para el control de la glicemia 12 horas previas a la toma de laboratorios en el área urbana fue 6.9%, en el área rural fue 5.1% y el área indígena fue de 2.2% con diferencias estadísticamente significativas entre las tres áreas (Gráfica 14.37/Tabla Anexa 14.10.2).

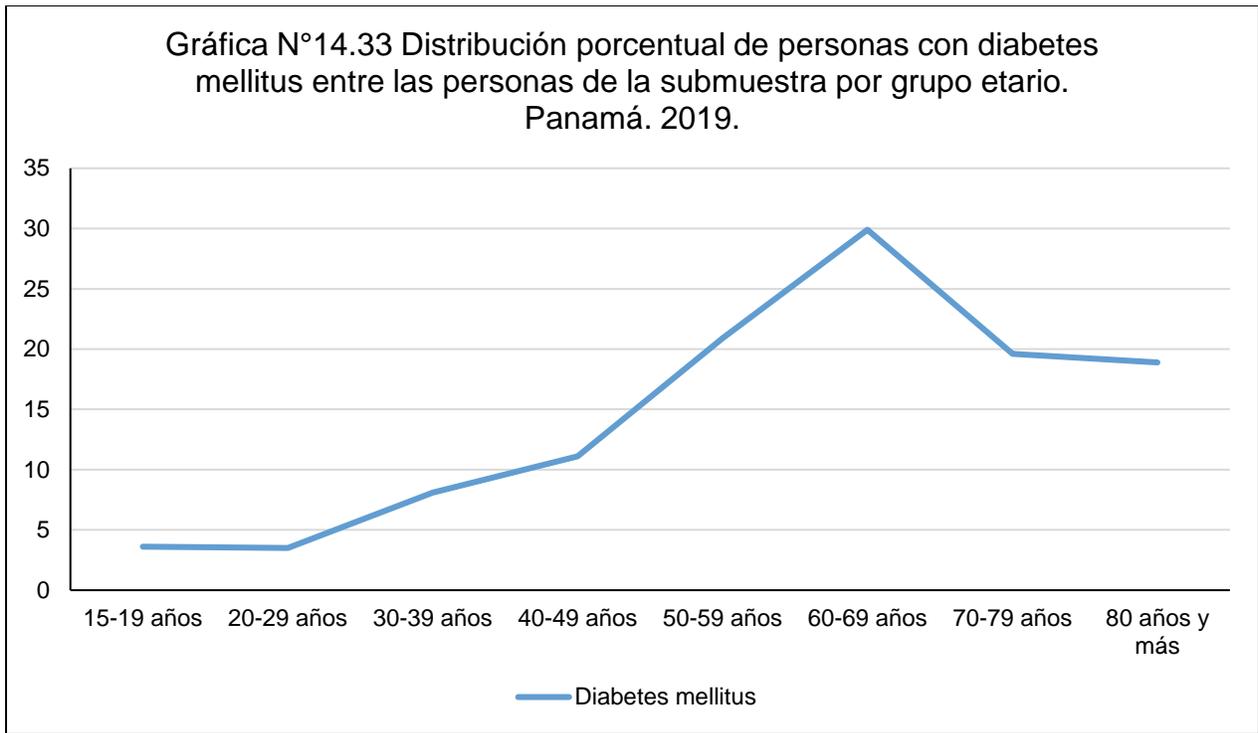
Cuando combinamos los biomarcadores de glicemia elevada presentes en la submuestra, se observó que un 10.1% tenían glicemias en ayunas elevada y/o porcentajes de HbA1C elevada. La prevalencia de estos biomarcadores elevados es más frecuente en mujeres

(10.8%) que en varones (9.2%) sin diferencias estadísticamente significativas por sexo (Gráfica 14.38/Tabla Anexa 14.10.1). Se identificó una elevación de estos biomarcadores con la edad, similar a lo que se ha visto con la diabetes y otros indicadores (Gráfica 14.39/Tabla Anexa 14.10.1).

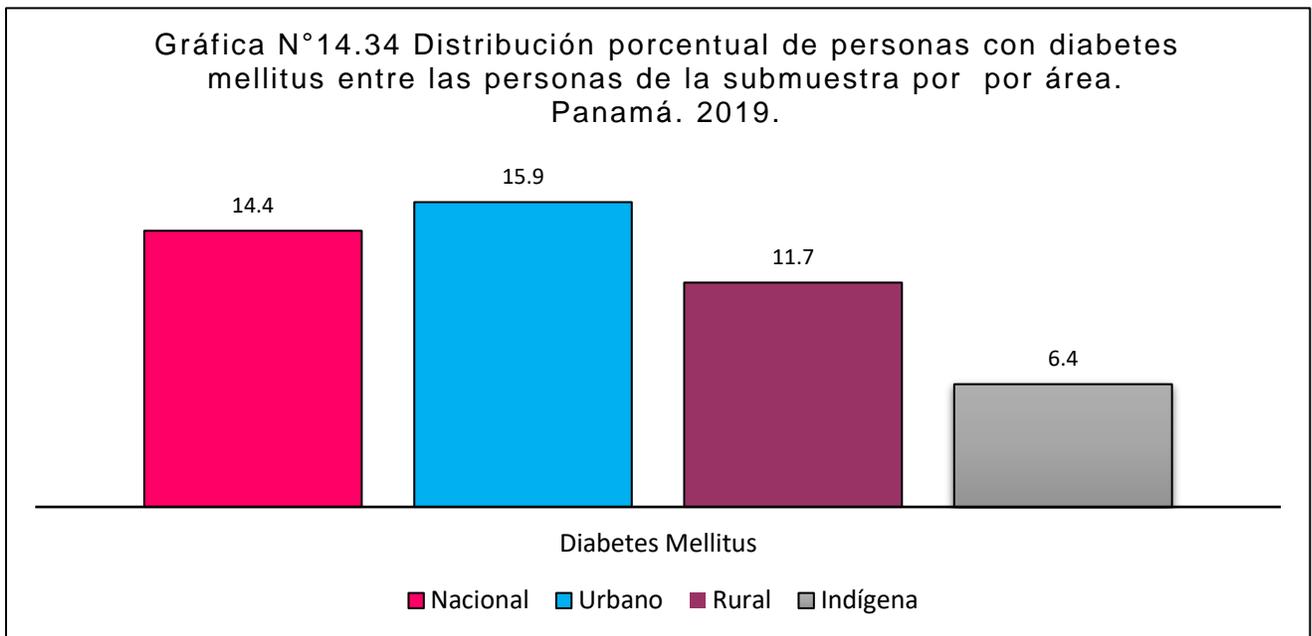
En ningún caso, se determinó que, a nivel nacional, el tercer cuartil de la glicemia en ayunas ni el de la hemoglobina A1C presenta niveles diagnósticos para clasificar a las personas con diabetes mellitus. Tampoco se pudo establecer que el tercer cuartil de la glicemia en ayunas ni el de la hemoglobina A1C sea diagnóstico para clasificar a las personas con diabetes mellitus por sexo, por edad o por área (Gráficas 14.41 y 14.42/Tabla Anexa 14.11.1 y 14.11.2).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

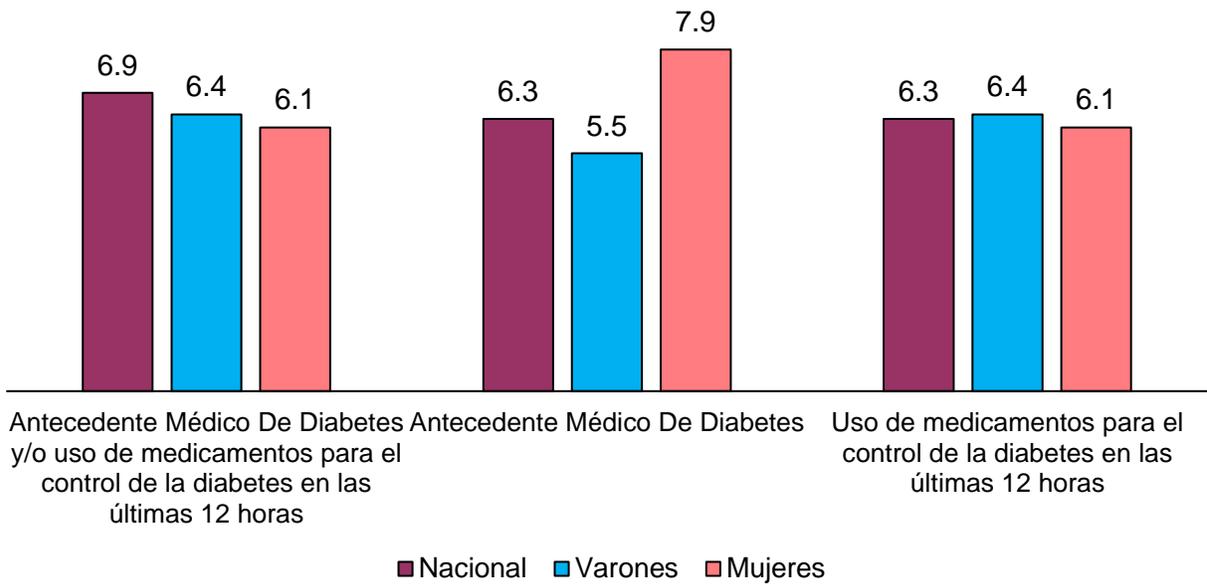


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.



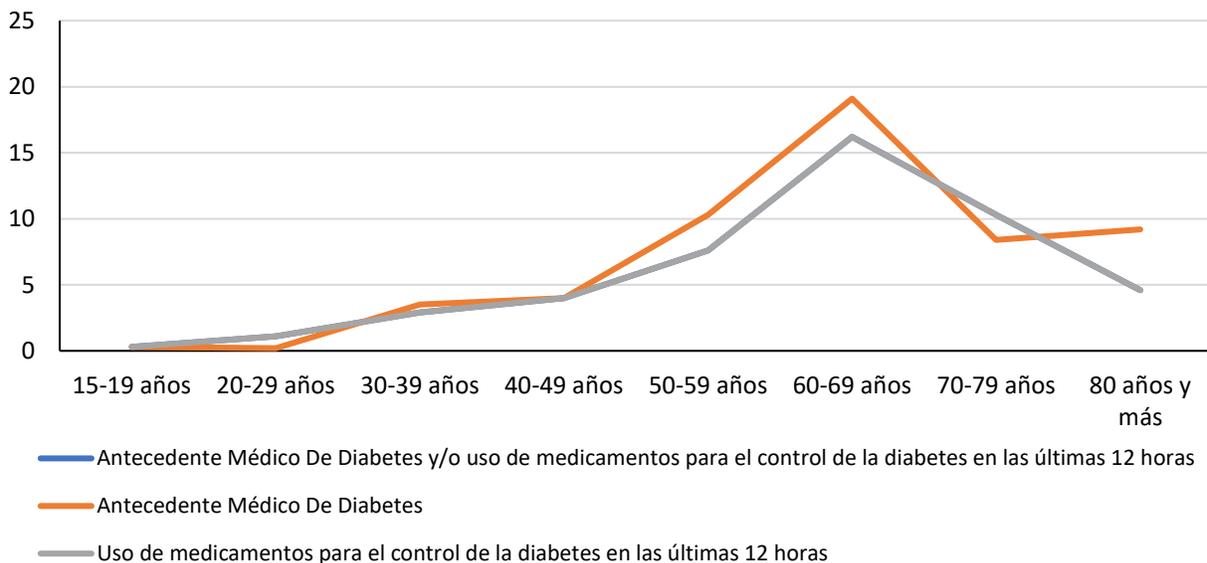
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.35 Distribución porcentual de personas de 15 años y más de la submuestra según antecedente médico de diabetes mellitus y uso de medicamentos para el control de diabetes mellitus por sexo. Panamá. 2019.



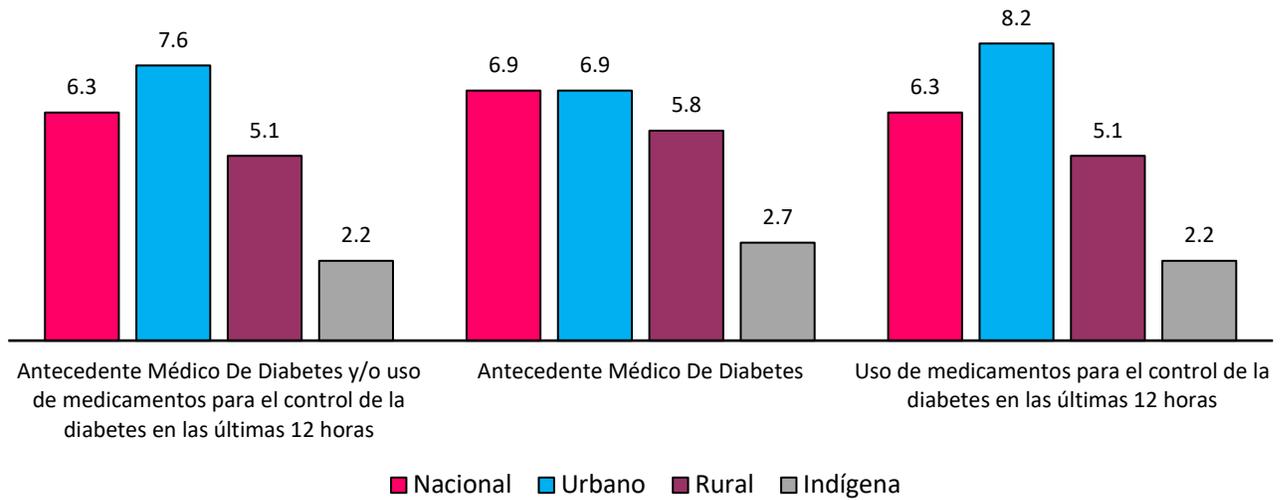
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.36 Distribución porcentual de personas de 15 años y más de la submuestra según antecedente médico de diabetes mellitus y uso de medicamentos para el control de diabetes mellitus por grupo etario. Panamá. 2019.



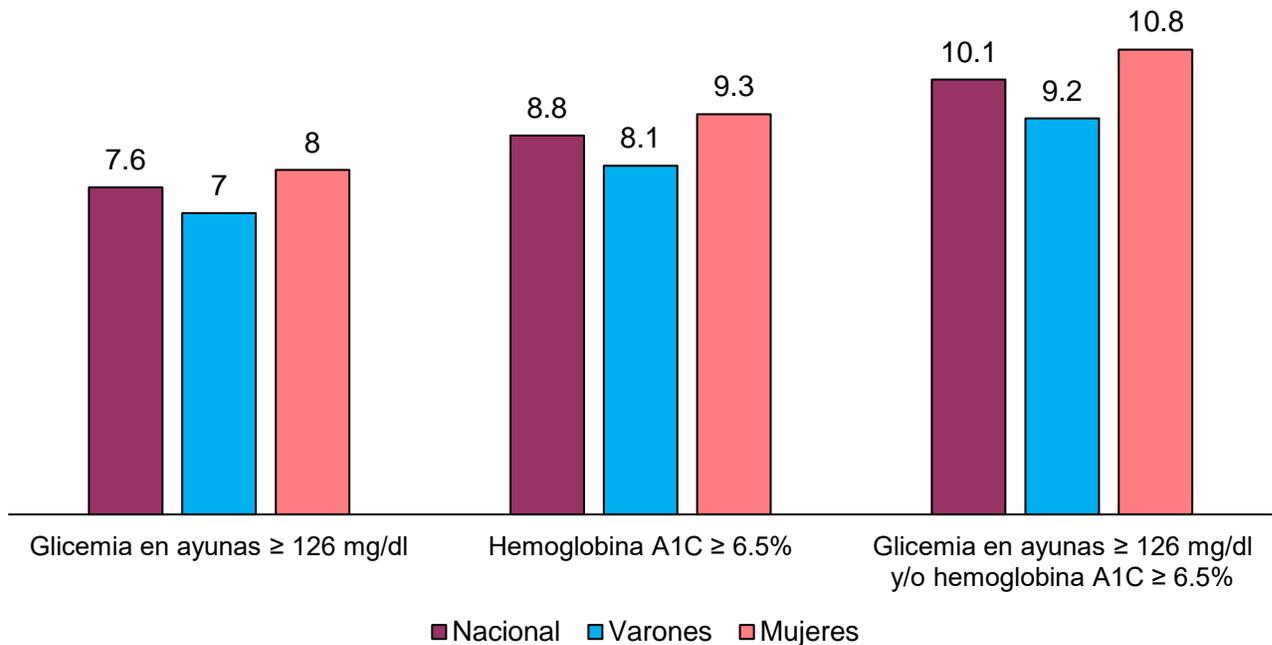
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.37 Distribución porcentual de personas de 15 años y más de la submuestra según antecedente médico de diabetes mellitus y uso de medicamentos para el control de diabetes mellitus por área. Panamá. 2019.



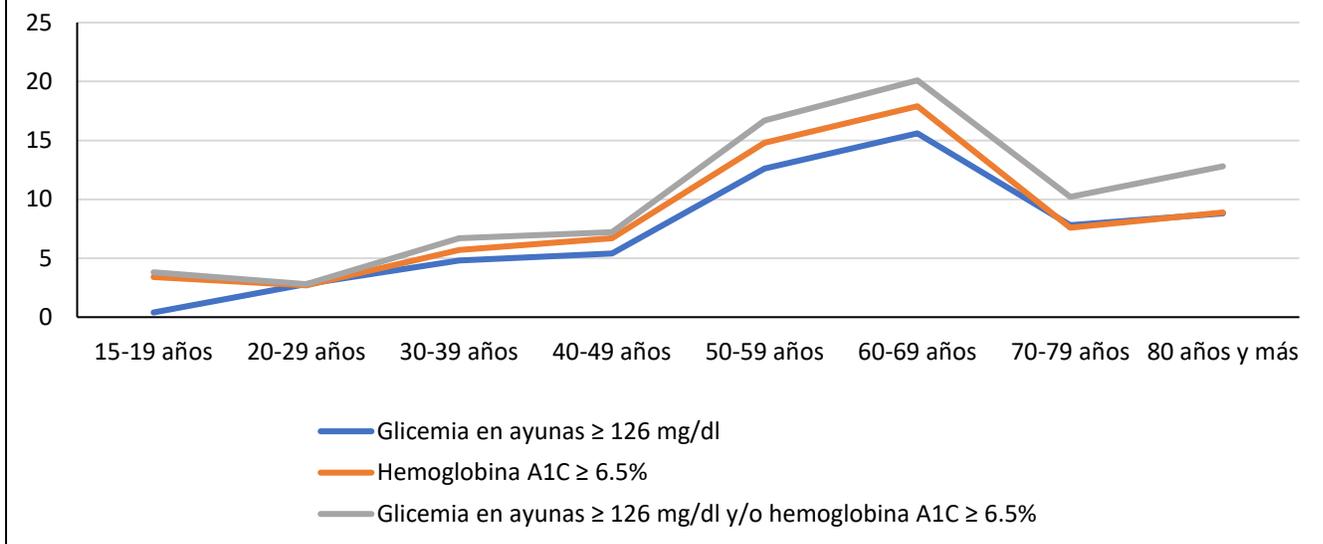
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.38 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con biomarcadores de glicemia elevadas por sexo. Panamá. 2019.



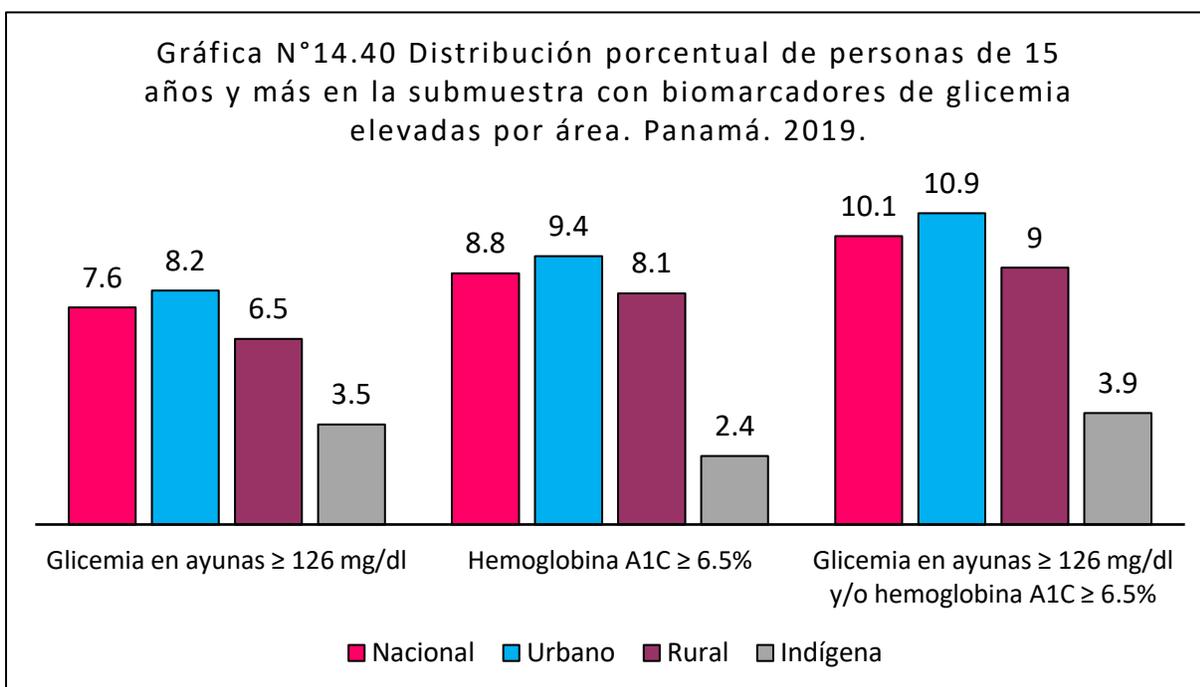
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfico 14.39 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con biomarcadores de glicemia elevadas por grupo etario. Panamá. 2019.



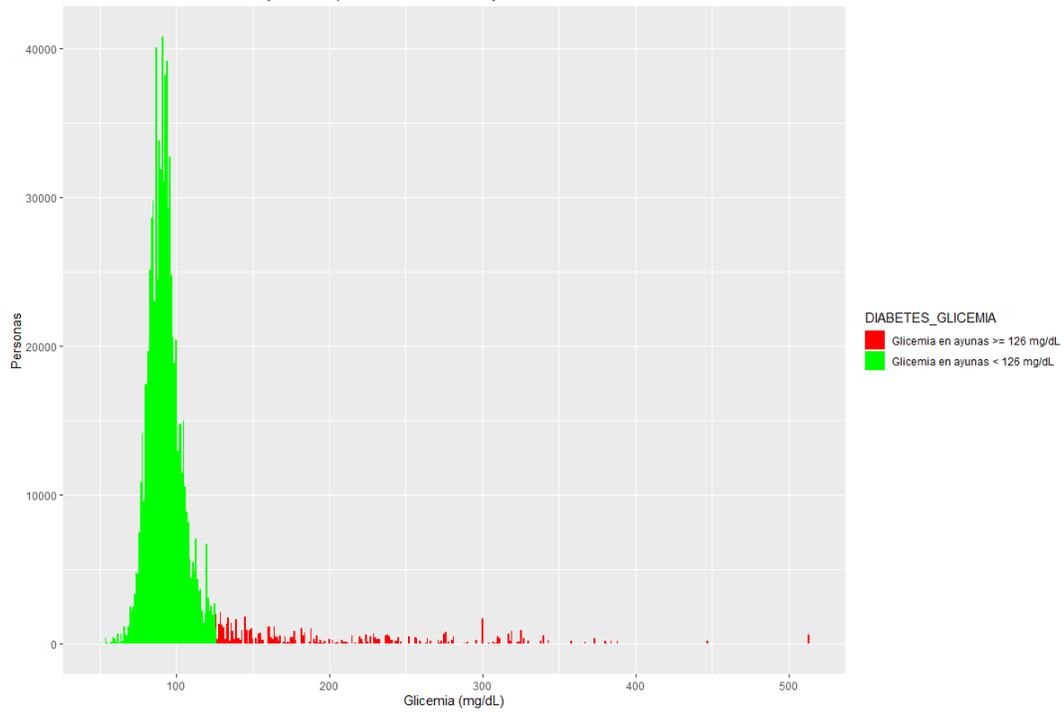
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica N°14.40 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con biomarcadores de glicemia elevadas por área. Panamá. 2019.



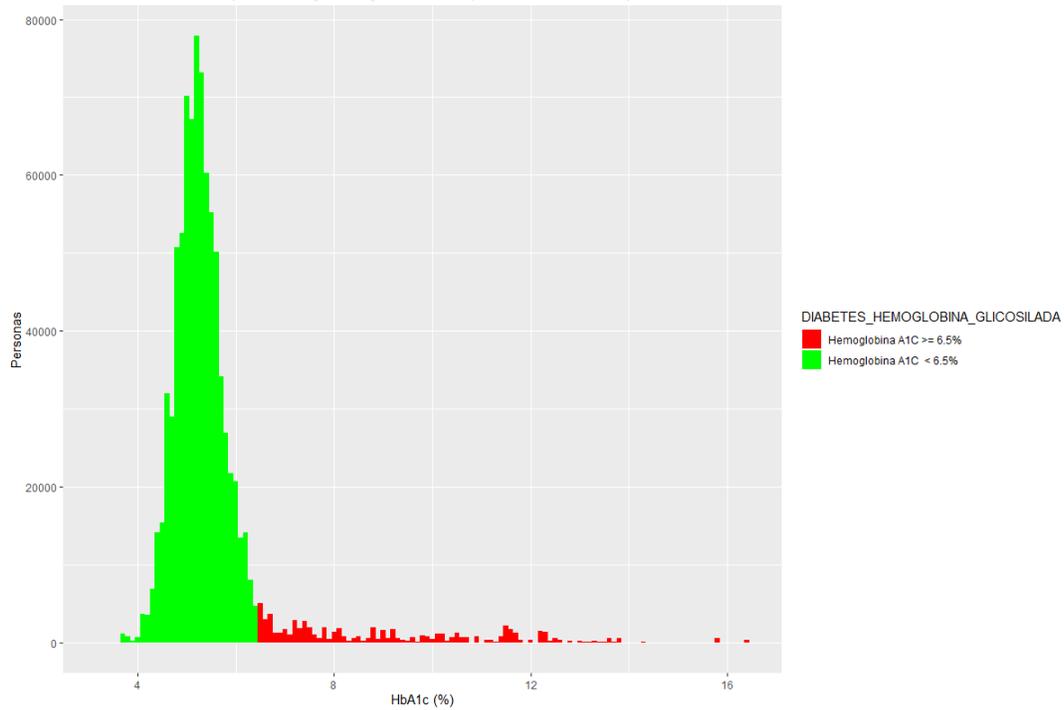
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.41. Glicemia en ayunas en personas de 15 años y más. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.42. Porcentaje de hemoglobina glicosilada en personas de 15 años y más. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.3.6 Prevalencia de bio-marcadores de glicemia elevada en personas sin antecedente de diabetes mellitus

A nivel nacional, estimamos que un 5.7% de personas sin antecedentes médico de diabetes mellitus presentaron dicha condición definida mediante una glicemia en ayunas de por lo menos 12 horas elevada (niveles de ≥ 126 mg/dl) y/o hemoglobina A1c elevada (niveles $\geq 6.5\%$). Un 3.7% de las personas sin antecedentes de diabetes mellitus presentaron una glicemia en ayunas elevada y un 4.8% de dichas personas presentaron niveles de hemoglobina A1C elevada (Gráfica 14.43 y 14.45/Tabla Anexa 14.12.1).

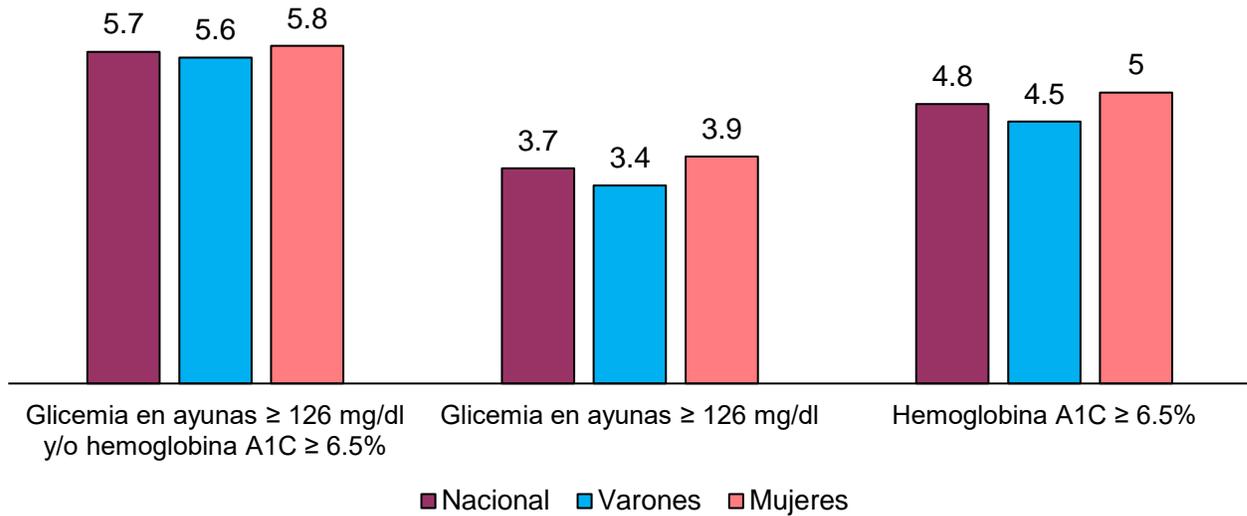
No se encontraron diferencias por sexo con relación a la prevalencia de diabetes mellitus en personas sin antecedente médico de la condición definida mediante la glicemia en ayuna elevada y/o hemoglobina A1C elevada. (Gráfica 14.43/Tabla Anexa 14.12.1).

Con relación a la edad, se determinó que 3.5% de las personas incluidas en la submuestra con menos de 20 años, sin antecedente de diabetes mellitus presentan niveles elevados de hemoglobina A1C, pero ninguno presenta niveles elevados de glicemia en ayunas de por lo menos 12 h. Al comparar las personas de 60 años y más sin antecedente de diabetes mellitus con las personas entre 20 y 59 años se aprecia que los primeros tienen una mayor prevalencia de niveles elevados de glicemia en ayunas y de niveles elevados de hemoglobina A1C (Gráfica 14.44/Tabla Anexa 14.12.1).

No hay diferencias significativas en la prevalencia de bio-marcadores de glicemia elevada entre el área urbana, el área rural y la prevalencia nacional en personas sin antecedente médico de diabetes mellitus. El área indígena presentó una prevalencia de 2.4% de diabetes mellitus en personas sin antecedentes médico de dicha condición definida mediante una glicemia en ayunas de por lo menos 12 horas elevada (niveles de ≥ 126 mg/dl) y/o hemoglobina A1c elevada (niveles $\geq 6.5\%$). La diferencia entre la prevalencia de bio-marcadores de glicemia elevada en el área indígena y las otras dos regiones es estadísticamente significativa (Gráfica 14.45/Tabla Anexa 14.12.2).

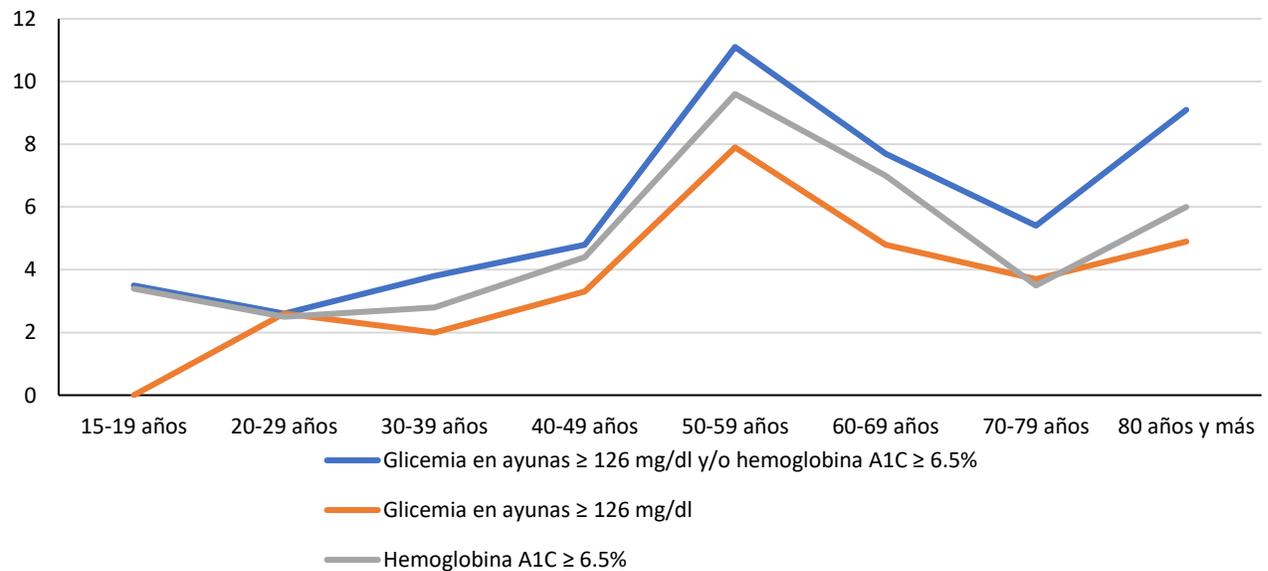
Los resultados de los laboratorios no tienen representatividad a nivel de región de salud. Debido a esto, no se ha desagregado este dato hasta ese nivel.

Gráfica 14.43 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con biomarcadores de glicemia elevadas sin antecedentes de diabetes mellitus por sexo. Panamá. 2019.



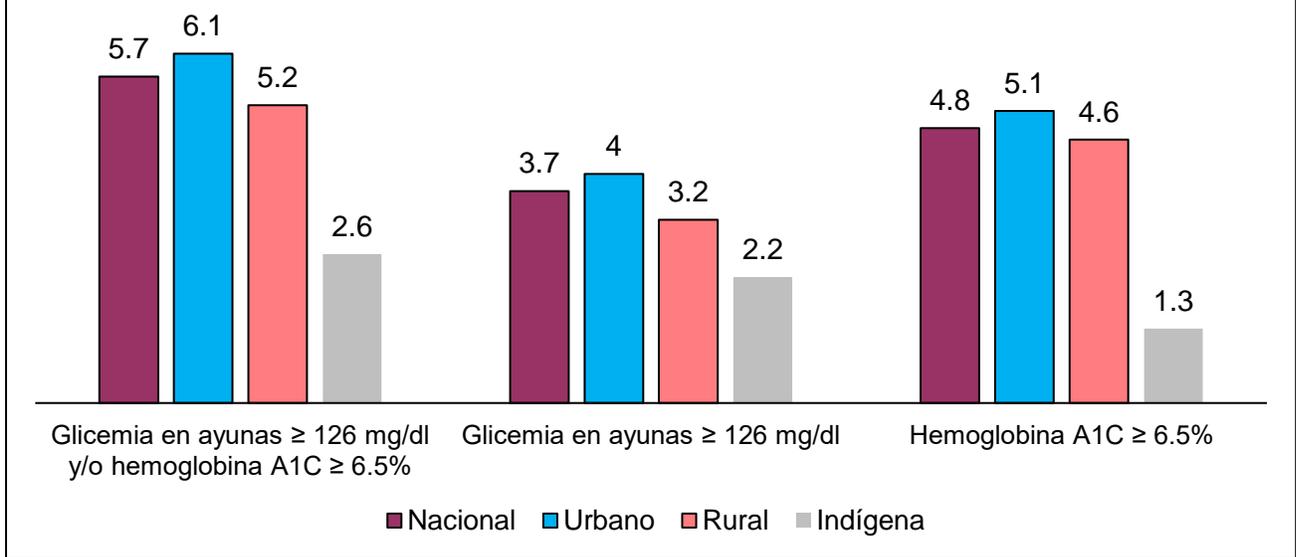
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.44 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con biomarcadores de glicemia elevadas sin antecedente de diabetes mellitus por grupo etario. Panamá. 2019.



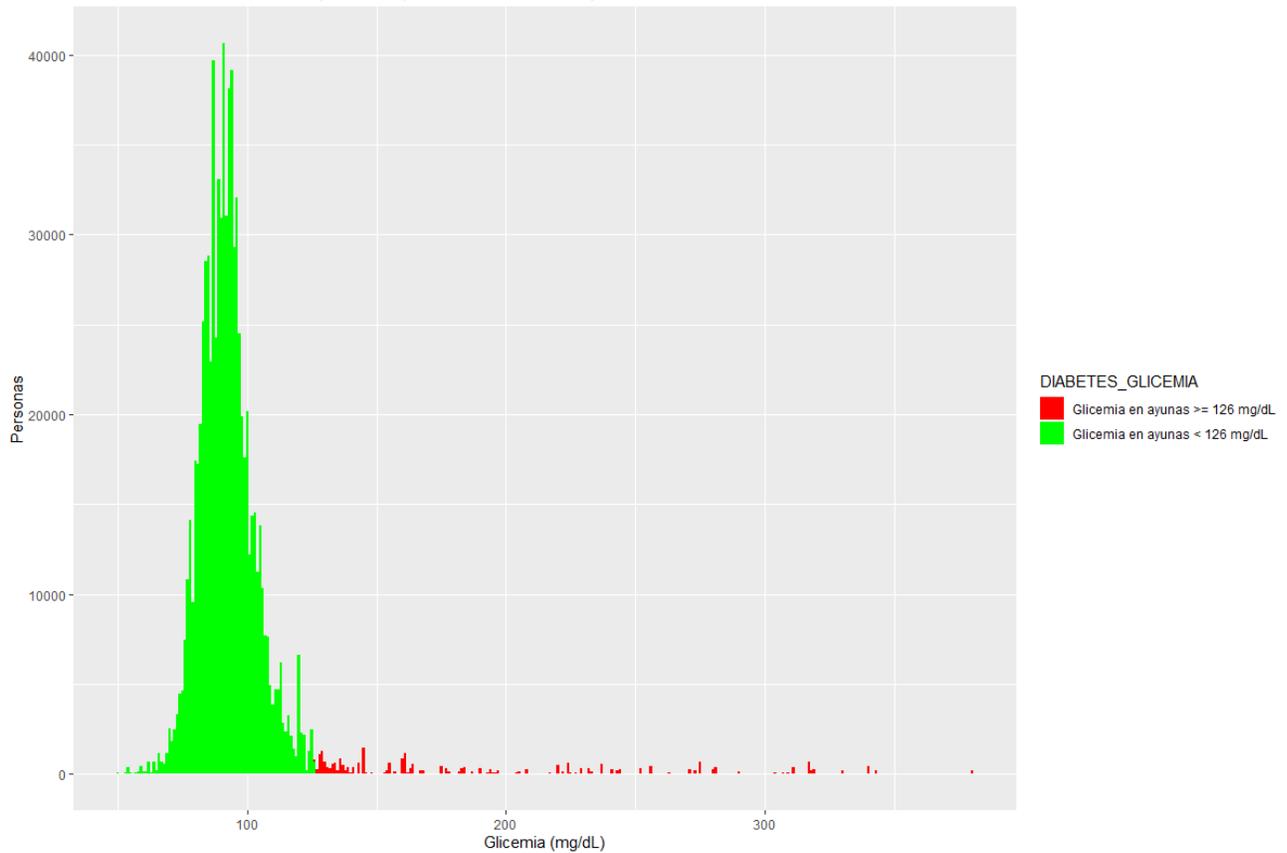
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.45 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con biomarcadores de glicemia elevadas sin antecedentes de diabetes mellitus por área. Panamá. 2019.



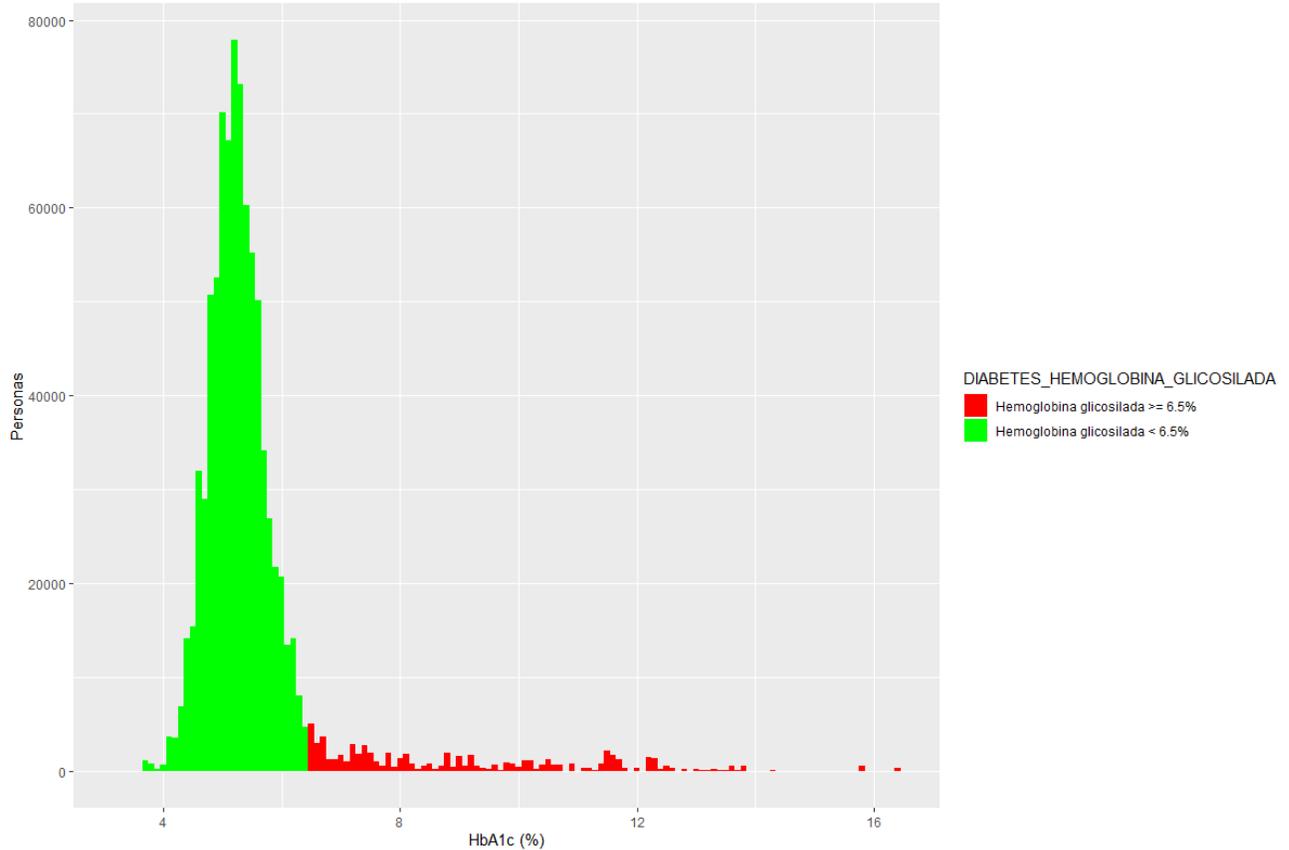
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.46. Glicemia en ayunas en personas de 15 años y más sin antecedente médico de Diabetes Mellitus. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (2019)

Gráfica 14.47. Porcentaje de hemoglobina glicosilada en personas de 15 años y más sin antecedente médico de Diabetes Mellitus. Panamá. 2



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (2019)

Conclusión

La prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 15 años y más a nivel nacional fue de 14.4%.

La prevalencia del antecedente médico de Diabetes Mellitus en personas de 15 años y más a nivel nacional fue de 5.8%

La prevalencia de Diabetes Mellitus detectada de novo utilizando en personas de 15 años y más a nivel nacional fue de 5.7%

14.4 Dislipidemia

En esta sección de la ENSPA, se describen las características relacionadas a la dislipidemia según hallazgos obtenidos en la submuestra de la población estudiada.

14.4.1 Prevalencia de Dislipidemia según laboratorios en la submuestra con relación a la edad, sexo y área

Entre aquellos que fueron evaluados con laboratorios, (participantes de la submuestra), se estimó que un 38.9% tenían niveles de colesterol > 200 mg/dl, 21.9% tenía niveles de colesterol LDL > 100, 53.1% tenían niveles de colesterol HDL disminuidos según los valores normales de hombres y de mujeres y un 38.0% tenían niveles de triglicéridos > 150 mg/dl (Gráfica 14.49, Tabla Anexa 14.13.1).

Con relación a los valores de colesterol total, de colesterol LDL y de triglicéridos, se determinaron valores en el tercer cuartil que permiten la clasificación de personas con colesterol elevado y con triglicéridos elevados, al igual que los valores de colesterol HDL del primer cuartil identifican aquellos con niveles bajos de colesterol HDL (Tabla Anexa 14.14.1).

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas por sexo con relación a la prevalencia de niveles de LDL > 100 mg/dl. En cambio, se observa que dos de cada cinco mujeres (40.7%) tuvieron niveles de colesterol total > 200 mg/dl, mientras que un 37.1% de los varones presentaron niveles de colesterol total elevados. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

Un poco más de la mitad de las mujeres (59.0%), presentaron niveles de colesterol HDL < 50 mg/dl, mientras que un 44.9% de los varones demostraron niveles de colesterol HDL < 40 mg/dl, encontrándose diferencias estadísticamente significativas según sexo (Gráfica 14.49, Tabla Anexa 14.13.1).

La prevalencia de triglicéridos > 150 mg/dl en la submuestra fue de 38.0%. Dos de cada cinco varones (43.4%) presentaron valores de triglicéridos > 150 mg/dl y poco más de tres de cada diez mujeres (34.3%) presentaron valores de triglicéridos elevados.

Al valorar la prevalencia de dislipidemias según la edad, se observó un incremento con el aumento de edad hasta llegar a un máximo en el quinquenio entre los 55 y 59 años. La

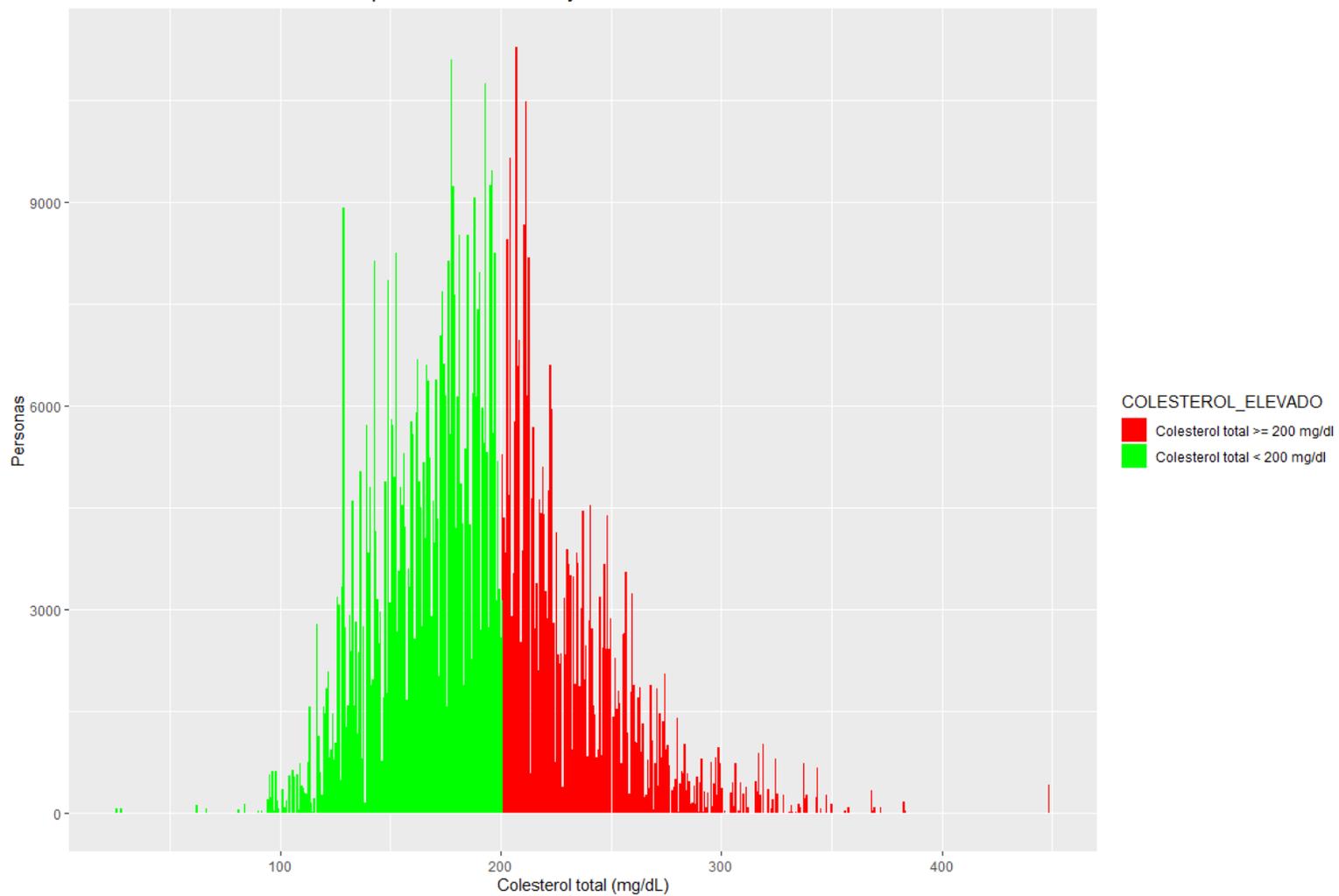
máxima prevalencia de tener un colesterol HDL bajo, se observó entre los 45 y 49 años. A edades superiores a estas, las prevalencias de las diversas dislipidemias tienden a disminuir.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia del área urbana y el área rural, con respecto a la prevalencia nacional de niveles de colesterol total > 200 mg/dl, colesterol LDL > 100 mg/dl y colesterol HDL disminuido. El área indígena presenta prevalencias de colesterol total > 200 mg/dl de 15.1% y de colesterol LDL > 100 mg/dl de 7.2%, con diferencias estadísticamente significativas al comparar esta área con las otras dos áreas. En cambio, el área indígena presenta una prevalencia de niveles de HDL disminuido de 65.8% que representa una diferencia estadísticamente significativa al compararla con las otras dos áreas.

La prevalencia de triglicéridos > 150 mg/dl, fue de 36.6% en el área urbana, la cual NO presenta diferencias estadísticamente significativas al compararla con el área indígena, pero sí con la rural (41.9%). No hay diferencias estadísticamente significativas entre el área rural y el área indígena con relación a la prevalencia de triglicéridos séricos > 150 md/dl.

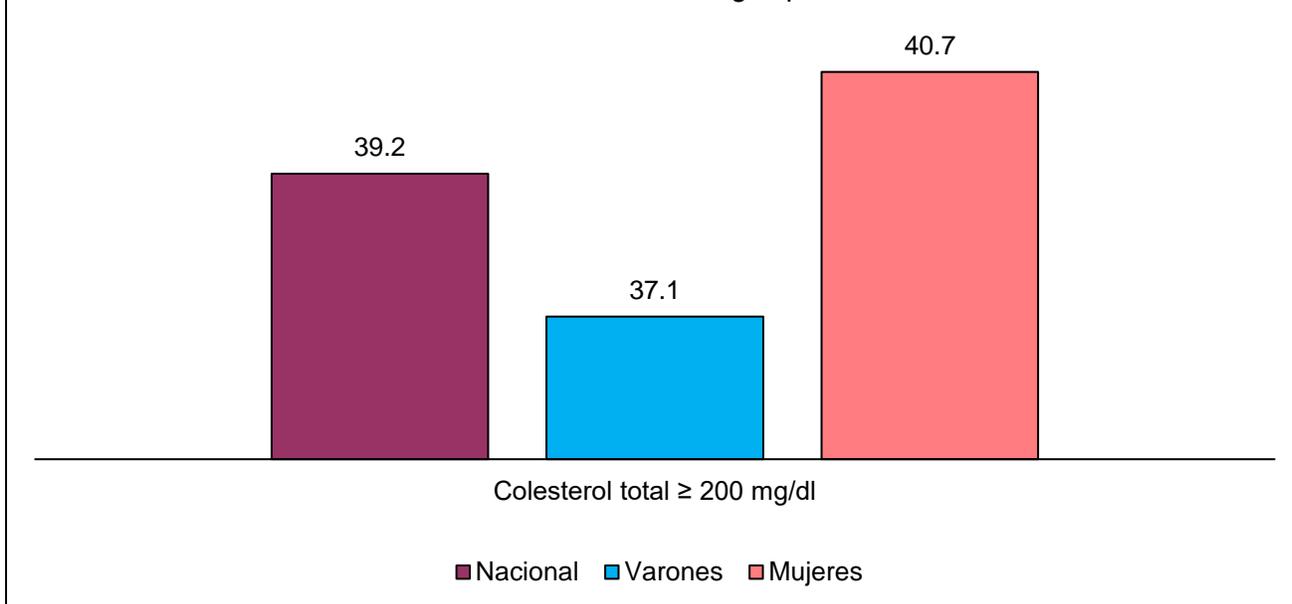
La prevalencia en la submuestra del uso de medicamentos para el control del colesterol y/o triglicéridos 12 horas previo a la toma de laboratorios fue de 5.3%. Debido a esta baja prevalencia, no se pudo precisar diferencias de uso de medicamentos con relación a la edad. En el área urbana, la prevalencia de uso de medicamentos para el control del colesterol y/o triglicéridos 12 hora antes de la toma de laboratorios fue de 6.2%, en el área rural fue de 3.5% y de 0.2% en el área indígena. Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar el uso de medicamentos para el control de dislipidemias entre estas tres áreas (Gráficas N°14.49-66, Tabla Anexas 14.13.1 y .2, 14.14.1 y .2).

Gráfica 14.48. Colesterol total en personas de 15 años y más. Panamá. 2019.



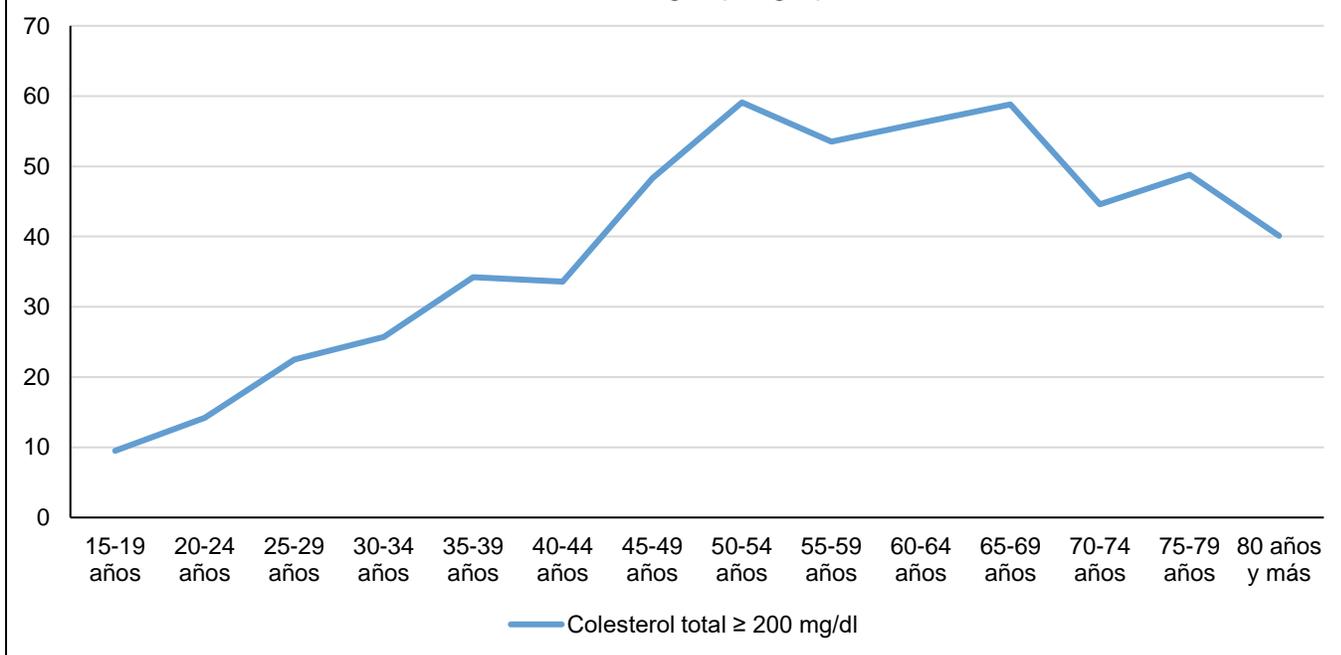
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.49 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con colesterol total \geq 200 mg/dl por sexo. Panamá. 2019.

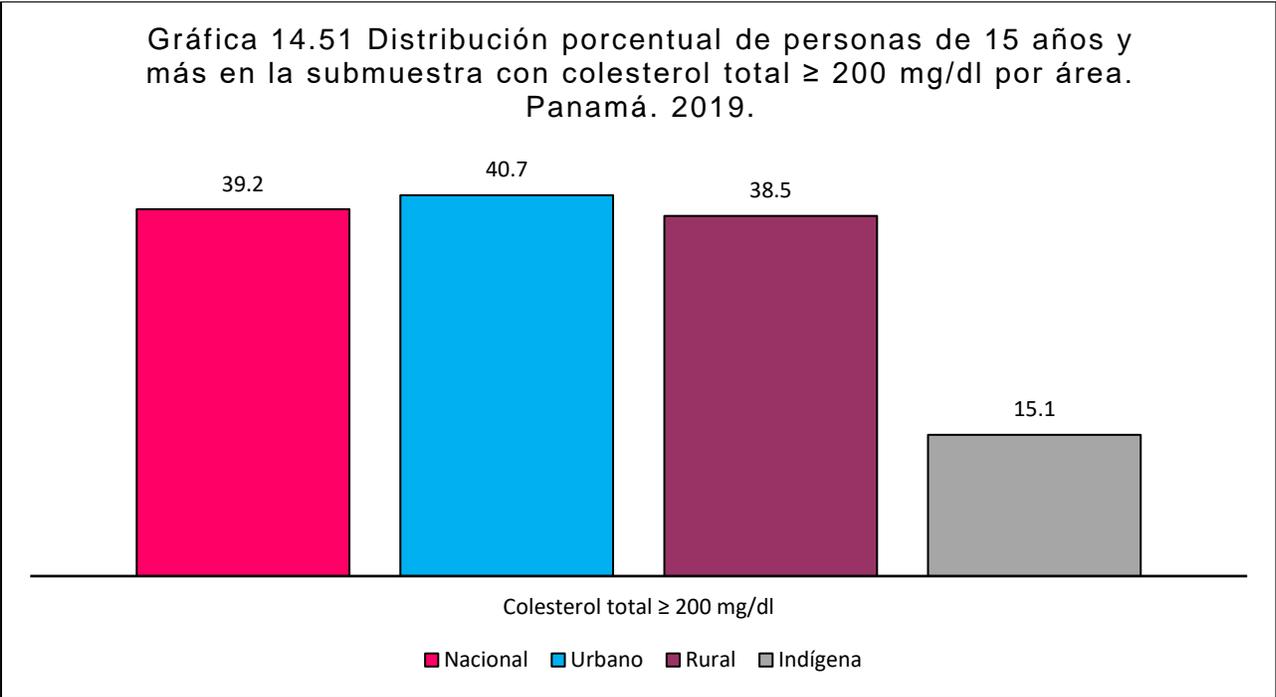


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

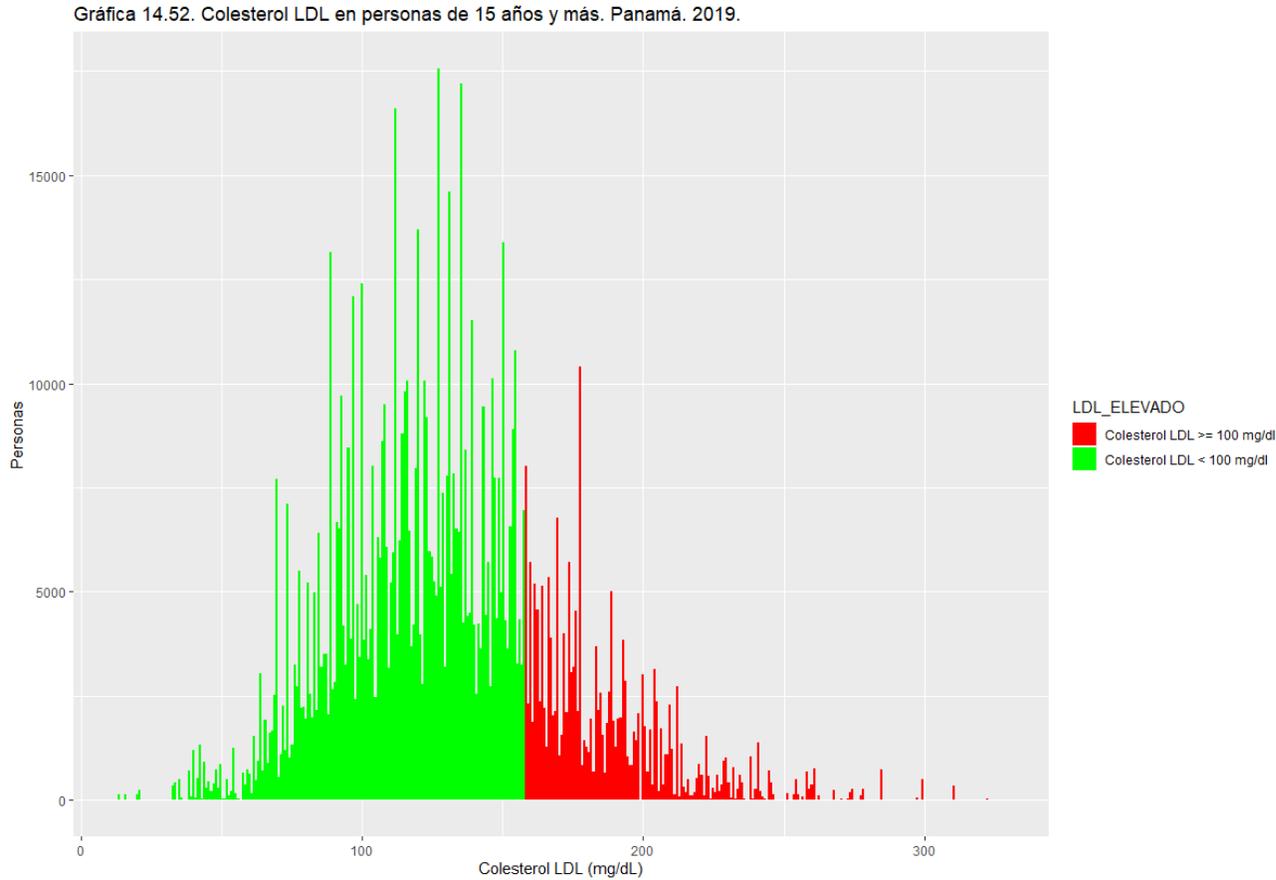
Gráfica 14.50 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con colesterol total \geq 200 mg/dl por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

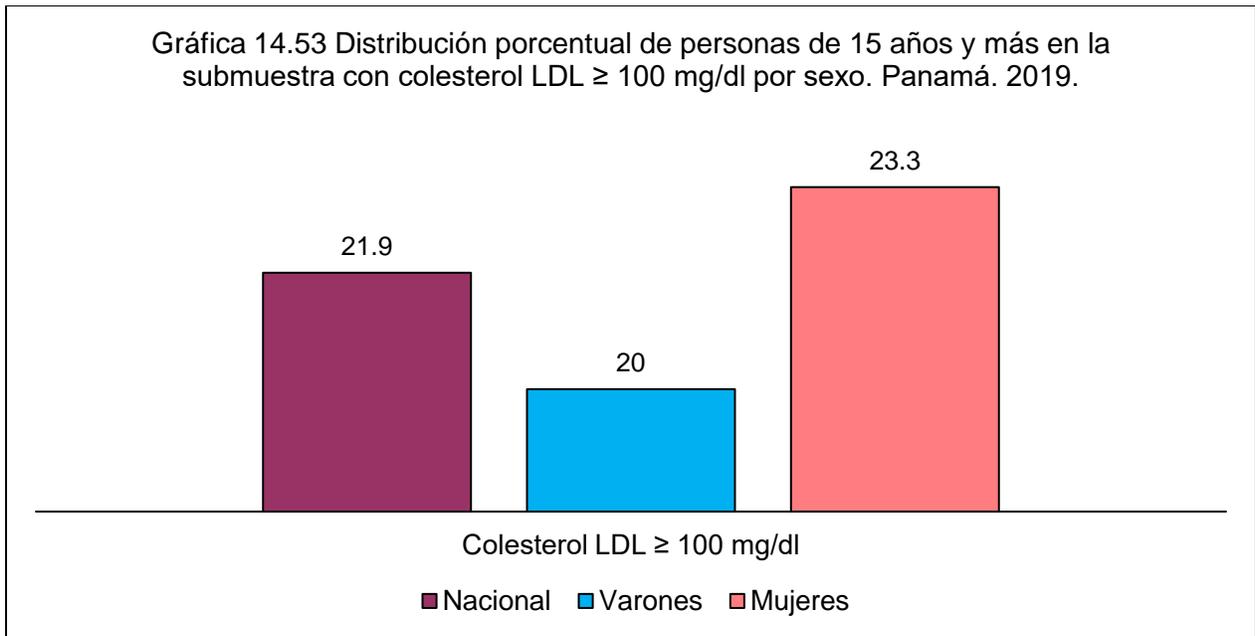


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.



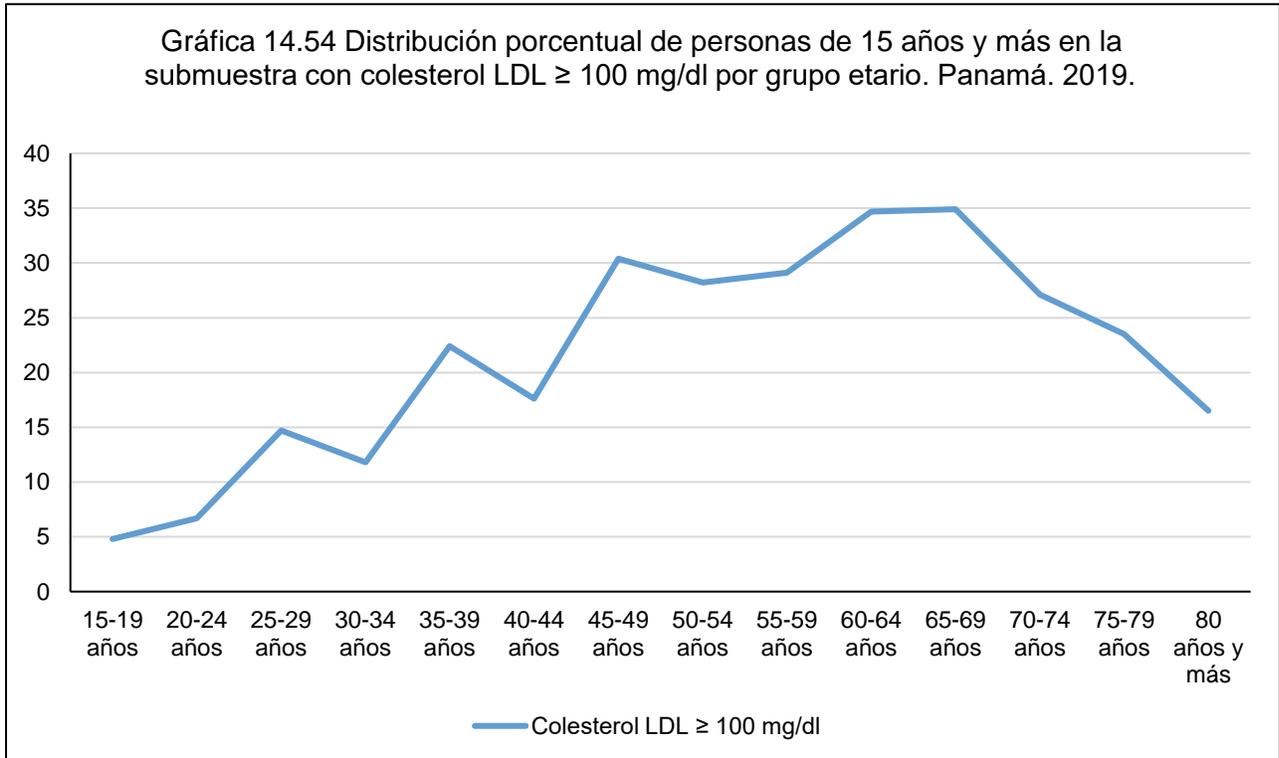
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.53 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con colesterol LDL \geq 100 mg/dl por sexo. Panamá. 2019.



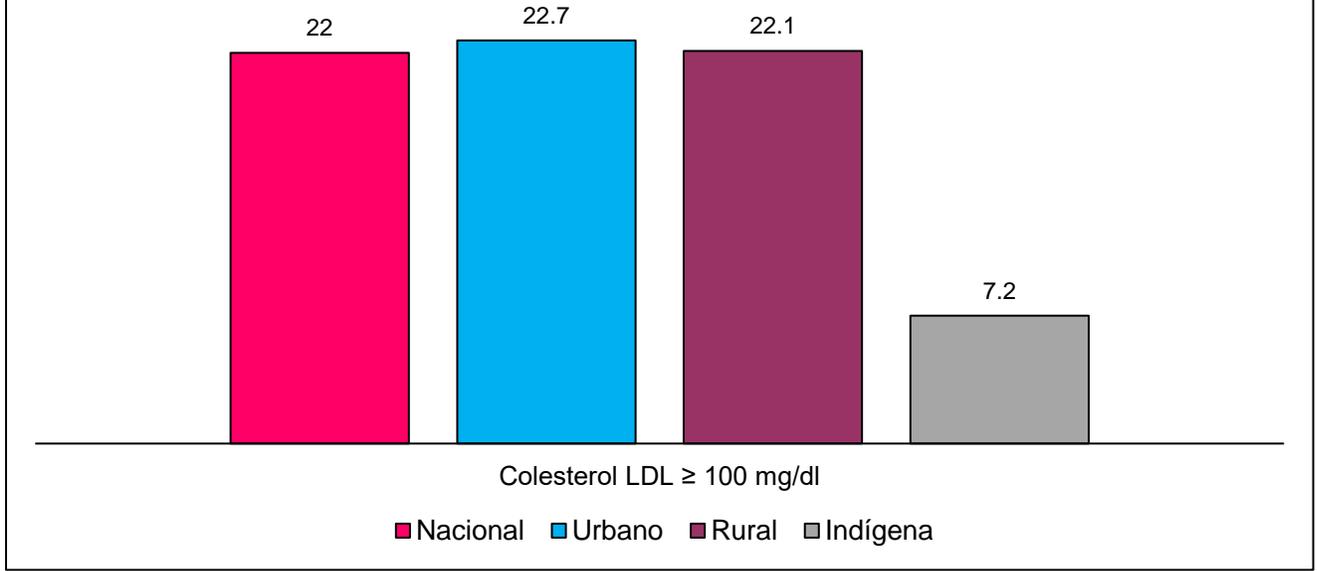
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.54 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con colesterol LDL \geq 100 mg/dl por grupo etario. Panamá. 2019.



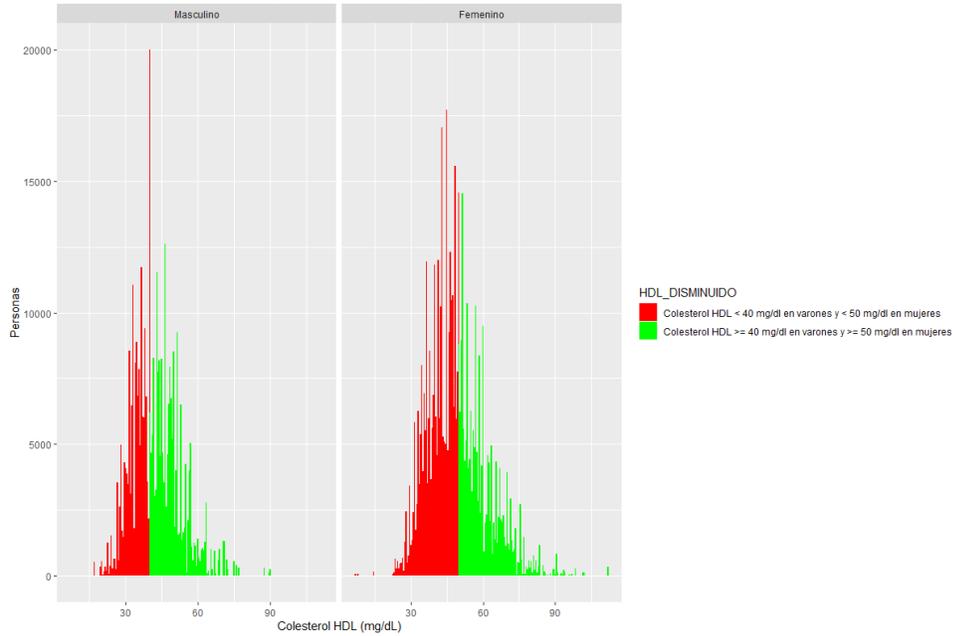
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.55 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con colesterol LDL \geq 100 mg/dl por área. Panamá. 2019.



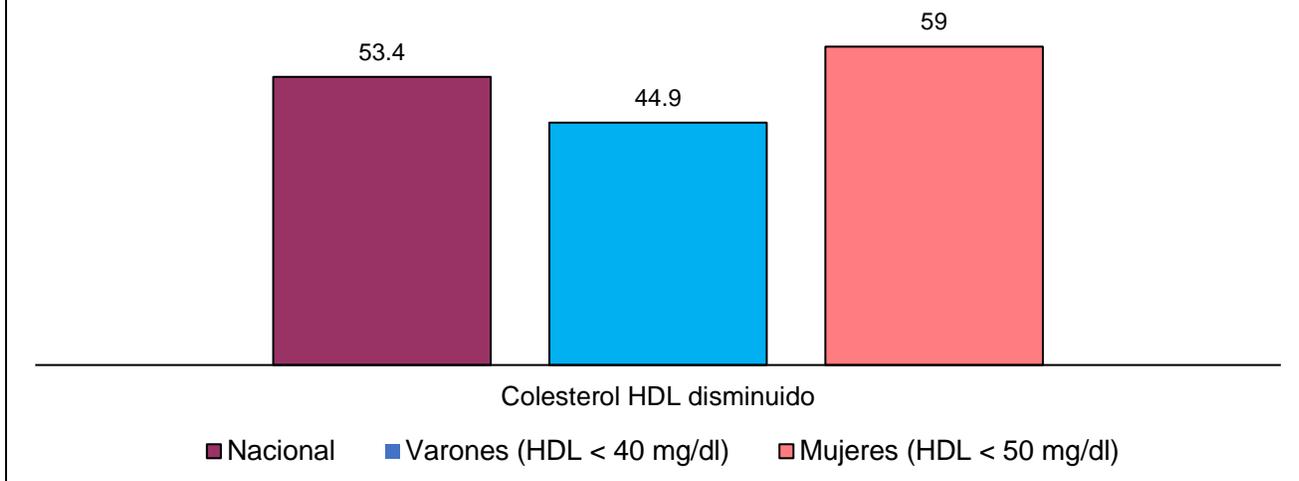
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.56. Colesterol HDL en personas de 15 años y más. Panamá. 2019.



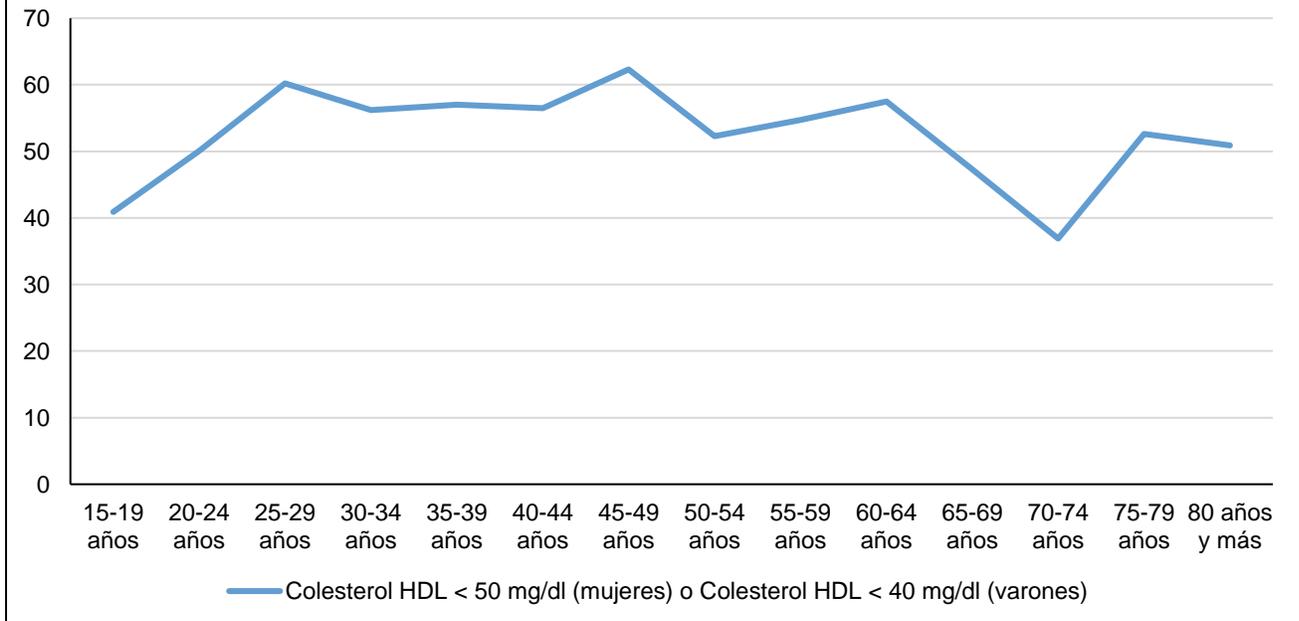
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.57 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con colesterol HDL < 50 mg/dl (mujeres) y HDL < 40 mg/dl (varones) por sexo. Panamá. 2019.



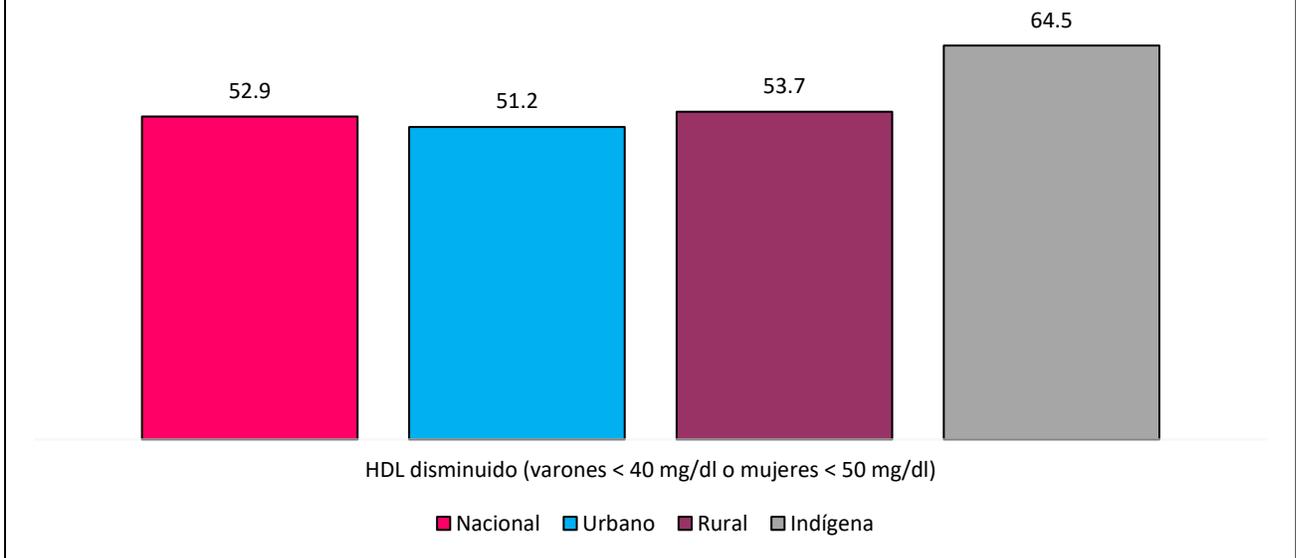
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Tabla 14.58 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con colesterol HDL < 50 mg/dl (mujeres) y HDL < 40 mg/dl (varones) por grupo etario. Panamá. 2019.



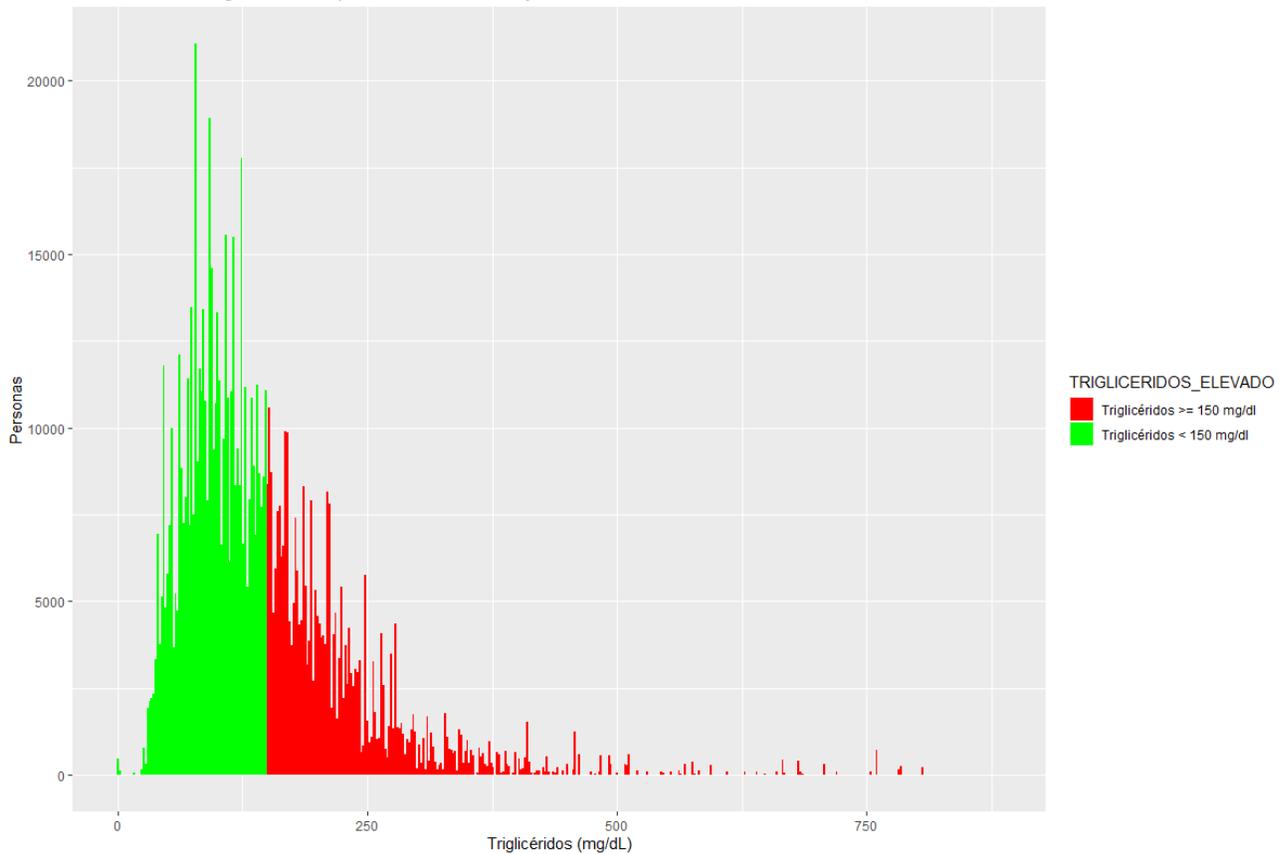
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Tabla 14.59 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con colesterol HDL < 50 mg/dl (mujeres) y HDL < 40 mg/dl (varones) por área. Panamá. 2019.



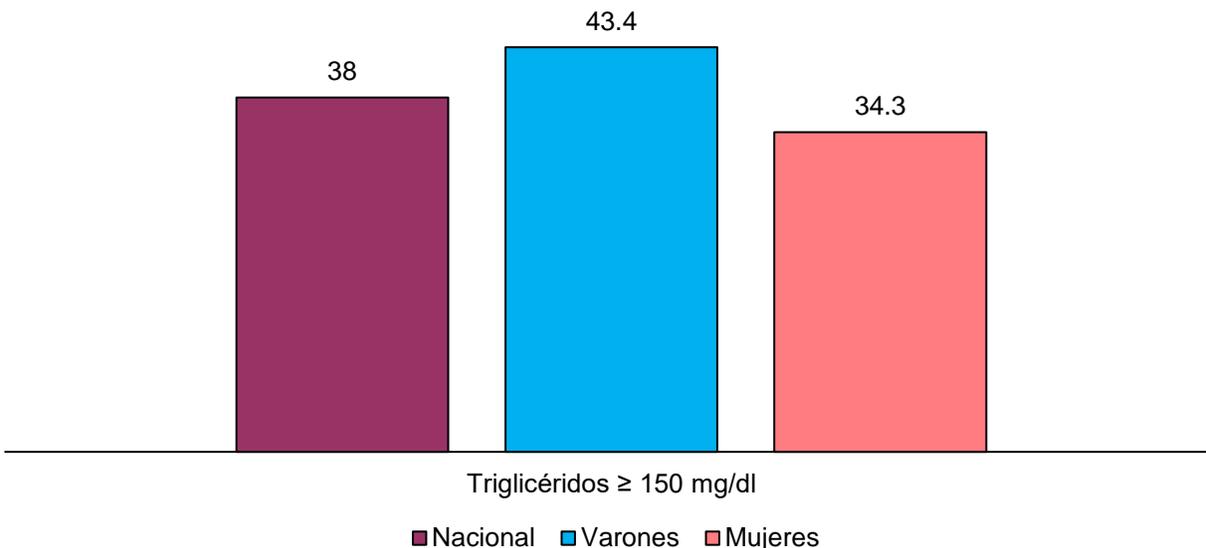
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.60. Triglicéridos en personas de 15 años y más. Panamá. 2019.



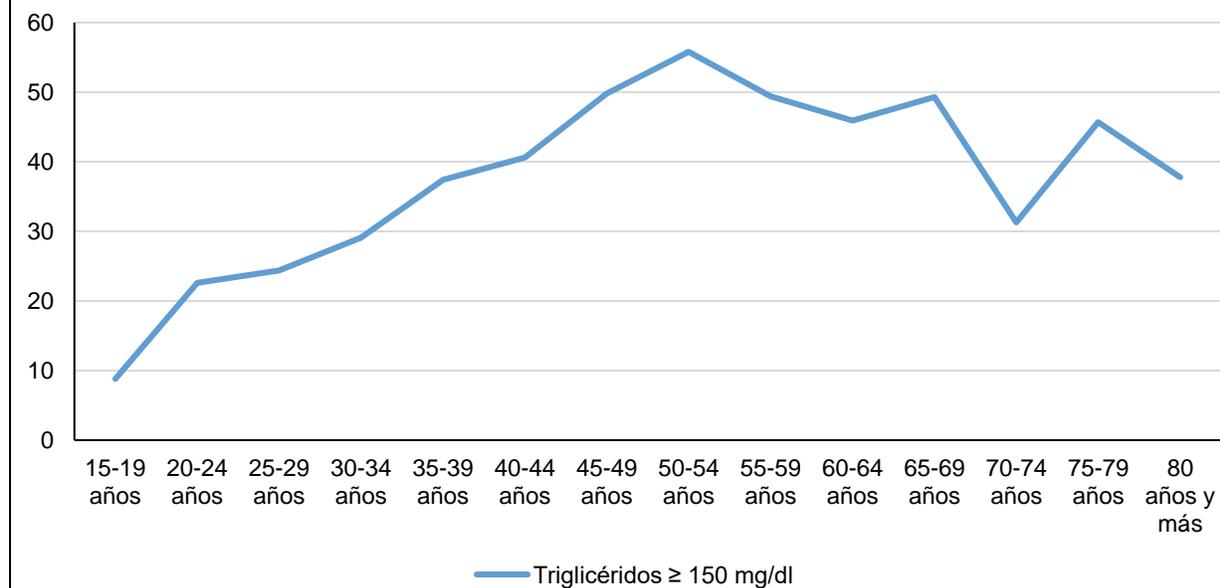
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.61 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con triglicéridos \geq 150 mg/dl por sexo. Panamá. 2019.



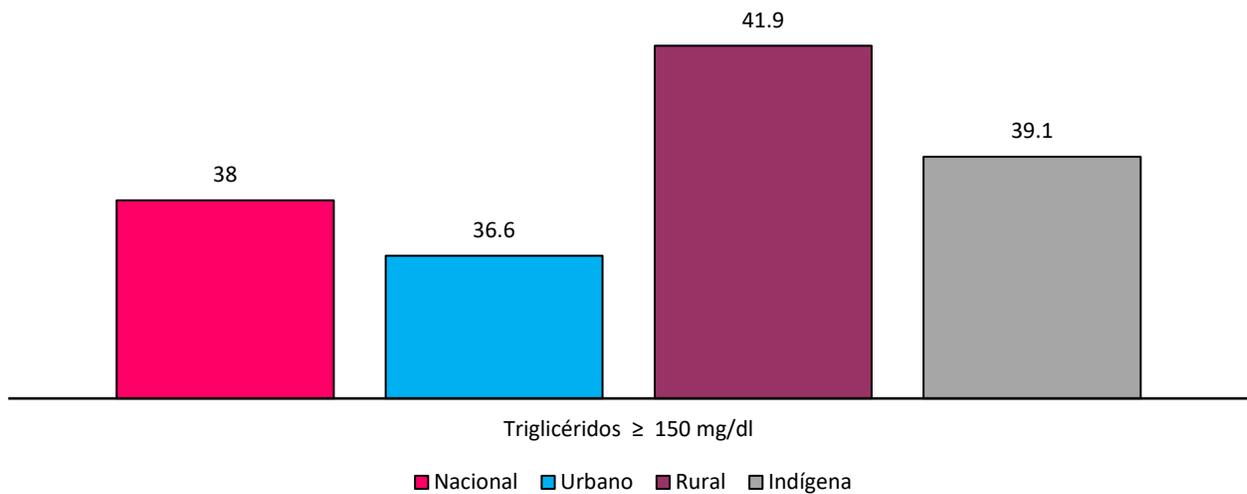
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.62 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con triglicéridos \geq 150 mg/dl por grupo etario. Panamá. 2019.



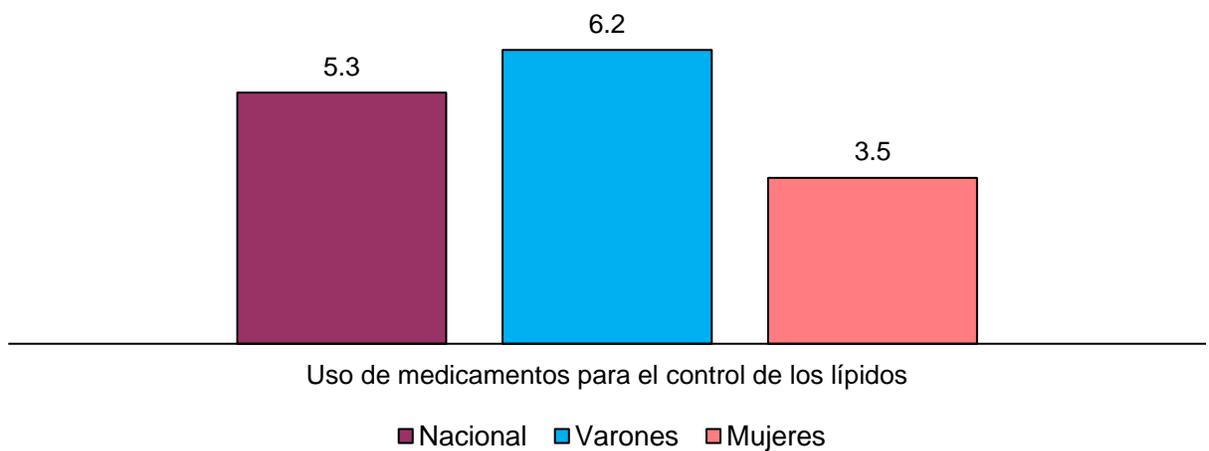
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.63 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra con triglicéridos ≥ 150 mg/dl por área. Panamá. 2019.



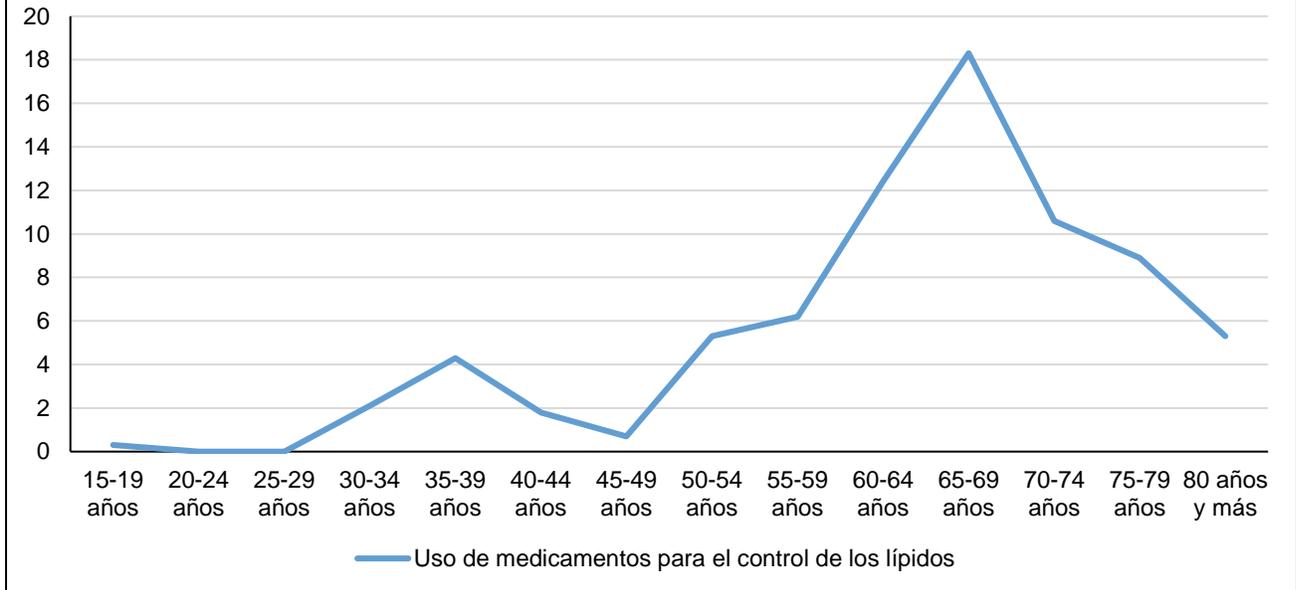
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.64 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra según el uso de medicamentos para el control de los lípidos séricos por sexo. Panamá. 2019.



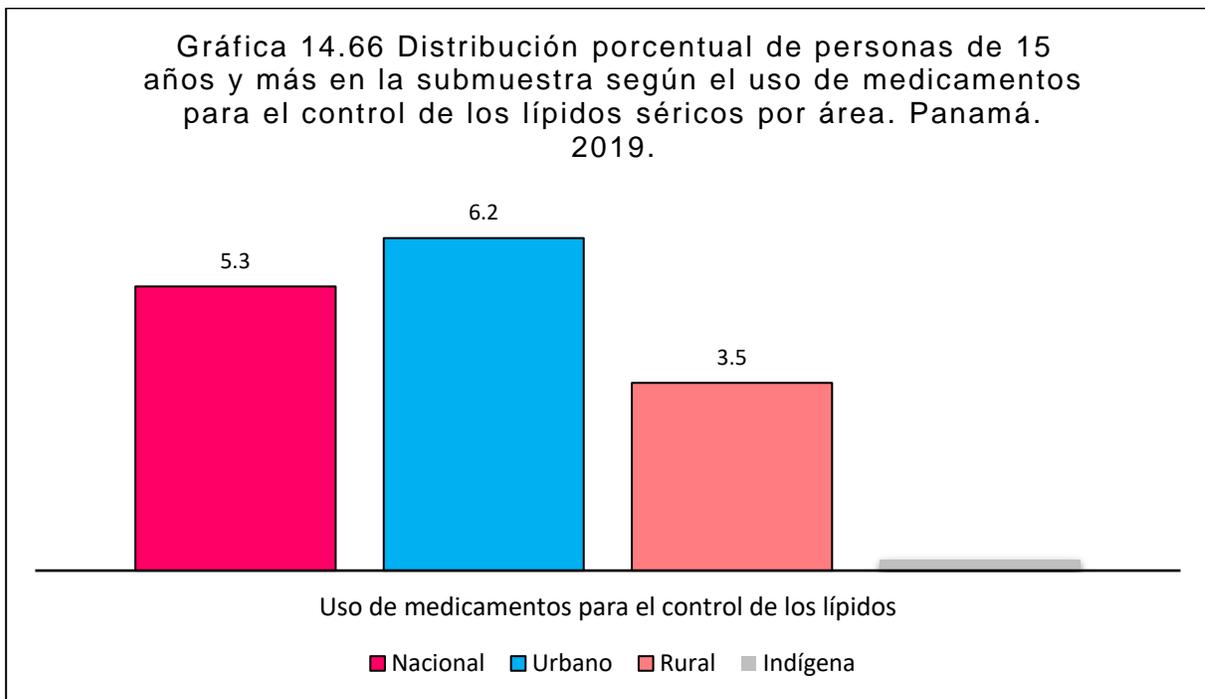
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.65 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra según el uso de medicamentos para el control de los lípidos séricos por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.66 Distribución porcentual de personas de 15 años y más en la submuestra según el uso de medicamentos para el control de los lípidos séricos por área. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.4.2 Prevalencia del antecedente médico de Dislipidemia con relación al área, región de salud y comarcas

A nivel nacional la prevalencia auto reportada de tener un antecedente médico de dislipidemia fue de un 0.6% lo que representa una población a nivel nacional de 18,733 personas (Tabla Anexa 14.15.1 y 14.15.2. Dicha prevalencia es inferior y no comparable a la prevalencia reportada en encuestas poblacionales anteriores, como la del estudio PREFREC. Entre las potenciales explicaciones de la baja prevalencia estimada se encuentra el desconocimiento de la población del término dislipidemia/hiperlipidemias. Pese a que la pregunta fue validada en la prueba piloto ampliando la definición de dislipidemias como colesterol y triglicéridos altos, dicho detalle se omitió por error en el trabajo de campo.

No hay diferencias estadísticamente significativas de la prevalencia de dislipidemia por sexo o edad. No hay diferencias estadísticamente significativas de antecedente de dislipidemia entre el área urbana, el área rural y la prevalencia nacional. En cambio, la prevalencia de antecedente médico de dislipidemia en el área indígena fue de 0.3%, la cual presenta diferencias estadísticamente significativas al compararla con las otras dos áreas (Tabla Anexa 14.15.1 y 14.15.2).

Con prevalencias tan bajas como estas no se puede valorar con precisión diferencias entre las diversas regiones de salud o valorar los tratamientos con relación al antecedente médico de dislipidemia.

Conclusión

La prevalencia de Hipercolesterolemia (niveles > 200 mg/dl) en personas de 15 años y más a nivel nacional fue de 38.2%.

La prevalencia de colesterol LDL aumentado (niveles > 100 mg/dl) en personas de 15 años y más a nivel nacional fue de 21.9%.

La prevalencia de colesterol HDL disminuido (niveles < 40 mg/dL en mujeres y de < 50 mg/dl en hombres) en personas de 15 años y más a nivel nacional fue de 53.1%.

La prevalencia de triglicéridos aumentados (niveles > 150 mg/dL) en personas de 15 años y más a nivel nacional fue de 38.0%.

14.5. Enfermedad renal crónica

En esta sección de la ENSPA, se describe:

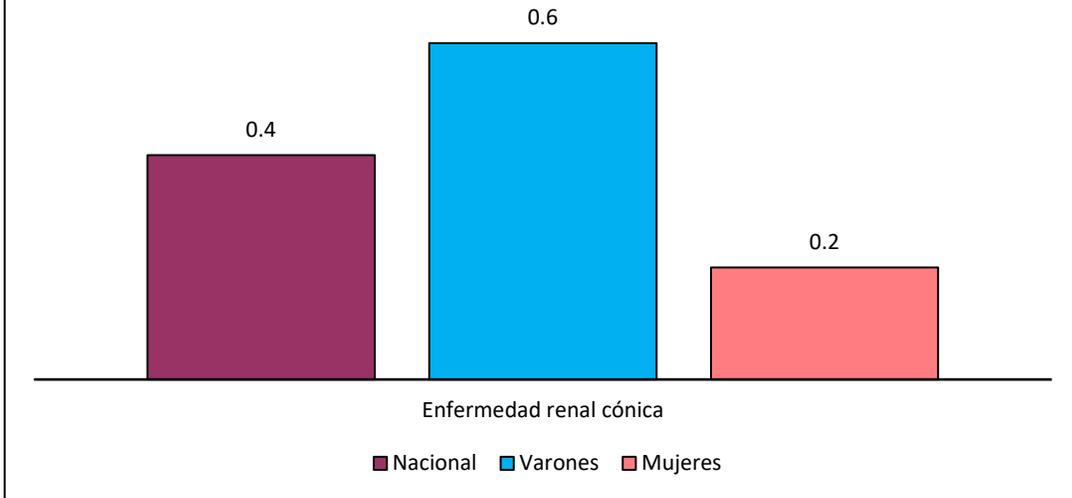
1. La prevalencia de antecedente médico de enfermedad renal crónica
2. La prevalencia de biomarcadores de disfunción renal alterados
3. La prevalencia de enfermedad renal crónica en la submuestra

14.5.1 Prevalencia de antecedente médico de enfermedad renal crónica con relación a la edad y sexo

A nivel nacional, se estimó que 12,379 personas declararon antecedente médico de enfermedad renal crónica, lo que representa una prevalencia de 0.4% de la población de 15 años y más de país. La prevalencia de antecedente médico de enfermedad renal crónica fue superior en los hombres (0.6%), con respecto a las mujeres (0.2%). Esta diferencia es estadísticamente significativa (Gráfica 14.67, Tabla Anexa 14.16.1).

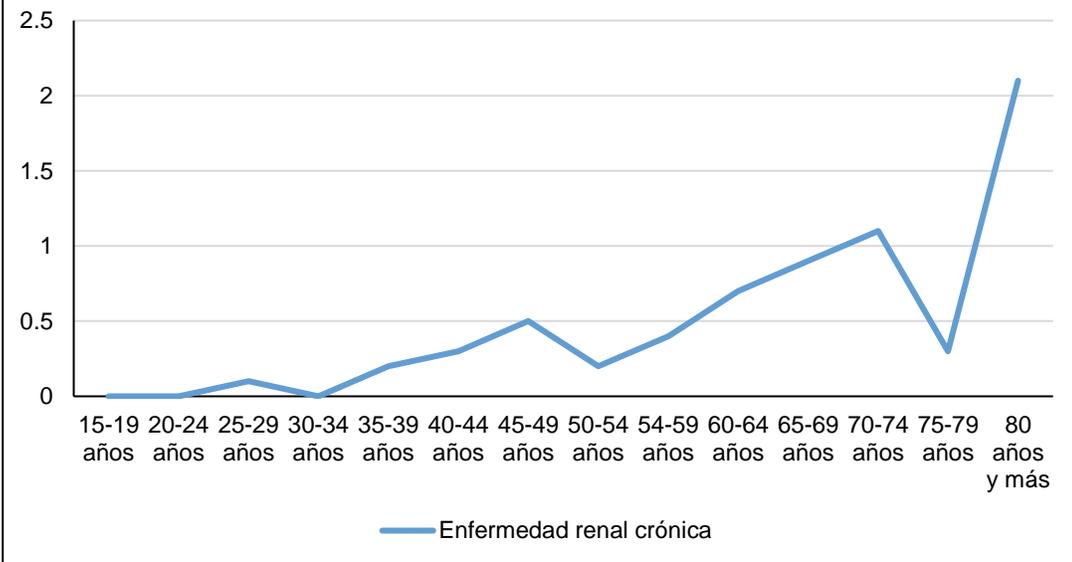
Con relación a la edad, con excepción de algunos grupos etarios, se observa que la prevalencia de antecedente médico de enfermedad renal crónica se incrementó al aumentar la edad, encontrándose la prevalencia más alta en el grupo poblacional de 80 años y más (2.1%) (Gráfica 14.68, Tabla Anexa 14.16.1).

Gráfica 14.67 Distribución porcentual de personas de 15 años o más según antecedente médico de Enfermedad renal crónica, por sexo. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

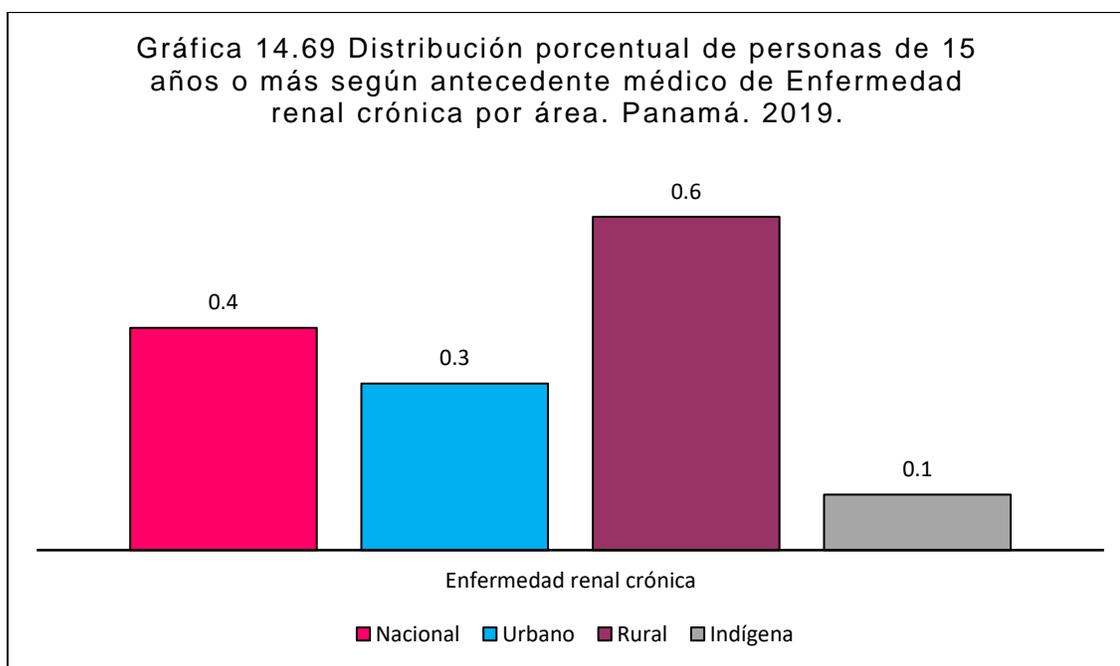
Gráfica 14.68 Distribución porcentual de personas de 15 años o más según antecedente médico de Enfermedad renal crónica, por grupo etario. Panamá. 2019.



14.5.2 Prevalencia de antecedente médico de enfermedad renal crónica con relación al área y a la región de salud

El área rural presentó una prevalencia de antecedente médico de enfermedad renal crónica superior a la prevalencia nacional, con un 0.6%, mientras que las áreas urbana e indígena presentaron una prevalencia inferior a la prevalencia nacional (0.3% y 0.1%, respectivamente). Las prevalencias observadas entre las tres áreas difieren de forma estadísticamente significativa entre sí (Gráfica 14.69, Tabla Anexa 14.16.2).

La región de salud de Coclé se destaca por presentar la más alta prevalencia según antecedente médico de enfermedad renal (1.3%), seguida por las regiones de Chiriquí (0.8%) y Panamá Norte (0.7%). La prevalencia de cada una de estas áreas al compararla con la prevalencia nacional fue estadísticamente significativa. Mientras tanto, la prevalencia en cuatro regiones de salud (Darién, Panamá Oeste y las Comarcas Guna Yala y Ngäbe-Buglé) fue 0% (Tabla Anexa 14.16.2).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.5.3 Biomarcadores de función renal con relación al sexo, edad y área en la submuestra

A nivel nacional, la mediana y rango intercuartil de la creatinina sérica fue de 0.7 (0.6-0.9) mg/dl, encontrándose diferencias estadísticamente significativas según sexo, con medianas superiores en los hombres con respecto a mujeres. Igualmente, la mediana y rangos intercuartiles de la tasa de filtración glomerular estimada fueron menor en los hombres que en las mujeres, aunque las diferencias según sexo no fueron estadísticamente significativas. Ni las concentraciones de creatinina ni la albúmina urinaria presentaron diferencias marcadas según sexo, aunque la relación creatinina urinaria/sérica fue superior en los hombres (Tabla Anexa 14.17.1)

En relación con la edad, la mediana de la creatinina sérica y el tercer cuartil se incrementaron según el grupo etario, observándose las estimaciones más altas para el grupo poblacional de 80 años y más. Por otro lado, se observa una relación inversa entre la tasa de filtración glomerular estimada y la edad, encontrándose medianas de estimaciones inferiores en el grupo poblacional de 80 años y más. En este mismo grupo, se encontraron niveles de albúmina en orina superiores al promedio nacional, con una diferencia estadísticamente significativa (Tabla Anexa 14.17.1).

De acuerdo con las áreas urbano, rural e indígena, no se determinaron diferencias estadísticamente significativas de las medianas de creatinina sérica con respecto a la nacional.

Sin embargo, el área urbana presentó la mediana más baja para la tasa de filtración glomerular estimada, aunque no existe diferencia estadísticamente significativa con respecto a la mediana nacional (Tabla Anexa 14.17.2).

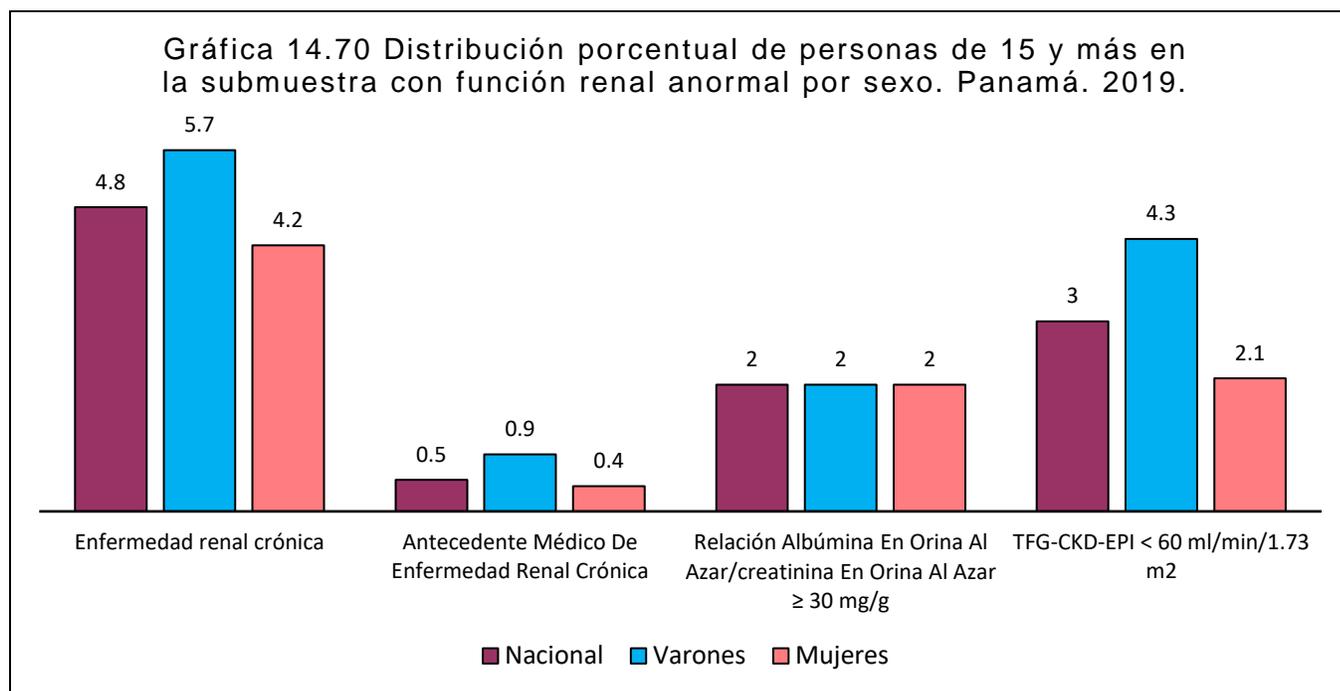
14.5.4 Prevalencia de enfermedad renal crónica en la submuestra según edad, sexo y área

A nivel nacional, en la submuestra se estimó que 40,471 personas presentaron enfermedad renal crónica definida mediante la composición del antecedente médico y/o tasa de filtración glomerular estimada menor a 60 ml/min/1.73 m² y/o albuminuria mayor o igual a 30 mg/g de

creatinina, lo cual representó una prevalencia de 4.8%. Se aprecia que ambos componentes (la prevalencia de la tasa de filtración glomerular estimada disminuida y la prevalencia de albuminuria utilizando los puntos de cortes descritos) contribuyeron de manera similar (3.1%) a la prevalencia de ERC en la submuestra (Tabla Anexa 14.18.1).

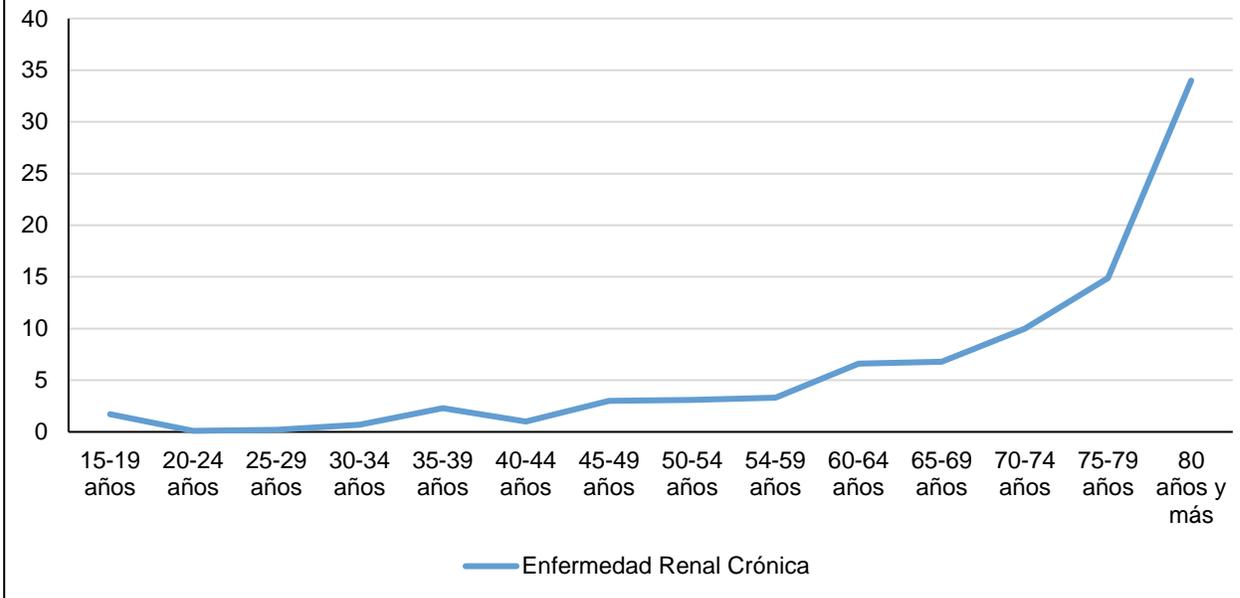
Según sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de enfermedad renal crónica, con una prevalencia superior en hombres (5.7%), con respecto a mujeres (4.2%) (Gráfica 14.70, Tabla Anexa 14.18.1). De manera similar, los hombres presentaron mayores prevalencias de tasas de filtración glomerular disminuida (4.2%) la cual inferior a la estimación nacional en las mujeres (2.1%) (Gráfica 14.70, Tabla Anexa 14.18.1).

Al aumentar la edad, la prevalencia de enfermedad renal crónica en la submuestra incrementó, a expensas de la tasa de filtración glomerular estimada disminuida, un fenómeno que amerita ser interpretado con cautela por las razones fisiológicas existentes entre dicha estimación y la edad (Gráfica 14.71, Tabla Anexa 14.18.1).



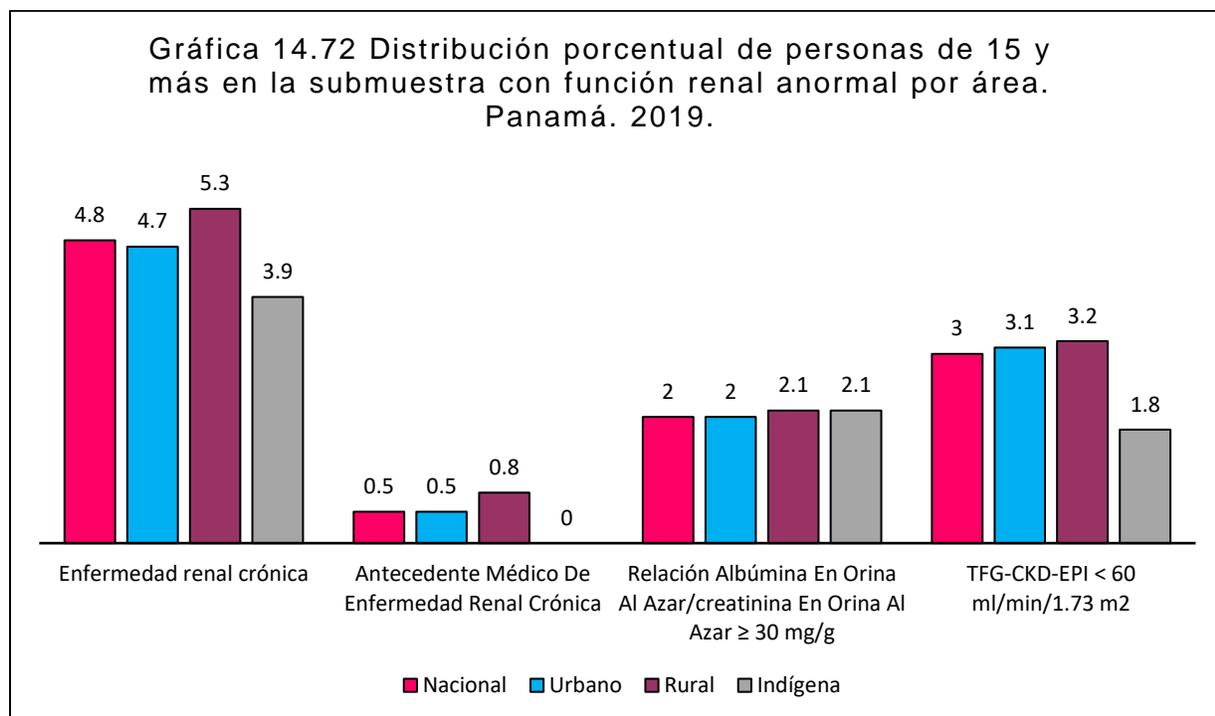
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

Gráfica 14.71 Distribución porcentual de personas de 15 y más en la submuestra con función renal anormal por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

Gráfica 14.72 Distribución porcentual de personas de 15 y más en la submuestra con función renal anormal por área. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019

14.6 Prevalencia del antecedente médico de Enfermedad Mental y Neurológica (Esquizofrenia, Ansiedad y Depresión)

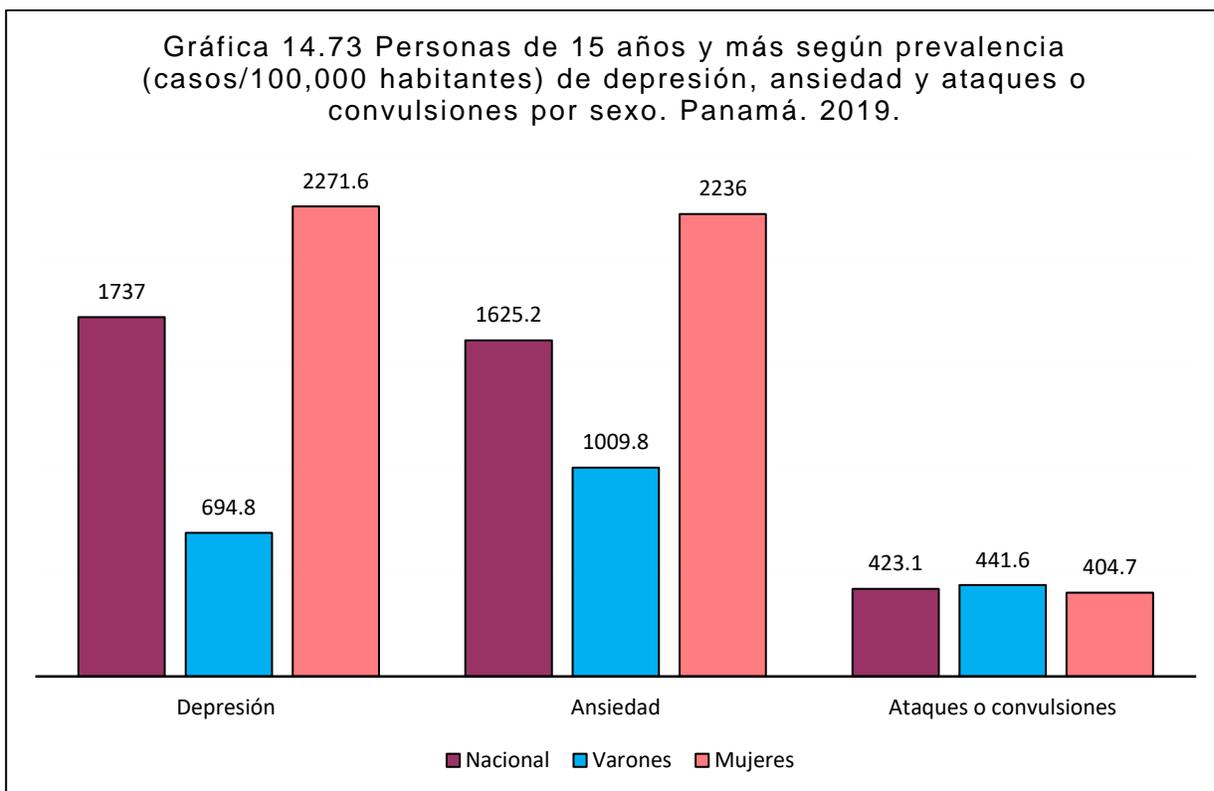
14.6 1 Prevalencia del antecedente médico de Enfermedad Mental y Neurológica (Esquizofrenia, Ansiedad y Depresión) por sexo y grupo etario

Dentro de los antecedentes médicos de enfermedades mentales en este estudio, a nivel nacional se encontraron las siguientes prevalencias: depresión con 1,737 casos /100,000 habitantes (N=54,008 personas), ansiedad con 1625 casos/100,000 habitantes (N=50,523 personas), las convulsiones con 423.1 casos/100,000 habitantes (N=13,155 personas), la enfermedad de Parkinson con 120.5 casos/100,000 habitantes (N=3,745 personas), esquizofrenia con 118.2 casos/100,000 habitantes (N=3,676 personas), la demencia no senil con 328 casos/100,000 habitantes y otras enfermedades neurológicas (demencia senil) con 72.5 casos/100,000 habitantes (N=2,253 personas) (Gráfica 14.73, Tabla Anexa 14.19.1).

Hubo dos prevalencias de antecedentes médicos de enfermedad mental más frecuentes en mujeres que en hombres con diferencias estadísticamente significativas: depresión (mujeres: 2771.6 casos/100,000 habitantes vs hombres: 694.8 casos/100,000 habitantes) y otras enfermedades neurológicas -demencia senil- (mujeres: 117.2 casos/100,000 habitantes vs varones: 27.4 casos/100,000 habitantes). En cambio, hubo dos antecedentes médicos de enfermedad mental más frecuentes en los hombres que en las mujeres: enfermedad de Parkinson (hombres: 204.4 casos/100,000 habitantes vs mujeres: 37.1 casos/100,000 habitantes) y la demencia no senil (hombres: 19.2 casos/10,000 habitantes vs mujeres: 1.9 casos/100,000 habitantes) (Gráfica 14.73, Gráfica 14.74, Tabla Anexa 14.19.1).

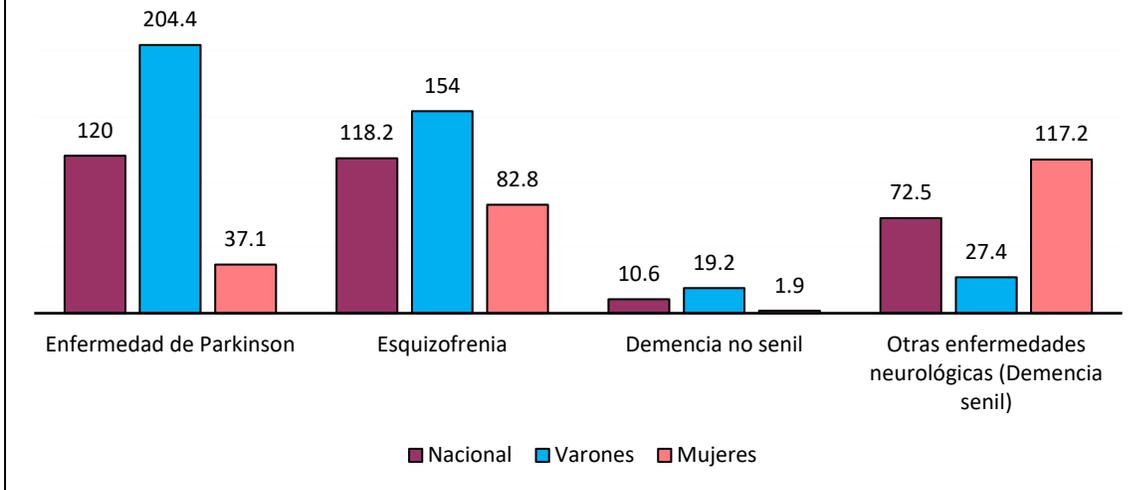
Con respecto a la edad, la prevalencia del antecedente médico de depresión aumenta con la edad, la ansiedad también aumenta con la edad, aunque lo hace más lentamente. Las convulsiones disminuyen con la edad. En menores de 20 años no hubo casos reportados de ninguno de los demás antecedentes de enfermedades mentales. Hay que ser cautelosos al valorar la edad, debido a que, para estos antecedentes médicos de enfermedades mentales, la edad funge como un criterio diagnóstico: para la esquizofrenia se requiere un diagnóstico en personas jóvenes y en las demás, por lo general en adultos mayores. La prevalencia de esquizofrenia aumenta con la edad hasta el quinquenio de 45 a 49 años donde empieza a

disminuir, no reportándose casos en personas de 70 y más años. La enfermedad de Parkinson no tiene casos reportados en ningún quinquenio de edad antes de los 50 años, excepto en el grupo de 30 a 34 años (N=107 casos; 37.3 casos/100,000 habitantes); a partir de los 50 años la prevalencia aumenta entre 47.7 casos/100,000 habitantes hasta 799 casos/100,000 habitantes.), mientras que otras enfermedades neurológicas (demencia senil) aparece en personas de 60 o más años con prevalencias entre 46.2 casos/100,000 habitantes hasta valores de 805.4 casos/100,000 habitantes en personas de 80 años y más. La demencia no senil tiene una prevalencia bajísima (10.6 casos/100,000 habitantes) y difícil de valorar por grupos etarios (Gráfica 14.75, Gráfica 14.76, Tabla Anexa 14.19.1).



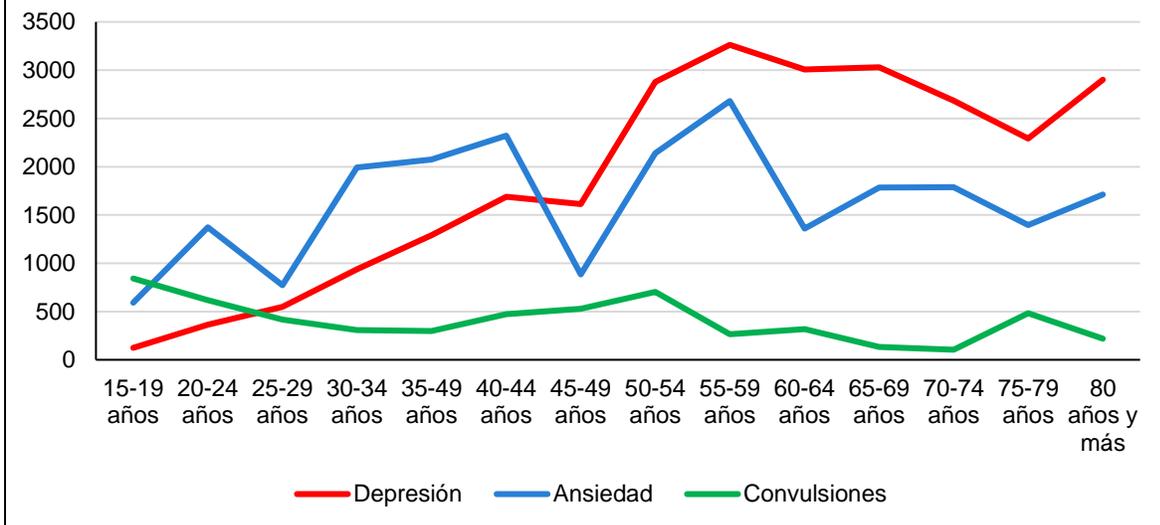
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.74 Personas de 15 años y más según prevalencia (casos/100,000 habitantes) de enfermedad de Parkinson, esquizofrenia y demencias por sexo. Panamá. 2019.



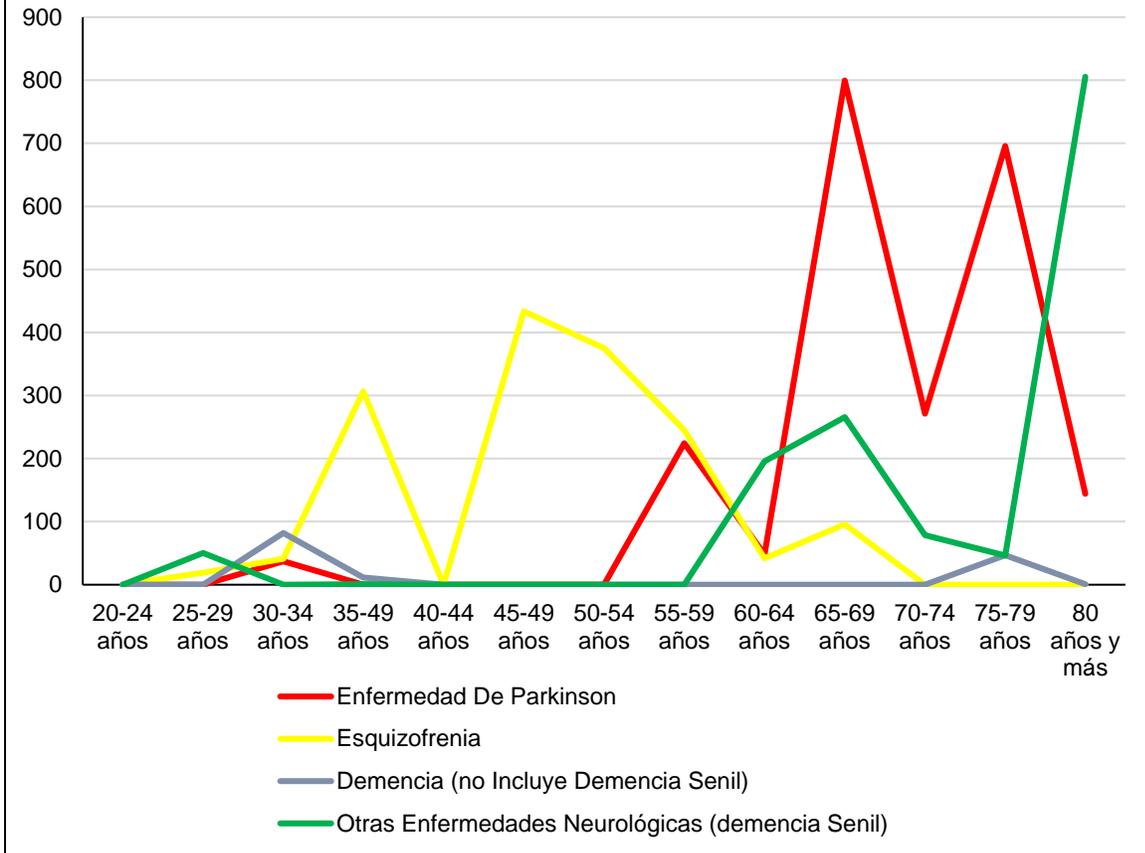
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.75 Personas de 15 años y más según prevalencia (casos/100,000 habitantes) de depresión, ansiedad y ataques o convulsiones por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.76 Personas de 15 años y más según prevalencia (casos/100,000 habitantes) de enfermedad de Parkinson, esquizofrenia y demencias por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.6.2 Prevalencia del antecedente médico de enfermedad mental y neurológica (esquizofrenia, ansiedad y depresión) por área y región de salud

Como se mencionó previamente los antecedentes médicos de enfermedades mentales en este estudio, a nivel nacional se encontraron las siguientes prevalencias: depresión con 1,737 casos /100,000 habitantes (N=54,008 personas), ansiedad con 1625 casos/100,000 habitantes (N=50,523 personas), las convulsiones con 423.1 casos/100,000 habitantes (N=13,155 personas), la enfermedad de Parkinson con 120.5 casos/100,000 habitantes (N=3,745 personas), esquizofrenia con 118.2 casos/100,000 habitantes (N=3,676 personas), la demencia no senil con 328 casos/100,000 habitantes y otras enfermedades neurológicas (demencia senil) con 72.5 casos/100,000 habitantes (N=2,253 personas) (Gráfica 14.77, Tabla Anexa 14.19.2).

Con relación a la depresión y la ansiedad no hay diferencias estadísticamente significativas entre sus prevalencias nacionales y las prevalencias del área urbana. La prevalencia depresión del área rural no presenta diferencias estadísticamente significativas con la prevalencia nacional, pero la prevalencia de ansiedad fue de 1,068.7 casos/100,000 habitantes y la de ataques o convulsiones fue 621.2 casos/100,000 habitantes teniendo ambas prevalencias diferencias estadísticamente significativas con el dato nacional. La prevalencia del antecedente médico de depresión en el área indígena fue de 556.9 casos/100,000 habitantes, la de ansiedad fue de 566.3 casos/100,000 habitantes y la de convulsiones o ataques o convulsiones fue de 696.9 casos/100,000 habitantes, presentando todas estas prevalencias para el área indígena diferencias estadísticamente significativas con el dato nacional (Gráfica 14.77, Tabla Anexa 14.19.2).

Las prevalencias en el área urbana y en el área rural del antecedente médico de la enfermedad de Parkinson, de esquizofrenia y de la demencia senil (u otras enfermedades neurológicas) no presentaron diferencias estadísticamente significativas con sus respectivas prevalencias nacionales. El área urbana presentó una prevalencia del antecedente de demencia senil de 0.1 casos/100,000 habitantes la cual presenta diferencias estadísticamente significativas con el dato nacional. En el área indígena no se reportaron casos de enfermedad de Parkinson, esquizofrenia ni otras enfermedades neurológicas (Gráfica 14.78, Tabla Anexa 14.19.2).

La prevalencia del antecedente médico de depresión fue mayor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente significativas, en las regiones de salud de Los Santos (5924.9 casos/100,000 habitantes), seguida por Chiriquí (3,475.0 casos/100,000 habitantes) y en Panamá Oeste (2,779.8 casos/100,000 habitantes). La prevalencia del antecedente médico de depresión fue menor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente significativas, en las siguientes regiones de salud y comarcas: la Comarca Emberá (248.1 casos/100,000 habitantes), la Comarca Guna Yala (268.3 casos/100,000 habitantes), Darién (381.2 casos/100,000 habitantes), la Comarca Ngäbe Buglé (513.3 casos/100,000 habitantes), Panamá Este (532.7 casos/100,000 habitantes), Herrera (623.0 casos/100,000 habitantes), Coclé (898.5 casos/100,000 habitantes), Veraguas (929.2 casos/100,000 habitantes) y Bocas Del Toro (1,275.9 casos/100,000 habitantes) (Tabla Anexa 14.19.2).

La prevalencia del antecedente médico de ansiedad fue mayor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente significativas, en las regiones de salud de Panamá Oeste (2,802.2 casos/100,000 habitantes), seguido de Los Santos (2,709.3 casos/100,000 habitantes) y Chiriquí (2,434.8 casos/100,000 habitantes). La prevalencia del antecedente médico de ansiedad fue menor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente significativas, en las siguientes regiones de salud y comarcas: la Comarca Emberá (0 casos), Darién (5.1 casos/100,000 habitantes), Herrera (308.3 casos/100,000 habitantes), Veraguas (520.4 casos/100,000 habitantes), la Comarca Ngäbe Buglé (655.9 casos/100,000 habitantes), Colón (674.1 casos/100,000 habitantes), Panamá Este (732.2 casos/100,000 habitantes), Bocas Del Toro (813.1 casos/100,000 habitantes), la Comarca Guna Yala (939.7 casos/100,000 habitantes) y Coclé (1,153.5 casos/100,000 habitantes) (Tabla Anexa 14.19.2).

La prevalencia del antecedente médico de ataques o convulsiones fue mayor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente significativas, en las regiones de salud de Los Santos (1,300.8 casos/100,000 habitantes), Coclé (1,133.6 casos/100,000 habitantes), Panamá Este (904.7 casos/100,000 habitantes), la Comarca Ngäbe Buglé (863.8 casos/100,000 habitantes), Chiriquí (721.4 casos/100,000 habitantes) y Herrera (689.3 casos/100,000 habitantes). La prevalencia del antecedente médico de ataques o convulsiones fue menor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente

significativas, en las siguientes regiones de salud: Panamá Oeste (219.9 casos/100,000 habitantes), San Miguelito (220.6 casos/100,000 habitantes), Colón (249.0 casos/100,000 habitantes), Bocas Del Toro (297.6 casos/100,000 habitantes) y Veraguas (422.0 casos/100,000 habitantes) (Tabla Anexa 14.19.2).

La prevalencia del antecedente médico de enfermedad de Parkinson fue mayor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente significativas, en las regiones de salud de Los Santos (538.6 casos/100,000 habitantes), San Miguelito (431.2 casos/100,000 habitantes), Herrera (281.3 casos/100,000 habitantes), Chiriquí (267.7 casos/100,000 habitantes) y Coclé (215.3 casos/100,000). No se reportaron casos del antecedente médico de enfermedad de Parkinson en las siguientes regiones de salud y comarcas: la Comarca Emberá, la Comarca Ngäbe Buglé, la Comarca Guna Yala, Bocas Del Toro, Darién, Panamá Metro, Panamá Oeste y Veraguas. Las demás regiones de salud no nombradas tienen prevalencias del antecedente médico de la enfermedad de Parkinson sin diferencias estadísticamente significativas con la prevalencia nacional (Tabla Anexa 14.19.2).

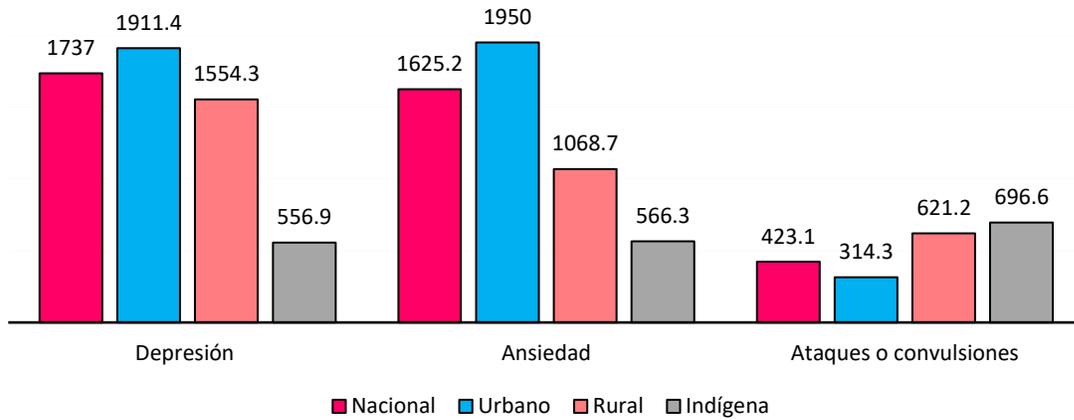
La prevalencia del antecedente médico de esquizofrenia fue mayor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente significativas, en las regiones de salud de Chiriquí (588.3 casos/100,000 habitantes) y Panamá Oeste (280.6 casos/100,000). La región de salud de Bocas Del Toro presentó una prevalencia del antecedente médico de esquizofrenia de 0.9 casos/100,000 habitantes con diferencias estadísticamente significativas a la prevalencia nacional. No se reportaron casos del antecedente médico de enfermedad de esquizofrenia en las siguientes regiones de salud y comarcas: la Comarca Emberá, la Comarca Ngäbe Buglé, la Comarca Guna Yala, Coclé, Colón, Herrera, Panamá Metro, Panamá Este y San Miguelito. Las demás regiones de salud no nombradas tienen prevalencias del antecedente médico de esquizofrenia sin diferencias estadísticamente significativas con la prevalencia nacional (Tabla Anexa 14.19.2).

La prevalencia del antecedente médico de otras enfermedades neurológicas (demencia senil) fue mayor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente significativas, en las regiones de salud de Colón (247.6 casos/100,000 habitantes), Chiriquí (247.5 casos/100,000 habitantes) y Los Santos (234.4 casos/100,000). La región de salud de San Miguelito presentó una prevalencia del antecedente médico de esquizofrenia de 0.3

casos/100,000 habitantes con diferencias estadísticamente significativas a la prevalencia nacional. No se reportaron casos del antecedente médico de otras enfermedades neurológicas (demencia senil) en las siguientes regiones de salud y comarcas: la Comarca Emberá, la Comarca Ngäbe Buglé, la Comarca Guna Yala, Bocas Del Toro, Coclé, Darién, Herrera y Panamá Este. Las demás regiones de salud no nombradas tienen prevalencias del antecedente médico de la enfermedad de Parkinson sin diferencias estadísticamente significativas con la prevalencia nacional (Tabla Anexa 14.19.2).

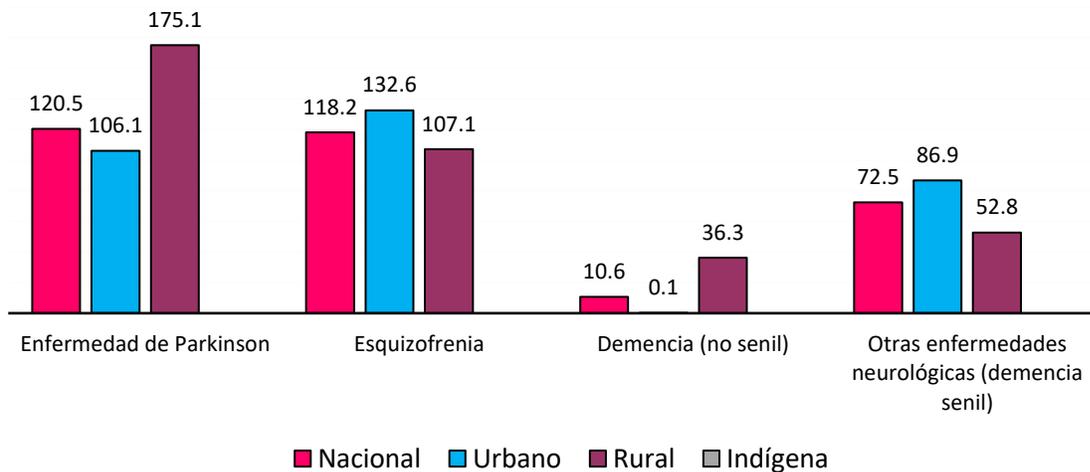
La prevalencia del antecedente médico de demencia no senil fue mayor que la prevalencia nacional, con diferencias estadísticamente significativas, en las regiones de salud de Coclé (126.0 casos/100,000 habitantes) y Los Santos (118.9 casos/100,000). La región de salud de Chiriquí presentó una prevalencia del antecedente médico de esquizofrenia de 0.3 casos/100,000 habitantes con diferencias estadísticamente significativas a la prevalencia nacional. No se reportaron casos del antecedente médico de demencia no senil en ninguna de las comarcas indígenas ni en las demás regiones de salud (Tabla Anexa 14.19.2).

Gráfica 14.77 Personas de 15 años y más según prevalencia (casos/100,000 habitantes) de depresión, ansiedad y ataques o convulsiones por área. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.78 Personas de 15 años y más según prevalencia (casos/100,000 habitantes) de enfermedad de Parkinson, esquizofrenia, demencia (no incluye demencia Senil) y otras enfermedades neurológicas (demencia senil) por área. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.7 Antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles y otras condiciones crónicas

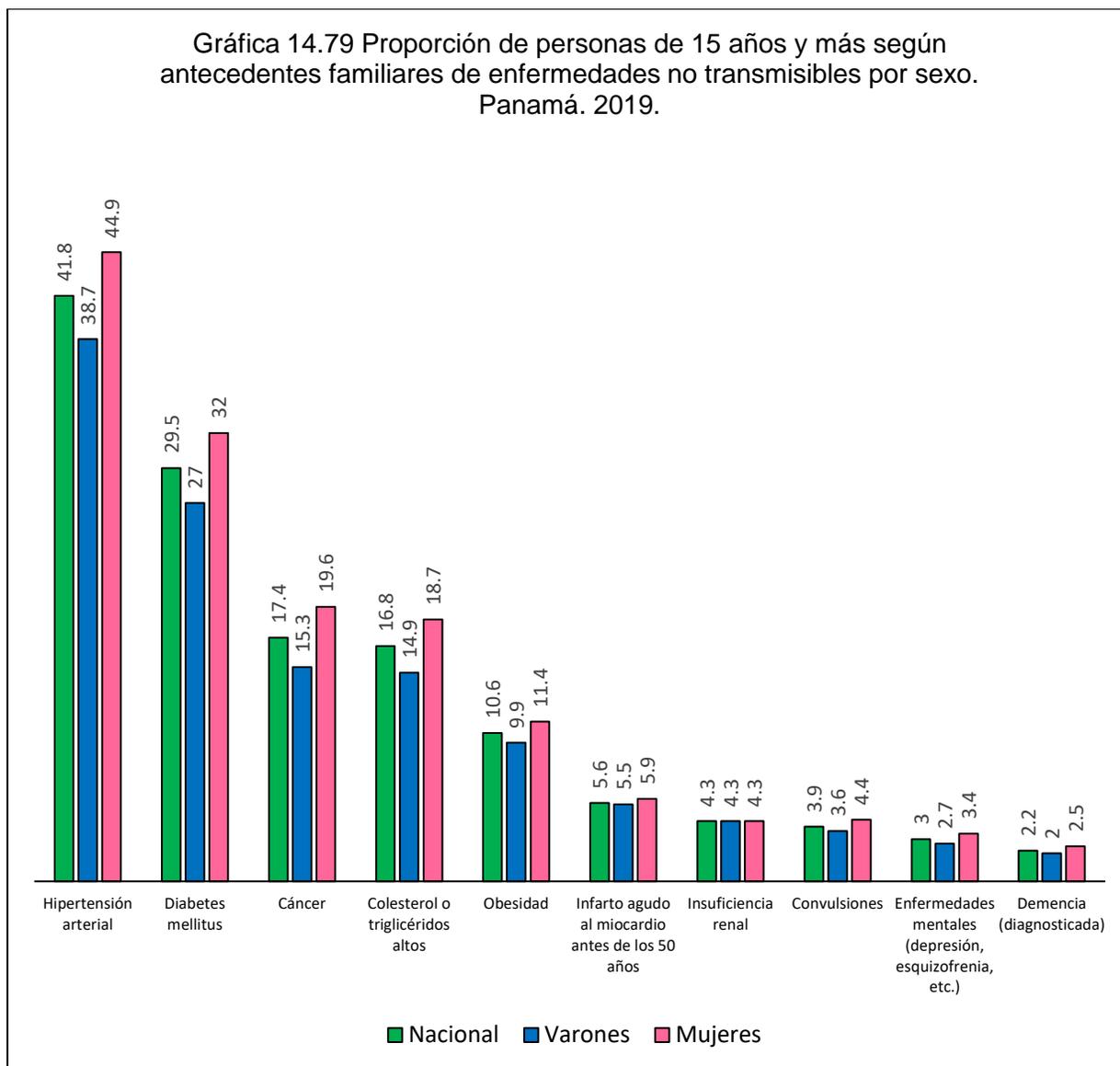
14.7 .1 Antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles y otras condiciones crónicas

A nivel nacional, los nueve antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles y otras condiciones crónicas estudiadas, presentaron las siguientes proporciones: Hipertensión arterial con 41.8% (N=1,300,079), diabetes mellitus con 29.5% (N=916,449), cáncer con 17.4% (N=541,278), colesterol o triglicéridos elevados con 16.8% (N=521,582), obesidad con 10.6% (N=329,119), infarto agudo al miocardio en algún familiar de menos de 50 años con 5.6% (N=174,074), insuficiencia renal con 4.3% (N=132,566), convulsiones con 3.9% (N=120,723), enfermedades mentales como depresión y esquizofrenia 3.0% (N=92,837) y diagnóstico de demencia en algún familiar 2.2% (N=68,064).

Con relación al sexo, cinco de los antecedentes familiares presentaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los sexos. Estos antecedentes son: hipertensión arterial en mujeres 44.9% y 38.7% en hombres; diabetes mellitus 32.0% en mujeres y 27.0% en hombres; cáncer 19.6% en mujeres y 15.3% en hombres; colesterol o triglicéridos altos 18.7% en mujeres y 14.9% en hombres; obesidad 11.4% en mujeres y 9.9% en hombres. Es llamativo que, para cada uno de estos trastornos, la proporción del antecedente familiar mencionado es mayor en mujeres que en los hombres (Gráfica 14.79, Tabla Anexa 14.20.1).

Con relación a la edad, hay un aumento del antecedente familiar de hipertensión arterial al aumentar la edad. Sin embargo, no se observa cambios claros de los antecedentes familiares con la edad en los otros antecedentes familiares estudiados (Tabla Anexa 14.20.1).

Gráfica 14.79 Proporción de personas de 15 años y más según antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles por sexo. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

14.7.2 Antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles y otras condiciones crónicas por área, región de salud y comarcas

Como se mencionó antes, a nivel nacional, los nueve antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles y otras condiciones crónicas estudiadas, presentaron las siguientes proporciones: Hipertensión arterial con 41.8% (N=1,300,079), diabetes mellitus con 29.5% (N=916,449), cáncer con 17.4% (N=541,278), colesterol o triglicéridos elevados con 16.8% (N=521,582), obesidad con 10.6% (N=329,119), infarto agudo al miocardio en algún familiar de menos de 50 años con 5.6% (N=174,074), insuficiencia renal con 4.3% (N=132,566), convulsiones con 3.9% (N=120,723), enfermedades mentales como depresión

y esquizofrenia 3.0% (N=92,837) y diagnóstico de demencia en algún familiar 2.2% (N=68,064).

Con relación al área urbana, se aprecia que el antecedente familiar de cáncer y el de obesidad fue de 18.6% y de 11.7%, respectivamente con diferencias estadísticamente significativa con el dato nacional. El área rural presenta un valor de 17.9% de colesterol o triglicéridos elevados, siendo más elevado que el valor nacional, mientras que el antecedente familiar de obesidad se reportó con 9.4%, el cual es menor que el dato nacional, teniendo ambos antecedentes familiares diferencias estadísticamente significativas con la prevalencia nacional. Todos los antecedentes familiares estudiados presentan prevalencias más bajas que el dato nacional en el área indígena con diferencias estadísticamente significativas: hipertensión (9.5%), diabetes mellitus (11.0%), colesterol o triglicéridos altos (2.6%), obesidad (4.3%), infarto agudo al miocardio en algún familiar menor de 50 años (1.4%), insuficiencia renal (1.3%), convulsiones (2.0%), enfermedades mentales (1.1%) y demencia diagnosticada (0.7%) (Gráfica 14.80, Tabla Anexa 14.20.2).

14.7.2 .1 Antecedente familiar de Hipertensión Arterial por región de salud y comarcas

Se observó que ocho regiones de salud presentaron prevalencias del antecedente familiar de hipertensión arterial más altas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: Los Santos (55.0%), Chiriquí (53.9%), Coclé (54.0%), Panamá Este (47.8%), Panamá Norte (46.8%), Panamá Oeste (44.6%), Veraguas (45.9%) y Colón (44.9%). Las regiones de salud que registraron prevalencias del antecedente familiar de hipertensión arterial más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas fueron Panamá Metro (33.1%), Darién (36.2%) y San Miguelito (39.4%). Las tres comarcas indígenas también presentaron prevalencias del antecedente familiar de hipertensión arterial más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: la Comarca Emberá (26.0%), la Comarca Ngäbe Buglé (7.9%) y Comarca Guna Yala (4.5%) (Tabla Anexa 14.20.2).

14.7.2 .2 Antecedente familiar de Diabetes Mellitus por región de salud y comarcas

Se detectó que ocho regiones de salud reportaron prevalencias del antecedente familiar de diabetes mellitus más altas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: Chiriquí (40.6%), Coclé (37.7%), Colón (37.6%), Panamá Norte (35.1%), Los Santos (34.9), Bocas Del Toro (33.0%), Los Santos (34.9%) y Veraguas (30.9%). Las regiones de salud que registraron prevalencias del antecedente familiar de diabetes mellitus más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas fueron: Panamá Metro (21.6%), Darién (25.1%) y San Miguelito (25.1%). Las tres comarcas indígenas también presentaron prevalencias del antecedente familiar de diabetes mellitus más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: la Comarca Ngäbe Buglé (11.4%), la Comarca Emberá (11.2%), y Comarca Guna Yala (4.4%) (Tabla Anexa 14.20.2).

14.7.2 .3 Antecedente familiar de Cáncer por región de salud y comarcas

Se identificó que seis regiones de salud consignaron prevalencias del antecedente familiar de cáncer más altas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: Los Santos (30.9%), Chiriquí (24.4%), Coclé (22.1%), Panamá Este (22.1%), Panamá Oeste (21.0%) y Veraguas (20.1%). Las regiones de salud que presentan prevalencias del antecedente familiar de cáncer más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas Darién (12.5%), Panamá Metro (13.3%), San Miguelito (14.1%) y Bocas Del Toro (15.1%). Las tres comarcas indígenas también presentaron prevalencias del antecedente familiar de cáncer más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: la Comarca Emberá (3.8%), la Comarca Ngäbe Buglé (2.2%) y la Comarca Guna Yala (1.2%) (Tabla Anexa 14.20.2).

14.7.2 .4 Antecedente familiar de colesterol y triglicéridos altos por región de salud y comarcas

De igual forma, se determinó que seis regiones de salud presentaron prevalencias del antecedente familiar de colesterol y triglicéridos altos más elevadas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: Los Santos (29.6%), Panamá Norte (29.1%), Chiriquí (27.6%), Coclé (22.4%), Veraguas (19.2%) Panamá Este (18.9%). Las regiones de

salud que presentan prevalencias del antecedente familiar de colesterol y triglicéridos altos más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas fueron Darién (9.4%), Panamá Metro (9.6%), San Miguelito (12.1%), Bocas Del Toro (15.5%) y Herrera (15.6%). Las tres comarcas indígenas también reportaron prevalencias del antecedente familiar de colesterol y triglicéridos elevados más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas, siendo estas la Comarca Emberá (3.7%), la Comarca Guna Yala (3.2%) y la Comarca Ngäbe Buglé (1.6%) (Tabla Anexa 14.20.2).

14.7.2 .5 Antecedente familiar de Obesidad por región de salud y comarcas

Se determinó que seis regiones de salud presentaron prevalencias del antecedente familiar de obesidad por encima del valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: Chiriquí (16.9%), Panamá Norte (15.5%), Los Santos (13.0%), Panamá Oeste (12.3%), Coclé (12.2%) y Panamá Este (11.8%). Las regiones de salud que presentan prevalencias del antecedente familiar de obesidad más bajas que la cifra nacional con diferencias estadísticamente significativas fueron Herrera (6.5%), Darién (7.8%), Panamá Metro (8.2%), y Veraguas (8.7%). Las tres comarcas indígenas también registraron prevalencias del antecedente familiar de obesidad más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: la Comarca Emberá (4.9%), la Comarca Ngäbe Buglé (5.1%) y la Comarca Guna Yala (4.1%) (Tabla Anexa 14.20.2).

14.7.2 .6 Antecedente de Infarto Agudo de Miocardio en algún familiar de menos de 50 años por región de salud y comarcas

Se observó que cinco regiones de salud consignaron prevalencias del antecedente de infarto agudo de miocardio en algún familiar de menos de 50 años más altas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas, siendo estas Los Santos (10.2%), Chiriquí (8.1%), Panamá Norte (7.8%), Colón (7.5%) y Coclé (6.9%). Las regiones de salud que presentan prevalencias del antecedente de infarto agudo de miocardio en algún familiar de menos de 50 años más bajas que la cifra nacional con diferencias estadísticamente significativas fueron Darién (2.8%), Bocas Del Toro (3.7%), y Veraguas (4.5%). Las tres comarcas indígenas también presentaron prevalencias del antecedente de infarto agudo de miocardio en algún familiar de menos de 50 años más bajas que el valor nacional con

diferencias estadísticamente significativas: la Comarca Ngäbe Buglé (1.7%), la Comarca Guna Yala (1.5%) y la Comarca Emberá (1.1%) (Tabla Anexa 14.20.2).

14.7.2 .7 Antecedente familiar de Insuficiencia Renal por región de salud y comarcas

Se identificó que seis regiones de salud presentaron prevalencias del antecedente familiar de insuficiencia renal más elevadas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: Coclé (10.0%), Chiriquí (7.6%), Los Santos (6.6%), Panamá Norte y Panamá Oeste (ambos con 6.4%) y Colón (4.9%). Las regiones de salud que registraron prevalencias del antecedente familiar de insuficiencia renal más bajas que el valor del país con diferencias estadísticamente significativas fueron San Miguelito (1.1%), Herrera (1.8%), Darién (1.9%) Panamá Metro (2.4%), y Veraguas (3.7%). Las tres comarcas indígenas también presentaron prevalencias del antecedente familiar de insuficiencia renal más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: la Comarca Ngäbe Buglé (1.5%), la Comarca Guna Yala (1.4%) y la Comarca Emberá (1.1%) (Tabla Anexa 14.20.2).

14.7.2 .8 Antecedente familiar de Convulsiones por región de salud y comarcas

También se identificó que cinco regiones de salud presentaron prevalencias del antecedente familiar de convulsiones más altas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: Los Santos (8.9%), Panamá Norte (7.2%), Chiriquí (5.8%), Panamá Este (5.6%) y Coclé (7.6%). Las regiones de salud que presentan prevalencias del antecedente familiar de convulsiones más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas Darién y San Miguelito (2.6% ambas). Las tres comarcas indígenas también presentaron prevalencias del antecedente familiar de convulsiones más bajas que la cifra del país con diferencias estadísticamente significativas: la Comarca Guna Yala (1.0%) y la Comarca Ngäbe Buglé junto con la Comarca Emberá (2.2% para ambas comarcas indígenas).

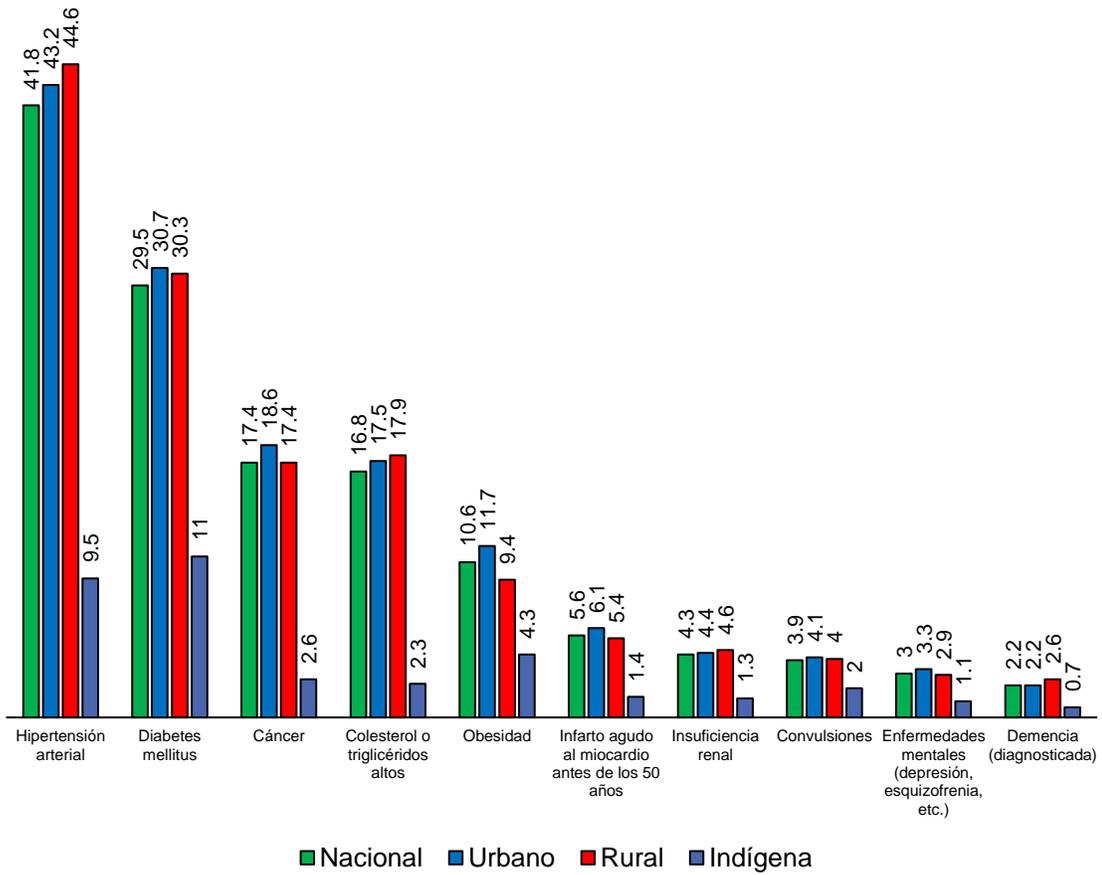
14.7.2 .9 Antecedente familiar de enfermedades mentales por región de salud y comarcas

Para seis regiones de salud se estimaron prevalencias del antecedente familiar de enfermedades mentales (depresión, esquizofrenia y otras) más altas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: Los Santos (9.3%), Coclé (5.3%), Panamá Oeste (4.9%), Chiriquí (4.2%), Panamá Norte (4.1%) y Bocas Del Toro (3.5%). Las regiones de salud que presentan prevalencias del antecedente familiar de enfermedades mentales más bajas que la cifra nacional con diferencias estadísticamente significativas fueron San Miguelito junto con Panamá Metro (ambas con 1.5%) y Panamá Este (2.1%). Las tres comarcas indígenas también presentaron prevalencias del antecedente familiar de enfermedades mentales más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas, siendo estas la Comarca Emberá (1.4%), la Comarca Guna Yala (1.1%) y la Comarca Ngäbe Buglé (1.0%) (Tabla Anexa 14.20.2).

14.7.2 .10 Antecedente familiar de Demencia diagnosticada por región de salud y comarcas

Se observó que cuatro regiones de salud reportaron prevalencias del antecedente familiar de demencia diagnosticada más altas que la cifra del país con diferencias estadísticamente significativas: Panamá Norte (5.4%), Los Santos (5.1%), Chiriquí (3.3%) y Darién (3.2%). Las regiones de salud que presentan prevalencias del antecedente familiar de demencia diagnosticada más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas fueron: Panamá Este (1.0%), San Miguelito (1.3%) y Panamá Metro (1.7%). En dos de las tres comarcas indígenas también se estimaron prevalencias del antecedente familiar de demencia diagnosticada por médico más bajas que el valor nacional con diferencias estadísticamente significativas: la Comarca Guna Yala (1.6%) y la Comarca Ngäbe Buglé (0.9%) (Tabla Anexa 14.20.2).

Gráfica 14.80 Proporción de personas de 15 años o más según antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles por área. Panamá. 2019.



14.8 Accidentes y lesiones padecidas en los últimos 12 meses según sexo, edad, área, región de salud y comarcas

A nivel nacional 2.1% de las personas refirieron haber tenido una lesión o accidente en los últimos 12 meses, los cuales representan 65,398 personas. Los varones sufrieron más accidentes y lesiones (2.6%) que las mujeres (1.7%) con diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (Gráfica 14.81, Tabla Anexa 14.21.1).

No hubo diferencias estadísticamente significativas a padecer lesiones o accidentes en los últimos 12 meses con relación a la edad ni a las áreas estudiadas (Gráfica 14.81, 14.82, Tablas Anexas 14.21.1, 14.21.2).

Las regiones de salud con la mayor prevalencia de accidentes o lesiones en los últimos 12 meses fueron Coclé, San Miguelito y Los Santos con un 3.4% 3.1% y 2.7%, respectivamente. En constaste, las regiones de salud y comarcas con menor prevalencia de accidentes o lesiones fueron la Comarca Emberá, Panamá Norte, Herrera, Darién, Colón, la Comarca Ngäbe Buglé y Veraguas con un 0.5%, 0.7%, 1.0%, 1.1%, 1.5%, 1.6% y 1.8% respectivamente. Las diferencias con relación a las prevalencias de accidentes o lesiones de cada una de estas regiones de salud con la prevalencia nacional presentan diferencias estadísticamente significativas (Tabla Anexa 14.21.2).

Entre aquellos que sufrieron lesiones o accidentes en los últimos 12 meses a nivel nacional, las siguientes consecuencias específicas de éstos presentaron una prevalencia de 5% o más: las caídas (25.3%), las contusiones o golpes fuertes (24.5%), las heridas (20.9%), los envenenamiento o intoxicaciones (20.6), las quemaduras. (20.1%), las fracturas o esguinces (15.1%) y colisiones (8%) (Gráficas 14.83, 14.85 Tabla Anexa 14.22.1).

Entre aquellas personas que experimentaron accidentes no hay diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo en relación las caídas, los envenenamientos o intoxicaciones al igual que las fracturas o esguinces. Los varones son más afectados que las mujeres por contusiones o golpes fuertes (29.9% en varones vs 16.3% en mujeres), por heridas (28.6% en varones vs 9.0% en mujeres) y por colisiones (11.1% en varones vs 3.2% en mujeres) con diferencias estadísticamente significativas por sexo. En el caso de las quemaduras, las mujeres fueron más afectadas que lo varones

(10.6% en varones vs 34.8%), también con diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (Gráficas 14.83, Tabla Anexa 14.22.1).

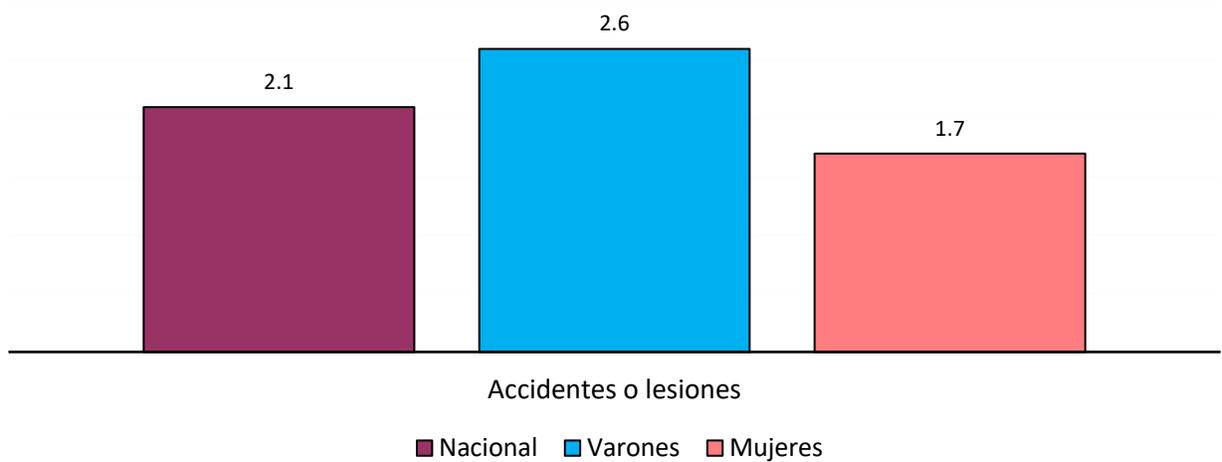
Dado que la prevalencia de las consecuencias más frecuentes entre aquellas personas que experimentaron accidentes es muy baja, se agruparon los grupos etarios en tres categorías. Con excepción de las quemaduras, donde las personas entre 20 y 59 años tienen el doble de la prevalencia (25.8%) comparadas con las personas de 60 años o más (12.5%), no hay diferencias estadísticamente significativas en las demás consecuencias de los accidentes (Gráficas 14.84, Tabla Anexa 14.22.1).

Con relación a las consecuencias más frecuentes de los accidentes de aquellos que los experimentaron en los últimos 12 meses entre las áreas estudiadas, se determinó que el área urbana y la rural registraron prevalencias sin diferencias estadísticamente significativas con prevalencia nacional, respectiva para dichas consecuencias. En relación al área indígena, tampoco hay diferencias estadísticamente significativas con relación a la prevalencia de quemaduras al comparar ésta con la prevalencia nacional. El área indígena, al considerar aquellas personas que sufrieron un accidente o lesión, consignó una mayor prevalencia de caídas (48.4%), contusiones o golpes fuertes (47.5%) y heridas (37.2%) que las respectivas prevalencias nacionales, con diferencias estadísticamente significativas. En cambio, en esta área, hubo una menor prevalencia de envenenamientos o intoxicaciones (0.4%) y de colisiones (0%) que las respectivas prevalencias nacionales con diferencias estadísticamente significativas (Gráficas 14.85 Tabla Anexa 14.22.2).

Las consecuencias de un accidente o lesión en los últimos 12 meses a nivel nacional con una prevalencia menor de 5% fueron (no mostradas en la tabla): las lesiones de nervios (2%), los atropellos (2.2%), las laceraciones (1.9%), heridas múltiples (1.5%), amputaciones (0.9%), mordeduras de culebras (0.8%) y agresiones por otro animal (4.1%). Hubo un caso de aplastamiento y otro de picadura de alacrán (Gráficas 14.85 Tabla Anexa 14.22.2).

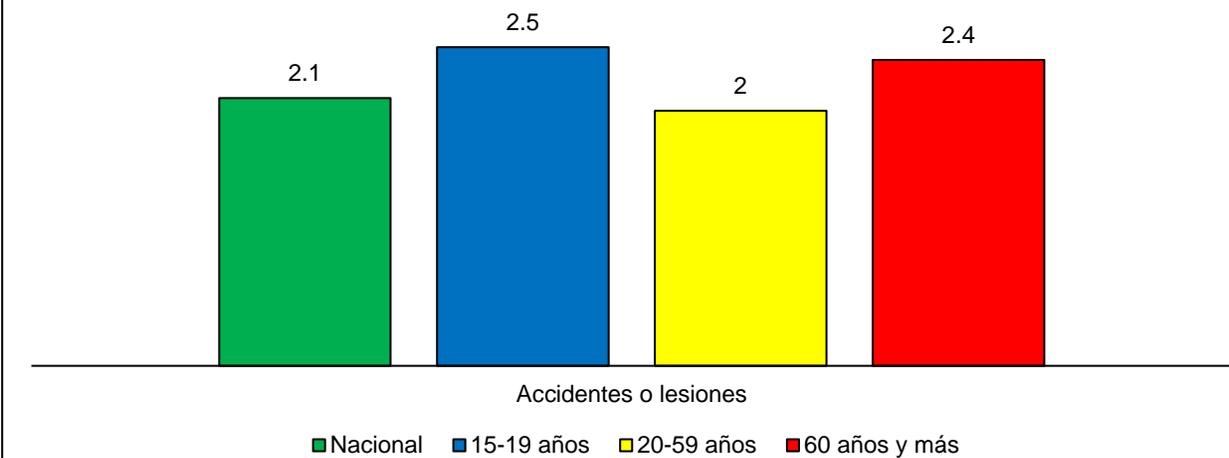
A nivel nacional un 7.6% de las personas que sufrieron un accidente o lesión, reportaron otra consecuencia que no fue listada entre las opciones para contestar (Tablas Anexas 14.22.1, 14.22.2).

Gráfica 14.81 Distribución porcentual de personas de 15 años o más según reporte de accidentes o lesiones padecidos en los últimos 12 meses por sexo. Panamá. 2019



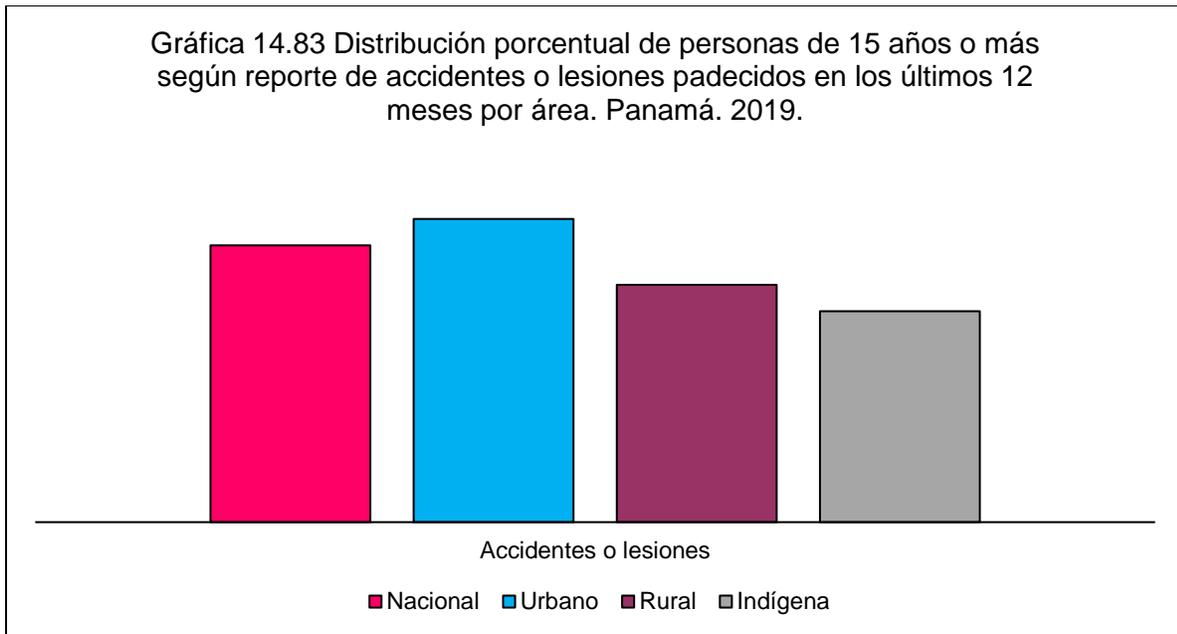
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.82 Distribución porcentual de personas de 15 años o más según reporte de accidentes o lesiones padecidos en los últimos 12 meses por grupo etario. Panamá. 2019.



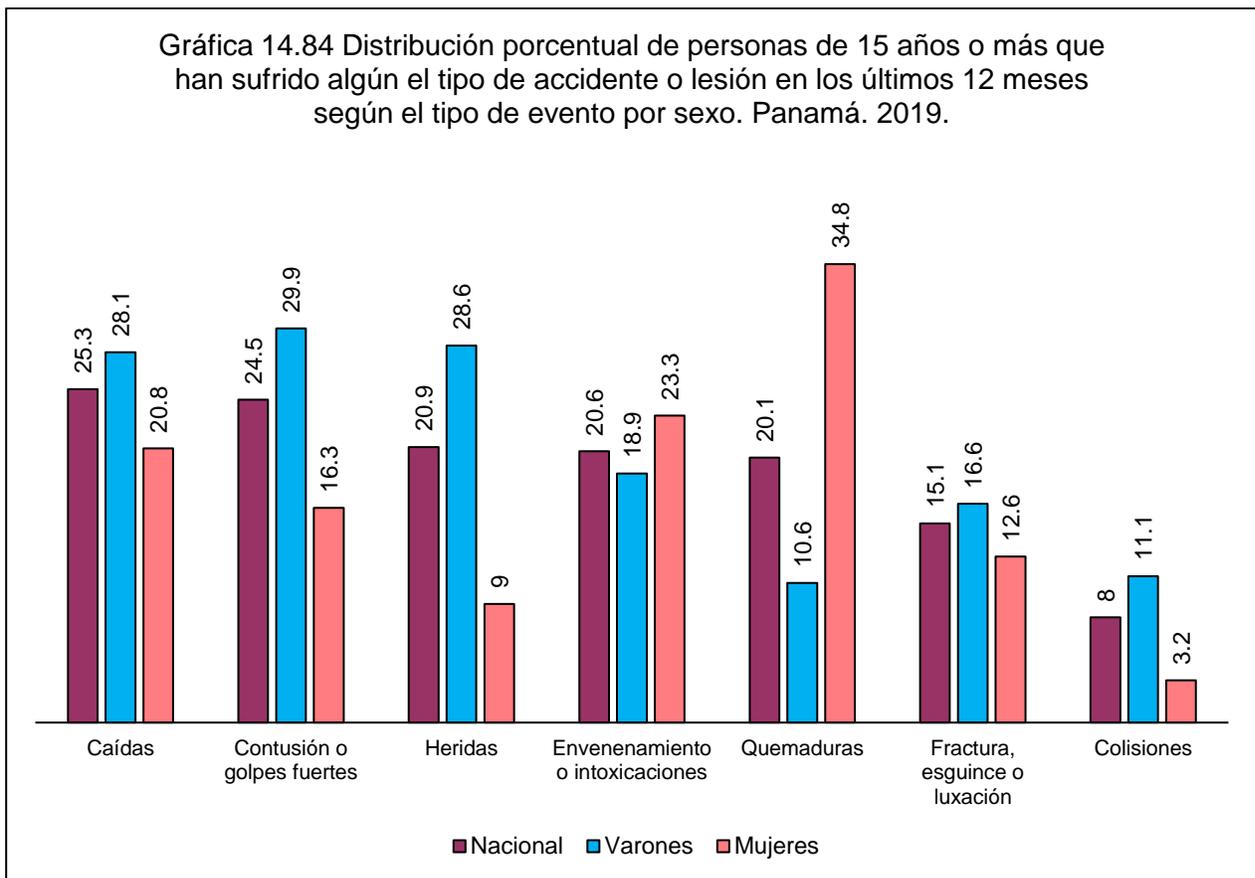
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.83 Distribución porcentual de personas de 15 años o más según reporte de accidentes o lesiones padecidos en los últimos 12 meses por área. Panamá. 2019.



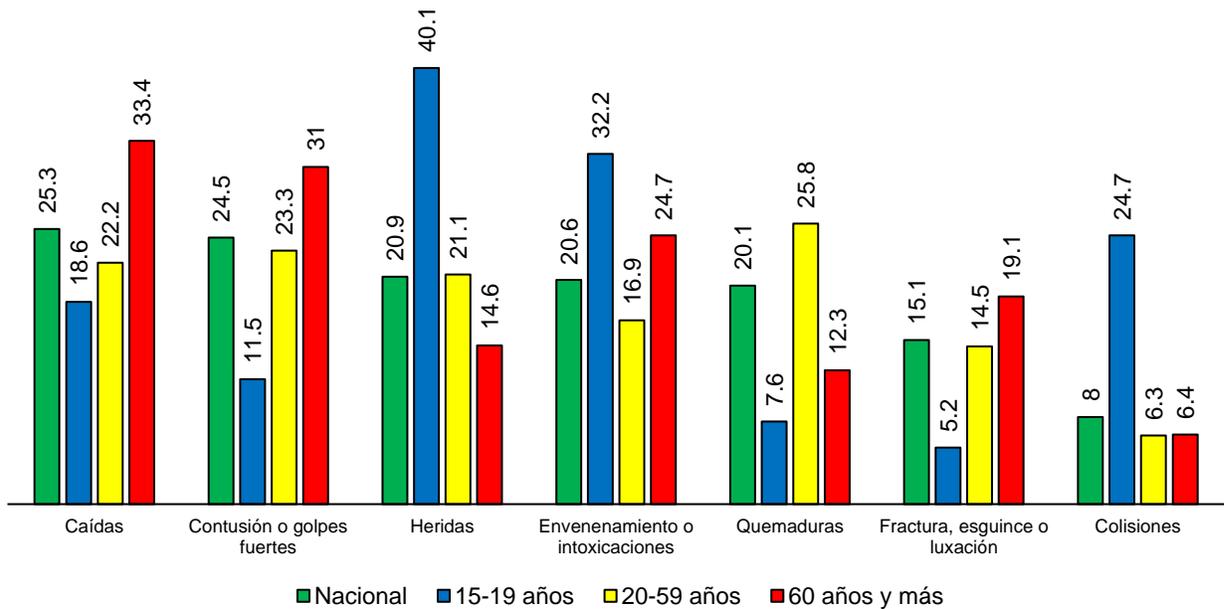
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.84 Distribución porcentual de personas de 15 años o más que han sufrido algún tipo de accidente o lesión en los últimos 12 meses según el tipo de evento por sexo. Panamá. 2019.



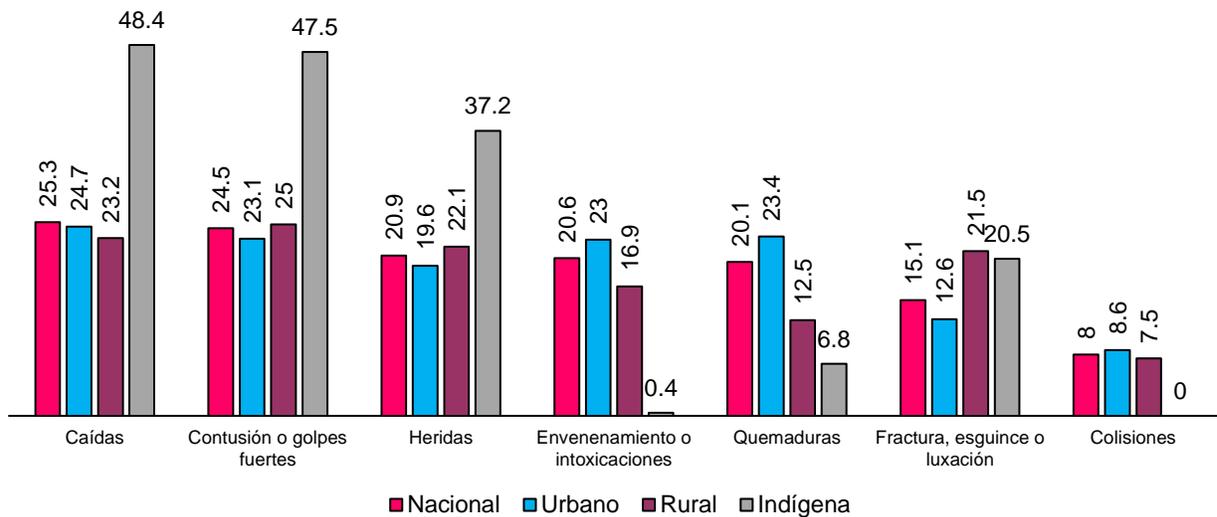
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.85 Distribución porcentual de personas de 15 años o más que han sufrido algún accidente o lesión en los últimos 12 meses según el tipo de evento por grupo etario. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.

Gráfica 14.86 Distribución porcentual de personas de 15 años o más que han sufrido algún accidente o lesión en los últimos 12 meses según el tipo de evento por área. Panamá. 2019.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA) 2019.