

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Mortalidad por Enfermedades Digestivas y
Hepatobiliares Pancreáticas TumORAles y No
TumORAles de la Población de la Ciudad de
La Paz, Enero a Diciembre de 2017

**POSTULANTE: Lic. María Gladys Espejo Choquetarqui
TUTOR: Dr. M.Sc. José Manuel Michel Alarcón**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Epidemiología**

La Paz - Bolivia
2020

DEDICATORIA

A Dios por su infinito amor quien me guía, protege
e ilumina día a día mis pasos en la vida

A mis padres Luis, Eugenia y sobrina Belén por
su cariño, comprensión y apoyo incondicional

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a DIOS por su amor y misericordia; por colmarme de bendiciones a lo largo de estos años en mí faceta profesional y personal.

Todo el agradecimiento a mis padres Luis y Eugenia por su invaluable paciencia y apoyo durante mi formación. Gracias por sus palabras de aliento, por educarme en valores y en no desistir con este objetivo. A Belén por su cariño y apoyo ¡Muchísimas gracias!

Finalmente, todo mi agradecimiento, a mis docentes que coadyuvaron en mi formación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pag.
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
3. MARCO TEÓRICO	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
5. HIPÓTESIS	21
6. OBJETIVOS.....	22
6.1. Objetivo General.....	22
6.2. Objetivos Específicos.....	22
7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	23
7.1. Mediciones.....	23
7.2. Tipo de Estudio.....	24
7.3. Área de Estudio	24
7.4. Universo y Muestra	24
7.4.1. Unidad de observación o de análisis.....	25
7.4.2. Unidad de información.....	25
7.4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	25
7.5. Aspectos Éticos.....	25
7.6. Métodos e Instrumentos	26
7.7. Procedimientos para la Recolección de Datos	26
7.8. Plan de Tabulación y Análisis de los Datos.....	27
8. RESULTADOS	29
9. DISCUSIÓN	51
10. CONCLUSIONES.....	54
11. RECOMENDACIONES.....	55
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
13. ANEXOS.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Distribucion porcentual de los casos de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreaticas Tumorales y No Tumorales según tipo de certificado de defuncion.Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	30
Tabla 2. Distribucion porcentual de los casos de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreaticas Tumorales y No Tumorales según lugar de ocurrencia de muerte.Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	31
Tabla 3. Distribuciones porcentuales de la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según estado civil. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	32
Tabla 4. Distribuciones porcentuales de la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según grupos de edad quinquenales. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	36
Tabla 5. Distribución de muertes por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según localización por sistemas u órganos de la lista CIE – 10 Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	39
Tabla 6. Distribución de muertes por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales según ubicación y sexo. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	40
Tabla 7. Distribución de muertes por enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas no tumorales según ubicación y sexo. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	41
Tabla 8. Distribución de muertes por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales según órganos y sexo.Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	42
Tabla 9. Distribución de muertes por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas No tumorales según órganos y sexo Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	43

Tabla 10. Distribución de la tasa de mortalidad específica según grupos quinquenales de edad por cada 10000 habitantes. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	44
Tabla 11. Cálculo de los APVP y del IAPVP por grupos de edad Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	45
Tabla 12. Relación entre Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales - no tumorales y Ocupación. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	47
Tabla 13. Relación entre Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales - no tumorales y Grado de instrucción. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	48
Tabla 14. Relación entre Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales - no tumorales y Estado civil Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	49
Tabla 15. Relación entre Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales - no tumorales y Sexo Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Distribuciones porcentuales de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	29
Figura 2. Distribuciones porcentuales de la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según grado de instrucción. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	33
Figura 3. Distribuciones porcentuales de la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según ocupación. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	34
Figura 4. Distribución porcentual de los casos de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según sexo. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	35
Figura 5. Pirámide poblacional de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales por sexo y grupos quinquenales de edad Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	37
Figura 6. Distribuciones porcentuales de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	38

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1. Carta de Solicitud de Acceso a Cementerios de la Ciudad de La Paz	61
Anexo 2. Carta de Solicitud de Acceso al Cementerio Jardin de la Ciudad de La Paz ..	62
Anexo 3. Carta de Solicitud de Acceso a Certificados de Defuncion en los Cementerios del Municipio de La Paz	64
Anexo 4. Certificados Medico de Defuncion	65
Anexo 5. Certificados de Defuncion	66
Anexo 6. Agrupacion de Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreaticas Tumorales y No Tumorales por Ubicaci3n en el Tracto Gastrointestinal y Organos Digestivos segun la Codificacion CIE-10	67

ACRÓNIMOS

CIE -10	Clasificación Internacional de Enfermedades se revisa cada 10 años.
CEMEUD	Certificados Médico Único de Defunción
APVP	Años potenciales de vida perdidos
ENT	Enfermedades no Transmisibles
PIBM	Países bajos y medianos
PBI	Países de bajos ingresos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIMA	Países de ingresos medios altos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ED	Enfermedades Digestivas

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales de la población de la Ciudad de La Paz, enero a diciembre de 2017.

Material y Métodos. Estudio analítico retrospectivo. El universo y muestra constituida por el total de casos por fallecimiento de enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales de la población de la ciudad de La Paz. Se excluyó certificados de defunción que presentaron duplicidad y aquellas que pertenecían a otros municipios.

Se utilizó como método de recolección de datos los certificados de defunción que se encontraron en los cementerios o campos santos.

Resultados. La mortalidad es del 14,5 % por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas, donde aproximadamente en 2/3 del total se debe por enfermedades no tumorales y 1/3 a enfermedades tumorales.

La ocurrencia del fallecimiento en la mayoría de los casos se presenta en los establecimientos de salud y la vivienda particular, casi en la misma proporcionalidad en solteros y casados, donde la mayoría tuvo un nivel de instrucción primario y secundario, lo que conlleva a que su ocupación sea de labores de casa, trabajador por cuenta propia y empleado; la estructura poblacional de mortalidad en el grupo de estudio es alta a partir de la tercera edad.

Según la localización en sistemas u órganos de la lista CIE-10 por enfermedades tumorales son debidos a tumores malignos en los órganos digestivos; en no tumorales son por enfermedades presentes en el hígado principalmente; así mismo por la ubicación en el tracto gastrointestinal, en ambos sexos se presentó en las glándulas anexas digestivas; en las tumorales principalmente en la vesícula biliar y en las no tumorales en el hígado.

Cabe mencionar que por cada diez mil habitantes que fallecieron entre hombres y mujeres, 8 fueron por causa de enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales. La tasa de mortalidad por grupos de edad convencionales el grupo más afectado fue en mayores de 72 años de edad.

En este grupo de mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas, en lo que refiere a los años de vida perdidos APVP del total murieron 389 personas menores de 72 años y perdimos 6553 años.

La relación con los factores sociodemográficos, el valor de probabilidad calculado Chi-cuadrado es menor al valor de significancia del 5%, aceptando que la variables ocupación, sexo, y estado civil, está asociada a los grupos de mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales y en el caso según grado de instrucción no existe una relación significativa.

Conclusiones. La mortalidad según la ubicación en el tracto gastrointestinal, en ambos sexos se presentó mayormente en las glándulas anexas digestivas en las tumorales principalmente en la vesícula biliar y en las no tumorales en el hígado. Los años de vida perdidos fueron de 6553 años. Existiendo así mismo una relación con los factores sociodemográficos de ocupación, sexo, y estado civil, referente a la mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales.

Palabras clave. Clasificación Internacional de Enfermedades, Mortalidad, Tumorales, No tumorales, Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas.

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship of sociodemographic factors with mortality from Digestive and Hepatobiliary Pancreatic and Non-tumor Hepatobiliary Diseases of the population of the City of La Paz, January to December 2017.

Material and methods. Retrospective analytical study. The universe and sample consists of the total cases of death of digestive and hepatobiliary pancreatic and non-tumor hepatobiliary diseases of the population of the city of La Paz. Death certificates that presented duplicity and those that belonged to other municipalities were excluded.

Death certificates found in cemeteries or holy fields were used as a data collection method.

Results. Mortality is 14.5% due to pancreatic digestive and hepatobiliary diseases, where approximately 2/3 of the total is due to non-tumor diseases and 1/3 to tumor diseases.

The occurrence of death in most cases occurs in health facilities and private homes, almost in the same proportionality in single and married, where most had a level of primary and secondary education, which led to their occupation be of housework, self-employed and employed; The population structure of mortality in the study group is high as of the third age.

Depending on the location in systems or organs of the ICD-10 list due to tumor diseases, they are due to malignant tumors in the digestive organs; in non-tumors they are mainly due to diseases present in the liver; also by the location in the gastrointestinal tract, in both sexes it was presented in the digestive annexes; in tumors mainly in the gallbladder and non-tumor in the liver.

It is worth mentioning that for every ten thousand inhabitants who died between men and women, 8 were due to digestive and hepatobiliary pancreatic and non-tumor hepatobiliary diseases. The mortality rate by conventional age groups the most affected group was in people over 72 years of age.

In this mortality group due to pancreatic digestive and hepatobiliary diseases, in terms of the years of life lost, APVP of the total died 389 people under 72 years and we lost 6553 years.

The relationship with sociodemographic factors, the calculated Chi-square probability value is less than the significance value of 5%, accepting that the variables occupation, sex, and marital status, are associated with the mortality groups due to digestive diseases and pancreatic hepatobiliary diseases. Tumor and non-tumor and in the case according to degree of instruction there is no significant relationship.

Conclusions. Mortality according to the location in the gastrointestinal tract, in both sexes, occurred mainly in the digestive annexed glands in the tumors mainly in the gallbladder and in the non-tumor in the liver. The years of life lost were 6553 years. There is also a relationship with the sociodemographic factors of occupation, sex, and marital status, referring to mortality from digestive and hepatobiliary pancreatic and non-tumor hepatobiliary diseases.

Words key. International Classification of Diseases, Mortality, Tumor, Non-tumor, Digestive Diseases and Pancreatic Hepatobiliary.

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad es una etapa del ciclo vital que inicia con el nacimiento y termina con la etapa final de la muerte. La mortalidad es un valor medible que determinamos mediante la tasa de mortalidad que es un indicador que nos permite identificar la cantidad de muertes en una sociedad o población.

La mortalidad es una variable, que junto a la natalidad y las migraciones determinan la dinámica demográfica, o sea, los cambios en el número de la población de un lugar en un periodo considerado. El nivel de mortalidad se expresa más eficazmente en la esperanza de vida al nacer, que muestra la cantidad de años de vida que le queda a una persona (1).

En la actualidad la edad promedio de muerte en el mundo subió, siendo que la esperanza de vida aumento de 65,3 a 71,5 años (2).

A partir del siglo XIX la tasa de mortalidad en el mundo ha reducido, principalmente en países en desarrollo, esto debido a intervenciones estratégicas integrales propuestas e implementadas dentro de las políticas públicas de cada país. Sin embargo, también encontraremos regiones con tasas de mortalidad extremadamente baja, así como regiones con tasas de mortalidad altas, esto debido a condiciones geográficos, de habitad y otros factores socioculturales en las cuales habitan los individuos.

No obstante cabe mencionar que la evolución de la mortalidad ha cambiado en todo el mundo, donde las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas hace dos décadas eran mayores, hoy en día el panorama es diferente las “enfermedades no transmisibles (ENT) son las que denominan los porcentajes de muerte a nivel global” (3). De ahí la importancia de según la OMS que morir es uno de los indicadores más importantes para evaluar la eficacia de los sistemas de salud de los países, de tal modo que las autoridades sanitarias de los países pueden orientar estrategias que conlleven a desarrollar actividades en el ámbito de salud pública.

Dentro de las múltiples causas de mortalidad existentes, el estudio se centró en la mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales en la población de la Ciudad de La Paz, gestión 2017, la metodología desarrollada permitió obtener resultados de la: estructura de la mortalidad, distribuciones porcentuales, tasas, APVP y pruebas de chi cuadrado.

Los resultados del estudio permitirán el diseño de políticas y programas específicos de atención a la población y prevención de estas enfermedades con el fomento de modos de vida saludables, con el fin de mejorar la salud y coadyuvar a disminuir estas enfermedades que son causas de mortalidad en la población de estudio.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades gastrointestinales son una de las primeras causas de consulta médica y también una de las primeras causas de muerte en México y en el mundo. Por ello, se las considera un problema de salud pública a nivel mundial, que afecta a personas de cualquier edad y condición social (4) .

Es así que el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo. El 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones. Los cinco tipos de cáncer que causaron un mayor número de fallecimientos fueron el: pulmonar (1,69 millones de defunciones), hepático (788.000 defunciones), colorrectal (774.000 defunciones), gástrico (754.000 defunciones) y mamario (571.000 defunciones) (5).

El 2018 según la Organización Mundial de la Salud menciona que los tumores son los responsables del mayor número de fallecimiento a nivel mundial siendo el cáncer de pulmón el 18,4% del total de muertes por cáncer, seguida del cáncer colorrectal 9,2%, el cáncer de estómago 8,2%, el cáncer de hígado (8,2%) y cáncer de esófago 3,4% (6).

Así mismo mundialmente las infecciones gastrointestinales son consideradas una de las causas más importantes de morbilidad entre los lactantes y niños. Se ha estimado que en Asia, África y Latinoamérica la probabilidad de que un niño muera antes de los 5 años puede llegar a 50%, aunque esto depende de factores socioeconómicos y nutricionales (4) .

Calderillo-Ruiz del Instituto Nacional del Cáncer, en México evidencio que de 2000 pacientes mexicanos diagnosticados de cáncer gástrico entre 2004 y 2016, uno de cada 7 tenía menos de 40 años. En datos de un estudio presentado en el Congreso Mundial de Cáncer Gastrointestinal de la European Society for Medical Oncology realizado en Barcelona y publicado en la revista *Annals of Oncology*, demuestran que en

Latinoamérica la incidencia del cáncer de estómago es cada vez mayor en pacientes jóvenes (menores de 40 años) y también en las mujeres. Por tanto, se concluye que los datos del US National Cancer Institute, confirman que la incidencia de este cáncer va aumentando entre la población hispana joven, con peor resultado que en los pacientes de más edad (7).

En la comunidad de Madrid 2007, se observa que la tasa cruda de mortalidad de los principales tumores malignos está ubicada dentro de las diez primeras causas de mortalidad la de los órganos del sistema digestivo ubicados en el colon, estomago, hígado, vías biliares intrahepáticas y páncreas (8).

En la región de Arequipa el 2002 se evidencio que la principal causa de mortalidad general femenina fue en las enfermedades del aparato respiratorio con una tasa de 49.39 y en segundo lugar ocupó la mortalidad por tumor maligno en órganos digestivos y peritoneo con 8,64% y una tasa de 25,40, seguida de enfermedades de otras partes del aparato digestivo de 7.63% con una tasa de 22,42 x100.000, en cambio en el sexo masculino presento el 24,99% una 34.99 x100.000 por enfermedades de otras partes del aparato digestivo y 5,58% que representa una tasa de 19.50 mortalidad por tumor maligno de otros órganos digestivos y peritoneo (9).

Es así que el cáncer representa un creciente aumento de la carga de mortalidad en América del Sur, la probabilidad de contraer cáncer antes de los 65 años en los países sudamericanos es aproximadamente 10 a 12,4%. En datos del 2002 las causas principales de mortalidad por cáncer que afectan a hombres en América del Sur son cáncer de próstata, del pulmón y de estómago, a excepción de Argentina, Bolivia y Uruguay donde la tercera causa más común en hombres es el cáncer colorrectal en Bolivia principalmente son el cáncer colorrectal. Cerca del 72% de todas las

muerdes debidas al cáncer en el 2007 ocurrieron en los países de ingresos bajos y medianos (10).

Para el año 2003 según la OPS y OMS, la mortalidad proporcional total de defunciones en todas las edades en ambos sexos en el país boliviano fue del 7% por neoplasias y 5% enfermedades del sistema digestivo (11).

En la ciudad de La Paz, en un estudio realizado solo por el Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo (IINSAD) de la Facultad de Medicina de la UMSA del Perfil de Mortalidad en la ciudad de La Paz en el año 2009, se observó que las “neoplasias de los órganos digestivos alcanzaron a un 19,8%” (12), no se evidencia datos de mortalidad por enfermedades no tumorales de los órganos digestivos (13).

Para el 2030 en países de América Latina y el Caribe se proyecta que más de 1,6 millones de personas morirán del cáncer; un aumento atribuido a los cambios demográficos y mayor exposición a los factores de riesgo (10).

El aumento de las patologías digestivas que conllevan a mortalidad se debe a múltiples factores, sin embargo, en la actualidad se manifiesta el excesivo consumo de productos de bajo valor nutritivo y alto contenido en azúcar, grasas saturadas y sal, actividad física insuficiente, poco sueño y descanso, estrés laboral, “el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la contaminación del aire” (14).

En este entendido siendo importante la obtención de información sobre las causas de mortalidad y evidenciando que la mortalidad por cáncer en por enfermedades digestivas es la segunda causa de morbilidad a nivel mundial y no existiendo estudios de mortalidad por enfermedades digestivas no tumorales, a comparación por causas neoplásicas en órganos digestivos, se pretende realizar el presente estudio con la finalidad de contar con información precisa que muestren la realidad de la mortalidad por enfermedades digestivas tumorales y no tumorales, la misma que permitirá a organizaciones y/o instituciones de la salud a

proponer estrategias que permitan controlar y disminuir los resultados encontrados y de esta manera mejorar la salud y el bienestar de la población y reducir la cifra de muertes evitables en el país.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. División territorial.

3.1.1. Definición de División Política del País. La división Política es usada para demarcar los límites entre países y, a su vez, los límites de sus unidades territoriales. El gobierno de un país ejerce su soberanía dentro de dichos límites. Esas divisiones del mundo responden a una serie de circunstancias, hechos históricos, culturales y sociales que han sido determinantes en la composición de los límites de un territorio (15).

3.1.2. Definición de Departamento. Hace referencia a cada una de las partes en que se divide un territorio.

3.1.3. Definición de Provincia. Es un territorio que forma parte de otra entidad geográfica más grande o superior pero que al mismo tiempo tiene sus características y funciones particulares.

3.1.4. Definición de Municipio. Es la división territorial administrativa que puede agrupar una sola localidad o varias y que puede hacer referencia a una ciudad o un pueblo.

3.1.5. Definición de Ciudad. Se designa con el término de ciudad a aquella área urbana que ostenta una alta densidad poblacional y en la cual predomina fundamentalmente los servicios y las industrias, oponiéndose ciertamente a las actividades de tipo agrícola que se realizan preeminentemente en las regiones rurales (16).

3.1.6. Definición de Comunidad. Conjunto de individuos que forman parte de una comunidad siempre y cuando tengan algún elemento que los una.

3.2. Definición de Sistema digestivo o aparato digestivos.

“Existen doce sistemas del cuerpo humano que trabajan tanto por separado como de manera conjunta para que el organismo funcione correctamente y mantenga la salud. La unidad funcional del ser humano es la célula. Estas se agrupan formando tejidos, que a su vez, componen los órganos, y los diferentes órganos que desarrollan la misma función forman un sistema. Por tanto se podría definir un sistema como el conjunto de órganos y estructuras que trabajan de forma conjunta para cumplir una función fisiológica determinada en el ser humano” (17).

Uno de estos sistemas es el aparato digestivo que está conformado por el tubo digestivo, vesícula biliar, hígado y páncreas, que tiene por función digerir los alimentos, para luego transformarlos en nutrientes, esta con la finalidad de proporcionar energía al organismo y coadyuvar en el crecimiento y regeneración celular.

Existen algunas enfermedades y trastornos digestivos agudos que duran solo un corto periodo de tiempo mismo que no son tumorales, mientras que otros son crónicas que tiene una larga duración y se las podría llamar tumorales (cáncer).

3.3. Definición de tumor

“Tumor es un conjunto de células de cualquier tejido que se han multiplicado descontroladamente, formando una masa anormal existen dos clases de tumores: benignos crecen lentamente y por lo general no se extienden a otras zonas del cuerpo y malignos (cáncer) estas crecen rápidamente y muchas veces generan metástasis, es decir, migran hacia otras partes del cuerpo causando nuevos tumores” (18).

3.4. Enfermedades digestivas no tumorales y tumorales

Existen varias enfermedades digestivas estas pueden ser no tumorales y/o tumorales entre estas tenemos las siguientes:

- ✓ “Esofagitis

- ✓ Trastornos motores del esófago
- ✓ Cáncer de esófago
- ✓ Úlcera Péptica
- ✓ Gastritis
- ✓ Enfermedad funcional del aparato digestivo
- ✓ Neoplasias gástricas
- ✓ Síndrome de malabsorción - mal digestión. Enfermedades intestinales que cursan con mal absorción.
- ✓ Enfermedades vasculares del intestino
- ✓ Enterocolitis infecciosas y parasitarias
- ✓ Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- ✓ Obstrucción intestinal
- ✓ Enfermedad diverticular de colon
- ✓ Poliposis intestinal y cáncer color rectal
- ✓ Neoplasias intestinales no endocrinas
- ✓ Síndrome ano rectal
- ✓ Pancreatitis aguda
- ✓ Pancreatitis crónica
- ✓ Neoplasias de páncreas
- ✓ Tumores endocrinos del tracto intestinal y páncreas
- ✓ Patología de la pared abdominal
- ✓ Enfermedades del peritoneo y del mesenterio
- ✓ Abdomen agudo
- ✓ Traumatismo abdominal
- ✓ Ictericia
- ✓ Ascitis
- ✓ Encefalopatía hepática
- ✓ Hepatitis vírica
- ✓ Hepatitis crónica viral

- ✓ Hepatopatías causadas por medicamentos y por agentes tóxicos industriales o naturales
- ✓ Insuficiencia hepática aguda grave
- ✓ Enfermedades hepáticas producidas por alcohol
- ✓ Cirrosis hepática
- ✓ Enfermedades hepáticas de probable origen autoinmune
- ✓ Enfermedades hepáticas de origen hereditario
- ✓ Tumores del hígado
- ✓ Enfermedades vasculares del hígado
- ✓ Infecciones específicas del hígado
- ✓ Litiasis biliar
- ✓ Neoplasias de las vías biliares
- ✓ Malformaciones de las vías biliares y quistes no parasitarios del hígado
- ✓ Trasplante hepático” (19)

Con el transcurrir de los años los individuos van presentando ciertos malestares con diferente intensidad corporal que es representada como: una enfermedad que es considerada la misma como un deterioro de la salud del organismo humano, en función al tipo de patología que presenta el individuo la misma puede ser curada o puede provocar la mortalidad del individuo.

3.5. Factores de riesgo de las enfermedades en órganos digestivos.

Existen muchos factores perjudiciales para el aparato digestivo como los: tóxicos industriales, agentes físicos, estrés profesional, la tensión, la fatiga, las posturas anormales, los cambios frecuentes del ritmo de trabajo, el trabajo por turnos, el trabajo nocturno, los malos hábitos alimenticios como la cantidad, calidad y horario de las comidas y hábitos de higiene inadecuados.

Peligros químicos. El aparato digestivo es la puerta de numerosas sustancias químicas al organismo, las sustancias tóxicas ingeridas son filtradas y hasta cierto punto metabolizadas por el hígado antes de alcanzar el árbol vascular, las mismas que pueden producir lesiones orgánicas y funcionales tanto durante su introducción como durante su eliminación del organismo, o como consecuencia de su acumulación en ciertas vísceras.

Factores físicos. Distintos agentes físicos pueden causar síndromes digestivos, como sucede con los traumatismos directa e indirectamente discapacitantes, las radiaciones ionizantes, las vibraciones, la aceleración rápida, el ruido, las temperaturas muy altas o muy bajas o los cambios climáticos bruscos y repetidos. Las quemaduras, sobre todo cuando son extensas, pueden dar lugar a ulceraciones gástricas y lesiones hepáticas. Las posturas o movimientos anormales pueden causar trastornos digestivos, especialmente cuando se asocian a trastornos predisponentes, como la hernia paraesofágica, la visceroptosis o la relajación diafragmática; además, pueden aparecer reflejos extra digestivos como el ardor epigástrico cuando los trastornos digestivos van acompañados de alteraciones del sistema nervioso autónomo o neuropsicológicas. Estos trastornos son frecuentes en las modernas circunstancias de trabajo y pueden ser ellos mismos causa de disfunción gastrointestinal.

Estrés profesional. El cansancio físico también puede alterar la función digestiva, y el trabajo pesado puede causar trastorno secretor motor y cambios distroficis, sobre todo del estómago. Las personas con procesos gástricos que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas, presentan limitaciones en cuanto a la cantidad de trabajo pesado que pueden hacer, además requieren de mayores grados de nutrición. El trabajo por turnos causa importantes cambios de los hábitos alimenticios, con la consiguiente aparición de problemas gastrointestinales, asociándose al aumento de concentraciones sanguíneas de colesterol y triglicéridos y a una mayor

actividad de la gamma-glutamilttransferasa sérica. Así mismo diversas observaciones indican un aumento de la frecuencia de ulcera péptica en las personas con mayores responsabilidades

Hábitos alimenticios y otros. Los hábitos alimentarios inadecuados como la frecuente variación de los horarios de las comidas, las malas condiciones de alimentación en los lugares de trabajo, el consumo de alcohol, el hábito de fumar y las circunstancias de la vida social y familiar (20) son factores que predisponen a la presencia de una enfermedad digestiva.

Sobre todo es importante prestar atención a los hábitos y prácticas alimentarias de los individuos, ya que las necesidades nutritivas alimenticias del individuo, la elección y preparación de los alimentos, los horarios, el tamaño de las comidas, la masticación inadecuada, el consumo de los alimentos ricos en calorías como: los azúcares, dulces, bebidas carbonatadas, grasas y alimentos procesados, así como alcohol y tabaco, son factores que provocan daños en la salud, sobre todo paulatinamente daños en los órganos digestivos, las mismas que en muchas circunstancias terminan en el fallecimiento del individuo.

3.6. Carga económica de las enfermedades en órganos digestivos.

En la actualidad las patologías digestivas tienen una importante incidencia en la población y un coste económico social elevado para la familia y el país, afectando hoy en día principalmente a personas en etapa productiva, repercutiendo la misma en el desarrollo de las actividades laborales, que ocasiona la reducción de ingresos económicos y ahorros según la gravedad de la patología presente en el individuo, ya que la misma genera gastos para el restablecimiento de la salud.

Es así que la presencia de una patología en algún órgano u órganos del sistema digestivo ya sea tumoral o no tumoral “supone una carga económica para los países” (12). Por ejemplo “las consecuencias económicas de las

Enfermedades No transmisibles (ENT) tumorales donde tenemos. Las benignas, malignas, in situ y de comportamiento incierto y las no tumorales como las metabólicas, degenerativas, disfuncionales, estructurales, congénitas y otros, siguen elevándose en la medida en que las poblaciones aumentan y envejecen, las pérdidas acumulativas de la economía mundial alcanzan los US\$ 47.000 millones en el periodo de dos decenios a partir de 2010. Los cálculos actuales indican que las pérdidas económicas acumulativas para los países de ingresos bajos y medianos ocasionados por las ENT serán de más de US\$ 7.000 millones durante el periodo 2011-2025 (un promedio de casi US\$ 500.000 millones por año). Esta pérdida anual es equivalente a aproximadamente 4% de la producción económica anual actual en estos países. En un cálculo por persona, la cantidad de pérdida anual asciende a un promedio de US\$ 25 en los países de bajos ingresos, US\$ 50 en los países de ingresos medianos bajos y US\$ 139 en los países de ingresos medianos altos. Es así que sin duda estas pérdidas no solo afectaran la salud y el bienestar, sino el desarrollo del país“ (21).

3.7. Aspectos que previenen la carga de las enfermedades digestivas.

Las intervenciones deben ser integrales que permitan disminuir los riesgos de las enfermedades digestivas, generando en los individuos estilos de vida saludable: con la práctica de consumo de una alimentación saludable que involucre el consumo de una dieta rica en verduras y frutas, ingesta de agua, reduciendo el consumo de azúcar, grasas y sal; así como realizar actividad física, reduciendo o evitando la inhalación del tabaco y el consumo nocivo del alcohol.

El precio por persona para un conjunto de estrategias de intervenciones para ENT es bajo. La intervención anual iría de menos de US\$ 1 en los países de bajos ingresos (PBI) a US\$ 3 en los países de ingresos medios altos (PIMA). Para el conjunto de países bajos y medianos (PIBM), el costo de las medidas basadas en la población para reducir el consumo de tabaco y el consumo

nocivo de alcohol, mejorar la alimentación saludable y reducir la inactividad física se estima en US\$ 2.000 millones anuales, ósea menos de US\$ 0,40 por persona y por año (21).

Las intervenciones en la salud a nivel individual, incluidos el asesoramiento y el tratamiento con farmacoterapia y otros para diferentes enfermedades tienen un costo total anual elevado.

En este entendido las intervenciones desarrolladas en la salud, evitará muchas defunciones prematuras y como efecto se evidenciará en la producción y rendimiento del individuo y desarrollo del país.

3.8. Definición de Mortalidad

La mortalidad es el proceso natural mediante el cual desaparece una población a lo largo del tiempo, se estudia a partir de una información de flujo: las defunciones que ocurren durante el periodo considerado. El fenómeno de la mortalidad se analiza mediante una fuente dinámica de información que es registro de defunciones (22).

3.8.1. Tipos de Mortalidad

Las mortalidades en el individuo pueden por diversos factores y según estas existen dos tipos de mortalidad:

3.8.1.1. Mortalidad endógena. “Es aquella que no puede prevenirse, responde a causas intrínsecas al individuo como malformaciones congénitas, alteraciones genéticas, o problemas propios del envejecimiento de la persona.

3.8.1.2. Mortalidad exógena. Es aquella que puede prevenirse y combatirse con los avances de la ciencia médica, así como con el acceso a los mínimos de bienestar, salud, educación, empleo y alimentación.

Según Ramírez, menciona que las causas de la mortalidad están relacionadas con la edad, sexo, desarrollo económico y social. El análisis de

las causas de muerte permite detectar los principales problemas de salud de un país o región, y facilita el diseño de programas y políticas específicas de atención a la población.

La mortalidad por causa se mide a través del porcentaje de defunciones debido a una causa determinada. Se expresa de la siguiente manera: siendo la tipificación de las causas de muerte una tarea compleja debido a la presencia de un sin número de padecimientos, existe una clasificación internacional a la cual se apegan los diferentes países del mundo” (23) .

3.9. Clasificación internacional de Enfermedades y Causas de Muerte (CIE)

Códigos de Causas de la Clasificación Internacional de Enfermedades y causas de Muerte CIE 10

DESCRIPCIÓN	CIE 9
Todas las causas de muerte	Todos los códigos
Enfermedades infecciosas	A00-A99+B00B99
Septicemia	A40-A41
Sida	B20-B-24
Tumores malignos	C00-c97
Tumor maligno de estomago	C16
Tumor maligno de colon y recto	C18-C20
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33-C34
Tumor maligno de mama	C50
Tumor maligno de próstata	C61
Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	E00-E90 D80-D89
Diabetes mellitus	E10-E14
Trastornos mentales	F00-F99
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	G00-G98, H00-H65
Enfermedad de Alzheimer	G30
Enfermedades del aparato circulatorio	I00-I99
Enfermedad hipertensiva	I10-I13
Enfermedad del corazón	I00-I09,I11,I13,I20-I51
Enfermedad isquémica del corazón	I20-I25
Enfermedad cerebrovascular	I60-I69
Enfermedad del aparato respiratorio	J00-J99
Neumonía e influenza	J10-J18
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J47

Enfermedades del aparato digestivo	K00-k93
Enfermedad crónica del hígado	K70+k73-k74
Apendicitis	K35-K38
Hernia abdominal	K40-K46+K56
Enfermedad del aparato genitourinario	N00-N99
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	N00-N07, N17-N19, N25-N27
Accidentes y causas externas	V00-V99+W00-W99+X00-X99+Y00-Y99
Accidentes no intencionales	V01-X59, Y85-Y86
Accidentes de trafico	V01-V04+V09.0+V09.2+V12-V14+V19.0-V19.2+V19.4-V19.6+V20-V97+V80.3-V80.5+V81.0-V81.1+V82.0-V82.1+V83-V86+V87.0-V87.8+V88.8-V88.9+V89.0-V89.2
Suicidio	X60-X89+Y87.0
Homicidio	X85-X99+Y00-Y09+Y87.1
Efectos adversos de medicamentos	Y40-Y59

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE).

3.9.1. Definición del CIE. “La clasificación de enfermedades pueden definirse como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos.

En la practica el CIE se ha convertido en una clasificación diagnostica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

3.9.2. Propósito del CIE. Permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países, y en diferentes épocas.

3.9.3. Uso del CIE. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos recuperación para el análisis de la información” (24).

El CIE permitió así mismo en el presente documento aplicarlo en certificados de defunción.

3.10. Certificado de Defunción.

“Es un documento que representa el testimonio escrito referente a un hecho vital, en este caso la muerte, que el medico ha comprobado personalmente. Es muy importante que los datos del Certificado sean reales y no tengan errores, ni omisiones. Ninguna persona o funcionario puede exigir al médico certificante que cambie las causas de la muerte que ha decidido registrar.

3.10.1. Propósitos Estadísticos del Certificado de Defunción

El Certificado de Defunción es la fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de mortalidad. Todo certificado sigue un procesamiento estadístico mediante el cual las variables incluidas en el, tanto las de carácter sociodemográfico como por ejemplo la edad, el sexo, el lugar de residencia del fallecido y el lugar de ocurrencia de la defunción; como las de carácter clínico, en este caso las causas de defunción, son válidas, son codificadas y son integradas en los sistemas de información destinados a la obtención de las estadísticas correspondientes.

Cada una de las variables incluidas en el Certificado es relevante para el análisis de la mortalidad y de sus determinantes” (25).

3.10.2. Partes del Certificado Médico de Defunción.

Los aspectos que contempla el certificado médico de defunción son los: datos del fallecido, datos de la defunción y los datos de la persona que certifica la defunción.

Dentro de los datos del fallecido se contempla los datos sociodemográficos del individuo que falleció.

“En datos de defunción en el certificado de defunción se observa la causa básica de defunción que define como la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de

violencia que produjeron la lesión mortal, está según la clasificación internacional de enfermedades” (26).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la causa básica de la defunción como la enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte.

En datos de quien certifica la defunción se observa los datos del personal de salud que certifica el mencionado documento.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. Caracterización del problema

En los últimos decenios, las tendencias y los perfiles de la mortalidad en la Región de las Américas han experimentado cambios sustanciales. En América Latina y el Caribe, los cambios demográficos, sumados a la evolución del modo de vida y los factores ambientales, conductuales y económicos, han llevado a que las enfermedades no transmisibles reemplacen o, en algunos entornos, coexistan con la carga de las enfermedades transmisibles. En América Latina y el Caribe presenta las mayores disparidades socioeconómicas dentro de la Región de las Américas, un panorama que inevitablemente se ha traducido en una elevada mortalidad por enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Donde según la OMS el cáncer representa un tercio de la carga de las enfermedades no transmisibles (27).

Y en el año 2015 así mismo declara la OMS, que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; ocasionando 8,8 millones de defunciones, donde cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. Y alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol (5).

Es así que esta transición epidemiológica explica que las tendencias particularmente heterogénea de la mortalidad que se presenta en los países de América Latina y el Caribe, donde la doble carga de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles es común y se cobra un extraordinario costo para el sistema de salud (27).

Es así que teniendo conocimiento de las muertes específicas por las diferentes patologías en los diferentes sistemas y órganos del individuo puede la misma coadyuvar a orientar o re direccionar las estrategias y actividades para prevenir el aumento de ciertas enfermedades, que principalmente se deben a prácticas y conductas inadecuadas de estilos de vida.

4.2. Delimitación del problema

La mortalidad se suscita en un espacio y tiempo determinado, donde la misma se asocia a causas o patología específica. Es así que en el entorno urbano existen muchos factores de riesgo que influyen notablemente en la mortalidad por patologías en diferentes órganos del individuo estas pueden ser: los aspectos laborales, aspectos físicos, la deficiente e inapropiada alimentación, los hábitos y costumbres alimentarios inadecuados, la inactividad física, el consumo de alcohol, tabaquismo y otros, incidiendo esta situación de manera importante en las tasas de mortalidad.

Muchas muertes causadas por varios factores de riesgo se podrían prevenir disminuyendo la magnitud de las causas, que esta a su vez permitiría aumentar la esperanza de vida (28).

En este entendido evidenciando que no existen datos de estudios de mortalidad por enfermedades digestivas no tumorales, a comparación de mortalidad por causas neoplásicas en órganos digestivos, se pretendió realizar el presente estudio, ya que esta situación permitirá en el país crear políticas públicas y mejorar los sistemas de salud.

5. HIPÓTESIS

Los factores sociodemográficos de sexo, estado civil, grado de instrucción y ocupación ejercida por la población de la ciudad de La Paz tienen relación con la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales de la población de la Ciudad de La Paz, enero a diciembre de 2017.

6.2. Objetivos Específicos

- Describir las características de la mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales por grupos de edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, lugar de defunción y lugar del daño físico en el órgano gastrointestinal.
- Determinar la tasa de mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales.
- Determinar los años potenciales de vida perdidos APVP por la mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales de la ciudad de La Paz.

7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

7.1. Mediciones

Las variables que se midieron fueron:

Variable Dependiente

- Mortalidad por enfermedades digestivas hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales.

Variable Independiente

- Edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, lugar de defunción y lugar del daño físico en el órgano gastrointestinal.

Operacionalización de Variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO
Mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas	Es la muerte del individuo por causa concreta por enfermedad digestiva y/o hepatobiliares pancreáticas	Clasificación según el CIE-10	-Mortalidad por enfermedades digestivas hepatobiliares pancreáticas tumorales -Mortalidad por enfermedades digestivas hepatobiliares pancreáticas tumorales	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo entre la fecha de nacimiento y fecha de defunción	Numero años de vida	Ordinal
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Diferenciación entre Femenino y Masculino	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Lazos jurídicamente reconocidos por la sociedad que contrajeron dos individuos que no son parientes	Situación jurídica del individuo determinada	Soltero Casado Viudo Divorciado	Nominal

		por la unión o no hacia otra persona		
Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizado por el individuo	Grado de estudios realizados	Sin Instrucción Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Ocupación	Es la tarea laboral que realiza un individuo en un tiempo determinado	Ocupación laboral	Labores de casa Trabajador por cuenta propia Empleado Estudiante Jubilado/Rentista Otro	Nominal
Lugar de defunción	Es el sitio donde ocurrió el deceso del individuo	Lugar de deceso	Establecimiento de Salud Vivienda Particular Vía Publica Otros	Nominal
	Es la localización del daño físico o enfermedad digestiva ubicada en el o los órganos del sistema digestivo	Lugar del daño o enfermedad física gastrointestinal o hepatobiliar pancreática	-Tracto gastrointestinal superior -Tracto gastrointestinal inferior -Glándulas anexas digestivas -Otras Enfermedades digestivas mal definidos y de comportamiento incierto	Nominal

7.2. Tipo de Estudio

Es un estudio analítico retrospectivo.

7.3. Área de Estudio

El área de estudio fue en la ciudad de La Paz.

7.4. Universo y Muestra

El universo represento 653 casos y la muestra estuvo constituido por el total de casos por fallecimiento de enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales de la población de la ciudad de La Paz, gestión 2017.

7.4.1. Unidad de observación o de análisis

La unidad de observación o de análisis fueron los casos de mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales.

7.4.2. Unidad de información

Certificados Médico Único de Defunción CEMEUD u otros tipos de certificado que declare el deceso del individuo, recolectados de los archivos de los campos santos (cementeros) del municipio de la ciudad de La Paz.

7.4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron:

Aquellos certificados de defunción con causa básica de muerte por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales.

Se excluyeron:

Certificados de defunción que presentaron duplicidad y aquellas que pertenecían a otros municipios.

7.5. Aspectos Éticos

Respetando los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en el presente estudio de investigación se revisaron los datos registrados de los diferentes tipos de certificados de defunción de individuos que fallecieron por causa básica de enfermedades en los diferentes órganos del sistema digestivo sean estos tumorales y no tumorales, siendo que solo se tomó el aspecto clínico y epidemiológico de los individuos a través de la revisión del Certificado Médico Único de Defunción u otra certificación que declare la defunción, considerando

en este entendido en el estudio los principios I y II de la Declaración de Helsinki de consentimiento informado mediante la presentación de una carta de solicitud de autorización a los gerentes de los campos santos de la ciudad de La Paz, para la recolección de información de los datos del estudio a encontrarse en el certificado de defunción en archivos de la institución y la protección de la confidencialidad de la información y sin riesgo para el individuo.

7.6. Métodos e Instrumentos

La información se recolectó mediante los datos obtenidos de fuente secundaria que son el certificado único médico único de defunción, documentos de la corte electoral y pase de inhumación, que se encontraron en los archivos de los cementerios oficiales. Los datos fueron fotografiados e impresos, de las mismas se tomaron en cuenta los diferentes aspectos de defunción registrados en el documento según los objetivos planteados en el presente estudio de investigación.

Luego los datos fueron codificados según la causa básica del CIE-10, y posteriormente se creó una base de datos en SPSS, generada por cada documento de defunción obtenida.

7.7. Procedimientos para la Recolección de Datos

En una primera etapa se realizó los procedimientos administrativos de autorización para la recolección de la información en campo, en este caso se solicitó la misma a gerentes y/o directores responsables de la parte administrativa de los cementerios (Anexo 1).

De acuerdo a los objetivos del estudio la información se recolectó de los diferentes campos santos (cementerios) del municipio de la ciudad de La Paz, recabándose en esta oportunidad datos de los certificados de defunción según el grupo de objetivo de estudio planteado de la ciudad de La Paz.

Como proceso se aplicó una búsqueda intencionada del total de certificados de defunción y expedientes de inhumación en cementerios públicos oficiales, privados y no oficiales que tengan en sus registros el certificado único de defunción (Anexo 2),

Cabe mencionar que se siguió los siguientes pasos que a continuación se detalla:

- a. Recolección de certificados de defunción, de cualquier origen y formatos
- b. Codificación o recodificación del 100% de certificados en base a la CIE-10
- c. Identificación y selección mediante la CIE-10 de las muertes de la población
- d. Identificación y selección de muertes de la población, según lo evidenciado en los certificados de defunción.
- e. Identificación y selección de grupos específicos por variables demográficas y sociales.

7.8. Plan de Tabulación y Análisis de los Datos

De acuerdo al objetivo de estudio la información se recolecto en una población establecida, de fuente secundaria certificados de defunción. (ANEXO 1). De la cual se codifico la causa básica de defunción, utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Posteriormente los certificados fueron codificados, misma que permitió generar una base de datos con el paquete estadístico SPSS v. 22, se incluyó todas las variables del CEMEUD y otros documentos de defunción que se recolecto.

Para la tabulación y análisis de la información se desarrolló de acuerdo a los objetivos del estudio planteado tomando en cuenta las variables demográficas de edad, grado de escolaridad, estado civil, procedencia,

sexo y lugar de fallecimiento; también se consideró la mortalidad por la ubicación del daño físico gastrointestinal y hepatobiliares pancreática tumoral y no tumoral.

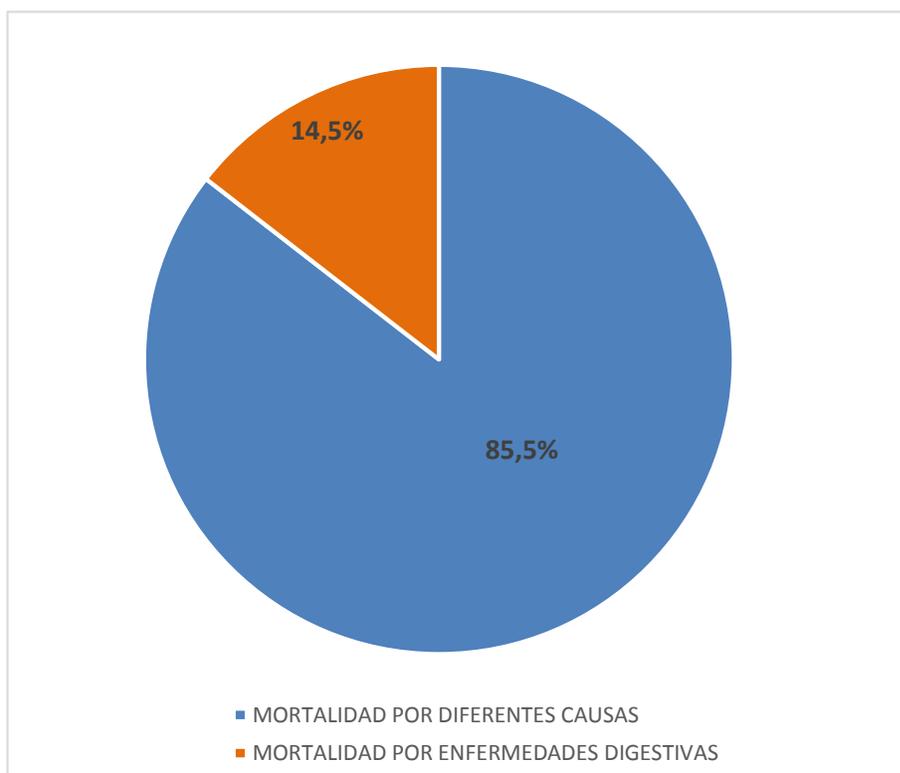
8. RESULTADOS

En la actualidad, el departamento de La Paz, es el primer departamento más grande del país, seguida de Santa Cruz y Cochabamba, con una población de 2.706.351 habitantes según el Censo de Población y Vivienda 2012.

En el estudio de investigación realizado en la ciudad de La Paz se evidencia que en la gestión 2017 se presentó 4517 defunciones por diferentes causas, de la cual el 14,5 % fueron casos de mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas.

Figura 1

Distribuciones porcentuales de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

8.1. Características generales de las personas fallecidas por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales

Los casos de mortalidad por enfermedades digestivas tumorales y no tumorales fueron evidenciados, el 91,1% del certificado médico único de defunción CEMEUD, seguida de la corte electoral y forense con 3,8% y el 1,2% fueron de la certificación de pase de inhumación, que se trata de una autorización otorgada por el registro civil para inhumar a la persona fallecida.

Tabla 1

Distribución de los casos de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según tipo de certificado de defunción. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

TIPO DE CERTIFICADO	No.	%
CEMEUD	595	91,1
Forense	25	3,8
Corte electoral	25	3,8
Pase de inhumación	8	1,2
Total	653	100,0

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

Tabla 2

Distribución porcentual de los casos de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según lugar de ocurrencia de muerte. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA MUERTE	No.	%
Establecimiento de salud	327	50,1
Vivienda particular	280	42,9
Vía pública	6	0,9
Se ignora	33	5,1
Otros	7	1,1
Total	653	100,0

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

Según el lugar de ocurrencia del fallecimiento se observó (Tabla 2) que se dio en la mayoría de los casos en los establecimientos de salud seguida de la vivienda particular en el 42,9 % del total de los casos de mortalidad Acudiendo el 50% a establecimientos de salud para su atención medica previo a su deceso.

Tabla 3

Distribuciones porcentuales de la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según estado civil. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltero	260	40,1
Casado	266	41,0
Divorciado	23	3,5
Viudo	95	14,7
Conviviente	4	0,6
Total	648	100,0

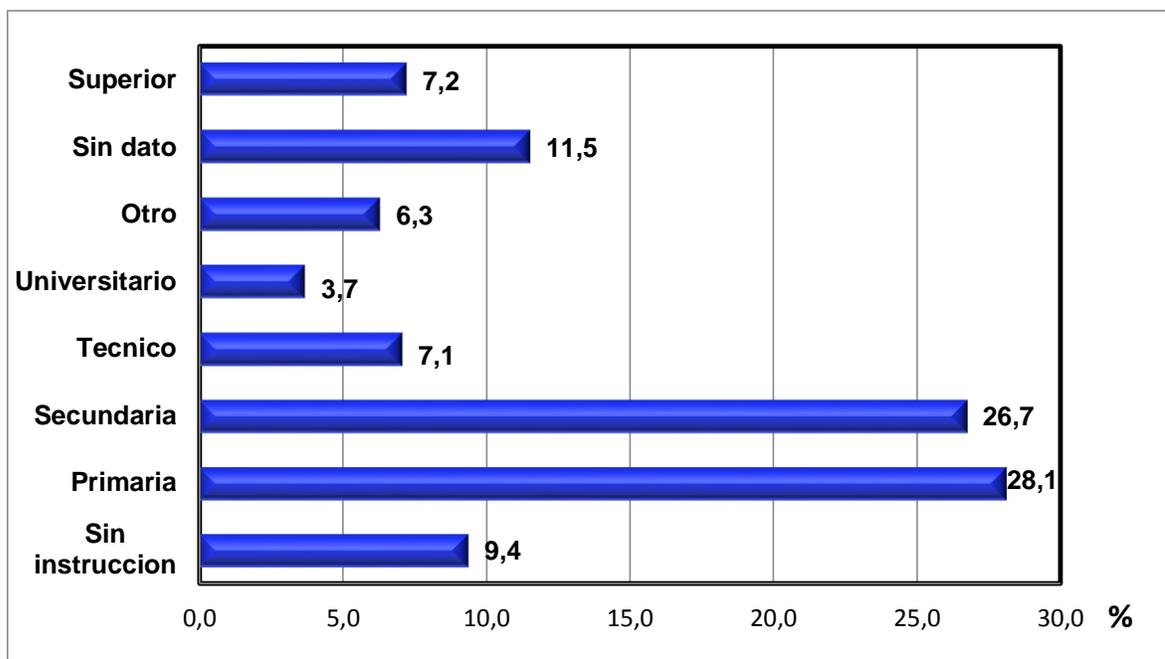
Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

La mayoría de edad en Bolivia se alcanza a los 18 años de edad, un hombre puede casarse a los 16 años de edad y una mujer a los 14 años de edad y para la misma debe contar con autorización de sus padres o del tutor, en este entendido el número de casos disminuye de 653 a 648 no incluyendo a cinco menores de 14 años de edad.

Los resultados muestran que la mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas se da casi en la misma proporcionalidad en solteros y casados, llegando a ser un 81,1% del total de la población estudiada.

Figura 2

Distribuciones porcentuales de la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según grado de instrucción. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

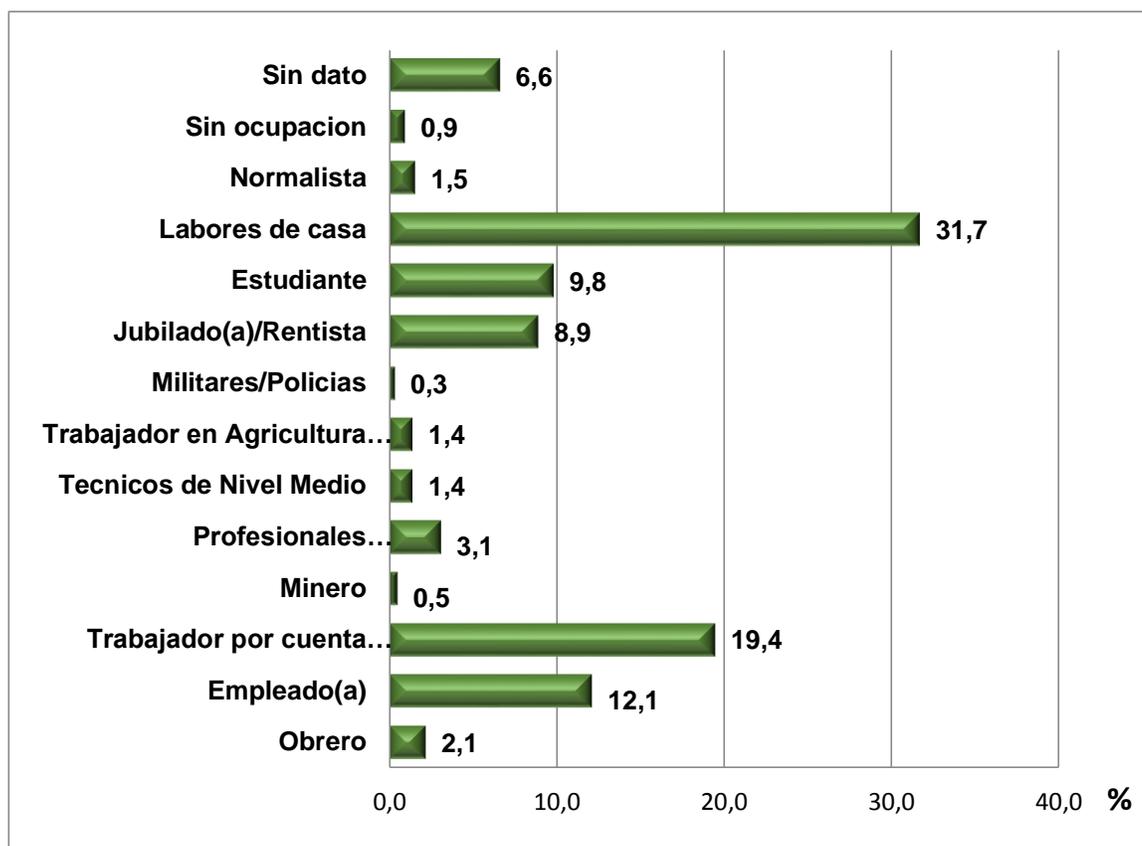


Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

El grado de instrucción que prevalece son el nivel primario y secundario respectivamente con 28,1% y 26,7%, solo una minima parte de la poblacion alcanza a niveles de educacion superior (Figura 3).

Figura 3

Distribuciones porcentuales de la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según ocupación. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

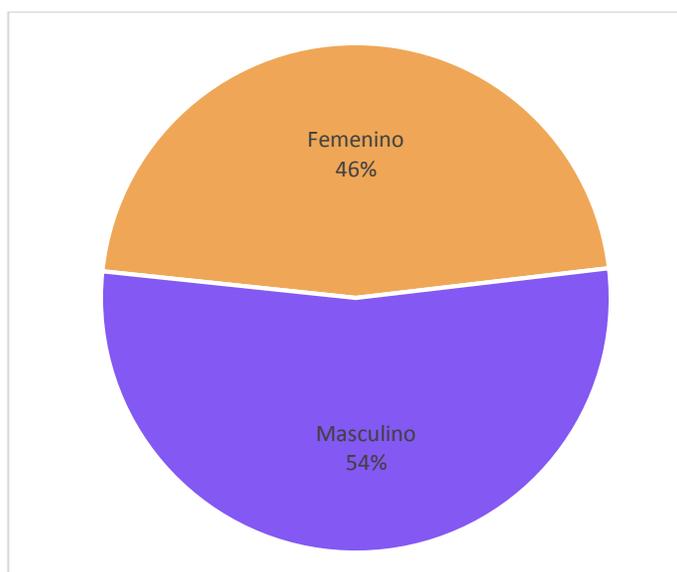


Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

Así mismo el grupo poblacional de estudio de mortalidad por enfermedades digestivas la mayoría tenía una ocupación de labores de casa, trabajador por cuenta propia y empleado que tenía relación con el nivel de formación que alcanzaron (Figura 4).

Figura 4

Distribución porcentual de los casos de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según sexo. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

En lo que refiere al sexo prevalece la mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas, en el sexo masculino con el 54% es decir de cada 10 fallecidos 5 fueron varones, en relación al sexo femenino que fue del 46%. Es decir por cada varón fallecido también existe una mujer que fallece por la causa mencionada.

Tabla 4

Distribuciones porcentuales de la mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según grupos de edad quinquenales. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

GRUPO DE EDAD EN QUINQUENIOS	No.	%
< 1 año	2	0,3
1 – 4	0	0,0
5 – 9	2	0,3
10 – 14	3	0,5
15 -19	1	0,2
20-24	4	0,6
25-29	14	2,1
30-34	12	1,8
35-39	24	3,7
40-44	26	4,0
45-49	20	3,1
50-54	39	6,0
55-59	47	7,2
60-64	72	11,0
65-68	74	11,3
69-71	49	7,5
72 a mas	264	40,4
Total	653	100,0

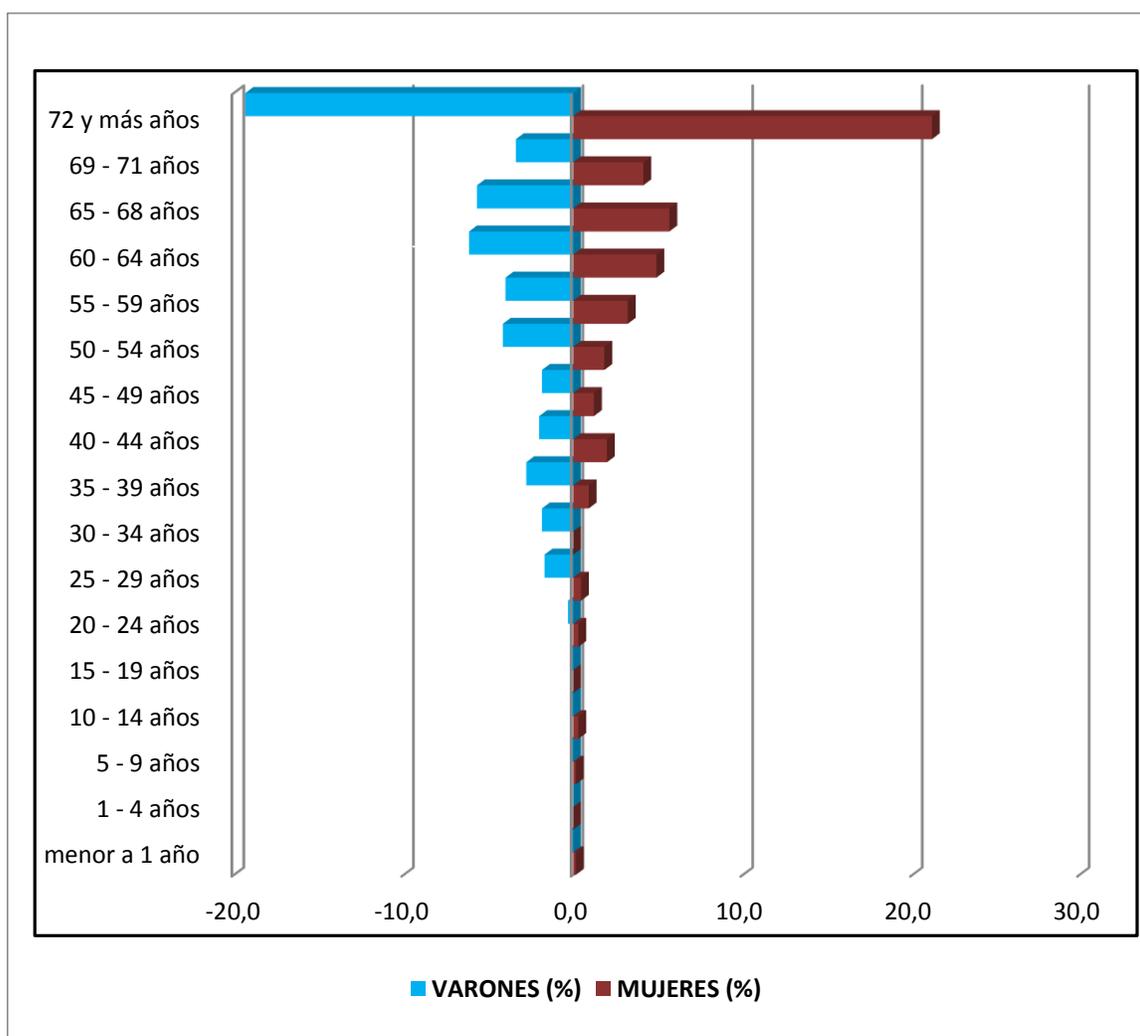
Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

Según grupos de edad a partir de los 60 años se observa en mayor porcentaje la mortalidad por enfermedades digestivas 70,2%, llamando la atención la defunción en el grupo de edad de 15 a 49 años de edad que representa el grupo de edad económicamente activa y además en edad fértil con una defunción del 15,5% del total, siendo este un dato alarmante ya que representa un grupo con una mortalidad prematura.

8.2. Pirámide poblacional de mortalidad por enfermedades digestivas hepatobiliares pancreáticas

Figura 5

Pirámide poblacional de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales por sexo y grupos quinquenales de edad Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

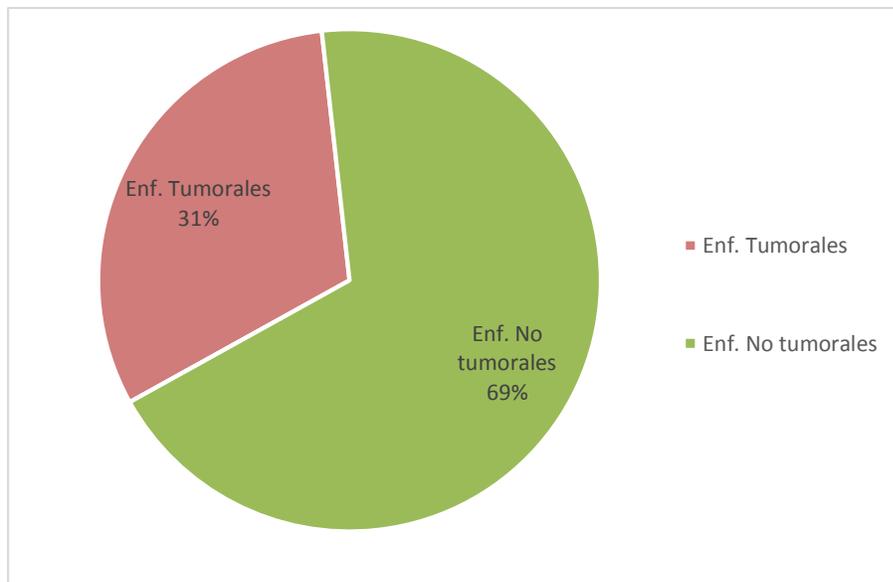
Así mismo en la Figura 6, que se muestra la pirámide poblacional de mortalidad por enfermedades digestivas Tumorales y No tumorales de la

ciudad de La Paz en la gestión 2017, nos presenta una estructura poblacional de mortalidad alta a partir de la tercera edad y principalmente en el grupo de edad de 72 años para adelante, existiendo así mismo también mortalidad en grupos de edad productiva y sobre todo en el sexo masculino, misma que es preocupante ya que la misma repercute en el desarrollo integral del país, por el costo que implica en el tratamiento, ya que estos casos en la mayoría son un proceso de larga durabilidad por la permanencia de la enfermedad en los órganos digestivos de por vida.

8.3. Mortalidad proporcional por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales

Figura 6

Distribuciones porcentuales de mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

En lo que refiere a la proporcionalidad de la mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas, aproximadamente en 2/3 del total

se debe por enfermedades no tumorales y 1/3 a enfermedades tumorales (Figura 7).

La mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas según la localización en sistemas u órganos de la lista CIE-10 (Tabla 5), en lo que refiere a enfermedades tumorales 92,6% son debidos a tumores malignos en los órganos digestivos, en enfermedades no tumorales son debidos en la mayoría de los casos a enfermedades presentes en el hígado (44,1%), otras enfermedades en el sistema digestivo, trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas, seguida de enfermedades de los intestinos respectivamente 16,5%, 14,9% y 11,6%.

Tabla 5

Distribución de muertes por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales según localización por sistemas u órganos de la lista CIE – 10 Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

CÓDIGO CIE-10	Causa de muerte según localización	No. casos	%
Enfermedades Tumorales			
C00-14	Tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	5	2,5
C15-26	Tumores malignos de los órganos digestivos	189	92,6
D37	Tumores [neoplasias] de comportamiento incierto o desconocido	10	4,9
	Total	204	100,0
Enfermedades No Tumorales			
K00-14	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	1	0,2
K20-31	Enfermedades del esófago, estómago y duodeno	22	4,9
K35-38	Enfermedades del apéndice	3	0,7
K40-46	Hernia	2	0,4
K50-52	Enteritis y colitis no infecciosas	3	0,7
K55-64	Otras enfermedades de los intestinos	52	11,6
K65-67	Enfermedades del peritoneo	26	5,8
K70-77	Enfermedades del hígado	198	44,1
K80-87	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	67	14,9
K90-93	Otras enfermedades del sistema digestivo	74	16,5
D10-13	Tumores [neoplasias] benignos	1	0,2
	Total	449	100,0

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

La mortalidad en la mayoría de las enfermedades digestivas tumorales y no tumorales según su ubicación en el tracto gastrointestinal tanto en el sexo femenino como en el masculino se presentó en mayor porcentaje 51,5% y 59,2% respectivamente en las glándulas anexas digestivas (Tabla 6 y 7)., seguida por las del tracto gastrointestinal superior en enfermedades tumorales (Tabla 6).y en las no tumorales por enfermedades de órganos digestivos mal definidos y de comportamiento incierto, seguida por las del tracto gastrointestinal inferior (Tabla 7).

Tabla 6

Distribución de muertes por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales según ubicación y sexo. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

ENFERMEDADES SEGÚN UBICACIÓN	SEXO				Total	
	FEMENINO		MASCULINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
Tracto Gastrointestinal Superior	24	21,2	29	31,9	53	26,0
Tracto Gastrointestinal Inferior	16	14,2	18	19,8	34	16,7
Otras Enfermedades de Órganos Digestivos Mal Definidos y de Comportamiento Incierto	5	4,4	7	7,7	12	5,9
Glándulas Anexas Digestivas	68	60,2	37	40,7	105	51,5
Total	113	100,0	91	100,0	204	100,0

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

Tabla 7

Distribución de muertes por enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas no tumorales según ubicación y sexo. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

ENFERMEDADES SEGÚN UBICACIÓN	SEXO				Total	
	FEMENINO		MASCULINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
Tracto Gastrointestinal Superior	11	5,8	12	4,6	23	5,1
Tracto Gastrointestinal Inferior	29	15,3	27	10,4	56	12,5
Otras Enfermedades de Órganos Digestivos Mal Definidos y de Comportamiento Incierto	39	20,5	35	13,5	74	16,5
Glándulas Anexas Digestivas	92	48,4	174	67,2	266	59,2
Otros Anexos Relacionados con el Sistema Digestivo	19	10,0	11	4,2	30	6,7
Total	190	100	259	100	449	100,0

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

En lo que refiere a muertes por enfermedades digestivas tumorales según órganos (Tabla 8) se observa un porcentaje mayor en el sexo femenino en el órgano de la vesícula biliar 37,2% seguida por el estómago 17,7%; en cambio en el sexo masculino se presenta en mayor porcentaje en el estómago 24,2%, seguida en el hígado e intestino grueso con 16,5%, y vesícula biliar con 15,4%.

Tabla 8

Distribución de muertes por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales según órganos y sexo. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

ENFERMEDADES SEGÚN ÓRGANOS	SEXO				Total	
	FEMENINO		MASCULINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
Boca y Faringe	2	1,8	2	2,2	4	2,0
Esófago	2	1,8	5	5,5	7	3,4
Estomago	20	17,7	22	24,2	42	20,6
Intestino Delgado	4	3,5	1	1,1	5	2,5
Intestino Grueso	9	8,0	15	16,5	24	11,8
Recto y Ano	3	2,7	2	2,2	5	2,5
Otras Enfermedades de Órganos Digestivos Mal Definidos y de Comportamiento Incierto	5	4,4	7	7,7	12	5,9
Hígado	16	14,2	15	16,5	31	15,2
Vesícula Biliar	42	37,2	14	15,4	56	27,5
Páncreas	9	8,0	8	8,8	17	8,3
Glándulas Salivales	1	0,9	0	0,0	1	0,5
Total	113	100	91	100	204	100,0

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

La mortalidad por enfermedades digestivas no tumorales en ambos sexos (Tabla 9) se presenta mayormente en el hígado seguida del intestino delgado 44,3% y 23,6% respectivamente, sin embargo cabe mencionar que en el órgano del hígado se presenta el 54,4% en el sexo masculino en comparación con el sexo femenino 30,5%.

Tabla 9

Distribución de muertes por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas No tumorales según órganos y sexo Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

ENFERMEDADES SEGÚN ÓRGANOS	SEXO				Total	
	FEMENINO		MASCULINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
Boca y Faringe	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Esófago	1	0,5	0	0,0	1	0,2
Estomago	10	5,3	11	4,2	21	4,7
Intestino Delgado	57	30,0	49	18,9	106	23,6
Intestino Grueso	8	4,2	11	4,2	19	4,2
Recto y Ano	4	2,1	3	1,2	7	1,6
Hígado	58	30,5	141	54,4	199	44,3
Vesícula Biliar	23	12,1	14	5,4	37	8,2
Páncreas	11	5,8	19	7,3	30	6,7
Peritoneo	17	8,9	9	3,5	26	5,8
Pared Abdominal	1	0,5	1	0,4	2	0,4
Total	190	100	259	100	449	100

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

8.4. Tasas de mortalidad

Considerando la población en la ciudad de La Paz de 798.968, se puede afirmar que en el año 2017, por cada diez mil habitantes que fallecieron entre

hombres y mujeres, 8 fueron por causa de enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales en la Ciudad de La Paz.

Tabla 10

Distribución de la tasa de mortalidad específica según grupos quinquenales de edad por cada 10000 habitantes. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	General
	Tasa de mortalidad x 10.000 hab.	Tasa de mortalidad x 10.000 hab.	Tasa de mortalidad x 10.000 hab.
menor a 1 año	1	1	1
1 - 4 años	0	0	0
5 - 9 años	0	0	0
10 - 14 años	0	0	0
15 - 19 años	0	0	0
20 - 24 años	1	1	1
25 - 29 años	1	4	2
30 - 34 años	0	4	2
35 - 39 años	2	7	4
40 - 44 años	5	6	5
45 - 49 años	4	6	5
50 - 54 años	7	16	11
55 - 59 años	14	18	16
60 - 64 años	25	34	29
65 - 68 años	43	48	45
69 - 71 años	49	44	46
72 y más años	73	85	78
Total	7	9	8

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

En lo que refiere a la tasa de mortalidad por grupos de edad el grupo más afectado es el de mayores de 72 años de edad con 78 defunciones por cada 10.000 habitantes (Tabla 10).

8.5. Años potenciales de vida perdidos (APVP)

Los APVP nos muestran las pérdidas que sufrió la sociedad por el fallecimiento de una muerte prematura cuando la misma sucede antes de una cierta edad predeterminada.

Tabla 11

Calculo de los APVP y del IAPVP por grupos de edad Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

Edad en quinquenios	Punto Medio del Intervalo (PMI)	72-PMI	Nro. Muertes	APVP	Número de habitantes	Índice APVP
menor a 1 año	0,5	71,5	2	143	15622	9,15
1 - 4 años	2,5	69,5	0	0	62276	0,00
5 - 9 años	7,5	64,5	2	129	79155	1,63
10 - 14 años	12,5	59,5	3	178,5	80911	2,21
15 - 19 años	17,5	54,5	1	54,5	76693	0,71
20 - 24 años	22,5	49,5	4	198	69298	2,86
25 - 29 años	27,5	44,5	14	623	62208	10,01
30 - 34 años	32,5	39,5	12	474	59377	7,98
35 - 39 años	37,5	34,5	24	828	54719	15,13
40 - 44 años	42,5	29,5	26	767	47668	16,09
45 - 49 años	47,5	24,5	20	490	41291	11,87
50 - 54 años	52,5	19,5	39	760,5	34993	21,73
55 - 59 años	57,5	14,5	47	681,5	29565	23,05
60 - 64 años	62,5	9,5	72	684	24616	27,79
65 - 68 años	66	6	74	444	16326	27,20
69 - 71 años	70	2	49	98	10577	9,27
72 y más años	72	0	264	0	33676	0,00
Total			653	6553	798968	8,20

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

Para el cálculo de años de vida perdidos APVP se trabajó en base a la esperanza de vida al nacer fijada para mujeres y varones en el municipio de La Paz en 72 años para el 2017, según el Instituto Nacional de Estadística.

Las muertes por alguna patología en ambos sexos en la ciudad de La Paz, representan un número significativo de años de vida potencial perdidos, considerando que mientras más jóvenes mueren, más años potenciales de vida pierden, en el presente estudio mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales (Tabla 11), de 653 casos registrados murieron 389 personas menores de 72 años y perdimos 6553 años. El grupo de edad que más contribuyó fue el de 50 a 54 con 760,5 años de vida perdido. El grupo que no contribuyó a esta pérdida es el de 1 a 4 años, que afortunadamente no murió por esta causa estudiada.

8.6. Relación de Factores Sociodemográficos con la Mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No tumorales.

En la Tabla 12 con relación a las enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales y ocupación, cabe mencionar que no se incluyen 43 casos, ya que no registraron la ocupación que tenía el individuo y dos casos de menores de 4 años que aun a esa edad no tenían ningún tipo de ocupación.

Tabla 12

Relación entre Mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales - no tumorales y Ocupación. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

OCUPACIÓN	ENFERMEDADES DIGESTIVAS				TOTAL	
	TUMORALES		NO TUMORALES		No.	%
	No.	%	No.	%		
Labores de casa	81	42,6	126	30,1	207	34,0
Trabajador por cuenta propia	39	20,5	88	21,1	127	20,9
Empleado	17	8,9	62	14,8	79	13,0
Estudiante	8	4,2	56	13,4	64	10,5
Jubilado/Rentista	21	11,1	37	8,9	58	9,5
Otro	24	12,6	49	11,7	73	12,0
TOTAL	190	100	418	100	608	100

$\chi^2 = 20,709$ (p Valor 0,001) S

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

De acuerdo al estadístico $\chi^2 = 20,709$ (p valor: 0,001) se acepta que la variable Ocupación, está asociada a los grupos de mortalidad según Enfermedades digestivas tumorales y no tumorales.

En la Tabla 13 en la relación de enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas en los resultados no incluye 75 datos ya que no se encontraba registrado en los documentos de defunción revisados y de dos menores de 4 años ya que aún no corresponde que ingresen a un establecimiento educativo.

Tabla 13

Relación entre Mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales - no tumorales y Grado de instrucción. Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ENFERMEDADES DIGESTIVAS				TOTAL	
	TUMORALES		NO TUMORALES			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sin instrucción/Primaria/Sec.	133	71,1	285	73,3	418	72,6
Técnico/Univ./Otro/Superior	54	28,9	104	26,7	158	27,4
TOTAL	187	100	389	100	576	100

$\chi^2 = 0,291$ (p Valor 0,590) NS

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

En el estudio se evidencia que el valor de probabilidad calculado Chi-cuadrado = 0,590, la cual es mayor al valor de significancia del 5%, concluyéndose que no existe una relación significativa entre las Enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales con el Grado de instrucción.

En la Tabla 14 no incluye a 5 menores de 14 años, ya que a esta edad aun no pueden contraer relación estable con una pareja, en este entendido el total de la población es de 648, como se puede apreciar en la tabla la mayoría no contaba con pareja presentando en mayor porcentaje enfermedades del tipo no tumorales, a comparación de aquellas que contaban con pareja presentaron más enfermedades del tipo tumorales.

Tabla 14

Relación entre Mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales - no tumorales y Estado civil Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

ESTADO CIVIL	ENFERMEDADES DIGESTIVAS				TOTAL	
	TUMORALES		NO TUMORALES			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sin pareja	100	49,0	278	62,6	378	58,3
Con pareja	104	51,0	166	37,4	270	41,7
TOTAL	204	100	444	100	648	100

$\chi^2 = 10,626$ (p Valor 0,001) S

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

De acuerdo al estadístico $\chi^2 = 10,626$ (p valor: 0,001) se acepta que la variable Estado civil, está asociada a los grupos de mortalidad según Enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales.

Como se puede apreciar en la Tabla 15 el sexo femenino es afectado en la mayoría por las enfermedades tumorales y el sexo masculino por las no tumorales.

Tabla 15

Relación entre Mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas tumorales - no tumorales y Sexo Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

SEXO	ENFERMEDADES DIGESTIVAS				TOTAL	
	TUMORALES		NO TUMORALES			
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	113	55,4	190	42,3	303	46,4
Masculino	91	44,6	259	57,7	350	53,6
TOTAL	204	100	449	100	653	100

$\chi^2 = 9,643$ (p Valor 0,002) S

Fuente: Certificados Médicos de Defunción del estudio, Gestión 2017

El valor de probabilidad calculado Chi-cuadrado = 0,002 es menor al valor de significancia del 5%, concluyéndose que existe una relación significativa entre las Enfermedades digestivas tumorales y no tumorales con la variable Sexo.

9. DISCUSIÓN

El recuento de las defunciones según la causa de mortalidad constituye una de las fuentes de información más importantes en el campo de la sanidad.

Es así que las defunciones ocurridas en un tiempo determinado son consecuencias de diferentes causas pueden ser estas biológicas, económicas, sanitario y social.

En el presente estudio de mortalidad por enfermedades digestivas y hepato biliarias pancreáticas tumorales y no tumorales realizado en la ciudad de La Paz de los 653 casos que representa el 14,5% del total de las defunciones ocurridas por diferentes causas, el 4,5% de la mortalidad debe a enfermedades digestivas tumorales, en comparación con datos del estudio realizado por el IINSAD (Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo) el 2009 se evidencia que en el cáncer por grandes grupos o sistemas presentan el cáncer de órganos digestivos el 30,6 %.

Así mismo otros hallazgos en el presente estudio refiere que la mortalidad según lugar de ocurrencia del fallecimiento la mayoría se dio en establecimientos de salud, donde la mayoría de los pacientes tuvieron un grado de instrucción de estudios regulares a nivel primario y secundario, misma que repercutió en la ocupación que desempeñaron, resultado que es similar al estudio del perfil de mortalidad por cáncer en sistema digestivo en la ciudad de La Paz y El Alto realizado el primer semestre de la gestión 2017 por Retamoso (13).

En otro estudio de mortalidad en enfermedades digestivas no neoplásicas, según sexo y año de ocurrencia en el Perú del 2010 al 2015 en la población adulta el sexo masculino es el más afectado, resultado que es similar al presente estudio realizado. Así mismo en lo que refiere a enfermedades tumorales según el CIE-10 la mayoría son debidos a tumores malignos en los órganos digestivos; en enfermedades no tumorales son debidos en la

mayoría de los casos a enfermedades presentes en el hígado, otras enfermedades en el sistema digestivo, trastornos de las vías y vesícula biliar y del páncreas, seguida de enfermedades de los intestinos respectivamente, resultados que son similares al estudio realizado por Castillo y Flores en el Perú que registraron 39.889 muertes por enfermedades digestivas no neoplásicas, siendo las enfermedades del hígado, páncreas, problemas en órganos biliares y úlceras gástricas causas de mortalidad (29).

Sin embargo en otro estudio de mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares se observó que las tasas de mortalidad de 1995 a 2000 fueron en: “*Enfermedades digestivas No Tumorales*, el primer lugar lo ocupó la úlcera gástrica, mostrando tasas bajas las colelitiasis, pancreatitis aguda, apendicitis aguda, úlcera duodenal, aún más bajas la úlcera esofágica, pancreatitis crónica y se incluyó la colitis ulcerativa que también fue baja; en *Enfermedades digestivas Tumorales*: Se incluye las vías biliares y el tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas; la mayoría correspondió al cáncer gástrico, seguido del tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas. En las *Enfermedades Hepáticas*: Ocupó el primer lugar la cirrosis hepática, seguido del tumor hepático maligno primario, que corresponde al carcinoma hepatocelular, el grupo de hepatitis virales agudas no especificadas ocuparon el quinto lugar en 1999 y 2000. La hepatitis viral aguda tipo B el segundo lugar en 1999 tercero en el 2000, mientras que la del tipo A el cuarto en el año 2000” (30). Resultados que son diferentes en el presente estudio sobre todo en enfermedades digestivas no tumorales y en las tumorales son similares ya que ocupan en primer lugar el cáncer gástrico, en este entendido se evidencia que se está produciendo un cambio en las causas de defunción.

Esta puede ser debida a múltiples factores perjudiciales para el aparato digestivo como agentes tóxicos industriales, físicos, estrés, hábitos alimenticios y de higiene. Donde en la mayoría de la población actualmente

se debe a inadecuados hábitos alimenticios, como: variación de horarios de las comidas, elección y preparación de comidas poco variadas y nutritivas con bajo consumo de verduras y frutas, y excesivo consumo de azúcares, grasas y sal, existiendo así mismo un déficit de consumo de agua, donde estas prácticas inadecuadas van repercutiendo hoy en día en la salud del individuo provocando daños en los órganos digestivos, mismas que después de muchos años desencadena en fallecimiento del individuo.

Es importante recalcar que en la actualidad los hábitos y prácticas alimentarias del individuo están sufriendo modificaciones paulatinas, particularmente en los hogares urbanos, por la multiplicidad de factores que afecta a los estilos de vida (31). Las sociedades urbanas han incorporado estilos de vida sedentarios y una dieta caracterizada por su pobre calidad nutricional (alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares, sodio y pobres en fibra y micronutrientes). Estos cambios en la alimentación y además de actividad física se han asociado al aumento de muchos daños físicos en la salud, lo que representa un alto impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario (32). Lo que esto conlleva a un desarrollo ilimitado del país.

10. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten llegar a las siguientes conclusiones según los objetivos planteados:

1. La mortalidad es alta a partir de la tercera edad, en la mayoría de los casos se presentó en los establecimientos de salud y la vivienda particular, casi en la misma proporcionalidad en solteros y casados de ambos sexos, donde la mayoría tuvo un nivel de instrucción primario y secundario; y una ocupación de labores de casa y trabajador por cuenta propia: donde según la ubicación en el tracto gastrointestinal, en ambos sexos se presentó en las glándulas anexas digestivas en tumorales en la vesícula biliar y en las no tumorales en el hígado.
2. La tasa de mortalidad por grupos de edad convencionales el grupo más afectado fue en mayores de 72 años de edad.
3. En lo que refiere a los años de vida perdidos APVP del total murieron 389 personas menores de 72 años y perdimos 6553 años.
4. Existe una relación con los factores sociodemográficos de ocupación, sexo, y estado civil, referente a la mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares pancreáticas tumorales y no tumorales.

11. RECOMENDACIONES

Desarrollar e implementar estrategias de adopción de estilos de vida saludables en la población.

Implementar en diferentes instituciones y organizaciones como, universidades, unidades educativas, asociaciones de madres, juntas vecinales etc. programas de información, educación y comunicación dirigida a promover hábitos alimentarios saludables.

Socialización de la Ley 775 promoción de una alimentación saludable

Realizar una vigilancia epidemiológica continua que permita medir el aumento de las enfermedades en órganos digestivos

Se recomienda que las entidades de formación formal como unidades educativas, universidades e institutos desarrollen programas de actividad física y estilos de vida saludable, como medidas preventivas para la adopción de enfermedades.

Implementar acciones de control de la venta de bebidas y alimentos dañinos para la salud, regulando su comercialización, etiquetado y vigilancia.

La política de promoción de la salud debe ser evaluada y ajustada periódicamente, con el fin de medir el efecto de las intervenciones en la población.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Concepto de Mortalidad [En línea].; 2019 [cited 2019 Marzo 15. Available from: <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/mortalidad>.
2. Tendencias de la Salud. [Online].; 2014 [cited 20 Abril 2019. Available from: https://www.tendencias21.net/La-esperanza-de-vida-en-el-mundo-ha-aumentado-mas-de-seis-anos-desde-1990_a39221.html.
3. Albor L. El mapa con las principales causas de defunción en cada país. 2019..
4. Hernandez Cortez C, Aguilera Arreola MG, Castro Escarpulli G. Situación de las Enfermedades Gastrointestinales en Mexico. Enfermedades Infecciosas y Microbiología. 2011 Diciembre; 31(4).
5. Salud OMDI. Cancer. 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20principal,1%2C69%20millones%20de%20defunciones>).
6. Digestivo FEdA. Modificar o evitar los factores de riesgo, la detección y el tratamiento temprano de los cánceres del Aparato Digestivo Reducen su Mortalidad. 2017.
7. Summa Remeis. <https://summaremeis.com/aumentan-los-casos-en-latinoamerica-de-cancer-gastrico-en-menores-de-40-anos-y-en-mujeres/>. [Online]. [cited 2020 Diciembre 16. Available from: <https://summaremeis.com/aumentan-los-casos-en-latinoamerica-de-cancer-gastrico-en-menores-de-40-anos-y-en-mujeres/>.
8. Salud Madrid. Mortalidad general y por causas en la Comunidad de Madrid año 2007. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Madrid: Servicio de Epidemiología, Madrid; 2007.
9. ASIS. Perfil de Salud. Arequipa: Dirección de Salud de Arequipa, Oficina de Epidemiología, Arequipa; 2002.
10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en la Américas. Cáncer Washington, D.C.: Scientific and Technical Publication No. 622; 2007.

11. Organización Panamericana de la Salud. Salud en la Americas. Panorama Regional y perfiles de Pais Washington; 2017.
12. De la Galvez Murillo A, Tamayo Caballero C, Calani Lazcano F, Navia Molina O. Perfil de Mortalidad en la Ciudad de La Paz 2009 La Paz, Bolivia; 2009.
13. Retamozo Perez D. Perfil de Mortalidad por Cancer en Sistema Digestivo en las Ciudades de La Paz y El Alto durante el primer semestre del 2017. 2018.
14. Organización Panamerica de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Conoce cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019. 2019.
15. Rodriguez D. División política: concepto y división del mundo. 2019.
16. Definicion ABC. Tu Diccionario Hecho Facil. Definición de Ciudad. [Online].; 2009 [cited 2020 02 10. Available from: <https://www.definicionabc.com/social/ciudad.php>.
17. Giner G. Todos los sistemas del cuerpo humano [<https://tomi.digital/es/22995/los-sistemas-de-cuerpo-humano/>].; 2018 [cited 2018 Noviembre 22. Available from: <https://www.esalud.com/sistemas-del-cuerpo-humano/>.
18. Sanitas. Tumores: síntomas, diagnóstico y tratamiento [<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/cancer/son118245.html>].; 2020 [cited 2020 Enero 22. Available from: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/cancer/son118245.html>.
19. APG-E Medicina. Digestivo [http://eusalud.uninet.edu/misapuntos/index.php/APG-E_Medicina#Patolog.C3.ADa_del_Tubo_Digestivo]. [cited 2019 Febrero 11. Available from: http://eusalud.uninet.edu/misapuntos/index.php/APG-E_Medicina#Patolog.C3.ADa_del_Tubo_Digestivo.
20. Savolainen H. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. [cited 2020 Enero 3. Available from: https://webs.ucm.es/info/seas/estres_lab/enciclo/Aparato%20digestivo.pdf.
21. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Las Dimenciones Económicas de las Enfermedades No Transmisibles en America Latina y el Caribe. OPS, OMS ed. Brenka Legetic AMyO, editor. Washington D.C.; 2017.

22. EcuRed. Mortalidad [En línea]. [cited 2018 Julio 20. Available from: <https://www.ecured.cu/Mortalidad>.
23. Ramirez H. <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007c/308/mortalidad.htm>. [Online]. [cited 2018 Julio 20. Available from: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007c/308/mortalidad.htm>.
24. Organización Panamericana de la Salud OPS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 2003.
25. Organización Panamericana de la Salud. Correcto Llenado del Certificado de Defunción OPS , editor. Washington: RELACSYS; 2014.
26. Organización Mundial de la Salud. <http://origin.who.int/topics/mortality/es/>. [Online].; 2008 [cited 2019 Septiembre 6. Available from: <http://origin.who.int/topics/mortality/es/>.
27. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Estado de Salud de la Población. Mortalidad en la Región de las Américas. 2013.
28. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2009 [cited 2020 Diciembre 18. Available from: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/health_risks_report_20091027/es/.
29. Castillo C, Flores C. Mortalidad por enfermedades digestivas no neoplásicas en la. An Fac Med. 2019 Marzo; 80(1).
30. Farfan G, Cabezas C. Mortalidad por Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares en el Perú, 1995-200. Revista de gastroenterología del Perú. 2002 Diciembre; 22(4).
31. Moron C. Evolución del Consumo de Alimentos en América Latina. In Moron C, Zacarias I, De Pablo S. Producción y Manejo de Datos de Composición Química de Alimentos en Nutrición. Chile; 1997. p. 30.
32. Zapata M, Roviroso A, Carmuega E. Cambios en el Patrón de Consumo de Alimentos y Bebidas en Argentina, 1996-2013. Salud Colectiva. 2016 Octubre-Diciembre; 4(12).
- 33 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=

2193:conoce-cuales-son-las-10-principales-amenazas-a-la-salud-en-2019&Itemid=481. [Online].; 2019 [cited 2020 Enero 1. Available from: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2193:conoce-cuales-son-las-10-principales-amenazas-a-la-salud-en-2019&Itemid=481.

34. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>. [Online].; 2017 [cited 2019 Mayo 28. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>.

13. ANEXOS

Anexo 1. Carta de Solicitud de Acceso a Cementerios de la Ciudad de La Paz



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO - IINSAD
LA PAZ - BOLIVIA

La Paz, 8 de Agosto 2018

Unidad de
Epidemiología
Clínica

Señor
Adolfo Valdivia Monterrey
Gerente
Cremaciones Valdivia
Presente

Ref.: Solicitud de Acceso a Certificados de Defunción
en los Cementerios del Municipio de LA PAZ

De mi mayor consideración:

Unidad de
Epidemiología
Social

El IINSAD y la Unidad de Postgrado de la facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés – UMSA, realiza periódicamente estudios epidemiológicos vinculados a las causas de muerte como insumo importante para determinar el perfil epidemiológico de la población, además ver la calidad de certificación como un acto administrativo.

La Unidad de análisis es el CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, normado por el Ministerio de Salud u otro alternativo, además del Carnet de identidad que permita complementar y cruzar los datos, con estos insumos cada investigador, logrará reportar un informe de investigación el mismo que será de utilidad en la toma de decisiones.

Unidad de
CRECIMIENTO Y
DESARROLLO
INFANTE JUVENIL

En éste propósito solicito respetuosamente a su autoridad, el acceso a esta documentación a través de quien corresponda en la administración de Cremaciones Valdivia, datos que correspondan a los meses de enero a diciembre de la gestión 2017.

En el trabajo que estará a cargo de los doctores:

- Lic. Karim Sarah Torrez Chavez C.I. 4309292 L.P.
- Dra. Adelaida Quiroga Niza C.I. 4044000 L.P.

Unidad de
PARASITOLOGÍA
Medicina Tropical
y
MEDIO AMBIENTE

A tiempo de agradecer el apoyo y el manejo ETICO y rigor metodológico de los datos y con la seguridad de compartir con su autoridad los resultados, reitero mis consideraciones personales.


Dr. Carlos Tamayo Caballero
RESPONSABLE UNIDAD
EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL
IINSAD FAC. MENT UMSA



Calle Claudio Sanjinés s/n, Complejo Hospitalario de Miraflores, FRENTE AL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX
Telf/fax: • 2246550 - 2612325 • PÁGINA Web: iinsad.fment.umsa.bo

Anexo 2. Carta de Solicitud de Acceso al Cementerio Jardín de la Ciudad de La Paz



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
 INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO - IINSAD
 LA PAZ - BOLIVIA



La Paz, 24 de julio 2018

Unidad de
Epidemiología
Clínica

SEÑOR:
 ARQ. ARIEL CONITZER MEJIA
 ADMINISTRADOR CEMENTERIO GENERAL
 LA PAZ
 PRESENTE.-

**Ref.: Solicitud de Acceso a Certificados de Defunción
 en los Cementerios del Municipio de LA PAZ**

A quien corresponda:

Unidad de
Epidemiología
Social

El IINSAD y la Unidad de Postgrado de la facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés – UMSA, realiza periódicamente estudios epidemiológicos vinculados a las causas de muerte como insumo importante para determinar el perfil epidemiológico de la población, además ver la calidad de certificación como un acto administrativo.

La Unidad de análisis es el CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, normado por el Ministerio de Salud u otro alternativo, además del Carnet de identidad que permita complementar y cruzar los datos, con estos insumos cada investigador logrará reportar un informe de investigación el mismo que será de utilidad en la toma de decisiones.

Unidad de
Crecimiento y
Desarrollo
Infante Juvenil

En este propósito solicito respetuosamente a su autoridad, el acceso a esta documentación a través de quien corresponda en la administración del Cementerio Jardín, datos que correspondan a los meses de enero a diciembre de la gestión 2017.

El trabajo estará a cargo de PROFESIONALES en salud, en horarios y tiempos que ustedes dispongan y el período necesario; para fines prácticos presentamos a los investigadores que llegaran munidos de una credencial:

Unidad de
Parasitología
Medicina Tropical
y
Medio Ambiente

NOMBRES Y APELLIDOS	C.I.
- ARUQUIPA HUANQUIRI RITA	6175637LP
- ARUQUIPA QUISPE RITA MARGOT	4786944LP
- BUSTILLOS ZAMORANO GUIDO MARCIAL	4286392LP
- CAPIA FLORES LUCY AMALIA	4316703LP
- CHAMBI FERNANDEZ JENNY ROSARIO	4794996LP
- CHURA MACUCHAPI SEVERO MILTON	4807750LP
- COLQUE QUISPE RONALD	6074319LP
- CONDORI LIMACHI JUSTINA	4258609LP
- FLORES ARCANI SANTOS BASILIO	4823379LP
- GARCIA RAUTISTA GABRIELA BEATRIZ	6728776LP
- GUTIERREZ AGUILAR NIEVES MIRIAM	4371314LP
- INCA SOLDADO JUAN CARLOS	6802407LP
- LIMACHI RAMOS JUANA BENITA	4836503LP
- MAMANI ESPINOZA BETTY	6186762LP
- MENDOZA OCAMPO ELIA SOLEDAD	4920724LP
- ORELLANA QUISPE MAGALY ROSARIO	4832190LP

1

Calle Claudio Sanjinés s/n, Complejo Hospitalario de Miraflores, frente al Instituto Nacional del Tórax
 Tel/fax: • 2246550 - 2612325 • Página Web: iinsad.foment.umsa.bo



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO - IINSAD
LA PAZ - BOLIVIA

Unidad de
Epidemiología
Clínica

- PAREDES ALCON DIANA MARGOT 6954480LP
- PATIÑO AZUGA KHARLA 6197396LP
- PAYE CHAMBI YHOVANA REINA 6048793LP
- RIOS CHUQUICHAMBI GABRIEL MARCOS 6159081LP
- SALINAS PIEROLA DANIEL 6589611LP
- SARZURI FLORES LAYDA 3403712LP
- PARY CALIZAYA HERMINIA 4760253LP
- GUTIERRES CACERES VILMA PATRICIA 3432703LP

A tiempo de agradecer su comprensión, es nuestro compromiso de manejo ETICO y rigor metodológico de los datos y con la seguridad de compartir con su autoridad los resultados, reitero mis consideraciones personales.

Unidad de
Epidemiología
Social


Dr. Claudio Tamayo Caballero
RESPONSABLE UNIDAD
EPIDEMIOLOGIA SOCIAL
IINSAD FAC. MENT UMSA

Unidad de
Crecimiento y
Desarrollo
Infante Juvenil

Unidad de
Parasitología
Medicina Tropical
y
Medio Ambiente

Anexo 3. Carta de Solicitud de Acceso a Certificados de Defunción en los Cementerios del Municipio de La Paz



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO - IINSAD
LA PAZ - BOLIVIA

La Paz, 8 de Agosto 2018

Unidad de
Epidemiología
Clínica

Señor
Dr. Ricardo Udler,
ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO JUDIO
Presente

Ref.: Solicitud de Acceso a Certificados de Defunción en los Cementerios del Municipio de LA PAZ

A quien corresponda:

Unidad de
Epidemiología
Social

El IINSAD y la Unidad de Postgrado de la facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés – UMSA, realiza periódicamente estudios epidemiológicos vinculados a las causas de muerte como insumo importante para determinar el perfil epidemiológico de la población, además ver la calidad de certificación como un acto administrativo.

La Unidad de análisis es el CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, normado por el Ministerio de Salud u otro alternativo, además del Carnet de identidad que permita complementar y cruzar los datos, con estos insumos cada investigador, logrará reportar un informe de investigación el mismo que será de utilidad en la toma de decisiones.

En éste propósito solicito respetuosamente a su autoridad, el acceso a esta documentación a través de quien corresponda en la administración del Cementerio Judío, datos que correspondan a los meses de enero a diciembre de la gestión 2017.

Unidad de
Crecimiento y
Desarrollo
Infante Juvenil

En el trabajo que estará a cargo de los doctores:

- Dra. Erika Viviana Alejo Limachi C.I. 6752415 LP.
- Dr. Ernesto Orellana Rivas C.I. 2616549 LP.
- Dra. Juana Eugenia Navero Castillo C.I. 4363703 LP.
- Dra. Ruth July Apaza Marca C.I. 4810284-1C LP.

Unidad de
Parasitología
Medicina Tropical
y
Medio Ambiente

A tiempo de agradecer su comprensión, es nuestro compromiso de manejo ETICO y rigor metodológico de los datos y con la seguridad de compartir con su autoridad los resultados, reitero mis consideraciones personales


Dr. Carlos Tamayo-Cabrero
RESPONSABLE UNIDAD
EPIDEMIOLOGIA SOCIAL
IINSAD FAC. MEDICINA UMSA



Anexo 4. Certificado Médico de Defunción

P28.3-P28.4
 P28.5-P28.6
 P28.7-P28.8
 P28.9
 P28.10



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CÓDIGO R.A. SALUD INE 102 (01/2006)

(Para defunciones de personas mayores de 7 días de edad)

CDGLP 0031659

ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO:
CODIGO SUBSECTOR A B C D E F I

A. DATOS DEL FALLECIDO

Apellido y Nombre		
[Redacted Name]		
1. LUGAR DE NACIMIENTO País: <u>Bolivia</u> Departamento: <u>La Paz</u> Provincia: <u>Tupiza</u> Municipio: <u>Tupiza</u> Localidad: <u>Tupiza</u> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	2. LUGAR GEOGRÁFICO DEL FALLECIMIENTO País: <u>Bolivia</u> Departamento: <u>La Paz</u> Provincia: <u>Murillo</u> Municipio: <u>La Paz</u> Localidad: <u>La Paz</u> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	3. RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE País: <u>Bolivia</u> Departamento: <u>La Paz</u> Provincia: <u>Murillo</u> Municipio: <u>La Paz</u> Localidad: <u>La Paz</u> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>
4. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN Establecimiento de Salud <input checked="" type="checkbox"/> Vivienda (domicilio) <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>	5. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO Edad (días 07 a 30) <input type="checkbox"/> Edad (meses 01 a 11) <input type="checkbox"/> Edad (años) <u>34</u> Día (de 01 a 31) <u>22</u> Mes (de 01 a 12) <u>12</u> Año <u>1982</u>	6. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN Hora (de 00.00 a 23.59) <u>10 25</u> Día (de 01 a 31) <u>18</u> Mes (de 01 a 12) <u>05</u> Año <u>2017</u> Probable <input type="checkbox"/>
7. SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>	8. ESTADO CIVIL Soltero (a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Estable <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>	9. GRADO DE INSTRUCCIÓN Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>
10. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL FALLECIDO C.I. <input checked="" type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> RUN: <input type="checkbox"/> Certificado o Informe de Partida de Nacimiento <input type="checkbox"/> No porta: <input type="checkbox"/> Expedido en: <u>La Paz</u> Número: <u>6756409</u>		

B. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

11. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE CONDUJO A LA MUERTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	12. ¿LA ATENDIÓ EL MÉDICO QUE SUSCRIBE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN Parte I. Causa Directa Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente. Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa ambca consignada. Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse. (Puede ser en a, b, e o d). Parte II. Causas Contribuyentes Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa.	NO ESCRIBA PARO CARDIORRESPIRATORIO NI FALLA ORGANICA MULTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS 14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>4 días</u> 15. CODIGOS CIE-10 Llenado solo por Estadística
16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosa) a) Manera: Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Súbita <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/> b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte) Accidente de Transporte <input type="checkbox"/> Caída (Precipitación) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Ataque de Animal <input type="checkbox"/> Asfixias <input type="checkbox"/> Electrocuación <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Desastre Natural <input type="checkbox"/> Arma Blanca <input type="checkbox"/> Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/> c) Lugar: Domicilio <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Especificar Probable Hecho:	
17. PROCEDIMIENTO EFECTUADO Examen Físico Clínico <input type="checkbox"/> Autopsia <input type="checkbox"/> Reconocimiento de Cadáver <input type="checkbox"/> Levantamiento de Cadáver <input type="checkbox"/> Exhumación <input type="checkbox"/>	18. PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS ¿Estaba embarazada en el momento de morir o 12 meses antes de la muerte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día <u>1</u> Mes <u>1</u> Año <u>2017</u>
19. CERTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCIÓN MÉDICA (A ser llenado por personal de salud no médico, o en su ausencia por su autoridad regional) Causa Probable del fallecimiento:	

C. PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

20. CERTIFICADO POR Médico <input checked="" type="checkbox"/> Forense <input type="checkbox"/> Lic. Enfermería <input type="checkbox"/> Aux. Enfermería <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: <u>Intensivista</u>	Nombre y Apellidos: [Redacted] Matrícula Profesional MSD: <u>5-1209</u> C.I.: <u>26.13414</u> Exp. <u>LP</u> Firma: <u>[Redacted]</u> Sello Profesional: [Redacted] Fecha de Emisión del Certificado: <u>18-05</u> Año 20 <u>17</u>
---	---



Anexo 5. Certificado de Defunción

Nº 011500
COSTO FORMULARIO Bs. 1.-

OEP
ORGANISMO ELECTORAL PLURINACIONAL
SIRIE A-2016
R.02.00
Bs. 25.
Nº 2577131

No. (número) (nivel)
CTOR A
RECI
N AL PART
del trabajo
jo de parto
to
narse
ACIONAL
rminarse
TO ERA
narse
LAS
lo
Pr

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Certifico que en la Oficialía No. 20101029 Libro No. 13 Partida No. 84 Folio No. 84
 Del Departamento La Paz Provincia Murillo Localidad Nuestra Señora de La Paz
 Con fecha de partida: Día 28 Mes febrero Año 2017 se halla inscrita la defunción de

NOMBRES Y APELLIDOS
 Edad días Fallecido (a) el Día 27 Mes febrero Año 2017 A horas 9:00
 En la localidad Nuestra Señora de La Paz Provincia Murillo
 Departamento La Paz País Bolivia
 Por causa(s) de [REDACTED]
 Comprobado el fallecimiento por: [REDACTED]
 Nº Matricula o C.I. [REDACTED]
 Nombres y Apellidos de la persona que pidió la inscripción: [REDACTED]

C.I. 9199654 Relación con el difunto MADRE
 Nota Aclaratoria: COPIA DEL LIBRO

LOCALIDAD	DÍA	MES	AÑO
La Paz	1	marzo	2017

73 IMCTC
 Form. R-64
 SERIE A-2016
 Este certificado queda NULO si en él hubieran hecho raspaduras, borrones o enmiendas.

Industrias Gráficas SIRENA • NIT 1522459016 • SERIE A - 2016 • 000001 al 185 000 • Diciembre de 2016

Total nacidos vivos

Anexo 6. Agrupación de Enfermedades Digestivas y Hepatobiliares Pancreáticas Tumorales y No Tumorales por Ubicación en el Tracto Gastrointestinal y Órganos Digestivos según la Codificación CIE-10

UBICACIÓN	ÓRGANOS	TUMORALES MALIGNOS	NO TUMORALES
TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR	BOCA Y FARINGE	C00 Tumor maligno del labio C01 Tumor maligno de la base de la lengua C02 Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la lengua C03 Tumor maligno de la encía C04 Tumor maligno del piso de la boca C05 Tumor maligno del paladar C06 Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la boca mayores y de las no especificadas C09 Tumor maligno de la amígdala C10 Tumor maligno de la oro faringe C11 Tumor maligno de la nasofaringe C12 Tumor maligno del seno piriforme C13 Tumor maligno de la hipo faringe C14 Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	K00 Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes K01 Dientes incluidos e impactados K02 Caries dental K03 Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes K04 Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales K05 Gingivitis y enfermedades periodontales K06 Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula K07 Anomalías dentofaciales [incluso la mal oclusión] K08 Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén K09 Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte K10 Otras enfermedades de los maxilares K12 Estomatitis y lesiones afines K13 Otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal K14 Enfermedades de la lengua D10 Tumor benigno de la boca y de la faringe
	ESÓFAGO	C15 Tumor maligno del esófago	K20 Esofagitis K21 Enfermedad del reflujo gastroesofágico K22 Otras enfermedades del esófago K23* Trastornos del esófago en enfermedades clasificadas en otra parte

	ESTOMAGO (Corresponde desde estomago hasta la 3ra parte del duodeno)	C16 Tumor maligno del estómago	K25 Úlcera gástrica K26 Úlcera duodenal K27 Úlcera péptica, de sitio no especificado K28 Úlcera gastroyeyunal K29 Gastritis y duodenitis K30 Dispepsia funcional K31 Otras enfermedades del estómago y del duodeno
TRACTO GASTROINTESTINAL INFERIOR	INTESTINO DELGADO (Corresponde desde la 3ra parte del duodeno)	C17 Tumor maligno del intestino delgado	K50 Enfermedad de Crohn [enteritis regional] K56 Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia K90 Malabsorción intestinal
	INTESTINO GRUESO	C18 Tumor maligno del colon	K35 Apendicitis aguda K36 Otros tipos de apendicitis K37 Apendicitis, no especificada K38 Otras enfermedades del apéndice K51 Colitis ulcerativa K57 Enfermedad diverticular del intestino K58 Síndrome del colon irritable K52 Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas K55 Trastornos vasculares de los intestinos K59 Otros trastornos funcionales del intestino K63 Otras enfermedades de los intestinos D12 Tumor benigno del colon, del recto, del conducto anal y del ano
	RECTO Y ANO	C19 Tumor maligno de la unión rectosigmoidea C20 Tumor maligno del recto C21 Tumor maligno del ano y del conducto anal	K60 Fisura y fístula de las regiones anal y rectal K61 Absceso de las regiones anal y rectal K62 Otras enfermedades del ano y del recto K64 Hemorroides y trombosis venosa perianal

OTRAS ENFERMEDADES DE ÓRGANOS DIGESTIVOS MAL DEFINIDOS Y DE COMPORTAMIENTO INCIERTO		C26 Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos D37 Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la cavidad bucal y de los órganos digestivos	K91 Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte K92 Otras enfermedades del sistema digestivo K93* Trastornos de otros órganos digestivos en enfermedades clasificadas en otra parte
GLÁNDULA ANEXAS DIGESTIVAS	HÍGADO	C22 Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	K70 Enfermedad alcohólica del hígado K71 Enfermedad tóxica del hígado K72 Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte K73 Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte K74 Fibrosis y cirrosis del hígado K75 Otras enfermedades inflamatorias del hígado K76 Otras enfermedades del hígado K77* Trastornos del hígado en enfermedades clasificadas en otra parte D13 Tumor benigno de otras partes y de las mal definidas del sistema digestivo
	VESÍCULA BILIAR	C23 Tumor maligno de la vesícula biliar C24 Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de las vías biliares	K80 Colelitiasis K81 Colecistitis K82 Otras enfermedades de la vesícula biliar K83 Otras enfermedades de las vías biliares K87* Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas en enfermedades clasificadas en otra parte
	PÁNCREAS	C25 Tumor maligno del páncreas	K85 Pancreatitis aguda K86 Otras enfermedades del páncreas
	GLÁNDULAS SALIVALES	C07 Tumor maligno de la glándula parótida C08 Tumor maligno de otras glándulas salivales	K11 Enfermedades de las glándulas salivales D11 Tumor benigno de las glándulas salivales mayores
OTROS ANEXOS RELACIONADOS CON EL SISTEMA DIGESTIVOS	PERITONEO		K65 Peritonitis K66 Otros trastornos del peritoneo K67* Trastornos del peritoneo en enfermedades infecciosas clasificadas en otra parte

	PARED ABDOMINAL		K40 Hernia inguinal K41 Hernia femoral K42 Hernia umbilical K43 Hernia ventral K44 Hernia diafragmática K45 Otras hernias de la cavidad abdominal K46 Hernia no especificada de la cavidad abdominal
--	----------------------------	--	--