

Original

Mortalidad por Miocarditis Alcohólica en América Latina, 2000-2019.

Mortality for Alcoholic Myocarditis in Latin America, 2000-2019.

Nancy Duarte-Segura^{1,2a}, Roger Bonilla-Carrión^{1,2b}, María Fernanda Álvarez-Pineda^{1a}, Ronald Evans-Meza^{1,2ab}, Roberto Salvatierra-Durán^{1,2b}

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica

- a. Médico Cirujano
- b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.ac.cr

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

Resumen:

La miocarditis alcohólica, es un tipo de miocardiopatía dilatada no isquémica inducida por etanol. **Objetivo:** Determinar la mortalidad y carga de la enfermedad por miocarditis alcohólica en Costa Rica, México, Colombia, Chile, Cuba y Panamá del 2000 al 2019. **Método:** Se diseñó una base de datos con información proveniente del Instituto de Métricas en Salud a partir del Global Burden of Disease (GBD), utilizando tasas estandarizadas para lograr conocer los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), años de vida con discapacidad (AVD), incidencia y mortalidad por miocarditis alcohólica según sexo y edad en el período comprendido entre los años 2000 y 2019. **Resultados:** Se demostró que los AVAD y los AVD por miocarditis alcohólica se encontraron en algunos países con tendencia al alta o se mantuvieron en el tiempo, sin embargo, las mayores tasas se presentaron en Cuba. El sexo masculino presenta las mayores tasas. **Conclusiones:** La miocarditis alcohólica es una enfermedad prevenible si se logra detener el consumo excesivo desde edades tempranas, el género masculino fue el más afectado, el país con mayores tasas fue Cuba, seguido de Chile y Costa Rica, por lo que se debe reforzar la prevención primaria y establecer las estrategias para disminuir el consumo de alcohol implementadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a que esto se ha convertido en un problema de salud pública.

Palabras Clave: Miocardiopatía alcohólica, mortalidad, años de vida ajustados por discapacidad, alcohol, cardiopatía (Fuente: DECS-BIREME)

Abstract:

Alcoholic myocarditis is a type of non-ischemic dilated cardiomyopathy induced by ethanol. **Objectives:** To determine the mortality and disease burden of alcoholic myocarditis in Costa Rica, Mexico, Colombia, Chile, Cuba and Panama from 2000 to 2019. **Methods:** A database was created with information from the Institute of Health Metrics based on the Global Burden of Disease (GBD), using standardised rates to determine disability-adjusted life years (DALYs), years of life with disability (YLD), incidence and mortality of alcoholic myocarditis by sex and age for the period 2000 to 2019. **Results:** It was shown that DALYs and YLD due to alcoholic myocarditis were found in some countries with a high trend or were maintained over time; however, the highest rates were found in Cuba. The highest rates were found in men. **Conclusions:** Alcoholic myocarditis is a preventable disease if excessive consumption can be stopped from an early age, the male sex was most affected, the country with the highest rates was Cuba, followed by Chile and Costa Rica, so primary prevention should be strengthened and strategies to reduce alcohol consumption implemented by the World Health Organization (WHO) should be implemented, as this has become a public health problem.

Keywords: Alcoholic cardiomyopathy, mortality, disability-adjusted life years, alcohol, heart disease (Source: NLM-MeSH)

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
 2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
- a. Médico Cirujano
 - b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

Introducción

La miocarditis alcohólica, es un tipo de miocardiopatía dilatada no isquémica inducida por etanol. Se ha estimado que es aproximadamente el 40% de los casos de miocardiopatía dilatada no isquémica en los países desarrollados¹. Se sospecha de miocardiopatía alcohólica cuando existe un consumo de más de 80g por día durante un período de al menos 5 años, que exista dilatación del ventrículo izquierdo con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor a 50% o bien, menor a lo normal y como último criterio; ausencia de cardiopatía isquémica, hipertensiva o valvular^{2,3}.

A nivel mundial las cardiopatías son desde hace 20 años una de las causas principales de mortalidad, y las muertes han aumentado desde el año 2000 en más de 2 millones de personas hasta casi los 9 millones de muertes al 2019 y comparándolo con el resto de las causas de mortalidad, las cardiopatías representan el 16% de las muertes. Y por su parte se vive más tiempo, pero con más discapacidad, pues esta va en aumento cada año. La Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a las cardiopatías como contribuyente junto con otras enfermedades en provocar 100 millones más de años de vida saludable perdidos en 2019, en comparación con los años 2000⁴. Y a nivel mundial de acuerdo con la OMS el consumo de alcohol es causal de más de 200 enfermedades, entre ellas las cardiovasculares y provoca alrededor de 13.5% de muertes atribuibles al alcohol⁵.

En Costa Rica de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha aumentado en la última década, llegando al 51% en 2020. En el año 2017 la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares con al menos 2467 muertes, seguido de los cánceres, y dentro del grupo de enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cardíacas crónicas cobran alrededor de 742 muertes en el 2019, y al 2021, 438 muertes son atribuibles a enfermedades cardíacas crónicas⁶. En cuanto al consumo de alcohol en Costa Rica en los años 2010 venía en descenso constante, sin embargo, presenta una prevalencia de consumo activo de 20.5% y mayoritariamente en hombres, igual que el resto de los países a nivel mundial y generalmente la edad de inicio del consumo es cada vez menor⁷.

En México, la situación es muy similar al resto de los países en estudio, las enfermedades cardiovasculares representan el 77% del total de muertes, donde una de las causas principales atribuibles es el consumo de alcohol. Se estima un consumo de alrededor 7.2 litros de alcohol puro por persona⁸. En cuanto al consumo de alcohol se incrementa extraordinariamente, ya que el porcentaje de dependencia en la población pasó 4.1% en el año 2002 a un 6.2% en el 2011 y va en aumento cada año, relacionándose con el aumento de mortalidad por enfermedades cardiovasculares⁹.

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
 - a. Médico Cirujano
 - b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

En Panamá, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, hay una mortalidad de 5.0 por cada 1000 habitantes y de ellos el 74% corresponde a enfermedades cardiovasculares; además de cáncer y diabetes. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá las enfermedades del corazón han alcanzado los 1500 casos, y entre sus principales factores de riesgo se determina la hipertensión arterial, obesidad, consumo de alcohol y fumado. El consumo de bebidas alcohólicas se reporta sobre todo en zonas urbanas, con un 47.9% y la prevalencia sigue siendo mayor en hombres, de alrededor de 56.5% lo que indica que aproximadamente 6 de cada 10 hombres consumen bebidas alcohólicas, mientras que para las mujeres es un 32.9%, 1 de cada 3 mujeres^{5,10}.

En Colombia de acuerdo con un estudio de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, el consumo de alcohol tiene índices altos mayoritariamente en jóvenes adultos y la incidencia de consumo es alrededor de 81% para los hombres y un 59% en mujeres. En Colombia, una de las principales enfermedades con mayor mortalidad, son las enfermedades cardiovasculares, al igual que en el resto del mundo. El 29.5% de todas las muertes son por esta causa y el pronóstico aumenta cada vez más por los estilos de vida ahora adoptados por la población¹¹.

Un informe publicado por la OMS, indica que Chile es uno de los países con los índices de ingesta de alcohol más elevados, siendo este de alrededor de 9.6

litros. Siendo mayor en hombres que en mujeres. El promedio diario de consumo en Chile por persona es alrededor de 55grs que incluso puede llegar a 80gr de alcohol al día¹². En Chile entre las principales causas de muerte anualmente, entran las cardiopatías, siendo el 3% del total de muertes¹³.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, Cuba tiene un consumo de 5.2 litros. Y como el resto del mundo, las cardiopatías son de las principales causas de muertes, llegando a provocar 217,7 muertes por cada 100 mil habitantes⁵.

A nivel mundial el consumo de alcohol excesivo se ha convertido en un problema sanitario y se estimó que el 3.8% de las muertes a nivel mundial se le atribuyen a esta bebida etílica, siendo esto mayor en hombres 6.2% que en mujeres 1.1%¹⁴. Esto es de suma importancia debido a que este consumo excesivo o crónico de alcohol ha sido reconocido como un importante factor de riesgo a nivel mundial tanto de mortalidad como morbilidad. Su ingesta se ha relacionado con más de 60 tipos de enfermedades y es responsable de casi 2,5 millones de muertes anuales. Muchas patologías asociadas serían cardiovasculares, gastrointestinales y diversos tipos de cáncer, sobre todo del tracto digestivo. Estos ocurren por la toxicidad crónica directa de alcohol, intoxicación aguda o la dependencia a esta. Sin embargo, a pesar de su importancia epidemiológica los estudios que han dado seguimiento a la historia natural de la enfermedad son escasos y por lo tanto también no se sabe con

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
 2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
- a. Médico Cirujano
 - b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.ac.cr

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

seguridad el pronóstico actual de estos pacientes y no se ha diseñado un modelo predictor de estos pacientes¹⁵.

El objetivo de este estudio es determinar la mortalidad y carga de la enfermedad por miocarditis alcohólica en Costa Rica, México, Colombia, Chile, Cuba y Panamá en los años 2000-2019.

Metodología

El enfoque del trabajo es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal.

Por las características de esta investigación se requiere el uso de fuentes de información primaria, como artículos científicos y secundarias como información de revistas científicas como PubMed, EBSCO, Scielo, plataforma Uptodate, entre otras; así como libros de texto y como fuente principal los datos estadísticos se obtendrán del Global Burden of Disease (GBD).

La población corresponde a los países de Costa Rica, México, Colombia, Chile, Cuba y Panamá entre los 50-69 y mayores de 70 años, en hombres y mujeres durante el 2000 y hasta el 2019.

Los países y grupos etarios fueron seleccionados de acuerdo con la información suministrada por el GBD y que mostraban variaciones y comportamientos similares entre ellos.

Se obtuvo información referente a la mortalidad, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y años de vividos con discapacidad (AVD) por miocarditis alcohólica del 2000 al 2019 en los países anteriormente citados.

La información fue extraída directamente de bases de datos ya existentes como la Global Burden of Disease (GBD) además de artículos científicos, libros de texto y plataformas como EBSCO, Scielo, PubMed y Uptodate, los cuales fueron sistematizados en tablas y gráficos en la herramienta EXCEL para su respectivo análisis.

Se incorporó dentro de este proyecto de investigación la información de pacientes hombres y mujeres con antecedentes de miocarditis alcohólica, que tuvieran edades entre los 50-69 años y mayores de 70 años, además que pertenecieran a Costa Rica, México, Colombia, Chile, Cuba y Panamá. Debido a que de acuerdo con la GBD presentaban un comportamiento similar a través del tiempo.

Consideraciones Éticas

En el estudio no se trabajó directamente con personas, sino con las bases de datos públicas y anonimizadas del Global Burden of Disease (GBD). De acuerdo con la ley 9234 no es necesaria la valoración por un Comité Ético Científico, cuando se trabaja en bases de datos anonimizadas de origen público.

Resultados

Luego del análisis, destaca la tasa de mortalidad de Cuba, con un valor superior al resto de los países, seguido de Chile en segundo lugar y Costa Rica en tercer lugar. Cuba, es el país que más llama la atención con respecto al resto, con tasas máximas y mínimas más altas, siendo la mínima en el año 2000 y más bien con tendencia al alta hasta el año 2015

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
 2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
- a. Médico Cirujano
b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

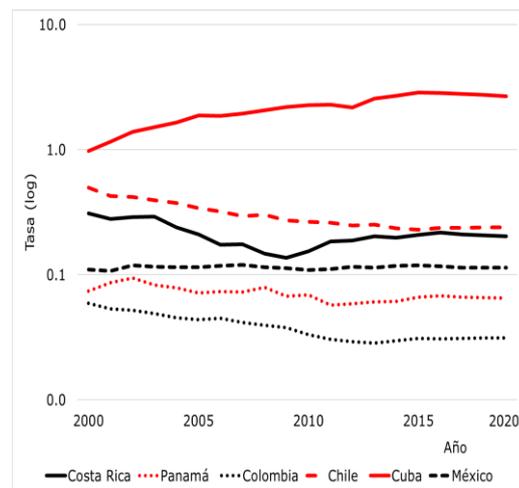
ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. Rev Hisp CiencSalud. 2023; 9(2):69-84. DOI 10.56239/rhcs.2023.92.639

diferente al comportamiento del resto de países, sin embargo, posterior a eso en los últimos 4 años tiene tendencia a la disminución. Se analizan los datos de cada país donde se muestra que Costa Rica mantiene una tasa de mortalidad máxima de 0.31 muertes, Panamá con una tasa máxima de 0.09, Colombia 0.06, Chile de 0.50, Cuba de 2.87 y México de 0.12 muertes por cada 100 mil habitantes, todos ellos con tasas muy variables. En cuanto a tasas mínimas de cada país Colombia tiene la tasa mínima más baja con 0.04 muertes en comparación con el resto de los países, Costa Rica tiene una tasa mínima de 0.14 muertes, Panamá 0.07, Chile con 0.30, Cuba 2.12 y México con 0.11 muertes por cada 100 mil habitantes (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tasa de Mortalidad por Miocarditis Alcohólica en Costa Rica, Panamá, Colombia, Chile, Cuba y México en edad estandarizada durante el 2000 al 2019. Tasa estandarizada por 100 mil habitantes.

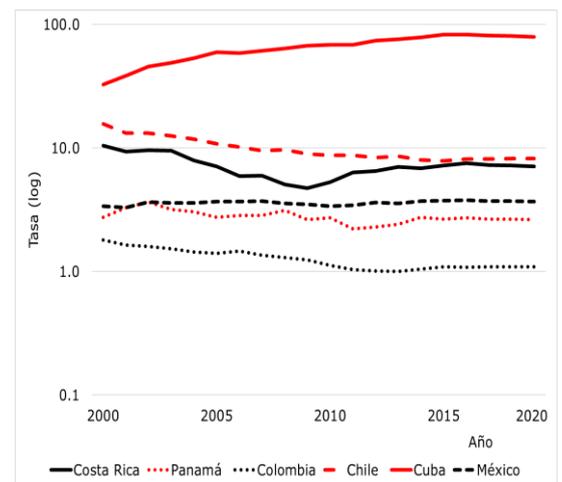


Fuente: elaboración propia, datos del GBD.

En el análisis se evidencia el comportamiento diferente de Cuba con respecto a los demás países en estudio, con las tasas más elevadas, segundo país Chile y tercero Costa Rica. Además,

Costa Rica con una tasa máxima de 10.41 en el año 2000 y una tasa mínima de 4.70. En el caso de Panamá tiene una tasa máxima de 3.65 para el año 2002 y una tasa mínima de 2.22. Colombia, es el país que presenta las tasas más bajas, teniendo una tasa máxima de 1.80 para el año 2000 y con una tasa mínima de 1.00. Con respecto a Chile es el segundo país con las tasas más elevadas, por ejemplo, presenta una tasa máxima de 15.62 en el año 2000 y con una tasa mínima de 7.82. En el caso de Cuba que tiene tasas mayores al resto tuvo una tasa mínima de 32.59 en el año 2000 y que fue en aumento hasta el año 2015 con una tasa máxima de 82.84. Y por último México, quien tienen una tasa mínima de 3.29 en el año 2001 y una tasa máxima de 3.75 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Tasa de años vividos ajustados por discapacidad (AVAD) por Miocarditis Alcohólica estandarizado del 2000 al 2019. Tasa estandarizada por 100 mil habitantes.



Fuente: elaboración propia, datos del GBD.

En Costa Rica, observamos que la tasa máxima fue en el año 2000 con 1.39 y una tasa mínima en el 2009 de 1.30. Con respecto a los hombres entre los 70 años y más, tienen una tasa de años vividos

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
 - a. Médico Cirujano
 - b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

ORCID: 0000-0002-8789-4494

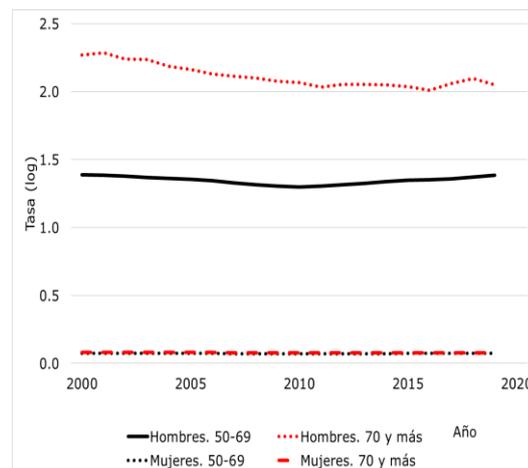
Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. Rev Hisp CiencSalud. 2023; 9(2):69-84. DOI 10.56239/rhcs.2023.92.639

con discapacidad máxima de 2.29 en el 2001 y con una tasa mínima de 2.01. Y comparativamente entre ambos grupos, el grupo etario con tasas más elevadas de años vividos con discapacidad fueron aquellos hombres con 70 años y más.

Con respecto a las mujeres, hemos visto un comportamiento mucho menor que en los hombres para los mismos rangos de edad y periodo en estudio. Las mujeres con una edad entre los 50 y 59 años tienen una tasa máxima de 0.08 en el año 2000 que disminuyó a 0.07 y se mantuvo así hasta el año 2019. De igual forma para las mujeres entre los 70 años y más en donde se mantuvo una tasa de años vividos con discapacidad por miocarditis alcohólica constante de 0.08 desde el año 2000 y hasta el 2019 sin variaciones en este grupo (gráfico 3).

Gráfico 3. Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) por Miocarditis Alcohólica en Costa Rica para ambos sexos y grupos etarios del 2000 al 2019. Tasa estandarizada por 100 mil habitantes.

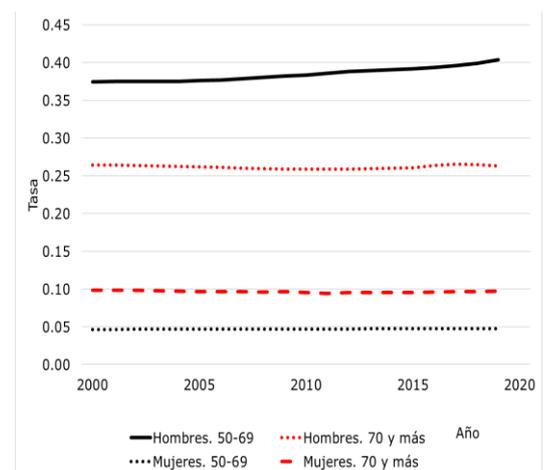


Fuente: elaboración propia, datos del GBD.

En Panamá, se observa que los hombres con un rango de edad entre 50 y 69 años tienen una tasa mínima de 0.37 y una tasa máxima de 0.40. Diferente para los

hombres entre los 70 años y más, donde la tasa mínima fue de 0.26 y tasa máxima de 0.27. En Panamá, el comportamiento ha sido bastante lineal y con tasas muy constantes, por ejemplo, las mujeres entre los 50 y 69 años tuvieron una tasa de 0.05 que se mantuvo durante el año 2000 y hasta el 2019. Y las mujeres entre los 70 años y más tuvieron una tasa de años vividos con discapacidad mínima de 0.09 que aumentó a 0.10 y se mantuvo así durante el periodo en estudio (gráfico 4).

Gráfico 4. Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) por Miocarditis Alcohólica en Panamá para ambos sexos y grupos etarios del 2000 al 2019. Tasa estandarizada por 100 mil habitantes.



Fuente: elaboración propia, datos del GBD.

En Colombia, se observa que, para los hombres con edades entre los 50 y 59 años, la tasa máxima de años vividos con discapacidad por miocarditis alcohólica fue de 0.40 para el año 2000 y una tasa mínima de 0.38. Situación similar con el grupo de hombres entre los 70 años y más donde tu tasa máxima de años vividos con discapacidad fue de 0.59 en el año 2000 y una tasa mínima de 0.56 que se mantuvo hasta 2016. En el caso de las mujeres, Colombia se comporta igual que para el resto de los países, manejan tasas

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
 2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
- a. Médico Cirujano
b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

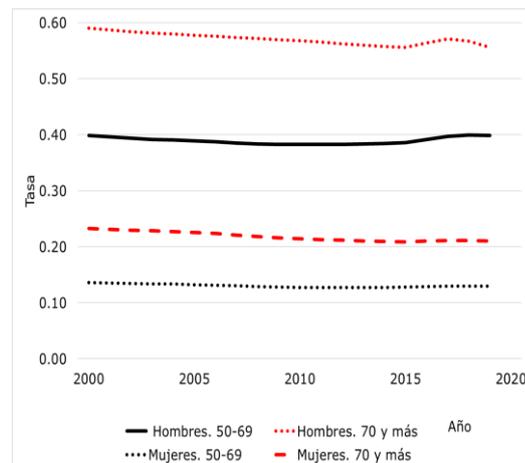
ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. Rev Hisp CiencSalud. 2023; 9(2):69-84. DOI 10.56239/rhcs.2023.92.639

más bajas de años vividos con discapacidad en los diferentes grupos etarios; por ejemplo, para las mujeres entre los 50 y 69 años se tenía una tasa máxima de 0.14 en el año 2000, posteriormente disminuyó a 0.13. En el caso de las mujeres con 70 años y más el comportamiento es bastante lineal, con una tasa máxima de 0.23 en el 2000 y una tasa de años vividos con discapacidad mínima de 0.21 y que se mantuvo así hasta el año 2019 (Gráfico 5).

Gráfico 5. Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) por Miocarditis Alcohólica en Colombia para ambos sexos y grupos etarios del 2000 al 2019. Tasa estandarizada por 100 mil habitantes.



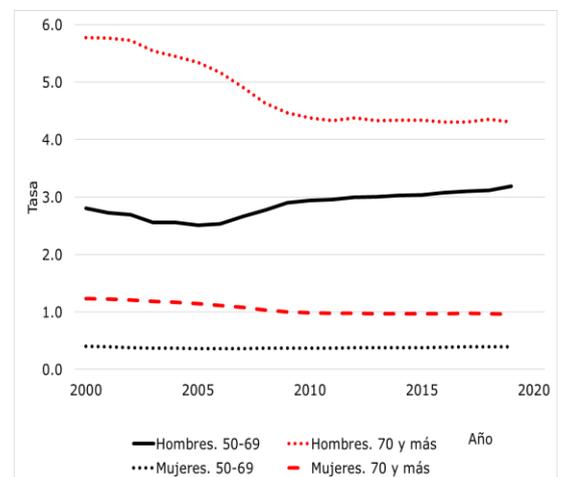
Fuente: elaboración propia, datos del GBD.

En Chile, se observa que los hombres con una edad entre los 50 y 69 años tienen una tasa mínima de 2.51 en el 2005 y con una tasa máxima de 3.19 y un promedio de 2.51. En el caso de los hombres con 70 años y más fue distinto, pues tuvieron una tasa de años vividos con discapacidad máxima de 5.78 y una tasa de 4.30 y un promedio de 4.81.

En el caso de las mujeres con edades entre 50 y 69 años tienen un comportamiento similar con los hombres, pero tuvieron una tasa máxima de 0.40 en

el año 2000 y una tasa mínima de 0.36. En el caso de las mujeres con 70 años y más fue distinto, pues este grupo tuvo una tasa máxima de años vividos con discapacidad de 1.23 que se mantuvo en disminución hasta el 2019, con una tasa mínima de 0.96 y un promedio de 1.06 (gráfico 6).

Gráfico 6. Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) por Miocarditis Alcohólica en Chile para ambos sexos y grupos etarios del 2000 al 2019. Tasa estandarizada por 100 mil habitantes.



Fuente: elaboración propia, datos del GBD.

En el caso de Cuba, llama la atención el comportamiento de la tasa de años vividos con discapacidad en Cuba, pues tiende a ser más elevado que el resto de los países; por ejemplo, en los hombres con edades entre los 50 y 69 años tienen una tasa mínima de 8.00 en el año 2000 y una tasa máxima de 11.13. En el caso de los hombres con 70 años y más, tuvieron una tasa mínima de años vividos con discapacidad de 17.26 en el año 2000 y una tasa máxima de 23.43 con un promedio de 21.29, siendo este grupo con las mayores tasas de años vividos con discapacidad. En cuanto a las mujeres el comportamiento es similar con respecto a los demás países. Para las mujeres con

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
 2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
- a. Médico Cirujano
b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

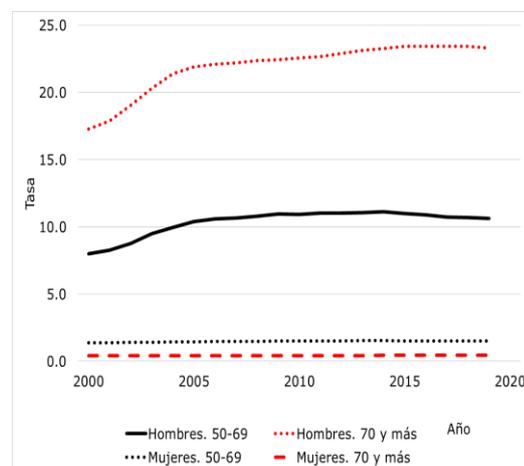
ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

edades entre los 50 y 69 años tuvieron una tasa mínima de 1.38 en el año 2000 y una tasa máxima de 1.53. En cuanto a las mujeres con edades entre los 70 años y más, tuvieron una tasa mínima de 0.40 en el año 2000 que luego fue en ascenso, logrando una tasa máxima de 0.44 (gráfico 7).

Gráfico 7. Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) por Miocarditis Alcohólica en Cuba para ambos sexos y grupos etarios del 2000 al 2019. Tasa estandarizada por 100 mil habitantes.

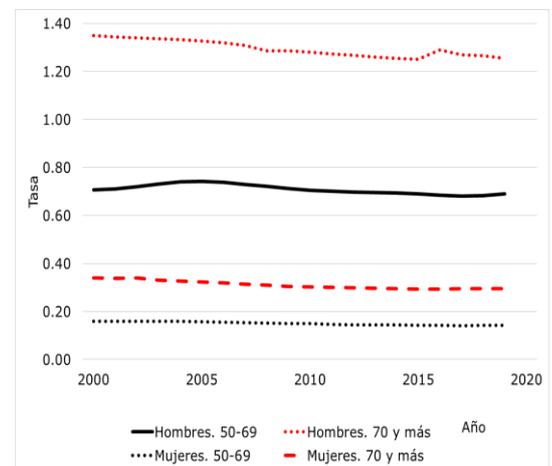


Fuente: elaboración propia, datos del GBD.

En el caso de México, se observa que los hombres con edades entre los 50 y 69 años tienen una tasa máxima de 0.74 en el 2004 que se mantuvo en descenso hasta el 2018, donde tuvo una tasa mínima de 0.68. Con respecto a los hombres con 70 años y más, las tasas fueron mayores, teniendo una tasa máxima de 1.35 que fue en descenso hasta 2015 con una tasa mínima de 1.25 y con un promedio de 1.29. En cuanto al sexo femenino tienen tasas menores en comparación con los hombres, por ejemplo, las mujeres con edades entre los 50 y 69 años tuvieron una tasa máxima de 0.16 para el año 2000 y una tasa mínima de 0.14, misma que se mantuvo en el

tiempo hasta el 2019. En cuanto a las mujeres con edades entre los 70 años y más, tuvieron una tasa máxima de 0.34 en el año 2000 que fue en descenso hasta el año 2014, con una tasa mínima de 0.29 (gráfico 8).

Gráfico 8. Tasa de años vividos con discapacidad (AVD) por Miocarditis Alcohólica en México para ambos sexos y grupos etarios del 2000 al 2019. Tasa estandarizada por 100 mil habitantes.



Fuente: elaboración propia, datos del GBD.

Discusión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el consumo nocivo de alcohol ha sido un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares y por ende el cobro de 17.9 millones de vidas por año que ocurre de forma prematura en personas menores de 70 años. Tal y como vemos en esta investigación existe una diferencia marcada en cuando a la mortalidad y años de vida con discapacidad entre hombres y mujeres, así como en los hombres de 50-69 años como aquellos mayores de 70 años^{14,15}.

El etanol es prácticamente insoluble en grasas y aceites y se distribuye desde la sangre a todos los tejidos y fluidos en

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
 2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
- a. Médico Cirujano
b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

proporción al contenido de agua y no tiene unión a proteínas plasmáticas. Por esto la misma dosis de alcohol por unidad de peso corporal puede generar diferentes concentraciones en sangre en los diferentes organismos debido a las variaciones de grasa y agua en cada organismo. Por ejemplo, las mujeres generalmente tienen un menor volumen de distribución de alcohol por el porcentaje de grasa corporal con respecto a los hombres; razón por la cual las mujeres tienen niveles máximos de alcohol en sangre que los hombres, consumiendo la misma dosis en gramos por kilogramo de peso.¹⁶ El nivel máximo de alcohol en sangre se puede alcanzar aproximadamente entre los 30 y 90 minutos posteriores a su ingesta y se elimina incluso sin metabolizar por orina, sudor y aire expirando, que precisamente es lo que mide la prueba de alcoholímetro; sin embargo cuando la persona se encuentra en consumo agudo y de forma excesiva, se da un efecto predominante diurético por la mayor producción de orina, lo que puede manifestarse en el paciente como la sensación de sed por lo que tienden a continuar bebiendo, convirtiéndose en un ciclo vicioso muy peligroso.¹⁷

Fisiopatológicamente el etanol por su parte tiene efectos sobre la contractilidad miocárdica y dilatación de las diferentes cavidades cardiacas, lo que resulta en alteraciones del ritmo cardíaco¹⁸. El efecto tóxico es provocado por un consumo crónico que genera una afección directa a la contractilidad miocárdica por los metabolitos tóxicos resultantes del metabolismo del alcohol; como, por

ejemplo, el acetaldehído producido en el hígado por acción del alcohol deshidrogenasa. El acetaldehído es una enzima que al encontrarse en grandes cantidades a nivel sanguíneo a través del tiempo llega a generar una depresión miocárdica, disfunción mitocondrial, daño oxidativo y alteraciones en la homeostasis del calcio, por alteraciones en la infraestructura mitocondrial y dilatación del retículo sarcoplásmico^{19,20}. Esta es una de las rutas propuestas y la que tiene mayor peso en cuanto al desarrollo de la enfermedad^{21,22}. De acuerdo con todos estos cambios inducidos de una u otra forma por el consumo de alcohol desde etapas tempranas hasta consumo excesivo crónico, llevan a una remodelación compleja de uno o ambos ventrículos, llevando a una dilatación ventricular sobre todo del ventrículo izquierdo, se ve de una forma más dilatada y esférica de lo normal con mayor tensión en la pared, lo que resulta en una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. Eventualmente pueden desarrollarse insuficiencia mitral y alteraciones del ritmo, como; arritmias ventriculares, bloqueo auriculoventricular, arritmias por reentrada y fibrilación auricular. En los casos avanzados o graves de la enfermedad se presentan signos y síntomas de insuficiencia cardíaca^{23,24}.

En cuanto a la prevalencia entre mujeres y hombres es similar, pero el mayor nivel de consumo de alcohol y los que presentan más problemas son los pacientes masculinos, pero logran compensar mejor que las pacientes femeninas; ya que estas últimas tienen

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
 2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
- a. Médico Cirujano
b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.ac.cr

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

menor cantidad total de agua libre en el cuerpo y menos cantidad de enzimas metabolizadoras de alcohol que hacen que exista mayor concentración de alcohol en sangre²⁵.

Cuando se refiere a miocarditis alcohólica, estamos hablando de un tipo de miocardiopatía dilatada no isquémica inducida por etanol. Y se ha estimado que podría ser el 40% de los casos aproximadamente de miocardiopatía dilatada no isquémica en los países desarrollados¹. Fue durante el siglo XIX que se empezó a establecer y observar que existía una relación entre la bebida etílica y la enfermedad cardiaca. Y más aún cuando en algunos casos de individuos experimentaban una mejoría clínica tras cumplir un periodo de abstinencia alcohólica^{15,26}.

Existe una discusión desde que se descubrió que con el consumo leve-moderado el alcohol podía tener efectos protectores a nivel cardiovascular, por lo que se debate entonces la dosis en gramos de alcohol necesarios y el tiempo de consumo para que deje de ser un factor protector y más bien uno perjudicial y se determinó que el umbral para un consumo moderado de alcohol varía entre los 5 y 25g por día²⁷. Sin embargo, se puede sospechar una cardiopatía secundaria al alcohol en el paciente con historia de consumo excesivo crónico de alcohol mayor a 80g por día por al menos 5 años, datos sugestivos en el ecocardiograma y ausencia de cardiopatía hipertensiva, valvular o isquémica^{3,28}. Si bien se ha mencionado que no existen características clínicas

exclusivas que distinguan la miocardiopatía alcohólica de otras causas de insuficiencia cardíaca, al inicio de la enfermedad suelen ser asintomáticos y conforme avanza la instauración de la enfermedad es cuando presentan signos o síntomas de insuficiencia cardiaca izquierda. En cuanto al examen físico de estos pacientes pueden presentar signos tanto de insuficiencia cardíaca derecha como izquierda, porque eventualmente la insuficiencia cardíaca izquierda es una causa importante de insuficiencia cardíaca derecha. A la inspección podemos ver edemas, ingurgitación yugular, afectación en la apariencia general, diaforesis, en casos avanzados cianosis distal. A la palpación encontramos hepatomegalia, ascitis, aumento en el llenado capilar, frialdad distal y a la auscultación podemos auscultar soplos característicos de insuficiencia mitral, galope y en el caso de insuficiencia cardíaca, estertores o crépitos por congestión pulmonar²⁹. Por los datos clínicos descritos es muy complicado diferenciar las muertes secundarias a miocardiopatía alcohólica de la insuficiencia cardíaca crónica progresiva y muerte súbita cardíaca³⁰. y se ha documentado que los pacientes que eventualmente tienen peor pronóstico son aquellos con cirrosis simultánea³¹.

Hablando propiamente de cada país se puede mencionar que en Costa Rica la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ocupa los primeros lugares y de acuerdo con los datos obtenidos en este estudio y refiriéndonos a la mortalidad por miocardiopatía alcohólica los hombres tienen mayores

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
 - a. Médico Cirujano
 - b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocardiitis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

tasas con respecto a las mujeres, con una tasa de mortalidad de 1.56 muertes en aquellos de 50-69 años y 2.98 en los mayores de 70 años y que tenían un comportamiento con tendencia al alta hasta el 2019, lo cual es similar al comportamiento del consumo de alcohol hasta hoy día, donde se denota un aumento del consumo en hombres y cada vez la edad de inicio de consumo es menor^{6,7}.

La mortalidad en este grupo etario y de género también es afectada por otros factores de riesgo cardiovascular que predominan en Costa Rica, como la Hipertensión Arterial, la Diabetes y el sobrepeso, lo que genera mayor carga a la mortalidad de los costarricenses. Además del debilitamiento en programas de educación que se tenían implementados por instituciones gubernamentales que se impartían en escuelas y colegios y que se han dejado de lado; así como la no filtración de información publicitaria de efectos dañinos de este tipo de bebidas y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo^{6,7}.

En el año 2016 la Organización Mundial de la Salud informaba que Panamá es el segundo país de Centroamérica con mayor consumo de alcohol y con edades de inicio muy temprano, siendo este consumo mayor en hombres que en mujeres y que su principal causa de muerte al igual que la nuestra, son las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, de acuerdo con los datos analizados en este proyecto tienen una tasa de mortalidad baja, siendo de 0.42 y

0.27 para hombres entre 50-69 años y 70 años y más respectivamente. Dicha tasa de mortalidad se ha mantenido constante a través de los años y llama la atención la mayor mortalidad en mujeres de 70 años y más en comparación con los hombres en este mismo rango de edad. Y este cambio en el comportamiento a nivel del país se ha debido a políticas de tolerancia cero implementadas por el gobierno que ha permitido controlar el consumo de alcohol sobre todo en zonas urbanas. Políticas que obligan a los comercios informar a la población cuando su consumo está siendo nocivo. Lo cual ha permitido un mejor control de este tipo de enfermedades^{5,10}.

En cuanto a Colombia, sufre la misma realidad que el resto de países con respecto a una alta tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, para el 2019 se informa de una tasa de mortalidad cardiovascular de 79.32 por cada 100 mil habitantes y de acuerdo con los datos obtenidos en este proyecto de investigación podemos ver que Colombia tiene una tasa de mortalidad por miocardiopatía alcohólica mayor en hombres que en mujeres, sobre todo en aquellos hombres con 70 años y más y siendo una tasa aún menor en mujeres entre los 50 y 69 años. Se mantiene constante hasta el 2019; sin embargo, una de las preocupaciones en Colombia es el uso de sustancias nocivas de índole ilegal que han aumentado sobre todo en aquellos lugares con baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico, donde se había estado atravesando una crisis laboral que da paso al tráfico ilegal de este tipo de bebidas y otras sustancias,

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
 2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
- a. Médico Cirujano
 - b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

además del alto consumo en los hogares que aumenta el riesgo de enfermedad a futuro sumado a las comorbilidades de las poblaciones de riesgo, donde preocupa el impacto a futuro. Por lo que en los últimos años en estudio se denota por parte del gobierno colombiano un aumento en sus estrategias de prevención y promoción de la salud que poco a poco irán generando cambios positivos como ya se ven en la tendencia de las tasas¹¹.

Hablando de Chile propiamente es el segundo país con tasas de mortalidad más altas en relación con los países aquí en estudio, obteniendo una tasa de mortalidad más alta en aquellos hombres de 50 a 59 años, con una tasa de 3.72 muertes por cada 100 mil habitantes y en apariencia con un leve descenso hasta el 2019, en el caso de las mujeres es una tasa que se ha mantenido constante. Chile es uno de los países que tienen los viñedos más importantes; sin embargo, el mayor consumo de licor es de cerveza y no vino como se esperaría, sin embargo, si se documenta que en determinado momento hubo un consumo mayor cuando hubo apertura de mercados y publicidad del pisco y la cerveza, lo que eventualmente ha potenciado las enfermedades cardiovasculares también; además que como en el resto de los países hay también factores contribuyentes propios de cada población. Otra de las razones que denota una marcada mortalidad en este país fueron sus nuevos métodos de captación de la enfermedad y su reforzamiento en el sistema de salud, pues en Chile se implementaba mucho la virtualidad en temas de salud por el difícil acceso a la

salud que se tenía, lo que ha permitido un mayor acercamiento de la población a la presencialidad y mejor control sanitario^{12,13}.

El caso que definitivamente llama mucho la atención es Cuba, donde ha tenido un crecimiento en sus tasas de mortalidad por miocardiopatía alcohólica a través de los años, y con una diferencia significativa con respecto a los demás países en estudio. Cuba ha tenido muchos cambios a nivel político y económico a través de los años y posterior a la revolución de 1959 hubo un incremento en el acceso a bebidas alcohólicas incluso hasta de índole ilegal, de hecho, en el 20% de las miocardiopatías dilatadas en Cuba son secundarias al alcohol. Y revisando los datos obtenidos en este proyecto de investigación Cuba tiene la tasa de mortalidad más alta en hombres de ambos grupos etarios, siendo la tasa de mortalidad mayor en aquellos hombres mayores de 70 años y más de 33.46 muertes por cada 100 mil habitantes y que más bien ha sido una tasa que ha ido en aumento a través del tiempo. Y además de esto al igual que el resto de los países en estudio se ha visto que las personas mayores a 70 años tienen varias comorbilidades concomitantes que empeoran el pronóstico. En la historia de Cuba no existían muchas restricciones en cuanto al acceso de este tipo de bebidas alcohólicas, con una media de edad de inicio de consumo a los 15 años que como se ve reflejado en las tasas ha sido un crecimiento exponencial. Además de la creación de bebidas etílicas con receta casera y productos desconocidos que generó un repunte de muertes en 2013

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
 2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
- a. Médico Cirujano
 - b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

por intoxicación de alcohol de dudosa preparación⁵.

Y, por último, refiriéndonos a la tasa de mortalidad de México también ha venido presentando un lugar importante a nivel mundial pues documenta alrededor de 220 mil muertes por enfermedades cardiovasculares y en los datos obtenidos, sin embargo, han tenido una tasa de mortalidad baja en comparación con Cuba, Chile y Costa Rica. El comportamiento es similar al resto de países, donde predomina la mortalidad en hombres con respecto a las mujeres que se ha evidenciado han tenido menos consumo de alcohol a nivel mundial y se ha notado la mejoría en las cardiopatías cuando se detiene su consumo. Y de acuerdo con los datos obtenidos México tiene mayor tasa de mortalidad en hombres de 70 años y más, siendo esta de 0.97. y tanto en hombres como en mujeres han mantenido una tasa de mortalidad constante hasta el 2019.

La mortalidad de acuerdo con edad estandarizada para todos los países podemos denotar que Cuba obtiene el primer lugar, seguido de Chile y en tercer lugar nuestro país; sin embargo, el comportamiento de los países a excepción de Cuba y México es con tendencia a la baja a través de los años y generalmente con tasas constantes. En el caso en particular de Cuba va en crecimiento y México tuvo un crecimiento a inicios del 2001 que se mantiene hasta el 2019. Con respecto a los años de vida vividos con discapacidad en los países en estudio mantiene la misma característica, en el sentido que la tasa es siempre

mayor en hombres que en mujeres. Y es lo que la evidencia ha demostrado alrededor de los años, a pesar de que el consumo de alcohol va en aumento tanto en hombres como en mujeres, los datos del 2000-2019 demuestra la mayor afectación en hombres y puede deberse a que los hombres generalmente tienen un consumo mayor de alcohol que las mujeres y que por características propias del metabolismo masculino e incluso genético, hasta mayor factores predisponentes de enfermedades cardiovasculares, lleva a un aumento en la mortalidad y en la carga de la enfermedad, así como en las tasas en estudio.

Vemos que en Costa Rica ha sido mayor en hombres que en mujeres y ha tenido una tendencia a la baja hasta el 2019 y en mujeres se ha mantenido constante con una tasa máxima de 0.08 en ambos grupos etarios. En Panamá el comportamiento es similar, mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, en esta tasa vemos que viene con una tendencia al alta en los hombres y en caso de las mujeres se ha mantenido constante para ambos grupos etarios. Con respecto a Colombia en la tasa de años vividos con discapacidad, se mantiene con tendencia a la disminución y es mayor en hombres que en mujeres de ambos grupos etarios, siendo la tasa mayor de 0.59 para el año 2000. Chile es el segundo país con tasas más elevadas después de Cuba y para la tasa de años vividos con discapacidad no es la excepción, sin embargo, en este caso tiene tendencia a la baja en el grupo de hombres y mujeres de 70 años y más, y mujeres entre los 50 y 69 años, contrario

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
 - a. Médico Cirujano
 - b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.ac.cr

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

al grupo etario de hombres entre los 50 y 69 años donde tienen una tendencia al alta. En el caso de Cuba, en cuanto a años vividos con discapacidad también tiene tendencia al alta y es el país con mayores cifras numéricas en cuanto a mortalidad y tasas en estudio, en todos los grupos etarios en estudio en hombres y mujeres; por ejemplo, en el caso de hombres con 70 años y más son los que tienen tasa de años vividos con discapacidad más alta con 23.43. Y en cuanto a la tasa de México tiene tendencia a la disminución, hasta el año 2017 donde se mantiene constante, la tasa es mayor en hombres de 50 a 69 años con una tasa de 0.74 y sigue siendo más baja para la población femenina de ambos grupos etarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se le atribuye el 5.1% de la carga mundial de morbilidad en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

Finalmente, los datos obtenidos en este trabajo de investigación en cuanto a la tasa de años estandarizada ajustados con discapacidad por miocarditis alcohólica en Costa Rica, Panamá, Colombia, Chile, Cuba y México para el 2000-2019, se observa un incremento en Cuba en primer lugar, con una tasa máxima de 82.84, en segundo lugar, Chile con 15.62 y en tercer lugar Costa Rica con una tasa máxima de 10.41 y el país con la tasa más baja fue Colombia con 1.00. Diversas crisis globales, guerras, aumento en la productividad, causas demográficas, socioeconómicas entre otras más han tenido un alto impacto en el consumo de bebidas alcohólicas que repercuten a

futuro en enfermedades cardiovasculares, que junto con otros factores predisponentes aumentan la mortalidad y las diversas tasas. Lo que sí se ha visto es que cada vez el consumo de bebidas alcohólicas inicia a edades cada vez más temprana, hay un aumento en ambos géneros, sin embargo, se mantiene más en hombres que en mujeres y la enfermedad como tal inicia presentando síntomas a partir de la cuarta- quinta década de la vida y muchas veces cuando ya hay enfermedad avanzada y una cardiomiopatía establecida que muchas veces es irreversible. La Organización Mundial de la Salud ha publicado estrategias para disminución del consumo de alcohol, alrededor del mundo para bajar el impacto negativo que ha provocado^{14,15}. Sin embargo, hemos visto que la mayoría de las tasas se han mantenido constantes y muy pocas al alza, entonces es cuando se deben fomentar hábitos de vida saludable, prevención de factores de riesgo y un consumo de bebidas alcohólicas con moderación.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

Referencias Bibliográficas

1. CDC. [Online].; 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/series.htm>.
2. Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, Afilalo J, Armstrong A, Ernande L, Flachskampf FA, Foster E, Goldstein SA, Kuznetsova T, Lancellotti P, Muraru D, Picard MH, Rietzschel ER, Rudski L, Spencer KT, Tsang W, Voigt JU. Recommendations for

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica

- a. Médico Cirujano
- b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

- cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *J Am Soc Echocardiogr.* 2015 Jan;28(1):1-39.e14. doi: 10.1016/j.echo.2014.10.003.
3. Bozkurt B, Colvin M, Cook J, Cooper LT, Deswal A, Fonarow GC, Francis GS, Lenihan D, Lewis EF, McNamara DM, Pahl E, Vasan RS, Ramasubbu K, Rasmusson K, Towbin JA, Yancy C; American Heart Association Committee on Heart Failure and Transplantation of the Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Epidemiology and Prevention; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Current Diagnostic and Treatment Strategies for Specific Dilated Cardiomyopathies: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2016 Dec 6;134(23):e579-e646. doi: 10.1161/CIR.0000000000000455. Epub 2016 Nov 3. Erratum in: *Circulation.* 2016 Dec 6;134(23):e652.
4. WHO. Las 10 principales causas de defunción. [Online].; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
5. WHO. Informe del grupo de trabajo OMS/ISFC sobre la definición y clasificación de las miocardiopatías. *OMS.* 1980; 44(6): p. 672-673.
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Tasa mortalidad. [Online].; 2022. Disponible en: <https://inec.cr/>.
7. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Encuesta Nacional Consumo de bebidas alcohólicas. [Online].; 2010. Disponible en: <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/07/fasciculo-2-consumo-bebidas-alcoholicas15-junio012.pdf>.
8. World Heart Federation. [Online].; 2010. Disponible en: https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/Cardiovascular_diseases_in_Mexico__Spanish_.pdf
9. González-Zambrano H, Amaya-Tapia G, Franco-Ramos MC. Cardiomiopatía Alcohólica en el Occidente de México. *Veinticinco Años de Estudio.* *Sal Jal.* 2018;5(3):150-154.
10. GORGAS. [Online].; Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud. Disponible en: <http://www.gorgas.gob.pa/>.
11. Escobar Díaz GL, Orozco Molina AM, Núñez Montes JR, Muñoz Fabián L. Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en Colombia 1993-2017. Un análisis de las políticas públicas. *Salud, Barranquilla [Internet].* 2020 Dec; 36(3): 558-570. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000300558&lng=en. Epub Oct 22, 2021. <https://doi.org/10.14482/sun.36.3.616.12>.
12. Ahumada DJL. Ayudándote Chile. [Online].; 2022. Disponible en: <https://ayudandote.cl/2021/07/consumo-alcohol-chile/>.
13. Medina E, Kaempffer A. Enfermedades cardiovasculares en Chile. Aspectos epidemiológicos. *Rev Chil Cardiol.* 2007; 26(2): 218-220
14. PAHO. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018.

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.
2. Coordinación de Investigación, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica

- a. Médico Cirujano
- b. Máster en Salud Pública

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 26/06/2023

Correspondencia:

Roger Bonilla Carrión

Email:

roger.bonilla@uhsalud.com

ORCID: 0000-0002-8789-4494

Citar como:

Duarte-Segura N, Bonilla-Carrión R, Álvarez-Pineda MF, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Mortalidad por miocarditis alcohólica en América Latina, 2000-2019. *Rev Hisp CiencSalud.* 2023; 9(2):69-84. DOI [10.56239/rhcs.2023.92.639](https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.639)

- Resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. (OPS/NMH/19-012).
15. Guzzo Merello GA. Historia Natural de la Miocardiopatía Dilatada Alcohólica. 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/14268>
16. Cederbaum AI. Alcohol metabolism. *Clin Liver Dis.* 2012 Nov;16(4):667-85. doi: 10.1016/j.cld.2012.08.002.
17. Vázquez-Ramírez EM, Mata-Vicente JF. Cardiomiopatía secundaria al consumo de alcohol. *Med Int Méx.* 2016 ene;32(1):93-102.
18. Fernández-Solà J. The Effects of Ethanol on the Heart: Alcoholic Cardiomyopathy. *Nutrients.* 2020; 12(2):572. <https://doi.org/10.3390/nu12020572>
19. Wilke A, Kaiser A, Ferency I, Maisch B. Alkohol und Myokarditis [Alcohol and myocarditis]. *Herz.* 1996 Aug;21(4):248-57. German. PMID: 8805005.
20. O'Keefe J, Bybee K, Lavie C, et al. Alcohol and Cardiovascular Health. *J Am Coll Cardiol.* 2007 Sep, 50 (11) 1009–1014. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.04.089>
21. Piano MR, Phillips SA. Alcoholic cardiomyopathy: pathophysiologic insights. *Cardiovasc Toxicol.* 2014 Dec;14(4):291-308. doi: 10.1007/s12012-014-9252-4.
22. Steiner JL, Lang CH. Etiology of alcoholic cardiomyopathy: Mitochondria, oxidative stress and apoptosis. *Int J Biochem Cell Biol.* 2017 Aug;89:125-135. doi: 10.1016/j.biocel.2017.06.009.
23. Jefferies JL, Towbin JA. Dilated cardiomyopathy. *Lancet.* 2010 Feb 27;375(9716):752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(09)62023-7.
24. Mirijello A, Tarli C, Vassallo GA, Sestito L, Antonelli M, d'Angelo C, Ferrulli A, De Cosmo S, Gasbarrini A, Addolorato G. Alcoholic cardiomyopathy: What is known and what is not known. *Eur J Intern Med.* 2017 Sep;43:1-5. doi: 10.1016/j.ejim.2017.06.014.
25. Piano MR. Alcohol's Effects on the Cardiovascular System. *Alcohol Res.* 2017;38(2):219–41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513687/>.
26. Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Arch Intern Med.* 2006 Dec 11-25;166(22):2437-45. doi: 10.1001/archinte.166.22.2437.
27. Klatsky AL. Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today? *J Intern Med.* 2015 Sep;278(3):238-50. doi: 10.1111/joim.12390.
28. Wilson S Colucci, Barry A Borlaug. Heart failure: Clinical manifestations and diagnosis in adults. *UpToDate;* 2022, Apr 20. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/heart-failure-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-adults>
29. Fauchier L, Babuty D, Poret P, et al. Comparison of long-term outcome of alcoholic and idiopathic dilated cardiomyopathy. *Eur Heart J.* 2000; 21:306-314.
30. Jens H, Henriksen SM. Complicaciones hemodinámicas cardíacas y sistémicas de la cirrosis hepática. *Scandinavian cardiovascular journal.* 2009 Agosto ; 43(4): p. 218-25.
31. WHO. 2022 [cited 2022 Noviembre 26] [Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.