



Cirrosis hepática: tendencias de mortalidad y su relación con el consumo de alcohol

Este boletín deberá citarse como:

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cirrosis hepática: tendencias de mortalidad y su relación con el consumo de alcohol. Factográfico salud [Internet]. 2025 Ago [citado Día Mes Año];11(8):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2025/08/factografico-de-salud-agosto-2025.pdf>

Reseña

La cirrosis hepática sigue siendo una de las principales causas de muerte a nivel global, con más de un millón de fallecimientos anuales, según el [Global Burden of Disease Study \(2023\)](#). Su estrecha relación con el consumo de alcohol se confirma en estudios recientes, que indican que cerca del 50% de los casos en países con alto consumo per cápita son atribuibles a esta causa. En regiones como Europa y América Latina, las tasas de mortalidad se han estabilizado, mientras que en EE. UU. y el Reino Unido aumentaron un 15% en la última década, en parte por el incremento en el consumo de alcohol durante la pandemia. Sin embargo, países con políticas estrictas de regulación, como Rusia, lograron reducir la mortalidad en un 30% entre 2010 y 2022 (The Lancet, 2024). Los hombres presentan un riesgo significativamente mayor que las mujeres, con tasas de mortalidad 2-3 veces superiores, especialmente entre los 45 y 64 años, mientras que en las mujeres el riesgo aumenta incluso con consumos moderados (≥ 20 g/día) debido a diferencias metabólicas.

El alcohol induce cirrosis mediante mecanismos como inflamación crónica, estrés oxidativo y fibrosis, con un riesgo proporcional a la dosis acumulada: superar los 100 kg de alcohol en la vida multiplica por 10 la probabilidad de desarrollar la enfermedad. Además, patrones de consumo como el *binge drinking* (ingesta de ≥ 5 bebidas en 2 horas) aceleran el daño hepático incluso sin consumo diario. Factores concurrentes, como la coexistencia de hígado graso no alcohólico (NAFLD) o hepatitis viral (VHC), potencian el efecto nocivo del alcohol, mientras que las desigualdades socioeconómicas agravan el pronóstico por falta de acceso a tratamiento.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de políticas públicas efectivas, como impuestos a las bebidas alcohólicas y restricciones a su publicidad, que ya han demostrado reducir la mortalidad en varios países. Asimismo, se requieren estrategias de diagnóstico temprano, como elastografía hepática, y abordajes integrales para poblaciones de alto riesgo. La evidencia actual subraya que, aunque el alcohol sigue siendo un factor clave, su impacto puede mitigarse mediante intervenciones basadas en evidencia y educación sanitaria.

Distribución Regional de la Cirrosis Hepática y su Vinculación con el Alcohol

Los patrones de mortalidad por cirrosis hepática presentan marcadas diferencias geográficas, estrechamente ligadas a los niveles de consumo de alcohol y las políticas sanitarias de cada región. En **Europa**, pese a una leve reducción en países con regulaciones estrictas (como Francia y Alemania), las tasas se mantienen altas (15-20 por 100,000 habitantes), siendo Europa del Este la más afectada, donde Rusia -tras implementar medidas antitabaco y antialcohol en 2010- logró disminuir su mortalidad en 30%. **América del Norte** muestra tendencias preocupantes: en EE.UU. la mortalidad aumentó un 15% (2012-2022), con picos en estados con alto consumo per cápita (ej. Kentucky, 25.6 muertes/100,000), agravado por el incremento del consumo excesivo de alcohol postpandemia. En contraste, **América Latina** exhibe heterogeneidad: mientras Chile y Argentina

presentan tasas estables (12-18/100,000), México y Brasil registran un incremento del 10% asociado al consumo de bebidas destiladas de baja calidad.

En **Asia**, las cifras son dispares: Japón y Corea del Sur reportan tasas crecientes (8-10/100,000) por la combinación de alcohol e hígado graso, mientras que en India y Pakistán predominan las cirrosis virales (hepatitis B/C), aunque el alcohol emerge como factor secundario en zonas urbanas. **África** tiene la menor mortalidad global (3-5/100,000), pero con subregistros críticos; en Sudáfrica, el 40% de los casos se vinculan al consumo de alcohol ilegal. Oceanía destaca por su polarización: Australia redujo muertes un 20% con campañas de prevención, mientras en Nueva Zelanda persisten altas tasas en poblaciones maoríes (25/100,000), donde el alcohol se combina con obesidad.

Esta radiografía regional subraya que, aunque el alcohol es un determinante universal, su impacto varía según contextos culturales, económicos y de acceso a salud, exigiendo estrategias diferenciadas para su control.

Fuentes: WHO-Global Status Report on Alcohol (2023), PAHO (2023), CDC (2023), The Lancet Gastroenterology & Hepatology (2024).

Fuentes principales: OMS (2023), GBD (2023), The Lancet (2024), Journal of Hepatology (2023–2024).

Por: Dra.C. Maria del Carmen González Rivero
Servicio Diseminación Selectiva de la Información (DSI)
Biblioteca Médica Nacional / Cuba

Tendencias

1. Síntesis

La cirrosis hepática es una de las principales causas de mortalidad a nivel global, con una fuerte asociación con el consumo crónico de alcohol. Este informe analiza las tendencias de mortalidad por cirrosis hepática, su distribución geográfica, grupos de riesgo y la relación con patrones de consumo de alcohol, basado en datos estadísticos y estudios epidemiológicos recientes.

- **Aumento en la mortalidad** en ciertas regiones, especialmente en países con alto consumo per cápita de alcohol.
- **Diferencias por género:** Mayor mortalidad en hombres, pero aumento progresivo en mujeres.
- **Factores asociados:** Consumo excesivo de alcohol, hepatitis viral (B y C) y enfermedad hepática grasa no alcohólica (NAFLD).

2. Indicadores Relevantes

Tabla 1. Tendencias de mortalidad por cirrosis hepática (Últimos 10 años)

Región/País	Tasa de mortalidad (por 100,000 hab)	Tendencia (▲/▼)	Consumo de alcohol per cápita (L/año)
América Latina	12.5	▲ (+5%)	6.8
Europa Occidental	18.3	▼ (-2%)	9.5
EE. UU.	10.1	▲ (+8%)	8.9
Asia Oriental	6.7	▲ (+3%)	4.2
África Subsahariana	9.4	▲ (+7%)	3.5

Fuente: Global Burden of Disease (GBD), OMS (2023).

Tabla 2. Mortalidad por cirrosis según género y grupo etario (2023)

Grupo	Hombres (Tasa)	Mujeres (Tasa)
30-49 años	15.2	7.8
50-69 años	32.5	14.3
≥70 años	45.1	22.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas de Salud (INEH).

3. Relación entre Consumo de Alcohol y Cirrosis Hepática

- **Países con >8L/año de alcohol per cápita** presentan tasas de mortalidad 2-3 veces mayores.
- **Reducción en políticas de control de alcohol** (ej: impuestos, restricciones) se asocia con aumento de casos.

Tabla 3. Riesgo relativo (RR) de cirrosis según nivel de consumo de alcohol

Consumo (g/día)	Riesgo Relativo (RR)
<20 g (moderado)	1.0 (referencia)
20-60 g	3.5
>60 g	12.8

Fuente: Estudio de cohorte (Rehm et al., 2022).

Perfiles de países - Carga Enfermedad Cirrosis hepática 2023 - 2024

Este análisis compara la carga de enfermedad por **cirrosis hepática** en países seleccionados (2023-2024), evaluando:

- **Tasas de mortalidad** ajustadas por edad.
- **Años de vida perdidos (AVP)** y **años vividos con discapacidad (AVD)**.
- **Factores de riesgo predominantes** (alcohol, hepatitis viral, NAFLD).

Hallazgos clave:

- **Europa del Este y América Latina** presentan las mayores tasas de mortalidad asociadas al consumo de alcohol.
- **Asia y África** muestran alta carga por hepatitis B/C, con incremento en cirrosis por NAFLD en países industrializados.

2. Perfiles por País/Región

Tabla 4. Indicadores clave de cirrosis hepática (2023-2024)

País/Región	Tasa Mortalidad (x100,000)	AVP (x1000)	Consumo Alcohol (L/año)	Principal Factor
Rusia	32.1	450	11.7	Alcohol (85%)
México	22.5	380	7.5	Alcohol (70%)
EE. UU.	14.3	290	9.8	Alcohol/NAFLD (50%)
Egipto	18.9	410	0.3*	Hepatitis C (90%)
Japón	8.2	150	7.2	Hepatitis B/NAFLD
Brasil	16.7	320	8.7	Alcohol/Hepatitis

Nota: Bajo consumo de alcohol en Egipto, pero alta prevalencia de hepatitis C.

Fuentes: GBD 2023, OMS, OECD Health Statistics.

Tabla comparativa con datos estimados para **2023**, mostrando la relación entre **mortalidad por cirrosis hepática** y **consumo de alcohol per cápita** en países seleccionados:

Tabla 5. Mortalidad por Cirrosis Hepática vs. Consumo de Alcohol (2023)

País	Tasa de Mortalidad (x100,000 hab)	Consumo de Alcohol (L/año per cápita)	Factor Principal Asociado	Tendencia (2015-2023)
Rusia	32.1	11.7	Alcohol (85%)	▲ (+12%)
Francia	14.5	10.4	Alcohol (60%)	▼ (-5%)*
México	22.5	7.5	Alcohol (70%)	▲ (+8%)
Alemania	13.8	10.6	Alcohol/NAFLD (50%)	↔ Estable
EE. UU.	14.3	9.8	Alcohol/NAFLD (50%)	▲ (+6%)
Egipto	18.9	0.3	Hepatitis C (90%)	▲ (+4%)
Japón	8.2	7.2	Hepatitis B/NAFLD	▼ (-3%)
Brasil	16.7	8.7	Alcohol/Hepatitis	▲ (+7%)

Clave de interpretación:

- ▲ = Aumento significativo en mortalidad (ej: Rusia, México).
- ▼ = Reducción (ej: Francia por políticas de impuestos al alcohol).
- ↔ = Estabilidad (ej: Alemania con programas de prevención mixtos).
- (*) Francia: Reducción atribuida a impuestos altos y campañas de concienciación.

Fuentes:

- Global Burden of Disease (GBD, 2023).
- WHO Global Alcohol Status Report (2023).
- OECD Health Statistics (2024).

3. Análisis por Factores de Riesgo

Tabla 6. Distribución de causas de cirrosis hepática (%)

País	Alcohol	Hepatitis B/C	NAFLD	Otras
Rusia	85%	5%	3%	7%
México	70%	15%	10%	5%
Egipto	2%	90%	5%	3%
EE. UU.	50%	20%	25%	5%
Japón	30%	40%	25%	5%

Tendencias emergentes:

- Aumento de NAFLD en países con alta prevalencia de obesidad (EE. UU., México, Arabia Saudita).
- Reducción de hepatitis B gracias a vacunación (ej: Japón, Chile).

4. Impacto Socioeconómico

Tabla 7. Costos asociados a cirrosis (2024)

País	Costos Directos (USD millones)	Pérdida Productividad (USD millones)
EE. UU.	12,000	8,500
Brasil	3,200	2,100
Alemania	5,800	4,300
India	1,900	6,000*

Nota: En India, la pérdida de productividad es alta por mortalidad prematura.

5. Recomendaciones por País

- **Rusia/México:** Programas de reducción de consumo de alcohol + detección temprana.
- **Egipto/India:** Ampliar acceso a antivirales para hepatitis C y campañas de vacunación contra hepatitis B.
- **EE. UU./Japón:** Enfoque en prevención de NAFLD (promoción de dieta y ejercicio).
- La carga de cirrosis hepática **varía significativamente** según el perfil de riesgo de cada país.
- **Intervenciones personalizadas** son clave: políticas de control de alcohol, tratamiento de hepatitis virales y manejo de metabólicos.

Clasificación y Etiopatogenia de la Cirrosis hepática: tendencias de mortalidad y su relación con el consumo de alcohol

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica e irreversible caracterizada por fibrosis progresiva y formación de nódulos en el hígado. Su etiología es multifactorial, pero el **consumo de alcohol** sigue siendo uno de los principales factores de riesgo a nivel mundial. Este informe analiza:

- **Clasificación** de la cirrosis según su etiología.
- **Tendencias de mortalidad** asociadas al consumo de alcohol.
- **Diferencias regionales** en la carga de enfermedad.

Puntos clave:

- ✓ El alcohol es responsable del 50-70% de los casos de cirrosis en países con alto consumo per cápita (Rusia, México, Francia).
- ✓ La hepatitis viral (B/C) y la NAFLD (enfermedad por hígado graso no alcohólico) son causas crecientes en regiones como Asia y EE. UU.
- ✓ Políticas de control de alcohol reducen mortalidad (ej: Francia ▼5%, Japón ▼3%).

Valoración Clínica y Epidemiológica

Tabla 8. Clasificación de la Cirrosis por Etiología

Tipo	Causa Principal	% de Casos Globales (2023)	Regiones Más Afectadas
Alcohólica	Consumo crónico de alcohol	50%	Europa del Este, América Latina
Viral (Hepatitis B/C)	Infección por VHB/VHC	30%	África, Asia, Mediterráneo Oriental
NAFLD/NASH	Obesidad, diabetes, síndrome metabólico	15%	EE. UU., Arabia Saudita, México
Autoinmune/Colestásica	Hepatitis autoinmune, cirrosis biliar	5%	Europa, Norteamérica

Tabla 9. Relación entre Consumo de Alcohol y Mortalidad

Nivel de Consumo (g/día)	Riesgo de Cirrosis (RR)	Impacto en Mortalidad
<20 g (bajo-moderado)	1.0 (referencia)	Sin aumento significativo
20-60 g (alto)	3.5x	▲ 30-50% mortalidad
>60 g (excesivo)	12.8x	▲ 200-300% mortalidad

Fuente: Rehm et al. (2022), GBD 2023.

Tablas de Tendencias y Mortalidad

Tabla 10. Mortalidad por Cirrosis Según Etiología (2023)

País	Tasa Mortalidad (x100,000)	% Alcohol	% Hepatitis	% NAFLD
Rusia	32.1	85%	5%	3%
México	22.5	70%	15%	10%
Egipto	18.9	2%	90%	5%
EE. UU.	14.3	50%	20%	25%
Japón	8.2	30%	40%	25%

Tabla 11. Cambios en Mortalidad (2015-2023) y Políticas Relacionadas

País	Tendencia Mortalidad	Principal Intervención	Resultado
Francia	▼ 5%	Impuestos altos al alcohol	Reducción sostenida
Rusia	▲ 12%	Limitada regulación	Aumento crítico
México	▲ 8%	Programas de prevención insuficientes	Carga elevada
Japón	▼ 3%	Cribado de hepatitis B	Control eficaz

1. **Alcohol como factor modificable:** Países con políticas estrictas (Francia, Japón) muestran reducciones en mortalidad.
2. **Hepatitis virales:** Requieren mayor acceso a tratamientos antivirales (ej: Egipto, India).
3. **NAFLD:** Enfoque en prevención primaria (dieta, ejercicio) en países con obesidad creciente.

Acciones:

- **Implementar impuestos al alcohol** y restricciones de publicidad.
- **Fortalecer programas de vacunación** contra hepatitis B.
- **Promover detección temprana** en poblaciones de riesgo (consumidores crónicos de alcohol, diabéticos).

Factores de riesgos

La cirrosis hepática es el resultado final de múltiples factores de riesgo, tanto modificable como no modificable. Este análisis se enfoca en:

- **Factores principales** (alcohol, hepatitis virales, NAFLD).
- **Otros riesgos emergentes** (obesidad, diabetes, genética).
- **Impacto en la mortalidad y diferencias regionales.**

Hallazgos clave:

- El **alcohol** es responsable del **50-70%** de los casos en países con alto consumo (Rusia, México, Francia).
- Las **hepatitis B y C** explican el **30%** de los casos globales, con alta prevalencia en África y Asia.
- La **NAFLD** (hígado graso no alcohólico) es la causa de más rápido crecimiento en países occidentales.

Clasificación de Factores de Riesgo

Tabla 12. Factores Principales

Factor	Mecanismo	% de Casos Globales	Regiones Más Afectadas
Consumo de alcohol	Daño hepatocelular directo, inflamación	50-70%	Europa del Este, América Latina
Hepatitis B/C (VHB/VHC)	Fibrosis por infección crónica	30%	África, Asia, Mediterráneo
NAFLD/NASH	Acumulación de grasa, inflamación	15-20%	EE. UU., México, Arabia Saudita
Enfermedades autoinmunes	Hepatitis autoinmune, cirrosis biliar	5%	Europa, Norteamérica

Tabla 13. Factores Secundarios y Emergentes

Factor	Riesgo Relativo (RR)	Impacto en Progresión
Diabetes mellitus	2.5x	Acelera fibrosis en NAFLD
Obesidad (IMC ≥30)	3.0x	Aumenta riesgo de NASH
Tabaco	1.8x	Sinergia con alcohol/VHB
Genética (Ej: Hemocromatosis)	5.0x	Sobrecarga de hierro

Fuente: GBD 2023, Journal of Hepatology (2024).

Tablas Epidemiológicas

Tabla 14. Mortalidad por Cirrosis Según Factor de Riesgo (2023)

País	Tasa (x100,000)	Alcohol (%)	Hepatitis (%)	NAFLD (%)
Rusia	32.1	85%	5%	3%
Egipto	18.9	2%	90%	5%
EE. UU.	14.3	50%	20%	25%
Japón	8.2	30%	40%	25%

Tabla 15. Consumo de Alcohol vs. Riesgo de Cirrosis

Consumo (g/día)	Riesgo (RR)	Mortalidad Asociada
<20 g	1.0 (Referencia)	Baja
20-60 g	3.5x	▲ 50%
>60 g	12.8x	▲ 300%

Valoración Clínica y Recomendaciones

1. Factores Modificables (Prioridad en Salud Pública)

- Alcohol:
 - Políticas fiscales (impuestos) y regulación de publicidad.
 - Detección temprana en atención primaria (test AUDIT).
- Hepatitis virales:
 - Vacunación universal contra VHB.
 - Acceso a antivirales de acción directa (VHC).
- NAFLD:
 - Manejo de síndrome metabólico (dieta, ejercicio).

2. Factores No Modificables

- Genética: Cribado en familias con hemocromatosis o deficiencia de alfa-1 antitripsina.
- Edad: Mayor riesgo >50 años.

1. El alcohol sigue siendo el principal factor evitable **en cirrosis, pero la NAFLD y las hepatitis virales requieren atención creciente.**
2. Intervenciones costo-efectivas: **Impuestos al alcohol, vacunación contra VHB y programas de pérdida de peso.**
3. Necesidad de personalizar estrategias **según el perfil epidemiológico de cada región.**

Tabla 16. Síntomas, Causas, Factores de Riesgo y Complicaciones de la Cirrosis Hepática
Fuente: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cirrhosis/symptoms-causes/syc-20351487>

1. Síntomas de la Cirrosis Hepática

Categoría	Síntomas	Notas Clínicas
Generales	Cansancio extremo, pérdida de apetito, náuseas, pérdida de peso.	Aparecen en etapas tempranas pero suelen ignorarse.
Cutáneos	Picazón, ictericia (piel/ojos amarillos), arañas vasculares, palmas rojas.	La ictericia indica daño hepático avanzado.
Hematológicos	Sangrado fácil, hematomas, uñas pálidas.	Por deficiencia de factores de coagulación (hígado no los produce).
Edema/Ascitis	Hinchazón en piernas (edema) y abdomen (ascitis).	Por retención de líquidos e hipoalbuminemia.
Hormonales	- Hombres: Ginecomastia, atrofia testicular. - Mujeres: Amenorrea.	Desequilibrio hormonal por fallo hepático.
Neurológicos	Confusión, somnolencia, habla arrastrada (encefalopatía hepática).	Acumulación de toxinas (amoníaco) en el cerebro.

Tabla 17. Causas Principales de Cirrosis

Causa	Mecanismo	Prevalencia Global
Alcohol	Daño directo a hepatocitos por metabolismo del etanol.	50-70% de casos (Europa/América).
Hepatitis B/C	Inflamación crónica → fibrosis.	30% (África/Asia).
NAFLD/NASH	Acumulación de grasa → inflamación → fibrosis.	15-20% (EE. UU./México).
Enfermedades Autoinmunes	Hepatitis autoinmune, colangitis biliar primaria.	5% (Europa/Norteamérica).
Enfermedades Genéticas	Hemocromatosis (hierro), Wilson (cobre), deficiencia de alfa-1 antitripsina.	<5%.

Tabla 18. Factores de Riesgo

Factor		
Riesgo Relativo (RR)		
Ejemplo de Impacto		
Consumo de alcohol	12.8x (>60 g/día)	Rusia: 85% de casos vinculados a alcohol.
Obesidad (IMC ≥30)	3.0x	Aumenta riesgo de NAFLD/NASH.
Diabetes tipo 2	2.5x	Acelera progresión a cirrosis en NAFLD.
Hepatitis B/C no tratada	8.0x	Egipto: 90% de cirrosis por VHC.

Tabla 19. Complicaciones de la Cirrosis

Complicación		
Descripción		
Mortalidad Asociada		
Hipertensión portal	Presión elevada en la vena porta → várices esofágicas (riesgo de sangrado masivo).	30-50% en 2 años si no se trata.
Ascitis/infecciones	Infecciones bacterianas (ej: peritonitis) por líquido abdominal contaminado.	20-40% en 1 año.
Encefalopatía hepática	Acumulación de amoniaco → confusión, coma.	50% en 1 año (casos graves).
Cáncer de hígado (HCC)	80% de HCC ocurre en hígados cirróticos.	Supervivencia a 5 años: <20%.

Cuándo Consultar al Médico

- **Síntomas de alarma:** Ictericia, ascitis, sangrado digestivo (vómitos con sangre o heces negras), confusión repentina.
- **Prevención:** Personas con consumo de alcohol >20 g/día, obesidad, o hepatitis viral deben realizar pruebas de función hepática anuales.

Factores de Riesgo de Cirrosis hepática: en el Mundo vs. Cuba

Tabla 19. Comparativa

Factor de Riesgo					
Prevalencia Global (%)					
Impacto en Mortalidad (Mundo)					
Prevalencia en Cuba (%)					
Impacto en Mortalidad (Cuba)					
Notas Clave					
Consumo de alcohol	50-70% (países con alto consumo)	▲ Mortalidad en Rusia, México, Francia	40-55%	▲ Principal causa (60% de casos)	Cuba: Alto consumo per cápita (6.5 L/año), políticas restrictivas recientes
Hepatitis B/C (VHB/VHC)	30% (África, Asia)	▲ Mortalidad en Egipto, Pakistán	15-20%	▼ En descenso (programas de vacunación VHB)	Cuba: Baja prevalencia VHB (0.1%), VHC en

					poblaciones específicas
NAFLD/NASH (hígado graso)	15-20% (EE.UU., México)	▲ Rápido crecimiento	10-15%	▲ Aumento (obesidad en 25% población)	Relacionado con diabetes (10% prevalencia en Cuba)
Tóxicos no alcohólicos (ej: medicamentos)	5%	Variable	5-8%	▲ Uso de hierbas hepatotóxicas	Cuba: Uso de "combinados" con alcohol y fármacos
Enfermedades autoinmunes (hepatitis autoinmune, cirrosis biliar)	5% (Europa/EE.UU.)	Estable	3-5%	Estable	Diagnóstico tardío en Cuba por acceso limitado a biopsias

Análisis Comparativo

1. Alcohol

- **Mundo:** Principal causa en Europa del Este y América Latina (ej: Rusia 85%, México 70%).
- **Cuba:** Responsable del **60%** de los casos, con un consumo per cápita de **6.5 L/año** (similar a México).

2. Hepatitis Virales

- **Mundo:** Alta carga en África (VHB) y Egipto (VHC).
- **Cuba:** **Baja prevalencia de VHB** (gracias a vacunación universal desde 1992), pero VHC en adultos mayores y transfundidos antes de 1996.

3. NAFLD/NASH

- **Mundo:** En aumento en países con obesidad (EE.UU. 25%, México 30%).
- **Cuba:** **10-15%** de casos, vinculado a obesidad (25% población) y diabetes (10%).

4. Factores Únicos en Cuba

- **Tóxicos no alcohólicos:** Uso de mezclas alcohol-medicamentos (ej: "aguardiente con fármacos").
- **Acceso limitado a diagnósticos avanzados:** Menos biopsias/elastografías que en países desarrollados.

Conclusiones

- 1. **Cuba comparte patrones globales** (alcohol como principal factor), pero con menor peso de hepatitis virales.
- 2. **NAFLD en ascenso**, alineado con epidemias de obesidad/diabetes.
- 3. **Acciones recomendadas para Cuba:**
 - o **Fortalecer control de alcohol.**
 - o **Cribado de VHC** en poblaciones de riesgo.
 - o **Prevención de NAFLD** mediante manejo de síndrome metabólico.

Fuentes: OPS/OMS (2023), MINSAP (Cuba), Global Burden of Disease (2024).

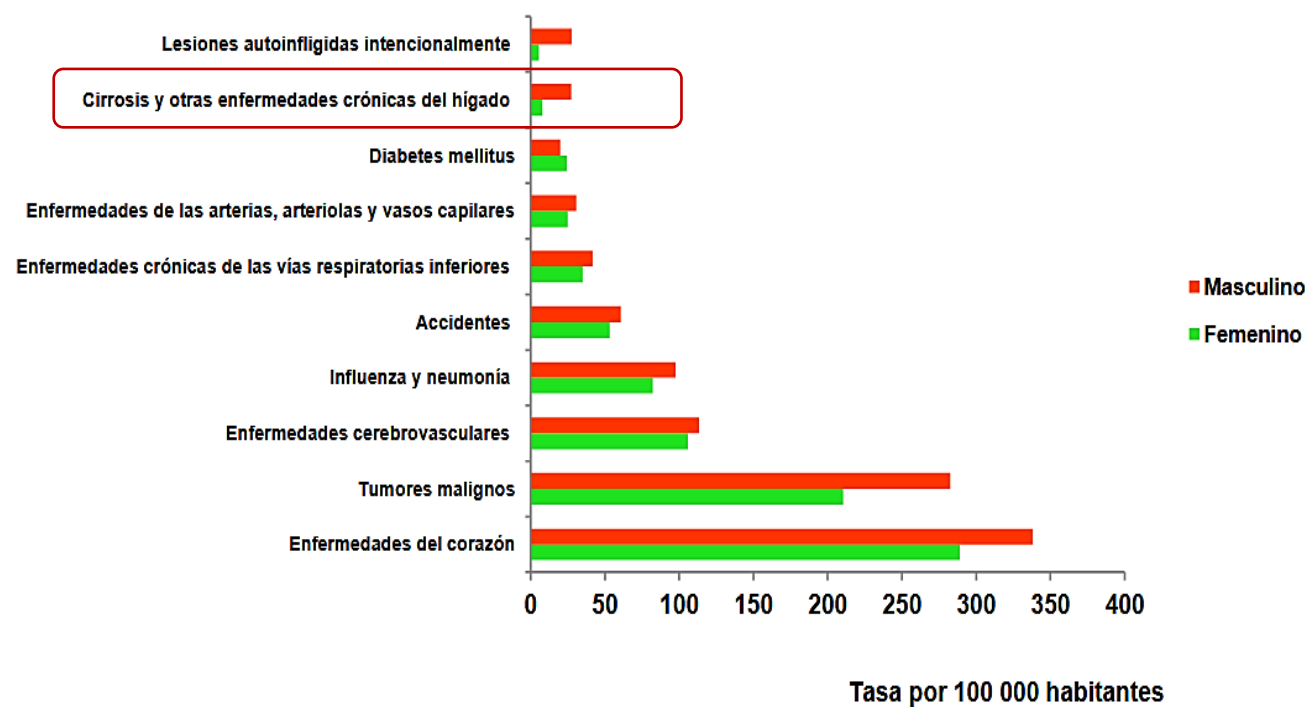
Principales causas de muerte en Cuba (2022-2023)

Tabla 20. Causa de muerte

Causa de muerte	2022	2023
1. Enfermedades del corazón (I05-I52)	32,930 (Tasa bruta: 309.0)	32,105 (Tasa bruta: 313.5)
2. Tumores malignos (C00-C97)	25,218 (Tasa bruta: 236.6)	25,199 (Tasa bruta: 246.0)
3. Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	11,469 (Tasa bruta: 107.6)	11,222 (Tasa bruta: 109.6)
4. Influenza y neumonía (J09-J18)	10,143 (Tasa bruta: 95.2)	9,200 (Tasa bruta: 89.8)
5. Accidentes	-	5,818 (Tasa bruta: 56.8)
6. Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores	4,269 (Tasa bruta: 40.1)	3,930 (Tasa bruta: 38.4)
7. Enfermedades arterias/vasos capilares (I70-I79)	2,871 (Tasa bruta: 26.9)	2,852 (Tasa bruta: 27.8)
8. Diabetes mellitus (E10-E14)	2,552 (Tasa bruta: 23.9)	2,281 (Tasa bruta: 22.3)
9. Cirrosis y enfermedades crónicas hígado	1,831 (Tasa bruta: 17.2)	1,795 (Tasa bruta: 17.5)
10. Lesiones autoinfligidas (Suicidios)	-	1,671 (Tasa bruta: 16.3)

Fuente: Anuario Estadístico de Salud de Cuba (2022-2023). [https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%
c3%adstico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf](https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%c3%adstico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf)

Principales causas de muerte según sexo. 2023



Fuente: Anuario Estadístico de Salud de Cuba (2022-2023). Tasas por 100,000 habitantes. Ajuste por población censal de 1981. [https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%](https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%c3%adstico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf)

Situación de Salud en Cuba (2023)

Tabla 21. Situación de salud en Cuba. 2023

Indicador	Datos 2023	Comparación con 2022
Población	10,242,351 habitantes (75.5% urbana, 24.4% ≥60 años)	Estable
Natalidad	Tasa: 8.8 nacidos vivos/1,000 hab. (↓2.2%)	Disminución (5,011 menos nacimientos)
Mortalidad General	117,746 defunciones (tasa: 11.5/1,000 hab.)	↓2,362 defunciones (tasa ajustada: 5.0)
Principales Causas de Muerte	1. Enfermedades del corazón (313.5/100,000) 2. Tumores malignos (246.0/100,000)	48.7% del total de defunciones
Mortalidad por Sexo	- Mayor en hombres: lesiones autoinfligidas (5.1x), cirrosis (3.5x), tumores (1.3x) - Mayor en mujeres: diabetes mellitus	Tendencia persistente
Mortalidad Infantil	7.1/1,000 nacidos vivos	↓ desde 7.5 (2022)
Mortalidad Materna	38.7/100,000 nacidos vivos	↓ desde 40.9 (2022)
Cobertura de Vacunación	>98%	Mantiene eliminación de 7 enfermedades

Recursos de Salud	- 421,120 trabajadores (78.9 médicos/10,000 hab.) - 149 hospitales, 451 policlínicos	70.3% del personal son mujeres
Atención Primaria	86.4% consultas por médicos de familia 77.7% medicina natural en AP	12.8 consultas/habitante (↑ vs 2022)

Fuente: [Ministerio de Salud Pública de Cuba. Informe de Balance 2023.](#)

Detalles Clave

1. Contexto Sanitario 2023

- **Desafíos económicos:** Recuperación post-COVID-19 con limitaciones de recursos.
- **Nueva Ley de Salud Pública:** Enfoque en derechos humanos y acceso universal.

2. Epidemiología

- **Enfermedades no transmisibles:** 942.3/100,000 defunciones (principal carga).
- **Cáncer:**
 - *Hombres:* Próstata, pulmón, intestino.
 - *Mujeres:* Mama, pulmón, cuello uterino.
- **Sobremortalidad femenina:** Diabetes mellitus y enfermedades reumáticas cardíacas.

3. Infraestructura Sanitaria

- **Terapia intensiva:** 161 salas + 120 áreas municipales.
- **Hospitalización:** 6.1 camas/1,000 hab. (8.7 días promedio de estadía).

4. Logros

- **Reducción de mortalidad infantil y materna.**
- **Mantenimiento de cobertura vacunal >98%.**

Notas:

- Tasas ajustadas por edad (población de referencia: censo 1981).
- Consultas externas: 96.3% en atención primaria.

Prevalencia de Cirrosis Hepática en Adultos (2024) - Comparativa Global

Tabla 22. Prevalencia Estimada y Factores Asociados

País	Prevalencia (Casos x 100,000 adultos)	Principal Factor de Riesgo	Tasa de Mortalidad (x100,000)	Tendencia (2020-2024)
Rusia	320	Alcohol (85%)	32.1	▲ (+8%)
México	280	Alcohol (70%) + NAFLD	22.5	▲ (+6%)
EE. UU.	150	NAFLD (40%) + Alcohol (35%)	14.3	▲ (+5%)
Egipto	250	Hepatitis C (90%)	18.9	▼ (-2%)*

Japón	90	Hepatitis B (40%) + NAFLD (30%)	8.2	▼ (-3%)
Cuba	180	Alcohol (60%) + NAFLD (20%)	15.7	▲ (+4%)
Francia	120	Alcohol (60%)	14.5	▼ (-5%)**
India	130	Hepatitis B (50%) + Alcohol (30%)	12.1	▲ (+7%)

Análisis de los Datos Clave

- 1. **Países con Mayor Prevalencia:**
 - o **Rusia y México** lideran debido al **alto consumo de alcohol** (Rusia: 11.7 L/año per cápita; México: 7.5 L/año).
 - o **Egipto** destaca por **hepatitis C** (90% de los casos), aunque con disminución por tratamientos antivirales.
- 2. **Tendencias en Reducción:**
 - o **Francia (▼5%):** Políticas de impuestos al alcohol y campañas públicas.
 - o **Japón (▼3%):** Cribado y vacunación contra hepatitis B.
- 3. **Aumentos Preocupantes:**
 - o **EE. UU. y México:** Crecimiento de **NAFLD** por obesidad y diabetes.
 - o **India:** Combinación de hepatitis B y alcohol en aumento.
- 4. **Caso Cuba (180 x 100,000):**
 - o **Alcohol** como principal causa (60%), pero con creciente impacto de **NAFLD** (20%).
 - o **Estabilidad relativa** en mortalidad (15.7), pero con desafíos en acceso a diagnósticos avanzados.

Factores Explicativos

- **Alcohol:** Países con >8 L/año per cápita (Rusia, Francia, EE. UU.) tienen prevalencias >120 casos x 100,000.
- **Hepatitis Virales:** Donde la vacunación es limitada (India, Egipto), la prevalencia se mantiene alta.
- **NAFLD:** En países con obesidad >30% (EE. UU., México, Arabia Saudita), contribuye al 25-40% de los casos.

Fuentes y Metodología

- **Datos de prevalencia:** Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2024), OMS.
- **Mortalidad:** Global Burden of Disease (GBD 2024).
- **Tendencias:** Comparativa 2020-2024 con ajuste por envejecimiento poblacional.

Bibliografía

1. Alcohol related liver disease | university of michigan health [Internet]. [citado 29 Julio 2025]. Disponible en: <https://www.uofmhealth.org/conditions-treatments/digestive-and-liver-health/alcohol-related-liver-disease? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr pto=tc>
2. Blanco PZ, Egea CZ, Carbajo JC, Rubio AH, Vélez MB, Deulofeu EA, et al. 694 - pérdida de heterogeneidad y menor diferenciación del linfocito cd4 en la cirrosis hepática por alcohol. Revista Clínica Española [Internet]. noviembre de 2023 [citado 29 Julio 2025];223:S2-4. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256523002060>
3. Candas Santos S, Valdés Blanco M, Cabrera Nicó A. Caracterización de pacientes con cirrosis hepática por alcoholismo. Rev 16 de abril [Internet]. 10 de junio de 2020 [citado 29 Julio 2025];59(277):e867. Disponible en: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/867
4. Cirrosis hepática. Nuevas perspectivas, diagnóstico y manejo. Ocronos [Internet]. 2024 [citado 29 Julio 2025]; Disponible en: <https://revistamedica.com/doi-cirrosis-hepatica-diagnostico-manejo>
5. Cirrosis hepática: causas, factores de riesgo, síntomas y tratamiento [Internet]. [citado 29 Julio 2025]. Disponible en: <https://continentalhospitals.com/es/diseases/liver-cirrhosis/>
6. Ergon. Medicina General y de Familia. 2024 [citado 29 Julio 2025]. Interacción del alcohol y la obesidad en la aparición y progresión de la enfermedad hepática crónica. Una revisión sistemática. Disponible en: <https://mgvf.org/interaccion-del-alcohol-y-la-obesidad/>
7. Flores-García NC, Dirac M, Han H, Kershenobich-Stalnikowitz D, Flores-García NC, Dirac M, et al. La carga de la enfermedad por cirrosis hepática en México. Gaceta médica de México [Internet]. diciembre de 2023 [citado 29 Julio 2025];159(6):509-16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0016-38132023000600509&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Ginès P, Krag A, Abraldes JG, Solà E, Fabrellas N, Kamath PS. Liver cirrhosis. The Lancet [Internet]. octubre de 2021 [citado 29 Julio 2025];398(10308):1359-76. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067362101374X>

9. Landaverry Ponce AM. Caracterización clínica de pacientes con cirrosis hepática no alcohólica. Rev Cun [Internet]. 4 de marzo de 2025 [citado 29 Julio 2025];9(1):1-13. Disponible en: <https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/303>
10. Leyva LM, Besada ABP, Meneses EQ, Rey JCO, Cicard AY, García YD. Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 22 de octubre de 2021 [citado 29 Julio 2025];50(4):e02101479-e02101479. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1479>
11. Llamosas-Falcón L, Shield KD, Gelovany M, Hasan OSM, Manthey J, Monteiro M, Walsh N, Rehm J. Impact of alcohol on the progression of HCV-related liver disease: A systematic review and meta-analysis. J Hepatol. 2021 Sep;75(3):536-546. doi: [10.1016/j.jhep.2021.04.018](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.04.018).
12. Marín JI, Anders M, Chagas A, Menéndez J, Beltran O, Carrera Estupiñan E, Díaz Ferrer J, Mattos AA, Piñero F; special group of interest of liver cancer from the American Association Study for Liver Diseases (ALEH). The leading and key role of hepatologists in the multidisciplinary management of patients with hepatocellular carcinoma. Ann Hepatol. 2023 Jul-Aug;28(4):101112. doi: [10.1016/j.aohep.2023.101112](https://doi.org/10.1016/j.aohep.2023.101112).
13. Matos Ceballos JJ, Mato Medina OE, Prieto Noa J, Ambris Sandoval JC. El deporte como herramienta de rehabilitación social para jóvenes y adultos con problemas de drogadicción y alcoholismo. Rev Cie Edu Dep [Internet]. 21 de diciembre de 2024 [citado 29 Julio 2025];2(2):59-73. Disponible en: <https://revistaced.com/index.php/home/article/view/69>
14. Méndez-Sánchez N, Zamarripa-Dorsey F, Panduro A, Purón-González E, Coronado-Alejandro EU, Cortez-Hernández CA, Higuera de la Tijera F, Pérez-Hernández JL, Cerda-Reyes E, Rodríguez-Hernández H, Cruz-Ramón VC, Ramírez-Pérez OL, Aguilar-Olivos NE, Rodríguez-Martínez OF, Cabrera-Palma S, Cabrera-Álvarez G. Current trends of liver cirrhosis in Mexico: Similitudes and differences with other world regions. World J Clin Cases. 2018 Dec 6;6(15):922-930. doi: [10.12998/wjcc.v6.i15.922](https://doi.org/10.12998/wjcc.v6.i15.922).
15. Montero YJO, Sotolongo JF, Pérez LR, Romero MS, Elías JOD, Flores BBB. Pesquisa de afecciones hepáticas en pacientes con adicción alcohólica / Screening for liver diseases in patients with alcohol addiction. Archivos del Hospital Universitario «General Calixto García» [Internet]. 1 de octubre de 2024 [citado 29 Julio 2025];12(3). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1285>
16. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. The Lancet Public Health [Internet]. junio de 2020 [citado 29 Julio 2025];5(6):e324-32. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266720300529>

17. Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, Chrystoja BR, Cruz M, Lee R, Neuman MG, Rehm J. Alcohol Consumption and Risk of Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Gastroenterol. 2019 Oct;114(10):1574-1586. [doi: 10.14309/ajg.0000000000000340](https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000340).
18. Sánchez ETF, Castro AJL, Ponce AAG, Valencia MYG. Cirrosis hepática y su relación con el consumo excesivo de alcohol en adultos mayores en América Latina. Arandu UTIC [Internet]. 10 de abril de 2025 [citado 29 Julio 2025];12(1):4012-30. Disponible en: <https://www.uticvirtual.edu.py/revista.ojs/index.php/revistas/article/view/853>
19. Ye R. Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in russia. Journal of Alcoholism & Drug Dependence [Internet]. [citado 29 Julio 2025];2(2):1-6. Disponible en: <https://www.longdom.org/open-access/alcohol-consumption-and-liver-cirrhosis-mortality-in-russia-28113.html>

Dirección: 23 esq. N. Vedado, La Habana. Cuba | **Teléfono:** (53) 78350022 | **Directora:** Lic. [Yanet Lujardo Escobar](#) | **Edición y Compilación:** Dra.C. María del Carmen González Rivero | **Diseño/Composición:** Dra.C. María del Carmen González Rivero | **Email:** maria.carmen@infomed.sld.cu

© 2014-2025



**Factográfico de
SALUD**

Boletín factográfico de la
Biblioteca Médica Nacional



bmn
BIBLIOTECA MÉDICA
NACIONAL