

CARTA AL EDITOR**Un desafío emergente: a propósito del artículo Aspectos clínicos de la insuficiencia cardiaca en adultos jóvenes****An emerging challenge: regarding the article Clinical aspects of heart failure in young adults****Um desafio emergente: em relação ao artigo Aspectos clínicos da insuficiência cardíaca em adultos jovens**Lodixi Cobas Planchez 

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

Para la correspondencia: lodixicp@gmail.com**Recibido:** 23-04-2025 **Aprobado:** 03-06-2025 **Publicado:** 06-06-2025**Cómo citar este artículo:**Cobas Planchez L. Un desafío emergente: a propósito del artículo Aspectos clínicos de la insuficiencia cardiaca en adultos jóvenes. Rev Inf Cient [Internet]. 2025 [citado Fecha de acceso]; 104:e5015. Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/5015>

Señor editor:

La insuficiencia cardíaca (IC) se ha considerado históricamente una enfermedad de ancianos, asociada al envejecimiento y a la acumulación de comorbilidades crónicas. Sin embargo, en los últimos años, un creciente número de evidencias sugiere que este síndrome no es exclusivo de la población anciana. Cada vez más adultos jóvenes, incluso en la cuarta o quinta década de vida, son diagnosticados con IC; un fenómeno que desafía los paradigmas tradicionales y exige una reevaluación de las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.

El estudio realizado por Vidal Revé S, *et al.*⁽¹⁾ en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, arroja luz sobre esta problemática, al identificar un perfil epidemiológico único en pacientes jóvenes, caracterizado por un predominio masculino, alta prevalencia de factores de riesgo modificables y una mortalidad alarmante del 32,39 % durante la hospitalización. Estos hallazgos, aunque limitados por su diseño retrospectivo y enfoque local, resuenan con tendencias globales y plantean preguntas críticas sobre las causas subyacentes y las respuestas necesarias desde los sistemas de salud.

El estudio, que incluyó a 65 pacientes entre 18 y 55 años, reveló que el 72,3 % eran hombres, un dato coherente con investigaciones internacionales, que atribuyen esta disparidad a una mayor exposición a factores de riesgo cardiovascular en varones jóvenes, como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la cardiopatía isquémica prematura.

Hernández Magdariaga A, *et al.*⁽²⁾ reporta en su estudio, realizado en Santiago de Cuba, datos que guardan relación con los presentados por Vidal Revé, *et al.*⁽¹⁾, donde la hipertensión arterial emergió como el factor de riesgo más prevalente (63,07 %), seguida del tabaquismo (44,61 %) y la obesidad (36,92 %). Estos números no solo reflejan una carga elevada de enfermedades prevenibles, sino que también subrayan la urgencia de intervenciones dirigidas a modificar estilos de vida desde edades tempranas. La hipertensión, en particular, se asocia con un riesgo mayor de desarrollar IC en jóvenes.⁽³⁾

Uno de los hallazgos más llamativos del estudio en cuestión es el predominio de la etiología isquémica (53,81 %), un resultado que contrasta con otros estudios⁽⁴⁾, donde la miocardiopatía dilatada y las causas genéticas suelen ser más frecuentes en adultos jóvenes. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias en los perfiles de riesgo: en contextos con alta prevalencia de hipertensión y diabetes no controladas, como el observado en Guantánamo, el daño microvascular y la aterosclerosis acelerada podrían precipitar eventos isquémicos, incluso en ausencia de obstrucciones coronarias graves.

En poblaciones con acceso limitado a diagnósticos avanzados (resonancia magnética cardíaca o pruebas genéticas), la IC isquémica puede estar sobrediagnosticada, mientras que causas como la miocarditis o las miocardiopatías no isquémicas permanecen subestimadas. Esto plantea un dilema clínico: ¿se están identificando correctamente las causas de la IC en jóvenes, especialmente en entornos con recursos limitados?

La mortalidad intrahospitalaria del 32,39 % reportada es sin duda, el dato más preocupante. Este porcentaje supera ampliamente las cifras de estudios similares en países de altos ingresos, donde la mortalidad oscila entre el 1,3 % y el 10 %.⁽⁵⁾ Aunque el estudio no explora las causas de esta diferencia, es plausible que factores como el diagnóstico tardío, la falta de acceso a tratamiento de primera línea, terapias avanzadas (dispositivos de asistencia ventricular o trasplante cardíaco) y la alta prevalencia de comorbilidades no controladas desempeñen un papel clave.

Los adultos jóvenes con IC en países de bajos y medios ingresos tienen un riesgo de muerte hospitalaria dos veces mayor que aquellos en países de altos ingresos, incluso después de ajustar por gravedad clínica. Esto no solo refleja inequidades en el acceso a la atención sino, también, la necesidad de adaptar guías clínicas a contextos específicos, con la prioridad de intervenciones costo-efectivas como el uso de diuréticos de asa y betabloqueadores que son subutilizados en algunas regiones.⁽³⁾

Pero más allá de los números, la IC en adultos jóvenes representa una crisis multidimensional. A diferencia de los ancianos, estos pacientes suelen estar en plena etapa productiva, con responsabilidades laborales y familiares. La discapacidad derivada de la IC no solo afecta su calidad de vida sino que también tiene repercusiones económicas y sociales profundas. Estos datos, aunque no se exploran en el estudio, sugieren que el manejo de la IC debe ir más allá de lo médico, con la integración del apoyo psicosocial y de la rehabilitación cardíaca.⁽⁶⁾

En este escenario, ¿cuál es el camino a seguir? a) Primero, es imperativo fortalecer la prevención primaria. Programas comunitarios para controlar la hipertensión, promover dietas saludables y reducir el tabaquismo pueden tener un impacto significativo, especialmente si se dirigen a hombres jóvenes, quienes muestran una adherencia más baja a las consultas de prevención. b) Segundo, el diagnóstico temprano debe ser una prioridad. El uso de biomarcadores como el péptido natriurético tipo B (BNP)⁽⁷⁾ y la ecocardiografía portátil podría facilitar la identificación de casos en etapas tempranas, incluso en áreas de difícil acceso. c) Tercero, se necesitan investigaciones prospectivas y multicéntricas que exploren no solo las causas de la alta mortalidad, sino también el papel de determinantes sociales como la pobreza, el acceso a medicamentos y la educación en salud.

El estudio de Vidal Revé, *et al.*⁽¹⁾ a pesar de sus limitaciones, es un recordatorio contundente de que la IC en jóvenes es un problema real y creciente. Ignorarlo sería un error costoso. Se tiene la responsabilidad de abogar por políticas que prioricen la salud cardiovascular desde edades tempranas, garantizando que ningún paciente, independientemente de su edad o geografía, quede excluido de recibir una atención oportuna y de calidad. La insuficiencia cardíaca en adultos jóvenes no es solo un diagnóstico clínico; es un llamado a la acción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vidal Revé S, Infante Rodríguez YC, Vaillant Hernández Y, Luque Ramírez S, Vidal Díaz K. Aspectos clínicos de la insuficiencia cardíaca en adultos jóvenes. Rev Inf Cient [Internet]. Mar 2025 [citado 23 Abr 2025]; 104:e4878. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4878>
2. Hernández Magdariaga A, Rojas Hierrezuelo N, Velásquez Ferreira LM, Ávila Velásquez M, Videaux Caballero SR. Factores de riesgo cardiometabólicos en adolescentes. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2023 [citado 23 Abr 2025]; 29(1):e1354. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/1354>
3. Gallo G, Savoia C. Hypertension and Heart Failure: From Pathophysiology to Treatment. Int J Mol Sci [Internet]. 2024 [citado 23 Abr 2025]; 25(12):6661. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms25126661>
4. Pavía-López AA, Magaña-Serrano JA, Cigarroa-López JA, Chávez-Mendoza A, Mayorga-Butrón JL, Araiza-Garaygordobil D, et al. Clinical practice guidelines for diagnostic and treatment of the chronic heart failure. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2024 [citado 23 Abr 2025]; 94(Supl 1):1-74. DOI: <https://doi.org/10.24875/acm.m24000095>
5. Zavala-Hoppe AN, Peralta-Ortega SY, Narváez-Calderón JM, Patiño-Zambrano FA. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo a nivel global. MQRInvestigar [Internet]. 2024 [citado 23 Abr 2025]; 8(1):1565-89. DOI: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.1565-1589>
6. Zuloaga Puglisi M, Renna N. Manejo del paciente frágil con insuficiencia cardíaca avanzada y fracción de eyección reducida. Insuf Card [Internet]. 2022 [citado 23 Abr 2025]; 17(3):62-74. Disponible en:

http://www.insuficienciacardiaca.org/pdf/v17n3_22/v17n3a02.pdf

7. Gruson D. Valor del análisis de péptido natriurético en el diagnóstico y prevención de la insuficiencia cardíaca en poblaciones

de alto riesgo. Adv Lab Med [Internet]. 2024 [citado 23 Abr 2025]; 5(3):233-235. DOI: <https://doi.org/10.1515/almed-2024-0122>

Declaración de conflictos de intereses:

La autora declara que no existen conflictos de intereses.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

