Libro de Abstracts SEC 2026
Congreso de la Salud Cardiovascular
(Sevilla, 29/31 octubre)



Reducción del tratamiento modificador durante el seguimiento en insuficiencia cardiaca con FEVI reducida: ¿marcador de riesgo o factor pronóstico independiente?

María Ferré Vallverdú(1), Bàrbara Carbonell Prat(1), Elvis Junior Amao Riuz(1), Anna Seró Ariza(1), Anastasiya Mendela Andreychuk(1), Pitter Cueto(2), Carmen Ligero Ferrer(1), Raúl Sánchez Giménez(1), Hernán Tajes Pascual(1), Amine El Amrani Rami(1), Óscar Palazón Molina(1), Francisco Fernández Salinas(1), Cristina Moreno Ambroj(1) y Pilar Valdovinos Perdices(1) de (1)Cardiología y (2)Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus (Tarragona) - España

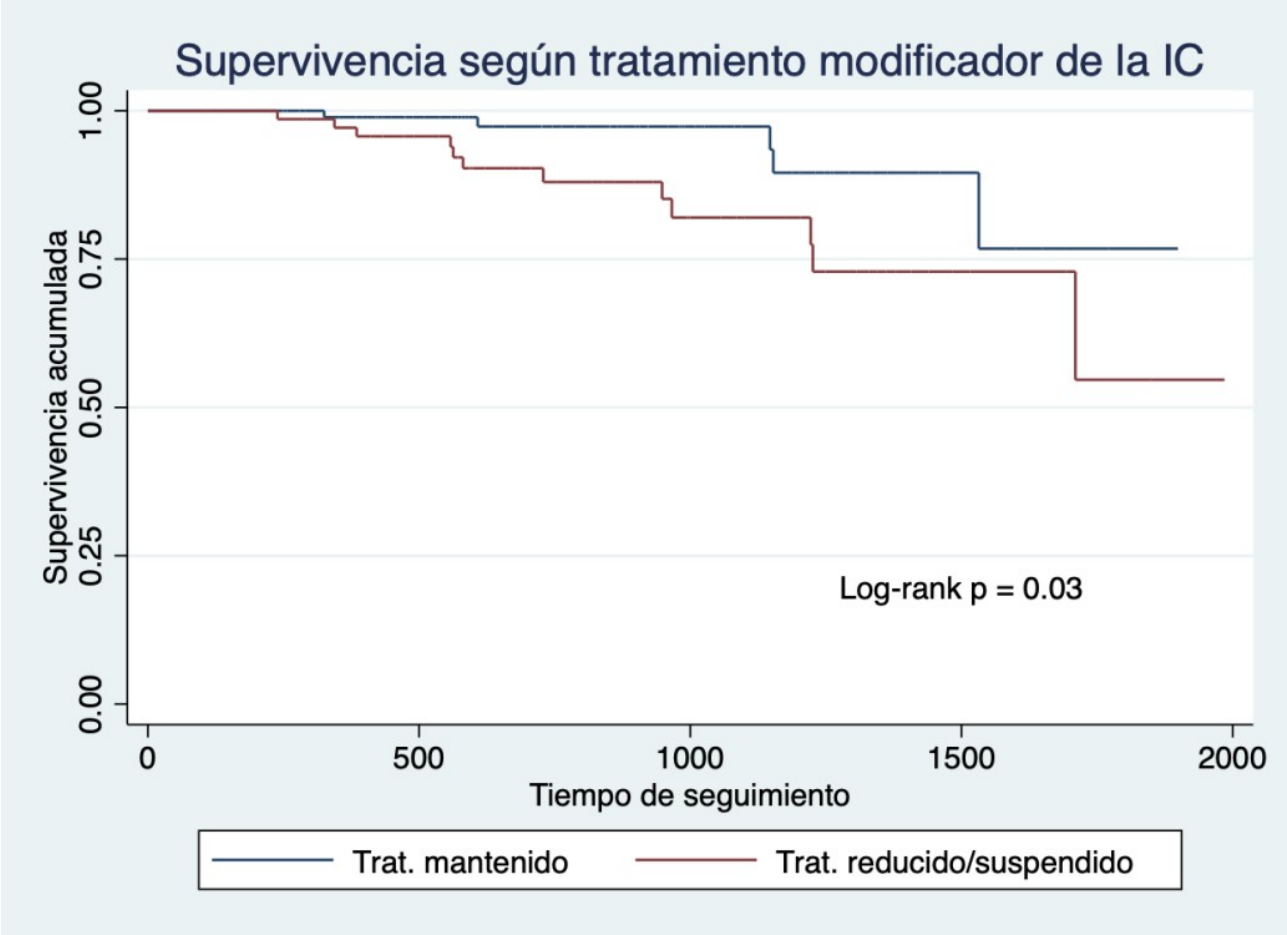
Introducción: El tratamiento modificador de la insuficiencia cardiaca reduce la morbimortalidad. Sin embargo, durante el seguimiento clínico es frecuente la reducción de dosis o suspensión por intolerancia, deterioro renal o efectos adversos. El impacto pronóstico de esta desescalada terapéutica en práctica clínica real no está bien definido.

Métodos: Estudio observacional de pacientes seguidos en una unidad de insuficiencia cardiaca comunitaria. Se definió reducción terapéutica como la disminución de dosis o suspensión de al menos uno de los siguientes grupos farmacológicos: betabloqueantes, inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, antagonistas mineralocorticoides o iSGLT2, después del periodo de optimización terapéutica.
Se compararon características clínicas entre pacientes con reducción terapéutica y aquellos con mantenimiento del tratamiento. El objetivo principal fue la mortalidad por cualquier causa. Se realizaron análisis de Cox univariante y multivariante.

Resultados: Se incluyeron 213 pacientes, con una media de seguimiento de 18,5 ± 13,4 meses, de los cuales 77 (36,2%) presentaron reducción de al menos un grupo de tratamiento y 136 (63,8%) mantuvieron tratamiento estable.
Los pacientes del grupo reducción eran de mayor edad (69±11 vs 65±11 años; p=0,009), presentaban mayores niveles de NT-proBNP (4465±9118 vs 1305±1927 pg/mL; p=0,02) y peor función renal (creatinina 1,4±0,7 vs 1,0±0,3 mg/dL; p=0,004).
La mortalidad fue superior en el grupo de reducción terapéutica (18,2% vs 3,7%; p<0,001). En el análisis univariante, la reducción terapéutica se asoció con mayor mortalidad (HR 3,18; IC95% 1,12–9,05; p=0,030). Sin embargo, tras ajustar por edad y función renal, esta asociación perdió significación estadística (HR 1,40; IC95% 0,41–4,81; p=0,591), mientras que la función renal se mantuvo como predictor independiente de mortalidad (HR 1,78; IC95% 1,12–2,83; p=0,014).

Conclusiones: La reducción del tratamiento modificador es frecuente en pacientes con insuficiencia cardiaca y se asocia con mayor mortalidad en análisis no ajustados. Sin embargo, esta asociación parece estar mediada por un

peor perfil clínico y renal, sugiriendo que la reducción terapéutica podría actuar como marcador de fragilidad más que como predictor independiente de mortalidad.



Características basales

	Reducción tratamiento (n=77)	Mantenimiento (n=136)	p
Edat	69 ± 11	65 ± 11	0.009
Sexo femenino	19 (24.7%)	39 (28.7%)	0.5
NYHA	1.8 ± 0.7	1.9 ± 0.6	0.2
NTproBNP última visita (pg/mL)	4465 ± 9118	1305 ± 1927	0.02
TAS última visita (mmHg)	124 ± 25	123 ± 20	0.8
K última visita (mEq/L)	4.6 ± 0.6	4.7 ± 0.5	0.3
Creat última visita (mg/dL)	1.4 ± 0.7	1 ± 0.3	0.004
FEVI última visita (%)	47 ± 11	43 ± 14	0.08
Exitus	14 (18.2%)	5 (3.7%)	<0.0001

TAS, tensión arterial sistólica; K, potasio; Creat, creatinina; FEVI, fracción eyección ventrículo izquierdo