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



Seguimiento mediante monitorización remota de pacientes con insuficiencia cardíaca con el sistema TriageHF en población rural

Daniel Enríquez Vázquez(1), Eduardo Barge Caballero(1), Gonzalo Barge Caballero(1), Milena Antúnez Ballesteros(1), David Couto Mallón(1), María Jesús Paniagua Martín(1), María Padilla Bautista(1), Miguel González Montes(2), Zulaika Grille Cancela(1), Paula Blanco Canosa(2), Cristina Riveiro Rodríguez(2), Carolina Vera Paredes(2), Jorge L. Rodríguez Garrido(2), José Manuel Vázquez Rodríguez(1) y María Generosa Crespo Leiro(1) de (1)Servicio de Cardiología. INIBIC. CIBERCV. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España y (2)Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España

Introducción: La monitorización remota mediante el sistema TriageHF Plus es factible en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) portadores de dispositivos implantados. La evidencia de su uso en entornos rurales, con mayor limitación de acceso a la Unidad de IC, es escasa. Nuestro objetivo fue describir las características de los pacientes con alertas de alto riesgo (AAR), los tiempos de respuesta, las intervenciones clínicas realizadas y los resultados clínicos asociados en una población rural y su comparación con la población urbana.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluyó AAR TriageHF atendidas desde el 1-10-2022 hasta 30-4-2025. Se recogieron datos clínicos, intervenciones realizadas, hospitalizaciones y tiempos desde la alerta hasta el contacto con el paciente. Las zonas urbanas y rurales se definieron según el código postal. Se definió descompensación de IC como necesidad de ajuste de diuréticos, ingreso por IC y/o hallazgos clínicos compatibles.

Resultados: Se monitorizaron 230 pacientes, generándose 253 AAR en 98 pacientes (1,9 AAR/semana), de los cuales, 64 (65,3%) habitaban zonas rurales. Las características basales se detallan en la tabla 1.

El tiempo de demora mediano desde AAR hasta la teleconsulta de enfermería fue de 1 día (RIC 1-3) tanto en la población urbana como rural. Cincuenta y nueve (37,1%) AAR de la población rural precisaron consulta médica presencial y 26(33,8%) de las de la población urbana (p=0,616). La demora mediana hasta la consulta presencial fue de 5 días en ambos grupos.

Del total de AAR de la población rural, 75(45,2%) fueron por descompensación de IC; 29 (17,5%) precisaron diurético intravenoso ambulatorio u hospitalización. Solamente 12(10,6%) precisaron ingreso por IC. Tres pacientes (2,6%) fallecieron. No hubo diferencias significativas con la población urbana.

Hubo un mayor número de cambios en el tratamiento diurético (35,9% vs 17,4%; p=0,023), sin diferencias en los cambios de tratamiento neurohormonal (22.2% vs. 16,7%; p=0,428) tras la AAR.

Conclusiones: El TriageHF puede ser una herramienta útil en los pacientes con barreras de acceso a los centros sanitarios. Dos tercios de nuestra población con AAR vivían en zonas rurales. El uso del TriageHF plus es factible, con tiempos de demora cortos y sin diferencias en la atención de los pacientes residentes en áreas rurales o urbanas, salvo un mayor ajuste del tratamiento diurético.



Tabla 1. Características basales y comparación de pacientes según zona rural y urbana