



Equipo de la Unidad de Arritmias del Hospital Clínico de Valladolid. :: FOTOGRAFÍAS DE HENAR SASTRE

El Clínico implanta un nuevo desfibrilador subcutáneo para evitar la muerte súbita

El hospital, junto al de Toledo, es el primero en España en aplicar el dispositivo sin cables

La técnica, mucho menos invasiva que la tradicional, permite el control remoto y evita el traslado del paciente para su seguimiento

VALLADOLID. Controlar el corazón a distancia, percibir una arritmia grave que podría causar la muerte, soltar una descarga y salvar una vida. Y es real. Lo es desde que se implantaron los primeros desfibriladores subcutáneos automáticos en el mundo en 1980 y, desde 1995, en el Clínico de Valladolid. Desde entonces, cada año, el número de dispositivos que se colocan en el hospital vallisoletano se acerca al centenar. Pero como la tecnología biomédica da pasos de gigante, la nueva generación de es-

tos desfibriladores es ya una realidad con grandes mejoras. El Clínico de Valladolid, junto al complejo de Toledo, han sido los primeros en España en implantarlo. El centro vallisoletano ya ha puesto dos, en dos varones jóvenes, y con el tiempo irá sustituyendo en la mayoría de los casos a los tradicionales dispositivos. El Clínico atiende a su área, la Este que incluye la comarca de Medina del Campo; pero también a Segovia, Palencia y Soria para donde es centro de referencia.

La novedad: que no tiene cables para acceder a las cámaras del corazón para monitorizar el ritmo cardíaco. Esto supone eliminar las más grandes complicaciones de la implantación de un desfibrilador. «Los cables plantean problemas serios de infecciones, un 20% degenera en unos cinco años y su colocación es una intervención más invasiva», ex-

ANA SANTIAGO

asantiago@elnortedecastilla.es



El aparato, más pequeño y con una batería más duradera, evita las complicaciones del convencional

plica el doctor Jerónimo Rubio, responsable de la Unidad de Arritmias y Estimulación del Servicio de Cardiología del Clínico. «Las infecciones son muy graves, por su mortalidad y su morbilidad, pueden llegar incluso al corazón. Entonces hace falta una cirugía con extracorpórea, con una mortalidad nada despreciable, muy cara... Además, su retirada es dura porque hay que arrancarlos y han formado ya cicatriz, están en el torrente vascular. Hay avances tecnológicos que nos ayudan a retirarlo, que ayudan a cortarlo -con una especie de tubo que lo rodea con cuchillas, explica-; pero es agresivo», añade este especialista.

«Es una magnífica alternativa porque además la excesiva sustitución de dispositivos daña las vías de acceso. Y una vez colocado, el paciente tiene un pronóstico de vida más largo que la de cualquiera porque la

descarga le sacará de cualquier incidente y está vigilado continuamente», añade. Aunque no es incompatible con ningún perfil de paciente por edad o sexo, es muy habitual que el enfermo sea una persona joven, habitualmente con enfermedades eléctricas de nacimiento que son las que producen la muerte súbita. Son esos casos de deportistas jóvenes que han fallecido en pleno campo de juego», destaca Rubio.

El dispositivo, del tamaño de una manzana pequeña pero plana y de 130 gramos, se coloca en el lateral del cuerpo bajo la axila, generalmente en el lado izquierdo, entre las costillas y la piel y con una especie de antena, fina y corta, que sube hacia arriba. «Supone una intervención quirúrgica; pero es muy poco invasiva y cuando se acaba la pila, hacia los seis o siete años, hay que cambiarla», añade el doctor ➤



Morirse suele ser malo. Y además, irrevocable. Pero sobre todo, resulta cruel y funesto. Especialmente si el episodio se produce después de sufrir un proceso largo y tortuoso, eso que los médicos suelen calificar con la consabida frase de «tras una larga y penosa enfermedad». Así que no me extraña que las multitudes no quieran morir. Pero puestos a ello, lo mejor es fenecer en la cama, que resulta mucho más íntimo y discreto. Claro que si le apetece a uno, también puede fa-

COSAS DE ANSÚREZ
TOMÁS HOYAS

MORIRSE



llecer en medio del Paseo de Zorrilla, de un patatús, síncope o soponcio, que es como las buenas gentes solían llamar, a su aire, a los fulminantes ataques al corazón. Pero lo que queda claro, y de lo que no cabe duda, es que resul-

ta mucho mejor no morir. Y la ciencia, aunque no tiene soluciones mágicas para evitar este trance a una inmensa mayoría de ciudadanos, al menos si ha avanzado lo suficiente como para conseguir resultados asombrosos,

fascinantes, impensables hace tan sólo unas décadas. Sin ir más lejos, el nuevo desfibrilador subcutáneo automático que ya implanta el Clínico vallisoletano, un artilugio sin cables que cuando detecta un fallo en el ritmo cardíaco del paciente, aun cuando duerma, produce una descarga eléctrica que restaura de inmediato el ritmo normal del corazón. Control remoto. Seguimiento a distancia. Vida frente a la tragedia.

Hay que ver qué cosas inventa la tecnología.



Los doctores Alberto San Román y Jerónimo Rubio (de verde), en los monitores de la Unidad de Arritmias.

NUEVO DESFIBRILADOR SUBCUTÁNEO

Dimensiones
(ancho x alto x largo):
83,1 x 69,1 x 12,77 mm
Peso: 130 gramos



- **Fabricante.** Boston Scientific lo fabrica en exclusiva actualmente.
- **Características.** Es una versión mejorada de una primera generación, con un tamaño más reducido, un aspecto que mejora la comodidad y estética y con una batería para recambiar cada siete años.
- **Seguimiento.** Cuenta con un sistema de seguimiento remoto, fácil de usar para los pacientes; lo que reduce o elimina la visita al hospital

EL DATO

98

desfibriladores subcutáneos automáticos, de los tradicionales, se colocaron en 2015 en el Clínico. España coloca muchos menos que Alemania o EEUU.

20.000

euros cuesta cada dispositivo al sistema público; pero produce importantes ahorros en ingresos y consultas física. Un 49% menos.

terlo». «Cada vez se identifica mejor a los pacientes que tienen alto riesgo de muerte súbita. Son enfermos que tienen una alteración en la estructura cardíaca, por ejemplo por infartos previos, o bien tienen una predisposición genética. En los que no se puede prevenir que la fibrilación ventricular se desencadene, el mejor tratamiento posible, es que cuando ocurra, el desfibrilador implantado genere un choque eléctrico que restaure inmediatamente el ritmo normal del corazón. La vida del paciente es normal, puede incluso hacer ejercicio. Hay deportistas profesionales que lo llevan implantado. Lo único que les aconsejamos es que lleve un pulsómetro y que cuando lleguen a 180 pulsaciones bajen el ritmo», explica el doctor Rubio.

Telemedicina

El sistema no solo reduce complicaciones sino que permite también un control remoto del paciente de forma que le evita trasladarse al hospital cada poco para su seguimiento. Las personas que tienen el dispositivo implantado son incluidas en el programa de monitorización por internet, que vigila una enfermera especializada en ello, en el que un módem que el paciente se lleva a su casa permite enviar de forma continua la información por vía telefónica hasta el centro. El dispositivo de telemedicina envía la información mediante conexiones voluntarias que puede realizar el propio paciente, lo que le aporta un alto nivel de seguridad tanto para el enfermo como a su entorno. «Recibimos información de forma continua y es fácil vigilar cualquier alteración. Y para mayor tranquilidad del paciente, para que perciba que tiene este seguimiento, se le envía información periódica», destaca Rubio.



Colegio Internacional
de Valladolid

Cambridge English School
using Cambridge English exams & materials

ENSEÑANZA BILINGÜE EN INGLÉS Y ESPAÑOL
AVENIDA EL NORTE DE CASTILLA, 40-42 - 47008 VALLADOLID
www.colegiointernacionaldevalladolid.com

**INFANTIL-PRIMARIA-E.S.O.
Y NUEVO CICLO DE BACHILLERATO
PARA EL CURSO 2016/2017**

983 458 267