



Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

Newsletter nº2

Noviembre de 2012

Dr. Antonio José Torres García

PERFIL DEL PROFESOR ANTONIO JOSÉ TORRES GARCÍA

ÁMBITO ACADÉMICO Y CLÍNICO:

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga en 1979 con la calificación de Sobresaliente por unanimidad y Premio Extraordinario.
- Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid en 1983, con la calificación de Sobresaliente "Cum Laude" y Premio Extraordinario.
- Médico Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo (1981).
- Médico Especialista en Cirugía Torácica (1986).
- Profesor Titular de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid en 1987 (1987-1991).
- Profesor Titular-Jefe de Sección (plaza vinculada) en el II Servicio de Cirugía General y Torácica del Hospital Clínico San Carlos- Universidad Complutense de Madrid (1991-2000).
- Catedrático de Cirugía-Jefe de Sección (plaza vinculada) en el II Servicio de Cirugía General y Torácica del Hospital Clínico San Carlos-Universidad Complutense de Madrid (2000-2001).
- Catedrático Cirugía-Jefe de Servicio Cirugía General del Hospital Clínico San Carlos-Universidad Complutense de Madrid (2001-Actualidad).
- Director de la Unidad de Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad del Hospital Madrid Montepíncipe.

OTROS MÉRITOS:

- Autor de 150 Publicaciones en diversas revistas nacionales (90) e internacionales (60) y de 386 Comunicaciones a Congresos nacionales e internacionales. Colaborador en diversos Libros (32) y Monografías (21). Participación como Ponente en diversas Mesas Redondas, Cursos y Seminarios.



- Presidente de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y Trastornos Metabólicos (SECO) 2005-2009.
- Representante European Chapter International Federation of Surgery for Obesity (IFSO) 2007-2010.
- Mentor European Academy of Obesity.
- Presidente IFSO 2011-2012.





SEEDO

“Se estima que los pacientes con obesidad severa que se intervienen quirúrgicamente viven una media de 15 años más que los que no se operan”

El Dr. Antonio José Torres García es miembro de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), catedrático de la Universidad Complutense de Madrid y jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Clínico San Carlos. El profesor Torres considera que ambas organizaciones han de jugar un papel de extraordinaria importancia, ya que los pacientes con obesidad y sus comorbilidades asociadas (diabetes, hipertensión, etc...) han de ser abordados de una forma multidisciplinar ofreciéndoles todas las alternativas terapéuticas médicas y quirúrgicas de forma individualizada.

Especialista de amplia y fructífera trayectoria en el campo de la cirugía bariátrica, tanto desde la investigación como la práctica clínica, ¿podría relacionar sucintamente los hallazgos más relevantes y recientes descubiertos en esta materia?, ¿cómo es el presente de la cirugía de la obesidad?, ¿y el futuro a corto?

Creo que el hallazgo más relevante en los últimos tiempos relacionados con la cirugía bariátrica (cirugía de la obesidad) ha sido la constatación de que la manipulación quirúrgica del tracto digestivo ha conseguido mejorar de forma importante los trastornos metabólicos asociados con la obesidad, especialmente la diabetes mellitus tipo 2, la hipercolesterolemia, la hipertensión, etc. El presente de la cirugía de la obesidad se centra en la implementación de unidades multidisciplinarias en un mayor número de centros, tanto en el ámbito de la medicina pública como de la medicina privada. A corto plazo, es muy importante desarrollar programas de formación en cirugía bariátrica, como el programa liderado y avalado por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO). De la consolidación de este programa y del incremento del número de cirujanos bariátricos va a depender el futuro de este tipo de cirugía.

Un tipo de intervenciones “últimátum” cuando han fallado otras vías terapéuticas, como las higiénico-dietéticas, conductuales o las farmacológicas, ¿cuáles son las tipologías-técnicas más comunes, cómo ha influido la implementación de los avances tecnológicos en el campo de la cirugía?

Bueno, creo que las intervenciones quirúrgicas bariátricas no deberían ser consideradas como intervenciones “últimátum”, sino que deben ser consideradas como una alternativa terapéutica más en el seno de un abordaje multi e interdisciplinar de los pacientes que padecen obesidad severa. Las técnicas quirúrgicas bariátricas más comunes pueden dividirse en tres tipos.

Las técnicas restrictivas, como la banda gástrica o la gastrectomía vertical, que pretenden restringir la ingesta de comida haciendo que los pacientes se sienten antes cuando comen; las técnicas malabsortivas, como la derivación bilio-pancreática o el cruce duodenal, que se basan en hacer que los pacientes no absorban todos los alimentos, y las técnicas mixtas, como el “by-pass” gástrico en Y de Roux, que aúnan características de las técnicas restrictivas (se reduce la capacidad gástrica), y de las malabsortivas (se “by-pasea” algún tramo del tubo digestivo proximal).

“El presente de la cirugía de la obesidad se centra en la implementación de unidades multidisciplinarias y es muy importante desarrollar programas de formación”



Sin ninguna duda, creo que el mayor avance tecnológico que se ha implementado en la cirugía bariátrica en los últimos años ha sido el abordaje mínimamente invasivo que se lleva a cabo mediante cirugía laparoscópica, accediendo al abdomen del paciente a través de unas pequeñas incisiones.

Si hablamos de cifras de la que ha dado en llamarse la “nueva epidemia del siglo XXI”, ¿qué media de operaciones se registran al año en España, prevalencia, incremento en el último lustro, retrato robot del paciente, previsiones...? ¿Qué conclusiones deben extraerse de estas estadísticas?

Teniendo en cuenta que aproximadamente el 5% de la población española presenta obesidad severa, y que “conceptualmente” serían candidatos a la cirugía una vez agotadas otras alternativas terapéuticas, el número de procedimientos quirúrgicos que anualmente se realizan en España es del todo insuficiente. La Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) realiza anualmente una encuesta acerca del número de procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo en nuestro país, oscilando alrededor de los seis mil (6.000) al año. En los últimos años, la mayor innovación ha sido la implementación del abordaje laparoscópico mínimamente invasivo en la mayor parte de las cirugías. Probablemente el paciente tipo sería el de una mujer joven (entre 40 y 60 años), con un Índice de Masa Corporal (IMC) entre 40 y 50, y con alguna comorbilidad asociada: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión...

Usted ha advertido en numerosas ocasiones que esta práctica quirúrgica no maquilla la obesidad, que no se trata de una cuestión estética, pero ¿por qué estas constantes aclaraciones?, ¿acaso no se trabaja en todos los centros médicos, privados y públicos, de acuerdo a unos estándares y protocolos universales?

Desgraciadamente en algunos centros médicos no

“El 5% de la población española presenta obesidad severa y serían candidatos a la cirugía una vez agotadas otras alternativas terapéuticas, por lo que el número de procedimientos quirúrgicos que anualmente se realizan en España es del todo insuficiente, oscilando alrededor de los seis mil 6.000 al año”

se abordan los problemas de la obesidad de acuerdo a los protocolos avalados por las sociedades científicas (en este caso SEEDO y SECO), sino que se banaliza el problema y se considera que el tener un peso excesivo y unas enfermedades asociadas no es más que un problema estético y lo abordan como tal ofreciendo a los pacientes estrategias terapéuticas no contrastadas, no útiles, y, a veces, peligrosas.

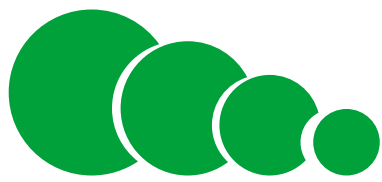
“El mayor avance tecnológico en la cirugía bariátrica en los últimos años ha sido el abordaje mínimamente invasivo que se lleva a cabo mediante cirugía laparoscópica, accediendo al abdomen del paciente a través de unas pequeñas incisiones”

¿En qué casos se prescribe?, ¿qué requisitos (además del IMC, síndrome metabólico, enfermedades asociadas al exceso de peso severo...), psicológico-psiquiátricos han de cumplir los pacientes propuestos?



En la actualidad las indicaciones quirúrgicas aceptadas de forma generalizada son: pacientes con un IMC > 40 , o > 35 y comorbilidades asociadas, que hayan sido tratados de forma multidisciplinar sin éxito. No obstante, en el momento

presente casi todos los expertos coinciden que el IMC no debe ser el único parámetro en el que se basen las indicaciones para llevar a cabo una cirugía, y deberían implementarse otros de índole biológico que evalúen por ejemplo características del síndrome metabólico (resistencia a la insulina, niveles hormonales: GLP1, insulina, etc.).



SEEDO

Resúmanos brevemente en qué consiste el pre y el post operatorio de este tipo de intervenciones. ¿Supone un aumento de la calidad y esperanza de vida de los pacientes operados? Si es así, ¿cómo traducimos esta realidad a números?

Cuando un paciente es programado para cirugía bariátrica se incluye en un plan de preparación preoperatoria que fundamentalmente se basa en tratar de perder algo de peso (en torno al 10%) para con ello facilitar no sólo el propio acto quirúrgico sino también una más rápida recuperación postoperatoria. Tras la cirugía, que en casi todos los pacientes se lleva a cabo de forma poco invasiva por vía laparoscópica, el paciente comienza la deambulación prácticamente el mismo día de la cirugía y reanuda la ingesta de líquidos al día siguiente, y en 2-3 días es generalmente dado de alta hospitalaria, reincorporándose a su actividad habitual en las siguientes semanas. Es extraordinario observar cómo estos pacientes ganan en calidad de vida día a día, entrando en una espiral positiva de mejoría de su autoestima, consideración social, etc. Según algunos estudios realizados recientemente, se

estima que aquellos pacientes con obesidad severa que se intervienen quirúrgicamente viven una media de 15 años más que aquellos que no se operan.

Recientes estudios han demostrado que la cirugía bariátrica mejora el perfil lipídico de los pacientes que padecen dislipemia, o que ayuda a remitir la diabetes tipo 2 en un 75% de los sujetos obesos. Son muchos los beneficios, ¿pero cuáles los principales riesgos?

Hace unos años la cirugía de la obesidad era considerada una cirugía “peligrosa”, lo cual causó una enorme alarma social y mediática. Afortunadamente hoy en día ya existe mucha más información que ha objetivado que la cirugía de la obesidad es muy SEGURA, estimándose que la mortalidad postoperatoria global es menor del 1%, cifras similares a las que tiene reemplazar una cadera o extirpar una vesícula biliar con signos de inflamación aguda. La morbilidad oscila alrededor del 10%, y las complicaciones más frecuentes son aquellas relacionadas con problemas de hemorragia, infección o tromboembolismo pulmonar, pero, insisto, todas ellas con una frecuencia muy baja.

“Hoy en día ya existe mucha más información que ha objetivado que la cirugía de la obesidad sea muy SEGURA, estimándose que la mortalidad postoperatoria global es menor del 1%”



¿Qué papel han de jugar organizaciones como la SECO o la SEEDO en el terreno de la cirugía de la obesidad?

En mi opinión han de jugar y juegan un papel de extraordinaria importancia, ya que los pacientes con obesidad y sus comorbilidades asociadas (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, SAOS, etc.) han de ser abordados de una forma multidisciplinar ofreciéndoles todas las alternativas terapéuticas médicas y quirúrgicas más adecuadas a cada paciente de forma individualizada y en el momento preciso, sin demorar la indicación de la cirugía cuando ello es preciso, lo cual podría repercutir de forma

“Una vez que la obesidad severa se ha desarrollado y han aparecido comorbilidades cuyo tratamiento consume importantes recursos, se debería plantear la necesidad de operar a estos pacientes. Estas estrategias son enormemente eficaces con un coste económico muy inferior”

mayor negativa en la posterior evolución de muchos pacientes. Fruto de esta estrategia de estrecha colaboración entre ambas sociedades científicas es la celebración del primer Congreso conjunto de ambas sociedades que va a tener lugar los próximos 14 y 15 de Marzo de 2013 en Madrid.

Sabiendo que la problemática del sobrepeso consume alrededor del 8% del gasto sanitario total en España y moviéndonos en la fase de la prevención, ¿qué medidas se sugieren desde la SEEDO para intentar atajar esta enfermedad con el consiguiente ahorro para la salud pública?

Creo que tanto la prevención primaria como la secundaria son muy útiles para alcanzar este ahorro.

Debe ir dirigida esta prevención en primer lugar a atajar la aparición de esta enfermedad con medidas a implementar en la infancia y en la juventud diseñando estrategias de comida saludable e incremento de la actividad física. Ahora bien, una vez que la obesidad severa se ha desarrollado y han aparecido

comorbilidades como las mencionadas previamente, cuyo tratamiento consume importantes recursos, se debería plantear la necesidad de operar a estos pacientes. Estas estrategias han demostrado su eficiencia en recientes estudios, siendo enorme-

mente eficaces con un coste económico muy inferior.

“Fruto de esta estrategia de estrecha colaboración entre ambas sociedades científicas es la celebración del primer Congreso conjunto que va a tener lugar los próximos 14 y 15 de Marzo de 2013 en Madrid”





SEEDO

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

Dr. Antonio José Torres García

Jefe del Servicio de Cirugía-Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Teléfono: 91 330 31 84

Mail: atorres.hcsc@salud.madrid.org

SEEDO

c/ Fernández de la Hoz, 61, entreplanta

28003 Madrid

Teléfono: 915360814

Mail: seedo@accionmedica.com

www.seedo.es