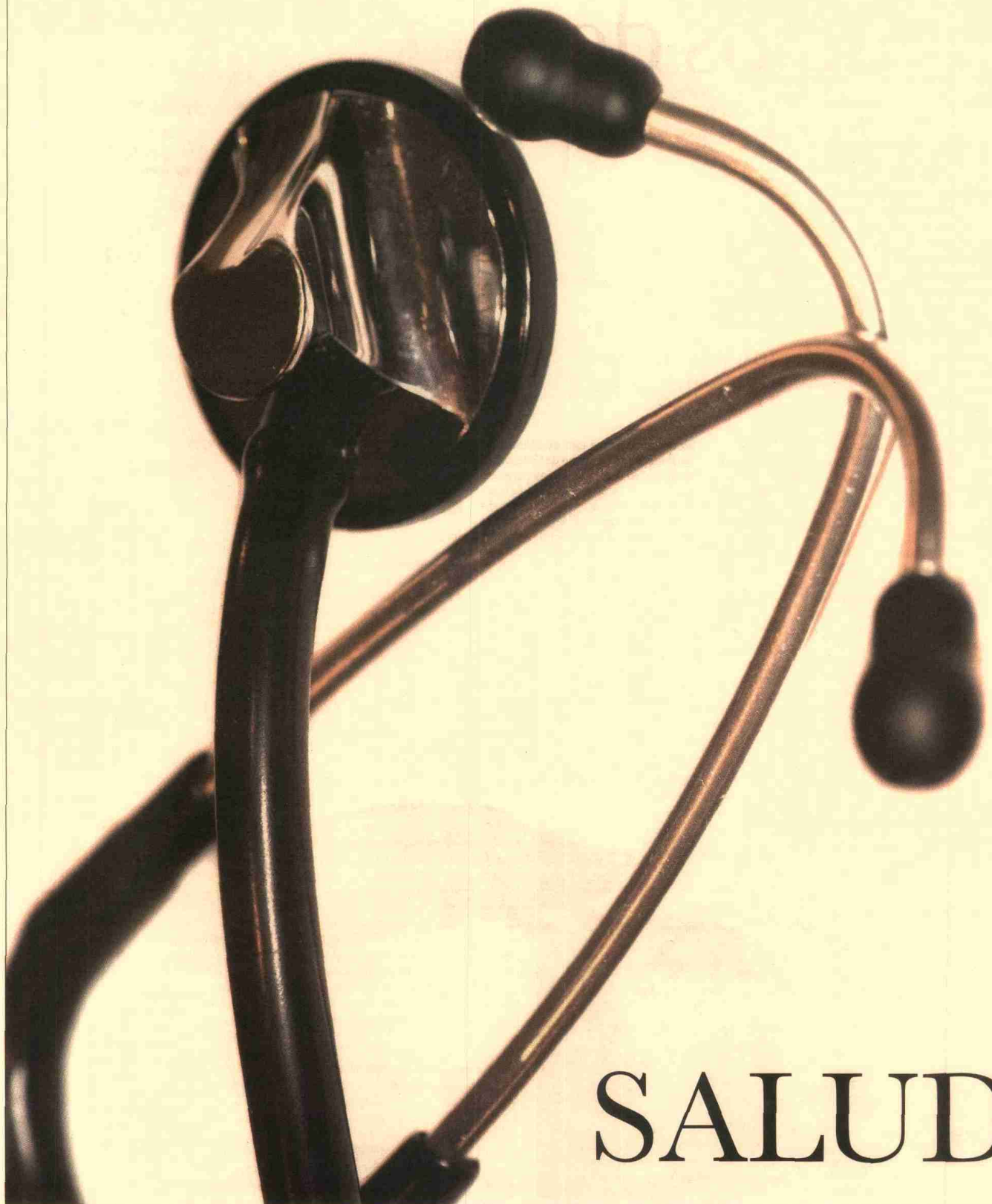




O.J.D.: 36481
E.G.M.: 72000
Tarifa (€): 19785

CincoDías

Fecha: 06/07/2010
Sección: ESPECIAL
Páginas: 1,2,3



SALUD

DR. ANTONIO JOSÉ TORRES

Catedrático de Cirugía. Director de la Unidad Multidisciplinar de Tratamiento Integral de la Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario Montepíncipe de Madrid

“La implementación de la cirugía bariátrica en España es claramente insuficiente”

Profesional médico de referencia en el ámbito de la cirugía bariátrica, el Dr. Antonio José Torres nos acerca al problema de la obesidad en España y a sus soluciones quirúrgicas. De los casi 2 millones de personas que padecen obesidad severa en nuestro país, menos del 1% se somete a una intervención quirúrgica, asegura.

Doctor ¿qué se considera obesidad?

Desde un punto de vista médico y científico, se considera que una persona es obesa cuando su Índice de Masa Corporal (IMC = peso en kg / talla en metros al cuadrado) es superior a 30. La obesidad es hoy una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo; por primera vez, el número de personas con sobrepeso ha superado al de desnutridos.

¿Qué grado de incidencia tiene en España?

La prevalencia de obesidad en la población española de 25 a 64 años es una de las más altas de Europa, establecida en el consenso SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) en un 15,5% (un 17,5% en mujeres y un 13,2% en hombres). Cuando una persona tiene un IMC igual o mayor de 40, su obesidad se considera severa o mórbida. En estos casos, puede generar enfermedades potencialmente mortales, como la diabetes tipo 2, hipertensión, artrosis, ciertos tipos de cáncer, colesterol elevado, apneas del sueño y presentar mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio y/o trombosis cerebral). La prevalencia estimada de obesidad mórbida es del 0,63% (0,30% en hombres y 0,92% en mujeres), siendo estos porcentajes mayores en función de un bajo nivel educativo y del área geográfica que analicemos.

¿Qué opciones terapéuticas perfilan su tratamiento?

La obesidad es una enfermedad compleja que debe abordarse desde varios frentes y en base a un planteamiento multidisciplinar, de la mano de un equipo integrado por médicos de diferentes especialidades (medicina general, endocrinólogo, gastroenterólogo, neumólogo, cardiólogo, psi-

“La operación es sólo una herramienta, no una cura mágica: su éxito dependerá de en qué medida el paciente siga estrictamente las directrices recomendadas sobre dieta, ejercicio y cambios en el estilo de vida”

quiatria, anestesiista y cirujano bariátrico), dietistas, psicólogos,..... Es el caso de nuestra Unidad, en la que un equipo de médicos especialmente formados, con experiencia en el tratamiento de la obesidad y sensibilidad por las necesidades específicas de pacientes con obesidad mórbida, lleva a cabo las diferentes acciones: evalúa al paciente antes de la cirugía, valorando tanto las opciones quirúrgicas como las opciones de tratamiento alternativas; proporciona educación y tratamiento después de la cirugía; da consejo nutricional y psicológico; establece un programa postoperatorio para estar en forma; y realiza un seguimiento y apoyo a largo plazo necesarios para mantener la pérdida de peso.

¿Cuándo se plantea la alternativa quirúrgica?

Básicamente, los requisitos para someterse a una cirugía de la obesidad son tener un IMC igual o superior a 40; un IMC igual o superior a 35 con uno o más problemas de salud relacionados con la obesidad; haber intentado previamente perder peso bajo supervisión médica (con dieta, ejer-



cicio o medicación) y no haber podido mantener la pérdida de peso; y, muy importante, estar dispuesto a comprometerse con los cuidados de seguimiento y las directrices médicas, dietéticas y relativas al ejercicio físico que implica la intervención.

¿En qué punto estamos en cirugía de la obesidad?

Ante la extrema gravedad de la situación actual, entendida así por la alta prevalencia de obesidad en nuestra sociedad, la implementación de la cirugía bariátrica es claramente insuficiente. En España, de los casi 2 millones de personas que padecen obesidad severa, menos del 1% se somete a una intervención quirúrgica. La falta de Unidades Multidisciplinares de Tratamiento Integral de la Obesidad, la escasa concienciación de los pacientes que sufren esta enfermedad y la ausencia de suficientes profesionales adecuadamente formados causan esta situación.

¿Las técnicas ofrecen hoy suficientes garantías?

A menudo se considera que la cirugía de la obesidad es arriesgada, pero dicha consideración carece totalmente de fundamento: el riesgo de esta cirugía está actualmente por debajo del 1% y es similar al de la prótesis de cadera o la extirpación de la vesícula biliar. Para la mayoría de pacientes, el riesgo de seguir padeciendo obesidad severa es mucho mayor que el que conlleva la intervención. La cirugía de la obesidad reduce significativamente las tasas de mortalidad y previene el desarrollo de nuevos problemas de salud relacionados. Un estudio reciente demuestra que la cirugía de la obesidad reduce el riesgo relativo de muerte en un 89%.

¿Su abordaje es laparoscópico? ¿Son técnicas mínimamente invasivas?

Hoy en día, en las Unidades de Cirugía Bariátrica de referencia, prácticamente el 100% de las intervenciones quirúrgicas se llevan a cabo mediante cirugía laparoscópica. Se trata de una cirugía mínimamente invasiva, ya que se lleva a cabo sin necesidad de hacer una gran incisión en el abdomen, sino tan sólo unas pequeñas heridas

“La cirugía de la obesidad reduce significativamente las tasas de mortalidad y previene el desarrollo de nuevos problemas de salud relacionados. El riesgo de esta cirugía está hoy por debajo del 1%”

a través de las que realizamos las maniobras de cada intervención.

¿Cuáles practica, por cuáles se decanta?

Existen tres tipos de intervenciones diferentes: la cirugía restrictiva, la cirugía malabsortiva y la cirugía mixta. La cirugía restrictiva consiste en reducir el tamaño del estómago mediante una banda gástrica o una gastroplastia tubular (también conocida como gastroctomía vertical o “manga” gástrica). Supone el 20% de las intervenciones que se realizan en la actualidad y está indicada en pacientes varones menores de 45 años, dispuestos a cambiar su estilo de vida, a hacer deporte y a no picar entre horas. Por su parte, la cirugía malabsortiva hace que la comida llegue más rápido al intestino distal, consiguiendo que el paciente tenga un tránsito acelerado y, en consecuencia, una malabsorción de los alimentos. Alcanza un porcentaje de un 5 y un 10% de las intervenciones de cirugía bariátrica, y está indicada en pacientes con un IMC superior a 50 y con más de 50 años de edad, o en aquellos en los que han fracasado las otras técnicas. Por último, la cirugía mixta, que consiste en la combinación de las dos técnicas anteriores mediante un bypass gástrico, es la técnica más empleada, recabando el 70% de las operaciones que se realizan; hoy en día el bypass gástrico es considerado el estándar de oro o el “gold estándar”. En nuestra Unidad practicamos todas estas técnicas quirúrgicas, aunque con mayor frecuencia el bypass gástrico la



Nacido en Coín (Málaga), el Dr. Antonio José Torres se licenció en Medicina y Cirugía en la Universidad de su ciudad natal en 1979, con la calificación de Sobresaliente por unanimidad y Premio Extraordinario. Es Doctor en Medicina y Cirugía por la UCM, con la calificación de Sobresaliente "Cum Laude" y Premio Extraordinario, Médico Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y Médico Especialista en Cirugía Torácica. Su trayectoria asistencial y quirúrgica ha transcurrido paralela a una intensa actividad docente, siendo actualmente Catedrático de Cirugía de la Universidad Complutense de Madrid. Autor de 150 publicaciones en revistas nacionales e internacionales y de 386 comunicaciones en congresos, ha colaborado en el desarrollo de diferentes proyectos de Investigación. Miembro de diferentes Sociedades Científicas a nivel internacional, el Dr. Torres es Presidente de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas Asociadas (SECO); Representante de Europa (European Representative) en el Executive Board of the International Federation of Surgery of Obesity (IFSO); y Director de la Unidad Multidisciplinar de Tratamiento Integral de la Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital Universitario Montepíncipe de Madrid.



“La cirugía bariátrica es la única cura para la obesidad severa, alcanzando una tasa de éxito superior al 90%”

al futuro, en materia de obesidad mórbida y cirugía de la obesidad?

Las líneas de investigación más importantes en las que estamos implicados actualmente y de cara al futuro se pueden agrupar en dos: por un lado desarrollar técnicas quirúrgicas aún menos invasivas (con menos y más pequeñas incisiones); y, por otro, profundizar en los mecanismos por los cuales la cirugía bariátrica controla y corrige enfermedades metabólicas, como es el caso ya comentado de la Diabetes.

¿Qué preparación requiere la cirugía bariátrica? ¿Cuál es el perfil de paciente idóneo?

El paciente idóneo es aquel que es consciente de que realmente tiene una enfermedad grave, que le va a acortar la vida si no se somete a una cirugía bariátrica y con un IMC > 40 o > 35 con enfermedades asociadas, con un compromiso firme de cumplir con un seguimiento postoperatorio continuado. Antes de la intervención es muy importante que el paciente abandone el hábito de fumar. Asimismo, debe seguir una dieta especial que le prepare para la intervención. Básicamente se trata de reducir entre un 5 o un 6 % de su peso para así facilitar la realización de la cirugía laparoscópica y alcanzar una más rápida y confortable recuperación postoperatoria.

Tras la intervención ¿qué pautas marcan el seguimiento del paciente?

En lo que se refiere a la ingesta de alimentos, la persona intervenida tendrá que comer de forma diferente (en muchos casos, al principio, dieta líquida para llegar a una dieta normal, aunque baja en grasas y calorías), mantener un estilo de vida más sano y seguir algunas directrices demostradas para el éxito a largo plazo. Tras la cirugía de la obesidad es importante además modificar el nivel de actividad física. Recomendamos a nuestros pacientes que empiecen a hacer ejercicio lentamente. A medida que se consiga la pérdida de peso, las actividades se volverán gradualmente más fáciles. Es muy importante también

que el paciente se haga revisiones de salud periódicas después de la operación, que pautamos más o menos cada cuatro semanas, alargando después los intervalos.

¿De qué depende el éxito o el fracaso de la operación?

De muchos factores, pero probablemente el más importante sea el enfoque individualizado de cada paciente en una Unidad Multidisciplinar de Tratamiento Integral. En nuestra Unidad el paciente es valorado en su conjunto por diferentes especialistas y se convierte en el eje en torno al que gira su tratamiento. El paciente asume sus responsabilidades. La operación es sólo una herramienta, no una cura mágica: su éxito final dependerá de en qué medida el paciente siga estrictamente las directrices recomendadas sobre dieta, ejercicio y cambios en el estilo de vida.

¿Cómo valora los resultados que pueden obtenerse actualmente en el campo de la cirugía de la obesidad?

“La cirugía bariátrica es la única cura para la obesidad severa, alcanzando una tasa de éxito superior al 90%”

tenerse actualmente en el campo de la cirugía de la obesidad?

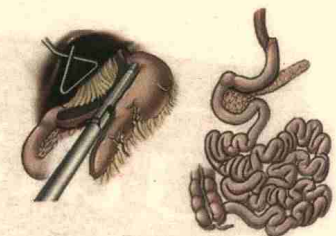
La cirugía bariátrica es la única cura para la obesidad severa, alcanzando una tasa de éxito superior al 90%. Un estudio reciente, realizado con más de 22.000 pacientes, demostró que pudieron perder un promedio de 61,2% de su exceso de peso tras la cirugía. Por el contrario, el tratamiento no quirúrgico sólo funciona en 1 de cada 20 personas con obesidad severa: menos del 5% de los participantes en programas de pérdida de peso no quirúrgicos muestran alguna pérdida de peso significativa y la mantienen a largo plazo.

¿Cuáles son sus consideraciones en el caso de pacientes adolescentes con obesidad severa?

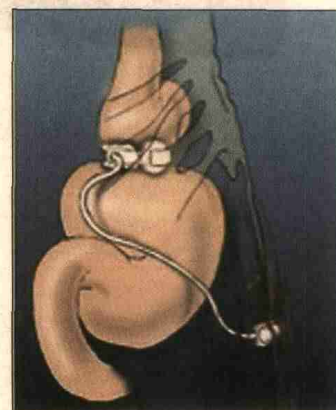
Actualmente en España el 16% de los niños presenta obesidad. Diversos estudios indican que entre el 50 y el 77 % de ellos puede seguir teniendo un problema de obesidad en la edad adulta, porcentaje que se incrementa por encima del 80% si uno o los dos padres son obesos. En jóvenes con obesidad severa, y cuando de manera reiterada han fracasado las medidas médicas, puede ser razonable plantearse la cirugía bariátrica



Bypass Gástrico



Gastrectomía Vertical ("Sleeve Gastrectomy")



Banda Gástrica

como una alternativa terapéutica eficaz y segura. Resulta difícil pensar en establecer una técnica de malabsorción en un niño que se encuentra en crecimiento, por lo que en general existe consenso en que estos procedimientos quirúrgicos deberían realizarse en niños que hubiesen completado su desarrollo óseo, o al menos un 90% de éste. Técnicas sólo restrictivas, como la banda gástrica o la gastrectomía vertical, resultan muy atractivas para la edad pediátrica, por ser menos agresivas. La banda es ajustable y 100% reversible. En cualquier caso, cada paciente debe evaluarse de manera individual, en el contexto de un equipo multidisciplinar.

MÁS INFORMACIÓN

Tel: 629725324 - 696977936 - 912110124
unidadobesidadmontepincipe@
hospitaldemadrid.com
www.unidaddeobesidad.com

paroscópico. Cada paciente debe ser evaluado de una forma individualizada y debe elegirse la técnica quirúrgica en función de cada caso. Este planteamiento individualizado es clave para el éxito.

¿Qué novedades se han incorporado más recientemente a la cirugía bariátrica?

La novedad de mayor relieve incorporada a la cirugía bariátrica es, sin duda, el concepto de cirugía metabólica. Aunque ya existía conocimiento de ello desde hace más de medio siglo, es en las dos últimas décadas, y a consecuencia del gran crecimiento de la cirugía bariátrica, cuando se reconoce la mejora de la Diabetes Mellitus tras la resección o exclusión gástrica y, principalmente, en los casos de realización de derivación duodenal. Aunque el mecanismo exacto del drástico efecto de la cirugía bariátrica sobre la Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID) no se conoce, se sostienen tres hipótesis no excluyentes: la reducción de peso, la reducción del aporte calórico y el bypass del intestino anterior hormonalmente activo.

¿Qué líneas de investigación se trabajan de cara

