

ANTONIO JOSÉ TORRES, JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID (Nº COLEGIADO: 282828551)

**“ESTAMOS PRÓXIMOS A GULAR NUESTRO
ROBOT DA VINCI DE ÚLTIMA GENERACIÓN
CON TECNOLOGÍA BIG DATA”**



La tecnología sanitaria es punta de lanza de la Cirugía Bariátrica en España y en el resto del mundo. Así lo acredita la actividad quirúrgica diaria que realiza el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid (HUCSC), a cuyo frente está el doctor Antonio José Torres García. Mediante intervenciones cada vez más mínimamente invasivas y el uso exquisito de nuevas técnicas más precisas, con y sin cirugía robótica.

El doctor **Antonio José Torres García** ha compartido con **IM Médico** detalles de su actividad diaria, proyectos de futuro y nuevos desafíos en cirugía de la Obesidad. Ello, tras haber presidido el XXIV Congreso de la Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad y Trastornos Metabólicos (IFSO). El especialista, que es catedrático de Cirugía de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y jefe de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario Clínico San Carlos, explica que hizo su segunda residencia de especialización, tras la primera cursada en hospitales de Málaga. Formado y ejerciente, durante dos años en la costa este y oeste de Estados Unidos, con asistencia a las principales universidades del país, también estuvo cerca de completar otro año en Japón.

Además de miembro destacado de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), Torres García fue delegado europeo, primero, y luego presidente de la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad y Trastornos Metabólicos (IFSO) en 2011 y 2012. Para ser, con posterioridad, cabeza del grupo de expresidentes de la Federación de 2015 al año 2019.

Activo en el Clínico de Madrid desde 1980, Torres García asumió su actual jefatura en el 2000. Desde esas dos décadas casi cumplidas, comenta para esta cabecera su trabajo semanal en la Comisión del Hospital, que comparten los jefes de servicio del HUCSC con la dirección médica. Al ser dos las principales reuniones del lunes y reservarse el viernes para repaso de la docencia posgraduada.

Más del 90% de la cirugía bariátrica ya es laparoscópica y mínimamente invasiva

Gran equipo humano y tecnológico

Respecto a las infraestructuras y números del personal clínico y no sanitario, Torres García explica que *"el Servicio se compone de tres secciones dedicadas a cirugía hepatopancreática y pared abdominal; colon y proctología; y cirugía esofagogástrica, obesidad y endocrino, respectivamente. Con sus respectivos jefes de sección y una plantilla total en el servicio que reúne a 30 médicos"*. Cada una de estas tres secciones, explica, *"dispone de quirófanos asignados, con un total de 25 a 29 cirugías semanales, además de contar con consultas de ambulatorio y programa de reducción de listas de espera con intervenciones en horario de tarde"*. A lo que añade que el personal del servicio se completa con médicos adjuntos, auxiliares, dos residentes MIR al año y cuatro personas en Secretaría y otras seis más en consultas ambulatorias, junto a un gran número de profesionales de Enfermería.

Hace referencia también a que este servicio hace al hospital *"centro de referencia en cirugía esofagogástrica, cáncer de esófago y, sobre todo, cirugía bariátrica y metabólica, con una de las mayores cifras de actividad del país"*. Dentro de un tipo de intervenciones, estás últimas, que también se realizan en gran volumen en la Unidad Multidisciplinar de la Obesidad de HM Montepríncipe, que está igualmente bajo su dirección.

El HUCSC ya hace uso profuso de su robot Da Vinci de última generación

Pioneros en cirugía robótica

Destaca Torres García, dentro de esa actividad y por su importancia, la cirugía robótica que realiza su servicio en el HUCSC en la categoría de alta complejidad. A razón de dos o tres cirugías por quirófano, según su alcance y complicaciones potenciales. Para ello, se dispone de un robot Da Vinci de última generación para cirugía de colon-recto, bariátrica y cáncer de esófago. Con previsión próxima a incorporar tecnología de Big Data a este equipo ultra avanzado. *"Un robot que, ya en su primera versión del Clínico San Carlos, fue el primero del que dispuso la sanidad pública"*, según recuerda.

El jefe de Servicio, que también opera personalmente con ese dispositivo, aclara que, como todo en medicina, tiene sus indicaciones, siendo imprescindible para un hospital de la importancia del HUCSC, *"tanto por su utilidad clínica y de alta complejidad como por el carácter universitario del hospital"*.

Añade Torres García que su servicio es de referencia nacional tanto en cirugía abdominal, hepatobilio-pancreática y colorrectal, como en bariátrica y metabólica. Un campo, este último, que define como *"toda modificación del tubo digestivo para perder peso, controlar las comorbilidades, y realizar intervenciones de alta complejidad e reintervenciones"*.

En cuanto a su prevalencia, refiere que la de mayor actividad es la cirugía bariátrica, además de operar cáncer gástrico, patologías del tracto esofágico y cáncer de colon. Patología esta última para la que el hospital se incluye en el programa de *screening* Plan de Detección Precoz de Cáncer y Recto (*Prevecolon*) de la Comunidad de Madrid.

Productividad y estancia media

Sobre el número aproximado de intervenciones anuales en su servicio, Torres García estima que estas podrían acercarse al entorno de las 1.200. Cuya estancia de los pacientes ingresados tendría una media de cinco días. Mientras que, lógicamente, el número de pacientes ambulatorios sería mucho mayor.

Torres García menciona igualmente la realización periódica de cursos de especialización a los que acuden cirujanos de todo el mundo, para aprender técnicas muy rodadas en el servicio como la Cirugía de SADI-S/OADS, como acrónimo de su nombre en inglés, *Single Anastomosis duodenal-ileal Bypass with Sleeve Gastrectomy / One Anastomosis Duodenal Switch*.

En relación con las últimas innovaciones incorporadas, cita el ERAS de recuperación acelerada tras cirugía, o *Enhance Recovery After Surgery*. Aplicable a cirugía de colon, bariátrica y metabólica como protocolo de actualización quirúrgica. Una materia que fue revisada en el congreso, con aportaciones de intensivistas y anestesiólogos.

En cuanto al grado de satisfacción de los pacientes atendidos por su servicio, y por el hospital en general, el cirujano jefe de Digestivo habla de un 90%, con posibles matizaciones en algún parámetro.

La satisfacción del paciente se sitúa en el 90% para el servicio y el conjunto del hospital

Flexibilidad deseable y fármacos

No obstante, el especialista considera que, si tuviese que introducir mejoras en su servicio, *"tendrían que venir de una mayor flexibilidad organizativa que la permitida actualmente. De forma que fuera posible incorporar la productividad variable que no forzara a una retribución homogénea"*. Para dar entrada a otros parámetros más objetivos que superaran el enfoque económico porque considera que *"la variabilidad de la recompensa es importante tanto para el personal médico, como para el de enfermería y auxiliar"*.

En materia de seguridad del paciente en el servicio, el cirujano jefe asegura que es *"algo prioritario mediante muchos mecanismos de control, comisiones y revisiones periódicas como parte del día a día tanto en el HUCSC como en la unidad de HM Montepíncipe"*. En cuanto al consumo de fármacos que realiza el servicio, se refiere principalmente a analgésicos, antiinflamatorios, inhibi-

dores de la bomba de protones, antibióticos y anticoagulantes, estos últimos para profilaxis tromboembólica. Aunque aclara que, *"al ser la naturaleza del servicio eminentemente quirúrgica su consumo va más por el lado de la tecnología sanitaria que por el de los fármacos, a diferencia, por ejemplo, de Medicina Interna u Oncología"*. Lo que incluye todo el material de cirugía laparoscópica avanzada de cuyo uso es referente su hospital. Con aportaciones también destacables como la tecnología de energía unipolar, bipolar y la mezcla de ambas. Junto a nuevos aparatos de resección quirúrgica y anastomosis, tal como precisa.

Foco mundial

Comenta Torres García, de la misma manera, los aspectos más destacables del XXIV Congreso de Cirugía de la Obesidad, celebrado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, tras haber pasado por Dubái, Londres y Río de Janeiro. Cita internacional de la que él mismo fue presidente, al ser elegido el centro por delante de Ámsterdam, Roma y Johannesburgo, tras una candidatura presentada hace cuatro años, y que finalmente tuvo una votación de veinte a uno, respecto a cada candidato

Se alegra por haber superado los 2.800 asistentes del récord de congresistas reunidos en Río de Janeiro, con una cifra de 3.600, es decir, 800 más este año. Con una doble sede en el Palacio de Congresos de la ciudad y el propio hospital, en cuyo auditorio hubo pantallas de cirugía en directo y desde las que se siguieron intervenciones realizadas a 24 pacientes el 3 de septiembre, con retransmisión a diferentes partes del mundo y recepción audiovisual también de otras operaciones realizadas desde fuera de España. Aprovechando que el encuentro reunió a los líderes de



opinión mundiales en cirugía de la obesidad, venidos de los cinco capítulos de IFSO, Europa, Norteamérica, Sudamérica, Oriente Medio y Norte de África y Asia Pacífico.

Como novedad de esta edición del congreso internacional destacó el *Advanced Training Center (ATC)* que busca unificar los criterios formativos y clínicos de cirugía bariátrica y metabólica endoscópica estándar en todo el mundo.

Razones todas ellas por las que el presidente del congreso estimó que el encuentro celebrado en España dejó muy alto el listón, que pasará a Miami en su siguiente edición y posteriormente a Roma.

Cuándo operar la Obesidad

El doctor Torres García estima que *“procede intervenir a un paciente con obesidad cuando los parámetros internacionalmente aceptados hablan de un Índice de Masa Corporal de 40, o de 35, si está acompañado de comorbilidades asociadas, como la diabetes, la hipertensión o el colesterol malo alto, que pueden tener más importancia, si cabe, que el propio peso”*. Con otra magnitud de creciente relevancia clínica, que supera la proporción de peso y altura, como es la adiposidad abdominal.

En cuanto a la edad del paciente a operar, el especialista afirma que *“ya no existen límites porque, como se analizó en el congreso, ya se conocen casos de adolescentes con obesidad que han sufrido infartos de miocardio que podrían haber sido evitados mediante cirugía bariátrica”*.

A la hora de intervenir, precisa que el beneficio principal buscado por esta cirugía, en general, *“es alargar la vida de los pacientes porque se estima que un paciente con obesidad candidato a cirugía que no se opera ve reducida su esperanza de vida en 10 años”*. Con beneficios vinculados a un mejor control de problemas asociados al gran peso como los osteoarticulares, la diabetes tipo 2, la hipertensión, la dislipidemia o la apnea del sueño, entre otros posibles.

Sobre las tasas de éxito de estas intervenciones, Torres García habla de aquellas situadas en el 80% a largo plazo, quedando muy por delante de otras estrategias como las farmacológicas o los cambios en los estilos de vida, que suelen ser más limitadas en el tiempo. *“Aunque el carácter crónico propio de la obesidad hace que requiera un abordaje multidisciplinar con participación del endocrino, el nutricionista, el educador físico, el psicólogo y el psiquiatra, además del cirujano, para mantener alejadas las recaídas”*, argumenta

el especialista. Circunstancias no deseables, aunque difíciles de evitar a la postre, que explican que tanto el HUCSC como la unidad del HM Montepríncipe tengan un porcentaje del 11 al 15% de reintervenciones, tanto por operaciones anteriores fallidas como porque tuvieron lugar hace bastante tiempo. De lo que deduce la necesidad de ofrecer al paciente un seguimiento muy estrecho.

Técnicas de vanguardia

Como tipos de cirugía correctora de la obesidad, el especialista repasó los procesos endoscópicos bariátricos; las cirugías laparoscópicas estándares con cirugía mínimamente invasiva y apenas dos días de estancia hospitalaria; con denominaciones como gastrectomía vertical, gastrectomía en manga o gastroplastia tubular; Bypass gástrico; o el ya mencionado SADIS, que fue aportación original del HUCSC en 2007.

Finalmente, el doctor Torres García señala que *“la próxima revolución contra la obesidad vendrá de la mente de la gente y no tanto de los quirófanos. Cuando ciudadanos y gestores sanitarios, tanto públicos como privados, se den cuenta de que esta enfermedad es una pandemia tan lesiva como el tabaco y que puede tener una letalidad en el siglo XXI igual a la que tuvo el sida en el XX”*. Con el mal punto de partida que supone que en España, del millón de personas que tendrían que operarse cada año, apenas lo consiguen algo más de 10.000. +

La mayor alta complejidad en cirugía de la Obesidad se debe a reintervenciones



¡12 meses llenos de ilusión!

En **Carburos Metálicos** llevamos años trabajando a través del arte, la ciencia y la creatividad para que los hospitales sean más infantiles, llenando de color las ciudades hospitalarias.

Cada mes, nuestros valores llevan la ilusión a los niños y niñas hospitalizados, para mejorar su calidad de vida, la de sus familias y el personal sanitario.

Ilusionate con nosotros y descubre los valores que nos unen.

Gracias por ilusionarte
nosmuevelailusion.com

tell me more
carburomedica.com

Síguenos en redes sociales

CARBUROS MEDICA
Grupo Air Products