

Boletín CAIPaDi

Reganancia de peso tras cirugía bariátrica: evaluación y tratamiento integral

La reganancia de peso es una condición que se ha reportado a mediano y largo plazo, en 40% de las personas que han sido tratadas con cirugía bariátrica. Dada la complejidad multifactorial de la obesidad, para evitarla requiere establecer desde el inicio estrategias de seguimiento integral a largo plazo.

Su impacto va más allá del incremento ponderal, ya que suele acompañarse de reaparición de diabetes, hipertensión, dislipidemia y otros trastornos asociados a la obesidad. En este contexto, las intervenciones centradas exclusivamente en cambios de estilo de vida o en el abordaje psicológico, aunque muy necesarias, resultan insuficientes cuando no se integran dentro de un modelo terapéutico más amplio que considere la fisiología humana y los mecanismos adaptativos al descenso de peso.

La reganancia de peso se clasifica con base en el porcentaje de peso recuperado por mes a partir del peso mínimo alcanzado o nadir. Se considera reganancia leve cuando oscila entre 0.2 y 0.5% mensual, moderada cuando alcanza hasta 1% por mes, y rápida cuando supera el 1% mensual. Esta categorización permite estratificar el riesgo clínico y definir la intensidad del seguimiento y de las intervenciones terapéuticas.

La valoración del paciente con reganancia de peso debe ser exhaustiva e incluir historia clínica

detallada, exploración física dirigida y estudios de laboratorio. Es indispensable revisar el uso de fármacos asociados a aumento de peso, como insulina, sulfonilureas, ciertos psicofármacos y anticonceptivos. Asimismo, la evaluación debe integrar factores anatómicos, conductuales, psicológicos, endocrinológicos y sociales.

El uso de herramientas estandarizadas contribuye a sistematizar la evaluación. Entre ellas destacan la clasificación DATO, el cuestionario EPPS para valorar adherencia al ejercicio y conducta alimentaria, y el cuestionario BIPASS para la evaluación psicosocial. Estas herramientas facilitan la identificación de patrones de riesgo y áreas prioritarias de intervención.

La evaluación debe incluir la cuantificación precisa de la reganancia y la exclusión de alteraciones anatómicas mediante estudios de imagen cuando está indicado. Después, se analizan las conductas alimentarias, el nivel de actividad física, la salud mental y la presencia de factores biológicos o endocrinológicos contribuyentes.

La frecuencia del seguimiento debe ajustarse a la velocidad de la reganancia. En casos leves, el control puede realizarse cada 6 a 12 meses; en reganancia moderada, cada 3 meses; y en reganancia rápida, de forma mensual. En pacientes con reganancia igual o superior al 1% mensual, se

recomienda considerar de manera activa la farmacoterapia para el control del peso, incluyendo agonistas de receptores de GLP-1, GIP u otras opciones disponibles, así como valorar intervenciones endoscópicas o quirúrgicas según el caso.

El manejo integral requiere identificar causas subyacentes adicionales, como trastornos endocrinológicos (síndrome de Cushing, acromegalia), factores genéticos y problemas de apego terapéutico. Resulta igualmente importante evaluar el impacto socioeconómico de la reganancia, incluyendo discapacidad, desempleo o estrés financiero, los cuales pueden perpetuar el ciclo de aumento de peso.

Un enfoque práctico para la evaluación es el esquema ABC: **ACLARAR** la magnitud y el patrón de la reganancia, **BUSCAR** sistemáticamente las causas involucradas y **COORDINAR** un plan de manejo multidisciplinario que integre cambios conductuales, farmacoterapia y, cuando sea necesario, intervenciones estructurales.

En conclusión, la reganancia de peso después de la cirugía bariátrica es una manifestación esperable de una enfermedad crónica y no debe interpretarse como un fracaso del paciente. Su manejo efectivo depende de una evaluación estructurada, multidisciplinaria y sostenida en el tiempo. El seguimiento de por vida, la

identificación temprana de predictores de riesgo y la integración de nuevas estrategias terapéuticas son elementos fundamentales para preservar los beneficios metabólicos y funcionales alcanzados con la cirugía.

Dra Cristina García Ulloa
CAIPaDi

Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps-a Scoping Review. *Obes Surg*. 2021 Apr;31(4):1755-1766. doi: 10.1007/s11695-020-05160-5. Epub 2021 Feb 8. PMID: 33555451; PMCID: PMC8012333.

Referencias bibliográficas:

- 1) Istfan NW, Lipartia M, Anderson WA, Hess DT, Apovian CM. Approach to the Patient: Management of the Post-Bariatric Surgery Patient With Weight Regain. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021 Jan 1;106(1):251-263. doi: 10.1210/clinem/dgaa702. PMID: 33119080; PMCID: PMC7765654.
- 2) Dobbie LJ, Coelho C, Crane J, McGowan B. Clinical evaluation of patients living with obesity. *Intern Emerg Med*. 2023 Aug;18(5):1273-1285. doi: 10.1007/s11739-023-03263-2. Epub 2023 Apr 29. PMID: 37119384; PMCID: PMC10412477.
- 3) Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, Widmer D, Yumuk V, Schutz Y. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66. doi: 10.1159/000496183. Epub 2019 Jan 23. PMID: 30673677; PMCID: PMC6465693.
- 4) Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Hum Resour Health*. 2020 Jan 8;18(1):2. doi: 10.1186/s12960-019-0411-3. PMID: 31915007; PMCID: PMC6950792.
- 5) El Ansari W, Elhag W. Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: