

Boletín CAIPaDi

La “reganancia” de peso corporal: causas, retos y soluciones

La obesidad no se “cura”, requiere tratamiento a largo plazo. Se origina por un desbalance entre la energía ingerida y la gastada, que deriva en almacenamiento de grasa. Su tratamiento debe estar guiado por un enfoque multidisciplinario y académico, con decisiones colegiadas y libres de intereses mercantiles.

Un reto fundamental es la percepción del paciente, quien a menudo busca soluciones “mágicas”, ya sea con cirugía o con fármacos, sin contemplar la alta probabilidad de reganancia de peso. La fisiología corporal lucha activamente por recuperar los kilos perdidos, lo que hace indispensable la colaboración entre especialistas de medicina, salud mental, nutriología y cirugía.

Causas de la obesidad

La obesidad es multifactorial, resultado de la interacción entre genética, entorno, conducta y enfermedades asociadas. Entre los factores ambientales y conductuales destacan la alimentación inadecuada y el sedentarismo, así como las alteraciones del sueño, el tabaquismo y la presencia de ansiedad, depresión o trastornos de alimentación.

Un entorno “obesogénico”, impulsado por el estilo de vida moderno y circunstancias sociales como la pandemia de COVID-19 o la inseguridad alimentaria, también favorece el aumento de peso.

Desde el punto de vista genético, la heredabilidad contribuye a aproximadamente un 33% de la obesidad extrema. Además, mutaciones en genes como MC4R y FTO influyen en el apetito y, aunque representan un pequeño porcentaje, explican casos de obesidad grave en niños y adultos.

En las causas secundarias se incluyen enfermedades como el síndrome de Cushing, el síndrome de ovarios poliquísticos o las lesiones hipotálamicas, así como el uso de fármacos como esteroides, anticonceptivos o antidepresivos.

Fisiología de la regulación del peso

El cuerpo posee complejos mecanismos neuroendocrinos que defienden su peso corporal. Las hormonas del hambre y la saciedad, como la leptina, la adiponectina, la grelina, el GLP-1 y el GIP, transmiten señales al hipotálamo. En la obesidad, la señalización de la leptina, que normalmente inhibe el apetito,

se altera y el sistema de recompensa se activa ante alimentos ricos en azúcares y grasas.

Tras una pérdida de peso se producen adaptaciones metabólicas que favorecen la recuperación: el hambre aumenta por la estimulación de hormonas como AgRP, la saciedad disminuye por la inhibición de hormonas como POMC y el gasto energético se reduce, incluso en reposo. En cuanto a las hormonas tiroideas, en la obesidad suele observarse una TSH ligeramente elevada con T3 y T4 normales, lo cual no corresponde a hipotiroidismo sino a un intento de aumentar el gasto energético. Después de la pérdida de peso, los niveles de TSH, T3 y T4 disminuyen, contribuyendo a la ralentización del metabolismo y facilitando la reganancia.

El fenómeno de la “reganancia”

En la mayoría de intervenciones terapéuticas, ya sean nutricionales, de aumento de actividad física y ejercicio, fármacos o cirugía, se observa un patrón común: una pérdida inicial de peso en los primeros seis a nueve meses, seguida de una meseta y posteriormente una reganancia progresiva. Solo

15% de las personas logra mantener el peso a largo plazo. Los planes de alimentación y ejercicio muestran pérdidas iniciales, pero la recuperación de peso es frecuente. En el caso del tratamiento farmacológico, los análogos de GLP-1 como la liraglutida, semaglutida y tirzepatida han demostrado eficacia mientras se mantienen en uso; sin embargo, al suspenderlos, los pacientes recuperan entre 52% y 163% del peso perdido. La cirugía bariátrica es la intervención más eficaz y duradera, aunque no está exenta de reganancia, que puede presentarse en hasta 25% de los pacientes. La tasa de recuperación depende del procedimiento, siendo de hasta 38% en banda gástrica y alrededor de 4% en bypass gástrico.

Estrategias para prevenir la “reganancia”

El tratamiento debe ser integral y sostenido, combinando cambios en el estilo de vida, farmacoterapia y apoyo psicológico. El ejercicio desempeña un papel central, ya que aumenta el gasto energético, mejora el bienestar y disminuye la ansiedad. Se recomienda realizar al menos 150 minutos por semana para promover la salud, 250 minutos para lograr pérdida de peso y 300 minutos para prevenir la reganancia. Cada sesión debe aspirar a un gasto energético de al menos 300 kcal, con metas realistas y progresivas. En los pacientes que recuperan peso tras una cirugía bariátrica, el uso de fármacos como los análogos de GLP-1 ha mostrado ser eficaz y seguro, logrando una nueva reducción de hasta dos tercios

del peso recuperado y mejorando parámetros como la hemoglobina glucosilada. Además, el tratamiento de la salud mental es esencial para abordar factores conductuales y del sistema de recompensa, mientras que la colaboración entre cirugía, endocrinología, psicología y nutrición debe consolidarse como el estándar de oro.

Conclusiones y futuro

Los predictores más frecuentes de reganancia incluyen la edad avanzada, el sexo masculino, un índice de masa corporal muy elevado, la presencia de problemas de salud mental y la diabetes de larga evolución.

Entre las causas principales destacan los cambios hormonales adaptativos, la baja adherencia a los planes de alimentación y ejercicio, y los factores psicológicos. El éxito a largo plazo requiere educación al paciente sobre la naturaleza crónica de la obesidad, interpretación clínica adecuada de los perfiles hormonales, tratamiento farmacológico sostenido, ejercicio estructurado y supervisado, así como un apoyo psicológico permanente.

El desarrollo de nuevos medicamentos que actúan sobre vías como la leptina abre la posibilidad de mejorar la sensibilidad a la insulina y ofrecer protección cardiovascular adicional. El reto, es consolidar equipos multidisciplinarios sólidos y formar médicos con una visión integral capaces de acompañar al paciente en el tratamiento de una enfermedad compleja y crónica.

Dra Cristina García Ulloa

Referencias bibliográficas:

- Rosenbaum M, Foster G. Differential mechanisms affecting weight loss and weight loss maintenance. *Nat Metab.* 2023 Aug;5(8):1266-1274.
- Berg S, Stickle H, Rose SJ, Nemecek EC. Discontinuing glucagon-like peptide-1 receptor agonists and body habitus: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2025 Aug;26(8):e13929.
- El Ansari W, Elhag W. Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps-a Scoping Review. *Obes Surg.* 2021 Apr;31(4):1755-1766.
- Jensen AB, Renström F, Aczél S, Folie P, Biraima-Steinemann M, Beuschlein F, Bilz S. Efficacy of the Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists Liraglutide and Semaglutide for the Treatment of Weight Regain After Bariatric surgery: a Retrospective Observational Study. *Obes Surg.* 2023 Apr;33(4):1017-1025.
- Drucker DJ. Efficacy and Safety of GLP-1 Medicines for Type 2 Diabetes and Obesity. *Diabetes Care.* 2024 Nov 1;47(11):1873-1888.