



Reganancia de Peso Post Cirugía Bariátrica (BGYR)

Dra Cristina Saldias Porras

Medico Nutriologa

Docente Universidad de Valparaíso

Objetivos de la Presentación

- **DEFINIR LA REGANANCIA DE PESO (WR) Y SU PREVALENCIA**
- **IDENTIFICAR CAUSAS FISIOPATOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO**
- **REVISAR EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS**
- **PROFUNDIZAR EN EL MANEJO MÉDICO-FARMACOLÓGICO**
- **RELEVANCIA DEL SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO**

Conceptos Básicos: Definiciones y Prevalencia

VARIABILIDAD EN DEFINICIONES

Ejemplos comunes: >10 kg sobre el nadir, >15–20% del peso recuperado desde el nadir, o disminución de la pérdida de exceso de peso (%EWL). Algunas guías proponen 'falla' si la pérdida total de peso (TWL) es <20%.

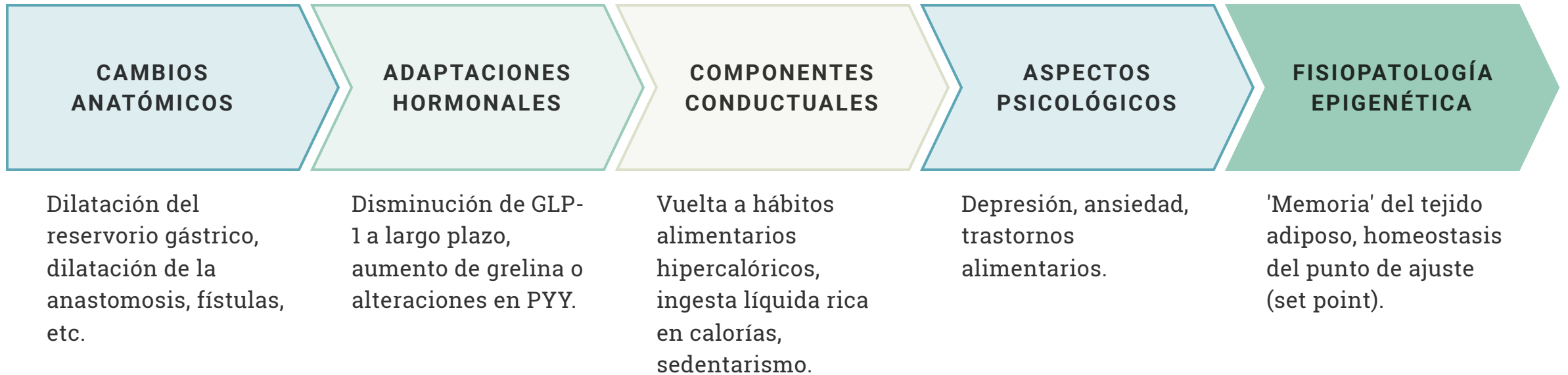
PREVALENCIA

Fluctúa según la técnica y el tiempo. Estudios señalan cifras de reganancia de entre 25 y 68% a 5–10 años.

EJEMPLOS DE PREVALENCIA REPORTADA

Monaco-Ferreira et al. (2016) encontraron un 41% de reganancia a 10 años post-BGYR. Salazar et al. (2024) reportan que ~1 de cada 6 pacientes puede experimentar >10% de WR del nadir.

Mecanismos y Factores Contribuyentes



HORMONAL CHANGES

OREXIGENIC HORMONES



↑ GHRELIN

↑ PYY

ANOREXIGENIC HORMONES

↑ GLP-1



↑ HYPERINSULINEMIA
ACCELERATED GASTRIC
EMPTYING
↓ PLASMA GLUCOSE

↓ LEPTIN

↓ THYROID ACTIVITY
↓ SYMPATHETIC ACTIVITY
↑ CORTISOL
↑ ENDOCANNABINOIDS

WEIGHT REGAINANCE AFTER METABOLIC SURGERY



↓ SATIETY
↑ ENERGY INTAKE
HYPERPHAGIC BEHAVIORS

GASTRO-GASTRIC FISTULA



↑ GHRELIN

ADIPOSE TISSUE DYSFUNCTION

↑ LIPOGENESIS
HYPERTROPHY OF
ADIPOCYTES



ENERGY IMBALANCE

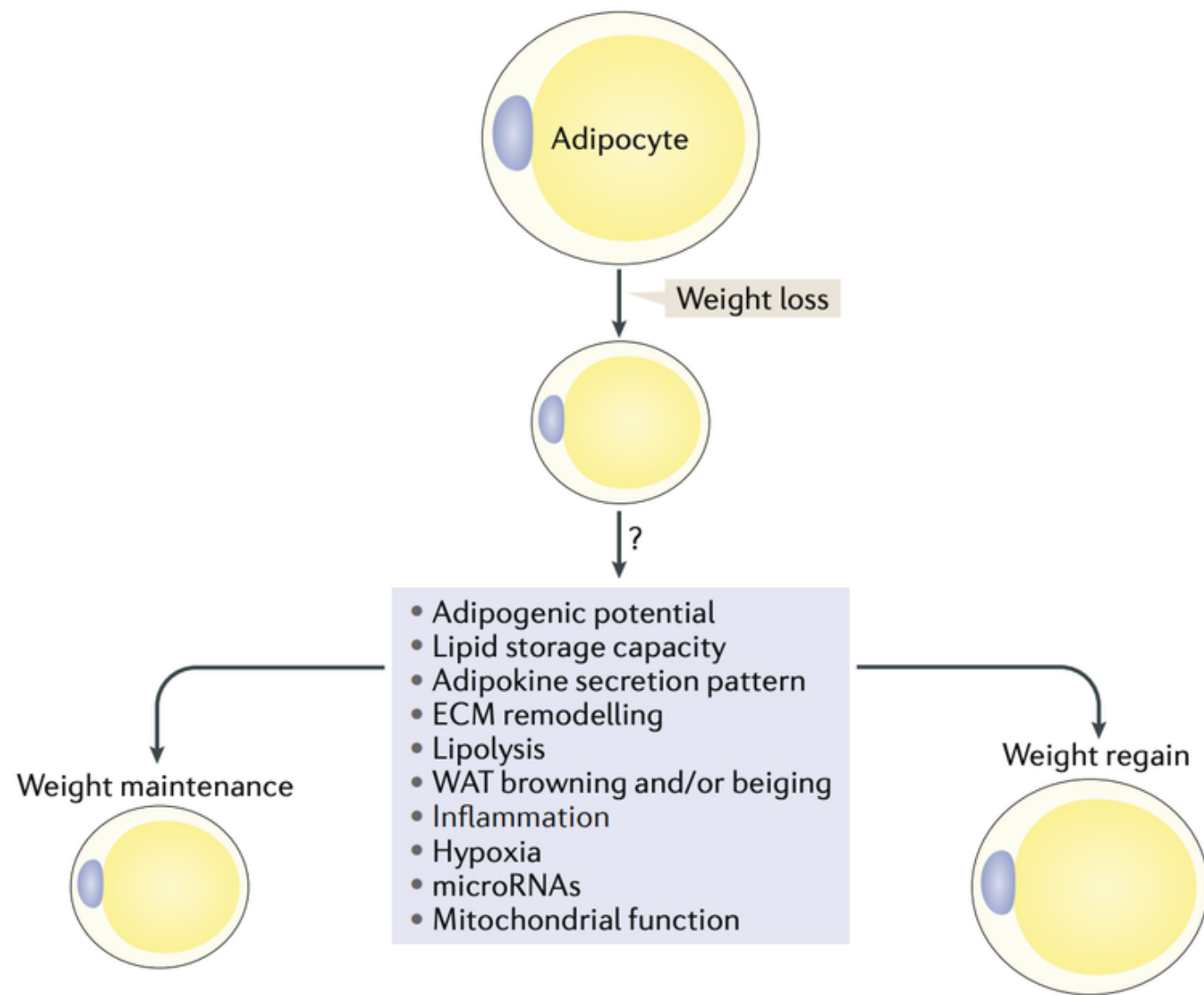


↓ BASAL METABOLISM
↓ ENERGY
EXPENDITURE AT REST

BEHAVIORAL FACTORS

↑ POSITIVE
REINFORCEMENT
↑ DESIRE TO EAT





doi:10.1038/s41574-018-0148-4

Fig. 1 | Potential adipose tissue-related mechanisms involved in weight regain after weight loss. Weight loss induces shrinkage of adipocytes. This shrinkage might affect several potential mechanisms, which are described in detail in this Review. Interindividual variations in response to these mechanisms might determine weight maintenance or weight regain. ECM, extracellular matrix; WAT, white adipose tissue.

Análisis de Riesgo:

Factores Preoperatorios y Perioperatorios



IMC PREVIO:

Un IMC $>50 \text{ kg/m}^2$ se asocia a mayor probabilidad de WR (Torrego-Ellacuría et al. 2021).



COMORBILIDADES (T2D, HTA) :

pueden influir en la adherencia al cambio de estilo de vida.



EDAD Y GÉNERO:

Algunos estudios sugieren mayor WR en pacientes jóvenes y/o varones, aunque no hay unanimidad.



ASPECTOS PSICOLÓGICOS:

Trastornos de la conducta alimentaria preexistentes, depresión no tratada, etc.



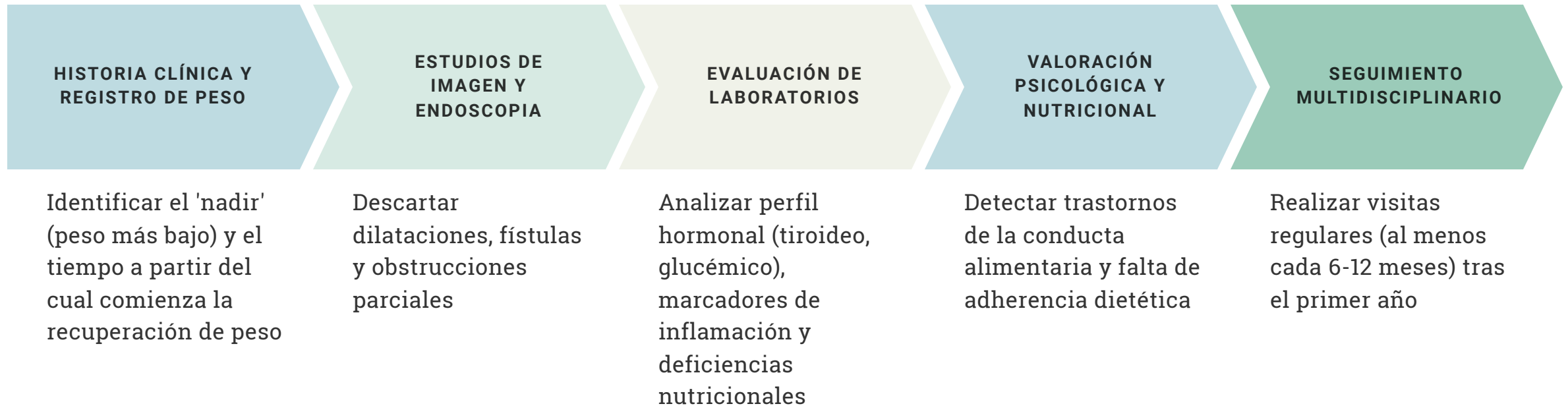
TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Las técnicas con componente malabsortivo amplio suelen mostrar menor reganancia (RYGB vs. SG).

TORREGO-ELLACURÍA M ET AL. 2021: WEIGHT REGAIN OUTCOMES AFTER BARIATRIC SURGERY IN THE LONG-TERM

ZEFREH H ET AL. 2023: "WHAT ABOUT MY WEIGHT?"

Evaluación y Seguimiento



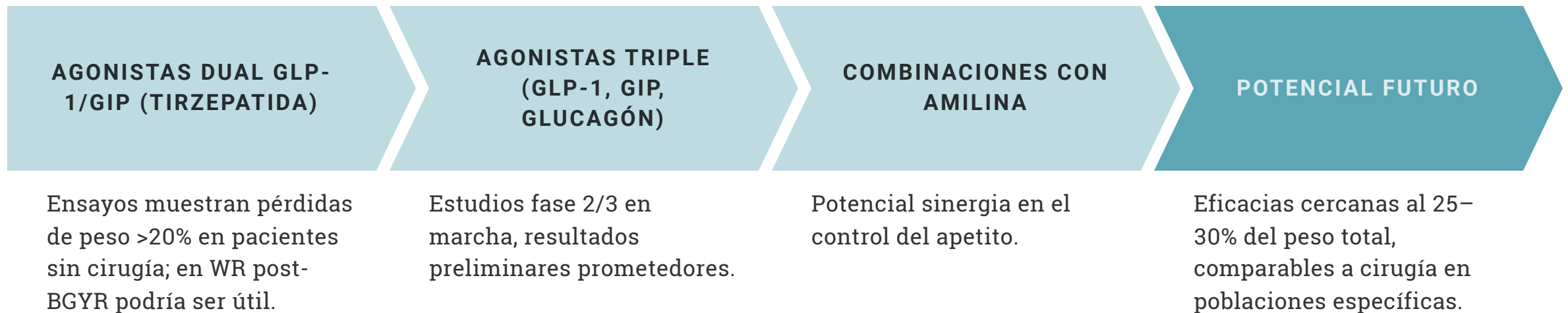
Manejo Farmacológico I: Fundamentos y Evidencia

Contrarrestar los cambios adaptativos
(↑apetito, ↓gasto energético) postcirugía.

Fármaco	Pérdida de Peso Esperada	Precauciones
Orlistat	5-10%	Efectos gastrointestinales, deficiencia de vitaminas liposolubles
Naltrexona/Bupropión	5-10%	Contraindicado en hipertensión no controlada, antecedentes de convulsiones
Fentermina/Topiramato	10-15%	Riesgo de teratogenicidad, efectos cognitivos adversos
Agonistas GLP-1 (Liraglutida, Semaglutida)	5-15%	Náuseas, vómitos, pancreatitis
Agonistas duales GLP-1/GIP (Tirzepatida)	15-20%	Efectos similares a agonistas GLP-1, potencial riesgo cardiovascular

*Anekwe CV et al. 2021: Pharmacotherapeutic Options for Weight Regain After Bariatric Surgery

Manejo Farmacológico II: Terapias Emergentes



MELSON E ET AL. 2024: "WHAT IS THE PIPELINE FOR FUTURE MEDICATIONS FOR OBESITY?"

PANTELIS 2024, *STANDARDIZING OUTCOMES IN METABOLIC BARIATRIC SURGERY*

Intervenciones Endoscópicas y/o Quirúrgicas de Revisión

- **PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS**

Gastroplastia endoscópica, plicaturas, suturas (OverStitch), balón intragástrico.

- **CIRUGÍA DE REVISIÓN**

Re-sleeve, conversión a bypass, o bypass distal, según el caso anatómico.

- **TASAS DE ÉXITO Y RIESGOS**

Típicamente inferiores a la cirugía primaria y con mayor tasa de complicaciones.

Enfoque Integral: Dieta, Actividad Física y Psicología

REEDUCACIÓN NUTRICIONAL:

Ajuste proteico, control de calorías líquidas, fraccionamiento de comidas.

EJERCICIO ESTRUCTURADO:

Aumentar gasto energético y preservar masa muscular.

SOPORTE PSICOLÓGICO:

Manejo de estrés, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, refuerzo de la motivación.

TERAPIAS CONDUCTUALES:

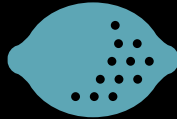
Entrenamiento en mindfulness, técnicas de afrontamiento.

Long-Term Prevention and Monitoring



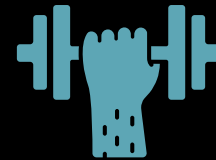
CONSULTAS PERIÓDICAS

Idealmente cada 3–6 meses en los primeros 2 años, luego anuales



PREVENCIÓN DE MICRONUTRIENTES

Hierro, vitamina B12, calcio, etc. Deficiencias pueden afectar el gasto energético y la salud general.



PROGRAMA DE "RESCATE TEMPRANO"

Intervenciones intensivas al detectar +2–5 kg desde el nadir



EDUCACIÓN CONTINUA

Talleres, grupos de apoyo, reforzar la importancia del *food logging*.

LAS ESTRATEGIAS INTEGRALES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO A LARGO PLAZO SON FUNDAMENTALES PARA MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE PESO.

Conclusiones y Mensajes Finales

- **1. REGANANCIA DE PESO POST-BGYR**

La reganancia de peso después de la cirugía de bypass gástrico es frecuente y multifactorial, con cifras de hasta 40-50% en ciertos segmentos a los 5-10 años.

- **2. DEFINICIONES ESTANDARIZADAS**

La falta de definiciones estandarizadas dificulta la comparación de datos entre estudios, por lo que es necesario un consenso estandarizado.

- **3. ABORDAJE FARMACOLÓGICO PROMETEDOR**

El abordaje farmacológico con agonistas de GLP-1 y agonistas duales muestra resultados muy prometedores en la prevención de la reganancia de peso.

- **4. ENFOQUE INTEGRAL**

Un enfoque integral que combine dieta, cambios de conducta, apoyo psicológico y revisión anatómica/metabólica es esencial para minimizar la reganancia de peso.

- **5. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO**

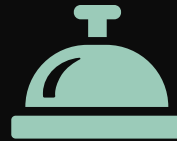
El seguimiento estrecho y multidisciplinario a largo plazo es la piedra angular para minimizar la reganancia de peso después de la cirugía bariátrica.

Mensajes de cierre: Un llamado a la atención personalizada



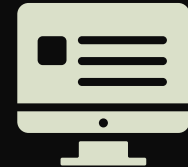
LA REGANANCIA DE PESO NO DEBE VERSE COMO UN FRACASO DEFINITIVO

Sino como una alerta para redoblar esfuerzos integrales



LA COMBINACIÓN DE CAMBIOS CONDUCTUALES, FARMACOTERAPIA Y VIGILANCIA ANATÓMICA

Permite rescatar al paciente de la curva ascendente de peso



HACIA EL FUTURO, NUEVAS MOLÉCULAS INCRETÍNICAS Y ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO

Reforzarán el éxito postbariátrico

EN RESUMEN, UN ABORDAJE INTEGRAL QUE INCLUYE CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO CERCANO ES CLAVE PARA PREVENIR Y MANEJAR LA REGANANCIA DE PESO DESPUÉS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA, CON NUEVAS HERRAMIENTAS EN EL HORIZONTE PARA MEJORAR AÚN MÁS LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO.

Muchas Gracias

cristina.saldias@uv.cl

@drasaldias

