

Seguimiento integral de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica: Todavía una deuda clínica

Comprehensive Follow-Up of Patients Undergoing Bariatric Surgery: Still a Clinical Debt

Señor Editor:

La cirugía bariátrica y metabólica (CBM) se ha consolidado como la intervención más eficaz para la obesidad mórbida; sin embargo, su éxito a largo plazo depende tanto del resultado quirúrgico como de la calidad del seguimiento multidisciplinario posterior¹. En la práctica, muchos pacientes expresan insatisfacción porque, antes de la operación, no recibieron información exhaustiva sobre las consecuencias permanentes de la malabsorción ni sobre la necesidad de suplementación crónica².

Un estudio multicéntrico a cinco años evidenció que, a pesar de la mejoría ponderal y metabólica, las deficiencias persistentes de hierro fueron motivo de disconformidad en un 41% de los pacientes revisados, subrayando la brecha entre expectativas y realidad clínica¹. De forma similar, una encuesta alemana publicada en 2025 halló que los pacientes reclaman controles más estructurados y un mayor apoyo nutricional y psicológico, señalando que la falta de estas instancias de acompañamiento afecta su satisfacción global². Lo anterior confirma lo descrito por Breuing et al., quienes identificaron necesidades informativas no cubiertas, en especial sobre suplementos y

complicaciones digestivas, incluso en sistemas con protocolos establecidos³.

Desde la perspectiva de calidad y seguridad en la atención del paciente bariátrico, las guías conjuntas de la American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) y la International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) (2022) enfatizan la necesidad de un seguimiento coordinado por un equipo multidisciplinario que incluya cirujano bariátrico, médico internista, nutricionista y psicólogo⁴. Asimismo, recomiendan incorporar intervenciones farmacológicas⁴ y, siempre que sea posible, integrar a un farmacéutico clínico en el equipo asistencial ya que este último cumple un rol fundamental en la optimización, la seguridad y la adherencia del paciente, contribuyendo significativamente a reducir errores relacionados a la medicación⁵.

Tanto la ASMBS como la IFSO remarcan que la vigilancia estrecha previene morbimortalidad relacionada con deficiencias micronutricionales y complicaciones quirúrgicas tardías⁴. Estudios de cohorte recientes demuestran que la frecuencia de nuevas deficiencias de vitaminas A, B1 y selenio puede triplicar la línea basal en los primeros tres meses tras un bypass gástrico si el esquema suplementario es inadecuado⁶.

En suma, la evidencia reciente converge en un mensaje claro: la insatisfacción del paciente postbariátrico no proviene el fracaso quirúrgico per se, sino de la falta de acompañamiento longitudinal y de una comunicación eficaz sobre los compromisos vitalicios que implica la cirugía.

Tomando en cuenta estos hallazgos, proponemos un esquema de seguimiento factible y basado en evidencia (Tabla 1), enfocada en pruebas básicas y educación directa, lo que es factible tanto para centros acreditados como para hospitales con recursos limitados. En este contexto, creemos que avanzar hacia la formalización de equipos de trabajo interdisciplinarios, integrados desde el preoperatorio, podría mejorar significativamente la experiencia y los resultados del paciente. Invitamos a las sociedades científicas, instituciones y editores a visibilizar esta necesidad y promover modelos de atención colaborativos que superen el paradigma de "operar y olvidar".

Tabla 1. Propuesta simplificada de seguimiento clínico laboratorio.

Visitas clínicas
<ul style="list-style-type: none"> • 1 mes, 3 meses, 6 meses, 12 meses y luego anualmente. • Evaluación por: médico internista/nutriólogo, nutricionista, psicólogo y farmacéutico clínico en cada control. • Foco en: adherencia a suplementos, síntomas de malabsorción, estado anímico, actividad física e interacciones fármaco-alimentos.
Panel de laboratorio esencial
<ul style="list-style-type: none"> • Cada control: hemograma, ferritina + índice de saturación, vitamina B12, folato, calcio ionizado, fósforo, 25 OH vitamina D, albúmina, electrolitos, glucosa o HbA1c. • Anual: transaminasas, perfil lipídico, hormona paratiroidea, zinc y cobre; tiamina (B1) y vitamina A en cirugías con componente malabsortivo.

Esteban Parra-Valencia^{1,2,a,*}, Pablo Saéz-Riquelme^{1,3}.

¹Hospital Las Higueras de Talcahuano. Talcahuano, Chile.

²Facultad de Medicina. Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile.

³Facultad de Farmacia. Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

^aFacultad de Farmacia. Universidad de Concepción.

*Químico-Farmacéutico clínico.

*Correspondencia: Esteban Parra-Valencia / esteban.parra@ucsc.cl
Universidad Católica de la Santísima Concepción.
Alonso de Ribera # 2850, Concepción.

Referencias

1. Gorini S, Camajani E, Franchi A, Cava E, Gentileschi P, Bellia A, et al. *Enhancing Nutritional Health and Patient Satisfaction Five Years After Metabolic Bariatric Surgery with Targeted Supplementation*. 2024.
2. Wagner J, Roll M, Lautenbach A, Notz S, Plitzko G, Izbicki J, et al. *Patients' Expectations and Perspectives on Follow-up Care after Bariatric Surgery in Germany*. *Obes Surg*. 2025; 35(6): 2174-2184.
3. Breuing J, Könsen N, Doni K, Neuhaus AL, Pieper D. *Information needs of patients undergoing bariatric surgery in Germany: A qualitative study*. *BMC Health Serv Res*. 2022; 22(1): 515.
4. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen R V, et al. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): *Indications for Metabolic and Bariatric Surgery*. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2022; 18(12): 1345-1356.
5. Andy A, Choudhary R. P, Andy D, Siddalingegowda S. M. *Optimizing Weight Management: A Collaborative Strategy with Clinical Pharmacists*. *Biomed Pharmacol J*. 2025; 18(1): 517-526.
6. Lewis CA, Osland EJ, de Jersey S, Hopkins G, Seymour M, Webb L, et al. *Monitoring for micronutrient deficiency after bariatric surgery—what is the risk?* *Eur J Clin Nutr*. 2023; 77(11): 1071-1083.