



# Factores de riesgo en la falta de adherencia al tratamiento nutricional en pacientes post cirugía bariátrica. Un estudio observacional de centro único.

Andres J. Huerta Gil<sup>1</sup> \*, María Antonieta Touriz Bonifaz<sup>1</sup> .

1. Maestría de Nutrición y Dietética, Escuela de Medicina, Universidad de Guayaquil.

## Resumen

**Introducción:** La cirugía bariátrica ha crecido exponencialmente para combatir la obesidad, pero a pesar de sus beneficios, se estima que entre el 20% y el 50% de los pacientes no logran mantener la adherencia al seguimiento nutricional postoperatorio, lo que compromete los resultados a largo plazo.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, llevado a cabo en el "Centro Médico de Metabolismo y Obesidad" en Guayaquil, Ecuador, entre enero y abril de 2025. La muestra, probabilística, incluyó adultos menores de 65 años sometidos a cirugía bariátrica en los dos años previos, y fue dividida en dos grupos según la adherencia a los controles nutricionales. Se registraron variables demográficas, clínicas, de hábitos y relativas a la percepción y a las barreras del tratamiento.

**Resultados:** Fueron 20 casos en el grupo 1 de adherencia y 30 pacientes en el grupo 2 sin adherencia. Fueron 4 hombres (20%) en el Grupo 1 y 20 (66.7%) en el grupo 2 ( $P = 0.0012$ ). No se encontraron diferencias significativas en la edad, el estado civil, las condiciones sociales, los hábitos de tabaquismo o de consumo de alcohol, las comorbilidades y el tipo de cirugía. Se identificó que la dificultad de acceso al nutricionista (OR 6.0; IC 95% 1.69-21.26;  $P = 0.0055$ ) y la falta de apoyo familiar (OR 3.5; IC 95% 1.05-11.66;  $P = 0.0413$ ) fueron factores de riesgo. El sexo femenino ( $P=0.0022$ ) se mostró como factor protector.

**Conclusión:** la adherencia al seguimiento nutricional postcirugía bariátrica está determinada principalmente por barreras psicosociales y logísticas, siendo los factores de riesgo más influyentes el sexo masculino, la dificultad de acceso al nutricionista y la falta de apoyo familiar. Estos hallazgos exigen que los equipos multidisciplinarios desarrollen e implementen protocolos de intervención personalizados y urgentes, orientados a mitigar el riesgo de abandono y, a largo plazo, de la aparición de deficiencias nutricionales graves.

## Palabras claves:

Falta de adherencia nutricional, Cirugía bariátrica, Falta de apoyo familiar.

## Abreviaturas

OR: Odds ratio.

## Información suplementaria

No se declara materiales suplementarios.

## Agradecimientos

Agradecemos al personal y pacientes del Hospital Alcívar, donde se realizó el estudio.

## Contribuciones de los autores

**Andres J. Huerta Gil**, Metodología, Curación de datos, Análisis formal, Adquisición de fondos, Administración del proyecto, Validación, Visualización, Redacción – revisión y edición.

**María Antonieta Touriz Bonifaz**, Investigación, Análisis formal, Adquisición de fondos, Administración del proyecto, Validación, Visualización, Redacción – revisión y edición

## Financiamiento

Los autores financiaron los gastos de esta investigación.

## Disponibilidad de datos y materiales

Los conjuntos de datos utilizados y analizados durante el presente estudio están disponibles para el autor correspondiente previa solicitud razonable.

## Introducción

La cirugía bariátrica ha experimentado un crecimiento exponencial en las últimas décadas como respuesta al aumento global de la obesidad. A pesar de sus beneficios comprobados y de la importancia del seguimiento nutricional, se estima que entre el 20% y el 50% de los pacientes no logran mantener una adherencia adecuada al tratamiento nutricional postoperatorio, lo que repercute negativamente en los resultados a largo plazo [1].

La falta de adherencia al tratamiento nutricional en estos pacientes puede manifestarse de diversas formas: consumo inadecuado de proteínas, ingesta insuficiente de suplementos vitamínicos y minerales, incumplimiento de la frecuencia y volumen de las comidas, consumo de alimentos contraíndicados, entre otros trastornos de la conducta alimentaria. Estas conductas aumentan el riesgo de recuperación del peso perdido, de desnutrición proteica, de deficiencias nutricionales específicas, como la anemia y la osteoporosis, y de complicaciones gastrointestinales [2].

Los factores que influyen en la adherencia terapéutica son complejos y multidimensionales, y pueden estar relacionados con aspectos sociodemográficos, psicológicos, socioeconómicos, educativos, culturales y del sistema de salud. Sin embargo, existe un conocimiento limitado sobre la interacción específica de estos factores en la población de pacientes post cirugía bariátrica [3].

El objetivo del presente estudio fue determinar los factores de riesgo asociados a la falta de adherencia al tratamiento nutricional en pacientes poscirugía bariátrica.

## Materiales y métodos

### Diseño del estudio

El presente estudio es observacional. La fuente es prospectiva.

### Escenario

El estudio se realizó en el servicio de metabolismo y obesidad del “Centro Médico de Metabolismo y Obesidad”, en Guayaquil, provincia de Guayas (Ecuador). El período de investigación corresponde al 1 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025.

### Participantes

Se incluyeron pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica en los 2 años previos al ingreso al estudio. Se excluyeron pacientes mayores de 65 años. Se dividió la muestra en 2 grupos: el primero, de pacientes que sí siguen los controles de nutrición, y el segundo, de pacientes que no acuden a los controles.

### Variables

Las variables fueron: edad, sexo, estado civil, ocupación, actividad física (tipo y frecuencia), índice de masa corporal, abaqismo, consumo de alcohol, comorbilidades, tipo de cirugía, toma de suplementos, percepción del tratamiento, razones para mp seguir el tratamiento, acude a controles nutricionales, dificultades de acceso y adherencia, apoyo familiar.

### Fuentes de datos/mediciones

La fuente fue directa; se completó un formulario electrónico a partir de los datos de la historia clínica institucional.

### Sesgos

Se evitó el sesgo de observación y selección aplicando los criterios de selección de participantes. Para evitar posibles sesgos del entrevistador, de la información y de la memoria, el investigador principal mantuvo en todo momento los datos bajo una guía y con registros aprobados conforme al protocolo de investigación. Dos investigadores analizaron de forma independiente cada registro por duplicado y las variables fueron registradas en la base de datos una vez verificada su concordancia.

### Tamaño del estudio

La muestra fue probabilística. En el 2024, en el Centro Médico de Metabolismo y Obesidad se realizaron 24 cirugías bariátricas. Con una prevalencia de 56 casos. Con un nivel de confianza del 99.9%, el límite de confianza del 5%, una frecuencia esperada de 50%, el tamaño muestral calculado fue de 50 casos. Se usó Epi Info™ versión 7.2 (CDC, Atlanta, marzo 9, 2025).

### Variables cuantitativas

Las variables se consideraron continuas, ya que se utilizó toda su distribución original. No se aplicaron transformaciones matemáticas (como el logaritmo o la raíz cuadrada). Manejo de valores atípicos (Outliers): se identificaron mediante un diagrama de Tukey y se trataron los valores extremos mediante una verificación primaria de la fuente. Manejo de Datos Faltantes (Missing Data): El método utilizado para manejar la falta de datos, fue la exclusión. No se definieron grupos de dicotomización o categorización en las variables continuas.

### Análisis estadístico

Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes. Se usa Chi cuadrado para comparar

porcentajes. Se presenta un análisis de asociación con Odds ratio de los factores de riesgo para los desenlaces de acudir o no al control nutricional. El paquete estadístico utilizado fue IBM Corp. Released 2025. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 31.0. Armonk, NY: IBM Corp.

## Resultados

### Participantes

Se analizó a un total de 50 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, lo que permitió alcanzar el 100 % de la muestra.

### Características de los grupos de estudio

Fueron 4 hombres en el grupo 1 de adherencia y 20 (66.7%) en el grupo 2 sin adherencia. No hubo diferencias en la distribución de la edad. Las características demográficas y sociales, los antecedentes se presentan en la [Tabla 1](#).

### Factores de riesgo

En la [tabla 2](#) se presentan los factores de protección y de riesgo para la adherencia de los pacientes al programa nutricional.

## Discusión

Los principales hallazgos de esta investigación sobre la adherencia al programa nutricional poscirugía bariátrica (N=50) fueron: una diferencia de género en la adherencia: las mujeres mostraron una adherencia significativamente mayor (80% en el grupo que sí acude vs. 33.3% en el grupo que no acude; P=0.0012). El sexo femenino se identificó como un factor protector (Odds Ratio [OR] de 0.125). Sobre las barreras socioeconómicas y de apoyo, la dificultad de acceso al nutricionista fue el factor de riesgo más fuerte para la falta de adherencia (66.7% en el grupo que no acude vs. 25% en el grupo que sí acude; P=0.003892). Esta dificultad incrementa el riesgo de no adherencia en 6.0 veces (OR = 6.0). La falta de apoyo familiar también fue un factor de riesgo significativo para la no adherencia (60% en el grupo que no acude vs. 30% en el grupo que sí acude (P=0.03751), aumentando el riesgo 3.5 veces (OR=3.5). Sobre la percepción del tratamiento: los pacientes que consideraron el tratamiento importante presentaron una mayor adherencia (50% en el grupo que sí acude vs. 13.3% en el grupo que no acude; P=0.004571). Otros factores demográficos y clínicos no fueron significativos: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la distribución de la edad, estado civil, tener hijos, situación laboral, hábitos (tabaquismo/alcohol),

comorbilidades (Diabetes, hipertensión, etc.), tipo de cirugía bariátrica o año de la cirugía.

La marcada diferencia en la adherencia, con el sexo masculino como grupo de alto riesgo de abandono del seguimiento, obliga a los equipos bariátricos a desarrollar protocolos de atención y comunicación dirigidos específicamente a los hombres.

**Tabla 1.** Característica de los grupos de estudio.

	<b>Si acude N=20</b>	<b>No acude N=30</b>	<b>P</b>
Sexo Hombre	4 (20%)	20 (66.7%)	0.0012
Sexo Mujer	16 (80%)	10 (33.3%)	
Edad			
De 60 o más	6 (30%)	6 (20%)	
De 45-59 años	8 (40%)	7 (23.3%)	
De 30 a 44 años	4 (20%)	8 (26.7%)	0.2598
De 18 a 29 años	2 (10%)	9 (30.0%)	
Estado civil			
Casado	5 (25%)	8 (26.7%)	
Unión libre	5 (25%)	7 (23.3%)	
Soltero	3 (15%)	5 (16.7%)	0.9976
Separado	4 (20%)	5 (16.7%)	
Viudo	3 (15%)	5 (16.7%)	
Condiciones sociales			
Con hijos	8 (40%)	13 (43.3%)	0.815
Desempleado	4 (20%)	7 (23.3%)	0.784
Actividad física			
Sin actividad física regular	3 (15%)	12 (40.0%)	
Actividad 5 veces por semana	3 (15%)	1 (3.3%)	
Actividad 4 veces por semana	5 (25%)	4 (13.3%)	0.05878
Actividad 3 veces por semana	2 (10%)	3 (10%)	
Actividad 2 veces por semana	4 (20%)	4 (13.3%)	
Actividad 1 vez por semana	1 (15%)	6 (20%)	
Hábitos			
Tabaquismo	10 (50%)	14 (46.7%)	0.8172
Consumo de alcohol	9 (45%)	14 (46.7%)	0.9078
Comorbilidades			
Diabetes mellitus tipo 2	3 (15%)	6 (20%)	0.6521
Hipertensión	2 (10%)	3 (10%)	1.0
Apnea del sueño	3 (15%)	4 (13.3%)	0.8679
Hiperlipidemia	1 (5%)	1 (3.3%)	0.7683
Tipo de cirugía			
Bypass gástrico	8 (40%)	11 (36.7%)	0.812
Manga gástrica	7 (35%)	12 (40%)	0.7212
Otro	5 (25%)	7 (23.3%)	0.8925
Año de la cirugía			
2018	2 (10%)	4 (13.3%)	0.9976
2019	3 (15%)	5 (16.7%)	
2020	4 (20%)	5 (16.7%)	
2021	4 (20%)	5 (16.7%)	
2022	4 (20%)	6 (20.0%)	
2023	3 (20%)	5 (16.7%)	
Toma de suplementos	12 (60%)	10 (33.3%)	0.0625
Considera importante el tratamiento	10 (50%)	4 (13.3%)	0.004571
Dificultad del tratamiento (opinión)			
Muy difícil	2 (10%)	10 (33.3%)	0.1613
Difícil	2 (10%)	6 (20%)	
Moderado	3 (15%)	4 (13.3%)	
Fácil	6 (30%)	6 (20%)	
Muy fácil	7 (35%)	4 (13.3%)	
Dificultad de acceso al nutricionista	5 (25%)	20 (66.7%)	0.003892
Sin apoyo familiar	6 (30%)	18 (60%)	0.03751b

**Tabla 2** . Factores de riesgo de la falta de adherencia nutricional.

	<b>Si acude N=20</b>	<b>No acude N=30</b>	<b>OR</b>	<b>IC-95%</b>	<b>P</b>
Sexo Mujer	16 (80%)	10 (33.3%)	0.125	0.033-0.474	0.0022
Considera importante el tratamiento	10 (50%)	4 (13.3%)	0.500	0.1318-1.8961	0.3081
Dificultad de acceso al nutricionista	5 (25%)	20 (66.7%)	6.0	1.6931 -21.2623	0.0055
Sin apoyo familiar	6 (30%)	18 (60%)	3.5	1.0506-11.6602	0.0413

La baja adherencia en este grupo se traduce en un mayor riesgo a largo plazo de recuperación de peso (rebote) y de complicaciones médicas graves asociadas a deficiencias nutricionales crónicas (p. Ej., anemia, neuropatía por déficit de vitamina B12, enfermedad ósea metabólica). El hecho de que las variables clínicas (tipo de cirugía, comorbilidades previas, año de la cirugía) no sean factores significativos de la falta de adherencia indica que el fracaso en el seguimiento no es primariamente biológico, sino psicosocial y logístico. Esto sugiere que la clave para optimizar los resultados posbariátricos no está en refinar la técnica quirúrgica, sino en fortalecer la infraestructura de soporte posoperatorio. Por otro lado, la falta de apoyo familiar como factor de riesgo ( $OR=3.5$ ) indica que la cirugía bariátrica afecta a todo el entorno del paciente. Los programas de seguimiento deben incluir la evaluación y el involucramiento activo de la red de apoyo familiar para garantizar el cumplimiento, considerándolo un factor pronóstico de éxito clínico.

La dificultad de acceso al nutricionista, como factor de riesgo más potente ( $OR=6.0$ ), evidencia que la consulta especializada se percibe como una barrera insuperable para el paciente que no acude. Nutricionalmente, esto significa que el pilar fundamental de la prevención de deficiencias posbariátricas (el control y ajuste dietético y de suplementos) se está perdiendo en el grupo más vulnerable. Se requiere reestructurar los programas nutricionales para eliminar las barreras logísticas. Esto implica la implementación de modelos de telenutrición, horarios más flexibles, consultas grupales de bajo costo, o el uso de plataformas digitales para el seguimiento de la ingesta y la suplementación. La alta adherencia entre quienes consideran importante el tratamiento indica que la educación inicial y continua debe ir más allá de las restricciones dietéticas. Los nutricionistas deben enfocarse en comunicar de manera efectiva que la adherencia a la dieta y a la suplementación es un componente vital para la calidad de vida y la longevidad, no solo para la pérdida de peso. Dado que la adherencia al seguimiento nutricional es baja en un tercio de la muestra, es probable que la toma de suplementos esté gravemente comprometida en dicho grupo. Los programas deben priorizar la educación sobre la importancia de los micronutrientes para prevenir deficiencias graves (p. Ej., déficits de

hierro, calcio y vitaminas liposolubles) y buscar formas de simplificar los regímenes de suplementación.

Los hallazgos de esta investigación dictan una reestructuración urgente y práctica de los programas de seguimiento post-cirugía bariátrica, enfocándose menos en el quirófano y más en el soporte psicosocial y logístico. En la práctica, esto implica la creación de protocolos dirigidos y personalizados para pacientes masculinos, el grupo con mayor riesgo de abandono, utilizando canales de comunicación que se adapten a sus preferencias para aumentar su adherencia y mitigar las complicaciones crónicas. Para combatir la barrera logística más potente —la dificultad de acceso al nutricionista— la solución pasa por la expansión decidida de la telenutrición, ofreciendo horarios flexibles y modelos de consulta subsidiados que eliminan esta traba para los pacientes no adherentes. Simultáneamente, el apoyo familiar, crucial para el éxito, debe formalizarse mediante programas de inclusión familiar obligatorios que integren a la red de apoyo en los cambios de estilo de vida. Finalmente, la educación continua debe evolucionar para enfatizar la longevidad y la prevención de deficiencias graves (como el hierro y la vitamina B12) en lugar de centrarse solo en la pérdida de peso, y simplificar los regímenes de suplementación mediante recordatorios digitales para garantizar que el compromiso con los micronutrientes se mantenga a largo plazo.

Los hallazgos de este estudio, que señalan que la falta de adherencia al seguimiento posbariátrico es un problema fundamentalmente logístico y psicosocial, coinciden plenamente con el cuerpo de evidencia científica actual. La literatura recalca de manera consistente que el éxito y la seguridad a largo plazo de la cirugía bariátrica no dependen solo de la técnica quirúrgica, sino también de la adherencia continua al cuidado nutricional [1, 2]. La baja adherencia es la principal vía hacia las deficiencias de micronutrientes (como el hierro, la vitamina B 12 y el calcio), que son complicaciones graves y frecuentes a largo plazo, a veces manifestándose incluso más de dos años después de la cirugía [3-6]. Además, la identificación del sexo femenino como factor protector, así como la distinción por género en los resultados y en el riesgo de complicaciones, son temas ampliamente reportados en la investigación contemporánea [7]. Por lo tanto, el enfoque práctico de la

presente investigación—enfatizando la necesidad de protocolos personalizados para abordar las barreras logísticas (telennutrición) y la falta de apoyo familiar—refleja la tendencia clínica de que la gestión de riesgos nutricionales y psicosociales es tan crítica como la propia cirugía [8-9].

El presente estudio, presenta varias limitaciones metodológicas que restringen la generalización de sus conclusiones. La primera es el tamaño de muestra reducido ( $N=50$ ) y su naturaleza de estudio de centro único, lo que implica que los hallazgos pueden estar sesgados por las prácticas locales y la demografía específica, comprometiendo su validez externa. Adicionalmente, al ser un estudio observacional, solo permite establecer asociaciones entre los factores psicosociales (como la dificultad de acceso o la falta de apoyo familiar) y la falta de adherencia, sin poder determinar una relación de causalidad directa o descartar la influencia de factores de confusión no medidos, como condiciones de salud mental subyacentes. Finalmente, la dependencia de la opinión subjetiva para medir variables clave introduce potenciales sesgos de deseabilidad social o de memoria, y la ausencia de resultados clínicos a largo plazo impide evaluar el impacto final de la falta de adherencia sobre el riesgo real de deficiencias nutricionales graves o sobre la recuperación de peso en esta cohorte. Todas estas limitaciones deberán abordarse como ideas de investigación en trabajos posteriores.

## Conclusiones

La adherencia al seguimiento nutricional poscirugía bariátrica se ve determinada principalmente por barreras psicosociales y logísticas, destacando que la dificultad de acceso al nutricionista ( $OR=6.0$ ) y la falta de apoyo familiar ( $OR=3.5$ ) son los factores de riesgo más potentes, y que los hombres presentan una menor adherencia. Esto demanda que los equipos multidisciplinarios implementen con urgencia protocolos personalizados para mitigar el riesgo de abandono y las deficiencias nutricionales graves a largo plazo, lo que demuestra que optimizar los resultados posbariátricos requiere fortalecer tanto la infraestructura de soporte como la técnica quirúrgica.

## Referencias

- Parretti HM, Subramanian A, Adderley NJ, Abbott S, Tahrani AA, Niranthalakumar K. Post-bariatric surgery nutritional follow-up in primary care: a population-based cohort study. Br J Gen Pract. 2021 May;71(707):e441-e449. doi: [10.3399/bjgp20X714161](https://doi.org/10.3399/bjgp20X714161). PMID: 33824163; PMCID: PMC8041293.
- El-Masry H, Mahmoud MH, Mohamed BS, Elragal D, Elkholly MH, Abokhozima A. The Nutritional Challenges Following Revisional Bariatric Surgery After Sleeve Gastrectomy: A Systematic Review and Meta Analysis. Obes Surg. 2025 Nov 5. doi: [10.1007/s11695-025-08325-2](https://doi.org/10.1007/s11695-025-08325-2). Epub ahead of print. PMID: 41193797.
- Haughton S, Gentry S, Parretti HM. Nutritional Deficiencies Following Bariatric Surgery: A Rapid Systematic Review of Case Reports of Vitamin and Micronutrient Deficiencies Presenting More Than Two Years Post-Surgery. Clin Obes. 2025 Dec;15(6):e70035. doi: [10.1111/cob.70035](https://doi.org/10.1111/cob.70035). Epub 2025 Jul 28. PMID: 40719204; PMCID: PMC12603345.
- Nuzzo A, Czernichow S, Hertig A, Ledoux S, Poghosyan T, Quilliot D, Le Gall M, Bado A, Joly F. Prevention and treatment of nutritional complications after bariatric surgery. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2021 Mar;6(3):238-251. doi: [10.1016/S2468-1253\(20\)30331-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30331-9). PMID: 33581762.
- Mohapatra S, Gangadharan K, Pitchumoni CS. Malnutrition in obesity before and after bariatric surgery. Dis Mon. 2020 Feb;66(2):100866. doi: [10.1016/j.disamonth.2019.06.008](https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2019.06.008). Epub 2019 Jul 10. PMID: 31301800.
- Stroh C, Manger T, Benedix F. Metabolic surgery and nutritional deficiencies. Minerva Chir. 2017 Oct;72(5):432-441. doi: [10.23736/S0026-4733.17.07408-9](https://doi.org/10.23736/S0026-4733.17.07408-9). Epub 2017 May 30. PMID: 28565892.
- Courcoulas AP, Daigle CR, Arterburn DE. Long term outcomes of metabolic/bariatric surgery in

- adults. BMJ. 2023 Dec 18;383:e071027. doi: [10.1136/bmj-2022-071027](https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071027). PMID: 38110235.
8. Steenackers N, Van der Schueren B, Augustijns P, Vanuytsel T, Matthys C. Development and complications of nutritional deficiencies after bariatric surgery. Nutr Res Rev. 2023 Dec;36(2):512-525. doi: [10.1017/S0954422422000221](https://doi.org/10.1017/S0954422422000221). Epub 2022 Nov 25. PMID: 36426645.
9. Hider AM, Bonham A, Carlin A, Finks J, Ghaferi A, Varban O, Ehlers AP. Association of Sex Differences on Weight Loss and Complications Following Bariatric Surgery. J Surg Res. 2024 Jul;299:359-365. doi: [10.1016/j.jss.2024.04.050](https://doi.org/10.1016/j.jss.2024.04.050). Epub 2024 May 24. PMID: 38795559; PMCID: PMC11475018.

## Risk factors for non-adherence to nutritional treatment in patients after bariatric surgery. A single-center observational study.

### Abstract

**Introduction:** Bariatric surgery has expanded rapidly to fight obesity, but despite its benefits, it is estimated that between 20% and 50% of patients fail to adhere to postoperative nutritional follow-up, which affects long-term outcomes.

**Methodology:** A prospective, observational study was conducted at the "Medical Center for Metabolism and Obesity" in Guayaquil, Ecuador, from January to April 2025. The probabilistic sample included adults under 65 years old who had undergone bariatric surgery in the past two years and was divided into two groups based on adherence to nutritional controls. Demographic, clinical, habit, perception, and treatment barrier variables were recorded.

**Results:** There were 20 cases in the adherence group and 30 in the non-adherence group. The adherence group included 4 men (20%), while the non-adherence group included 20 men (66.7%) ( $P = 0.0012$ ). No significant differences were seen in age, marital status, social status, smoking or alcohol habits, comorbidities, or type of surgery. Difficulty accessing a nutritionist (OR 6.0; 95% CI 1.69-21.26;  $P = 0.0055$ ) and a lack of family support (OR 3.5; 95% CI 1.05-11.66;  $P = 0.0413$ ) were identified as risk factors. Female gender ( $P=0.0022$ ) served as a protective factor.

**Conclusion:** Adherence to nutritional follow-up after bariatric surgery is primarily affected by psychosocial and logistical barriers, with the strongest risk factors being male sex, difficulty accessing a nutritionist, and lack of family support. These findings highlight the need for multidisciplinary teams to develop and implement personalized, urgent intervention protocols to reduce abandonment and the long-term risk of serious nutritional deficiencies.

**Keywords:** Lack of nutritional adherence, Bariatric surgery, Lack of family support.

## Declaraciones

### Aprobación de comité de ética y consentimiento para participar

El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de Guayaquil.

### Consentimiento de publicación

No fue requerido, ya que el presente estudio no publica imágenes, radiografías ni estudios específicos de pacientes.

### Conflictos de interés

La investigación no tiene intereses financieros ni conflictos de interés.

## Información de los autores

**Andrés Huerta Gil**, Médico por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2022). Especialista en Salud Ocupacional con mención en salud ocupacional por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2023). Posgradista de Traumatología y Ortopedia. Hospital Alcívar.

Correo: [doctor.huerta@outlook.com](mailto:doctor.huerta@outlook.com)

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0425-2005>

**María Antonieta Touriz Bonifaz**, médica por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (Guayaquil, 2010). Magíster en Epidemiología por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2015). Magíster en Salud Pública por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2015). Docente de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y de la Universidad de Guayaquil.

Correo: [natamerae@gmail.com](mailto:natamerae@gmail.com)

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8986-8011>

## Nota del Editor

La Revista Actas Médicas (Ecuador) permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.

**Recibido:** Agosto 23, 2025.

**Aceptado:** Noviembre 2, 2025.

**Publicado:** Noviembre 5, 2025.

**Editor:** Dra. Mayra Ordoñez Martínez.

## Como citar:

Huerta A, Touriz M. Factores de riesgo en la falta de adherencia al tratamiento nutricional en pacientes poscirugía bariátrica. Un estudio observacional de centro único. Actas Médicas (Ecuador) 2025;35(2):167-173.

 **Copyright 2025,** Andres J. Huerta Gil, María Antonieta Touriz Bonifaz. This article is distributed under the terms of the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which permits non-commercial use and redistribution provided the source and the original author is cited.

**Correspondencia:** Andres J. Huerta Gil, Correo: [doctor.huerta@outlook.com](mailto:doctor.huerta@outlook.com)

Dirección: Dirección, R492+MJF, Av. Kennedy, Guayaquil 090514. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil. Teléfono: [593] 04 228 1148.