

1. Sobrepeso e obesidade: detección e valoración do risco

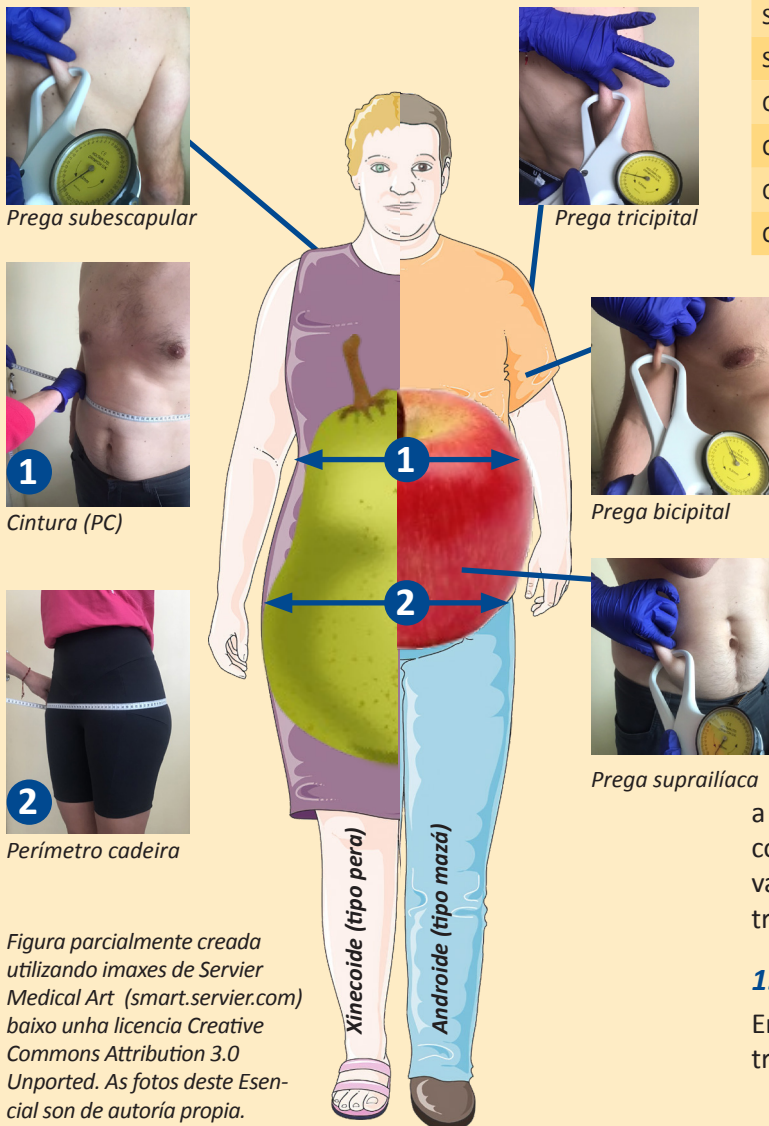
1.1. Definición

Estado patolóxico caracterizado por acumulación excesiva de **masa graxa** (MG) no corpo, resultado da ruptura do equilibrio fisiolóxico existente entre as achegas enerxéticas da dieta e o gasto. Os casos primarios (~90%) son de orixe multifactorial; os casos secundarios (factores xenéticos ou endócrinos, uso de fármacos) son minoría.

1.2. Consecuencias para a saúde

Risco aumentado de aparición de **diabetes tipo II e problemas cardiovasculares** (complicacións máis frecuentes); efectos a outros niveis: renal, dixestivo, pel, articulacións e ósos, psicolóxico.

A localización do exceso de MG determina o risco para a saúde. A acumulación de graxa na zona central/abdome e nas vísceras (**patrón androide**) está relacionada cun maior risco cardiovascular que a acumulación periférica e gluteofemoral (**patrón xinecoide**).



1.3. Parámetros indicadores en adultos

A medición da % MG corporal é a base do diagnóstico. Normal: 12-20 % nos homes, 20-30 % nas mulleres. Obesidade: >25 % nos homes, >33% nas mulleres.

Cando non se pode medir a % MG, a **Sociedade Española para o Estudo da Obesidade (SEEDO)** refire o uso do índice de masa corporal (IMC) e o perímetro de cintura (PC). Limitacións do IMC: non informa da distribución da graxa corporal, non diferencia entre masas muscular e graxa, mal indicador en suxeitos de baixa estatura, idade avanzada, musculados, con retención hidrosalina ou mulleres xestantes. Un **PC ≥102 cm en homes e ≥88 cm en mulleres** é indicativo de obesidade abdominal. Limitacións do PC: non útil en IMC ≥35 kg/m² (obesidade graos II a IV).

Clasificación do peso corporal (OMS, SEEDO)	IMC (kg/m ²)	Risco de trastornos asociados
Normopeso	18.5 – 24.9	medio
Sobrepeso grao I	25.0 – 26.9	aumentado
Sobrepeso grao II	27.0 – 29.9	moderado
Obesidade grao I	30.0 – 34.9	alto
Obesidade grao II	35.0 – 39.9	moi alto
Obesidade grao III (mórbida)	40.0 – 49.9	moi alto
Obesidade grao IV (extrema)	≥50.0	extremo

O índice cintura-cadeira (ICC) é aceptado como bo indicador de risco cardiovascular (androide): 1 e 0.85 son os valores delimitadores para homes e mulleres, respectivamente.

Tecnoloxías útiles para análise da composición corporal e distribución da graxa: bioimpedancia, TAC, RMN, e DEXA (técnica de referencia).

1.4. Clasificación da obesidade

A SEEDO promociona o uso combinado de descritores clínicos e antropométricos, así como a estimación da % MG mediante fórmulas matemáticas deseñadas para a poboación diana: en España CUN-BAE (Clínica Universitaria de Navarra-Body Adiposity Estimator) é a de referencia. Outras fórmulas útiles: Durnin (densidade corporal) + Siri, Faulkner etc., que requiren medición de varias pregas cutáneas feitas por un antropometrista adestrado (mínimo certificación ISAK nivel 1).

1.5. Outras etapas da vida

En nenos e adolescentes, así coma en anciáns, os parámetros indicadores varían.

2. Sobrepeso e obesidade: prevención e tratamento dietético

2.1. Prevención primaria: o método do prato como ferramenta para combater a obesidade

O aumento de peso pode previr-se mediante dietas que conteñan alimentos con baixa densidade enerxética e controlando o tamaño das racións. O método do prato axuda a planificar visualmente unha comida completa, saudable, variada, e nutricionalmente equilibrada. O uso

dun prato chan estándar de 23-25 cm de diámetro contribúe a limitar o tamaño da ración e polo tanto a inxesta enerxética. O prato dividirase en 3 partes que serán ocupadas por distintos grupos de alimentos, tal e como se amosa na imaxe.

VERDURAS E HORTALIZAS

1/2 verduras e hortalizas: incorporando e alternando distintas cores (azuis, vermellos, verdes, amarelos e laranxas). Versións crúas cando sexa posible para reducir a perda de nutrientes.

SOBREMESA

1 lácteo ou 1 peza de froita. Os lácteos fermentados como o iogur e o quefir conteñen bacterias beneficiosas para a saúde.

GRAXAS

Priorizar graxas saudables: **aceite de oliva (virxe extra), aguacate ou froitos secos**. En pouca cantidade.

PROTEÍNAS

1/4 alimentos proteicos: carne, peixe, marisco, ovos, tofu. Os legumes son fonte proteica vexetal, conteñen tamén carbohidratos (cómpre telo en conta en diabéticos).

1/4 alimentos ricos en carbohidratos: cereais (trigo, millo, arroz, avea, centeo, quinoa...), patatas e legumes. Priorizar as versións integrais dos cereais.

CEREAIS

A auga debe ser a bebida de preferencia. Se non, líquidos con poucas calorías (infusións, caldos vexetais...)

As técnicas de cociñado serán preferentemente o vapor, a prancha, o forno, a cocción... As frituras e rebozados evítanse. O uso de especias axuda a limitar o sal (<5 g de sal por adulto/día).

Outras recomendacións:

- Limitar o consumo habitual (>1 vez/semana) de comida rápida (fast food).
- Repartir a comida ao longo do día reducindo a inxesta polo serán e á noite.

- Planificar os menús.
- Ler a etiqueta dos alimentos. Evitar os que teñan moitas calorías, azucres, sal, graxas saturadas e trans.
- Comer devagar (20-30 min) nun espazo destinado a facelo, evitando distraccións (móbil, TV, ordenador...).

2.2. Tratamento da obesidade: dieta hipocalórica equilibrada e/ou mediterránea

A dieta máis avalada polas diferentes organizacións que estudan a obesidade, entre elas a SEEDO.

- Déficit enerxético de 500-1.000 kcal/día sobre as necesidades enerxéticas do paciente (achega total non <800 kcal/día). Perda de peso dun 8% nos primeiros 6 meses de tratamento. Despois valorar.
- Reparto equilibrado: 45-55% carbohidratos, 15-25% proteína (evitar catabolismo), 25-35% graxa, 20-40 g fibra.

COMPLEMENTAR A DIETA CON:

Actividade física. Camiñar 30-45 min diarios e práctica de exercicio moderado ou alta intensidade e curta duración (60-70% da frecuencia cardíaca máxima).

Descanso adecuado e control do estrés.

Coidado da saúde mental.

Educación nutricional.

Fomento de hábitos saudables

