



FUNDACIÓ  
INVESTIGACIÓ  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA

Servicio de Pediatría  
**iPediTec**  
Hospital General Universitario de Valencia



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA

## VI JORNADAS DE FORMACIÓN DEPARTAMENTAL PARA

### PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

08:45-09:00H INAUGURACIÓN DE LAS JORNADAS

Magdalena Millá Perseguer. Directora Médica de Atención Primaria  
Julio Álvarez Pitti. Jefe Servicio Pediatría

09:00-09:45H APLICACIONES CLÍNICAS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL  
Jaime Guixeres. Ingeniero UPV

09:50-10:35H ACTUALIDAD Y RECURSOS DESDE EL COMITÉ DE LACTANCIA:  
ANQUILOGLOSIA  
Nuria García y Carmen García. Pediatras

10:40-11:30H SITUACIÓN ACTUAL DEL CALENDARIO QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO  
Beatriz Pemartín. Cirujana infantil

11:30 -12:00H ALMUERZO OFRECIDO POR ORDESA

12:00-12:45H 'REVOLUCIÓN EN LA PRÁCTICA: COMPARANDO LAS ÚLTIMAS  
GUÍAS DE OBESIDAD PEDIÁTRICA'  
Julio Álvarez Pitti

12:50-13:35H TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE  
Marta Alemany y Virginia Ballesteros. Pediatras

Con colaboración de



17 Y 24  
ABRIL 2026

📍 SALÓN DE ACTOS CHGUV



# Revolución en la práctica: comparando las últimas guías de obesidad pediátrica

*Dr. Julio Alvarez Pitti. Jefe de Servicio de Pediatría*

*Unidad contra la Obesidad y Riesgo Cardiovascular, CHGUV*

*Investigador CIBEROBN*

# INTRODUCCIÓN

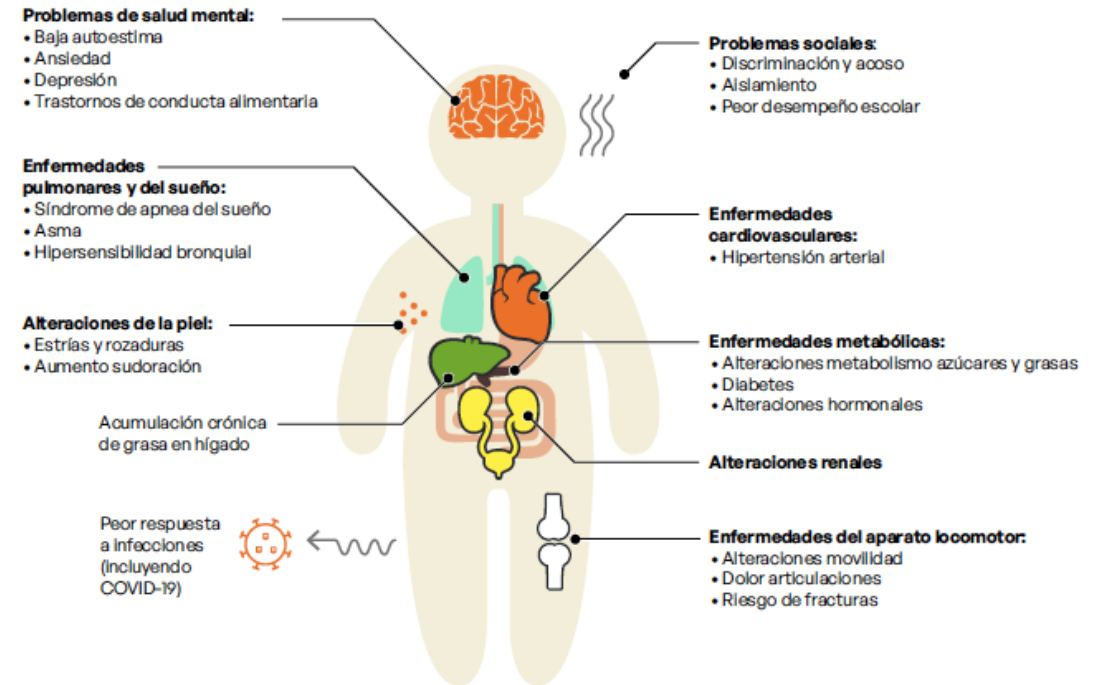
CONDICIÓN QUE FAVORECE ENFERMEDAD

DISBALANCE ENERGÉTICO

HÁBITOS+ GENÉTICA

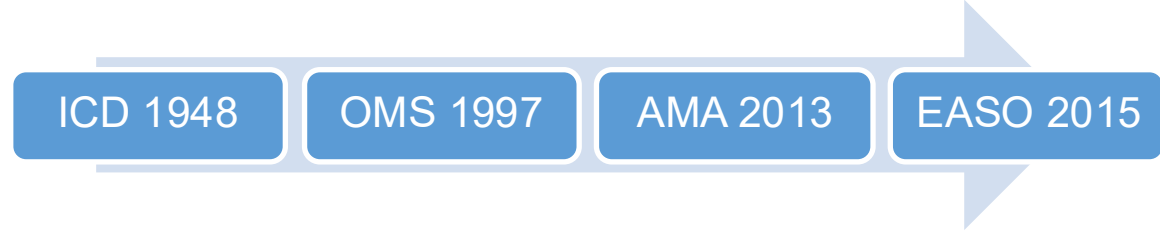
ESTIGMATIZANTE

PREVALENTE



Fuente: Adaptado de Ebbeling et al. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. 2002.

# INTRODUCCIÓ



ENFERMEDAD BASADA EN LA ADIPOSIDAD

DISBALANCE ENERGÉTICO

HÁBITOS+ GENÉTICA

ESTIGMATIZANTE

PREVALENTE

**Obesity Facts**  
*The European Journal of Obesity*

Obes Facts 2015;8:342–349

DOI: 10.1159/000441483

Received: May 11, 2015

Accepted: September 4, 2015

Published online: October 16, 2015

© 2015 S. Karger GmbH, Freiburg  
1662–4033/15/0085–0342\$39.50/0  
www.karger.com/ofa

This is an Open Access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported license (CC BY-NC) ([www.karger.com/OA-license](http://www.karger.com/OA-license)), applicable to the online version of the article only. Distribution permitted for non-commercial purposes only.

## Clinical Information

### **Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care – a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO)**

Nathalie J. Farpour-Lambert<sup>a</sup> Jennifer L. Baker<sup>b, c</sup> Maria Hassapidou<sup>d</sup>  
Jens Christian Holm<sup>e</sup> Paulina Nowicka<sup>f</sup> Grace O'Malley<sup>g</sup> Ram Weiss<sup>h</sup>

# INTRODUCCIÓ

PORTUGAL 2004

ITALIA 2019

ALEMANIA 2019

EC 2021

ESPAÑA?

ENFERMEDAD BASADA EN LA ADIPOSIDAD

DISBALANCE ENERGÉTICO

HÁBITOS+ GENÉTICA

ESTIGMATIZANTE

PREVALENTE

**MARZO 2021**



European Commission

THE LANCET  
Diabetes & Endocrinology

Submit Article

IN FOCUS | VOLUME 9, ISSUE 7, P418, JULY 01, 2021

European Commission classifies obesity as a chronic disease

Talha Burki

Published: June 01, 2021 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00145-5](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00145-5)

Check for updates

# INTRODUCCIÓ

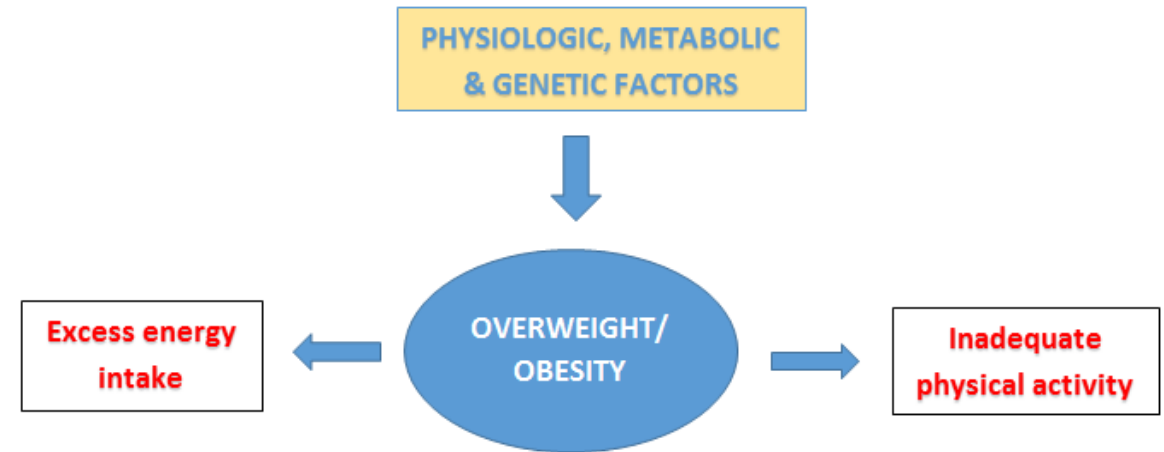
ENFERMEDAD BASADA EN LA ADIPOSIDAD

DISBALANCE ENERGÉTICO

HÁBITOS+ GENÉTICA

ESTIGMATIZANTE

PREVALENTE



# INTRODUCCIÓ

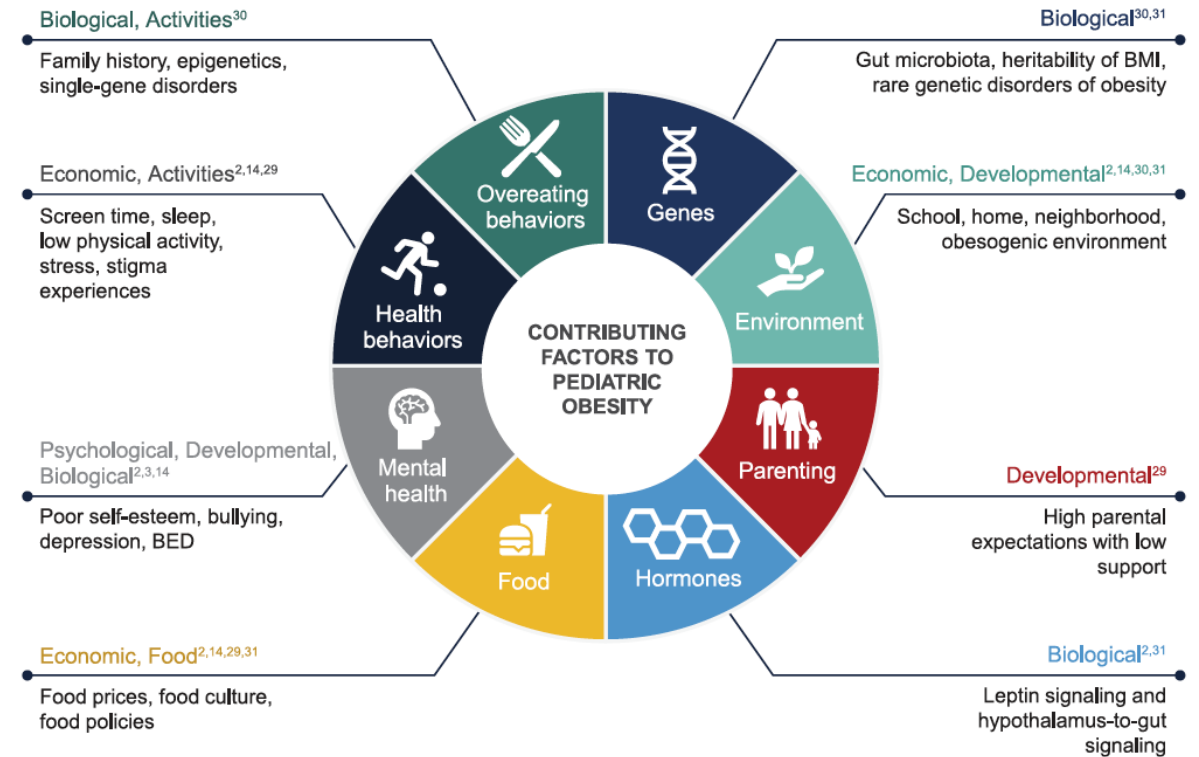
## ENFERMEDAD BASADA EN LA ADIPOSIDAD

MULTIFACTORIAL

COMPLEJA

ESTIGMATIZANTE

PREVALENTE



# INTRODUCCIÓ

## ENFERMEDAD BASADA EN LA ADIPOSIDAD

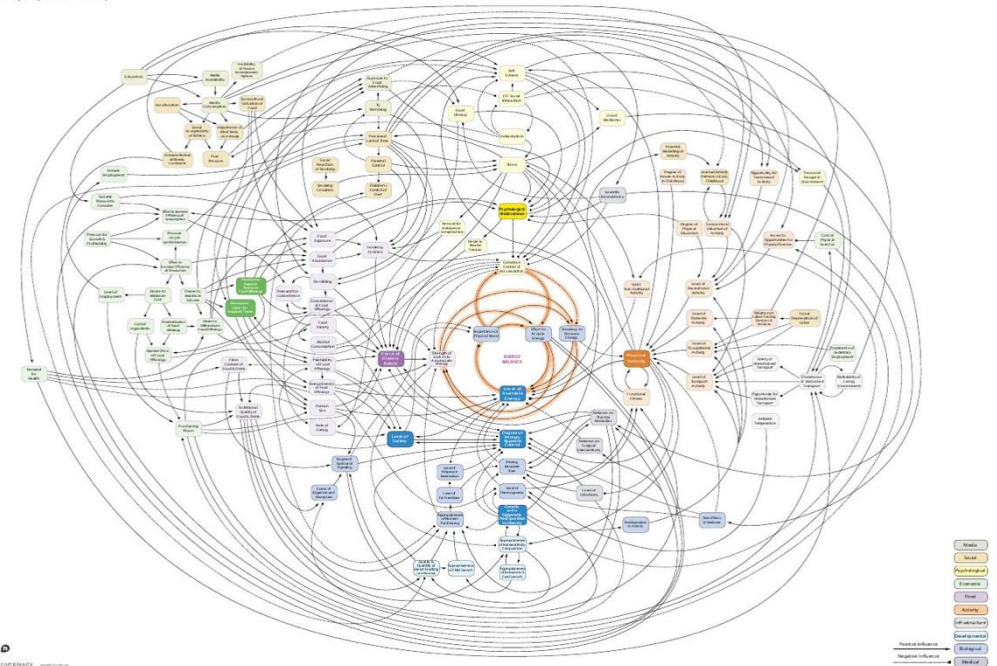
MULTIFACTORIAL

COMPLEJA

ESTIGMATIZANTE

PREVALENTE

Obesity System Map



# INTRODUCCIÓ

ENFERMEDAD BASADA EN LA ADIPOSIDAD

MULTIFACTORIAL

COMPLEJA

ESTIGMATIZANTE

PREVALENTE



# INTRODUCCIÓ

ENFERMEDAD BASADA EN LA ADIPOSIDAD

MULTIFACTORIAL

COMPLEJA

CRÓNICA Y RECURRENTE

PREVALENTE

>3 MESES

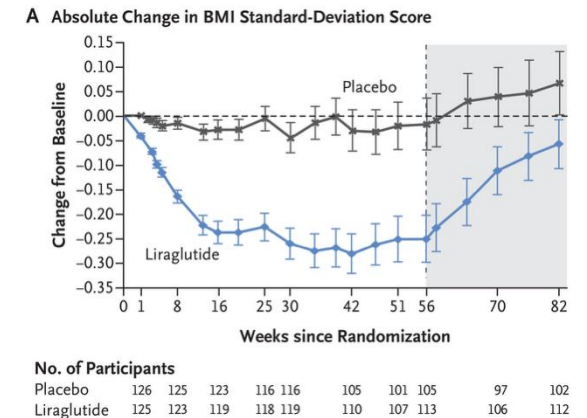
No prevenible con vacunas  
Sin evolución a curación espontánea  
Sin tratamiento curativo (control Sx)

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

## A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity

Aaron S. Kelly, Ph.D., Pernille Auerbach, M.D., Ph.D., Margarita Barrientos-Perez, M.D.,  
Inge Gies, M.D., Ph.D., Paula M. Hale, M.D., Claude Marcus, M.D., Ph.D.,  
Lucy D. Mastrandrea, M.D., Ph.D., Nandana Prabhu, M.Sc.,  
and Silva Arslanian, M.D., for the NN8022-4180 Trial Investigators\*





# INTRODUCCIÓ

ENFERMEDAD BASADA EN LA ADIPOSIDAD

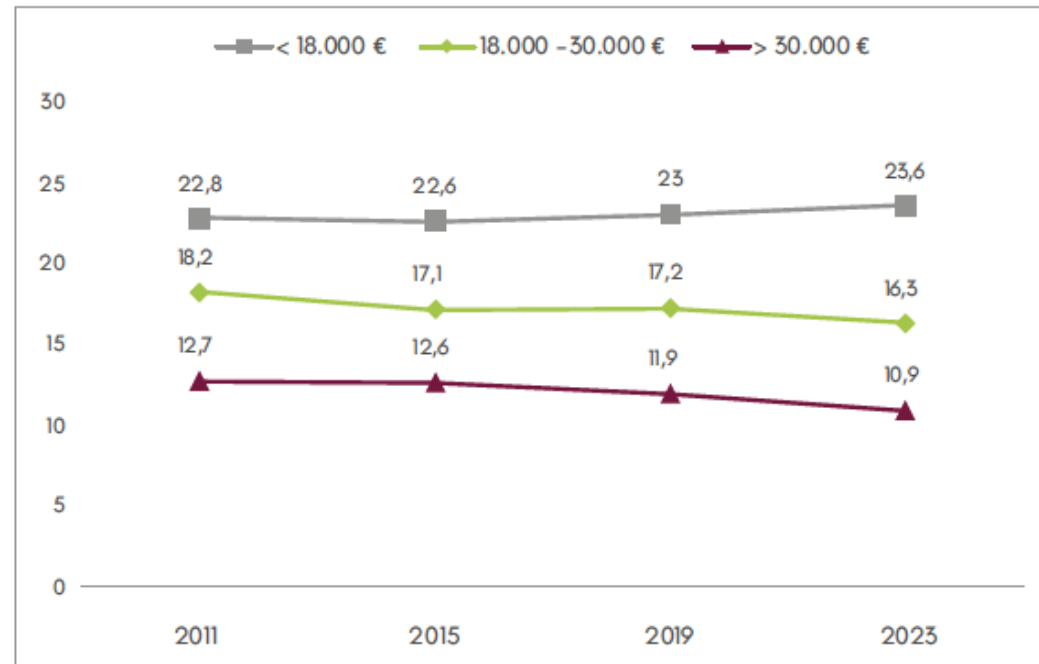
MULTIFACTORIAL

COMPLEJA

CRÓNICA Y RECURRENTE

PREVALENTE VULNERABLES

GRÁFICO 72. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD EN LAS DISTINTAS EDICIONES DE ALADINO SEGÚN NIVEL DE INGRESOS (%)

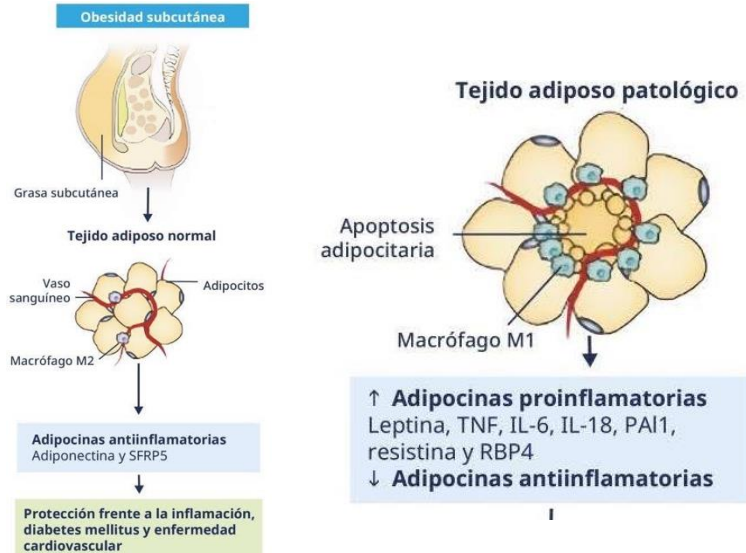


+12,7%

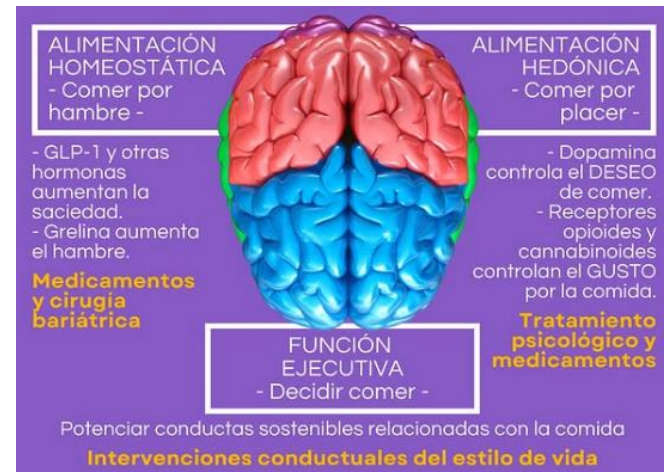
# INTRODUCCIÓN

## CLAVES DEL CAMBIO DE PARADIGMA

### 1.-FISIOPATOLOGÍA: ABCD



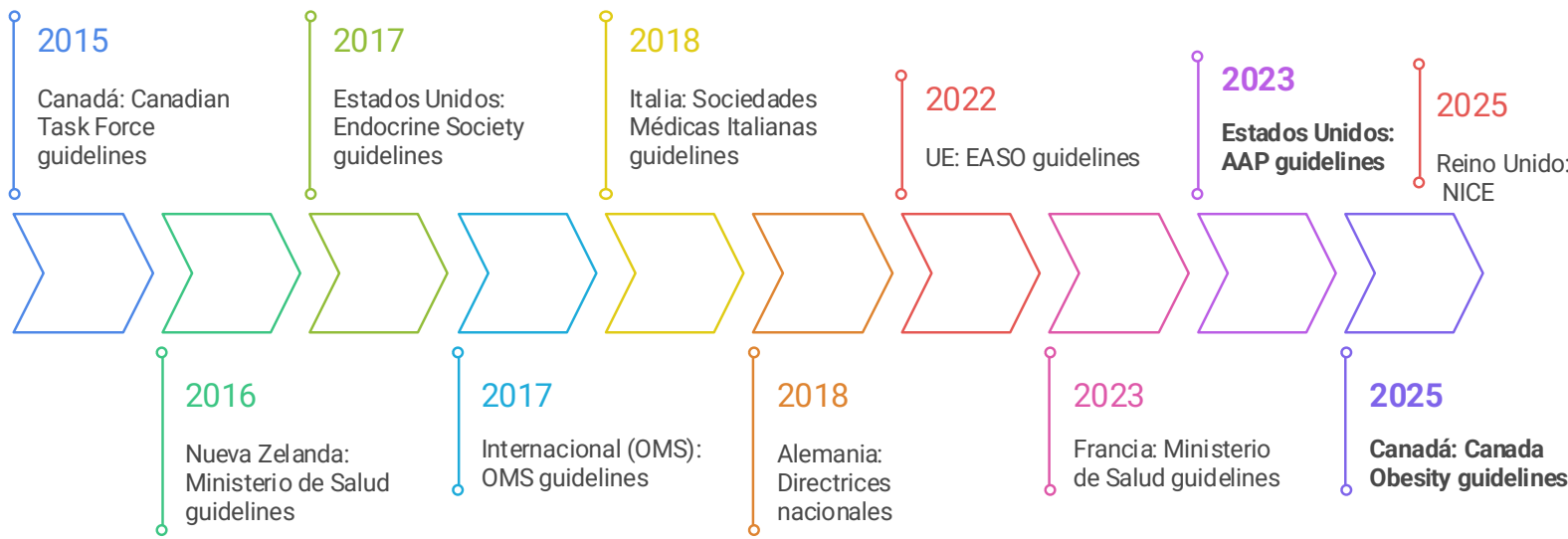
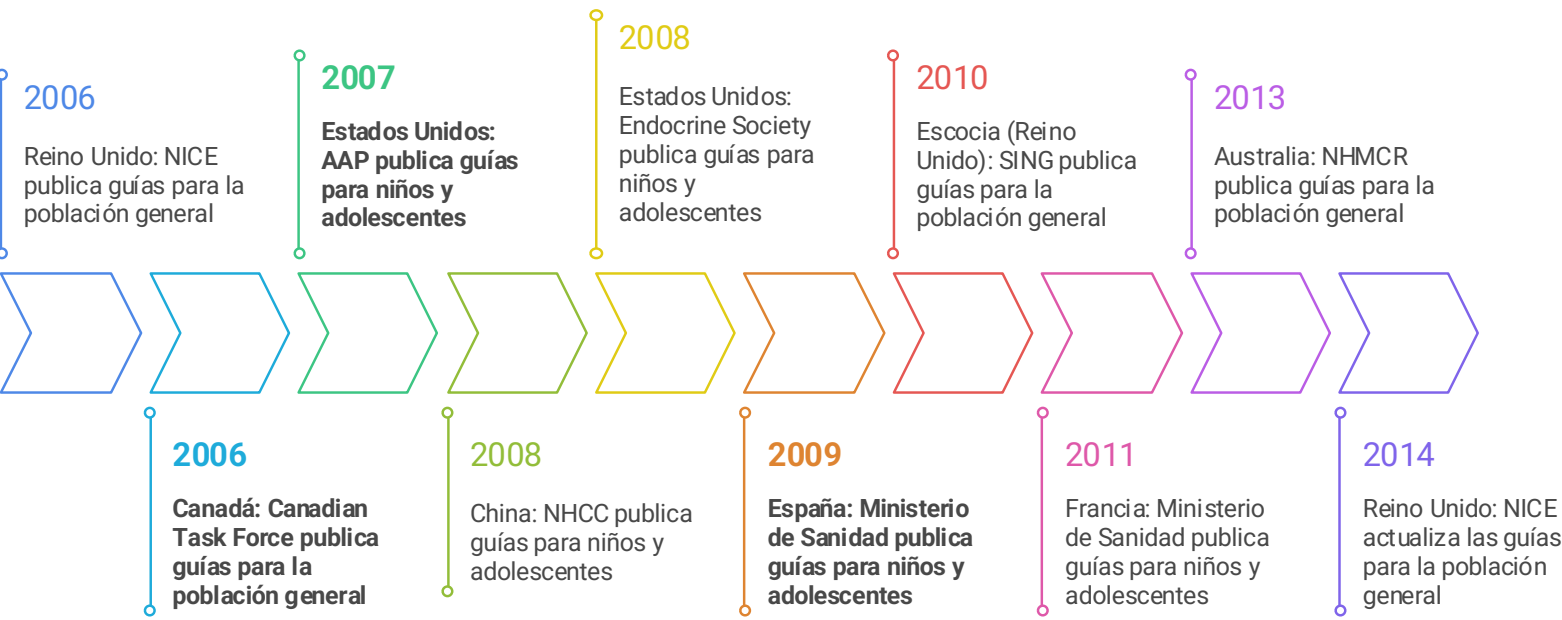
### 2.-NEURO-PSICOLOGÍA/ SOCIOLOGÍA



### 3.-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



- Liraglutida – (Saxenda) > 12 y
- Semaglutida (Wegovy) > 12 y
- Setmelanotida > 6 y



# Objetivo: Guías AAP (2023)

# Guías Canadienses (2025)



CLINICAL PRACTICE GUIDELINE Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care

American Academy of Pediatrics  
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

## Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity

Sarah E. Hampel, MD, RAAP<sup>1</sup>; Sandra G. Hassink, MD, FAAP<sup>2</sup>; Ashley A. Skinner, PhD,<sup>1</sup> Sarah C. Armonstrong, MD, RAAP<sup>3</sup>; Sarah E. Barlow, MD, MPH, FAAP<sup>4</sup>; Christopher F. Bolling, MD, FAP<sup>5</sup>; Kimberly C. Avila Edwards, MD, FAP<sup>6</sup>; Ihuoma Eneli, MD, MS, RAAP<sup>7</sup>; Robin Hamre, MPH; Madeline M. Joseph, MD, FAP<sup>8</sup>; Doug Lunsford, MD,<sup>9</sup> Eneida Mendonca, MD, PhD, FAP<sup>10</sup>; Mars P. Michalsky, MD, MBA, FAAP<sup>11</sup>; Nazrat Mirza, MD, Sub, FAP<sup>12</sup>; Eduardo R. Ochoa, Jr, MD, FAP<sup>13</sup>; Mona Sharif, MD, MPH, FAP<sup>14</sup>; Amanda E. Stralino, PhD, MPH<sup>15</sup>; Ashley E. Weedin, MD, MPH, FAP<sup>16</sup>; Susan K. Finn, MA<sup>17</sup>; Jeanne Lindross, MPH<sup>18</sup>; Nympha Quechua, MD<sup>19</sup>

### Goals

You have in your hands, or at your fingertips, the first edition of the American Academy of Pediatrics clinical practice guideline for evaluation and management of children and adolescents with overweight and obesity. Putting together this guideline was no small task, and the Academy is grateful to the efforts of all the professionals who contributed to the production of this document. This work is a true testament to their passion and dedication to combatting childhood and adolescent overweight and obesity.

The Subcommittee responsible for developing this guideline comprises a diverse group of professionals from a variety of disciplines representing both governmental entities and private institutions. Experts all they are united by a common desire to provide the finest, most effective care and treatment to children and adolescents with overweight and obesity. Over the course of several months, the members of the Subcommittee reviewed the technical reports produced from the study review, then worked in concert to develop the Key Action Statements and Expert Consensus Recommendations contained within this guideline. These were crafted with meticulous care by the Subcommittee members, to align with current literature and to place appropriate emphasis on each statement.

While representing such a broad spectrum of perspectives, the members of this committee are all keenly aware of the multitude of barriers to treatment that patients and their families face. These barriers impact not only their access to treatment, but their ability to follow prescribed treatment plans. Whereas some patients are able to adopt the lifestyle changes and habituate elements of their prescribed treatment plans, so many others struggle to do so for a wide variety of reasons. The members of the Subcommittee understand all of this. To assist with optimizing health equity and overcoming these barriers, guidance on a number of multilevel factors related to barriers to treatment have been included in this guideline. During the course of their work, members of the Subcommittee acknowledged that, although so much has been learned to advance the treatment of children and adolescents with overweight and obesity, there is still so much we have yet

<sup>1</sup>Children's Mercy Kansas City Center for Children's Healthy Lifestyles & Nutrition, University of Missouri-Kansas City School of Medicine, Kansas City, Missouri; <sup>2</sup>Medical Director, American Academy of Pediatrics, Institute for Healthy Childhood Weight, Wilmington, Delaware; <sup>3</sup>Department of Population Health Sciences, Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina; <sup>4</sup>Departments of Pediatrics and Population Health Sciences, Duke University Research Institute, Duke University, Durham, North Carolina; <sup>5</sup>Department of Pediatrics, University of Texas Southwestern Medical Center Children's Medical Center of Dallas, Dallas, Texas; <sup>6</sup>Department of Pediatrics, University of Oklahoma College of Medicine, Oklahoma; <sup>7</sup>Division of Health Policy & Advocacy, American Academy of Pediatrics, Dell Medical School at The University of Texas at Austin, Austin, Texas; <sup>8</sup>Department of Pediatrics, The Ohio State University Center for Healthy Weight and Nutrition, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; <sup>9</sup>Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; <sup>10</sup>Division of Pediatric Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, University of Nevada, College of Medicine-Jacksonville, University of Florida Health Sciences Center-Jacksonville, Jacksonville, Florida; <sup>11</sup>Family Representative, Department of Pediatrics and Adolescent & Health Team Science, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana; <sup>12</sup>Department of Pediatric Surgery, The Ohio State University College of Medicine, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; <sup>13</sup>Children's National Hospital, George Washington University, Washington, DC; <sup>14</sup>Department of Pediatrics, University of Arkansas for Medical Sciences, Arkansas Children's Hospital, Little Rock, Arkansas; <sup>15</sup>Department of Pediatrics, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut; <sup>16</sup>University of Pennsylvania Biomedical Research Center, Baton Rouge, Louisiana; <sup>17</sup>Department of Pediatrics, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma; <sup>18</sup>National Heart, Lung, and Blood Institute, Washington, DC; <sup>19</sup>American Academy of Pediatrics, Itasca, Illinois; and <sup>20</sup>American Academy of Pediatrics, Itasca, Illinois

This document is copyrighted and is property of the American Academy of Pediatrics and its Board of Directors. All authors have

**to cite:** Hampel SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2023;151(2):e202208640



UPDATED VERSION, June 3, 2025.

Guideline CPD

## Managing obesity in children: a clinical practice guideline

Geoff D.C. Ball PhD, Roah Merdad MD PhD, Catherine S. Birken MD MSc, Tamara R. Cohen PhD, Brendon Goodman JD, Stasia Hadjiyannakis MD, Jill Hamilton MD, Mélanie Henderson MD PhD, John Lammey MSc JD, Katherine M. Morrison MD, Sarah A. Moore PhD, Aislin R. Mushquash PhD, Ian Patton PhD, Nicole Pearce, Joshua K. Ramjist MD, Tracy Rhyason Lebel BScEng, Brian W. Timmons PhD, Annick Buchholz PhD, Jennifer Cantwell BEd, Jennifer Cooper BA MEd, Julius Erdstein MD, Donna Fitzpatrick-Lewis MSW, Dawn Hatanaka MA, Patrice Lindsay PhD, Tasneem Sajwani MD, Meghan Sebastianski PhD, Diana Sherifali PhD, Julie St. Pierre MD PhD, Muhammad Usman Ali MD PhD, Jessica Wijesundera MSc MPH, Angela S. Alberga PhD, Christine Ausman MA, Trisha C. Baluyot MSc, Emily Burke MA, Kara Dądgostar MA, Bronwyn Delacruz MD, Elizabeth Dettmer PhD, Maegan Dymarski MA, Zahra Esmaeilnezhad MSc, Ilona Hale MD, Soren Harnois-Leblanc PhD, Josephine Ho MD, Nicole D. Gehring MSc, Marsha Kucera MD, Jacob C. Langer MD, Amy C. McPherson PhD, Leen Naji MD PhD, Krista Oei MD MSc, Grace O'Malley PhD, Angelica M. Rigsby MSc, Gita Wahli MD PhD, Ian S. Zenlea MD MPH, Bradley C. Johnston PhD

■ Cite as: *CMAJ* 2025 April 14;197:E372-89. doi: 10.1503/cmaj.241456

### Abstract

**Background:** Obesity is a complex, chronic, stigmatized disease whereby abnormal or excess body fat may impair health or increase the risk of medical complications, and can reduce quality of life and shorten lifespan in children and families. We developed this guideline to provide evidence-based recommendations on options for managing pediatric obesity that support shared decision-making among children living with obesity, their families, and their health care providers.

**Methods:** We followed the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) approach. We used the Guidelines International Network principles to manage competing interests. Caregivers, health care providers, and people living with obesity participated throughout the guideline development process, which optimized relevance. We surveyed end users (caregivers, health care providers) to prioritize health out-

comes, completed 3 scoping reviews (2 on minimal important difference estimates, 1 on clinical assessment), performed 1 systematic review to characterize families' values and preferences, and conducted 3 systematic reviews and meta-analyses to examine the benefits and harms of behavioural and psychological, pharmacologic, and surgical interventions for managing obesity in children. Guideline panels developed recommendations focused on an individualized approach to care by using the GRADE evidence-to-decision framework, incorporating values and preferences of children living with obesity and their caregivers.

**Recommendations:** Our guideline includes 10 recommendations and 9 good practice statements for managing obesity in children. Managing pediatric obesity should be guided by a comprehensive child and family assessment based on our good practice statements. Behavioural

and psychological interventions, particularly multicomponent interventions (strong recommendation, very low to moderate certainty), should form the foundation of care, with tailored therapy and support using shared decision-making based on the potential benefits, harms, certainty of evidence, and values and preferences of children and families. Pharmacologic and surgical interventions should be considered (conditional recommendation, low to moderate certainty) as therapeutic options based on availability, feasibility, and acceptability, and guided by shared decision-making between health care providers and families.

**Interpretation:** This guideline will support children, families, and health care providers to have informed discussions about the balance of benefits and harms for available obesity management interventions to support value- and preference-sensitive decision-making.

## Objetivo: Guías AAP (2023)



### Analizar

La Metodología de desarrollo de ambas guías.

Los Puntos Clave de cada guía (Filosofía y Tratamiento).



### Sintetizar

4 Mensajes para Llevar a Casa.



### Comparar

Las recomendaciones, identificando sinergias y diferencias clave.



### Aplicar

Departamento.

# METODOLOGÍA: El Rigor de GRADE y la Inclusión de la "Experiencia Vivida"



## Estándar

Sigue el enfoque **GRADE** (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

## Evidencia

Basada en 3 Metaanálisis (Conductual, Farmacológico, Quirúrgico) + 1 RS de Valores y Preferencias.

## Panel

Incluyó pacientes, cuidadores y personas con "experiencia vivida" a lo largo de todo el proceso.

## Resultado

10 Recomendaciones +  
9 Declaraciones de Buenas Prácticas.

## Marco

**Dirección:** favor/contra    **Fuerza:** Fuerte/Condicional

**Certeza:** de muy baja a alta

**Impacto en salud:** beneficios/daños, efecto y valor para el paciente.



# METODOLOGÍA



**1** Panel  
"Subcomité" multidisciplinario con un "Representante de la Familia" CDC+AAP.

**2** Preguntas Clave (KQs)

- KQ1: ¿Qué tratamientos son efectivos?
- KQ2: ¿Cuál es el riesgo de comorbilidades?

**3** Evidencia  
Basada en 2 "Informes Técnicos" (TRs) comisionados, resultado de 2 R Sistematizadas (tratamiento y comorbilidades).  
2-18 años de edad/ Metaanálisis, Ensayos clínicos, observacionales, casos

**4** Estándar  
Matriz de Graduación propia de la AAP: Evidencia (Grados A, B, C, D, X)/ Beneficio-Daño.

**5** Resultado  
Key Action Statements (KASs) (basadas en evidencia)  
Consensus Recommendations (basadas en expertos).

Aggregate Evidence Quality	Benefit or Harm Predominates	Benefit and Harm Balanced
<b>Level A</b> Intervention: well designed and conducted trials, meta-analyses on applicable populations Diagnosis: independent gold standard studies of applicable populations	Strong recommendation	Weak recommendation (based on balance of benefit and harm)
<b>Level B</b> Trials or diagnostic studies within minor limitations; consistent findings in from multiple observational studies	Moderate recommendation	
<b>Level C</b> Single or few observational studies or multiple studies with inconsistent findings or major limitations	Weak recommendation (based on low quality evidence)	No recommendation may be made
<b>Level D</b> Expert opinion, case reports, reasoning from first principles		
<b>Level X</b> Exceptional situations in which validating studies cannot be performed, and there is a clear preponderance of benefit or harm	Strong recommendation Moderate recommendation	

# Principios y Recomendaciones Clave: 9 Buenas Prácticas (El "Cómo")



El marco para la interacción en la consulta.

## 1) Evaluación Holística: Las 4Ms (Edmonton p)

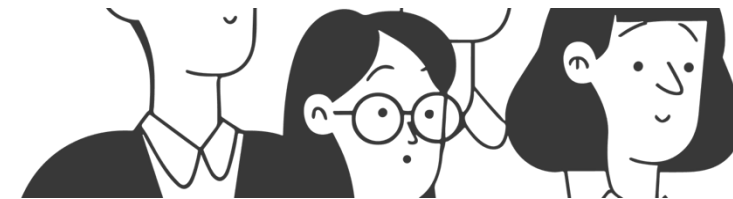
- **Metabólico** (HdC, lípidos, PA...)
- **Mecánico** (SAHS, Dolor articular)
- **Mental** (Depresión, Ansiedad, Estigma)
- **Medio Social** (SDoH, Barreras)

Esto nos obliga a tratar al niño completo, **no solo el IMC.**

## 2) Flujo de Trabajo: Las 5As

1. **Ask** (Preguntar)
2. **Assess** (Evaluar - 4Ms)
3. **Advise** (Aconsejar)
4. **Agree** (Acordar)
5. **Assist** (Ayudar)

## 3) Equipo multidisciplinario



# Principios y Recomendaciones Clave: El Cambio de Paradigma

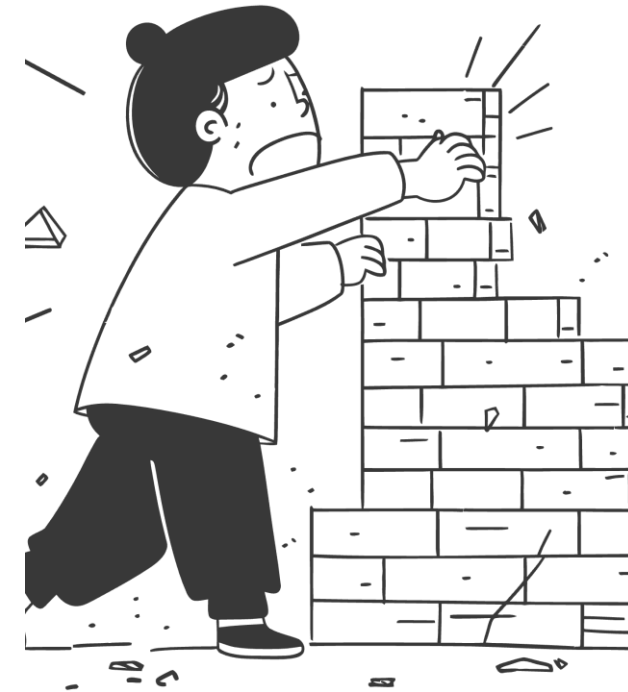


La Declaración de Buenas Prácticas #8 es revolucionaria:

**"No hay evidencia que apoye un enfoque escalonado (stepwise approach) donde las intervenciones farmacológicas y quirúrgicas solo deban ofrecerse si las intervenciones conductuales... resultan ineficaces."**

## Implicación

Discutir **TODAS** las opciones (conductual, farma, cirugía) desde el inicio, mediante toma de decisiones compartida.





# Recomendaciones Clave: 10 recomendaciones

## Intervenciones Conductuales y Psicológicas :

### 1.1. Intervenciones Multicomponente

(Al menos 2 de nutrición, act. física, psicología, tecnología).

**Recomendación Fuerte** (Certeza muy baja a moderada).  
Este es el pilar fundamental.

### 1.4. Psicológicas (sola)

*Condiciona*l (Certeza muy baja a moderada).

### 1.2. Nutrición (sola)

*Condiciona*l (Certeza muy baja a baja).

### 1.5. Tecnología (sola)

*Ni a favor ni en contra* (*Condiciona*l) (Certeza muy baja a baja).

### 1.3. Actividad Física (sola)

*Condiciona*l (Certeza muy baja a baja).

## Intervenciones Farmacológicas:

(Como adjunto a intervenciones conductuales;  $\geq 12$  años).

### 2.1. Agonistas del receptor GLP-1

*Condiciona*l (Certeza muy baja a baja).

### 2.2. Biguanidas (ej. Metformina)

*Condiciona*l (Certeza baja a moderada).

### 2.3. Inhibidores de Lipasa (ej. Orlistat)

**Sugerencia en Contra (Condiciona**l, **Certeza baja**).

La justificación se basa en la falta de evidencia de beneficio en resultados críticos y un aumento de eventos adversos.

## Intervenciones Quirúrgicas:

(Como adjunto a intervenciones conductuales;  $\geq 13$  años).

### 3.1. Gastrectomía en Manga Laparoscópica (LSG)

*Condiciona*l (Certeza baja a moderada).

### 3.2. Bypass Gástrico Roux-en-Y (RYGB)

*Condiciona*l (Certeza baja a moderada).

# El Pilar Filosófico: El Contexto Socio-Ecológico



El tratamiento debe abordar el contexto social del niño.



## Equidad en Salud

Reconocer las *inequidades* sistémicas.



## Racismo/Desigualdades

Un SDoH que impacta la fisiología y el acceso.



## Estigma de Peso

Reconocer nuestro propio sesgo.



## ACEs (Experiencias Adversas en la Infancia)

Un factor de riesgo biológico (estrés crónico) y conductual.

# Principios y Recomendaciones Clave: Protocolo de Evaluación (El "Qué")



La AAP es altamente prescriptiva en el "workup" KAS 1-8.

## Evaluaciones Básicas

- **KAS 1:** IMC *anual* (2-18 años).
- **KAS 8:** PA en *cada visita* ( $\geq 3$  años).

## Laboratorios por Categoría

**KAS 3: Obesidad** ( $\geq 95$ th percentile) (>10 años):

- Lípidos en ayunas (KAS 5)
- Glucosa (Ayunas, SOG, o A1c) (KAS 6)
- ALT (KAS 7)

**KAS 3: Sobrepeso** (85th-94th percentile) (>10 años):

- Solo Lípidos en ayunas (KAS 5)

**KAS 4: Tratamiento concurrente comorbilidades**

# Principios y Recomendaciones Clave: La "Dosis" de Tratamiento (KAS 9-11)



## KAS 11: IHBLT

Intensive Health Behavior and Lifestyle Treatment

La efectividad depende de la "dosis" de contacto.

## Evidencia Sólida

USPSTF/AAP: **26 horas o más** de contacto cara a cara, multicomponente y basado en la familia. Periodo de 3 a 12 meses. Efecto aún mayor con **52+ horas**

## CONSECUENCIA

DE:

-Provedores de consejo

A:

-Identificar (KAS 1),










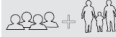


-Evaluar (KAS 2-8)

-Motivar (KAS10) Entrevista M

-Remitir programas de

IHBLT (KAS 11).

Recursos existentes

WHO:	WHEN:	WHAT:	WHERE:	DOSAGE:	FORMAT:	CHANNEL:
 Patient and family in partnership with a multidisciplinary treatment team*	 Promptly for child or adolescent with overweight or obesity	 Health education and skill building on multiple topics  Behavior modification and counseling	 Healthcare setting  Community-based setting with linkage to medical home	 Longitudinal treatment across 3-12 months with ideally ≥ 26 contact hours	 Group,  Individual, or  Both	 Face-to-face (strongest evidence)  Virtual (growing evidence)

## Evidencia

NO eficacia intervenciones **<5 horas**  
**Consejo breve, no eficaz.**



# Principios y Recomendaciones Clave: Farmacoterapia y Cirugía

Alineado con Canadá; opciones basadas en evidencia, no en "fracasos".

## KAS 12: Farmacoterapia

Ofrecer **Farmacoterapia** ( $\geq 12$  años con obesidad)

- Como adjunto al IHBLT.

## KAS 13: Cirugía

Ofrecer **Referencia para Evaluación Quirúrgica** ( $\geq 13$  años)

- Específico para **Obesidad Severa** ( $BMI \geq 120\%$  del p95).

# Lo que nos une...



## Paradigma Central

Ambas definen la obesidad como una **enfermedad crónica, compleja y recurrente.**



## Enfoque Anti-Estigma

Exigen un enfoque **no estigmatizante** y el uso de **lenguaje centrado en la persona.**



## Base del Tratamiento

Intervención conductual intensiva (Canadiense: "Multicomponente"; AAP: "IHBLT 26+ horas") como la piedra angular del tratamiento.

### Herramientas de Comunicación

Ambas recomiendan explícitamente la

**Entrevista Motivacional.**

Decisiones compartidas

### Tratamientos Adjuntos

Ambas recomiendan la farmacoterapia ( $\geq 12$  años) y la evaluación para cirugía bariátrica ( $\geq 13$  años) como opciones válidas y basadas en evidencia.

Seguimiento Longitudinal  
TRANSICION

# Lo que nos separa...



Característica	Guía Canadiense (2025)	Guía de la AAP (2023)
<b>Metodología</b>	GRADE (Estándar Global)	Matriz AAP (Grados A-X)
<b>Población objetivo.</b>	<18 años	2-18 años
<b>Diagnóstico de obesidad</b>	IMC: OMS	IMC: CDC
<b>Foco Primario</b>	MARCO DE LA PRÁCTICA (cómo interactuar: 4Ms, 5As)	EVALUACIÓN (qué exámenes pedir y cuándo: KAS 1-8)
<b>Tratamiento Conductual</b>	Recomendación fuerte para "multicomponente" pero es menos específica	Cuantifica la dosis mínima efectiva (26+ horas).
<b>El Enfoque "Stepwise"</b>	Rechaza explícitamente ("No evidence to support a stepwise approach").	Tratar obesidad y comorbilidades concurrentemente (KAS 4) Flujo de KASs (KAS 11 ,12 , 13) puede ser interpretado como escalonado, aunque esa no sea la intención

## 4 MENSAJES PARA CASA...



### Mensaje 1: Deje de "Observar". Empiece a Evaluar.

Ambas guías rechazan la "espera vigilante".

#### Protocolo AAP:

- IMC Anual (KAS 1).
- PA en CADA visita (KAS 8).
- Laboratorios (> 10 años con Obesidad): Lípidos, ALT, HbA1c (KAS 3, 5-7).



### Mensaje 2: Deje de Aconsejar. Empiece a Referir.

El consejo breve (<5 horas) es ineficaz.

El estándar de oro es el **IHBLT de 26+ horas** (KAS 11).

Nuestro rol: Usar Entrevista Motivacional (KAS 10) para **referir** al paciente a un tratamiento intensivo.

## 4 MENSAJES PARA CASA...



### Mensaje 3: Abandone el Enfoque Escalonado

#### Mensaje clave de Canadá

Farmacoterapia y Cirugía NO son "fracasos" del estilo de vida.

#### Opciones terapéuticas válidas

Deben presentarse concurrentemente mediante toma de decisiones compartida.

## 4 MENSAJES PARA CASA...



### Mensaje 4: Adopte el Marco de las 4Ms (EOSSp)

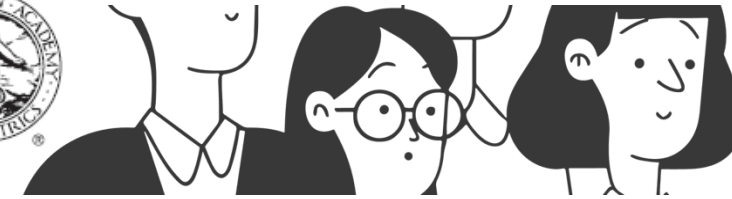
Esto nos obliga a tratar al niño completo, no solo el IMC.

En el diagnóstico

Y en la respuesta al tratamiento



# Aplicar...Servicio de Pediatría



## EL EQUIPO



**Julio Álvarez**  
Pediatra



**Laura Baixauli**  
Pediatra



**José Manuel Sastre**  
Pediatra



**Parisá Khodayar**  
Pediatra



**Emiliano Cavaliere**  
Lic AF y deporte



**Neus Boch**  
Nutricionista



**Vicente Granell**  
Nutricionista



**Ana de Blas**  
Pediatra



**Maribel Torró**  
Pediatra



**Imma Girba**:Dietista-  
Nutricionista

# Aplicar...Servicio de Pediatría



**CURSO FORMACIÓN PARA FAMILIAS**



**EXTRAESCOLAR FAMILIAR- MARCHANDO CON MI PEDIATRA**



**VISITAS PRESENCIALES INDIVIDUALES**



**ASESORAMIENTO NUTRICIONAL**



**RECUSOS WEB Y APLICACIÓN**



# Aplicar...Servicio de Pediatría



## CURSO FORMACIÓN PARA FAMILIAS

06/10/2025

TALLER DE NUTRICIÓN

07-08/10/2025

TALLER DE COCINA

12/11/2025

LA (IM)POSIBLE TAREA DE MOTIVAR A UN NIÑO/ADOLESCENTE

13/01/2026

¿QUÉ HAGO SI COME Y NO ES POR HAMBRE?

19/02/2026

SESIÓN ACTIVIDAD FÍSICA DE FUERZA

10/03/2026

¿QUÉ HACER CUANDO SIENTO QUE TIRO LA TOALLA?

07/05/2026

TALLER DE PREVENCIÓN Y USO ADECUADO DE PANTALLAS

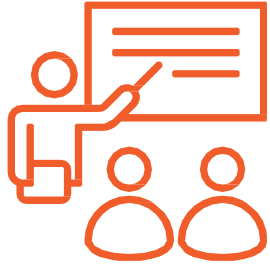
12/05/2026

CADA VEZ QUE HAY VERDURAS O PESCADO HAY BRONCA EN CASA. TÉCNICAS PARA DISCUTIR MENOS

# Aplicar...Servicio de Pediatría



## CURSO FORMACIÓN PARA FAMILIAS



### TALLERES DE NUTRICIÓN Y COCINA

Vicente granell: Dietista-Nutricionista



1- IDENTIFICAR Y CONOCER TIPOS Y GRUPOS DE ALIMENTOS

2- APRENDER UNA LECTURA BÁSICA DE ETIQUETADO NUTRICIONAL

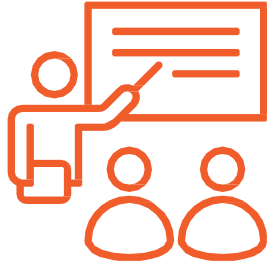


3- REALIZAR Y ORGANIZAR UNA LISTA DE LA COMPRA SALUDABLE

# Aplicar...Servicio de Pediatría



## CURSO FORMACIÓN PARA FAMILIAS



## TALLERES DE NUTRICIÓN Y COCINA



**1- PRACTICAR LA TEORÍA**



**2- RECOGER Y LIMPIAR MIENTRAS COCINAMOS**



**3- PROBAR TODO LO QUE COCINAMOS**

# Aplicar...Servicio de Pediatría



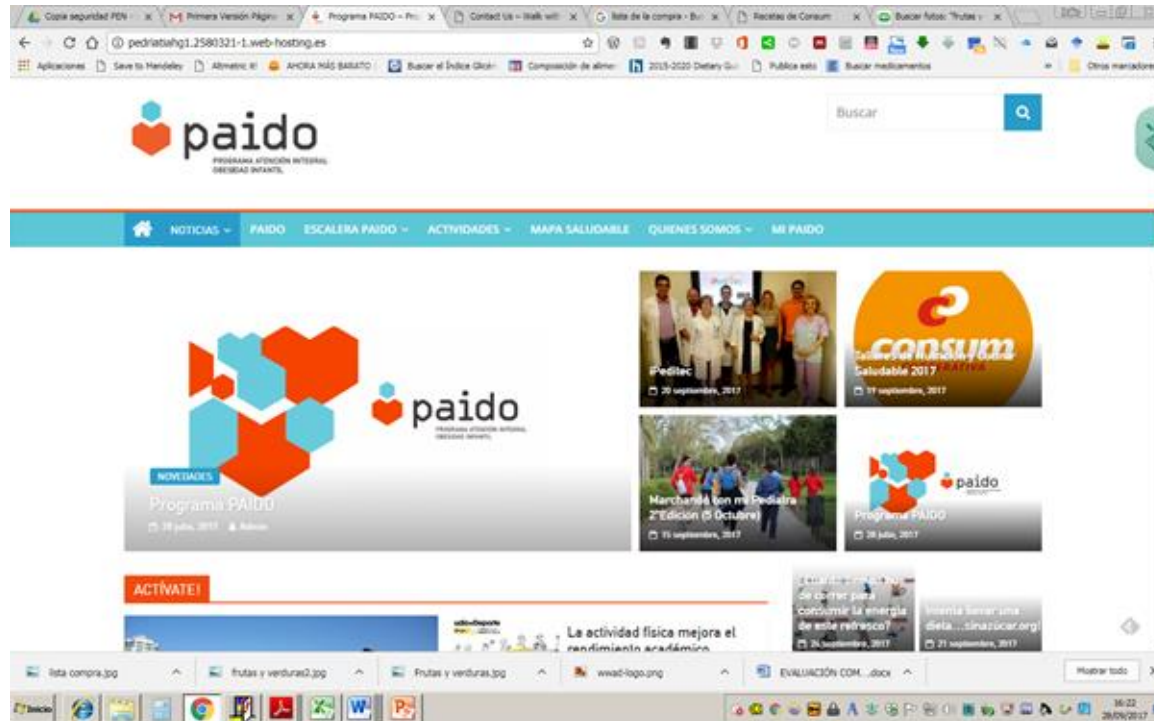
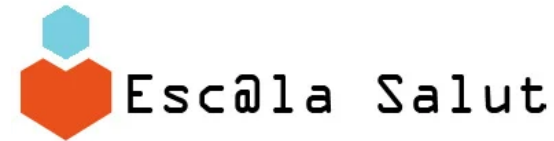
## EXTRAESCOLAR FAMILIAR- MARCHANDO CON MI PEDIATRA



# Aplicar...Servicio de Pediatría



## RECUSOS WEB Y APLICACIÓN



[www.programapaido.es](http://www.programapaido.es)



# Aplicar...Servicio de Pediatría



**Reunión Primera Visita**  
Primera reunión inicial con el cliente

**Taller de Nutrición**  
Taller interactivo sobre nutrición

**Taller de Cocina**  
Taller práctico de cocina saludable

**Asistencia a Marchando**  
Participación en evento de marcha

**Taller de Cocina**  
Taller práctico de cocina saludable

Taller sobre alimentación emocional

**Reunión Primera Visita**  
Cuarta reunión de seguimiento

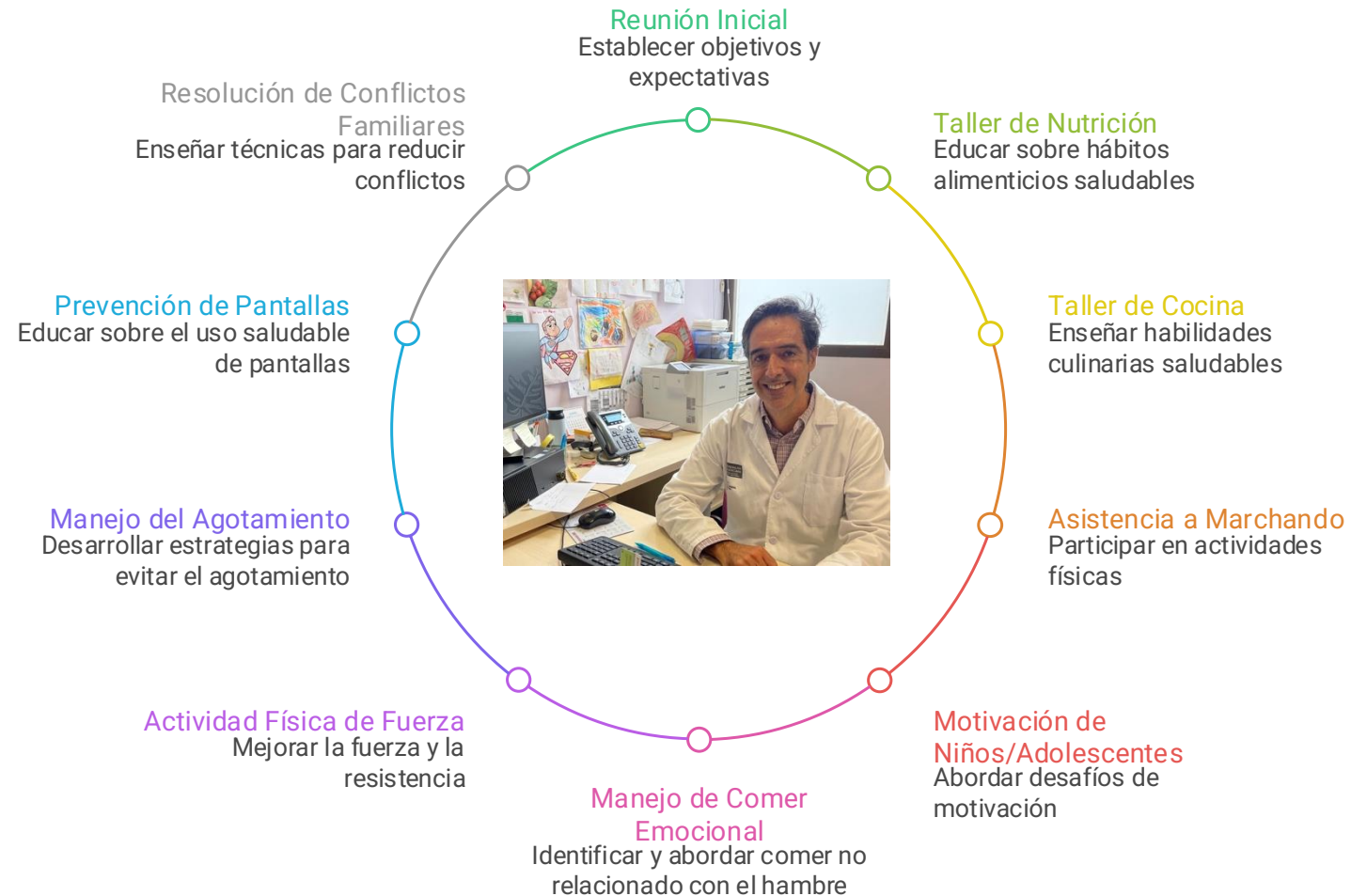
**Taller de Cocina**  
Taller práctico de cocina saludable

SEPTIEMBRE

JUNIO



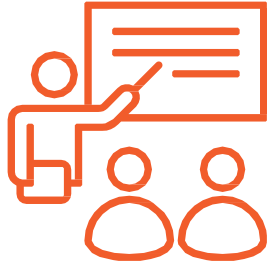
# Aplicar...Servicio de Pediatría



>26 HORAS



# Aplicar...DEPARTAMENTO



# Aplicar...DEPARTAMENTO



# Aplicar...DEPARTAMENTO

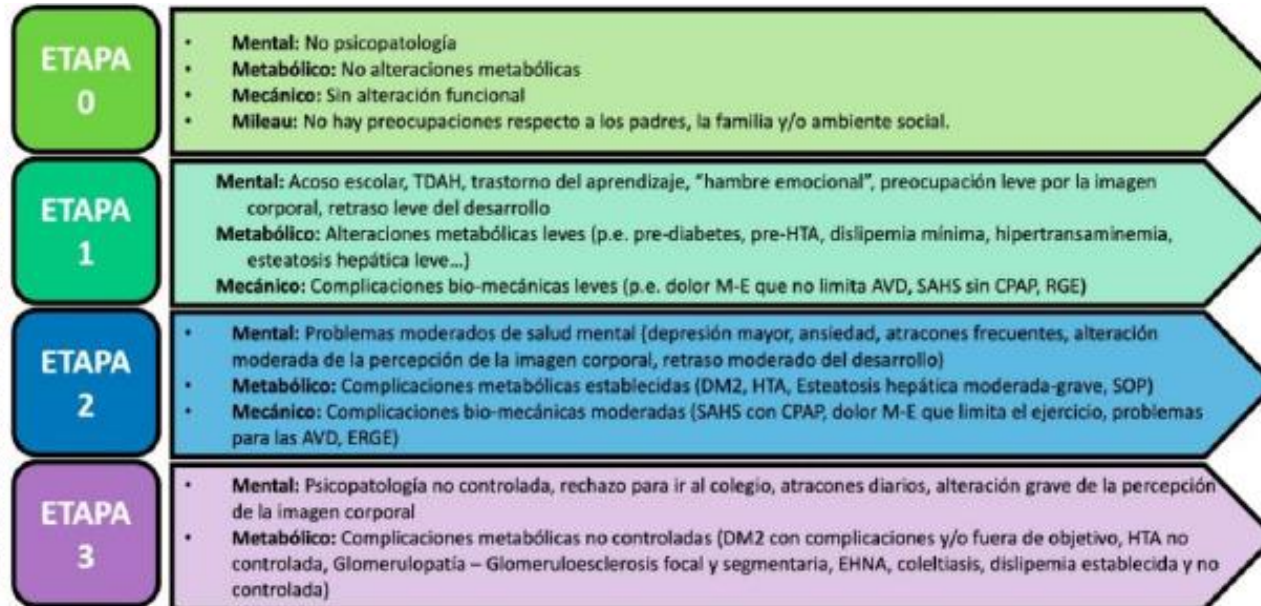


# Aplicar...DEPARTAMENTO



 CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALÈNCIA DEPARTAMENT VALÈNCIA HOSPITAL GENERAL	<b>SERVICIO DE PEDIATRÍA</b>	 GENERALITAT VALÈNCIANA Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
	<b>PROTOCOLO DERIVACIÓN UNIDAD DE RIESGO CARDIOVASCULAR INFANTIL</b>	
		Nº: PED-RCV/10-25
		Versión Nº: 1
		Fecha: 20/10/2025
		Página 1 de 15

EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM -



# Aplicar...DEPARTAMENTO



## 1.-FASE: COMPARTIR RECURSOS PAIDO

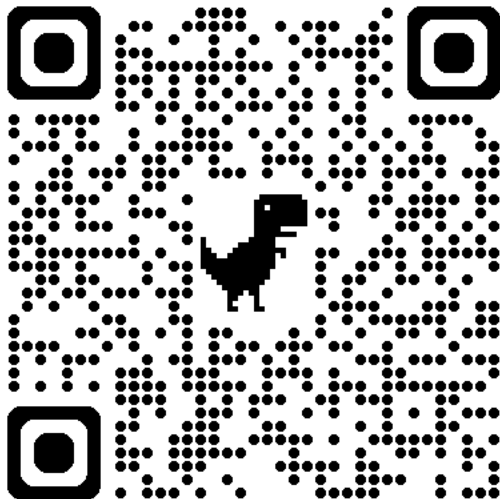


# Aplicar...DEPARTAMENTO



## 2.-FASE: PROYECTO LOCALIZA!!

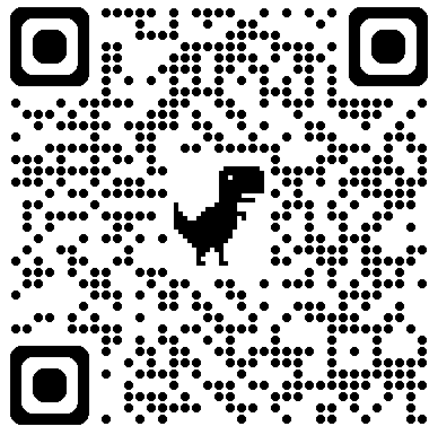
**LOCALIZA salud**  
MAPA DE RECURSOS COMUNITARIOS Y ACTIVOS PARA LA SALUD



# Aplicar...DEPARTAMENTO

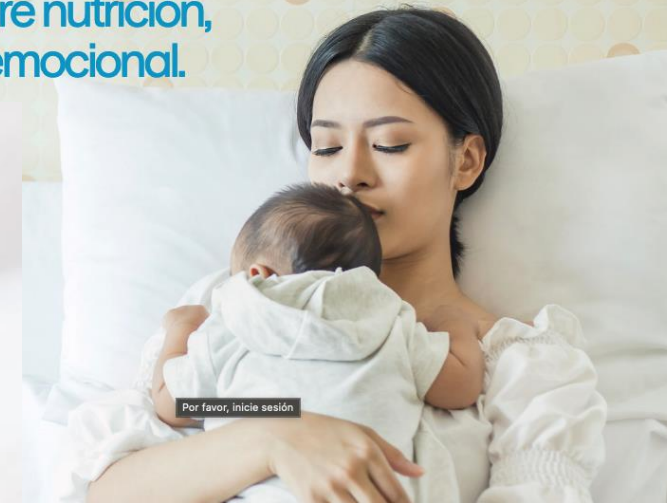


## 3.-FASE: GENERANDO RECURSOS!!



### HÁBITOS SALUDABLES PARA TU BEBÉ: DE 0 A 24 MESES

Orientación práctica sobre nutrición,  
movimiento y bienestar emocional.



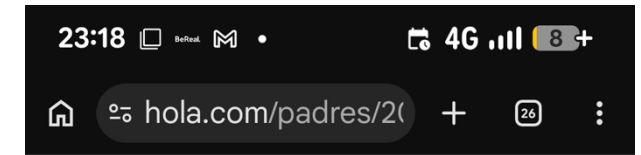
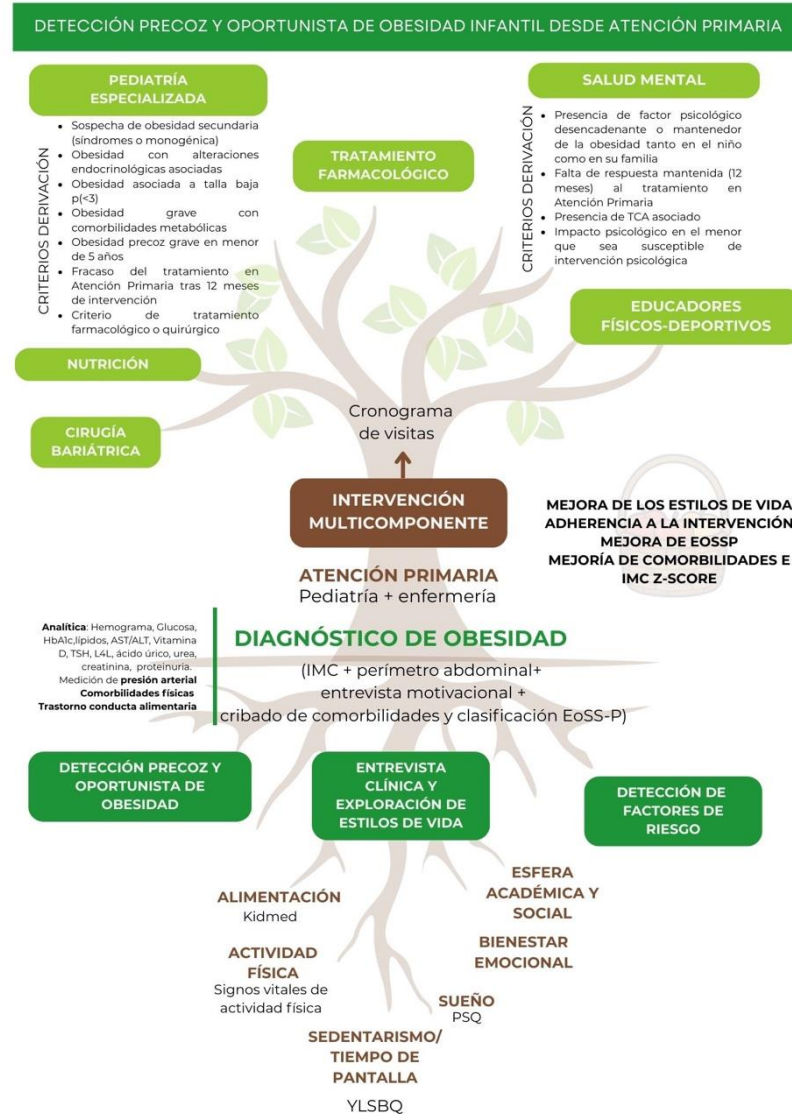
### CUIDANDO, CONECTANDO, CRECIENDO: GUÍA PARA PADRES SOBRE RUTINAS Y EMOCIONES SALUDABLES

Apoyando el estilo de vida y el comportamiento  
para prevenir la obesidad infantil



# Aplicar...DEPARTAMENTO

## 3.-FASE: GENERANDO RECURSOS!!



SEEDO reclamamos que **el tratamiento del niño y adolescente con obesidad ha de ser multidisciplinar.** Un modelo en el que el pediatra esté en el medio, identificando el problema, evaluándolo y siendo el motivador del cambio en el paciente y su familia. Y luego contar con el apoyo de todos estos profesionales: la enfermería de atención primaria, el nutricionista comunitario, el psicólogo municipal y/o los servicios de actividad física cercanos al domicilio de la familia... y en algunos casos, donde hay mayor complicación, habría que derivar a atención hospitalaria.

— Pero para conseguir este sistema que es el que recomiendan las últimas



# MUCHO MÁS QUE UN IMC SCORE

OBESIDAD PEDIÁTRICA: EL ENFOQUE HOLÍSTICO

## M METABÓLICA

Comorbilides:  
Dislipiemia, HTA, DM2,  
Hígado Graso

## M MECÁNICA

Físico: Dolor Articular,  
Apnea del Sueño

## M MENTAL

Psicológico: Ansiedad,  
Depresión, Estigma,  
Autossteima

## M MEDIO SOCIAL

Entorno:  
Determinantes Sociales,  
Inseguridad Alimentaria,  
Lantaria, Familia

BASADO EN EOSS-P Y EL MARACO CANADIENSE DE LAS 4M's



CONSORCIO  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALENCIA



PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL  
OBESIDAD INFANTIL

UNIDAD CONTRA  
LA OBESIDAD  
Y EL RIESGO  
CARDIOVASCULAR

SERVICIO DE PEDIATRÍA



alvarez\_jul@gva.es