Escribano et al y están en consonancia con los del estudio enKid, que sirve de referencia nacional y muestra prevalencias de obesidad infantojuvenil en el área centro, que incluye la Comunidad Autónoma de Castilla y León, muy parecidas aunque algo inferiores a las de la comunidad andaluza⁵. La prevalencia de obesidad abdominal entre los 15 y los 17 años en nuestro trabajo fue del 88% (IC del 95%, 83,8-93,7%)⁷, muy distante de la encontrada en el trabajo de Escribano et al.

De la misma forma que los autores comunican en población adulta, encontramos en nuestro trabajo relación entre la obesidad, principalmente la abdominal, y la presencia de otros FRCV⁷.

Para facilitar la definición de obesidad en etapas precoces de la vida sujetas al proceso de crecimiento, hemos validado en nuestra muestra el cociente cintura/altura, estimando un valor de 0,5 como punto de corte para establecer la prevalencia de obesidad abdominal⁷. Como ventaja respecto al uso de valores absolutos del PC y el IMC, obvia la necesidad de recurrir a engorrosas tablas percentiladas para edad y sexo. El valor de este nuevo índice antropométrico deberá ser validado de forma externa en población infantojuvenil.

Nos gustaría concluir felicitando a Escribano et al por su trabajo, por servir de referente nacional, así como al equipo editorial por dar cabida a este tipo de trabajos epidemiológicos en revistas clínicas de alto impacto.

Manuel Almendro-Delia*, Víctor López García-Aranda y Rafael Hidalgo-Urbano

Servicio de Cardiología, Área del Corazón, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: almendro@secardiologia.es (M. Almendro-Delia).

On-line el 29 de abril de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Escribano García S, Vega Alonso A, Lozano Alonso J, Álamo Sanz R, Lleras Muños S, Castrodeza Sanz J, et al. Patrón epidemiológico de la obesidad en Castilla y León y su relación con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:63-6.
2. Reilly JJ. Assessment of childhood obesity: national reference data or international approach? *Obes Res.* 2002;10:838-40.
3. Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández-Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Estudios longitudinal y transversal. Fundación F. Orbegozo. En: Patrones de crecimiento y desarrollo en España. Atlas de gráficas y tablas. Madrid: Ergon; 2004. p. 145-68.
4. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ.* 2000;320:1240-3.
5. Serra Majem L, Aranceta Bartina J. Obesidad infantil y juvenil. En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editors. *Obesidad infantil y juvenil Estudio enKid*, 2. Barcelona: Masson; 2004.
6. Martín S, López V, Almendro M. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia: estudio Carmona. *Clin Invest Arterioscl.* 2005;17:112-21.
7. Almendro Delia M. Factores de riesgo cardiovascular y nutrición en la infancia y adolescencia. Estudio Carmona [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2010. Disponible en: <http://blad14.us.es/tesis/autores/1219>.

doi:10.1016/j.recesp.2011.02.011

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2010.01.001

Valor, en la práctica clínica real, de la angiografía coronaria por tomografía computarizada

Usefulness of Coronary Computed Tomography in Real Practice

Sra. Editora:

En los servicios de urgencias hospitalarios, el dolor torácico es un motivo de consulta frecuente. En este sentido, hemos leído con interés el editorial recientemente aparecido en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹. En este, al igual que en otros trabajos^{2,3}, se revisa la contribución que determinadas exploraciones de imagen no invasivas hacen a la evaluación de los pacientes con dolor torácico. En concreto, la angiografía por tomografía computarizada (TC) está alcanzando un auge notable debido a los prometedores resultados presentados por distintos autores^{4,5}. Hasta donde conocemos, su uso en nuestro medio, más allá de su inclusión en protocolos de investigación clínica, es escaso, por lo que es difícil establecer si su comportamiento y sus resultados son superponibles a los de la literatura anglosajona. Para comprobar este hecho, nos gustaría aportar nuestra experiencia.

Durante el año 2008, en la unidad de dolor torácico (UDT) de nuestro servicio de urgencias se seleccionó a un subgrupo de pacientes atendidos durante el horario de disponibilidad de la angiografía por TC y que, tras la aplicación del protocolo diagnóstico de la UDT, eran catalogados de bajo riesgo. En total, 319 (29,3%) de 1.087 elegibles⁶. De estos, el estudio seleccionaba a aquellos sin antecedentes de enfermedad coronaria, con al menos un factor de riesgo coronario y sin contraindicaciones para la angiografía por TC. La cifra anterior quedó reducida a 54

(16,9%) pacientes de los 319, después de que 1 paciente rehusara participar. Por lo tanto, nuestra primera apreciación es que, en las condiciones clínicas habituales, el porcentaje de pacientes que finalmente son aptos para la angiografía por TC es bajo (en nuestro caso, alrededor del 20%) y, desde esta perspectiva, actualmente no es una exploración generalizable a todos los pacientes con dolor torácico de bajo riesgo. Aun con la inclusión de los 110 pacientes excluidos por no presentar factores de riesgo coronario, los pacientes aptos rondarían el 50% -164 (51,4%) de 319-, similar al del estudio de Goldstein et al⁴. En segundo lugar, nos gustaría destacar también el alto porcentaje de falsos positivos que hallamos en nuestro estudio, en concreto un 33%⁶. Estos resultados concuerdan con las afirmaciones de Kontos¹, en el sentido de que la angiografía por TC obliga a utilizar otras exploraciones no invasivas para evaluar correctamente el dolor torácico y aumenta el porcentaje de cateterismos cardíacos. Pensamos que estos hallazgos, probablemente mejorables con el tiempo conforme los exploradores adquieran más experiencia y las máquinas incrementen su resolución, son una segunda razón importante para poner en entredicho el valor actual, en condiciones clínicas reales, de la angiografía por TC.

Sin embargo, no somos pesimistas en cuanto a la utilidad futura de la angiografía por TC, todo lo contrario. Los resultados de estudios controlados son notables y, para los médicos de urgencias, sometidos con frecuencia a una presión asistencial alta, esperanzadores. La sola posibilidad de acortar el tiempo de estancia en urgencias de estos pacientes en varias horas, y hacerlo de forma segura y más barata, anima a seguir profundizando en futuros estudios de qué manera y en qué subgrupo de pacientes la angiografía por TC se abre paso en los protocolos de evaluación de

los pacientes con dolor torácico en los servicios de urgencias hospitalarios.

Miquel Sánchez*, José Tomás Ortiz-Pérez, Beatriz López y Òscar Miró

Secció d'Urgències Medicina, Àrea d'Urgències, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: msanchez@clinic.ub.es (M. Sánchez).

On-line el 6 de mayo de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Kontos MC. Exploraciones de imagen no invasivas para la evaluación de los pacientes de bajo riesgo en unidades de dolor torácico: disponibilidad, utilidad e inconvenientes en la práctica clínica real. Rev Esp Cardiol. 2011;64:92-5.

2. García-Álvarez A, Fernández Frieria L, Fuster V, Sanz J. Papel de las nuevas técnicas de imagen en el diagnóstico de síndrome coronario agudo en urgencias. Emergencias. 2010;22:125-9.
3. Hamilton BH, Hollander JE. Diagnóstico del síndrome coronario agudo en los servicios de urgencias: mejoras durante la primera década del siglo XXI. Emergencias. 2010;22:293-300.
4. Goldstein JA, Gallagher MJ, O'Neill WW, Ross MA, O'Neil BJ, Raff GL. A randomized controlled trial of multi-slice coronary computed tomography for evaluation of acute chest pain. J Am Coll Cardiol. 2007;49:863-87.
5. Hollander JE, Chang AM, Shofer FS, McCusker CM, Baxt WG, Litt HI. Coronary computed tomography angiography for rapid discharge of low-risk patients with potential acute coronary syndromes. Ann Emerg Med. 2009;53:295-304.
6. Miró O, Ortiz-Pérez JT, León R, López B, Perea R, De Caralt TM, et al. Estudio piloto de la utilidad de la tomografía computarizada cardiaca para descartar síndrome coronario agudo en urgencias. Emergencias. 2010;22:101-8.

doi:10.1016/j.recesp.2011.02.012

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/j.recesp.2010.10.006