

Con la CV aumenta la comunicación y la capacidad resolutoria entre AP y AE. Sin embargo, se debe evaluar el grado de satisfacción de los usuarios, realizar un estudio de costes y ver si existen diferencias en la morbimortalidad comparándolo con el modelo anterior. En el año 2017 está previsto que el 80% del área sanitaria se cambie a este nuevo modelo de consulta. Asimismo, con la experiencia acumulada se está actualizando el protocolo de integración con AP y los recursos materiales necesarios para generalizar este modelo a toda la comunidad autónoma. Es el reto de construir un escenario de atención integrada entre los 2 niveles asistenciales.

Julio Hernández-Afonso^{a,*}, María Facenda-Lorenzo^a, Marcos Rodríguez-Esteban^a, Celestino Hernández-García^a, Leonor Núñez-Chicharro^b y Antonia D. Viñas-Pérez^c

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^bServicio de Atención Primaria, Centro de Salud Barrio de La Salud y Barrio Salamanca, Santa Cruz de Tenerife, España

^cServicio de Admisión, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: calula@telefonica.net (J. Hernández-Afonso).

On-line el 20 de diciembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez-Perera FP, Peiró M. La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:749-754.
- Falces C, Sadurní J, Monell J, et al. Consulta inmediata ambulatoria de alta resolución en cardiología: 10 años de experiencia. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:530-533.
- Olayiwola JN, Anderson D, Jepeal N, et al. Electronic consultations to improve the primary care-specialty care interface for cardiology in the medically underserved: a cluster-randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* 2016;14:133-140.
- Sanchis-Bayarri V, Rull S, Moral L, García E, Aparisi J, Escandón J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. *Rev Clin Esp.* 2003;203:133-135.
- Falces C, Andrea R, Heras M, et al. Integración entre cardiología y atención primaria: Impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:564-571.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.019>
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Disminuye el exceso ponderal en la población adulta? Contraste entre las Encuestas Europeas de Salud en España de 2009 y 2014



Is Overweight on the Decrease in the Adult Population? Differences Between the 2009 and 2014 European Health Surveys in Spain

Sr. Editor:

El grupo colaborativo sobre enfermedades no transmisibles y riesgo cardiovascular (*NCD Risk Factor Collaboration*) ha publicado recientemente los resultados de un estudio sobre la evolución del índice de masa corporal (IMC) en el mundo entre 1975 y 2014¹. El estudio, con una muestra cercana a los 20 millones de personas procedentes de 200 países, se pone de manifiesto el aparente fracaso de las políticas públicas dirigidas a frenar la obesidad. Al mismo tiempo, la permanencia del bajo peso en determinadas regiones del planeta evidencia que la subalimentación sigue presente, circunstancia que supone otros riesgos para la salud².

El objetivo del presente trabajo es analizar la evolución del estado nutricional de la población adulta española en un periodo reciente (2009-2014) a partir de los datos contenidos en las Encuestas Europeas de Salud en España (EESE)³, realizadas por el Instituto Nacional de Estadística en el marco de las Encuestas Europeas de Salud (*European Health Interview Survey* [EHIS]). En ellas se recoge la información de peso y talla referida por los participantes, a los que se pregunta: «¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos? (en cm)» y «¿Cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa? (en kg)». A partir de los datos indicados, se estimó el IMC (peso [en kg] / talla² [en m]) y se clasificó a los individuos en las categorías de bajo peso (IMC < 18,5), normopeso (IMC ≥ 18,5- < 25), sobrepeso (IMC ≥ 25- < 30) y obesidad (IMC ≥ 30). Las EESE incluyen a personas de 16 o más años, por lo que, eliminados los menores de 18, se trabajó sobre una muestra de 20.234 personas en 2009 y 21.283 en 2014.

Para analizar el efecto de la edad, la muestra se estratificó en grupos de 18-39, 40-59, 60-79 y ≥ 80 años. La prevalencia de las categorías nutricionales se estimó con un intervalo de confianza del 95% (IC95%) tanto para la muestra en su conjunto como desagregada por sexo y edad. Para establecer comparaciones, las

prevalencias se ajustaron previamente mediante el método directo, considerando como estándar la serie total. Se efectuó un análisis de regresión logística (*odds ratio* [OR]; IC95%) de manera independiente para cada categoría de IMC (bajo peso, sobrepeso y obesidad) frente a la de normopeso, específicos para cada sexo, con ajuste por edad. El procesamiento estadístico se realizó con los programas Stata 12.0 y Epidat 4.1.

La *tabla* muestra las prevalencias de bajo peso, sobrepeso y obesidad de la población adulta española, en general y desagregada por sexo y edad, en 2009 y 2014. En las 2 EESE estudiadas, el sobrepeso y la obesidad se incrementan con la edad en ambos sexos entre los 18 y los 79 años ($p < 0,001$). Paralelamente, el bajo peso disminuyó desde los 18 a los 60 años y se incrementó en los mayores de 80. La proporción de exceso ponderal (sobrepeso más obesidad) fue, en todas las edades, superior en varones ($p < 0,001$), si bien a partir de los 60 años se observó una mayor proporción de mujeres obesas. Por otra parte, la prevalencia de bajo peso fue mayor en todos los grupos de edad de la serie femenina ($p < 0,001$). Cabe señalar que estas diferencias en función del sexo y la edad concuerdan con las observaciones de los estudios ENPE⁴ y ANIBES⁵, aunque en ambos el intervalo de edad era más restringido, hasta los 64 años.

La proporción de sobrepeso total indicada en el ENPE (39,3%) estaba en el intervalo de variación correspondiente a las EESE de 2009 y 2014, mientras que la correspondiente al ANIBES (35,5%) se hallaba ligeramente por debajo. En ambos estudios, que parten de datos antropométricos, la prevalencia de obesidad (el 21,6 y el 19,9% respectivamente) resultó algo superior a la aquí observada, lo que podría explicarse por la tendencia de los individuos obesos a subestimar su peso⁶.

Por lo que se refiere a la evolución temporal, propósito fundamental de este trabajo, se constata que entre 2009 y 2014 la prevalencia de bajo peso permaneció prácticamente igual en ambos sexos, mientras que en los varones descendieron de manera significativa el sobrepeso (OR = 0,89; IC95%, 0,84-0,95; $p < 0,001$) y la obesidad (OR = 0,90; IC95%, 0,82-0,97; $p < 0,05$). En las mujeres también disminuyó el sobrepeso (OR = 0,90; IC95%, 0,84-0,96; $p < 0,01$), aunque no se encontró disminución de la prevalencia de obesidad. A pesar de la limitación que supone trabajar con datos declarados por los entrevistados⁶, la tendencia positiva detectada en solo 1 quinquenio ofrece un panorama

Tabla

Prevalencia de bajo peso, sobrepeso y obesidad en población adulta española por sexo y edad, a partir de las EESE de 2009 y 2014

Edad (años)	2009			2014				
	n	Bajo peso, % (IC95%)	Sobrepeso, % (IC95%)	Obesidad, % (IC95%)	n	Bajo peso, % (IC95%)	Sobrepeso, % (IC95%)	Obesidad, % (IC95%)
Varones								
18-39	3.069	1,0 (0,7-0,4)	39,0 (37,3-40,7)	12,0 (10,9-13,2)	2.784	1,3 (0,8-1,7)	36,8 (35,0-38,5)	10,7 (9,6-11,9)
40-59	3.527	0,2 (0,1-0,4)	49,9 (48,3-51,6)	20,4 (19,1-21,7)	3.936	0,5 (0,3-0,7)	46,9 (45,3-48,5)	19,1 (17,8-20,3)
60-79	2.309	0,4 (0,2-0,7)	51,2 (49,2-53,3)	22,8 (21,1-24,5)	2.630	0,5 (0,3-0,8)	51,0 (49,0-52,9)	23,4 (21,8-25,0)
≥ 80	498	1,4 (0,4-2,4)	48,4 (44,0-52,8)	17,9 (14,5-21,2)	674	0,7 (0,1-1,4)	47,6 (43,9-51,4)	18,7 (15,8-21,6)
Total*	9.403	0,6 (0,4-0,7)	47,0 (45,6-48,4)	18,5 (17,6-19,3)	10.024	0,7 (0,6-0,9)	45,1 (43,8-46,4)	17,8 (17,0-18,6)
Mujeres								
18-39	3.169	6,1 (5,2-6,9)	20,3 (18,9-21,7)	7,6 (6,7-8,5)	2.889	5,5 (4,7-6,3)	19,2 (17,7-20,6)	9,5 (8,4-10,5)
40-59	3.815	1,6 (1,2-2,0)	30,1 (28,6-31,5)	14,6 (13,5-15,7)	4.116	2,3 (1,8-2,7)	28,3 (26,9-29,7)	14,6 (13,5-15,7)
60-79	2.992	0,7 (0,4-1,0)	43,7 (41,9-45,5)	25,2 (23,7-26,8)	3.079	1,3 (0,9-1,7)	39,7 (38,0-41,5)	24,9 (23,4-26,4)
≥ 80	855	2,9 (1,8-4,1)	37,7 (34,4-40,9)	22,3 (19,6-25,1)	1.175	1,6 (0,9-2,3)	40,8 (38,0-43,6)	22,2 (19,8-24,6)
Total*	10.831	2,8 (2,4-3,1)	31,5 (30,4-32,5)	16,0 (15,3-16,8)	11.259	2,9 (2,6-3,2)	29,7 (28,7-30,7)	16,4 (15,7-17,2)
Ambos sexos								
18-39	6.238	3,6 (3,1-4,0)	29,5 (28,3-30,6)	9,8 (9,0-10,5)	5.673	3,4 (3,0-3,9)	27,8 (26,6-29,0)	10,1 (9,3-10,9)
40-59	7.342	0,9 (0,7-1,2)	39,6 (38,5-40,7)	17,4 (16,5-18,3)	8.052	1,4 (1,1-1,7)	37,4 (36,3-38,5)	16,8 (16,0-17,6)
60-79	5.301	0,6 (0,4-0,7)	47,0 (45,6-48,3)	24,2 (23,0-25,3)	5.709	1,0 (0,7-1,2)	44,9 (43,6-46,2)	24,1 (23,1-25,3)
≥ 80	1.353	2,4 (1,6-3,2)	41,6 (39,0-44,2)	20,7 (18,5-22,9)	1.849	1,3 (0,8-1,8)	43,3 (41,0-45,5)	20,9 (19,1-22,8)
Total*	20.234	1,7 (1,5-1,9)	38,8 (37,9-39,7)	17,3 (16,7-17,8)	21.283	1,9 (1,7-2,0)	37,1 (36,3-37,9)	17,2 (16,6-17,7)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

* Edad ajustada por el método directo, considerando como estándar la población total.

moderadamente optimista. Sería conveniente valorar si esta tendencia se mantiene en el tiempo y si es resultado del esfuerzo de los sectores implicados en salud pública para controlar los factores de riesgo cardiovascular.

Paula Acevedo^{a,*}, Ana Isabel Mora-Urda^a, M. del Pilar Montero^a, M. Dolores Cabañas^{b,c}, Consuelo Prado^a y M. Dolores Marrodán^{b,d}

^aDepartamento de Biología, Facultad de Ciencias, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^bGrupo de Investigación EPINUT, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^cDepartamento de Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^dDepartamento de Zoología y Antropología Física, Facultad de Biología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: paula.acevedo@uam.es (P. Acevedo).

On-line el 30 de noviembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- Di Cesare M, Bentham J, Stevens GA, et al. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: A pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*. 2016;38:1377-1396.
- Tanaka S, Kuroda T, Saito M, Shiraki M. Overweight/obesity and underweight are both risk factors for osteoporotic fractures at different sites in Japanese postmenopausal women. *Osteoporosis Int*. 2013;24:69-76.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Europea de Salud de España [citado 15 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>.
- Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014-2015: estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:579-587.
- López-Sobaler AM, Aparicio A, Aranceta-Bartrina J, et al. Overweight and general and abdominal obesity in a representative sample of spanish adults: findings from the ANIBES study. *BioMed Res Int*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/8341487>.
- Acevedo P, Lopez-Ejeda N, Alferez-García I, et al. Body mass index through self-reported data and body image perception in Spanish adults attending dietary consultation. *Nutrition*. 2014;30:679-684.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.020>
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fístula entre orejuela auricular derecha y ventrículo derecho asociada a síndrome de Wolff-Parkinson-White



Wolff-Parkinson-White Syndrome Associated With a Fistula Between the Right Atrial Appendage and Right Ventricle

Sr. Editor:

Se presenta un caso excepcional de síndrome de Wolff-Parkinson-White en relación con una vía accesoria (VA) lateral

derecha alojada a nivel de una fístula que conectaba la orejuela auricular derecha con el ventrículo ipsilateral.

Se trata de una paciente de 16 años con historia de palpitaciones con síndrome de Wolff-Parkinson-White remitida para ablación (figura 1A). Un ecocardiograma no detectó cardiopatía estructural. Un primer estudio electrofisiológico confirmó la presencia de una VA lateral derecha con un intervalo RR mínimo en fibrilación auricular de 200 ms y con conducción retrógrada por la VA con actividad auricular retrógrada más precoz en el anillo tricúspide lateral. Tras varias aplicaciones de radiofrecuencia a dicho nivel, no