

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-Garcia 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.recresp.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

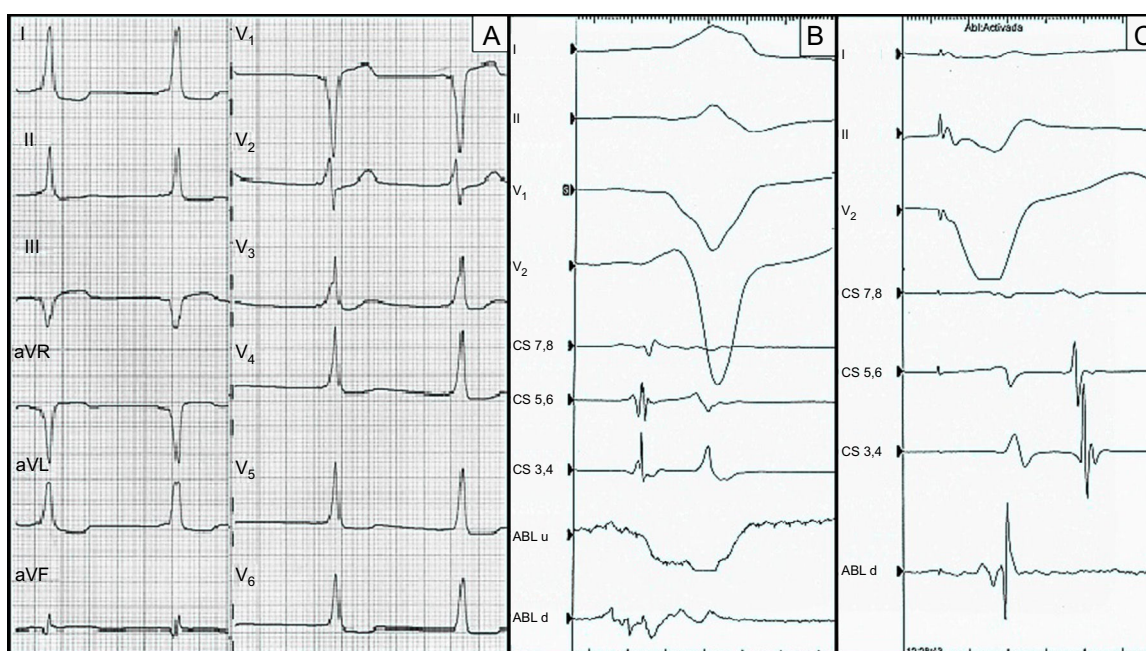


Figura 1. A: electrocardiograma previo a la ablación. B: registro endocavitario en ritmo sinusal, con el catéter de ablación situado en orejuela auricular derecha. El intervalo auriculoventricular a dicho nivel es muy corto. El registro monopolar muestra patrón QS. C: registro endocavitario con estimulación ventricular. El catéter de ablación nuevamente está en la orejuela auricular derecha. Se observa un intervalo ventriculoatrial muy corto a dicho nivel.

se consiguió eliminar la conducción. Un segundo procedimiento fracasó a pesar de utilizarse una vaina para conseguir mayor estabilidad. Por ello, se remitió a la paciente a otro centro. En el tercer estudio electrofisiológico se detectó la mejor precocidad auriculoventricular a nivel de la orejuela auricular derecha (figura 1B). Se intentó, sin éxito, una nueva ablación utilizando un catéter de radiofrecuencia irrigado. Tras ello, se sospechó que la VA tuviera una inserción epicárdica con origen en la orejuela auricular derecha. Por dicho motivo, se realizó una angiotomo-

grafía computarizada cardíaca que mostró una aurícula derecha ligeramente dilatada, con una conexión anómala de morfología tubular entre la orejuela auricular derecha y la porción basal lateral del ventrículo derecho (figura 2A) siendo el resto de estructuras cardíacas normales. Ante dicho hallazgo, y tras 3 intentos de ablación endocárdica infructuosos, se decidió remitir a la paciente a otro centro con experiencia en el tratamiento de arritmias en población pediátrica mediante cirugía mínimamente invasiva¹. El abordaje del hemitórax derecho se realizó mediante 3 pequeños

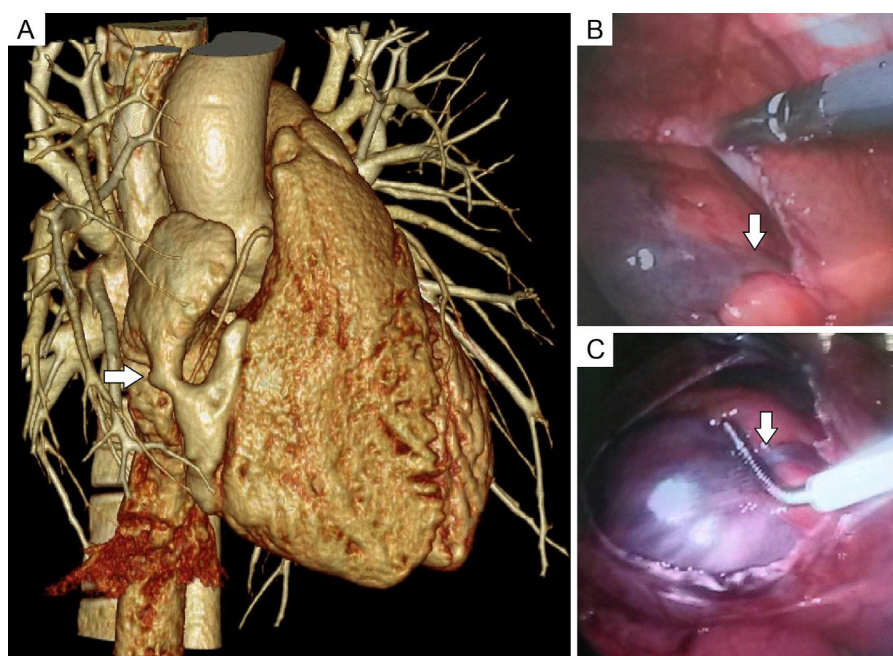


Figura 2. A: reconstrucción tridimensional de la angiotomografía computarizada que muestra la fistula que conecta la orejuela auricular derecha con la porción basal del ventrículo derecho (flecha). B: imagen quirúrgica que muestra la fistula tras la pericardiotomía (flecha). C: crioablación epicárdica (flecha).

accesos en el surco submamario. A continuación, se realizó una videotoroscopia y crioablación epicárdica de la VA en anillo tricúspide (figura 2B y figura 2C). Se logró la desaparición inmediata de la conducción por la VA. La paciente fue dada de alta hospitalaria a las 48 h con una evolución posterior satisfactoria.

La localización habitual de las VA es endocárdica, próxima al anillo auriculoventricular. En ocasiones, la inserción auricular o ventricular está más alejada. Ocasionalmente, la localización es epicárdica y excepcionalmente implica anomalías cardíacas como divertículos o fistulas de la orejuela auricular derecha²⁻⁵.

La ablación endocavitaria con catéter presenta una efectividad elevada. Las dificultades en la ablación se asocian con la posterior recidiva. En la bibliografía se han descrito 3 elementos asociados con dificultades en la ablación de una VA: localización atípica, localización errónea de la inserción y dificultad técnica para lograr la ablación. En estas situaciones, la combinación de nuevas técnicas de mapeo electroanatómico, cartografía e imagen radiológica suponen una gran ayuda en el correcto diagnóstico y tratamiento^{2,5,6} que en ocasiones deberá ser quirúrgico. El tratamiento quirúrgico de las VA se conoce desde hace muchos años y su utilidad está probada. Sin embargo, la ablación percutánea ha relegado la cirugía a casos complejos, fundamentalmente de localización epicárdica.

Podemos ver cómo en ocasiones el diagnóstico y la ablación de una VA son complejos. Técnicas de imagen como la angiotomografía computarizada cardíaca pueden ser de gran utilidad y probablemente deberían realizarse con más frecuencia, especialmente tras el fracaso del abordaje inicial. Aportan datos anatómicos que ayudan a detectar y predecir dificultades para la ablación, lo que facilita el replanteamiento de futuros abordajes. En caso de precisarse cirugía, conviene recordar la existencia de abordajes mínimamente invasivos como opción segura, eficaz y con excelente resultado estético (figura del material suplementario).

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración del resto del equipo. En especial a la Dra. Basterra, al Dr. Martínez y al Dr. Romero por su inestimable ayuda.

MATERIAL SUPLEMENTARIO



Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.011>.

Ignacio Roy^{a,*}, Virginia Álvarez^a, José-Miguel Ormaetxe^b, Jesús-Daniel Martínez-Alday^b, Ramón Pérez-Caballero^c y Juan Miguel Gil-Jaurena^c

^aDepartamento de Cardiología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^bDepartamento de Cardiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

^cDepartamento de Cirugía Cardíaca Infantil, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: iroy.md@gmail.com (I. Roy).

On-line el 15 de diciembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Caballero-Martínez R, Pita-Fernández A, González-López MT, et al. Combined ablation and exclusion of the left atrial appendage in a pediatric patient: a minimally invasive simplified approach. *Ann Thorac Surg*. 2016;101:2379-2382.
2. Campbell RM, Parks WJ, Crawford FA, et al. Right atrial diverticulum presenting as Wolff-Parkinson-White syndrome. *Pacing Clin Electrophysiol*. 1992;15:1101-1104.
3. Mah D, Miyake C, Clegg R, et al. Epicardial left atrial appendage and biatrial appendage accessory pathways. *Heart Rhythm*. 2010;7:1740-1745.
4. Köse S, Başarici I, Kabul KH, et al. Successful percutaneous epicardial ablation of an accessory pathway located at the right atrial appendage. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2011;39:579-583.
5. Hocini M, Shah AJ, Cochet H, et al. Noninvasive electrocardiogram facilitates previously failed ablation of right appendage diverticulum associated life-threatening accessory pathway. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2013;24:583-585.
6. Cipoletta L, Acosta J, Mont L, et al. Posterior coronary vein as the substrate for an epicardial accessory pathway. *Indian Pacing Electrophysiol J*. 2013;13:142-147.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.011>
0300-8932/

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

Comparación de escalas de riesgo hemorrágico en pacientes con fibrilación auricular no valvular que inician anticoagulantes orales de acción directa



Comparison of Bleeding Risk Scores in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation Starting Direct Oral Anticoagulants

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el trabajo de Riziq-Yousef Abumuaileq et al.¹ en el que muestran una capacidad predictiva similar de las escalas HAS-BLED, ORBIT y ATRIA para predecir complicaciones hemorrágicas en pacientes con fibrilación auricular (FA) en tratamiento con antagonistas de la vitamina K. Sin embargo, el trabajo inicial en el que se validó² la escala ORBIT mostró superioridad de esta frente a las otras 2 escalas. Con base en estos resultados aparentemente discordantes, y teniendo en cuenta el creciente uso de anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), con las particularidades que este tiene en nuestro medio, consideramos de relevancia clínica la validación y comparación

de estas escalas en pacientes de nuestro entorno que inician tratamiento con ACOD.

Para ello se realizó un estudio retrospectivo en 3 hospitales españoles. Desde enero de 2013 a diciembre de 2014, se incluyó a 973 pacientes con FA no valvular consecutivos que iniciaron tratamiento con ACOD. Se excluyó a los pacientes con indicación de anticoagulación temporal o diferente de la FA y aquellos con miocardiopatía hipertrófica, estenosis mitral reumática moderada/grave, portadores de prótesis valvular mecánica o que ya tomaban ACOD previamente. Se pudo calcular la puntuación de las 3 escalas de riesgo hemorrágico (HAS-BLED, ATRIA y ORBIT) de 970 pacientes (99,7%). Durante el seguimiento (media, 646 [470-839] días), se recogieron las complicaciones hemorrágicas a través de la revisión de historias clínicas electrónicas y contacto telefónico de un 99,8% de los pacientes. Las complicaciones hemorrágicas se clasificaron según los criterios de la *International Society on Thrombosis and Haemostasis*^{3,4}.

Las características de la población se muestran en la tabla. Un total de 505 pacientes (51,9%) recibieron rivaroxabán; 188 (19,3%), dabigatrán y 280 (28,8%), apixabán. Durante el seguimiento,