

Vacunación del paciente cardíopata. ¿Hasta cuándo esperar? Respuesta



Vaccination in Patients With Heart Disease. How Long Should We Wait? Response

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la carta de Barrios y Escobar en respuesta a nuestro editorial titulado «Vacunación en la insuficiencia cardíaca: una estrategia que mejora el pronóstico»¹. Quisiéramos aclarar que nuestro editorial se centraba exclusivamente en las repercusiones de la vacunación antigripal y antineumocócica de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) ya establecida, y no en pacientes sin antecedentes de IC. Parece lógico suponer que, si en la IC las infecciones respiratorias son una causa importante de hospitalización, prevenirlas podría evitar reingresos frecuentes y un agravamiento de la enfermedad de los pacientes con IC. En consecuencia, en estudios observacionales a gran escala y registros de base poblacional, se ha descrito una reducción de la tasa de hospitalizaciones de los pacientes con IC vacunados^{2,3}. Por otra parte, algunos datos indican que la vacunación antigripal y antineumocócica podría no mejorar los resultados clínicos tras el alta de los pacientes con IC⁴ o que su eficacia anual puede limitarse únicamente a las «estaciones gripales»⁵. Cabe destacar que las guías internacionales han recomendado la vacunación antigripal y antineumocócica de la población con IC basándose en un nivel de evidencia IIb o en las capacidades de autocuidado o los planes de educación sanitaria¹. Existen datos que respaldan que la vacunación contra los virus de la gripe y los neumococos tiene una relación coste-efectividad favorable como medida preventiva en la población con IC. Sin embargo, dichos datos no son lo bastante sólidos para extraer conclusiones definitivas. Se necesita más evidencia, basada en estudios adecuadamente diseñados para las poblaciones con IC en los que se equilibra la relación riesgo-beneficio, y que no sea una extrapolación de datos de población general o pacientes con «cardiopatía». En todo el mundo, la tasa de vacunación continúa siendo baja y solo la obtención de datos basados en la evidencia permitirá respaldar los programas de vacunación internacionales en las estrategias de tratamiento de la IC.

CONFLICTO DE INTERESES

J. Parissis ha recibido de Pfizer honorarios por conferencias.

Nikolaos P.E. Kadoglou^{a,*}, John Parissis^b, Petar Seferovic^c y Gerasimos Filippatos^{b,d}

^aCentre for Statistics in Medicine - Botnar Research Centre, University of Oxford, Oxford, Reino Unido

^bHeart Failure Unit, Attikon University Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Grecia

^cBelgrade University School of Medicine, Department of Cardiology, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

^dSchool of Medicine, University of Cyprus, Nicosia, Chipre

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: nikoskad@yahoo.com (Nikolaos P.E. Kadoglou).

On-line el 9 de mayo de 2019

BIBLIOGRAFÍA

- Kadoglou NPE, Parissis J, Seferovic P, Filippatos G. Vaccination in Heart Failure: An Approach to Improve Outcomes. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:697-699.
- Vardeny O, Claggett B, Udell JA, et al. Influenza vaccination in patients with chronic heart failure: The PARADIGM-HF Trial. *JACC Heart Fail*. 2016;4:152-158.
- Fang YA, Chen CI, Liu JC, Sung LC. Influenza vaccination reduces hospitalization for heart failure in elderly patients with chronic kidney disease: a population-based cohort study. *Acta Cardiol Sin*. 2016;32:290-298.
- Bhatt AS, Liang L, DeVore AD, et al. Vaccination Trends in Patients With Heart Failure: Insights From Get With The Guidelines-Heart Failure. *JACC Heart Fail*. 2018;6:844-855.
- Alla F, Zannad F, Filippatos G. Epidemiology of acute heart failure syndromes. *Heart Fail Rev*. 2007;12:91-95.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.08.004>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.12.013>

0300-8932/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio en Canarias



In-hospital Mortality Due to Acute Myocardial Infarction in the Canary Islands

Sr. Editor:

Hemos leído con atención y especial interés el artículo de Mate Redondo et al.¹ publicado en *Revista Española de Cardiología* acerca de la mortalidad hospitalaria del infarto agudo de miocardio en Canarias. En relación con este artículo, queremos realizar algunos comentarios. Tal y como se describe en él, la mortalidad cardiovascular en Canarias es una de las más altas del país. Pero, desde nuestro punto de vista, lo más preocupante es que muestra una ligera tendencia incremental (27,08%) con respecto a los años previos^{2,3,4}. Esta tendencia va en dirección opuesta a lo que sucede a escala nacional.

En el estudio de Mate Redondo et al.¹, probablemente por motivos relacionados con el origen y las características de los datos, no se describen variables como las características del hospital y del servicio encargado del tratamiento, si se aplicó tratamiento revascularizador o no, el tipo de revascularización y

los tiempos de demora hasta el tratamiento. Estas variables ejercen una influencia notable en el pronóstico de los pacientes. El estudio RECALCAR⁵ reconoce que las características del hospital, el hecho de ser atendido por un servicio de cardiología y el intervencionismo coronario se asocian con la supervivencia hospitalaria del paciente con infarto agudo de miocardio.

Debido a las peculiaridades geográficas del archipiélago canario, el tratamiento del síndrome coronario agudo y el acceso a las terapias de revascularización difieren considerablemente entre islas, especialmente entre capitalinas y no capitalinas. Durante el periodo en que se realizó el estudio de Mate Redondo et al.¹, en el archipiélago no se realizaba sistemáticamente angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), habida cuenta que la puesta en marcha del Código Infarto de Canarias (CODICAN) se realizó el pasado julio de 2018. El exceso de mortalidad por infarto agudo de miocardio observado en Canarias podría estar en relación con este hecho. Diversos estudios demuestran una significativa reducción en la mortalidad y la mejora pronóstica del IAMCEST tras la puesta en marcha de redes asistenciales para su tratamiento^{6,7}.

Efectivamente, en Canarias las pautas de alimentación, la obesidad y la diabetes mellitus se sitúan en porcentajes superiores a la media nacional, con la consecuente mayor incidencia de

enfermedades cardiovasculares. En el Registro de Síndrome Coronario Agudo, promovido por la Sociedad Canaria de Cardiología de forma prospectiva en diferentes hospitales de la comunidad autónoma durante los años 2015-2016, en el que se incluyó algo más de 500 pacientes, también se constatan estos hallazgos. Según los datos de este registro, la población diabética canaria presentó una mayor mortalidad en toda la muestra de pacientes (infartos sin y con elevación del segmento ST): el 8,3% de mortalidad hospitalaria de la población diabética frente al 3,5% de la no diabética ($p = 0,021$). Al analizar a los pacientes que recibían cualquier tipo de revascularización mecánica (primaria, diferida o de rescate), se encontró una menor mortalidad (el 7,1 frente al 3,3%; $p = 0,037$) con respecto a los no revascularizados. Esta diferencia fue aún más significativa al analizar a la población con IAMCEST, pues los que no recibieron revascularización primaria tuvieron mayor mortalidad (el 17,9 frente al 4,5%; $p = 0,002$), fueran diabéticos o no. Sin embargo, los pacientes con IAMCEST que eran diabéticos mostraron una mortalidad ligeramente mayor, con tendencia no significativa, frente a los no diabéticos (el 12,5 frente al 6%; $p = 0,055$)⁸.

Con independencia de la puesta en marcha de políticas sanitarias orientadas a la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular mediante la modificación de estilos de vida y control de factores de riesgo, en especial la diabetes, sería muy interesante que se realizara un nuevo análisis para ver qué ocurre en nuestra población canaria a partir de este momento en el que se dispone de un «código infarto canario».

Marta María Martín Cabeza*, Pablo Jorge Pérez y Martín Jesús García González

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: martamariamc@gmail.com (M.M. Martín Cabeza).

On-line el 24 de septiembre de 2018

BIBLIOGRAFÍA

- Mate Redondo C, Rodríguez-Pérez MC, Domínguez Coello S, et al. Hospital mortality in 415 798 AMI patients: 4 years earlier in the Canary Islands than in the rest of Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:466-472.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos de 2015. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/l0/&file=02006.px>. Consultado 18 Sep 2018.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte. Año 2015. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf. Consultado 27 Ago 2018.
- Fundación Española del Corazón. La mortalidad cardiovascular en 2015. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/recursos-didacticos/infografias.html?download=47-la-mortalidad-cardiovascular-en-2015>. Consultado 18 Sep 2018.
- Bertomeu V, Cequier Áaue, Bernal JL, et al. In-hospital mortality due to acute myocardial infarction. Relevance of type of hospital and care provided. *RECALCAR Study*. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:935-942.
- Cordero A, López-Palop R, Carrillo P, et al. Changes in acute coronary syndrome treatment and prognosis after implementation of the infarction code in a hospital with a cardiac catheterization unit. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:754-759.
- Cequier Áaue, Ariza-Solé A, Elola FJ, et al. Impact on mortality of different network systems in the treatment of ST-segment elevation acute myocardial infarction. The Spanish experience. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:155-161.
- García-González MJ, Jorge Pérez P, Gomez-Guindal JA, et al. Acute coronary syndrome registry in an ultra-peripheral region of the European Union. The cornerstone to learn and improve. Congress on Acute Cardiovascular Care; 2016 Oct 15-17; Lisboa, Portugal. Disponible en: <https://esc365.escardio.org/Congress/Acute-Cardiovascular-Care-2016/Poster-Session-3-Acute-aortic-syndrome/143353-acute-coronary-syndrome-registry-in-an-ultra-peripheral-region-of-the-european-union-the-cornerstone-to-learn-and-improve>. Consultado 18 Sep 2018.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.09.001>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.009>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.08.012>

0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio en Canarias. Respuesta



In-hospital Mortality Due to Acute Myocardial Infarction in the Canary Islands. Response

Sr. Editor:

Agradecemos el amable interés de Martín Cabeza et al. en nuestro artículo¹. Las tasas de mortalidad por isquemia cardiaca han seguido una tendencia decreciente durante las últimas 4 décadas en las Islas Canarias y en el conjunto de España (figura 1), aunque en Canarias el descenso se ha detenido desde 2010². En consonancia con ello, la razón de tasas Canarias/España ha vuelto a aumentar y en 2016 presentó valores casi significativos: varones, 1,33 (intervalo de confianza del 95%, 0,93-1,93); mujeres, 1,68 (intervalo de confianza del 95%, 0,96-3,02). En esta mortalidad influyen principalmente las condiciones de vida de la población, y el sistema sanitario es un determinante más.

Sin embargo, el objetivo de nuestro artículo no era la mortalidad de la población general, sino la de los pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio durante los años 2007-2014. Esta es una mortalidad hospitalaria, estrechamente relacionada con la calidad de la asistencia sanitaria. Se ajustó por los principales factores de riesgo y aparecieron fuertes desigualdades entre las distintas regiones. Por ello apuntamos que los procesos asisten-

ciales deberían ser revisados por los responsables del sistema sanitario¹, particularmente en las comunidades con peores resultados: Canarias, Andalucía, Aragón, Comunidad Valenciana y Extremadura.

En Canarias conviene, efectivamente, analizar factores como el tiempo de traslado desde hospitales comarcales (islas menores del



Figura 1. Evolución de la mortalidad por isquemia cardiaca en Canarias y España. Tasas por cada 100.000 habitantes, ajustadas por edad.