

## Vacunación del paciente cardiópata. ¿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 cardiaca: una estrategia que mejora el pronóstico»<sup>1</sup>. Quisiéramos aclarar que nuestro editorial se centraba exclusivamente en las repercusiones de la vacunación antigripal y antineumocócica de los pacientes con insuficiencia cardiaca (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<sup>2,3</sup>. 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 IC<sup>4</sup> o que su eficacia anual puede limitarse únicamente a las «estaciones gripales»<sup>5</sup>. 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 sanitaria<sup>1</sup>. 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<sup>a,\*</sup>, John Parissis<sup>b</sup>, Petar Seferovic<sup>c</sup> y Gerasimos Filippatos<sup>b,d</sup>

<sup>a</sup>Centre for Statistics in Medicine - Botnar Research Centre, University of Oxford, Oxford, Reino Unido

<sup>b</sup>Heart Failure Unit, Attikon University Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Grecia

<sup>c</sup>Belgrade University School of Medicine, Department of Cardiology, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

<sup>d</sup>School of Medicine, University of Cyprus, Nicosia, Chipre

\* Autor para correspondencia:

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

On-line el 9 de mayo de 2019

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kadoglou NPE, Parissis J, Seferovic P, Filippatos G. Vaccination in Heart Failure: An Approach to Improve Outcomes. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71:697-699.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.<sup>1</sup> 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<sup>2,3,4</sup>. Esta tendencia va en dirección opuesta a lo que sucede a escala nacional.

En el estudio de Mate Redondo et al.<sup>1</sup>, 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 RECALCAR<sup>5</sup> 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.<sup>1</sup>, 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<sup>6,7</sup>.

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