


- to Y, Rodríguez MA. Arritmias ventriculares malignas en pacientes con cardiodesfibrilador implantable: signos eléctricos predictores de recidivas. *CorSalud* [Internet] 2014 [citado 3 Jul 2018]; 6(1):63-9. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/180/410>
9. Kentta TV, Nearing BD, Porthan K, Tikkanen JT, Viitasalo M, Nieminen MS, *et al.* Prediction of sudden cardiac death with automated high-throughput analysis of heterogeneity in standard resting 12-lead electrocardiograms. *Heart Rhythm*. 2016; 13(3):713-20.
 10. Chávez-González E, Rodríguez Jiménez AE, Moreno-Martínez FL. Duración y dispersión del QRS para predecir arritmias ventriculares en las fases iniciales del infarto agudo de miocardio. *Med Intensiva*. 2017;41(6):347-55
 11. Rodríguez González F, Chávez González E, Machín Cabrera WJ, Reyes Hernández LM, González Ferrer V. Arritmias ventriculares y nuevo síndrome coronario agudo en pacientes con infarto y dispersión del intervalo QT prolongado. *CorSalud* [Internet]. 2013 [citado 21 Jul 2018];5(1):101-7. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2013/v5n1a13/sca-qt largo.html>
 12. Rodríguez F, Chávez E, Machín WJ, Alonso A, González V. Increased QT interval dispersion in diagnosis of acute coronary syndrome with atypical symptoms and EKG. *MEDICC Rev*. 2014;16(3-4):42-6.
 13. Chávez-González E, Alonso Herrera A, Carmona Puerta R, Pérez Cabrera D, Ramos Ramírez RR, Gómez Paima W, *et al.* Dispersión del QRS como índice de disincronía en el bloqueo de rama izquierda y de sincronía tras la terapia de resincronización cardíaca, una variable de respuesta exitosa. *CorSalud* [Internet]. 2015 [citado 21 Jul 2018];7:106-16. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/28/73>
 14. Chávez-González E, Moreno-Martínez FL. QRS dispersion is better than QRS duration for predicting response to cardiac resynchronization therapy. *Hellenic J Cardiol*. 2016;57(5):366-7.
 15. Donoiu I, Târtea GC, Chávez-González E. Is there a utility for QRS dispersion in clinical practice? *J MindMedSci* [Internet]. 2017 [citado 21 Jul 2018]; 4(2):132-41. Disponible en: <https://scholar.valpo.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1080&context=jmms>

Consideraciones sobre la Guía Cubana de Hipertensión Arterial de 2017

Considerations about the 2017 Cuban Guideline for High Blood Pressure

Dr. José A. Ávila Cabreja , Dra. Haydée Fernández Massip, Dr. Ismael Sosa González y Dr. Carlos A. Fonseca Marrero

Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo. La Habana, Cuba.

Recibido: 1 de mayo de 2018

Aceptado: 17 de junio de 2018

Palabras clave: Hipertensión arterial, Guías de práctica clínica

Key words: High blood pressure, Practice guidelines

Sr. Editor:

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más importante de muerte y discapacidad en el mundo, sobre todo las relacionadas con ictus y enfermedades del corazón, que afectan a más de mil millones de personas y causa un estimado de 9,4 millones de muertes por año¹. En Cuba, la prevalencia de este síndrome es de 225,1 por cada 1000 habi-

tantes, y es más prevalente en el sexo femenino².

Diversas organizaciones extranjeras, como la Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH), se han impuesto la misión de la creación de guías de práctica clínica para el tratamiento de dicha enfermedad. Cuba no se ha quedado detrás y desde 1998, con la creación del Programa Nacional de Hipertensión y su continuación con las Guías

Cubanas de HTA³, ha constituido una importante herramienta para los médicos de todos los niveles de atención, en especial el primario.

Debido a que nos dirigimos hacia una medicina cubana basada en la evidencia, vemos oportuno señalar algunos aspectos que consideramos importantes a tener en cuenta en la aplicación de las recomendaciones de esta guía cubana.

El primer señalamiento es con respecto a la propuesta de estrategia terapéutica según riesgo cardiovascular total. La guía propone en la HTA grado I “cambios en el estilo de vida durante varios meses; si no se controla, añadir tratamiento para la presión arterial (PA) con un objetivo de <140/90”³. Sin embargo, los resultados de SPRINT (*Systolic Blood Pressure Intervention Trial*), mostraron que los valores de menos de 120 mmHg comparado con el de menos de 140 mmHg redujeron la morbimortalidad en un 25 % (en pacientes sin diabetes)⁴. Otros autores como Ettehad *et al*⁵, hallaron mediante un metanálisis realizado en 2016, que una reducción de la PA por debajo de 130 mmHg, se relaciona con un descenso del 20% de riesgo cardiovascular total, 17% de la enfermedad de las arterias coronarias, 27% de ictus y 28% de insuficiencia cardíaca. Los resultados de otro metanálisis⁶, publicado en *The Lancet*, mostraron que la reducción intensiva de la PA provee mayor efecto protector vascular que los regímenes estándar.

Aunque aún no están bien definidos los límites óptimos para la PA, la evidencia demuestra que se han obtenido mejores resultados al establecer como metas valores de PA menores a los establecidos por el 8º Reporte del *Joint National Committee (JNC)*⁷ y la guía para el tratamiento de la HTA⁸ de la Sociedad Europea de Cardiología y la SEH.

Con respecto a “iniciar el tratamiento primero con cambios de dieta y si no funciona comenzar el tratamiento farmacológico”, se considera –teniendo en cuenta la evidencia– que lo más recomendable sería comenzar la terapia farmacológica una vez diagnosticada la HTA para minimizar los posibles daños en los órganos diana.

Salta a la vista también que siendo el SPRINT uno de los ensayos clínicos que más ha aportado al estudio y tratamiento de la HTA en los últimos años no fuera considerado en la elaboración de la Guía Cubana de HTA.

Otro señalamiento válido es en cuanto a las referencias bibliográficas, ya que menos del 50% están actualizadas, lo cual podría restarle valor científico a la guía. También destaca que en las propuestas de

estrategias terapéuticas se cita el *JNC* 7, cuando dentro de la bibliografía utilizada se encuentra el informe del *JNC* 8.

Sería lógico pensar que, con la disposición de esta valiosa herramienta al alcance de todos los profesionales de la salud, las muertes por enfermedades relacionadas con la HTA, disminuirían considerablemente. Sin embargo, las cifras demuestran lo contrario, puesto que las defunciones por enfermedades del corazón en el 2017 ascendieron a 27176 y a 24423, en el 2016; mientras que las enfermedades cerebrovasculares cobraron 9913 vidas en 2017, lo que muestra un ligero ascenso con respecto al año anterior².

Este fenómeno da paso a la formulación de cuestiones, como: ¿Los profesionales de la salud hacen uso adecuado de las recomendaciones de esta guía? ¿Las propuestas establecidas por las guías (en general) son las óptimas?

Hay que reconocer la labor de los integrantes de la Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial, puesto que a pesar de cualquier señalamiento se encargan de garantizar una atención médica de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2018.
3. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, *et al*. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Cuban Med* [Internet]. 2017 [citado 30 Abr 2018];56(4):242-321. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>
4. Wright JT, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, *et al*. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med*. 2015;373(22):2103-16.
5. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Calender T, Emberson J, *et al*. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387(10022):957-67.
6. Xie X, Atkins E, Lv J, Bennett A, Neal B, Ninomiya T, *et al*. Effects of intensive blood pressure lower-

- ing on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387(10017):435-43.
7. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, *et al*. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507-20.
 8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, *et al*. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2013;31(10):1925-38.

- <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/180/410>
9. Kentta TV, Nearing BD, Porthan K, Tikkanen JT, Viitasalo M, Nieminen MS, *et al.* Prediction of sudden cardiac death with automated high-throughput analysis of heterogeneity in standard resting 12-lead electrocardiograms. *Heart Rhythm.* 2016; 13(3):713-20.
 10. Chávez-González E, Rodríguez Jiménez AE, Moreno-Martínez FL. Duración y dispersión del QRS para predecir arritmias ventriculares en las fases iniciales del infarto agudo de miocardio. *Med Intensiva.* 2017;41(6):347-55.
 11. Rodríguez González F, Chávez González E, Machín Cabrera WJ, Reyes Hernández LM, González Ferrer V. Arritmias ventriculares y nuevo síndrome coronario agudo en pacientes con infarto y dispersión del intervalo QT prolongado. *CorSalud* [Internet]. 2013 [citado 21 Jul 2018];5(1):101-7. Available at: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2013/v5n1a13/sca-qt largo.html>
 12. Rodríguez F, Chávez E, Machín WJ, Alonso A, González V. Increased QT interval dispersion in diagnosis of acute coronary syndrome with atypical symptoms and EKG. *MEDICC Rev.* 2014;16(3-4):42-6.
 13. Chávez-González E, Alonso Herrera A, Carmona Puerta R, Pérez Cabrera D, Ramos Ramírez RR, Gómez Paima W, *et al.* Dispersión del QRS como índice de disincronía en el bloqueo de rama izquierda y de sincronía tras la terapia de resincronización cardíaca, una variable de respuesta exitosa. *CorSalud* [Internet]. 2015 [citado 21 Jul 2018];7:106-16. Available at: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/28/73>
 14. Chávez-González E, Moreno-Martínez FL. QRS dispersion is better than QRS duration for predicting response to cardiac resynchronization therapy. *Hellenic J Cardiol.* 2016;57(5):366-7.
 15. Donoiu I, Târtea GC, Chávez-González E. Is there a utility for QRS dispersion in clinical practice? *J Mind Med Sci* [Internet]. 2017 [citado 21 Jul 2018]; 4(2):132-41. Available at: <https://scholar.valpo.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1080&context=jmms>

Considerations about the 2017 Cuban Guideline for High Blood Pressure

Consideraciones sobre la Guía Cubana de Hipertensión Arterial de 2017

José A. Ávila Cabreja , MD; Haydée Fernández Massip, MD; Ismael Sosa González, MD; and Carlos A. Fonseca Marrero, MD

Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo. Havana, Cuba.

Received: May 1, 2018
Accepted: June 17, 2018

Key words: High blood pressure, Practice guidelines
Palabras clave: Hipertensión arterial, Guías de práctica clínica

To the Editor:

The high blood pressure (HBP) is the most important risk factor for death and disability worldwide, especially those related to ictus and heart diseases, affecting more than one billion people and causing an estimate of 9.4 million deaths per year¹. In Cuba, the prevalence of this syndrome is 225.1 per 1000 inhabitants, and it is more prevalent in females².

Several foreign organizations such as the American Heart Association (AHA) and the European Society of Hypertension (ESH), have been imposed the mission of creating clinical practice guidelines for the treatment of such disease. Cuba has not been left behind since 1998, with the creation of the National Program of High Blood Pressure and then with the Cuban Guidelines on HBP³, which have represented an important tool for physicians at all levels of care,

especially primary.

Because we are heading towards a Cuban medicine based on evidence, we see fit to point out some aspects that we consider important to take into account in the application of the recommendations of this Cuban guideline.

The first indication is with respect to the proposed therapeutic strategy according to total cardiovascular risk. In the guideline is proposed, for the HBP grade I, "changes in lifestyle for several months; if it is not controlled, to add a treatment for blood pressure (BP) with a target of <140/90"³. However, the results of SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) showed that values of less than 120 mmHg compared to that of less than 140 mmHg reduced morbidity and mortality by 25% (in patients without diabetes)⁴. Other authors, like Ettehad *et al.*⁵, found through a meta-analysis in 2016, that a BP reduction below 130 mmHg relates to a 20% decrease of total cardiovascular risk, 17% of coronary arteries' disease, 27% of ictus and 28% of cardiac failure. The results of another meta-analysis⁶, published in The Lancet showed that intensive BP reduction provides greater vascular protective effect than standard regimens.

Although the optimal limits for BP are still not well defined, the evidence shows that better results have been obtained when setting as goals, BP values less than those established by the 8th Report of the Joint National Committee (JNC)⁷ and the guideline for the treatment of HBP⁸ of the European Society of Cardiology and the ESH.

With respect to "starting a treatment first with diet changes and if it does not work, to start pharmacological treatment", it is considered -taking into account the evidence- that it would be advisable to start pharmacological therapy once the HBP has been diagnosed, for minimizing possible damage to the target organs.

It is also clear that being the SPRINT one of the clinical trials that has contributed the most to the study and treatment of HBP in recent years, it was not considered in the preparation of the Cuban Guideline for HBP.

Another valid indication is in terms of bibliographical references, since less than 50% are updated, which could reduce the scientific value of the guideline. It also highlights that in the proposals for therapeutic strategies, the JNC 7 is mentioned, when the JNC 8 report is found within the bibliography used.

You would think that with the provision of this

valuable tool available to all health professionals, deaths from diseases related to HBP would significantly decrease. However, the figures show otherwise, since deaths from heart disease in 2017 amounted to 27176 and 24423, in 2016; while cerebrovascular diseases claimed 9913 lives in 2017, which shows a slight increase compared to the previous year².

This phenomenon gives way to the formulation of questions, such as: Do health professionals make proper use of the recommendations in this guideline? Do the proposals set out by the guidelines (in general) are optimal?

We must recognize the work of the members of the National Technical Advisory Committee of the Arterial High Blood Pressure Program, since despite any indication, they are responsible for ensuring quality medical care.

REFERENCES

1. WHO. A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2018.
3. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, *et al.* Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Cuban Med [Internet]. 2017 [citado 30 Abr 2018];56(4):242-321. Available at: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>
4. Wright JT, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, *et al.* A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med. 2015;373(22):2103-16.
5. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Calender T, Emberson J, *et al.* Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;387(10022):957-67.
6. Xie X, Atkins E, Lv J, Bennett A, Neal B, Ninomiya T, *et al.* Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;387(10017):435-43.
7. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, *et al.* 2014 evidence-based guideline for the management of

high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507-20.

8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, *et al*. 2013 Practice guidelines

for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2013;31(10):1925-38.