

- Cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 30 Abr 2018];10(1): 68-77. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/295/632>
2. Al-Kindi SG, Oliveira GH. Prevalence of preexisting cardiovascular disease in patients with different types of cancer: The unmet need for Onco-Cardiology. Mayo Clin Proc. 2016;91(1):81-3.
3. Herrmann J, Lerman A, Sandhu NP, Villarraga HR, Mulvagh SL, Kohli M. Evaluation and management of patients with heart disease and cancer: Cardio-Oncology. Mayo Clin Proc. 2014;89(9): 1287-306.

Estratificación del riesgo de cardiotoxicidad inducida por quimioterapia: Respuesta

Stratification of the risk of chemotherapy-induced cardiotoxicity: Reply

MSc. Dr. Rodolfo A. Morales Yera^{1✉}, Dra. Ludmila Sierra Pérez¹, Dr. Alexander Triana Díaz²

¹ Departamento de Oncología Clínica, Hospital Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² Departamento de Cardiología, Hospital Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Recibido: 4 de junio de 2018
Aceptado: 19 de junio de 2018

Palabras clave: Cardiotoxicidad, Quimioterapia, Insuficiencia cardíaca
Key words: Cardiotoxicity, Chemotherapy, Heart failure

Sr. Editor:

Coincidimos con Rodríguez Ramos¹ en que una adecuada profilaxis y un diagnóstico temprano de la cardiotoxicidad inducida por quimioterapia (CIQ) serán pilares fundamentales para disminuir o retrasar la aparición de disfunción ventricular e insuficiencia cardíaca clínica en gran parte de la población afectada por enfermedades tumorales.

El aumento de la supervivencia de los pacientes con cáncer, en general, y en la enfermedad avanzada; el desarrollo de la medicina personalizada, la incidencia de segundas neoplasias en supervivientes de cáncer, la terapéutica con medicamentos de uso prolongado, la posibilidad de usar nuevas líneas de tratamiento –localizaciones con más de 4 líneas–, el desarrollo de técnicas de radioterapia que permite re-irradiación, los avances en la cirugías de rescate, entre otras razones que evidencian la transición de la enfermedad hacia la cronicidad, otorgan urgencia a desarrollar estrategias adecuadas de prevención y tratamiento del paciente para evitar o retrasar el daño o afección miocárdica generada por la exposición a agentes quimioterapéuticos.

Como habíamos referido en el artículo de revisión², para que se presente cardiotoxicidad por un

fármaco interactúan factores propios del agente y del paciente. En lo que se refiere al fármaco, el tipo de agente, la dosis aplicada durante cada sesión y la dosis acumulada, así como la frecuencia, la vía de administración y otros agentes empleados en combinación, son factores que afectan la forma y el tiempo de presentación de la CIQ. La edad (niños y mayores a 65 años), cualquier enfermedad cardiovascular previa, radioterapia previa –principalmente mediastinal–, alteraciones metabólicas e hipersensibilidad a los distintos fármacos se consideran entre los factores relacionados con el paciente^{2,3}.

La CIQ puede aparecer a cualquier edad; sin embargo, la probabilidad de presentar complicaciones aumenta con la edad. Las mujeres tienen mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares con el uso de quimioterapia, a pesar de que los hombres tienen mayor posibilidad de desarrollar aterosclerosis, lo cual debe ser tenido en cuenta por los oncólogos, cardiólogos o médicos que atienden a estos pacientes. A su vez, a mayor dosis acumulada también es mayor el riesgo de desarrollar CIQ; ejemplo claro de esto se presenta con el uso de antraciclinas, como la doxorubicina, donde el riesgo de insuficiencia cardíaca asociada con la dosis acumulativa es de 0,2% con dosis de 150 mg/m², de 1,6% con 300

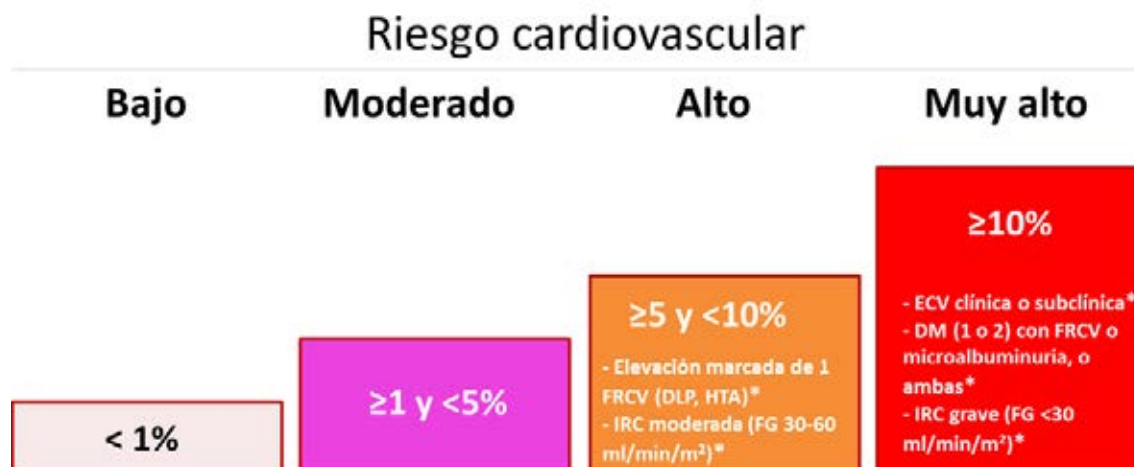


Figura. Estratificación del riesgo cardiovascular. Tomada y modificada de López Fernández et al. Rev Esp Cardiol. 2017;70(6):474-86³. DLP, dislipidemia; DM, diabetes mellitus; ECV, enfermedad cardiovascular; FG, filtrado glomerular; FRCV, factor de riesgo cardiovascular; HTA, hipertensión arterial; IRC, insuficiencia renal crónica.

* Independientemente del SCORE calculado (%), la presencia de estos factores se asocia con un riesgo cardiovascular alto o muy alto.

mg/m², de 3,3% con 450 mg/m² y de 8,7% con 600 mg/m²^{2,4}.

Actualmente no se dispone de escalas prospectivas que valoren de forma conjunta el riesgo cardiovascular y de cardiotoxicidad, y las escalas tradicionales subestiman el riesgo asociado al tratamiento del cáncer. A pesar de esta limitación, se recomienda estratificar el riesgo cardiovascular según las recomendaciones conjuntas de las Sociedades Españolas de Cardiología, Oncología y Radioterapia, y Hematología; y de las guías europeas de prevención de la enfermedad cardiovascular (**Figura**)^{3,5} antes de iniciar el tratamiento antitumoral y evaluar la presencia de los factores, detectados en estudios retrospectivos y registros, que aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares durante el tratamiento antitumoral (**Tabla**)^{3,6}.

La estimación sistemática del riesgo coronario (SCORE, por sus siglas en inglés) mediante las tablas SCORE⁵ calcula el riesgo a 10 años de un primer episodio aterosclerótico mortal. Se han incluido todos los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades que puedan considerarse razonablemente ateroscleróticos, como la enfermedad coronaria, el accidente cerebrovascular y el aneurisma de la aorta abdominal³. La mayoría de los sistemas tradicionales calculaban únicamente el riesgo de enfermedad coronaria; sin embargo, recientemente diversos sistemas de cálculo del riesgo se han modificado para calcular el de todas las enfermedades

cardiovasculares.

La estratificación de riesgo a la que hace referencia Rodríguez Ramos¹ de la Clínica Mayo⁷, sin dudas, constituye un instrumento útil para la evaluación de estos pacientes, pero particularmente preferimos el uso de la evaluación de riesgo cardiovascular de López-Fernández *et al*³ que hemos comentado.

Además de optimizar el riesgo cardiovascular y considerar estrategias de prevención primaria, los equipos de cardio-oncología deben coordinar la monitorización de los tratamientos antitumorales para identificar y tratar precozmente posibles complicaciones cardiovasculares. Se recomienda remitir a consulta especializada de cardiología a aquellos pacientes con mal control de sus factores de riesgo y alteraciones significativas en estudios de imágenes o biomarcadores, de esta forma se logra identificar las posibilidades de desarrollar enfermedades cardíacas durante el tratamiento oncológico.

El desarrollo de estrategias de prevención, monitorización, diagnóstico precoz y tratamiento de la CIQ seguirá ocupando la comunidad científica en momentos donde cáncer y enfermedades cardiovasculares son causas fundamentales de muerte en Cuba y el mundo. El abordaje interdisciplinario del paciente con cáncer por Cardiólogos y Oncólogos constituye, por esta razón, una herramienta indispensable para mejorar la salud cardiovascular de los pacientes con cáncer.

Tabla. Factores de riesgo de disfunción ventricular, en pacientes tratados con fármacos antitumorales y radioterapia (si el volumen de irradiación incluye, total o parcialmente, el corazón). Tomada y modificada de López Fernández *et al.* Rev Esp Cardiol 2017;70(6):474-86³.

Factores de riesgo de DV-CTox	Antraciclinas	Anti-HER2*	Anti-VEGF [†]	Radioterapia torácica
Factores genéticos	x			
Dosis acumulada	x			≥ 35 Gy o ≥ 2 Gy/día
Mujeres	x			x
Menos de 15 o mayor de 65 años	x	x		x
Hipertensión arterial	x	x	x	
Cardiopatía isquémica	x	x	x	x
FEVI normal límite (50-55%) antes del tratamiento	x	x		
Historia de IC o DV-CTox	x	x	x	
Tratamiento combinado antitumorales [‡] y radioterapia torácica	x	x	x	x
Insuficiencia renal	x			
Obesidad (IMC > 30) y sedentarismo		x		
Tiempo transcurrido desde el tratamiento				x

* Fármacos que bloquean el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano

† Fármacos inhibidores del factor de crecimiento del endotelio vascular

‡ Fármacos de riesgo alto: antraciclinas, ciclofosfamida, trastuzumab; de riesgo moderado: docetaxel, pertuzumab, sunitinib, sorafenib; de riesgo bajo: bevacizumab, dasatinib, imatinib y lapatinib.

DV-CTox, disfunción ventricular secundaria a cardiotóxicos; FEVI, fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IMC, índice de masa corporal.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez Ramos A. Estratificación del riesgo de cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 16 May 2018];10(4): 341-2. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/392/777>
- Morales Yera RA, Sierra Pérez L, Triana Díaz A. Cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 31 May 2018];10(1): 68-77. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/295/635>
- López-Fernández T, Martín García A, Santaballa Beltrán A, Montero Luis Á, García Sanz R, Mazón Ramos P, *et al.* Cardio-Onco-Hematología en la práctica clínica. Documento de consenso y recomendaciones. Rev Esp Cardiol. 2017;70(6):474-86.
- Vicente-Hernández B, Sarre-Álvarez D, Rodríguez-Weber FL, Díaz-Greene EJ. Cardiotoxicidad por antracíclicos. Med Int Méx. 2015;31(5):567-77.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, *et al.* 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016; 37(29):2315-81.
- Bloom MW, Hamo CE, Cardinale D, Ky B, Nohria A, Baer L, *et al.* Cancer Therapy-Related Cardiac Dysfunction and Heart Failure: Part 1: Definitions, Pathophysiology, Risk Factors, and Imaging. Circ Heart Fail [Internet]. 2016 [citado 31 May 2018];

9(1):e002661. Disponible en:

<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002661>

7. Herrmann J, Lerman A, Sandhu NP, Villarraga

HR, Mulvagh SL, Kohli M. Evaluation and management of patients with heart disease and cancer: cardio-oncology. Mayo Clin Proc. 2014;89(9):1287-306.

CorSalud, primera revista científica cubana en el ranking de 2017 de la Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REDIB)

CorSalud, the first Cuban scientific journal in the 2017 ranking of the Ibero-American Network of Innovation and Scientific Knowledge (REDIB)

Dr. Francisco L. Moreno-Martínez^{1,2✉}, MSc. Beyda González-Camacho² y MSc. Yurima Hernández de la Rosa^{2,3}

¹ Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² CorSalud. Revista Cubana de Enfermedades Cardiovasculares. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

³ Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Recibido: 18 de julio de 2018

Aceptado: 22 de agosto de 2018

Palabras clave: Revista médica, Comunicación y divulgación científica, Indicadores de producción científica

Key words: Medical journal, Scientific communication and diffusion, Scientific publication indicators

Sr. Editor:

En el próximo año 2019 se celebrará el décimo aniversario de CorSalud y nos sentimos orgullosos de los importantes logros alcanzados en menos de una década. En su primer número dijimos: Echarla a andar (...) será nuestro mayor desafío¹; y así ha sido, pero lo hemos logrado^{2,4}.

Arduo ha sido el trabajo y extremadamente difícil el reconocimiento nacional en los primeros años; sin embargo, como dijo el poeta Antonio Machado (1875-1939): "...se hace camino al andar..." y hoy CorSalud goza de muy buen prestigio nacional e internacional⁵⁻⁸.

El trabajo en equipo y nuestro gran esfuerzo han sido las premisas de estos resultados, que no hubieran sido posibles sin la colaboración de los autores, principalmente cubanos, a los cuales tenemos mucho que agradecer y reconocer; al igual que a los revisores externos, principalmente extranjeros, que ayudan a mantener y a aumentar la calidad de los

artículos que se publican. Llegue a todos nuestro más sincero agradecimiento, porque logros como este –que hoy les comentamos– son también suyos.

Estimados autores, lectores, revisores y miembros del Comité Editorial de esta revista: tenemos el placer de comunicarles que CorSalud ha ocupado la 1ª posición entre las revistas científicas cubanas (**Figura 1**) en el *ranking* de 2017 de la Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REDIB), ocupa la posición 30 entre todas las revistas de Ciencias de la Salud (**Figura 2**), y la 301 en la clasificación general, de un total de 2634 revistas (**Figura 3**).

Además de un honor, constituye un gran reto para seguir adelante en busca de la excelencia. Muchas gracias a todos los que han colaborado con CorSalud y han hecho posible este resultado.

CONFLICTOS DE INTERESES

Todos los autores son miembros del Comité Edit-

- Cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 30 Abr 2018];10(1): 68-77. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/295/632>
2. Al-Kindi SG, Oliveira GH. Prevalence of preexisting cardiovascular disease in patients with different types of cancer: The unmet need for Onco-Cardiology. Mayo Clin Proc. 2016;91(1):81-3.
3. Herrmann J, Lerman A, Sandhu NP, Villarraga HR, Mulvagh SL, Kohli M. Evaluation and management of patients with heart disease and cancer: Cardio-Oncology. Mayo Clin Proc. 2014;89(9): 1287-306.
-

Stratification of the risk of chemotherapy-induced cardiotoxicity: Reply

Estratificación del riesgo de cardiotoxicidad inducida por quimioterapia: Respuesta

Rodolfo A. Morales Yera¹✉, MD, MSc; Ludmila Sierra Pérez¹, MD; and Alexander Triana Díaz², MD

¹Department of Clinical Oncology, Hospital Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

²Department of Cardiology, Hospital Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Received: June 4, 2018
Accepted: June 19, 2018

Key words: : Cardiotoxicity, Chemotherapy, Heart Failure
Palabras clave: Cardiotoxicidad, Quimioterapia, Insuficiencia cardíaca

To the Editor,

We agree with Rodríguez Ramos¹ that adequate prophylaxis and early diagnosis of chemotherapy-induced cardiotoxicity (CIC) will be critically important to reduce or delay the onset of ventricular dysfunction and clinical heart failure in a large part of the population affected by tumor diseases.

The improved survival in cancer patients, in general, and in advanced disease; the development of personalized medicine, the incidence of second neoplasms in cancer survivors, therapeutics with long-term medications, the possibility of using new lines of treatment –locations with more than 4 lines–, the development of radiotherapy techniques that allow re-irradiation, the advances in rescue surgery, among other reasons that show the transition of the disease towards chronicity, grant urgency to develop adequate strategies of prevention and treatment of the patient to avoid or delay the damage or myocardial affection generated by the exposure to chemotherapeutic agents.

As we mentioned in the review article², in order for cardiotoxicity to occur due to a drug, factors specific to the agent and the patient must interact. With regard to the drug, the type of agent, the dose applied during each session and the cumulative dose, as well as frequency, route of administration and other combined agents, are factors that affect the form and time of presentation of CIC. Age (children and over 65 years), any previous cardiovascular disease, prior radiotherapy, mainly mediastinal, metabolic alterations and hypersensitivity to different drugs are considered among the factors related to the patient^{2,3}.

Chemotherapy-induced cardiotoxicity may appear at any age; however, the probability of presenting complications increases with age. Women have a higher risk of presenting cardiovascular events with the use of chemotherapy, despite the fact that men are more likely to develop atherosclerosis, which should be taken into account by oncologists, cardiologists or doctors who assist these patients. In turn, the higher the cumulative dose, the greater the risk

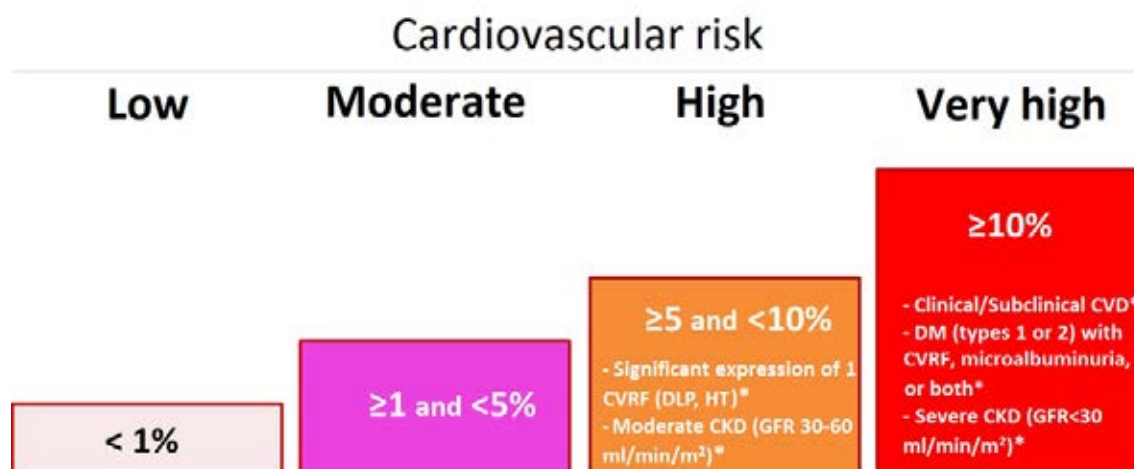


Figure. Stratification of cardiovascular risk. Taken and modified from López Fernández et al. Rev Esp Cardiol. 2017; 70(6):474-86³. CKD, chronic kidney disease; CVD, cardiovascular disease; CVRF, cardiovascular risk factor; DLP, dyslipidemia; DM, diabetes mellitus; GFR, glomerular filtration rate; HT, hypertension.

* Regardless of the calculated SCORE (%), the presence of these factors is associated with a high or very high cardiovascular risk.

of developing CIC. A clear example of this is the use of anthracyclines, such as doxorubicin, where the risk of heart failure associated with the cumulative dose is 0.2% at a dose of 150 mg/m², de 1.6% with 300 mg/m², 3.3% with 450 mg/m² and 8.7% with 600 mg/m²^{2,4}.

At present there are no prospective scales that jointly assess cardiovascular risk and cardiotoxicity, and traditional scales underestimate the risk associated with cancer treatment. Despite this limitation, it is recommended to stratify cardiovascular risk according to the joint recommendations of the *Sociedades Españolas de Cardiología, Oncología y Radioterapia, y Hematología* (Spanish Societies of Cardiology, Oncology and Radiotherapy, and Hematology); and the European guidelines for the prevention of cardiovascular disease (**Figure**)^{3,5} before initiating antitumor treatment and evaluating the presence of those factors detected in retrospective studies and registries, which increase the risk of cardiovascular events during antitumor treatment (**Table**)^{3,6}.

The systematic coronary risk evaluation (SCORE) through SCORE tables⁵ calculates the 10-year risk of a first fatal atherosclerotic episode. All the codes of the International Classification of Diseases that can reasonably be considered atherosclerotic, such as coronary heart disease, cerebrovascular accident and aneurysm of the abdominal aorta, have been included³. Most traditional systems calculated only

the risk of coronary heart disease. But recently, several risk calculation systems have been modified to calculate that of all cardiovascular diseases.

The risk stratification from Mayo Clinic⁷ to which Rodríguez Ramos refers¹, undoubtedly constitutes a useful tool for the evaluation of these patients, but we particularly prefer the use of cardiovascular risk assessment by López-Fernández *et al*³ that we have commented on.

In addition to optimizing cardiovascular risk and considering primary prevention strategies, cardio-oncology teams must coordinate the monitoring of antitumor treatments to identify and treat early cardiovascular complications. It is recommended that patients with poor control of their risk factors and significant alterations in imaging studies or biomarkers be referred to a specialized cardiology consultation; this way it is possible to identify the possibilities of developing cardiac diseases during oncological treatment.

The development of strategies for prevention, monitoring, early diagnosis and treatment of CIC will continue to keep the scientific community busy at times when cancer and cardiovascular diseases are leading causes of death in Cuba and the world. The interdisciplinary approach to cancer patients by Cardiologists and Oncologists is, for this reason, a crucial tool to improve the cardiovascular health of cancer patients.

Table. Risk factors for ventricular dysfunction in patients treated with antitumor drugs and radiotherapy (if the volume of irradiation, totally or partially, includes the heart). Taken and modified from López Fernández *et al.* Rev Esp Cardiol 2017;70(6):474-86³.

Risk factors of VD-CTox	Anthracyclines	Anti-HER2*	Anti-VEGF [†]	Thoracic radiotherapy
Genetic factors	x			
Accumulated dose	x			≥ 35 Gy or ≥ 2 Gy/day
Women	x			x
Less than 15 or greater than 65 years	x	x		x
Hypertension	x	x	x	
Ischemic heart disease	x	x	x	x
Normal/limit LVEF (50-55%) before treatment	x	x		
History of HF or VD-CTox	x	x	x	
Combined antitumoral therapy [‡] and thoracic radiotherapy	x	x	x	x
Renal failure	x			
Obesity (BMI>30) and sedentary lifestyle		x		
Time elapsed since treatment				x

* Drugs that block the human epidermal growth factor receptor 2

† Drugs that inhibit vascular endothelial growth factor

‡ High risk drugs: anthracyclines, cyclophosphamide, trastuzumab; moderate risk: docetaxel, pertuzumab, sunitinib, sorafenib; low risk: bevacizumab, dasatinib, imatinib and lapatinib.

BMI, body mass index; HF, heart failure; LVEF, left ventricular ejection fraction; VD-CTox, ventricular dysfunction secondary to cardiotoxics.

CONFLICTS DE INTERESTS

None

REFERENCES

- Rodríguez Ramos A. Estratificación del riesgo de cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 16 May 2018];10(4): 341-2. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/392/777>
- Morales Yera RA, Sierra Pérez L, Triana Díaz A. Cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 31 May 2018];10(1): 68-77. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/295/635>
- López-Fernández T, Martín García A, Santaballa Beltrán A, Montero Luis Á, García Sanz R, Mazón Ramos P, *et al.* Cardio-Onco-Hematología en la práctica clínica. Documento de consenso y recomendaciones. Rev Esp Cardiol. 2017;70(6):474-86.
- Vicente-Hernández B, Sarre-Álvarez D, Rodríguez-Weber FL, Díaz-Greene EJ. Cardiotoxicidad por antracíclicos. Med Int Méx. 2015;31(5):567-77.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, *et al.* 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016; 37(29):2315-81.
- Bloom MW, Hamo CE, Cardinale D, Ky B, Nohria A, Baer L, *et al.* Cancer Therapy-Related Cardiac Dysfunction and Heart Failure: Part 1: Definitions, Pathophysiology, Risk Factors, and Imaging. Circ Heart Fail [Internet]. 2016 [citado 31 May 2018];

9(1):e002661. Disponible en:
<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002661>

7. Herrmann J, Lerman A, Sandhu NP, Villarraga

HR, Mulvagh SL, Kohli M. Evaluation and management of patients with heart disease and cancer: cardio-oncology. Mayo Clin Proc. 2014;89(9):1287-306.

CorSalud, the first Cuban scientific journal in the 2017 ranking of the Ibero-American Network of Innovation and Scientific Knowledge (REDIB)

CorSalud, primera revista científica cubana en el ranking de 2017 de la Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REDIB)

Francisco L. Moreno-Martínez^{1,2}✉, MD; Beyda González-Camacho², MSc; and Yurima Hernández de la Rosa^{2,3}, MSc

¹ Department of Cardiac Catheterization and Interventional Cardiology. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

² CorSalud. Revista Cubana de Enfermedades Cardiovasculares. Cardiocentro Ernesto Che Guevara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

³ Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Received: July 18, 2018

Accepted: August 22, 2018

Key words: Medical journal, Scientific communication and diffusion, Scientific publication indicators

Palabras clave: Revista médica, Comunicación y divulgación científica, Indicadores de producción científica

To the Editor,

Next 2019 we will celebrate the tenth anniversary of CorSalud and we are proud of the important achievements made in less than a decade. We said in the first issue: our biggest challenge (...) is to get it going¹; and it has been like that, but we have made it^{2,4}.

We have worked our way through difficulties and, though hard at the beginning, we are finally recognized nationwide. However, as the poet Antonio Machado (1875-1939) said: "...the path unfolds as we walk it..." and today CorSalud is highly regarded in the national and international arena^{5,8}.

The premises of our results have been teamwork and giving our all at work. We would not have made it without the help of authors, mainly Cubans, to whom we have much to thank and recognize; as well as external reviewers, mostly foreigners, who help maintain and increase the quality of the published articles. We wish to express our most sincere

gratitude to all of you; as these achievements we are disclosing today are also yours.

Dear authors, readers, reviewers and members of the Editorial Board of this Journal: we are pleased to inform you that CorSalud has climbed to the first position among Cuban scientific journals (**Figure 1**) in the 2017 ranking of the Ibero-American Network of Innovation and Scientific Knowledge (REDIB), it ranks 30 in Health Sciences (**Figure 2**), and 301st among a total 2634 journals (**Figure 3**).

It is not only a great honor but a challenge to keep on pursuing excellence.

Gratitude is owed to all who collaborated with CorSalud and made this result possible.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors are members of the Editorial Board of CorSalud.