

## Correcciones

**Corrección en el artículo «Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012», Rev Esp Cardiol. 2012;65:938.e1-e59****Correction in article “ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012”, Rev Esp Cardiol. 2012;65:938.e1-e59**

La Sociedad Europea de Cardiología comunica la siguiente corrección en el artículo de McMurray et al. «ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012» (Eur Heart J. 2012;33:1787-847), cuya traducción se publicó en Rev Esp Cardiol. 2012;65:938.e1-e59.

En la tabla de la página e22, en ambos casos en que aparece «no se deben utilizar», debe poner «no se recomienda utilizar».

En la tercera fila, donde dice «De ser posible, se debe evitar», debe decir «No se recomiendan».

La tabla correcta quedaría así:

**Tratamientos (o combinaciones de tratamientos) que pueden producir daños en pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica sintomática (clase II-IV de la NYHA)**

Recomendaciones	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
No se recomiendan las tiazolidinedionas (glitazonas), ya que empeoran la IC y aumentan el riesgo de hospitalización por IC	III	A	131-133
No se recomienda utilizar la mayoría de los BCC (con la excepción de amlodipino y felodipino), ya que tienen efecto inotrópico negativo y pueden causar empeoramiento de la IC	III	B	134
No se recomiendan los AINE y los inhibidores de la COX-2, ya que pueden causar retención de sodio y agua, empeoramiento de la función renal y empeoramiento de la IC	III	B	135, 136
Se recomienda no añadir un ARA-II (o un inhibidor de la renina) a la combinación de un IECA y un ARM debido al riesgo de insuficiencia renal e hiperpotasemia	III	C	–

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ARA-II = bloqueador del receptor de angiotensina; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoideo; BCC: bloqueador de los canales del calcio; COX-2: ciclooxigenasa 2; FE: fracción de eyección; IC: insuficiencia cardiaca; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; NYHA: *New York Heart Association*.

<sup>a</sup>Tipo de recomendación.

<sup>b</sup>Nivel de evidencia.

<sup>c</sup>Referencias.

La tabla de la página e25 corregida debe quedar así:

**Recomendaciones para uso de TRC sin pruebas de certeza: pacientes con IC sintomática (clase funcional II-IV de la NYHA), FE persistentemente baja pese a tratamiento farmacológico óptimo y FA o con una indicación de marcapasos convencional**

Recomendaciones	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
<i>Pacientes con FA permanente</i>			
Se debe considerar TRC-M/TRC-D para pacientes en clase funcional III de la NYHA o clase IV ambulatoria con QRS ≥ 120 ms, FE ≤ 35% y esperanza de vida con buen estado funcional > 1 año, para reducir el riesgo de empeoramiento de la IC si:			
• El paciente depende del marcapasos como resultado de una ablación del nodo AV	IIa	B	163a
Se puede considerar TRC-M/TRC-D para pacientes en clase funcional III de la NYHA o clase IV ambulatoria con QRS ≥ 120 ms, FE ≤ 35% y esperanza de vida con buen estado funcional > 1 año, para reducir el riesgo de empeoramiento de la IC si:			
• El paciente requiere marcapasos debido a frecuencia ventricular intrínsecamente baja	IIb	C	–
• La frecuencia ventricular del paciente es ≤ 60 lpm en reposo y ≤ 90 lpm en ejercicio	IIb	C	–
<i>Pacientes con una indicación de marcapasos convencional y ninguna otra indicación de TRC</i>			
Para pacientes con esperanza de vida en buen estado funcional > 1 año:			
• Se debe considerar la TRC para pacientes en clase funcional III o IV de la NYHA con FE ≤ 35% independientemente del QRS, para reducir el riesgo de empeoramiento de la IC	IIa	C	–
• Se puede considerar la TRC para pacientes en clase funcional II de la NYHA con FE ≤ 35% independientemente del QRS, para reducir el riesgo de empeoramiento de la IC	IIb	C	–

FA: fibrilación auricular; FE: fracción de eyección; IC: insuficiencia cardiaca; NYHA: *New York Heart Association*; TRC-D: terapia de resincronización cardiaca con desfibrilador; TRC-M: terapia de resincronización cardiaca con marcapasos.

<sup>a</sup>Tipo de recomendación.

<sup>b</sup>Nivel de evidencia.

<sup>c</sup>Referencias.

En la página e37, en la continuación de la tabla Recomendaciones para el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca aguda, donde dice «se debe considerar», debe decir «se recomienda».

Este cambio afecta a la sección *Pacientes con FA y frecuencia ventricular rápida*, filas 3 y 4.

Además, en la fila 1, donde dice «se debe», ha de decir «se recomienda».

La tabla corregida quedaría así:

**Recomendaciones para el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (continuación)**

Recomendaciones	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
<i>Pacientes con SCA</i>			
Se recomienda un IECA (o ARA-II) para pacientes con FE ≤ 40% tras la estabilización, para reducir el riesgo de muerte, infarto de miocardio recurrente y hospitalización por IC	I	A	101
Se recomienda un bloqueador beta para pacientes con FE ≤ 40% tras la estabilización, para reducir el riesgo de muerte e infarto de miocardio recurrente	I	B	223
Se debe considerar un opiáceo i.v. (junto con un antiemético) para aliviar los síntomas (y la disnea) de pacientes con dolor torácico isquémico. Se debe vigilar frecuentemente el estado de conciencia y el trabajo respiratorio tras administrarlo, ya que los opiáceos pueden deprimir la respiración	Ila	C	–
<i>Pacientes con FA y frecuencia ventricular rápida</i>			
Tan pronto se detecte la FA, se recomienda anticoagular completamente a los pacientes (p. ej., con heparina i.v.), si no están ya anticoagulados y no tienen contraindicación para los anticoagulantes, para reducir el riesgo de embolia arterial sistémica y ACV	I	A	184
Se recomienda la cardioversión eléctrica en pacientes con deterioro hemodinámico por FA cuya mejoría clínica requiere la urgente restauración del ritmo sinusal	I	C	–
Cuando se decide restaurar el ritmo sinusal sin urgencia (estrategia de «control del ritmo»), se recomienda la cardioversión eléctrica o farmacológica con amiodarona. Esta estrategia únicamente se debe utilizar en pacientes con un primer episodio de FA de duración < 48 h (o pacientes sin evidencia en la ETE de trombo en el apéndice auricular izquierdo)	I	C	–
Se recomienda la administración i.v. de un glucósido cardiaco para el control inmediato de la frecuencia ventricular	I	C	–
No se recomienda la dronedarona debido a cuestiones de seguridad (mayor riesgo de hospitalización por causas cardiovasculares y mayor riesgo de muerte prematura), especialmente en pacientes con FE ≤ 40%	III	A	176
No se recomiendan los antiarrítmicos de clase I debido a cuestiones de seguridad (mayor riesgo de muerte prematura), especialmente en pacientes con disfunción sistólica del VI	III	A	178
<i>Pacientes con bradicardia grave o bloqueo cardiaco</i>			
Para mejorar la clínica del paciente con deterioro hemodinámico por bradicardia grave o bloqueo cardiaco, se recomienda marcapasos	I	C	–

ARA-II: antagonista del receptor de la angiotensina II; BRIHH: bloqueo de rama izquierda del haz de His; CABG: cirugía de revascularización coronaria; CPAP: presión positiva continua en las vías respiratorias; ECG: electrocardiograma; ETE: ecocardiografía transesofágica; FA: fibrilación auricular; FE: fracción de eyección; HBPM: heparina de bajo peso molecular; IC: insuficiencia cardiaca; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; IECA: enzima de conversión de la angiotensina; PaO<sub>2</sub>: presión parcial de oxígeno; SCA: síndrome coronario agudo; VI: ventrículo izquierdo.

<sup>a</sup>Tipo de recomendación.

<sup>b</sup>Nivel de evidencia.

<sup>c</sup>Referencias.

Estas correcciones se han incluido en la versión electrónica del artículo el 8-02-2013.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.08.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.01.007>

**Corrección en el artículo «Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST», Rev Esp Cardiol. 2013;66:5-11**

**Correction in article «Comments on the ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting With ST-Segment Elevation», Rev Esp Cardiol. 2013;66:5-11**

En el artículo de Worner et al. titulado «Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST», publicado en Rev Esp Cardiol. 2013;66:5-11, el nombre de un autor aparece incorrectamente como Manuel Vázquez de Prada, cuando lo correcto es José Antonio Vázquez de Prada.

El mismo error aparece también en el anexo de autores y revisores, bajo el epígrafe Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cardiología para la guía de práctica clínica sobre el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.

Esta corrección se ha incluido en la versión electrónica del artículo el 18-1-2013.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.10.013>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.01.002>