

Correcciones

Corrección en el artículo de Dalama et al. «Nuevos hipoglucemiantes orales y riesgo cardiovascular. Cruzando la frontera metabólica». Rev Esp Cardiol. 2016;69:1088-1097**Correction to the Article by Dalama et al. “New Oral Hypoglycemic Agents and Cardiovascular Risk. Crossing the Metabolic Border”. Rev Esp Cardiol. 2016;69:1088-1097**

Con referencia al artículo de Dalama et al. titulado «Nuevos hipoglucemiantes orales y riesgo cardiovascular. Cruzando la frontera metabólica», publicado en Rev Esp Cardiol. 2016;69:1088-97, los autores comunican que debe incluirse las siguientes matizaciones en la [tabla 2](#):

*Autorizado por la FDA. La EMA considera no iniciar si el FG < 60, pero si el tratamiento está en curso, se debe reducir la dosis a 10 mg/día.

**Autorizado por la FDA. La EMA considera no iniciar si el FG < 60.

La tabla correcta es:

Tabla 2

Indicaciones de inicio y ajuste de dosis de los fármacos inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 en función del filtrado glomerular y la edad

	FGe ≥ 60 ml/min/1,73 m ²	FGe ≥ 45–60 ml/min/1,73 m ²	FGe ≥ 30–45 ml/min/1,73 m ²	FGe < 30 ml/min/1,73 m ²	Edad
Dapagliflozina	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con 10 mg/día^a 	<ul style="list-style-type: none"> • No iniciar • Suspender si tratamiento en curso y FG < 60^b 	<ul style="list-style-type: none"> • No iniciar • Suspender si tratamiento en curso 	<ul style="list-style-type: none"> • No iniciar • Suspender si tratamiento en curso 	< 75 años
Empagliflozina	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con 10 mg/día • Aumentar a 25 mg/día si hay buena tolerancia y necesidad de mejor control glucémico 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con 10 mg/día^a • Aumentar a 25 mg si hay buena tolerancia y necesidad de mejor control glucémico 	<ul style="list-style-type: none"> • No iniciar • Suspender si tratamiento en curso y FG < 45^b 	<ul style="list-style-type: none"> • No iniciar • Suspender cualquier dosis del fármaco 	< 85 años ^c
Canagliflozina ^d	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con 100 mg/día • Aumentar a 300 mg/día si hay buena tolerancia y necesidad de mejor control glucémico 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con 100 mg/día y no incrementar^{**} • Reducir a 100 mg/día si se trata con 300 mg 	<ul style="list-style-type: none"> • No iniciar • Suspender si tratamiento en curso y FG < 45^b 	<ul style="list-style-type: none"> • No iniciar • Suspender cualquier dosis del fármaco 	> 18 años ^e

EMA: Agencia Europea del Medicamento; FDA: Agencia de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos; FG: filtrado glomerular; FGe: filtrado glomerular estimado.

^a Para pacientes con insuficiencia hepática, debe iniciarse con 5 mg/día.

^b De manera persistente.

^c Advierte de la posibilidad de hipovolemia en mayores de 75 años.

^d Aunque su farmacocinética no se ve afectada por los alimentos, se recomienda tomarla antes de la primera ingesta del día por su potencial efecto de retrasar la absorción intestinal de glucosa.

^e Aconseja precaución antes de aumentar la dosis a mayores de 75 años.

^{*} Autorizado por la FDA. La EMA considera no iniciar si el FG < 60, pero si el tratamiento está en curso, se debe descender la dosis a 10 mg/día.

^{**} Autorizado por la FDA. La EMA considera no iniciar si el FG < 60.

Esta modificación se ha introducido en la versión electrónica del artículo el 09/12/2016.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.07.029>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.044>

Corrección en la traducción al español del artículo de Ponikowski et al. “Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica”, Rev Esp Cardiol. 2016;69:1167.e1-e85**Correction in the Spanish translation of the article by Ponikowski et al. “2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure”, Rev Esp Cardiol. 2016;69:1167.e1-e85**

En relación con el artículo de Ponikowski et al. 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. Eur Heart J. 2016;37:2129-2200, se ha comunicado la eliminación de la frase “In the SIGNIFY trial in patients with activity-limiting angina without HF, ivabradine increased the risk of death from cardiovascular causes or non-fatal myocardial infarction and therefore is not recommended in this setting.”, que aparecía su versión *ahead of print*.