

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.

La traducción al español de la guía, publicada en *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:1167.e1-e85, se realizó sobre la primera versión *ahead of print*. Una vez publicada la versión impresa corregida en el *European Heart Journal* y comunicada esta discrepancia, se ha procedido a eliminar la traducción de dicha frase en la versión electrónica del artículo con fecha 23 de febrero de 2017.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.014>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.02.009>

Corrección en el artículo de Huerta et al. «Validez del diagnóstico referido de diabetes, hipertensión e hiperlipemia en población adulta española. Resultados del estudio DINO». *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:143-152

Correction in Article by Huerta et al. “Accuracy of Self-Reported Diabetes, Hypertension and Hyperlipidemia in the Adult Spanish Population. DINO Study Findings”. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:143-152

Se ha detectado un error en la versión en inglés del artículo de Huerta et al. titulado «Validez del diagnóstico referido de diabetes, hipertensión e hiperlipemia en población adulta española. Resultados del estudio DINO», publicado en *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:143-152.

En la versión en inglés, las dos primeras filas de la tabla 3 han aparecido cambiadas de orden. La tabla correcta, con los valores tal y como aparecen en la versión en español, es:

Tabla 3 Validity Indices of Self-Reported Chronic Conditions in the Study Sample

	Diabetes		Hypertension		Hyperlipidemia	
	GS+	GS-	GS+	GS-	GS+	GS-
<i>Self-reported (SR)</i>						
Yes	115	6	270	32	316	207
No	50	1384	277	967	601	617
<i>Prevalence by self-report, % (95% CI)</i>	7.8 (6.5-9.3)		19.5 (17.6-21.6)		21.6 (19.6-23.8)	
<i>Prevalence by gold standard, % (95% CI)</i>	10.6 (9.1-12.3)		35.4 (33.0-37.8)		59.0 (56.5-61.5)	
<i>Sensitivity, % (95% CI)</i>	69.7 (62.0-76.5)		49.4 (45.1-53.6)		34.5 (31.4-37.7)	
<i>Specificity, % (95% CI)</i>	99.6 (99.0-99.8)		96.8 (95.5-97.8)		96.9 (95.1-98.0)	
<i>PPV, % (95% CI)</i>	95.0 (89.1-98.0)		89.4 (85.2-92.5)		94.0 (90.8-96.2)	
<i>NPV, % (95% CI)</i>	96.5 (95.4-97.4)		77.8 (75.3-80.0)		50.7 (47.8-53.5)	
<i>Kappa (95% CI)</i>	0.78 (0.73-0.84)		0.51 (0.47-0.56)		0.27 (0.22-0.33)	

Esta corrección se ha introducido en la versión electrónica en inglés del artículo el 23 de febrero de 2017.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.01.032>