

La tabla corregida quedaría así:

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

| Recomendaciones | Clase ^a | Nivel ^b | Ref ^c |
|--|--------------------|--------------------|------------------|
| <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 cardíaco 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 cardíaco</i> | | | |
| Para mejorar la clínica del paciente con deterioro hemodinámico por bradicardia grave o bloqueo cardíaco, 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; HBP: heparina de bajo peso molecular; IC: insuficiencia cardíaca; ICP: intervencionismo coronario percutáneo; IECA: enzima de conversión de la angiotensina; PaO₂: presión parcial de oxígeno; SCA: síndrome coronario agudo; VI: ventrículo izquierdo.

^aTipo de recomendación.

^bNivel de evidencia.

^cReferencias.

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>