



IC-007 - EXPERIENCIA CON TOLVAPTÁN EN INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA A DIURÉTICOS E HIPONATREMIA

M. Cano Guzmán, M. Fernández Díaz, J. Fernández Martínez, N. Moya González, J. Jiménez Gallardo, P. Salamanca Bautista, J. Arias Jiménez, O. Aramburu Bodas

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Tolvaptan es un antagonista selectivo del receptor de vasopresina V2 que se administra por vía oral y provoca acuaresis, reducción de osmolalidad urinaria y aumento de natremia. La FDA ha aprobado el uso de tolvaptan en pacientes con SIADH, insuficiencia cardiaca (IC) y cirrosis hepática, mientras que la EMA mantiene indicación solo en pacientes con hiponatremia asociada a SIADH. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los pacientes con IC refractaria tratados con tolvaptan en nuestro hospital y la respuesta a dicho tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo en el que incluimos 10 pacientes con IC refractaria a diuréticos tratados con tolvaptan en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla en el periodo 2012-2015. Se analizó la etiología de la IC, tratamientos previos y concomitantes con tolvaptan, efectos sobre la natremia, diuresis y peso, y posible efectos adversos.

Resultados: Pacientes: 7 varones, edad media de 68,4 años. En 6 casos la IC era de origen isquémico, mientras que otras causas fueron: miocardiopatía dilatada de origen no isquémico (1), miocardiopatía hipertrófica (1), cardiopatía hipertensiva (1), y otro caso de origen desconocido (sospecha de proceso infiltrativo). En cuanto al tratamiento previo al inicio de tolvaptan, todos los pacientes recibieron furosemida a altas dosis, 7 en perfusión continua de 250 mg/día. En 6 se asociaba además espironolactona. Todos los pacientes recibieron furosemida concomitantemente. Los pacientes recibieron cualquier tipo de tratamiento para la hiponatremia una media de 39,5 días, y la media de tratamiento con tolvaptan fue de 10,1 días. La dosis de inicio fue de 15 mg en 8 pacientes; al final del tratamiento 6 pacientes mantenían 15 mg y 3 pacientes 30 mg/día. El tratamiento con tolvaptan se inició con valores medios de natremia de 126 mEq/l, y a las 48h de inicio de tratamiento la natremia media fue de 134 mEq/l. Se monitorizó asimismo el peso de los pacientes, con una pérdida media de 6 kg de peso al final del tratamiento, y también hubo un aumento de la diuresis. 4 pacientes fallecieron durante el ingreso en el que se inició tolvaptan por complicaciones relacionadas con su IC avanzada y refractaria.

Discusión: En nuestra corta serie, tolvaptan ha demostrado ser eficaz en la corrección de la hiponatremia asociada a IC refractaria a diuréticos. Se logró la eunatremia en 48 h en todos los pacientes. Ello se acompañó de mejoría de la sintomatología asociada a hiponatremia. La mayoría de los pacientes experimentaron reducción de peso tras inicio de tolvaptan, así como aumento en el

volumen de diuresis, y mejora de los signos de congestión. Posiblemente todo ello contribuyó a una reducción de la estancia hospitalaria. En ningún caso se observó algún tipo de relación del motivo de fallecimiento con el tratamiento para la hiponatremia en los 4 pacientes que fallecieron.

Conclusiones: 1. En nuestra experiencia tolvaptan puede emplearse de forma segura para el manejo de hiponatremia en pacientes hospitalizados con IC refractaria a diuréticos. 2. El tratamiento con tolvaptan en este tipo de pacientes mejora la sintomatología asociada a hiponatremia, aumenta la diuresis, reduce el peso y mejora los signos de congestión. 3. Es probable que el uso de tolvaptan en estos pacientes contribuya a reducir la estancia hospitalaria.