



Diurético ahorrador de potasio por vía parenteral similar a la espironolactona, es decir, inhibe la acción de la aldosterona a nivel renal (natriurético y ahorrador de potasio).

USO CLÍNICO

Situaciones con hiperaldosteronismo y riesgo de depleción de potasio. Edema de origen cardiaco, hepático y secundario a síndrome nefrótico. Tratamiento coadyuvante de hipertensión arterial. Insuficiencia cardiaca congestiva (**E:** extranjero y *off-label*).

No aprobado su uso pediátrico, aunque se utiliza en algunos países en recién nacidos y niños por vía intravenosa en tratamiento corto cuando la espironolactona oral no se puede usar.

DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

Intravenoso.

- 2,5-5 mg/kg día (hasta un máximo de 10 mg/kg día).
- Inyección lenta de 2-3 min por cada 200 mg o infusión diluyendo en glucosado al 5% o suero salino fisiológico (SSF).
- En recién nacidos y lactantes se han sugerido dosis de 1-2 mg/kg cada 12. Algunos autores sugieren dosificar en función de la edad gestacional y posconcepcional con pautas entre 1,0 mg/kg cada 12 h y 3 mg/kg cada 8 h, según los casos.

El tratamiento intravenoso se reserva para casos graves cuando es necesario alcanzar la actividad terapéutica a las 12-24 horas.

Insuficiencia renal:

Incrementar el intervalo entre dosis de 12 a 24 horas en pacientes con insuficiencia renal leve-moderada. En caso de insuficiencia renal grave no se recomienda su administración.

Insuficiencia hepática:

No es necesario modificar la posología. Contraindicado en insuficiencia hepática terminal.

Administración:

Diluir el vial reconstituido como máximo en 500 ml de suero fisiológico o 100 ml de suero glucosado al 5% y administrar en inyección lenta de 2-3 min.

CONTRAINDICACIONES

- Alergia al fármaco.
- Hiperpotasemia.
- Insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina <50 ml/min.
- Insuficiencia suprarrenal.
- Uso conjunto con diuréticos ahorradores de potasio o suplementos de potasio.
- Defectos graves de la conducción auriculoventricular.
- Insuficiencia hepática en etapa terminal.

PRECAUCIONES

- Insuficiencia hepática.
- Diabetes *mellitus* (la hiperglucemia puede aumentar el riesgo de hiperkaliemia).
- Acidosis metabólica o respiratoria.
- Tratamiento concomitante con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).
- Monitorizar electrolitos en plasma (en particular potasio) y orina, así como las pruebas de función renal y hepática.

EFECTOS SECUNDARIOS

No hay datos específicos en niños. Sus frecuencias no están establecidas.

Hiperpotasemia, acidosis metabólica, hiponatremia, hiperglucemia. Somnolencia. Debilidad muscular. Trastornos gastrointestinales. Cefalea. Erupción cutánea, urticaria. Disfunción eréctil, menstruación irregular, ginecomastia en tratamientos prolongados. Raramente fotosensibilidad, anafilaxia. En ocasiones, irritación local en el lugar de inyección.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

- AINE: disminuyen la eficacia y aumenta el riesgo de hiperpotasemia y nefrotoxicidad.
- IECA y ARA II: aumentan el riesgo de hiperpotasemia.
- Ciclosporina: aumenta el riesgo de hiperpotasemia.
- Digoxina: su administración concomitante con canreonato hace que aumente la contractilidad cardíaca.
- Corticoides: incremento paradójico de la excreción de potasio.
- La administración concomitante de litio y canreonato hace que aumenten de los niveles plasmáticos de litio con el consiguiente riesgo de intoxicación.
- Neurolépticos, nitratos: aumenta el riesgo de hipotensión.

DATOS FARMACÉUTICOS

Los viales deben conservarse a temperatura ambiente.

Presentaciones comerciales: medicamento extranjero. No comercializado en España.
Soludactone® vial 200 mg + ampolla disolvente de 2 ml API.

BIBLIOGRAFÍA

- Fichas técnicas del Centro de Información *online* de Medicamentos de la AEMPS-CIMA [base de datos en Internet]. Madrid, España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [consultado el 1/12/2020]. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse/loginForm.do>
- Haschke F, Wimmer M, Parth K. Hyperaldosteronism after heart surgery in children. Treatment with aldosterone antagonists. *Paediatr Paedol*. 1981;16:317-26.
- Micromedex Healthcare® Series [base de datos en Internet]. Greenwood Village, Colorado: Thomson Micromedex Drugdex® System. 1974-2012. Disponible en: www.thomsonhc.com/home/dispatch
- Suyagh M, Hawwa AF, Collier P, *et al*. Population pharmacokinetic model of canrenone after intravenous administration of potassium canrenoate to paediatric patients. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;74:864-71.
- Suyagh M, Hawwa AF, Collier PS, *et al*. Potassium canrenoate treatment in paediatric patients: a population pharmacokinetic study using novel dried blood spot sampling. *J Hypertens*. 2013 Sep;31(9):1901-8.
- Van der Vorst MM, Kist JE, Van der Heijden AJ, *et al*. Diuretics in paediatrics: current knowledge and future prospects. *Paediatr Drugs*. 2006;8(4):245-64.
- Villa LF (ed.). Medimecum, guía de terapia farmacológica. 25.ª edición. España: Springer Healthcare; 2020.

Fecha de actualización: diciembre de 2020.

La información disponible en cada una de las fichas del Pediamécum ha sido revisada por el Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría y se sustenta en la bibliografía citada. Estas fichas no deben sustituir en ningún caso a las aprobadas para cada medicamento por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) o la Agencia Europea del Medicamento (EMA).