

MANEJO DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES CON ISGLT2

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo, Hospital U. Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid)

Fecha de publicación: 09/03/2023

Patología: Miscelánea / Categoría: Recordar

Tiempo de lectura: 4 minutos



Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a la evidencia científica en la que se sustenta.

Los últimos documentos para el manejo de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) con o sin Diabetes Mellitus (DM) recomiendan el uso de la **empagliflozina** y **dapagliflozina** (iSGLT2) desde el principio, por [su papel pronóstico](#). También son fármacos eficaces en insuficiencia renal crónica, independientemente de la glucemia, retrasando el deterioro renal. Además, tienen un papel principal en pacientes con DM tipo 2 como terapia para la prevención de IC de novo (*estadio pre-IC de la AHA, incluyendo aquí también a la canagliflozina*).

Aunque los **iSGLT2** son bien tolerados y seguros, uno de sus efectos secundarios (2%) son las **infecciones del tracto urinario** (ITU) y las **infecciones genitales**. El efecto glucosúrico (*mayor en pacientes con DM y con función renal no significativamente afecta*) de estos fármacos proporciona una condición favorable para el crecimiento de patógenos en zona genital y vías urinarias bajas. Es cierto que en la investigación hay controversia, con [estudios](#) que no muestran un aumento de infecciones en comparación con otros antidiabéticos orales, en grupos como los adultos mayores.

Aproximadamente el 0.1% de las infecciones pueden ser graves o requerir hospitalización (*aunque las infecciones del tracto urinario superior son raras*). Las infecciones micóticas genitales son más prevalentes al inicio del tratamiento, tienden a remitir con el uso

continuado y suelen resolverse con facilidad mediante el empleo de antifúngicos tópicos. La gangrena de Fourier es una patología rara y su relación con los **iSGLT2** no está clara.

PREVENCIÓN

En cualquier caso, lo importante es formar adecuadamente a los pacientes en medidas higiénico-dietéticas, siendo primordial el cuidadoso secado de la zona genital.

Entre las [recomendaciones](#) más relevantes:

- Realizar lavado y secado adecuado de las zonas genitales tras la micción y defecación.
- Usar toallitas higienizantes y/o aerosoles higienizantes de forma rutinaria.
- En el caso de las mujeres, realizar la higiene con lavado desde la zona anterior hasta la zona posterior.
- En el caso de los hombres no circuncidados (*mayor riesgo*) se recomienda retracción del prepucio antes del lavado. Evidentemente, no debe usarse desinfectantes a base de alcohol.

INFECCIONES URINARIAS

Las **ITU** podemos clasificarlas en:

- **Bacteriuria asintomática:** paciente asintomático con urinocultivo positivo. No se recomienda ni su cribado ni su tratamiento, únicamente insistir en medidas higiénico-dietéticas y vigilancia del posible desarrollo de síntomas. El motivo para no tratarlas es que la erradicación del germen no reduce el riesgo de ITU sintomática ni complicaciones. **No se recomendaría la supresión del iSGLT2.**
- **ITU sintomática:** se trata de una infección de vías urinarias con sintomatología, pudiendo ser ITU de vías bajas (*clínica de disuria, polaquiuria, urgencia miccional, tenesmo, hematuria y dolor hipogástrico*) o una ITU de vías altas (*que cursa con fiebre, escalofríos, dolor lumbar y posible quebrantamiento del estado general*). Debemos realizar urinocultivo, analítica general y si se sospecha pielonefritis, eco renal (*las ITUs de vías altas requieren de estudio que descarte la existencia de una obstrucción de vías urinarias*). El tratamiento consiste en antibiótico precoz siendo de elección **cefalosporinas** de 2ª o 3ª generación, **aminoglucósidos** o **penicilinas** de amplio espectro, cuya duración y vía de administración dependerá de la gravedad del cuadro. No se recomienda suprimir de forma definitiva los **iSGLT2**.
- **ITU de repetición:** se define como 2 ITUs sintomáticas en 6 meses o 3 ITUs sintomáticas en 12 meses. Se requiere urinocultivo y estudio de vías urinarias para descartar patología obstructiva. El tratamiento requiere de profilaxis no antibiótica con **D-manosa** 2 gramos/día o **autovacuna** y profilaxis antibiótica con **fosfomicina** 3 gramos/10 días durante 3-6 meses.

INFECCIONES GENITALES

Las **infecciones genitales** requieren de medidas higiénico-dietéticas de prevención, y tratamiento antifúngico tópico en crema, óvulo vaginal o ambos. En caso de mala respuesta deberemos suprimir temporalmente el **iSGLT2** hasta la resolución del proceso infeccioso, reanudándolo posteriormente, puesto que la tasa de recidivas o segundos episodios es baja. En caso de recidiva, se puede plantear tratamiento tópico asociándolo a tratamiento oral, y valorar la supresión definitiva del fármaco **iSGLT2** en aquellos casos en los que no es posible realizar un manejo adecuado de la infección.

En caso de **prostatitis**, se recomienda tratamiento con quinolona oral durante 14-28 días.

CONCLUSIÓN

Lo más importante es aplicar medidas de prevención higiénico-dietéticas, y en caso de infección, siempre que sea posible, mantener o como mucho suprimir temporalmente los **iSGLT2**. No olvidemos que la IC tiene mal pronóstico, y los **iSGLT2** tienen un impacto positivo en el curso evolutivo de la enfermedad.



Ilustración 1. Recomendaciones tratamiento ITUs en pacientes con iSGLT2. Adaptado CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[Indian J Endocrinol Metab. 2018 Nov-Dec \(6\): 837-842](#)

[Ther Adv Drug Saf 2021 Mar 29](#)