



5001-5. RIESGO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS BAJO TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2

Norberto Alonso de la Fuente¹, Ángela Rodríguez Eguren¹, María Ángeles Castel Lavilla¹, Pedro J. Caravaca Pérez¹, Ana García Álvarez¹, Juan José Rodríguez Arias¹, Elena Sandoval Martínez², María José Arguis³, Josefina Casal¹, Estefanía Torrecilla¹, Lydia Izquierdo¹, Joan Guzmán Bofarull¹, Ilana Forado Benatar¹, Marta Farrero Torres¹ y Eduard Solé González¹

¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Cirugía Cardiovascular y ³Servicio de Anestesiología. Hospital Clínic, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2) ha demostrado mejorar la morbilidad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus y cardiopatías, así como enlentecer la progresión renal en pacientes con enfermedad renal crónica. Estos beneficios podrían hacerse extensivos a los pacientes con trasplante cardíaco (TC). Sin embargo, el uso de estos fármacos se relaciona con una incidencia de hasta un 10% de infecciones del tracto urinario (ITU), pudiendo ser más numerosas y más graves en los pacientes inmunosuprimidos postrasplante.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que evaluó una cohorte de 278 trasplantados cardíacos. Se analizaron variables clínicas, analíticas, complementarias y eventos en pacientes que recibieron en algún momento de su evolución tratamiento con ISGLT2.

Resultados: Un total de 65 pacientes (23%) recibieron ISGLT2 (dapagliflozina 77%, empagliflozina 22% y canagliflozina 1%). Las principales indicaciones fueron enfermedad renal (53,9%), diabetes (32,3%) e insuficiencia cardíaca (9,2%). Las características basales de los pacientes en el momento del inicio de ISGLT2 están reflejadas en la tabla. No se objetivaron variaciones clínicamente relevantes en las variables peso, presión arterial, filtrado glomerular ni hemoglobina glicosilada durante el seguimiento. Tras un seguimiento posinicio de ISGLT2 de 15,46 ± 11,32 meses, 7 pacientes (10,8%) presentaron una ITU. El análisis univariable mostró la hemoglobina glicosilada como único parámetro predictor de ITU en el seguimiento (HR 7,16, IC95% 1-51). Asimismo 7 (10,8%) pacientes requirieron la retirada del fármaco por ITU de repetición (60%) o deterioro de la función renal (40%), en este caso sin encontrar un claro parámetro predictor.

Características basales previas al inicio de ISGLT2 en función del evento infección del tracto urinario.				
Variables	ITU (n = 7)	No ITU (n = 58)	Total (n = 65)	p
Edad, media ± DE	67,3 ± 5,8	62,0 ± 12,3	62,5 ± 11,9	0,266

Sexo masculino, n (%)	5 (71%)	49 (84%)	58 (89%)	0,384
Índice masa corporal, media $\pm$ DE	23,3 $\pm$ 2,9	25,9 $\pm$ 4,7	25,7 $\pm$ 4,6	0,144
Hipertensión arterial, n (%)	5 (71%)	45 (77%)	50 (77%)	0,715
Dislipemia, n (%)	4 (57%)	32 (55%)	36 (55%)	0,921
Diabetes mellitus, n (%)	5 (71%)	39 (67%)	44 (67%)	0,820
Hemoglobina glicosilada, media $\pm$ DE	9,48 $\pm$ 3,2	6,77 $\pm$ 1,4	7,0 $\pm$ 1,7	0,01
Creatinina, media $\pm$ DE	2,1 $\pm$ 0,38	1,54 $\pm$ 0,5	1,60 $\pm$ 0,51	0,011
Ciclosporina, n (%)	3 (43%)	11 (19%)	14 (22%)	0,146
Tacrolimus, n (%)	4 (57%)	46 (79%)	50 (77%)	0,189
Micofenolato, n (%)	5 (71%)	39 (67%)	44 (68%)	0,823
Azatioprina, n (%)	0 (0%)	6 (10%)	6 (9%)	0,372
Everolimus, n (%)	3 (43%)	17 (29%)	20 (31%)	0,463
Prednisona, n (%)	7 (100%)	49 (84%)	56 (86%)	0,262
ITU previa al tratamiento, n (%)	4 (57%)	8 (14%)	12 (18%)	0,005
Rechazos previos, n (%)	5 (71%)	35 (60%)	40 (61%)	0,513
Enfermedad vascular injerto, n (%)	1 (17%)	15 (27%)	16 (26%)	0,590
Tiempo desde el trasplante a tratamiento (años), Mediana (RIQ)	9,3 (1,5-10,9)	7,3 (3,6-16,0)	7,3 (3,6-14,0)	0,500

ITU: infección del tracto urinario; RIQ: rango intercuartílico; DE: desviación estándar.

Conclusiones: En comparación con la población general, el tratamiento con ISGLT2 no aumenta la incidencia de ITU en pacientes trasplantados cardiacos. Sin embargo, sorprende la alta necesidad de retirada

del tratamiento en respuesta a los diferentes eventos adversos. El antecedente de una diabetes mal controlada podría identificar pacientes con mayor riesgo a desarrollar ITU con ISGLT2 en el seguimiento.