

17: PROTOCOLO DE MANEJO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO
Departamento: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Objetivo: Auxiliar na conduta médica.
Frequência: Contínuo
Executante: PROFISSIONAIS MÉDICOS

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	2
2. ABRANGÊNCIA	2
3. INTRODUÇÃO.....	2
4. DEFINIÇÕES:.....	2
5. PATOGENIA	3
5.1 ITU NÃO COMPLICADA	4
5.2 ITU COMPLICADA	4
5.3 CISTITE E PIELONEFRITE COMPLICADA	4
6. DIAGNÓSTICO	5
6.1 EXAMES COMPLEMENTARES	5
7. TRATAMENTO	5
7.1 ITU NA GRAVIDEZ	6
7.2 CRITÉRIO DE ALTA ASSISTIDA (CONTINUIDADE DOS CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA):	6
7.3 CRITÉRIO PARA ENCAMINHAMENTO	6

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

8. REFERÊNCIAS

7

1. OBJETIVO

Estabelecer um protocolo de conduta para sistematizar a avaliação do paciente com ITU; definir a indicação de exames complementares; estabelecer um tratamento domiciliar adequado, com base na literatura médica atual, minimizando o retorno do paciente ao pronto-atendimento, observação prolongada nas UPAS com continuidade na alta assistida e orientar nas situações em que seja indicada a avaliação do especialista e internação hospitalar.

2. ABRANGÊNCIA

Todas as Unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto (SP).

3. INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é uma patologia comum sendo a segunda causa de uso de antibioticoterapia empírica, e o exame de urina I e urocultura são os mais solicitados nos laboratórios de microbiologia. A ITU é definida como um conjunto de alterações decorrentes do crescimento de patógenos no trato urinário, ocasionando bacteriúria sintomática ou assintomática. Pode acometer o trato urinário inferior (cistite) ou superior (pielonefrites). Divide-se em não complicada e complicada que são os pacientes diabéticos, pacientes com história de sintomas com duração de mais de 7 dias, imunossuprimidos, na gravidez, presença de cateter urinário, cirurgia urológica recente, pacientes com bexiga neurogênica, história de nefrolitíase, doença renal crônica, transplantados com presença de doença policística renal e outras anormalidades funcionais ou anatômicas do trato urinário (fatores de gravidade). A ITU complicada relaciona-se com maior incidência de falha terapêutica e complicações graves.

A distinção entre ITU não complicada e complicada é importante, principalmente, para definir tipo e duração da terapia antimicrobiana, e necessidade de investigação anatômica do trato urinário.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

A ITU atinge preferencialmente o sexo feminino (proporção de cerca de 3:1), exceto durante o primeiro ano de vida ou nos idosos, quando predomina no sexo masculino.

4. DEFINIÇÕES:

Bacteriúria: presença de bactérias na urina diagnosticada pela cultura quantitativa ou microscopia.

Bacteriúria assintomática: é a presença de urocultura positiva ($> 10^5$ unidades formadoras colônia – UFC/mL) em pessoas assintomáticas, deve ser confirmada em dois exames consecutivos – mesmo patógeno.

Bacteriúria significativa: $> 10^5$ UFC/mL de um único espécime de bactéria coletado no exame de urina. Pode ser diferente na presença de sintomas:

- Mulheres com sintomas de ITU $> 10^2$ UFC/mL;
- Homens com sintomas de ITU $> 10^3$ UFC (se 80% do crescimento for de um único microrganismo).

Bacteriúria sintomática: presença de bacteriúria no exame de urina, revelada por cultura quantitativa ou microscopia dos pacientes com sintomas clássicos de ITU.

Bacteremia: presença de bactérias variáveis no sangue, diagnosticada pela hemocultura.

Hematúria: sangue na urina visível (macroscópica) ou invisível (microscópica).

Infecção do trato urinário inferior: evidência de ITU com sintomas de cistite (disúria ou polaciúria, hematúria variável, porém, sem febre, calafrio ou dor lombar).

Infecção do trato urinário superior: evidência de ITU com sintomas de pielonefrite (dor lombar, febre alta ($> 38^\circ\text{C}$), calafrio, náuseas ou vômitos).

Piúria: presença de $> 10^4$ leucócitos/mL na urina. Leucócitos na urina são frequentemente encontrados em exames de mulheres saudáveis. Piúria é presente em 96% dos pacientes com bacteriúria sintomática, mas somente em $< 1\%$ das bacteriúrias assintomáticas. Piúria, na ausência de bacteriúria e leucocitúria estéril.

Falência do tratamento: persistência ou piora dos sintomas após 48 h de tratamento antimicrobianos e não melhora dos exames laboratoriais.

As causas de falência do tratamento incluem:

- Toda infecção do trato urinário alto ou baixo associada a uma condição de base.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

- Uropatógenos com amplo perfil de resistência antimicrobiana também são considerados fonte de ITUs complicadas.
- Pielonefrite aguda complicada com progressão de uma ITU alta para uma pielonefrite enfisematosa, abscesso cortiço medular renal, abscesso perinefrítico e necrose papilar.

5. PATOGENIA

5.1 ITU NÃO COMPLICADA

A maioria das ITU não complicadas em mulheres saudáveis é consequência da colonização de patógenos da flora intestinal (tipicamente *Escherichia coli*) através da uretra distal até a bexiga. Nos homens, a colonização poderia também ser consequência do intercuro sexual – vagina e/ou anal. A disseminação hematogênica é pouco frequente, poderia ser secundária a infecções persistentes da corrente sanguínea ou uropatia obstrutiva (*Staphylococcus aureus* é o patógeno mais frequente nestes casos).

Há fatores comportamentais, genéticos e biológicos que poderiam predispor à infecção trato urinário. Hábitos de higiene diários (utilizar o mesmo papel higiênico na vagina após micção), intercuro sexual (não lavar ou urinar após ato sexual), uso de espermicida e tratamento recente de antimicrobianos. Alguns fatores genéticos devem ser mencionados, deficiência de fatores bactericidas na mucosa da bexiga, fatores relacionados ao grupo ABO aumentam à incidência de cistite recorrente, mulheres com grupo fenótipo P têm risco aumentado de desenvolvimento pielonefrite recorrente. Mulheres na menopausa, por influência da deficiência de estrógeno, alteram o pH vaginal, mudam a flora bacteriana da vagina e aumentam o risco de infecção.

5.2 ITU COMPLICADA

A maioria dos fatores facilitadores da ITU não complicada discutidos também influencia o desenvolvimento da ITU complicada. Fatores predisponentes geralmente estão relacionadas à obstrução ou não comprometimento do fluxo urinário, facilitando a entrada de microrganismo através do trato urinário, rompendo todos os mecanismos de defesa do organismo.

5.3 CISTITE E PIELONEFRITE COMPLICADA

Definição: Toda infecção urinária alta ou baixa associada a doença de base, aumentando o risco de falha terapêutica inclui os seguintes:

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

- Diabetes insulina dependente
- Mais de 7 dias de sintomas antes do atendimento
- Gestante
- ITU adquirida no hospital
- Falência Renal
- Obstrução do trato urinário
- Presença de SVD, stent e tubo de nefrostomia
- Instrumentação urinária recente
- Anormalidade friccional ou automática do trato urinário.
- Antecedentes ou ITU na infância
- Transplante renal
- Imunossupressão – Neoplasia em atividade

6. DIAGNÓSTICO

6.1 EXAMES COMPLEMENTARES

Uma história clínica dirigida e exame físico fornecem dados suficientes para efetuarmos um diagnóstico correto na maioria dos casos.

Exames
Hemograma
Urina I
Creatinina
Urocultura (caso necessário entrar com antibioticoterapia, colher antes do início do ATB)

7. TRATAMENTO

Cistite		
Antibiótico Via Oral		
Ciprofloxacina	Cp 500 mg	1cp 12/12hrs por 7 a 10 dias
Cefalexina	Cp 500mg	1cp 6/6 hrs por 7 dias

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

Amoxicilina com Acido Clavulânico	Cp 500/125 mg	1cp 12/12hrs por 7 dias
Antibiótico Endovenoso		
Ceftriaxona	1gr	Dose única/diária por 5 dias

Pielonefrite		
Antibiótico Via Oral		
Ciprofloxacina	Cp 500mg	1cp 12/12hrs por 14dias
Antibiótico Endovenoso		
Ceftriaxona	2gr	Dose única/diária por 14 dias

7.1 ITU NA GRAVIDEZ

MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Cefalexina	500 mg VO 6/6h	5-7 dias	-
Sulfametoxazol-Trimetoprima	800+160 mg VO 12/12h	3 dias	Evitar 1º e 3º trimestres.
Nitrofurantoína	100 mg VO 6/6h	5-7 dias	Evitar 1º e 3º trimestres.
Amoxicilina-Clavulonato	500+125 mg VO 8/8h ou 875+125 mg VO 12/12h	5-7 dias	-

Gestantes com critérios de internação, solicitar encaminhamento para atendimento hospitalar através da regulação SAMU (192).

7.2 CRITÉRIO DE ALTA ASSISTIDA (CONTINUIDADE DOS CUIDADOS NA ATENÇÃO BÁSICA):

paciente que permaneceram em observação por pelo menos 48 horas, sem sinais de sepse poderão ser encaminhados para a Atenção Básica, para dar continuidade ao tratamento através da alta assistida. Na persistência ou piora do quadro clínico, o mesmo deverá ser encaminhado para o serviço terciário através da regulação do SAMU (192).

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello

7.3 CRITÉRIO PARA ENCAMINHAMENTO

Pacientes que apresentem critério para sepse grave e choque séptico (UTI), seguir protocolo de sepse. SOLICITAR ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR SAMU (192).

8. REFERÊNCIAS

Adaptação das Diretriz Assistencial de Infecção do trato urinário em adultos. Versão eletrônica criada em dezembro/2013. Albert Einstein. Modificado pela Secretaria Municipal de São José do Rio Preto. <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Infeccao-do-Trato-Urinario-naGestacao.pdf>

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Gerência de Educação em Saúde	Dr. Andre Luciano Baitello