

Data da Revisão	Elaboração	Verificação	Verificação	Aprovação Final
19/04/2023	Danilo Vale Rios	Rosângela Franco Guedes Ferreira	Túlio Nogueira Valente Marins	Eliseu Albertin Teixeira

INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) representa a 3^a causa de infecção relacionada à Assistência à Saúde em nossa instituição e a segunda maior causa de infecção em nossa Unidade de Tratamento Intensivo. Os agentes etiológicos mais comuns são as *Escherichia coli* multissensíveis, seguidos pelas *Klebsiella* e outras enterobacteriaceae. Diante disso, torna-se muito importante suspeitar clinicamente dessa entidade e indicar o uso de antimicrobiano quando ele realmente for apropriado, evitando a seleção desnecessária de bactérias multirresistentes.

Pode ser dividida em três categorias principais:

- Bacteriúria assintomática;
- Cistite;
- Pielonefrite.

OBJETIVO

Orientar o diagnóstico e padronizar a prescrição de antimicrobianos para ITU no CSSJD (Complexo de Saúde São João de Deus).

SIGLAS

CSSJD – Complexo de Saúde São João de Deus;

ITU – Infecção do Trato Urinário;

MI – Mililitros;

UFC – Unidade Formadora de Colônias.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Crítérios de inclusão: Pacientes com sintomas de disúria, estranguria e/ou tenesmo vesical, urina concentrada com odor fétido, dor abdominal baixa.

Crítérios de exclusão: Não se aplica.

ORIENTAÇÕES AO CLIENTE/PACIENTE

O paciente (quando consciente e lúcido), acompanhante e/ou familiar deverá ser informado pela equipe médica e assistencial de que o mesmo apresenta os critérios de elegibilidade do PTC DTEC 011 - INFECCAO DO TRATO URINARIO.

A equipe assistencial deve registrar no prontuário do paciente e fornecer, quando possível, os materiais explicativos, criados com o intuito de orientar de forma clara e objetiva sobre o tratamento que o paciente será submetido, e também como parte do preparo do paciente para alta hospitalar.

A equipe multiprofissional intervém com ações educativas específicas, de acordo com as necessidades do

paciente. O processo de educação e orientação ao paciente e sua família tem início na admissão e deve continuar durante a internação hospitalar até a alta.

Cabe ao Médico orientar sobre o controle ambulatorial, o uso de antibioticoterapia profilática, quando indicado, e sobre os fatores de risco (hidratação inadequada, retenção urinária voluntária, higiene pessoal inadequada, falta de higiene pós-atividade sexual).

PLANO TERAPÊUTICO

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA- BA

Presença de $\geq 10^5$ UFC/ml de um único uropatógeno em 02 amostras de urocultura sem sinais e sintomas associados. Para mulheres, são necessárias duas amostras de urina com isolamento bacteriano $\geq 10^5$ UFC/ml. Em pacientes cateterizados, esta definição se altera, sendo caracterizada a partir de uma contagem $\geq 10^2$ UFC/ml.

Tratamento somente naqueles pacientes com alto risco de desenvolvimento de bacteremia:

- Transplante de órgãos sólidos;
- Neutropenia;
- Gravidez;
- Pré-operatório de cirurgia urológica;
- Pré-operatório de colocação de próteses.

Tratamento:

- Direcionado por antibiograma por 07 dias;
- Não realizar controle de tratamento.

Pontos importantes:

- Piúria acompanhando bacteriúria assintomática não é critério para tratamento antimicrobiano;
- Não é recomendado screening ou tratamento de BA em: mulheres não grávidas, diabéticas, idosos não institucionalizados, institucionalizados, lesão de medula espinhal ou cateterizados.

Exames de controle: Urina, GRAM de Gota, Urocultura, Hemograma, PCR e Ultrassom de Abdômen.

Medicações:

- Ciprofloxacino 500 mg 12/12 horas;
- Bactrim 800/160mg 12/12 horas;
- Nitrofurantoína 50 a 100 mg 4 vezes ao dia;

- Levofloxacino 500mg 24/24 horas.
 - ✓ Esquema curto 03 dias: pode ser usado em mulheres adultas e infecção baixa não complicada, não recorrente e de início a menos de 03 dias;
 - ✓ Esquema de tratamento de 07 dias: é o tratamento adequado para mulheres com algum fator complicador, inclusive gravidez, idade acima de 60 anos, infecção recorrente, além de anomalias funcionais ou anatômicas de vias urinárias. Também é o indicado para homens;
 - ✓ Os medicamentos devem ser suspensos em caso de reações adversas como anafilaxia, convulsões, colite pseudomembranosa, hemorragia digestiva dentre outros.

CISTITE (ver Fluxograma 1)

Significa inflamação/infecção da bexiga. As bactérias conseguiram ascender à bexiga, fizeram lesão tecidual a ponto de gerar sintomas, mas não conseguiram ascender ao trato urinário superior.

Sintomas característicos: disúria, polaciúria e urgência urinária. Noctúria, hesitação, desconforto suprapúbico, hematúria macroscópica e urina turva também costumam ocorrer. A presença de febre ou dor em flanco sugere um quadro mais alto (cistite associada à pielonefrite). A piúria está presente em praticamente todos os casos, a hematúria também aparece em 30% dos casos. A cultura se torna mais sensível e específica em pacientes sintomáticos utilizando valores mais baixos como referência do que o habitual: $\geq 10^2$ para mulheres e $\geq 10^3$ para homens.

Exames de Controle: Urina, GRAM de Gota, Urocultura, Hemograma, BHCG.

Medicações: Sulfametoxazol, Trimetoprima, Nitrofurantoína, Amoxicilina, Cefadroxila.

PIELONEFRITE AGUDA (ver Fluxograma 2)

A síndrome clássica de pielonefrite aguda envolve alguns dias de dor progressiva nos flancos.

Sintomas característicos: fadiga, febre, prostração e, possivelmente, náuseas com vômitos, geralmente precedidas ou acompanhadas de sintomas de cistite. Apresentações atípicas são comuns, principalmente em idosos, imunossuprimidos e paciente debilitados.

Exames de Controle: Hemoculturas, Hemograma, Eletrólitos, função renal, Ultrassonografia, Urocultura.

Medicações: Ceftriaxona, Ceftriaxona, Aminoglicosídeo, Cefepime.

ITU EM PACIENTES COM CATEETR VESICAL DE DEMORA (ver Fluxograma 3)

Nem todo paciente com febre e bacteriúria (esta é inevitável com o uso contínuo de cateter vesical) tem ITU. Avaliar e afastar outras causas de infecção. Reavaliar sempre necessidade de SVD (sonda vesical de demora).

Exames de Controle: Urocultura.

Medicações: Ceftriaxona, Ciprofloxacino, Cefepime.

INFECCÕES POR CÂNDIDA

Pacientes sem sintomas clínicos, sem piúria e urocultura com mais de 10.000 UFC/ml não devem ser tratados, exceto se neutropênicos, transplantados e em pré-operatório de cirurgia urológica. Nesse caso, se pacientes com sonda vesical, esta deve ser trocada e a Urocultura deve ser repetida em 48 horas. Se novamente apresentar urocultura com mais de 10.000 UFC/ml, deve ser indicado tratamento (**ver Fluxograma 4**). Pacientes sintomáticos com candidúria devem ter sonda vesical trocada e iniciado tratamento (**ver Fluxograma 5**).

Exames de controle: não são feitos de rotina, são usados após análise de caso a caso, paciente com melhora clínica assintomática sem indicação de exame de controle no primeiro momento.

Medicações: Fluconazol.

RESPONSABILIDADES

Médico

- Observar sinais clínicos e laboratoriais de complicações, prevenção da sepse urinária, insuficiência renal, verificar tempo de uso de antibiótico, avaliar tempo para alta hospitalar;
- Direcionamento do paciente para o tratamento domiciliar, internado ou terapia intensiva;
- Avaliar exames, estabilização clínica e recomendações do seguimento do tratamento ambulatorial, seja preventivo ou curativo.

Enfermagem

- Orientar ingestão hídrica adequada, caso não haja nenhuma contraindicação, monitorar paciente, orientar paciente a evitar retenção de urina, manter o paciente com a higiene pessoal adequada, incluindo a troca de fraldas e absorventes sempre que úmidos, higienizar a região perianal com água e sabão após as evacuações, manter técnicas assépticas durante a sondagem, medicar paciente de acordo com prescrição Médica.

ITENS DE CONTROLE

Indicador de Incidência de IRAS por Topografia e Microrganismos monitorado pelo Serviço de Controle de Infecção do CSSJD.

RISCOS ASSISTENCIAIS

- Diagnóstico tardio;
- ITU complicada;
- Sepse – choque séptico;
- Insuficiência renal;

- Abcesso renal;
- Antibiótico não direcionado de acordo com a cultura;
- Administração de dose e/ou medicação errada;
- Paciente com comorbidade pré-existente;
- Exame não disponível em tempo hábil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diretrizes Assistenciais - Protocolo de Diagnóstico e Tratamento de ITU no CTI A Versão eletrônica atualizada em Novembro – 2008.
- MARTINS, Herlon Saraiva. **Emergências clínicas: abordagem prática**. 8 Ed . rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2013.

FLUXOGRAMA

Fluxograma 1: Cistite

Sintomas de cistite : mulher, jovem, vida sexual ativa, ausência de comorbidades. Avaliar DUM
E possibilidade de gravidez



Colher urina rotina / gram gota/ urocultura / BHCG se indicado



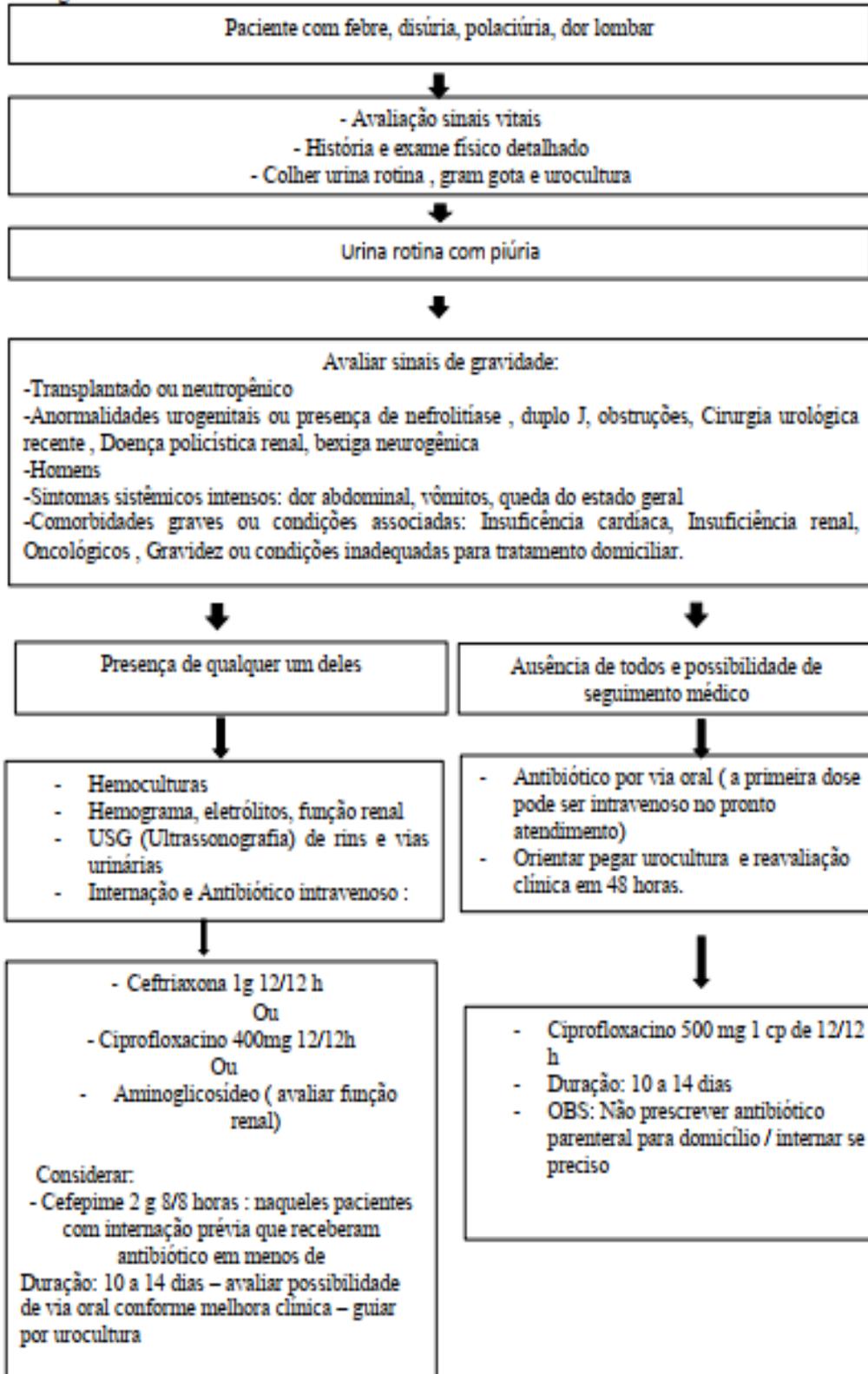
Opções:

- Sulfametoxazol + Trimetoprima 800/160mg 12/12 h *
- Nitrofurantoína 100mg 6/6 h
- Amoxicilina – clavulanato 875-125mg 12/12 h ou cefadroxila 500 mg 8/8h
- Reservar quinolonas para casos restritos ou guiado por urocultura *

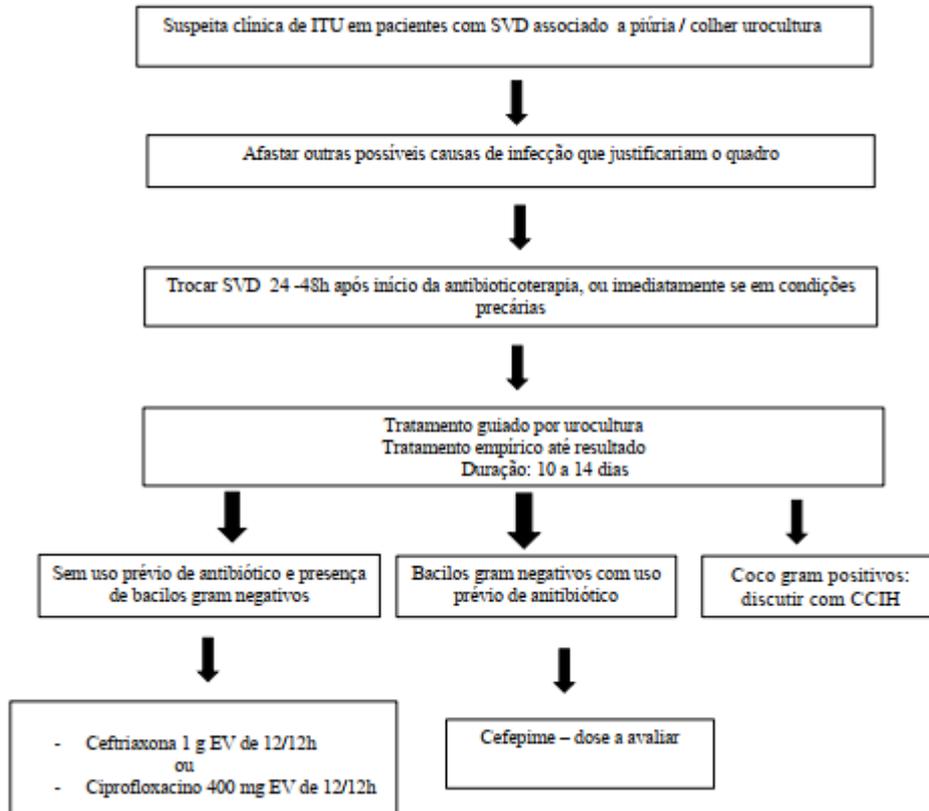
Tratamento por 5 a 7 dias. Orientar pegar resultado de urocultura. Se persistência dos sintomas após 72 h retornar para reavaliação.

*Não deve ser prescrito durante gestação.

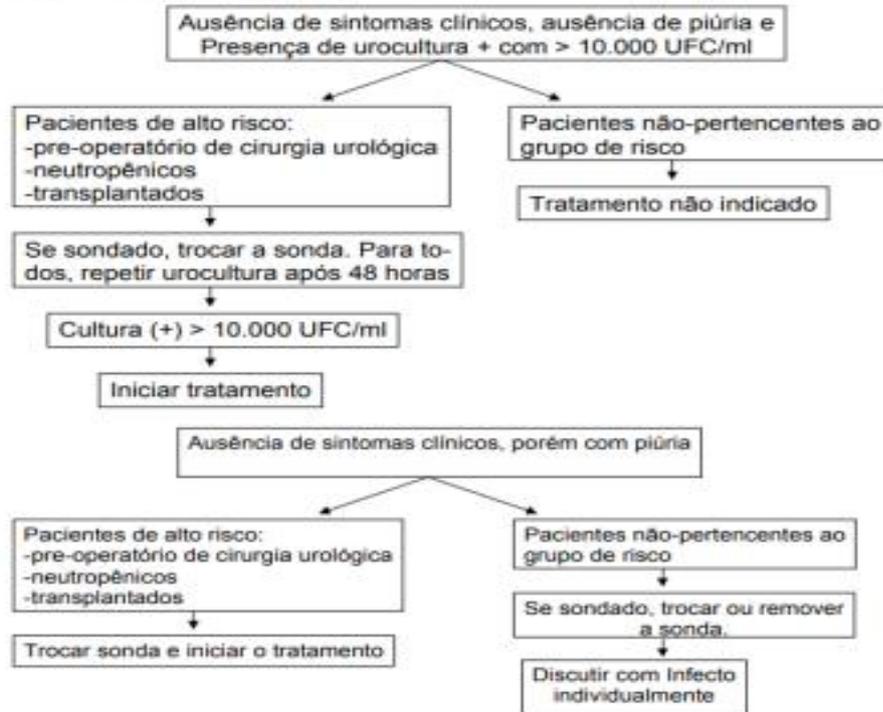
Fluxograma 2: Pielonefrite



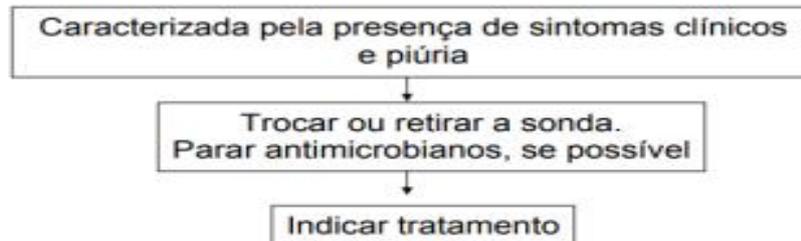
Fluxograma 3: ITU e SVD



Fluxograma 4 : Candidúria assintomática



Fluxograma 5: Candidúria sintomática



- Propostas de tratamento
 - a) Fluconazol 200 mg por 7 dias
 - Máximo 14 dias

ANEXOS E/OU APÊNDICE

Não se aplica.

CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Data Inicial	Elaboração		Verificação	Aprovação
-	-	-	-	-
Data	Versão	Item	Atualização	Responsável pelas alterações
-	-	-	-	-