

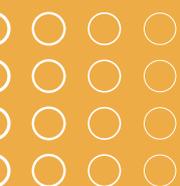


hcor

ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

Protocolo de Assistencial Pronto Socorro

Infecção do Trato Urinário



COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Dr. Luiz Carlos Valente de Andrade
Dr. Edgard Ferreira dos Santos
Especialista Colaborador: Dr. Mario Mattos
Dra. Sabrina Bernardes
Dra. Luiza Miranda

Dr. Pedro Aurélio Mathias Neto
Dr. Hélio Penna Guimarães
Enfa. Michelle Saad
Farm. Vivian G. Monteiro Moreira

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATB: Antibiótico
DM: Diabetes Mellitus
EV: Endovenoso
ITU: Infecção do Trato Urinário

Hcor: Hospital do Coração
PA: Pronto Atendimento
PS: Pronto Socorro
SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

1. DEFINIÇÃO

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é um quadro infeccioso que pode ocorrer em qualquer parte do sistema urinário, como rins, bexiga e uretra.

2. PROTOCOLO

2.1 Etiologia

Os Agentes etiológicos mais comuns, segundo a microbiota do HCor:

- E. Coli 68%;
- Klebsiella pneumoniae 11%;
- Enterococcus faecalis 6%;
- Outras enterobacterias 6%;
- Proteus mirabilis 3%.

2.2 Exame Físico

Palpação e percussão das lojas renais, punho percussão lombar - sinal de Giordano. Avaliar estado geral e nível de consciência, temperatura axilar, frequência cardíaca e perfusão periférica.

2.3 Diagnóstico

As ITUs são classificadas em sintomáticas ou assintomáticas.

- Sintomas urinários: disúria, polaciúria, hematúria, tenesmo vesical, urgência, retenção e/ou incontinência. Clinicamente, os quadros de cistite acompanham-se de sintomas de trato urinário baixo, como disúria, polaciúria, urgência miccional e ocasionalmente hematúria. Já nos quadros de pielonefrite aguda prevalecem sintomas sistêmicos, como dor lombar, febre, calafrios, astenia, náuseas e vômitos.
- Presença de febre: o risco de infecção grave aumenta proporcionalmente com a temperatura.
- Presença de outros sintomas (observados nas infecções graves): prostração, anorexia, vômitos, dor abdominal, desorientação.
- Considerar infecção grave com repercussão sistêmica na presença de delirium, mudanças de comportamento, febre ou calafrios sem outro foco infeccioso ou hipotensão sem causa aparente.
- Condições facilitadoras: presença de leucorréia (mulheres - vulvovaginite) ou fimose (crianças) com balanopostite (homens adultos).
- Atenção aos medicamentos em uso, como antibióticos, imunossupressores (uso atual ou recente).
- Questionar doenças prévias, principalmente outros episódios de ITU e como foram caracterizados e tratados.

3. Exames complementares

Urina tipo I

Se poliúria, exame torna-se menos expressivo e até mesmo normal, mesmo na vigência de ITU. Nestes casos deve-se valorizar mais os sintomas, mesmo com pouca leucocitúria.

A leucocitúria é o parâmetro mais utilizado pelo médico generalista, contudo, sua baixa sensibilidade e especificidade tem grande potencial de induzir a erros de interpretação. Importante ressaltar que o achado de células epiteliais na análise da amostra de urina é fortemente indicativo de contaminação durante a coleta do material. Instrumentação cirúrgica do trato urinário recente e presença de cateter duplo J podem provocar o surgimento de leucocitúria, sem ITU.

A leucocitúria, hematúria e cilindrúria são só sugestivas de ITU, mas não permitem seu diagnóstico definitivo. A presença de nitrito é sugestiva de ITU, mas também não permite diagnóstico definitivo.

Urocultura

É o “padrão-ouro” para diagnóstico de ITU, porém o custo adicional e o tempo de execução de 24 a 48 horas limita seu uso em pronto-socorro. Ainda assim justifica-se sua realização para checagem oportuna que possa ratificar o tratamento ou mesmo orientar sua mudança posteriormente. Importante: a amostra deve ser colhida preferencialmente antes do início de antibioticoterapia empírica (caso esteja indicada).

USG de rins e vias urinárias ou outros exames de imagem – indicados em pronto-atendimento apenas na suspeita de pielonefrite ou complicações. Indicado também na suspeita de outros diagnósticos.

4. Tratamento

- A antibioticoterapia empírica deve ser iniciada logo após a coleta adequada da urocultura, uma vez que seu resultado demora de 1 a 5 dias.

- A escolha do antimicrobiano mais adequado baseia-se no antibiograma (caso disponível), na observação da resposta ao tratamento prévio com antibióticos empírico e na ocorrência de recorrência ou reinfecção.

- Recomendação da infectologia e SCIH do HCor (vide tabelas 1 e 2), sugerida a partir do perfil de sensibilidade da microbiota do Hcor (vide tabela 3).

Tabela 1: sugestões de início de tratamento empírico de ITU não complicada

ITU NÃO COMPLICADA				
Antibiótico	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo tratamento
1ª Nitrofurantoina (Macrofantina®)	Via Oral	100mg	6/6h	5 dias
2ª Fosfomicina* (Monuril®)	Via Oral	3g	1x/dia	Única
3ª Axetilcefuroxima (Zinnat®)	Via Oral	500mg	12/12h	7 dias

Tabela 2: Infecção de trato urinário complicada

ITU NÃO COMPLICADA - Regime Primário				
Antibiótico	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo tratamento
1ª Ceftriaxona (Rocefin®)	Endovenosa	1g	12/12h	14 dias
2ª Fosfomicina* (Monuril®)	Endovenosa	1g	1x/dia	14 dias
3ª Axetilcefuroxima (Zinnat®)	Endovenosa	1g	8/8h	14 dias

ITU NÃO COMPLICADA - Regime Alternativo				
Antibiótico	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo tratamento
1ª Amicacina (Novamin®)	Endovenosa	7,5mg/Kg	1x/dia	14 dias
2ª Piperacilina-tazobactam (Tazocin®)	Endovenosa	4,5g	8/8h	14 dias
3ª Cefepime	Endovenosa	1g	8/8h	14 dias
Ceftazidma (Fortaz®)	Endovenosa	1g	8/8h	14 dias

Tabela 3: Perfil de sensibilidade dos isolados mais prevalentes em urocultura (Ambulatorial) do Hcor (2016):

Agente antimicrobiano % Sensibilidade	E.Coli (1165 amostras)	Klebsiella pneumoniae (181 amostras)
Amicacina	100	100
Ciprofloxacino	72	83
Fluconazol	-	-
Meropenem	100	95
Ertapenam	100	95
Piperacilina/Tazobactam	97	90
Vancomicina - Teicoplanina - Linezolida	-	-
Sulfa-trimetoprim	69	87
Nitrofurantoína	96	30
Ceftriaxona	93	85
Cefepima	93	85
Cefuroxima	86	77
ESBL+	7	11

4.1 Em quem considerar a internação hospitalar:

Grupos especiais:

- Paciente diabético: ITU pode elevar níveis glicêmicos e descompensar o DM, e também aumentar a incidência de complicações: pielonefrite enfisematosa, abscessos perinéfrico e necrose de papila. Se infecção de repetição ou descompensação clínica, considerar antibiótico EV com paciente internado.
- Pacientes imunossuprimidos: pacientes em uso de imunossupressor e naqueles com transplante renal devido à mudança da anatomia. Além dos agentes habituais, pode haver uma maior incidência viral, contudo no Pronto Socorro esse diagnóstico diferencial não é realizado, devendo a maioria ser internada para melhor definição diagnóstica.
- Idoso: avaliar a condição clínica, infecção recidivante e sintomas atípicos. (desorientação, inapetência).
- Uropatia obstrutiva: pacientes com ITU associada ou decorrente de obstrução urinária (exemplo: cálculo ureteral obstrutivo) devem ser internados e preparados para desobstrução do trato urinário com rapidez (notificar urologista de imediato).

5. Diagnósticos diferenciais

Dentre os diagnósticos diferenciais mais comuns podemos destacar calcúlo ureteral e infecções ginecológicas e gastrointestinais.

O quadro clínico de infecções genitais por Chlamydia trachomatis muitas vezes é indistinguível do quadro de infecções de trato urinário. A presença de secreção vaginal, antecedente sexual e dor abdomino-pélvica são importantes na diferenciação desse diagnóstico, muitas vezes negligenciado no atendimento.

Suspeita de doença de outro foco como do aparelho ginecológico / reprodutor: Balanopostite ou vulvovaginite: Leucorréia acompanhada de eritema, edema ou exulceração da região periuretral.

6. Orientações de alta

- Repouso relativo, hidratação vigorosa, uso do antibiótico como orientado. Agendar retorno ambulatorial com clínico geral / urologista com brevidade para reavaliação clínica e checagem do resultado da urocultura.

- Retorno imediato ao PS em caso de piora dos sintomas ou indícios de repercussão sistêmica: febre, prostração, calafrios, alteração do nível de consciência.

7. ESQUEMA RESUMO

5.1 ITU NÃO complicada

EXAMES

Urina Tipo I:

Exame inexpressivo em caso de poliúria = valorizar sintomas

Se positivo para **células epiteliais** na análise = contaminação na coleta

Se **leucocitúria, cilindrúria e hematória** = sugestivo de ITU, mas não fecha diagnóstico

Urocultura:

Padrão Ouro

24-48h limita o uso no PS

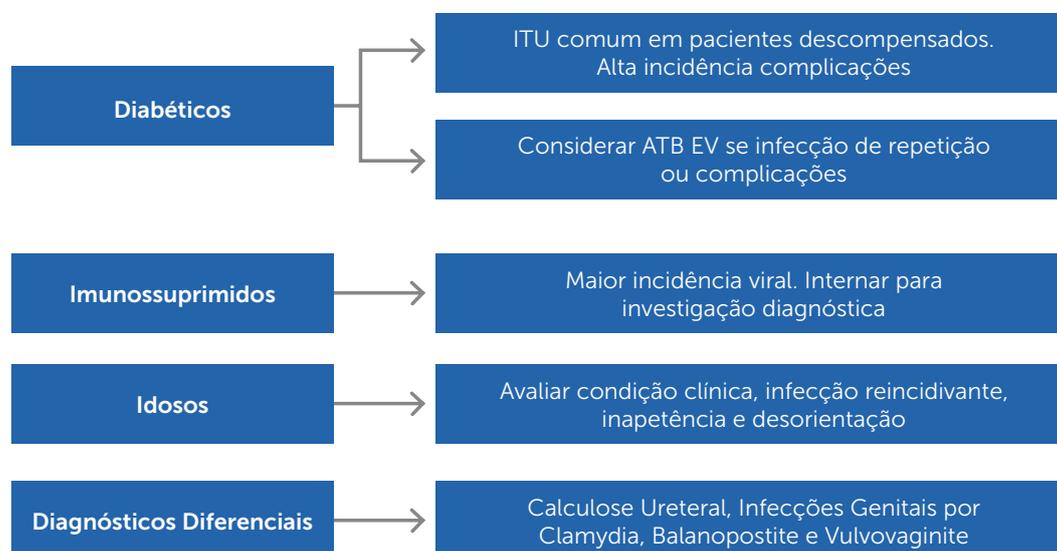
Se fizer, orientar o paciente (vide orientações de ALTA)

USG rins e vias urinárias:

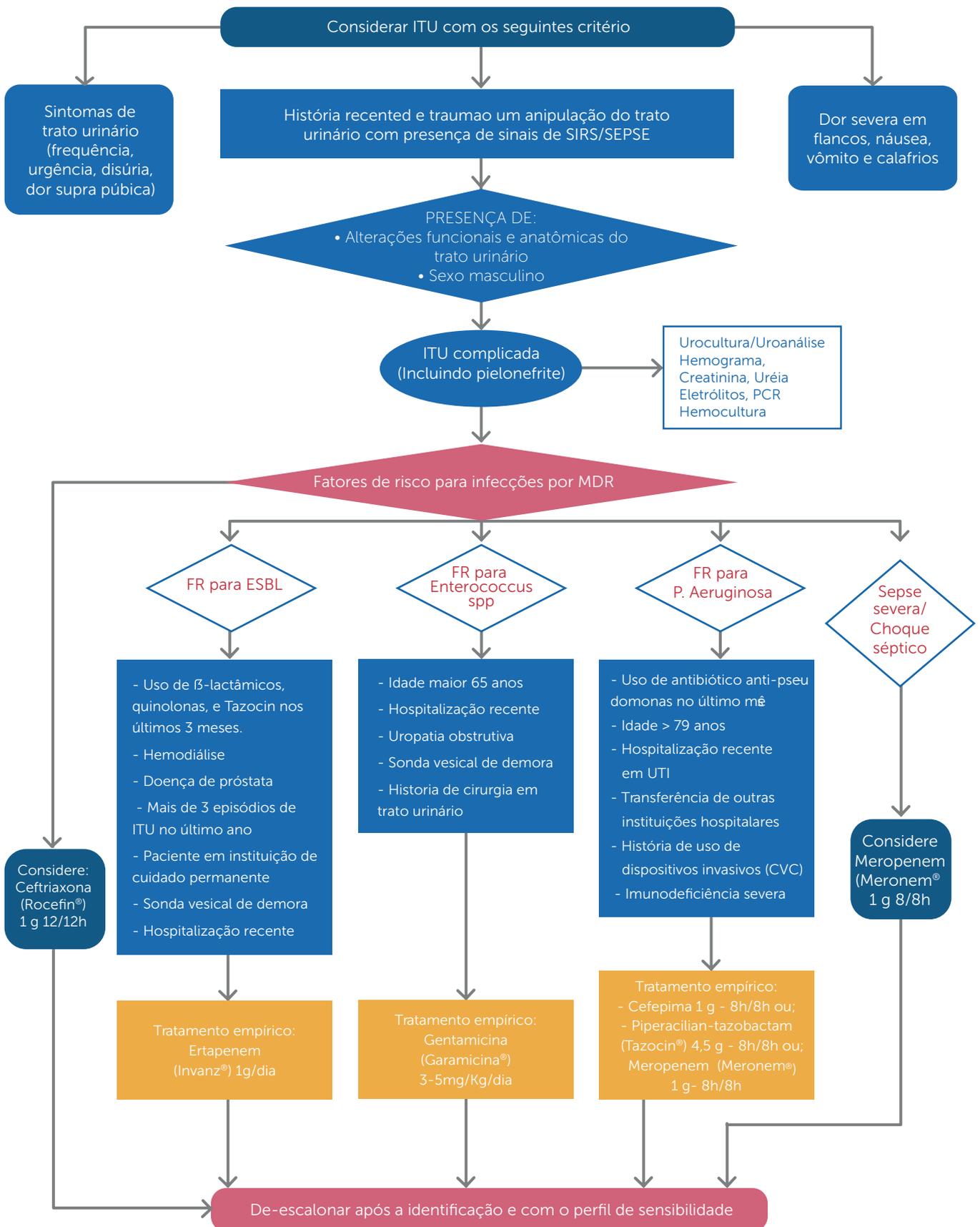
Pedir sob suspeita de pielonefrite e complicações

Pedir em casos de diagnóstico diferencial

GRUPOS ESPECIAIS E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAI



ITU complicada (com indicação de internação)



6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hasegawa E. Infecção de Trato Urinário. In: In: Guimarães HP, Borges LAA, Assunção MSC, Reis HJL. Manual de Medicina de Emergência. São Paulo: Editora Atheneu: 2017: 587-593.
2. Wilbanks MD, Galbraith JW, Geisler WM. Dysuria in the emergency department: missed diagnosis of Chlamydia trachomatis. West J Emerg Med. 2014; 15:227.
3. Gieteling E, van de Leur JJ, Stegeman CA, et al. Accurate and fast diagnostic algorithm for febrile urinary tract infections in humans. Neth J Med. 2014; 72:356.
4. Frazee BW, Enriquez K, Ng V, et al. Abnormal urinalysis results are common, regardless of specimen collection technique, in women without urinary tract infections. J Emerg Med. 2015; 48:706.
5. Nassisi D, Oishi ML. Evidence-based guidelines for evaluation and antimicrobial therapy for common emergency department infections. Emerg Med Pract. 2012;14:1.

Responsável Técnico

Dr. Gabriel Dalla Costa - CRM 204962



Organization Accredited
by Joint Commission International

hcor

**ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA**

Hcor Complexo Hospitalar / Medicina Diagnóstica – Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 – São Paulo – SP
Hcor – Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 – São Paulo – SP
Hcor Medicina Diagnóstica – Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 – 2º andar – São Paulo – SP
Hcor Onco – Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 – São Paulo – SP
Hcor – Consultórios: Rua Abílio Soares, 250 – São Paulo – SP

Tels.: Geral: (11) 3053-6611 – Central de Agendamento: (11) 3889-3939 – Pronto-Socorro: (11) 3889-9944
hcor.com.br