



Infecção do trato urinário

Resumo de diretriz NHG M05 (terceira revisão, junho 2013)

Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, Verduijn MM, Opstelten W, Burgers JS, Van Asselt KM

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exame de urina
- Conduta em caso de mulheres saudáveis e não-grávidas
- Conduta em pacientes com sinais de invasão de tecidos e grupos de risco à partir de 12 anos
- Conduta em crianças até 12 anos

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Definições

Infecção do trato urinário (ITU): bacteriúria, (em crianças menores de 12 anos comprovada por uma cultura positiva) acompanhada de sinais clínicos.

Bacteriúria: comprovada pelo teste de nitrito positivo, dip-slide com pelo menos 10^4 unidades formadoras de colônias por mililitro (ufc/ml) ou cultura de pelo menos 10^5 ufc/ml.

Diagnóstico

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Anamnese

Perguntar queixas e sintomas correspondentes a:

- cistite: queixas miccionais tais como dor ou ardor ao urinar, aumento da frequência urinária, sensação de vontade de urinar não resultando em micção, hematúria;
- *sinais de invasão de tecidos* (pielonefrite ou prostatite aguda): febre, calafrios, mal-estar, dor no flanco ou períneo, delírio;
- infecção do trato urinário em crianças jovens não desfraldadas (incontinentes): mal-estar, febre, dor abdominal;
- infecção do trato urinário em crianças desfraldadas: dor abdominal e queixas miccionais.

Em caso de sinais de ITU perguntar também:

- intensidade das dores, episódios anteriores com queixas semelhantes, alteração em corrimento vaginal, dor lombar ou na parte inferior do abdômen;
- exame invasivo recente de bexiga ou próstata;
- em *mulheres com 3 ou mais episódios de ITU por ano*: se sexualmente ativa perguntar se há relação entre o começo do episódio de ITU e coito, uso de preservativo e/ou agentes espermicidas;
- em *gestantes*: termo da gravidez, contrações prematuras ou aumento da frequência e intensidade de barrigas duras;
- em *crianças menores de 12 anos*: febre, vômitos, sonolência, atraso no crescimento, infecções do trato urinário no passado, resultados de cultura anteriores, ITUs em pais ou irmãos/irmãs; sinais de obstrução como esforço durante a micção ou fluxo fraco.

Exame físico

Realizar exame físico em casos de:

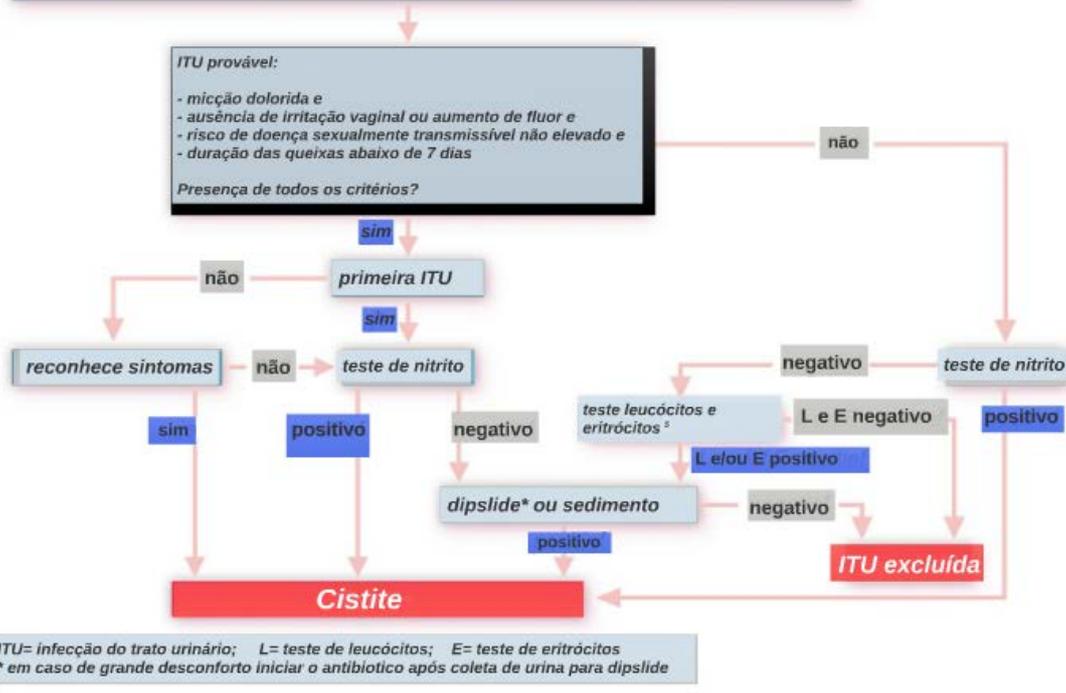
- mulheres com três ou mais episódios de ITUs por ano: inspeção da área genital, exame de toque vaginal;
- homens: inspeção e palpação região genital, exame abdominal (retenção urinária);
- sinais de invasão de tecidos: aparência, temperatura, pressão arterial, pulso, desidratação, sintomas de delírio, o exame abdominal (sinais de irritação peritoneal, dor no flanco, retenção urinária);
- crianças: exame abdominal (constipação, retenção urinária) em idade < 5 anos: inspeção da região genital (posição do meato, fimose grave, balanite, vulvite).

Exame de urina

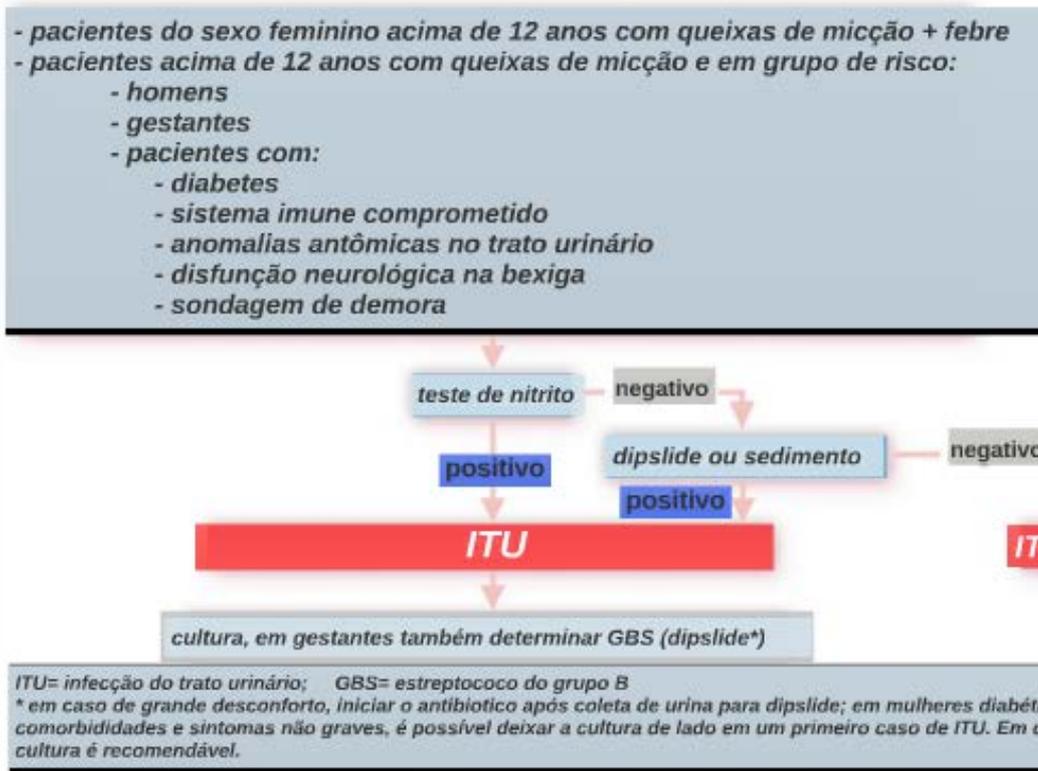
O exame de urina pode ser omitido nos seguintes casos:

- forte suspeita de infecção do trato urinário em mulheres saudáveis não-gestantes, com casos anteriores de infecção urinária objetivado e que reconheçam claramente os sintomas (fluxograma 1);
- pacientes onde diagnósticos alternativos sejam mais prováveis que ITU;
- pacientes com sonda vesical, sem sinais de invasão de tecidos.

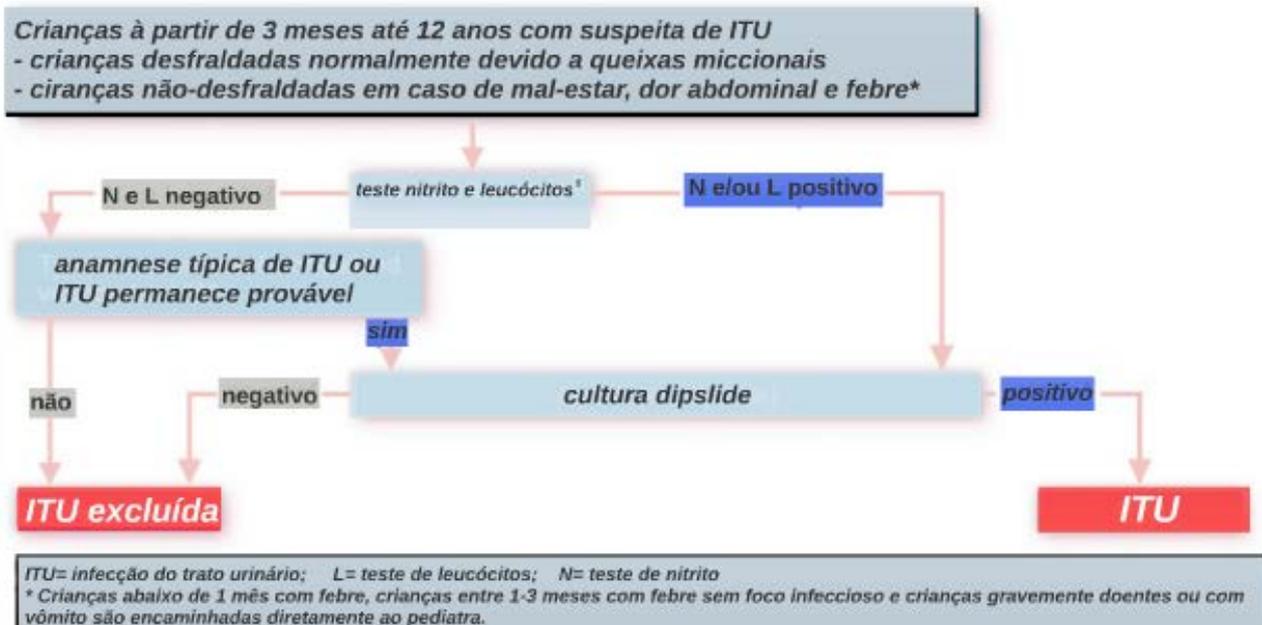
Mulheres saudáveis e não-grávidas (acima de 12 anos) com queixas de micção e sem febre



(fluxograma 1) Exame de urina em casos de mulheres saudáveis e não-grávidas



(fluxograma 2) Exame de urina em pacientes com sinais de invasão de tecido e grupos de risco acima de 12 anos



(fluxograma 3) Exame de urina em crianças menores de 12 anos

Conduta em casos de mulheres saudáveis e não-grávidas

Orientação e tratamento não medicamentoso

- A cistite é comum, não é contagiosa, a recuperação pode ocorrer espontaneamente e também pode ocasionalmente recorrer;
- Discutir a possibilidade de conduta expectante (aumentar a ingestão de bebidas e analgesia se necessário) e emitir uma prescrição de antibiótico para uso em caso de persistência de sintomas, após alguns dias.
- Na cistite recorrente: aumentar ingestão de líquidos, não adiar micção, micção logo após a relação sexual, reconsiderar o uso de preservativos/diafragmas com lubrificantes espermicidas.

O tratamento medicamentoso¹

- 1ª opção: nitrofurantoína durante 5 dias, 2 vezes por dia comprimidos de liberação prolongada(clp) 100 mg ou 50 mg 4 vezes ao dia.
- 2ª opção: fosfomicina dose única 3 g duas horas após a refeição, de preferência ao deitar.

- 3ª opção : trimetoprim durante 3 dias, 1 vez por dia 300 mg ao deitar.

Opções medicamentosas em cistite recorrente

- Receita em poder da paciente: nitrofurantoína durante 5 dias ou fosfomicina dose única (veja acima), que pode ser iniciada assim que sinais reconhecíveis de infecção ocorrerem.
- Profilaxia (em pacientes com três ou mais infecções do trato urinário em um ano), escolha entre:
 - comprimidos de cranberry (500 mg 2 vezes ao dia) ou bebida (de acordo com instruções na embalagem);
 - profilaxia antibiótica contínua durante 6-12 meses: nitrofurantoína (50-100 mg) ou trimetoprim (100 mg), 1 vez ao dia ao deitar;
 - profilaxia pós coito, durante 6-12 meses: nitrofurantoína (50-100 mg) ou 100 mg de trimetoprim, dentro de 2 horas após cada coito, no máximo 1 vez ao dia;
 - mulheres na pós-menopausa: estriol óvulo intravaginal ou creme (0,5 mg uma vez ao dia, após duas semanas reduzir a 0,5 mg até 2 vezes por semanas) por até 6 meses.

Controles e encaminhamentos

- Na cistite: (ainda) efetuar exame de urina se os sintomas reduzirem insuficientemente 3-5 dias após o início do tratamento; se os sintomas persistirem após um segundo ciclo de antibiótico: cultura (de tipo dip-slide) e determinação de resistência.
- Em caso de cistite apesar de profilaxia: considere mudança de medicamento profilático após a cura; encaminhar se as infecções recorrerem frequentemente apesar da profilaxia.

Conduta em pacientes com sinais de invasão tecidual e grupos de risco à partir de 12 anos

Cistite em grupos de risco

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Informação

- Devido ao risco de invasão dos tecidos o antibiótico é sempre indicado; instruir paciente para que entre em contato diretamente em caso de exacerbação dos sintomas (febre, mal-estar); recomendar ingestão de bastante líquidos;
- Gestantes e com estreptococo do grupo B (GBS) na urina: informar o obstetra devido à indicação de profilaxia antibiótica intravenosa durante o parto.

O tratamento medicamentoso

Em mulheres grávidas:

- 1ª opção: nitrofurantoína durante 7 dias, 2 vezes por dia 100 mg clp ou 50 mg 4 vezes ao dia.
- 2ª opção: amoxicilina/ácido clavulânico durante 5 dias, 3 vezes 500/125 mg .

Em outros grupos de risco:

- 1ª opção: nitrofurantoína durante 7 dias, 2 vezes por dia 100 mg clp ou 50 mg 4 vezes ao dia.
- 2ª opção: trimetoprim durante 7 dias, 1 vez por dia 300 mg ao deitar.

Controle e encaminhamento

- Controle da urina se não houver melhora dos sintomas; se o teste de nitrito positivo ou dip-slide for positivo, cultura com a determinação de resistência.
- Encaminhamento: em sinais de anormalidades (como retenção urinária ou cálculo urinário); homens com infecção urinária de repetição (arbitrariamente: 2 infecções dentro de seis meses).

Infecção do trato urinário, com sinais de invasão dos tecidos

O tratamento medicamentoso

Em mulheres não-grávidas:

- 1ª opção (> 16 anos): ciprofloxacina 7 dias, 2 vezes por dia 500 mg;
- 2ª opção: amoxicilina/ácido clavulânico 10 dias, 3 vezes por dia 500/125 mg;
- 3ª opção e em caso de alergia à penicilina: cotrimoxazol 10 dias, 2 vezes por dia 960 mg .

Nos homens: a escolha do antibiótico é o mesmo que em mulheres, mas a duração do tratamento é de 14 dias.

Controle e encaminhamento

- Aconselhe o paciente a entrar em contato se os sintomas se agravarem ou na ausência de melhoras dentro de 2 dias.
- Controle da urina se não houver recuperação; se o teste de nitrito ou dip-slide for positivo, cultura com determinação de resistência.

Encaminhamento: grávida com sinais de invasão dos tecidos, paciente com pielonefrite ou com pedras nos rins; paciente sem melhoras dentro de 48 horas após início do tratamento; pacientes com sinais de sepse.

Conduta em crianças até 12 anos

Informação

- Aconselhamento em casos de sinais de anomalias no padrão de micção: deixar a criança em ambiente tranquilo e sentada numa posição relaxada no vaso sanitário; tentar deixar a criança urinar 6-7 vezes/dia sem forçar.

Instruções para coleta de urina em crianças não-desfraldadas²: coleta limpa

Dar líquidos em abundância à criança. Crianças abaixo de 2 anos irão urinar normalmente dentro de 20 a 30 minutos; afastar os grandes lábios ou puxar o prepúcio para trás e limpar vulva ou pênis com água em abundância (sem sabão) no chuveiro ou espremendo algodões embebidos com água (não esfregar); deixe a criança com os genitais descobertos, colete o fluxo intermediário³ de urina em um recipiente limpo. Se não obtiver sucesso, use um saco de coletar urina⁴, verificar a cada 10 minutos se há produção de urina. Deixe-o no máximo 1 hora.

Tratamento medicamentoso da cistite

- 1ª opção: nitrofurantoína 5 dias (5-6 mg/kg dividido em 4 doses diárias; até 400 mg/dia);
- 2ª opção: amoxicilina/ácido clavulânico 3 dias (30/7,5 mg/kg dividido em 3 doses diárias; até 3000/750 mg/dia).

Em casos de sinais de invasão dos tecidos

- 1ª opção: amoxicilina/ácido clavulânico 10 dias (50 mg/12,5 mg/kg dividido em 3 doses diárias; até 3000/750 mg/dia).
- 2ª opção ou em hipersensibilidade à penicilina: cotrimoxazol 10 dias (6/30 mg/kg dividido em 2 doses; até 320/1600 mg/dia) .

Controle e encaminhamento

- Controle da urina se não houver recuperação; se o teste de nitrito⁵ ou dip-slide for positivo, cultura com determinação de resistência.
- Encaminhe diretamente a um pediatra:
 - criança abaixo de 1 mês e febre e criança de 1 a 3 meses com febre sem foco;
 - crianças gravemente doentes ou vômitos;
 - crianças sem sinais de melhora dentro de 48 horas após início do tratamento.
- Encaminhe diretamente para diagnóstico há um pediatra:
 - crianças não-desfraldadas com nitrito ou teste de leucócitos⁵ positivo em urina coletada por meio de um saco de coletar urina⁴ onde coleta limpa não foi bem sucedida (indicação para cateterismo da bexiga);
 - se durante uma infecção houver fluxo urinário diminuído ou massa palpável no abdômen.
- Encaminhamento a um pediatra dentro de 6 semanas após a infecção é indicado no caso de:
 - dois episódios de infecção urinária, pelo menos uma das vezes acompanhada de febre;
 - três episódios mesmo que sem febre;

- uma infecção do trato urinário causada por outro agente patogênico que o *E.coli*.

Notas do tradutor

1. Devido a uma política contida na prescrição de antibióticos a Holanda é um país com nível relativamente baixo de uso de antibióticos. Consequentemente as taxas de resistência bacteriana também é baixo. Na bactéria do tipo *E.coli*, maior patogênico em infecções do trato-urinário, nitrofurantoína é o antibiótico com o menor percentual de resistência (na Holanda).
2. O termo traduzido como “crianças não-desfraldadas” refere-se às crianças sem controle sobre a necessidade de urinar (ou defecar) e portanto sem a capacidade de urinar em um compartimento de coleta para o exame de urina.
3. Fluxo intermediário de urina é a urina que segue logo após o fluxo inicial e sendo livre da contaminação bacteriana fisiológica da uretra, é mais representativo para a flora da bexiga.
4. Saco para coleta de urina é um compartimento de plástico flexível e com pontas adesivas que pode ser colado em torno a genitália de bebês e crianças não-desfraldadas para a coleta de urina. Grande desvantagens são a contaminação pela flora da pele local e o fato de não se tratar do fluxo intermediário de urina.
5. Teste de nitrito e leucócitos do tipo *Urine Strip*. Esse teste normalmente também detecta eritrócitos, glicose e proteína na urina.