

**b. QUADRO CLÍNICO**

Disúria e polaciúria.

Alguns pacientes reportam turvamento e escurecimento da urina.

Desconforto suprapúbico é comum.

Presença de febre > 38° C e toxemia sugerem a ocorrência de pielonefrite.

**c. CONDUTA**

Colher urina para realização de EAS.

Indicar a realização de urinoculturas APENAS nos seguintes casos: suspeita de pielonefrite aguda, gestantes, necessidade de hospitalização, crianças e adultos do sexo masculino.

Iniciar antibioticoterapia seguindo as indicações da tabela abaixo.

**Tratamento das cistites de acordo com o agente etiológico**

PACIENTE	TRATAMENTO
Mulheres não Gestantes	Sintomático. SMX-TMP – 1 comprimido VO 12 em 12 horas, durante 3 dias. Ciprofloxacina – 250 mg VO de 12 em 12 horas, durante 3 dias.
Gestantes	Amoxicilina 500 mg VO de 8 em 8 horas por 7 dias. ou cefalexina 500 mg VO 6 em 6 horas por 7 dias.

**68. PIELONEFRITE****a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO**

Infecção urinária afetando o rim, provocada por bactérias.

Afeta as mulheres mais frequentemente que aos homens.

As gestantes são particularmente predispostas.

É causada pelas mesmas bactérias responsáveis pela cistite, pois a infecção vai da bexiga para o rim através do ureter.

A maior parte dos casos deve-se a infecção bacteriana por Gram negativos como *Escherichia coli* (80%), *Proteus mirabilis* e *Klebsiella pneumoniae*.

**b. QUADRO CLÍNICO**

Disúria e polaciúria.

Dor no flanco.

Febre, calafrios e em alguns casos pode causar septicemia.

Alguns pacientes reportam turvamento e escurecimento da urina.

Em crianças jovens a febre é o principal sintoma associado ou não à dor abdominal.

Suspeitar em crianças com febre  $> 39^{\circ}\text{C}$ , febre com duração maior que 2 dias, ausência de enfermidade aguda, ITU prévia, ausência de identificação da origem da febre.

Em recém nascidos (RN) e lactentes jovens: febre ou hipotermia, irritabilidade, letargia, recusa alimentar, diarreia, vômitos, desenvolvimento pondero estatural insuficiente, icterícia colestática, dor ou distensão abdominal, alterações no aspecto da urina.

Em crianças maiores: dor lombar e /ou abdominal, disúria, polaciúria, estrangúria, urgência, hematúria, enurese, incontinência, náusea, vômitos e calafrios.

### C. CONDUTA

Colher urina para realização de EAS, bacterioscopia e urinocultura em todos os casos.

Presença no EAS de graus leves de proteinúria e hematúria, pH urinário elevado em caso de infecção por *Proteus mirabilis*. Leucócitos elevados na urina. Cilindros leucocitários. Bacteriúria. Nitrito positivo

Indicar internação hospitalar se houver: incapacidade de uso de medicações orais, dúvida no diagnóstico, febre alta, dor intensa, sinais de sepse, comorbidades como diabetes e insuficiência renal.

Iniciar antibioticoterapia seguindo as indicações da tabela abaixo.

Indicação de hospitalização em crianças idade menor que 3 meses, vômitos, desidratação, sinais de toxemia, falha terapêutica no tratamento ambulatorial, recusa da medicação oral.

#### Tratamento das pielonefrites de acordo com as características clínicas

PACIENTE	TRATAMENTO
Mulheres não gestantes	Sintomático. Ciprofloxacina 500 mg VO de 12 em 12 horas durante 14 dias
Gestantes	Ceftriaxone 1g 12 em 12 horas, durante 14 dias.
Crianças	Amoxicilina 50 mg/kg/dia 8 em 8 horas Amoxicilina-clavulanato 50 mg/kg/dia 8 em 8 horas Cefalexina 50 mg/kg/dia 6 em 6 horas SMX-TMP 6 a 12 mg/kg dia TMP 12 em 12 horas 30 a 60 mg/kg/dia SMX