



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Protocolo de Diagnóstico e Tratamento de ITU no CTIA

Versão eletrônica atualizada em
Novembro - 2008

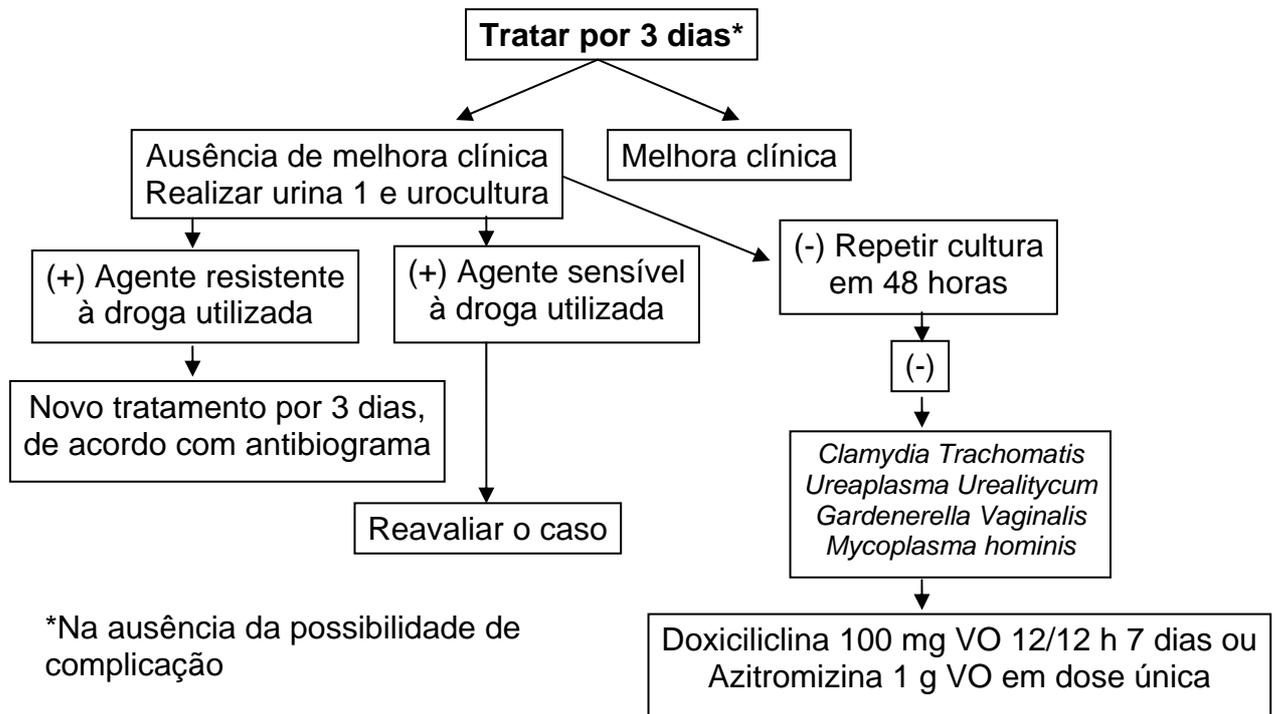
Protocolo de Diagnóstico e Tratamento de ITU no CTIA

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA (BA)

- Bactérias em urocultura (≥ 100.000 UFC/ml)
- Ausência de sinais e sintomas clínicos de infecção
- 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 7 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 (ainda com o cateter)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (COMUNIDADE)

- A infecção de trato urinário não complicada em mulheres não-grávidas não requer a realização de exames laboratoriais.
- Iniciar antibioticoterapia empírica VO:
 - Norfloxacin 400 mg VO 12/12 h
 - Nitrofurantoína 100 mg VO 6/6 h
- Seguimento de acordo com o fluxograma 1, abaixo:



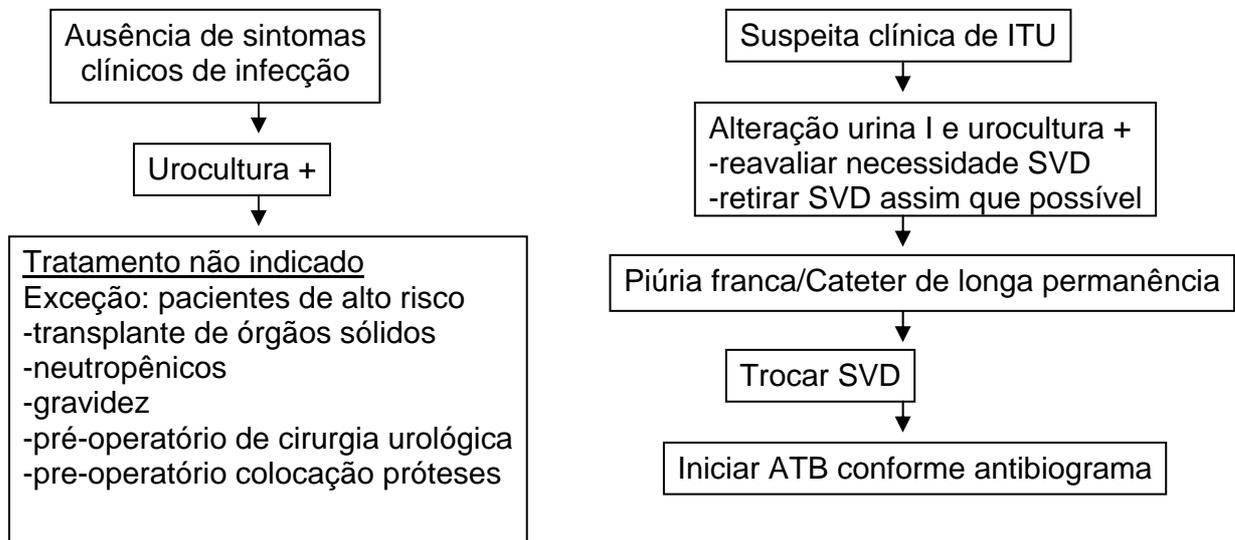
- Para não solicitar Urina I e Urocultura, descartar possibilidade de complicação:
 - Doença policística renal
 - Nefrolitíase
 - Bexiga neurogênica
 - DM
 - Imunossupressão
 - Gravidez
 - Presença de cateter urinário
 - Cirurgia urológica recente
- Tratamento: 7-10 dias
- Iniciar tratamento empírico e re-avaliar após resultado da urocultura

CATETER URINÁRIO

- 10% dos pacientes hospitalizados são submetidos a este procedimento
- Causa mais comum de ITU (80%)
 - Indicação precisa e restrita
 - 50% dos pacientes tem urina colonizada após 48 h cateterização
- Risco de bacteriúria aumenta 5% a cada dia da permanência do cateter!!

INFECÇÃO EM PACIENTES COM CATETER URINÁRIO

- Fator de risco: presença da sonda vesical



- Tempo programado de tratamento: 7 dias
- Iniciar norfloxacina 400 mg VO 12/12 h
 - Re-avaliar após resultado urocultura
- Caso necessário estender o tratamento
 - Suspender antibiótico após 48 horas afebril e com boa evolução clínica

PIELONEFRITE

Na presença de sintomas clínicos sugestivos de infecção do trato urinário alto, solicitar:

Urina I, urocultura e hemocultura

Iniciar ATB VO, EV ou IM, de acordo com o estado geral do paciente, e reavaliar em 72 horas para passar a terapêutica oral.

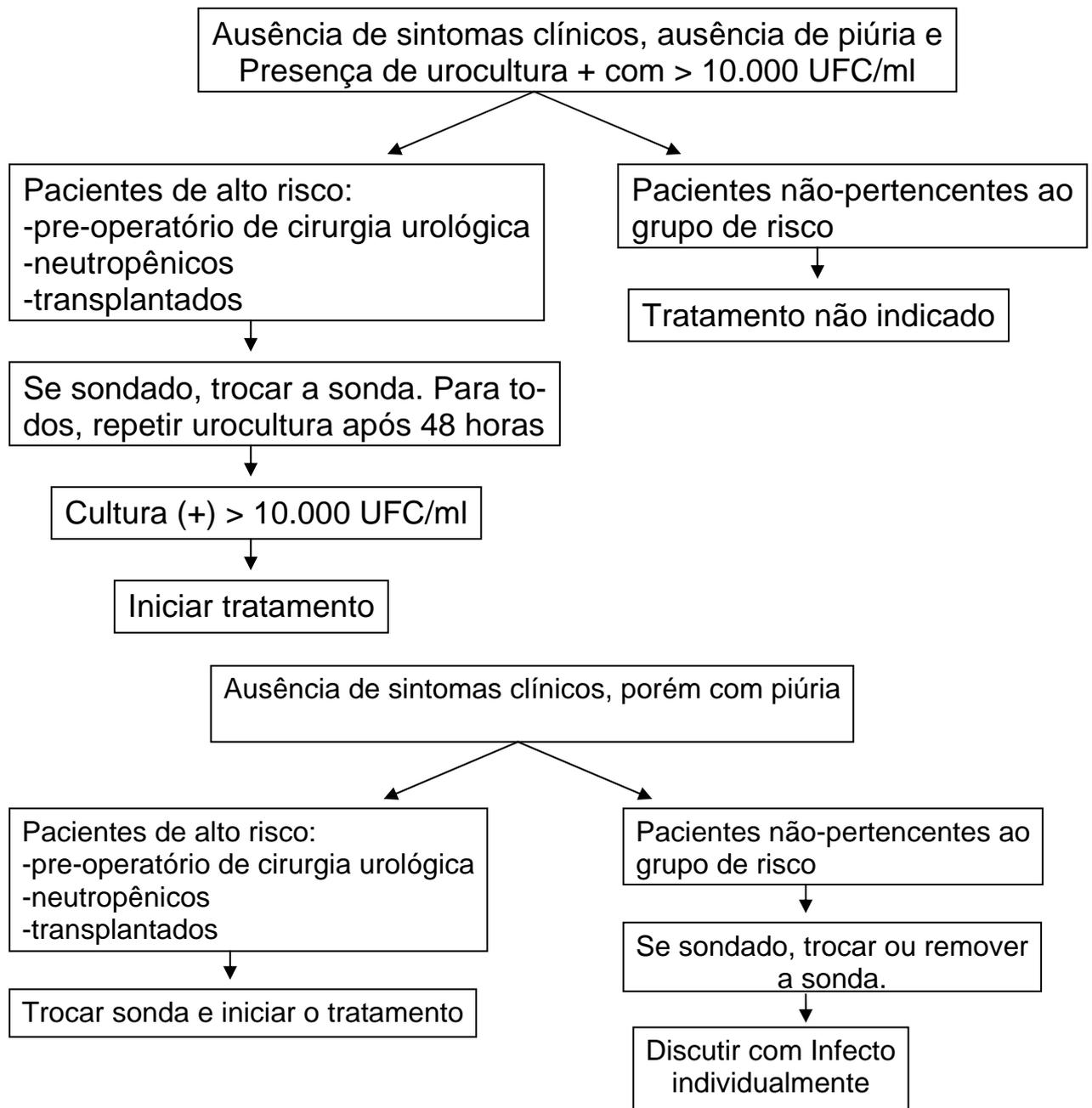
Investigar alterações do trato urinário:

Obstruções/cálculos/presença de duplo J

- Opções de tratamento
 - Comunidade: Ciprofloxacina 400 mg EV ou Ceftriaxone 1 g EV 12/12 h (comunidade)
 - Hospitalar: Piperacilina-tazobactam 4,5 g EV 8/8 h (ajustar após resultado urocultura)
- Tempo de tratamento
 - 10 dias
- Caso necessário estender o tratamento
 - Suspender antibiótico após 48 horas, se afebril, com boa evolução clínica e remoção de duplo J, cálculo ou outros fatores que estejam prejudicando a terapêutica

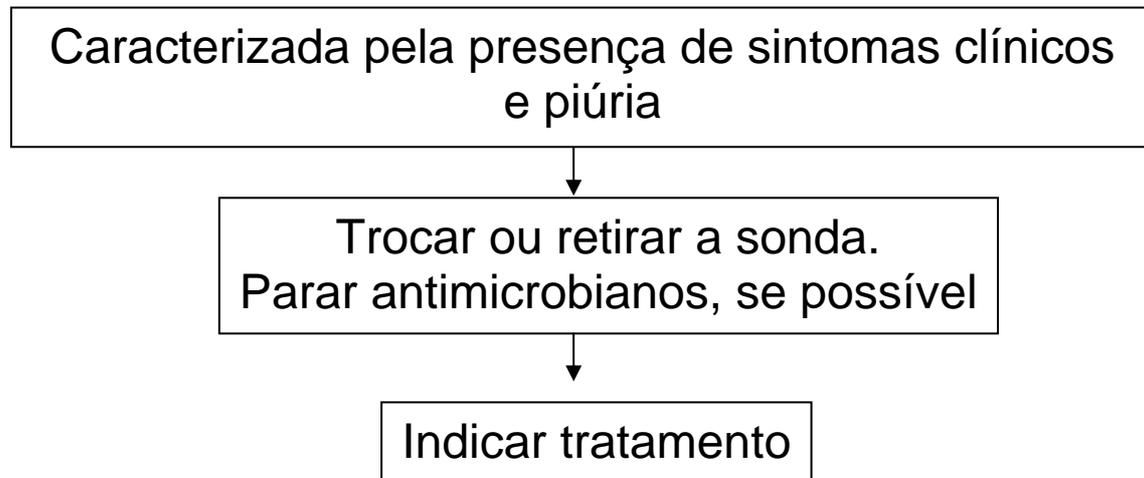
CANDIDÚRIA

Candidúria assintomática



- Remoção cateter vesical
 - Resolve a candidúria em ate 40% dos pacientes

Candidúria sintomática



- Propostas de tratamento
 - a) Fluconazol 200 mg por 7 dias
 - Máximo 14 dias
 - b) Anfotericina B 0,3 mg/kg EV por 1-3 dias
 - Máximo 7 dias

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nicolle *et. al.* IDSA Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. *Clin Infect Dis* (40):643-654, 2005.
2. Bent *et. al.* Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? *JAMA* (20):2701-2710, 2002.
3. APECIH – *Prevenção de Infecção do Trato Urinário Hospitalar*, 2005.
4. Nicolle LE. Catheter-related urinary tract infection. *Drugs Aging* (8):627-639, 2005.
5. Tenke *et. al.* European and Asian Guidelines on manag. and prevent.of catheter-associated UTI. *Intl J Antimicrob Agents* (38):161-189, 2004.
6. Warren *et. al.* Guidelines for Antimicrobial Treatment of Uncomplicated Acute Bacterial Cystitis and Acute Pyelonephritis in Women. *Clin Infect Dis* (29):745-758, 1999.
7. Pappas *et. al.* Guidelines for Treatment of Candidiasis. *Clin Infect Dis* (38):161-189, 2004.