



INFECÇÃO URINÁRIA

AGUDA

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

É a complicação clínica mais comum da gestação. A morbidade e a mortalidade materna e perinatal variam segundo cada forma clínica da infecção.

FATORES DE RISCO

- Hemoglobinopatias.
- Diabetes mellitus.
- Anormalidades anatômicas do trato urinário.
- Litíase urinária.
- Antecedentes de infecção geniturinária de repetição.
- Baixo nível sócio-econômico.
- Uretra curta.

FATORES PREDISPONENTES

- Modificações anatômicas e funcionais do sistema urinário, já presentes desde a sétima semana de gestação:
 - o Aumento do fluxo plasmático renal em 50%
 - o Taxa de filtração glomerular aumentada, resultando em glicosúria e aminoacidúria, que propiciam excelente meio de proliferação para bactérias
 - o Aumento do diâmetro e hipotonia ureteral, com retenção de 50 a 200 ml de urina
 - o Hipotonia vesical.

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

Incidência: 2 a 7% das gestações.

DIAGNÓSTICO

- Assintomática.
- Diagnosticada pela cultura de urina (> 100.000 colônias/ml), solicitada em cada trimestre da gestação ou quando da ameaça de parto prematuro.

CONDUTA

- Incentivar a ingesta hídrica.
- Antibioticoterapia:
 - o Orientada preferencialmente pelo antibiograma.
 - o Os principais esquemas recomendados, se a bactéria for susceptível, estão descritos na tabela 1.
 - o Controle de tratamento com nova cultura de urina, 7 dias após o término do tratamento.
 - o Terapia de supressão (quimioprofilaxia): indicada nos casos de bacteriúria recorrente (2 ou mais episódios). Nitrofurantoína (100mg, VO, à noite), até o término da gestação é o esquema de escolha, caso o microorganismo seja susceptível.

CISTITE

É a infecção sintomática da bexiga.

INCIDÊNCIA: A cistite aguda ocorre em 1 a 2% das mulheres grávidas.

DIAGNÓSTICO

- **Clínico**

- o Polaciúria.
- o Disúria.
- o Urgência urinária
- o Desconforto suprapúbico.

- **Laboratorial**

- o Cultura de urina: > 100.000 colônias/ml.

CONDUTA

- Incentivar a ingesta hídrica.
- Antibioticoterapia:
 - o A escolha inicial do antibiótico é, geralmente, empírica e deve ser baseada nos dados microbiológicos e de suscetibilidade disponíveis. Os esquemas de menor duração devem ser preferidos. A cultura de urina deve ser colhida antes do início do tratamento, podendo, posteriormente, indicar a troca do antibiótico de acordo com o antibiograma.
 - o Os esquemas empíricos preconizados são os seguintes:

Antibiótico	Posologia
Nitrofurantoína*	100mg, VO, de 6/6h, por 5 dias
Cefalexina**	500mg, VO, de 6/6h, por 3 a 7 dias
Cefuroxima	500mg, VO, de 12/12h, por 3 a 7 dias

Tabela 1 – Antibioticoterapia na infecção urinária baixa

* Evitar o seu uso no último trimestre pelo risco de hemólise no recém-nascido (considerar seu uso até o parto nos casos de quimioprofilaxia).

** Só deve ser utilizada quando há sensibilidade no antibiograma já que a resistência da *E.coli* chega a 50%.

- o Controle de tratamento com nova cultura de urina, 7 dias após o término do tratamento.
- o Terapia de supressão (quimioprofilaxia): indicada nos casos de recorrência (2 ou mais episódios) ou, após o 1º episódio, quando a gestante apresenta outras condições que potencializam o risco de complicações durante o episódio de cistite (ex., diabetes, anemia falciforme). Nitrofurantoína (100mg, VO, à noite), até o término da gestação é o esquema de escolha, caso o microorganismo seja susceptível
- o Considerar a profilaxia pós-coito quando os episódios forem associados à relação sexual (Nitrofurantoína 100mg ou cefalexina 250mg, VO, pós-coital).

PIELONEFRITE AGUDA

- Ocorre quando há o comprometimento infeccioso agudo renal.
- É a maior causa não obstétrica de internação materna durante o ciclo grávido-puerperal, e está intimamente relacionada à persistência de bacteriúria assintomática e de cistite não tratadas.
- Deve ser considerada emergência obstétrica, que requer internação e antibioticoterapia venosa.

INCIDÊNCIA: complica 0,7 a 1,0% das gestações.

DIAGNÓSTICO

- **Clínico**
 - o Dor lombar.
 - o Febre ($>38^{\circ}\text{C}$), taquicardia.
 - o Náuseas e vômitos.
 - o Queda do estado geral.
 - o Sintomas de cistite podem ou não estar presentes.
- **Laboratorial** - Piúria significativa e hematúria freqüente.
 - o Cultura de urina: $\geq 100.000 \text{ UFC/ml}$.
 - o Hemograma com leucocitose e desvio a esquerda
 - o Anemia
 - o Hemocultura pode ser positiva

CONDUTA

- Internação da paciente.
- Sinais vitais, incluindo débito urinário
- Hidratação parenteral.
- Cultura de urina com antibiograma.
- Bacterioscopia (Gram de urina) pode orientar quanto à classe de antibiótico a ser prescrita.
- Hemograma completo e avaliação da função renal: uréia, creatinina.
- Hemoculturas em caso de sinais de sepse.
- Antibioticoterapia parenteral empírica (somente após a coleta de urina para cultura).
 - o Antibióticos beta-lactâmicos são a 1ª opção de tratamento: Tabela 2

Antibiótico	Posologia
Cefuroxima	750mg, EV, de 8/8h
Cefepime	2g, EV, a cada 8 ou 12h

Tabela 2 – Antibioticoterapia pielonefrite aguda

- Quando afebril por 48h, trocar para terapia oral (preferencialmente com base no antibiograma), completando 10 a 14 dias de tratamento.
- Considerar falência terapêutica quando, mesmo após 3 dias completos de *cefuroxima*, a paciente ainda apresentar febre e/ou sintomatologia urinária; nestes casos, investigar obrigatoriamente:
 - o obstrução do trato urinário
 - o Infecção por bactéria do gênero *pseudomonas*
 - o Imunossupressão
 - o Infecção por bactérias multirresistentes.
- Controle de tratamento com nova cultura de urina, 7 dias após o término do tratamento, e depois **mensalmente até o parto**.
- Avaliar presença de trabalho de parto prematuro e necessidade de tocolise venosa.
- USG de vias urinárias (litíase urinária).
- Terapia de supressão (quimioprofilaxia): recorrência da pielonefrite ocorre em 6 a 8% dos casos. Assim, indica-se a profilaxia antibiótica após o 1º episódio.
 - o Nitrofurantoína 100mg ou cefalexina 250mg, à noite, até o término da gestação, são as opções preferenciais.

COMPLICAÇÕES

Referidas em 25% das pacientes com pielonefrite:

- Trabalho de parto prematuro.
- Anemia.
- Insuficiência respiratória.
- Insuficiência renal.
- Celulite e/ou abscesso perirrenal.
- Choque séptico.

LEMBRETES

1. A urina para cultura deve ser colhida do jato médio, **sem interrupção da micção**, após rigorosa assepsia da vulva e do intróito vaginal, sendo a amostra imediatamente conservada a 4°C.
2. Quando os sintomas de ITU baixo se associam com urinocultura negativa, pensar em *Chlamydia trachomatis* e *gonococo* como possíveis agentes etiológicos de uretrite.
3. O diagnóstico diferencial da pielonefrite aguda deve ser feito com: litíase urinária isolada, apendicite, colecistite e colite.

LEITURA SUGERIDA

1. CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Gemelidade. In: CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. **Manual de Condutas em Obstetrícia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011. p. 301-310.
2. JESUS, N.R. et al.(Col.). Recomendações para uso de antimicrobianos em obstetrícia. Rio de Janeiro:Maternidade Escola/CCIH, 2011. 10p.