



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 1/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS .....	2
2. OBJETIVOS .....	2
3. JUSTIFICATIVAS.....	2
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO .....	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES .....	3
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO .....	4
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS .....	4
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	5
9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO .....	8
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	8
11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....	9
12. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PACIENTE COM ITU NA GESTAÇÃO .....	10
13. MONITORAMENTO.....	12
14. REFERÊNCIAS.....	12
15. HISTÓRICO DE REVISÃO .....	13

CÓPIA CONTROLADA

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 2/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## 1. SIGLAS E CONCEITOS

### 1.1 Siglas

BA – Bacteriúria Assintomática;  
 CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;  
 EV – Endovenoso;  
 G6PD – Glicose-6-fosfato desidrogenase;  
 HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley;  
 ITU – Infecção do Trato Urinário;  
 PCR – Proteína C reativa;  
 SF – Soro Fisiológico;  
 SMT – Sulfametoxazol;  
 SRL – Soro Ringer Lactato;  
 SSVV – Sinais Vitais;  
 TMP – Trimetoprim;  
 UFC/ml – Unidades Formadoras de Colônia por mililitro;  
 USG – ultrassonografia;  
 UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

### 1.2 Conceitos

**CORIOAMNIONITE** - Infecção intrauterina do líquido amniótico, da placenta e das membranas ovulares.

**SEPSE MATERNA** - sepse materna é uma condição ameaçadora da vida definida por disfunção orgânica resultante de infecção durante a gestação, parto, pós aborto ou pós-parto.

**DESCALONAMENTO** antibiótico - é o estreitamento do espectro antimicrobiano orientado pela suscetibilidade do patógeno, diminuindo as possibilidades de gerar resistência bacteriana. De forma geral, a literatura apoia e recomenda o descalonamento antibiótico como conduta adequada, mostrando diminuição nos custos e redução de resistência bacteriana.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 3/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## 2. OBJETIVOS

Padronizar o diagnóstico nos casos de Infecção do Trato Urinário (ITU) na gestação, orientar as diretrizes para a conduta e evitar sua recorrência e complicações nas pacientes atendidas na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

## 3. JUSTIFICATIVAS

A elaboração deste protocolo é importante para padronizar o diagnóstico e conduta da ITU na gestação, com a finalidade de diminuir as complicações maternas e fetais tais como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepsse materna e infecção neonatal.

As infecções do trato urinário (ITU) ocorrem em cerca de 12% das gestações e podem ser assintomáticas (bacteriúria assintomática) ou sintomáticas (cistite ou pielonefrite aguda).

As modificações gravídicas aumentam a prevalência de bacteriúria assintomática, pielonefrite e quadros recorrentes de ITU, pois a gestação se associa a uma maior estase de urina, seja por dificuldades de esvaziamento associadas à compressão pelo útero gravídico, seja pelo peristaltismo ureteral reduzido e pela leve dilatação ureteral observada durante a gestação. Essa tendência à estase perturba um dos mecanismos de proteção do trato urinário contra a aderência e invasão bacterianas – o fluxo de urina e esvaziamento miccional, acarretando a descamação de células superficiais e a eliminação de bactérias eventualmente aderidas.

## 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Serão incluídas todas as pacientes que forem atendidas na maternidade do HULW com quadro clínico de infecção de trato urinário na gestação **OU** urocultura com crescimento igual a  $10^5$  unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/ml) de um único uropatógeno em uma amostra de urina de jato médio ou  $\geq 10^2$  UFC/mL em uma amostra coletada por catéter vesical **OU** crescimento maior ou igual a 50.000 UFC/ml na presença de sintomas.

Serão excluídas desse protocolo as condutas nas pacientes que não possuem um quadro clínico compatível com infecção de trato urinário na gestação e urocultura que apresente crescimento menor que 50.000 unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/ml) de um único uropatógeno, sem sintomas.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 4/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## 5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

### 5.1 Equipe de Enfermagem (Triagem)

- Realizar acolhimento da paciente e classificação de risco de acordo com POP.UMUL.018 (ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA);
- Fazer a classificação de risco;
- Verificar sinais vitais (SSVV);

### 5.2 Equipe de Enfermagem (Enfermaria)

- Prestar assistência de enfermagem a paciente internada;
- Identificar sinais de piora clínica tais como hipotensão, taquicardia, febre persistente, rebaixamento do nível de consciência, sonolência, dor de forte intensidade, falta de ar, e comunicar à equipe médica de plantão.

### 5.3 Equipe médica plantonista (Obstetra e Residente)

- Realizar anamnese e exame físico;
- Solicitar os exames necessários tais como hemograma e sumário de urina. Ureia e Creatinina; proteína C-reativa (PCR); Ultrassonografia (USG) de vias urinárias devem ser solicitados nos casos de suspeita de pielonefrites complicadas; em casos mais graves solicitar exames de dosagem de eletrólitos, avaliação de função renal e coleta de hemoculturas e pesquisas de outros focos e complicações, com realização de radiografia de tórax.
- Realizar internação da paciente caso seja necessária e solicitar urocultura com antibiograma;
- Definir diagnóstico e orientar conduta;
- Prescrever tratamento na admissão;
- Comunicar-se com a paciente de forma clara e esclarecer suas dúvidas;
- Atender as intercorrências durante internação.

### 5.4 Equipe médica evolucionista (Obstetra visitador e Residente)

- Acompanhar o paciente durante o internamento para evolução da conduta;
- Solicitar pareceres quando necessário da nefrologia, urologia, infectologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 5/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 13/05/2026

- Identificar sinais de piora clínica tais como: hipotensão, taquicardia, febre persistente, rebaixamento do nível de consciência, sonolência, dor de forte intensidade, dispneia e determinar conduta;

- Planejar alta hospitalar.

## 6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

### 6.1 Bacteriúria assintomática

A bacteriúria assintomática (BA) é definida como crescimento  $\geq 10^5$  unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/ml) de um único uropatógeno em uma amostra de urina de jato médio ou  $\geq 10^2$  UFC/mL em uma amostra coletada por catéter vesical, independentemente da presença de piúria, na ausência de sinais ou sintomas de ITU.

Em caso de pacientes não tratadas, 35% delas poderão manifestar no futuro uma infecção sintomática, incluindo, pielonefrite aguda. Por isso, toda bacteriúria assintomática na gestação deve ser tratada.

### 6.2 Cistite

É a infecção sintomática baixa do trato urinário. Caracteriza-se por polaciúria, disúria, principalmente terminal, e/ou desconforto suprapúbico.

### 6.3 Pielonefrite aguda

Caracteriza-se pela presença de sintomas sistêmicos como: febre, calafrios, cefaleia, náuseas, vômitos e/ ou hipersensibilidade do ângulo costovertebral (sinal de Giordano positivo). Afeta 1 a 2% das gestantes.

Pode estar associada à desidratação, perda de função renal, anemia, sepse, prematuridade, baixo peso ao nascer, infecção feto-anexial e puerperal.

Em razão do alto risco de complicações, o tratamento da gestante com pielonefrite deve ser feito em regime de internação, permitindo a monitorização dos sinais vitais, a identificação precoce de sinais de gravidade, o controle da diurese, a hidratação e a utilização parenteral dos antibióticos.

**Todas as gestantes com diagnóstico de pielonefrite aguda devem ser hospitalizadas.**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 6/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## 7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

### 7.1 Bacteriúria assintomática

- Urocultura com crescimento  $\geq 10^5$  unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/ml) de um único uropatógeno em uma amostra de urina de jato médio, independentemente da presença de piúria, na ausência de sinais ou sintomas de ITU. Deve ser realizada como rotina pré-natal no primeiro e no início do terceiro trimestres da gestação ou mais frequentemente nas pacientes com risco aumentado de infecção como as diabéticas;
- A urocultura deve ser realizada preferencialmente jato médio da primeira amostra da manhã.
- Alternativamente, o diagnóstico pode ser realizado por meio da cultura de urina coletada com cateterismo vesical, quando essa identificar  $\geq 10^2$  UFC/mL.
- Sumário de urina: pode apresentar blocos piocitários, hemácias, nitrito positivo e estearase.

### 7.2 Cistite

- Urocultura  $\geq 50.000$  UFC/ml de um único uropatógeno (confirma o diagnóstico na presença de sintomas);
- Sumário de urina: presença de bactérias, piúria e nitrito, sendo importante reforçar que a ausência de nitrito não exclui a presença de cistite.

### 7.3 Pielonefrite aguda

- Hemograma e leucograma: anemia e leucocitose com desvio à esquerda;
- Sumário de urina: presença de bactérias, piúria e nitrito, sendo importante reforçar que a ausência de nitrito não exclui a presença de cistite;
- Ureia e creatinina: elevados;
- Urocultura com antibiograma: confirma o diagnóstico e orienta com o antibiograma a prescrição mais adequada;
- PCR alterado;
- Ultrassom de aparelho urinário: nos casos de suspeita de pielonefrites complicadas como gestantes em uso de imunossupressão, portadoras de litíase, insuficiência renal, e/ ou rim único;
- Nos casos mais graves: gestantes com sinais clínicos de gravidade como taquicardia, hipotensão, taquipneia, dentre outros, devem ser solicitados também exames de dosagem de eletrólitos, avaliação de função renal e coleta de hemoculturas e pesquisas de outros focos e complicações, com realização de radiografia de tórax.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 7/16	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## 8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

### 8.1 Bacteriúria assintomática (BA)

O tratamento é realizado com antibioticoterapia.

**Nitrofurantoína\* 100mg VO de 6/6 horas por 5 a 7 dias**

**Cefalexina 500mg VO de 6/ 6 horas por 7 dias**

**Fosfomicina 3g VO dose única**

**Acetilcefuroxima 250mg VO de 12/12h por 7 dias**

**Amoxicilina\*\* 500 mg a cada 8 horas ou 875 mg a cada 12 horas por 7 dias**

**Amoxicilina-clavulanato (500mg + 125mg 8/8h ou 875mg + 125mg 12/12h) VO por 7 dias**

**Sulfametoxazol-trimetoprim (SMT+TMP)\*\*\* (160/800mg) VO de 12/12 horas por 5 dias**

- **\*Nitrofurantoína:** é um fármaco seguro não associado à teratogênese, que pertence ao grupo de medicações de primeira escolha no Brasil. Há risco de hemólise em fetos ou recém-nascidos com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), prevalente em 0,0004% dos conceptos, devendo, portanto, ser evitada nas últimas semanas da gestação (a partir de 37 semanas). No entanto, as evidências do risco de anemia hemolítica são extremamente limitadas, e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas não restringe o uso de nitrofurantoína durante o terceiro trimestre.

- **\*\* Amoxicilina:** Tratamento de escolha em ITU por estreptococo do Grupo B (GBS, *Streptococcus Agalactiae*) e *Enterococos Fecais*.

- **\*\*\*Sulfametoxazol + trimetoprim:** aumento teórico do risco de Kernicterus. Associar ácido fólico (sulfa é antagonista do ácido fólico). Por apresentar efeitos adversos dependendo da idade gestacional, trimetoprima associado a sulfametoxazol passa a ser categoria D durante o primeiro trimestre e nas últimas semanas da gravidez. Há relatos na população brasileira de taxas de até 30% de resistência da *E.coli* a SMT+TMP.

- Há a possibilidade de uso, com ressalvas, de outros antibióticos como as quinolonas, na falta de opções mais seguras no antibiograma, porém não são fármacos de escolha por estarem associadas a alterações em cartilagens articulares de neonatos.

- A detecção de novo caso de BA favorece a indicação de antibioticoprofilaxia até o parto.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 8/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## 8.2 Cistite

- O tratamento deve ser iniciado sempre que houver suspeita clínica;
- Aumentar a ingesta hídrica;
- Colher urocultura antes do início do antibiótico (após o resultado da urocultura e antibiograma, pode se ajustar o antibiótico);
- Antibióticos: mesmos da bacteriúria assintomática;
- Na presença de disúria muito incomodativa, pode-se associar a fenazopiridina por 48 horas (200 mg a cada 8 horas).
- Sempre solicitar urocultura de controle após o tratamento (7 dias após);
- Se cistite recorrente, conforme definição descrita mais adiante, recomenda-se iniciar profilaxia com antibioticoterapia oral.

## 8.3 Pielonefrite aguda

- Venóclise + Hidratação (2000mL de Soro Fisiológico - SF ou Soro Ringer Lactato - SRL) + monitorização de sinais vitais e curva térmica;
- Solicitar ureia e creatinina; PCR; USG de vias urinárias nos casos de suspeita de pielonefrites complicadas;
- Casos mais graves: exames de dosagem de eletrólitos, avaliação de função renal e coleta de hemoculturas e pesquisas de outros focos e complicações, com realização de radiografia de tórax;
- Antibioticoterapia venosa;

**Ceftriaxona 1g EV 12/12h (Injeção EV direta: 2 a 4 minutos ou diluir em 100mL de SF 0,9% e infundir em 30 minutos) – 7 dias**

**Cefepime 1g EV 12/12h (Injeção EV direta: 3 a 5 minutos ou diluir em 100mL de SF 0,9% e infundir em 30 minutos) – 7 dias**

Se a resposta terapêutica for satisfatória (paciente afebril por 48 horas), avaliar mudança para terapia oral, preferencialmente guiada por urocultura com antibiograma. Manter tratamento por via oral perfazendo 10 a 14 dias.

Em casos de pielonefrite severa, pacientes com imunodepressão, risco de infecção urinária por bactéria multirresistente (internação/uso de antibiótico nos últimos 90 dias, passado de ITU por bactéria resistente) é sugerido iniciar o tratamento com piperacilina-tazobactam 4,5g EV de 6/6h ou meropenem 1g EV 8/8h por 7 dias. Após resultado da urocultura avaliar o descalonamento para antimicrobiano de menor espectro de ação.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 9/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

Em todos os casos de infecção urinária na gestação deve-se realizar cultura de urina para controle de cura 7 dias após o final do tratamento.

**As ITU são consideradas recorrentes quando preenchem pelo menos um dos critérios abaixo:**

- **Dois ou mais episódios de ITU na gestação, sintomáticos ou não;**
- **Duas infecções urinárias nos últimos seis meses ou três nos últimos 12 meses, antes do início da gestação.**

#### 8.4 Profilaxia

A profilaxia com antibióticos reduz em até 95% a chance de nova infecção e deve ser realizada quando houver:

- História prévia de ITU recorrentes antes da gestação;
- Um episódio de pielonefrite durante a gravidez;
- Duas ou mais ITU baixas na gestação;
- Uma ITU baixa, complicada por hematúria franca e/ou febre;
- Uma ITU baixa associada a fatores de risco importantes para recorrência.

Recomenda-se realizar profilaxia com antibioticoterapia oral, uma vez ao dia ao deitar-se durante a gravidez e até o parto, com:

- Nitrofurantoína 100 mg (até 37 semanas) OU;
- Cefalexina 250 ou 500mg, OU
- Amoxicilina 250mg
- Fosfomicina 3g a cada 10 dias até o parto.

Caso a profilaxia seja com nitrofurantoína, é recomendável substituir por cefalexina 250 mg após 37 semanas.

Sobre a manutenção da profilaxia após o parto as diretrizes variam: 40 dias, 6 semanas, 1 mês, sendo que não existe nenhuma evidência a respeito da duração da quimioprofilaxia no puerpério. As recomendações atuais são baseadas na opinião de profissionais.

Considerando que as modificações fisiológicas da gravidez regredem rapidamente (em torno de 10 a 14 dias), com o trato genitourinário comportando-se como antes da gestação e que após este período, teoricamente, a mulher já não tem mais risco aumentado de infecção urinária, sugerimos manter a profilaxia por 15 após o parto.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 10/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## 9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

### 9.1 Bacteriúria assintomática

Não há necessidade de internação hospitalar.

### 9.2 Cistite

Não há necessidade de internação hospitalar.

### 9.3 Pielonefrite aguda

Internar para monitorização dos sinais vitais, identificação precoce de sinais de gravidade, controle da diurese, hidratação e utilização parenteral dos antibióticos.

## 10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

### 10.1 Bacteriúria assintomática

Internar caso surjam sintomas compatíveis com evolução para pielonefrite.

### 10.2 Cistite

Em caso de cistite, se não houver resposta terapêutica satisfatória em 48h, deve-se avaliar sensibilidade ao germe, dosagem e modificação do antibiótico. Internar caso surjam sintomas compatíveis com evolução para pielonefrite.

Na cistite complicada, com hematúria macroscópica franca, deve-se avaliar a hospitalização e antibiótico parenteral, em abordagem semelhante à da pielonefrite.

### 10.3 Pielonefrite

Em caso de pielonefrite aguda, se a resposta terapêutica for satisfatória (paciente afebril por 48 horas e controle dos sintomas), avaliar mudança para terapia oral, preferencialmente guiada por urocultura com antibiograma, acompanhar ambulatorialmente e manter tratamento por via oral por 10 dias.

Casos que evoluam com piora clínica como queda de estado geral, febre persistente, taquicardia, hipotensão, taquipneia, solicitar parecer da nefrologia, urologia e CCIH para discussão de mudança de esquema antibiótico ou intervenções cirúrgicas (cálculos ou abscessos renais).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 11/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## 11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

### 11.1 Bacteriúria assintomática

Não há necessidade de internação.

### 11.2 Cistite

Não há necessidade de internação, se não houver resposta terapêutica satisfatória em 48h, deve-se avaliar sensibilidade ao germe, dosagem e modificação do antibiótico.

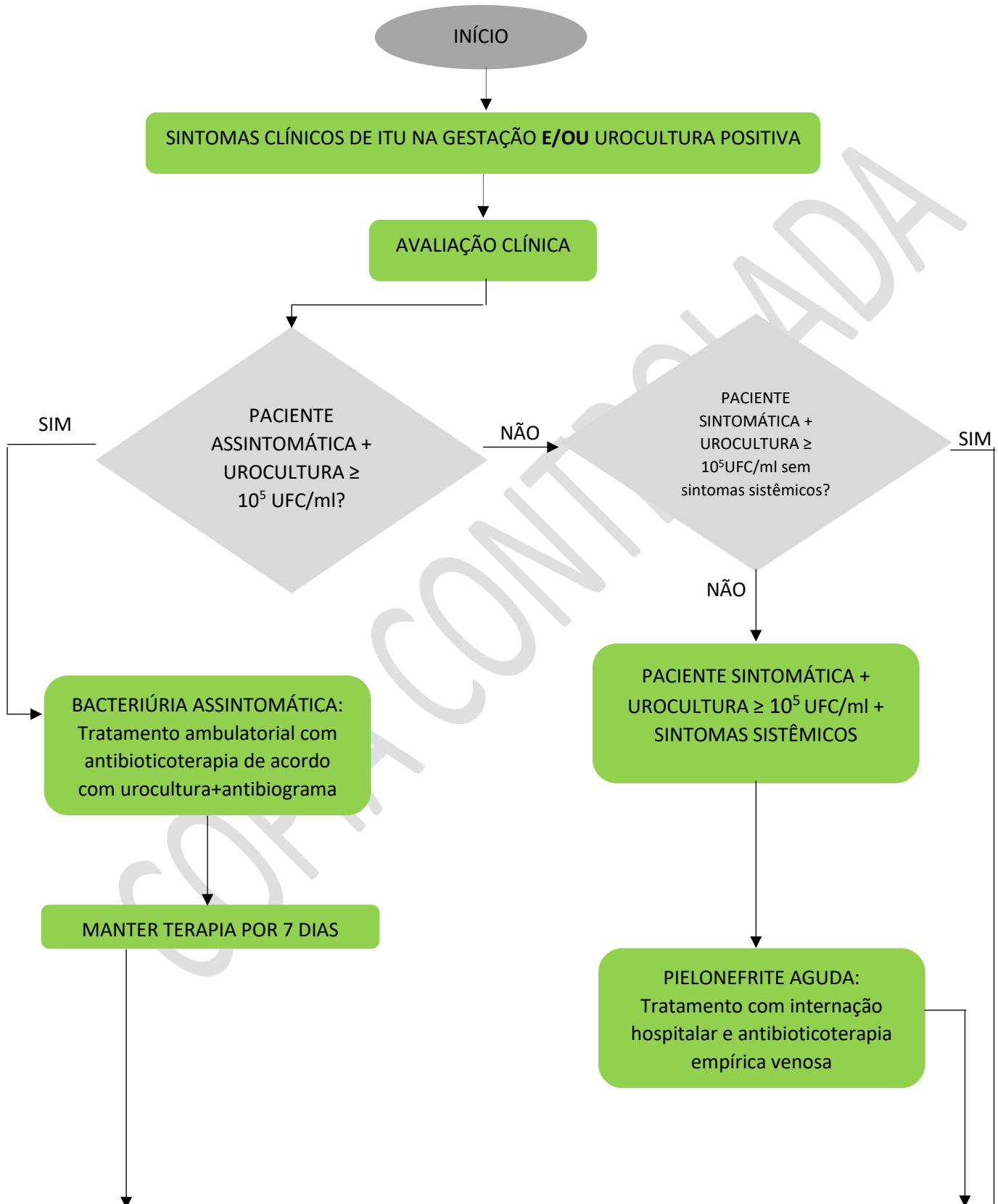
### 11.3 Pielonefrite

Alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial por ocasião da passagem do antibiótico por via oral e controle total dos sintomas da doença, além de uma nova urocultura, após 7 dias do término do tratamento. Transferência para a Unidade de terapia intensiva (UTI) se sinais de gravidade como taquicardia, hipotensão, taquipneia, desorientação e queda do estado geral.

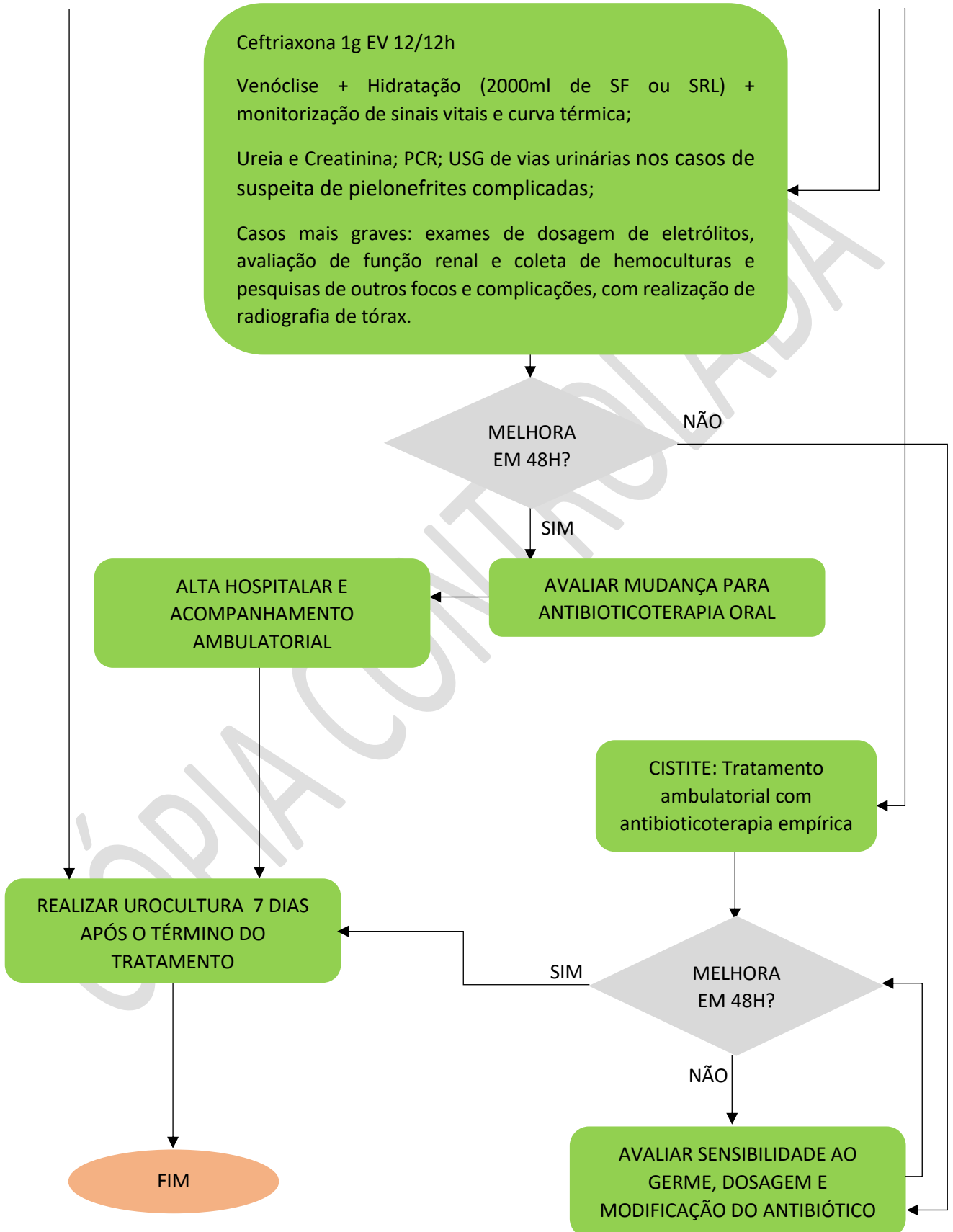
CÓPIA CONTRA ASSINATURA

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 12/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

**12. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PACIENTE COM ITU NA GESTAÇÃO**



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 13/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	





Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 14/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

### 13. MONITORAMENTO

As pacientes com diagnóstico de infecção do trato urinário serão monitoradas em número absoluto, em planilha interna. Os dados serão coletados diariamente durante a revisão dos prontuários e agrupados mensalmente para determinação do percentual dessa patologia na maternidade do HULW.

### 14. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.: il.

EBSERH. **Norma Operacional NO. SGQVS.001**. Trata da elaboração e controle de documentos institucionais. 2019.

EBSERH. POP.UMUL.018 **ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA**, Hospital Universitário Lauro Wanderley. UFPB, 2022

ESPÍNOLA A.R. et al. **Protocolo de assistência obstétrica: Rede Cegonha** [livro eletrônico]/– João Pessoa: Ideia, 2020.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Infecções do trato urinário durante a gravidez. São Paulo: **FEBRASGO**; 2021. (Protocolo FEBRASGO Obstetrícia, n. 43/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Infecção do Trato Urinário durante a Gestação**. Rio de Janeiro, 17 ago. 2019. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/infeccao-do-trato-urinario-durante-a-gestacao/>.

HUTTNER, A.; KOWALCZYK, A.; TURJEMAN, A. et al. Effect of 5-Day Nitrofurantoin vs Single-Dose Fosfomicin on Clinical Resolution of Uncomplicated Lower Urinary Tract Infection in Women: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**. 2018;319(17):1781-9.

KALPANA G. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. **Uptodate**, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in>



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 15/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024 Versão: 1	Próxima revisão: 13/05/2026

pregnancy?search=infec%C3%A7%C3%A3o%20do%20trato%20urin%C3%A1rio%20gesta%C3%A7%C3%A3o&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1

KOCH, C.R.; RIBEIRO, J. C.; SCHNOR, O. H. et al. Resistência antimicrobiana dos uropatógenos em pacientes ambulatoriais, 2000-2004. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 2008; 41(3): 277-281. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822008000300010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822008000300010&lng=en).

MORAES, R. B.; GUILLÉN, J.A.; ZABALETA, W. J.; BORGES, F. K. Descalonamento, adequação da antibioticoterapia e positividade da cultura em pacientes sépticos: um estudo observacional. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 2016.

MORONI RM, BRITO LGO. Infecção urinária de repetição - aspectos atuais. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); **Protocolo Febrasgo**, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/423-infeccao-urinaria-de-repeticao-aspectos-atuais>.

NICOLLE, L. E.; GUPTA, K.; BRADLEY, S.F. et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. **Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**. 2019.

OBSTET GYNECOL. Urinary Tract Infections in Pregnant Individuals. **Obstet Gynecol**, 2023; 142:435.

ROSSI. P, Cimerman S, Truzzi JC, Cunha CAD, Mattar R, Martino MDV, Hachul M, Andriolo A, Vasconcelos Neto JA, Pereira-Correia JA, Machado AMO, Gales AC. Joint report of SBI (Brazilian Society of Infectious Diseases), FEBRASGO (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/Laboratory Medicine): **recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women**. *Braz J Infect Dis*. 2020.

SANTOS FILHO, O. O.; TELINI, A. H. Infecções do trato urinário durante a gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (**Protocolo Febrasgo** - Obstetrícia, no. 87/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

SMALL, F. M.; VAZQUEZ, J. C. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**. 2015(8): Cd000490.

WHO. World Health Organization. **Statement on maternal sepsis**. WHO-RHR-17.02-eng.pdf 31 May 2017.



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UMUL.OBST.017 - Página 16/16	
Título do Documento	<b>DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b>	Emissão: 13/05/2024	Próxima revisão: 13/05/2026
		Versão: 1	

## 15. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	19/01/2021	Elaboração do protocolo
2	13/05/2024	Atualização e revisão pelos especialistas em nefrologia e infectologia (CCIRAS)

*(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)*

<b>Elaboração</b> Aureliana Barboza da Silva Bárbara Renata Silveira de Moura Cristianne da Silva Alexandre Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Sabina Bastos Maia	Data: 13/05/2024
<b>Revisão</b> Aureliana Barboza da Silva Francisco de Assis Silva Paiva Mônica Janine Andrade de Freitas Oliveira Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Sabina Bastos Maia Talita Rodrigues Mendoza Alencar	Data: 15/05/2024
<b>Validação</b> Virginia de Araújo Pôrto – Enfermeira Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 17/06/2024
<b>Aprovação</b>	Data: