

ITU NA APS — DA CHEGADA DO PACIENTE À DECISÃO CLÍNICA

Diagnóstico e Manejo Prático | Atualização 2026

Protocolo Municipal Itariri

Baseado em: EAU 2026, IDSA 2025, FEBRASGO 2021



Diagnóstico



Tratamento



Prevenção



Casos Especiais





DEFINIÇÃO CLÍNICA DE ITU

Presença de microrganismos associada a manifestações clínicas de infecção.

BACTERIÚRIA $\neq$ ITU



A EAU 2026 reforça: bacteriúria assintomática representa, em muitos indivíduos, colonização comensal. O tratamento indiscriminado favorece a resistência bacteriana.

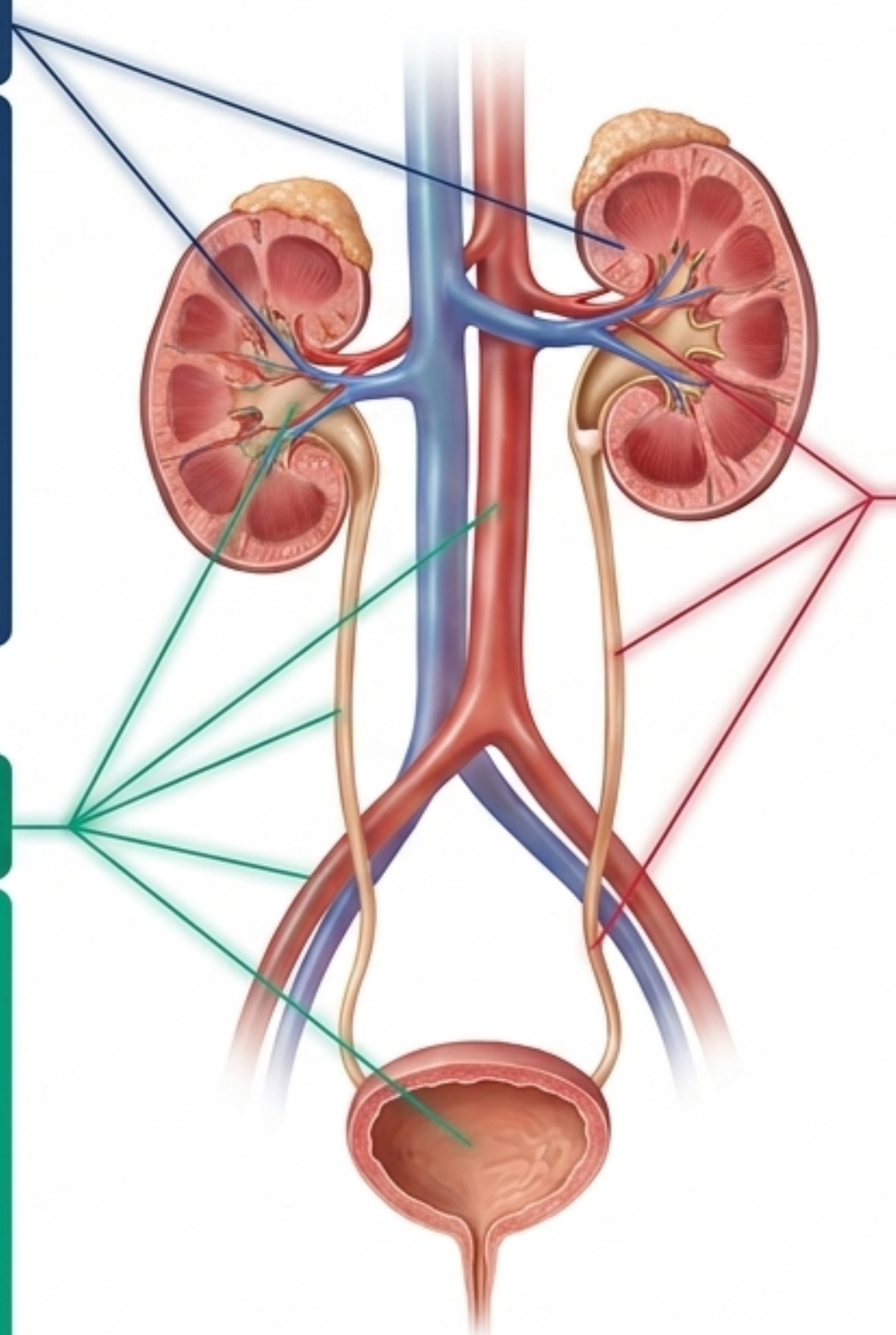


Fatores Anatômicos

- Obstrução urinária (hiperplasia, estenoses)
- Litíase
- Refluxo vesicoureteral
- Resíduo pós-miccional elevado
- Bexiga neurogênica

Paciente

- Idoso/frágil
- Diabetes mellitus
- Gestação
- Imunossupressão
- Institucionalizados/Sondados

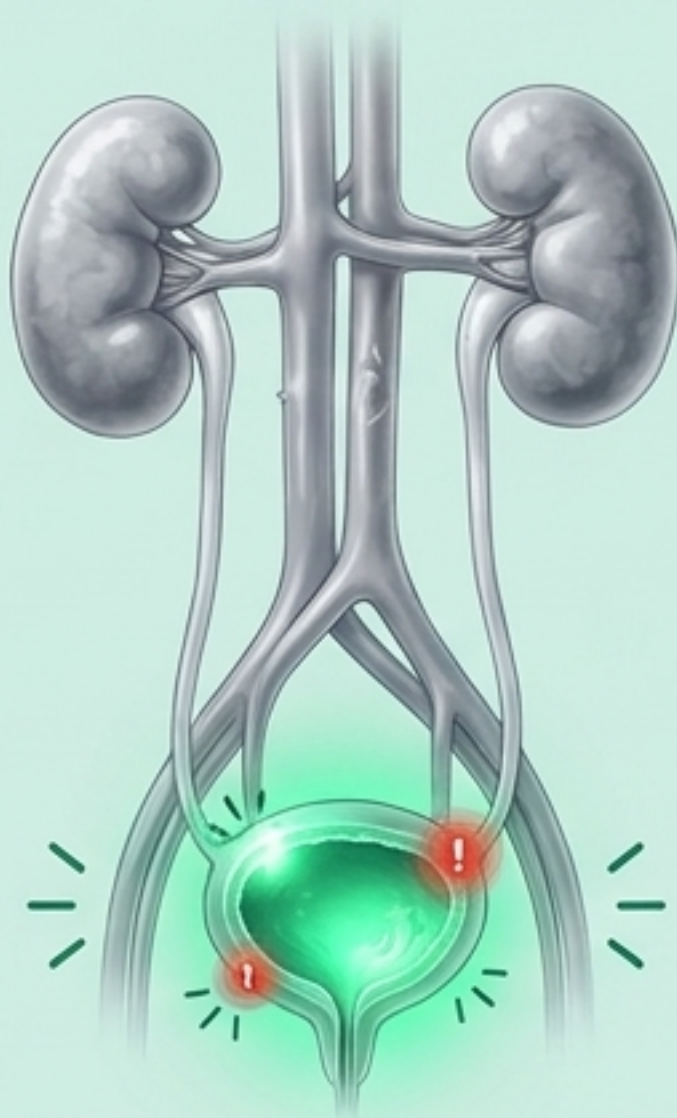


Patógenos

- Gram-negativos (*E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*)
- Gram-positivos (*Enterococcus*, *S. saprophyticus*)

ITU LOCALIZADA (CISTITE)

Sintomas Urinários Exclusivos



Disúria ✓

Polaciúria ✓

Urgência miccional ✓

Dor suprapúbica ✓

Ausência de febre ✓

ITU SISTÊMICA (PIELONEFRITE/PROSTATITE/UROSSEPSE)

Infecção Urinária + Repercussão Sistêmica

- ⚠ Febre/Calafrios
- ⚠ Dor lombar/flanco (Giordano +)
- ⚠ Taquicardia/Hipotensão
- ⚠ Náuseas e Vômitos
- ⚠ Sinais de sepse ou Delirium (no idoso)



A presença de sinais sistêmicos muda o destino do paciente e dita o ritmo de gravidade.

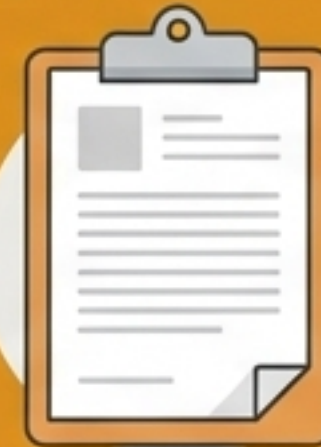
O paciente precisa de urina
tipo 1 (EAS) e Urocultura?

Mulher jovem +
Sintomas típicos (cistite) +
Ausência de corrimento



**DIAGNÓSTICO
EMINENTEMENTE
CLÍNICO.**
Não pedir exames
de rotina.

Presença de Red Flags



- Suspeita sistêmica
- Gestante
- Sintomas atípicos
- Falha terapêutica
- ITU recorrente
- Homens

**SOLICITAR EAS
+ UROCULTURA**

	Nitrito	Leucocitúria
1	(+)	(+)
2	(-)	(+)
3	(+)	(-)
4	(-)	(-)

**Altamente
Sugestivo de ITU**

**Sugestivo, mas
não exclui ITU**

**Incomum / Possível
contaminação**

Baixa Probabilidade

*Leucocitúria referência > 10.000 cel/mL ou > 10 leucócitos/campo.

O PADRÃO-OURO



Confirma o agente etiológico.
O antibiograma guia e corrige
tratamentos falhos.

Tratamento Empírico - ITU Localizada (Cistite em Mulheres)

1ª Linha



Nitrofurantoína

100 mg VO

6/6 horas por 5 dias

Fosfomicina trometamol

3 g VO

Dose única (preferencialmente à noite)

2ª Linha

Amoxicilina + Ác. Clavulânico

500/125 mg VO

8/8 horas por 7 dias

Cefuroxima

250 mg VO

12/12 horas por 7 dias

Alternativa Condicional

Sulfametoxazol/Trimetoprim

800/160 mg VO 12/12h por 7 dias

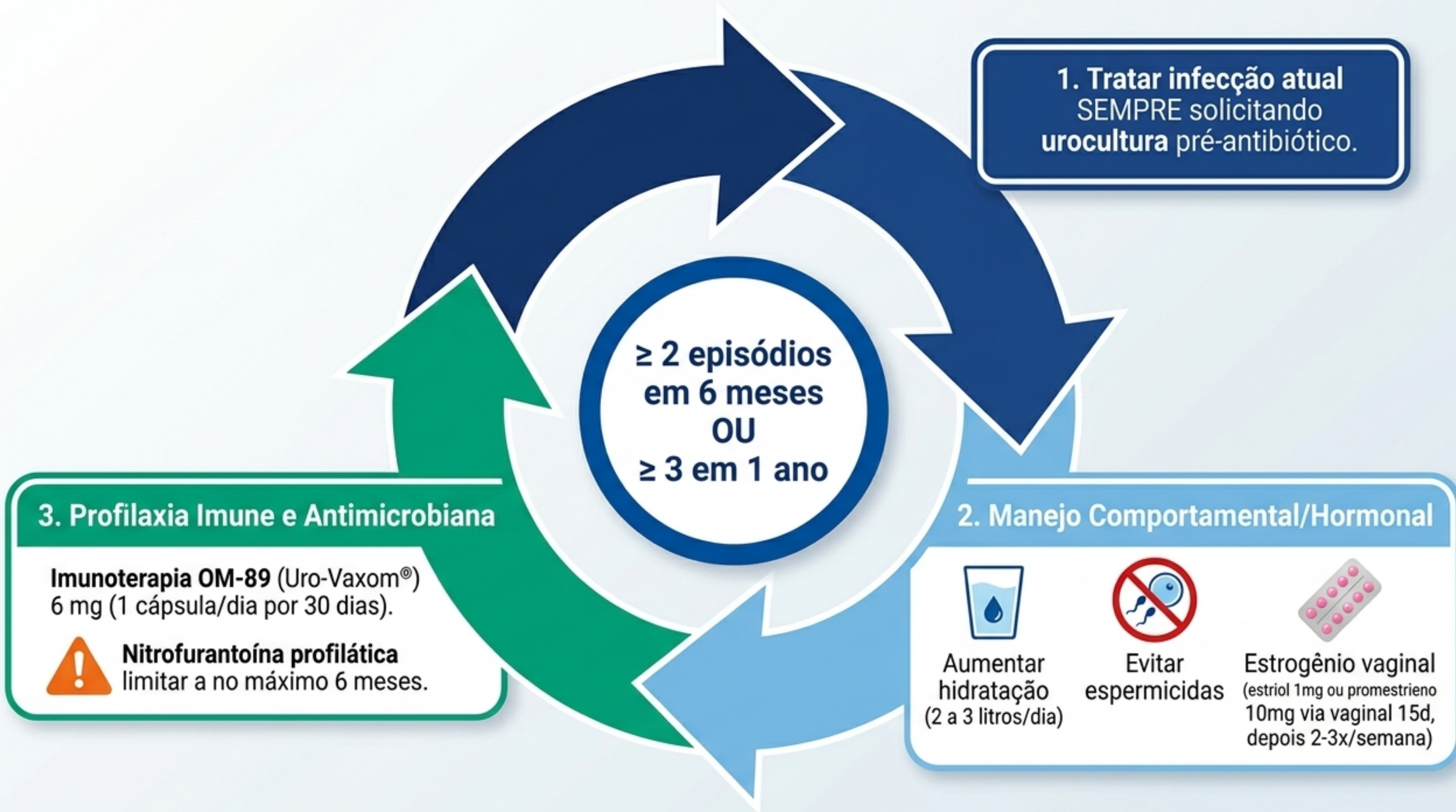
(APENAS se resistência local < 20%)



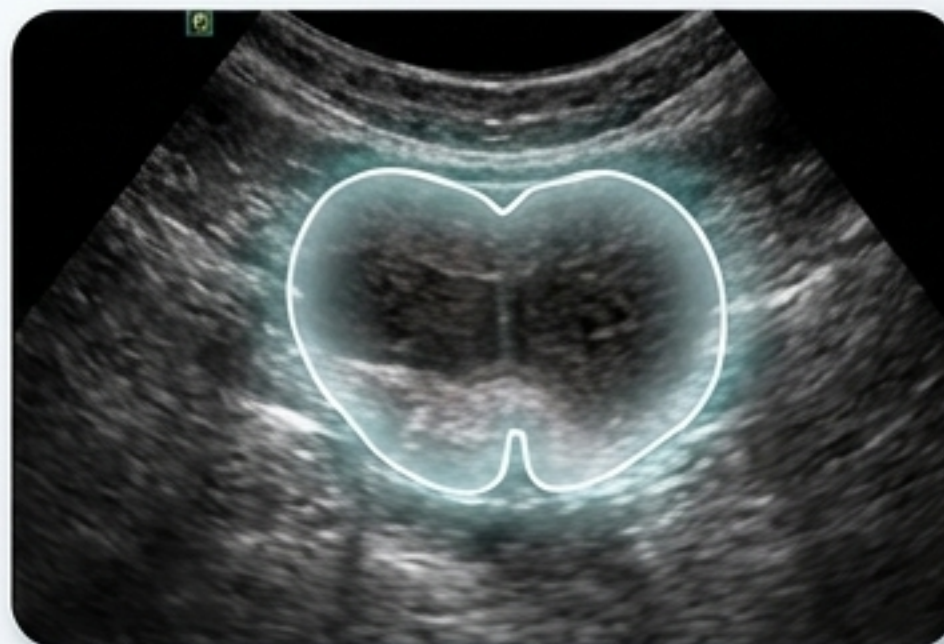
EVITAR QUINOLONAS

(risco de efeitos adversos e resistência bacteriana)

Sintomáticos: Fenazopiridina 200mg 8/8h 3d | Dipirona 500mg 6/6h



ITU em Homens (Sempre considerar como complicada)



Homens Jovens

Investigar sempre IST (uretrite).

Tratamento-base: SMX/TMP

800/160 mg VO 12/12h por 7 dias.

(Nitrofurantoína 100mg 6/6h 5d condicional sem acometimento prostático).

Idosos / Risco de Prostatite

Ciprofloxacina

500 mg VO 12/12h por 7 dias

Levofloxacina

500 mg VO 1x/dia por 5 dias



Nitrofurantoína, Fosfomicina e Beta-lactâmicos NÃO atingem boa concentração no parênquima prostático. Evitar na suspeita de prostatite.

Bacteriúria Assintomática

Crescimento bacteriano ≥ 100.000 UFC/mL **SEM** sintomas

TRATAR APENAS:



Gestantes (Fosfomicina 3g DU ou Amox/Clav 500/125mg 8/8h 7d seguras. Evitar Nitrofurantoína próximo ao termo).



Antes de procedimentos urológicos com quebra de mucosa.

NÃO TRATAR ROTINEIRAMENTE:



Mulher saudável



Idosos



Diabetes controlado



Mulher pós-menopausa



Institucionalizados



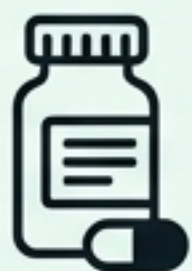
Sondados



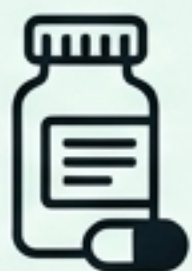
Transplantado renal estável

PASSO 3 - Tratamento da ITU Sistêmica (Pielonefrite)

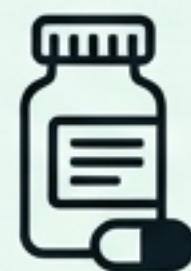
Tratamento Oral (Paciente estável, tolerando VO)



Ciprofloxacina
500 mg VO
12/12h por 7 dias.



Levofloxacina
500 mg VO
1x/dia por 5 dias.



**Sulfametoxazol /
Trimetoprim**
800/160 mg VO 12/12h
por 14 dias (guiado por
cultura/sensibilidade).

Opções Endovenosas (IV) (Casos graves/hospitalizados)



Ceftriaxona
2 g IV
1x/dia por 7 dias.



Ciprofloxacina
400 mg IV
12/12h por 7 dias.



Levofloxacina
500 mg IV
1x/dia por 5 dias.

⚠ Reavaliar em 48-72h. Nitrofurantoína e Fosfomicina SÃO INEFICAZES contra infecção sistêmica renal.

A Decisão de Internação (Avaliação de Gravidade)

- ☒ Sepses ou instabilidade hemodinâmica (Taquicardia, hipotensão)
- ☒ Vômitos incoercíveis / Incapacidade de tolerar via oral
- ☒ Suspeita de obstrução urinária (litíase impactada)
- ☒ Imunossupressão grave ou comorbidades descompensadas
- ☒ Falha terapêutica (Ausência de melhora após 48-72h de antibiótico)
- ☒ Impossibilidade de acompanhamento seguro em domicílio



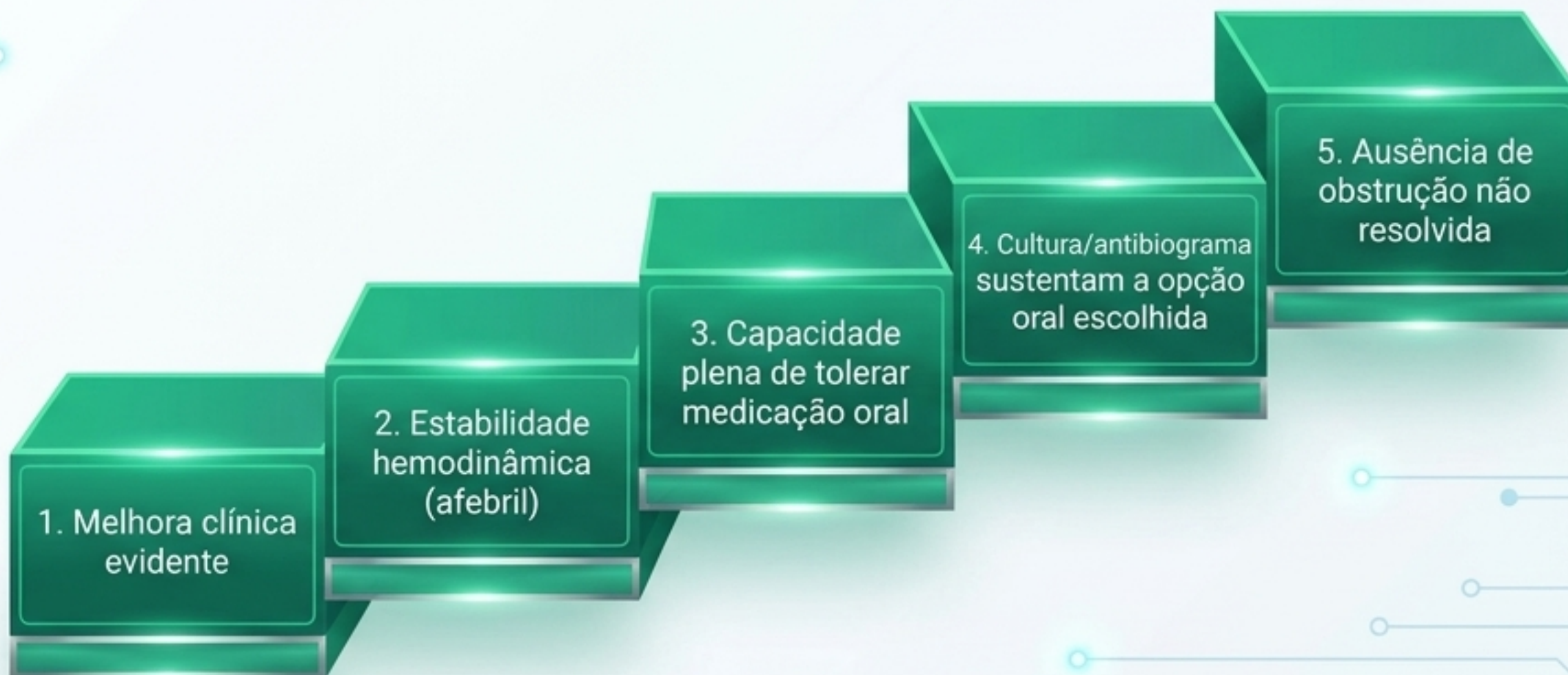
**Internar previne complicações fulminantes.
Identificar critérios é função da APS.**

Transição IV → VO (Critérios de Troca)

A transição racional acelera a alta, reduz risco de infecção hospitalar e custos.



Hospital



Casa

Sinais de Alarme (Red Flags)



Febre persistente após 48-72h de terapia



Dor lombar intensa/cólica resistente



Queda aguda do volume urinário
(Oligúria)



Vômitos incoercíveis

Exames de Imagem



USG de Rins e Vias Urinárias

Identificar obstrução, litíase, hidronefrose, falha terapêutica.



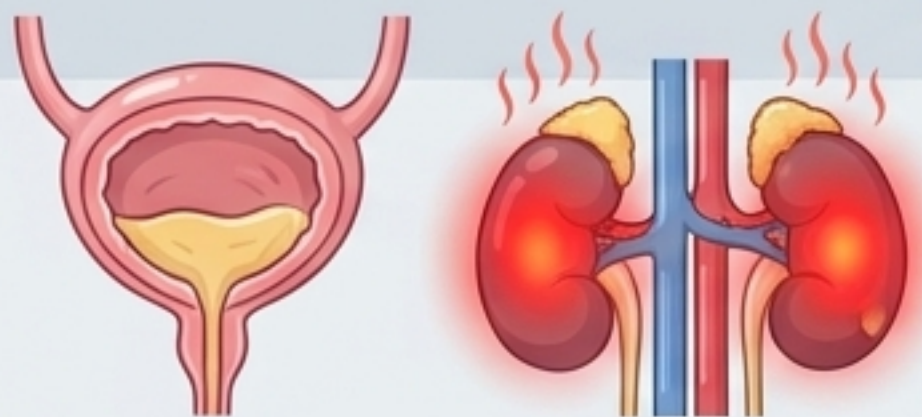
Tomografia de Abdome (TC)

Casos atípicos, abscessos, pacientes graves não responsivos.

Na piora clínica aguda: suspeitar imediatamente de **obstrução ou abscesso** e direcionar para imagem urológica.

Checklist ITU – 3 Passos

1. CLASSIFICAR (Localizada x Sistêmica)



Localizada (Bexiga, Uretra) vs. **Sistêmica** (Rins, Pielonefrite, Urosepsis)

2. DIAGNOSTICAR (Clínica x Exames)

A. Jovem + Típico = Clínico (NÃO pedir EAS).



B. Sistêmica/Gestante/Homem/Recorrente =

Pedir EAS + Cultura + USG (se gravidade).



3. TRATAR (Local/Dose Certa)

A. Localizada: Nitrofurantoína 100mg 6/6h (5d) ou **Fosfomicina** 3g DU.



B. Sistêmica: Cipro/Levo VO ou Ceftriaxona/Cipro IV. Evitar quinolonas empíricas na base.

