Olhar do especialista

Denise Silva de Moura
Gilma Montenegro Padilha Holanda

Editores da seção

QUAIS AS DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO?

Altani Santos Paiva

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Chefe do Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin.

RELEVÂNCIA DO TEMA

A infecção do trato urinário (ITU) na criança é uma das infecções mais frequentes nos Estados Unidos e a terceira causa de infecção nos países em desenvolvimento, vindo após as gastroenterites e as do aparelho respiratório.[1] A prevalência da ITU em lactentes com febre é elevada podendo chegar até 5% dos casos. Segundo a Academia Americana de Pediatria existe um risco 2,3 vezes maior em meninas do que em meninos. A bactéria mais comumente associada à ITU é a *Escherichia coli*, principalmente quando consideramos ITU comunitária.[2,3]

É muito importante o diagnóstico correto dessa infecção para conduzir o tratamento e investigação como, também, o conhecimento da suscetibilidade bacteriana. A dificuldade maior encontra-se no manejo devido à crescente resistência antimicrobiana, principalmente no que se refere a *Escherichia coli*.[4]

Este artigo tem o objetivo de abordar o diagnóstico correto e o manejo terapêutico adequado.

COMO DIAGNOSTICAR ITU?

Os sintomas e sinais de ITU são variáveis dependendo da faixa etária e do quadro clínico. Os principais são febre, vômitos, dor lombar, distúrbios miccionais (disúria, polaciúria); no período neonatal geralmente os sintomas são inespecíficos.

O exame da genitália externa é impor-

tante, principalmente nas queixas de dor à micção, no intuito de afastar vulvites e sinéquias de pequenos lábios.

O diagnóstico será confirmado pela urocultura, visto que o sumário de urina nos levará apenas a uma suspeição de ITU.

SUMÁRIO DE URINA – solicitamos diante dos casos suspeitos.

Devemos sempre fazer a pergunta, após receber o resultado do sumário de urina: Como foi a coleta da urina? Houve asseio adequado? Este hábito nos leva a perceber coleta contaminada.

Com frequência recebemos essas informações:

- "Ela ficou de cócoras ou de pernas entreabertas e colhi"
- "Fiz asseio em casa e colhi no laboratório"
- "Fiz asseio, coloquei o saco coletor e levei ao laboratório após uma hora"
- "Esterilizei o troninho, ela fez xixi então coloquei no copo esterilizado"
- "Colhi com saco coletor e estava com diarréia"
- "Não fiz o asseio, colhi o segundo jato e desprezei o primeiro"

COMO COLETAR?

Em crianças sem controle esfincteriano, o padrão ouro é a coleta por punção supra-púbica, entretanto é um procedimento de riscos, sendo substituída pelo saco coletor (SC) que é de grande valia quando negativa por afastar a ITU. A coleta por SC apresenta alto índice de falsos positivos, não devendo ser utilizada em crianças que necessitem com urgência iniciar antibióticoterapia[5]. Nos demais pacientes devemos pedir o jato intermediário após higiene correta da genitália e meninas posicionadas sentadas com pernas afastadas, facilitando assim a coleta no meio do jato e não após desprezar o primeiro jato.

Sempre devemos ter o cuidado de avaliar corretamente os exames, tendo o cuidado de correlacionar o Sumário de urina, a cultura e a clínica do paciente. São aspectos importantes que deverão ser observados. Algumas vezes encontramos no sumário de urina presença de flora bacteriana mista Gram negativa e cocos, que são sugestivos de coleta contaminada, outras vezes, sumário de urina sem alterações que sugira ITU e a cultura de urina positiva para bactérias, urinocultura com presença de *Pseudomona aeruginosa* sem ter correlação com a história clínica do paciente. É prudente nestas situações repetir os exames com coleta adequada, antes de ser iniciado o tratamento antimicrobiano.

COMO TRATAR E QUAL O ANTIMICROBIANO ADEQUADO?

O início do tratamento, em sua maioria das vezes, é empírico, entretanto somente deverá ser iniciado antes do resultado da urinocultura nos casos clínicos acompanhados de febre de causa desconhecida, nas crianças de risco, faixa etária neo natal, lactentes, história pregressa de ITU complicada e ou pos-

suidora de malformações do trato urinário.

O aumento da resistência antimicrobiana é mundialmente generalizada causada por vários fatores, mas, principalmente, pelo uso excessivo e inadequado de antibiótico. Conhecer a prevalência bacteriana e sua susceptibilidade é fundamental, haja vista o uso indiscriminado de antimicrobiano e tratamento empírico. É importante cada local ter seus próprios dados em relação à prevalência e suscetibilidade antimicrobiana para a escolha do antimicrobiano na terapia empírica.

Bastos *et al* analisando culturas positivas hospitalares e ambulatoriais de crianças menores de dois anos (26%) e maiores de dois anos (74%) com predomínio de *E. coli* encontrou suscetibilidade nos dois grupos de 100% e 96% para nitrofurantoina, 90% e 66% para cefalotina, 70% e 67% para ácido nalidíxico e 60% para trimetropim-sulfametoxazol (TMT-SMX).[6]

No Hospital Infantil Albert Sabin, em Fortaleza, levantamento de 671 casos de urinoculturas positivas durante 2003, 2004 e 2005, das quais 49% eram amostras comunitárias, revelou ser a E. Coli resistente ao TMT-SMX 71%, ampicilina 76%, cefalotina 53%. A sucetibilidade para nitrofurantoina foi de 89%, gentamicina 92%, ceftriaxona 88% e amicacina 94%.[7]

Paiva encontrou em crianças de Fortaleza, portadoras de ITU, E. Coli com resistência de 90% par TMT-SMX, 67% para cefalotina, ampicilina 81%, gentamicina 13%, norfloxacina 5% e ausência de resistência para imipenem, amicacina, cefepime, ceftazidime, ceftriaxona e nitrofurantoina.[8]

CONCLUSÃO

A importância da resistência antimicrobiana associado ao uso indevido de antibióticos acomete também as infecções da comunidade como as infecções urinárias, sendo de grande importância o diagnóstico de certeza a fim de se ter o manejo adequado no uso dos antimicrobianos. Ressaltamos, ainda, os possíveis erros que poderão ocorrer como a coleta inadequada da urina, exames que não condizem com a clínica, em relação ao uso inadequado de antibióticos. Salientamos a urgência de se conhecer os agentes mais frequentes e o perfil de sensibilidade dos microrganismos aos antimicrobianos de cada serviço ao iniciar a escolha do antimicrobiano na terapia empírica.

REFERÊNCIAS

1. Reis SI. Nefrologia Infantil. 2ªed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1997. p.291-312.
2. Vigg A, Jad CY. Bacterology of community acquired urinary tract infection, analysis of 1048 cases. Assoc. Physicians India. 1991 Aug;39(6):601-3.
3. Shaw KN, McGowan KL, Gorelick MH, Schwartz JS. Screening for urinary tract infection in infants in the emergency department; which is best?. Pediatrics. 1998 Jun;101(6):E1.
4. Leibovici L, Soares-Weiser K, Paul M, Goldberg E, Herxheimer A, Garner P. Considering resistance in systematic reviews of antibiotic treatment. J. Antimicrob. Chemother. 2003 Oct;52(4):564-571.
5. Koch VH, Zuccolotto SMC. Infecção do trato urinário, em busca das evidências. J. Pediatr. (Rio J).2003;79, suppl.1:S97-110.
6. Bastos CAP et al. Etiologia das infecções do trato urinário e perfil da sensibilidade dos antimicrobianos em crianças atendidas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco. In Congresso Brasileiro de Pediatria; 2006; Recife. (Anais v.19, s.1, p.121) Recife PE: SBP, 2006.
7. Magalhães PSF, Paiva AS, Rey LC et al. Perfil das bactérias hospitalares e comunitárias causadoras de infecção do trato urinário em crianças e adolescentes em Fortaleza. In Congresso Brasileiro de Pediatria, 33 2006, Recife, Poster, Recife PE:SBP, 2006.
8. Paiva AS. Análise clínica e laboratorial de crianças suspeitas de infecção comunitária no trato urinário. [Dissertação de Mestrado na área de Saúde da Criança e do Adolescente]. Fortaleza, CE: UECE; 2007.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Altani Santos Paiva
E-mail: altanipaiva@secrel.com.br