

Solicitação de Inclusão, Exclusão e Alteração de Protocolo no Daktus

Processo	
Qual o Processo?	Solicitação de Inclusão, Exclusão e Alteração de Protocolo

Resolução do processo

As solicitações de inclusão, exclusão e alteração de protocolo está presente no projeto “Daktus”. Para realizar a abertura do chamado, basta acessar o portal do Jira e pesquisar pelo nome do projeto, ou, acessar o link [Daktus](#)

Abaixo está a visualização das solicitações.

Prevent - Central de Ajuda / Daktus

Daktus

Boas-vindas! É possível criar uma solicitação para Daktus usando as opções oferecidas.

Como podemos ajudar você?

Inclusão de Protocolo

Modificação de Protocolo

Exclusão de Protocolo

Para a Inclusão de Protocolo temos os seguintes campos:

Prevent - Central de Ajuda / Daktus

Daktus

Boas-vindas! É possível criar uma solicitação para Daktus usando as opções oferecidas.

Como podemos ajudar você?

Inclusão de Protocolo

Os campos obrigatórios estão marcados com asterisco *

Adicione esta requisição em nome de:

Euler De Silva Melo (euler.melo@borevent.com.br)

Titulo *

Faça o Download dos medicamentos padões:

Medicamentos Padões

Nome completo *

Especialidade Médica *

Unidade *

Selecionar...

Definição do protocolo *

Normal text

Orientações para triagem *

Normal text

A infecção do trato urinário é a infecção bacteriana mais comum na população adulta principalmente no sexo feminino, estima-se uma taxa de 0,5 episódios de cistite aguda em pacientes do sexo feminino/ano (HADDAD, 2015). Nos serviços de emergência é responsável por aproximadamente 1 milhão de atendimentos, gerando 7 milhões de atendimentos em consultório médico, evoluindo para 100 mil hospitalizações por ano, apresentando um custo de 1,6 bilhão de dólares nos Estados Unidos (FOXMAN, 2003).

O desenvolvimento da ITU ocorre quando as bactérias uropatogênicas substituem a flora normal periuretral. Esta infecção ocorre devido à virulência da bactéria e capacidade do hospedeiro permitindo a aderência e sua colonização(FOXMAN, 2003).

• Orientações para triagem -

Exemplo:

(Critérios de classificação de risco com base em sinais vitais, sintomas e queixas principais, protocolos de comunicação e alerta que facilitem a notificação imediata à equipe de atendimento em casos de emergência)

• Critérios de diagnósticos e diagnósticos diferencial -

Exemplo:

São sintomas presentes na ITU a disúria, aumento da frequência urinária, urgência miccional, e ocasionalmente, dor suprapúbica e hematúria, para diagnóstico assertivo importante avaliar possíveis diagnósticos diferenciais como vaginite, uretrite aguda, cistite intersticial e doença inflamatória pélvica (FOXMAN, 2003).

Podemos classificar os quadros de infecção do trato urinário com base no tem de sintomas, sintomas presentes, comorbidades e achados de exames, conforme segue (JOHANSEN et al., 2011; LACHANCE; GROBELNA, 2019).

ITU não complicada: quadro agudo, esporádico ou recorrente, no trato urinário inferior (cistite) ou superior (pielonefrite), limitado a mulheres não grávidas, sem anormalidades anatômicas e funcionais no trato urinário ou comorbidades.

ITU complicada (cistite e pielonefrite): ocorre em pacientes com chance aumentada de evolução desfavorável, como pacientes com anormalidades anatômicas ou funcionais do trato urinário, presença de cateteres urinários de demora, doenças renais ou concomitantes, como diabetes mellitus, imunossupressão ou transplante renal.

Bacteriúria assintomática: A bacteriúria assintomática (BA) é definida como presença de bactérias na urina em quantidades de 10 unidades formadoras de colônias por mililitro (ufc/mL) ou mais em 2 amostras consecutivas de urina em mulheres ou 1 amostra de urina em homens, na ausência de sinais ou sintomas clínicos sugestivos de ITU. Distinguir ITU de BA em idosos, embora desafiador, particularmente importante, pois os antibióticos são necessários para o tratamento de ITU sintomática, mas não para BA.

Infecção recorrente do trato urinário: ocorrência de dois episódios de ITU em seis meses ou três nos últimos 12 meses, com confirmação com urocultura (KWOK et al., 2022).

ITU associada a cateteres: ITU após instalação de cateter urinário nas últimas 48 horas.

Sepse de foco urinário: é definida como disfunção orgânica com risco de morte, causada por resposta desregulada do hospedeiro à infecção originada do trato urinário.

• CIDs (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde) incluídos neste protocolo - Inserir os códigos CID incluídos no Protocolo.

Exemplo:

Código do CID
N30
N39.0
N39.9
R30.0
R30.9
R31

• Exames previstos para confirmação diagnóstica -

Exemplo:

Em casos de ITU não complicada para mulheres com menos de 65 anos, e sem ITU de repetição, o tratamento pode ser iniciado ambulatoriamente como cistite, sem a necessidade de coleta de exames. (TAN; CHLEBICKI, 2016). Nos demais casos de ITU não complicada, é imprescindível a coleta de urina tipo 1 e urocultura antes de iniciar a antibioticoterapia. Na presença de provável ITU complicada, deve-se prosseguir com a investigação através da coleta de exames adequados. Além de coleta de urina tipo 1 e urocultura, esses pacientes precisam coletar hemograma, ureia, creatinina, proteína C reativa (PCR) e exame de imagem (tomografia de abdome e pelve) em casos selecionados.

Urina tipo 1: A leucocitúria é amplamente utilizada, mas sua baixa sensibilidade e especificidade pode levar a interpretações errôneas. A presença de células epiteliais indica contaminação da amostra. Instrumentação recente do trato urinário (como cateter duplo J) pode causar leucocitúria sem estar relacionada à ITU. Leucocitúria, hematúria e cilindraria são sugestivas, mas não definitivas para o diagnóstico de ITU. A presença de nitrito também é sugestiva, mas não é um diagnóstico definitivo.

Urocultura é o “padrão-ouro” para diagnóstico de ITU e deve ser sempre realizada antes da antibioticoterapia principal.

Exame de imagem (Tomografia computadorizada de abdome e pelve): Está indicado em pronto-atendimento apenas na suspeita de pielonefrite, sepse, complicações ou obstruções agudas do trato urinário (BARLAM et al., 2016).

Na presença de algum dos critérios a seguir, solicitar um dos exames de imagem recomendados:

- Sintomas persistentes após 48 horas a 72 horas de antibioticoterapia adequada (falha terapêutica);
- Pacientes com febre > 39,0 °C;
- Pacientes com hematúria;
- Pacientes com nefro litíase prévia;
- Pacientes oligoanúricos ou com disfunção renal;
- Suspeita de obstrução do trato urinário;
- Paciente crítico e/ou séptico;
- Suspeita de pielonefrite;
- Critérios para diagnóstico infeccioso em pacientes imunossuprimidos à critério médico (BARLAM et al., 2016).

A hemocultura, assim como eletrólitos (Na e K), ureia, creatinina, PCR, bilirrubinas totais e frações, TAP, gasometria e lactato entram como ferramenta diagnóstica em pacientes com sinais de alarme ou deterioração clínica (alterações dos sinais vitais, disfunção orgânica ou sinais de sepse).

• Conduta terapêutica medicamentosa (medicamentos para aplicar na unidade)

Exemplo:

Tipo de medicamento: Antibiótico

Nome do medicamento: Nitrofurantoína

Via de administração: Via oral

Dose: 100 mg

Frequência: 6/6h

Tempo de tratamento: 5 dias

Recomendações de tratamento: Fluoroquinolonas não são recomendadas como tratamento empírico, em razão do aumento de resistência bacteriana e dos efeitos colaterais adversos (tendinite, ruptura de tendão, neuropatia periférica e ruptura de aneurisma de aorta).

Aminopenicilinas e cefalosporinas de primeira geração também não são recomendadas como primeira escolha, pois apresentam eficácia limitada.

• Conduta terapêutica medicamentosa (medicamento para receituário pós alta)

Exemplo:

Tipo de medicamento: Antibiótico

Nome do medicamento: Ceftriaxona

Via de administração: Intravenosa

Dose: 2 g

Frequência: 7 dias

Tempo de tratamento: 5 dias

Recomendações de tratamento: Na presença de crescimento da Candida em urocultura realizar recoleta da urocultura após troca de cateter vesical de demora. O tratamento só será instituído na presença de sintomas urinários (BARLAM et al., 2016).

- Fluconazol (6 mg/kg) 400 mg dose de ataque no primeiro dia e após (3 mg/kg) 200 mg ao dia por 14 dias.

Em pacientes assintomáticos a indicação de tratamento se dá apenas em pacientes que serão submetidos a procedimentos urológicos e em gestantes (BARLAM et al., 2016).

• Conduta terapêutica não medicamentosa

Exemplo:

- Hidratação oral adequada, a menos que haja uma condição clínica que necessite de uma conduta diferenciada devido à necessidade de restrições (GANDY et al., 2016);
- Prescrever dieta adequada, evitando bebidas cítricas, gaseificadas, álcool, café, para minimizar sinais de desconforto;
- Orientações comportamentais: limpeza adequada da região genital após urinar ou evacuar (mulheres); urinar com frequência, usar roupas íntimas de algodão se possível, evitar o uso de produtos irritantes, aplicar compressa morna na região hipogástrica em casos de dor e desconforto causados pela cistite;
- Atenção para prescrição indiscriminada de IBP (BARLETTA et al., 2016).

• Protocolo de internação

Exemplo:

De maneira geral, orientamos a internação do seguinte perfil de doente:

- Paciente com sinais de sepse/choque séptico, incluindo hipotensão (leito de unidade de terapia intensiva);
- Pacientes com disfunção renal aguda (Cr>2x valor basal);
- Pielonefrite complicada com necessidade de abordagem urológica (JOHANSEN et al., 2011).

Na presença dos demais critérios abaixo, deve ser feita uma avaliação individualizada em conjunto com sinais clínicos sobre a necessidade de internação:

- Alteração do nível de consciência nova ou agravada;
- FR > 30 rpm;
- Leucocitose expressiva - Leuco > 15.000 /mm³;
- Descontrole glicêmico - Glicemia > 250 mg/dL (JOHANSEN et al., 2011; LACHANCE; GROBELNA, 2019).

• Critérios de exceção do protocolo

Exemplo:

O protocolo não se aplica aos seguintes casos:

- Pacientes em cuidados paliativos avançados - Situações em que medidas terapêuticas são voltadas exclusivamente para conforto e alívio de sintomas, sem intenção curativa.
- Uso contínuo de anticoagulantes terapêuticos - Pacientes já em tratamento com anticoagulação plena (ex.: warfarina, rivaroxabana, dabigatrana, apixabana ou heparina terapêutica).
- Histórico de reações adversas graves às medicações do protocolo - Alergia ou hipersensibilidade confirmada às medicações padronizadas.
- Risco aumentado de sangramento não controlado - Incluindo sangramentos ativos, coagulopatias graves, trombocitopenia significativa (ex.: plaquetas < 50.000), úlceras ativas, AVC hemorrágico recente ou cirurgia neurológica/intracraniana recente.
- Pacientes em uso de dispositivos médicos específicos - Ex.: filtros de veia cava já implantados, cateteres venosos centrais em situação de risco elevado de sangramento.
- Internações de curta duração sem critérios de risco - Pacientes hospitalizados por menos de 48 horas sem outros fatores de risco relevantes.

• Conduta quando o protocolo não se aplica ao paciente

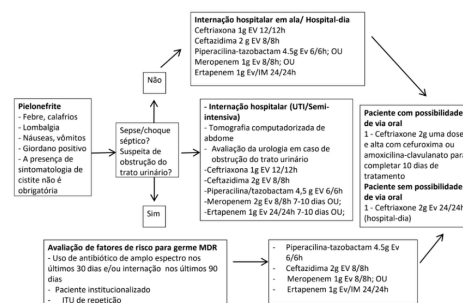
Exemplo:

- **Registro e justificativa no prontuário** - O motivo da não aplicação do protocolo deve ser documentado de forma clara na evolução médica e no sistema eletrônico, garantindo rastreabilidade da decisão.
- **Discussão multidisciplinar** - Quando aplicável, discutir com equipe assistencial (médico responsável, enfermagem, farmacêutico clínico) para avaliar a melhor conduta individualizada.
- **Alternativas terapêuticas** - Se houver contraindicação a uma parte do protocolo (ex.: anticoagulação), considerar medidas mecânicas (meias de compressão graduada, dispositivos pneumáticos intermitentes) ou ajustes terapêuticos conforme avaliação clínica.
- **Reavaliação periódica** - Em pacientes inicialmente excluídos, reavaliar a elegibilidade para o protocolo conforme evolução clínica (ex.: melhora de plaquetopenia, estabilização do quadro hemorrágico).

Orientação e educação do paciente - Garantir que o paciente e a família sejam informados sobre os motivos da não aplicação do protocolo e possíveis riscos associados.

• Fluxograma

Exemplo:



• Referência bibliográficas

Exemplo:

AHMED, H. et al. Long-term antibiotics for prevention of recurrent urinary tract infection in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open*, v. 7, n. 5, p. e015233, maio 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015233.

BARLAM, T. F. et al. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clinical Infectious Diseases*, v. 62, n. 10, p. e51-e77, 15 maio 2016. DOI: 10.1093/cid/ciw118.

BARLETTA, J. F. et al. Stress Ulcer Prophylaxis. *Critical Care Medicine*, v. 44, n. 7, p. 1395-1405, jul. 2016. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001872.

BONKAT, G. et al. EAU Guidelines on Urological Infections 2024. European Association of Urology, 2024. Disponível em: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2024.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2024.

FOXMAN, B. Epidemiology of urinary tract infections: Incidence, morbidity, and economic costs. *Disease-a-Month*, v. 49, n. 2, p. 53-70, fev. 2003. DOI: 10.1067/mda.2003.7.

GANDY, J. et al. Recording of fluid, beverage and water intakes at the population level in Europe. *British Journal of Nutrition*, v. 116, n. 4, p. 677-682, 28 ago. 2016. DOI: 10.1017/S0007114516002336.

HADDAD, J. M. Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2015. Disponível em: https://grupoamigo.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Manual_de_Uroginecologia_e_Cirurgia_Vaginal.pdf. Acesso em: 28 nov. 2024.