

# INFECÇÃO URINÁRIA

Informação nº 11 \*

**E**ntre as infecções hospitalares, a infecção urinária é a de maior incidência, sendo apontada como causa de 20% a 40% das infecções nosocomiais. Quase sempre são infecções leves, oligo ou assintomáticas. Casos graves, como pielonefrite aguda, pionefrose, abscesso perinefrético, septicemia, choque tóxico e óbito felizmente são raros.

A causa mais freqüente de infecção urinária hospitalar é a instrumentação do trato urinário, na maioria das vezes por cateterismo vesical.

**Crítérios Diagnósticos:**

Há grande discussão no diagnóstico laboratorial de infecções urinárias. Os critérios de KASS, geralmente adotados, consideram na primeira urina da manhã, no jato médio sem sondagem.

— Culturas com crescimento de germes aeróbicos gram negativos: com nº maior que 100.000 germes/ml — positivas para infecção do trato urinário; com nº entre 10.000 e 100.000 germes/ml — duvidosas para infecção do trato urinário; com nº menor que 10.000 germes/ml — negativas para infecção do trato urinário.

— Culturas com crescimento de germes aeróbicos gram positivos e fungos: com número maior que 10.000 germes/ml — positivas para infecção do trato urinário; com número menor que 10.000 germes/ml — negativas para infecção do trato urinário.

Nos casos em que ocorreu a instrumentação, na presença de sinais e sintomas negativos de infecções do trato urinário, sugere-se considerar os casos positivos, mesmo com sedimento urinário pouco ou nada expressivo e frente à impossibilidade de obtenção de dados quantitativos com a cultura. Temos de trabalhar com tempo mínimo. A permanência do cateter em via urinária com drenagem aberta por período superior a uma semana é quase sempre fator desencadeante de infecção urinária. Na vigência de cateterismo, não prevalecem os critérios de KASS e contagens de germes menores que 100.000 germes/ml também são acei-

É das mais freqüentes  
infecções hospitalares  
com grande morbidade.  
As drenagens em sistema  
fechado diminuiram sua  
incidência

tas como critério diagnóstico de infecção urinária.

**Conceito:**

**Fatores de risco:**

Instrumentação urinária, obstrução urinária, anomalias orgânicas e funcionais do trato urinário, gravidez.

**Fatores predisponentes:**

Sondagem vesical (de demora e de alívio), endoscopias urinárias, cirurgias sobre o trato urinário, litotripsia ultrasônica.

**Insumos necessários e minimização de riscos:**

Material — bandeja, cuba rim, cuba comum, sonda tipo Foley esterilizada (por autoclave, óxido de etileno, ou radiação gama), luva de látex ou polietileno esterilizada (por óxido de etileno, autoclave ou radiação gama), esponjas estéreis, campo cirúrgico fenestrado esterilizado, lidocaina gel ou vaselina esterilizada, duas seringas de 10cm<sup>3</sup> estéreis, gazes, solução antisséptica de polivinilpirrolidona-iodo (PVP-I) ou pinça para degermação, uma ampola de líquido estéril para enchimento do "cuff" pela probabilidade de rompimento do balão.

**Principais procedimentos relacionados:**

- 1) Lavar as mãos com água e sabão.
- 2) Lavar a glândula ou a vulva do paciente com água e sabão.
- 3) Calçar a luva na mão dominante.
- 4) Fazer antisepsia com auxílio de pinça e gaze embebida em solução antisséptica de PVP-I ou clorhexidina.

5) No homem, introduzir na uretra 10cm<sup>3</sup> de gel anestésico local ou vaselina estéril; na mulher, lubrificar a sonda com o gel anestésico ou vaselina.

6) Introduzir delicadamente a sonda com a ponta embebida em gel anestésico local esterilizado ou em vaselina esterilizada, procurando não traumatizar o trato urinário. Para tal, na mulher, em geral, usar sonda calibre 16; no homem, o calibre variará geralmente entre 14 e 16, mas evidentemente haverá casos com necessidade de passagem de sondas mais ou menos calibradas.

7) Verificar a posição intravesical da sonda, insuflar o "cuf".

8) Quando houver drenagem vesical aberta, coletar a sonda no sistema do saco coletor. Quando a drenagem urinária for fechada, a sonda vesical ao ser introduzida na uretra, já deverá estar engatada ao sistema de saco coletor fechado no tubo fundido à bolsa coletora.

9) Admite-se a lavagem da sonda em casos nos quais não existe outra alternativa, como no doente prostatectomizado com coágulos obstruindo a sonda. Em outras situações de obstrução é preferível trocar a sonda.

10) No homem, é mais indicado fixar a sonda no abdome, na mulher deverá ser fixada na coxa. Parece preferível passar a sonda da face medial da coxa para a sua parte lateral, fixando-a na superfície anterior da coxa e não no cavo poplíteo.

11) Limpeza da glândula, do meato e do local da saída da sonda com solução antisséptica, três vezes ao dia diariamente, no homem. Na mulher a limpeza do meato deve ser precedida de lavagem externa.

A sonda deve ser trocada a cada sete dias, já que nela se acumulam cristais e calcificações. Ultrapassados os primeiros 15 dias de sondagem, aceita-se a colocação de sistema de drenagem urinária aberto.

**Outras medidas profiláticas**

1 — Antimicrobianos são recomendados para prevenir bacteriemias, quando da existência de infecção do trato urinário.