



## **CASO CLÍNICO - Infecções do trato urinário**

**Abrahão Baldino**

**Josivaldo Barreto Andrade**

**Leila Berlet**

**Paloma dos Santos Trabaquini**

### **ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

20/08/2021, 11h32min - Paciente P.S.N, 26 anos, sexo feminino, parda, solteira, católica, auxiliar administrativo, natural de Irapurú-SP, residente na cidade de Juara-MT. QP: Durante visita domiciliar, apresentou queixa de febre, cansaço e urgência miccional. HDA: Paciente relata estar sentindo febre há 2 dias e fazendo a ingestão de Ibuprofeno quando os sintomas começam, ainda acrescenta que durante esse período apresentava noctúria, urgência miccional e dor ao urinar, além de sentir cansaço frequente. HPP: Não possui doenças crônicas e não faz uso de medicamentos controlados. HF: Alega que seus pais não possuem doenças crônicas. HPS: Paciente frequenta academia, repousa 6 horas no período noturno, mas está com dificuldade para dormir devido acordar várias vezes na noite para urinar, acordando cansada, faz pouca ingestão hídrica durante o dia, alimenta-se 3 vezes ao dia, evacuação 1 vez a cada 2 dias, não faz uso de álcool ou tabaco, possui vida sexual ativa. HSE: moradia própria de madeira, fossa séptica, possui um gato como animal doméstico, não tem filhos, mantém bom convívio com familiares e amigos. Paciente apresentou-se ao exame físico lúcida e orientada em tempo e espaço. Ativa e colaborativa, deambulando e ausência de déficits cognitivos. Normocorada,



eupneica, acianótica e anictérica. Sinais vitais: PA 100x80 mmHg; FC 69 bpm; FR 19 rpm, temperatura 36,9 °C; spO2 96%; peso 53 kg; altura 1,59m; IMC 21,0 kg/m<sup>2</sup>, encontra-se no peso adequado. Calota craniana íntegra, ausência de retrações, cicatrizes e abaulamento no couro cabeludo. Cabelos implantados sem infestações parasitárias e sem sujidade. Sobrancelhas implantadas. Face simétrica, ausência de lesões na pele, movimentos oculares preservados, pupilas isocóricas e fotoreagentes, mucosa ocular normocorada. Orelhas implantadas, pavilhão auricular e conduto auditivo externo sem lesões com presença de secreção. Cavidade nasal sem alterações, possui secreção e presença de pelos. Lábios ressecados, língua, gengiva e mucosa normocorados, sem alterações, dentes conservados. Pescoço com mobilidade cervical ativa e passiva, ausência de lesões ou linfadenomegalias, tireoide indolor, sem nódulos e móvel a deglutição. Traqueia móvel. Tórax simétrico, sem desconforto respiratório. Expansibilidade preservada. Percussão com som claro pulmonar, murmúrios vesiculares audíveis sem ruídos adventícios. Ictus do VE invisível, não palpável no 5º EIC na LHCE, ausência de atritos, ausência de sopros, bulhas rítmicas normofonéticas, pulsos arteriais periféricos simétricos, sincrônicos e com baixa amplitude. Abdome plano, sem lesões na pele, cicatrizes, circulação colateral ou herniações. Pulsação arterial e peristalse não identificáveis a inspeção, peristalse presente nos quatro quadrantes, ausência de sopros em focos arteriais abdominais, fígado palpável, ausências de massas, apresenta dor na região dos flancos, apresenta dor a punho-percussão nas regiões costovertrais. Aparelho geniturinário com diurese presente com forte odor. Higiene adequada na região genitália, sem alterações. MMII apresentam mobilidade ativa e passiva preservadas, sem dor ou crepitações, ausência de deformidades nas articulações, ausência de lesões na pele, ausência de sinais de insuficiência venosa ou arterial, pulsos periféricos palpáveis simétricos, fluxo sanguíneo sem alterações nos capilares sanguíneos periféricos. MMSS com mobilidade preservada, sem lesões na pele.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**



Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis e volume de líquidos deficiente;

Eliminação urinária prejudicada relacionada a múltiplas causas, caracterizada por noctúria e urgência urinária;

Distúrbios no padrão de sono relacionado a padrão de sono não restaurador, caracterizado por não se sentir descansado e despertar não intencional;

### **PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM**

Objetivos: Extinguir urgência urinária, noctúria e dor. Recuperar padrão de sono eficiente e proporcionar sensação de descanso, proporcionar conhecimento sobre a importância da ingestão de líquidos.

### **PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

Prescrição:	Aprazamento:
1. Explicar sobre a importância da ingestão hídrica para o bom funcionamento do corpo. Incentivar a ingestão de 2 litros de água por dia no mínimo.	Durante todas as visitas domiciliares até reparar o problema.
2. Orientar e incentivar a paciente sobre os cuidados com a higiene íntima, e a utilização de roupas leves para não abafar o local e contribuir com a proliferação de organismos patogênicos.	Durante todas as visitas domiciliares até reparar o problema.
3. Orientar que a paciente procure dormir sempre no mesmo horário, evitando telas e celulares próximo ao	Toda noite.



horário de dormir. Procurar um ambiente calmo e sem iluminações que possam interferir na qualidade do sono.	
---	--

### **IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

As implementações foram executadas pelos profissionais de enfermagem, juntamente com a ajuda e colaboração da paciente. Contou também com ajuda da equipe multidisciplinar. A enfermagem executou as prescrições de enfermagem e realizou a administração medicamentosa prescrita para Infecção do Trato Urinário, como antibiótico, e analgésico, também realizou monitoramento da evolução da paciente durante as visitas domiciliares.

### **AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM**

Houve uma melhora no quadro geral da paciente, não persistindo a febre, dores ao urinar e urgência miccional, restabelecendo assim o padrão de sono adequado e o descanso.

### **PATOLOGIA**

As Infecções do trato urinário, são causadas principalmente por bactérias aeróbias Gram-negativas (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella sp*, *Enterobacter sp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia sp*, *Morganella morganii*, *Providencia stuartii*), cocos Gram-positivos (*Staphylococci*, *Streptococci* grupos D e B) e, em menor extensão, por bactérias anaeróbias (*Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococci*), e por microrganismos que requerem técnicas especiais para serem identificados (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*). Outros agentes, como fungos, leveduras e vírus, também podem causar infecções urinária. A entrada da infecção urinária dá-se por via ascendente retrógrada.



Outras formas de contaminação são hematogênica, linfática e extensão direta de outros órgãos.

Já na via ascendente retrógrada, é mais frequente e importante via de infecção, sendo necessários alguns fatores para que ocorra a infecção vesical: colonização periuretral do patógeno proveniente da flora intestinal devido a fatores mecânicos, defecação, sudorese e higiene pessoal. A colonização do vestíbulo vaginal e da uretra distal depende da competição com a flora local e do pH vaginal, que é muito influenciado pelo nível de estrógenos. O nível de IgA local, bem como a existência de fatores de aderência bacteriana, como fímbrias, adesinas e hemolisinas, participa dos mecanismos iniciais deste processo infeccioso. A uretra curta feminina é, sem dúvida, um dos fatores permissivos deste mecanismo.

Para que a cistite se estabeleça, os fatores naturais de proteção (como a urina, que é um inibidor natural de infecções pela elevada hipertonidade, pelo pH baixo e pela presença de ácidos orgânicos; a presença de proteína de Tamm-Horsfall; o muco vesical; a secreção local de IgA e IgG; o esvaziamento normal da bexiga) devem ser ultrapassados. Para que este processo patológico se complete, é importante lembrar-nos dos fatores relacionados à resistência bacteriana. A via hematogênica não é comum e ocorre especialmente em situações onde existem alterações da resistência do paciente, alterações anatômicas ou funcionais nos rins, ou ambos, favorecendo a permanência da bactéria. A via linfática provavelmente ocorre, porém é rara. Abscessos intraperitoneais, especialmente os associados às doenças inflamatórias intestinais, doença inflamatória pélvica em mulheres, abscessos perivesicais e fístulas do trato geniturinário podem proporcionar infecção do trato urinário por extensão direta destes órgãos.

Os principais fatores de risco para infecções no trato urinário (ITU) identificados foram relacionados ao uso de cateteres vesical, especialmente os de demora, práticas sexuais desprotegidas, aumento da idade, urina com pH alcalino, infecção genital, resistência a antibióticos, má higienização das regiões perianal e vaginal ou excesso de higiene nessas áreas, diabetes mellitus e a hiperglicemia, e mulheres pois essa possuem a uretra encurtada em relação a uretra masculina, e sofrem muitas

SEMANA DE ENFERMAGEM DA AJES JUARA. V 3. 2021



alterações hormonais durante a gravidez. A prevenção se dá pela ingestão hídrica, higienização das mãos, higienização das partes íntimas corretamente, troca frequente de absorvente íntimo, preferência ao uso de roupas leves e que facilitam a transpiração, evitar o uso de antibióticos sem necessidades, higiene íntima após relações sexuais.

Os sintomas mais comum da ITU, é a dor na região pélvica, especialmente em mulheres, vontade constante de urinar, pouca quantidade de urina no ato miccional, ardência ao urinar, dor na região de flancos e incontinência urinaria. A dor ao urinar pode ser proveniente de quadros de desidratação devido a micção continua, ou alguma outra bactéria que não esteja acoplada na bexiga ou na uretra. Outros sintomas menos frequentes podem surgir como urina escura, presença de sangue na urina, dor na região retal, e alguns sinais ou sintomas podem não se correlacionar à localização da infecção do trato urinário causando confusão no paciente, isso pode ocorrer devido considerável sobreposição a outras condições fisiológicas como gravidez e período menstrual nas mulheres.

O diagnóstico se dá pela realização do exame de urina com sedimento urinário. Este exame irá fornecer, quando associado à anamnese e ao quadro clínico, os dados que praticamente confirmam o diagnóstico de ITU: presença de piúria (leucocitúria), de hematúria e de bacteriúria. O diagnóstico da ITU é representado pelo crescimento bacteriano igual ou acima de 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitro (mL) de urina (100.000 UFC/mL). O tratamento para infecção no trato urinário geralmente é farmacológico, sendo utilizados antibióticos de acordo com a espécie do patógeno. O tratamento de infecções urinárias varia muito de acordo com o tipo de cada infecção e sua gravidade também, alguns profissionais podem prescrever além dos antibióticos, analgésicos para alívio dos sintomas de disúria.

## **TERAPIA MEDICAMENTOSA**



- Medicamento Norfloxacino, que pertence a Classe Fluoroquinolona. A via de administração do medicamento é oral. Norfloxacino tem amplo espectro de atividade antibacteriana contra patógenos aeróbios Gram-positivos e Gram-negativos. O átomo de flúor na posição 6 proporciona maior potência contra organismos Gram-negativos e o núcleo piperazínico na posição 7 é responsável pela atividade antipseudomonas. Norfloxacino inibe a síntese do ácido desoxirribonucléico bacteriano e é bactericida. Três eventos específicos foram atribuídos a FLOXACIN em células de Escherichia coli em nível molecular, como: Inibição da girase do DNA, que catalisa a reação de superespiralamento do DNA, dependente de ATP; inibição do relaxamento do DNA superespiralado; promoção da ruptura do DNA duplo-filamentar. Os cuidados de enfermagem quanto a medicação são: controle dos SSVV, observação da dose prescrita, verificação de história de alergia ao medicamento, estimular a hidratação, etc.
- Urovit, medicamento pertencente a classe de anti-sépticos urinário, tendo como princípio ativo o cloridrato de Fenazopiridina. Sua via de administração é oral. A fenazopiridina é excretada na urina e exerce um efeito analgésico tópico sobre a mucosa do trato urinário. Sua ação auxilia no alívio da dor, queimação, urgência e frequência das micções. Os cuidados de enfermagem com o medicamento Urovit são: ser administrado por via oral, orientar que seja ingerido após as refeições ou ainda após um pequeno lanche, para reduzir o desconforto estomacal, o medicamento não deve ser partido, mastigado ou aberto, a dose prescrita deve ser respeitada.

## **EXAMES COMPLEMENTARES**



Foram realizados exames de urina, hemograma e urocultura. Permitindo assim que a equipe obtivesse um diagnóstico preciso para poder iniciar o tratamento da paciente.

## REFÊNCIAS

GROHMANN, J. F. R; COELHO, R. F; ARAP, M. A. Infecção do Trato Urinário. Disponível

em:<[https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1489/infeccao\\_do\\_trato\\_urinario.htm](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1489/infeccao_do_trato_urinario.htm) >. Acesso em 20 de Ago. 2021.

LACERDA, W. C., VALE, J. S., LACERDA, W. C., CARDOSO, J. L. M. S. Infecção urinária em mulheres: revisão da literatura. Saúde em Foco, n. 7, p. 282-295, 2015.

Disponível em: <[http://www.unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2015/artigo\\_infeccao.pdf](http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/artigo_infeccao.pdf)>. Acesso em: 20 de Ago. 2021.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ [NANDA Internacional]. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. [16] BEZERRA, G; KARLLA

BARNES RC, Daifuku R, Roddy RE, Stamm WE. Urinary-tract infection in sexually active homosexual men. Lancet 1986; 1:171-3.

SPACH DH, Stapleton AE, Stamm WE. Lack of circumcision increases the risk of urinary tract infection in young men. JAMA 1992; 267:679-81.

PINHO AM, Lopes GS, Ramos-Filho CF, Santos O da R, Oliveira MP, Halpern M, et al. Urinary tract infection in men with AIDS. Genitourin Med 1994; 70:30-4.

BISHARA J, Leibovici L, Huminer D, Drucker M, Samra Z, Konisberger H, et al. Five-year prospective study of bacteraemic urinary tract infection in a single institution. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1997; 16:563-7.





TORRIANI, Mayde Seadi, et al. Medicamentos de A a Z - 2ª Edição: Enfermagem.

Porto Alegre, Artmed, 2015.