

Rastreo da Bacteriúria Assintomática em Mulheres Grávidas, Diabéticas e Hígidas não Grávidas: O que há de Evidências?

Amanda Fagundes da Silva Ávila, Brenda Ribeiro Vilela Rosa*, Fernanda Rocha Moreira, Guilherme Barbosa Azevedo, Isabella Carvalho de Abreu, Rogério Saint-Clair Pimentel Mafra, José Helvécio Kalil de Souza.

Faculdade de Minas – Faminas BH - Belo Horizonte, MG

ABSTRACT

The asymptomatic bacteriuria is a disease characterized by the presence of bacteria (100000 CFU per milliliter in, at least, two consecutive samples) in the urinary tract, without the person presents signs or infection symptoms. Thus, through the literature review, the article promotes the analysis concerning the tracking and treatment in differentiated cases, such as diabetic women, pregnant women and also non-pregnant women who do not have diabetes. Furthermore, there is the approach of the illness pathophysiological aspects, predisposing aspects and complications related to the non-treatment and until its treatment, with emphasis on the case improvement and mortality decrease and subsequent complications.

INFORMAÇÕES

Correspondência*:

R. Henrique de Souza, 17
Apt 106
Itajubá – Minas Gerais
CEP: 37502-066
Fone: (35)99133-7375
E-mail: brendarvr@yahoo.com.br

Palavras-Chave:

Asymptomatic bacteriuria, treatment, urinary infection, screening.

INTRODUÇÃO

Infecções do trato urinário (ITU) são importantes causas de hospitalização e representa cerca de 40% das infecções tratadas em serviços de saúde. A bacteriúria assintomática (BA) é uma ITU com significativa prevalência, mas que em muitos casos é mal diagnosticada, o que leva ao uso inapropriado de antibióticos. O uso indiscriminado de antibióticos apresenta efeitos indesejados como a seleção de microrganismos multirresistentes.¹

A BA é caracterizada pela presença de bactérias se reproduzindo no trato urinário sem que a pessoa apresente sinais nem sintomas de infecção.² O diagnóstico é feito pelo exame de urocultura. Após a coleta da urina de jato médio, a amostra pode ser refrigerada a 4°C por no máximo 24 horas.³

A BA é detectada quando há crescimento de 105 UFC (unidades formadoras de colônia) por mililitro de uma única espécie de bactéria no exame, em pelo menos duas amostras consecutivas⁴. No caso da urina coletada via cateter, é considerado positivo quando há pelo menos 100 UFC/mL.⁴

Infecções do trato urinário (ITU) e BA são comuns durante a gravidez, sendo que muitas mulheres são propensas a terem a infecção antes da gravidez e de 20 a 40% adquirem durante a gravidez.⁵

O presente trabalho tem como objetivo investigar a relevância do rastreamento da BA em mulheres diabéticas, gestantes e em mulheres hígidas não grávidas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada revisão bibliográfica sobre BA utilizando-se as seguintes bases de dados: Pubmed, SciELO e LiLACS com os termos: “bacteriúria assintomática”, “asymptomatic bacteriuria”, “urinary tract infection”, “infecção do trato urinário” e “ITU”, “diabetes”. Posteriormente foram selecionados e revisados os artigos de maior relevância entre os anos de 2001 e 2015.

RESULTADOS

A frequência da BA varia de acordo com alguns parâmetros como idade, atividade sexual e presença de alterações no trato geniturinário. Em mulheres saudáveis que ainda não tiveram a menopausa essa frequência fica entre 1 e 5% e em mulheres idosas a taxa sobe para mais de 15%.³ Essas taxas aumentam, também, em gestantes (5 a 10%) e diabéticas (8 a 14%). Esse acréscimo está relacionado a alterações anatômicas e fisiológicas, aumento da aderência das fímbrias do tipo 1, células uroepiteliais e supressão do sistema imunológico, respectivamente.⁶

Para mulheres saudáveis, a bacteriúria assintomática aumenta com o aumento da idade e também com a maior frequência da atividade sexual. De acordo com a tabela, mulheres que estão no menacme, a prevalência de bacteriúria assintomática variam de 1% a 5%.⁷ Essas mulheres vão observar que não ocorrerá efeitos adversos quanto a essa infecção. Porém, elas estarão mais propensas a ter bacteriúria sintomática posteriormente.⁸

TABELA 1 - Prevalência da bacteriúria assintomática em populações selecionadas

POPULAÇÃO	PREVALÊNCIA (%)
Mulheres saudáveis na pré-menopausa	1.0 a 5.0
Mulheres grávidas	1.9 a 9.5
Mulheres pós-menopausa (50 a 70 anos de idade)	2.8 a 8.6
Pacientes com diabetes:	
Mulheres	9.0 a 27.0
Homens	0.7 a 1.0
Pacientes idosos da comunidade:	
Mulheres (mais de 70 anos)	> 15.0
Homens	3.6 a 19.0

Fonte: <http://www.aafp.org/afp/2006/0915/p985.html>. Tabela adaptada.

A BA deve ser tratada em caso que há uma melhora efetiva do paciente, caso contrário isso não deve ser feito, pois aumenta a chance de resistência bacteriana.⁸

A tabela 2 explicita os esquemas terapêuticos que podem ser seguidos para fazer o tratamento da BA. Após isso, deve ser feito urocultura de três a sete dias após o fim do tratamento.⁹

TABELA 2 - Tratamento de infecção do Trato Urinário

CURTA DURAÇÃO 3 A 5 DIAS	LONGA DURAÇÃO 7 A 10 DIAS
Nitrofurantoína 100mg VO de 6/6 horas	Nitrofurantoína 100mg VO de 6/6 horas
Ampicilina 500mg VO de 6/6 horas	Ampicilina 500mg VO de 6/6 horas
Amoxicilina 500mg VO de 8/8 horas	Amoxicilina 500mg VO de 8/8 horas
Cefalexina 500mg VO de 6/6 horas	Cefalexina 500mg VO de 6/6 horas

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

DISCUSSÃO

5.1) BA em mulheres diabéticas

Os fatores que predispõem diabéticas a apresentar infecções do trato urinário são: depressão da função de polimorfonucleares, diminuição da aderência leucocitária, da quimiotaxia e da fagocitose.¹⁰

Em mulheres diabéticas, infecções no trato urinário são recorrentes e se dão de forma mais grave. Nesse grupo as complicações estão relacionadas a pielonefrites, cistite enfisematosa e infecções fúngicas. Os microrganismos mais frequentemente encontrados são: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Enterococcus spp*, *Streptococcus agalactiae*. Um estudo relata que a relação sexual uma semana antes de realizar o exame foi o fator de risco mais significativo para mulheres com diabetes tipo I, apesar disso, a BA é mais frequente em pacientes com diabetes tipo II. O controle da glicemia é importante para diminuir as chances de essas mulheres apresentarem nefropatias, mas isso não tem relação direta para BA.¹¹

Segundo Dalal e col.¹¹ mulheres diabéticas com BA não tratadas podem carregar, por até 13 meses, uma cepa *Escherichia coli* exclusiva, ao passo que as tratadas adquiriram novas cepas. Esse estudo mostra que as mulheres que

receberam tratamento continuaram tendo infecções sucessivas com cepas diferentes, enquanto as não tratadas continuaram tendo infecções recorrentes pela mesma cepa.

De acordo com Bahl e col.¹² a BA foi associada com o tempo que a pessoa possui diabetes. Nesse estudo a prevalência de BA aumentou 1,9 vezes para cada 10 anos de duração do diabetes, e eles correlacionaram essa incidência com o esvaziamento incompleto da bexiga que ocorre em pacientes que apresentam diabetes de longa data. Em um estudo realizado por Aswani e col.¹³ essa correlação não foi observada.

Deve se tratar bacteriúria assintomática em pacientes com diabetes, já que essa infecção aumenta o risco de complicações renais como pielonefrite.¹⁴

5.2) BA em gestantes

A ITU é muito comum na gravidez, podendo se manifestar, principalmente, como BA. Isso ocorre, porque na gravidez há mudanças fisiológicas e anatômicas que predisõem a ITU, mais comumente na segunda metade da gestação. Há um aumento da glicosúria e aminoacidúria devido ao aumento da taxa de filtração glomerular e alterações na reabsorção tubular, o que promove o crescimento bacteriano.¹⁵

Devido à alta prevalência de BA em gestantes é recomendado realizar a urocultura no primeiro e no terceiro trimestre de gravidez para o rastreio e o posterior tratamento. O objetivo do tratamento é evitar a progressão da doença, que pode desencadear, por exemplo, pielonefrite aguda.¹⁵

Segundo o Ministério da Saúde⁹, de 2% a 10% das gestantes apresentam BA, podendo evoluir de 25% a 35% dos casos para pielonefrite aguda. Isso é devido as modificações que ocorrem durante a gravidez, como estase urinária, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria, favorecendo o crescimento bacteriano. Estudos evidenciam que o tratamento da BA diminui a incidência de parto prematuro e baixo peso do recém-nascido além-casos de pielonefrite aguda. O custo benefício para rastrear a BA na gravidez é válido quando comparado ao custo para o tratamento da pielonefrite aguda.^{3,9,15}

Considerando então as graves consequências da ITU na gravidez, tanto para a gestante (aborto), quanto para o feto (perda ponderal), deve-se adotar condutas preventivas, com o intuito de minimizar estas complicações:

1 – Controle da gestante: realizar exames de urina (cultura e contagem de colônias) mensalmente, ou em prazos menores, se o caso assim indicar;

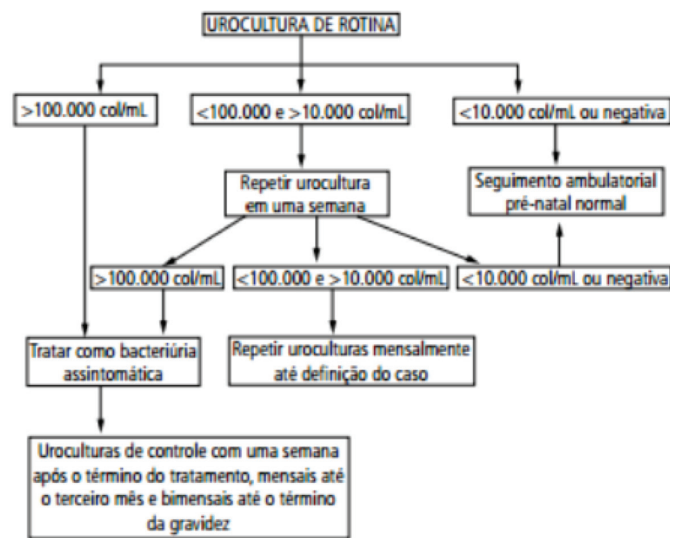
2 – Escolha do antimicrobiano: A ampicilina e a amoxicilina são antibióticos eficazes e seguros, pois são destituídos de efeito teratogênico. A BA na gravidez deve ser tratada com os antimicrobianos acima indicados, por um período de 3 a 5 dias;

3 – Nas pacientes em que não foi conseguida a erradicação da bacteriúria, é importante uma investigação urológica mais detalhada. A ultrassonografia constitui um método não invasivo e seguro e, portanto, o melhor indicado nestas situações.¹⁶

Para tratar pacientes com a BA é necessário que haja evidências do benefício. As mulheres grávidas devem ser rastreadas, no primeiro trimestre, para BA e tratadas se o resultado foi positivo.⁸

FIGURA 1

Fluxograma de conduta da bacteriúria assintomática em gestantes.



Fonte: Adaptado de Duarte et al.¹⁰

Fonte: FILHO et al., 2006

Pacientes que estão prestes a fazer cirurgias geniturinárias e mulheres grávidas devem fazer o rastreio e, posteriormente, o tratamento⁷. Já as mulheres grávidas estão mais susceptíveis a ter partos prematuros ou bebês com baixo peso, caso não trate a BA. Além disso, aumenta a chance de desenvolver para pielonefrite. É indicado, portanto, um tratamento de três a sete dias para as gestantes com bacteriúria assintomática e, após isso, fazer exames periódicos durante a gestação.⁸ A figura 1 evidencia como deve ser feita a conduta da BA em gestantes.

Infecções do trato urinário (ITU) e bacteriúria assintomática são comuns durante a gravidez, sendo que muitas mulheres são proensas a terem a infecção antes da gravidez e de 20 a 40% adquirem durante a gravidez. Os critérios de diagnóstico de cistite aguda e pielonefrite em mulheres grávidas saudáveis que são semelhantes aos das mulheres não-grávidas. Para diagnosticar cistite aguda não complicada pode ser baseada na sintomatologia urinária (disúria, frequência e urgência) e a não presença do corrimento vaginal, nas mulheres que não possuem outros fatores de risco para ITU complicadas. Outra alternativa, não muito utilizada, pode ser o teste de tiras de urina. Culturas de urina são utilizadas para os pacientes com suspeita de pielonefrite aguda, ou que os sintomas não melhoram ou histórico de recidiva dentro de 2-4 semanas após a conclusão do tratamento e mulheres com sintomas atípicos. O diagnóstico clínico da pielonefrite aguda pode ser também identificado pela dor no flanco, náuseas e vômitos, febre ($> 38^{\circ} \text{C}$), ou sensibilidade no ângulo costovertebral. Avaliar o trato urinário superior com ultrassom deve ser realizado para descartar obstrução urinária ou alteração renal. Tomografia computadorizada helicoidal sem contraste pode ser usada como tentativa adicional de descoberta.⁵

O diagnóstico de bacteriúria assintomática em mulheres grávidas é no caso de dois exames de urina anulado consecutivos. Espécimes com crescimento maior que 105 UFC/mL das mesmas espécies bacterianas ou um único espécime cateterizado com crescimento maior que 105 UFC/mL de um agente patogênico urinário. A triagem nas mulheres grávidas deve ser feita durante o primeiro trimestre. Caso seja detectado, é necessário que utilize a terapia antimicrobiana.⁵

A duração da terapia antimicrobiana é pequena, normalmente 3 dias, para o tratamento de infecção assintomática. Para infecções recorrentes (sintomáticos ou não), requer cefalexina, 125-250 mg/dia, ou nitrofurantoína, 50 mg/dia, pode ser utilizado para a profilaxia. É necessário que o médico peça uma cultura da urina, entre 1 a 2 semanas após finalizar o tratamento com antibiótico. Ultrassom ou ressonância magnética são feitos para diagnóstico de ITU complicada, preferencialmente, para evitar o risco de passar para o feto.⁵

Para rotina de acompanhamento após ITU e pielonefrite descomplicada nas mulheres, análise de tiras de urina é suficiente. Em mulheres com uma recorrência de ITU dentro de 2 semanas, repetir cultura urinária com testes antimicrobiano e urinária. Recomenda-se avaliação do trato urinário.⁵

5.3) BA em mulheres hígdas não grávidas

A BA não causa maiores consequências a mulheres no menacme com vida sexualmente ativa, então nessas mulheres, geralmente, a BA regride espontaneamente. Entretanto, essas mulheres têm maior risco de desenvolver ITU se comparadas àquelas sem bacteriúria. Então, nessas mulheres a BA não causa problemas significativos e, por isso, não é necessário fazer o rastreamento.³

Mulheres que não são gestantes e estão na pré-menopausa será observado que não há efeitos deletérios em relação à BA. Porém estão propensas a ter bacteriúria sintomática posteriormente. Foi observado também que as mulheres tratadas para BA não houve diminuição na frequência de bacteriúria sintomática e não preveniu outros episódios de bacteriúria. Por isso não é recomendado o rastreio.⁸

CONCLUSÃO

Apesar de encontradas diferentes opiniões, há maiores evidências de que a BA não deve ser rastreada e tratada em mulheres hígdas não grávidas. Em grávidas e mulheres diabéticas é importante rastrear e tratar para evitar partos prematuros e pielonefrite, respectivamente.

REFERÊNCIAS

1. Lee MJ, et al. Why is asymptomatic bacteriuria overtreated? A tertiary care institutional survey of resident physicians. *BMC Infectious Diseases*. 2015; 15(289): 1-7.
2. Onu FA, et al. Profile and microbiological isolates of asymptomatic bacteriuria among pregnant women in Abkaliki Nigeria. *Infection Drug Resistance*. 2015; 8: 231-235.
3. Associação médica brasileira e agência nacional de saúde suplementar. *Bacteriúria Assintomática*. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar, 2011.
4. Darzé OISP, Barroso U, Lordelo M. Preditores clínicos de bacteriúria assintomática na gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2011; 33(8): 196-200.
5. Grabe M, et al. Guidelines on urological infections. *European Association of Urology*. 2013.
6. Jr JSW, Jr, Bennett CJ, Dmochowski RR, Hollenbeck BK, Pearle MS, Schaeffer AJ. Best practice policy statement on urologic surgery antimicrobial prophylaxis. *American Urological Association Education and Research*. 2008; 180(5): 2262-3.
7. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Hooton TM, Schaeffer A. Infectious diseases society of america guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *IDSA Guidelines for Asymptomatic Bacteriuria*. 2005; 40: 643-654.
8. Colgan R, Nicolle LE, MCGLONE A, Hooton TM. Asymptomatic bacteriuria in adults. *American Family Physician*. 2006; 74(6): 985-90.
9. Ministério da Saúde. Manual Técnico Pré-natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada. 2006; 5: 109-110.
10. Julka S. Genitourinary infection in diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2013; 17: 583-87.
11. Dalal S, Nicolle L, Marrs CF, Zhang L, Harding G, Foxman B. Long-term *Escherichia coli* asymptomatic bacteriuria among women with diabetes mellitus. *Clin Infect Dis*. 2009; 49(4): 491-97.
12. AL Bahl, RN Chugh, KB Sharmay. Asymptomatic bacteremia in diabetics attending a diabetic clinic. *Indian J Med Sci*. 1970; 24(1):1-6.
13. Aswani SM, Chandrashekar UK, Shivashankara KN, Pruthil BC. Clinical profile of urinary tract infections in diabetics and non-diabetics. *Australasian Medical Journal*. 2014; 7(1): 29-34.
14. Faculdade de Medicina de Marília. *Infecção do Trato Urinário (ITU)(Diretriz)*.
15. Sampaio MM, Cunha AC, Magarinho R. Infecção do tracto urinário na gravidez. *Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa*. 2008; 2(2): 84-88.
16. Lenz LL. Bacteriúria Assintomática. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2006; 35(4).
17. Filho EAF, Bispo AMB, Vasconcelos MM, Maia MZ, Celestino FG. Infecção do trato urinário na gravidez: Aspectos atuais. *FEMINA*. 2009; 37(3): 165.