

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

Nota 6.0

U. Berton

**BACTERIÚRIA NA GESTAÇÃO:
UM ESTUDO DESCRITIVO.**

por:
SILVANA FRAGA FULGÊNCIO

FLORIANÓPOLIS
1994

**BACTERIÚRIA NA GESTAÇÃO:
UM ESTUDO DESCRITIVO.**

ORIENTADORES:

Dr Luís Fernando Somacal

Dr. Lúcio Botelho

AGRADECIMENTOS

Aos professores Luis Fernando Somacal e Lúcio Botelho pela amizade e orientação dispensada durante a realização deste trabalho.

Aos funcionários do Serviço de Prontuários do Paciente do Hospital Universitário: Sandro dos Santos, Odilon de Souza e Vilmar César Estanislau da Rosa, pelo levantamento dos prontuários e agendas de pacientes.

Ao Laboratório do Hospital Universitário, através das funcionárias Juçara Dentos Bernadine e Alcilene Soares, bioquímica do setor de urinálise e técnica de microbiologia respectivamente, pela orientação quanto aos métodos laboratoriais utilizados na realização do trabalhos.

SUMÁRIO

Resumo	05
Abstract	06
Introdução	07
Metodologia	10
Resultados	12
Discussão	17
Conclusão	20
Referências bibliográficas	21

RESUMO

Infecções do trato urinário estão entre as mais significativas complicações médicas da gravidez.

Há três categorias de infecções do trato urinário: bacteriúria assintomática, cistite aguda e pielonefrite aguda. Caso não detectadas e tratadas, podem levar a uma significativa morbidade fetal e materna.

O presente trabalho tem por objetivo avaliar o diagnóstico clínico e laboratorial além do tratamento e evolução de infecções do trato urinário de pacientes admitidas via consulta pré-natal no Hospital Universitário no período de fevereiro a maio de 1994.

Foram avaliadas 284 gestantes, sendo diagnosticados 41 casos de infecções do trato urinário com bacteriúria e cultura positiva e 88 casos de bacteriúria positiva sendo apenas o parcial de urina alterado.

Concluimos que o primeiro trimestre de gestação é o mais acometido de bacteriúria e que através de uma avaliação pré-natal para a investigação precoce de infecção urinária com ou sem sintomas para tal, torna-se necessária.

foi e bacteriúria
se (ing) cultura 205
Bactéria no urina
1º diagnóstico

ABSTRACT

Urinary Tract Infections (UTI) are among the most common medical complications of pregnancy. There are three categories of UTI: asymptomatic bacteriuria, cystitis and pyelonephritis. If not actively screened and treated, these infections can lead to significant fetal and maternal morbidity.

The objective of this work is to evaluate the laboratorial and clinical diagnosis, and also the treatment and evolution of pregnant patients' urinary tract infections.

These patients were admitted at the pre natal ambulatory of the University Hospital in the period from february to may of 1994.

We evaluated 284 pregnants and were diagnosed 41 cases of UTI with positive bacteriuria and positive culture, and 88 cases with positive bacteriuria with only urine partial-altered.

We concluded that bacteriuria is most prevalent at the first trimestre of pregnancy and the pre-natal evaluation for precocious investigation of urinary infection, symptomatic, or not, is necessary.

INTRODUÇÃO

O propósito fundamental da vigilância pré-natal é assegurar menor risco durante a gravidez, mediante a otimização dos meios para preservar a saúde da mulher gestante, a qual se refletirá num melhor ambiente intra-uterino para o feto em desenvolvimento e maiores expectativas para a saúde do neonato e lactente; assim sendo essa conduta permite a identificação de riscos e a adoção de alternativas de prevenção (5). *Alfred de M.*

Infecção do trato urinário (UTI) é um problema relativamente comum durante a gestação (1, 2, 3).

Apesar da gravidez não aumentar a prevalência total de infecção do trato urinário, observa-se definido aumento de infecções sintomáticas particularmente pielonefrites agudas (2).

Em mulheres grávidas, o médico deve sempre considerar as mudanças fisiológicas que ocorrem na gestação, desde ações hormonais como da progesterona, até mecânicas como compressão do ureter (1, 2, 3).

Tem-se demonstrado que aproximadamente uma de cada cinco mulheres com bacteriúria assintomática, na etapa inicial da gravidez (menos de 30 semanas), está em risco de ter infecção aguda sintomática no curso da gestação, situação que se relaciona com um aumento de complicações que afetam tanto a saúde materna quanto a saúde do feto e/ ou recém nascido(5).

Basicamente as infecções do trato urinário estão divididas em: bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite (2).

A bacteriúria assintomática (ASB) é definida como colonização bacteriana do trato urinário, tanto porção superior e/ ou inferior, sem a presença de sinais ou sintomas, sendo que apresenta medidas de colônias de bactérias superiores ou igual 100000 por mililitro de urina(2). Trabalhos tem mostrado que a prevalência total de bacteriúria assintomática é de 2 à 10%, sendo que depende primariamente do status sócio econômico da paciente (1, 2).

Sua importância estabelecida primariamente por KASS em 1962, relata que a ASB não tratada resultaria em pielonefrite aguda num significativo número de mulheres grávidas e pode levar a uma significativa morbidade materna e fetal(4). Entre as complicações obstétricas atribuídas a UTI cita-se: trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascimento e retardo no crescimento intra-uterino (1).

Outras associações como o papel da bacteriúria na hipertensão e anemia estão menos claras, assim como o risco de falha renal ao longo prazo (1, 2, 3).

Os organismos bacterianos que causam ASB são similares aqueles microorganismos responsáveis por cistite e pielonefrite (2, 3), sendo que o agente etiológico é o mesmo se comparado às não gestantes. Estas bactérias estão normalmente presentes no intestino e incluem *E. coli* (70 à 90% dos casos), seguida de *Klebsiella - Enterobacter*, *Proteus mirabilis*. Outros em menor escala incluem: *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus do grupo B* (2, 3).

A pielonefrite aguda é a complicação séria mais comum da gestação, podendo resultar em morbidade materna ou fetal se não tratadas corretamente. Hoje apesar da mortalidade materna ser rara, ainda 10% das pielonefrites agudas fazem bacteremia e 3% das pacientes desenvolverão choque endotóxico (1). Sua prevenção e suas sequelas é a principal razão para a avaliação da ASB como um dos cuidados de rotina pré-natal (1), já que a ASB ocorre na grande maioria no primeiro trimestre e 80% dos casos de pielonefrite aguda ocorrem após o primeiro trimestre com 20% ocorrendo no período pós-parto (2).

Clinicamente, a sintomatologia de pielonefrite aguda é óbvia. A mulher apresenta além de sintomas do trato urinário inferior como disúria, polaciúria e piúria, que ocorrem cerca de metade do tempo, também sintomas sistêmicos como febre, tremores, calafrios, náuseas e vômitos. Juntamente com estes sintomas há sinais de desidratação, dor em flancos e taquicardia geralmente leve (1, 2, 3).

O diagnóstico de pielonefrite é também auxiliado por dados de laboratório como cultura de urina maior ou igual 100000 colônias de bactérias por ml. de urina e urinálise, sendo que uma avaliação inicial de tal patologia devem incluir: sinais vitais, exame físico, urinálise, urocultura, hemograma, contagem de plaquetas, creatinina sérica e eletrólitos. Culturas de sangue devem ser obtidas se pareçam sépticas ou que tenham altas temperaturas (3).

A cistite é usualmente inconseqüente em mulheres grávidas como em não grávidas. Algumas condições associadas com a gravidez, tais como aumento na retenção urinária, podem predispor algumas mulheres à cistite, mas a frequência desta patologia durante a gestação não é apreciavelmente aumentada (1, 3).

O risco primário associado com a cistite é a infecção do trato urinário superior (2, 3).

O tratamento das categorias de infecções do trato urinário, em relação aos medicamentos utilizados são as mesmas, já que não diferem os agente etiológicos

nestas patologias, exceto na pielonefrite aguda onde há além de associação de antibióticos, e a via de acesso inicial é endovenosa (1, 2, 3).

A terapia deve ser breve e não tóxica tanto quanto possível, pelo que concerna a toxicidade à mãe e ao feto.

Aproximadamente 70% a 80% das pacientes inicialmente tratadas com terapia de curto prazo (7 - 10 dias), terão eliminação da bacteriúria (1). A terapia de dose única quando comparada a terapia convencional revelam uma taxa de cura de 50 a 60% (1, 2).

O objetivo desta investigação retrospectiva é avaliar as bacteriúrias em gestantes relacionando o seu diagnóstico através do parcial de urina e urocultura com o quadro clínico, além de tratamentos efetuados quando necessários , e sua evolução.

METODOLOGIA

Os dados foram obtidos através da avaliação de prontuários de pacientes que realizaram a investigação pré-natal no ambulatório de ginecologia e obstetria do Hospital Universitário no período de fevereiro de 1994 a maio de 1994. *Fonte*

Durante este estudo retrospectivo estas pacientes foram avaliadas mediante o preenchimento de um protocolo de infecção urinária onde descreve: identificação, quadro clínico, fatores de risco, exames laboratoriais, tratamento e evolução (FIG.1). *Exame de prontuário no dia*

Critérios de inclusão: O estudo se limitou a mulheres grávidas de qualquer idade gestacional, que tenha realizado pelo menos duas consultas pré-natais onde constava de exames laboratoriais como parcial de urina e urocultura com TSA.

Critérios de exclusão: pacientes que realizaram apenas um dos exames laboratoriais, pacientes que trouxeram exames alterados de outros laboratórios, que não o do Hospital Universitário, pacientes com apenas uma consulta pré-natal.

O parcial de urina foi avaliado segundo o método Almeida, conforme normas do laboratório do Hospital Universitário. *nes Pade*

A urocultura procedeu-se após a realização da coloração pelo método GRAM. Caso o resultado da coloração fosse GRAM -, o material era semeado em placas de meio de cultura Mac Conkey e se GRAM + eram semeados em agar sangue e agar manitol.

Considerou-se presença de cultura positiva se esta fosse igual ou superior à 100000 colônias por ml. de urina. Valores inferiores a este não foram considerados.

O teste de sensibilidade de antibiótico foram avaliados pelo método KIMBER BAUER.

Todos os casos de cultura positiva, foram avaliadas na sua evolução após tratamento inicial. Considera-se cura, as pacientes que após o tratamento, mantiveram culturas negativas; recidiva, as pacientes que após o tratamento mantiveram o mesmo tipo de cultura e reinfecção, as pacientes que após o tratamento da UTI apresentaram cultura positiva para outro germe diferente do inicial.

(1) Todas as pacientes com bacteriúria moderada a intensa foram incluídas na amostra.

Dados foram tabulados e analisados no soft ware EPI - INFO.

13
0

Correlacionou-se o resultado da bacteriúria moderada a intensa dada pelo parcial de urina com a urocultura, sintomatologia, teste de sensibilidade antibiótica, tratamento e evolução (Figura.1).

FIGURA 1 - Protocolo de infecção urinária em gestantes.

Data:	n°:	
IDENTIFICAÇÃO: Nome:	idade:	
profissão:	registro:	
ANAMNESE: DUM:	IG:	
GESTA:	PARA:	ABORTOS
LITÍASE:	DST:	usou km no parto
UTI prévia	Tratamentos:	
QUADRO CLÍNICO:	dor pélvica (), disúria (), polaciúria ()	
	febre (), assintomática ()	
	TPP ()	
DIAGNÓSTICO: Exame qualitativo de urina:		
Urocultura (jato médio):	UFC/ ml de urina:	
Tipo de cultura:		
Antibiograma (teste de sensibilidade):		
TRATAMENTO: dose única:	fármaco/dosagem:	
esquema curto prazo:	fármaco/dosagem:	
CONTROLE DE CURA: Recidiva:		
	Reinfecção:	
	Cura:	

O que é Bacteriúria
intensa e moderada
querem por campo?

RESULTADOS

total Sob as condições da investigação, foram avaliados 317 prontuários sendo que apenas 284 cumpriram os critérios de inclusão. Os demais prontuários não preencheram os critérios, devido a falta de um dos exames ou a paciente não a investigação pré-natal

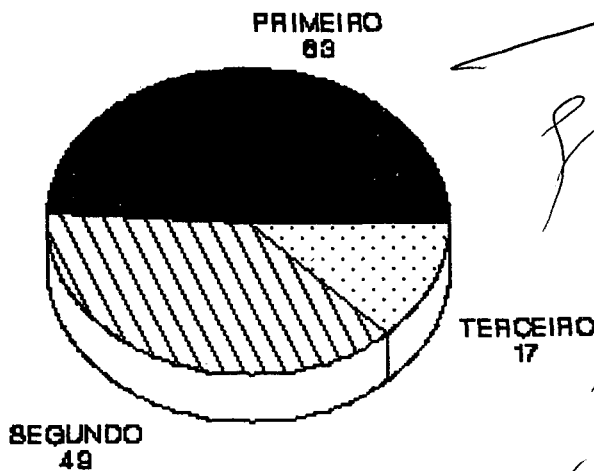
Das 284 pacientes gestantes, 155 tiveram bacteriúria escassa e 129 com bacteriúria moderada a intensa. *mas qual is to p. o que? quantos no campo?*

Das 129 pacientes, 41 apresentaram bacteriúria confirmada através de ambos os exames (parcial de urina e urocultura), e os 88 confirmou-se pelo parcial de urina que demonstrou uma bacteriúria moderada a intensa. *o vas e goticadane*

Em relação a idade gestacional, a grande maioria das pacientes com bacteriúria pertenciam ao primeiro trimestre da gestação (48,8%) (FIG. 2).

FIGURA 2

BACTERIURIA EM GESTANTES TRIMESTRE DE OCORRENCIA

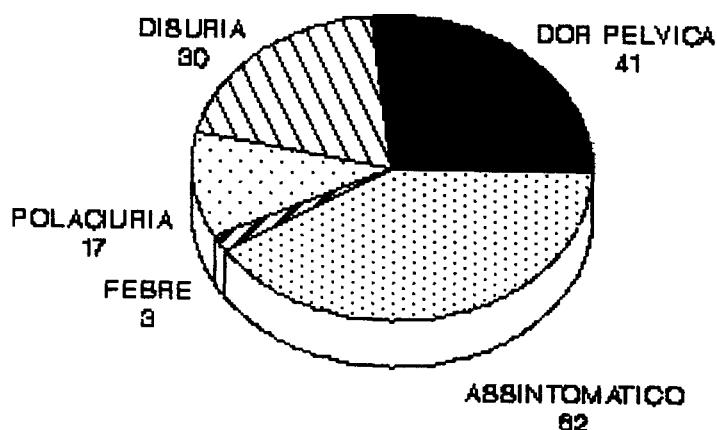


É por isso que se pede o parcial de urina mais urocultura

Os sintomas e sinais mais presentes em ordem de frequência foram respectivamente: dor pélvica, disúria, polaciúria e febre sendo assintomáticas cerca de 48,1% das pacientes bacteriúricas (FIG. 3).

FIGURA 3

BACTERIURIA EM GESTANTES SINTOMAS MAIS FREQUENTES



DADOS DO HU/UFES

Passado?
Ao avaliar a cultura e os casos assintomáticos, observou-se que independente de ser sintomático ou não a cultura poderá ser negativa ou positiva, ou seja, não houve associação entre estas duas variáveis.

Entre os sintomas constatou-se que a paciente gestante que queixa-se de disúria dor, tem quatro vezes mais chance de ter urocultura positiva quando comparada a que não tem disúria; portanto, há associação altamente positiva entre estas duas variáveis (TAB. 1).

Os demais sintomas e sinais não demonstraram associação com a urocultura.

Tabela 1 - Relação entre cultura e disúria nas pacientes gestantes com bacteriúria.

Disúria	Presente	Ausente	Total de pacientes
Cultura			
Positiva	16(39%)	25(60,9%)	41(31,8%)
Negativa	14(15,9%)	74(84%)	88(68,2%)
Total	30(23,2%)	99(76,8%)	129(100%)

($\chi^2= 8,37$) (p=0,007)

D mes e D e que nas foi feita mes?

Ao analisar a flora bacteriana intensa, constatou-se que esta, quando associada a cultura, tinha sete vezes mais chance de estar acompanhada a urocultura positiva quando comparada a flora bacteriana moderada (TAB. 2).

Tabela 2 - Relação entre flora bacteriana intensa e moderada com a cultura positiva ou negativa:

Cultura	Positiva	Negativa	Total de pacientes
Flora Bacteriana			
Intensa	30(85,7%)	5(14,3%)	35(27,2%)
Moderada	11(11,8%)	3(88,2%)	94(72,8%)
Total	41(31,8%)	88(68,2%)	129(100%)

($\chi^2= 64,4$) (p<0,00001)

D mes i' e' que nas foi p' k.

Em relação ao tipo de cultura observou-se que a *E. coli* participou de 38 uroculturas das 41 positivas. Foram encontradas também: *Staphylococcus sp coagulase*, *Streptococcus grupo D não enterococcus* e *Streptococcus β hemoliticus do grupo B* (TABELA 3).

Tabela 3 - Relação de agentes etiológicos encontrados nas uroculturas.

Agente da Cultura	Frequência	Porcentagem
Não houve crescimento	88	68,2%
<i>E. coli</i>	38	29,5%
<i>Staphylococcus sp coagulase</i>	1	0,8%
<i>Streptococcus β hemoliticus grupo B</i>	1	0,8%
<i>Streptococcus grupo D não enterococcus</i>	1	0,8%
Total	129	0,8%

O antibiograma e TSA foram realizados em todas as pacientes.

Constatou-se que os antibióticos mais resistentes foram o sulfametaxazol-trimetropim e a ampicilina (TABELA 4).

Tabela 4- Relação entre antibióticos usados no tratamento da UTI e TSA.

Antibiótico	TSA resistente	TSA sensível
Sulfametaxazol - T.	15(36,6%)	26(63,4%)
Ampicilina	13(31,8%)	28(68,2%)
Amicacina	1(2,5%)	40(97,5%)
Ácido nalidíxico	0(0%)	41(100%)
Ácido pipemídico	1(2,5%)	40(97,5%)
Cefalotina	1(2,5%)	40(97,5%)
Cefoxitina	1(2,5%)	40(97,5%)
Norfloxacino	1(2,5%)	40(97,5%)

T = Trimetropim.

qual o critério?

Foram realizados tratamentos em todas as pacientes com cultura positiva, observando que um dos critérios para tal era o parcial de urina e urocultura.

Não foram usados dose única de fármacos, apenas esquema de curto prazo. Os medicamentos mais utilizados foram ampicilina em 21 dos pacientes, ou seja 51,3% das culturas positivas. Os demais fármacos como: ácido nalidíxico, ácido

pipemídico, nitrofurantoina, norfloxacino e sulfametaxazol-trimetropin foram usados em menor escala (TABELA 5).

Tabela 5 - Relação entre número de pacientes com UTI e tipos de fármacos utilizados no seu tratamento.

Fármacos	Nº de pacientes	Frequência
Ampicilina	21	51,3%
Ácido nalidixico	4	9,7%
Ácido pipemídico	3	7,4%
Cefalexina	5	12,3%
Nitrofurantoina	4	9,7%
Norfloxacino	2	4,8%
Sulfametaxazol - T.	2	4,8%
Total	41	100%

T = Trimetropim.

Nas 88 pacientes com cultura negativa não foram realizados tratamento específicos para UTI.

Avaliando a evolução observou-se que das 41 pacientes com cultura positiva, 36 tiveram cura e 5 apresentaram recidiva. Não houve reinfeção (TABELA 6).

Tabela 6- Relação entre o tratamento e a evolução de UTI.

Evolução	Frequência	Porcentagem
Cura	36	87,8%
Recidiva	5	12,2%
Total	41	100%

DISCUSSÃO

Entre as muitas infecções vistas por ginecologistas e obstetras, as infecções do trato urinário são as mais comuns. Estima-se que 10 - 20% das mulheres terão uma infecção do trato urinário em algum momento de suas vidas (7).

Os maiores grupos de risco para a UTI incluem: mulheres jovens sexualmente ativas (principalmente durante a gestação) e presença de cálculos no trato urinário (1, 2, 7, 8). *disse que há aumento de casos.*

Uma queixa comum na infecção do trato urinário é a disúria aguda. Pacientes com tal sintoma podem ser divididos em dois grupos de acordo com o volume bacteriano ou unidades de colônias formadas (UFC) na urina (2, 7):

- 1) Cistite Aguda: maior ou igual a 100000 UFC/ml de urina.
- 2) Síndrome uretral aguda: menor que 100000 UFC/ml de urina.

As pacientes classificadas sob cistite aguda podem ter uma infecção do trato urinário inferior apenas ou um envolvimento adicional do trato urinário superior (Pielonefrite Aguda) (3, 7).

Condições associadas com a síndrome uretral aguda são uretrites agudas das quais são causas comuns: a *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e viroses herpéticas além de vaginose sendo causas comuns a *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* e outros (3, 7).

No presente trabalho em 284 pacientes constatou-se que 129, apresentaram bacteriúria correspondendo a 45% da amostra. As síndromes uretrais agudas não foram avaliadas, devido ao nosso laboratório ter como rotina, não considerar crescimento bacteriano entre 100 e 10000 UFC/ml de urina.

Destes 284 houveram 41 prontuários com cultura positiva, constatando-se uma incidência de 14% de infecção do trato urinário em gestantes, incidência esta que confere com os trabalhos de James et al (7), sendo que a prevalência de bacteriúria em mulheres gestantes e não gestantes quando comparadas no mesmo grupo sócio-econômico é a mesma (2). *alguns testes por via manual*

Em relação a interpretação de resultados de urocultura, KASS et al., estabeleceram de modo claro que mais de 1000 UFC/ml de urina, em cultura de meio de fluxo de mulheres assintomáticas distinguiram-se urina contaminada de bacteriúria significativa. Quando o primeiro espécime coletado por essa técnica

contém 10000 UFC ou mais por ml. de urina, há uma probabilidade de 80% de que a paciente tenha bacteriúria verdadeira (4).

Números menores de bacteriúria por ml. de urina em pacientes sintomáticas, nas quais menos de 100000 UFC/ml. de urina, podem estar presentes e ainda assim apresentar infecção. Adicionalmente, como a urina é usualmente coletada pelo método fluxo *clean catch*, o isolamento de pequenos números de organismos gram+ positivo ou fastidiosos é mais frequentemente indicativo de contaminação do que bacteriúria verdadeira (4).

Segundo KASS 1962, a detecção de piúria, proteinúria e presença de sedimentos urinários, os quais são similares de inflamação, não é equacionado com bacteriúria significativa. Infelizmente meios sem cultura para o estabelecimento de bacteriúria significativa tem sido geralmente inúteis(4). No presente trabalho observou-se que bacteriúria intensa detectada pelo parcial de urina, tinha sete vezes mais chance de constatar uma cultura positiva em relação a uma bacteriúria moderada.

Durante a gravidez o trato urinário da mulher é afetado por influências diretas ou indiretas (3).

A expansão do volume do sangue é acompanhada por aumentos na taxa de filtração glomerular e produção de urina sendo conseqüentemente o volume urinário aumentado (1, 2, 3).

Essas mudanças fisiológicas na gestação incluem também compressão mecânica do ureter pelo alargamento do útero e vasos sanguíneos do pelvis na bainha pélvica óssea (direito maior que esquerdo) e os efeitos hormonais da progesterona nos músculos lisos ureterais. A progesterona age como relaxante de músculos lisos levando a diminuição do tônus muscular do ureter e bexiga resultando em alargamento dos volumes de urina estática através do sistema coletor e uma incidência aumentada de refluxo vesico-ureteral.

As mudanças de ureteres podem ser vistas radiográfica ou ultrasonograficamente, durante a gestação, sendo que eles mudam de tênues, muscular e peristálticos para conduto de urina via vertical de colunas estáticas de fluido.

A composição química da urina é enriquecida com subprodutos da gravidez, tais como glicose, aminoácidos e hormônios degradados que podem facilitar o crescimento bacteriano.

Todos estes fatores nos fazem concluir que é necessário uma abordagem empírica no diagnóstico e manejo de infecção do trato urinário durante a gestação (2, 3, 4).

Relativamente ao aspecto microbiológico deste estudo, como o esperado, o organismo predominantemente cultivado foi *E. coli*, concordando com o observado por muitos autores (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10).

De particular interesse foi a observação de que em torno de 30% dos casos os organismos isolados não foram sensíveis ao antibiótico mais tradicionalmente prescritos como a ampicilina e o sulfametaxazol-trimetropin.

O tratamento de escolha das UTIs seguiu-se os padrões convencionais, sendo a ampicilina usada em torno de 51,3% dos casos. Os demais medicamentos seguiram-se em menor escala.

① Segundo a literatura, os fármacos de escolha para o tratamento da UTI devem ser inócuos para o feto e para a mãe. *l' l' o' p' e' u*

Embora alguns antimicrobianos tenham efeitos adversos fetais ou neonatais, em muitas circunstâncias clínicas esses efeitos são contrabalançados pelos benefícios da terapia. Sulfanamidas conferem algum risco de hiperbilirrubinemia neonatal se níveis suficientes de droga estão presentes no fluxo de sangue fetal ao período do parto. As quinolonas provavelmente seriam evitadas na gravidez, porque elas são contra-indicadas em mulheres jovens que não tenham completado seu crescimento e por causa do potencial de perigo que apresentam ao feto.

Apesar da emergência de resistência bacteriana à ampicilina in vitro, em muitas circunstâncias essa droga é clinicamente efetiva por causa de sua alta concentração na urina. A produção de β -lactamase à ampicilina conta para muitas das resistências da *E. coli* a ampicilina.

Nitrofurantoína é um agente único na sua especificidade pelo trato urinário, sendo que níveis muito baixo são fixados e mantidos no soro materno, tecidos e compartimento fetal e é muito efetiva contra os organismo mais frequentemente encontrados em UTIs. Toxicidade significamente clínica pode ocorrer em mulheres com deficiência de 6-fosfato deidrogenase, nas quais até baixas concentrações de nitrofurantoína no soro podem causar reação hemolítica.

No presente trabalho, o esquema de dose única não foi utilizado, e sim apenas esquema de curto prazo variando de 7 a 10 dias de tratamento.

Cerca de 87,8% das pacientes foram consideradas curadas, conferindo com a literatura (2, 3, 10).

No estudo atual, não foram observados complicações fetais e ou maternas, devido ao pequeno número de amostra e já que felizmente, como garante a literatura, são de baixa escala (8, 6).

CONCLUSÃO

Através deste trabalho concluímos que:

- A bacteriúria relativamente comum nas gestantes ocorre em 45% dos casos sendo que 14% cursa com UTI.
- A principal idade gestacional acometida em bacteriúria ocorre durante o primeiro trimestre de gestação. *pois nos se pede 1º trimestre*
- A disúria é um dos sintomas principais nas UTI, pois demonstrou no presente trabalho alta relação com as culturas positivas.
- O antibiótico de escolha, continua sendo a ampicilina, apesar de suas sensibilidades vir diminuindo com o passar dos tempos. *- só foi o + urob*
- O agente etiológico que mais comumente cresce em uroculturas é *E. coli. carb*
- A flora bacteriana intensa como achado em parcial de urina, tem grande chances de ser urocultura positiva, quando comparada a flora moderada. ?
- A grande maioria dos pacientes tem uma boa evolução após tratamento de UTI. *oa*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANDRIOLE V. T., et al. Epidemiology, natural history, and management of urinary tract infections in pregnancy. Med. Clin. North Am., 1991, mar. v. 75, p. 359-73.
02. MICHAEL, C. G., et al. Urinary Tract Infections and Pregnancy, Comprehensive Therapy, 1989, v.15, p. 52 - 58.
03. MICHAEL, J. L., et al. Urinary Infection in Pregnancy, Clinical Obstetrics and Gynecology, 1993, v. 36, p. 855 - 868.
04. KASS et al. , Bacteriuria and Pyelonephritis of Pregnancy. Arch. Intern. Med. 1960, p. 105 - 194.
05. CALDERON, J.E. et al., Prevención de la Infección Urinaria durante la gestación en pacientes con bacteriuria asintomática. México, 1994, v. 57, p. 90 - 96.
06. DEMPSEY, C. et al., Characteristics of Bacteriuria in a Homogeneous Maternity Hospital Population. European Journal of Obstetrics & Gynecology. 1992. v. 44, p. 189 - 193.
07. JAMES, S.T. et al. Urinary Tract Infections in Obstetrics and Gynecology. The Journal of Reproductive Medicine, Akron, 1990, v. 35, p. 339 - 342.
08. SCHIEVE, L. A. et. al.. Urinary Infection during Pregnancy: Its Association with Maternal Morbidity and Perinatal Outcome. Am.J.Public.Health., Chicago, 1994, v.84, p.405-10.
09. PFAU, A. et. al. Effective Prophylaxis for Recurrente Urinary Tract Infections during Pregnancy. Clin. Infect. Dis., Jerusalem, 1992, v.14, p. 810-4.

10. GONZÁLEZ, P. et al. Tratamiento de la Infección Urinaria durante el Embarazo: Experiencia en 110 pacientes. Rev. Medica de Chile. 1988, v. 116, p. 895-900.
11. BORDERON, M. T. E. et al. Infection Urinaire en Gynécologie - Obstétrique: résistance aux bêtalactamines et antibiothérapie préalable, Pathologie Biologie. Paris, 1990, v.jn (SPT2), p. 538 - 542.
12. AGHAYAN, M. et al., Strategies Therapeutiques de la Bacteriurie Gravídique. Rev. Med. Liège. 1990, v. 45, p. 433-9.
13. BAERHEIM, A. et al., Factors Provokine Lower Urinary Tract Infection in Womem. Scand. J. Prim. Health. 1992. v. 10, p. 72 - 5.

TCC
UFSC
TO
0013

N.Cham. TCC UFSC TO 0013

Autor: Fulgêncio, Silvana

Título: Bacteriúria na gestação : um es



972812901

Ac. 254159

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM