



Prostatite bacteriana aguda trata-se de uma infecção aguda da próstata.

I- ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico [1,3]

Em geral os pacientes apresentam sintomas sistêmicos de infecção/sepsse como febre, mal estar, calafrios, náusea e/ou vômitos tem queixa de febre, mal estar geral associado associados sintomas urinários (poliúria, urgência miccional, redução do jato urinário ou até mesmo retenção urinária). Outros sintomas também podem estar presentes como: dor pélvica, dor perineal, retal, dor a ejaculação, hematospermia, dor a defecção. A grande maioria dos casos está associada à infecção comunitária de pacientes que já possuem algum tipo de disfunção miccional com falha do esvaziamento completo da urina. No entanto, há casos relacionados à manipulação transuretral, cateterização uretral, cistoscopia e após também biópsia de próstata.

Confirmação diagnóstica [1,3]

História clínica, exame físico (dor supra púbica), dosagem do PSA sérico, e urina 1 com urocultura são os principais elementos para o diagnóstico. Não é recomendado a realização do toque retal na suspeita de prostatite aguda.

Exames complementares [1,3]

Hemograma pode demonstrar leucocitose, PCR em geral esta elevado assim como o PSA total, urina 1 e urocultura do jato médio são os exames essenciais. A hemocultura deve ser colhida em pacientes com febre $\geq 37,8$ °C, em pacientes imunossuprimidos ou de acordo com o julgamento clínico. Em homens sexualmente ativos, coletar urina do primeiro jato com cultura e pesquisa por hibridização para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

Hemocultura deve ser colhida em pacientes que apresentam febre, calafrio ou queda do estado geral sugerindo quadro séptico. Exames de imagem não são necessários, a indicação é em pacientes que permanecem febris depois de 36 horas ou em pacientes que não melhoram após a introdução da antibioticoterapia. Nesses casos, o USG transreabdominal serve para tentar avaliar abscesso prostático, mas o mais recomendado é realizar a RNM magnética de pelve.

Microbiologia [1,3]

As bactérias mais frequentes são *Escherichia coli*, seguido por *Pseudomonas aeruginosa* e *Klebsiella spp.* Em pacientes sexualmente ativos *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* são considerados. Em pacientes imunossuprimidos, *Salmonella spp.*, *Candida spp.*, e *Cryptococcus spp.* são considerados como diagnóstico diferencial.

As infecções que ocorrem após manipulação transuretral geralmente são por agentes hospitalares como *Pseudomonas spp.* A aquisição de infecção relacionada a assistência a saúde é associada a aquisição de bactérias multirresistentes.

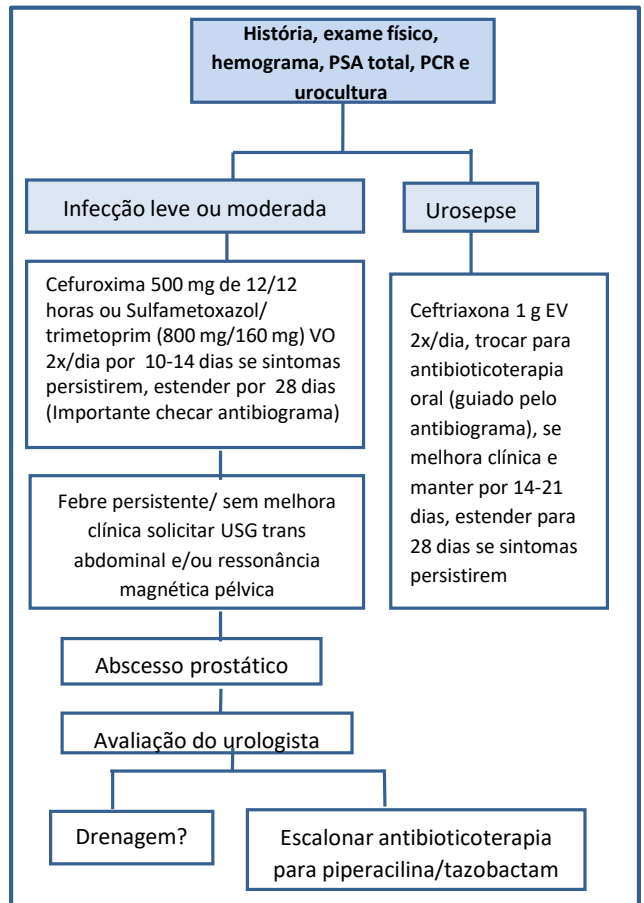
2. ESCORE DE RISCO

Os fatores de risco são: Disfunção miccional com esvaziamento vesical incompleto (A obstrução infra vesical por hiperplasia prostática benigna é o principal fator), manipulação do trato gênito-urinário, estenose uretral, infecções urinárias de repetição e antecedente de biópsia transretal.

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

Critérios de internação hospitalar [1]

- Falência no tratamento por via oral com persistência dos sintomas;
- Incapacidade de ingesta por via oral;
- Fatores de risco para resistência bacteriana (uso de fluorquinolona recente, manipulação recente transuretral, manipulação recente prostática transretal);
- Sinais de sepsse com repercussão sistêmica ou choque séptico (critério para internação em terapia intensiva)



4. TRATAMENTO [1,3]

O tratamento de escolha é por via oral. Pacientes com muita repercussão sistêmica infecciosa devem ser tratados inicialmente por via endovenosa e hospitalizado e após estabilização pode terminar o tratamento de forma ambulatorial. A duração do tratamento geralmente é de 14-21 dias, em pacientes que permanecem sintomáticos pode-se estender para 28 dias. O esquema de tratamento é descrito na tabela 1

4.1. CRITÉRIOS PARA MUDANÇA DA TERAPIA PARA ORAL E ALTA

Os pacientes que apresentarem estabilização clínica, melhora da leucocitose e da proteína C reativa, cessação da febre e dos sintomas urinários, pode-se fazer a mudança para a terapia oral baseado no perfil de sensibilidade da urocultura. A alta está baseada nas condições clínicas descrita acima.

4.2. EXAMES COMPLEMENTARES DE SEGUIMENTO

Os exames para seguimento do paciente durante a internação são hemograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, proteína C reativa e urocultura de controle no final do tratamento antimicrobiano. Se infecção comunitária a causa base de disfunção miccional, a causa base deve ser tratada. Se homem acima de 50 anos sem outros fatores, deve ser suspeitado de obstrução infra vesical por HPB e um alfa-bloqueador deve ser associado ao tratamento (preferencialmente tansulosina 0,4mg 1x/dia por 30 dias).

Grupo	Primeira escolha	Esquema alternativo
Paciente som suspeita de doença sexualmente transmissível (DST), Apenas corrimento uretral, sem sinais de prostatite	Ceftriaxona 250 mg IM (dose única)	Doxiciclina 100 mg VO 2x/dia por 10 dias
Prostatite confirmada, Sem fatores de risco para DST	Cefuroxima 500 mg VO 2x/dia por 14-21 dias ou Sulfametoxazol/trimetoprim (800 mg/160 mg) VO 1x/dia por 14 a 21 dias	Ciprofloxacino 500 mg 14-21 dias
Paciente com indicação de internação sem fator de risco para bactéria multirresistente	Ceftriaxona 1 g EV 2x/dia por 2-3dias e após melhora clínica escalonar para antibiótico VO de acordo com o antibiograma (Preferencialmente: Cefuroxima 500 mg VO 2x/dia por 14-21 dias ou Sulfametoxazol/trimetoprim (800 mg/160 mg) VO 1x/dia por 14 a 21 dias)	Ceftriaxona 1 g EV 2x/dia por 2-3dias e após manter Ceftriaxona 2g IM ou EV ambulatorial até ter o antibiograma e após melhora clínica escalonar para antibiótico via oral de acordo com o antibiograma Preferencialmente: Cefuroxima 500 mg VO 2x/dia por 14-21 dias ou Sulfametoxazol/trimetoprim (800 mg/160 mg) VO 1x/dia por 14 a 21 dias ou ciprofloxacino 500 mg e 12/12 horas.
Paciente com sepse ou choque séptico com fatores de risco para bactéria multirresistente	Piperacilina/tazobactam 4,5 g EV 4x/dia ou Ceftazidima 2 g EV 3x/dia por pelo menos 7 dias. Se confirmar a resistência manter ATB EV/IM até completar 14-21 dias. Se não confirmar a resistência após 7 dias de tratamento EV escalonar para VO guiado pelo antibiograma.	Piperacilina/tazobactam 4,5 g EV 4x/dia ou Ceftazidima 2 g EV 3x/dia até estabilização clínica e depois manter tratamento EV/IM ambulatorial guiado pelo antibiograma 14-21 dias. Se não confirmar a resistência após 7 dias de tratamento EV escalonar para VO guiado pelo antibiograma.
Manipulação transretal ou Exosição recente a fluorquinolona	Ceftriaxona 1 g EV 2x/dia por 2-3dias e após melhora clínica escalonar para antibiótico VO de acordo com o antibiograma (Preferencialmente: Cefuroxima 500 mg VO 2x/dia por 14-21 dias ou Sulfametoxazol/trimetoprim (800 mg/160 mg) VO 1x/dia por 14 a 21 dias)	Meropenem 1g EV 3x/dia por 10 a 14 dias

II- INDICADORES DE QUALIDADE

Indicador de processo:

- Taxa de sepse após biópsia de próstata = número de casos de sepse após biópsia de próstata / total de biópsias de próstata
- Taxa de pacientes com prostatite sem urocultura e antibiograma colhidos antes de iniciar o antibiótico

Indicador de resultado:

- Taxa de drenagem cirúrgica de abscesso de próstata = Número de cirurgias para drenagem de abscesso de próstata / número de casos de prostatite aguda
- Taxa de reinternação após alta do paciente
- Taxa de recorrência (mais de uma internação por prostatite)

III- GLOSSÁRIO

- PSA: antígeno prostático específico
- PCR: proteína C reativa
- USG: ultrassonografia
- RNM: ressonância nuclear magnética
- HPB: hiperplasia prostática benigna
- IM: intramuscular
- VO: via oral
- DST: doença sexualmente transmissível

IV- HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização dos seguintes itens:

- Confirmação diagnóstica
- Escore de risco
- Alteração no tratamento da infecção leve/moderada
- Exames complementares
- Indicadores de qualidade

Revisão pela SCIH

V- REFERÊNCIAS

- [1] Am Fam Physician. 2016; 93(2):114;
[2] Biomed & Pharmacother 2017; 94: 1064;
[3] Clin Infect Dis 2010; 50(12):1641.

Código Documento: CPTW152.3	Elaborador: Arie Carneiro	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 20/04/2021 Data de revisão: 10/08/2023	Data de Aprovação: 20/04/2021
---------------------------------------	-------------------------------------	---	--	---	---