



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP Nº 01/15

ELABORAÇÃO: 03/2026

REVISÃO: 04/2029

CÓLICA NEFRÉTICA

EXCUTANTE: EQUIPE MÉDICA MUNICIPAL

ÁREA: SEC. SAÚDE MUNICIPAL

1. DEFINIÇÃO:

Cólica nefrética é a síndrome dolorosa aguda decorrente de obstrução do trato urinário superior, geralmente causada por cálculo ureteral, caracterizada por dor lombar intensa, de início súbito, associada à distensão da pelve renal e/ou ureter devido ao aumento da pressão intraluminal.

A dor pode irradiar para flanco, abdome inferior, região inguinal ou genitália ipsilateral, podendo estar acompanhada de náuseas, vômitos, sudorese e hematúria.

Considera-se suspeita de cólica nefrética o paciente com:

- Dor lombar unilateral intensa, súbita, em cólica
- Irradiação típica para trajeto ureteral
- Inquietação motora
- Presença ou suspeita de litíase urinária
- Hematúria associada (quando presente)

2. OBJETIVO:

Padronizar a abordagem, diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com suspeita de cólica nefrética no âmbito do Pronto Atendimento, garantindo segurança assistencial, rastreabilidade documental e alinhamento com boas práticas clínicas.

3. RESPONSABILIDADES:

Médico:

- Avaliação clínica
- Solicitação de exames
- Prescrição terapêutica
- Definição de alta, observação ou internação
- Registro completo em prontuário

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Priscila Kevelin Savaris - RT
Enf. Franciele Matos – VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Responsável designada Secretaria
Municipal de Saúde



4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Aplicar protocolo institucional de acolhimento com classificação de risco.

Prioridade elevada nos seguintes casos:

- Dor intensa refratária
- Febre associada
- Sinais de sepse
- Rim único
- Gestantes
- Anúria ou oligúria
- Hematúria macroscópica
- Paciente imunossuprimido

5. AVALIAÇÃO CLÍNICA:

5.1. Anamnese:

- Início e características da dor
- Irradiação
- Sintomas urinários
- Febre
- História prévia de litíase
- Comorbidades

5.2. Exame Físico:

- Dor à punho-percussão lombar
- Avaliação abdominal
- Sinais sistêmicos de infecção
- Avaliação hemodinâmica

6. EXAMES COMPLEMENTARES:

Conforme disponibilidade e avaliação clínica:

- EAS (urina tipo I)
- Hemograma
- Creatinina
- PCR (quando suspeita infecciosa)
- Ultrassonografia de rins e vias urinárias
- Tomografia sem contraste (padrão ouro, quando disponível e indicado)

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Priscila Kevelin Savaris - RT
Enf. Franciele Matos – VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Responsável designada Secretaria
Municipal de Saúde



7. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS PRINCIPAIS:

- Pielonefrite aguda (dor constante, febre).
- Apendicite aguda (dor lombar direita com peritonite).
- Colecistite, pancreatite, aneurisma de aorta, gravidez ectópica, torção ovariana.
- Lombalgia muscular ou neuropática, cólica intestinal ou obstrução intestinal.

8. TRATAMENTO:

8.1. Analgesia (primeira linha)

- AINE EV ou IM (ex: cetoprofeno, diclofenaco)

8.2. Analgesia complementar

- Dipirona EV
- Opioide (ex: morfina ou tramadol) se dor refratária

8.3. Antiemético

- Metoclopramida ou ondansetrona

8.4. Hidratação

- Conforme estado clínico (evitar hiper-hidratação agressiva em caso de obstrução completa)

8.5. Antibiótico

- Somente se houver suspeita de infecção urinária associada.

9. REAVALIAÇÃO:

Após analgesia inicial, reavaliar sinais vitais e dor. Se a dor permanecer intensa e refratária mesmo após doses adequadas de AINES + opioide + medidas adjuvantes, isso indica gravidade – complicações (ex: obstrução completa, síndrome compartimental renal) e necessidade de escalonamento (ex: sedação ou intervenção). Alívio da dor é um dos principais objetivos iniciais, na maioria dos casos a combinação de AINE e/ou dipirona e, se preciso, opioide, controla a cólica. Lembrar de tratar náuseas e ansiedade do paciente conforme necessidade.

10. CÓLICA NEFRÉTICA SIMPLES vs. COMPLICADA:

Após analgesia inicial e exames, classifique:

10.1. Cólica Nefrética Simples:

- Clínica: Dor lombar intensa, sem febre, estável hemodinamicamente.
- Laboratório: Hematúria, sem piúria significativa (pode ter alguns leucócitos, mas nunca “incontáveis”)

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Priscila Kevelin Savaris - RT
Enf. Franciele Matos – VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Responsável designada Secretaria
Municipal de Saúde



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

- **Imagem:** Cálculo ureteral pequeno (≤ 5 mm) provavelmente sairão espontaneamente. Cálculos entre 6 e 10mm normalmente conseguem ser expulsos (se o paciente estiver com crises constantes ou insuficiência renal, há indicação de intervenção urológica). >10 cm tem indicação de intervenção urológica.

Conduta:

- Analgesia eficaz, hidratação adequada e terapia expulsiva.
- Alta segura com analgesia oral, orientação e acompanhamento ambulatorial.

10.2. Cólica Nefrética Complicada:

Presença de qualquer complicação abaixo exige internação e intervenção urológica:

Critério de gravidade	Conduta inicial
Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, calafrios, toxicidade sistêmica (suspeita pielonefrite obstrutiva).	Antibiótico IV imediato, internação, transferência com urgência.
Sepse (hipotensão, choque, confusão mental)	Antibiótico amplo espectro, estabilização hemodinâmica e transferência vaga zero (SAMU).
Piúria importante / urocultura positiva / nitrito positivo	Iniciar antibiótico IV imediatamente, internar e solicitar transferência via central de leitos.
Creatinina elevada / IRA ou oligúria-anúria	Internar imediatamente e solicitar transferência vaga zero se grave (rim único ou bilateral) ou central de leitos se não grave.
Dor refratária apesar da analgesia intensa	Internar e solicitar transferência em central de leitos.
Cálculos grandes ≥ 10 mm, ou >5 mm com falha de terapia expulsiva	Internar e solicitar transferência em central de leitos.

10.2.1. Antibióticoterapia Empírica:

Antibióticoterapia é temporária, a resolução definitiva da cólica complicada depende sempre da desobstrução do ureter por intervenção urológica.

Condição clínica	Antibiótico inicial recomendado
Infecção estável (sem sepsis)	Ceftriaxona 1 g IV 24/24h
Sepsis grave, imunossuprimido ou suspeita germe resistente	Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro disponível e acionar SAMU.

11. CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO:

Elaborado por: Dr. Lucas Raiser da Cruz Diretor Clínico Municipal	Revisado por: Enf. Priscila Kevelin Savaris - RT Enf. Franciele Matos – VISA	Aprovado por: Simone Chiaretti Steinhofel Responsável designada Secretaria Municipal de Saúde
---	--	---



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

Indicar internamento (quadro moderado ou que requer cuidados contínuos):

Situação Clínica	Conduta
Dor refratária ou difícil controle	Internar para analgesia parenteral contínua, clicar na central de leitos
Vômitos incoercíveis/desidratação	Internação para hidratação IV e analgesia
Infecção associada sem sepse (febre leve/moderada, piúria)	Internação, antibiótico IV, clicar na central de leitos
Alteração renal leve/moderada	Internação obrigatória, clicar na central de leitos
Cálculo médio/grande (≥ 6 mm), sem emergência imediata e com dor refratária	Internar, analgesia contínua, clicar na central de leitos
Condições sociais inadequadas para manejo domiciliar	Internação preventiva até quadro resolvido ou estabilização, clicar na central de leitos

12. CRITÉRIOS PARA ALTA SEGURA:

- Cálculo pequeno (< 10 mm), dor controlada oralmente, afebril, sem complicações e com suporte domiciliar adequado.
- Prescrever analgesia oral (AINE, dipirona $\pm$ opioide leve), orientar ingestão hídrica e sinais de alerta (febre, dor intensa, vômitos, anúria).
- Agendar retorno na UBS para reavaliação.
- Orientar recuperação do cálculo para análise laboratorial (pedir para urinar em peneira ou gaze).

13. CRITÉRIOS PARA TRANSFERÊNCIA:

Transferências seguem dois fluxos:

1. Transferência imediata – via SAMU

Situação clínica grave	Conduta imediata
Pielonefrite obstrutiva grave (febre alta, choque séptico)	Antibiótico IV amplo espectro imediato, estabilização hemodinâmica (SF, vasopressores), acionar SAMU imediatamente (vaga zero).
Obstrução rim único ou bilateral com IRA (anúria, creatinina alta)	Estabilizar paciente, analgesia adequada, vaga zero via SAMU imediata.
Dor intratável ou complicações graves (ex.: uroperitônio)	Analgesia máxima possível, solicitar transferência imediata vaga zero via SAMU.

2. Transferência Eletiva – via Central de Regulação

Elaborado por: Dr. Lucas Raiser da Cruz Diretor Clínico Municipal	Revisado por: Enf. Priscila Kevelin Savaris - RT Enf. Franciele Matos – VISA	Aprovado por: Simone Chiaretti Steinhofel Responsável designada Secretaria Municipal de Saúde
---	--	--



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

Situação Clínica	Conduta
Cálculo $\geq 6\text{mm}$ (baixo potencial de eliminação espontânea) com dor refratária, ou $>10\text{mm}$ sempre. Alguns pacientes podem necessitar serem transferidos para desobstrução mesmo tendo cálculos menores que 5mm (por exemplo, pacientes que já expulsaram cálculos no passado, o ureter pode estenotar).	Internar, analgesia, solicitar transferência via Central.
Infecção urinária associada estabilizada (febre controlada, sem sepse, mas cálculo ainda presente)	Internação com ATB IV, solicitar transferência via central de leitos.

2.1. Condutas Gerais Durante Espera:

- Avaliação diária
- Monitorar sinais de piora (febre, queda de PA, anúria) → mudança imediata para vaga zero se complicação surgir.
- Documentar claramente motivo da solicitação à Central de Regulação.

14. CONDUTA DURANTE O PERÍODO DE ESPERA ATÉ TRANSFERÊNCIA:

Durante o período de internação aguardando transferência, seguir as medidas abaixo para garantir segurança e conforto:

Conduta	Recomendações práticas
Analgesia contínua	Esquema sugerido: - Diclofenaco 75 mg IM 8/8h ou Cetoprofeno 100 mg IV 12/12h; - Dipirona 1 g IV 6/6h associado. - Opioide (Tramadol 50-100 mg IV ou Morfina 2-4 mg IV) como resgate se dor intensa persistir; - Considerar sedação/Morfina contínua se dor refratária (sob monitorização rigorosa). Acionar SAMU.
Hidratação e dieta	- Manter paciente euvolêmico com fluidos IV leves (ex: 80-100 ml/h SF), garantir diurese $\geq 0,5\text{ ml/kg/h}$; - Liberar dieta oral leve assim que vômitos cessarem; - Manter paciente em jejum somente próximo à transferência.
Antibioticoterapia	- Manter ATB IV iniciado (quando indicado); ajustar conforme resultado das culturas; - Trocar para ATB oral somente se afebril por $>48\text{h}$ e melhora clínica sustentada, enquanto aguarda transferência.
Monitorização Clínica	- Acompanhar diurese, dor, sedação (opioides) e efeitos colaterais; - Repetir diariamente exames (hemograma, PCR se infecção, creatinina se disfunção renal ou oligúria).

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Priscila Kevelin Savaris - RT
Enf. Franciele Matos – VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Responsável designada Secretaria
Municipal de Saúde



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

Imagem de controle	- Repetir ultrassom a cada 48-72h <u>se houver</u> mudança clínica ou suspeita de eliminação espontânea do cálculo; - Reavaliar necessidade de transferência caso obstrução resolva espontaneamente.
Terapia expulsiva	- Considerar Tansulosina 0,4 mg VO/dia em cálculos distais (5-10mm) para aumentar chance de eliminação espontânea; - Monitorar efeitos adversos (hipotensão postural).
Cuidados gerais e profilaxia	- Incentivar mobilidade (prevenção TVP), controle rigoroso pela enfermagem, profilaxia de TEV se alto risco ou acamado prolongado.

15. DEMAIS OBSERVAÇÕES:

- Este protocolo não substitui o julgamento clínico e individual do médico assistente.

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Diretrizes da European Association of Urology (EAU)

Disponível em: <https://uroweb.org/guidelines/urolithiasis>

2. American Urological Association (AUA) – Diretriz para Manejo de Litíase Ureteral

Disponível em: <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/ureteral-calculi-guideline>

3. UpToDate (Clinical Decision Support Resource)

Management of acute renal colic and ureteral stones

Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults

Disponível em: <https://www.uptodate.com>

4. Manual MSD (Merck Sharp & Dohme)

Cólica renal e obstrução urinária. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/professional>

5. Diretrizes Brasileiras

Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB) sobre Litíase Urinária

Disponível em: <https://amb.org.br/diretrizes-amb/>

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enf. Priscila Kevelin Savaris - RT
Enf. Franciele Matos – VISA

Aprovado por:
Simone Chiaretti Steinhofel
Responsável designada Secretaria
Municipal de Saúde