

# BMJ Best Practice

## Visão geral das complicações da gestação

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# **Tabela de Conteúdos**

<b>Introdução</b>	<b>3</b>
<b>Doenças</b>	<b>4</b>
<b>Referências</b>	<b>11</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>16</b>

## Introdução

As complicações na gestação podem resultar de condições vinculadas especificamente ao estado gestacional, como também a quadros clínicos comuns em gestantes. Entre as sequelas graves podem estar aborto espontâneo, trabalho de parto pré-termo ou ruptura prematura das membranas, nascimento prematuro, feto natimorto, baixo peso ao nascer, macrosomia, malformações congênitas e morbidade ou morte do recém-nascido e/ou da mãe. As complicações que afetam a mãe e o feto podem surgir em qualquer estágio da gestação, durante o trabalho de parto ou no pós-parto.

## Doenças

### ◇ Cuidados pré-natais de rotina

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Cuidados pré-natais de rotina](#)

Cuidados pré-natais/rastreamento regulares são um componente importante de uma gestação saudável.

### ◇ Náuseas e vômitos da gravidez

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Náuseas e vômitos da gravidez](#)

As náuseas e vômitos da gravidez, comumente conhecidos como enjoo matinal, manifestam-se tipicamente entre a quarta e a sétima semana após o último período menstrual. Caracterizam-se por náuseas e vômitos que ocorrem com mais frequência pela manhã e tipicamente se resolvem no segundo trimestre. Náuseas e vômitos da gravidez afetam a maioria das gestantes. A hiperêmese gravídica é a forma mais grave de náuseas e vômitos da gravidez, e caracteriza-se por vômitos persistentes, depleção de volume, cetose, distúrbios eletrolíticos e perda de peso.

### ◇ Deficiência de folato

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Deficiência de folato](#)

As gestantes têm maior risco de apresentar esta deficiência devido ao aumento da necessidade de folatos. As complicações incluem defeitos do tubo neural, abortos espontâneos e descolamento da placenta.[1]

### ◇ Anemia ferropriva

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Anemia ferropriva](#)

Nas gestantes, define-se a anemia ferropriva como hemoglobina abaixo de 110 g/L (<11 g/dL).[2] Os sintomas incluem fadiga, baixos níveis de energia e dispneia ao esforço. A gestação aumenta a demanda de ferro, havendo uma perda líquida de 680 mg de ferro em 9 meses ou aproximadamente 2.5 mg por dia. A deficiência de ferro durante os primeiros 2 trimestres está associada a um aumento dos partos prematuros e bebês com baixo peso ao nascer.[3]

### ◇ Aborto espontâneo

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Aborto espontâneo](#)

É definido como a perda involuntária e espontânea de uma gestação antes de completar 22 semanas.[4] Está associado a um sangramento vaginal não provocado, com ou sem dor suprapúbica. O aborto espontâneo ocorre em até um terço das gestações.[5] [6] [7] [8] [9] Dosagens seriadas da gonadotrofina coriônica humana subunidade beta (beta-hCG) sérica e a ultrassonografia transvaginal ajudam no diagnóstico.

## ♦ Avaliação do aborto recorrente

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação do aborto recorrente](#)

Mais da metade das pacientes com abortamento habitual apresentam abortamento habitual inexplicado ou idiopático, no qual nenhuma causa ou associação pode ser identificada.[10] [11] A idade materna avançada e o número de abortos espontâneos prévios aumentam o risco de futuros abortos espontâneos. A síndrome antifosfolípídica (SAF) é uma das causas conhecidas do abortamento habitual no primeiro e segundo trimestres da gestação. A SAF é definida como a presença de anticorpos anticardiolipina ou anticorpos anticoagulante lúpico em associação com um dos seguintes: 3 ou mais perdas fetais consecutivas antes da semana 10 da gestação, 1 ou mais mortes intrauterinas inexplicadas acima de 10 semanas de gestação ou 1 ou mais nascimentos prematuros antes das 34 semanas em decorrência de pré-eclâmpsia grave ou crescimento fetal comprometido.[12] Não se conhecem fatores de risco separados da SAF.

## ♦ Gravidez ectópica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Gravidez ectópica](#)

É definida como a implantação de um óvulo fertilizado fora da cavidade endometrial uterina, onde também amadurece (por exemplo, nas tubas uterinas, no ovário ou no abdome).[13] Os sintomas clássicos são dor abdominal, amenorreia e sangramento vaginal.[14] Os sinais de alerta incluem sinais vitais instáveis ou sinais de sangramento intraperitoneal (por exemplo, abdome agudo, dor no ombro ou dor à mobilização do colo); pode ser necessária intervenção cirúrgica urgente para evitar a morte materna. Os fatores de risco incluem dispositivos intrauterinos (DIUs) liberadores de progesterona,[15] cirurgia de laqueadura tubária,[16] e gestação ectópica ou infecções genitais prévias.

## ♦ Placenta prévia

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Placenta prévia](#)

Ela é definida como a placenta cobrindo o óstio cervical. Pode ser completa, parcial ou marginal e pode se resolver conforme a gestação evolui. A placenta prévia sintomática geralmente se apresenta como um sangramento vaginal indolor no segundo ou terceiro trimestre.[17] [18] Os fatores de risco possíveis incluem gestações múltiplas prévias,[19] [20] cicatrização uterina (por exemplo, devido a um parto prévio por cesariana),[17] abortos espontâneos recorrentes,[21] [22] aborto induzido prévio,[19] [20] anormalidades da placenta, intervalos curtos entre gestações[23] e uso de substâncias ilícitas. As sequelas incluem restrição do crescimento intrauterino e parto prematuro.

## ♦ Gravidez molar

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Gravidez molar](#)

As molas hidatiformes são gestações cromossomicamente anormais com o potencial de se tornarem malignas (neoplasia trofoblástica gestacional). A doença trofoblástica gestacional (DTG) abrange tumores de tecidos fetais, incluindo as molas hidatiformes, que brotam de trofoblastos placentários. O sintoma de apresentação mais comum é o sangramento vaginal, presente nas pacientes caracteristicamente no primeiro trimestre. Existe uma chance significativamente maior de a DTG ocorrer em mulheres acima dos 35 anos de idade, chance essa que aumenta gradativamente com o avanço da idade materna.[24]

## ◇ Avaliação de dor abdominal na gestação

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação de dor abdominal na gestação](#)

As causas da dor abdominal no início da gestação incluem gravidez ectópica, aborto espontâneo, síndrome da hiperestimulação ovariana e trabalho de parto pré-termo. As causas no final da gestação incluem corioamnionite, ruptura uterina, descolamento da placenta, síndrome de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia (HELLP) e esteatose hepática aguda da gravidez. Entre as causas ginecológicas estão as massas anexiais e os miomas. Outras etiologias podem ser urológicas (por exemplo, infecções do trato urinário [ITUs], pielonefrite aguda, nefrolitíase e hidronefrose), gastrointestinais (por exemplo, apendicite, colecistite, pancreatite e obstrução intestinal), etiologias relacionadas a trauma e musculoesqueléticas.

## ◇ Hipertensão gestacional

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Hipertensão gestacional](#)

É definida por pressão arterial (PA) sustentada  $\geq 140/90$  mmHg em paciente previamente normotensa, sem a presença de proteinúria ( $<300$  mg/24 horas). Geralmente, esse quadro clínico é assintomático e ocorre com mais frequência na segunda metade da gestação. Os fatores de risco incluem nuliparidade,[25] [26] [27] etnia negra ou hispânica,[28] [29] e mães que nasceram pequenas para a sua idade gestacional.[30] A hipertensão gestacional aumenta o risco de macrossomia, parto cesáreo e internação do recém-nascido na unidade de terapia intensiva. A coexistência de diabetes gestacional aumenta ainda mais o risco.[31]

## ◇ Diabetes mellitus gestacional

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Diabetes mellitus gestacional](#)

Geralmente, é reconhecido por rastreamento nas 24 a 28 semanas de gestação. Fatores de risco incluem idade materna avançada ( $>40$  anos),[32] síndrome do ovário policístico,[33] [34] ascendência não branca,[32] [35] [36] história familiar de diabetes do tipo 2,[32] dieta pobre em fibras e de alto índice glicêmico,[37] [38] ganho de peso quando adulto jovem,[32] sedentarismo,[39] [40] e diabetes gestacional pregressa.[41] As sequelas incluem macrossomia fetal, parto cesáreo, lesões no nascimento e hipoglicemia ou policitemia neonatais.

Além disso, a gestação pode sofrer complicações causadas por diabetes do tipo 1 ou 2 preexistentes.

## ◇ Infecções do trato urinário em mulheres

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Infecções do trato urinário em mulheres](#)

As infecções do trato urinário (ITUs) na gestação são consideradas ITUs complicadas. As gestantes devem ser examinadas para verificar a presença de bacteriúria assintomática, uma vez que esta tem sido associada a taxas mais elevadas de pielonefrite e de trabalho de parto prematuro. O parto prematuro pode ser uma sequela.[42]

## ◇ Vaginite

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Vaginite](#)

Vaginose bacteriana e tricomôníase têm sido associadas a parto prematuro, baixo peso ao nascer e ruptura prematura de membranas.

## ◇ Listeriose

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Listeriose](#)

Uma infecção transmitida por alimentos causada por *Listeria monocytogenes*. Aconselha-se que gestantes evitem carnes, legumes e verduras crus, malcozidos ou processados, queijos frescos e restos de alimentos. As complicações da infecção na gestação são natimorto, aborto e trabalho de parto prematuro.[43]

## ◇ Toxoplasmose

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Toxoplasmose](#)

Trata-se de uma doença parasitária causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Os fatores de risco de exposição incluem ingestão de carnes malcozidas ou cruas ou a ingestão de alimentos e água contaminados com fezes de gato. A transmissão pela placenta ocorre apenas quando as pacientes soronegativas contraem a toxoplasmose durante a gestação. A infecção aguda geralmente é assintomática,[44] mas pode resultar em morte fetal e anormalidades congênitas graves (por exemplo, retardo mental e cegueira). As infecções fetais no terceiro trimestre são frequentemente assintomáticas no momento do parto. No entanto, podem ocasionar problemas meses ou anos mais tarde.[45] Em alguns países (por exemplo, França), recomenda-se a realização de rastreamento pré-natal de rotina para *Toxoplasma*.

## ◇ Infecção por citomegalovírus

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Infecção por citomegalovírus](#)

O citomegalovírus (CMV) é um vírus beta-herpes onipresente que infecta a maioria dos seres humanos e estabelece um estado de latência vitalício nas células do hospedeiro. As reativações subclínicas periódicas são controladas por um sistema imunológico ativo. No entanto, o feto, que é um organismo que ainda não foi exposto ao CMV, apresenta um alto risco de adquirir a doença pelo CMV (adquirida por transmissão vertical) e suas complicações (por exemplo, microcefalia, calcificação intracraniana, hepatoesplenomegalia, anormalidades neurológicas, perda auditiva e retardo mental[46] [47] [48]). As mães gestantes devem lavar as mãos regular e cuidadosamente para evitar a infecção primária (geralmente assintomática). O rastreamento para CMV na gestação não é realizado rotineiramente, mas pode identificar as pacientes indicadas para tratamento antiviral.[49]

## ◇ Rubéola

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Rubéola](#)

A infecção materna durante a gravidez pode causar aborto espontâneo, morte fetal ou anomalias congênitas.

## ◇ Vírus da Zika

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Vírus da Zika](#)

Achados clínicos característicos incluem febre, exantema maculopapular pruriginoso (às vezes, morbiliforme), artralgia e conjuntivite não purulenta.[50] Não foram descritas diferenças no quadro clínico entre pacientes gestantes e não gestantes.

A síndrome de Zika congênita é um padrão de anomalias congênitas (ou seja, microcefalia, calcificações intracranianas ou outras anomalias cerebrais, ou anomalias oculares, entre outras) em lactentes associadas à infecção do vírus da Zika durante a gestação.[51] [52] [53] [54]



## ◇ Infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV) na gestação

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Infecção por vírus da imunodeficiência humana \(HIV\) na gestação](#)

Recomenda-se que todas as gestantes sejam testadas para infecção por HIV o mais precocemente possível.[55] Para evitar a transmissão viral vertical, deve-se iniciar a terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) o mais cedo possível na gestação, independentemente da contagem de CD4 ou da carga viral.

## ◇ Infecção por estreptococos do grupo B

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Infecção por estreptococos do grupo B](#)

Os estreptococos do grupo B são bactérias Gram-positivas que colonizam o trato gastrointestinal, o períneo e a vagina. Essas bactérias podem causar infecções invasivas em qualquer idade, no entanto, são mais comuns no período neonatal, nos idosos e em adultos com fatores predisponentes (particularmente gestação e diabetes).

## ◇ Colestase gestacional

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Colestase gestacional](#)

A coléstase intra-hepática gestacional (CIG) é um quadro clínico pruriginoso causado pelo comprometimento do fluxo biliar, permitindo que os sais biliares se depositem na pele e na placenta. Apresenta-se geralmente no terceiro trimestre com prurido, que piora à noite, começando pela sola dos pés e mãos e poupa a face. Algumas mulheres podem apresentar icterícia e disfunção hepática significativa, coagulopatia por deficiência de vitamina K (raramente), frequência cardíaca fetal anormal, trabalho de parto prematuro ou morte fetal intrauterina. Os fatores de risco incluem história prévia ou familiar de CIG,[56] [57] idade acima dos 35 anos[58] e história de hepatite C.[59] A CIG pode ser confundida com pápulas e placas urticariformes pruriginosas da gravidez (PUPP). As sequelas incluem nascimento prematuro e síndrome do desconforto respiratório em recém-nascidos prematuros.

## ◇ Pré-eclâmpsia

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Pré-eclâmpsia](#)

A pré-eclâmpsia é a ocorrência de pressão arterial (PA)  $\geq 140/90$  mmHg no terceiro trimestre, com proteinúria  $\geq 300$  mg/24 horas desenvolvendo-se concomitantemente ou logo em seguida. A eclâmpsia é a ocorrência de convulsões sem nenhuma outra causa em uma paciente com pré-eclâmpsia.[60] A pré-eclâmpsia é geralmente assintomática, mas pode apresentar-se com cefaleia, convulsão, visão turva e dor abdominal. Fatores de risco incluem nuliparidade (ou primeira gestação com parceiro novo), história familiar de pré-eclâmpsia, índice de massa corporal  $>30$ , idade materna  $>35$  anos e gestação múltipla (gêmeos).[25] [61] [62] As sequelas incluem descolamento da placenta, que exige um parto cesáreo.

## ◇ Síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia)

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Síndrome HELLP \(hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia\)](#)

Anemia hemolítica, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia. Esta síndrome é considerada uma variante da pré-eclâmpsia grave.[63]



## ◇ Descolamento da placenta

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Descolamento da placenta](#)

Trata-se da separação prematura entre a placenta e o útero, que pode ser causada por trauma, hipertensão ou coagulopatia.[64] É uma causa comum de sangramento no terceiro trimestre.

## ◇ Parto prematuro

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Parto prematuro](#)

O nascimento pré-termo ocorre entre a 24ª e a 37ª semana de gestação. Em dois terços dos casos, ele ocorre após o início espontâneo do trabalho de parto. Apenas uma minoria das mulheres que apresentam contrações pré-termo, conhecidas como ameaça de parto pré-termo (APPT), evolui realmente para o trabalho de parto e o parto. O restante dos nascimentos pré-termo decorre de motivos de parto precoce, mais comumente pré-eclâmpsia e restrição do crescimento intrauterino.

## ◇ Apresentação de nádegas

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Apresentação de nádegas](#)

A apresentação de nádegas na gestação ocorre quando um bebê se apresenta primeiro com as nádegas ou pés em vez da cabeça (apresentação cefálica) e é associada a morbidade e mortalidade aumentadas tanto para a mãe quanto para o bebê. Ela é mais comum na gestação precoce e diminui com o avançar da idade gestacional, uma vez que a maioria dos bebês se viram espontaneamente para uma apresentação cefálica antes do nascimento.

## ◇ Incompatibilidade de Rh

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Incompatibilidade de Rh](#)

As mães sensibilizadas ao fator Rh em sua primeira gestação podem ter problemas com um filho Rh positivo na segunda gestação. Os sintomas do nascituro podem ir de hiperbilirrubinemia leve até risco de vida.

## ◇ Cuidados com o neonato prematuro

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Cuidados com o neonato prematuro](#)

Além da imediata ressuscitação pós-nascimento, esforços para reduzir exposição excessiva ao oxigênio, hiperventilação, hipotermia e hipoglicemia devem ser feitos.[65] Recomenda-se consultar um neonatologista o mais rápido possível para reduzir a potencial morbidade.

## ◇ Depressão pós-parto

» veja nossa abrangente cobertura sobre Depressão pós-parto

O desenvolvimento de uma doença depressiva após o parto pode fazer parte de uma doença unipolar ou, menos frequentemente, bipolar. A depressão pós-parto não é reconhecida pelos sistemas de classificação atuais como uma doença em si, mas o início de um episódio depressivo no prazo de 4 semanas após o nascimento pode ser registrado através do especificador com início no pós-parto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5).<sup>[66]</sup> Há evidências sugerindo que o especificador do DSM-5 é muito limitado.<sup>[67]</sup> Assim, no sentido geral, episódios depressivos que ocorrem em até 6 meses após o parto podem ser considerados depressão pós-parto. A prevalência geral de sintomas depressivos pós-parto clinicamente significativos é estimada entre 7% a 19%, embora as estimativas variem.<sup>[68]</sup> <sup>[69]</sup> Fatores de risco fortes incluem história de depressão, eventos de vida estressantes, apoio social insuficiente e privação do sono.

## Artigos principais

## Referências

1. Goh YI, Koren G. Folic acid in pregnancy and fetal outcomes. J Obstet Gynaecol. 2008;28:3-13. [Resumo](#)
2. Goddard AF, James MW, McIntyre AS, et al; British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. Gut. 2011;60:1309-1316. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. MMWR Recomm Rep. 1998;47:1-36. [Resumo](#)
4. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2nd edition. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
5. Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000;14:839-854. [Resumo](#)
6. Moore J, Shillito TJ, Walker JJ. Current issues in management of miscarriage and early pregnancy bleeding. Hosp Med. 2002;63:134-135. [Resumo](#)
7. Makrydimas G, Sebire NJ, Lolis D, et al. Fetal loss following ultrasound diagnosis of a live fetus at 6-10 weeks of gestation. Ultrasound Obstet Gynecol. 2003;22:368-372. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. Farr SL, Schieve LA, Jamieson DJ. Pregnancy loss among pregnancies conceived through assisted reproductive technology, United States, 1999-2002. Am J Epidemiol. 2007;165:1380-1388. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Elish NJ, Saboda K, O'Connor J, et al. A prospective study of early pregnancy loss. Hum Reprod. 1996;11:406-412. [Resumo](#)
10. Quenby SM, Farquharson RG. Predicting recurring miscarriage: what is important? Obstet Gynecol. 1993;82:132-138. [Resumo](#)
11. Habayeb OM, Konje JC. The one-stop recurrent miscarriage clinic: an evaluation of its effectiveness and outcome. Hum Reprod. 2004;19:2952-2958. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). J Thromb Haemost. 2006;4:295-306. [Resumo](#)
13. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod. 2002;17:3224-3230. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Ankum WM, Mol BW, Van Der Veen F, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril. 1996;65:1093-1099. [Resumo](#)

15. Sivin I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. *Obstet Gynecol.* 1991;78:291-298. [Resumo](#)
16. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, et al. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. US Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med.* 1997;336:762-767. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Sakornbut E, Leeman L, Fontaine P. Late pregnancy bleeding. *Am Fam Physician.* 2007;75:1199-1206. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Magann EF, Cummings JE, Niederhauser A, et al. Antepartum bleeding of unknown origin in the second half of pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2005;60:741-745. [Resumo](#)
19. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1458-1461. [Resumo](#)
20. Zhou W, Nielsen GL, Larsen H, et al. Induced abortion and placenta complications in the subsequent pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:1115-1120. [Resumo](#)
21. Kashanian M, Akbarian AR, Baradaran H, et al. Pregnancy outcome following a previous spontaneous abortion (miscarriage). *Gynecol Obstet Invest.* 2006;61:167-170. [Resumo](#)
22. Sheiner E, Levy A, Katz M, et al. Pregnancy outcome following recurrent spontaneous abortions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;118:61-65. [Resumo](#)
23. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196:297-308. [Resumo](#)
24. Altman AD, Bentley B, Murray S, et al. Maternal age-related rates of gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol.* 2008;112:244-250. [Resumo](#)
25. Hauth JC, Ewell MG, Levine RJ, et al. Pregnancy outcomes in healthy nulliparas who developed hypertension. Calcium for preeclampsia prevention study group. *Obstet Gynecol.* 2000 Jan;95(1):24-8. [Resumo](#)
26. Knuist M, Bonsel GJ, Zondervan HA, et al. Intensification of fetal and maternal surveillance in pregnant women with hypertensive disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 1998 May;61(2):127-33. [Resumo](#)
27. Hnat MD, Sibai BM, Caritis S, et al. Perinatal outcome in women with recurrent preeclampsia compared with women who develop preeclampsia as nulliparas. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Mar;186(3):422-6. [Erratum in: *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Jul;189(1):244.] [Resumo](#)
28. Bryant AS, Seely EW, Cohen A, et al. Patterns of pregnancy-related hypertension in black and white women. *Hypertens Pregnancy.* 2005;24(3):281-90. [Resumo](#)
29. Tanaka M, Jaamaa G, Kaiser M, et al. Racial disparity in hypertensive disorders of pregnancy in New York State: a 10-year longitudinal population-based study. *Am J Public Health.* 2007 Jan;97(1):163-70. [Texto completo](#) [Resumo](#)

30. Rasmussen S, Irgens LM. Pregnancy-induced hypertension in women who were born small. Hypertension. 2007 Apr;49(4):806-12. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Forrester KJ, Barton JR, O'Brien JM, et al. The effect of gestational hypertension and gestational diabetes on neonatal outcome. Obstet Gynecol. 2006;107:S26.
32. Solomon CG, Willett WC, Carey VJ, et al. A prospective study of pregravid determinants of gestational diabetes mellitus. JAMA. 1997 Oct 1;278(13):1078-83. [Resumo](#)
33. Lo JC, Feigenbaum SL, Escobar GJ, et al. Increased prevalence of gestational diabetes mellitus among women with diagnosed polycystic ovary syndrome: a population-based study. Diabetes Care. 2006 Aug;29(8):1915-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Norman RJ, Dewailly D, Legro RS, et al. Polycystic ovary syndrome. Lancet. 2007 Aug 25;370(9588):685-97. [Resumo](#)
35. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2007 Dec 12;298(22):2654-64. [Resumo](#)
36. Cossrow N, Falkner B. Race/ethnic issues in obesity and obesity-related comorbidities. J Clin Endocrinol Metab. 2004 Jun;89(6):2590-4. [Resumo](#)
37. Montonen J, Knekt P, Järvinen R, et al. Whole-grain and fiber intake and the incidence of type 2 diabetes. Am J Clin Nutr. 2003 Mar;77(3):622-9. [Resumo](#)
38. Zhang C, Liu S, Solomon CG, et al. Dietary fiber intake, dietary glycemic load, and the risk for gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2006 Oct;29(10):2223-30. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Weissgerber TL, Wolfe LA, Davies GA, et al. Exercise in the prevention and treatment of maternal-fetal disease: a review of the literature. Appl Physiol Nutr Metab. 2006 Dec;31(6):661-74. [Resumo](#)
40. Zhang C, Solomon CG, Manson JE, et al. A prospective study of pregravid physical activity and sedentary behaviors in relation to the risk for gestational diabetes mellitus. Arch Intern Med. 2006 Mar 13;166(5):543-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Kim C, Berger DK, Chamany S. Recurrence of gestational diabetes mellitus: a systematic review. Diabetes Care. 2007 May;30(5):1314-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
42. Vazquez JC, Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(1):CD002256. [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. Janakiraman V. Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment, and prevention. Rev Obstet Gynecol. 2008;1:179-185. [Texto completo](#) [Resumo](#)
44. Montoya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis. Lancet. 2004 Jun 12;363(9425):1965-76. [Resumo](#)
45. Wilson CB, Remington JS, Stagno S, et al. Development of adverse sequelae in children born with subclinical congenital Toxoplasma infection. Pediatrics. 1980;66:767-774. [Resumo](#)

46. Michaels MG, Greenberg DP, Sabo DL, et al. Treatment of children with congenital cytomegalovirus infection with ganciclovir. *Pediatric Infect Dis J*. 2003;22:504-509. [Resumo](#)
47. Lagasse N, Dhooge I, Govaert P, et al. Congenital CMV infections and hearing loss. *Acta Otorhinolaryngology Belg*. 2000;54:431-436. [Resumo](#)
48. Revello M. Pathogenesis and prenatal diagnosis of congenital cytomegalovirus infection. *J Clin Virol*. 2004;29:71-83. [Resumo](#)
49. Kenneson A, Cannon MJ. Review and meta-analysis of congenital cytomegalovirus (CMV) infection. *Rev Med Virol*. 2007;17:253-276. [Resumo](#)
50. Pan American Health Organization; World Health Organization. Provisional remarks on Zika virus infection in pregnant women: document for health care professionals. January 2016. <http://www.paho.org/> (last accessed 13 February 2017). [Texto completo](#)
51. Russell K, Oliver SE, Lewis L, et al. Update: Interim guidance for the evaluation and management of infants with possible congenital Zika virus infection - United States, August 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65:870-878. [Texto completo](#) [Resumo](#)
52. Moore CA, Staples JE, Dobyns WB, et al. Characterizing the pattern of anomalies in congenital Zika syndrome for pediatric clinicians. *JAMA Pediatr*. 2016 Nov 3 [Epub ahead of print]. [Resumo](#)
53. Melo AS, Aguiar RS, Amorim MM, et al. Congenital Zika virus infection: beyond neonatal microcephaly. *JAMA Neurol*. 2016;73:1407-1416. [Texto completo](#) [Resumo](#)
54. França GV, Schuler-Faccini L, Oliveira WK, et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. *Lancet*. 2016;388:891-897. [Texto completo](#) [Resumo](#)
55. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64:1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. Glantz A, Marschall HU, Mattsson LA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: relationships between bile acid levels and fetal complication rates. *Hepatology*. 2004;40:467-474. [Resumo](#)
57. Trauner M, Boyer JL. Bile salt transporters: molecular characterization, function and regulation. *Physiol Rev*. 2003;83:633-671. [Texto completo](#) [Resumo](#)
58. Lammert F, Marschall HU, Glantz A, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: molecular pathogenesis, diagnosis and management. *J Hepatol*. 2000;33:1012-1021. [Resumo](#)
59. Reyes H, Simon F. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: an estrogen-related disease. *Semin Liver Dis*. 1993;13:289-301. [Resumo](#)
60. Report of the National High Blood Pressure Education Program: working group on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:S1-S22. [Resumo](#)

61. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) (last accessed 13 February 2017). [Texto completo](#)
62. Walker JJ. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2000;356:1260-1265. [Resumo](#)
63. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
64. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol*. 2006;108:1005-1016. [Resumo](#)
65. Escobedo M. Moving from experience to evidence: changes in US Neonatal Resuscitation Program based on International Liaison Committee on Resuscitation Review. *J Perinatol*. 2008;28:S35-S40. [Resumo](#)
66. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
67. Forty L, Jones L, Macgregor S, et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1549-1553. [Resumo](#)
68. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a meta- analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:37-54.
69. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106:1071-1083. [Resumo](#)



## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

## // Autores:

### **Editorial Team,**

---

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.