

Gestação de alto risco de paciente portadora de Tumor Pancreático, Nefropatia Membranosa, Hipertensão Arterial Crônica, *Diabetes mellitus 2*, Dislipidemia, Esteatose Hepática e Infecção Urinária de repetição: relato de caso

High-risk pregnancy of patient with Pancreatic Tumor, Membranous Nephropathy, Chronic Arterial Hypertension, *Diabetes mellitus 2*, Dyslipidemia, Hepatic Steatosis recurrent Urinary tract Infection: case report

DOI:10.34119/bjhrv5n6-196

Recebimento dos originais: 04/11/2022

Aceitação para publicação: 13/12/2022

Nicolle O. G. Chadud Leite

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGÉLICA)

Endereço: Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária, CEP: 75083-515, Anápolis - GO

E-mail: nicolle_chadud@hotmail.com

Tarik Kassem Saidah

Doutor em Ciência da Saúde

Instituição: Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGÉLICA)

Endereço: Av. Universitária Km 3,5 Cidade Universitária, CEP: 75083-515, Anápolis - GO

E-mail: tsaidah@hotmail.com

RESUMO

Numerosas condições patológicas associadas à gestação, constituem fatores de risco que podem resultar em possíveis complicações materno-fetais. Nesse contexto, o presente estudo observacional descritivo, apresenta o caso de uma paciente de 24 anos G1P1C1A0, portadora de tumor pancreático, nefropatia membranosa, hipertensão arterial crônica, diabetes *mellitus 2*, dislipidemia, esteatose hepática e infecção urinária de repetição. Os dados relacionados ao presente estudo foram coletados por meio de análise de prontuários e dos exames laboratoriais e de imagem, após autorização do Comitê de Ética (CAAE: 59909122.4.0000.5076). Com ajuste da terapêutica farmacológica e orientações sobre a alimentação adequada e atividades físicas, a gestação cursou sem complicações até a 36ª semana e 1 dia, quando a paciente deu entrada na emergência obstétrica da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis-GO em iminência de eclâmpsia. Na ocasião fora realizado o parto cesáreo sem intercorrências. O recém-nascido do sexo feminino, classificado como pré-termo tardio, apresentou peso de adequado à idade gestacional, valores de APGAR de 7 (1º minuto) e 8 (5º minuto), sem malformações aparentes. Portanto, nota-se que a implementação de práticas oportunas e adequadas, baseadas em evidências, permite a redução da mortalidade materna e fetal.

Palavras-chave: gestação de alto risco, Tumor Pancreático, Hipertensão Arterial Crônica, Diabetes *mellitus 2*, nefropatia, Infecção Urinária de repetição.

ABSTRACT

Numerous pathological conditions associated with pregnancy are risk factors that may result in possible maternal-fetal complications. In this regard, the present descriptive observational study presents the case of a 24-year-old G1P1C1A0 patient with pancreatic tumor, membranous nephropathy, chronic arterial hypertension, diabetes mellitus 2, dyslipidaemia, hepatic steatosis recurrent urinary tract infection. Data related to the present study were collected through analysis of medical records and laboratory and imaging exams, after authorization from the Ethics Committee (CAAE: 59909122.4.0000.5076). With adjustment of pharmacological therapy and guidance on adequate nutrition and physical activities, the pregnancy progressed without complications until the 36th week and 1 day, when the patient was admitted to the obstetric emergency of the Santa Casa de Misericórdia de Anápolis-GO with imminence of eclampsia. At the time, caesarean delivery had been performed without complications. The female newborn, classified as late preterm, presented weight appropriate to gestational age, APGAR values of 7 (1st minute) and 8 (5th minute), with no apparent malformations. Therefore, it is noted that the implementation of timely and appropriate practices, based on evidence, allows the reduction of maternal and fetal mortality.

Keywords: high-risk pregnancy, Pancreatic Tumor, Chronic Hypertension, Diabetes *mellitus* 2, Nephropathy, recurrent Urinary Infection.

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que a nível mundial, mais de 800 mulheres morram todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto (OPAS, 2018). No entanto, é necessário salientar que a evolução da Medicina, subsidiada pelo aumento da densidade tecnológica associado à implementação de práticas baseadas em evidências, tem proporcionado a redução da morbimortalidade materno-fetal (PEAHL; HOWELL, 2021). Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (2018) apontam que entre os anos de 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44% (OPAS, 2018).

Nesse cenário, aproximadamente 88% das gestações apresentam risco habitual e evoluem de modo fisiológico, enquanto as demais requerem assistência especializada. Essas, consideradas gestações de alto risco, apresentam condições clínicas e/ou obstétricas que podem comprometer a saúde ou colocar em risco a vida da mãe, do embrião/feto ou de ambos (FERNANDES; SÁ; MARIANI NETO, 2019).

Alguns dos riscos inerentes à gestação são: abortamento (entre 15,0% e 20,0%), pré-eclâmpsia (10,0%), parto prematuro (10,0%), crescimento fetal restrito (3,0% à 5,0%), óbito fetal (0,5% à 2,0%), tromboembolismo venoso (0,2% à 0,5 %) e defeitos congênitos (3,0%) (FERNANDES; SÁ; MARIANI NETO, 2019). Outrossim, somado aos riscos citados, há pacientes com doenças pré-existentes à gestação que são considerados fatores de risco, os principais exemplos são: hipertensão arterial, diabetes, epilepsia, anemia, câncer e doenças da

tireoide. Portanto, gestação é classificada de risco habitual ou alto risco, ambas com protocolos assistenciais específicos (GABBE *et al.*, 2015; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2022).

Portanto, frente a complexidade clínica da gestação, evidencia-se que a identificação dos riscos e a intervenção eficaz e efetiva, favorece o prognóstico materno-fetal. Neste contexto, o presente trabalho apresenta o caso clínico de uma gestante de 24 anos, G1P1C1A0, atendida na Santa Casa de Misericórdia da cidade de Anápolis-GO, com tumor pancreático, nefropatia membranosa, hipertensão arterial crônica, diabetes *mellitus* 2, dislipidemia, esteatose hepática e infecção urinária de repetição.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 24 anos, G1P0A0, idade gestacional (IG) de 11 semanas e 3 dias, PA: 110 x 54 mmHg, tipo sanguíneo: B+, portadora de tumor pancreático (com implantação renal), nefropatia membranosa, hipertensão arterial (HAS) crônica, diabetes *mellitus* 2 (DM2), dislipidemia, esteatose hepática e infecção urinária de repetição, chega na Santa Casa de Misericórdia da cidade de Anápolis-GO para início do pré-natal. A paciente referiu uso prévio dos seguintes medicamentos: Metildopa 100 mg (1-0-1), Ciclosporina 175 mg (1-0-1), Metformina 850 mg (1-0-1), Puran T4 50 mg e Ciprofibrato 100 mg. Ademais, a paciente relatou cefaleia em aperto (9/10) com uso de Paracetamol (500 mg e sem melhora do quadro), tontura, disúria, polaciúria, dor em baixo-ventre, diarreia há 1 dia (5 evacuações diárias, com aspecto normal e consistência pastosa, nega esteatorreia e hematoquezia) e apresentou exame de urocultura (positivo para *E. coli*). Na oportunidade, a conduta clínica foi: 1) solicitação do 1º teste da mamãe de goiás (composto por 13 exames que diagnosticam, entre outras patologias, a Doença de Chagas, hepatite B, hepatite C, HTLV, rubéola, HIV, sífilis, citomegalovirose e toxoplasmose); 2) Solicitação de exames (hemograma completo, função hepática, função renal, eletrólitos, TSH, glicemia, tipagem sanguínea); 3) Solicitação de Ultrassonografia (US) morfológico com Doppler; 4) Alteração da posologia do Puran T4 para 75 mg; 5) Prescrição de ácido fólico (400 µg / dia); 6) Prescrição de ferro elementar (40 mg/dia); 7) Prescrição de vitamina D (25 mcg/dia - 1.000 UI); 8) Prescrição de cálcio elementar (2 g/dia); 9) prescrição de Clavulin® (Amoxicilina Tri-hidratada 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg); 10) Orientações gerais sobre a gestação e seus riscos; 11) Orientação sobre o uso dos fármacos e seus possíveis efeitos colaterais; 12) Orientação sobre o risco do uso da ciclosporina (droga categoria C) na gestação; 13) Orientação sobre a importância da dieta alimentar adequada associada a atividade física assistida por profissionais; 14) Orientações sobre as possíveis complicações como: pré-eclâmpsia sobreposta à HAS crônica, crescimento

intrauterino restrito (CIUR), prematuridade, óbito perinatal, acidente vascular encefálico (AVE), depressão pós-parto (DPP); 15) Orientação sobre os sinais e sintomas em emergências obstétricas.

No retorno, a paciente apresentou o resultado dos exames laboratorial e de imagem, todos sem alterações importantes, sendo digno de nota os seguintes achados: suscetibilidade à rubéola e toxoplasmose; à US morfológica, foi observado gestação de embrião único, IG de 12 semanas e 5 dias, batimento cardíaco fetal (BCF) de 157 batimentos por minuto (bpm), fluxometria de artérias uterinas adequadas e normais, translucência nucal normal e ausência de incisura protodiastólica. Outrossim, na ocasião a paciente relatou dor lombar com irradiação para região dorsal superior, tontura frequente, perda de 2 kg nas duas semanas anteriores, cefaleia na região frontal com irradiação para região retro-orbital (referiu uso de paracetamol 500 mg e sem melhora do quadro), visão turva e presença de escotomas e dor em pontada na região abdominal. Ao exame físico, a paciente apresentou bom estado geral (BEG), acianótica, anictérica, afebril, hidratada, ausculta cardiovascular (ACV) apresentando bulhas normofonéticas em 2 tempos sem sopros, saturação arterial da oxiemoglobina (SaO₂) em 98%, frequência cardíaca com 108 bpm e PA de 110 x 80 mmHg. Frente aos achados a conduta clínica foi: 1) Orientação para monitoramento glicêmico e pressórico diário; 2) Solicitação de urocultura de controle; 3) Prescrição de Noripurum 100 mg (2x ao dia) 4) Alteração da posologia do ferro elementar (40 mg/dia); 5) Orientações gerais sobre o cronograma das consultas seguintes e esclarecimento de dúvidas da gestante.

A gestação cursou sem intercorrências até a IG de 36 semanas e 1 dia, quando a paciente deu entrada na emergência obstétrica da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Anápolis-GO em iminência de eclâmpsia. Foi realizado parto cesáreo sem intercorrências. O recém-nascido (RN) do sexo feminino, classificado como pré-termo tardio, apresentou um peso de 2.760 g (adequado à idade gestacional), comprimento de 46,5 cm, perímetro cefálico (PC) de 33 cm, com valores de APGAR de 7 (1º minuto) e 8 (5º minuto), sem malformações aparentes e Capurro/Ballard de 36 semanas 1 dia. A RN foi encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, sendo observada em Hood 40%. Apesar de se identificar um estado hipoglicêmico (Hemoglicoteste com resultado de 22 mg/dL) inicial, a RN evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrências, e recebeu alta em 6 dias após a internação.

3 DISCUSSÃO

Após a investigação clínica da paciente deste estudo, identificou-se uma gestação de alto risco, frente às comorbidades observadas. Desse modo, foi realizado o acompanhamento

especializado por médicos(as) obstetras da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Anápolis-GO, associado à assistência na Atenção Primária à Saúde (APS), como preconizado no Ministério da Saúde do Brasil (FERNANDES *et al.*, 2020).

Sob viés das patologias diagnosticadas previamente ao evento gravídico da paciente, a priori, destaca-se o tumor pancreático. Em um panorama geral, os tumores são complicações incomuns, acometendo aproximadamente 1 a cada 1500 gestações, mas com alto risco materno-fetal (ALBRIGHT; WENSTROM, 2016; EIBYE; KJAER; MELLEMKJAER, 2013). Especificamente o tumor de pâncreas, considerado insólito no período gestacional, pode resultar em outras complicações, modificações bioquímicas e consequências clínicas, como por exemplo anemia, além de apresentar sintomas inespecíficos, como dor abdominal leve, náuseas, vômitos, dor nas costas, dor sistêmica (FARAHMANDI *et al.*, 2021). Portanto, é possível que as dores relatadas pela paciente tenham relação direta com a presença do tumor. Outrossim, a doença glomerular identificada na paciente possivelmente está associada à patologia do pâncreas, sendo, portanto, uma nefropatia membranosa (NM) secundária ao tumor pancreático (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016). Destaca-se que a NM se apresenta com proteinúria maciça, tendência a edema, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia, o que pode justificar o quadro de dislipidemia da paciente (ODUTAYO; HLADUNEWICH, 2012; RIELLA, 2018). Logo, a terapia farmacológica do caso em estudo, permitiu o controle da NM, possibilitando prognóstico satisfatório.

No âmbito obstétrico, a HAS crônica consiste na presença do quadro de HAS antes da gestação, como é o caso da paciente desse estudo (ZUGAIB *et al.*, 2020). Quando não controlada, a HAS pode causar, entre outras patologias, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e AVE, resultando em diversas consequências para o binômio mãe/recém-nascido (BRASIL, 2022). Todavia, devido a adesão ao tratamento farmacológico a paciente cursou com PA dentro do parâmetro de normalidade (PA média de 110 x 80 mmHg). Evidencia-se que a metildopa, usada pela paciente, é o fármaco de primeira escolha para HAS durante a gestação, apresentando o melhor perfil de segurança materno-fetal (BARROSO *et al.*, 2021).

Ademais, as doenças hipertensivas específicas da gravidez (DHEG) normalmente apresentam desfechos desfavoráveis. Um exemplo de DHEG é a pré-eclâmpsia (PE), a qual surge a partir da 20^a semana de gestação, sendo caracterizada pela presença de HAS (PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg) frequentemente acompanhada por proteinúria. Na ausência de proteinúria, pode-se considerar o diagnóstico quando observar os seguintes sinais de gravidade: trombocitopenia ($< 100.000/ml$), creatinina $> 1,1$ mg/dL ou 2x creatinina basal, elevação de 2x das transaminases hepáticas, edema agudo de pulmão, dor abdominal, sintomas

visuais ou cefaleia e convulsões. Há também a pré-eclâmpsia sobreposta à HAS crônica, observada na paciente deste estudo. Nesse caso nota-se o aparecimento ou piora da proteinúria detectada na primeira metade da gestação e/ou disfunção de órgão-alvo, ocorrendo também após a 20ª semana de gestação (BARROSO *et al.*, 2021; FERNANDES; SÁ; MARIANI NETO, 2019; RIELLA, 2018).

Esses dois tipos de pré-eclâmpsia podem evoluir para eclâmpsia, a qual é caracterizada por convulsões tônicoclônicas seguidas de coma, na ausência de outras condições causais (gestação molar, tumor cerebral, rotura de aneurisma, epilepsia, intoxicação por drogas, meningite, encefalite, sepse, hipocalcemia, hiponatremia, hipoglicemia etc.). Os sintomas de iminência de eclâmpsia são: cefaleia, obnubilação, torpor, alteração de comportamento, escotoma, fosfena, fotofobia, turvação/embaçamento, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, náusea, vômito. Quando identificados o Sulfato de Magnésio é a droga de escolha para prevenção e tratamento, em alguns casos pode ser necessário o uso de outras drogas como o Diazepam ou Lorazepam. Ao estabilizar a paciente, deve-se interromper a gestação, como ocorreu no caso da paciente deste estudo (FERNANDES; SÁ; MARIANI NETO, 2019; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2022).

Outrossim, o diabetes é outra patologia diagnosticada na paciente deste caso. Essa doença pode ocasionar anomalias fetais, macrosomia, óbito fetal e complicações neonatais (ZUGAIB *et al.*, 2020). São consideradas portadoras de diabetes tipo 1 ou 2, as pacientes que apresentam, na primeira consulta de pré-natal, um dos seguintes critérios: Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL; Hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$; Glicemia ocasional ≥ 200 mg/dL. Por outro lado, durante a gestação sabe-se que há um acréscimo na resistência periférica à insulina em virtude da secreção placentária de alguns hormônios considerados diabetogênicos, como hormônio do crescimento (GH), cortisol e hormônio lactogênico placentário (hPL). Diante disso, quando as modificações na função pancreática não são suficientes para vencer a resistência à insulina, ocorre o diabetes *mellitus* gestacional (DMG) (ZUGAIB *et al.*, 2020).

Sabe-se que, independentemente do tipo de diabetes, há relação direta entre a melhora do prognóstico materno e fetal e o controle glicêmico, logo, durante o pré-natal da gestante deste estudo, além do tratamento farmacológico, foi incentivada a implementação de alimentação balanceada e atividades físicas regulares assistidas por profissionais. Foi também solicitado a monitorização glicêmica diária, a fim de garantir o padrão de normoglicemia (FERREIRA *et al.*, 2021; ZAJDENVERG *et al.*, 2022). É importante ressaltar que mulheres com diabetes têm maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia, evidenciando a necessidade de controle adequado da patologia (FERNANDES; SÁ; MARIANI NETO, 2019).

Sobre a infecção no trato urinário (ITU) de repetição, sabe-se que pode resultar em complicações clínicas materna e neonatal (KALINDERI *et al.*, 2022). A ITU de repetição é caracterizada pela presença de microrganismos patogênicos em uma das partes do trato urinário (rins, ureteres, bexiga ou uretra) com pelo menos duas ocorrências diagnósticas em um período de 6 meses ou pelo menos três ocorrências em 12 meses (GEERLINGS, 2016; SCHOLLES *et al.*, 2000). Neste âmbito, as ITUs durante a gestação podem ser classificadas como sintomáticas e assintomáticas. As ITUs assintomáticas não apresentam sinais e/ou sintomas específicos, enquanto as ITUs sintomáticas podem acometer o trato inferior (cistite aguda) ou o trato superior (pielonefrite aguda) (BAHADI *et al.*, 2010). Em ambas as classificações, os principais microrganismos patogênicos são: *Escherichia coli* (mais prevalente) (SHARMA; THAPA, 2007), *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*, *Proteus spp*, *Streptococcus* do grupo B (JEYABALAN; LAIN, 2007).

A paciente deste estudo apresentou ITU de repetição e os achados das urocultura vão de encontro com a literatura científica, sendo o agente patológico a *E. coli* (SHARMA; THAPA, 2007). Em relação ao tratamento, estudos sugerem como fármacos seguros para gestantes a fosfomicina, a nitrofurantoína, a cefalexina, a cefuroxima e a amoxicilina (DUARTE, 2021). Desse modo, o tratamento prescrito à gestante observada no presente estudo é condizente com os estudos científicos e confirma a efetividade da conduta.

Portanto, no presente estudo de caso, é possível observar que a implementação de práticas oportunas e adequadas, baseadas em evidências, permite a redução da mortalidade materna e fetal. É importante evidenciar que esse desfecho também é resultado da organização das redes de atenção às gestantes, apoio matricial e diversas implementações de práticas de informação, comunicação e regulação compartilhada.

REFERÊNCIAS

- WENSTROM, K. D. Malignancies in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, [s. l.], v. 33, p. 2–18, 2016.
- BAHADI, A. et al. Urinary tract infection in pregnancy. *Saudi J Kidney Dis Transpl.*, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 342–344, 2010.
- BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.*, [s. l.], v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Hipertensão e diabetes são os principais fatores de risco para a saúde no País. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/hipertensao-e-diabetes-sao-os-principais-fatores-de-risco-para-a-saude-no-pais>. Acesso em: 26 out 2022.
- DUARTE, Rafael. Atualizações sobre o tratamento de infecções no trato urinário baixo em gestantes e não gestantes. 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/atualizacoes-sobre-o-tratamento-de-infeccoes-no-trato-urinario-baixo-em-gestantes-e-nao-gestantes/>. Acesso em: 27 out 2022.
- EIBYE, S.; KJAER, S. K.; MELLEMKJAER, L. Incidence of pregnancy-associated cancer in Denmark, 1977-2006. *Obstet Gynecol.*, [s. l.], v. 122, n. 3, p. 608–617, 2013.
- FARAHMANDI, S. et al. Mucinous Cystic Neoplasm of Pancreas in a Pregnant Woman Presenting with Severe Anemia and Gastric Bleeding: Case Report and Review of the Literature. *Healthcare (Basel)*, [s. l.], v. 9, n. 5, 2021.
- FERNANDES, J. A. et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, [s. l.], v. 36, n. 5, p. e00120519, 2020.
- FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. de; MARIANI NETO, C. *Tratado de Obstetrícia Febrasgo*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- FERREIRA, P. C. F. et al. Diabetes gestacional: revisão de literatura. *Braz. J. Dev.*, [s. l.], v. 7, n. 12, p. 111367–111372, 2021.
- GABBE, S. G. et al. *Obstetrícia: gravidez normal e patológica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- GEERLINGS, S. E. Clinical Presentations and Epidemiology of Urinary Tract Infections. *Microbiol Spectr.*, [s. l.], v. 4, n. 5, 2016.
- JEYABALAN, A.; LAIN, K. Y. Anatomic and Functional Changes of the Upper Urinary Tract During Pregnancy. *Urologic Clinics of North America*, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 1–6, 2007.
- JOHNSON, R. J.; FEEHALLY, J.; FLOEGE, J. *Nefrologia Clínica: abordagem abrangente*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- KALINDERI, K. et al. Urinary tract infection during pregnancy: current concepts on a common multifaceted problem. *Pregnancy, labor, and delivery outcomes of women with and without spinal cord injury*. *J Spinal Cord Med.*, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 1–9, 2022.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. *Rezende: Obstetrícia Fundamental*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

ODUTAYO, A.; HLADUNEWICH, M. Obstetric nephrology: renal hemodynamic and metabolic physiology in normal pregnancy. *Clin J Am Soc Nephrol.*, [s. l.], v. 7, n. 12, p. 2073–2080, 2012.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa - Mortalidade materna. [S. l.], 2018. Disponível em: https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 25 out 2022.

PEAHL, A. F.; HOWELL, J. D. The evolution of prenatal care delivery guidelines in the United States. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, [s. l.], v. 224, n. 4, p. 339–347, 2021.

RIELLA, M. C. *Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidreletrolíticos*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SCHOLES, D. et al. Risk Factors for Recurrent Urinary Tract Infection in Young Women. *J Infect Dis.*, [s. l.], v. 182, n. 4, p. 1177–1182, 2000.

SHARMA, P.; THAPA, L. Acute pyelonephritis in pregnancy: A retrospective study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, [s. l.], v. 47, n. 4, p. 313–315, 2007.

ZAJDENVERG, L. et al. Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*, [s. l.], p. 1–30, 2022.

ZUGAIB, M. et al. *Zugaib Obstetrícia*. 4. ed. Barueri: Manole, 2020.