

Náuseas e vômitos na gravidez

Protocolos Febrasgo

Obstetrícia – nº 3 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO

2016 / 2019

César Eduardo Fernandes
Presidente

Corintio Mariani Neto
Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade
Diretor de Defesa e Valorização Profissional

Alex Bortotto Garcia
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina
Vice-Presidente
Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo
Vice-Presidente
Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Vice-Presidente
Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender
Vice-Presidente
Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL – 2016 / 2019

Presidente

Olimpio Barbosa de Moraes Filho

Vice-Presidente

Eliana Martorano Amaral

Secretária

Júlio Eduardo Gomes Pereira

Membros

José Carlos Peraçoli

Jorge Oliveira Vaz

Juliana Silva Esteves

Laura Ceragioli Maia

Lilian de Paiva Rodrigues Hsu

José Henrique Rodrigues Torres

Robinson Dias de Medeiros

Tadeu Coutinho

Vanessa Canabarro Dios

Náuseas e vômitos na gravidez

Jorge Oliveira Vaz¹

Descritores

Hiperêmese gravídica; Náuseas e vômitos; Gravidez; Distúrbios hidroeletrólitos; Distúrbios metabólicos

Como citar?

Vaz JO. Náuseas e vômitos na gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 3/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

INTRODUÇÃO

Uma das intercorrências mais comuns na gestação, a hiperêmese gravídica (HG), também conhecida como vômito incoercível ou vômito pernicioso, é um quadro grave de vômitos proveniente da complicação da êmese gravídica habitual, podendo levar a distúrbios hidroeletrólitos, alterações nutricionais e metabólicas, com isso trazendo risco para a vida materna e fetal.⁽¹⁾ A prevalência de náuseas e de vômitos na gestação é calculada em torno de 85%, e em 25% dos casos observa-se exclusivamente o quadro de náusea matinal (*morning sickness*), e o restante das gestantes com diversos graus de êmese associados à náusea. A evolução do quadro de náuseas e vômitos na gravidez (NVGs) com necessidade de tratamento farmacológico situa-se em cerca de 10% das gestações.⁽²⁾ A mortalidade materna por náuseas e vômitos é atualmente excepcional,

¹ Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 3, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

sendo inferior a 1/10.000 nascimentos no Brasil e em todo o mundo desenvolvido.⁽²⁾

ETIOLOGIA

O aparecimento da gonadotrofina coriônica e o aumento do estrogênio e da progesterona durante a gravidez apresentam potencialidades diretas ou indiretas para causarem náuseas, sendo as principais justificativas nesse sentido.⁽³⁾ NVGs são mais frequentes e graves entre gestantes que apresentam situações com aumento das concentrações de HcG, a exemplo da gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional, gestantes com fetos do sexo feminino e gestantes com fetos portadores da síndrome de Down.⁽⁴⁾ Nas duas últimas décadas, vários autores têm demonstrado padrões mais elevados de infecção por *Helicobacter pylori* (HP) em mulheres com NVG. Foi observado que 95% dos exames histológicos das mucosas das gestantes com NVGs são positivos para esse agente contra 50% do grupo controle.^(3,5) As taxas mais elevadas de recorrência dessa complicação em sucessivas gestações reforçam a teoria genética.⁽⁶⁾

FISIOPATOLOGIA

As toxinas, proteínas estranhas, reflexos originados no útero aumentado ou em órgãos digestivos, alterações hormonais, especialmente gonadotrofinas, neuroses e causas psicossomáticas ativam a área do centro do vômito, sobretudo por responder às mais variadas aferências.⁽⁷⁾

DIAGNÓSTICO

Anamnese

A presença de náuseas significa redução do aporte alimentar e da ingestão de água, com efeitos negativos sobre a gravidez. Nos

casos mais graves, pode haver a informação de perda ponderal e diminuição do volume urinário. Avaliar dados epidemiológicos familiares (principalmente mães e irmãs com o mesmo problema) e pessoais da gestante, bem como correlacionar com sangramento vaginal e cogitar sempre a doença trofoblástica gestacional.^(8,9)

Exame físico

Nos casos de média ou maior intensidade, o exame físico pode identificar sinais de desidratação e até redução do peso. Além disso, esses distúrbios metabólicos são arrolados também como fatores que interferem negativamente sobre o neurodesenvolvimento embrionário e fetal.⁽⁹⁾

Exames laboratoriais

Sugere-se avaliar inicialmente (náuseas de menor gravidade) o hemograma, sódio e potássio, sorologias para não vacinadas (teste para sífilis, HIV, toxoplasmose, rubéola e hepatites A, B e C), testes de função renal, testes de função hepática, amilase, TSH/T4 livre, sumário de urina e urocultura. Esses exames podem ser dispensáveis quando as primeiras condutas terapêuticas já mostram bons resultados.⁽¹⁰⁾ A ultrassonografia está indicada para descartar casos de doença trofoblastica. Igualmente, pode identificar gestação gemelar, situação em que as NVGs são mais frequentes. Pesquisa de HP, via endoscopia digestiva alta, comprova esse fato.^(11,12) Dentre os vários escores propostos na literatura, sobressai o *Pregnancy Unique Quantification of Emesis* (PUQE).

Quadro 1. Determinação da gravidade da NVG – Escore de PUQE (Pregnancy Unique Quantification of Emesis)

1 - Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?
Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) - > de 12 horas (5)
2 - Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?
Nenhum (1) – Um episódio (2) – Até 3 episódios (3) Até 4 episódios (4) – mais de cinco (5)
3 - Quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24 horas?
Nenhum (1) – Até 3 vezes (2) – Até 5 vezes (3) – Até 8 vezes (4) – Todo tempo (5)
Classificação – Pontuação ≤6 forma leve; entre 7 e 11 forma moderada; ≥12 forma grave.

Fonte: Traduzido de Koren G, Piwko C, Ahn E, Boskovic R, Maltepe C, Einarson A, et al. Validation studies of the Pregnancy Unique-Quantification of Emesis (PUQE) scores. J Obstet Gynaecol. 2005;25(3):241-4.⁽¹³⁾

TRATAMENTO

As possibilidades de tratamento para mulheres portadoras de NVG podem ser divididas em farmacológica e não farmacológica, dependendo da forma que se classifica a intensidade do quadro.⁽¹⁴⁾ O grupo (Apoio Psicoemocional, Medidas Alimentares e Mudanças Nutricionais, Terapias não convencionais ou complementares) que melhor se beneficia desse grupo de terapias são gestantes que se situam como forma LEVE (<6) na classificação de PUQE (ver escore supraindicado). A acupressão, aromaterapia e acupuntura realizadas por profissional adequadamente preparado, hidroginástica e outras atividades físicas de baixo impacto articular, uso de vitaminas como a piridoxina (vitamina B6), ingestão do gengibre que possui leve ação antiemética, podem ajudar.⁽¹⁵⁾

Ondansetrona – Todos os estudos comparativos entre os antieméticos mostram superioridade de ação da ondansetrona tanto nos casos mais leves como nos mais graves sobre os demais grupos farmacológicos, que apresenta baixa incidência de efeitos colaterais, sendo o principal o *flush* facial.^(15,16)

Metoclopramida/clorpromazina – Em estudos recentes, verifica-se sua melhor ação entre os casos de média intensidade; e sua limitação decorre principalmente de manifestações de ações extrapiramidais (tremores de extremidade e desequilíbrio postural).^(16,17)

Anti-histamínicos (dimenidrinato, meclizina, prometazina) – Promovem eficiente efeito antiemético nas formas moderadas de NVG. Têm como efeito colateral mais evidente a sonolência.^(16,17) Nas formas leves das náuseas e dos vômitos da gestante (≤ 6 do escore de PUQE), as medidas não farmacológicas e farmacológicas por via oral apresentam bons resultados rapidamente, e o tratamento deve ser ambulatorial.⁽¹⁷⁾ (A) Nas formas moderadas e graves do quadro de NVG (> 6 do escore de PUQE), a gestante deve ser abordada de maneira multidisciplinar em ambiente hospitalar.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Internação:

Esta torna-se necessária tanto para o tratamento como para retirar a paciente do ambiente de estresse:^(17,18)

1. Controle de peso e de diurese diário;
2. Correção de distúrbios hidroeletrolíticos;
3. Evitar suplementação de derivados de ferro, pois aumentam os sintomas;
4. Apoio psicológico, em especial da família, e, se necessário, recorrer à psicoterapia.

Alimentação:

5. Jejum por 24 a 48 horas ou até a estabilização do quadro, retornando progressivamente à dieta líquida e, em seguida, a alimentos sólidos. Dar preferência a alimentos pobres em lipí-

dios e ricos em carboidratos, em pequenas porções e pequenos intervalos (3 em 3 horas).^(17,18)

Hidratação venosa e reposição iônica:

6. Após avaliar o grau de desidratação e desnutrição, as perdas eméticas e o volume urinário, deve-se então programar a reposição subsequente. A reposição é feita com solução isotônica: ringer lactato ou solução salina. O ideal é a reposição de 2.000 a 4.000 ml em 24 horas, não devendo exceder 6.000 ml/24 horas. Medicamentos – recomenda-se a dose de 8,0 mg de ondansetrona por via venosa a cada 6 horas. O antiemético de segunda escolha neste quadro será a metoclopramida na dose de 10 mg, via venosa, a cada 6 horas. Em casos complexos e de difícil controle, a paciente pode necessitar de alimentação parenteral. Os casos de comprometimento neurológico severo (como a psicose de Wernicke) devem ser medicados com doses altas de corticoides, além das outras medidas de controle metabólico.^(17,18)

REFERÊNCIAS

1. Bustos M, Venkataramanan R, Caritis S. Nausea and vomiting of pregnancy – What's new? Auton Neurosci. 2017;202:62-72.
2. Fejzo MS, Ingles SA, Wilson M, Wang W, MacGibbon K, Romero R, et al. High prevalence of severe nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum among relatives of affected individuals. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008;141(1):13-7.
3. Sandven I, Abdelnoor M, Nesheim BI, Melby KK. Helicobacter pylori infection and hyperemesis gravidarum: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(11):1190-200.
4. Jordan V, Grebe SK, Cooke RR, Ford HC, Larsen PD, Stone PR, et al. Acidic isoforms of chorionic gonadotrophin in European and Samoan women are associated with hyperemesis gravidarum and may be thyrotrophic. Clin Endocrinol (Oxf). 1999;50(5):619-27.
5. Vikanes A, Skjaerven R, Grijibovski AM, Gunnes N, Vangen S, Magnus P. Recurrence of hyperemesis gravidarum across generations: population-based cohort study. BMJ. 2010;340:c2050.

6. Heitmann K, Nordeng H, Havnen GC, Solheimsnes A, Holst L. The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again – results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):75.
7. Piwko C, Koren G, Babashov V, Vicente C, Einarson TR. Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20(2):e149-60.
8. Veenendaal MV, van Abeelen AF, Painter RC, van der Post JA, Roseboom TJ. Consequences of hyperemesis gravidarum for offspring: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2011;118(11):1302-13.
9. Fejzo MS, Magtira A, Schoenberg FP, Macgibbon K, Mullin PM. Neurodevelopmental delay in children exposed in utero to hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;189:79-84.
10. Shaban MM, Kandil HO, Elshafei AH. Helicobacter pylori seropositivity in patients with hyperemesis gravidarum. *Am J Med Sci*. 2014;347(2):101-5.
11. Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A. Motherisk-PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl Understanding):S228-31.
12. Magee LA, Chandra K, Mazzotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt GH. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl Understanding):S232-8.
13. Koren G, Piwko C, Ahn E, Boskovic R, Maltepe C, Einarson A, et al. Validation studies of the Pregnancy Unique-Quantification of Emesis (PUQE) scores. *J Obstet Gynaecol*. 2005;25(3):241-4.
14. Murphy A, McCarthy FP, McElroy B, Khashan AS, Spillane N, Marchocki Z, et al. Day care versus inpatient management of nausea and vomiting of pregnancy: cost utility analysis of a randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;197:78-82.
15. Oliveira LG, Capp SM, You WB, Riffenburgh RH, Carstairs SD. Ondansetron compared with doxylamine and pyridoxine for treatment of nausea in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014;124(4):735-42.
16. McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, et al. Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: A systematic review. *JAMA*. 2016;316(13):1392-401.
17. Larrimer MB, Dajani NK, Siegel ER, Eswaran H, Newport DJ, Stowe ZN. Antiemetic medications in pregnancy: a prospective investigation of obstetric and neurobehavioral outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(3):270.e1-7.
18. Reis ZN, Pereira AK. Hiperêmese gravídica. In: Cabral ACV. Fundamentos e prática em obstetrícia. Belo Horizonte: Atheneu; 2009.



Portal Febrasgo

Você também pode ler os
Protocolos Febrasgo online,
pelo seu computador, tablet
ou celular!

Acesse:

www.febrasgo.org.br/protocolos

febrasgo

Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

