

BMJ Best Practice

Náuseas e vômitos da gravidez

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

| | |
|--|-----------|
| Resumo | 3 |
| Fundamentos | 4 |
| Definição | 4 |
| Epidemiologia | 4 |
| Etiologia | 4 |
| Fisiopatologia | 4 |
| Classificação | 4 |
| Prevenção | 6 |
| Prevenção secundária | 6 |
| Diagnóstico | 7 |
| Caso clínico | 7 |
| Abordagem passo a passo do diagnóstico | 7 |
| Fatores de risco | 8 |
| Anamnese e exame físico | 9 |
| Exames diagnóstico | 10 |
| Diagnóstico diferencial | 12 |
| Tratamento | 15 |
| Abordagem passo a passo do tratamento | 15 |
| Visão geral do tratamento | 16 |
| Opções de tratamento | 18 |
| Acompanhamento | 25 |
| Recomendações | 25 |
| Complicações | 25 |
| Prognóstico | 26 |
| Diretrizes | 27 |
| Diretrizes de tratamento | 27 |
| Nível de evidência | 28 |
| Referências | 29 |
| Aviso legal | 34 |

Resumo

- ◇ Afeta aproximadamente 75% das gestantes.
- ◇ Manifesta-se tipicamente entre a quarta e a sétima semana após o último período menstrual e remite no segundo semestre.
- ◇ A etiologia permanece obscura. Há alguma evidência de que ela está relacionada aos níveis dos hormônios gonadotrofina coriônica humana e estrogênio.
- ◇ A hiperêmese gravídica representa a forma mais grave de náuseas e vômitos da gravidez. Embora não haja consenso quanto à definição, a maioria concorda que as características clínicas incluem vômitos persistentes, depleção de volume, cetose, distúrbios eletrolíticos e perda de peso.
- ◇ A terapia inicial deve ser conservadora. Pode incluir tratamentos não farmacológicos como modificação da dieta, suporte emocional, gengibre e acupressão.
- ◇ Casos graves podem exigir hospitalização, fluidoterapia intravenosa, antieméticos, corticosteroides e nutrição parenteral total.

Definição

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 remitem no segundo trimestre. 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.

Epidemiologia

As náuseas e vômitos da gravidez ocorrem em até 75% das gestantes.[2] Entretanto, alguns dados sugerem que a incidência pode variar entre grupos socioeconômicos. As náuseas e vômitos da gravidez são menos comuns em mulheres rurais que em mulheres urbanas.[3] Mulheres brancas que trabalham têm uma incidência diminuída de náuseas e vômitos da gravidez em comparação a donas de casa.[4] Mulheres acima de 35 anos de idade com uma história de infertilidade também têm uma incidência reduzida.[4]

A hiperêmese gravídica ocorre em 1 entre 200 gestações e representa a forma grave das náuseas e vômitos da gravidez.[5] Sua incidência está aumentada em casos de gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional, triploidia, trissomia do cromossomo 21 e hidropisia fetal.[1]

Etiologia

A etiologia da náusea e vômitos da gravidez permanece, em grande parte, obscura. Pesquisas e teorias têm girado em torno de três áreas: predisposição psicológica, adaptação evolutiva e resposta hormonal. Uma revisão de estudos que examinou a possibilidade da etiologia psicológica da náusea e vômitos da gravidez encontrou pouca evidência para dar suporte à teoria que considera essa condição um transtorno de conversão. Entretanto, essa revisão indicou que há evidência para a possibilidade da resposta psicológica ser condicionada.[6] Uma segunda hipótese aponta que náuseas e vômitos da gravidez representam uma resposta evolucionária para proteger a mãe e o feto de substâncias potencialmente prejudiciais.[7] A maioria das evidências dão suporte à teoria que os níveis elevados de hormônios são responsáveis por náuseas e vômitos da gravidez. Demonstrou-se que a progesterona reduz a motilidade gástrica e causa náuseas e vômitos em mulheres não gestantes.[8] Alguns estudos mostraram que náuseas e vômitos da gravidez estão associados a níveis elevados de gonadotrofina coriônica humana (hCG).[9] Outros estudos mostraram que náuseas e vômitos da gravidez são mais comuns em mulheres com altos níveis de estrogênio e menos comum naquelas com baixos níveis desse hormônio.[10] [11] Finalmente, uma revisão sistemática recente demonstrou uma associação entre a presença de *Helicobacter pylori* e hiperêmese gravídica.[12]

Fisiopatologia

A fisiopatologia subjacente das náuseas e vômitos da gravidez é obscura, embora seja conhecido que a motilidade gástrica diminuída pode desempenhar um papel.[8]

Classificação

Classificação clínica^[1]

Não existe nenhuma classificação formal para as náuseas e vômitos da gravidez. Entretanto, as seguintes considerações facilitam o manejo das náuseas e vômitos da gravidez na prática clínica:

- sem depleção de volume
- com depleção de volume e desequilíbrio eletrolítico
- com vômitos persistentes, depleção de volume e desequilíbrio eletrolítico, cetose e >5% de perda de peso (hiperêmese gravídica).

Prevenção secundária

Não há medidas preventivas para o quadro clínico não complicado de náuseas e vômitos da gravidez ou a hiperêmese.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 32 anos G1P0 (gesta 1, para 0), idade gestacional de 10 semanas, apresenta história de náuseas e vômitos de 3 semanas. Ela relata o agravamento gradual dos episódios em frequência e em intensidade, apesar de tipicamente remitirem no começo da tarde. Ela não apresenta tontura, vertigem ou diarreia. Ela teve uma perda de peso de cerca de 1 kg nas últimas semanas. A paciente relata que os sintomas melhoram após a ingestão de alimentos salgados. Ela não tomou nenhum medicamento prescrito ou de venda livre. Seus sinais vitais estão normais, exceto pelo pulso de 105 bpm. O exame físico não demonstra nada digno de nota, exceto pelo achado de membranas mucosas ressecadas.

Caso clínico #2

Uma mulher de 28 anos G2P1 com gestação dicoriônica de gêmeos de 11 semanas se apresenta no pronto-socorro com vômito intenso. Ela relata que apresentou náuseas e vômitos intensos por 24 horas, e que também apresentou enjoo matinal intenso durante a sua gestação prévia. No exame físico, a paciente está afebril, com frequência respiratória de 15 respirações/minuto, pulso de 101 bpm e pressão arterial (PA) de 127/85 mmHg. A urinálise é positiva para corpos cetônicos.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico das náuseas e vômitos da gravidez é em grande parte clínico. Náuseas e vômitos da gravidez manifestam-se tipicamente entre a quarta e a sétima semana após o último período menstrual e remitem no segundo semestre. Para uma paciente de idade gestacional estimada entre 7 e 20 semanas com sintomas típicos de náuseas e vômitos, nenhuma avaliação é necessária se não houver sinais de depleção de volume ou de desequilíbrio eletrolítico. Entretanto, qualquer paciente que demonstre depleção de volume ou desequilíbrio eletrolítico deve ser avaliada em relação à presença de hiperêmese gravídica (caracterizada por vômito persistente, depleção de volume e desequilíbrio eletrolítico, cetose e >5% de perda de peso) e para excluir etiologias alternativas potencialmente graves relacionadas a tais sintomas.

História e exame clínico

Uma história médica completa deve ser colhida para incluir fatores de risco reconhecidos para náusea e vômitos da gravidez (por exemplo, episódios prévios de náusea e vômitos da gravidez e qualquer história familiar). Deve ser determinado o sexo do feto (sexo feminino pode conferir risco fraco),^[14] e se a gestação é única ou múltipla. Como as anomalias fetais (por exemplo, doença trofoblástica gestacional, trissomia fetal, hidropisia fetal) também aumentam o risco,^[1] informações disponíveis sobre a presença dessas anomalias devem ser obtidas da paciente ou de seu obstetra.

As pacientes que apresentam náuseas e vômitos da gravidez devem ter os sinais vitais verificados e revisados a cada visita. Deve-se ter o cuidado de identificar sinais vitais ortostáticos de depleção de volume como taquicardia e hipotensão. Além disso, uma perda de peso de >5% deve ser considerada indicativa de hiperêmese gravídica.

No exame físico, as membranas mucosas devem ser avaliadas quanto a hidratação. Além disso, como os testes de função tireoidiana podem estar anormais no quadro clínico de náusea e vômitos

da gravidez, o pescoço deve ser palpado para verificação da presença de aumento da tireoide ou de nódulos tireoidianos. O exame neurológico deve focar em sinais e sintomas de pseudotumor cerebral (cefaleia, papiledema), transtornos vestibulares (vertigem, nistagmo) e tumores (cefaleia, neurologia focal) para excluir uma patologia do sistema nervoso central como causa das náuseas e vômitos. Tontura postural ou hálito cetônico são sugestivos de depleção de volume significativa devido à hiperêmese gravídica.

Investigações laboratoriais

Qualquer paciente que demonstre sinais de depleção de volume ou >5% de perda de peso deve ser investigada para se avaliar a extensão do comprometimento sistêmico causado pelas náuseas e vômitos da gravidez e para descartar etiologias alternativas de náuseas e vômitos. A investigação deve incluir um hemograma completo, perfil metabólico, teste de função tireoidiana, teste da função hepática (TFHs), ureia e creatinina séricas e urinálise. Se os vômitos forem intensos, deve-se solicitar exame para medir os níveis de corpos cetônicos no soro/urina. A avaliação de qualquer infecção por *Helicobacter pylori* também pode ser valiosa. Ademais, as avaliações para translucência nuchal e analitos séricos devem ser fortemente encorajadas, assim como o rastreamento para trissomia do cromossomo 21 (síndrome de Down), trissomia do cromossomo 18 (síndrome de Edwards) e triploidia fetal, dada a associação da hiperêmese a essas doenças.

Investigações adicionais podem incluir amilase e lipase séricas para excluir pancreatite aguda e, se a urinálise mostrar piúria, cultura de urina para excluir pielonefrite.

Radiologia

Qualquer paciente que demonstre sinais de depleção de volume ou >5% de perda de peso deve realizar uma ultrassonografia pélvica para avaliar a presença de gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional e hidropisia fetal.

Se os TFHs forem coerentes com um padrão obstrutivo, deve ser obtida a ultrassonografia do quadrante superior direito para descartar doença do trato biliar e pancreatite. Se a urinálise demonstrar hematúria e se a história ou o exame físico sugerirem nefrolitíase, uma ultrassonografia renal deve ser obtida.

Fatores de risco

Fortes

história familiar de hiperêmese gravídica

- A predisposição genética pode desempenhar um papel na ocorrência de náuseas e vômitos da gravidez. Estudos demonstraram que irmãs e filhas de mulheres que tiveram hiperêmese gravídica têm um risco elevado de apresentar sintomas similares.^[13]

história pregressa de náusea e vômitos da gravidez

- Mulheres que apresentam náuseas e vômitos da gravidez ou hiperêmese em uma gestação são propensas a manifestá-las novamente em gestações subsequentes.
- O risco de episódios subsequentes está associado à intensidade de sintomas prévios.
- Se os sintomas na primeira gestação são leves, aproximadamente 50% das mulheres relatam um agravamento dos sintomas em gestações subsequentes.

- Aproximadamente 66% das mulheres que descrevem seus sintomas como intensos em uma gestação terão sintomas similares em gestações subsequentes.[2]

gestação múltipla ou massa placentária aumentada

- A gestação múltipla está associada a uma incidência aumentada de náuseas e vômitos da gravidez e de hiperêmese.[1] [14]

doença trofoblástica gestacional

- A doença trofoblástica gestacional está associada a uma incidência aumentada de náuseas e vômitos da gravidez e de hiperêmese.[1]

outras causas de massa placentária aumentada

- Além de gestação múltipla e de doença trofoblástica, a incidência de náuseas e vômitos da gravidez é maior em outras doenças que causam um aumento da massa placentária (por exemplo, triploidia, trissomia do cromossomo 21 ou trissomia do cromossomo 18 e hidropisia fetal).[1]

Fracos

feto do sexo feminino

- Um estudo da Dinamarca relatou um aumento da incidência de feto feminino em mães com náusea e vômitos da gravidez (proporção de 0.87 entre homens e mulheres).[14]

História familiar de cinetose

- Foi relatada uma associação entre náusea e vômitos da gravidez e história de cinetose.[1]

história de enxaqueca

- Foi relatada uma associação entre náusea e vômitos da gravidez e uma história de enxaqueca.[1]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco para hiperêmese incluem história familiar positiva, história prévia de náuseas e vômitos da gravidez, gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional, outras causas de massa placentária aumentada (por exemplo, triploidia, trissomia do cromossomo 21 ou 18 e hidropisia fetal) e feto do sexo feminino.

primeiro trimestre da gestação (comum)

- Náuseas e vômitos da gravidez manifestam-se tipicamente entre a quarta e a sétima semana após o último período menstrual e remitem no segundo semestre.

perda de peso de >5% (incomum)

- Embora uma perda de peso leve seja comum no início da gravidez, uma perda de peso >5% é consistente com hiperêmese gravídica.

Outros fatores de diagnóstico

ausência de nódulos/aumento da tireoide (comum)

- Os testes de função tireoidiana podem ser anormais na náusea e vômitos da gravidez. O pescoço deve ser palpado para verificação da presença de aumento da tireoide ou de nódulos tireoidianos. Um exame físico normal é indicativo de náuseas e vômitos da gravidez.

ausência de sinais do sistema nervoso central (SNC) (comum)

- Uma patologia do SNC (por exemplo, pseudotumor cerebral, transtornos vestibulares e tumores) pode manifestar náuseas e vômitos. A ausência de transtornos do SNC (por exemplo, cefaleia, papiledema, vertigem, déficit neurológico focal) reforça um diagnóstico de náuseas e vômitos da gestação.

membranas mucosas ressecadas (incomum)

- Sugere hiperêmese gravídica. O quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez sem maiores complicações não deve manifestar depleção de volume clinicamente significativo.

tontura postural (incomum)

- Sugere hiperêmese gravídica. O quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez sem maiores complicações não deve manifestar depleção de volume clinicamente significativo.

taquicardia (incomum)

- Sugere hiperêmese gravídica. O quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez sem maiores complicações não deve manifestar depleção de volume clinicamente significativo.

hipotensão (incomum)

- Sugere hiperêmese gravídica. O quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez sem maiores complicações não deve manifestar depleção de volume clinicamente significativo.

respiração cetótica (incomum)

- Sugestiva de depleção de volume significativa devido à hiperêmese gravídica.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

| Exame | Resultado |
|---|---|
| hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Solicitar para excluir etiologias alternativas de náuseas e vômitos. Anormalidades são incomuns no quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez e de hiperêmese. | normal |
| perfil metabólico básico <ul style="list-style-type: none"> Geralmente normal no quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez não complicada, mas a hipernatremia e a hipocloremia são comuns na hiperêmese. Consistente com vômitos persistentes e depleção de volume. | variável; hipernatremia e hipocloremia |

| Exame | Resultado |
|---|---|
| testes séricos da função hepática <ul style="list-style-type: none"> Solicitar para excluir etiologias alternativas de náuseas e vômitos. Tipicamente normais na hiperêmese. Elevados na pancreatite, hepatite, doença do trato biliar. | normal |
| ureia e creatinina séricas <ul style="list-style-type: none"> Comumente elevadas na hiperêmese. Consistente com vômitos persistentes e depleção de volume. | variável; elevadas na hiperêmese |
| hormônio estimulante da tireoide (TSH) sérico e T4 livre <ul style="list-style-type: none"> Em mulheres com hiperêmese, é comum observar níveis de TSH reduzidos; a causa pode ser os níveis elevados de gonadotrofina coriônica humana (hCG).[1] Se o TSH estiver baixo, então deve ser obtido o T4 sérico livre para descartar o hipertireoidismo. O T4 é elevado no hipertireoidismo e normal na hiperêmese. | variável; TSH reduzido, T4 normal |
| urinálise <ul style="list-style-type: none"> A presença de cetonúria e gravidade específica elevada é consistente com depleção de volume e hiperêmese. A presença de piúria deve induzir consideração de pielonefrite como um diagnóstico alternativo. | cetonúria e gravidade específica elevada |
| corpos cetônicos no soro ou na urina <ul style="list-style-type: none"> Consistente com hiperêmese. | positiva |
| ultrassonografia fetal com medida da translucência nuchal <ul style="list-style-type: none"> A translucência nuchal deve ser mensurada como parte do rastreamento do primeiro trimestre. A presença de trissomia do cromossomo 21 (síndrome de Down), trissomia do cromossomo 18 (síndrome de Edwards), triploidia fetal, gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional ou hidropisia fetal aumenta o risco de hiperêmese. | variável; pode mostrar gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional, hidropisia fetal; pode mostrar translucência nuchal aumentada |
| exames bioquímicos gerais <ul style="list-style-type: none"> Solicitar como parte do rastreamento do primeiro trimestre. A presença da trissomia do cromossomo 21 (síndrome de Down), trissomia do cromossomo 18 (síndrome de Edwards) ou triploidia fetal aumenta o risco de hiperêmese. Níveis anormais de hCG e de PAPP-A têm um valor preditivo para o rastreamento em conjunto com a translucência nuchal. | variável; proteína plasmática A associada à gestação (PAPP-A) e hCG anormalmente altos ou baixos |
| teste respiratório para <i>Helicobacter pylori</i> <ul style="list-style-type: none"> Em um estudo, 61.8% das mulheres com hiperêmese foram positivas para <i>H. pylori</i>, comparadas com 27.6% sem hiperêmese.[12] | variável; resultado positivo se o <i>Helicobacter pylori</i> estiver presente |

Exames a serem considerados

| Exame | Resultado |
|---|-----------|
| urocultura <ul style="list-style-type: none"> Solicitar para excluir pielonefrite como um diagnóstico alternativo para náuseas e vômitos. | normal |

| Exame | Resultado |
|---|---------------|
| amilase e lipase séricas <ul style="list-style-type: none"> Solicitar para excluir pancreatite como um diagnóstico alternativo para náuseas e vômitos. Se for anormal, o acompanhamento deve incluir ultrassonografia do quadrante superior direito. | normal |
| ultrassonografia do quadrante superior direito <ul style="list-style-type: none"> Solicitar para excluir etiologias alternativas de náuseas e vômitos (por exemplo, cálculos biliares, pancreatite e hepatite). | normal |
| ultrassonografia renal <ul style="list-style-type: none"> Solicitar para excluir nefrolitíase como um diagnóstico alternativo para náuseas e vômitos. | normal |
| tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) craniana <ul style="list-style-type: none"> Solicitar para descartar etiologias alternativas de náuseas e vômitos (por exemplo, pseudotumor cerebral, tumores do sistema nervoso central). | normal |

Diagnóstico diferencial

| Doença | Sinais/sintomas de diferenciação | Exames de diferenciação |
|------------------------------|--|---|
| Gastroenterite viral | <ul style="list-style-type: none"> Evolução limitada da doença. Pode estar associada à diarreia. Febre pode estar presente. | <ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico. |
| Intoxicação alimentar | <ul style="list-style-type: none"> História de viagem ou de exposição a possíveis alimentos contaminados. Frequentemente associada a dor abdominal ou cólicas, diarreia e febre. | <ul style="list-style-type: none"> Cultura de fezes para patógenos entéricos como, por exemplo, os organismos Salmonella, Shigella e Campylobacter. |
| Colecistite | <ul style="list-style-type: none"> Dor no quadrante superior direito, agravada pelas refeições gordurosas. sensibilidade à palpação no quadrante superior direito. Sinal de Murphy positivo (a mão do examinador repousa ao longo da margem costal, e a inspiração profunda provoca dor). | <ul style="list-style-type: none"> Ultrassonografia do quadrante superior direito positiva para cálculos biliares. Pode ter testes da função hepática elevados. |

| Doença | Sinais/sintomas de diferenciação | Exames de diferenciação |
|-----------------------------|--|--|
| Hepatite | <ul style="list-style-type: none"> • Pode estar associada à icterícia. Dor no quadrante superior direito frequente. Borda do fígado palpável e sensível à palpação. | <ul style="list-style-type: none"> • Testes da função hepática elevados. • Sinais de inflamação hepática na ultrassonografia do quadrante superior direito. • Sorologia viral positiva se houver causa infecciosa. • Fator antinuclear (FAN) positivo se a hepatite autoimune for a causa. |
| Pancreatite aguda | <ul style="list-style-type: none"> • Dor no quadrante superior direito e/ou dor epigástrica frequentes. | <ul style="list-style-type: none"> • Lipase e amilase séricas elevadas. Sinais de inflamação pancreática na ultrassonografia do quadrante superior direito. |
| Apendicite aguda | <ul style="list-style-type: none"> • Dor no quadrante inferior direito consistente. Febre baixa típica. | <ul style="list-style-type: none"> • O hemograma completo exibe leucocitose. • A ultrassonografia é sugestiva de apêndice inflamado. |
| Pielonefrite aguda | <ul style="list-style-type: none"> • História de aumento da frequência, urgência, disúria. História de febre. Sensibilidade no ângulo costovertebral. | <ul style="list-style-type: none"> • A urinálise mostra piúria. • Cultura de urina positiva. |
| Nefrolitíase | <ul style="list-style-type: none"> • Cólica abdominal. História de sangue na urina. Sensibilidade no ângulo costovertebral. | <ul style="list-style-type: none"> • Hematúria na urinálise. • A ultrassonografia mostra calcificação dentro do trato urinário. |
| Hipertireoidismo | <ul style="list-style-type: none"> • História de intolerância ao calor, palpitação, pele ressecada. Tireoide aumentada e possivelmente sensível na palpação. Identificação de nódulos tireoidianos na palpação. | <ul style="list-style-type: none"> • Hormônio estimulante da tireoide reduzido e T4 elevado. |
| Pseudotumor cerebral | <ul style="list-style-type: none"> • Presença de cefaleia, zumbido pulsátil, diplopia e perda da visão. | <ul style="list-style-type: none"> • A tomografia computadorizada (TC) do cérebro não consegue demonstrar massa e é coerente com aumento da pressão intracraniana. |
| Lesões vestibulares | <ul style="list-style-type: none"> • Presença de distúrbios do equilíbrio e vertigem. Zumbido pode estar presente. | <ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é clínico. |

| Doença | Sinais/sintomas de diferenciação | Exames de diferenciação |
|---|--|--|
| Cefaleia enxaquecosa | <ul style="list-style-type: none"> Cefaleias intensas com presença de fonofobia e fotofobia. História e/ou história familiar de enxaqueca. | <ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico. |
| Tumores do sistema nervoso central | <ul style="list-style-type: none"> Presença de achados neurológicos (por exemplo, cefaleia, transtornos visuais, sinais neurológicos focais). | <ul style="list-style-type: none"> Massa intracraniana na TC. |
| Esteatose hepática aguda da gravidez | <ul style="list-style-type: none"> Início durante o terceiro trimestre. Febre e icterícia ocorrem em até 70% das mulheres.[15] | <ul style="list-style-type: none"> Testes da função hepática e bilirrubina elevados com contagem de leucócitos elevada. |

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento das náuseas e vômitos da gravidez depende da gravidade e da duração dos sintomas no momento da apresentação. O tratamento para náuseas e vômitos comuns da gravidez pode ser dividido em terapias farmacológicas e não farmacológicas. Terapias não farmacológicas são geralmente recomendadas como tratamentos de primeira linha pela preocupação com o desenvolvimento do feto. Se esses métodos fracassarem, devem ser consideradas opções farmacológicas.[16] Atualmente existem evidências insuficientes para dar suporte a qualquer intervenção particular.[17]

Em pacientes desidratados devem ser utilizados fluidos intravenosos. Em pacientes com hiperêmese gravídica, podem ser necessários a hospitalização e o tratamento com nutrição parenteral. Se o exame indicar que o paciente tem *Helicobacter pylori*, regimes de erradicação apropriados devem ser iniciados em pacientes selecionados.

Sem depleção de volume

A terapia inicial não farmacológica inclui modificação da dieta. Geralmente, as pacientes conseguem tolerar melhor refeições menores e mais frequentes. Alimentos com sabor suave, pouca gordura e alto teor de carboidratos são geralmente mais bem tolerados. As mulheres frequentemente relatam que conseguem tolerar alimentos salgados nas primeiras horas do dia. Líquidos ácidos ou azedos podem ser mais bem tolerados que água.

Se os sintomas não diminuírem com as modificações alimentares, vários tratamentos alternativos (por exemplo, acupressão, acupuntura, gengibre) foram avaliados no tratamento das náuseas e vômitos da gravidez e podem ser testados. Visto que não há comparações diretas entre a maioria dessas modalidades, é difícil recomendar um tratamento de primeira linha. As pacientes devem ser informadas sobre as várias opções de tratamento e encorajadas a testar aquela que preferirem. A acupressão pode minimizar os sintomas.[18] [19] [20] A acupressão pode ser aplicada no ponto P6 (ponto de Neiguan, localizado 3 dedos acima do punho na superfície volar).[21] 1[C]Evidence Isso pode ser realizado através de pulseiras disponíveis comercialmente. A acupuntura têm sido usada para tratar náuseas na gravidez.[22] Demonstrou-se que a suplementação com gengibre também foi útil na redução dos sintomas.[23] [24] [25] [26] 2[C]Evidence Pode ser usado isoladamente ou associado a acupressão e é considerado seguro em todos os trimestres da gestação. Pode ser ingerido cru, em forma de chá ou de cápsulas/comprimidos.[27] [28]

Se os métodos não farmacológicos falharem, a terapia medicamentosa poderá ser considerada. As terapias de primeira linha incluem piridoxina (vitamina B6)3[C]Evidence e/ou doxilamina (um anti-histamínico). Um ensaio clínico randomizado e controlado descobriu que a combinação foi eficaz comparada ao placebo, mas uma reanálise dos dados questionou a importância clínica dos achados.[29] [30] Recomendações do American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e da Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) são que esses agentes são seguros e eficazes, devendo ser considerados um tratamento de primeira linha.[25] [31] Entretanto, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) atualmente não recomenda a piridoxina para o tratamento de gestantes devido à toxicidade de doses altas.[32] As terapias de segunda linha incluem anti-histamínicos orais alternativos4[C]Evidence ou antieméticos.[25] [33] [34]

Com depleção de volume

As pacientes com náusea e vômitos da gravidez incapazes de manter uma baixa ingestão líquida apesar do tratamento com medidas conservadoras e terapias medicamentosas frequentemente ficarão desidratadas e exigirão tratamento com fluidoterapia intravenosa. O lactato de Ringer pode ser utilizado; soro fisiológico ou solução de dextrose a 5% em soro fisiológico são alternativas se o lactato de Ringer não estiver disponível.[35] Um ensaio clínico randomizado e controlado demonstrou resultados parecidos em pacientes hidratados com soro fisiológico ou solução de dextrose a 5%.[36] Se forem consideradas soluções contendo glicose, alguns médicos sugerem fornecer tiamina (vitamina B1) antes da administração para prevenir a encefalopatia de Wernicke.[1] [25] [37]

Em pacientes com depleção de volume, a terapia parenteral (ou retal) com antieméticos pode ser necessária. As evidências sugerem que a ondansetrona pode ser mais efetiva que a metoclopramida no controle de vômitos intensos.[38] Inibidores da bomba de prótons (IBPs) podem ser usados como uma opção de tratamento a antieméticos parenterais ou retais, ou em combinação.[39] Dados demonstraram que os IBPs são seguros na gestação e não estão associados ao aumento significativo de malformação congênita.[40] No entanto, a análise dos dados derivados de estudos observacionais sugere que o uso de IBP durante a gestação pode estar associado a um aumento modesto no risco de asma durante a infância.[41] A hiperêmese gravídica é definida como vômito persistente, depleção de volume e desequilíbrio eletrolítico, cetose e >5% de perda de peso.[1] Esses pacientes frequentemente vão necessitar de hospitalização. Para pacientes que não lograram êxito nas terapias iniciais, os corticosteroides podem ser considerados após o primeiro trimestre (seu uso tem sido associado à fenda palatina nos fetos expostos durante o primeiro trimestre).[42] Um estudo duplo-cego, randomizado e controlado, demonstrou melhora nos sintomas.[43] Em casos extremos, os pacientes podem necessitar de alimentação enteral ou nutrição parenteral total para fornecer as calorias e repor eletrólitos e nutrientes. A alimentação parenteral demonstrou ser eficaz em um estudo pequeno que utilizou a sonda nasogástrica Dobhoff calibre 8 French, com velocidades de infusão de até 100 mL/hora.[44]

Pacientes positivas para *Helicobacter pylori*

Nos casos graves, pacientes que testarem positivo para *Helicobacter pylori* podem ser tratados com regimes de erradicação apropriados.[12]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

| Agudo | | (resumo) |
|---|---|------------|
| sem depleção de volume | | |
| 1a | manejo conservador | |
| sem depleção de volume, mas que não respondeu ao manejo conservador | | |
| 1a | piridoxina e/ou doxilamina | |
| 2a | anti-histamínicos ou antieméticos orais | |

| Agudo | | (resumo) |
|--|---------|---|
| com depleção de volume | | |
| | 1a | hidratação intravenosa |
| | adjunto | antieméticos parenterais ou retais |
| | adjunto | inibidores da bomba de prótons isolados ou em combinação com antieméticos |
| ■ hiperêmese gravídica: outras terapias falharam | adjunto | corticosteroides |
| | adjunto | suplementação nutricional |
| ■ positivo para <i>Helicobacter pylori</i> | adjunto | Terapia de erradicação do <i>Helicobacter pylori</i> |

Opções de tratamento

Agudo

sem depleção de volume

1a

manejo conservador

Opções primárias

» [modificações na dieta](#)

Opções secundárias

» [acupressão](#)

OU

» [acupuntura](#)

OU

» [gingibre](#): 250 mg por via oral quatro vezes ao dia
Considerada segura na gestação.

» As modificações alimentares podem incluir refeições menores, mais frequentes e evitar odores e texturas de alimentos que causem náuseas.

» Alimentos devem ter sabor suave, pouca gordura e alto teor de carboidratos. Alimentos salgados podem ser tolerados pela manhã. Líquidos ácidos ou azedos (por exemplo, limonada) são geralmente mais bem tolerados que água.

» Se os sintomas não diminuírem com as modificações alimentares, vários tratamentos alternativos (por exemplo, acupressão, acupuntura, gengibre) foram avaliados no tratamento das náuseas e vômitos da gravidez e podem ser testados. Visto que não há comparações diretas entre a maioria dessas modalidades, é difícil recomendar um tratamento de primeira linha. As pacientes devem ser informadas sobre as várias opções de tratamento e encorajadas a testar aquela que preferirem.

» A acupressão pode minimizar os sintomas.[18] [19] [20] A pressão é aplicada no ponto P6 (ponto de Neiguan, localizado 3 dedos acima do punho na superfície volar).[21] 1[C]Evidence Isso pode ser realizado através de pulseiras disponíveis comercialmente. A acupuntura têm sido usada para tratar náuseas na gravidez.[22]

Agudo

» Demonstrou-se que a suplementação com gengibre foi útil na redução dos sintomas.[23] [24] [25] [26] 2[C]Evidence Pode ser usado isoladamente ou associado a acupressão e é considerado seguro em todos os trimestres da gestação. Pode ser ingerido cru, em forma de chá ou de cápsulas/comprimidos.[27] [28]

sem depleção de volume, mas que não respondeu ao manejo conservador

1a piridoxina e/ou doxilamina

Opções primárias

» **piridoxina**: 10-25 mg por via oral três vezes ao dia
Considerada segura na gestação.

-e/ou-

» **doxilamina**: 12.5 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário
Considerada segura na gestação.

OU

» **doxilamina/piridoxina**: 20 mg/20 mg (2 comprimidos) por via oral (liberação retardada) uma vez ao dia ao deitar no dia 1, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/40 mg (4 comprimidos)/dia
Cada comprimido contém 10 mg de doxilamina e 10 mg de piridoxina.

» Se os métodos não-farmacológicos fracassarem, as terapias farmacológicas de primeira linha incluem piridoxina (vitamina B6)3[C]Evidence e doxilamina (um anti-histamínico). Um ensaio clínico randomizado e controlado descobriu que a combinação foi eficaz comparada ao placebo, mas uma reanálise dos dados questionou a importância clínica dos achados.[29] [30] Recomendações do American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e da Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) são que esses agentes são seguros e eficazes, devendo ser considerados um tratamento de primeira linha.[25] [31] Entretanto, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) atualmente não recomenda a piridoxina para o tratamento de gestantes devido à toxicidade de doses altas.[32]

» Esses medicamentos podem ser usados isoladamente ou em combinação, e estão

Agudo

disponíveis como uma formulação patenteada em alguns países.

» Ambos os medicamentos são considerados seguros durante todos os trimestres da gravidez.[25]

2a anti-histamínicos ou antieméticos orais

Opções primárias

» **meclozina**: 25 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 100 mg/dia
Considerada segura na gestação.

OU

» **dimenidrinato**: 50-100 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia
Considerada segura na gestação.

OU

» **difenidramina**: 25-50 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 300 mg/dia
Considerada segura na gestação.

OU

» **metoclopramida**: 5-10 mg por via oral a cada 8 horas quando necessário por um máximo de 5 dias, máximo de 30 mg/dia
Considerada segura na gestação.

OU

» **domperidona**: 10 mg por via oral três vezes ao dia por um máximo de 7 dias, máximo de 30 mg/dia

Opções secundárias

» **clorpromazina**: 10-25 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

OU

» **proclorperazina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) a cada 6-8 horas quando necessário
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

Agudo

OU

» **prometazina**: 12.5 a 25 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

Opções terciárias

» **trimetobenzamida**: 300 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

» As terapias farmacológicas de segunda linha incluem anti-histamínicos orais alternativos (por exemplo, meclozina, dimenidrinato, difenidramina),^{4[C]}^{Evidence} antieméticos de fenotiazina (por exemplo, clorpromazina, proclorperazina),^[33] ^[34] ou antieméticos antagonistas da dopamina (por exemplo, metoclopramida, domperidona).

» O uso desses agentes na gestação não se mostrou capaz de aumentar o risco de malformações fetais em estudos.

» A metoclopramida deve ser usada por até 5 dias somente para minimizar o risco de efeitos adversos neurológicos ou outros efeitos adversos.^[45]

» Após uma revisão europeia, a Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency e a European Medicines Agency publicaram novas recomendações sobre o uso de domperidona. A revisão demonstrou que o medicamento está associado a um risco ligeiramente elevado de efeitos cardíacos com potencial risco de vida. Consequentemente, ele deve ser usado na mínima dose eficaz pela menor duração possível, e a duração máxima do tratamento geralmente não deve ultrapassar 1 semana. A nova dose máxima recomendada para adultos é 30 mg/dia. A domperidona é contraindicada em pacientes com comprometimento hepático grave ou doença cardíaca subjacente. Ela não deve ser administrada com outros medicamentos que prolongam o intervalo QT ou que inibem a CYP3A4.^[46]

com depleção de volume

1a

hidratação intravenosa

» As pacientes com depleção de volume grave devem ser reidratadas com Ringer lactato intravenoso. Se o Ringer lactato não estiver

Agudo

disponível, soros fisiológicos podem ser usados com adição de potássio ou bicarbonato de sódio, se necessário.

» Podem ser utilizadas as soluções de glicose. Ao se considerar soluções contendo glicose, alguns médicos sugerem prescrever também tiamina (vitamina B1) previamente à administração, com o objetivo de prevenir a encefalopatia de Wernicke.[1] [25] [37]

» A fluidoterapia intravenosa deve ser administrada para repor o déficit calculado, perdas em curso e manter a necessidade diária de fluidos. A avaliação da depleção de volume deve ser repetida periodicamente, e a velocidade da fluidoterapia deve ser modificada com base nos sinais de depleção de volume.

adjunto antieméticos parenterais ou retais

Opções primárias

» **ondansetrona**: 4-8 mg por via intravenosa a cada 12 horas quando necessário
Considerada segura na gestação.

OU

» **metoclopramida**: 5-10 mg por via intravenosa/intramuscular a cada 8 horas quando necessário por um máximo de 5 dias, máximo de 30 mg/dia
Considerada segura na gestação.

Opções secundárias

» **clorpromazina**: 12.5 a 25 mg por via intramuscular a cada 4-6 horas quando necessário
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

OU

» **proclorperazina**: 5-10 mg por via intramuscular/intravenosa a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 40 mg/dia
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

OU

» **proclorperazina retal**: 25 mg duas vezes ao dia quando necessário
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

Agudo

OU

» **prometazina**: 12.5 a 25 mg por via intramuscular/intravenosa a cada 4-6 horas quando necessário
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

OU

» **droperidol**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

» Em pacientes com vômitos intratáveis, a terapia parenteral (ou retal) com antieméticos (por exemplo, fenotiazinas, antagonistas dopaminérgicos ou antagonistas 5-HT3) pode ser necessária. As evidências sugerem que a ondansetrona pode ser mais efetiva que a metoclopramida no controle de vômitos intensos.[38]

» A metoclopramida deve ser usada por até 5 dias somente para minimizar o risco de efeitos adversos neurológicos ou outros efeitos adversos.[45]

adjunto **inibidores da bomba de prótons isolados ou em combinação com antieméticos**

Opções primárias

» **omeprazol**: 20-40 mg por via intravenosa uma vez ao dia
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

» Inibidores da bomba de prótons (IBPs) podem ser usados como uma opção de tratamento a antieméticos parenterais ou retais, ou em combinação.[39] Dados demonstraram que os IBPs são seguros na gestação e não estão associados ao aumento significativo de malformação congênita.[40] No entanto, a análise dos dados derivados de estudos observacionais sugere que o uso de IBP durante a gestação pode estar associado a um aumento modesto no risco de asma durante a infância.[41] Dos IBPs, o omeprazol foi o mais estudado e tem dados de segurança bem documentados.

■ **hiperêmese gravídica: outras terapias falharam**

adjunto **corticosteroides**

Opções primárias

Agudo

» **metilprednisolona**: 16 mg por via oral/intravenosa a cada 8 horas por 3 dias, em seguida reduzir a dose gradualmente ao longo de 2 semanas
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

OU

» **prednisolona**: 40-75 mg por via oral uma vez ao dia
Usar apenas se os benefícios maternos superam os riscos ao feto.

» Os corticosteroides podem ser considerados após o primeiro trimestre (seu uso tem sido associado à fenda palatina nos fetos expostos durante o primeiro trimestre).[42]

» Um estudo duplo-cego, randomizado e controlado, demonstrou melhora nos sintomas.[43]

adjunto

suplementação nutricional

» Em casos extremos, as pacientes podem necessitar de nutrição parenteral total para fornecer calorias e repor eletrólitos e nutrientes. São necessários pareceres de especialistas em medicina materno-fetal, em gastroenterologia e do serviço de nutrição parenteral do hospital.

» A alimentação parenteral demonstrou ser efetiva em um estudo pequeno que utilizou a sonda nasogástrica Dobhoff calibre 8 French, com velocidades de infusão de até 100 mL/hora.[44]

■ **positivo para *Helicobacter pylori***

adjunto

Terapia de erradicação do *Helicobacter pylori*

» Nos casos graves, pacientes que testarem positivo para *Helicobacter pylori* podem ser tratados com regimes de erradicação padrão.[12]

» Há diversos regimes disponíveis; consulte um especialista para obter orientação na escolha do regime mais apropriado para a gestante.

Recomendações

Monitoramento

Pacientes com quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez não complicado não requerem monitoramento adicional e devem ser acompanhadas rotineiramente através de visitas pré-natais. Entretanto, pacientes que desenvolvem hiperêmese devem ser monitoradas mais rigorosamente. Os eletrólitos séricos, os corpos cetônicos séricos e a urinálise devem ser monitorados para avaliar o status nutricional e de hidratação. Além disso, é prudente verificar o peso frequentemente. A frequência do acompanhamento deve ser baseada na gravidade dos sintomas e na resposta ao tratamento.

Instruções ao paciente

As pacientes devem ser tranquilizadas de que o quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez é uma resposta normal ao início da gestação e está associado ao bem-estar fetal e a um desfecho clínico favorável.

As pacientes devem ser informadas de que o tratamento inicial é tipicamente conservador e que frequentemente envolve mudanças alimentares. Embora não haja dieta específica, as mulheres devem ser instruídas a evitar alimentos que desencadeiam náuseas. Muitas mulheres constataam que alimentos com alto grau de carboidratos e baixo teor de gordura são mais palatáveis. Alimentos salgados tendem a ser mais bem tolerados pela manhã, e líquidos ácidos ou azedos podem ser mais facilmente apreciados que água pura.

Instruir as pacientes que, se elas perceberem o agravamento e/ou a persistência dos sintomas (por exemplo, qualquer sinal de depleção de volume, como palpitações, tontura), elas devem procurar seu médico.

Mulheres com hiperêmese devem notificar imediatamente seus médicos se apresentarem um agravamento dos sintomas ou sintomas novos.

Complicações

| Complicações | Período de execução | Probabilidade |
|---|---------------------|---------------|
| lacerações de Mallory-Weiss | curto prazo | média |
| As lacerações de Mallory-Weiss ocorrem com vômitos forçados. Elas representam lacerações da mucosa no esfíncter esofágico inferior. Tipicamente, elas são autolimitadas e devem ser tratadas de maneira conservadora. | | |
| pré-eclâmpsia | curto prazo | média |
| Pacientes com hiperêmese possuem um risco elevado (razão de chances de 1.5) de desenvolver pré-eclâmpsia. ^[50] | | |
| avulsão esplênica | curto prazo | baixa |

| Complicações | Período de execução | Probabilidade |
|---|---------------------|---------------|
| Raramente, a avulsão esplênica está associada à hiperêmese. Sua causa mais provável é o vômito forçado. É necessária intervenção cirúrgica imediata.[54] | | |
| ruptura esofágica | curto prazo | baixa |
| Esta é uma complicação muito rara da hiperêmese.[55] [56] Ela requer diagnóstico e intervenção cirúrgica imediatos. O diagnóstico é baseado na presença de dor torácica e de achados radiográficos de pneumomediastino. | | |
| restrição do crescimento fetal | longo prazo | média |
| Pacientes com hiperêmese possuem um risco elevado (razão de chances de 1.4) de desenvolver restrição do crescimento intrauterino.[50] | | |
| mortalidade fetal | longo prazo | baixa |
| Embora extremamente raro, dados epidemiológicos indicam que a taxa de morte fetal em gestações complicadas por hiperêmese é maior que naquelas sem hiperêmese.[53] | | |
| Encefalopatia de Wernicke | longo prazo | baixa |
| A encefalopatia de Wernicke ocorre em pacientes com deficiência grave de tiamina, que pode resultar do quadro clínico grave de náuseas e vômitos da gravidez. Os sintomas tipicamente incluem nistagmo, cefaleia, vertigem, níveis reduzidos de consciência e ataxia. Pode ser prevenida em pacientes de risco através da administração de tiamina antes da administração de soluções contendo glicose a pacientes gravemente desidratadas.[37] [57] [58] | | |

Prognóstico

Quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez não complicado

O prognóstico é excelente. O quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez não complicado remite até a 20ª semana de gestação. Além disso, demonstrou-se que mulheres que apresentam náuseas e vômitos da gravidez apresentam desfechos melhores da gestação. Eles incluem uma diminuição de abortos espontâneos, partos prematuros e natimortos. Além disso, há uma prevalência menor de peso fetal baixo ao nascer, restrição do crescimento fetal e mortalidade fetal.[47] [48] [49]

Hiperêmese gravídica

A hiperêmese pode persistir durante toda a gravidez e frequentemente requer intervenção farmacológica contínua, hidratação intravenosa e internação hospitalar. Ao contrário do quadro clínico de náuseas e vômitos da gravidez não complicado, a hiperêmese gravídica está associada a um aumento da morbidade materna, além de um incremento na morbidade e na mortalidade fetal.[50] [51] [52] [53] Além disso, os pacientes podem experimentar um impacto psicológico significativo de náusea e vômitos na gravidez.

Diretrizes de tratamento

Europa

Antenatal care for uncomplicated pregnancies

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

América do Norte

Nausea and vomiting of pregnancy

Publicado por: American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação em:
2018

The management of nausea & vomiting of pregnancy

Publicado por: Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada

Última publicação em:
2016

American Gastroenterological Association Institute medical position statement on the use of gastrointestinal medications in pregnancy

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicação em:
2006

Nível de evidência

1. Redução dos sintomas: há evidências de má qualidade que a acupuntura P6 pode reduzir o enjoo matinal autorrelatado em comparação com a acupuntura sham ou com nenhum tratamento.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
2. Redução dos sintomas: há evidências de má qualidade que o gengibre pode reduzir as náuseas e vômitos no início da gestação, comparado com placebo.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Redução dos sintomas: há evidências de má qualidade que a piridoxina pode reduzir a náusea no início da gestação, comparada com placebo, mas não pode reduzir o vômito.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Redução dos sintomas: existem evidências de má qualidade que os anti-histamínicos (buclicina, dimenidrinato, doxilamina, hidroxizina e meclizina) podem reduzir a náuseas e vômitos, comparados ao placebo.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. Clin Obstet Gynecol. 1998 Sep;41(3):597-605.
- Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD007575. [Texto completo](#)
- Lee EJ, Frazier SK. The efficacy of acupressure for symptom management: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2011 Oct;42(4):589-603.
- Thomson M, Corbin R, Leung L. Effects of ginger for nausea and vomiting in early pregnancy: a meta-analysis. J Am Board Fam Med. 2014 Jan-Feb;27(1):115-22. [Texto completo](#)
- Kashifard M, Basirat Z, Kashifard M, et al. Ondansetrone or metoclopramide? Which is more effective in severe nausea and vomiting of pregnancy? A randomized trial double-blind study. Clin Exp Obstet Gynecol. 2013;40(1):127-30.

Referências

1. Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. Clin Obstet Gynecol. 1998 Sep;41(3):597-605.
2. Gadsby R, Barnie-Adshead AM, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. Br J Gen Pract. 1993 Jun;43(371):245-8. [Texto completo](#)
3. Semmens JP. Female sexuality and life situations. An etiologic psycho-socio-sexual profile of weight gain and nausea and vomiting in pregnancy. Obstet Gynecol. 1971;38:555-563.
4. Weigel MM, Weigel RM. The association of reproductive history, demographic factors, and alcohol and tobacco consumption with the risk of developing nausea and vomiting in early pregnancy. Am J Epidemiol. 1988;127:562-570.
5. Fairweather DV. Nausea and vomiting in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1968;102:135-175.
6. Buckwalter JG, Simpson SW. Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186(5 Suppl Understanding):S210-4.
7. Sherman PW, Flaxman SM. Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective. Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186(5 Suppl Understanding):S190-7.
8. Walsh JW, Hasler WL, Nugent CE, et al. Progesterone and estrogen are potential mediators of gastric slow-wave dysrhythmias in nausea of pregnancy. Am J Physiol. 1996 Mar;270(3 Pt 1):G506-14.
9. Masson GM, Anthony F, Chau E. Serum chorionic gonadotrophin (hCG), schwangerschaftsprotein 1 (SP1), progesterone and oestradiol levels in patients with nausea and vomiting in early pregnancy. Br J Obstet Gynaecol. 1985 Mar;92(3):211-5.

10. Bernstein L, Pike MC, Lobo RA, et al. Cigarette smoking in pregnancy results in marked decrease in maternal hCG and oestradiol levels. *Br J Obstet Gynaecol.* 1989 Jan;96(1):92-6.
11. Depue RH, Bernstein L, Ross RK, et al. Hyperemesis gravidarum in relation to estradiol levels, pregnancy outcome, and other maternal factors: a seroepidemiologic study. *Am J Obstet Gynecol.* 1987 May;156(5):1137-41.
12. Goldberg D, Szilagyi A, Graves L. Hyperemesis gravidarum and *Helicobacter pylori* infection: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2007 Sep;110(3):695-703.
13. Fejzo MS, Ingles SA, Wilson M, 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 Nov;141(1):13-7.
14. Basso O, Olsen J. Sex ratio and twinning in women with hyperemesis or pre-eclampsia. *Epidemiology.* 2001 Nov;12(6):747-9.
15. Ko H, Yoshida EM. Acute fatty liver of pregnancy. *Can J Gastroenterol.* 2006 Jan;20(1):25-30.
16. Mahadevan U, Kane S. American Gastroenterological Association Institute medical position statement on the use of gastrointestinal medications in pregnancy. *Gastroenterology.* 2006 Jul;131(1):278-82.
[Texto completo](#)
17. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD007575. [Texto completo](#)
18. Rosen T, de Veciana M, Miller HS, et al. A randomized controlled trial of nerve stimulation for relief of nausea and vomiting in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003 Jul;102(1):129-35.
19. Roscoe JA, Matteson SE. Acupressure and acustimulation bands for control of nausea: a brief review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May;186(5 Suppl Understanding):S244-7.
20. Lee EJ, Frazier SK. The efficacy of acupressure for symptom management: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Oct;42(4):589-603.
21. Allen TK, Habib AS. P6 stimulation for the prevention of nausea and vomiting associated with cesarean delivery under neuraxial anesthesia: a systematic review of randomized controlled trials. *Anesth Analg.* 2008 Oct;107(4):1308-12. [Texto completo](#)
22. Smith CA, Cochrane S. Does acupuncture have a place as an adjunct treatment during pregnancy? A review of randomized controlled trials and systematic reviews. *Birth.* 2009 Sep;36(3):246-53.
23. Borelli F, Capasso R, Aviello G, et al. Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy-induced nausea and vomiting. *Obstet Gynecol.* 2005 Apr;105(4):849-56.
24. Niebyl JR, Goodwin TM. Overview of nausea and vomiting of pregnancy with an emphasis on vitamins and ginger. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May;186(5 Suppl Understanding):S253-5.

25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin: nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004 Apr;103(4):803-14.
26. Mohammedbeigi R, Shahgeibi S, Soufizadeh N, et al. Comparing the effects of ginger and metoclopramide on the treatment of pregnancy nausea. *Pak J Biol Sci.* 2011 Aug 15;14(16):817-20.
27. Ding M, Leach M, Bradley H. The effectiveness and safety of ginger for pregnancy-induced nausea and vomiting: a systematic review. *Women Birth.* 2013 Mar;26(1):e26-30. [Texto completo](#)
28. Thomson M, Corbin R, Leung L. Effects of ginger for nausea and vomiting in early pregnancy: a meta-analysis. *J Am Board Fam Med.* 2014 Jan-Feb;27(1):115-22. [Texto completo](#)
29. Koren G, Clark S, Hankins GD, et al. Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized placebo controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Dec;203(6):571.e1-7.
30. Persaud N, Meaney C, El-Emam K, et al. Doxylamine-pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy randomized placebo controlled trial: prespecified analyses and reanalysis. *PLoS One.* 2018 Jan 17;13(1):e0189978. [Texto completo](#)
31. Campbell K, Rowe H, Azzam H, et al. The management of nausea and vomiting of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016 Dec;38(12):1127-37.
32. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. January 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
33. Leathem A. Safety and efficacy of antiemetics used to treat nausea and vomiting in pregnancy. *Clin Pharm.* 1986 Aug;5(8):660-8.
34. Gill SK, O'Brien L, Koren G. The safety of histamine 2 (H2) blockers in pregnancy: a meta-analysis. *Dig Dis Sci.* 2009 Sep;54(9):1835-8.
35. Herrell HE. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician.* 2014 Jun 15;89(12):965-70. [Texto completo](#)
36. Tan PC, Norazilah MJ, Omar SZ. Dextrose saline compared with normal saline rehydration of hyperemesis gravidarum: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2013 Feb;121(2 Pt 1):291-8. [Texto completo](#)
37. Eboue C, Carlier-Guerin C, de La Sayette V, et al. A rare complication of vomiting in pregnancy: Wernicke's encephalopathy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006 Dec;35(8 Pt 1):822-5.
38. Kashifard M, Basirat Z, Kashifard M, et al. Ondansetrone or metoclopramide? Which is more effective in severe nausea and vomiting of pregnancy? A randomized trial double-blind study. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2013;40(1):127-30.
39. Einarson A, Maltepe C, Boskovic R, et al. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy: an updated algorithm. *Can Fam Physician.* 2007 Dec;53(12):2109-11. [Texto completo](#)

40. Pasternak B, Hviid A. Use of proton-pump inhibitors in early pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2010 Nov 25;363(22):2114-23.
41. Lai T, Wu M, Liu J, et al. Acid-suppressive drug use during pregnancy and the risk of childhood asthma: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2018 Feb;141(2):e20170889.
42. Park-Wyllie L, Mazzotta P, Pastuszak A, et al. Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies. *Teratology*. 2000 Dec;62(6):385-92.
43. Safari HR, Fassett MJ, Souter IC, et al. The efficacy of methylprednisolone in the treatment of hyperemesis gravidarum: a randomized, double-blind, controlled study. *Am J Obstet Gynecol*. 1998 Oct;179(4):921-4.
44. Hsu JJ, Clark-Glena R, Nelson DK, et al. Nasogastric enteral feeding in the management of hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol*. 1996 Sep;88(3):343-6.
45. European Medicines Agency. European Medicines Agency recommends changes to the use of metoclopramide. July 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
46. European Medicines Agency. CMDh confirms recommendations on restricting use of domperidone-containing medicines. April 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
47. Brandes JM. First-trimester nausea and vomiting as related to outcome of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1967 Sep;30(3):427-31.
48. Jarnfelt-Samsioe A, Samsioe G, Velinder GM. Nausea and vomiting in pregnancy - a contribution to its epidemiology. *Gynecol Obstet Invest*. 1983;16(4):221-9.
49. Weigel MM, Weigel RM. Nausea and vomiting of early pregnancy and pregnancy outcome. An epidemiologic study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989 Nov;96(11):1304-11.
50. Zhang J, Cai WW. Severe vomiting during pregnancy: antenatal correlates and fetal outcomes. *Epidemiology*. 1991 Nov;2(6):454-7.
51. Wood P, Murray A, Sinha B, et al. Wernicke's encephalopathy induced by hyperemesis gravidarum. Case reports. *Br J Obstet Gynaecol*. 1983 Jun;90(6):583-6.
52. Gross S, Librach C, Cecutti A. Maternal weight loss associated with hyperemesis gravidarum: a predictor of fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 1989 Apr;160(4):906-9.
53. Bailit JL. Hyperemesis gravidarum: epidemiologic findings from a large cohort. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Sep;193(3 Pt 1):811-4.
54. Nguyen N, Deitel M, Lacy E. Splenic avulsion in a pregnant patient with vomiting. *Can J Surg*. 1995 Oct;38(5):464-5.
55. Eroglu A, Kurkcuoglu C, Karaoglanoglu N, et al. Spontaneous esophageal rupture following severe vomiting in pregnancy. *Dis Esophagus*. 2002;15(3):242-3.

56. Liang SG, Ooka F, Santo A, et al. Pneumomediastinum following esophageal rupture associated with hyperemesis gravidarum. *J Obstet Gynaecol Res.* 2002 Jun;28(3):172-5.
57. Togay-Isikay C, Yigit A, Mutluer N. Wernicke's encephalopathy due to hyperemesis gravidarum: an under-recognised condition. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2001 Nov;41(4):453-6.
58. Phayphet M, Rafat C, Andreux F, et al. Hyperemesis gravidarum: a rare cause of Wernicke encephalopathy [in French]. *Presse Med.* 2007 Dec;36(12 Pt 1):1759-61.

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

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Jeffrey D. Quinlan, MD

Associate Professor

Family Medicine, Uniformed Services University of Health Sciences, Bethesda, MD

DIVULGAÇÕES: JDQ declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Sarah Jorgensen, DO

Faculty Physician

Family Medicine Residency, Naval Hospital Jacksonville, FL

DIVULGAÇÕES: SJ declares that she has no competing interests.

Yosra Tahir Jarjees, MD

Assistant Professor

Head of Department of Obstetrics and Gynecology, Mosul College of Medicine, Mosul, Iraq

DIVULGAÇÕES: YTJ declares that he has no competing interests.

D. Ashley Hill, MD

Associate Director

Department of Obstetrics and Gynecology, Florida Hospital, Orlando, FL

DIVULGAÇÕES: DAH declares that he has no competing interests.