
NÁUSEAS E VÔMITOS DA GRAVIDEZ

1ª edição: setembro/2008

As náuseas e vômitos representam as condições médicas mais comuns da gravidez contribuindo para um alto grau de ansiedade e preocupação nas mulheres. Nas suas formas mais graves, são chamadas de hiperemese gravídica, definida como vômitos persistentes que levam a uma perda de peso maior que 5% do peso pré-gravídico, associado a desequilíbrio hidro-eletrolítico e cetonúria, ocorrendo em cerca de 1% das gestações.

Mais freqüente em primigestas, a sua patogênese não é bem conhecida e sua etiologia é provavelmente multifatorial. Os aspectos emocionais e as adaptações hormonais próprias do início da gestação são apontados como principais fatores etiológicos.

Algumas doenças poderão estar associadas à hiperemese, como pré-eclâmpsia, gemelaridade, mola hidatiforme, diabetes e isoimunização.

DIAGNÓSTICO

Outras causas de náuseas e vômitos intensos devem ser afastadas, como úlcera gástrica, cisto de ovário torcido, prenhez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais, problemas metabólicos e do sistema nervoso central.

Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperemese gravídica.

Os vômitos incoercíveis e náuseas acarretam um quadro que vai desde a desidratação e oligúria à perda de peso, alcalose (pela perda maior de cloro, através do suco gástrico _ hipocloremia), perda de potássio nos casos mais prolongados e alterações no metabolismo de gorduras e glicose, podendo chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica, nos casos graves.

CONDUTA

O apoio psicológico e educativo desde o início da gestação assim como o tratamento precoce das náuseas e vômitos, com reorientação alimentar e antieméticos, são as melhores maneiras de evitar os casos de hiperemese. Os casos mais graves requerem internação hospitalar e utilização de medicação endovenosa pelo período que for necessário para a sua resolução.

DIETA E MUDANÇA DE HÁBITOS DE VIDA

As recomendações incluem separar sólidos de líquidos, alimentar-se mais freqüentemente com refeições mais leves; evitar alimentos gordurosos e bebidas geladas ou muito doces. Aconselha-se também evitar alimentos com cheiros fortes, como as comidas muito temperadas.

TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Gengibre – 250 mg de 6 em 6 horas (pode ser manipulado)

Acupressão – a estimulação do ponto P6 (Neiguan), localizado três dedos proximal ao punho tem demonstrado benefícios no tratamento das náuseas e vômitos da gravidez.

TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

São várias as opções terapêuticas farmacológicas para o adequado manejo das náuseas e vômitos da gravidez. A escolha por uma ou outra droga dependerá da experiência particular de cada um e da disponibilidade local das mesmas.

Dimenidrinato – 50-100 mg VO ou IV a cada 4-6 horas até o máximo de 200 mg/dia

Piridoxina (vitamina B6) – 30 a 70 mg/dia. Pode ser associada com dimenidrinato.

Prometazina – 12,5 a 25 mg VO, IM ou IV a cada 4-6 horas

Clorpromazina – 25 mg VO ou IM a cada 4-6 horas; 50 mg IV a cada 4-6 horas

Metoclopramida – 10 mg VO, VR (via retal), IM ou IV a cada 6-8 horas

Odansetron – 8 mg VO a cada 12 horas ou administração IV lenta por 15 minutos a cada 12 horas ou infusão contínua de 1 mg/hora por no máximo 24 horas. O seu uso deve ser restrito para casos refratários às terapias anteriores devendo ser evitado no primeiro trimestre.

Metilprednisolona – 15 a 20 mg IV a cada 8 horas. Também deve ser restrita para casos refratários e deve ser evitada nas primeiras 10 semanas.

TERAPIAS ADJUVANTES

Terapias anti refluxo esofágico

Devido à presença comum de refluxo gastro-esofágico nos casos de hiperemese gravídica, além da medicação antiemética, pode ser necessária também a utilização de medicação anti refluxo como terapia adjuvante:

Antiácidos – Os antiácidos comuns à base de sais de magnésio, alumínio e cálcio podem ser utilizados nas doses usuais.

Antagonistas dos receptores H₂ – cimetidina, ranitidina e famotidina em doses usuais.

Inibidores da bomba de prótons – O omeprazol em doses usuais também pode ser usado.

Transtornos do humor

É comum, nos casos de hiperemese gravídica, a presença de distúrbios do humor e pode ser necessária a utilização de medicação específica para tal:

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina – fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e citalopram em doses usuais.

Outras causas de hiperemese

Em casos refratários ao tratamento convencional, pode ser necessária a investigação de outras causas potenciais ou fatores exacerbantes. Dosagens de eletrólitos, provas de função renal e hepática, pesquisa de doença tireoidiana, ultrassom e pesquisa de *Helicobacter pylori* devem ser considerados.

OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Mesmo nos casos de náuseas e vômitos, havendo persistência dos sintomas, pode ser necessária sedação e diminuição dos níveis de ansiedade da gestante, com apoio psicológico, além de hidratação endovenosa, quando a desidratação existir.

Todavia, instalado o quadro de hiperemese, a internação se faz necessária, com jejum, reposição das perdas com soro glicofisiológico, manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e de ácido-base, além do uso de antieméticos injetáveis.

A reintrodução de dieta leve e sua progressiva normalização devem ser feitos na medida da aceitação da gestante, seu apetite e ausência de náuseas. Nos casos de acentuada perda de peso e dificuldade de reintrodução da dieta, a alimentação parenteral pode ser necessária, enquanto persistirem os sintomas.

O algoritmo a seguir deve servir de guia para o tratamento adequado das náuseas e vômitos da gravidez em suas formas leves e graves.

NÁUSEAS E VÔMITOS DA GRAVIDEZ: ALGORITMO DE TRATAMENTO**(se não houver melhora, ir para o próximo passo)**

Dimenidrinato 50 mg combinado com 10 mg de piridoxina, um comprimido a cada 4-6 horas até o máximo de quatro comprimidos por dia. Ajustar dose e horário de acordo com a gravidade e aparecimento dos sintomas

Adicionar metoclopramida 10 mg VO ou VR (via retal) a cada 6-8 horas ou prometazina 12,5 a 25 mg a cada 8 horas

Sem desidratação

Com desidratação

Adicionar qualquer um por ordem de preferência:

- Clorpromazina – 50 mg VO a cada 8 horas
- Prometazina – 12,5 a 25 mg VO ou IM a cada 4-6 horas
- Metoclopramida – 10 mg VO ou VR a cada 6-8 horas
- Odansetron* – 8 mg VO a cada 12 horas

Notas:

- Descartar outras causas de náuseas e vômitos
- A qualquer momento utilizar se ainda não estiver em uso:
Pridoxina – 30 a 70 mg ao dia
Gengibre – 250 mg a cada 6 horas
Acupressão no ponto P6
- Considerar a qualquer momento a utilização de nutrição parenteral quando indicada

Internação:

- Reposição hidroeletrólítica
- Suplementação vitamínica (complexo B)
- Dimenidrinato – 50 mg (em 50 ml de SF 0,9% lento em 20 minutos) a cada 4-6 horas IV)

Adicionar qualquer um por ordem de preferência:

- Clorpromazina – 25 – 50 mg IV a cada 4-6 horas
- Prometazina – 12,5 a 25 mg IV a cada 4-6 horas
- Metoclopramida – 10 mg IV a cada 6-8 horas

Adicionar por ordem de preferência:

- Odansetron* – 8 mg em administração IV lenta por 15 minutos a cada 12 horas ou infusão contínua de 1 mg/hora por no máximo 24 horas
- Metilprednisolona[&] – 15 a 20 mg IV a cada 8 horas.

*Usar apenas quando outras terapias falharem e evitar no primeiro trimestre
&O uso de esteróides nas primeiras 10 semanas pode aumentar o risco de fenda palatina