

Náuseas e vômitos na gravidez

Protocolos Febrasgo

Obstetria – 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 hidroeletrólíticos; 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 hidroeletrólíticos, 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%, sendo que, 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 (NVG) com necessidade de tratamento farmacológico situa-se em cerca de 10% das gestações.⁽²⁾ A mortalidade materna por náuseas e vômitos é atualmente

¹Universidade 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>

excepcional, sendo inferior a 1/10.000 nascimentos no Brasil e em todo 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, são as principais justificativas neste sentido.⁽⁴⁾ NVG 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.⁽³⁾ 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 NVG são positivos para esse agente contra 50% do grupo controle.^(4,5) 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 NVG 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).

Seja um associado, leia esse e outros protocolos assistenciais na íntegra.

Entre em contato com a Federada do seu estado.

febrasgo

Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria