

Tema: náuseas e vômitos na gestação

Versão Nº 01

Protocolo Nº 324

1ª Versão: junho de 2022

Atualização: NA

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	2
OBJETIVOS .....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO .....	2
FLUXOGRAMA .....	3
AVALIAÇÃO INICIAL .....	3
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	5
TRATAMENTO .....	5
HIDRATAÇÃO VENOSA E REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA.....	7
DIETA .....	10
CASOS REFRACTÁRIOS.....	10
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.....	11
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO .....	11
CONFLITOS DE INTERESSE .....	11
REFERÊNCIAS.....	11
ANEXO .....	12
SIGLAS .....	12
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	13

### INTRODUÇÃO

Náuseas, com ou sem vômitos, constituem os sintomas da êmese gravídica, e podem levar a perda de qualidade de vida da gestante e de sua família, principalmente quando são moderados ou graves. O controle desses sintomas é essencial para a promoção do bem-estar da mulher gestante, além da diminuição dos riscos de hospitalização e complicações clínicas.

A êmese pode ocorrer em 50 a 90% de todas as gestantes, sendo mais proeminente no primeiro trimestre de gestação. Os sintomas geralmente iniciam entre 5 e 6 semanas, apresentam pico de prevalência na 9ª semana e resolução entre 16 e 20 semanas de gravidez. Cerca de 15 a 20% das pacientes podem persistir com sintomas até o 3º trimestre e 5%, até o parto.

A hiperêmese gravídica é a forma grave da doença, com incidência aproximada entre 0,3 a 2% das pacientes, podendo levar a perda ponderal maior que 5% do peso corporal prévio à gestação, além de disfunções clínicas como desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, lesões hepáticas e renais, hemorragia retiniana, distúrbios nutricionais e neurológicos (encefalopatia de *Wernicke*).

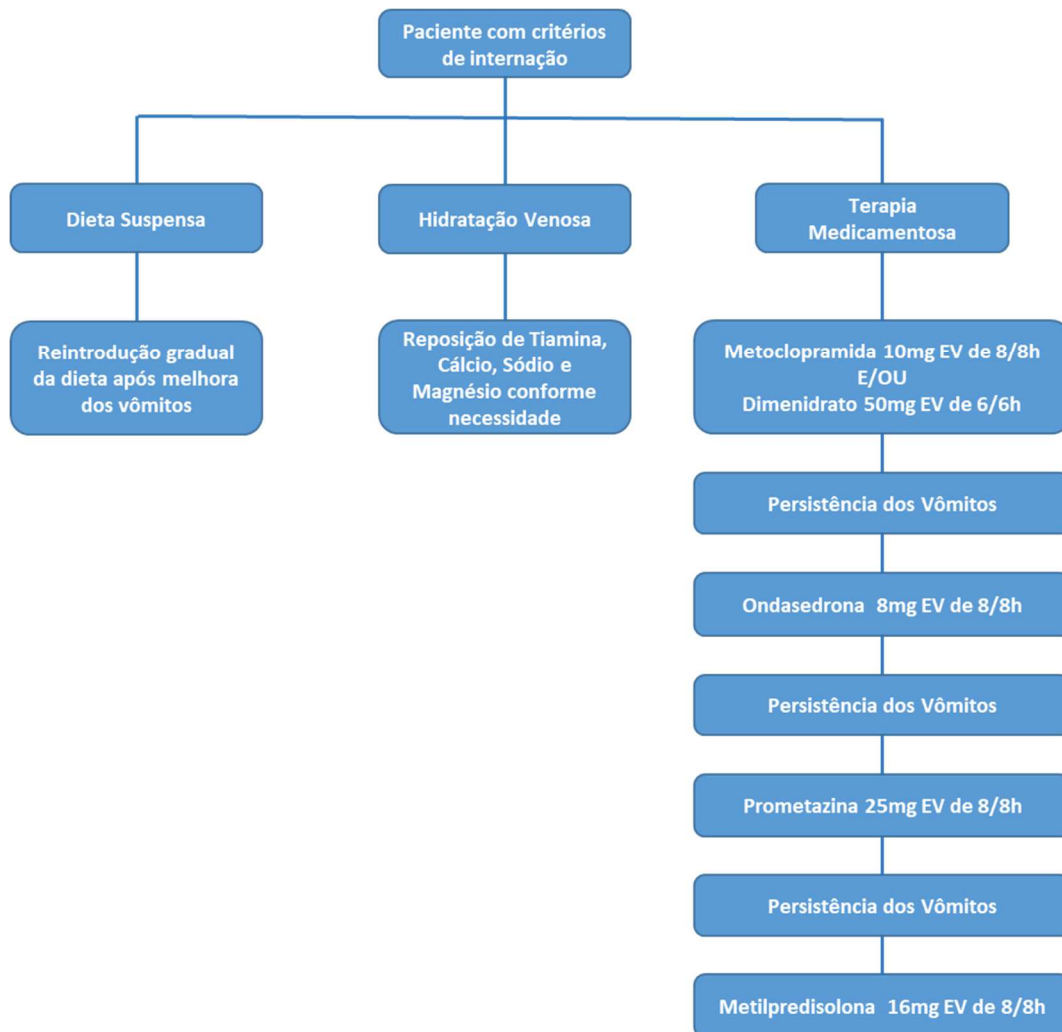
### OBJETIVOS

Padronizar o tratamento de pacientes com quadro de êmese e hiperêmese gravídica e o acompanhamento clínico após a alta médica.

### CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Gestantes com quadro de náuseas e vômitos com comprometimento da qualidade de vida.

## FLUXOGRAMA



## AVALIAÇÃO INICIAL

Gestantes com náuseas e vômitos devem ser avaliadas para determinação da forma clínica (êmeze ou hiperêmese gravídica), avaliação de diagnósticos diferenciais, realização de exames laboratoriais (nas pacientes com evolução moderada ou grave) e instituição do tratamento.

### Anamnese:

- Frequência de vômitos
- História de perda de peso
- Relato de alimentação e ingestão de líquidos
- Ptalismo
- Fatores de risco

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- Mulheres não grávidas com distúrbios que levam a náuseas e vômitos ou enxaqueca
- Gestação múltipla
- Sintomas em gestação anterior
- Gravidez molar
- Hipovitaminose
- Refluxo gastroesofágico
- Distúrbios psicológicos, principalmente com sintomas depressivos

### Exame físico:

- Peso corporal
- Pressão arterial ortostática
- Frequência cardíaca

### Exames laboratoriais:

- Eletrólitos séricos: sódio, potássio, cloreto, magnésio, cálcio e fósforo
- Cetonas na urina
- Uréia e creatinina
- Hemograma
- TGO, TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas total e frações
- Amilase e lipase
- TSH e T4 livre

### Exames de imagem:

- Ultrassonografia obstétrica é importante para determinação do número de fetos e exclusão de doença molar.
- Outros exames de imagem são reservados para pacientes com quadros refratários aos tratamentos ou suspeitas clínicas e laboratoriais de diagnósticos diferenciais.

### Sinais de gravidade clínica e laboratorial:

- Lassidão
- Tonteira postural
- Sede
- Taquicardia
- Volume e frequência urinária diminuídos
- Delírios
- Icterícia
- Sinais de hemorragia retiniana

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- A êmese e a hiperêmese gestacional são diagnósticos de exclusão, com base principalmente em sua primeira ocorrência no início da gestação e resolução gradual no início do segundo trimestre.
- Sintomas que podem sugerir outros diagnósticos:
  - Início de sintomas após 10 semanas de gestação
  - Êmese biliosa
  - Dor abdominal associada
  - Febre
  - Cefaleia persistente
  - Achados neurológicos anormais (avaliar encefalopatia de *Wernicke*)
  - Diarreia
  - Constipação intestinal
  - Leucocitose com desvio a esquerda
  - Bócio
  - Hipertensão arterial
- As principais doenças que devem ser excluídas são:
  - Mola hidatiforme
  - Pré-eclâmpsia
  - Síndrome HELLP
  - Esteatose hepática
  - Hiperparatireoidismo da gravidez

## TRATAMENTO

Pacientes com êmese ou hiperêmese devem ser avaliadas para determinação da gravidade de seus sintomas, instituição de aconselhamento quanto a dieta e hábitos, tratamento medicamentoso ambulatorial ou hospitalização para infusão de fluidos, medicamentos parenterais e nutrição.

### Tratamento ambulatorial:

- Objetivos do tratamento ambulatorial:
  - Diminuir os sintomas e melhorar a qualidade de vida da mulher.
  - Evitar complicações graves e perda de peso extrema.
  - Minimizar efeitos fetais do tratamento farmacológico.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- Dieta:
  - Evitar estômago vazio.
  - Lanches em pequenas quantidades e ricos em proteínas.
  - Alimentos compostos de líquidos/sólidos (facilitam o esvaziamento gástrico).
  - Consumir líquidos em momentos diferentes de alimento (para diminuir o empachamento).
  - Preferir líquidos frios, transparentes, ácidos.
  - Utilizar gengibre (balas, sucos ou no alimento).
  
- Mudança de hábitos:
  - Evitar gatilhos (luzes, ambientes com cheiro, calor ou umidade).
  - Evitar deitar-se logo após a alimentação.
  - Escovar os dentes após se alimentar, lavar a boca ou cuspir (evita manter gostos na boca).
  - Deglutir as vitaminas pré-natais antes do dormir, com um lanche leve.
  
- Medicamentos:
  - Doxilamina\* 10 mg + piridoxina 10 mg: iniciar com 2 comprimidos ao deitar. Pode-se chegar até 1 comprimido pela manhã e pela tarde; e 2 comprimidos ao deitar.
  - Dimenidrinato 50 mg de 6/6 horas.
  - Metoclopramida 10 mg de 8/8 horas.
  - Meclizina\* 25 mg de 6/6 horas.
  - Ondansetrona 4 mg de 8/8 horas (reservado para pacientes com IG > 10 semanas ou pacientes com sintomas refratários aos outros medicamentos)
  - Prometazina 25 mg de 12/12 horas (reservado para pacientes com sintomas refratários a outras medicações).

\* Medicamentos não padronizados no HC-UFMG; utilizados somente para a prescrição ambulatorial.

→ Em pacientes com sintomas de refluxo associados a náuseas, associar fármacos redutores da acidez gástrica.

- Hidróxido de alumínio ou hidróxido de magnésio, solução oral, uma colher de sopa até de 8 em 8 horas.
- Ranitidina, 150 mg de 12/12 horas.
- Omeprazol, 20 mg pela manhã, em jejum.

### Tratamento hospitalar:

Pacientes com sintomas de vômitos persistentes, sinais de gravidade ou alterações laboratoriais devem ser hospitalizadas para suspensão da dieta, hidratação venosa e tratamento farmacológico parenteral.

- Repetir ionograma após as primeiras 4 horas de reidratação venosa. Caso ainda haja distúrbio hidroeletrólítico ou na ausência de melhora do estado geral, repetir o esquema de fórmulas calculado para as primeiras 4 horas.
- O controle laboratorial deve ser repetido diariamente (dosagens séricas e urinárias), a fim de orientar a reposição venosa (ajustes na prescrição).
- Pesquisar os sinais de gravidade pelo menos seis vezes ao dia.
- Cuidados gerais iniciais:
  - Dieta suspensa
  - Peso diário pela manhã
  - Balanço hídrico

### HIDRATAÇÃO VENOSA E REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA

#### Hidratação venosa:

- O volume infundido dependerá da avaliação clínica, percentual de perdas e do peso corporal.
- Iniciar com reposição de solução ringer lactato ou glicofisiológica 1:1 (metade solução glicosada 5% + metade com solução fisiológica 0,9%).

Necessidades diárias	
Água	35 – 45 ml/Kg
Sódio	1,5 mEq/Kg
Potássio	1 mEq/Kg
Cloro	1,5 – 2 mEq/Kg
Calorias	15 Kcal/Kg

Balanço Hídrico	
Água endógena	400 - 600 ml/dia
Perdas insensíveis	800 - 1200 ml/dia
Perdas extraordinárias	Doença de base

### FÓRMULAS

Exemplo – paciente base 60 Kg:

- Volume a ser reposto: peso corporal x 0,60 x % perda de líquido corporal

$$60 \times 0,6 \times 8 \text{ (paciente assintomática)} = 2880 \text{ ml}$$

$$60 \times 0,6 \times 8-15 \text{ (paciente com hipotensão)} = 2880 - 5400 \text{ ml}$$

$$60 \times 0,6 \times 15 \text{ (paciente em choque hipovolêmico)} = 5400 \text{ ml}$$

- Velocidade de infusão nas primeiras 24 horas:

- Infundir 50% do volume calculado nas primeiras 4 horas.
- Infundir os outros 50% do volume nas próximas 20 horas.
- Primeiras 4 horas:

$$2880 \text{ ml}/2 \rightarrow 1440 \text{ ml}/4 \text{ horas} = 360 \text{ ml/h} = 120 \text{ gotas/min}$$

$$4000 \text{ ml}/2 \rightarrow 2000 \text{ ml}/4 \text{ horas} = 500 \text{ ml/h} = 160 \text{ gotas/min}$$

$$5400 \text{ ml}/2 \rightarrow 2700 \text{ ml}/4 \text{ horas} = 675 \text{ ml/h} = 220 \text{ gotas/min}$$

- Nas próximas 20 horas:

$$1440 \text{ ml}/20 \text{ horas} = 72 \text{ ml/h} = 25 \text{ gotas/min}$$

$$2000 \text{ ml}/20 \text{ horas} = 100 \text{ ml/h} = 30 \text{ gotas/min}$$

$$2700 \text{ ml}/20 \text{ horas} = 135 \text{ ml/h} = 45 \text{ gotas/min}$$

### Reposição de potássio

- Quantidade necessária

$$([\text{K}^+] \text{ normal} - [\text{K}^+] \text{ paciente}) \times \text{peso} \times \% \text{ água corporal} + \text{necessidade diária de K}^+$$

- Metade da necessidade total deve ser infundida nas primeiras 4 horas, a outra metade nas próximas 20 horas.

- Infusão máxima diária:

$$\text{K} > 2,5 \text{ mEq} \rightarrow 20 \text{ mEq/h (até 400 mEq/dia)}$$

$$\text{K} < 2,5 \text{ mEq} \rightarrow 10 \text{ mEq/h (até 200 mEq/dia)}$$

### FÓRMULAS

Exemplo – para pacientes com  $K = 2,5 \text{ mEq\%}$ :

$$(4,5 - 2,5) \times 0,6 \times 60 + 60 = 132 \text{ mEq/24 horas}$$

- Primeiras 4 horas:

$$132 \text{ mEq/24} = 66 \text{ mEq/4 horas} = 16,5 \text{ mEq/hora}$$

- Nas próximas 20 horas:

$$66 \text{ mEq} / 20 \text{ horas} = 3,3 \text{ mEq/hora}$$

→ A reposição de **sódio** segue o mesmo esquema de reposição do potássio.

### Reposição de magnésio:

- 2 g de Sulfato de magnésio ( $\text{MgSO}_4$  10%) → Infusão 10-20 minutos.
- 1 g de Sulfato de magnésio ( $\text{MgSO}_4$  10%), solução em 100ml → Infusão 1 g/hora.

→ Manter reposição de magnésio enquanto níveis séricos  $< 0,8$ .

→ A hipomagnesemia é causa comum de hipocalcemia.

### Reposição de cálcio:

- Gluconato de cálcio: 1 a 2 g + 50 ml SGI 5% → Infundir em 10 a 20 min.

### Reposição de fósforo:

- Fosfato de sódio ou Fosfato de potássio VO 02 comprimidos 4x ao dia.

### Reposição de tiamina:

- Importante para a prevenção de encefalopatia de *Wernicke*.
- 100 mg EV nos líquidos de reposição.
- Manter nos próximos 2 ou 3 dias.

### DIETA

- A dieta deverá permanecer suspensa nas primeiras horas de internação.
  - Após 24 a 48 horas, após controle dos vômitos, a dieta deve ser reintroduzida progressivamente.
  - É importante a reintrodução de proteínas.
- Se a paciente mantiver sintomas, mesmo após instituição do tratamento e reposição hidroeletrólítica, pode ser necessário avaliar instituição de alimentação enteral ou parenteral.

### Medicamentos:

- Metoclopramida: 10 mg EV de 8/8 horas.
- Dimenidrinato: 50 mg EV de 6/6 horas.
- Ondansetrona: 8 mg EV de 8/8 horas.
- Prometazina: 25 mg EV de 8/8 horas.

→ Os medicamentos inicialmente devem ser administrados por via endovenosa. Após controle dos vômitos e após reintrodução alimentar, os medicamentos podem ser prescritos por via oral.

### CASOS REFRACTÁRIOS

Pacientes que apresentam refratariedade ao tratamento hospitalar instituído podem se beneficiar com o uso de glicocorticóides.

- Opção para o tratamento EV:

- Metilprednisolona: 16 mg EV de 8/8 horas ou
- Hidrocortisona: 100 mg EV de 12/12 horas.

→ O tratamento com glicocorticóides EV devem ser mantidos por 48 a 72 horas. Após esse período, é necessário a continuação do tratamento por via oral, com redução gradual das doses.

- Opção para o tratamento VO:

- Prednisona: 40 mg por 01 dia – 20 mg por 03 dias – 10 mg por 3 dias – 5mg por 7 dias.

→ O regime com glicocorticóides pode ser repetido até 3 vezes em um período de 6 semanas, caso haja recorrência do quadro clínico.

## ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Havendo estabilização do quadro, após hospitalização, a paciente deve receber alta médica para acompanhamento ambulatorial com acompanhamento rigoroso e a instituição de medidas para minimizar seus sintomas.

- Dieta.
- Mudança de hábitos.
- Medicamentos via oral (manutenção até que a paciente permaneça assintomática por pelo menos 7 dias).

## CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

As pacientes serão retiradas do protocolo após a resolução dos sintomas.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

## REFERÊNCIAS

ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea and Vomiting Of Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018 Jan;131(1): e15-e30. doi: 10.1097/AOG.0000000000002456.

Aguiar RALP. Hiperemese Gravídica. In: Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. Noções Práticas de Obstetrícia. 14 ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2011. 239-48.

## ANEXO

**Tabela 1 – constituição iônica das soluções disponíveis:**

SOLUÇÕES FISIOLÓGICAS	QUANTIDADE DE ELETRÓLITOS				
	Sódio (Na)	Cloro (Cl)	Potássio (K)	Cálcio (Ca)	Bicarbonato (HCO <sub>3</sub> )
SF 0,9% 250 ml	38 mEq				
SF 0,9% 500ml	77 mEq				
SF 0,9% 1000ml	154 mEq				
Ringer 500ml	73,5 mEq	78 mEq	2 mEq	2,5 mEq	
Ringer 1000 ml	147 mEq	156 mEq	4 mEq	5 mEq	
Ringer lactato 500 ml	116,5 mEq	55 mEq	2 mEq	1,5 mEq	14 mEq
Ringer lactato 1000ml	233 mEq	110 mEq	4 mEq	3 mEq	28 mEq

Soluções glicosadas	Quantidade de glicose em gramas				
Soro glicosado	10 ml	20 ml	250 ml	500 ml	1000 ml
SGL 5%	-	-	12,5 g	25 g	50 g
SGH 10%	-	-	-	50 g	100 g
SGH 50%	5 g	10 g	-	-	-

Solução	Volume	Na	Cl	K	HCO <sub>3</sub>
NaCl 20%	10 ml	34 mEq	34 mEq	-	-
NaCl 10%	10 ml	17 mEq	17 mEq	-	-
KCl 10%	10 ml	-	13,4 mEq	13,4 mEq	-
NaHCO <sub>3</sub> 5%	250 ml	0,6 mEq/ml	-	-	0,6 mEq/ml
NaHCO <sub>3</sub> 8,4%	250 ml	1 mEq/ml	-	-	1 mEq/ml

## SIGLAS

EV	endovenoso
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count
SF	Soro fisiológico
SGH	soro glicosado hipertônico
SGL	soro glicosado isotônico
T4 livre	tetraiodotironina
TGO	transaminase glutâmico-oxalacética
TGP	transaminase glutâmicopirúvica
TSH	hormônio tireoestimulante

## HISTÓRICO DAS VERSÕES

### 1ª versão

- Elaborada em maio de 2020 por: Marina Mariz.
- Responsável técnico: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Aprovada em junho de 2022 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.