



Hiperêmese Gravídica

Descrição

Definição

Agravamento do quadro de êmese, geralmente no 1º trimestre gestacional, podendo determinar alterações hidroeletrolíticas, nutricionais e metabólicas.

Incidência

2/1.000 a 3/1.000 gestantes.

Fatores predisponentes

- Primigestas
- Gestantes orientais
- Conceptos femininos
- Gemelidade
- Diabetes melito
- Aloimunização Rh
- Gestação molar
- Gastrites

Etiopatogenia

Ainda não é totalmente conhecida. Envolve níveis elevados de gonadotrofina coriônica, fatores emocionais, nutricionais, imunológicos e metabólicos. Pode também estar relacionada a outras alterações hormonais (tireoidianas, ACTH, cortisol) e a presença do *Helicobacter pylori*.

Quadro clínico

É evolutivo, com náuseas, vômitos, sialorréia, ansiedade, mal-estar, astenia, graus variáveis de desidratação e perda de peso, cetoacidose, hipoglicemia, distúrbios do equilíbrio eletrolítico e ácido-básico.

Pode gerar, também, comprometimento hepático, com elevação de enzimas, bilirrubinas e aparecimento de icterícia.

Quadros graves podem determinar alterações oftálmicas (retinianas) e acometimento neurológico (hiporreflexia e mialgia).

Pode culminar com aparecimento de alucinações (encefalopatia amoniacal = psicose de Wernicke-Korsakoff), desorientação, ataxia, instabilidade hemodinâmica, coma e tornar-se irreversível, evoluindo para o óbito materno.

Diagnóstico

Diagnóstico diferencial

Composto pelas seguintes patologias que podem estar associadas e que podem atuar como fatores desencadeantes:

- Crise tireotóxica
- Insuficiência adrenal
- Patologias gástricas e esofágicas
- Patologia das vias biliares
- Afecções pancreáticas
- Síndrome HELLP
- Esteatose aguda da gestação
- Intoxicação medicamentosa
- Gastroenterocolite aguda
- Apendicite
- Infecção do trato urinário
- Tumores cerebrais
- Distúrbios psiquiátricos

Exames laboratoriais

- Hemograma e plaquetas
- Osmolaridade
- Na⁺, K⁺, Cl⁻
- TGO, TGP
- Glicemia
- Bilirrubinas totais e frações
- DHL
- Proteínas totais e frações
- TSH e T4 Livre
- Gasometria
- Uréia e creatinina
- Amilase
- Urina tipo I (incluindo pesquisa de cetonúria)
- Urocultura e antibiograma

- Sinais de gravidade
- K < 3,5
 - Cetonúria > ++
 - Hipocloridria
 - Hiponatremia
 - Aumento da osmolaridade

Exames complementares especializados

- Ultra-sonografia de abdome total
- Endoscopia digestiva alta
- Exame oftálmico retiniano
- Ressonância magnética de crânio

Tratamento

Casos internados

Oferecer dieta fracionada rica em carboidratos a cada 2 horas, incentivando a ingestão de líquidos gelados e sorvetes.

Hidratação endovenosa conforme a necessidade, com oferta calórica, reposição eletrolítica e vitaminas do complexo B.

Pode ser necessário manter a gestante em jejum oral entre 24 horas e 48 horas.

Tratamento Medicamentoso de 1ª Linha

- Metoclopramida (Plasil®) – 1 ampola por via endovenosa até a cada 6 horas
- Dimenidrinato, Piridoxina, Glicose, Frutose (Dramin B6 DL) – 1 ampola por via endovenosa até a cada 8 horas

Tratamento Medicamentoso de 2ª Linha (com ação central)

- Prometazina (Fenergan®) – 1 ampola intramuscular a cada 8 horas
- Clorpromazina (Amplictil®) – 1 ampola por via endovenosa diluída a cada 8 horas
- Ondansetrona (Zofran®) – 4 mg a 8 mg por via endovenosa a cada 8 horas
- Levomepromazina (Neozine®) – Solução a 4% – 3 gotas por via oral a cada 8 horas

Corticoterapia

- Hidrocortisona (Flebocortide®, Solucortef®) – 100 mg/dia a 300 mg/dia por via endovenosa até melhora do quadro
- Manutenção com Prednisolona (Meticorten®) – 10 mg/dia a 60mg/dia por via oral por 7 dias

Esquemas curtos (de até 7 dias) não necessitam de retirada gradual.

Observação

Casos rebeldes podem requerer o uso de alimentação enteral e até parenteral.

Tratamento

Tratamento Alternativo

- Psicoterapia
- Hipnose
- Técnicas de relaxamento
- Meditação
- Acupuntura
- Homeopatia
- Estimulação elétrica
- Quiropraxia
- Acupressão
- Massoterapia