

HIPERÊMESE GRAVÍDICA

HYPEREMESIS GRAVIDARUM

¹SILVA, D. F.; ²SANTOS, E. D. G.

¹Faculdades Integradas de Ourinhos/Enfermagem/FIO/FEMM

²Universidade de Marília/Enfermagem/UNIMAR

RESUMO

Hiperêmese gravídica é uma complicação da gravidez onde as náuseas e vômitos ultrapassam o primeiro trimestre, tornando-se constantes e intensos, ocasionando desidratação, desnutrição e até mesmo distúrbios neurológicos quando agravada. Nos dias atuais, são poucos os casos de hiperêmese, pois a assistência pré-natal é mais complexa, levando mais informações às mulheres grávidas. Com este amparo, os medos e mitos sobre a gravidez, amamentação e os cuidados com o recém-nascido são minimizados. O objetivo desta pesquisa é conhecer e descrever a patologia e os cuidados que se deve ter com a mulher grávida portadora de hiperêmese gravídica, proporcionando aprendizado e assistência de qualidade para amenizar os sintomas e impedir que estes se agravem e coloquem a vida materna e fetal em risco. A metodologia foi baseada em uma revisão de literatura. Concluiu-se que é fundamental o tratamento multidisciplinar e uma assistência humanizada, psicológica, para que a mulher grávida tenha os cuidados necessários e uma orientação que a tranquilize a fim de suavizar os sintomas desagradáveis da patologia, proporcionando uma gravidez saudável.

Palavras-Chave: Cuidados; Gravidez; Hiperêmese.

ABSTRACT

Hyperemesis Gravidarum is a complication of pregnancy, where the nausea and vomiting beyond the first quarter, becoming constant and intense, causing dehydration, malnutrition and neurological disorders when compounded. Nowadays, there are few cases of Hyperemesis, because the prenatal care is more complex, leading more information to a pregnant women. With this help, the fears and myths about pregnancy, breastfeeding and care of newborns are minimized. The objective of this research is to known and to describe the pathology and the care that must be taken with the pregnant women carrying Hyperemesis Gravidarum, providing learning and high assistance to alleviate the symptoms and prevent they to increase and put the maternal and fetal life at risk. The methodology is literature review. Was concluded that is essential a multidisciplinary treatment and a humanized assistance, psychological, so the pregnant woman can have the necessary care and orientation wich make her feel in pace in order to soften the unpleasant symptoms of the disease, providing a healthy pregnancy.

Keywords: Care; Pregnancy, Hyperemesis

INTRODUÇÃO

O pré-natal tem a finalidade de prestar uma assistência humanizada durante a gravidez, visando uma melhor condição de saúde física e psíquica materna, trazendo tranquilidade e afastando o medo e mitos sobre o parto, os cuidados com o bebê e a amamentação.

A gravidez é um processo fisiológico que causa alterações no organismo da mulher. Muitas sofrem com náuseas e vômitos matinais, sintomas estes considerados normais no primeiro trimestre da gravidez, pois decorrem de alterações hormonais emocionais e tendem a desaparecer. Contudo, em algumas mulheres, eles persistem e se tornam constantes e intensos, tornando a gravidez de alto risco, podendo levar a desnutrição. A este quadro denomina-se hiperêmese gravídica (HG).

É necessária uma avaliação minuciosa do obstetra responsável pelo pré-natal para que a hiperêmese gravídica não seja confundida com outras patologias, que apresentam vômitos tardios como: “úlceras gástricas, infecções intestinais, insuficiência renal, cisto ovariano, gravidez ectópica” BRASIL, M. S. (2005, p 89).

O objetivo desta pesquisa é conhecer profundamente a hiperêmese gravídica e descrever os cuidados com a mulher que apresenta esta complicação na gravidez.

Justificando o presente trabalho, pretende-se proporcionar a mulher grávida com hiperêmese gravídica aprendizado sobre sua patologia, bem como assistência de qualidade para amenizar seus sinais e sintomas, evitando até mesmo uma insuficiência hepática, renal e neurológica nos casos mais graves.

Foi usada como metodologia a revisão bibliográfica e artigos, estudados criteriosamente, a fim de dar riqueza ao estudo e na elaboração do presente artigo.

DESENVOLVIMENTO

As náuseas e vômitos na maioria das mulheres são os primeiros sinais e sintomas indicadores de que a esta grávida, não acarretando danos a mãe nem ao feto, desde que sejam moderados. Se estes ultrapassarem o primeiro trimestre da gravidez e se tornarem constantes e intensos, já se pode dizer que a gravidez entra num quadro de complicações, onde pode levar ao risco a vida materna e fetal.

De acordo com NEME (2000):

A terminologia usada habitualmente na literatura pode muitas vezes provocar confusão. O termo emêse gravídica – EG (*Emesis gravidarum*) significaria apenas a combinação de náuseas e, ocasionalmente, vômitos na gravidez inicial. Tais sintomas, em geral, desaparecem no final do terceiro trimestre. Quando os vômitos ficam mais intensos, persistentes e interferem com a nutrição, determinando perda ponderal e afetando o equilíbrio de fluídos, eletrólitos e acidobásico, a doença é denominada hiperêmese gravídica - HG (*Hiperemesis gravidarum*). É exemplo clássico da inter-relação de variáveis biológicas, psicológicas e sociais. Antigamente, essa condição com relativa freqüência para a interrupção da gravidez ou até mesmo para a morte materna. Poucos admitiriam que quadros com essa intensidade poderiam ser benéficos para a gravidez (p.276).

Segundo REZENDE (2002, p.661), no primeiro trimestre da gravidez 50% das mulheres apresentam náuseas e vômitos, que desaparecem no fim deste. Em poucos casos há complicações como “vômitos intratáveis e distúrbio nutricional” evoluindo para: “alterações no balanço hídrico, perda de peso de 5% ou mais, cetose e cetonuria, distúrbios neurológicos (encefalopatia de Wernicke), lesão hepática, lesão renal, hemorragia retiniana”, que é denominada hiperêmese gravídica.

Estudos revelam que a hiperêmese é mais comum em gravidez múltipla, quando a produção do hormônio gonadotrofina cronionica (hCG) é maior, em fetos do sexo feminino e em mulheres da raça branca primigestas. Está ainda diretamente ligada ao fator sócio-econômico e cultural.

ZIEGEL e CRANLEY (1985), afirmam:

Como cerca da metade das mulheres grávidas apresenta certo “enjôo matinal”, acredita-se que todas as formas de emese da gestação decorrem de um fator presente na gestação normal. Esse fator não é identificável, mas as possíveis causas a serem levadas em consideração são um elemento tóxico, ou um desajuste do metabolismo materno, ou uma alteração da motilidade gástrica. Os vômitos perniciosos podem surgir quando esse fator se torna exageradamente ativo ou quando está presente em um grau acentuado. As neuroses ou distúrbios psicológicos resultantes de todos os ajustes que têm de ser feitos durante a gestação podem, no entanto, exercer uma influência importante, e podem se superpor a uma causa orgânica subjacente. Uma interrelação de fatores tóxicos ou orgânicos e neuróticos é geralmente reconhecida. A maneira como a mulher reage à causa subjacente é até certo ponto determinada pela sua estabilidade emocional e pela sua reação mental aos ajustes necessários durante a gravidez (p. 243).

O estado psicológico da mulher grávida e a não aceitação da gravidez são os principais fatores que contribuem para a instalação da patologia.

Segundo NEME (2000, p. 276), o vômito é reflexo de uma gravidez indesejada, e fatores psiquiátricos como a histeria, têm ligação direta com a patologia, apresentada somente entre os seres humanos. Consequência daquele, ocorre um déficit nutricional, podendo este quadro evoluir para uma desnutrição e a deficiência de vitaminas. Pode também ocorrer oligúria, alteração no metabolismo de gorduras e carboidratos, por vezes ocasionando “insuficiência hepática, renal e neurológica. A secreção gástrica sofre alterações nos níveis plasmáticos devido à baixa taxa de sódio e potássio. Nos casos mais complicados, tem-se a hipopotassemia e fraqueza muscular, por causa da passagem de K⁺ intra para o extracelular nos túbulos renais. Pode ocorrer a alcalose metabólica hipocloremica, pelo suco gástrico conter ácido clorídrico ou devido à grande absorção de sódio e bicarbonato pelos túbulos renais. A cetenúria acontece devido à diminuição da reserva de calorias do organismo materno, ocorrida pela perda ponderal, e a insuficiência renal aguda é causadora da oligúria resultado da hipovolemia.

Em casos graves há icterícia por débito hepático, decorrente da deficiência de proteínas. O ácido fólico também sofre degradação levando a um quadro de anemia megaloblástica e a hemorragia retiniana, e, mais adiante, distúrbios neurológicos, sendo estes irreversíveis.

Hoje os casos de morte de mulheres com hiperêmese são raros. Estudos realizados com mulheres que foram a óbito, encontraram alterações como: atrofia cardíaca, rins com deposição gordurosa na zona mitocondrial dos túbulos contorcidos, fígado com infiltração gordurosa centrolobular, evidência de perda de peso.

Não há um exame laboratorial para detectar a HG. Normalmente, são realizados exames que detectam as patologias secundárias a hiperêmese, como: “hemograma completo, densidade urinária, sódio, potássio, uréia e creatinina plasmáticos, frações de excreção de sódio urinário, gasometria, enzimas hepáticas e bilirrubinas, ultrassonografia abdominal” REZENDE (2002, p. 664). A mulher acometida, deve ser hospitalizada para reestabelecer seu estado nutricional e o equilíbrio hidroeletrólítico. É importante fornecer um tratamento multidisciplinar e humanizado, proporcionando apoio psicológico, aconchegando-a em um ambiente tranquilo, onde possa se sentir amparada e segura. A hidratação deve ser reestabelecida imediatamente, pois há uma

perda grande de líquido nos episódios de vômitos. Esta é realizada através de soro glicofisiológico, que hidrata e repõe calorias, podendo ser adicionada vitaminas do complexo B, afim de suprir a deficiência estabelecida pelo quadro clínico. Para a estabilização do controle hidroeletrólítico, é necessário que se faça uma reposição de sódio e de potássio, até que o mesmo se normalize. Administrar medicamentos como sedativos, antieméticos e antihistamínicos, conforme prescrição médica.

É necessário que a paciente permaneça sem ingerir líquido e alimentos sólidos durante as 48 horas iniciais de tratamento, para que o trato gastrointestinal descanse. Após este período inicia-se uma alimentação fracionada com pequenas porções de alimentos sólidos (de 2/2h) alternando-a com líquidos. Deve-se oferecer alimentos quentes ou frios, pois os “mornos podem causar náuseas CARVALHO, (2002, p. 80), evitar frituras e alimentos gordurosos. O anti-séptico bucal é indicado para aliviar o paladar desagradável, provocado pelos vômitos. Em casos que a mulher grávida não tolera a dieta oral, é utilizada a nutrição enteral, com resultados excelentes. Deve-se, então, realizar o balanço hídrico, observar sinais de agravamento da patologia como “taquipnéia, taquicardia, oligúria, subcterícia, febre acima de 38,3º C (apesar de hidratação adequada), hemorragia retiniana, delírio. CARVALHO (2002, p.80). A verificação dos sinais vitais deve ser freqüentes.

CONCLUSÃO

Na elaboração do presente artigo, através dos estudos bibliográficos, conseguiu-se obter um conhecimento global sobre a hiperêmese, sua etiologia, manifestações clínicas e fisiológicas, diagnóstico e seu tratamento. Como suas causas são inúmeras e ainda não definidas, o médico responsável pelo pré-natal deve estar atento. O diagnóstico, sendo precoce, juntamente com o tratamento adequado, evita o agravamento da patologia, não colocando a vida materna e fetal em risco. É importante que a equipe que prestará assistência seja multidisciplinar e que ofereça uma atenção especial voltada ao psicológico materno, fornecendo apoio e tranquilidade, pois a gravidez traz mudanças significativas no organismo da mulher e muitas não estão preparadas para tal.

Atualmente os casos de hiperêmese gravídica são raros devido a um diagnóstico preciso e também porque as mulheres têm mais acesso a informações sobre a gravidez, os cuidados com o bebê e a amamentação.

REFERÊNCIAS

BRASIL, M. S. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem em Obstetrícia**. rev. ampl. São Paulo: E.P.U., 2002.

ENKIN, M.; KEIRSE, M. J. N. C.; NEILSON, J.; CROWTHER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E.; HOFMEYR, J. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MURTA, G. F. **Dicionário brasileiro de saúde**. 2ª ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2007.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NERY, F. G. et al. Anorexia nervosa e gravidez: relato de caso. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.24, n.4, 2002. p.1-5.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.