

ASPECTOS CLÍNICOS, TRATAMENTO E MEDIDAS TERAPÊUTICAS NA HIPERÊMESE GRAVÍDICA

CLINICAL ASPECTS, TREATMENT AND THERAPEUTIC MEASURES IN THE HYPEREMESIS GRAVIDARUM

¹GONÇALVES, F. F.; ²SANTOS, E. D. G.

^{1 e 2} Departamento de Enfermagem – Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO/FEMM

RESUMO

A hiperêmese gravídica é a manifestação clínica do primeiro trimestre da gestação, na qual estão presentes náuseas e vômitos intensos, que não cessam ao longo da gestação e que altera o equilíbrio hidroelétrólítico e a nutrição da gestante. O objetivo desta pesquisa é esclarecer a hiperêmese gravídica como doença gestacional e apresentar as condutas apropriadas para a prevenção e tratamento da mesma, justificando que, ao considerar a hiperêmese gravídica como uma ocorrência que afeta e/ou interfere na gestação, se faz necessário estudar suas manifestações, epidemiologia, fisiologia, diagnóstico e, principalmente seu tratamento, a fim de proporcionar às mulheres acometidas deste mal, uma diminuição dos desconfortos trazidos pelos sintomas, bem como medidas terapêuticas para uma gestação mais saudável e feliz. A metodologia utilizada foi a de revisão bibliográfica de importantes obras e artigos publicados em revistas da área da saúde indexados na base de dados Scielo. Concluí-se que embora a etiologia da hiperêmese gravídica ainda seja um dilema, existem muitos fatores que podem contribuir para o alívio desses sintomas, o principal deles é que as gestantes tenham apoio emocional, nutricional e medicamentoso. A enfermagem apresenta condutas muito precisas e particulares à esta doença, que minimizam as complicações e não as deixam chegar ao ponto de trazer riscos para a vida da mãe e do bebê.

Palavras-chave: Gravidez. Hiperêmese gravídica. Tratamento.

ABSTRACT

Hyperemesis gravidarum is the clinical manifestation of the first trimester of pregnancy in which there are severe nausea and vomiting that do not cease during pregnancy and alters water-electrolyte balance and the nutrition of pregnant women. This research aims to clarify the hyperemesis gravidarum as a gestational disease and also to present the proper conducts for its prevention and treatment, explaining that when considering the hyperemesis gravidarum as an event that affects and/or interfere in the pregnancy, it is necessary to study its manifestation, epidemiology, physiology, diagnosis, and its treatment in order to provide to women affected by this illness, decreasing discomfort caused by the symptoms, as well as therapeutic measures for a healthier and happier gestation period. The methodology used was a bibliographical research of major books and articles published in the health area indexed in the database Scielo - Scientific Electronic Library On line. It was concluded that although the etiology of hyperemesis gravidarum is still a dilemma, there are many factors that can contribute to the relief of these symptoms, the main thing is that pregnant women have emotional, nutritional and medical support. Nursing presents very precise and specific conducts to this disease which minimize complications and do not let them reach the point of bringing risks to the mother's life and the baby's.

Keywords: Pregnancy. Hyperemesis gravidarum. Treatment.

INTRODUÇÃO

A gestação é o fenômeno de desenvolvimento, no útero, do produto da fecundação. A fecundação, que ocorre com a penetração do espermatozóide no óvulo, dá início a uma série de transformações no organismo daquela, que agora é denominada “grávida”. Sintomas comuns nos primeiros meses, o enjôo, náuseas e eventuais vômitos, são algumas das primeiras manifestações que o organismo apresenta através da gestação, a esta situação denomina-se êmese gravídica.

Existem porém, casos em que os vômitos se tornam persistentes e incontroláveis e passam a interferir na nutrição da gestante, fazendo com que a gravidez seja considerada de alto risco, causando na mulher perda de peso, desidratação, afetando o equilíbrio de eletrólitos e ácidosbásicos em casos mais agravados. A este quadro dá-se o nome de hiperemese gravídica.

Apesar de rara, a hiperemese gravídica ocorre em cerca de duas gestações a cada mil. (BRASIL, 2000). Esta doença não deve ser considerada de pouca importância, já que sua incidência pode acarretar graves conseqüências à mãe, bem como ao seu filho. Portanto, é necessário que a doença seja tratada logo no início.

O objetivo desta pesquisa é esclarecer a hiperemese gravídica como doença gestacional e apresentar as condutas apropriadas para a prevenção e tratamento da mesma, justificando que, ao considerar a hiperemese gravídica como uma ocorrência que afeta e/ou interfere na gestação, se faz necessário estudar suas manifestações, epidemiologia, fisiologia, diagnóstico e, principalmente seu tratamento, a fim de proporcionar às mulheres acometidas deste mal uma diminuição dos desconfortos trazidos pelos sintomas, bem como medidas terapêuticas para uma gestação mais saudável e feliz.

A metodologia utilizada para elaboração deste artigo foi a de revisão bibliográfica de importantes obras, e artigos publicados em revistas da área da saúde indexados na base de dados Scielo – Scientific Eletronic Library Online.

DESENVOLVIMENTO

A Emesis gravidarum, ou náuseas e vômitos que ocorrem durante a gestação é tido como um fenômeno muito comum, inclusive como um sintoma que identifica a presença de gravidez. Essa associação dos sintomas de vômitos com a gravidez é feita desde 2000 a.C, sendo que mais da metade das mulheres grávidas apresentam

a êmese gravídica. Para alguns estudiosos ela está relacionada a um melhor prognóstico fetal, pois a sua presença poderia ter relação com a função de proteção do embrião da ingestão materna de teratógenos - substâncias que causam defeitos congênitos. Sendo assim, as náuseas e vômitos, até certo ponto, são sinais positivos para o curso natural de uma gravidez normal. (NEME, 2000).

Segundo Ricci (2008), cerca de 80% das mulheres apresentam os referidos sintomas de forma relativamente branda no decorrer da gravidez, caracterizando a êmese gravídica. Assim sendo, mesmo que de forma branda, esses desconfortos interferem na qualidade de vida da mulher nos primeiros meses de gestação, porém os mesmos normalmente deixam de aparecer após o primeiro trimestre.

Assim como a êmese gravídica, a hiperêmese gravídica também é caracterizada por náuseas e vômitos, porém estes sintomas tornam-se persistente e incontroláveis aparecendo anteriormente à 20^a semana de gestação. A hiperêmese deve ser considerada mais grave porque pode provocar desidratação, desequilíbrios ácido-básicos e eletrolíticos, perda de peso e, se perdurar por muito tempo, sofrimento fetal. (RICCI, 2008).

Segundo Neme (2000), a terminologia encontrada na literatura às vezes pode causar certa confusão sobre o conceito de hiperêmese gravídica. A êmese gravídica deve ser entendida como uma combinação de náuseas e, ocasionalmente vômitos que são frequentes no início da gestação e desaparecem ao término do terceiro trimestre. Quando estes sintomas se intensificam e passam a interferir na nutrição da gestante afetando o equilíbrio de fluídos, eletrólitos e ácido-básicos, a doença deixa de ser uma êmese e passa a ser considerada uma hiperêmese gravídica. Antigamente a hiperêmese era motivo até pra uma interrupção da gravidez ou provocava a morte materna, sendo que eram poucos os que não consideravam a doença como um risco à mãe e ao feto.

O índice da presença de hiperêmese na gravidez é muito complexo e variável. Ele é encontrado na literatura de 0,04/1000 gestantes até 7,1/1000 gestantes, isto acontece porque não há um padrão estabelecido para os critérios de diagnóstico em todas as instituições. Ao longo do tempo vem decrescendo o número de mulheres que apresentam essa doença. Isso se dá pelo fato de que as gestantes estão se informando mais sobre a gestação, o que diminui a tensão e o medo, que são conhecidos como estímulos psicogênicos da gravidez. O que também contribuiu

para este decréscimo foi às implantações das medidas terapêuticas mais precoces e mais efetivas durante a assistência pré-natal. (REZENDE, 2000).

A gestação múltipla influencia no aumento do índice de hiperêmese gravídica (HG), no entanto alguns autores discordam desta afirmação, porém outros se mantêm invictos nessa teoria. Um estudo comparativo de vários serviços de obstetrícia concluiu que a incidência em gestação de gêmeos com a presença de HG era de 14,2/1000 contra 3,58/1000 em gestações únicas. As primigestas de raça branca também apresentam maior incidência de hiperêmese do que as multíparas de outras raças. (REZENDE, 2000). Ainda pode-se salientar uma maior incidência da doença em gestantes nas quais os fetos eram do sexo feminino em relação àquelas em que os fetos eram do sexo masculino. (HSU e WITTER, 1993 apud REZENDE, 2000).

A epidemiologia leva em consideração a produção de Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG), que se encontra elevada na gravidez, ter relação com a frequência dos episódios de vômitos, mais precisamente em casos de gravidezes gemelares e molares, pois quanto acontece uma queda ou desaparecimento da produção do hormônio há também uma diminuição dos vômitos. (NEME, 2000). Já para Rezende:

A concomitância entre o pico de secreção de hCG e o aparecimento de náuseas e vômitos no primeiro trimestre de gestação tornou este hormônio suspeito de ser o agente etiológico da HG. Além disso, na mola hidatiforme e na gestação múltipla, condições em que os níveis de hCG são mais elevados, verificam-se náuseas e vômitos mais intensos e persistentes [...] Estudos mais recentes, utilizando-se radioimunoensaio e dosando a subunidade beta da hCG, não encontraram correlação entre os níveis plasmáticos de hCG e a incidência e a gravidade de náuseas e vômitos, em gestações acompanhadas ou não de HG, bem como em gestações molares. (2000, p. 662).

Embora existam muitas teorias que buscaram a compreensão das causas e etiologia da hiperêmese gravídica, foram poucas àquelas que conseguiram defini-las, sendo que o mais provável é que esteja relacionada à níveis elevados de hCG (Gonadotrofina Coriônica Humana) durante a gestação ou à teoria endócrina (hCG e estrogênio elevados). Ainda há quem acredite que essa esteja relacionada com a teoria metabólica, que pode ser resultado de uma deficiência de vitamina B₆ ou em uma teoria psicológica em que o estresse psicológico intensifica as náuseas e vômitos. (RICCI, 2008).

A doença se manifesta com mais freqüência em mães jovens ou que apresentaram êmese em gestações anteriores e também naquelas que têm história de intolerância à anticoncepcionais orais ou múltipla gestação. Outros fatores que também facilitam o surgimento da doença são advindos de estresse emocional ou psicológico, doença por refluxo gastroesofágico, primípara, obesidade, hipertiroidismo e soropositividade para *Helicobacter pylori*. (RICCI, 2008).

Para Montenegro e Rezende Filho (2008) o quadro clínico é dividido em formas médias e formas graves. Nas formas médias as mulheres têm êmese por duas a quatro semanas e apresentam depleção de água e eletrólitos sem prejudicar significativamente à nutrição, sendo que há uma perda de aproximadamente 4% de peso e a frequência dos batimentos cardíacos encontra-se abaixo de 100 batimentos por minuto.

Já nas formas graves, o vômito torna-se persistente, levando-a a um jejum forçado, sendo que as alterações hidroeletrólíticas se agravam, os olhos ficam encovados, as mucosas secas e pegajosas, a pele ressecada e sem elasticidade, o pulso torna-se fino e rápido com batimentos acima de 100 por minuto e a temperatura corporal assim como a pressão arterial encontram-se baixas. Outro fator agravante diz respeito à perda de peso, que aumentam de 4% nas formas médias para 6% a 8% nas formas graves, sendo que devido à perda de peso excessiva os braços se afinam, há também um aumento da densidade urinária, oligúria resultante da hipovolêmia e devido a diminuição das calorias no organismo presencia-se a cetonúria. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Depois de estes sintomas estarem presentes comumente se presencia a desnutrição e a deficiência de vitaminas, daí então vão aparecer icterícias por falência hepática, fraqueza muscular acentuada, anemia megaloblástica por deficiência de ácido fólico e também hemorragia retiniana. (REZENDE, 2000).

Os vômitos que não se consegue conter e as náuseas vão levar sempre a um quadro de desidratação e perda de peso, do mesmo modo que vai gerar alcalose metabólica hipoclorêmica - pela perda elevada de cloro por meio do suco gástrico -, assim como perda de potássio e modificação no metabolismo das gorduras e glicose, o que pode gerar uma insuficiência hepática, renal e neurológica nos casos de maior gravidade. (BRASIL, 2000).

Em quadros ainda mais avançados aparecem sintomas de psicoses com alucinações, o que se chama de *Síndrome de Korsakoff* e quando a hiponatremia -

diminuição de sódio no sangue - for muito severa, pode ocasionar letargia, convulsões e parada respiratória. Nesse estágio da doença o coma e a morte estão muito próximos. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

A mortalidade, devido a esta causa é muito rara nos dias atuais, diferentemente de 50 anos atrás. As alterações diagnosticadas nos organismos de gestantes que tiveram seus corpos submetidos à necropsia devido à esta doença foram: atrofia cardíaca, rins com deposição de gordura na zona mitocondrial dos túbulos contorcidos, fígado com infiltração gordurosa centrolobular, cérebro com alterações decorrentes da encefalopatia de Wernicke (hemorragia na parede dos capilares, tálamo nas paredes do terceiro ventrículo e assoalho do quarto ventrículo), neurite degenerativa e hemorragia retiniana de etiologia semelhante à da hemorragia cerebral. (REZENDE, 2000).

Quanto ao diagnóstico, este deve ser feito com base na exclusão de todas as outras possíveis causas que estejam estimulando as náuseas e vômitos como doenças gastrointestinais (apendicite, colecistopatia, hepatite, gastroenterite, pancreatite e úlcera péptica), patologias obstétricas (mola hidatiforme, prenhez gemelar e pré-eclâmpsia), doenças metabólicas (diabetes-cetoacidose e tireotoxicose), doenças renais (infecção urinária, litíase renal e uremia), distúrbios psiquiátricos, uso de fármacos e hérnia hiatal. (NEME, 2000).

Pode-se afirmar que não existe nenhum exame laboratorial específico, porém existem muitos outros que serão úteis para o diagnóstico diferencial e que servirão para a avaliação da gravidade e do estabelecimento do prognóstico. Dentre os exames complementares, é possível citar hemograma completo, densidade urinária, sódio, potássio, uréia e creatinina plasmáticos, fração de excreção de sódio urinário, gasometria, enzimas hepáticas e bilirrubinas e ultra-sonografia abdominal. (REZENDE, 2000).

O tratamento de início deve ser tentado no domicílio da gestante concentrando-se em mudanças na dieta e no estilo de vida. Caso isso não consiga estabilizar as náuseas e vômitos a paciente deverá ser tratada no hospital na busca de reverter os sintomas. Uma vez na instituição hospitalar, a gestante irá fazer exames de sangue para avaliação da desnutrição, desidratação, desequilíbrio eletrolítico e cetose. São instituídos hidratação parenteral e fármacos que reidratem e diminuam os sintomas. (RICCI, 2008). Quanto ao tratamento, Ricci instrui:

A primeira escolha para a reposição de líquido, em geral, consiste em dextrose a 5% em solução de lactato de Ringer com a adição de vitaminas e eletrólitos. Alimentos e líquidos por via oral são suspensos nas primeiras 24 a 36 horas a fim de permitir o repouso do trato GI. Antieméticos podem ser administrados por via oral, retal ou intravenosa para controlar náuseas e vômitos. Como a cliente é mantida com “dieta zero”, sem alimentos ou líquidos por via oral, sua medicação é administrada por via parenteral ou por via retal até ela estar estabilizada (2008, p. 455).

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2008) em casos de hiperêmese gravídica confirmada, a hospitalização é obrigatória e os sinais clínicos encontrados são de fundamental importância. A alimentação por via oral deve ser suspensa, posteriormente ela deverá ser sedada e em seguida será feita a reposição de fluídos com o esquema de reposição das perdas fisiológicas diárias, reposição das perdas anormais quando persistentes os vômitos e reposição das perdas pré-existentes.

Na reposição de perdas fisiológicas diárias são administrados 3000 ml de líquidos em 24 horas para compensar as perdas. Do total 2500 ml serão administrados em soluções de glicose a 5% e o que sobrou em solução salina isotônica para compensar a queda de cloreto de sódio. Para a reposição de perdas anormais serão administradas soluções salinas isotônicas, volume a volume, de acordo com a intensidade dos vômitos para corrigir a desidratação. Na reposição das perdas pré-existentes também é realizada a solução salina fisiológica com cerca de 4200 ml em casos de média intensidade e de 8400 ml nos casos mais graves, porém não se deve ultrapassar o limite de 6000 ml/dia. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Sobre à terapia antiemética são utilizadas vários tipos de drogas, dentre elas podemos citar anti-histamínicos - bloqueadores de H1 -, reguladores da motilidade gástrica, sedativos, antitireoidianos, corticóides e ansiolíticos. (REZENDE, 2000). Existem algumas implicações de enfermagem que devem ser consideradas quando utilizadas estas terapias medicamentosas citadas acima, por exemplo, quando a paciente estiver fazendo uso de prometazina - anti-histamínicos - deve-se atentar para retenção urinária, tontura, hipotensão e movimentos involuntários. O enfermeiro responsável também deve avaliar as medidas de segurança para prevenção de lesão secundária à sedação e instruir à paciente a chupar balas e enxaguar rotineiramente a boca devido ao ressecamento da mesma. (RICCI, 2008).

Quanto ao uso de proclorperazina – sedativo – a atenção deve ser voltada aos movimentos anormais e síndrome maligna neuroléptica (convulsões, hiper e

hipotensão, taquicardia e dispnéia), avaliação do estado mental e do balanço hídrico. Já após a ingestão de ondansetrona – regulador da motilidade gástrica – o alerta é para os efeitos colaterais que possam surgir como diarreia, constipação intestinal, dor abdominal, cefaléia, tontura, sonolência e fadiga; deve-se monitorar a função hepática de acordo com a prescrição. (RICCI, 2008).

O apoio nutricional também pode favorecer muito o grado das mulheres com hiperêmese gravídica, pois um estado nutricional inadequado pode gerar complicações graves sobre o crescimento e desenvolvimento do bebê, pois é na gestação que a mãe tem as necessidades nutricionais elevadas por causa dos ajustes fisiológicos e maior necessidade de nutrientes para o crescimento do feto. (GALLETTA et al., 2006).

As náuseas e vômitos persistentes interferem nos hábitos alimentares estabelecidos das gestantes, o que pode gerar até uma incapacidade de se alimentar. Isso não pode ocorrer em hipótese alguma durante uma gravidez, portanto é preciso tomar medidas que aliviem este problema. (ZIEGEL; CRANLEY, 1985). A nutrição recomendada é a rica em proteínas e carboidratos como os biscoitos integrais, farinha e frutas secas em pequenas quantidades ao longo do dia, melhor se forem ingeridas antes de aparecer a fome e/ou mesmo as náuseas, pois “[...] a acidez gástrica e hipoglicemia durante longos períodos de tempo entre as refeições, podem provocar náuseas”. (PAGÉS; SILVA, 2006, p. 5).

Segundo Pagés e Silva (2006) os alimentos que devem ser evitados são os muito picantes, as frituras ou alimentos gordurosos. Já a alta ingestão de líquidos é benéfica, porém mulheres que não se sentirem confortáveis ao ingerir grande quantidade de líquidos, podem substituir parte desses por frutas e hortaliças frescas ricas em teor de água. Eles também explicam que cheiros fortes como os de fumaça de cigarro e perfumes também devem ser evitados, pois podem despertar náuseas.

De acordo com Rezende (2000) recomenda-se que ao acordar a gestante permaneça por meia hora na cama antes de se levantar e tenha como primeiro alimento bolachas, para fazer uma forração ou proteção no estômago. Ela deve utilizar também uma pasta de dente que não aumente as náuseas ou vômitos após cada refeição, com o intuito de manter a boca sempre fresca.

Para Ricci (2008) as diretrizes de ensino à gestante devem compor orientações quanto ao uso de um vestuário adequado, ensinando-a de que não se deve usar cintos apertados para que não haja pressão abdominal; quanto a

alimentação, pois a ingestão de alimentos deve ser feita de forma fracionada, ou seja, seis refeições pequenas por dia, ingerindo muito líquido *entre* as refeições e não *acompanhando-as*; quanto ao posicionamento, orientando-a de que só se recline duas horas após a refeição e com relação aos hábitos, deve-se aumentar o consumo de bebidas com gás.

Além das orientações já citadas, deve-se instruir a mulher a tomar ar fresco sempre que possível e, mesmo que haja uma rotina de horários para a refeição, se sentir fome, ela deve comer mesmo fora de seus horários. Também é necessário fazer o possível para que a fadiga não esteja presente durante a gestação, para isso ela deve saber lidar com o estresse e repousar regularmente durante um período do dia. Caso haja necessidade a paciente deve ser encaminhada para uma terapia psicológica ou um líder espiritual e, se possível, fazer o acompanhamento domiciliar por meio de organizações de apoio, para garantir os cuidados contínuos. (RICCI, 2008).

O período em que a mulher está grávida é considerada uma fase em que há chances de aumento de desenvolvimento de transtornos psíquicos, por isso, ela necessita de muita atenção e apoio para manter ou recuperar o bem-estar, pois se não houver apoio, pode ser que haja uma alteração de seu psiquismo e do seu papel sócio-familiar. (FALCONE, et al., 2005).

Outro fator que pode contribuir para o tratamento e prevenção da hiperêmese gravídica é a psicoterapia de apoio, já que está comprovado que a maioria dos casos de hiperêmese gravídica está relacionada a distúrbios comportamentais e alterações psicológicas. Caso for notada alguma das alterações citadas, a paciente deve ser encaminhada a um tratamento psiquiátrico específico. (REZENDE, 2000). Neme (2000) indica também as terapias alternativas como a acupuntura, massagem, meditação, terapia musical, reflexoterapia e técnicas de relaxamento.

De acordo com Taber (1988) as condutas primordiais para o tratamento da hiperêmese gravídica constam em repouso, conforto e reposição de fluídos eletrólitos e do equilíbrio nutricional e, além disso, deve ser feita uma avaliação dos problemas sociais e psicológicos.

A equipe de enfermagem durante a internação tem um papel importante no acompanhamento à gestante, já que ela neste momento estará necessitando de recomendações e cuidados para que sua gestação seja saudável. Uma vez admitidas no hospital, muitas estão exaustas frustradas e ansiosas (RICCI, 2008),

portanto segundo Ziegel e Cranley (1985, p.180) “[...] é necessário colher uma história de saúde antes de iniciar um planejamento de assistência anteparto, é também útil colher uma história dietética antes de começar o aconselhamento dietético”. Deve o enfermeiro, ainda, cuidar para que este período se torne o menos traumatizante possível para futura mãe, proporcionando assim à ela o máximo de conforto e segurança. (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

As condutas de enfermagem começam pela avaliação da duração e evolução das náuseas e vômitos da paciente, sendo assim tirar informações importantes como medicamentos utilizados e sintomas específicos também são de grande valia. De acordo com Ricci (2008, p. 455) a enfermagem deve avaliar:

Anorexia, indigestão, dor ou distensão abdominal e eliminação de sangue ou muco pelo reto; determinação diária de peso, comparando o peso pré-gestação com o peso atual, a fim de determinar perda total; alimentação, solicitando uma lista do que foi consumido na última semana; tolerância a atividades profissionais ou rotina de exercícios diários; conhecimento dos quatro grupos alimentares básicos e padrões típicos de consumo que podem ou não desencadear distúrbio GI; balanço hídrico nas 24 h pregressas; tipo e número de suplementos nutricionais tomados; resultados de exames laboratoriais e diagnósticos para comprovar a desidratação e os desequilíbrios eletrolíticos; fatores desencadeadores da dor que a mulher pode estar sentindo; percepção da cliente da situação e de necessidades futuras; sistema de apoio disponível da cliente que pode oferecer ajuda.

Além destas observações primordiais a enfermagem deve manter o ambiente hospitalar e terapêutico o mais confortável e relaxante possível, sendo que as visitas deverão ser impedidas pelo menos nas 24 horas iniciais à internação para que a paciente repouse tranquilamente. Outra providência que deve ser tomada diz respeito ao acompanhamento psicológico, já que muitas gestantes apresentam vômitos incontroláveis devido às neuroses. Depois de estabelecido o cateterismo venoso os líquidos e medicamentos prescritos pelo médico devem ser administrados. (CARVALHO, 2002).

Segundo o mesmo autor a paciente deve se sobrepôr a um jejum nas primeiras 24 a 48 horas para dar um descanso ao trato gastrointestinal. Após este intervalo a nutrição deve ser iniciada em pequenas porções sólidas, a cada duas horas. Os alimentos devem ser servidos quentes ou frios e não em temperatura mediana, pois podem provocar náuseas. Caso haja necessidade, a nutrição será feita por sonda nasogástrica ou nutrição parenteral. O enfermeiro deve fazer sempre

controle dos sinais vitais e de agravamento, contribuindo sempre para o bem estar da paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as pesquisas realizadas, a hiperêmese é uma doença gestacional, que tem como principal sintoma a presença de náuseas e vômitos ininterruptos, que podem comprometer a vida da gestante e também do feto e não simples náuseas e vômitos ocorridos no primeiro trimestre da gestação.

Através do estudo realizado, obteve-se um amplo conhecimento de sua manifestação, diagnóstico e métodos de tratamento, sendo que após constatada a presença da doença deve-se iniciar o tratamento com base em orientações nutricionais, psicológicas e medicamentosa, com o intuito de minimizar os sintomas.

Como a etiologia é incerta a observação a essas pacientes por parte da equipe médica deve ser muito aguçada e o pré-natal muito bem acompanhado nas instituições de saúde, sendo que as condutas de enfermagem são fundamentais para a melhora dos sintomas e pode, através de um plano de assistência, contribuir para que a gestante tenha uma melhor qualidade de vida e siga confiante e saudável até o término da gestação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área da Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília, DF, 2000.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo: E.P.U., 2002.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-8, ago. 2005.

GALLETTA, M. A. et al. Nutrição e gestação: uma visão geral. **Nutrição Profissional**, São Paulo, v. Ano 2, n. 8, p. 11-21, 2006.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NEME, B. **Obstétrica básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

PAGÉS, G; SILVA, C. Hiperêmese Gravídica. **Rev. Obstet Ginecol Venez**, Caracas, v. 66, n. 3, set. 2006.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TABER, B. **Ginecologia e emergência em obstetrícia**. São Paulo: Santos, 1988.

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