

IMPACTO DA ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL NA HIPERÊMESE GRAVÍTICA: ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Heitor Moreira Gomes¹

Viviane Mukim de Moraes Mesquita²

1

2

RESUMO

A hiperêmese gravítica é um tipo forte de náusea e vômito durante a gestação. Os sintomas incluem náuseas intensas e sensação de desmaio ou tontura ao ficar de pé. Também pode provocar vômitos persistentes, o que pode levar à desidratação. Gestantes com esta síndrome podem apresentar náuseas e vômitos levando à perda ponderal maior que 5% do peso pré-gestacional, desidratação e distúrbios eletrolíticos. Esta pesquisa foi realizada a partir do estudo de uma única participante, paciente de atendimento home-care residente no município de São Gonçalo, RJ. Foram propostas várias estratégias nutricionais que permitiu que a paciente melhorasse significativamente os episódios de vômitos impedindo desta forma uma hospitalização.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Nutricional; Hiperêmese gravítica; Estudo de caso; Gestante.

1. INTRODUÇÃO

A ocorrência de náuseas e vômitos ocasionais até cerca de 14 semanas de gestação é chamada emese gravídica, e pode ser considerada normal. Já a hiperêmese gravídica, ou seja, fortes episódios de náuseas e vômitos é uma complicação rara, que acomete cerca de 1,5% das gestantes, e que pode persistir durante toda a gravidez. Na maioria das vezes, o quadro é leve a moderado e se resolve espontaneamente até a 20ª semana de gestação.

Apesar de raramente associada à morte materna, a hiperêmese pode trazer grandes prejuízos como isolamento social, perda de identidade, ideação

¹ Graduando do Curso de Nutrição pela Universidade Salgado de Oliveira – Campus São Gonçalo – UNIVERSO

² Docente do Curso de Nutrição da Universidade Salgado de Oliveira – Campus São Gonçalo – UNIVERSO

suicida e culpa. Isso pode se traduzir em sintomas de estresse pós-traumático até o puerpério em 20% das mulheres. O maior risco para o feto é óbito intraútero em 10-15% dos casos. Uma metanálise de estudos observacionais também encontrou associação entre hiperêmese gravídica e baixo peso ao nascer, trabalho de parto pré-termo e restrição de crescimento (ZUGAIB, 2013).

Alguns fatores vêm sendo correlacionados à etiologia da hiperêmese, dentre eles a elevação dos níveis de gonadotrofina humana coriônica; disfunção placentária; colonização gástrica por *Helicobacter pylori* e fatores genéticos (ALFENAS et al, 2018).

Em muitos casos o tratamento consiste na internação hospitalar da gestante para procedimentos terapêuticos envolvendo administração de fluidos intravenosos; uso de antieméticos e aconselhamento dietético (LIMA et al, 2019).

Diante disso realizou-se este estudo de caso em que foi acompanhado uma gestante com hiperêmese gravídica e propostas várias estratégias nutricionais na busca de uma melhora dos sintomas e da qualidade gestacional.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, do tipo descritivo-analítico. Os dados foram coletados no mês de agosto e novembro de 2021. O estudo foi realizado com uma paciente residente no município de São Gonçalo, região metropolitana do Rio de Janeiro, em atendimento home-care supervisionado. Foi aplicado um questionário de anamnese nutricional e coletadas informações sobre peso atual e pré-gestacional, altura, hábitos alimentares, exames bioquímicos, exame físico, dentre outros.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para facilitar a apresentação dos dados de acompanhamento e a compreensão do leitor, os resultados obtidos serão decorridos conforme as consultas realizadas.

3.1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente AGSC do sexo feminino de 25 anos com 8 semanas de gestação

3.2. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Na anamnese nutricional não relatou doenças pregressas, apesar de apresentar histórico familiar de doenças crônicas como diabetes e hipertensão pelo lado paterno.

Referiu-se apresentar peso pré-gestacional de 56kg, altura 1,55cm, IMC pré-gestacional de 23,31kg/m² estando na faixa de eutrofia (Gráfico ATALAH, et al 1997), mas devido aos fortes e constantes vômitos durante o dia, que impossibilitavam de ter uma boa alimentação em quantidade e qualidade, acabou perdendo peso de forma acentuada (4,6%) nas primeiras 5 semanas, passando de 56Kg para 53,4 Kg.

3.3. CONDUTA NUTRICIONAL

Para calcular sua necessidade calórica foi usado a fórmula [TMB (18 – 30 anos) = 14,7 x Peso pré-gestacional (kg) + 496], usando o fator de atividade de sedentário (1,3) devido estar em repouso absoluto de acordo com a OMS e acrescido pela cota de energia extra convencionalizada em 250 Kcal/dia recomendada pelo Institute of Medicine (IOM, 2009) resultando em 1.569 kcal/dia com divisão entre os macronutrientes de: carboidrato (47,8%), lipídio (27,3%), proteína (24,9%), sendo valor mínimo de proteína de 0,91 g/Kg/dia.

A divisão dos macronutrientes foi normoglicídica restringindo carboidratos refinados, açúcares de adição e refrigerantes, pois podem piorar náuseas e vômitos (CHORTATOS et al., 2013); hiperprotéica e normolipídica sendo priorizado os ácidos graxos poli-insaturados nomeadamente ômega-6 e ômega-3. Para garantir uma ingestão adequada de gordura, a gestante foi orientada a fazer e temperar os alimentos com azeite e alho; incluir pelo menos uma pequena porção (20 g) de frutos oleaginosos (nozes, avelã, amendoim ou amêndoas) 4 vezes/semana e consumir 2-3 porções de pescado por semana visto que este tipo de alimentação pode reduzir os episódios de êmese (HAUGEN et al., 2011).

Apesar da paciente está tomando um polivitamínico é importante reforçar os micronutrientes na dieta como o zinco, ferro, cálcio, vitamina D e principalmente vitamina B6, uma vez que esta auxilia no tratamento dos vômitos recorrentes já que pelo seu envolvimento com o sistema nervoso central, a piridoxina tem sido utilizada como colaboradora no tratamento da hiperêmese gravídica (RAMAKRISHNAN et al, 1999). Para assegurar a oferta destes micronutrientes priorizou-se na elaboração do plano alimentar alimentos como banana, batata, ameixa, castanhas, nozes, amêndoa, abacate, peixes, fígado bovino, brássicas (ex: brócolis, couve), aveia, ovo, milho, abóbora, verduras, dentre outros. (BROWN et al., 2020)

Devido a paciente relatar os sintomas de Hiperêmese Grávida, a prescrição dietética foi dividida em 6 refeições: Desjejum, Colação, Almoço, Lanche da tarde, Jantar, Ceia, afim de diminuir o volume das refeições. Foi orientado para a paciente consumir alimentos de preparação branda, com baixo teor de gordura, refeições com um teor maior de proteína com pouco carboidrato, consumir mais líquido, consumir frutas, sobremesa gelada e preparações com gengibre. (MCPARLIN et al., 2016), (TAN et al., 2020)

Na consulta do pré-natal foi receitada o medicamento “Damater ômega” (polivitamínico) como reforço nutricional e “Meclin Meclozina” (Antiemético), pois devido a perda ponderal de peso corporal, se não parasse de perder peso seria necessário a internação da paciente.

Na primeira consulta nutricional (dia 07/08/2021) a paciente pesava 53,4 kg, já na segunda consulta (dia 08/09/2021) a paciente encontrava-se com o peso de 56 kg voltando ao peso pré-gestacional mantendo o estado de eutrofia e com relato de melhora dos sintomas da Hiperêmese Grávida cursando alguns episódios de vômitos, porém já não usa o medicamento para enjoos.

No 14/11/2021 foi feita a terceira avaliação da paciente onde foi relatado que ela tinha parado de tomar o remédio antiemético, além disso a paciente teve um aumento de peso pesando 66,2 kg na 21a semana de gestação.

Durante a gestação é normal a elevação de hormônios dentre eles o mineralocorticoide aldosterona, que serve para aumentar o volume plasmático sendo crucial para manter o volume sanguíneo circulante, podendo resultar em um aumento variado de peso corporal durante o dia. (Sabbadin et al., 2019)

Com a elevação do hormônio mineralocorticoide aldosterona, se faz necessário a restrição de sódio e manter os níveis adequados de potássio plasmático à partir da dieta para minimizar a retenção hídrica. (Young, 2019)

No gráfico 1 mostra a variação de peso da paciente durante 3 dias, sendo pesada no período de jejum na parte da manhã e no período da noite antes de jantar.

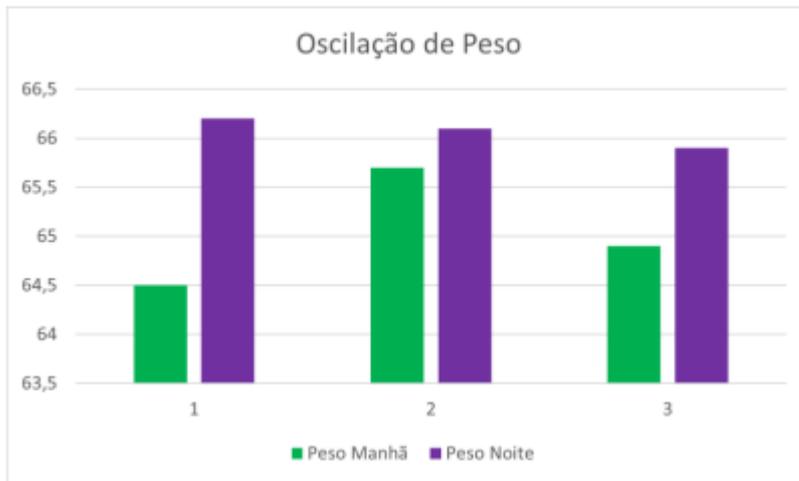


Gráfico 1

O peso corporal da paciente variava entre 64,5kg a 66,2kg no dia 1, 65,7kg a 66,1kg no dia 2 e 64,9kg a 65,8kg no dia 3, o que resultou em seu peso correspondente na 23ª semana de gestação.

No gráfico 2 mostra a evolução da paciente de acordo com o gráfico de Atalah (IMC x semanas gestacional), onde observa-se um aumento de peso conforme os enjoos iam se cessando. Percebe-se uma manutenção do peso desde a última consulta, no intuito de retornar ao estado eutrofia.



Gráfico 2

3.4. IMPORTÂNCIA DA SUPLEMENTAÇÃO DE POLIVITAMÍNICO

Devido a gestante passar por um longo período de enjoos a suplementação de vitaminas e minerais se faz importante para a formação do bebê e a manutenção da saúde da gestante (Brown et al., 2020).

A tabela 1 mostra a importância de cada vitamina e/ou mineral no período gestacional para o desenvolvimento adequado do feto.

NUTRIENTE	FUNÇÃO	REFERÊNCIA
Vitamina A	Participa na embriogênese, porém em excesso tem risco de teratogenicidade.	Finnell et al., 2004
Piridoxina	Participa no desenvolvimento neural, no metabolismo fetal e síntese de neurotransmissores fetais.	Bowling et al.2011
Ácido Fólico	Previne defeitos do tubo neural no feto.	De-Regil et al., 2015
Vitamina B12	A deficiência nesta vitamina pode acarretar problemas na gestação como: abortos espontâneos, pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascer e anomalias no desenvolvimento.	Finkelstein et al., 2015
Vitamina C	Reduz o risco de ruptura prematura das membranas e reduz o risco de infecção no trato urinário.	Sharma et al., 2014 Ochoa-Brust et al., 2007

Vitamina D	Sua deficiência pode aumentar o risco de: pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional, parto de cesariana de emergência, baixo peso ao nascer.	van der Pligt et al., 2018
Vitamina E	Função protetora em condições de estresse oxidativo como: pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino e ruptura prematura das membranas.	Rumbold et al., 2015
Vitamina K	Essencial para formação óssea e participa em processos de coagulação sanguínea.	Fusaro et al., 2017
Colina	Fundamental para o desenvolvimento embrionário e desenvolvimento cerebral.	Zeisel et al., 2011
Cálcio	Importante papel na densidade óssea e mineralização óssea fetal, além de participar na regulação da pressão arterial.	Ettinger et al., 2014
Iodo	Necessário para síntese dos hormônios da tireoide e consecutivamente crescimento e desenvolvimento fetal.	Chan et al. 2009

Ferro	A deficiência de ferro pode causar anemia e prejuízos à saúde como: parto prematuro e baixo peso ao nascer e prevê deficiência de ferro em bebês.	Zimmermann et al., 2007
Magnésio	O magnésio pode inibir contrações uterinas pré-cardíacas via antagonismo de cálcio e sua deficiência esta associada ao aumento do risco de parto prematuro ou nascimento prematuro.	Dalton et al., 2016
Zinco	Necessário para atividade de mais de 300 enzimas, assim se tornando essencial para o crescimento e desenvolvimento fetal e para a vida.	McCall et al., 2000
Ômega-3	Desempenha um papel importante nas membranas celulares em especial no cérebro e retina, sendo indispensável para o desenvolvimento fetal.	Shulkin et al., 2018

Tabela 1

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de acompanhar uma gestante com algumas complicações como Hiperêmese Grávida, azia, enjoos e sangramento devido a placenta está em um local desfavorável, me fez perceber que a ciência da nutrição se faz importante em todas as etapas da vida.

Hoje a paciente saiu do quadro crítico onde devido a perda de peso iria ser internada e hoje cursa uma gravidez mais tranquila. Os planos futuros para a gestante é manter seu peso dentro da eutrofia conforme for avançando na gestação até a data de seu parto natural (como ela planeja) previsto para março/2022.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfenas ARB, Melo CSB, Carneiro TD, Fernandes ES. Hiperemese grávida associada a fatores psicossociais: revisão sistemática. *Rev Int Est Exp* 2018; 9(1):63-

Atalah SE, Castillo CL, Castro RS. Propuesta de un nuevo estandar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile*. 1997; 125:1429-36.

Bowling FG. Pyridoxine supply in human development. *Semin Cell Dev Biol*. 2011 Aug;22(6):611-8. doi: 10.1016/j.semcd.2011.05.003. Epub 2011 Jun 12. PMID: 21664474.

Brown B, Wright C. Segurança e eficácia dos suplementos na gravidez [correção publicada aparece em *Nutr Rev*. 2020 Set 1;78(9):782]. *Nutr Rev*. 2020;78(10):813-826. doi:10.1093/nutrit/nuz101

Chan SY, Vasilopoulou E, Kilby MD. The role of the placenta in thyroid hormone delivery to the fetus. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab*. 2009 Jan;5(1):45-54. doi: 10.1038/ncpendmet1026. PMID: 19079273.

Chortatos A, Haugen M, Iversen PO, Vikanes Å, Magnus P, Veierød MB. Nausea and vomiting in pregnancy: associations with maternal gestational diet and lifestyle factors in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG*. 2013 Dec;120(13):1642-53. doi: 10.1111/1471-0528.12406. Epub 2013 Aug 7. PMID: 23962347.

Dalton LM, Ní Fhloinn DM, Gaydazhieva GT, Mazurkiewicz OM, Leeson H, Wright CP. Magnesium in pregnancy. *Nutr Rev*. 2016 Sep;74(9):549-57. doi: 10.1093/nutrit/nuw018. Epub 2016 Jul 21. PMID: 27445320.

De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 14;(12):CD007950. doi: 10.1002/14651858.CD007950.pub3. PMID: 26662928.

Ettinger AS, Lamadrid-Figueroa H, Mercado-García A, Kordas K, Wood RJ, Peterson KE, Hu H, Hernández-Avila M, Téllez-Rojo MM. Effect of calcium supplementation on bone resorption in pregnancy and the early postpartum: a randomized controlled trial in Mexican women. *Nutr J*. 2014 Dec 16;13(1):116. doi: 10.1186/1475-2891-13-116. PMID: 25511814; PMCID: PMC4289552.

Finkelstein JL, Layden AJ, Stover PJ. Vitamin B-12 and Perinatal Health. *Adv Nutr*. 2015 Sep 15;6(5):552-63. doi: 10.3945/an.115.008201. PMID: 26374177; PMCID: PMC4561829.

Finnell RH, Shaw GM, Lammer EJ, Brandl KL, Carmichael SL, Rosenquist TH. Gene-nutrient interactions: importance of folates and retinoids during early embryogenesis. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2004 Jul 15;198(2):75-85. doi: 10.1016/j.taap.2003.09.031. PMID: 15236946.

Fusaro M, Mereu MC, Aghi A, Iervasi G, Gallieni M. Vitamin K and bone. *Clin Cases Miner Bone Metab*. 2017 May-Aug;14(2):200-206. doi: 10.11138/ccmbm/2017.14.1.200. Epub 2017 Oct 25. PMID: 29263734; PMCID: PMC5726210.

Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press, 2009
Haugen M, Vikanes Å, Brantsæter AL, Meltzer HM, Grijibovski AM, Magnus P. Diet antes da gravidez e o risco de hiperêmese gravidarum. *British Journal of Nutrition*. Cambridge University Press; 2011;106(4):596–602.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the
McCall KA, Huang C, Fierke CA. Function and mechanism of zinc metalloenzymes. *J Nutr*. 2000 May;130(5S Suppl):1437S-46S. doi: 10.1093/jn/130.5.1437S. PMID: 10801957.

McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, Bradley J, Muirhead CR, Nelson-Piercy C, Newbury-Birch D, Norman J, Shaw C, Simpson E, Swallow B, Yates L, Vale L. Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. *JAMA*. 4 de outubro de 2016(13):1392-1401. doi: 10.1001/jama.2016.14337. 27701665.

Ochoa-Brust GJ, Fernández AR, Villanueva-Ruiz GJ, Velasco R, Trujillo-Hernández B, Vásquez C. Daily intake of 100 mg ascorbic acid as urinary tract infection prophylactic agent during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):783-7. doi: 10.1080/00016340701273189. PMID: 17611821.

Rumbold A, Ota E, Hori H, Miyazaki C, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 7;2015(9):CD004069. doi: 10.1002/14651858.CD004069.pub3. PMID: 26343254; PMCID: PMC8406700.

Sabbadin C, Andrisani A, Ambrosini G, et al. Aldosterone em Ginecologia e Seu Envolvimento no Risco de Hipertensão Na Gravidez. *Frente Endocrinol (Lausanne)*. 2019;10:575. Publicado em 2019 Ago 23. doi:10.3389/fendo.2019.00575

Sara, C. L, Barros, A.M., Franco, E.P.S, et al. Consequências da hiperêmese gravídica para a saúde do neonato: revisão integrativa the consequences of hyperemesis

gravidarum for neonate health. In: Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>; Vol.27,n.1,pp.147-151 (Jun - Ago 2019)

Sharma R, Mehta S. Ascorbic Acid concentration and preterm premature rupture of membranes. *J Obstet Gynaecol India*. 2014 Dec;64(6):417-20. doi: 10.1007/s13224-014-0570-z. Epub 2014 May 18. PMID: 25489145; PMCID: PMC4257913.

Shulkin M, Pimpin L, Bellinger D, Kranz S, Fawzi W, Duggan C, Mozaffarian D. n-3 Fatty Acid Supplementation in Mothers, Preterm Infants, and Term Infants and Childhood Psychomotor and Visual Development: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nutr*. 2018 Mar 1;148(3):409-418. doi: 10.1093/jn/nxx031. PMID: 29546296; PMCID: PMC6251555.

Tan PC, Kartik B, Thanendran P, Zakaria R, Win ST, Omar SZ. Respostas de paladar, olfato e náuseas e vômitos relacionadas à alimentação na hiperêmese gravidarum: Um estudo controlado por caso. *Sci Rep*. 2020;10(1):4445. Publicado em 2020 Mar 10. doi:10.1038/s41598-020-61114-y

U. Ramakrishnan, R. Martorell, D. G. Schroeder, R. Flores, Role of Intergenerational Effects on Linear Growth, *The Journal of Nutrition*, Volume 129, Issue 2, February 1999, Pages 544S–549S, <https://doi.org/10.1093/jn/129.2.544S>

Van der Pligt P, Willcox J, Szymlek-Gay EA, Murray E, Worsley A, Daly RM. Associations of Maternal Vitamin D Deficiency with Pregnancy and Neonatal Complications in Developing Countries: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018 May 18;10(5):640. doi: 10.3390/nu10050640. PMID: 29783717; PMCID: PMC5986519.

Young WF Jr. Diagnosis and treatment of primary aldosteronism: practical clinical perspectives. *J Intern Med*. 2019 Feb;285(2):126-148. doi: 10.1111/joim.12831. Epub 2018 Sep 25. PMID: 30255616.

Zeisel SH. The supply of choline is important for fetal progenitor cells. *Semin Cell Dev Biol*. 2011 Aug;22(6):624-8. doi: 10.1016/j.semcdb.2011.06.002. Epub 2011 Jun 12. PMID: 21693194; PMCID: PMC3188336.

Zimmermann MB, Hurrell RF. Nutritional iron deficiency. *Lancet*. 2007 Aug 11;370(9586):511-20. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61235-5. PMID: 17693180.

Zugaib, M.; Nomura, R.M.Y. Hiperêmese gravídica. In: MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. *Rezende obstetrícia*. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p.326-338.