

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

Heitor Moreira Gomes<sup>1</sup>

Viviane Mukim de Moraes Mesquita<sup>2</sup>

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

---

<sup>1</sup> Graduando do Curso de Nutrição pela Universidade Salgado de Oliveira – Campus São Gonçalo – UNIVERSO

<sup>2</sup> 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/m<sup>2</sup> 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 ómega-6 e ómega-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.

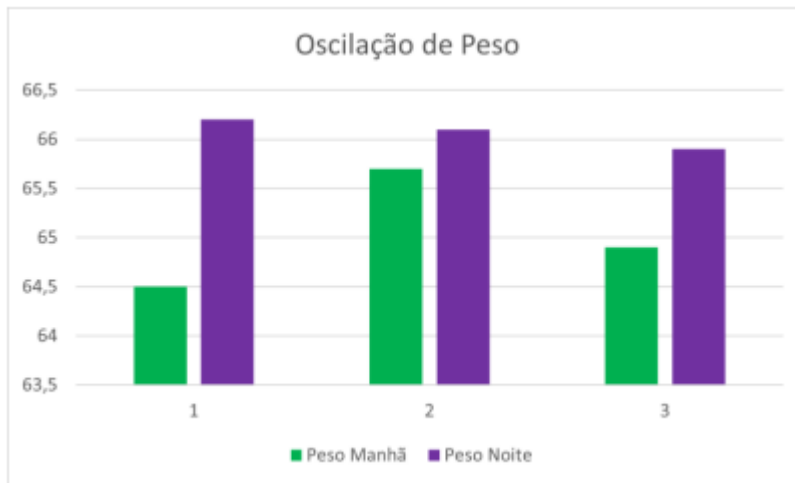


Gráfico 1

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
<b>Vitamina A</b>	Participa na embriogênese, porém em excesso tem risco de teratogenicidade.	Finnell et al., 2004
<b>Piridoxina</b>	Participa no desenvolvimento neural, no metabolismo fetal e síntese de neurotransmissores fetais.	Bowling et al.2011
<b>Ácido Fólico</b>	Previne defeitos do tubo neural no feto.	De-Regil et al., 2015
<b>Vitamina B12</b>	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
<b>Vitamina C</b>	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

<b>Vitamina D</b>	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
<b>Vitamina E</b>	Função protetora em condições de estresse oxidativo como: pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino e ruptura prematura das membranas.	Rumbold et al., 2015
<b>Vitamina K</b>	Essencial para formação óssea e participa em processos de coagulação sanguínea.	Fusaro et al., 2017
<b>Colina</b>	Fundamental para o desenvolvimento embrionário e desenvolvimento cerebral.	Zeisel et al., 2011
<b>Cálcio</b>	Importante papel na densidade óssea e mineralização óssea fetal, além de participar na regulação da pressão arterial.	Ettinger et al., 2014
<b>Iodo</b>	Necessário para síntese dos hormônios da tireoide e consecutivamente crescimento e desenvolvimento fetal.	Chan et al. 2009

<b>Ferro</b>	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
<b>Magnésio</b>	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
<b>Zinco</b>	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
<b>Ômega-3</b>	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.