15 minutos

Náuseas e hiperêmese gravídica

Caso rápido · ambulatório de GO

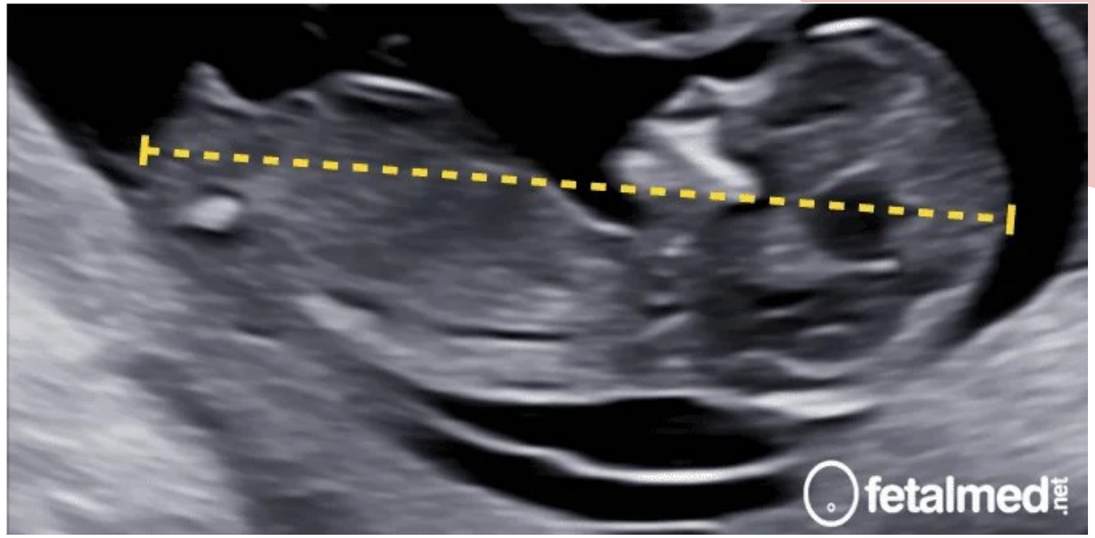
CASO | 'NÃO PARO NADA NO ESTÔMAGO'

Mariana, 24 anos, cabeleireira, G1, 9 semanas.

Náuseas desde a 6ª semana; há 10 dias vomita 6–8 vezes ao dia, inclusive líquidos. Usa dimenidrinato + piridoxina 6/6 h 'sem efeito'. Parou de trabalhar; não consegue tomar o ácido fólico.

Peso pré-gestacional 62 kg; hoje 58 kg (perda de 6,5%). PA 100/60 deitada, 88/56 em pé; FC 108. Mucosas secas, hálito cetônico. PUQE 13.

EAS: cetonúria 3+. Na 136, K 3,1, ureia 48. TSH 0,08 com T4 livre pouco elevado, sem bócio nem sintomas. USG: embrião único com BCF, sem mola ou gemelar.



USG: gestação única, CCN compatível com 9 semanas

Ondansetrona para casa ou interna? E o que fazer com o TSH baixo?

ESCALONAMENTO | DO LEVE AO GRAVE

Degrau	O quê	Observações
0. Não farmacológico	Refeições pequenas e frequentes, evitar jejum e gatilhos, gengibre 250 mg 4x/dia, acupressão P6	Trocar o polivitamínico com ferro por ácido fólico isolado até melhorar. Enxaguar a boca após vomitar.
1. Piridoxina	Piridoxina (vit. B6) 10–25 mg VO 3–4x/dia	Primeira linha em todas as diretrizes. No Brasil, a associação disponível é dimenidrinato 50 mg + piridoxina 10 mg a cada 6 h.
2. Anti-histamínico	Doxilamina 12,5 mg + piridoxina à noite (1ª linha ACOG; associação não comercializada no Brasil) ou dimenidrinato 50 mg 6/6 h	Sonolência. Doxilamina isolada é importada; na prática brasileira o dimenidrinato cumpre o papel.
3. Antagonistas dopaminérgicos	Metoclopramida 10 mg VO/IV 8/8 h (máx. 5 dias seguidos pelo risco extrapiramidal) ou prometazina 12,5–25 mg 6/6 h	Seguras no 1º trimestre. Não associar metoclopramida a outro antidopaminérgico.
4. Ondansetrona	4–8 mg VO/IV 8/8 h	Eficaz; sinal de risco pequeno de fenda oral quando usada antes de 10 semanas — ACOG: discutir e preferir após falha dos degraus anteriores. QT longo: cuidado com hipocalemia.
5. Corticoide	Metilprednisolona 16 mg VO/IV 8/8 h por 3 dias, depois desmame em 2 semanas	Último recurso, refratária e internada. Evitar antes de 10 semanas (fenda labial). Se não respondeu em 3 dias, suspender.

Fontes: ACOG Practice Bulletin 189 (Nausea and Vomiting of Pregnancy, 2018); RCOG Green-top Guideline 69 (2024); FEBRASGO, Náuseas e vômitos na gestação (2018); MS, Caderno de Atenção Básica 32.

HIPERÊMESE | RECONHECER E INTERNAR

Escore PUQE (24 h)

3 perguntas, 1 a 5 pontos cada: horas de náusea, nº de vômitos, nº de ânsias secas.

≤ 6: leve

7–12: moderada

≥ 13: grave

Aplique na consulta e no retorno: é o que mostra se o degrau funcionou. Hiperêmese = vômitos persistentes + perda > 5% do peso + desidratação/distúrbio eletrolítico (0,3–3% das gestações).

Internar quando

Não tolera líquidos VO apesar de antiemético.

Perda de peso > 5% do pré-gestacional.

Desidratação com hipotensão postural, taquicardia, ureia alta.

Distúrbio eletrolítico (K < 3,0–3,5, Na baixo) ou cetonúria persistente apesar de reidratação.

Falha do tratamento ambulatorial / PUQE ≥ 13.

Cetonúria isolada não é critério de gravidade (ACOG, RCOG) — o conjunto é.

Na internação

Hidratação: SF 0,9% ou Ringer, 1–2 L nas primeiras horas, depois manutenção; repor potássio.

Tiamina 100 mg IV ANTES de qualquer soro glicosado — Wernicke é a complicação que mata.

Antiemético IV escalonado; dieta zero por 24 h, depois progressão.

Profilaxia de TEV (enoxaparina) enquanto internada — RCOG.

Investigar: TSH/T4L, EAS/urocultura, enzimas hepáticas e amilase, USG (mola, múltipla). H. pylori se refratária.

Fontes: ACOG PB 189 (2018); RCOG GTG 69 (2024); Koren G et al., Am J Obstet Gynecol 2002 (PUQE); FEBRASGO 2018.

Resolução do caso

Hiperêmese gravídica com desidratação, hipocalemia e perda de 6,5% do peso: interna. Não é caso de "ondansetrona para casa".

Por quê: PUQE 13 (grave), não tolera líquidos, hipotensão postural, K 3,1, ureia 48. Já falhou no degrau 1–2 em dose plena. Mandar para casa com comprimido que ela vai vomitar é repetir a consulta amanhã, pior.

Prescrição: tiamina 100 mg IV antes do soro; Ringer lactato 1.000 mL em 1–2 h, depois 125 mL/h com KCl; dieta zero 24 h; metoclopramida 10 mg IV 8/8 h (ou ondansetrona 8 mg IV 8/8 h se falhar — corrija o potássio antes, pelo QT); enoxaparina profilática; controle de peso, diurese e eletrólitos diários.

O TSH baixo: tireotoxicose gestacional transitória pelo hCG — sem bócio, sem sintomas, sem anticorpos. Não trata, não pede endocrinologista com urgência; repete TSH/T4L em 4–6 semanas. Metimazol aqui seria erro.

Alta quando tolera dieta e líquidos, eletrólitos normais, com antiemético VO escalonado, piridoxina mantida, ácido fólico retomado e retorno em 1 semana com PUQE. Avisar que recorrência é comum até 16–20 semanas.



Grave: internar

Tiamina antes do soro

Corrigir K primeiro

TSH baixo: não tratar

Fontes: ACOG PB 189; RCOG GTG 69 (2024); FEBRASGO 2018.

Pegadinha de prova

Gestante de 8 semanas, com náuseas matinais e um episódio de vômito ao dia, sem perda de peso, hidratada, PUQE 5. Não usa nenhuma medicação. A primeira opção farmacológica, segundo as diretrizes, é:

A Ondansetrona 8 mg VO a cada 8 horas.

B Metoclopramida 10 mg VO a cada 8 horas por 14 dias.

C Piridoxina (vitamina B6), isolada ou associada a anti-histamínico.

D Metilprednisolona 16 mg VO a cada 8 horas por 3 dias.

E Internação para hidratação venosa.

Pegadinha de prova

Gestante de 8 semanas, com náuseas matinais e um episódio de vômito ao dia, sem perda de peso, hidratada, PUQE 5. Não usa nenhuma medicação. A primeira opção farmacológica, segundo as diretrizes, é:

A Ondansetrona 8 mg VO a cada 8 horas.

B Metoclopramida 10 mg VO a cada 8 horas por 14 dias.

C Piridoxina (vitamina B6), isolada ou associada a anti-histamínico.

D Metilprednisolona 16 mg VO a cada 8 horas por 3 dias.

E Internação para hidratação venosa.

PARA LEVAR

1

Escalone: piridoxina → anti-histamínico → metoclopramida/prometazina → ondansetrona → corticoide. Meça com o PUQE em cada retorno.

2

Interna quem não tolera líquidos, perdeu > 5% do peso ou tem distúrbio eletrolítico. Cetonúria sozinha não decide nada.

3

Tiamina antes do soro glicosado, potássio antes da ondansetrona. TSH baixo com T4L pouco alto e sem sintomas: é o hCG, não trate.