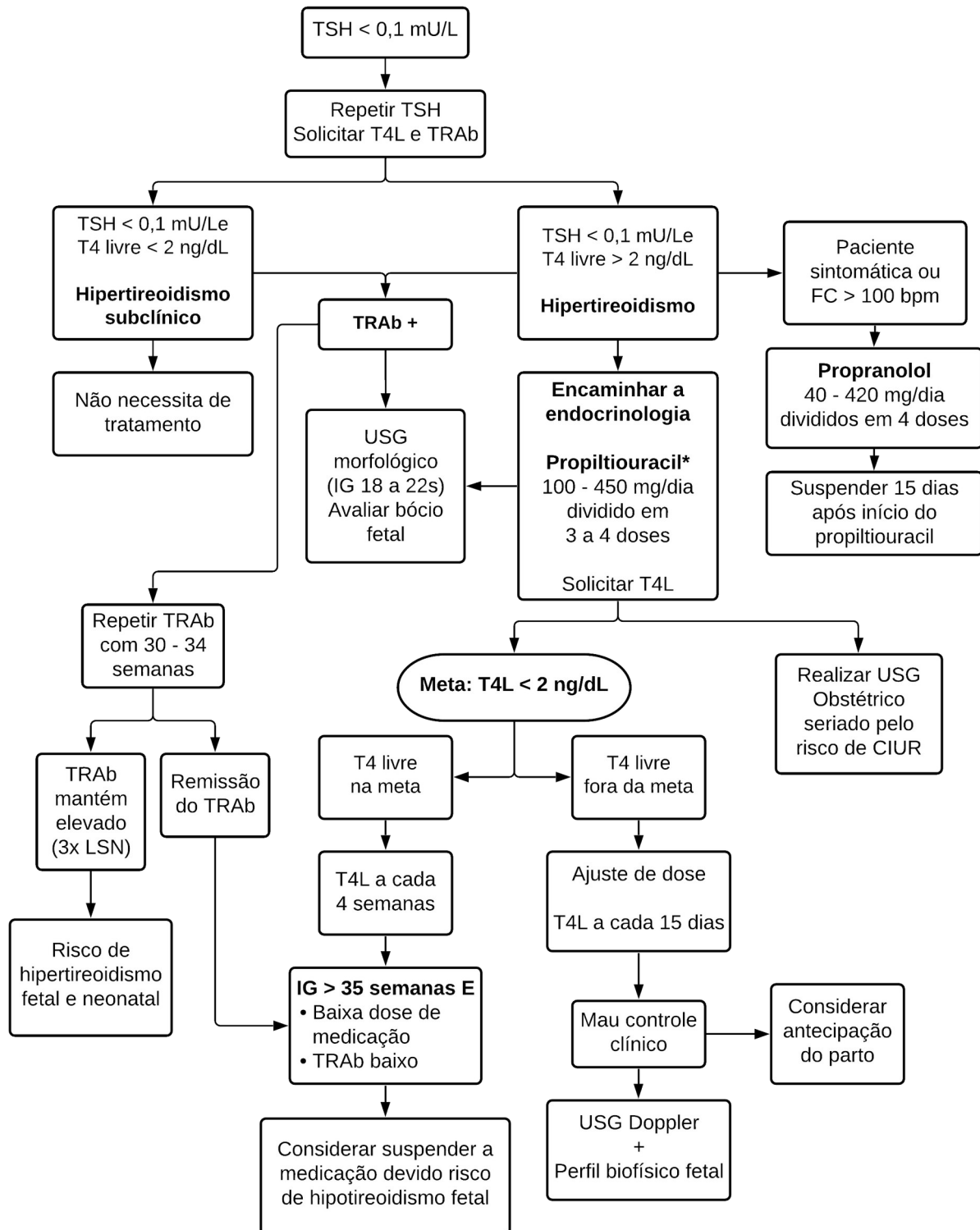


## Ambulatório Materno Fetal

### Fluxograma 1: Manejo do Hipertireoidismo em Gestantes



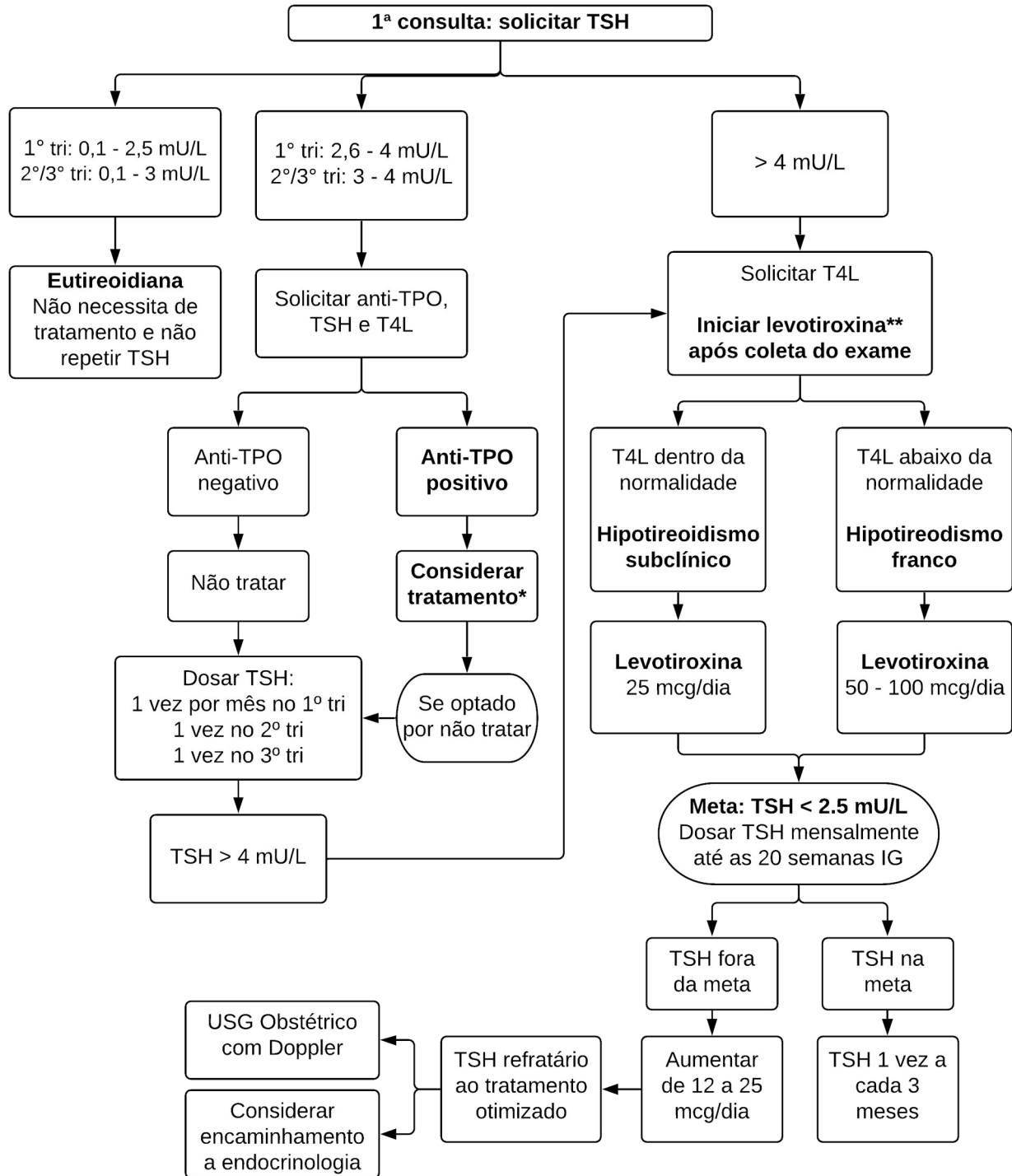
**Hipertireoidismo transitório** pode ocorrer no 1º trimestre devido à aumento de TBG, falso-positivo devido resposta cruzada entre HCG e TBG ou associado a hiperêmese gravídica, normalmente sem sinais clínicos e não necessita de tratamento.

**\*Usar a menor dose possível para obter controle clínico e T4L dentro da normalidade.** Caso paciente com sintomas gastrointestinais exuberantes (avaliar hepatotoxicidade) ou baixa adesão ao propiltiouracil, considerar **metimazol** a partir da 16ª semana, com dose de 10 a 30 mg/dia.

Na amamentação é permitido tanto o propiltiouracil (até 450 mg) quanto o metimazol (até 30 mg), sendo as medicações administradas após as mamadas, e com monitorização da função tireoidiana do recém-nascido.

## Ambulatório Materno Fetal

### Fluxograma 2: Manejo do Hipotireoidismo em Gestantes



#### Hipotireoidismo anterior a gestação:

Aumentar em 30% a dose de levotiroxina em uso.  
Seguir fluxo do hipotireoidismo franco.

\*Considerar história de abortos de repetição ( $\geq 3$  abortos consecutivos) e história familiar. Se optado por tratar, administrar levotiroxina 50 mcg/dia.

\*\*Iniciar com levotiroxina 25 mcg/dia e ajustar após obter o valor do T4 livre

**Se dúvidas, entrar em contato com obstetra responsável pelo matriciamento**

#### Seguimento pós-parto

- Hipotireoidismo prévio: reduzir levotiroxina para a dose pré-gestacional e dosar TSH em 6 semanas
- Hipotireoidismo gestacional: suspender levotiroxina e dosar TSH em 6 semanas

#### Referências:

1. Doenças da tireoide na gestação. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
2. Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. UpToDate, 2021.

**Autores:** Andrea Sá, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.