Prescrição Perigosa
QUE NINGUÉM VÊ

CHECKLIST DE BOLSO

Prescrição *segura* em idosos: anticoagulantes + antidepressivos

⚠ Erro que mais causa dano

Introduzir antidepressivo em idoso em polifarmácia **sem revisar a receita inteira**. O resultado costuma ser a soma das interações medicamentosas: **sangramento + queda + hipotensão + hiponatremia**, sobretudo no primeiro mês.

Dra. Loren Andrade · Material educacional



Checklist de bolso antes de prescrever

1) Confirme o básico

- [ ] Indicação real do anticoagulante
- [ ] Indicação real do antidepressivo — é a opção mais segura?
- [ ] Diagnóstico e objetivo do tratamento
- [ ] Benefício esperado > risco imediato

2) Reconcilie a polifarmácia

- [ ] Prescritos + “se necessário”
- [ ] Vitaminas, fitoterápicos, suplementos
- [ ] AINEs e antiagregantes ocultos
- [ ] Automedicação

3) Cheque risco clínico

- [ ] Idade, peso, creatinina, função renal
- [ ] Sangramento prévio, anemia, doença GI
- [ ] Quedas, marcha, hipotensão postural
- [ ] Cognição e suporte familiar

4) Planeje seguimento

- [ ] Retorno em 2 a 4 semanas (telemonitoramento é opção)
- [ ] Hemograma e eletrólitos
- [ ] Orientação escrita ao paciente
- [ ] Sinais de alarme bem explicados

DOAC: checagem rápida de dose

DOAC	Dose padrão FA isolada	Dose reduzida FA isolada	Critérios de redução FA isolada	Dose com antiplaquetário	Critérios de redução com antiplaquetário
Apixabana	**5 mg 2×/dia**	**2,5 mg 2×/dia**	**≥ 2 critérios:** • Idade ≥ 80 anos • Peso ≤ 60 kg • Creatinina ≥ 1,5 mg/dL	**5 mg 2×/dia** (ou 2,5 mg 2×/dia se critérios)	Mesmos critérios da FA isolada (idade · peso · creatinina)
Rivaroxabana ⚠ ESPECIAL	**20 mg 1×/dia** com maior refeição	**15 mg 1×/dia** com maior refeição	• ClCr 15–50 mL/min	**15 mg 1×/dia** dose fixa reduzida em dupla/tripla	**Dose fixa 15 mg** independente da função renal. Retornar à dose plena após suspender o antiplaquetário.
Dabigatrana	**150 mg 2×/dia**	**75 mg 2×/dia**	• ClCr 15–30 mL/min Considerar 110 mg 2×/dia se idade ≥ 80 ou alto risco hemorrágico	**150 mg 2×/dia** (ou 110 mg 2×/dia se critérios)	110 mg 2×/dia se idade ≥ 80 ou alto risco hemorrágico 75 mg 2×/dia se ClCr 15–30 mL/min
Edoxabana	**60 mg 1×/dia**	**30 mg 1×/dia**	**Qualquer um:** • ClCr 15–50 mL/min • Peso ≤ 60 kg • Uso de inibidor potente da glicoproteína-P	**60 mg 1×/dia** (ou 30 mg 1×/dia se critérios)	Mesmos critérios da FA isolada (ClCr · peso · inibidor P-gp)

Fluxo prático: identifique, cheque e antecipe

PASSO 1

Identifique o DOAC

Apixabana, rivaroxabana, dabigatrana ou edoxabana.

+

PASSO 2

Cheque se há interação

Drug interaction checker: ISRS/ISRSN, AINE, antiagregante, automedicação ou modulador forte de CYP3A4/P-gp.

→

PASSO 3

Antecipe o dano

Sangramento, queda com trauma, excesso de anticoagulação ou falha terapêutica.

DOAC + ISRS/ISRSN

↑ risco de sangramento. Vigilância máxima nos primeiros 30 dias.

DOAC + AINE

↑ risco hemorrágico, principalmente gastrointestinal.

DOAC + antiagregante

Manter apenas se houver indicação cardiovascular clara.

DOAC + inibidor/indutor forte CYP3A4/P-gp

Pode causar excesso ou falha de anticoagulação.

Antidepressivo sedativo/hipotensor + anticoagulante

↑ risco de queda com sangramento traumático.

DOAC + automedicação

Anti-inflamatórios, “naturais” e combinações para dor precisam ser perguntados ativamente.

Escolha do antidepressivo

⚠ Paroxetina no idoso

Evitar quando possível

- Anticolinérgico potente
- Sedação
- Hipotensão ortostática
- Hiponatremia / SIADH
- Quedas
- Descontinuação difícil
- Complica a polifarmácia
- Potencialmente inapropriada: Beers 2023

Menor risco de sangramento

Opções a considerar

Vortioxetina — menor sinal de sangramento entre os serotoninérgicos.

Bupropiona — baixa ação serotoninérgica.

Agomelatina — baixa afinidade serotoninérgica.

Mensagem prática

Mesmo opções “mais seguras” exigem revisão de interações. A escolha final depende de perfil geriátrico, comorbidades e polifarmácia.

Algoritmo em 4 perguntas + monitoramento ativo

1) Vai usar anticoagulante + antidepressivo?
Se sim, presuma maior risco de sangramento e planeje vigilância precoce.

2) O risco hemorrágico foi estimado?
Avalie HAS-BLED e corrija fatores modificáveis.

3) A dose do DOAC está correta?
Confirme idade, ClCr e peso antes de manter a prescrição.

4) O plano de proteção foi feito?
Considerar IBP se risco GI, suspender AAS sem indicação ativa e monitorar mais de perto nos primeiros 30 dias.

Monitoramento do paciente em DOAC + antidepressivo

D0

LINHA DE BASE

- Hemograma + plaquetas
- Função renal / ClCr
- Sódio sérico
- Avaliar IBP
- Orientar sinais de alarme por escrito

14–30 dias

JANELA CRÍTICA

- Consulta presencial ou tele
- Repetir sódio se indicado
- Equimoses, gengivorragia, epistaxe, melena
- Quedas, tontura, hipotensão postural
- Revisar adesão e horários

3 meses

REAVALIAR RESPOSTA

- Eficácia do antidepressivo
- Hemograma + Sódio
- Hipotensão postural
- Ajuste de dose do DOAC
- Continuar, trocar ou desprescrever

6–12 meses

MANUTENÇÃO

- Hemograma anual
- Investigar anemia ferropriva
- Monitorar Sódio
- Revisão de polifarmácia STOPP/START

Sinais de alarme e checagem de interações

Sinais de alarme

Encaminhar imediatamente

- Cefaleia súbita
- Confusão ou sonolência
- Fraqueza unilateral
- Fala arrastada
- Queda recente
- Sangue nas fezes ou urina
- Vômito em borra de café

Medscape: Drug Interaction Checker

Ferramenta gratuita útil para checagem rápida de pares ou múltiplos medicamentos antes de fechar a receita.

Como usar

1. Abra o Drug Interaction Checker.
2. Digite o nome das medicações.
3. Revise a gravidade e a conduta sugerida.

Leitura do resultado

- **Baixo alerta** → manter vigilância clínica.
- **Alerta moderado** → reavaliar necessidade, dose e monitorização.
- **Alerta alto** → evitar associação ou discutir alternativa.

Dica de bolso: use o checker como triagem rápida, mas nunca como única fonte para decidir a prescrição.

6 mensagens para *não esquecer*

1. Sem reconciliação da polifarmácia, não há prescrição segura.
2. DOAC + antidepressivo serotoninérgico exige cautela.
3. Prefira opções com menor carga serotoninérgica quando possível.
4. O primeiro mês é a janela de maior risco.
5. Queda em anticoagulado é evento sentinela.
6. Dose correta + monitorização precoce + orientação escrita evitam iatrogenia.

Referências essenciais

AGS Beers Criteria 2023 · FDA apixabana · FDA paroxetina · SPS: interações com DOACs · JAMA Network Open 2024 (SSRI + anticoagulante e sangramento maior) · STOPP/START · Medscape Drug Interaction Checker

Material educacional. Não substitui julgamento clínico individual, protocolos locais e bulas oficiais.