15 minutos

Medicamentos e gestação: os 10 que mais geram dúvida

Caso rápido · ambulatório de GO

CASO | A SACOLA DE REMÉDIOS

Renata, 34 anos, G1, advogada, 7 semanas por USG de ontem.

Gestação não planejada. Traz a sacola: losartana 50 mg/dia (hipertensão crônica há 3 anos), sertralina 100 mg/dia (depressão, estável há 2 anos), metformina 850 mg 2x/dia (SOP) e ibuprofeno 'quando dói a cabeça', uns 3 comprimidos por semana.

Terminou isotretinoína há 7 semanas (acne). Tomou fluconazol 150 mg dose única há 10 dias por candidíase. Pergunta, assustada, se 'o bebê já está com problema' e se deve parar tudo hoje.

PA 128 × 82 mmHg. IMC 29. Sem outras comorbidades. Já comprou ácido fólico.



O que você suspende hoje, o que mantém, o que troca — e o que você diz sobre o que já foi tomado?

OS 10 QUE MAIS GERAM DÚVIDA | PARTE 1

Medicamento	Risco real	O que fazer / substituto seguro
AINEs (ibuprofeno, diclofenaco, nimesulida)	≥ 20 sem: oligoâmnio e lesão renal fetal (alerta FDA 2020); ≥ 30 sem: fechamento precoce do ducto arterioso. 1º tri: uso eventual não exige nada.	Paracetamol 500–1.000 mg até 3 g/dia (ou dipirona). AINE só < 20 semanas, pela menor dose e menor tempo. AAS 100 mg para pré-eclâmpsia não entra nessa regra.
ISRS (sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina)	Baixo risco; paroxetina tem sinal de cardiopatia no 1º tri. Síndrome de adaptação neonatal (transitória) e HPPRN raras. Depressão não tratada é o maior risco.	Manter sertralina (1ª escolha, inclusive na amamentação). Não suspender abruptamente. Se em paroxetina, discutir troca. Conversar com quem prescreveu, não parar sozinha.
Isotretinoína	Teratógeno maior (SNC, face, coração, timo) em 20–35% das expostas; risco de aborto. Exige 2 métodos contraceptivos e teste mensal.	Contraindicada; suspender ≥ 1 mês antes de engravidar (meia-vida curta — exposição 1 mês após parar não é indicação de interrupção). Acne na gestação: peróxido de benzoíla, ácido azelaico, clindamicina tópica.
Metformina	Não é teratogênica; atravessa a placenta. Dados de longo prazo em evolução (peso na infância).	Pode manter em SOP até confirmar gestação e no DM2/DMG como alternativa; insulina é o padrão no diabetes prévio. Não serve para 'prevenir aborto' na SOP.
IECA / BRA (enalapril, captopril, losartana)	2º e 3º tri: displasia tubular renal, oligoâmnio, hipoplasia pulmonar, hipocalvária, óbito. 1º tri: sinal fraco de malformação — não justifica interrupção.	Suspender ao diagnóstico da gestação. Trocar por metildopa 250 mg 8/8 h, nifedipino retard ou labetalol. Tratar se PA ≥ 140 × 90 (CHAP 2022); alvo < 140 × 90.

Fontes: FDA Drug Safety Communication (AINEs, 2020); ACOG CO 92 (ISRS, reaf. 2020); Lammer EJ et al., NEJM 1985 (isotretinoína); Cooper WO et al., NEJM 2006 (IECA 1º tri); Tita AT et al., NEJM 2022 (CHAP); Briggs, Drugs in Pregnancy and Lactation, 12ª ed.

OS 10 QUE MAIS GERAM DÚVIDA | PARTE 2

Medicamento	Risco real	O que fazer / substituto seguro
Varfarina	Embriopatia entre 6 e 12 semanas (hipoplasia nasal, epífises pontilhadas) em ~5%; hemorragia fetal e SNC em qualquer fase.	Trocar por heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) antes de 6 semanas. Prótese valvar mecânica: decisão com cardiologia (varfarina ≤ 5 mg/dia pode ser mantida após 12 sem).
Ácido valproico	Defeito do tubo neural 1–2%, malformações maiores ~10%, QI reduzido e autismo. O pior anticonvulsivante na gestação.	Não iniciar em mulher em idade fértil. Já grávida: não suspender sozinha — neurologia para trocar (lamotrigina, levetiracetam) ou reduzir; ácido fólico 4–5 mg/dia; USG morfológico.
Misoprostol	Abortivo e teratógeno quando falha: Möbius, defeitos de redução de membros, artrogripose.	Uso só hospitalar e com indicação obstétrica (indução, abortamento, HPP) — controle da Portaria 344. Perguntar sobre uso prévio na gestação 'que não deu certo'.
Fluconazol	Dose alta prolongada (400–800 mg/dia): síndrome dismórfica (tipo Antley-Bixler). 150 mg dose única: associação com aborto em coorte dinamarquesa; sem malformação consistente.	Evitar no 1º trimestre. Candidíase na gestante: azólico tópico por 7 dias (clotrimazol, miconazol) ou nistatina. Dose única já tomada: tranquilizar e seguir o pré-natal.
Tetraciclinas (doxiciclina, minociclina)	Após 16 semanas: manchamento dentário e inibição de crescimento ósseo; hepatotoxicidade materna em dose alta. 1º tri: dados tranquilizadores.	Evitar na gestação. Clamídia: azitromicina 1 g dose única. Acne: tópicos. Infecções respiratórias: amoxicilina, cefalosporinas, azitromicina.

Fontes: ACOG Practice Bulletin 196 (anticoagulação, 2018); Tomson T et al., Lancet Neurol 2018 (EURAP); Mølgaard-Nielsen D et al., JAMA 2016 (fluconazol); Pastuszak AL et al., Lancet 1998 (misoprostol); Briggs 12ª ed.; FEBRASGO, Uso de medicamentos na gestação (2021).

RESOLUÇÃO | SEM PÂNICO, COM MÉTODO

Suspende uma, troca uma, mantém duas e tranquiliza sobre as outras duas. Ninguém sai da consulta sem tratamento.

Suspende hoje — losartana: exposição no 1º trimestre não indica interrupção; o perigo é o 2º/3º. Com PA 128 × 82, observa; se ≥ 140 × 90 persistente, metildopa 250 mg 8/8 h ou nifedipino retard. Hipertensa crônica: AAS 100–150 mg à noite a partir de 12 semanas.

Mantém — sertralina: depressão estável há 2 anos é conquista; recaída custa mais que o risco pequeno do ISRS. Mantém a dose, avisa o psiquiatra, vigia o puerpério.

Troca — ibuprofeno: por paracetamol; 3 comprimidos por semana de cefaleia merecem investigar a causa.

Metformina: pode parar — a SOP não precisa dela na gestação; rastrear diabetes com glicemia de jejum agora e TOTG 24–28 semanas (SOP + IMC 29 = risco alto).

Já tomados — isotretinoína e fluconazol: isotretinoína parada 7 semanas antes da concepção (meia-vida ~1 dia) não aumenta risco; fluconazol 150 mg dose única não tem malformação consistente. Tranquilizar com dados; morfológico de rotina.



Losartana: parar hoje

Sertralina: manter

AINE → paracetamol

Já exposta: dados, não pânico

Fontes: Cooper WO et al., NEJM 2006; ACOG CO 92; CHAP 2022; Briggs 12ª ed.

PEGADINHA DE PROVA

Mulher de 29 anos, hipertensa crônica em uso de enalapril 10 mg/dia e com transtorno depressivo controlado com sertralina 50 mg/dia, descobre gestação de 6 semanas. A conduta mais adequada é:

A Suspender enalapril e sertralina imediatamente, pelo risco teratogênico de ambos.

B Manter os dois medicamentos, pois a exposição no 1º trimestre já ocorreu.

C Substituir enalapril por metildopa e manter a sertralina.

D Substituir enalapril por losartana e trocar sertralina por paroxetina.

E Manter enalapril até 20 semanas e suspender a sertralina gradualmente.

PEGADINHA DE PROVA

Mulher de 29 anos, hipertensa crônica em uso de enalapril 10 mg/dia e com transtorno depressivo controlado com sertralina 50 mg/dia, descobre gestação de 6 semanas. A conduta mais adequada é:

A Suspender enalapril e sertralina imediatamente, pelo risco teratogênico de ambos.

B Manter os dois medicamentos, pois a exposição no 1º trimestre já ocorreu.

C Substituir enalapril por metildopa e manter a sertralina.

D Substituir enalapril por losartana e trocar sertralina por paroxetina.

E Manter enalapril até 20 semanas e suspender a sertralina gradualmente.

PARA LEVAR

1

Parar hoje: IECA/BRA, varfarina (trocar por HBPM), isotretinoína, tetraciclinas, AINE após 20 semanas. Sempre com substituto na mão.

2

Manter com acompanhamento: ISRS (sertralina), metformina quando indicada, anticonvulsivante até a neurologia trocar. Suspender sem plano é o erro.

3

Exposição que já aconteceu: risco real, não medo genérico. Isotretinoína parada > 1 mês e fluconazol 150 mg dose única não mudam a conduta.