Especialidade: Clínica Médica
Questão: 17

Enunciado da Questão

Homem, 67 anos, portador de hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica, em uso de anlodipino 10 mg 1x ao dia, enalapril 20 mg 12/12h, metformina 500 mg 12/12h, vildagliptina 50 mg 12/12h, procura atendimento devido a quadro agudo de dispneia, tosse produtiva e febre. Após atendimento inicial, opta-se por internação hospitalar.
Sinais vitais na admissão: PA: 130/85 mmHg; FC: 98; FR: 24; SpO2: 95% em ar ambiente; afebril; glicemia capilar: 230 mg/dL; peso: 70kg.
Exames laboratoriais: Hb: 11,4 g/dL; VCM: 95 fL; leucócitos: 15.600/mm^3 (88% neutrófilos, sem desvio à esquerda); plaquetas: 180.000/mm^3; creatinina: 2,3 mg/dL; ureia: 110 mg/dL; Na^+: 136 mEq/L; K^+: 5,2 mEq/L; gasometria venosa: pH 7,33; bicarbonato: 21,1 mEq/L; pCO2: 35 mmHg. Paciente apresenta boa aceitação da dieta oral.
Assinale a alternativa que apresenta a opção mais adequada para controle glicêmico inicial deste paciente.

Alternativas

A. Suspender metformina e reduzir vildagliptina para 50 mg 1x ao dia; iniciar insulina NPH 8UI de manhã e 8UI à noite + insulina regular de correção antes das refeições.
B. Suspender metformina e vildagliptina; iniciar insulina NPH 10UI de manhã e 10UI à noite + insulina regular de correção antes das refeições.
C. Suspender metformina e manter vildagliptina; iniciar insulina NPH 10UI de manhã e 10UI à noite + insulina regular pré-prandial 4UI 3x ao dia + insulina regular de correção antes das refeições.
D. Suspender metformina e reduzir vildagliptina para 50 mg 1x ao dia; iniciar insulina NPH 8UI de manhã e 8UI à noite + insulina regular pré-prandial 4UI 3x ao dia + insulina regular de correção antes das refeições.

Fundamentação do Recurso

Prezada banca examinadora,

Venho, respeitosamente, apresentar recurso referente à questão nº 17, cujo gabarito correto é a **alternativa A**, pelos fundamentos a seguir.

1. Metformina deve ser suspensa. O paciente apresenta doença renal crônica com creatinina de 2,3 mg/dL (TFG estimada de aproximadamente 30 mL/min/1,73 m^2), acidose metabólica (pH 7,33; HCO_3^- 21,1 mEq/L) e quadro infeccioso agudo com risco de hipóxia e hipoperfusão. Esse cenário expõe o paciente a risco de acidose lática, e a suspensão da metformina é consenso na hiperglicemia hospitalar.

2. A vildagliptina exige ajuste de dose. Com TFG inferior a 50 mL/min, a dose recomendada em bula é de 50 mg 1x ao dia. Isso exclui as alternativas C, que mantém a dose de 50 mg 12/12h, e B, que suspende sem necessidade um fármaco de baixo risco de hipoglicemia.

3. A dose de insulina deve ser reduzida. A Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes sobre manejo da Hiperglicemia Hospitalar recomenda o uso de insulina em esquema basal com correção. Orienta ainda reduzir a dose total diária em pacientes idosos e com insuficiência renal, que têm menor depuração de insulina e maior risco de hipoglicemia, nos quais se utilizam doses menores do que as habituais de 0,3–0,5 UI/kg/dia. Para um paciente de 70 kg, 16 UI/dia de NPH (≈ 0,23 UI/kg/dia) respeitam essa faixa reduzida.

4. As alternativas C e D são inadequadas. Ao somar 12 UI de insulina regular pré-prandial fixa, a dose total chega a cerca de 28 UI/dia (≈ 0,4 UI/kg/dia). Esse valor excede o recomendado para um paciente idoso com DRC e aumenta o risco de hipoglicemia, o que contraria as diretrizes. A glicemia de admissão (230 mg/dL) é moderada e não justifica início agressivo, pois a titulação deve ser feita com base nas glicemias capilares seguintes.

Conclusão: apenas a alternativa A ajusta os antidiabéticos orais à função renal e emprega esquema insulínico seguro, conservador e passível de titulação. Solicito, portanto, a **alteração do gabarito na alternativa A.**