Cetoacidose Diabética e Manejo da Insulinoterapia IV Contínua e Potássio — Seguimento Farmacoterapêutico Ambulatorial e Adesão

Por Cristiano Ricardo · Publicado em 18/10/2026

Cetoacidose Diabética (CAD): Manejo da Insulinoterapia IV Contínua e Potássio. Foco em Endocrinologia & Metabologia e Seguimento Farmacoterapêutico & Farmacoterapia: avaliação de prescrição, interpretação de exames laboratoriais (Glicemia: 480 mg/dL; Gasometria arterial: pH 7,10, HCO3- 9 mEq/L, Anion Gap: 24; Potássio sérico inicial: 3,2 mEq/L.), identificação do erro/risco potencial e conduta farmacêutica resolutiva baseada em

Versão online e eventuais atualizações:
https://dr.cristianoricardo.com/post/clinica-farmaceutica-dia-0244-cetoacidose-diabetica-cad-manejo-da-insulinoterapia-iv-continua-e-p

Endocrinologia & Metabologia · Seguimento Farmacoterapêutico & Farmacoterapia

Cetoacidose Diabética (CAD): Manejo da Insulinoterapia IV Contínua e Potássio — Caso Clínico

Diretriz Pedagógica de Cuidado Farmacêutico · Dr. Cristiano Ricardo · Publicação de 18/10/2026

A presente lição clínica integra o programa diário de capacitação e prática farmacêutica avançada do Dr. Cristiano Ricardo.
Sob o tema Cetoacidose Diabética (CAD): Manejo da Insulinoterapia IV Contínua e Potássio, abordamos a tomada de decisão clínica à beira do leito hospitalar e no consultório, unindo o raciocínio fisiopatológico às evidências farmacológicas modernas e à legislação profissional vigente.

Enquadramento Regulatório & Deontologia: Esta conduta farmacêutica fundamenta-se na Diretrizes SBD 2023-2024 e ADA Standards of Care in Diabetes, Resolução CFF nº 586/2013, assegurando autonomia técnica, responsabilidade sanitária e prevenção ativa de iatrogenias medicamentosas.

1. Apresentação do Caso Clínico & Anamnese Farmacêutica

Perfil do Paciente e Admissão: Adolescente de 16 anos com DM1 recém-aberto, admitida em coma cetoacidótico com respiração de Kussmaul e desidratação profunda.

Prescrição Médica Auditada: Insulina Regular 10 UI em bolus IV seguido de infusão contínua de 0,1 UI/kg/h; sem reposição de potássio na primeira hora.

© 2026 Cristiano Ricardo · dr.cristianoricardo.com

2. Interpretação Farmacêutica de Resultados Clínicos e Laboratoriais

O farmacêutico deve correlacionar imediatamente a farmacocinética dos medicamentos prescritos aos parâmetros bioquímicos e hematológicos do paciente:

• Achados Laboratoriais Críticos: Glicemia: 480 mg/dL; Gasometria arterial: pH 7,10, HCO3- 9 mEq/L, Anion Gap: 24; Potássio sérico inicial: 3,2 mEq/L.

• Risco Terapêutico Detectado na Prescrição: Erro com risco iminente de parada cardiorrespiratória por fibrilação ventricular: NUNCA iniciar insulina se o potássio sérico estiver abaixo de 3,3 mEq/L. A insulina transporta o potássio extracelular para o meio intracelular, provocando hipocalemia fatal súbita.

• Substâncias e Alvos Envolvidos: Insulina Regular IV + Reposição de Cloreto de Potássio

3. Avaliação Crítica da Prescrição & Racional Fisiopatológico

Na emergência endócrina, o farmacêutico clínico é a linha de defesa que impede a iatrogenia fatal da hipocalemia induzida por insulina. Conhecer a fisiopatologia do cotransportador Na+/K+-ATPase ativado pela insulina é pré-requisito mandatório na validação da prescrição médica da CAD.

4. Intervenção Farmacêutica Estruturada & Plano de Cuidado

Conduta Farmacêutica Adotada (Método SOAP / Dáder / PCNE):

Farmacêutico recomendou suspensão imediata da infusão de insulina; hidratação vigorosa inicial com SF0,9% e adição imediata de KCl (20 a 30 mEq por litro de soro) até o potássio sérico ultrapassar 3,3 mEq/L. Somente após a normalização do potássio, reintroduzir a insulina regular a 0,05-0,1 UI/kg/h em bomba.

5. Perólas Clínicas e Recomendações para a Prática Diária

• Documentação em Prontuário: Registre formalmente toda intervenção farmacêutica utilizando a metodologia SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), resguardando a equipe e conferindo rastreabilidade sanitária.

• Comunicação Interprofissional Efetiva: Ao sugerir ajustes posológicos ao médico assistente, apresente o racional fisiopatológico, o risco toxicodinâmico documentado e a proposta alternativa concreta pronta para validação.

• Engajamento do Paciente (Teach-Back): Em ambiente ambulatorial, certifique-se de que o paciente ou cuidador compreendeu os horários, interações com alimentos e sinais precoces de

© 2026 Cristiano Ricardo · dr.cristianoricardo.com

alarme que exigem pronto-socorro.

Dr. Cristiano Ricardo

Farmacêutico Clínico e Hospitalar · Especialista em Farmacoterapia & Cuidado Farmacêutico