Creatina Monohidratada e Falso Diagnóstico de Insuficiência Renal Aguda — Prevenção de Iatrogenias Nutricionais e Segurança do Paciente (Edição #235)

Por Cristiano Ricardo · Publicado em 09/01/2026

Tratado e estudo de caso pelo Dr. Cristiano Ricardo sobre Creatina Monohidratada e Falso Diagnóstico de Insuficiência Renal Aguda. Abordagem avançada em Nutrição Esportiva & Farmácia Clínica e Suplementação com Creatina & Rastreio de Falsos Diagnósticos Renais: avaliação crítica de prescrição e suporte nutricional (Creatina Monohidratada vs Creatinina Sérica e Filtração Glomerular (Cistatina C)), interpretação de dados clínicos e laboratoriais (Creatinina sérica: 1,7 mg/dL; Ureia normal (32 mg/d

Versão online e eventuais atualizações:
https://dr.cristianoricardo.com/post/farmacia-clinica-nutricao-ed-235-creatina-monohidratada-e-falso-diagnostico-de-insuficiencia-renal-

Nutrição Esportiva & Farmácia Clínica · Suplementação com Creatina & Rastreio de Falsos Diagnósticos Renais

Creatina Monohidratada e Falso Diagnóstico de Insuficiência Renal Aguda — Caso Clínico #235

Cuidado Farmacêutico & Nutrição Clínica · Dr. Cristiano Ricardo · Publicação de 09/01/2026

A interface entre a farmacologia clínica e a terapia nutricional representa uma das fronteiras mais decisivas para a segurança do paciente e o êxito terapêutico.
Nesta edição do programa clínico, abordamos Creatina Monohidratada e Falso Diagnóstico de Insuficiência Renal Aguda, detalhando as bases físico-químicas, farmacocinéticas e moleculares que orientam a intervenção do farmacêutico no leito hospitalar e no consultório clínico.

Fundamentação Sanitária & Deontológica: Conduta em consonância com Resolução CFF nº 585/2013 e Resolução CFF nº 586/2013, assegurando rigor técnico na avaliação da terapia nutricional e proteção contra interações fármaco-nutriente adversas.

1. Cenário Clínico & Anamnese Farmacêutica Integrada

Apresentação do Paciente: Jovem de 26 anos, hígido, praticante de musculação, em uso de Creatina Monohidratada 5g/dia há 6 meses, comparece angustiado ao consultório farmacêutico com exame acusando Creatinina de 1,7 mg/dL e laudo automático de TFG CKD-EPI de 54 mL/min/1,73m² (DRC estágio 3a presumida).

Prescrição / Regime Nutricional Auditado: Médico do trabalho solicitou suspensão de treinos

e encaminhamento para nefrologia com suspeita de glomerulopatia.

2. Interpretação Farmacêutica de Dados Laboratoriais e Nutricionais

A avaliação dos parâmetros bioquímicos deve ser imediata e articulada à via de administração e composição da dieta:

• Achados Laboratoriais e Clínicos Críticos: Creatinina sérica: 1,7 mg/dL; Ureia normal (32 mg/dL); Urina tipo I sem hematúria ou proteinúria; Ultrassonografia renal absolutamente normal.

• Substâncias e Nutrientes Envolvidos: Creatina Monohidratada vs Creatinina Sérica e Filtração Glomerular (Cistatina C)

• Risco Terapêutico e Toxicodinâmico: Interpretação errônea: a creatina exógena se acumula no tecido muscular esquelético e é degradada espontaneamente em creatinina sérica sem que haja perda de filtração renal. A equação CKD-EPI baseada exclusivamente em creatinina subestima grosseiramente a função renal em indivíduos musculosos em uso de creatina.

3. Racional Fisiopatológico & Mecanismo Molecular da Interação

O olhar farmacêutico laboratorial impede diagnósticos falsos de doenças crônicas e investigações invasivas desnecessárias. Compreender a bioquímica da creatina protege o paciente contra iatrogenias emocionais e médicas.

4. Intervenção Farmacêutica Estruturada & Plano de Cuidado

Conduta Farmacêutica Implementada (Método SOAP / Dáder / EMTN):

O farmacêutico realizou a interpretação clínica dos exames: explicou a cinética de formação não enzimática da creatinina; solicitou dosagem de Cistatina C sérica (marcador de filtração glomerular independente de massa muscular e dieta) e relação albumina/creatinina em amostra isolada; a Cistatina C resultou em 0,72 mg/L (TFG real de 118 mL/min/1,73m² - função renal perfeita); paciente tranquilizado e mantido em treino com hidratação adequada.

5. Recomendações Práticas e Pérolas Clínicas para a Rotina

• Compatibilidade Físico-Química: Nunca administre medicamentos misturados diretamente à fórmula de nutrição enteral ou parenteral sem prévia validação de compatibilidade físico-química e osmolalidade pelo farmacêutico.

• Irrigação e Higiene de Cateteres: Realize flush com 20 a 30 mL de água estéril ou filtrada antes e depois de qualquer fármaco administrado por sonda enteral, prevenindo a coagulação

© 2026 Cristiano Ricardo · dr.cristianoricardo.com

de proteínas da dieta e a oclusão do cateter.

• Monitoramento de Biomarcadores: Acompanhe eletrólitos intracelulares (fósforo, magnésio e potássio) a cada 24 horas nas fases iniciais de suporte nutricional em pacientes de risco para Síndrome de Realimentação.

• Registro no Prontuário: Registre formalmente o parecer farmacêutico em prontuário eletrônico com o racional científico documentado, respaldando as decisões da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN).

Dr. Cristiano Ricardo

Farmacêutico Clínico e Hospitalar · Especialista em Farmacoterapia & Nutrição na Prática Farmacêutica