

# Síndrome Nefrítico Agudo en Pediatría

## AUTORES:

Hernandez, Richard<sup>1</sup> Estevez, Liliana<sup>2</sup> Albornoz, Cristhy<sup>3</sup> Moy, Claudia<sup>4</sup> Duerto, María José<sup>5</sup>

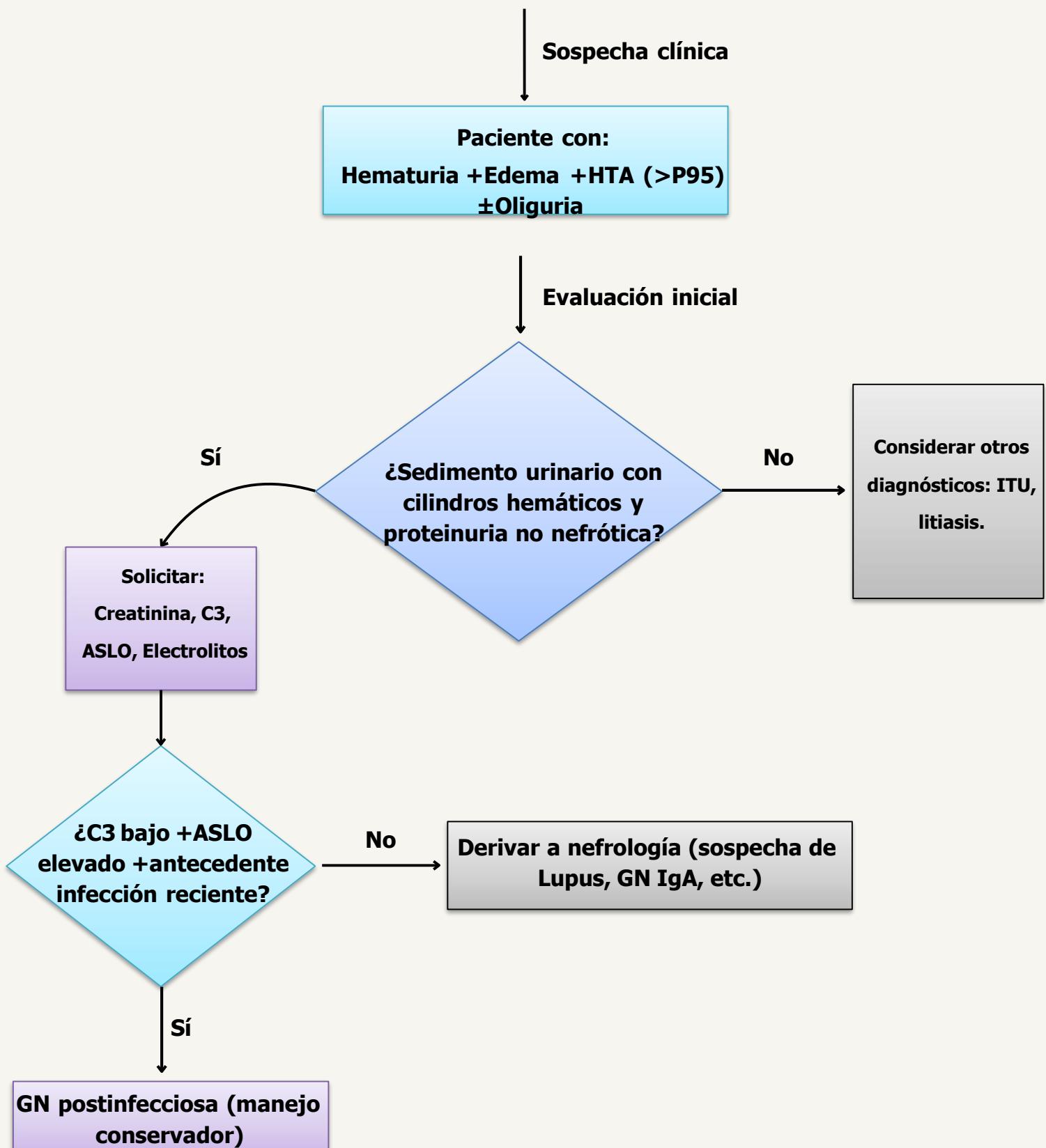
1. *Nefrólogo/Pediatra Hospital Central de San Cristobal (Táchira)*

2. *Nefrólogo/Pediatra Hospital Central de Valle del a Pascua (Guárico)* 3. *Nefrólogo/Pediatra SAHUM Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (Zulia)* 4. *Instituto Médico la Floresta Grupo Médico Santa Paula (Distrito Capital)* 5. *Fargan (Fondo Unico de trabajadores de la Gobernación del edo. Anzoátegui (Anzoátegui)*

**Autor correspondiente:** Hernandez, Richard<sup>1</sup>

**Correo:** [richardnef@gmail.com](mailto:richardnef@gmail.com)

# Manejo del Síndrome Nefrítico en Pediatría



## Tratamiento caso típico:

### EDEMA/SOBRECARGA DE VOLUMEN:

Dieta Hiposódica

**Manejo ambulatorio:** restricción hídrica ( $400 \text{ cc/m}^2$  / Furosemida IV/oral 1-2mg/kg/dosis (cada 6-12h).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Nifedipino oral: 0.25-0.5mg/kg/dosis(máx.10mg/dosis).

### INFECCIOSO Asto (+):

penicilina V Dosis oral: 25-50 mg/kg/día, dividida en 2-4 dosis al día.

**Sin respuesta al tratamiento vs Debut**

**Atípico**

¿Criterios de gravedad?

**HTA severa (TA >P99 +5 mmHg). Oliguria (<0.5mL/kg/h) o anuria. Hiperkalemia (K+ >5.5mEq/L) Edema pulmonar**

**Proteinuria masiva**

± Diálisis  
Biopsia Renal

**Tratamiento Casos Atípicos:**

### GN RÁPIDAMENTE PROGRESIVA/LUPUS:

Metilprednisolona IV:30 mg/kg/día (máx.1g) por 3 días.

Ciclofosfamida 500-750 mg/m<sup>2</sup> (protocolo nefrología).

**SEGUIMIENTO**

### Controles:

**Primerasemana:** TA diaria, diuresis, peso.

**Laboratorio:** Creatinina, electrolitos, C3 a las 4-8 semanas.

**Alerta:** Si proteinuria/hematuria persiste >6meses → reevaluar.

## Definición:

El **síndrome nefrítico agudo**, es una manifestación clínica resultante de una inflamación glomerular aguda. Se caracteriza por la presencia de **hematuria, edema, hipertensión arterial y proteinuria leve a moderada**. Puede acompañarse de **oliguria** y alteración de la función renal. En la edad pediátrica, su causa más frecuente es la **glomerulonefritis postinfecciosa aguda (GNAPI)**, que suele aparecer una a **tres semanas después** de una infección estreptocócica (faringitis o impétigo).

## Etiología:

### Bacteriana:

- Estreptococo β hemolítico grupo A (SBHGA)
- Estafilococo
- Neumococo
- Haemophilus influenzae
- Meningococo

### Viral:

- Virus de Epstein-Barr
- Citomegalovirus
- Coxackie
- Hepatitis B
- Parotiditis
- Sarampión

# Epidemiología:

**Edad de presentación: 4–14 años (muy raro <3 años)**

**Predominio masculino 2:1**

**GNPI representa la causa más frecuente de síndrome nefrítico infantil a nivel mundial ( $\approx 470.000$  nuevos casos/año)**

**10% de niños con faringitis y 25% en caso de impétigo progresan a GNPI**

## Manejo clínico. Paciente con Síndrome Nefrítico:

### Manifestaciones Clínicas:

**inicio típico: 1–3 semanas después de faringitis o impétigo.**

- Hematuria macroscópica (color Coca-Cola)**
- Edema (periorbitario → generalizado)**
- Hipertensión arterial**
- Oliguria**
- Fiebre, malestar general**
- Nauseas, dolor abdominal**

# Estudios de laboratorio:

## Estudios

### Examen simple orina :

- **Hematuria** :micro o macroscópica (hematíes dismórficos)
- Cilindros hemáticos
- **Proteinuria** (<1g/L) Densidad urinaria elevada

### complementarios

#### Exámenes sanguíneos

- ◊ **Urea y creatinina:** elevadas.
- ◊ **C3:** disminuido (normaliza en 6–8 semanas)
- ◊ **C4:** normal.
- ◊ **CH50:** Disminuido.
- ◊ **ASO o anti-DNase B:** elevados
- **Hematología completa,**
- **Electrolitos, perfil hepático, VSGy PCR.**

#### Biopsia renal (indicaciones absolutas):

- Deterioro rápido de la FR
- Insuficiencia renal
- Proteinuria >1gr/1.73m<sup>2</sup>/día
- Alteraciones inmunológicas

## RECOMENDACIONES PRACTICAS PARA LOS PADRES

1. Asistir a todas las citas: El nefrólogo pediátrico es su aliado principal. No falte a los controles.
2. Medicación: Administre exactamente como fue recetada. Nunca suspenda o modifique la dosis de medicamentos (como los antihipertensivos) sin consultar al médico.
3. Controles en casa: Aprenda a tomar la presión arterial de su hijo si el médico lo indica. También anote la cantidad de orina y su aspecto.

## Manejo de la Dieta (Dieta Renal)

1. Restricción de SAL (Sodio): Es la más importante. La sal empeora la hinchazón y la presión alta.
- 2 . Evite: Comidas procesadas, enlatados, embutidos, sopas de sobre, snacks salados, salsas comerciales, quesos curados.

- 3. Cocine con muy poca sal. Use especias, hierbas aromáticas, ajo y limón para dar sabor.**
- 4. Restricción de LÍQUIDOS: Solo si el médico lo indica. En la fase aguda, se puede limitar la ingesta para controlar el edema y la presión.**
- 5. Mida los líquidos (agua, leche, jugos, sopas) según las indicaciones. 2 .6 Restricción de POTASIO y PROTEÍNAS: No siempre es necesaria. Solo debe implementarse bajo supervisión médica específica.**
- 6. El medico le dirá si debe limitar alimentos ricos en potasio (plátano, naranja, tomate, patata) o proteínas (carne, pescado, huevos).**

## **7. Medicación**

## **Reposo y Actividad Física**

- 1.Fase activa: Durante la fase aguda (con hinchazón, hipertensión), el reposo es fundamental. Favorece la diuresis (producción de orina) y ayuda a controlar la presión.**
- 2. Recuperación: Una vez que los síntomas mejoren (la hinchazón baje, la presión se normalice y la orina se aclare), el niño puede reintegrarse gradualmente a sus actividades normales, incluida la escuela. Evite deportes de contacto o de alto rendimiento hasta que el médico lo autorice.**

## **Prevención de Infecciones**

**Lavado de manos frecuente.**  
**Evite el contacto con personas enfermas (gripe, varicela, etc.).**  
**Mantenga al día el calendario de vacunación (consultando con el pediatra qué vacunas son compatibles con su tratamiento).**

## **Vigilancia de Signos de Alarma (¿Cuándo volver a Urgencias?)**

**Contacte inmediatamente a su médico o acuda a urgencias si observa:**

---

**Disminución marcada o ausencia total de orina en 12 horas.**  
**Aumento repentino de la hinchazón.**

**Dolor de cabeza intenso, visión borrosa o convulsiones (signos de presión arterial muy alta).**

**Fiebre alta.**

**Dificultad para respirar o tos (podría indicar acumulación)**

**Vigilancia de Signos de Alarma (¿Cuándo volver a Urgencias?)**

**Contacte inmediatamente a su médico o acuda a EMERGENCIA si observa:**

**Disminución marcada o ausencia total de orina en 12 horas.**

**Aumento repentino de la hinchazón.**

**Dolor de cabeza intenso, visión borrosa o convulsiones (signos de presión arterial muy alta).**

**Fiebre alta.**

## Refencias bibliográficas

1. Fernández Maseda MÁ, Romero Sala FJ. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en nefrología pediátrica [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2014. p.303–14.
2. García de la Puente S, Salas-López JA. Glomerulonefritis postinfecciosa en pediatría: revisión actualizada. Rev Mex Pediatr. 2022;89(1):26-34.
3. González-Lamuño D, Buendía de Guezala A. Síndrome nefrítico y glomerulonefritis. Pediatría Integral. 2022; XXVI (8): 471.e1–471.e13.