

Síndrome Nefrítico Agudo en Pediatría

AUTORES:

Hernandez, Richard¹ Estevez, Liliana² Albornoz, Cristhy³ Moy, Claudia⁴ Duerto, María José⁵

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 corresponsal: Hernandez, Richard¹

Correo: richardnef@gmail.com

Manejo del Síndrome Nefrítico en Pediatría

Sospecha clínica

Paciente con:
Hematuria +Edema +HTA (>P95)
±Oliguria

Evaluación inicial

¿Sedimento urinario con
cilindros hemáticos y
proteinuria no nefrótica?

Sí

No

Considerar otros
diagnósticos: ITU,
litiasis.

Solicitar:
Creatinina, C3,
ASLO, Electrolitos

¿C3 bajo +ASLO
elevado +antecedente
infección reciente?

No

Derivar a nefrología (sospecha de
Lupus, GN IgA, etc.)

Sí

GN postinfecciosa (manejo
conservador)

Tratamiento caso típico:

EDEMA/SOBRECARGA DE VOLUMEN:

Dieta Hiposódica

Manejo ambulatorio: restricción hídrica (400 cc/m² /

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/m² (protocolo nefrología).

SEGUIMIENTO

Controles:

Primera semana: TA diaria, diuresis, peso.

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

Alerta: Si proteinuria/hematuria persiste >6 meses → 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:

- ♦ *Streptococcus* β hemolítico grupo A (SBHGA)
- ♦ *Staphylococcus*
- ♦ *Neumococcus*
- ♦ *Haemophilus influenzae*
- ♦ *Meningococcus*

Viral:

- ♦ Virus de Epstein-Barr
 - ♦ Citomegalovirus
 - ♦ Coxsackie
 - ♦ Hepatitis B
 - ♦ Parotiditis
 - ♦ Sarampión
-

Epidemiología:

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

Predominio masculino 2:1

GNAPI representa la causa más frecuente de síndrome nefrítico infantil a nivel mundial (≈ 470.000 nuevos casos/año)

10% de niños con faringitis y **25%** en caso de impetigo 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
 - ☐ Náuseas, dolor abdominal
-

Estudios de laboratorio:

Examen simple orina :

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

Biopsia renal (indicaciones absolutas):

- ♦ Deterioro rápido de la FR
- ♦ Insuficiencia renal
- ♦ Proteinuria >1gr/1.73m²/día
- ♦ Alteraciones inmunológicas

Estudios complementarios

Exámenes sanguíneos

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

RECOMENDACIONES PRECTICAS 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.

Referencias 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.
-