



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-07-03

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. CARLOS RENDON Prof. TANIA DE ALMEIDA y Prof. JENNY CHACON, Reunidos en: el Salón del servicio de Reumatología del Hospital Julio Criello Rivas del - C.H.U. Ruiz y Pérez, a la hora: 10:00 am Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. CONSULTA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL JULIO CRIOLLO RIVAS. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. JULIO 2013- JULIO 2023

Del Bachiller **LEÓN ARZOLA, OLGUIMAR STEFANY** C.I.: 27438282, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 8 días del mes de Octubre de 2024

Prof. CARLOS RENDON
 Miembro Tutor

Prof. TANIA DE ALMEIDA
 Miembro Principal

Prof. JENNY CHACON
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL TESISTA



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez c/o Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-07-03

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. CARLOS RENDON Prof. TANIA DE ALMEIDA y Prof. JENNY CHACON, Reunidos en: El Salón del Servicio de Reumatología del Hospital Julio Criallo Rivas del C.H.U Ruiz y Pérez, a la hora: 10:00 am Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. CONSULTA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL JULIO CRIOLLO RIVAS. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. JULIO 2013- JULIO 2023

Del Bachiller MARTÍNEZ CAMPOS, INÉS MARIANA C.I.: 27407988, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 8 días del mes de Octubre de 2024

Prof. CARLOS RENDON
 Miembro Tutor

Prof. TANIA DE ALMEIDA
 Miembro Principal

Prof. JENNY CHACON
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAZÁ RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuero- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradodosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO VIRGILIO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL
SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL JULIO CRIOLLO RIVAS.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. CIUDAD
BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. JULIO 2013- JULIO2023.**

Tutor académico:

Dr. Carlos Rendón

Co-Tutor:

Dra. Ángela Hernández

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: León Arzola, Olguimar Stefany

C.I: 27438282

Br: Martínez Campos, Inés Mariana

C.I: 27407988

Como requisito parcial para optar por el título Médico cirujano

Ciudad Bolívar, Octubre de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos	16
METODOLOGÍA.....	18
Tipo de estudio	18
Población	18
Muestra	18
Criterios de inclusión.....	18
Criterios de exclusión	19
Métodos e instrumentos.....	19
Procedimientos	19
Presentación de resultados.....	19
RESULTADOS	20
Tabla 1	22
Tabla 2.1	23
Tabla 2.2	24
Tabla 3.1	25
Tabla 3.2	26
Tabla 4.....	27
Tabla 5.....	28
Tabla 6.1	30

Tabla 6.2	31
Tabla 7	32
Tabla 8	33
Tabla 9	34
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIÓN	40
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÉNDICES	47
Apéndice A	48
Apéndice B	49
ANEXOS	52
Anexo 1.....	53

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, quienes son el pilar fundamental de mi vida, han estado conmigo en cada paso e impulsado cuando ha sido necesario. Son el motivo por lo que quiero ser mejor cada día.

A mis abuelas, Ofelia Franchi, Gloria León y mi tía Olga Palomo por su amor, compañía y alentarme a seguir mis sueños.

A María Angélica Acosta, por apoyarme en todo momento de mi carrera.

A familiares y amigos que han estado presentes en mi formación personal y profesional.

A la Dra Angela Hernández y Dr Carlos Rendón por aceptar ser nuestros tutores, por su simpatía y compromiso en la realización de nuestro trabajo de grado. A la licenciada Sindy Belisario por su amabilidad y ayuda cuando lo necesitamos y a la Dra Marles Pereira por su cordialidad y colaboración con su estudio que fue utilizado de referencia.

A los amigos con quienes inicié la carrera, Inés Martínez, Smailly Montaner, Jairobys Aponte, Cristian Nava, Betania Marquéz, gracias por su cariño, palabras de aliento y por cada momento compartido. A mi grupo de rotación, Zulerik Licett, Leomari León, Jesús Lezama y Roymar Lazar, gracias por ser luz en momentos de oscuridad, por ser excelentes compañeros y amigos, fue una bendición coincidir en este camino.

León Arzola, Olguimar Stefany

AGRADECIMIENTOS

Principalmente quiero expresar mi agradecimiento a mis familiares, en especial a mi madre Marta Martínez que se ha esforzado en apoyarme siempre, a mis hermanos Isaac Montilla y Samuel Montilla que son lo más valioso que tengo y me motivan a mejorar cada día.

A mis primas Rudys Martínez y Obdelys García que me han apoyado de manera incondicional e inspirado a superarme. A mis Tías, Luisa Martínez y Andrea Martínez, que siempre están para mí cuando las necesito.

Agradezco a mis amigos Juan León y Jesús Lezama por brindarme su amistad y ser mis confidentes, a mis amigas Olguimar León y Smailly Montaner por ser como una familia para mí. A mi novio Diego Marchan por su amor, por mostrarme que siempre puedo contar con él y por alentarme siempre a seguir adelante.

También especial agradecimiento a la Doctora Ángela Hernández y Dr Carlos Rendón por aceptar ser nuestros tutores, tenernos paciencia, mostrar disposición y tratarnos con amabilidad.

Martínez Campos, Inés Mariana

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DEL
SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. CONSULTA DE
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL JULIO CRIOLLO RIVAS.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. CIUDAD
BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. JULIO 2013- JULIO 2023
León, O. Martínez, I.**

RESUMEN

Introducción: El síndrome nefrótico (SN) es la glomerulopatía primaria más frecuente en Pediatría, cursa con edema, proteinuria en rango nefrótico (mayor de 40 mg/m²sc/hora), hipoalbuminemia (albumina menor a 2.5gr/dl) y dislipidemia. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas del síndrome nefrótico en pacientes pediátricos de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas en Ciudad Bolívar, Venezuela en el período Julio 2013 a Julio 2023. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, transversal y no experimental. La muestra estuvo conformada por 91 pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome nefrótico, que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** El 51% (n=46) de los pacientes eran del sexo masculino y 49% (n=45) eran del sexo femenino. El 50,5% (n=46) pertenece al grupo etario preescolar. El 46,2% (n=30) procedían de Ciudad Bolívar, 15,4% (n=14) de Ciudad Guayana. El 51,6% de los pacientes (n=47) presentaron hipertensión arterial, y 50,5% (n=46) presentaron hematuria. El síndrome nefrótico primario fue el más frecuente siendo idiopático en 92,3% (n=84). El 73,6 % (n=67) presentó complicaciones, anasarca y ascitis en 57,1% (n=52). En relación a la respuesta al tratamiento esteroideo, el 38,5% (n=35) eran corticodependiente, el 35,2% (n=32) eran corticosensible y el 26,4% (n=24) corticoresistente, y. Según la evolución, el 62,6% (n=57) de los pacientes tuvo al menos un episodio derecaída, 17,6% (n=16) están en remisión, el 5,5% (n=5) fallecieron y el 4,2 % (n=3) evolucionaron a enfermedad renal crónica. El 100% (n=91) de los pacientes utilizó prednisona y el 42,9% (n=39) recibió micofenolato. El 46,2% (n=42) de los pacientes se les realizó biopsia renal, de los cuales en primer lugar se encontró como patrón histológico lesión glomerular de cambios mínimos en el 45,2% de los casos. Según motivo de realización biopsia, el 45,2% (n=19) fue por corticorresistencia y el 42,9% (n=18) por corticodependencia. **Conclusión:** Se pudo constatar que el síndrome nefrótico es más frecuente en niños preescolares siendo la principal causa la idiopática, posee un alto porcentaje de complicaciones, la corticodependencia tuvo el mayor porcentaje de respuesta al tratamiento en los pacientes. El padrón histológico más frecuente fue lesión glomerular de cambios mínimos.

Palabras clave: Síndrome nefrótico, Pediatría, Epidemiología

INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico (SN) es la glomerulopatía primaria más frecuente en Pediatría, cursa con edema, proteinuria en rango nefrótico (mayor de 40 mg/m²sc/hora o una relación proteína/creatinina (P/C) mayor de 2), hipoalbuminemia (albúmina menor a 2.5gr/dl) y dislipidemia (Lara, 2021).

Su incidencia en menores de 16 años es de 2-7 casos nuevos por 100.000 niños al año. La edad de aparición más frecuente es 2-8 años, con una máxima incidencia a los 3-5 años, sin embargo, de acuerdo a la literatura aproximadamente 1 al 6% de los pacientes desarrollan la patología antes del año de edad, esto secundario al SN congénito. En la edad pediátrica es dos veces más frecuente en el sexo masculino (Zuñiga, 2020).

El SN según los diferentes hallazgos de laboratorio y características clínicas asociadas se clasifica en: SN primario y SN secundario. El SN primario incluye al idiopático, genético y congénito, y es definido por la ausencia de una enfermedad sistémica, fármaco etiológico identificable asociado a la alteración glomerular, es el más frecuente en general y representa más del 90% de los casos en edades entre 1-10 años. La enfermedad de cambios mínimos (ECM) es la alteración histológica más frecuente en pacientes con SN primario, presente en más del 85% de todos los casos diagnosticados. La causa definitiva ECM no se encuentra claramente definida, pero hay evidencia que sugiere un desorden primario inmunológico que genera disfunción en los podocitos glomerulares ocasionando alteraciones en la permeabilidad de la barrera glomerular (Zuñiga, 2020).

El SN genético se debe a mutaciones de las proteínas podocitarias y se presenta desde el periodo fetal a la vida adulta generalmente se asocia a SN aislado

corticorresistente, precoz y grave. Los SN sindrómicos con mutaciones genéticas presentan SN asociado a cuadros malformativos característicos. El SN congénito ocurre en pacientes menores de un año de edad, de los cuales hasta un 85% de los niños presentan manifestaciones clínicas en los primeros 3 meses de vida, suelen asociar mutaciones genéticas que los hace resistentes al tratamiento farmacológico habitual por lo que tienen peor pronóstico a corto y largo plazo (Román, 2014).

El SN idiopático es una entidad homogénea desde el punto de vista clínico. Sin embargo, la evolución, la histología renal y la respuesta al tratamiento abarca un amplio espectro de posibilidades, de modo que los pacientes pueden mostrar grandes diferencias en cuanto al pronóstico, el tratamiento y el riesgo de enfermedad renal crónica. El reto para el nefrólogo infantil será equilibrar la balanza entre el riesgo inherente a la enfermedad y el beneficio de la terapia individualizada en cada caso (Román, 2014).

El SN secundario a enfermedades sistémicas o algún proceso identificable causante de la lesión glomerular se asocia con: infecciones (virus de la inmunodeficiencia humana, sífilis, hepatitis B, toxoplasmosis, endocarditis, mononucleosis infecciosa), fármacos (interferón, litio, captopril), trastornos inmunológicos (Lupus eritematoso sistémico, vasculitis), asociados a cáncer (linfoma, leuceumia, tumores sólidos)(Zuñiga, 2020).

Existe la clasificación del SN según la respuesta al tratamiento con corticoides, en la cual se encuentran 3 tipos: corticosensible como aquel que desaparece la proteinuria y se normaliza la albumina plasmática dentro de las primeras 8 semanas de tratamiento esteroideo; corticodependiente cuando presenta 2 recaídas consecutivas durante el tratamiento esteroideo en días alternos o dentro de los 14 días

de suspensión del esteroide; y el corticoresistente si la remisión de la proteinuria no ocurre luego de cumplir 8 semanas con tratamiento esteroideo(Lara, 2021).

La mayoría de los pacientes corticosensibles remiten la proteinuria entre los 5 y los 7 días del comienzo del tratamiento; son muy pocos los que lo hacen en forma tardía. La respuesta es clínicamente visible por el aumento significativo de la diuresis, la desaparición de los edemas y la normalización de los parámetros de laboratorio (Comité de Nefrología Sociedad Argentina de Pediatría, 2014).

Fisiopatológicamente la pérdida de proteínas en orina causa una serie de alteraciones que constituyen las características clínicas y de laboratorio del SN. Se suele presentar de forma común con cuatro manifestaciones clínicas: Proteinuria selectiva a albumina, Hipoalbuminemia, Edemas, Hiperlipidemia. La primera manifestación clínica suele ser la aparición de edemas, el edema se define como la acumulación de fluido en el espacio intersticial y es una manifestación clínica frecuente del SN. El mecanismo fisiopatológico, responsable de la retención de sodio ha sido un tema de intenso debate durante décadas.

La teoría Underfill postula que la retención de sodio en el SN es un fenómeno secundario a la disminución del volumen arterial efectivo que resulta en disminución de la presión oncótica plasmática. Esta disminución en la presión oncótica plasmática ocasiona un desbalance en las fuerzas de Starling, produciendo la translocación de fluido del espacio intravascular hacia el espacio intersticial, causando una disminución en el volumen arterial efectivo y, por consiguiente, hipovolemia relativa. Esta última produce la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) y del sistema nervioso simpático, el incremento de la liberación de hormona antidiurética y la inhibición de la liberación del péptido natriurético auricular. La activación de todos estos sistemas genera la retención de sodio y agua por parte de la nefrona con la consiguiente aparición del edema (Cisneros, 2018).

La teoría de Overfillse basa en un defecto primario en la excreción de sodio, posiblemente en los túbulos contorneados distales por resistencia al péptido natriurético auricular, inflamación intersticial, vasoconstricción, reabsorción de sodio aumentada y edema. Estos dos mecanismos no son excluyentes entre sí, dependen del estado del SN, grado de hipoproteinemia y la presión oncótica. Otro mecanismo asociado es la retención de sodio por canales epiteliales (ENaC), en el ducto colector regulado al alta por plasminógeno, plasmína tubular y por el receptor de urokinasa del factor activador del plasminógeno, este último responsable con la integrina $\alpha\beta3$ del anclaje podocitario y se manifiesta con podocituria (Carvajal, 2019).

La distribución del edema es típicamente periorbitario y dependiente de la gravedad, es característico que conforme pasan las horas del día el edema periorbitario disminuya y aumente en la región de extremidades inferiores y en la zona sacra con edema escrotal en niños o edema vulvar en las niñas.

La hiperlipidemia con aumento de la concentración del colesterol total, colesterol LDL y, menos frecuente elevación, en los niveles séricos de los triglicéridos; son secundarias a un aumento en la síntesis hepática de los lípidos y una disminución en su catabolismo. En los adultos la hiperlipidemia suele implicar un aumento del riesgo cardiovascular, aunque las implicaciones en los niños no son tan graves sobre todo en aquellos casos que responden a la terapia con esteroides (Zuñiga, 2020).

Son muy frecuentes la ascitis, la hepatomegalia y el dolor abdominal que precisa una cuidadosa valoración para descartar peritonitis primaria, que puede estar presente al debut. El edema intestinal puede provocar diarrea. Los pacientes son más susceptibles a infecciones (especialmente por neumococo) asociadas a disfunción inmune de células T y B, pérdida urinaria de inmunoglobulinas, complemento y properdina, con mayor riesgo de peritonitis primaria, celulitis, neumonía, meningitis

y sepsis. Las alteraciones secundarias son dislipemia, hipercoagulabilidad y alteraciones tiroideas. Los niños pequeños tienen mayor riesgo de hipovolemia.

La asociación de hipovolemia, diuréticos, infecciones, punciones venosas e inmovilización contribuyen al riesgo de fenómenos tromboembólicos en miembros inferiores, riñón, seno longitudinal o pulmón (2-8%). Un 15% de los pacientes en recaída pueden mostrar signos de tromboembolismo pulmonar en la gammagrafía de ventilación-perfusión (Román, 2014).

Otras manifestaciones y signos menos frecuentes son: hematuria (25%), hipertensión arterial (20%) y lesión renal (3%), la presencia de estas alteraciones suelen ser indicación para realizar biopsia renal y pensar en otras causas etiológicas más graves (Zuñiga, 2020).

La enfermedad, las complicaciones y el tratamiento contribuyen a la desnutrición y retardo de crecimiento. En niños que responden al tratamiento, la función renal se mantiene normal a largo plazo; sin embargo, los pacientes con SN congénito y el 50% de los SN corticorresistente evolucionan a enfermedad renal terminal (Román, 2014).

Los hallazgos clínicos y de laboratorio que se usan para confirmar el diagnóstico de SN son Proteinuria (>40 mg/m²/h), hipoalbuminemia ($<2,5$ g/dl) y edemas. Se debe realizar estudio de la función renal, lipidograma, función tiroidea, pantalla de coagulación, hemograma e inmunoglobulinas para evaluar las alteraciones secundarias, así como serología viral, complemento y estudio de autoinmunidad para descartar SN secundario. El estudio genético está indicado en el SN congénito corticorresistente. La biopsia estará indicada en SN asociado a hematuria macroscópica, hipertensión arterial, falla renal (TFG <90 ml/min/1,73m²) e

hipocomplementemia, así como en el SN del primer año de la vida, en pacientes corticorresistentes y en aquellos con debut en la adolescencia (Lara, 2021).

El Tratamiento inicial del SN, consiste en Prednisona 2 mg/Kg o 60 mg/m² en días continuos (dosis máxima, 60 mg/d) durante 4-6 semanas, en 1 toma, cumpliendo la dosis diaria entre las 8 y las 10 de la mañana, seguido de prednisona 1,5 mg/Kg o 40 mg/m² en días alternos durante 4-6 semanas. El esquema descendente implica disminuir 10 mg/m² en 10 mg/m² por semana o cada 2 semanas durante 1 a 3 meses. La ventaja del tratamiento más largo, 6 semanas de continuo y 6 semanas en días alternos, es la disminución del número de recaídas dentro de los 12 y los 24 meses del debut de la enfermedad; sin aumentar los efectos adversos relacionados con una mayor dosis acumulativa de prednisona. La sensibilidad inicial a la prednisona se correlaciona en forma directa, en la mayoría de los pacientes, con el patrón histológico de lesiones mínimas (Comité de Nefrología Sociedad Argentina de Pediatría, 2014).

En cuanto al tratamiento de recaída del SN, se basa en prednisona vía oral en dosis matutina 60 mg/m²/día con una dosis máxima de 60mg/día hasta tener proteinuria negativa durante tres días consecutivos, seguido de 40 mg/m²/día en días alternos con dosis máxima de 40mg/día durante 4 semanas. En recaídas frecuentes si la etiología es infecciosa debe tratarse la causa, seguido de Prednisona a <0,5 mg/Kg/día en días alternos, si no se logra la remisión al tratar el proceso infeccioso y con la mínima dosis en días alternos que venía recibiendo o justo en la dosis donde se produjo la recaída, volver a la dosis diaria en la mínima dosis posible e ir descendiendo al igual que en el tratamiento de la recaída.

En el SN corticodependiente, la terapéutica consiste en prednisona hasta negativizar la proteinuria con dosis de 60 mg/m²/día durante 4 semanas, seguido de 40 mg/m²/día en días alternos durante 1-2 semanas, 30 mg/m²/día en días alternos

durante 1-2 semanas, 20 mg/m²/día en días alternos durante 3-6 meses, 10 mg/m²/día en días alternos o 0.5 mg/Kg/día en días alternos e iniciar Ciclofosfamida 5 mg/m²/día o menos, manteniendo la dosis de esteroides por 9-12 meses. En este contexto la primera elección es prednisona con ciclofosfamida, que puede ser administrado de dos formas: Ciclofosfamida de 1-3 mg/Kg/día (dosis acumulada de 168-180 mg/Kg) y Prednisona a 40 mgs/m²/día en días alternos durante 8-12 semanas, luego descender la dosis de prednisona de 10 mg/m²/día en días alternos hasta lograr remisión de la proteinuria, se debe controlar realizando una hematología completa cada 15 días durante el primer mes de tratamiento y luego una vez mensual, suspendiendo si hay leucopenia y en caso de Infección moderada o severa. Ciclosporina de 4-5mg/Kg/d (150mg/m²/d) cada 12 horas, durante 4 semanas, se debe mantener los esteroides e ir disminuyendo en forma paulatina durante 2 semanas en cada descenso de 10 mg.

De segunda opción MicofenolatoMofetil de 800-1200mg/m²/día preferiblemente en dos dosis con una duración de 12 a 24 meses controlar estrictamente con niveles plasmáticos, se debe disminuir los esteroides igual que en los casos anteriores progresivamente hasta suspender en 3-6 meses y controlar función renal cada 3 meses y perfil lipídico.

La tercera opción es Tacrolimus a razón de 0.1 mg/kg/día durante 12 a 24 meses, luego suspender en 3 a 6 meses disminuyendo la dosis progresivamente. De cuarta opción se considera Rituximab 375mg/m² semanal por 5 dosis, y disminuir los esteroides igual que en los casos anteriores hasta suspender en 3-6 meses.

El tratamiento del SN Corticorresistente en primera opción MicofenolatoMofetil de 800-1200mg/m²/día preferiblemente en dos dosis durante 6 meses, en segunda opción Tacrolimus 0.2 mg/Kg/día cada 12 horas durante 6 meses.

Se deben disminuir los esteroides igual que en los casos anteriores e intentar suspender en 6 meses o mantener la mínima dosis posible en días alternos.

Las recomendaciones nutricionales en un paciente con SN incluyen una dieta baja en sodio <1 meq/Kg/día o 35 mg/Kg/día tomando en cuenta el contenido de sal de los alimentos consumidos. Sin embargo, si el paciente tiene edema de difícil manejo se recomienda el descenso de estas cifras aconsejándose una ingesta máxima de 1-2 gramos/día. Es necesario adecuar la ingesta de líquidos de acuerdo a la evolución clínica, recomendando una restricción hídrica inicial de 400 a 600 cc/m²/sc dependiendo del grado del edema. La ingesta de dietas hiperproteicas está contraindicada ya que favorecen la hiperfiltración de proteínas, disminuyen la síntesis proteica y activan el sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) agravando el cuadro clínico. En niños se recomienda en líneas generales una ingesta de 1-1.5 gr/Kg/día ajustado al grupo etario, siendo recomendable un aporte normoprotéico con predominio de proteínas de alto valor biológico e ingesta calórica entre 35-40 kcal/Kg/día para prevenir trastornos del crecimiento y favorecer la síntesis hepática de proteínas.

En la actualidad los diversos esfuerzos terapéuticos están destinados al control de la Angiotensina II como sustrato final responsable de los efectos deletéreos cardiovasculares y renales; por ello se recomienda el uso de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA 2) como monoterapia o combinados para disminuir la proteinuria, controlar la presión arterial y disminuir la progresión a daño renal permanente en las siguientes dosis: enalapril 0,1-0,6 mg/Kg/día en dos tomas (máximo 20 mg/día); losartan 0,8-1 mg/Kg/día cada 24 horas (máximo 50 mg/día).

El aporte de ácidos grasos y omega-3 en pacientes con patologías glomerulares se ha asociado a un incremento de la tasa de filtración glomerular (TFG), tienen un

potencial efecto terapéutico en la patología renal por sus propiedades antiinflamatorias y antiateroscleróticas con reducción de la hipertrigliceridemia y prevención secundaria de la enfermedad coronaria siendo además útiles para minimizar la enfermedad cardiovascular asociada al estado urémico.

La activación de los receptores de vitamina D (VDR) podría tener efectos antiproteinuricos y nefroprotectores actuando a diferentes niveles, incluso a nivel podocitario, por lo que constituye una alternativa para el tratamiento de la proteinuria. Se recomienda aporte de calcio de 500 a 1200 mg/d y suplementos vitamina D suficientes para mantener niveles de 25 OH-vitamina D superiores a 30 ng/ml.

El uso de diuréticos de asa se recomienda sólo en casos de edema incapacitante previa corrección de la hipovolemia. La furosemida, se recomienda a razón de 1-2 mg/Kg/dosis en caso de compromiso respiratorio con edema pulmonar (luego de la infusión de albumina si lo amerita), y en el SNCR con edema refractario a otros diuréticos; su infusión continua a dosis de 0.05 a 0.1 mg/Kg/hora favorece mayor contacto fármaco-receptor, disminuye la reabsorción tubular de sodio, y disminuye el consumo de oxígeno al igual que con otros diuréticos de asa; de esta forma, se mantiene una tasa continúa de excreción del fármaco con menor riesgo de ototoxicidad. Amiloride es un diurético ahorrador de potasio recomendado en el tratamiento del edema del SN dado a que potencia la acción de los diuréticos de asa con acción a nivel del túbulo colector específicamente inactivando el canal epitelial de sodio (ENAC), logrando así el bloqueo tubular completo de los canales de sodio. La dosis recomendada es de 0.5-0.7 mg/Kg/día en dos tomas. Este diurético está contraindicado en casos de alteración de la función renal por el peligro de producir hiperkalemia.

Actualmente se recomienda el cumplimiento del calendario vacunal general más vacunación antivariola, antigripal y antineumocócica (antineumocócica

conjugada hasta los cinco años y antineumocócicapolisacárida p23 a partir de los tres años de edad) y antigripal anual a los contactos familiares. La vacunación puede realizarse durante la etapa de remisión o cuando la dosis de corticoides sea menor de 1 mg/Kg/día; las vacunas de virus vivos atenuados (triple viral y antivariçela) están contraindicadas durante las recaídas y durante el tratamiento con inmunosupresores, hasta tres meses después de la suspensión de ciclofosfamida, un mes después de anticalcineurínicos, MMF y hasta cuatro semanas después de suspendido el esteroide (Lara, 2021).

La mayoría de los niños con SN idiopático responde al tratamiento, alrededor del 20% son corticorresistentes y más de dos tercios de los casos presenta recaídas de la enfermedad en los primeros dos meses y hasta el 60% dependencia de los corticoides. Los niños más pequeños tienen mayor riesgo de recaídas y duración de la enfermedad, relacionada inversamente con la edad de presentación. La ausencia de recaídas en los primeros seis meses de evolución se asocia con periodos largos de remisión, mientras que las recaídas durante el tratamiento o inmediatas a la suspensión se asocian con corticorresistencia tardía. Se considera enfermedad en remisión completa tras 7-10 años sin recaídas. La mayoría de niños con SNCS y ECM alcanzan la edad adulta en remisión completa; sin embargo, hasta en una cuarta parte puede persistir la actividad después de los 18 años y hasta un 40% puede presentar alguna recaída en la edad adulta. La necesidad de tratamientos prolongados confiere morbilidad por los efectos secundarios de los fármacos. La mayoría de los niños que recaen continúan siendo corticosensibles y mantienen una función renal normal. Por el contrario, el SNCR está asociado con fallo renal a los cinco años entre un 30 y un 50%. Sin tratamiento, la mortalidad del SN alcanza el 40% por complicaciones infecciosas y trombóticas (Román, 2014).

El SN puede presentar remisión completa cuando la resolución del edema y el índice Proteína/Creatinina $< 0,2$ o < 4 mg/m²/SC/día con albumina sérica mayor o

igual a 3.5 gr/dl o a través de cintas reactivas proteinuria negativa durante 3 días consecutivos; remisión parcial si la P/C está entre 0.2-2 con albumina sérica > 3 gr/dl; recaída de la enfermedad si P/C es mayor de 2 o cualitativamente a través de cintas reactivas (+ 3 cruces) durante 3 días consecutivos; recaída infecciosa cuando la recaída es secundaria a infección viral y/o bacteriana demostrable; recaída infrecuente si ocurre dentro de los 6 meses de respuesta inicial o de 1 a 3 recaídas en 12 meses y recaída frecuente si hay 2 o más recaídas en los 6 meses de respuesta inicial o 4 recaídas en 12 meses (Lara, 2021).

El SN primario es una enfermedad que, en la mayoría de los casos, evoluciona con recaídas hasta la pubertad, a veces con corticodependencia, por lo que el uso de corticoides en dosis elevadas y por tiempos prolongados provoca en estos niños graves efectos adversos que conducen al nefrólogo pediatra a evaluar otras terapias alternativas con tratamientos libres de ellos, pero que no siempre son efectivas para lograr la remisión de la crisis nefrótica. El objetivo del tratamiento en esta patología es lograr la inducción de la remisión para obtener una mejoría sintomática, es decir: proteinuria en rango fisiológico, recuperación de la diuresis, desaparición de los edemas y normalización de la albuminemia, así como también, minimizar los efectos adversos secundarios a los inmunosupresores (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014).

Los corticoides son la base del tratamiento, pero alrededor del 50% de los pacientes evolucionan a corticodependencia. Es imprescindible la monitorización periódica para vigilar el desarrollo y crecimiento, el tratamiento sintomático, la correcta dosificación y asociación de fármacos y prevención de efectos secundarios (Román, 2014).

En un estudio realizado por León (2015) para conocer las características clínicas y epidemiológicas del Síndrome Nefrótico en niños atendidos en un Hospital

de Colombia, se concluyó que la edad promedio del debut fue 46 meses, el 53,7% eran masculinos, 19% corticoresistentes. En cuanto al estudio histopatológico el 60% eran glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS). La hipertensión arterial, hematuria, hipocomplementemia y dislipidemia persistente se asoció con corticoresistencia y observó cambios en las medidas antropométricas de talla y peso en los pacientes al inicio y final del seguimiento.

Palma (2016) realizó una investigación para determinar la prevalencia de casos de síndrome nefrótico y su respectivo manejo en los infantes atendidos en un Hospital de Ecuador, observando que el 53% eran de sexo masculino, con un mayor índice entre 1 y 6 años. El 100% de los pacientes fue manejado con corticoides (prednisona), el 67% recibió antibióticos, 50% diuréticos y 7% recibió albúmina humana.

El objetivo de estudio de Silva (2017) fue analizar la efectividad de los tratamientos y su relación con la variedad histológica en los pacientes con Síndrome Nefrótico Corticorresistentes de un Hospital Infantil de Nicaragua. Reportó que el 57,1% fueron escolares del sexo femenino, el 51,4% presentó glomeruloesclerosis focal segmentaria. Todos los pacientes recibieron ciclofosfamida + enalapril + prednisona obteniendo remisión completa el 38,5%; parcial el 7,1% y un 54,2% se mantuvo sin remisión.

En una investigación realizada por Chacón (2020) para evaluar el comportamiento clínico y epidemiológico de síndrome nefrótico en un hospital infantil de Colombia, encontró que la mediana de edad del diagnóstico fue de 5 años. Los tipos histológicos más frecuentes fueron enfermedad de cambios mínimos y glomeruloesclerosis focal y segmentaria con 36.5% cada una. El 52% fueron corticosensibles y de los casos con estudio histopatológico el 50% resultó corticorresistente.

Halty (2020) efectuó un estudio para estimar la incidencia, respuesta al tratamiento, las características evolutivas y complicaciones en pacientes menores de 15 años asistidos en un Hospital de Uruguay. Se incluyeron 42 pacientes, de los cuales 34 fueron corticosensibles (CS) y 8 corticorresistentes (CR). La edad media al debut fue 5 años en CS y 2 años 10 meses en CR. De los 8 CR, 4 tuvieron remisión inicial con ciclosporina, uno remisión parcial y 2 fueron resistentes; 3 recibieron micofenolato mofetil, 2 se mantuvieron sin respuesta, y uno tuvo remisión parcial. La biopsia en todos los CR mostró hialinosis focal y segmentaria. Al final del seguimiento, todos los pacientes CS estaban en remisión.

Naranjo (2020) realizó un estudio para establecer las características clínicas y epidemiológicas en pacientes diagnosticados con síndrome nefrótico en un hospital de Ecuador durante el periodo 2017-2020, se incluyeron 362 pacientes, el 30,9% fueron atendidos en el año 2017, el 53% eran de sexo masculino, según la edad debut el 60% lo presentó entre 3 y 6 años de edad; el síndrome nefrótico de cambios mínimos representó el 68% de la etiología y el 80,1% de las complicaciones fue anasarca.

En una investigación realizada por León (2017) para identificar los hallazgos por biopsia renal en pacientes pediátricos con síndrome nefrótico atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, en Ciudad Bolívar, Venezuela, se encontró que los hallazgos patológicos más comunes fueron las lesiones glomerulares a cambios mínimos (33,33%) seguida de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (13,10%), glomerulonefritis extracapilar, nefritis lúpica, glomerulonefritis membranosa I, II y III y glomerulonefritis colapsante (1,19%, respectivamente).

Pereira (2022) realizó un estudio para evaluar el comportamiento clínico del síndrome nefrótico en pacientes pediátricos del Servicio de Nefrología del Complejo Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar - Estado Bolívar, en el periodo enero

2017 - agosto 2022. Reportando que de 45 pacientes evaluados, 64,4% sexo masculino y el 44,4% tenían entre 1 y 3 años de edad. El síndrome nefrótico primario fue el más frecuente, siendo idiopático en el 95,6% de los casos. En relación a la respuesta al tratamiento, 53,3% eran corticosensibles; 24,4% corticorresistentes y 22,2% corticodependientes. Se observó una frecuencia de hematuria del 8,9%. El 95,6% de los pacientes presentaron complicaciones, infección de tracto urinario en 88,9%, seguido de la hipertensión arterial en 53,3% de los casos.

Los estudios publicados sobre esta patología en Venezuela son escasos, a nivel estatal no se cuenta con información del comportamiento del síndrome nefrótico. Motivado a ello se realiza este estudio para conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes pediátricos de la consulta de nefrología pediátrica del hospital Julio Criollo Rivas perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez” durante el período Julio 2013-Julio 2023, siendo el único hospital del estado que cuenta con consulta de nefrología pediátrica.

JUSTIFICACIÓN

El síndrome nefrótico (SN) es una glomerulopatía causada por enfermedades renales que aumentan la permeabilidad de la barrera de filtración glomerular, las manifestaciones clínicas que caracterizan a este síndrome son: proteinuria en rango nefrótico, hipoalbuminemia, edemas en zonas de declive y alteraciones en el perfil lipídico.

El SN es una patología renal que si no tiene una intervención oportuna puede conllevar a complicaciones que deterioran la calidad de vida del paciente, siendo la glomerulopatía primaria más frecuente en pediatría. El conocimiento de sus características es de suma importancia debido a que de forma frecuente se diagnostica erróneamente, de ahí la importancia que el médico tratante tenga los conocimientos y la información que se encuentran plasmados en este estudio.

En Venezuela su incidencia no es conocida con precisión, debido a que en nuestro medio son escasos los estudios publicados sobre esta patología. Siendo el Hospital Julio Criollo Rivas de referencia en el Estado Bolívar, donde incluso acuden pacientes de otros estados del país, este estudio nos aportaría información actualizada del comportamiento del síndrome nefrótico en nuestro centro, su prevalencia, incidencia, y factores de riesgo asociados. A demás puede ayudar a mejorar los protocolos de diagnóstico, para reconocerlo tempranamente logrando su adecuado manejo.

Esta investigación puede contribuir a la mejora de la atención médica de los pacientes con síndrome nefrótico de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas, además de ser de utilidad para la realización de otras investigaciones relacionadas con esta patología.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las características clínicas y epidemiológicas del síndrome nefrótico en pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez” en Ciudad Bolívar, Venezuela durante el período Julio 2013 a Julio 2023.

Objetivos específicos

1. Establecer la prevalencia de síndrome nefrótico en los pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas
2. Categorizar según edad del debut, sexo y procedencia a los pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas
3. Determinar la presencia de hipertensión arterial y hematuria en los pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas
4. Estratificar según etiología a los pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas
5. Identificar la existencia de complicaciones en los pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas
6. Evaluar la respuesta al tratamiento esteroideo y evolución de los pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas

7. Detallar el tipo de tratamiento utilizado por los pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas
8. Analizar el patrón histológico en la biopsia renal de los pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas
9. Clasificar según motivo de biopsia renal a los pacientes de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, transversal y no experimental

Población

Constituido por todos los pacientes con síndrome nefrótico que consultaron en el servicio de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas durante el período de tiempo de estudio.

Muestra

Conformada por 91 pacientes con diagnóstico de síndrome nefrótico atendidos en el servicio de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas, durante el periodo de tiempo de estudio.

Criterios de inclusión

- Presentar síndrome nefrótico definido como aquel que se instala con proteinuria mayor a 40 mg/m²/h o relación proteinuria/creatininuria mayor a 2 mg/mg con hipoalbuminemia inferior a 2,5 g/dl, hiperlipidemia mayor a 300 mg/dl y edema.
- Edades comprendidas entre 0 a 18 años.
- Ambos sexos.
- Pacientes con historias clínicas completas.
- Consultas realizadas durante el periodo de Julio 2013 a Julio 2023.

Criterios de exclusión

Presentar otras causas de edema y proteinuria no relacionadas a síndrome nefrótico.

Métodos e instrumentos

Para el cumplimiento de los objetivos planteados se realizó un formulario de recolección de datos, el cual incluía edad, sexo, procedencia, síntomas y signos de presentación, resultado de exámenes de laboratorios, tratamiento con corticoides y respuesta a éstos, complicaciones durante la hospitalización, evolución de la enfermedad, estudios histopatológicos (Apéndice B).

Procedimientos

Ante el departamento de registro y estadística de salud del complejo Hospitalario “Ruíz y Páez” se solicitaron permisos correspondientes para la realización de este trabajo de investigación (Apéndice A). Posteriormente se obtuvo la información requerida y los datos fueron vaciados en el instrumento de recolección (Apéndice B).

Presentación de resultados

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias realizadas con el programa Microsoft Excel versión 2007.

RESULTADOS

Durante el período de Julio 2013- Julio 2023 asistieron por última vez a consulta de nefrología pediátrica en el Hospital Julio Criollo Rivas un total de 91 pacientes. El mayor número de consultas se reportó en los años 2017 y 2023 con 20 pacientes (22%) cada uno. (Tabla 1).

En cuanto al sexo, el 51% (n=46) son del sexo masculino y 49% (n=45) son del sexo femenino. Con respecto a la edad debut, el 50,5% (n=46) eran preescolares, siendo 26,4% (n=24) del sexo masculino y 24,2 % (n=22) del sexo femenino. (Tabla 2.1). El 46,2% (n=42) procedían de Ciudad Bolívar, 15,4% (n=14) de Ciudad Guayana y 11% (n=10) de Uputa. (Tabla 2.2).

El 51,6% de los pacientes (n=47) presentaron hipertensión arterial. (Tabla 3.1), la hematuria se presentó en el 50,5% (n=46) de los pacientes. (Tabla 3.2).

En cuanto la etiología, el síndrome nefrótico primario fue el más frecuente siendo idiopático 92,3% (n=84) y el 7,7% (n=7) fue secundario a lupus eritematoso sistémico. (Tabla 4).

En cuanto a las complicaciones se presentaron en el 73,6 % (n=67) de los pacientes, de los cuales en primer lugar se encontró anasarca y ascitis en 57,1% (n=52), en segundo lugar infección del tracto urinario en 31,9% (n=29) y en tercer lugar infecciones respiratorias en 24,2% (n=22). (Tabla 5).

De acuerdo a la respuesta al tratamiento esteroideo, el 38,5% (n=35) corticodependiente, el 35,2% (n=32) eran corticosensible, y el 26,4%(n=24) corticoresistente. (Tabla 6.1).Según la evolución, el 62,6% (n=57) de los pacientes

tuvieron recaídas, 17,6% (n=16) están en remisión, el 5,5% (n=5) fallecieron y el 4,4% (n=4) de los pacientes evolucionaron a enfermedad renal crónica. (Tabla 6.2)

El 100% (n=91) de los pacientes utilizó prednisona, el 42,9% (n=39) recibió micofenolato, y 18,7% (n=17) ciclofosfamida (Tabla 7).

El 46,2% (n=42) de los pacientes se les realizó biopsia renal, de los cuales en primer lugar se encontró como patrón histológico lesión glomerular de cambios mínimos en el 45,2% de los casos (n=19), en segundo lugar, con 28,6% (n=12) glomeruloesclerosis focal y segmentaria y en tercer lugar con 16,7% (n=7) glomerulonefritis membranosa (Tabla 8). Según motivo de realización biopsia, el 45,2% (n=19) fue por corticorresistencia, el 42,9% (n=18) por corticodependencia y 11,9% (n=5) no identificados (Tabla 9).

Tabla 1

Pacientes con síndrome nefrótico según año de consulta. Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio 2013- Julio 2023

AÑO	n	%
2013	0	0
2014	10	11,0
2015	12	13,2
2016	6	6,6
2017	20	22,0
2018	6	6,6
2019	3	3,3
2020	0	0,0
2021	5	5,5
2022	9	9,9
2023	20	22,0
Total	91	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 2.1

Pacientes con síndrome nefrótico según edad debut y sexo. Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio 2013- Julio 2023

Edad Debut (Grupo etario)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	N	%	n	%
Lactante menor	2	2,2	0	0	2	2,2
Lactante mayor	4	4,4	10	11,0	14	15,4
Preescolar	22	24,2	24	26,4	46	50,5
Escolar	9	9,9	8	8,8	17	18,7
Adolescente	8	8,8	4	4,4	12	13,2
Total	45	49	46	51	91	100,0

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 2.2

Pacientes con síndrome nefrótico según procedencia. Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio 2013- Julio 2023

Procedencia	N	%
Estado Bolívar		
Ciudad Bolívar	42	46,2
Ciudad Guayana	14	15,4
Upata	10	11,0
Caicara	3	3,3
La Paragua	3	3,3
Km 88	2	2,2
Santa Elena	2	2,2
Ciudad Piar	1	1,1
El Callao	1	1,1
Km 37	1	1,1
Guasipati	1	1,1
Guri	1	1,1
Pijigüaos	1	1,1
Estado Anzoátegui		
El tigre	6	6,6
Ciudad Orinoco	2	2,2
Cantaura	1	1,1
Total	91	100,0

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 3.1

**Pacientes con síndrome nefrótico según presencia de hipertensión arterial.
Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo
Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio
2013- Julio 2023**

Hipertensión arterial	n	%
Si	47	51,6
No	44	48,4
Total	91	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 3.2

Pacientes con síndrome nefrótico según presencia de hematuria. Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio 2013- Julio 2023

Hematuria	N	%
Si	46	50,5
No	45	49,5
Total	91	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 4

Pacientes con síndrome nefrótico según etiología. Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio 2013- Julio 2023

Etiología	N	%
Primario		
Idiopático	84	92,3
Secundario		
LES	7	7,7
Total	91	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 5

Pacientes con síndrome nefrótico según complicaciones. Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio 2013- Julio 2023

Complicaciones	N	%
No	24	26,4
Si	67	73,6
Total	91	100,0
Anasarca y ascitis	52	57,1
Infección del tracto urinario	29	31,9
Infección respiratoria	22	24,2
Lesión renal aguda	18	19,8
HTA secundaria	16	17,6
Infección de piel y partes blandas	13	14,3
Trastorno hidroelectrolítico	13	14,3
Peritonitis aséptica	11	12,1
Derrame pleural y edema pulmonar	9	9,9
Acidosis metabólica	8	8,8
Derrame pericárdico	7	7,7
Sepsis	4	4,4
Hidrocele	3	3,3

Hiperuricemia	3	3,3
Convulsión	2	2,2
Trombosis y Trombosis venosa profunda	2	2,2
Encefalopatía urémica	1	1,1
Hiperuricosuria	1	1,1
Insuficiencia cardíaca	1	1,1
Sx de Cushing	1	1,1

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 6.1

**Pacientes con síndrome nefrótico según respuesta a tratamiento esteroideo.
 Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo
 Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio
 2013- Julio 2023**

Respuesta al tratamiento esteroideo	N	%
Corticodependiente	35	38,5
Corticosensible	32	35,2
Corticoresistente	24	26,4
Total	91	100,0

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 6.2

Pacientes con síndrome nefrótico según evolución. Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio 2013- Julio 2023

Evolución	N	%
Recaída	57	62,6
Remisión	16	17,6
No identificado	9	9,9
Fallecimiento	5	5,5
Enfermedad renal crónica	4	4,4
Total	91	100,0

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 7

Pacientes con síndrome nefrótico según tratamiento utilizado. Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio 2013- Julio 2023

Tratamiento	N	%
Prednisona	91	100
Micofenolato	39	42,9
Ciclofosfamida	17	18,7
Tacrolimus	7	7,7
Rituximab	2	2,2
Ciclosporina	1	1,1

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 8

**Pacientes con síndrome nefrótico según patrón histológico en biopsia renal.
Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo
Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio
2013- Julio 2023**

Biopsia	N	%
No	49	53,8
Si	42	46,2
Total	91	100
Lesión glomerular de cambios mínimos	19	45,2
Glomeruloesclerosis focal y segmentaria	12	28,6
Glomerulonefritis membranosa	7	16,7
Nefritis lúpica membranosa	2	4,8
Nefritis lúpica difusa	1	2,4
Nefritis lúpica focal	1	2,4

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

Tabla 9

Pacientes con síndrome nefrótico según motivo de biopsia renal. Consulta de nefrología pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Julio 2013- Julio 2023

Motivo de Biopsia	N	%
Corticoresistente	19	45,2
Corticodpendiente	18	42,9
No identificado	5	11,9
Total	42	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud

DISCUSIÓN

El síndrome nefrótico (SN), caracterizado por proteinuria masiva, hipoalbuminemia, edemas generalizados e hipercolesterolemia, es la manifestación clínica más frecuente de las glomerulopatías primarias no inflamatorias. (Carvajal, 2019).

El mayor número de consultas en nuestro estudio fue en los años 2017 y 2023 con 22% cada uno. En concordancia con la investigación de Naranjo (2020) que reporta que el año con mayor consulta fue el 2017 con 30,9%.

La edad debut del síndrome nefrótico es entre 2-8 años con máxima incidencia 3-5 años. (Román, 2014). El resultado de este estudio reporta que el 50,5% eran preescolares, es decir entre 2 a 5 años, coincidiendo con la literatura. El estudio de Naranjo (2020) reporta que el 60% de los pacientes tienen entre 3-6 años de edad, a diferencia del estudio realizado de Pereira (2022) que encontró que el 44% de los pacientes tenían entre 1 a 3 años.

El síndrome nefrótico en niños es más frecuente en el sexo masculino. (Román, 2014). En nuestro estudio el 51% fue de sexo masculino, lo cual coincide con la literatura, aunque la diferencia con el sexo femenino no es significativa. Otros estudios también reportan al sexo masculino como el más frecuente, Chacón (2020) observó 61,4%, igualmente el estudio de Halty (2020) el sexo masculino representó el 73%.

En cuanto a la procedencia de los pacientes de nuestro estudio, el 46,2% procedían de Ciudad Bolívar, 15,4% de Ciudad Guayana y 11% de Uputa. Asimismo,

Pereira (2022) encontró que el 35,6% eran de Ciudad Bolívar, el 15,6% Ciudad Guayana y 5% de Upata.

Otra característica es la Hipertensión arterial, presente en el 51,6% de los pacientes de nuestro estudio, siendo mayor a lo estimado por la literatura (menos del 30%) y a los porcentajes de estudios de Chacón (2020) y Naranjo (2020) que reportaron un 31,4% y un 40% respectivamente.

Según reporta la literatura la hematuria microscópica puede presentarse hasta en 20% de los casos de síndrome nefrótico, pero la hematuria macroscópica es inusual; y su persistencia (micro o macroscópica), debe hacer pensar en otros diagnósticos diferenciales.

El porcentaje de hematuria microscópica encontrado en nuestro estudio fue de 50,5% siendo mayor a lo mencionado por la literatura, pero concordando con el estudio realizado por Naranjo (2020) el cual reporta un 52%, y Chacón (2020) que reportó un 34,2%.

El Síndrome nefrótico primario, es el más frecuente en general y representa >90% de los casos. (Zuñiga, 2020). En nuestro estudio la etiología el síndrome nefrótico primario fue el más frecuente, siendo idiopático 92,3% y el 7,7% fue secundario a lupus eritematoso sistémico. Lo cual coincide con el estudio de Pereira (2022) que reportó que el síndrome nefrótico idiopático fue el 95,6%, y el secundario a lupus eritematoso sistémico fue en 4,4 % de los casos.

Las complicaciones del síndrome nefrótico resultan de las anormalidades directamente relacionadas con la enfermedad y secundarias a la terapia farmacológica. Las complicaciones más frecuentes asociadas directamente a la

fisiopatología son infecciones, tromboembolismo, lesión renal aguda, anasarca, hipovolemia. (Zuñiga, 2020).

En este estudio se reportó que el 73,6% de los pacientes presentó complicaciones, siendo la anasarca y ascitis la principal en 57,1%, seguido de infección del tracto urinario en 31,9% e infecciones respiratorias en 24,2%. Siendo similar al estudio realizado por Naranjo (2020) en el cual su principal complicación era anasarca en 80,1% de los casos, al contrario del realizado por Chacón (2020) que encontró como principal complicación la Hipertensión arterial en 36% y el del estudio de Pereira (2022) que encontró que la principal complicación era por infección del tracto urinario en 88,9% de los casos.

En cuanto a la respuesta al tratamiento de los pacientes de nuestro estudio, el 38,5% fue corticodependiente, siendo mayor a las encontradas por otros autores, 22% por Pereira (2022), 17,86% por León (2017) y 14% por Chacón (2020) Sin embargo la literatura menciona que hasta el 60% de los pacientes tienen dependencia de los corticoides. (Román, 2014).

Más del 90% de los niños con SN idiopático responde al tratamiento. (Román, 2014). En este estudio se observó que el 35,2% era corticosensible por lo que no tiene concordancia con lo que se menciona en la literatura. El estudio realizado por Pereira (2022) reporta que el 53% era corticosensibles, igualmente otros autores como Chacón (2020) 52% eran corticosensible y León (2017) 50% eran corticosensibles.

Se encontró en este estudio que el 26,4% eran corticoresistente, siendo un porcentaje similar al mencionado a la literatura, en la cual alrededor del 20% de los pacientes son corticoresistentes. (Román, 2014). Siendo similar al 24,4% reportado por Pereira (2022) y el 28,5% por león (2017). A diferencia del estudio Chacón (2020) el cual encontró el 34% eran corticoresistentes.

Más del 80% de los pacientes presentan recaídas en la evolución de la enfermedad. (Comité de Nefrología, Sociedad Argentina de Pediatría, 2014). La recaída se presentó en el 62,6% de los pacientes de nuestro estudio, siendo menor a la literatura, pero similar al 54,5% observado por Halty (2020).

El 80% de los pacientes presenta remisión luego de un tratamiento inicial con corticoides. (Comité de Nefrología, Sociedad Argentina de Pediatría, 2014). En nuestro estudio el 17,6 % de los pacientes estaban en remisión, siendo menor a la literatura y al 81,8% reportado por Halty (2020)

La mortalidad de los pacientes de este estudio fue del 5,5%, siendo un porcentaje similar al reportado por Pereira (2022) y León (2017), con 8,9% y 7,14% respectivamente.

El 4,4% evolucionaron a enfermedad renal crónica, siendo similar al 3 % reportado por Halty (2020), a diferencia del 9% reportado por Chacón (2020).

La mayoría de los niños que presentan con SN idiopático responden a la terapia con esteroides, en caso de resistencia, recaídas o efectos secundarios a la terapia de primera línea; el manejo farmacológico que se brinda es con terapia inmunosupresora; la ciclofosfamida suele ser la primera elección farmacológica, seguida por micofenolato y reservando como última línea la ciclosporina y tacrolimus por sus efectos nefrotóxicos. (Zuñiga, 2020).

En nuestro estudio, el 100 % de los pacientes utilizó prednisona, el 42,9 % recibió micofenolato, 18,7 % ciclofosfamida, 7,7 % tacrolimus, 2,2% rituximab y 1,1 % ciclosporina. Siendo similar al estudio de Chacón (2020) en el que el 94,2 % de los pacientes recibieron prednisona, el 30% micofenolato y ciclofosfamida cada uno, tacrolimus con 14,2%, ciclosporina y rituximab con 2,8% cada uno; igualmente

concuerta con el estudio realizado por Pereira (2022) en el cual el 98% de los pacientes se utilizó prednisona, el 26,7% micofenolato, el 13,3% ciclosporina, y el 11,1% tacrolimus.

En el síndrome nefrótico idiopático, la histología más frecuente es la lesión glomerular de cambios mínimos, se presenta en el 90% de los niños menores de diez años, el 50-70% de niños los mayores de esa edad y el 10-15% de los adultos (Román, 2014). El estudio realizado por León (2017) reporta que un 33% presentaban lesiones glomerulares de cambios mínimos y 13,10% glomeruloesclerosis focal y segmentaria, así como también Naranjo (2020) encontró que en su estudio que el 68% presentaban lesión glomerular de cambios mínimos y 16.3% glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

En cuanto a los pacientes con estudios histopatológicos, el 45,2% fue realizado por corticoresistencia, siendo similar al 50% reportado por Chacón (2020) en su estudio.

CONCLUSIÓN

- El mayor número de consultas se reportó en los años 2017 y 2023.
- El sexo más predominante fue el masculino, siendo el grupo etario en cuanto a edad debut más frecuente la edad preescolar.
- El 46,2% procedían de Ciudad Bolívar, el resto provenían de otras ciudades del estado y del estado Anzoátegui.
- El 51,6% de los pacientes presentaron hipertensión arterial, y el 50,5% hematuria.
- En cuanto la etiología, el síndrome nefrótico primario de causa idiopática fue el más frecuente, seguido del síndrome nefrótico secundario a lupus eritematoso sistémico.
- Las complicaciones se presentaron en el 73,6%, siendo las más frecuentes ascitis y anasarca, infección del tracto urinario e infecciones respiratorias.
- De acuerdo a la respuesta al tratamiento esteroideo, el 38,5% eran corticodependiente.
- El 62,4% de los pacientes presento recaídas, 17,6% se encuentran en remisión, 5,5% fallecieron y 4,4% evolucionaron a enfermedad renal crónica.

- El principal tratamiento utilizado fue la prednisona.
- El 46,2% de los pacientes se les realizó biopsia renal, siendo la lesión glomerular de cambios mínimos el patrón histológico más frecuente.
- La corticoresistencia fue el motivo de biopsia más frecuente.

RECOMENDACIONES

A través de este estudio, se determinó la clínica de los pacientes con síndrome nefrótico, las complicaciones, su etiología y evolución. Por lo tanto, se presenta a continuación las siguientes recomendaciones:

- **Atención primaria en salud**

Se debe tener conocimiento de las características clínicas y analíticas del síndrome nefrótico, de los factores riesgos como son las enfermedades de bases (lupus eritematoso sistémico, leucemia, VIH, linfoma, neoplasias) que pueden conllevar al síndrome nefrótico, y a partir de la sospecha de esta patología, realizar una referencia temprana al servicio de nefrología pediátrica más cercano.

- **Ministerio de Salud pública**

Desarrollar programas de biopsia renal para conocer el patrón histológico de los pacientes, permitiendo así orientar el tratamiento adecuado y el pronóstico de la enfermedad.

Establecer canales de coordinación con el servicio de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Riva, para el suministro de los fármacos esteroideos e inmunosupresores a los pacientes.

- **Servicio de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas**

Educar a los padres y representantes sobre la importancia de asistir a consulta, de cumplir con el tratamiento para evitar complicaciones que pueden llevar a la muerte temprana

- **Hospital Universitario “Ruíz y Páez”**

El departamento de registro y estadísticas de salud, debe de tener un sistema automatizado de control donde estén registradas las historias médicas de los pacientes, que permita a los investigadores acceder a la información, siendo más accesible al momento de recolectar los datos.

- **Universidad de Oriente y otras universidades del país**

Continuar este estudio en otros centros hospitalarios de salud del país, para tener mayor información sobre el comportamiento clínico y epidemiológico de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Española de síndrome nefrótico infantil. 2016. Síndrome nefrótico. Servicio Nefrología Pediátrica Hospital La Paz Madrid. Disponible en: <https://aesni.es/que-es-el-sindrome-nefrotico/>. [Junio, 2023].
- Carvajal, G., Mejía, N., González, L., Florez A., Restrepo C., Gastelbondo R. 2019. Síndrome Nefrótico: “De la teoría al manejo”. Revista Pediatría; 52(3):94-107. Disponible en: <https://doi.org/10.14295/p.v52i3.137>. [Junio, 2023].
- Chacón, K. 2020. Comportamiento clínico y epidemiológico de síndrome nefrótico en el hospital infantil napoleón franco pareja durante 4 años (2014 – 2017). [Tesis doctoral, Universidad de Cartagena]. Repositorio institucional de la Universidad de Cartagena. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.57799/11227/892>. [Junio, 2023]
- Cisnero. L. 2018. Síndrome nefrótico en niños: rol del pediatra y nefrólogo pediatra. [Artículo de Revisión]. Revista de la Facultad de Medicina Humana; 18(1):55-64. Disponible: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1270/6242>. [Junio, 2023].
- Comité de Nefrología, Sociedad Argentina de Pediatría. 2014. Consenso de tratamiento del síndrome nefrótico en la infancia. Archivos

- Argentinos de Pediatría; 112(3):277-284. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.277>. [Junio, 2023].
- Halty, M., Caggiani, M., Cocchi, V., Noria, A., Giachetto, G. 2020. Evolución del síndrome nefrótico idiopático del niño. Archivos de Pediatría del Uruguay, 91(6), 359-369. Disponible en: <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/161>. [Junio, 2023].
- Lara, E., Ortega, M., Uviedo, C. 2021. Síndrome nefrótico en niños. Pautas nacionales. Capítulo de nefrología pediátrica. Sociedad venezolana de puericultura y pediatría (SVPP) sociedad venezolana de nefrología (SVN). Archivos venezolanos de puericultura y pediatría; 84 (2): 63 -70. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/revista_avpp/article/view/24689. [Junio, 2023]
- León, D., Agudelo, A., Ramos, J., Ibarra, M. 2015. Caracterización clínica del síndrome nefrótico en infantes de Neiva. Revista Facultad de Salud, 7(1): 9-16. Disponible en: <https://doi.org/10.25054/rfs.v7i1.174>. [Junio, 2023].
- León, J. 2017. Biopsia renal en pacientes pediátricos con síndrome nefrótico. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Enero 2010 - julio 2017. Tesis de Grado. UDO. (Multígrafo).
- Naranjo, K., Vasquez, A. 2020. Caracterización clínica y epidemiológica del síndrome nefrótico en pacientes de 2 a 12 años de edad. Revista Facultad de Ciencias Médicas, 1 (1): 6-17. Disponible en:

<https://revistas.ug.edu.ec/index.php/fcm/article/view/1246/1218>.
[Junio, 2023]

Palma, F. 2016. Síndrome nefrótico en pacientes de 1 a 12 años ingresados en la unidad de pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda. Dominio de las ciencias, 2(3): 120-131. Disponible en:<https://doi.org/10.23857/dc.v2i3.70>. [Junio, 2023].

Pereira, M. 2022. Comportamiento clínico de síndrome nefrótico en pacientes pediátricos. Servicio de nefrología. Complejo hospitalario universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad bolívar .Estado bolívar. Periodo enero 2017 - agosto 2022. Tesis de Grado. UDO. (Multígrafo).

Román, E. 2014. Síndrome nefrótico pediátrico. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Nefrología Pediátrica,1:283-301.Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_sindrome_nefrotico.pdf. [Junio, 2023].

Silva, Y., Sandoval, G., Pérez, M., Navarrete, Y. 2017. Efectividad del tratamiento del Síndrome Nefrótico Corticorresistente en Pediatría. Revista Ciencias de la Salud y Educación Médica, 1(1): 16-21. Disponible en: <https://revistacienciasmedicas.unan.edu.ni/index.php/rcsem/article/view/16>. [Junio, 2023].

Zuñiga, A. Alvarez N. 2020. Síndrome nefrótico en pediatría. Revista Médica Sinergia; 5(3). Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i3.392>. [Junio, 2023]

APÉNDICES

Apéndice A



APÉNDICE A
UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Battistini Casalta"
DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y ESTADÍSTICA DE SALUD

Ciudad Bolívar, Septiembre del 2023

Ciudadano:

Lic. Nelly Ramírez Guerrero
Jefe del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud
Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez"
Su Despacho.

Reciba un cordial saludo. Por medio de la presente sirva solicitar con el debido respeto, toda la colaboración que usted pueda brindarnos en la recolección de datos para el trabajo de investigación titulado: "CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. CONSULTA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA-HOSPITAL JULIO CRIOLLO RIVAS. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. JULIO 2013-JULIO 2023". Que será presentado como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. Durante la realización del mencionado trabajo de investigación, se contara con la asesoría de la Dra. Ángela Hernández, como tutor.

Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria, que nos aproxima a la realización de esta tarea.

Atentamente

Dra. Ángela Hernández
Dra. Ángela Hernández
PEDIATRA
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
MPP: 57.899 CUMDE: 27.950

Dra. Ángela Hernández

Tutora.

Dra. Yosaida Uriepero
Dra. Yosaida Uriepero
MPP: 57.899 CUMDE: 27.950

Dra. Yosaida Uriepero

Jefa de Servicio de
Pediatria.

Br. León Olguimar
Br. León, Olguimar

Br. León, Olguimar

Tesista.

Br. Martínez Inés
Br. Martínez, Inés

Br. Martínez, Inés

Tesista.

Proceso de revisión 18/9/23

*Recibido
15-9-23
10:55 am
Nelly*

Apéndice B

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO VIRGILIO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: _____

Número de historia clínica: _____

I. DATOS DEL PACIENTE

Edad debut: _____

Sexo: F___ M___

Procedencia: _____

II. DATOS CLÍNICOS**Clínica durante el ingreso hospitalario**

Edema ()

Hipertensión arterial ()

Oliguria ()

Hematuria ()

Hipoalbuminemia ()

Hiperlipidemia ()

Proteinuria ()

Clasificación según etiología

-Primario

Idiopático ()

Congénito ()

Genético ()

-SN secundario

Nefropatías ()

Enfermedades sistémicas ()

Enfermedades infecciosas ()

Neoplasias ()

Fármacos ()

Respuesta al tratamiento

Corticonsensible ()

Corticoresistente ()

Corticodependiente ()

Tratamiento recibido

Prednisona ()

Ciclofosfamida ()

Ciclosporina ()

Micofenolato Mofetil ()

Micofenolato Sódico ()

Tacrolimus ()

Rituximab ()

Complicaciones

Infección respiratoria () _____

Infección del tracto urinario () _____

Infección de piel y partes blandas () _____

Derrame pleural ()

Derrame pericárdico ()

Lesión renal aguda ()

Peritonitis aséptica ()

Sepsis ()

Trombosis ()

Hipertensión arterial secundaria ()

Ascitis ()

Anasarca ()

Otras _____

Según su evolución

Remisión _____

Recaída _____

Fallecimiento _____

ERC _____

Biopsia renal

Si__ Resultado _____

No__

Motivo de biopsia renal

Corticoresistencia _____

Corticodependencia _____

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Battistini Casalta"
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

CARTA AVAL

Yo, Hernández E. Arzola E., portador de la cédula de identidad número 25.005.727, mediante la presente declaro que la Tesis que lleva por título **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. CONSULTA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL JULIO CRIOLLO RIVAS. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.** JULIO 2013- JULIO 2023, desarrollado por las bachilleres Olgimar Stefany León Arzola CI 27438282 y Inés Mariana Martínez Campos CI 27407988, cumple con los requisitos para su inscripción ante comisión de tesis para asignación de jurados.

En ciudad Bolívar, a los 29 días del mes de Abril de 2024.

Dr. Angélica M. Hernández E.
PEDIÁTRIA PUERICULTURA
NEFRÓLOGO PEDIÁTRIA
MPS: 97.899.01001523

Firma

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL JULIO CRIOLLO RIVAS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. JULIO 2013- JULIO2023.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
León Arzola, Olguimar Stefany	ORCID	
	e-mail:	olguima@gmail.com
Martínez Campos, Inés Mariana	ORCID	
	e-mail:	mariana@gmail.com

Palabras o frases claves:

Síndrome nefrótico
Pediatría
Epidemiología

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Pediatría y Puericultura	Nefrología Pediátrica
Línea de Investigación:	

Resumen (abstract):

Introducción: El síndrome nefrótico (SN) es la glomerulopatía primaria más frecuente en Pediatría, cursa con edema, proteinuria en rango nefrótico (mayor de 40 mg/m²sc/hora), hipoalbuminemia (albumina menor a 2.5gr/dl) y dislipidemia. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas del síndrome nefrótico en pacientes pediátricos de la consulta de nefrología pediátrica del Hospital Julio Criollo Rivas en Ciudad Bolívar, Venezuela en el período Julio 2013 a Julio 2023. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, transversal y no experimental. La muestra estuvo conformada por 91 pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome nefrótico, que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** El 51% (n=46) de los pacientes eran del sexo masculino y 49% (n=45) eran del sexo femenino. El 50,5% (n=46) pertenece al grupo etario preescolar. El 46,2% (n=30) procedían de Ciudad Bolívar, 15,4% (n=14) de Ciudad Guayana. El 51,6% de los pacientes (n=47) presentaron hipertensión arterial, y 50,5% (n=46) presentaron hematuria. El síndrome nefrótico primario fue el más frecuente siendo idiopático en 92,3% (n=84). El 73,6 % (n=67) presentó complicaciones, anasarca y ascitis en 57,1% (n=52). En relación a la respuesta al tratamiento esteroideo, el 38,5% (n=35) eran corticodependiente, el 35,2% (n=32) eran corticosensible y el 26,4% (n=24) corticoresistente, y. Según la evolución, el 62,6% (n=57) de los pacientes tuvo al menos un episodio derecaída, 17,6% (n=16) están en remisión, el 5,5% (n=5) fallecieron y el 4,2 % (n=3) evolucionaron a enfermedad renal crónica. El 100% (n=91) de los pacientes utilizó prednisona y el 42,9% (n=39) recibió micofenolato. El 46,2% (n=42) de los pacientes se les realizó biopsia renal, de los cuales en primer lugar se encontró como patrón histológico lesión glomerular de cambios mínimos en el 45,2% de los casos. Según motivo de realización biopsia, el 45,2% (n=19) fue por corticorresistencia y el 42,9% (n=18) por corticodependencia. **Conclusión:** Se pudo constatar que el síndrome nefrótico es más frecuente en niños preescolares siendo la principal causa la idiopática, posee un alto porcentaje de complicaciones, la corticodependencia tuvo el mayor porcentaje de respuesta al tratamiento en los pacientes. El padrón histológico más frecuente fue lesión glomerular de cambios mínimos.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dr. Carlos Rendon	ORCID				
	e-mail	redoncarlos@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Tania de Almeida	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	taniadealmeida@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Jenny Chacón	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	jennypediatra@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación:

2024	10	08
Año	Mes	Día

Lenguaje: español

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
Caracterización cli y epi del sínd nefrótico en pxs de la consulta de nefrología pediátrica. Hosp Julio Criollo Rivas. CHURYP. Cdad Bol Edo Bol. Julio 2013 Julio2023.

Alcance:

Espacial:

Nefrología Pediátrica. Hospital Julio Criollo Rivas. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Temporal:

Julio 2013- Julio2023.

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

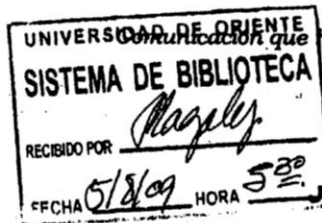
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]

JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR(ES)

Olguimar León

Br.LEÓN ARZOLA, OLGUIMAR STEFANY
CI.27438282
AUTOR

Inés Martínez

Br.MARTÍNEZ CAMPOS, INÉS MARIANA
CI.127407988
AUTOR

JURADOS

TUTOR: Prof. CARLOS RENDON
C.I.N. 60516977

EMAIL: Rendonecrl@gmail.com

JURADO Prof. TANIA DE ALMEIDA
C.I.N. 11.726.530

EMAIL: taniadhalmeid@gmail.com

JURADO Prof. JENNY CHACON
C.I.N. 10.571.467

EMAIL: JennyPediaTra@gmail.com


P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela
EMAIL: trabajodegradosaludbolivar@gmail.com