

**CIUDAD DE LA SALUD- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS-  
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA. SÍNDROME NEFRÍTICO AGUDO (N00)**

**DEFINICIÓN**

Presentación brusca de hematuria, edema, hipertensión, proteinuria en grado variable y en ocasiones deterioro de la función renal

**ETIOLOGÍA**

-Glomerulonefritis postinfecciosa (GNAPI): 90% de los casos secundarios a infecciones por *Streptococcus betahemolítico del grupo A*. El *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, virus y protozoarios también pueden causarlo.  
-Nefritis lúpica, Púrpura de Henoh Schonlein, vasculitis son otras causas de síndrome nefrítico agudo.

**EPIDEMIOLOGÍA**

Leve predominio en el sexo masculino. Los niños entre 4 y 14 años son los más frecuentemente afectados. El periodo de latencia para las formas pos-estreptocócicas es de 3-5 semanas en las infecciones cutáneas y 7-15 días en las infecciones respiratorias superiores.

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

-Hematuria -Hipervolemia -Edema -Hepatomegalia -Ingurgitación yugular -Taquicardia y/o galope -Estertores basales -Insuficiencia cardíaca congestiva -Edema agudo de pulmón	-Hipertensión arterial -Encefalopatía hipertensiva -Cefalea -Somnolencia -Vómitos -Crisis convulsivas -Coma -Oliguria	-Síntomas inespecíficos -Malestar -Astenia -Fiebre moderada -Tos -Ortopnea -Cefalea -Vómitos -Dolor lumbar
---	--	--

**HALLAZGOS DE LABORATORIOS Y GABINETE**

-Urinalisis: Cilindros hemáticos en orina fresca. Eritrocituria o hemoglobinuria, leucocituria. Ocasionalmente proteinuria.  
-Hemograma: Anemia leve o moderada (dilucional).  
-Química sanguínea: Aumento de la creatinina y urea (en el 30% de los casos), ocasionalmente hiponatremia, hiperpotasemia, acidosis metabólica, hipoalbuminemia leve.  
-Cultivo faringe o secreción de piel Estreptococo B-hemolítico del grupo A en (20%).  
-ASTO mayor de 300 U Todd.  
-Hipocomplementemia.  
- Radiografía de Tórax: en HTA grave se puede encontrar cardiomegalia y congestión pulmonar.

**TRATAMIENTO**

**Medidas Generales**

- o Reposo \* Dieta hiposódica. \*Restricción de líquidos 600 ml/m2/día. \*Balance hídrico estricto
- o Control de T-A c/ hora - 4 horas según gravedad. \*Peso diario en ayunas

**Tratamiento específico**

*Hipertensión arterial*

Dosis inicial: Furosemida 3 mg/kg intravenoso.

Dosis diaria:

-HTA leve - Furosemida dosis inicial: 2-5 mg/ kg vía IV. Dosis diaria 2-4 mg/kg, en 2-3 dosis, oral o intravenosa.

Reducir en los siguientes días.

-HTA moderada Furosemida 5mg /kg/IV.

-HTA severa Furosemida 5-10 mg/kg/IV

Nifedipina 0.25 - 0.5 mg/kg sub-lingual (oral) (máximo 10 mg/ dosis) oral. Se puede repetir cada 4-6 horas.

Hidralazina Intravenoso: 0,1-0,2 mg/kg (máximo 20 mg); se puede repetir cada 4-6 h si precisa.

La *encefalopatía hipertensiva* precisa de un tratamiento con Hidralazina parenteral, Nifedipina o Nitroprusiato sódico. (*Referirse a la norma de manejo de crisis hipertensiva*)

*Hiperpotasemia*: restricción dietética y resinas de intercambio iónico (Resina de intercambio iónico: 1 g/kg).

*Tratamiento con antibióticos*: Penicilina benzatínica en caso de piodermitis activa o cultivos positivos de *Streptococcus Beta hemolítico* en faringe.

*Corticoides*: se reserva para las formas rápidamente progresivas, con tendencia a la cronicidad, síndrome nefrítico, hipocomplementemia persistente o insuficiencia renal.

*Diálisis*: en <5%, en caso de uremia, alteraciones hidroelectrolíticas inmanejables de forma conservadora o sobrecarga cardiocirculatoria que no mejora con uso de diurético.

**CRITERIOS DE INGRESO**

- o Hipertensión Arterial: Pa > p95 para edad, sexo y talla
- o Insuficiencia Renal aguda
- o Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- o Encefalopatía Hipertensiva

**CRITERIOS DE EGRESO Y RECOMENDACIONES**

Criterio de egreso: Ausencia de complicaciones

Recomendaciones de egreso:

- o Dieta hiposódica,
- o Furosemida oral a criterio del médico tratante.
- o Cita en consulta externa de nefrología en 72h post egreso, con órdenes de laboratorio Urianálisis, N de urea, creatinina sérica, electrolitos, hemograma completo.
- o Referir y/o contrarreferir a consulta de pediatría en la red primaria de atención.  
Charlas de orientación a pacientes y familiares

**BIBLIOGRAFÍA:** (1)Fernández Maseda MA, Romero Sala FJ. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:303-14. (2)Guías Clínicas de los padecimientos más frecuente en nefrología pediátrica, Departamento de Nefrología, Hospital Infantil de México Federico Gómez 2015. (3) Rees L, Webb PJ, Brogan PA, Paediatric Nephrology, Oxford University Press, New York, 2007. (4)Chadban SJ, Atkins RC. Glomerulonephritis. Lancet LKEJ, 2005, 21;365 (9473):1797. (5)Hahn RG, Knox LM, Forman TA. Evaluation of Poststreptococcal Illness. Am Fam Physician 2005, 15;71(10):1949