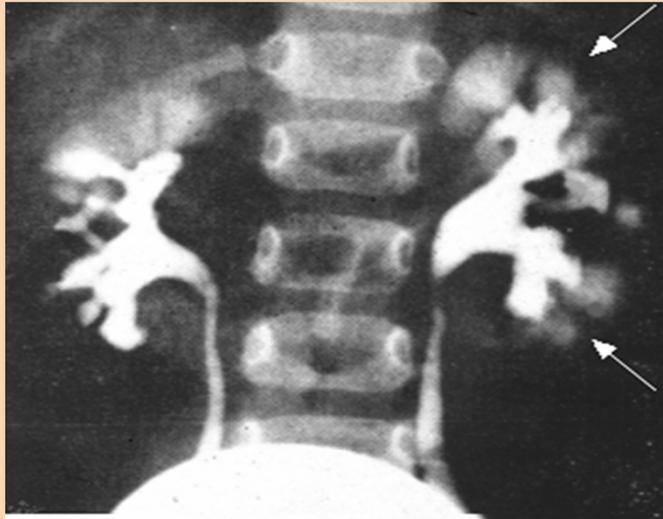


# ENFERMEDADES RENALES EN PEDIATRÍA

Dra. Mayra Vázquez Castillo.  
Especialista en Pediatría.

**II Parte**

Reflujo vesicoureteral



Doble sistema excretor



Hidronefrosis derecha.



# Complicaciones.

## Agudas:

- Shock séptico.
- Absceso renal y/o perinefrítico.
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
- Trastornos hidroelectrolíticos..

## Crónicas:

- Enfermedad renal crónica.
- Hipertensión arterial.
- Litiasis renal.
- Insuficiencia renal crónica.

# Tratamiento

## Preventivo:

- Explicar a la madre la técnica adecuada de aseo en los niños pequeños.
- Evitar el baño de inmersión en las niñas.
- Orientar la evacuación frecuente y completa de la vejiga.

- La ingestión frecuente de líquidos
- Evitar la constipación.
- Lactancia materna.
- Uso de profilaxis antibiótica en los pacientes con malformaciones congénitas.

Médico:

- **Determinar criterios de remisión a la atención secundaria:**
  - ✓ Lactante menor de 3 meses
  - ✓ Sospecha de anomalías genitourinarias
  - ✓ Síndrome febril y aspecto tóxico
  - ✓ Trastornos hidroelectrolíticos
  - ✓ Imposibilidad de terapia oral
  - ✓ Cuidados deficientes

## Infección urinaria alta:

### Medidas generales:

- Reposo.
- Ingestión abundante de líquidos.
- Antipiréticos.
- Analgésicos

## Medidas específicas:

Antibioticoterapia por vía parenteral durante 7 a 10 días:

- Aminoglucósidos.
- Amoxicilín + Acido Clavulánico.
- Cefalosporinas de tercera generación

## Infección urinaria baja.

Antibioticoterapia por vía oral durante 5 a 7 días:

- Trimetropín- Sulfametoxazol.
- Nitrofurantoína.
- Amoxicilín + Acido Clavulánico
- Cefalosporina de primera generación.

## Profilaxis antibiótica

- Se utiliza en aquellos pacientes que presentan anomalías anatómicas y estructurales del aparato genitourinario.
- Se administra la cuarta parte de la dosis considerada como dosis terapéutica, en horas de la noche

# Pronóstico

Factores de riesgo:

- Edad y sexo
- Obstrucción de vías urinarias
- Reflujo vesical ureteral
- Anomalías congénitas de vejiga y uretra
- Anomalías neurológicas de vejiga
- Traumatismo renal

- Técnicas de aseo inadecuado
- Vulvovaginitis
- Habito retenedor
- Constipación
- Adolescente (actividad sexual)
- No lactancia materna

# Glomerulonefritis difusa aguda.

Es una inflamación aguda de los riñones, localizada principalmente en el glomérulo y que lo afecta de forma difusa.

Puede ser primaria o idiopática, o secundaria a procesos infecciosos y a enfermedades sistémicas.

# Glomerulonefritis postinfecciosa.

- Es la causa más frecuente de síndrome nefrítico en la edad pediátrica y el germen más común es el Estreptococo beta hemolítico del grupo A.
- Otras causas infecciosas menos frecuentes son los virus, parásitos y hongos.

# Epidemiología.

Se presentan en casos esporádicos o en epidemias subsiguientes a infecciones de la faringe o de la piel originadas por estreptococo beta hemolítico del grupo A,( cepas nefritógenicas).

La GNDA causada por infecciones cutáneas es más frecuente en verano, mientras que la causada por el Estreptococo beta hemolítico relacionado con la faringoamigdalitis es más frecuente en invierno.

Es una enfermedad que ocurre en la edad preescolar y escolar, más de 2 tercios de los casos suceden entre 4 y 15 años, con una media de 6 años.

Es excepcional antes de los 2 años de edad y es más frecuente en el sexo masculino.

# Manifestaciones clínicas.

Las formas clínicas de presentación y evolución de la GNPE son:

- Clásica.(Síndrome Nefrítico).
- Insuficiencia cardíaca congestiva (edema agudo de pulmón).
- Insuficiencia renal aguda.
- Encefalopatía hipertensiva.
- Síndrome nefrítico-nefrótico.
- Síndrome rápidamente progresivo.

# Exámenes complementarios.

- Hemograma con diferencial: anemia dilucional. Leucocitosis con desviación izquierda.
- Creatinina: normal o elevada en dependencia de la función renal.
- Urea normal o elevada.
- Filtrado glomerular normal o disminuido.
- Proteinuria de 24 h: con proteinuria de ligera a moderada.

- Recuento de Addis con hematuria, leucocituria y cilindruria.
- Complemento hemolítico: permanece disminuido por 4 a 6 semanas.  
(diagnóstico de certeza).
- biopsia renal no se justifica en los casos típicos, sino en aquellos pacientes que tengan criterios clínicos de mal pronóstico

# Estudios Imagenológicos.

- Ultrasonido renal: riñones aumentados de tamaño y con incremento de la ecogenicidad,
- Radiografía de tórax: signos de congestión pulmonar (pulmón nefrítico) y cardiomegalia.

# Tratamiento.

- Ingreso en un centro hospitalario.
- Reposo en la fase aguda.
- Dieta: hiposódica, normoprotéica y normocalórica.
- Restricción de líquidos en dependencia del volumen de la diuresis del paciente.
- Diuréticos: furosemida 1 a 5 mg/kg/dosis, cada 6 u 8 horas.

- Hipotensores: solo se utilizarán cuando la hipertensión no se controle con el uso de diuréticos.
- Diálisis: en los casos de insuficiencia renal.
- Antibióticos: solo se justifica si existe infección activa o se demuestra la presencia del Estreptococo.

# Síndrome nefrótico.

Es un síndrome clínico humoral como consecuencia del aumento de la permeabilidad de la membrana glomerular a las proteínas, caracterizado por: proteinuria masiva, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, edemas, oliguria e hiperlipidemia.

# Epidemiología.

- Es la enfermedad renal crónica más común en la niñez.
- Más frecuente entre los 2 y 8 años de edad.
- Predomina en el sexo masculino con una proporción de 2:1.
- El 95 % de los pacientes obtiene la remisión completa con el tratamiento con Prednisona oral.

# Etiología.

- Primaria o idiopática.
  - ✓ Enfermedad por daños mínimos o nefrosis lipoidea.
  - ✓ Glomerulosclerosis segmentaria y focal.
  - ✓ Glomerulonefritis proliferativa mesangial.

- Síndrome Nefrótico Secundario.

- ✓ Lupus eritematoso sistémico.

- ✓ Púrpura de Schonlein Henoch.

- ✓ Síndrome Hemolítico Urémico.

- ✓ Amiloidosis.

- ✓ Diabetes Mellitus.

- ✓ Leucemias, Linfomas.

- ✓ Medicamentoso.

- Síndrome nefrótico congénito.

Se manifiesta antes de las 12 semanas de vida extrauterina.

- Hereditario: Síndrome Nefrótico Finlandés  
Esclerosis mesangial difusa.
- Secundario: Sífilis congénita infección intraútero por Citomegalovirus, VIH. Hepatitis B, Toxoplasmosis.

# Manifestaciones clínicas.

- Edemas en párpados, cara, genitales, dorso de las manos. Pueden llegar a ser generalizados.
- Hidrotórax, ascitis.
- Oliguria.
- Hipertensión arterial y hematuria poco frecuentes y transitorias.
- Irritabilidad, adinamia, anorexia.

# Exámenes complementarios.

- Hemograma: normal o anemia moderada normocítica normocrómica fundamentalmente por pérdidas urinarias de transferrina.
- Hematócrito: elevado por hemoconcentración.
- Eritrosedimentación acelerada con más de 3 cifras.
- Proteínas totales disminuidas (menor que 6 g/dL).

- Albúmina menor que 2,5 g/dL.
- Hipercolesterolemia mayor que 400 mg/dL.
- Hipertrigliceridemia.
- Fracción C3 del complemento normal.
- Sedimento urinario: puede encontrarse hematuria microscópica 27 % (fugaz) y leucocituria, además de cilindros hialinos.
- Proteinuria mayor que 40 mg/m<sup>2</sup>/h.

# Exámenes Imagenológicos.

- Ultrasonido renal: riñones aumentados de tamaño con incremento de grosor del parénquima.
- Radiografía de tórax: hidrotórax o lesiones inflamatorias

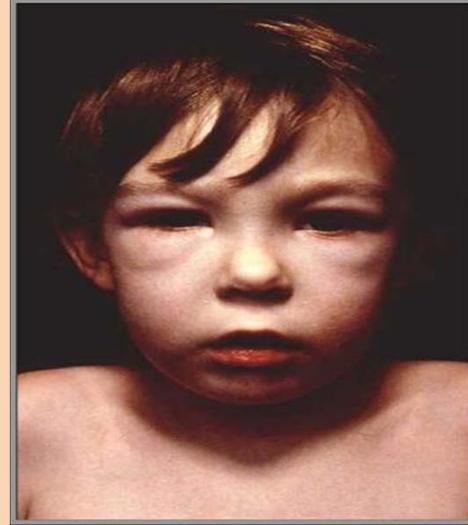
# Complicaciones.

- Infecciosas: son las más frecuentes por la condición de inmunosupresión de estos pacientes y por el tratamiento inmunosupresor con esteroides.
- Tromboembólicas: por la hipovolemia, el aumento de la viscosidad de la sangre, el aumento del fibrinógeno, el uso de altas dosis de diuréticos y la trombocitosis.

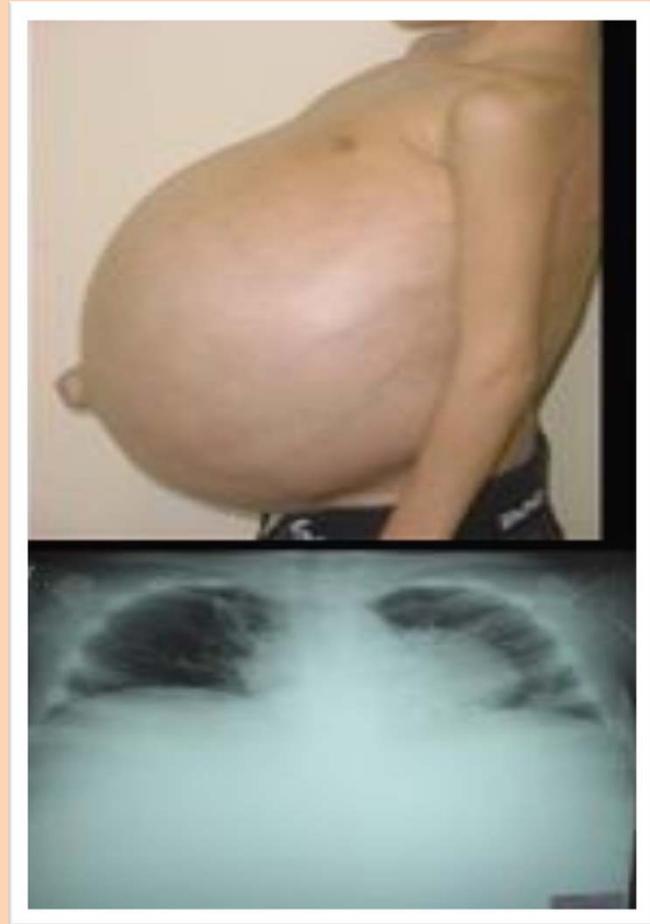
# Tratamiento.

- Ingreso hospitalario.
- Reposo en la fase aguda.
- Dieta hiposódica, normoprotéica y normocalórica.
- Diuréticos.
- Albúmina humana al 20%.
- Antibióticos si infección.

- Terapia inmunosupresora:
- Esteroides: Prednisona.
- Ciclofosfamida. Clorambusil: en los casos corticodependientes.



**Síndrome Nefrótico.**



**Síndrome Nefrótico.**

**GRACIAS.**