

11237
32
24.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL SINDROME
NEFROTICO EN EL HOSPITAL GENERAL CENTRO
MEDICO LA RAZA SERVICIO DE NEFROLOGIA
PEDIATRICA



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
P R E S E N T A
DRA. MARTHA LUCIA CONTRADO ALARCON

ASESOR DE TESIS: DR. MARIO MATOS MARTINEZ



MEXICO, D. F.

ENERO DE 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL
SINDROME NEFROTICO EN EL SERVICIO
DE NEFROLOGIA PEDIATRICA DEL
HOSPITAL GENERAL MEDICO LA
RAZA

Dr. Mario Matos Martínez, (1), Dra. Sandra Nuñez Sotelo (2)
Dra. Martha Lucía Conrado Alarcón (3).

SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA
DEL HOSPITAL GENERAL, CENTRO MEDICO NACIONAL,
LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MEXICO D.F.

- (1) Médico adscrito al Servicio de nefrología pediátrica del Hospital General CM La Raza. Turno Vespertino.
(2) Médico adscrito al Servicio de Nefrología pediátrica del Hospital General CM La Raza. Turno matutino.
(3) Médico Residente de Tercer año de Pediatría Médica.

Dr. EMILIO ESCOBAR PICASSO
Jefe de Enseñanza e investigación

Dr. REMIGIO VELIZ PINTOS
Jefe de división de Pediatría

Dra. Solange Heller Rouassant
Coordinadora de Residentes de
Tercer año de pediatría

Dr. MARIO MATOS MARTINEZ
Médico Nefrologo pediatra
Adsc. HGCMN La Raza

Sandra Nuñez Sotelo

Dra. SANDRA NUÑEZ SOTELO
Médico adsc. al servicio de
Nefrología pediátrica.

A G R A D E C I M I E N T O S

Siento especial orgullo por agradecer la enorme ayuda y apoyo demuchas personas para la elaboración de este trabajo. Esta tesis es en realidad el trabajo del grupo - de personas que colaboraron conmigo, para la realización de la misma, ya que me han proporcionado los ejemplos - más enriquecedores del esfuerzo humano y las lecciones-- más valiosas en toda esfera de la práctica personal y -- profesional.

Dr. Mario Matos Martínez, gracias por la confianza brindada a mi persona.

Dra. Sandra Nuñez Sotelo, gracias por el apoyo y amistad ofrecido .

Gracias a mis padres, por ser las personas más maravillosas con las que he podido contar ,por el amor, la confianza y el apoyo durante toda mi vida.

Gracias a ti Dany , por ser tan paciente en los momentos en que desmallaba mi intención, y por su amor que hasta momento me brindas.

A todos mis hermanos , por el cariño, y las palabras que en su momento , me han ayudado a continuar y mirar hacia la meta a la que todos ellos han llegado .

A TODOS ELLOS , MI MAS PROFUNDO AGRADECIMIENTO

I N D I C E

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	5
DISCUSION	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	19

RESUMEN

Se investigó la Incidencia y Prevalencia del Síndrome Nefrótico de los últimos 6 años del Servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital General Centro Médico La Raza.

Siendo estudiados 85 expedientes, los cuales correspondían a 45 niños (52.9%) y 40 niñas (47.05%). Se dividieron por etapas (lactantes, preescolares, escolares y adolescentes) -- las edades comprendidas fueron a partir de 1 mes de edad a -- 16 años de edad, sin reportarse recién nacidos.

La incidencia y prevalencia obtenidas fueron de 0.3 en -- 100000 niños y 12.8% en 100000 niños, respectivamente.

A los niños de estos expedientes se les estudiaron parámetros hematológicos con la presencia de anemia, leucocitosis y plaquetosis esto en algunos casos. Así como hipogamaglobulinemias, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipoalbuminemia, hipocalcemia entre otros.

Así mismo se revisaron las biopsias tomadas a los pacientes, habiéndose realizado por indicación de corticorresistencia, siendo la variedad histológica más frecuente la Esclerosis Focal Segmentaria en un porcentaje de 37.8%, de los cuales 24% fueron niños y 13.6% fueron niñas

I N T R O D U C C I O N

En 1694, Dekker describió el efecto precipitante del calor y el ácido acético en la orina de ciertos pacientes con enfermedades, Cotugno en 1764 correlacionó estados edematosos con la coagulabilidad de la orina por el calor. Bright en 1836, describió albuminuria e hidropecia asociada con tres lesiones renales diferentes morfológicamente, basados en hallazgos anatómicos gruesos, siendo etiquetadas todas estas enfermedades como "Enfermedades de Bright".

Muller, fué el primero en acuñar el término de nefrosis para identificar a algunos pacientes con edema, quienes presentaban degeneración lipóide de los tubulos renales sin cualquier otra lesión identificable. Munk en 1913, usó el término de nefrosis lipóidica para describir aquellos pacientes que presentaron cuerpos grasos en la orina. Kalvin y Goldberg parecen ser los primeros en utilizar el término de "Síndrome Nefrótico" para describir pacientes con edema, proteinuria e hiperlipidemia. (1,2).

Actualmente el síndrome nefrótico se define como un trastorno caracterizado por proteinuria masiva (mayor de 40mg/hr/m²sc), hipoproteinemia (albumina sérica menor de 2.5 gr/100ml hiperlipidemia (hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia) - oliguria y edema (3). Raramente se acompaña de hematuria y/o hipertensión.

El síndrome Nefrótico es la manifestación clínica de un gran número de trastornos glomerulares morfológicos diferentes en niños, del 90 al 95% resultan de enfermedades primarias y el porcentaje restante son secundarias a enfermedades generales.

La incidencia anual en los Estados Unidos del Síndrome Nefrótico en niños de 16 años es de 2 en 100000 niños y la prevalencia acumulativa es de 16 por 100000 niños.

Es más frecuente en el varón con predominio de 2:1, informan

dose una tendencia familiar. (2,4-6).

Rothenbertg, Heymann, Schlesinger y otros han notado una mayor incidencia del Síndrome Nefrótico en niños de raza negra

El síndrome Nefrótico, puede presentarse a cualquier edad, pero el 74% de los niños inician la enfermedad entre los 2 y 7 años de edad, relacionandose en su inmensa mayoría a la forma de cambios mínimos glomerulares. En el menor de un año se describe un tipo especial de SN, el Síndrome Nefrótico congénito, y que suele tener un pronóstico mortal.

En cuanto al aspecto histológico del Síndrome Nefrótico se diferencian cuatro tipos a saber :1) El Síndrome Nefrótico con lesión mínima glomerular. 2) La esclerosis focal segmentaria.- 3) la glomerulonefritis membranoproliferativa y 4) Nefropatía membranosa.(4)

Dentro de lo que hace el diagnóstico del Síndrome Nefrótico se encuentra la cuantificación de proteínas en la orina de 24-hrs o aún mejor la relación proteína/creatinina y la proteinuria por técnica electroforética. Otros exámenes útiles son; colesterol, triglicéridos, inmunológicos, complemento, electrolitos séricos y actividad de renina plasmática. (4).

Se mencionan complicaciones a saber :1) infecciones con predominio de microorganismos Gram positivos. 2) Hipercoagulabilidad entre otras (7,8).

Actualmente los esteroides mas usados son la prednisona y metilprednisolona. Cuando hay una cierta resistencia a los antes mencionados (corticorresistencia), es indicativo de realización de biopsia.

M A T E R I A L Y M E T O D O

El presente trabajo se desarrollo en el servicio de Nefropediatria, del Hospital General Centro Médico La Raza. Tomando en cuenta, y de ayuda indispensable el Archivo de este Hospital, -- ya que se obtuvieron todos los expedientes correspondientes a -- 6 años, 1991 a 1996, en existencia.

Las edades de los pacientes se tomaron desde Recien nacido -- (sin registrarse ninguno), hasta los 16 años de vida, ambos se- -- xos, que fueron vistos por el servicio desde su diagnóstico (al- -- gunos ya diagnosticados y canalizados a este hospital) tratami- -- ento, evolución y vigilancia.

El 17% de estos niños eran lactantes varones, el 20% eran -- lactantes mujeres, el 51% preescolares varones y el 45% muje- -- res, escolares varones y mujeres el 24% y el 27.5% respectiva- -- mente, adolescentes varones el 6.6% y mujeres 7.5%. Se revisa -- ron los expedientes de los cuales se extrajo información a cer- -- ca de parametros hematológicos, los cuales no se vieron modi- -- ficados, parametros de química sanguínea con elevación de la -- creatinina serica solo en algunos casos, se comprueba la hipo- -- albuminemia e hiperalbuminuria, hipercolesterolemia e hipertri- -- gliceridemia. Se revisaron asi mismo parametros de Electrolitos -- sericos en donde se observa la frecuencia baja del Calcio.

Estos pacientes presentan a su llegada el signo cardinal co- -- mo lo es el Edema , motivo de la consulta o envio a este hospi- -- tal. Todos los niños ya diagnosticados recibieron tratamiento -- a base de esteroide (prednisona), en caso de haber recaidas se- -- repite la dosis.

R E S U L T A D O S

Fueron investigados y estudiados un total de 85 expedientes -- de los cuales 45 fueron niños (52.9%) y 40 fueron niñas (47.05%) (fig. 1). Se compara con la consulta que al año se realizan para determinar la incidencia y prevalencia en el servicio de Nefrología pediátrica del HGCM La Raza.

A cada expediente se le estudió parámetros de Biometría hemática (Hemoglobina, Hematocrito, Leucocitos, neutrofilos, linfocitos, y plaquetas) realizándoseles Media (X) y desviación standar (DS), encontrándose pacientes que presentaron anemia, leucocitosis y plaquetosis, valores no significativos . Tabla 1.

Parámetros de Química sanguínea , que mostraron normoglicemia con creatinina sérica elevada en algunos casos y depuración de -- creatinina baja . Tabla 2.

El perfil lipídico muestra hipertrigliceridemia así como hipey colesterolemia, esto en todas las edades observadas. Tabla 3.

Los parámetros del complemento, se encontraron bajos, esto en un 80% de los casos. Tabla 4.

Los electrolitos séricos , también fueron revisados en estos expedientes, observándose de manera importante y casi en un 85% -- la disminución importante del Calcio, ión que se une a la albu -- mina, proteína que es filtrada por el glomerulo en forma importante y selectiva. Tabla 5. Y Tabla 6.

Todos estos parámetros se registraron en las tablas antes comentadas. Ahora bien, se revisaron las biopsias tomadas que fueron a 37 pacientes (43.5%) y cuya indicación fué de no respuesta al tratamiento con esteroide (prednisona) .La lesión histológica más frecuentemente encontrada fué la Lesión glomeruloesclerosis focal segmentaria en un 37.8%, en segundo lugar la lesión glomerular mínima en un 24%, tercer lugar glomerulo proliferativa en un 21.6% y en cuarto lugar la lesión con esclerosis glomerular total (endo y extracapilar) en un 16.2% . Fig. 2.

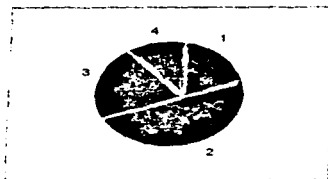
La incidencia en nuestro trabajo fué de 0.3 en 100000 niños y una prevalencia de 12.8% en 100000 niños.

Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron las infecciones de vías respiratorias altas en un 70% de los casos, con el 14.1% presentaron peritonitis, el 9.4% Neumonías, y un porcentaje menor presentaron erisipela en un 4.7%.

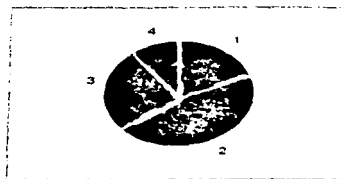
La revisión de estos expedientes, nos conllevaron a resumir y observar que un 72.9% que son 62 pacientes, estan en vigilancia de su Síndrome Nefrótico, quedando un 17.6% que corresponden a 15 pacientes estan aún bajo tratamiento y 8 pacientes que corresponden a un 9.4% se dieron de altas , sin nuevos eventos de recaídas.

SINDROME NEFROTICO

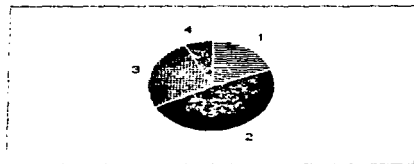
		<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	
LACTANTES	1	5	3	16
PRESCOLAR	2	23	18	41
ESCOLARES	3	11	11	22
ADOLESCEN	4	3	3	6
TOTAL		45	40	85



HOMBRES



MUJERES



GENERAL

FIGURA. 1

SINDROME NEFROTICO							
PARAMETROS HEMATOLOGICOS							
MUJERES		Hemoglobina	Hematocrito	Leucocitos	Neutrofilos	Linfocitos	Plaquetas
Lactantes	X	10.86	33.76	13114.28	30.95	55.93	452125
	DS.	1.77	6.71	4951.02	13.59	13.71	200481
Prescolares	X	12.84	38.8	11030	44.72	44.98	454933.3
	DS.	2.32	7.09	5101.8	15.21	14.08	1664127.3
Escolares	X	12.64	37.82	11600	56.73	32.6	370545
	DS.	1.35	3.88	8597.5	21.21	17.97	75227.38
Adolescentes	X	13.2	41.75	7666.6	57.56	36.06	26833.3
	DS.	1.67	1.65	1993.8	9.816	13.54	5436.5
							TABLA 1

SINDROME NEFROTICO							
PARAMETROS HEMATOLOGICOS							
HOMBRES		Hemoglobina	Hematocrito	Leucocitos	Neutrofilos	Linfocitos	Plaquetas
Lactantes	X	12.07	36.9	13700	44.5	45.83	28900
	DS.	1.56	16.6	8939.23	22.52	21.15	95815
Prescolares	X	12.9	39.89	9909.09	50.29	38.1	413342.86
	DS.	1.45	4.45	4260.05	20.44	15.47	167307.82
Escolares	X	12.3	37.6	8854.5	49.67	38.6	36700
	DS.	0.3	6.54	3799.12	12.07	10.14	63653.89
Adolescentes	X	11.23	34.13	8733.3	66.43	25.2	443323.3
	DS.	0.19	1.54	2522.3	17.02	12.65	94928.8
							TABLA 1

SINDROME NEFROTICO					
PARAMETRO DE QUIMICA SANGUINEA					
HOMBRES		GLUCOSA	UREA	CREATININA	DEPURACION DE
					CREATININA (ml/min)
Lactantes	x	91.87	40.8	0.81	78
	DS	16.55	23.38	0.2	25.47
Prescolares	x	90.8	34.48	0.71	73.28
	DS	10.79	26.89	0.69	26.68
Escolares	x	85.8	91.75	0.094	58.5
	DS	8.7	42.64	0.59	19
Adolescentes	x	92.5	47.5	0.53	74.6
	DS	2.12	23.33	0.15	13.92

SINDROME NEFROTICO					
PARAMETROS DE QUIMICA SANGUINEA					
MUJERES		GLUCOSA	UREA	CREATININA	DEPURACION DE
					CREATININA (ml/min)
Lactantes	x	90.5	38.8	0.88	55.14
	DS	31.05	17.47	1.15	14.15
Prescolares	x	70.88	45.76	0.62	74.08
	DS	31.34	23.12	0.45	20.95
Escolares	x	87.36	74.9	1.07	80.59
	DS	9.02	34.22	0.55	49.52
Adolescentes	x	86.33	28	0.93	83.8
	DS	10.11		0.25	21.45

TABLA 2

SINDROME NEFROTICO			
PARAMETROS LIPIDICO			
HOMBRES		TRIGLICERIDOS	COLESTEROL T/A
Lactantes	x	232.87	335.42 100/65
	DS	119.4	93.49 10.5/13.5
Prescolares	x	248.89	416.42 100.4/69.1
	DS	155.73	244.12 13.9/13.8
Escolares	x	212.55	364.87 109/84.5
	DS	98.83	112.74 11.64/34.99
Adolescentes	x	278.86	400 120/90
	DS	100.35	27.58

SINDROME NEFROTICO			
PARAMETROS LIPIDICO			
MUJERES		TRIGLICERIDOS	COLESTEROL T/A
Lactantes	x	479.42	356.75 107/67.5
	DS	407.96	170.33 19.5/17.13
Prescolares	x	532.66	524.16 99.4/67.05
	DS	100.35	180.4 15.8/9.1
Escolares	x	253.4	336.72 113/75
	DS	87.87	135.76 14.27/26.5
Adolescentes	x	249	269.68 123/80
	DS	194	65.6 152.1

TABLA 3

SINDROME NEFROTICO							
PARAMETROS INMUNOLOGICOS							
HOMBRES		C3	C4	CH50	IgG	IgM	IgA
Lactantes	x	233.85	50.07	140.42	485.94	176.85	98.2
	DS	306.66	24.03	57.59	417.34	58.36	49.45
Prescolares	x	138.31	91.66	168.84	417.6	243.1	171.3
	DS	75.92	75.34	70.63	389.45	121.76	77.13
Escolares	x	97.5	54.93	143.97	474.74	279.77	205.77
	DS	36.9	51.31	48.15	322.59	214.3	100.9
Adolescentes	x	41.48	32.23	97.5	596.6	147.33	1.6
	DS	37.68	28.83	14.5	332.18	31.64	73.77

SINDROME NEFROTICO							
PARAMETROS INMUNOLOGICOS							
MUJERES		C3	C4	CH50	IgG	IgM	IgA
Lactantes	x	114.33	30.58	199	485.14	247	193
	DS	48.26	21.52	26.24	310.1	115.74	108.32
Prescolares	x	118.22	57.87	150.55	321.5	264.36	162.27
	DS	88.6	79.6	62.01	250.2	125.78	99.9
Escolares	x	84.02	52.45	192.33	583.45	261.27	235.45
	DS	42.02	54.96	72.82	325.88	149.93	110.95
Adolescentes	x	118.33	33	77	900.33	246.5	263.66
	DS	55.77	10.98	46.54	502.5	86.5	157.3

TABLA 4

SINDROME NEFROTICO					
PARAMETROS ELECTROLITICOS					
HOMBRES		POTASIO	CLORO	SODIO	CALCIO
Lactantes	x	4.62	111	140.37	20.82
	DS	0.84	9.47	9.05	25.59
Prescolares	x	4.6	113.22	141.04	9.6
	DS	1.51	4.69	5.23	3.23
Escolares	x	4.48	111.16	140.6	7.75
	DS	1.14	5.81	7.59	1.26
Adolescentes	x	5.4	105	124.6	6.8
	DS	0.4		1.32	3.3

SINDROME NEFROTICO					
PARAMETROS ELECTROLITICOS					
MUJERES		POTASIO	CLORO	SODIO	CALCIO
Lactantes	x	5.1	112.57	141.25	8.45
	DS	0.85	5.44	16.49	2.08
Prescolares	x	4.31	115.25	141.38	8
	DS	1.57	9.27	8.81	2.45
Escolares	x	4.51	111.85	140.2	8.6
	DS	0.93	4.01	10.66	1.03
Adolescentes	x	4.7	138.33	125.33	8.9
	DS	0.28	20.1	14.01	1.4

TABLA 5

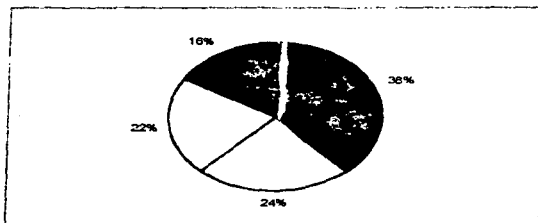
SINDROME NEFROTICO					
PARAMETROS PROTEICO					
HOMBRES		ALBUMINA	GLOBULINA	RELACION AL/G	PROTEINA EN ORINA
Lactantes	x	2.45	2.44	0.77	2.36
	DS	0.81	1.13	0.16	2.91
Prescolares	x	2.52	2.3	1.07	1.01
	DS	0.83	0.49	0.24	1.2
Escolares	x	2.8	2.41	1.16	3.15
	DS	1.63	0.45	0.21	6.04
Adolescentes	x	1.95	1.75	1.25	1.1
	DS	0.35	0.35	0.21	0.8

SINDROME NEFROTICO					
PARAMETRO PROTEICO					
MUJERES		ALBUMINA	GLOBULINA	RELACION AL/G	PROTEINA EN ORINA
Lactantes	x	2.77	1.77	1.36	1.71
	DS	1.15	0.94	0.026	2.5
Prescolares	x	2.97	2.16	1.13	1.04
	DS	1.32	0.45	0.26	1.61
Escolares	x	3.1	2.63	1.23	3.24
	DS	0.77	0.48	0.28	9.14
Adolescentes	x	3.7	3.1	1.6	11.93
	DS	1.41	1.69	0.28	12.76

TABLA 6

SINDROME NEFROTICO**FRECUENCIA HISTOLOGICA
(BIOPSIA)**

GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL SEGMENTARIA	37.80%
LESION GLOMERULAR MINIMA	24.00%
GLOMERULO- PROLIFERATIVA	21.80%
ESCLEROSIS GLOMERULAR TOTAL (ENDO Y EXTRACAPILAR)	16.20%



GRAFICA 2

D I S C U S I O N

Como se ha mencionado en la Literatura internacional, el Síndrome Nefrótico, resulta de una permeabilidad glomerular aumentada causante de proteinuria, de magnitud suficiente para causar hipoalbuminemia y edema(9). El Síndrome Nefrótico primario más frecuente es el síndrome nefrótico de cambios mínimos, contrario a la presentación en el adulto que es el síndrome Nefrótico secundario a enfermedades sistémicas. El síndrome Nefrótico primario -- también se asocia con varias entidades morfológicas con lesiones glomerulares, incluyendo: glomerulo esclerosis focal segmentaria (lesión que más frecuentemente se encontró en nuestro estudio, y que se asoció a la corticorresistencia o falta de respuesta a esteroides), glomerulonefritis difusa mesangial proliferativa, glomerulopatía membranoproliferativa y nefropatía membranosa. (9,10).

Comparando la incidencia anual en los Estados Unidos del Síndrome Nefrótico en niños de 16 años que es de 2 en 100000 niños, y la prevalencia acumulativa es de 16 por 100000 niños en nuestro estudio, encontramos una incidencia de 0.3 % en 100000 niños y -- una prevalencia de 12.8% en 100000 niños.

Durante la realización de nuestro trabajo se observó que hay -- condiciones infecciosas que en su gran mayoría el 70% fueron infecciones de vías respiratorias altas, neumonías 9.4%, peritonitis en un 14.1% y erisipela en un 4.7%, causadas por cocos Gram positivos y que respondieron en su totalidad al tratamiento con betalactámicos. Esto, debido y relacionado con la baja de inmunoglobulinas, sobre todo IgG por pérdidas urinarias disminuye la resistencia del paciente a las infecciones, aumentando el riesgo de sepsis y peritonitis en el nefrótico.

Así mismo encontramos que existe una relación inversa entre la concentración sérica de albúmina y la severidad del edema (dato-clínico cardinal). Una reducción en el volumen plasmático activa el sistema Renina-Angiotensina que retiene sodio y agua. En nues-

tro estudio, la albuminuria obtenida fué del 100% y la presentación del edema como manifestación primaria por la cual acudieron al servicio fué de un 99.8% .

Las pérdidas por la orina de antitrombina y plasminógeno, cuando es combinado por hemoconcentración, causa pérdida de líquidos hacia el intersticio desde el compartimiento sanguíneo. Las concentraciones de factores de la coagulación, especialmente el factor I, también el factor VII, VIII, y X son mayores que en sujetos sanos, la trombosis arterial, trombosis venosa y embolismo pulmonar, ocurren en un 5% de niños con síndrome nefrótico. En nuestro estudio no encontramos ningún caso de trombosis.

La albumina como proteína transportadora del calcio total, al perderse causa baja de este ión, ocasionando una hipocalcemia que es detectable por laboratorio, sin haber manifestaciones clínicas, cosa que corroboramos al revisar dichos expedientes

Ahora bien, los niños de nuestro estudio, con Síndrome nefrótico, muestran niveles altos de colesterol y de triglicéridos, esto debido a que la concentración sérica total de colesterol es inversamente relacionada a la disminución de albumina plasmática y a la baja presión oncótica del plasma (11,12).

La base del tratamiento en el Síndrome Nefrótico a parte de las medidas generales, como dieta y actividad, son los esteroides, específicamente prednisona a dosis de 2 mg/Kg/día, máximo 80 mg/Kg/mes, posteriormente se deberá de continuar en las mañanas con una dosis única de 60 mg/m2/día con reducción a 40 mg/m2/día, en el segundo mes si presenta recaídas (esto es protteinuria de 40 mg/m2/día).

CONCLUSIONES

- * La incidencia en el Hospital General Centro Médico La Raza Servicio de Nefrología pediátrica fué baja a comparación con la reportada en la literatura. La prevalencia se observó semejante a la ya reportada.
- * Los parametros hematológicos no tuvieron repercusiones importantes.
- * La depuración de creatinina resultó ser baja en un 75% de los pacientes.
- * La hipoalbuminemia fué corroborada en el 98.5% de los pacientes.
- * El perfil lipídico resultó alto, como se ha reportado en la literatura y en la historia natural del síndrome Nefrotico.
- * Dentro de los electrolitos revisados, el único que llamó la atención por estar disminuido en forma constante fué el calcio.
- * Los pacientes que no respondieron a esteroides (corticorresistentes) y que coincidían con múltiples recaídas fueron seleccionados para la realización de biopsia.
- * El 43.5% de nuestros pacientes se les realizó biopsia encontrándose con mayor frecuencia la glomeruloesclerosis focal segmentaria en un 37.8%.

- * De los 85 pacientes, se encuentran 62 (72.9%), en vigilancia 15 pacientes (17.6%) en tratamiento, y se dieron 8 altas que corresponden al 9.4%.
- * La complicación que se encontró con más frecuencia fué la de vías respiratorias altas, causada por cocos Gram positivos - en un 70% de los casos.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Mekker SD. Nefrotic syndrome in children. Curr probl --
pediatr 1988; 4:203-51
- 2.- Mc Enery PT, Strife CF. Síndrome Nefrótico en la niñez -
Clin ped. Nort Am 1986; 5:851-66
- 3.- Strauss JS. Ed al. Síntomas menores reconocidos del Sínd-
rome nefrótico infantil. Clin ped North Am 1987;3:637-54
- 4.- Rance CP, Arbus GS and Balfe W. Tratamiento del Síndrome
Nefrótico en niños. Clin ped Nort Am 1986;7:741-57
- 5.- Saieh C. Síndrome Nefrótico en niños. Manual de Nefropedia-
tría. Mediterraneo 1993 Chile , pág. 129-32
- 6.- Fleisher G and Ludwings S. Tratado de urgencias pediátricas
Interamericana 1986 , México pág. 457-62
- 7.- Robinson J et al. Nefrotic syndrome associated with nonste-
steroid anti-inflammatory drug use in two children. Pedia-
tric 1990;85(5):844-47
- 8.- Gupta S and Yuceogh AM. Immunological profile in children --
with minimal change nephrotic syndrome. Acta pediatric Scand
1985, 74:726-32
- 9.- Salcedo J, Mohamed A., and Latta K. Nephrosis in childhood -
Pediatric Nephrology . 1995; 71:373-85
- 10.- Barnett H., Morris and Edelmann . The nephrotic syndrome. Di-
seases of the Kidney. Interamericana 1974, hamburg pág.679-
93.
- 11.- Baxter, J.H., Goodman,H.D., and Allen,J.C., Effects of infu-
sions of serum albumin on serum lipids and lipoproteins in -
nephrosis. J.Clin Invest. 1961. 40:490-97
- 12.- Barnett, H.L., Forman,C.W., and Lauson,H.D.The Nephrotic syn-
drome in children.In S.J. Levine (ed). Advances in pediatric
Chicago: Year book 1952. Vol. 5.