



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO FACULTAD DE MEDICINA
REGISTRO: 194. 2013

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
ISSSTE

SINDROME NEFRÓTICO INFANTIL: 20 AÑOS DE EXPERIENCIA
EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL
PERIODO 1992 A 2012.

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN:

NEFROLOGIA PEDIATRICA

PRESENTA:
DRA. TERESA DE JESÚS VILCHIS RODRIGUEZ

ASESOR DE TESIS:
DR. RENE OLALDE CARMONA

MÉXICO, D.F. ENERO 2014



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.



DRA. AURA A. ERAZO VALLE SOLÍS

Subdirector de Enseñanza e Investigación del CMN "20 de Noviembre"

DR. RENE OLALDE CARMONA

Asesor de tesis

DRA. TERESA DE JESÚS VILCHIS RODRÍGUEZ

Médico residente

Agradecimientos

- A mis padres, para ustedes que son la inspiración de mi vida.
- A mis hermanas y mis hijos que me han apoyado incondicionalmente, y han creído siempre en mí.
- A mis pacientes, los que me han formado día a día, y me han enseñado que la Medicina es algo más que una enfermedad.
- A mis profesores y compañeros de trabajo que hicieron posible la culminación de mis estudios como profesionista.

Índice

Resumen.....	1
Summary.....	2
Introducción.....	3
Material y Métodos.....	5
Resultados.....	6
Discusión.....	9
Conclusión.....	13
Bibliografía.....	14
Anexos.....	16

RESUMEN

Introducción. La incidencia del síndrome nefrótico (SN) en pacientes pediátricos no se conoce del todo en nuestro país, se han observado cambios de la enfermedad en los últimos 20 años, dado el avance en el conocimiento científico ahora se habla de podocitopatías.

Objetivo. Dar a conocer la experiencia del síndrome nefrótico idiopático en el CMN "20 de Noviembre".

Material y métodos. Se estudió en niños atendidos en el servicio de Nefrología Pediátrica con diagnóstico de SN el tiempo de evolución, etiología, signos clínicos agregados, biopsia renal, respuesta al esteroide y otros inmunosupresores, comportamiento de la actividad, infecciones; y se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultado. Se encontraron 66 pacientes con edad promedio 5.7 años, 61% masculinos y 39% femeninos, la etiología fue 84.8% primario y 15.2% secundario, presentándose como idiopático infantil en 83%, 12% del primer año de la vida y 4.5% congénito; se observó corticorresistencia en 43.9%, corticosensibilidad 33.3% y corticodependencia 22.7%, las lesiones histopatológicas más frecuentes fueron Proliferación mesangial difusa 26.8%, lesión glomerular mínima 24.3% y esclerosis focal y segmentaria 14.6%. La preservación de la función renal en pacientes corticorresistentes fue de 89.6% a 5 años y 79.3% a 10 años, el 3% presentó Insuficiencia renal crónica al diagnóstico, y 22.7% durante la enfermedad. La incidencia encontrada fue 3.3 pacientes/año y prevalencia 5.5 pacientes por 1000 habitantes.

Discusión. Nuestros pacientes presentan un perfil epidemiológico consistente en: masculino en edad preescolar (5.7 años), tipo de SN primario, lesión histológica más frecuente proliferación mesangial, comportamiento corticorresistente con esquema de tratamiento alterno prednisona + ciclofosfamida.

Comentario. Nuestros resultados son parecidos a lo reportado en la literatura nacional.

Palabras clave: Síndrome nefrótico, niños, proteinuria, terapia corticoesteroide, pronóstico.

SUMMARY

The incidence of the nephrotic syndrome in pediatric patients is not yet known in our country, there has been changes of the disease in the past 20 years, because of the advances in scientific knowledge is now speaking of podocytopathies.

Objective. Gives to learn from the experience of the idiopathic nephrotic syndrome in the Medical National Center “ 20 De November“.

Material and Methods. The study of children treated at the Pediatric Nephrology service with a diagnosis of nephrotic syndrome, the time of the evolution, etiology, clinical signs aggregates, renal biopsy, response to steroids and other immunosuppressive drugs, behavior of the activity, infections, and was conducted descriptive statistical analysis.

Result. We found 66 patients with a mean age 5.7 years, 61% male and 39% were female, the etiology primary was 84.8 % and 15.2 % had a secondary, appearing as idiopathic infantile in 83 %, 12% of the first year of life and 4.5 % congenital; steroid resistance was observed in 43.9 %, 33.3 % and corticosteroiddependence 22.7 %, The histopathologic injuries more frequent was, diffuse mesangial proliferation 26.8 %, glomerular injury 24.3 % and minimum focal and segmental sclerosis 14.6 %. Preservation of renal function in patients corticoid was 89.6 % at 5 years and 79.3 % at 10 years, the 3% had chronic kidney failure of diagnosis and 22.7 per cent during the disease. The incidence found was 3.3 patients/year and prevalence 5.5 patients per 1000 habitants.

Discussion. Our patients have a epidemiological profile consisting of: male in preschool (5.7 years), type of nephrotic syndrome primary, predominant histological lesion mesangial proliferation, behavior corticorresistente with alternate treatment prednisone schedule + cyclophosphamide.

Comment. Our results are similar to those reported in the national literature.

Key Words: nephrotic syndrome, children, proteinuria, corticosteroid therapy, prognosis.

INTRODUCCION

El síndrome nefrótico (SN) fue descrito hace más de 100 años, dado el avance en el conocimiento científico, ahora existen nuevas clasificaciones y se habla de podocitopatías, el desarrollo de técnicas de diagnóstico geneticomolecular ha permitido identificar mutaciones en los genes que codifican las proteínas de los podocitos, responsables de las diversas formas de síndromes nefróticos con manifestación congénita o en el primer año de la vida.^{1,2}

El 90% de casos de SN está asociado a causas primarias. La presentación del SN durante el primer año de vida se debe generalmente a alteraciones genéticas, hereditarias e infecciones perinatales; en este grupo se distinguen el SN Congénito desde el nacimiento hasta los 3 meses de vida y el SN del Primer año de la vida entre los 3 y 12 meses de edad. El SN Idiopático Infantil se presenta en pacientes de los 2 a los 10 años de edad, cerca del 80% corresponde a una lesión histopatológica de Cambios Mínimos.^{3,4,5}

La incidencia del SN en los niños en nuestro país es poco confiable y se desconoce su impacto en los costos de los servicios de salud de cada institución, se reporta en la literatura 2-7 casos anuales por cada 100,000 niños menores de 16 años, con una prevalencia de 15 por cada 100,000 niños menores de 16 años.^{6,7,8,9}

El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” es un sitio que por sus características de hospital de referencia nos permitirá conocer la incidencia,

prevalencia y perfil epidemiológico de esta enfermedad en nuestra institución, y compararla con otras investigaciones realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Del periodo de 1992 a 2012 en el CMN "20 de Noviembre" se estudiaron expedientes de pacientes con SN, se buscó la etiología, sexo, grupo etario, biopsias realizadas por año, lesión histológica por grupo etario, signos clínicos agregados, tiempo de tratamiento con prednisona, respuesta al esteroide y otros inmunosupresores, actividad del SN, antecedente de alergias, dosis total de esteroide por paciente, severidad de la albuminuria, complicaciones infecciosas en relación al tipo de respuesta al esteroide y frecuencia de infección.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo y se recolecto la información en tablas, gráficas de frecuencia y perfil epidemiológico.

RESULTADOS

Se estudiaron 83 pacientes de los cuales 17 se eliminaron por no demostrarse SN y ser la proteinuria de otras causas, finalizando con 66 pacientes con edad promedio al momento del diagnóstico de 5.7 años, 40 del sexo masculino y 26 del sexo femenino. (Gráfico 4)

De acuerdo a la clasificación de SN, encontramos una frecuencia de etiología Primaria en 84.8% y Secundaria 15.2%, siendo las causas encontradas: Púrpura de Henoch Shonlein 40%, Lupus Eritematoso Sistémico 30%, Citomegalovirus 10%, Linfoma Hodkin 10% y Glomerulonefritis Posinfecciosa 10%. (gráfico 3). La distribución por tipo y grupo etario del SN fue: Infantil 83%, Primer año de la vida 12% y Congénito 4.5%. (gráfico 5 y 6)

Se realizaron 41 biopsias y 4 segundas biopsias, el tipo de lesiones histológicas encontradas fueron: Proliferación Mesangial Difusa (PMD) 26.8%, Lesión Glomerular Mínima (LGM) 24.3%, Esclerosis Focal y Segmentaria (EFS) 14.6%, Pielonefritis Xantogranulomatosa 4.8%, Glomerulonefritis Membrano Proliferativa (I y III) 4.8%, Glomerulonefritis Endo y Extracapilar 4.8%, Esclerosis Mesangial Difusa 2.4%, Citomegalovirus 2.4%, Nefropatía por IgA 2.4%, y Enfermedad de Membrana Basal Adelgazada 2.5%. La edad observada de mayor realización de biopsias se presentó entre los 5 y 14 años de edad. (gráfico No. 7, 8 y 9)

Los signos clínicos agregados encontrados fueron: hematuria 31.8%, insuficiencia renal al diagnóstico 3% (E=Estadio III KDOQI), insuficiencia renal durante la

evolución 40% (E-III KDOQI, 26.6% E-IV KDOQI y 33.3% E-V KDOQI), hipertensión arterial 21.2% e hipocomplementemia 12.1%. (gráfico No. 10)

Tratamiento: Recibieron esteroide por un periodo de 0 a 3 meses el 13.6% y por más de >3 meses 86% de los pacientes. De acuerdo a la respuesta al tratamiento con prednisona se clasificaron como corticorresistentes (CR) 43.9%, corticosensibles (CS) 33.3%, y corticodependientes (CD) 22.7%. (gráfico No. 11 y 12)

Los esquemas inmunosupresores alternos utilizados fueron: prednisona + ciclofosfamida 48.4%, prednisona monoterapia 33.3%, prednisona + ciclosporina 25.7%, prednisona + micofenolato 19.6%, prednisona + azatioprina 6%, encontrando multirresistencia a los tratamientos en 21.2%.

El comportamiento de la actividad del SN fue de 48.4% de los pacientes con al menos 3 recaídas, nunca presentaron remisión 22.7%, y 21.2% continuo con recaídas frecuentes. (gráfico No. 13 y 14).

Existieron antecedentes de atopia y alergia en 24.2% de los pacientes con SN.

La dosis de esteroide promedio por mes independientemente del esquema esteroideo fue: CR 1058.7 mg, CS 819.3 mg, y CD 943.9 mg. (gráfico No. 16)

La proteinuria de acuerdo a la respuesta al esteroide fue: CD 138.5 mg/m²/hr, CR 121.2 mg/m²/hr, y CS 87.9 mg/m²/hr. (gráfico No. 17)

Las infecciones más frecuentes observadas fueron: infección de vías respiratorias superiores 220 cuadros (5.6 cuadros/paciente), infección de vías urinarias 27

cuadros (1.9 cuadros/paciente), infección gastrointestinal 8 cuadros (1.6 cuadros/paciente), peritonitis primaria 5 cuadros (1.25 cuadros/paciente), celulitis y sinusitis 2 cuadros (1 cuadro/paciente), se observó que las infecciones se presentaron por frecuencia en CR, CD y CS. (gráfico No. 18 y 19)

De acuerdo a los registros del número de pacientes estudiados en general y por patología en el CMN "20 de Noviembre", estimamos una incidencia de 3 nuevos pacientes/año, y prevalencia de 5 pacientes por 1000 habitantes.

DISCUSIÓN

En México el SN ocupa el tercer lugar como causa de Insuficiencia renal crónica (IRC), el desconocer la incidencia de este origina que existan pacientes que no sean diagnosticados oportunamente.^{10,11} Esta es la 17ª causa de discapacidad en el mundo, contribuyendo al 60% de la mortalidad y representa un alto costo en servicios de salud a largo plazo, aproximadamente al 47 de los gastos de salud a nivel global.¹²

A este respecto el Reporte Anual Norteamericano Renal Pediátrico y Estudios Colaborativos (NAPRTCS) 2010 registro 10 632 trasplantes, siendo la tercera causa de IRC (8.7%) y trasplante (11.7%) la EFS, lo cual se debe al cambio en la epidemiología asociada a otros factores como la obesidad. El desconocer la frecuencia real de pacientes que padecen SN, hace que se subestime el número de pacientes con riesgo de presentar IRC.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez, se registraron 35-40 nuevos casos anuales de pacientes con SN, con un acumulado de 427 pacientes en los últimos veintitrés años, lo que representa 26% de las admisiones al servicio de Nefrología y 0.36% de todas las admisiones al hospital.⁷

El trabajo de Ríos Moreno y Patiño García realizado en un Guadalajara Jalisco, reporta que el SN representa el 6% de la consulta del servicio de Nefrología Pediátrica y la tercera causa de hospitalización.⁸

Estudios realizados en nuestro país, reportan 2-7 casos anuales por cada 100,000 niños menores de 16 años, con una prevalencia de 15 por cada 100,000 niños menores de 16 años. En nuestro trabajo encontramos una incidencia de 3 nuevos pacientes/año, y prevalencia de 5 pacientes por 1000 habitantes, por ser un hospital de referencia se registró el SN como la segunda causa de hospitalización y el 5% de la consulta al servicio de Nefrología Pediátrica.

Existe una relación en el sexo masculino 1.5:1, la misma que en nuestro trabajo, igualándose en la etapa de la adolescencia.

El 90% de casos de SN está asociado a causas primarias, el resto de etiología secundaria,^{3,5,14} respecto a la etiología en nuestra institución 84.8% corresponde a SN primario y 15.2% secundario, el tipo de SN presente más frecuente fue el idiopático infantil en 83%, 12% del primer año de la vida y 4.5% congénito, lo cual se observó por el perfil de los pacientes referidos.

En el SN idiopático infantil cerca del 80% corresponden a una lesión histopatológica de cambios mínimos,^{4,9,15} los cuales logran la remisión con el tratamiento corticoesteroide tras el primer episodio de la enfermedad (CS), y 15 a 20% no responde de forma esperada (CR) o al disminuir la dosis recaen (CD); comparada con nuestro estudio se realizaron en 20 años 41 biopsias, se observó un mayor número de pacientes CR en 43.9%, CS 33.3% y CD 22.7%, el comportamiento de la respuesta obtenida se debe al tipo de lesiones histopatológicas presentes más frecuentes (PMD 26.8%, LGM 24.3%, EFS 14%) y a la evolución de la enfermedad.

La atopia se ha encontrado como un factor coadyuvante en 34 a 60% de los niños con SN de cambios mínimos, con altas concentraciones de IgE (> 1500 UI/l), lo que se ha asociado a frecuentes recaídas, las cuales son un indicador pronóstico de la función renal. En nuestro trabajo encontramos atopia en el 24.2% al momento del diagnóstico, y recaídas en el 48.4% de los pacientes CS.

Los pacientes CR pueden tener diferentes patrones histológicos, 2/3 progresarán de la EFS a la enfermedad renal terminal en 10 años, lo cual raramente ocurre en el SN de cambios mínimos; sin embargo existe consenso en englobar ambas patologías dentro del SN idiopático.^{16,17,18} En nuestro trabajo se observó la presencia de IRC en el 3% al realizar el diagnóstico, y 22.7% durante la evolución de la enfermedad.

En 1990, el Grupo de Nefrólogos Pediatras de habla Francesa reportaron en pacientes CR una sobrevida de la función renal en 62 casos de 65% a 5 años y de 50% a 10 años.¹⁹ En 2012 el CMN Siglo XXI reportó la preservación de la función renal en 156 pacientes del 92.9% a 5 años y de 87.4% a 10 años.

En el CMN "20 de Noviembre" observamos en los pacientes CR que la preservación de la función renal en 29 casos fue de 89.6% a 5 años y 79.3% a 10 años; el seguimiento en promedio fue de 4.2 años, con un mínimo de 8 meses y máximo 17 años.

Respecto a los efectos secundarios por el uso sostenido de esteroides, fueron menores en pacientes que recibieron dosis acumuladas más bajas, existiendo correlación con la actividad del SN.

Dentro de la historia del SN, una complicación es la existencia de frecuentes infecciones, lo que dificulta la respuesta al tratamiento, siendo la causa más importante de muerte.⁵ En nuestro estudio encontramos una mayor presentación de cuadros infecciosos en pacientes CR y CD debido a infecciones respiratorias (220 cuadros), infección de vías urinarias (27 cuadros), infección gastrointestinal (8 cuadros), peritonitis primaria (5 cuadros), celulitis y sinusitis (2 cuadros).

CONCLUSION

Nuestros pacientes presentan un perfil epidemiológico consistente en: masculino en edad preescolar (5.7 años), tipo de SN primario, lesión histológica más frecuente proliferación mesangial, comportamiento corticorresistente con esquema de tratamiento alterno prednisona + ciclofosfamida.

BIBLIOGRAFIA

1. Eddy AA, Symons JM. Nephrotic syndrome in childhood. *Lancet* 2003; 23: 629-39.
2. Rodríguez C., Tara R. Nefrogenética. *Nefrología* 2011; 2 (1): 1-125
3. M. Anton, L.M. Rodríguez. *Nefrología Pediátrica*. Ed. Panamericana 2011; 12: 97-11.
4. Bagga A, Mantan M. Nephrotic syndrome in children. *Indian J Med Res* 2005;122:13-28.
5. Claudio Ponticelli, R.J. Glassock. *Treatment of Primary glomerulonephritis*. 2ª ed. Ed Oxford 2009; 2: 47-61, 179- 213
6. J. Montolio. Fisiopatología del Síndrome Nefrótico. *Nefrología* 1990; X (9): 11-15.
7. Muñoz Arizpe R, Saltzman S, Medeiros M. Síndrome Nefrótico en niños. *Bol Med Hosp Inf* 2000; 57 (9): 522-53
8. Medeiros M., Muñoz R. Enfermedad Renal en niños: Un problema de salud pública. *Bol. Med. Hosp Infant Mex* 2011; 68 (4): 259-261.
9. Hoyer P.F, Brodehl J. Initial Treatment of Idiopathic Nephrotic Syndrome in Children: Prednisone versus Prednisone Plus Cyclosporine: A Prospective Randomized Trial. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: 1151–1157.
10. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaria de Salud 2006

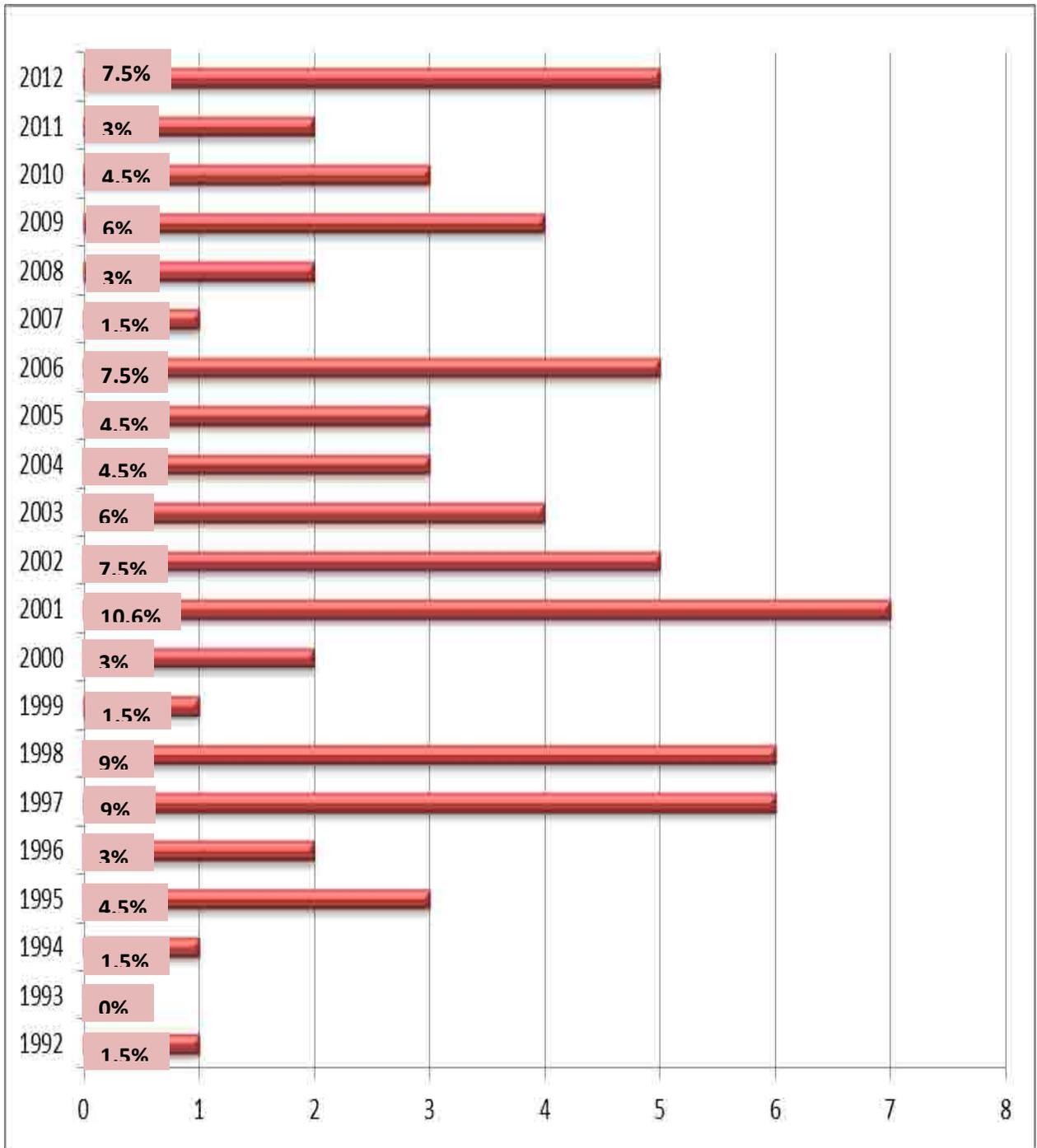
11. Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana, México; Secretaria de Salud 2009.
12. Schieppati A, Remuzzi G. Chronic renal diseases as a public health problem: Epidemiology, social, and economic implications. *Kidney Int* 2005; 68 (98): 7-10
13. North American Pediatric Renal Trials and Collaborative Studies (NAPRTCS). 2010 Annual Transplant Report
14. Barry Brenner. Tratado de Nefrología. Ed Elsevier 2005; 1296-1314.
15. Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Nephrologie Short versus standard prednisone therapy for initial treatment of idiopathic nephrotic syndrome in children. *Lancet* 1988; 1: 380–383.
16. Indian Pediatric Nephrology Group. Management of steroid-sensitive nephrotic syndrome: Revised guidelines. *Indian Pediatr.* 2008; 45:203-15.
17. Hodson EM, Willis NS, Craig JC. Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. *Cochrane Database System Rev.* 2007: 1-57.
18. Niaudet P, Avner ED, Harmon WE. Steroid-resistant idiopathic nephrotic syndrome in children. *Pediatric Nephrology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2004: 557-574.
19. Aguilar Kitsu A, Zepeda Martínez C, Ibarra Cazares M, et al. Síndrome nefrótico corticorresistente: 15 años de experiencia en el Hospital de Pediatría. Centro Médico Nacional Siglo XXI. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012; 69: 411-417.

Tabla No.1
Perfil Epidemiológico

Total	Edad (mínimo, máximo, promedio)	Sexo (Relación F/M)	Relación SNF Primario/ Secundario	Biopsias (Si/No)	Terapia solo con Prednisona (Si/No)	Corticodependientes (Si/No)	Resistentes (Si/No)
No. 83 Pacientes	Mínimo: 2 meses	Masculino : 40	Primario: 56 (84.8%)	Con Biopsia: 41 (62.1%)	Si: 22 (33.3%)	Si: 15 (22.7%)	Si: 29 (43.9%)
No. 66 Pacientes con SNF (100%)	Máximo: 14 años Media: 5.7 años	Femenino : 26 Relación M/F= 1.5	Secundario: 10 (15.1%) Relación P/S= 5.6	Sin Biopsia: 25 (37.8%) Relación CB/SB= 1.64	No: 44 (66.6%) Relación S/N=0.5	No: 51 (77.2%) Relación S/N= 0.29	No: 37 (56%) Relación S/N= 0.78

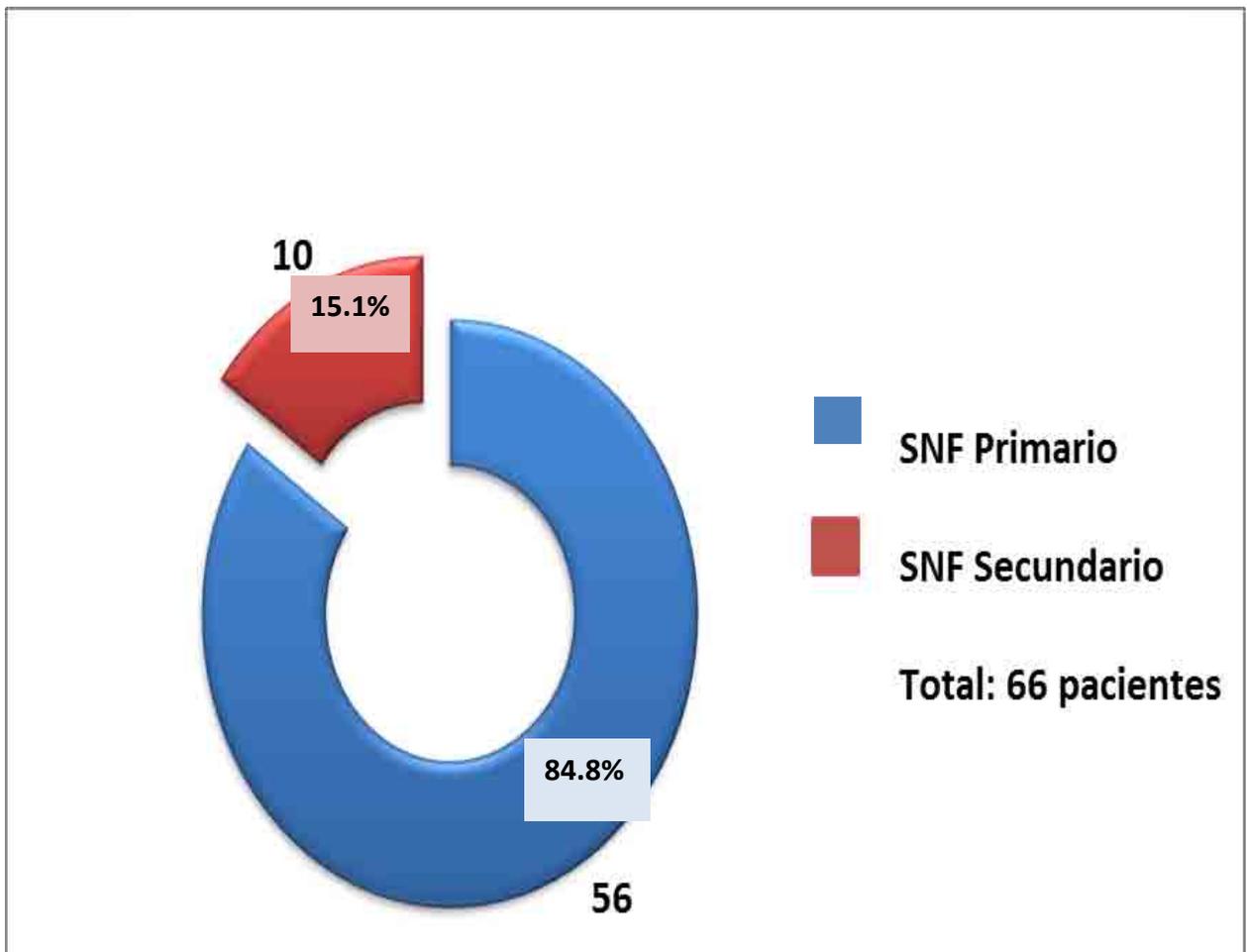
Gráfica No. 2.

Pacientes por año con Síndrome Nefrótico



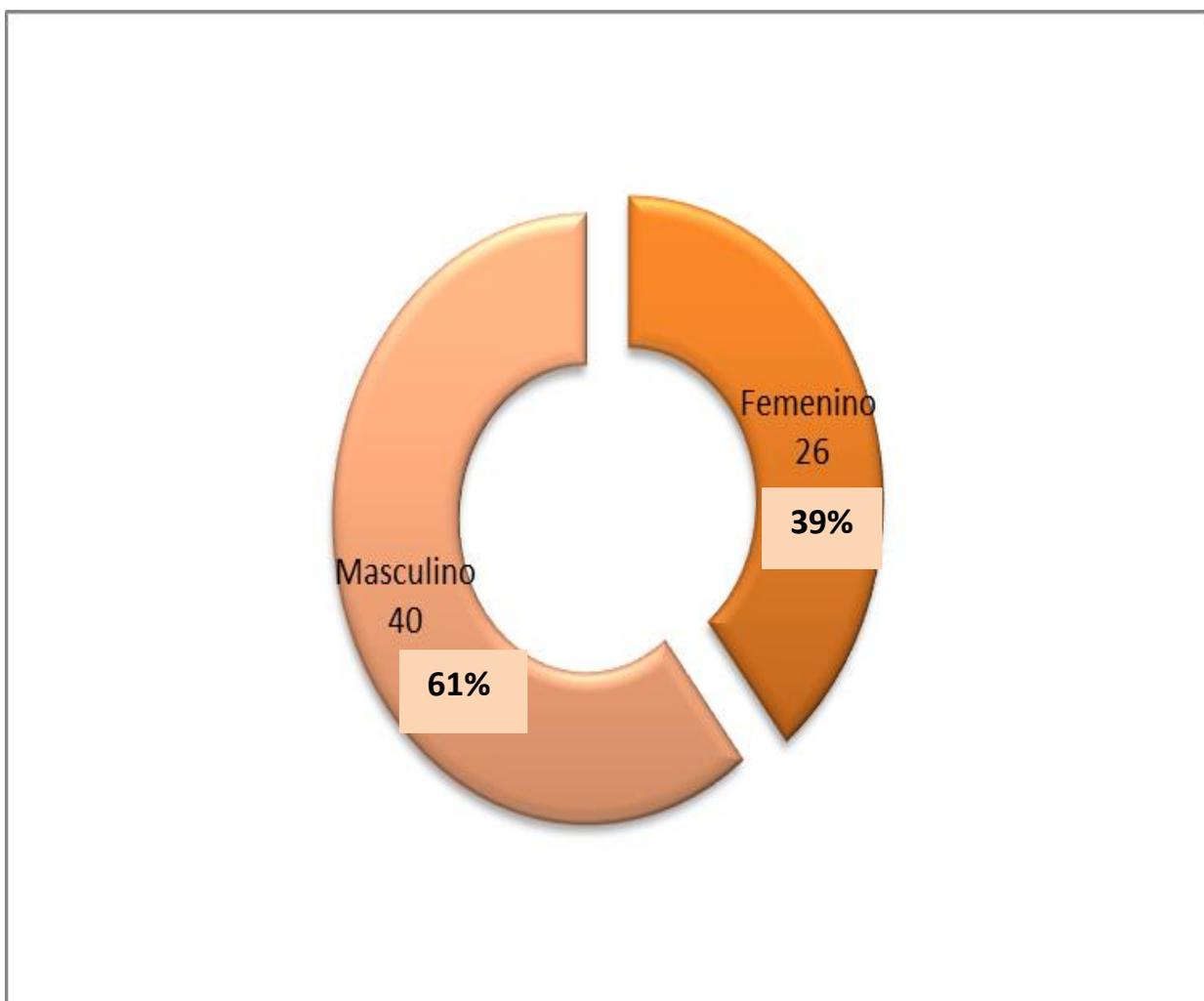
Gráfica No. 3

Tipos de Síndrome Nefrótico: Primario y Secundario



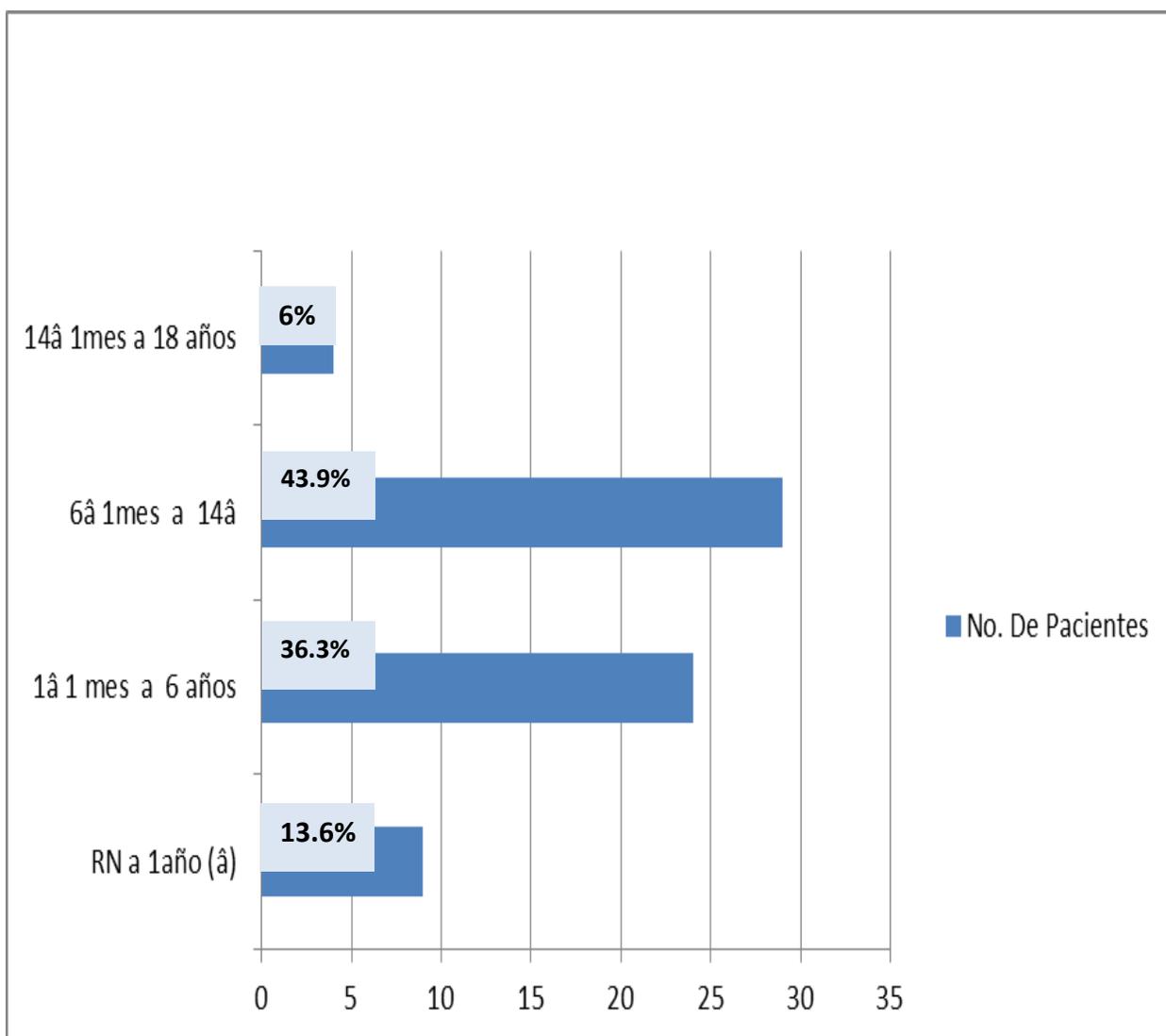
Gráfica No. 4

Pacientes con Síndrome Nefrótico por sexo



Gráfica No. 5

Pacientes con Síndrome Nefrótico por grupo etario



Gráfica No. 6

Clasificación de Síndrome Nefrótico por tipo: Grupo etario

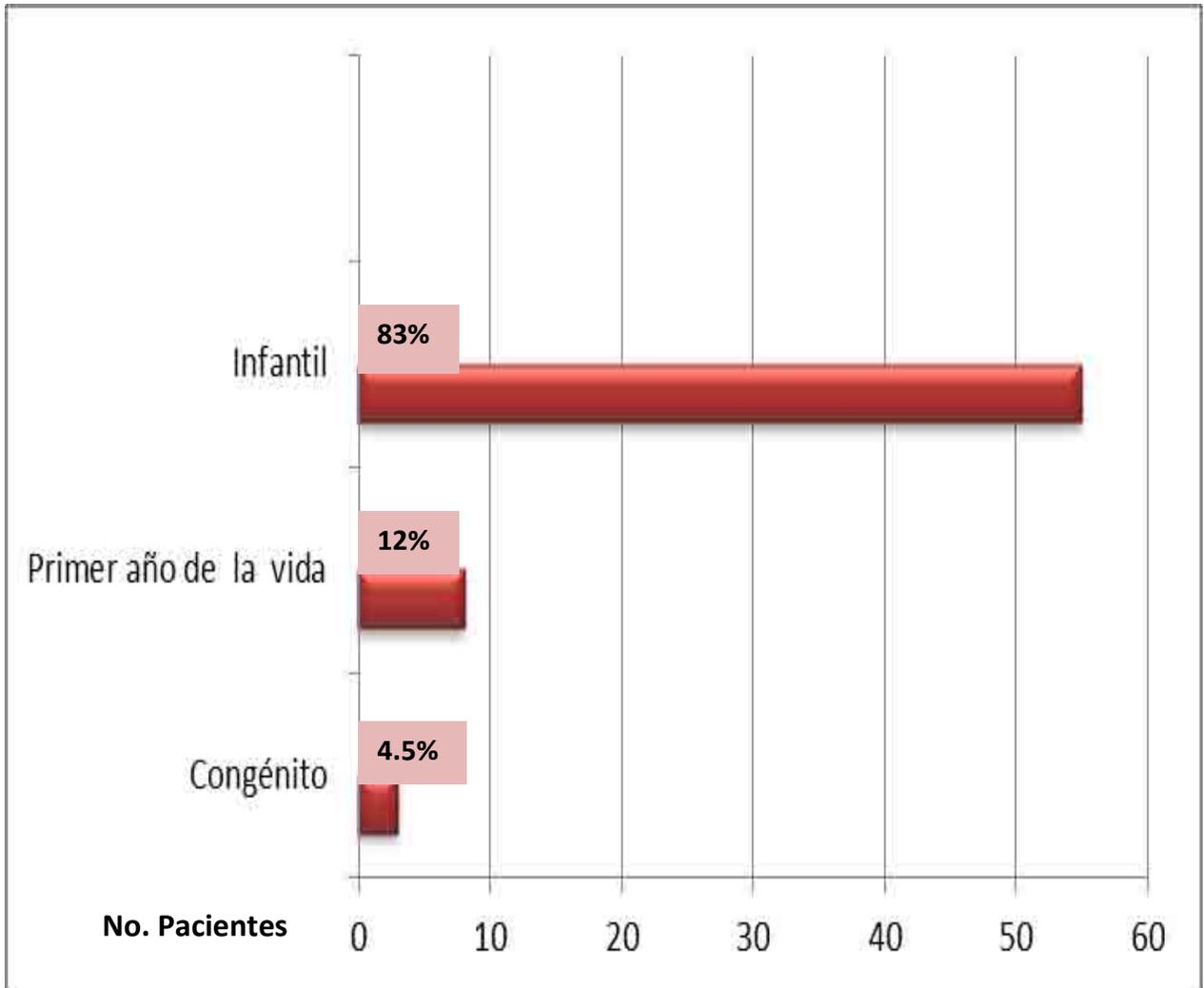


Tabla No. 7

Biopsias renales realizadas en CMN “20 de Noviembre” en 20 años de experiencia.

No. de biopsias	41	2as. Biopsias: 4	Biopsias por años: 2.05
Porcentaje	62%	6%	

Gráfica No. 7

Biopsias renales realizadas en CMN “20 de Noviembre” en 20 años de experiencia

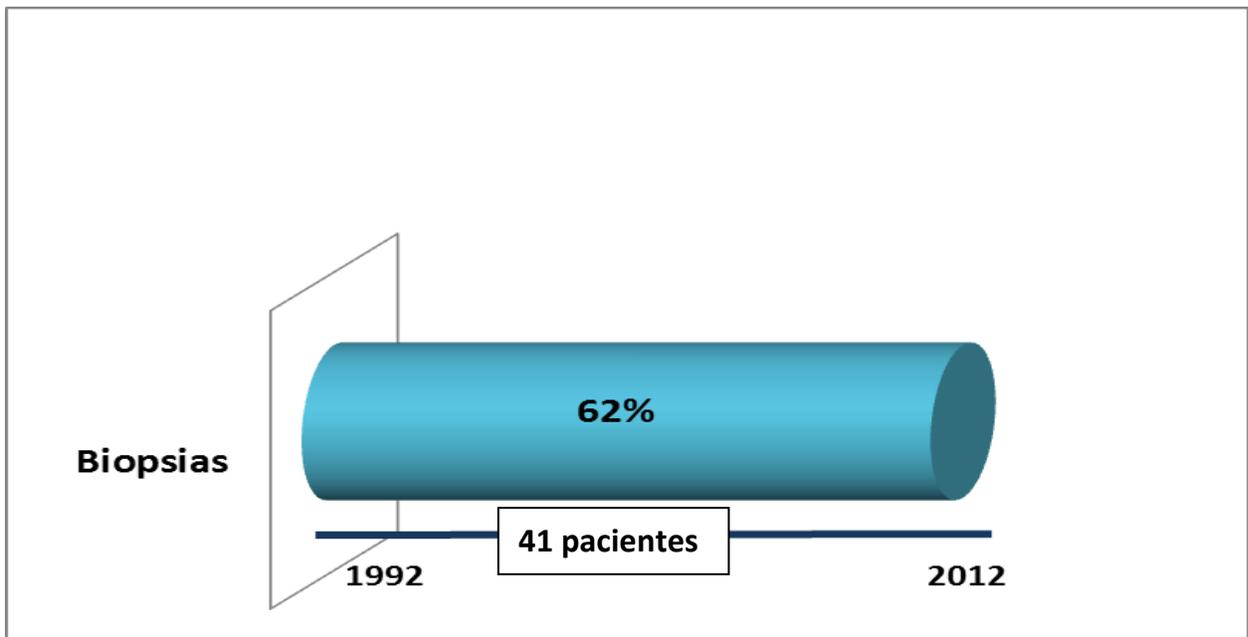


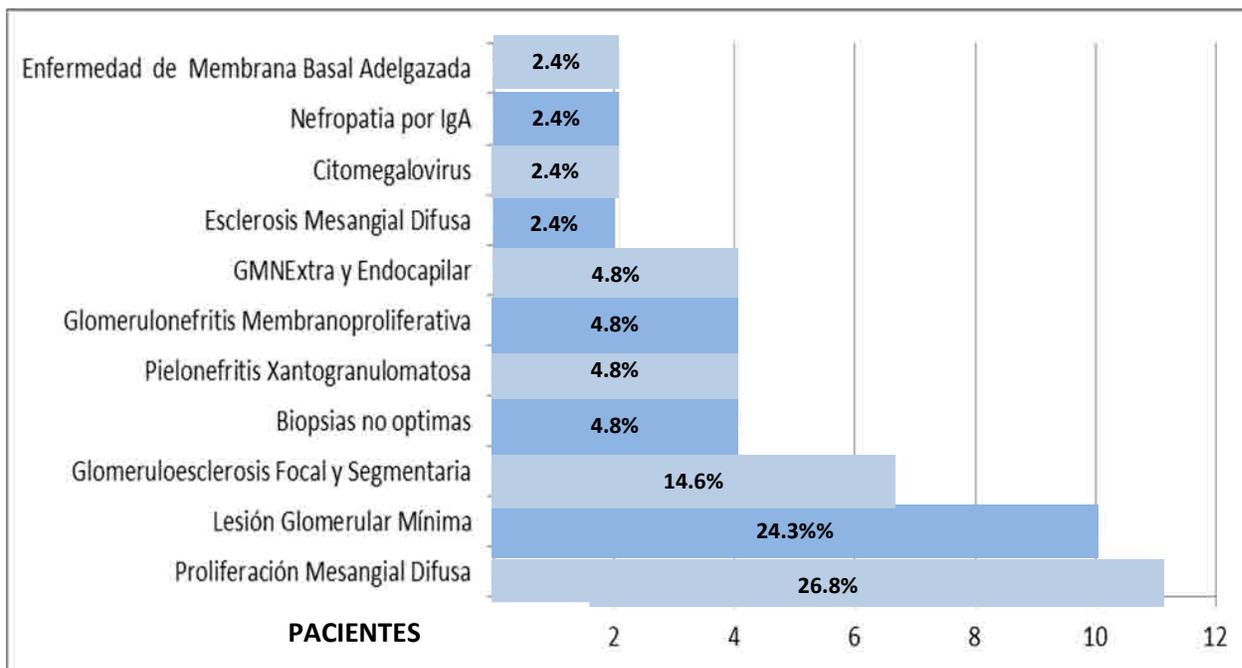
Tabla No. 8

Lesión Histológica por Grupo etario

Lesión Histológica	RN-1 ^a No. Pacientes (%)	1 ^a 1m-6 ^a No. Pacientes (%)	6 ^a 1m-14 ^a No. Pacientes (%)	14 ^a 1m-18a No. Pacientes (%)
Proliferación Mesangial Difusa	0	4 (9.7)	6 (14.6)	1 (2.4)
LGM	2 (4.8)	4 (9.7)	4 (9.7)	0
GEFS	0	2 (4.8)	4 (9.7)	0
Pielonefritis Xantogranulomatosa	0	0	2 (4.8)	0
Membrano Proliferativa (T.III)	0	0	1 (2.4)	1 (2.4)
GMN endocapilar/extracapilar	0	0	2 (4.8)	0
Esclerosis Mesangial Difusa	1 (2.4)	0	0	0
CMV	1 (2.4)	0	0	0
Glomerulopatía por IgA	1 (2.4)	0	0	0
EMB Adelgazadas	1 (2.4)	0	0	0

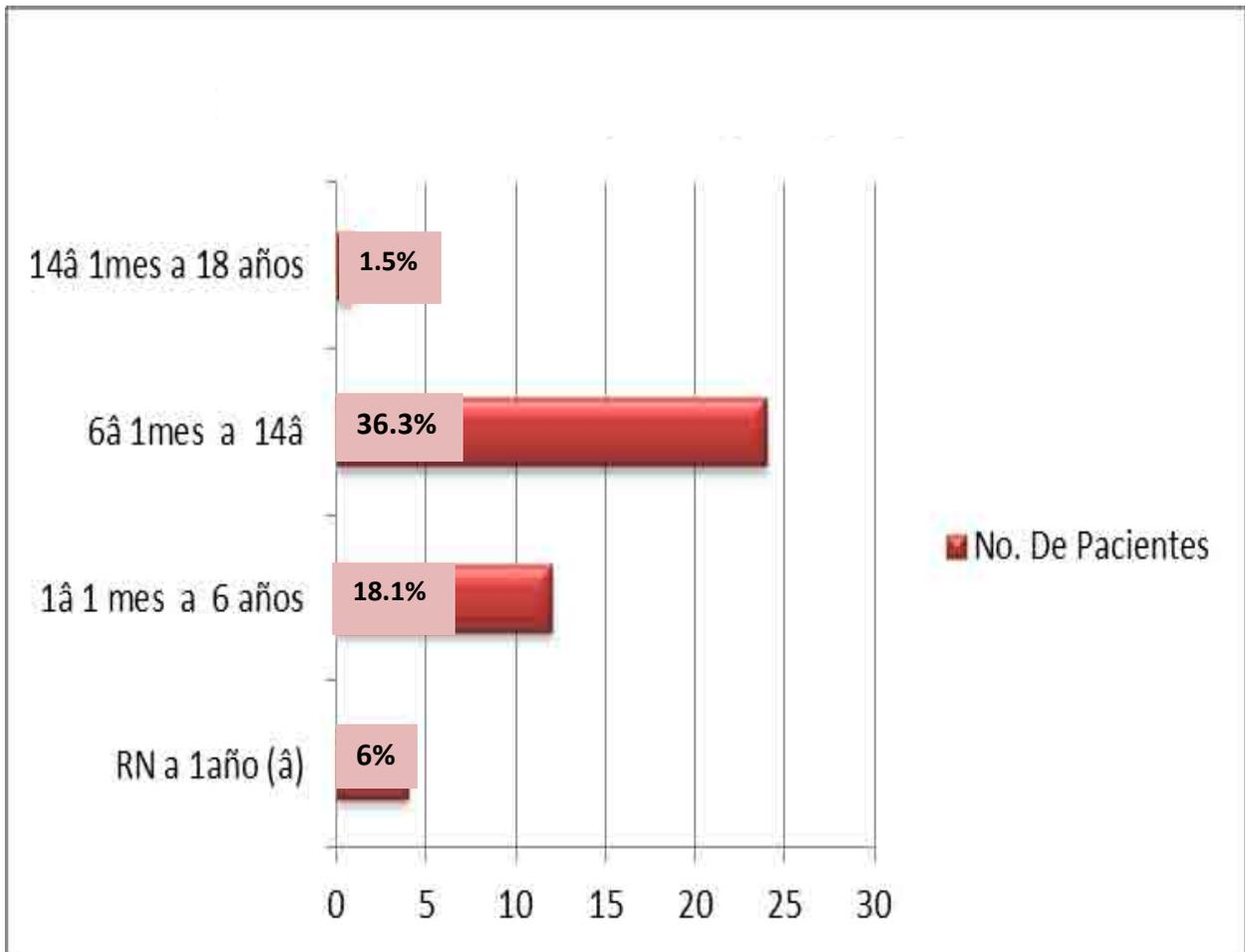
Gráfica No. 8

Lesión Histológica por Grupo etario



Gráfica No. 9

Biopsias por grupo etario



Gráfica No. 10

Pacientes con Síndrome Nefrótico con signos clínicos agregados

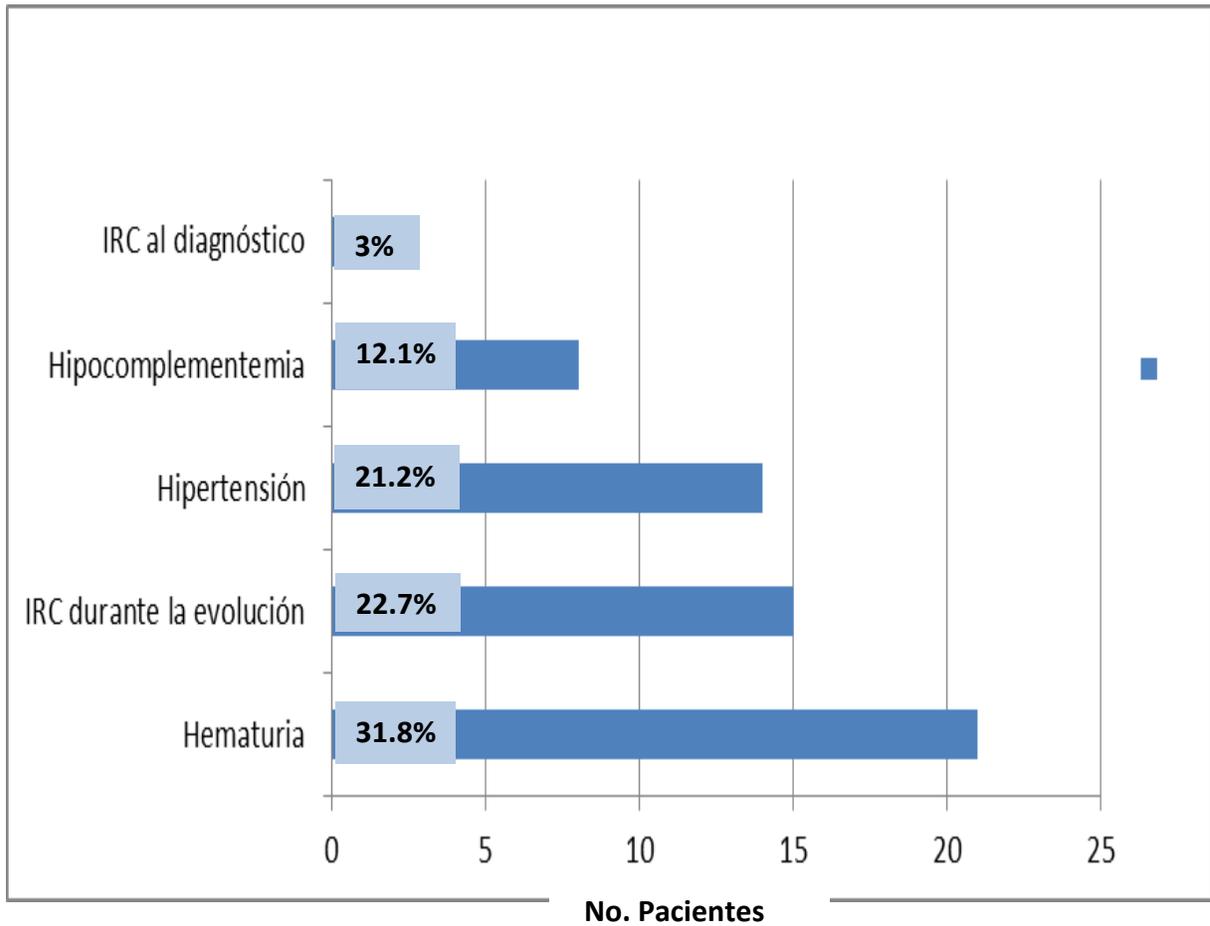


Tabla No. 11

Esquema de tratamiento con Prednisona

Esquema de tratamiento con esteroide	Tratamiento corto 0 a 3 meses	Tratamiento largo >3 a 6 meses
No. de Pacientes	9	57
Porcentaje	13.6%	86%

Grafica No. 11

Esquema de tratamiento con Prednisona

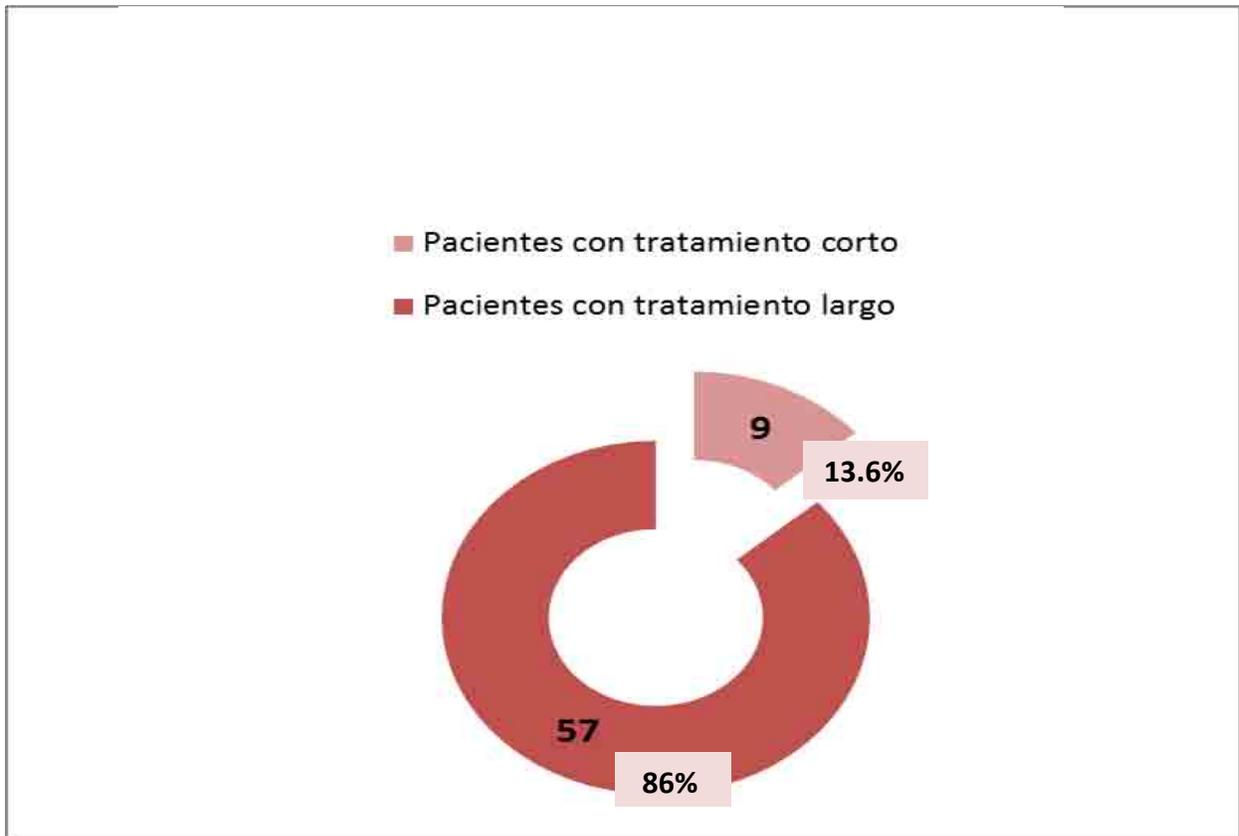


Tabla No. 12

Respuesta al tratamiento con Prednisona

Respuesta al tratamiento	Remisión Completa (Monoterapia)	Remisión Parcial (CD)	Corticorresistencia	Corticodependencia
No. De Pacientes	22	15	29	15
Porcentaje	33.3%	22.7%	43.9%	22.7%

Gráfica No. 12

Respuesta al tratamiento con Prednisona

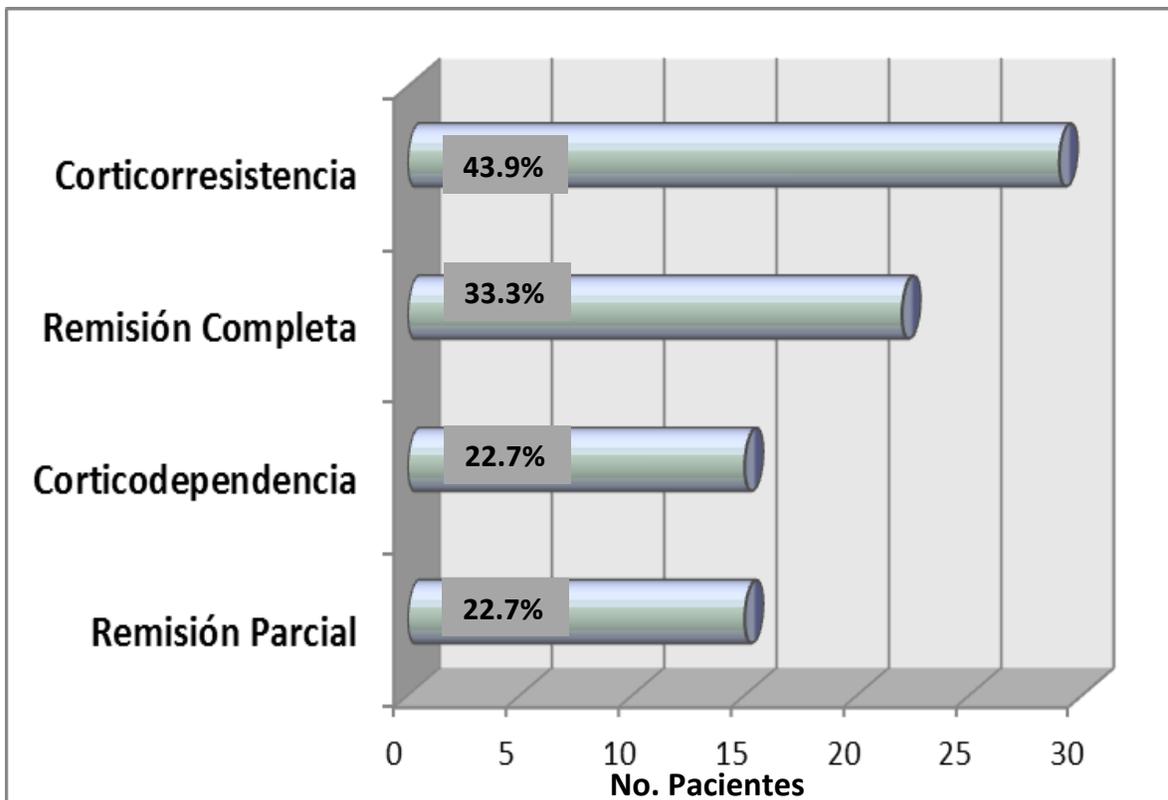


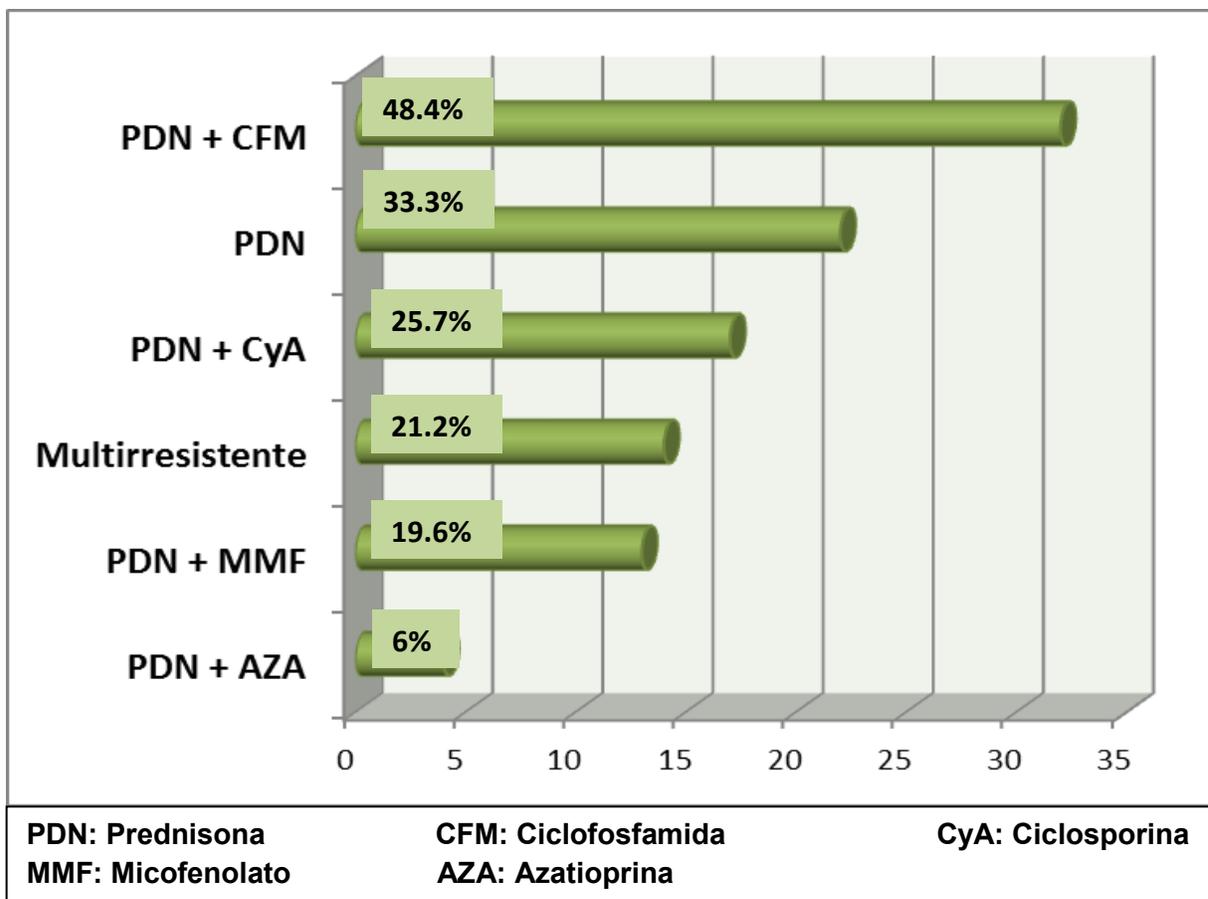
Tabla No. 13

Distribución de pacientes con diferentes esquemas inmunosupresores

Medicamento	Prednisona monoterapia	Prednisona y Ciclofosfamida	Prednisona y Ciclosporina	Prednisona y Micofenolato	Prednisona y Azatioprina	Multirresistente
No. De Pacientes	22	32	17	13	4	14
Porcentaje	33.3%	48.4%	25.7%	19.6%	6%	21.2%

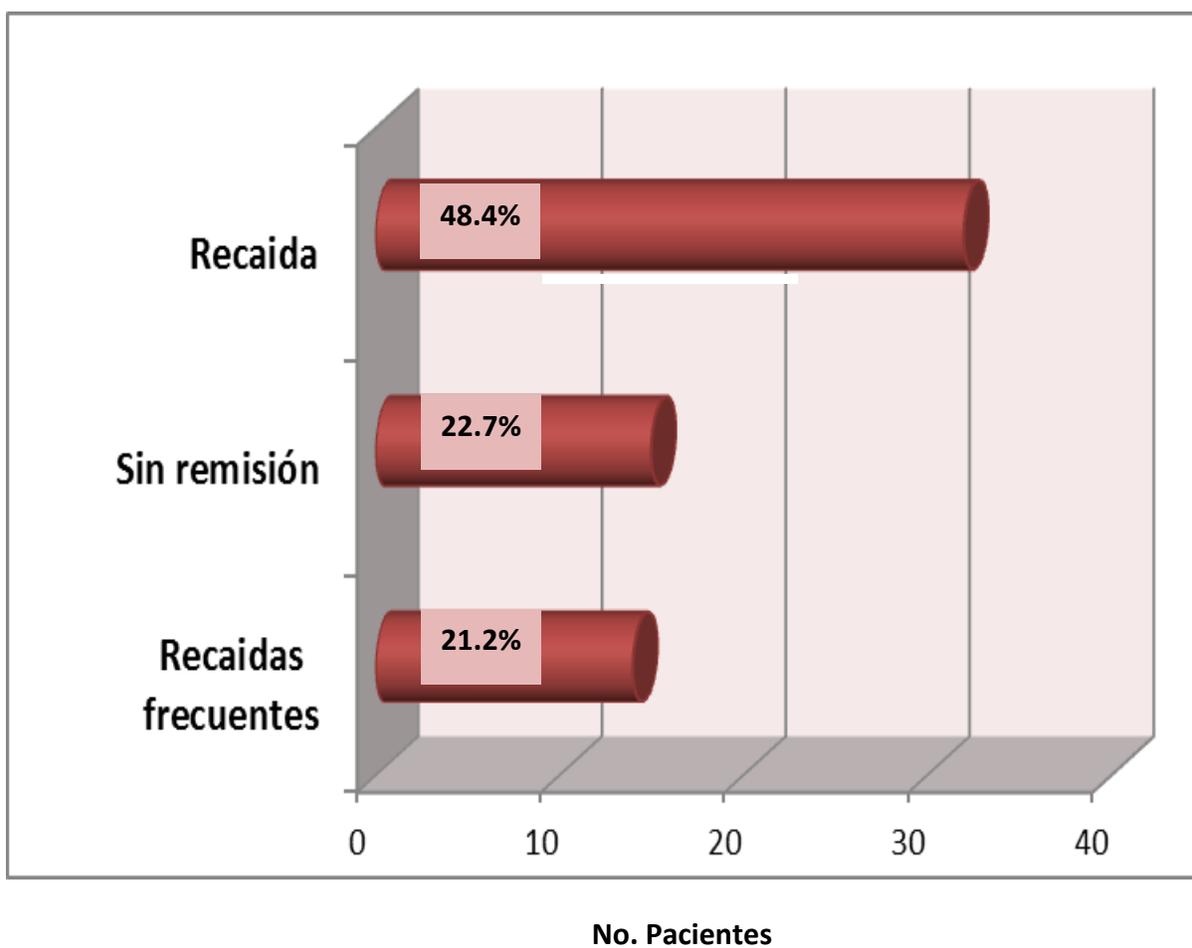
Gráfica No. 13

Distribución de pacientes con diferentes esquemas inmunosupresores



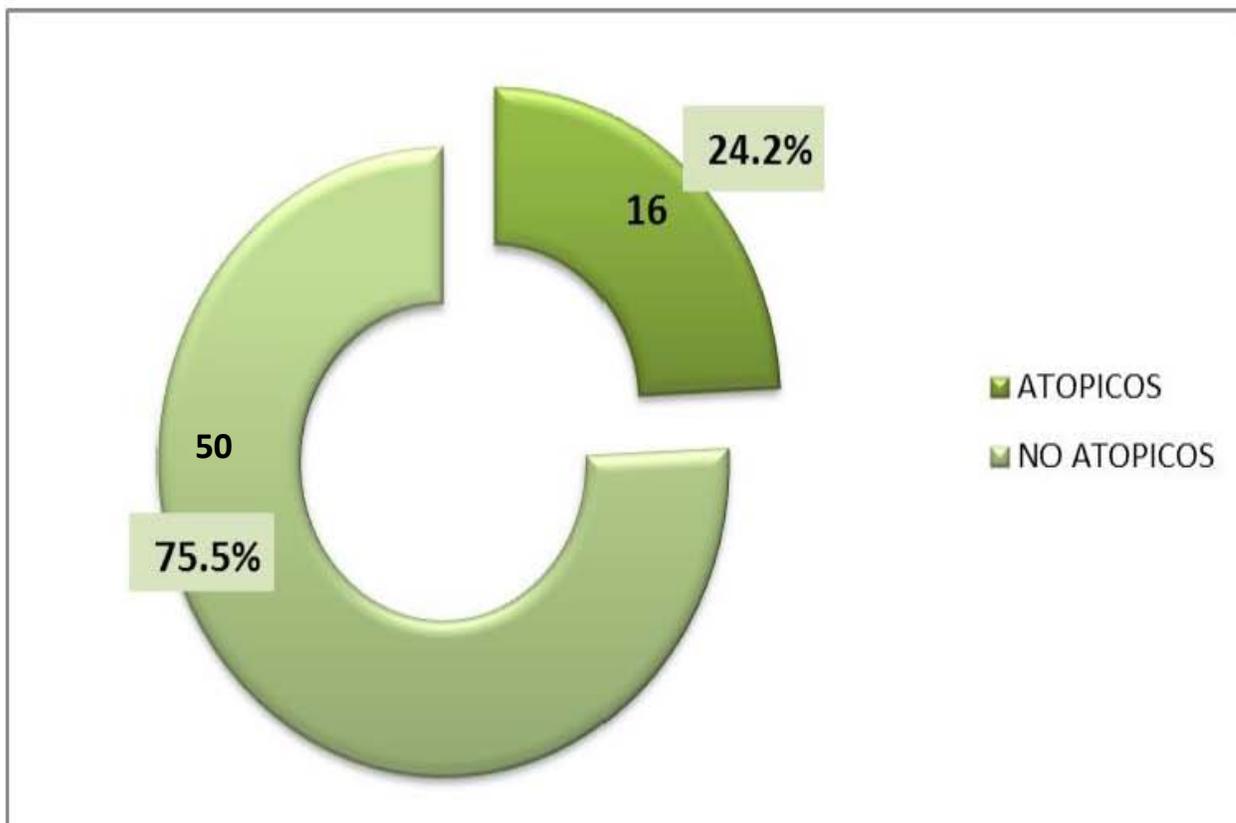
Gráfica No. 14

Comportamiento de la actividad del Síndrome Nefrótico



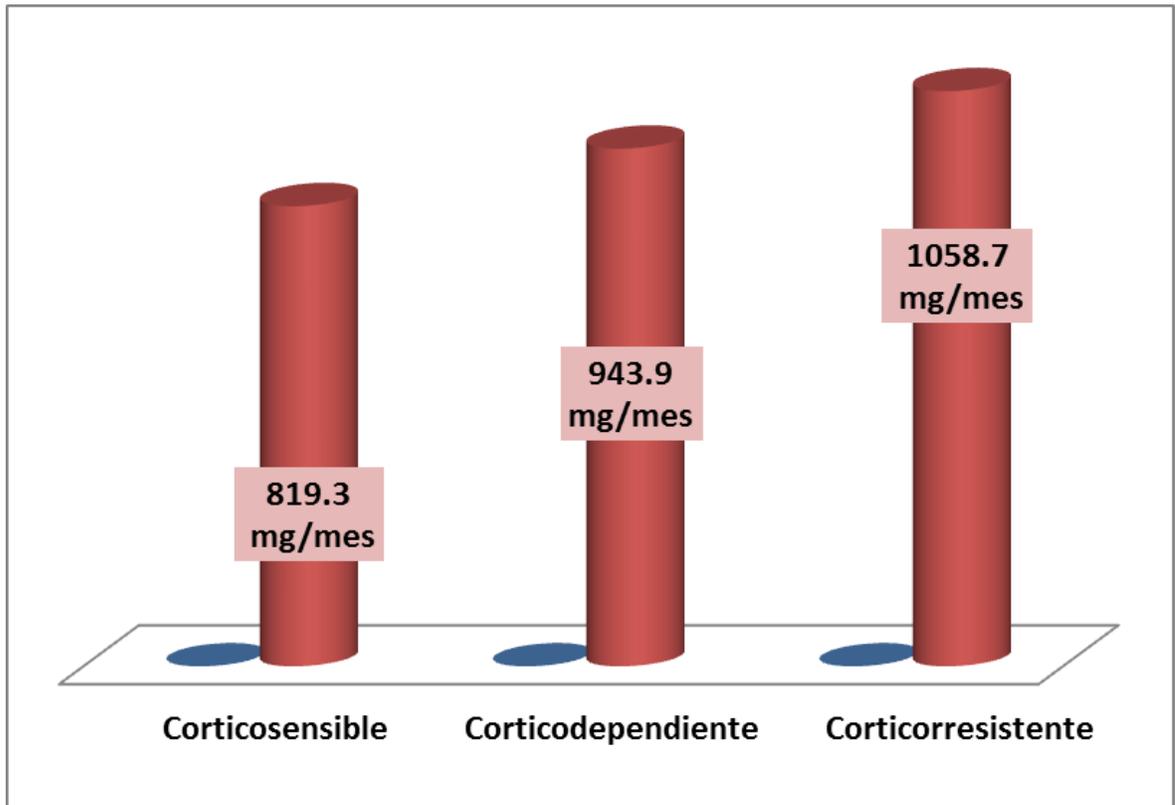
Gráfica No. 15

Pacientes con Antecedente de Atopia y Alergia



Gráfica No. 16

Dosis total de esteroide por paciente



Gráfica No. 17

Severidad de la albuminuria por paciente

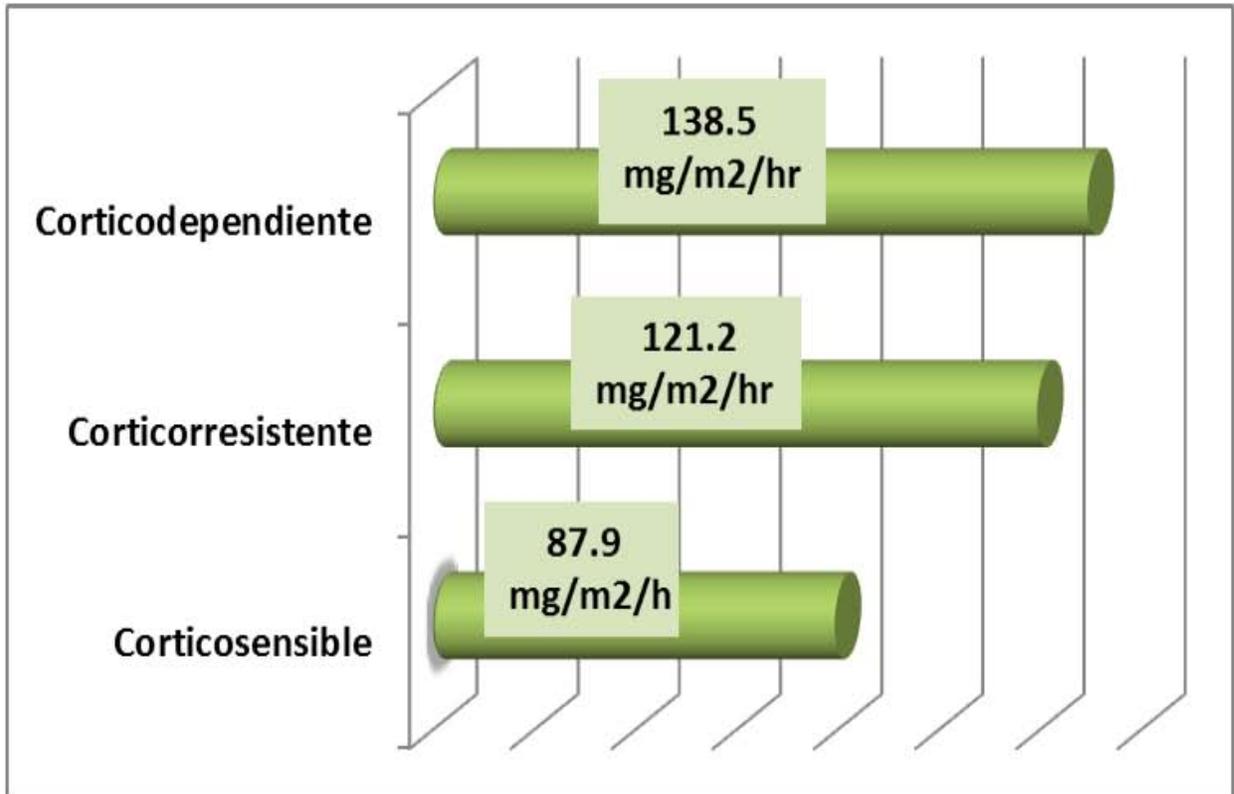


Tabla No. 18
Complicaciones infecciosas en relación al tipo de respuesta a esteroide

Respuesta Esteroide	IVRS	IVU	IGI	PP	CELULITIS (C) O SINUSITIS (S)
Corticosenible	No. P= 10 5.2 cuadros por paciente	No. P= 5 1.6 cuadros por paciente	0	No. P= 2 1 cuadro por paciente	No. P= 1 1 cuadro por paciente
Corticodependiente	No. P= 14 6.78 cuadros por paciente	No. P= 2 2.5 cuadros por paciente	No. P= 1 1 cuadro por paciente	No. P= 2 1 cuadro por paciente	0
Corticorresistente	No. P= 18 4.1 cuadros por paciente	No. P= 5 1.8 cuadros por paciente	No. P= 4 1.74 cuadros por paciente	No. P= 1 1 cuadro por paciente	No. P= 2 (c y s) 1 cuadro por paciente

IVRS: Infección de vías respiratorias superiores

IVU: Infección de vías urinarias

IGI: Infección gastrointestinal

PP: Peritonitis primaria

C: Celulitis

S: Sinusitis

Tabla No. 19
Frecuencia de Infecciones en el Síndrome Nefrótico

IVRS	IVU	IGI	PP	CELULITIS (C) O SINUSITIS (S)
No. P= 39 220 cuadros totales documentados (5.6 cuadros por paciente)	No. P= 14 27 cuadros totales documentados (1.9 cuadros por paciente)	No. P= 5 8 cuadros totales documentados (1.6 cuadros por paciente)	No. P= 4 5 cuadros totales documentados (1.25 cuadros por paciente)	(C) No. P= 2 2 cuadros totales documentados (1 cuadro por paciente) (S) No. P= 1 1 cuadro total documentado (1 cuadro por paciente)

Gráfica No. 19
Frecuencia de Infecciones

