


**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SERVICIO DE NEFROLOGÍA**

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME
NEFRÓTICO PRIMARIO (IDIOPÁTICO)**

1. AUTOR
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE
6. PROPÓSITO
7. OBJETIVO GENERAL
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
11. EPIDEMIOLOGÍA
12. DEFINICIÓN
13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
14. HALLAZGOS DE LABORATORIO
15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
16. TRATAMIENTO
17. CRITERIOS DE REFERENCIA
18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
19. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE/FAMILIA
20. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL
21. SEGUIMIENTO Y PRONÓSTICO
22. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 2 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

1. AUTOR

Dr. Florencio McCarthy, pediatra nefrólogo.

2. REVISORES:

Dra. Angie Donado, servicio de Nefrología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES

Los autores y revisores implicados en la elaboración de este documento declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN


El síndrome nefrótico es la glomerulopatía primaria más frecuente en pediatría. Muchas enfermedades glomerulares pueden presentarse con síndrome nefrótico, sin embargo el síndrome nefrótico idiopático representa el 90% de los síndromes nefróticos en niños y ese será el objetivo de este protocolo de atención. Desde el punto de vista clínico, es una entidad homogénea, sin embargo la evolución, los hallazgos histológicos y la respuesta al tratamiento abarcan un amplio espectro de posibilidades de manera que los pacientes pueden mostrar diferencias en cuanto al tratamiento, pronóstico y riesgo de enfermedad renal crónica.

5. ALCANCE

La mayoría de los pacientes con síndrome nefrótico pueden ser detectados en los centros de atención primaria y cuartos de urgencias por lo que el alcance de este protocolo incluye Médicos Generales, Médicos Familiares, Urgenciólogos y Pediatras idóneos para la atención de pacientes en la República de Panamá.

6. PROPÓSITO

Garantizar una atención en salud de calidad y disminuir la morbimortalidad asociada al síndrome nefrótico en la edad pediátrica organizando el trabajo de los clínicos y describiendo paso a paso las pautas de actuación frente a un paciente con síndrome nefrótico.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 3 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

7. OBJETIVO GENERAL

Ofrecer un instrumento que le permita al personal médico que atiende niños en nuestro país: diagnosticar y tratar de manera estandarizada al paciente pediátrico con síndrome nefrótico idiopático, así como a prevenir e identificar las complicaciones que pueden presentarse en estos pacientes.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Confirmar el diagnóstico de síndrome nefrótico
- Orientar el diagnóstico hacia un síndrome nefrótico primario, secundario o congénito
- Decidir los estudios complementarios a realizarse
- Decidir si el paciente debe o no ser hospitalizado
- Decidir si el paciente debe o no ser referido al especialista.

9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

En el Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel se diagnostican cerca de 20 pacientes nuevos por año con síndrome nefrótico, la edad media al momento del diagnóstico es de 5 años al igual que en el Hospital de Especialidades Pediátricas de la Caja de Seguro Social, no hay predominio de sexo (55% masculino; 45% femenino), el 53% presenta hipertensión arterial y 45% presenta hematuria (21% más de 30 eritrocitos por campo) al momento del diagnóstico. El 28% son corticoresistentes y de estos, el 63.8% presenta Glomeruloesclerosis focal y segmentaria en la biopsia renal.


10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

Síndrome nefrótico CIE10: N04

11. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de síndrome nefrótico en menores de 15 años es de 1 a 17 por cada 100,000 y varía según la etnia y región geográfica, con una prevalencia de 16 casos por cada 100,000. Cerca del 80% de los niños con síndrome nefrótico idiopático presentan lesiones glomerulares mínimas y un 7% Glomeruloesclerosis focal y segmentaria. En menores de 8 años, la proporción de niños a niñas varía de 2:1 a 3:2, sin embargo, en dos estudios nacionales no se ha encontrado predominio en alguno de los sexos.

De los pacientes con lesiones glomerulares mínimas, el 70% son menores de 5 años mientras que sólo 20 a 30% de los adolescentes presentan este hallazgo en las biopsias.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 4 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

12. DEFINICIÓN

El síndrome nefrótico es mejor definido como una podocitopatía producida por la pérdida o alteración de la función de los podocitos que resulta en la aparición de proteinuria masiva. En la clínica, se define como la entidad que se caracteriza por la presencia de la siguiente triada: **proteinuria masiva** (mayor de 40mg/m²/h o relación proteínas creatinina mayor de 2mg/mg o mayor de 0.22g/mmol en orina al azar, **hipoalbuminemia** menor o igual a 2.5g/dL y **edema**.

Aún se desconoce la causa pero se piensa que la patogénesis involucra alteración en la función del sistema inmunológico, factores sistémicos circulantes o alteraciones heredadas de la estructura de los podocitos. El riesgo genético se describe principalmente en aquellos pacientes que no responden al tratamiento con corticoides.

13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Historia clínica

En el 95% de los pacientes con síndrome nefrótico el principal motivo de consulta es el edema, que inicialmente puede ser insidioso, intermitente y poco perceptible y aparece principalmente a nivel periorbital y/o genital. Muchas veces se confunde con una reacción alérgica y en este punto es bueno mencionar que una reacción alérgica puede ser el desencadenante del episodio nefrótico.

Antecedentes de infecciones de vías respiratorias superiores son descritos con frecuencia durante las recaídas.


Fiebre, letargia, irritabilidad o dolor abdominal pueden ser indicativos de sepsis o peritonitis primaria en estos pacientes.

La anorexia, fatiga, irritabilidad, malestar abdominal y diarrea también son hallazgos frecuentes en la historia clínica del niño con síndrome nefrótico.

Los criterios para el diagnóstico son los siguientes

a. Proteinuria masiva: (al menos uno de los siguientes)

- 3 ó 4+ en el examen general de orina
- UPr/UCr en orina al azar igual o mayor de 2mg/mg ó 0.2g/mmol ó 200mg/mmol
- Proteinuria igual o mayor a 40mg/m²/h, 50mg/kg/día ó 1000mg/m² día en una recolección cronometrada (24h)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 5 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

b. Hipoalbuminemia:


- Albúmina sérica igual o menor a 2.5g/dL

c. Edema:

- Progresivo, inicialmente periorbital y más notable en las mañanas

14. HALLAZGOS DE LABORATORIO Y GABINETE

- ❖ Proteinuria masiva (ver 10 a)
- ❖ Hipoalbuminemia menor a 2.5g/dL. Valores tan bajos como 0.5mg/dL no son raros.
- ❖ Hiperlipidemia
- ❖ Aún cuando no forma parte de los criterios diagnósticos de síndrome nefrótico, la hiperlipidemia es frecuente en el mismo. Los hallazgos típicos del perfil lipídico son los siguientes:
 - Colesterol total y VLDL elevados
 - Triglicéridos elevados cuando la hipoalbuminemia es severa
 - HDL normal o bajo
- ❖ Pruebas de función renal
 - Paciente puede presentar lesión renal aguda por disminución del volumen intravascular o por trombosis venosa bilateral.
 - Si la elevación de la creatinina y BUN se asocian a signos clínicos de enfermedad renal crónica (talla baja, anemia, acidosis, hiperfosfatemia, hiperkalemia, hiperparatiroidismo) sugieren que el hallazgo histológico será diferente a Lesiones glomerulares mínimas.
- ❖ Electrolitos
 - Los niveles de sodio sérico pueden estar disminuidos por retención de agua (dilución) o por hiperlipidemia (pseudohiponatremia)
 - El calcio total está disminuido por la hipoalbuminemia, pero los niveles de calcio iónico son normales
- ❖ Biometría hemática
 - Incremento de la hemoglobina y hematocrito indican hemoconcentración.
 - Pueden cursar muchas veces con trombocitosis reactiva.
 - Siempre debemos evaluar si hay datos sugestivos de infección bacteriana.
- ❖ Serologías virales
 - Serologías por Hepatitis B, Hepatitis C, VIH, EBV y CMV pueden ser consideradas principalmente en menores de 2 años

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 6 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

- ❖ Inmunoserología
 - Niveles de complemento bajos sugieren Glomerulonefritis pos infecciosa, Glomerulopatía asociada a complemento, Lupus eritematoso sistémico.

- ❖ Ultrasonograma renal
 - Los riñones generalmente se ven aumentados de tamaño por el edema y su ecogenicidad es normal. Alteraciones en la ecogenicidad, y riñones pequeños son sugestivos de enfermedad crónica.

- ❖ Radiografía de tórax
 - Está indicada cuando existe dificultad respiratoria. El hallazgo más común es la presencia de efusión pleural.

15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Incluye reacciones alérgicas, causas hepáticas, cardíacas y metabólicas de edema y las glomerulopatías complejas que cursan con síndrome nefrótico (síndrome nefrótico secundario). Ver tabla 2.


16. TRATAMIENTO

El paciente debe hospitalizarse **sólo** si presenta:

- Riesgo de descompensación hemodinámica
- Anasarca
- Complicaciones

Tratamiento Inicial del Síndrome Nefrótico Infantil

El tratamiento con corticoides debe iniciarse en el paciente pediátrico con síndrome nefrótico sin necesidad de realizar biopsia previa cuando cumpla con los siguientes criterios que se listan en la tabla

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 7 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

El esquema de tratamiento inicial es el siguiente:

1. Prednisona o prednisolona 2mg/kg (60mg/m²/día) por día durante 6 semanas (dosis máxima 60mg).
2. Luego, prednisona o prednisolona 1.5 mg/kg(40mg/m²/día) en días alternados durante 6 semanas (dosis máxima 40mg).

No se requiere reducción de la dosis de esteroides al concluir la terapia inicial.


Tratamiento de la recaída Síndrome Nefrótico Infantil

1. Prednisona o prednisolona 2mg/kg (60mg/m²) hasta que le paciente tenga 3 días consecutivos sin proteinuria (tira reactiva negativa o UPr/UCr menor de 0.2) (dosis máxima 60mg).
2. Luego, prednisona o prednisolona 1.5 mg/kg(40mg/m²) en días alternados durante 4 semanas (dosis máxima 40mg).

Aunque no se ha demostrado significancia estadística, la administración del corticoide en dosis única diaria muestra una tendencia a presentar menos efectos secundarios y mejora la adherencia al tratamiento.

Tratamiento del edema

- ✓ Dieta normo proteica, normo calórica, con no más de 30% de las calorías provenientes de los lípidos, con restricción de sodio (no agregar sal a los alimentos),
- ✓ Restricción de líquidos sólo en pacientes con edema severo.
- ✓ Diuréticos de asa en el edema severo, sin embargo, la respuesta al diurético sólo, puede no ser adecuada debido a que el edema intestinal disminuye la absorción y los diuréticos de asa se fijan altamente a la albúmina por lo que la hipoalbuminemia disminuye concentración del diurético disponible para su acción en el asa de Henle. Además, los pacientes nefróticos pueden cursar con contracción de volumen, por lo que la administración del diurético puede ocasionar choque hipovolémico. La Furosemida intravenosa puede ser utilizada como tratamiento único del edema severo sólo si se demuestra expansión de volumen mediante la consignación de una fracción excretada de sodio (FeNa) mayor o igual a 0.2.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 8 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

- ✓ Cuando el paciente presenta edema severo generalizado, definido como la presencia de edema 3+ con ascitis y edema vulvar o escrotal o presente datos de depleción de volumen intravascular (elevación del hematocrito que sugiere hemoconcentración), puede estar indicada la administración de infusiones de Albúmina al 20 – 25% a una dosis de 1g/kg en 2 a 4h o en infusión continua de 24h asociada a Furosemida a 1mg/kg (máximo 40mg) a la mitad y al final de la infusión. Este tratamiento sin embargo aun es controversial.


17. CRITERIOS DE REFERENCIA

- No hay facilidades para completar el diagnóstico
- Hallazgos sugestivos de un diagnóstico diferente a síndrome nefrótico idiopático (primario)
- Edema severo o difícil de controlar
- Elevación de la creatinina a pesar de la corrección de la hipovolemia
- Falta de remisión después de 4 semanas de tratamiento
- Corticodependencia o recaídas frecuentes
- Aparición de cualquier complicación (Infección, Trombosis o Lesión renal aguda)
-

18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El factor determinante del pronóstico del niño con síndrome nefrótico es la respuesta al tratamiento (desaparición de la proteinuria) en las primeras 4 semanas, lo que define al paciente como corticosensible y representan del 70 al 80% de los pacientes. La mayoría de los pacientes corticosensibles tienen lesiones glomerulares mínimas, lo que se asocia a un excelente pronóstico a largo plazo. De estos pacientes, el 90% experimentarán al menos una recaída a lo largo de su vida y la mitad presentarán corticodependencia o recaídas frecuentes.

El 20 a 30% de los pacientes no responderán al tratamiento con corticoides después de 8 semanas, se denominan corticoresistentes y la mayoría presenta una lesión histológica diferente a cambios mínimos, siendo la más común la Glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Los pacientes con síndrome nefrótico corticoresistente tienen mayor riesgo de progresar a enfermedad renal crónica estadio 5.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 9 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	


19. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE/FAMILIA AL EGRESO O LUEGO DEL DIAGNÓSTICO

- ❖ Siempre que sea posible, se debe enseñar al familiar a detectar la proteinuria en la primera orina de la mañana mediante las tiras reactivas y llevar un registro de las determinaciones.
- ❖ Una vez el paciente entre en remisión, estas determinaciones de proteinuria en la primera orina de la mañana deben continuar de manera periódica con el fin de detectar las recaídas de manera temprana y poder reiniciar la Prednisolona antes que el paciente presente edema y así evitar las consecuencias del mismo (admisiones, infecciones, trombosis).
- ❖ Durante el primer episodio y las recaídas, se debe monitorizar el peso a diario como medida de acumulación de líquidos.
- ❖ Los familiares deben ser concientizados que su niño tiene 90% de probabilidades de presentar recaídas y que el principal desencadenante de las recaídas es un proceso infeccioso, por lo que deben estar alertas.
- ❖ Explicar al familiar la importancia de la dieta en el tratamiento del edema.
- ❖ Ofrecer al familiar un teléfono de contacto para que pueda comunicarse si sospecha o identifica una recaída o para aclarar cualquier duda.

20. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL

Vacunación: Se debe asegurar el cumplimiento del esquema de vacunación general e incluir vacuna anti varicela, anti influenza y neumococo (antineumocócica conjugada hasta los 5 años más antineumocócica polisacárida a partir de los 3 años). Los contactos familiares también deben recibir la vacuna contra la influenza.

Las vacunas de virus vivos (MMR y Varicela) están contraindicadas en las recaídas, durante el tratamiento con inmunosupresores. Pueden ser administradas en pacientes en remisión recibiendo dosis de Prednisona inferiores a 1mg/kg en días alternos.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 10 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	


21. Seguimiento/Controles

Los pacientes deben ser evaluados a las 2, 6 y 12 semanas cuando estén recibiendo Prednisolona para evaluar los ajustes en la dosis.

Los pacientes en remisión deben ser evaluados cada 3 a 4 meses.

Durante las evaluaciones se debe determinar el grado de proteinuria, las pruebas de función renal, sus exámenes generales además del crecimiento y desarrollo y cumplimiento de su vacunación.

Se considerará la curación y el alta después de 5 años libres de recaídas y tratamiento farmacológico.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 11 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

22. BIBLIOGRAFÍA

1. Ibáñez S, Barba D. Factores de riesgo de corticoresistencia en síndrome nefrótico en un hospital pediátrico de referencia: Análisis de 10 años. *Pediatr. Panamá*; (2016) 45(3): 20-25
2. Dobras B, Cedeño M. Características clínicas e histopatológicas y evolución del síndrome nefrótico idiopático en niños atendidos en el Hospital de Especialidades Pediátricas Años 2005 a 2010. *Revista Médica de Panamá*. (2014) 34(2):31-35
3. Noone D, Kazumoto L, Parekh R. Idiopathic nephrotic syndrome in children. *Lancet* (2018) 392(10141): 61 - 74
4. Zolotas E, Krishnan R. Nephrotic syndrome. *Pediatr and Child Health* (2016) 26(8): 349-352
5. Sinha A, Sinha M, Bagga A. Nephrotic Syndrome. State of the Art. *Curr Pediatr Rep* (2015) 3: 43 – 61
6. Ekka B, Bagga A, Srivastava R. Single versus divided dose Prednisolone therapy for relapses of nephrotic syndrome. *Pediatr Nephrology* (1997) 11: 597-599
7. Kapur G, Valentini RP, Imam AA, Mattoo TK. Treatment of Severe Edema in Children with Nephrotic Syndrome with Diuretics Alone — A Prospective Study. *Clin J Am Soc Nephrol* (2009) 4: 907–913
8. Hodson E, Hahn D, Craig J. Corticosteroids for the initial episode of steroid-sensitive nephrotic syndrome. *Pediatr Nephrol* (2015) 30:1043–1046
9. Trautmann A, Vivarelli M, Samuel S, et.al. IPNA clinical practice recommendations for the diagnosis and management of children with steroid resistant nephritic syndrome *Pediatr Nephrology* (2020) <https://doi.org/10.1007/s00467-020-04519-1>
10. Gupta S, Pepper R, Ashman N, Walsh S. Nephrotic Syndrome: Oedema Formation and Its Treatment With Diuretics. *Front Physiol* (2019) 9: 1-10
11. Royal Children's Hospital Melbourne. Nephrotic Syndrome. Clinical practice Guidelines. 2019


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 12 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

Tabla 1. Definiciones importantes en Síndrome nefrótico

Remisión	Tira reactiva negativa por 3 días consecutivos o proteinuria menor a 4mg/m ² /hora o UPr/UCr menor de 0.2
Corticosenible	Remisión completa dentro de las 4 semanas de tratamiento con Prednisona o Prednisolona a dosis estándar (60mg/m ² /día o 2mg/kg/día, máximo 60mg)
Corticosenible tardío	Remisión completa dentro de las 6 semanas de tratamiento con Prednisona o Prednisolona a dosis estándar (60mg/m ² /día o 2mg/kg/día, máximo 60mg)
Recaída	Tira reactiva con 2+ por 3 días consecutivos o 3-4+ con edema o UPr/UCr mayor de 2
Recaídas frecuentes	Más de 2 recaídas en 6 meses o 4 recaídas en un año
Corticodependiente	Aparición de 2 recaídas consecutivas mientras se recibe tratamiento con corticoides o dentro de los 14 días de haber suspendido los corticoides
Corticoresistente	Falta de remisión completa después de 4 semanas de tratamiento con Prednisolona o Prednisona a la dosis estándar


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Nefrología	CÓDIGO: PR-19-08	Página 13 de 13
	Título Protocolo de Atención de paciente pediátrico con síndrome nefrótico primario (idiopático)	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dr. Florencio McCarthy, Servicio de Nefrología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Angie Donado, Servicio de Nefrología.	

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del síndrome nefrótico idiopático

Origen	Causas
Hepático	Insuficiencia hepática Cirrosis, Síndrome de Budd-Chiari
Cardíaco	Angioedema
Digestivo	Desnutrición Enteropatía perdedora de proteínas
Inmunológico	Anafilaxis
Renal	Lesión renal aguda Síndrome nefrótico secundario

Tabla 3. Hallazgos sugestivos de un diagnóstico diferente a síndrome nefrótico idiopático (primario)

Edad menor a 18 meses o mayor de 10 años
Datos de enfermedad sistémica (fiebre, exantema, dolores articulares, etc)
Hipertensión persistente
Datos asociados a síndrome nefrótico(hematuria, hipertensión, elevación de la creatinina)
Hematuria macroscópica o glucosuria