



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

TEMA

CORTICORRESISTENCIA, EFECTOS Y PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO DE
SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO A NIÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA PORTOVIEJO

AGOSTO 2015 ENERO 2016

AUTORES:

SALTOS CEDEÑO GEMA LISBETH

TORRES FERNÁNDEZ JENIFFER LISETH

TUTOR:

DR. JORGE LUIS MORALES

PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

2015-2016

CORTICORRESISTENCIA, EFECTOS Y PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO
DE SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO A NIÑOS ATENDIDOS EN EL
ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
PORTOVIEJO AGOSTO 2015 ENERO 2016

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedico principalmente a mi padre Dios, quien me ha dado la fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer, por guiarme y bendecirme siempre, por enseñarme que todo en la vida tiene un porque y sobretodo que las cosas buenas y mejores siempre tardan pero llegan.

A mi familia; especialmente a mi tía Gina Chávez Cedeño y a mi mamá de corazón Carmen Cedeño Guillén, quienes siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo para crecer como persona y llegar a cumplir este objetivo.

A Luis F Sánchez Orozco, quien me da su amor, fuerza y sabiduría para seguir luchando día a día y lograr superarnos juntos.

También al resto de mi familia y a los padres de mi novio por compartir mi diario vivir y ayudarme con sus consejos para realizarme profesional y espiritualmente.

A mi gran amiga y compañera con quien compartí este trabajo, Jeniffer Torres, y a quienes de alguna forma desde diferentes entornos colaboraron para culminar esta meta.

“No lo dudes, si quieres ver el arco iris, deberás soportar la lluvia”

Gema Lisbeth Saltos Cedeño.

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación se lo dedico primeramente a Dios quien me ha dado la sabiduría y la fuerza necesaria en mi vida para lograr el triunfo de este momento.

A mis padres Lenin Torres Intriago y Magaly Fernández por su apoyo incondicional hacia mí durante mi carrera, porque mi profesión es por ellos y para ellos a mis hermanos Lenin y Andrea Torres Fernández quienes son todo en mi vida.

Dedico mi trabajo de una manera muy especial a mi hijo José Alejandro Ormaza Torres mi más grande amor, A los Abuelos de mi hijo que son mis segundos padres quienes depositaron en mí su confianza y que de una u otra forma siempre me apoyaron.

A Robert Ignacio Zambrano Loor quien siempre ha estado ahí para mí, quien nunca me ha dejado sola cuando lo he necesitado, y me ha apoyado hasta el momento.

También a mi familia, a mi tío Cesar Fernández gracias por su apoyo y consejos, a Paquito mi pacientito preferido del hospital donde realice mi Internado.

Dedico este trabajo a mis amigas que son muy especiales para mí, a mi compañera de tesis Lisbeth Saltos Cedeño, las quiero mucho.

“El mundo está en las manos de aquellos que tienen el coraje de soñar y correr el riesgo de vivir sus sueños”

Jeniffer Liseth Torres Fernández

AGRADECIMIENTO

Expresamos un sincero agradecimiento a nuestro creador, Dios, por dotarnos de sabiduría e inteligencia para finalizar esta etapa de nuestras vidas. A la vez por darme salud, vida y entendimiento para aceptar sus decisiones.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina por permitirnos crecer en ella y poder cumplir la meta de ser profesionales.

Al director de Tesis, Dr. Jorge Luis Morales y a nuestra revisora la Dra. Marionella Izaguirre Bordelois, Miembros del tribunal de evaluación y revisión por su ayuda incondicional, dedicación y guía para este trabajo de titulación.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud principalmente a los maestros quienes nos ayudaron impartiendo sus conocimientos.

Al director y a todo el personal médico y paramédico del Hospital Provincial de Portoviejo Dr. Verdi Cevallos Balda por permitirnos desarrollar la siguiente investigación en dicha institución.

A todas las personas que nos brindaron su colaboración, nuestras familias y amigos.

LAS AUTORAS.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes por la Universidad Técnica de Manabí yo, DR. JORGE LUIS MORALES, en mi calidad de tutor del Trabajo de Titulación, certifico que la presente modalidad de trabajo investigativo titulada: "CORTICORRESISTENCIA, EFECTOS Y PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO A NIÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA PORTOVIEJO AGOSTO 2015 ENERO 2016", es original de los autores: SALTOS CEDEÑO GEMA LISBETH y TORRES FERNÁNDEZ JENIFFER LISETH, el que ha sido realizado, revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección por lo que después de haber reunido los requisitos establecidos por el reglamento de graduación de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



DR. JORGE LUIS MORALES

TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

“CORTICORRESISTENCIA, EFECTOS Y PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO A NIÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA PORTOVIEJO AGOSTO 2015 ENERO 2016”

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizado por los egresados, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

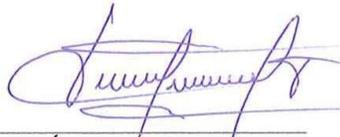
APROBADO:



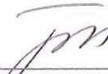
Ing. Karina Rocha G.
DECANA ENCARGADA



Lcda. Miriam Barreto Rosado Mgs.
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN
DE TITULACIÓN



Ab. Ángel Cadena
ASESOR JURÍDICO F.C.S



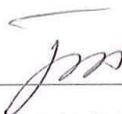
Dr. Jorge Luis Morales
TUTOR DE INVESTIGACIÓN



Dra. Marioneya Izaguirre Bordelois
REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de investigación, "CORTICORRESISTENCIA, EFECTOS Y PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO A NIÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA PORTOVIEJO AGOSTO 2015 ENERO 2016" se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.



Dr. Jorge Luis Morales
TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Dra. Marioneya Izaguirre Bordelois
REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DECLARATORIA DE AUTORÍA

SALTOS CEDEÑO GEMA LISBETH, TORRES FERNÁNDEZ JENIFFER LISETH, egresadas de la Escuela de Medicina perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que el presente trabajo de investigación titulado: "CORTICORRESISTENCIA, EFECTOS Y PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO A NIÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA PORTOVIEJO AGOSTO 2015 ENERO 2016", es de autoría propia y como tal será protegido por las leyes establecidas en el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establece en los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual, por lo tanto la falta de los permisos correspondientes o su mal uso será penalizado por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Portoviejo, 04 de Enero del 2016.

Saltos Cedeño Gema Lisbeth

EGRESADA

Torres Fernández Jeniffer Liseth

EGRESADA

RESUMEN

El síndrome nefrótico se caracteriza por proteinuria, hipoalbuminemia y edema. Afecta a 1-3/100.000 niños < 16 años. La gran mayoría de los casos comienza entre los 2 y 8 años, correspondiendo este grupo a SN idiopático (SNI) o primario. Más del 80% de los casos responden a esteroides con buen pronóstico a largo plazo y preservación de la función renal. En Ecuador la tasa de síndrome nefrótico idiopático es baja, sin embargo no existen datos estadísticos hasta la actualidad. El objetivo de este estudio fue investigar la evolución de los niños afectados con síndrome nefrótico idiopático corticorresistente (SNIC). Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, propositivo, realizado desde Agosto 2015 hasta Enero del 2016, en el Proceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Se incluyeron 33 pacientes pediátricos con SNIC, los datos se obtuvieron de historias clínicas; en los cuales se identificó que hay un 67% de mayor prevalencia de recidivas entre 1 y 2 durante un tratamiento completo de este Síndrome, el género que predominó entre esta población afecta, fue el masculino con un 82%, el 55% presentó como efecto secundario a largo plazo insuficiencia renal, la edad de mayor incidencia de presentación fue entre los 2 y 5 años con un 42%.

En conclusión el manejo oportuno y el conocimiento de las precauciones a tomar en casos de corticorresistencia disminuyen la morbilidad de este grupo de pacientes

Palabras claves: síndrome nefrótico idiopático corticorresistente.

SUMMARY

Nephrotic syndrome is characterized by proteinuria, hypoalbuminemia and edema. It affects 1-3 / 100,000 children <16 years. The great majority of cases begin between 2 and 8 years, this group corresponds to idiopathic SN (SNI) or primary. Over 80% of patients respond to steroids with good long-term prognosis and preservation of renal function. In Ecuador the rate of idiopathic nephrotic syndrome is low, however there are no statistical data to present. The objective of this study was to investigate the evolution of children affected with idiopathic corticosteroid (SNIC) nephrotic syndrome. A descriptive study was conducted, prospective, purposeful, performed from August 2015 to January 2016, in the process of Pediatrics Hospital Verdi Cevallos Balda of Portoviejo. They included 33 pediatric patients with SNIC, the data were obtained from clinical histories; in which it was identified that there is a 67% higher prevalence of recurrences between 1 and 2 for a full treatment of this syndrome, gender predominance among this population that affects the male was 82%, 55% presented as a side effect of long-term kidney failure, the age of highest incidence of presentation was between 2 and 5 years with 42%.

In conclusion timely management and knowledge of the precautions to take in case of corticosteroid resistance decrease the morbidity of these patients.

Keywords: idiopathic steroid-resistant nephrotic syndrome.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO	V
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ...	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN..	¡Error! Marcador no definido.
DECLARATORIA DE AUTORÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN.....	VI
SUMARY	XI
CONTENIDO.....	XII
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	7
ANTECEDENTES	8
CAPITULO II	9
MARCO TEÓRICO.....	9
OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	20
CAPÍTULO III.....	23
DISEÑO METODOLÓGICO	23
TIPO DE ESTUDIO	23
ÁREA DE ESTUDIO.....	23
LINEA DE INVESTIGACIÓN	23
POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	23
UNIVERSO Y POBLACIÓN.....	23
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	24
TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	24

RECURSOS.....	24
MATERIALES.....	25
PROCESAMIENTO DE DATOS.....	25
FUENTES DE DATOS.....	25
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	25
TIEMPO.....	25
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	27
GRAFITABLA N°1.....	28
GRAFITABLA N°2.....	30
GRAFITABLA N°3.....	32
GRAFITABLA N°4.....	34
GRAFITABLA N°5.....	36
GRAFITABLA N°6.....	38
GRAFITABLA N°7.....	40
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
PRESUPUESTO.....	44
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
CAPITULO IV.....	48
PROPUESTA.....	48
TÍTULO DE LA PROPUESTA.....	48
RESPONSABLES.....	48
JUSTIFICACIÓN.....	48
OBJETIVOS.....	49
UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.....	49
FACTIBILIDAD.....	50
DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	50
CONTENIDO TEMÁTICO.....	50

BENEFICIARIOS	51
RESPONSABLES	51
RESULTADOS	51
ÁRBOL DEL PROBLEMA	52
ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	53
ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS	54
F.O.D.A.	56
MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.....	57
CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA:	59
PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA	60
ANEXOS.....	61

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En pediatría el síndrome nefrótico idiopático constituye una afectación que presenta pérdida de proteínas a través del filtrado glomerular, asociado en la mayoría de los casos con edema, hipoproteïnemia, hiperlipidemia, e incluso trastornos metabólicos. Esta afectación es tratada generalmente con esteroides y entre el 80 al 90% de ellos supera la enfermedad, sin embargo cierto número de pacientes no responden a la corticoterapia.

Según datos estadísticos mundiales, anualmente el síndrome nefrótico es de 1 o 3 por cada 100,000 niños < 16 años de edad. La organización Internacional de Enfermedades Renales demostró que hasta el 93% de los niños con este síndrome más lesiones glomerulares mínimas respondieron al tratamiento inicial con corticosteroides. (Departamento de Nefrología Dr. Gustavo Gordillo Paniagua, 2014)

Otro estudio realizado en Chile, por la Sociedad Internacional de Nefrología establece que el 10-20% de los niños con síndrome nefrótico idiopático son corticorresistentes. (PEDIATRIA S. C., 2015)

En el Ecuador no existen cifras exactas de la incidencia de esta enfermedad pediátrica, sin embargo en diferentes hospitales del país se registran datos diarios de atención en la consulta externa de pediatría, a niños con Síndrome Nefrótico Idiopático, y el porcentaje de corticorresistentes es bajo. (JDB, 2014)

La terapéutica en los pacientes corticorresistentes se basa en tener un manejo conservador y esquemas terapéuticos de esteroides e inmunosupresores como son la prednisona y la ciclosporina, sin embargo en ciertos estudios, a este esquema terapéutico se aumenta la tacrolimus en dosis bajas por un periodo limitado de tiempo, otras opciones terapéuticas incluyen agentes alquilantes (ciclofosfamida), antiproliferativos (mofetil micofenolato), antineoplásicos (rituximab), entre los más discutidos, la finalidad es controlar la proteinuria y preservar la función renal del niño.

Las consecuencias de una situación constante de hipoalbuminemia en en otros órganos y sistemas, así como los mecanismos de compensación, provocan que el cuadro clínico tienda a complicarse. (F, Morcillo. Asociación Española de Pediatría, 2011)

JUSTIFICACIÓN

La corticorresistencia en el Síndrome Nefrótico Idiopático representa un 10 a 20% en niños. Según estudios a nivel mundial se presentan casos de 1-3 de cada 100.000 niños < de 16 años y se presenta con más entre los 2 y 10 años. Su tratamiento habitualmente presenta remisión de la enfermedad y secuelas renales mínimas o nulas, sin embargo existe un porcentaje de niños corticorresistentes, en los cuales se dificulta tratar de manera eficaz esta patología, por tal razón, la importancia de este estudio radica en el manejo terapéutico más adecuado, conociendo que el mismo representa un desafío significativo para el especialista. (PEDIATRIA S. C., 2015)

La incidencia real de Síndrome Nefrótico Idiopático en el Ecuador, es desconocida, sin embargo, según datos extraoficiales, se evidenció un registro mínimo de estos casos en las áreas de Nefrología Pediátricas de diferentes hospitales del País. El manejo de este tipo de enfermedades pediátricas, en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, es sumamente riguroso, pero algunos de los casos son transferidos a Hospitales de mayor complejidad.

Esta investigación fue factible ya que se contó con la disponibilidad de las historias clínicas, protocolos terapéuticos del Área de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, supervisión y tutelaje de Pediatras Especializados y demás.

La presente investigación pretende contribuir con la aplicación del manejo terapéutico inicial de esta enfermedad, exponiendo de manera estadística los casos que se han presentado en la institución, realizarles un seguimiento y así establecer que resultados obtuvieron con la

terapéutica aplicada, para beneficiar a los futuros niños con este padecimiento y a los médicos de manera que el tratamiento sea más eficaz.

En términos generales la investigación presente evidenció la evolución de niños en los que el tratamiento no fue eficaz, y mostraron recaídas, además pretende ser considerado, estudio guía para investigaciones terapéuticas futuras, donde se logre menos efectos secundarios a largo plazo, y de esta manera generar un impacto beneficioso en la calidad de vida de los niños afectados, con mayor inclusión social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los pacientes con Síndrome Nefrótico Idiopático resistente a los corticoesteroides, es frecuente el hallazgo de lesiones histológicas mínimas durante el estudio histológico de la biopsia renal, su tratamiento en estos casos es el uso de la Ciclosporina, sin embargo, se utiliza cautelosamente por su posible nefrotoxicidad. (PEDIATRIA A. E., 2014)

El desarrollo, los estudios histológicos y la respuesta al tratamiento representan una amplia variabilidad, lo que significa que cada paciente puede presentar diferencias en cuanto al pronóstico, la terapéutica y el riesgo de insuficiencia renal. Del 85 - 90% de los casos que se presentan mundialmente, tienen un intervalo de edad entre los 2 y 10 años. (MEXICO, 2013)

Los pediátricos con esta patología, generalmente responden satisfactoriamente al tratamiento, pero aproximadamente el 20% de ellos resultan corticorresistentes, y de estos la mayoría presenta recaídas en los primeros dos meses, más, la consiguiente dependencia de los corticoides. (Pediatria, 2015)

La edad de presentación se relaciona inversamente a las recaídas, entre más pequeño sea más probabilidad de recaer tiene, sin embargo si las presenta durante los primeros seis meses, se vinculan con largas etapas de remisión, mientras las que ocurren durante el tratamiento se relacionan con corticorresistencia tardía. Se denomina como enfermedad en completa remisión tras 7-10 años sin presentar recaídas. (PEDIATRIA A. E., 2014)

Dado que esta patología se caracteriza por presentarse en la edad pediátrica y desde el punto de vista clínico, que supone una afección considerable y que puede conllevar a insuficiencia renal desde edades tempranas, se analizó la prevalencia de esta enfermedad en los niños atendidos en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, y se llegó a la conclusión de investigar las características de los niños afectados, su evolución y pronóstico a largo plazo.

Ante esta problemática planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Describir la corticorresistencia de pacientes con síndrome nefrótico idiopático?

Sub-problemas

¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas de la población en estudio?

¿Cuáles serían las terapéuticas a seguir y los efectos no deseados más frecuentes en el tratamiento del síndrome nefrótico idiopático corticorresistente?

¿Cuáles es el pronóstico terapéutico en relación al índice de proteinuria de los pacientes atendidos bajo el diagnóstico de síndrome nefrótico idiopático corticorresistente?

¿Cómo se socializaría una estrategia educativa del manejo de síndrome nefrótico idiopático corticorresistente dirigida a los becarios de medicina?

OBJETIVOS

GENERAL

Describir la corticorresistencia, efectos y pronóstico en el tratamiento del Síndrome Nefrótico Idiopático en niños atendidos en el área de pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo Agosto 2015 Enero 2016.

ESPECÍFICOS

Analizar las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas que presenta la población de estudio.

Describir la opción terapéutica a seguir y los efectos no deseados más frecuentes en el tratamiento del síndrome nefrótico idiopático corticorresistente.

Relacionar el índice de proteinuria en los pacientes, con su pronóstico terapéutico.

Socializar estrategias educativas del manejo del síndrome nefrótico idiopático corticorresistente a los becarios de medicina.

ANTECEDENTES

Para la realización del proyecto de investigación, fueron revisados diversos estudios relacionados a la Infección de Virus del Papiloma Humano en diferentes ámbitos entre los cuales destacan los siguientes:

En el ámbito internacional encontramos el estudio realizado en Cuba por el Docente en Pediatría, Hoyer, en el Hospital Pediátrico Docente La Habana. Donde se demostró una buena respuesta a la ciclosporina A en niños que presentaron lesiones mínimas, pero todos tuvieron recaída al suspender el tratamiento y refirieron que el fármaco es eficaz solo durante su administración. Presenta remisión en el 60% de los niños, mientras en pacientes adultos corticorresistentes es más baja la respuesta a este tratamiento. Su eficacia depende de la lesión histológica, la sensibilidad y dosis a los esteroides, y el índice de resistencia más elevado se ha encontrado en los pacientes con Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria. (Cuba, 2010)

Otro estudio realizado en México en el Hospital del Centro Médico Nacional de Nefrología. El tiempo de estudio fue de 59 meses, donde se evidencio que la biopsia inicial resultó con cambios mínimos en 33 pacientes, glomeruloesclerosis focal y segmentaria en 29.1% y proliferación mesangial difusa en el 49%. Recibieron tratamiento con ciclosporina 59%, ciclofosfamida, 17.3%, además 26 pacientes recibieron progresivamente ambas terapias. De los cuales 78.2% de ellos remitieron, necesitaron diálisis 5.8% y fallecieron 1.9%. La perduración de la vida renal a 5 años fue de 92.9% y a 10 años, de 80%. (Mexico C. M., 2012)

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El Síndrome Nefrótico (SN) corresponde a la glomerulopatía más frecuente en pediatría, la cual se caracteriza por proteinuria, hipoalbuminemia, edema, dislipidemias y alteraciones endocrinas. Su presentación puede ser de dos maneras, como Síndrome Nefrótico Idiopático (SNI) o primario, en el cual la etiología es desconocida o SN secundario a: glomerulonefritis, enfermedades sistémicas, hereditarias, vírales, neoplásicas o debido a fármacos. (PEDIATRIA S. C., 2015).

Otras formas de presentación del Síndrome Nefrótico en la edad pediátrica son secundarias, es decir se asocian a hepatitis B, (Glomerulonefrosis membranosa), la hepatitis C (Glomerulonefrosis membranoproliferativa) o la nefropatía del VIH, asimismo en los primeros años de vida, existe SN asociados a infecciones por sífilis o toxoplasmosis. (DRAS. MARGARITA HALTY, 2010)

La incidencia del SNI en Estados Unidos es de aproximadamente 2-7 casos nuevos anuales por cada 100.000 niños en edad menor de 16 años. El grupo de mayor incidencia son los preescolares. Aproximadamente el 85% de los niños que reciben corticoterapia son corticosensibles, el resto son corticorresistentes y de estos en su mayoría no se presentan como ECM (Enfermedad de Cambios Mínimos) en el estudio histológico, sino como GFD (Glomeruloesclerosis Focal y Difusa) o PMD (Proliferación Mesangial Difusa). (DRAS. MARGARITA HALTY, 2010)

En esta patología encontraremos pérdida de proteínas por la orina mayor o igual a 50 mg/kg/día o índice proteinuria/creatininuria en

muestra aislada mayor o igual a 2 mg con hipoalbuminemia, (albumina menor o igual a 2,5 g/dl), más hipercolesterolemia y edema, que es el signo clínico más característico de esta enfermedad, sin embargo no es muy frecuente en las recaídas, se caracteriza por ser blando y con fóvea, de ubicación variable, comprometiendo hasta serosas y genitales. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014)

Fisiopatológicamente el SNI tiene dos teorías, una, se basa en la reducción del volumen plasmático (VP), por proteinuria, que provoca, hipoalbuminemia, vasoconstricción arterial, estimulación mineralocorticoide, retención de sodio, aumento del líquido extracelular (LEC) y finalmente edema; la segunda se basa en el aumento de la reabsorción de sodio a nivel del túbulo contorneado distal debido a la activación de los canales epiteliales de sodio, aumento del LEC, e hidropesía. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014)

Es establecido mundialmente que la etiología del Síndrome Nefrótico Idiopático es desconocida o es de causa inmunológica, a excepción de las que se presentan antes de los 2 años de edad que se consideran genéticas. La terapéutica se fundamenta en corticoides y en base a ellos se distingue el tipo de evolución según la respuesta ante la corticoterapia ya sea de sensibilidad o resistencia a la misma. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014)

En esta enfermedad se observa un estado de hipercoagulabilidad, ya que los niveles plasmáticos de los factores IX, XI y XII, disminuyen, sin embargo, aumenta la producción de factores II, V, VII, VIII, X, tromboplastina y fibrinógeno. Se altera el sistema fibrinolítico que provoca descender al plasminógeno, la antitrombina III, y la actividad

de la proteína S, por otro lado se produce aumento de la proteína C. (Pediatria, 2015)

Histológicamente del Síndrome Nefrótico Idiopático se la considera la enfermedad de cambios mínimos (ECM), definida por la ausencia de anomalías glomerulares al microscopio de luz y fusión difusa de los pedicelos de los podocitos en la microscopía electrónica. Es la causa de esta enfermedad en 90% de los pacientes menores de 10 años, el 50-70% de pacientes mayores de 12 años y el 10-15% adultos. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014)

En la ECM la microscopía óptica revela glomérulos normales, sin expansión mesangial, y aumento de células mononucleares activadas, al nivel tubular presentan gotas lipídicas en las células tubulares, las cuales se dan por la reabsorción de lipoproteínas desde la luz tubular. En ocasiones se observan presencia de IgM, IgA y C3, en cantidades mínima, sin embargo en la microscopía electrónica, se visualiza la fusión de pedicelios de los podocitos. (DRAS. MARGARITA HALTY, 2010)

Otra presentación histología es la Glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GFS) esta lesión compromete varios glomérulos, en su mayoría yuxtamedulares, (de ahí radica el nombre focal), y segmentaria ya que ocupa parte del ovillo glomerular, además existe un aumento de la matriz mesangial y almacenamiento de material hialino subendotelial mediante la inmunofluorescencia se visualizan depósitos de IgM y C3. (DRAS. MARGARITA HALTY, 2010)

En la microscopía electrónica se observa la fusión de los pies de los podocitos en los glomérulos ópticamente normales; en los glomérulos afectados se ven almacenamiento subendoteliales, aumento de la matriz

mesangial y vacuolas lipídicas en las células endoteliales y mesangiales.
(DRAS. MARGARITA HALTY, 2010)

En la última presentación histológica tenemos la Proliferación Mesangial Difusa (PMD) en ella se observa hiper celularidad mas aumento de la matriz mesangial, en ocasiones se la asocia a depósitos leves de IgM, también existe fusión de los podocitos. Es posible que exista transición histológica entre los tres patrones ya mencionados, pudiendo encontrarse solas o combinadas en diferentes biopsias del mismo paciente. (DRAS. MARGARITA HALTY, 2010)

La clasificación del Síndrome Nefrótico no corresponde a criterios clínicos sino, al tratamiento con corticoides, tenemos, corticosensibles: se refiere a la respuesta a la administración de la prednisona, con remisión total de la enfermedad. Según la evolución de la respuesta terapéutica existen dos tipos: la primera, recaídas infrecuentes: pacientes sensibles a los corticoides, con una única presentación o con un número de recaídas menor a 3 en 6 meses, luego de la primera manifestación. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014)

La segunda evolución de la terapéutica corresponde a los corticodependientes, que se refiere cuando presentan 2 recaídas consecutivas después de un periodo de remisión en la administración inicial de corticoides, o se refiere, a la presentación de proteinuria o síntomas nefróticos antes de cumplirse las dos semanas de haber suspendido el tratamiento. (PEDIATRIA S. C., 2015)

El tercer tipo de respuesta ante la corticoterapia es la corticoresistencia, que se refiere al paciente que completa el cuadro de administración de prednisona, sin que los síntomas desaparezcan en su

totalidad y persiste la proteinuria, generalmente se aumenta el tratamiento de 4 a 8 semanas, y cierto porcentaje de niños han respondido, mientras que otros mantienen la clínica y bioquímica perteneciente al SNI. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014)

Esta patología también conocida como Nefrosis Lipoide se presenta más en niños de género masculino, entre los 2 y 8 años de edad, suele tener recaídas y recesiones sucesivas, generalmente no evolucionan a falla renal aguda y son generalmente sensibles a los corticoides. El Síndrome Nefrótico corticosensible es el término utilizado para describir la enfermedad que ocurre en niños con SN que responden a corticoterapia, en los que no se realiza biopsia renal. (Rosa, 2010)

El pronóstico a largo plazo depende de la respuesta a los corticoides que presenten los niños afectados. Existen pacientes corticosensibles que habitualmente evolucionan a la resolución de la enfermedad con preservación de la función renal, sin embargo, del 90% de los pacientes que responde a la prednisona, un 60% de ellos cursa con recaídas frecuentes y se vuelve corticodependiente, y otro porcentaje presenta resistencia a esteroides. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014)

El Síndrome Nefrótico Corticorresistente (SNCR) representa un 10-20% de los SN Idiopáticos de la edad pediátrica, el pronóstico a largo plazo dependerá si logra una remisión parcial o completa de la enfermedad, de lo contrario existe un 50% de posibilidades de progresión a insuficiencia renal crónica en aproximadamente 5 años. Esta patología constituye un desafío terapéutico, por lo que debe abordado por un nefrólogo infantil que pueda seguir el curso de la enfermedad lo más temprano posible. (PEDIATRIA S. C., 2015)

La terapéutica de un paciente corticorresistente es incierto, generalmente los niños que son corticosensibles responden a los corticoides en un 90%, durante de las 4 semanas de tratamiento, y un 95% antes de las 8va semana, pero en el SNCR es aquel que no responde a las 8 semanas de corticoterapia, según criterios de varios médicos el uso de pulsos de metilprednisolona después de la 4 semana de prednisona, podría ayudar a evitar la corticorresistencia, sin embargo esta teoría no ha sido aprobada. (PEDIATRIA R. C., 2010)

La remisión completa de la enfermedad se la define como la presencia de proteinuria menor de 4 mg/h/m² y albúmina sérica mayor a 3.5 g/dL. La remisión parcial se considera con proteinuria de entre 4 y < 40 mg/h/m² o hipoalbuminemia entre 2.5 y 3.5 g/dL. Cuando es un síndrome nefrótico activo existe proteinuria mayor a 40 mg/h/m² en el examen bioquímico. (MENEGHELLO, 2013)

En los niños con SNCR la histología corresponde particularmente a GEFS / ECM (glomerulonefritis membranoproliferativa). Esta enfermedad generalmente no responde al tratamiento inmunosupresor, por lo que tiende a progresar a ERC (Enfermedad Renal Crónica) y eventualmente IRC (Insuficiencia Renal Crónica). Para evaluar a estos pacientes corticorresistentes es necesario la biopsia renal y establecer la función renal, al final lo que se desea es conseguir una remisión total, pero a falta de respuesta, una remisión parcial, es alentador. (MEXICO, 2013)

La biopsia renal es necesaria en casos de corticorresistencia, en pacientes con síndrome nefrótico de causas secundarias, y en SN de aparición en niños menores de 1 año, según sus resultados se deberá tratar de reducir la proteinuria, debido a que su persistencia provoca el

riesgo de progresión a enfermedad renal crónica, ya que sus altos valores, continuamente, provocan fibrosis. (Rosa, 2010)

Al examinar inicialmente a un niño con los signos y síntomas de SN, debemos descartar otras causas de edema, que no sea secundario a proteinuria, en el caso que se encuentre albuminuria masiva, debemos realizar exámenes complementarios que excluya cualquier enfermedad viral o bacteriana que haya precipitado el incremento de líquido intersticial. (DR. SANTIAGO UCROS, 2010).

Generalmente el niño presenta edema de comienzo insidioso, maleolar o palpebral, estos pueden llegar a la anasarca de no ser intervenido a tiempo, es de características blando y frio, se localiza en las partes más blandas como, genitales, párpados, cara, dorso de manos y pies, además puede aparecer líquidos en cavidades peritoneales o la pleura, eventualmente refieren dolor abdominal, oliguria y es conveniente monitorizar la presión arterial que tiende a elevarse. (Rosa, 2010)

Los exámenes primarios abarcan, uroanálisis, pruebas cuantitativas de proteinuria, lípidos totales, pruebas de función renal, proteínas séricas, cuadro hemático, hemocultivos, urocultivos, electrolitos séricos, Rx de Tórax, de senos paranasales (si presenta signos de infección), serología viral, entre otros. (DR. SANTIAGO UCROS, 2010)

Estos niños cursan con oliguria, hiponatremia, y en ocasiones hipertensión arterial, infecciones, e hipercolesterolemia, por lo tanto es necesario un control constante de los signos, síntomas, la medición de fluidos corporales, y controlar la evolución cuando se indican nuevos fármacos. (DR. SANTIAGO UCROS, 2010)

La terapia se inicia con medidas generales dietéticas, y la administración de corticoides y su respuesta varía de acuerdo a la glomerulopatía, sin embargo la mayoría de los pacientes responden al tratamiento a las dos semanas y una remisión total de la misma a las 4 semanas. (MENEHELLO, 2013)

Habitualmente el tratamiento de elección es la prednisona, ya sea en dosis única o dividida con una equivalencia de 2mg/kg por día, y dosis diaria máxima de 80mg vía oral, por un periodo de 4 semanas, en ocasiones el paciente llega a la consulta con varios días de la enfermedad, con edema generalizado leve, más el posible, poco riesgo sanguíneo intestinal que debe estar presentando es recomendable administrar corticoterapia intravenosa para asegurar una mejor respuesta al tratamiento. (MENEHELLO, 2013)

El uso prolongado de corticoides habitualmente pueden provocar, retardo del crecimiento, aumento del apetito, obesidad, gastritis, úlcera péptica, retención hidrosalina, hipertensión, diabetes, dislipemia, osteoporosis, necrosis ósea avascular, cataratas, glaucoma, disfunción inmunitaria, seudotumor cerebral.

En los niños corticorresistentes, la proteinuria no remite dentro de las 4 semanas de tratamiento, se realiza una biopsia renal para establecer el grado de la glomerulopatía, debido que la terapéutica dependerá del hallazgo histológico, que en la mayoría de los casos es la adición de la ciclosporina 5 mg/kg/día, más corticoides, durante un periodo de 6 meses. En los casos en la que la terapia con la ciclosporina no da resultado, y la proteinuria continua, se procede a usar inhibidores de la enzima convertidor de la angiotensina. (MENEHELLO, 2013)

La ciclosporina no debe ser usada en pacientes con compromiso de la función renal y con una biopsia que presente signos de daño irreversible crónico (atrofia tubular moderada a severa, fibrosis intersticial avanzada) debido a su nefrotoxicidad. Además su uso debe ser en concordancia con la prednisona lo cual reduce sus efectos colaterales, los cuales efectos son numerosos, sin embargo no siempre están presentes varían desde hiperpotasemia, hiperplasia gingival, hirsutismo, HTA, dislipidemia e infecciones. (Rosa, 2010)

Se ha establecido globalmente que la terapéutica aplicada en esta patología, provoca efectos secundarios, indeseables e irreversibles, los cuales dependerán del tiempo del tratamiento, de las recidivas, y si el paciente logro remitir la enfermedad únicamente mediante una nefrectomía. (PEDIATRIA A. E., 2014)

Entre los efectos secundarios, se han registrado, disminución del crecimiento normal de los niños, afectación ósea, (provocando osteoporosis secundaria en muchos casos), deterioro ocular (cataratas subcapsulares posteriores con el consiguiente deterioro de la agudeza visual), además de presentar afecciones psicológicas en base a un estilo de vida de constantes cuidados alimenticios, medicación de larga data, visitas frecuentes a hospitales, y todo lo que abarca el conllevar los síntomas de esta enfermedad. (PEDIATRIA A. E., 2014)

La terapéutica de esta enfermedad requiere cuidados preventivos a corto y a largo plazo, así como profilaxis de las posibles complicaciones, ya que esta patología es pediátrica e intervendrá en la toma de decisiones correspondientes a vacunas, enfermedades tropicales, dieta, actividad física entre otros, por lo que es necesario que los padres sean informados del proceso a seguir si se presentasen estas situaciones,

tanto en estado de remisión como cursando una recaída. (DR. SANTIAGO UCROS, 2010)

Las vacunas de la polio o BCG presentan un riesgo ya que son gérmenes vivos en pacientes inmunocomprometidos, y su replicación puede verse aumentada en estos pacientes, sin embargo en los casos que estén recibiendo dosis disminuidas o que estén con más de tres meses sin medicación es permitido aplicarlas. (Pediatria, 2015)

Otra afectación común de esta edad es la varicela. Al mantener contacto y no estar vacunado, debe aplicarse la Ig hiperinmune, antes de completar 72 horas de la exposición, para lo cual se disminuye la dosis de prednisona a $< 1\text{mg/kg/día}$, hasta que el período de incubación acabe, durante este lapso se mantendrán suspendidas cualquier otro inmunosupresor en caso que los esté recibiendo. En niños con SN corticorresistente en remisión es seguro y efectivo la aplicación de la vacuna. (PEDIATRIA S. C., 2015)

Una terapéutica aplicada como coadyuvante es la de tipo no inmunológica la cual abarca diferentes afecciones, síntomas, o patologías características de esta enfermedad ya sea de efectos secundarios o propios del SNI. (DRAS. MARGARITA HALTY, 2010)

El edema es un signo específico del SN su aparición se adjudica a distintos mecanismos patogénicos. Para el manejo del edema es necesario conocer el estado de la volemia. El tratamiento se basa en albúmina a 1 gr/kg en infusión continua en 4 horas, seguida de furosemida $1-2\text{ mg/kg IV}$ durante y después de la infusión, su aplicación debe prevenir el desarrollo de hipertensión arterial y edema pulmonar,

por expansión acelerada de la volemia, por lo que debe estar en constante monitorización. (PEDIATRIA A. E., 2014)

Los IECAs y los antagonistas del receptor AT1 ayudan a disminuir la proteinuria y el edema, además de mejorar la albuminemia en niños con SN, sin provocar deterioro de la función renal. Su uso radica como coadyuvante inmunosupresor de los pacientes corticorresistentes o con respuestas parciales al tratamiento inicial, por su buena respuesta son utilizadas con frecuencia por los especialistas. (PEDIATRIA R. C., 2010)

Las dislipidemias en niños con SNI, pueden provocar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares a largo y corto plazo, habitualmente su tratamiento no solo se basa en una dieta estricta, sino que requiere de fármacos como algunas estatinas que mejoran el índice lipídico de los pacientes pediátricos con hipercolesterolemia, pero aun no existen estudios aprobados sobre los efectos de estas drogas sobre la proteinuria, la función renal o eventos cardiacos. (PEDIATRIA R. C., 2010)

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE 1

Síndrome Nefrótico Idiopático

VARIABLE 2

Corticorresistencia

VARIABLE 1: Síndrome Nefrótico Idiopático

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
El síndrome nefrótico idiopático es la glomerulopatía más frecuente en la infancia, afecta a 1-3/100 mil niños menores de 16 años y se presenta con más frecuencia entre los 2 y 10 años. Su causa es desconocida, y la mayoría de las veces responde a corticoides. (PEDIATRIA S. C., 2015)	Características	Edad	Menor de 2 años > 2 años < 5 años > 5 años < 8 años > 8 años < 10 años > 10 años < 16 años
	Sociodemográficas	Género	Masculino Femenino
		Procedencia	Distrito Urbano Distrito Rural
		Raza	Mestizo Blanco Negro
		Nivel socioeconómico	Alto Medio Bajo
	Complicaciones corticoides	por Efectos adversos	HTA Dislipidemias Hipercoagulabilidad Disfunción renal Obesidad

VARIABLE 2: Corticorresistencia

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	SUBESCALA
En el Síndrome Nefrótico Idiopático, la corticorresistencia se considera a la falta de remisión de la proteinuria en lapso de 6 semanas de tratamiento esteroideal. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014)	Manejo	Farmacológico	Esteroides Inmunosupresores Agentes alquilantes Agentes antiproliferativos Agentes antineoplásicos	Prednisona Ciclosporina Ciclofosfamida Mofetilmicofenolato Rituximab
	Índice de proteinuria	Pruebas de proteinuria en 24horas	>100 <450mg/m2/día >451<950 >951<1450 >1451<1950 >1951<2400 >2500	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y propositivo.

ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue el área de Pediatría del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Salud de los grupos vulnerables.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

UNIVERSO Y POBLACIÓN

El universo estuvo constituido por 33 pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome nefrótico idiopático corticorresistente, atendidos en el Subproceso Pediatría, del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, durante el periodo Agosto 2015 Enero 2016.

La población estuvo constituida por 33 pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome nefrótico idiopático. Se decidió trabajar con su totalidad, para obtener datos específicos del manejo terapéutico de los niños corticorresistentes, en el subproceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, durante el periodo Agosto 2015 Enero 2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños bajo el diagnóstico de síndrome nefrótico idiopático corticorresistente y los que firmaron el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños con diagnóstico de síndrome nefrótico corticodependiente

Niños con diagnóstico de síndrome nefrótico y los que no firmaron el consentimiento informado

TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa autorización de las autoridades del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo y del área de Pediatría de la mencionada institución se procedió a realizar una ficha estructurada en la cual se obtuvo los datos de las historias clínicas. La información se procesará por computadoras utilizándose fundamentalmente las aplicaciones Microsoft Word y Microsoft Excel de Microsoft Office 2010. La aplicación Microsoft Word se utilizará para la confección del Informe Final y la aplicación Microsoft Excel para la base de datos, cálculos estadísticos, tablas y gráficos.

RECURSOS

INTISTUCIONALES

Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina

TALENTO HUMANO

Personal médico y de enfermería del servicio de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Autores y ejecutores del Proyecto de Investigación

Tribunal de seguimiento del Proyecto de Investigación

MATERIALES

Materiales de Oficina: papel, bolígrafos, hojas,

Materiales Tecnológicos: impresora, computadora

Medios de movilización: buses, taxis, auto particular

Equipos de Registro de la información

PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados mediante su obtención en las historias clínicas de cada paciente en función para los datos estadísticos y clínicos

FUENTES DE DATOS

Fuentes primarias: Las historias clínicas de los pacientes

Fuentes secundarias: Las fichas estructuradas en las cuales se documentó los datos de los pacientes

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la presentación de los resultados de esta investigación se utilizó gráficas en barras.

TIEMPO

El presente estudio se realizó durante un período aproximado de 6 meses (Agosto 2015 Enero 2016).

CONSIDERACIONES ETICAS

La realización del presente estudio fue realizado en todo momento bajo las normas de excelencia en práctica clínica con la plena aceptación de

las normas éticas vigentes. Se han mantenido las reglas de confidencialidad de los datos obtenidos, según la Ley de Protección de Datos.

Se explicó el objetivo y las razones del estudio como medida de protección de manera que no se vio amenazada la integridad, estado físico, intelectual y emocional de los pacientes que colaboraron para la ejecución de esta investigación.

Además el protocolo fue revisado, aprobado y tutelado por el personal que conforma el tribunal de seguimiento, análisis, evaluación y calificación de tesis.

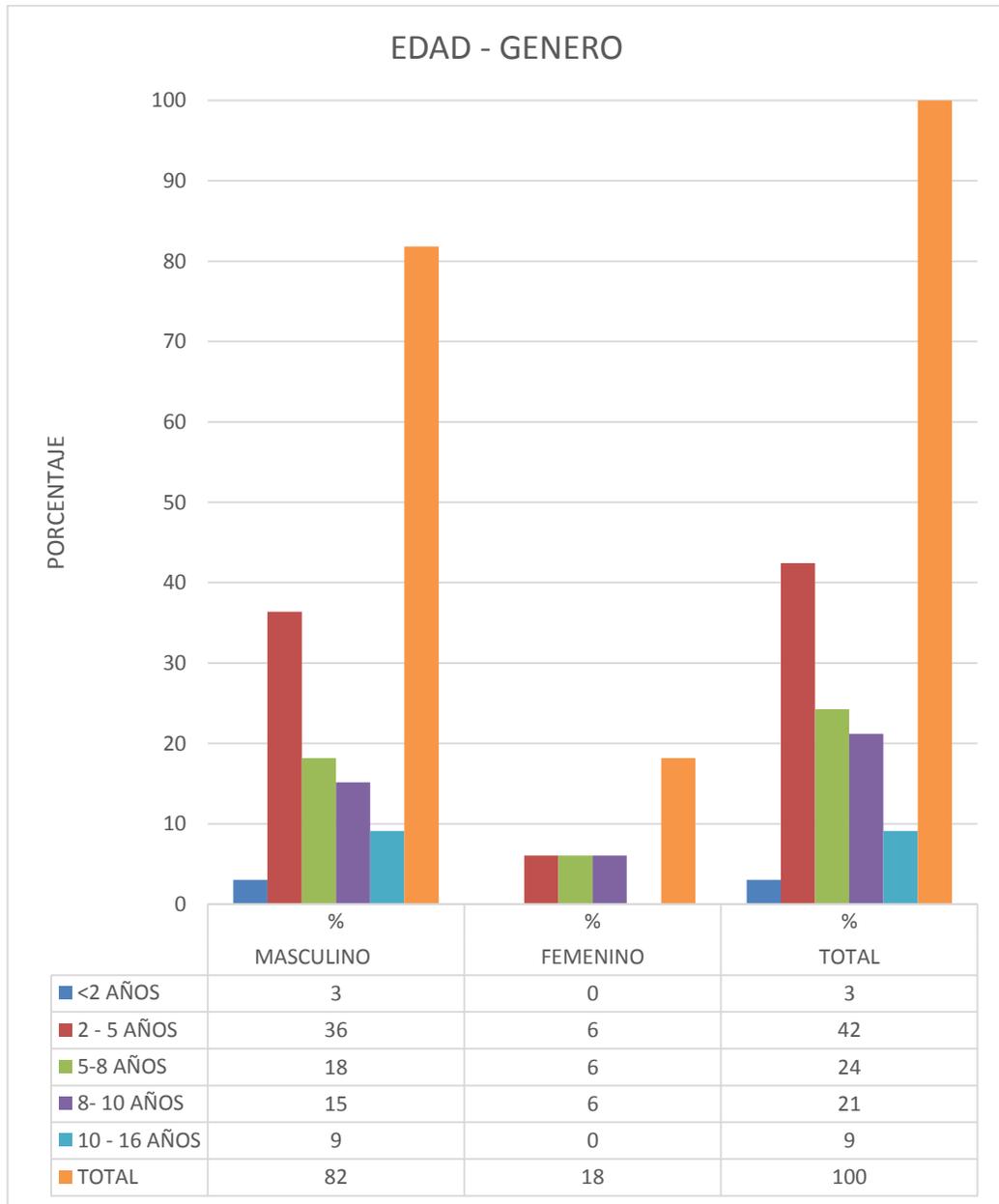
Los investigadores obtuvieron de cada informe de consentimiento informado para este estudio, fechado y firmado antes de la inclusión e el estudio.

La información fue manejada confidencialmente por quienes realizaron el presente estudio, con el fin de evitar problemas legales.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA N°1

Edad - Género de los pacientes atendidos bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Corticorresistente en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.



Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo
Elaboración: Investigadores

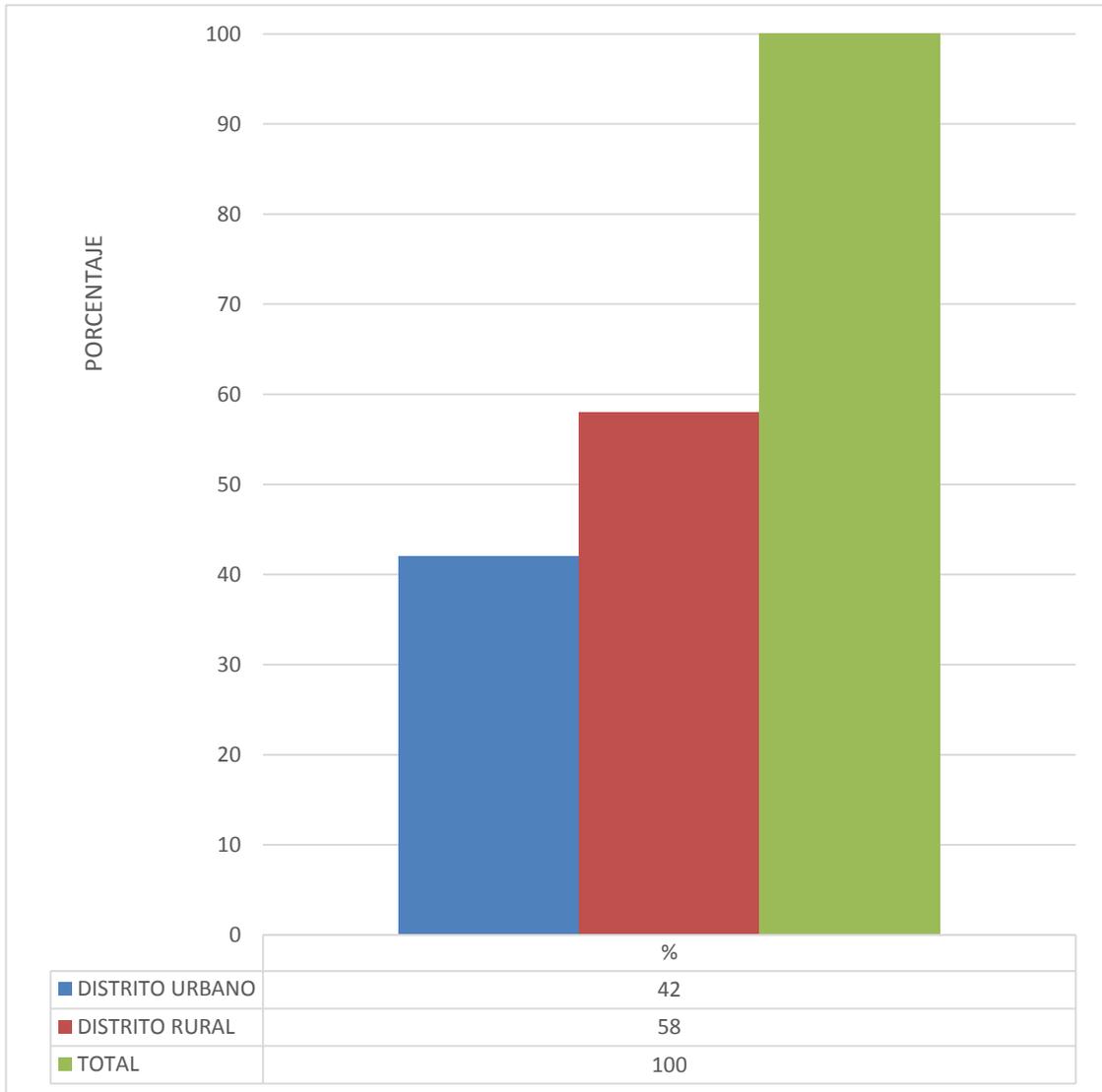
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% los pacientes pediátricos atendidos bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente en el Proceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo el mayor porcentaje se observó en niños entre el rango de edad de 2 a 5 años con un 42% y los menores de 2 años solo presentaron el menor porcentaje de frecuencia 3%. Del total de pacientes su mayoría pertenecieron al sexo masculino representando el 82%. Nuestro estudio concuerda con datos de la Sociedad argentina de Pediatría que refiere en sus boletines médicos del Comité de Nefrología acerca del Diagnóstico y evolución de pacientes con Síndrome Nefrótico Idiopático una incidencia mayor en niños con edades comprendidas entre los 2 a 5 años de edad, con predominio del sexo masculino. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014).

GRAFITABLA N°2

Procedencia de los niños atendidos bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Corticorresistente en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

PROCEDENCIA



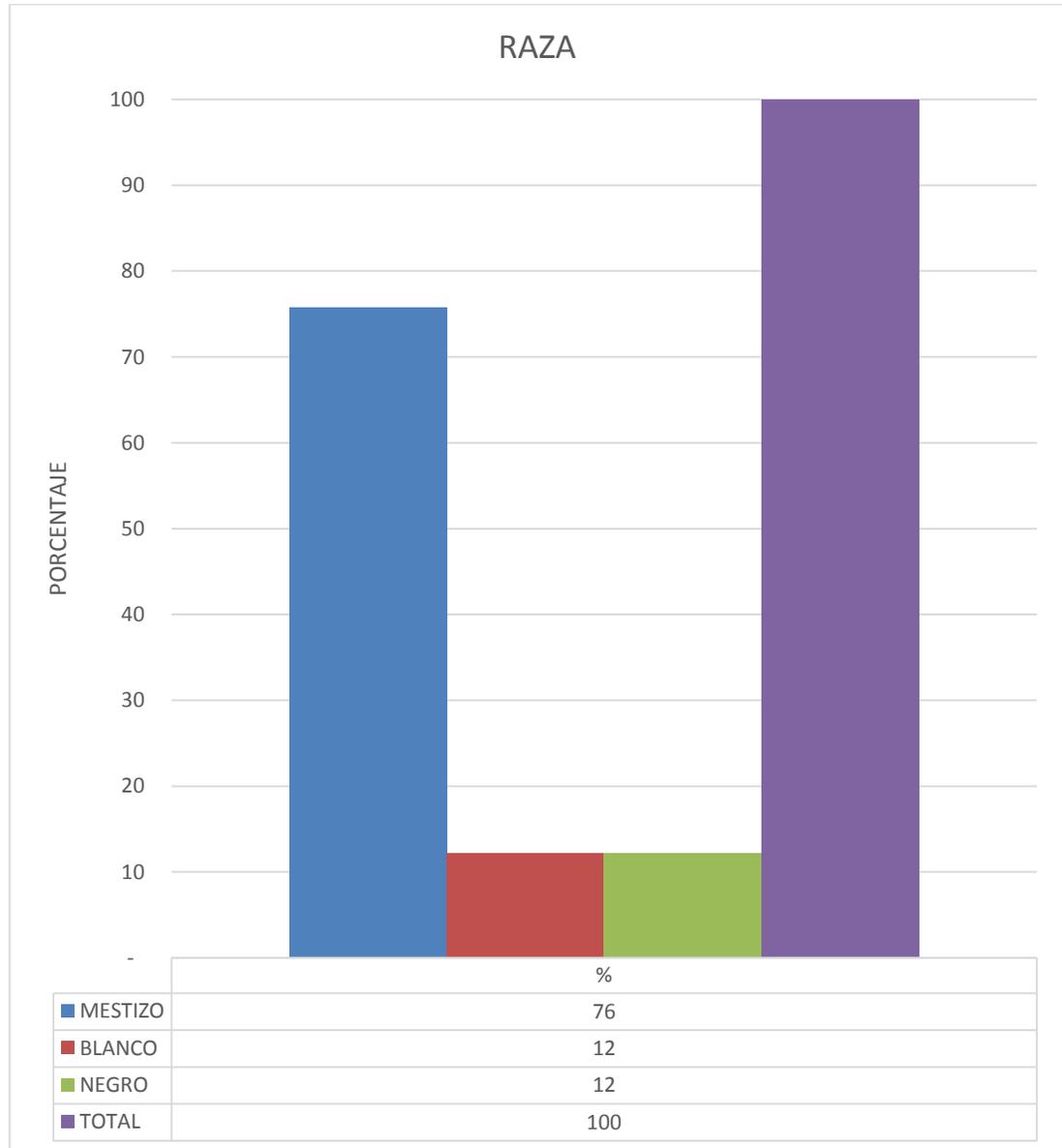
Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo
Elaboración: Investigadores

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% los pacientes pediátricos atendidos bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente en el Proceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo el 58% pertenecieron al distrito rural, mientras que el 42% porcentaje correspondió al distrito urbano. Datos que concuerdan con el estudio realizado por la Dra. María Alejandra Aguilar Kitsu del Servicio de Nefrología, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría México, que demuestran que el mayor porcentaje de niños atendidos bajo el diagnóstico de síndrome nefrótico idiopático con recaídas frecuentes y corticorresistentes pertenecen a la zona rural(Mexico, 2012).

GRAFITABLA N°3

Raza que predomino entre los niños afectados con Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.



Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo
Elaboración: Investigadores

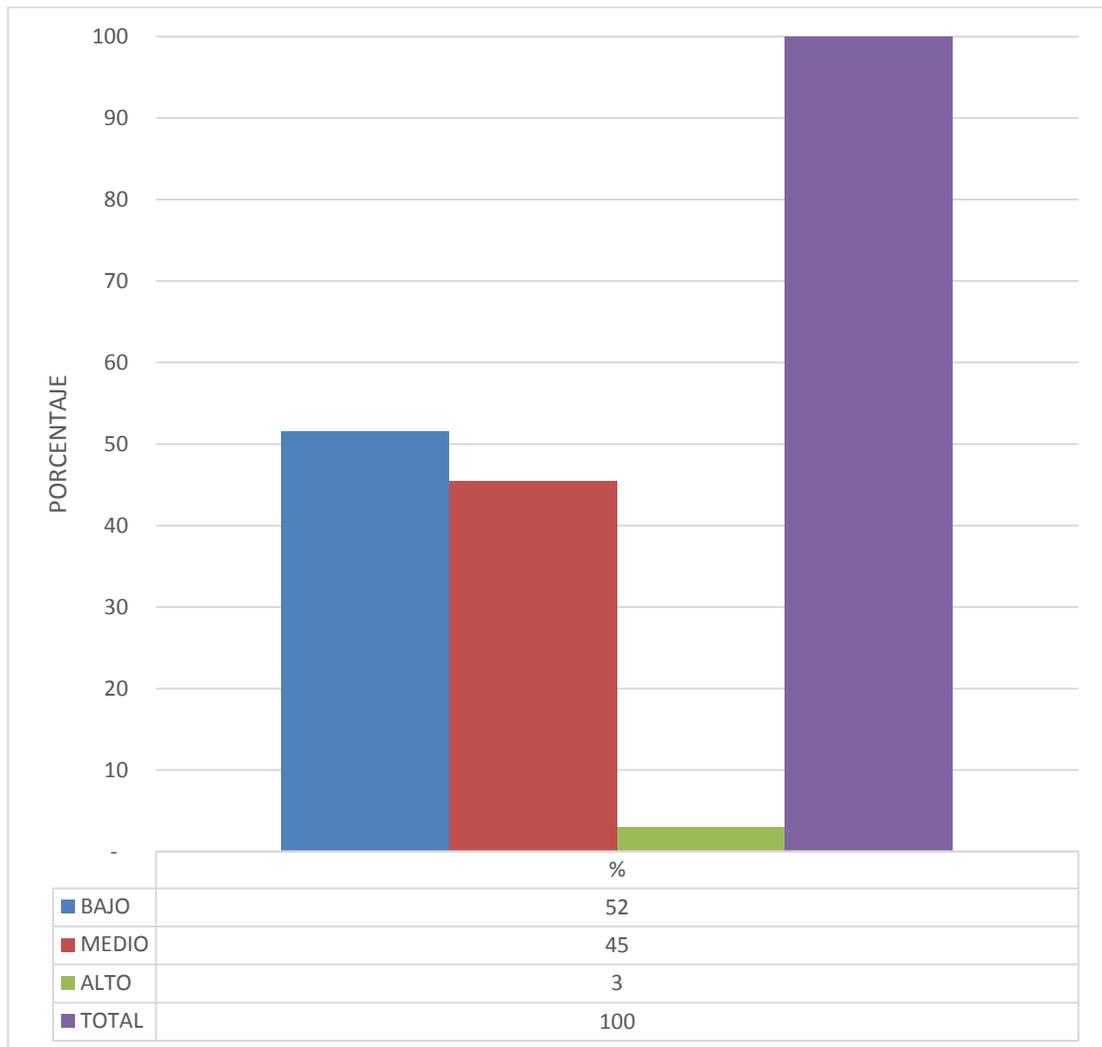
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% los pacientes pediátricos atendidos bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente en el Proceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo se observó a la raza mestiza como la de mayor incidencia con un 76%, mientras que la raza negra y blanca presentaron menor casos documentados. Datos que concuerdan con la revista Colombiana de Pediatría, cuyo estudio de la Eficacia del uso de la Ributimax en pacientes pediátricos con Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente documento mayor incidencia en niños de raza mestiza. (Barranquilla, 2013).

GRAFITABLA N°4

Nivel socioeconómico que presento a población pediátrica bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

NIVEL SOCIOECONOMICO



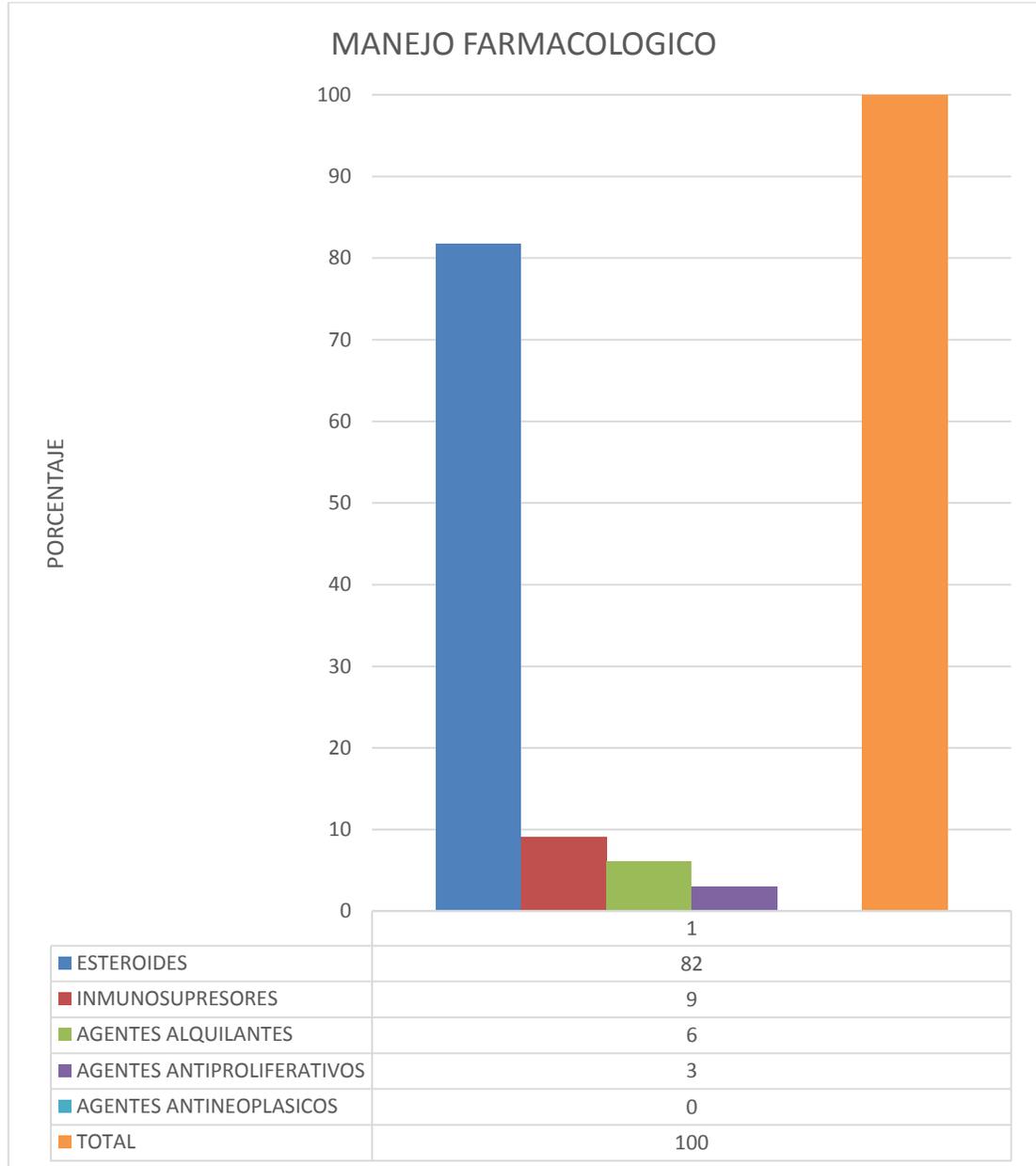
Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo
Elaboración: Investigadores

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% los pacientes pediátricos atendidos bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente en el Proceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo el mayor porcentaje de 52% lo representaron niños con un nivel socioeconómico bajo, mientras que el de menor incidencia de presentación con un 3% estuvo representado por los de nivel socioeconómico alto. Datos que concuerdan con las estadísticas del INEC que presenta una prevalencia en atención de salud a personas de bajo nivel socioeconómico. (INEC, 2011).

GRAFITABLA N°5

Manejo Farmacológico del Síndrome Nefrótico Corticorresistente en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.



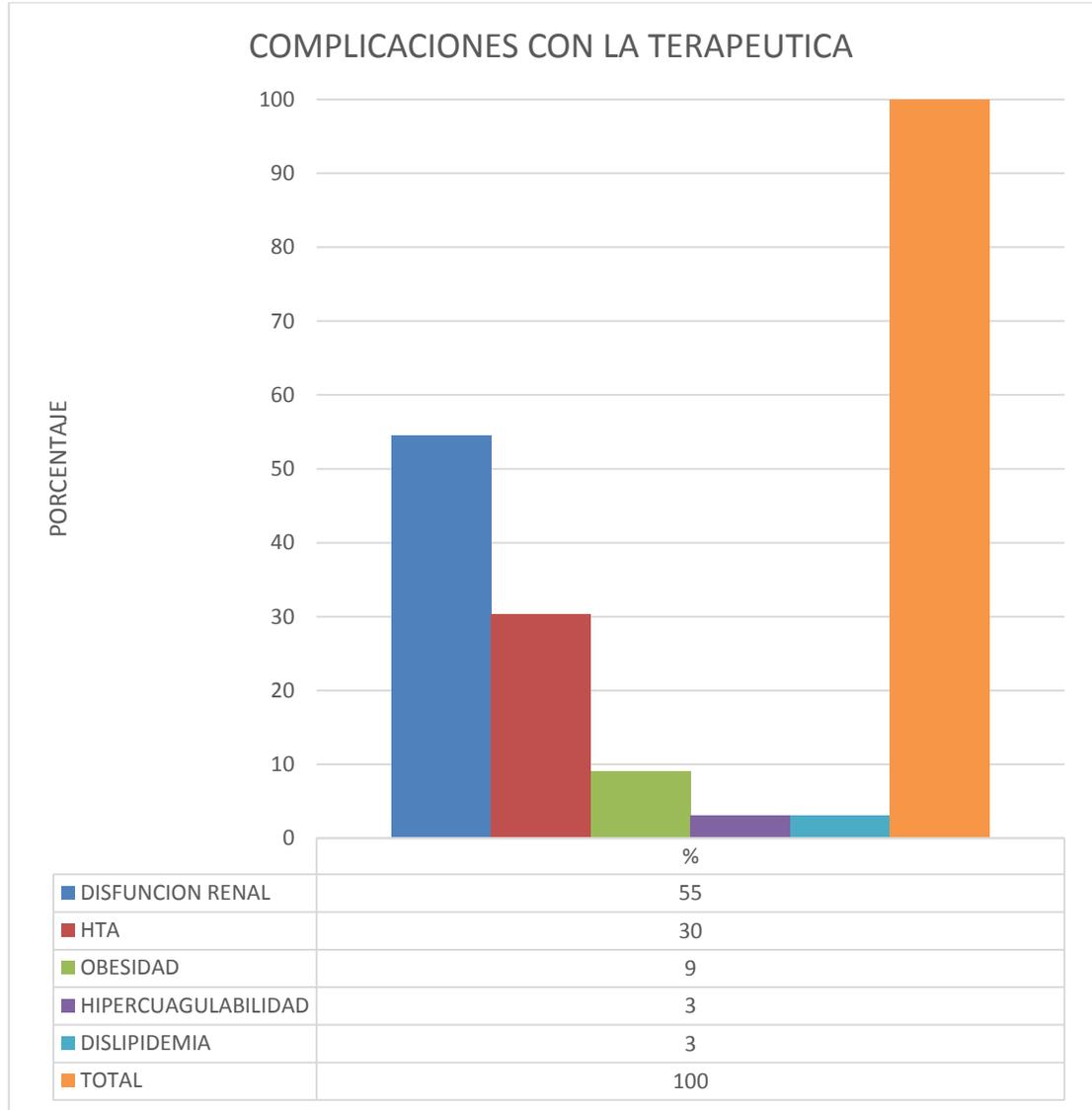
Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo
Elaboración: Investigadores

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% los pacientes pediátricos atendidos bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente en el Proceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo la gran mayoría mantuvo un manejo terapéutico basado en corticosteroides representando por un 82% y no hubo registro de la utilización de agentes antineoplásicos para esta patología. Datos que concuerdan con el estudio el estudio del Dr. Gustavo Gordillo del Departamento de Nefrología del Hospital Infantil en México Federico Gómez, corroboró que los corticosteroides son la opción terapéutica de primera elección en el tratamiento de esta enfermedad pediátrica. (Departamento de Nefrología Dr. Gustavo Gordillo Paniagua, 2014)

GRAFITABLA N°6

Complicaciones que predominaron en la terapéutica del Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente, en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.



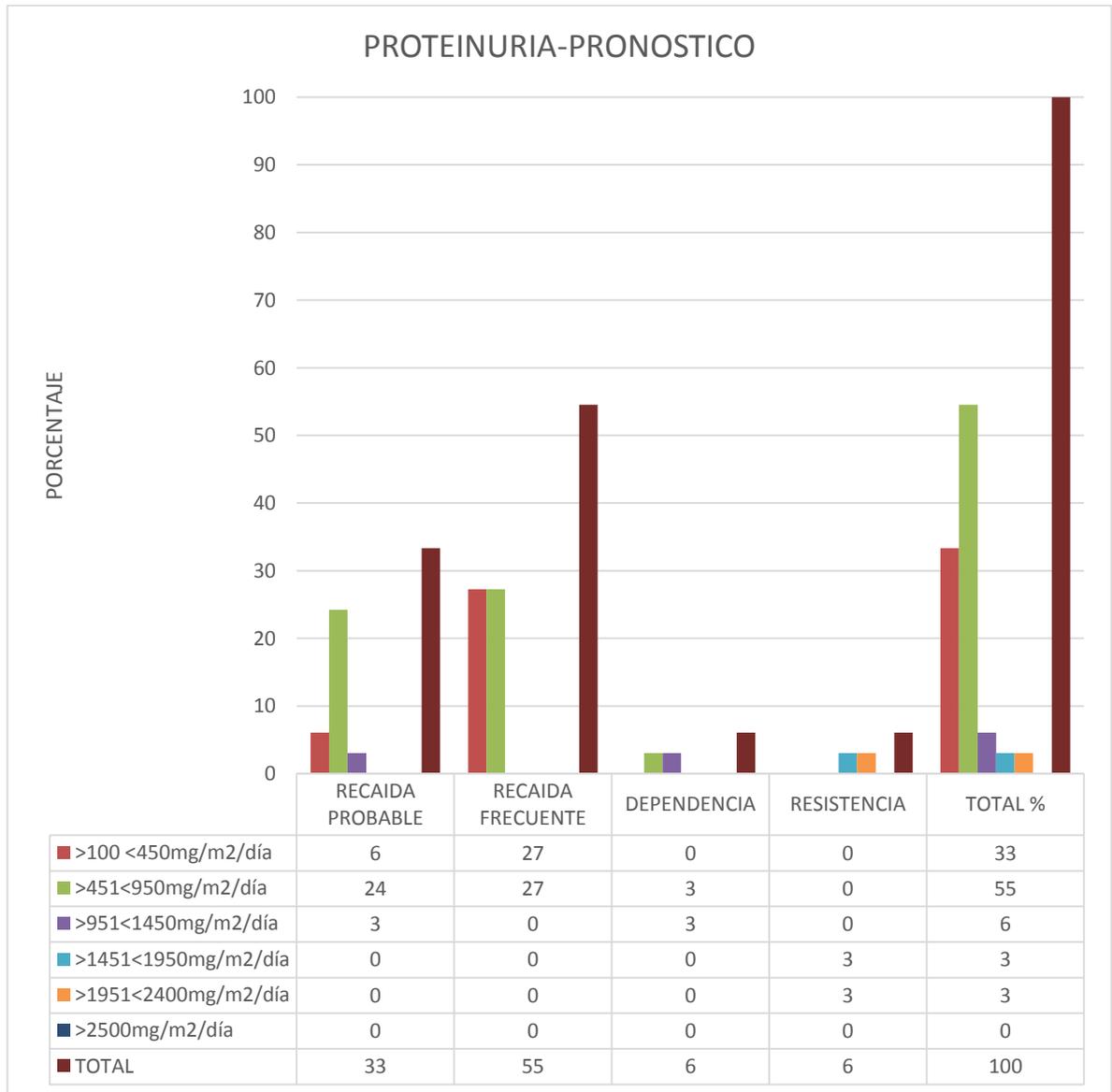
Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo
Elaboración: Investigadores

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% los pacientes pediátricos atendidos bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente en el Proceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo el mayor porcentaje de pacientes presento disfunción renal como complicación más frecuente con un 55%, y la menor complicación registrada se observó con algún tipo de dislipidemias con un 3%. Datos que concuerdan con el estudio del Dr. Gustavo Gordillo del Departamento de Nefrología del Hospital Infantil en México Federico Gómez en el cual se corroboró que la disfunción renal es la complicación que se presenta en el 90% de los niños atendidos en el mencionado hospital siendo a corto o largo plazo terminando en los casos de corticorresistencia aguda en insuficiencia renal y hasta trasplante renal. (Departamento de Nefrología Dr. Gustavo Gordillo Paniagua, 2014)

GRAFITABLA N°7

Índice de proteinuria en los pacientes bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Corticorresistente en el subproceso de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo



Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo
 Elaboración: Investigadores

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% los pacientes pediátricos atendidos bajo el diagnóstico de Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente en el Proceso de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo el mayor porcentaje de niños con el 55% presento una proteinuria entre $>451 < 950$, y no se registraron pacientes con valores de proteinuria >2500 mg/m²/día. Datos que concuerdan con el estudio realizado en la UCSG, por la Dra. Venecia Macías como parte de su presentación investigativa del Posgrado realizado en el Hospital Roberto Gil Gilbert de la ciudad de Guayaquil, en el cual reportó mayor porcentaje de pacientes con una proteinuria entre los rangos 0 a 500 mg/m²/dia. (UCSG, 2011)

CONCLUSIONES

Una vez culminada la investigación sobre: "CORTICORRESISTENCIA, EFECTOS Y PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO A NIÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA PORTOVIEJO AGOSTO 2015 ENERO 2016". Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

La edad que predominó fue la correspondiente al rango de entre 2 a 5 años, lo cual se atribuyó a factores genéticos y hereditarios

Se corroboró lo antes mencionado en diversos estudios y análisis internacionales, sobre la opción terapéutica más indicada en estos pacientes corticorresistentes en base a una administración conjunta de corticosteroides más inmunosupresores.

Se estableció que el efecto adverso más frecuente en los niños que presentaron una proteinuria resistente al tratamiento prolongado con esteroides es la función renal afectada.

En este estudio también se pudo certificar que el índice de proteinuria medianamente elevado se relaciona con resistencia a esteroides en el 80% de los casos.

Existe la falta de la especialidad: Nefropatía Pediátrica en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, lo que significa que los casos de esta enfermedad solo son recibidos, manejados inicialmente y luego transferidos a un hospital de mayor complejidad y eso afecta el tratamiento y calidad de vida del niño.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, se recomienda ampliar la bibliografía referente a la nefropatía pediátrica, para abarcar ciertas afecciones consideradas de gran importancia en una Emergencia.

Se recomienda al Hospital Verdi Cevallos Balda capacitar al personal de salud (residentes, licenciadas e internos), sobre el manejo inicial ante un niño con sintomatología del síndrome nefrótico idiopático sin descartar corticorresistencia, siendo este recidivante.

No iniciar tratamiento alguno que haya sido indicado previamente, sin la autorización del especialista que lleva el caso.

Instruir a las madres de niños con este síndrome que presentan recidivas frecuentes, cual es el comportamiento a seguir más adecuado.

Se recomienda a los padres de familia no automedicar a los niños si presentan una recidiva, lo más indicado es buscar a su especialista el cual le indicara los pasos a seguir

PRESUPUESTO

La investigación tuvo un costo de \$ 1.620,30USD (Mil seiscientos veinte dólares con treinta centavos) que fue solventado por los egresados, se detalla a continuación:

DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
Horas de internet	\$ 65,00
Movilización	\$ 250,00
Impresiones (Proyecto - Tesis)	\$ 170,00
Telefonía	\$ 40,00
Anillado y empastado (Proyecto - Tesis)	\$ 30,30
Cartucho de tinta (b/n - color EPSON)	\$ 400,00
Cd (regrabables por unidad)	\$ 20,00
Copias	\$ 128,00
Elaboración y ejecución de la propuesta	\$ 212,00
Sustentación	\$ 185,00
Otros	\$ 130,00
TOTAL	\$ 1.620,30

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Presentación de tema para aprobación																																
2. Notificación de los miembros del tribunal																																
3. Reuniones con el director de tesis																																
4. Reuniones con el miembro del tribunal																																
5. Planteamiento del problema																																
6. Justificación																																
7. Objetivos																																
8. Marco teórico																																
9. Marco metodológico																																
10. Recolección de datos																																
11. Procesamiento de datos																																
12. Presentación de datos y análisis																																
13. Elaboración del informe final																																
14. Presentación de tesis final																																

BIBLIOGRAFÍA

- AEP. (2008). *SINDROME NEFROTICO DE LA EDAD PEDIATRICA*. Obtenido de DISPONIBLE
EN:http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_3.pdf
- Barranquilla, U. L. (2013). *BIOCIENCIAS SNIC en menores de 18 años*. Obtenido de Disponible
en:<http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/revistas2/index.php/biociencias/article/view/392/358>
- Cuba, P. C. (2010). *Tratamiento del síndrome nefrótico idiopático*. Obtenido de Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol_82_01_10/ped09110.htm
- Departamento de Nefrología Dr. Gustavo Gordillo Paniagua, H. I. (2014). *Tratamiento del síndrome nefrótico idiopático en niños*. Obtenido de Disponible:<http://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-tratamiento-del-sindrome-nefrotico-idiopatico-90371228>
- DR. SANTIAGO UCROS, D. N. (2010). *GUIAS DE PEDIATRIA PRACTICA BASADAS EN LA EVIDENCIA*. COLOMBIA: PANAMERICANA.
- DRAS. MARGARITA HALTY, M. C. (2010). *CLINICAS PEDIATRICAS DEL SUR*. Obtenido de Disponible
en:http://www.sup.org.uy/Clinicas_del_Sur/web/pdf/clinicas%20del%20sur_01_6.pdf
- F, Morcillo. Asociación Española de Pediatría. (2011). *Protocolos Diagnóstico y Terapéuticos de Neonatología en Pediatría. [Sitio en Internet]*. Obtenido de Capítulo 34. En: Moro. M (coordinador): Disponible en: [http://www.aibarra.org/Apuntes/Materno-Infantil/Neonatologia\(completo\).pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/Materno-Infantil/Neonatologia(completo).pdf)
- INEC. (2011).
- JDB. (2014). *Hospital de Niños Roberto Gilbert llama a la prevención de la insuficiencia renal en niños*. Obtenido de Disponible:<https://www.juntadebeneficencia.org.ec/es/prensa/2485-hospital-de-ninos-roberto-gilbert-llama-a-la-prevencion-de-la-insuficiencia-renal-en-ninos>
- MENEGHELLO. (2013). *PEDIATRIA SEXTA EDICION*. ARGENTINA: PANAMERICANA.
- Mexico, C. M. (2012). *Síndrome nefrótico corticorresistente: 15 años de experiencia en el Hospital de Pediatría*. Obtenido de Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462012000500013&script=sci_arttext&tlng=en
- MEXICO, S. D. (2013). *GUIA PRACTICA CLINICA*. Obtenido de DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINDROME NEFROTICO EN NIÑOS : Disponible

en:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_271_13_sxnefroticoprimarioenninos/imss_271_13_sxnefroticoprimarioen_ninosger.pdf

Neonatología, U. d. (30 de julio de 2015). *Ventilación mecánica neonatal*. (H. T. España, Ed.)
Obtenido de disponible en: <http://www.analesdepediatria.org>

PEDIATRIA, A. E. (2014). *Síndrome nefrótico pediátrico*. Obtenido de Disponible
en:http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_sindrome_nefrotico.pdf

PEDIATRIA, R. C. (2010). *Tratamiento del Síndrome Nefrotico Idiopatico*. Obtenido de Disponible
en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000100009

PEDIATRIA, S. C. (2015). *Síndrome nefrótico idiopático: recomendaciones de la Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría*. Obtenido de ELSEVIER: Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001564>

Rosa, R. D. (2010). *Pediatría: el niño sano el niño enfermo*. Argentina: Alfaomega Grupo Editor.

Sociedad Argentina de Pediatría, C. d. (2014). *Consenso de Tratamiento del Síndrome Nefrotico en la Infancia*. Obtenido de Disponible en:
<http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/SmeNefrotico.pdf>

CAPITULO IV

PROPUESTA

TÍTULO DE LA PROPUESTA

Socialización de estrategias educativas en base al manejo del síndrome nefrótico idiopático corticorresistente, dirigida a los becarios e medicina del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo Agosto 2015 Enero 2016.

RESPONSABLES

Universidad Técnica de Manabí.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Autores de la tesis.

JUSTIFICACIÓN

El SNI es a la glomerulopatía más frecuente en pediatría. En ocasiones el paciente no responde terapéuticamente a los corticoides, a esto se lo denomina, SN Corticorresistente, este tiene mal pronóstico, y su manejo constituye un desafío terapéutico, de ahí radica la importancia, de tener conocimientos básicos de esta enfermedad, su manejo inicial y sus complicaciones. El objetivo principal del tratamiento es conseguir una remisión completa de la enfermedad, por lo tanto es necesario las capacitaciones a los becarios de medicina de las actualizaciones terapéuticas de este tipo de afecciones, así provocaríamos un impacto en ellos al amplificar sus conocimientos. Esto beneficiaría a una población infantil que está constantemente expuesta a las recaídas propias de esta variante corticorresistente de esta patología.

OBJETIVOS

GENERAL

Socializar estrategias educativas del manejo del síndrome nefrótico idiopático corticorresistente, dirigida a los becarios e medicina del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo Agosto 2015 Enero 2016.

ESPECÍFICOS

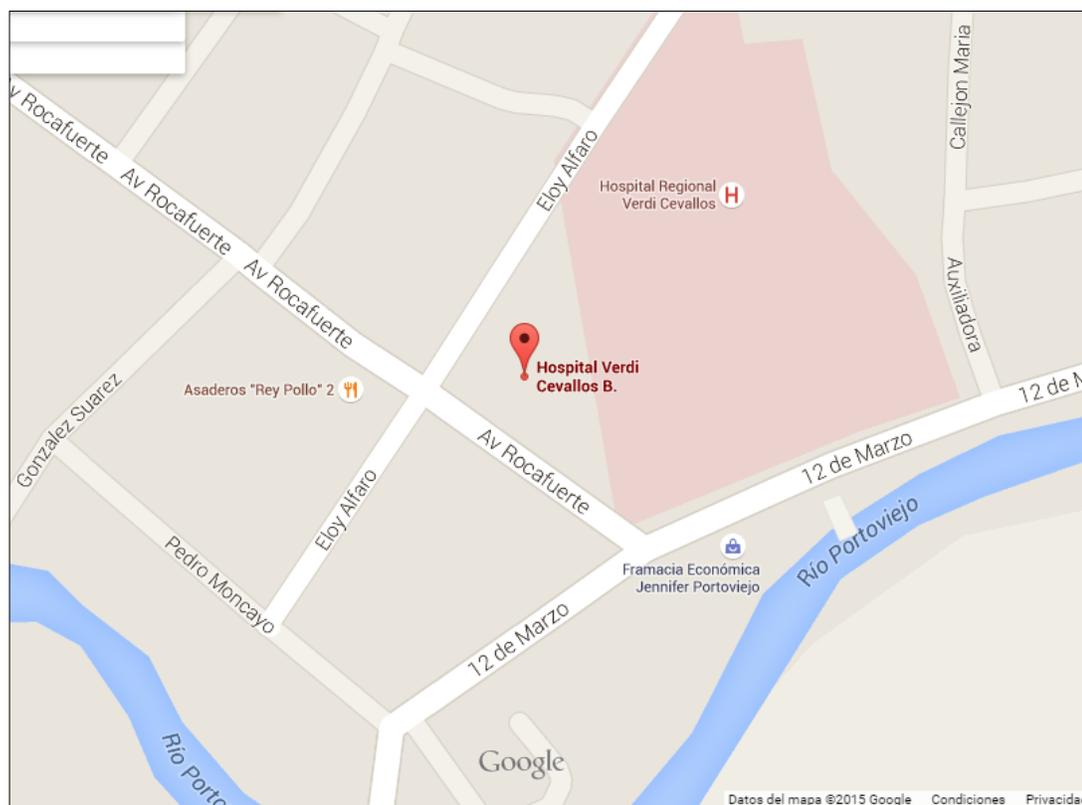
Informar las características de las recaídas frecuentes en el Síndrome Nefrótico Idiopático infantil.

Promover en los becarios el interés de la sintomatología de esta enfermedad, para que su identificación sea precoz.

Mejorar el nivel de conocimiento de los becarios de medicina en base al manejo del síndrome nefrótico idiopático corticorresistente.

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA

La propuesta se llevó a cabo en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, ubicado entre la Av. Rocafuerte y 12 de marzo.



FACTIBILIDAD

Esta propuesta fue factible de realizar ya que se contó con los recursos económicos necesarios y la predisposición de los investigadores para su ejecución.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta consiste en la elaboración de una charla instructiva destinada a los becarios de medicina del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo sobre el manejo terapéutico del Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente.

CONTENIDO TEMÁTICO

Definición generalizada del Síndrome Nefrótico Idiopático Corticorresistente.

Terapéutica y complicaciones.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios son los becarios de medicina del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Provincia de Manabí.

RESPONSABLES

Los responsables de la capacitación son los egresados Srta. Gema Lisbeth Saltos Cedeño, Torres Fernández Jeniffer Liseth de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina.

Fecha: 21 de Diciembre 2015

Hora: 11:00 AM

Lugar: Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

RESULTADOS

Se capacito a los becarios de medicina del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, en base al manejo terapéutico inicial ante un paciente pediátrico con síndrome nefrótico idiopático corticorresistente, utilizando charlas informativas con entrega de material didáctico.

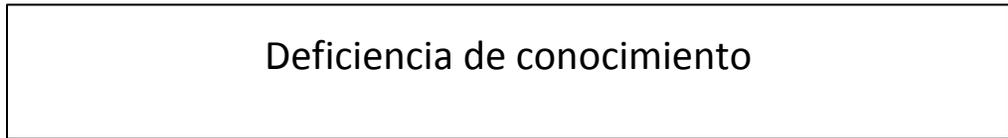
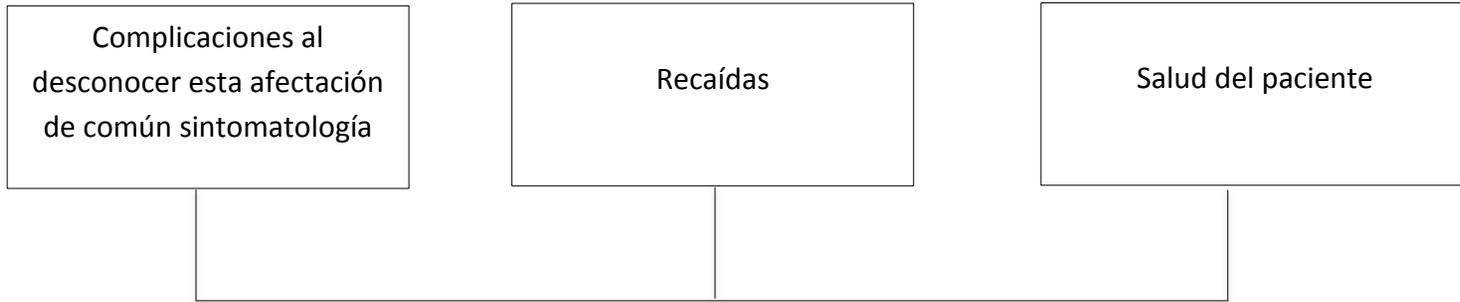
ACTIVIDADES

Charla

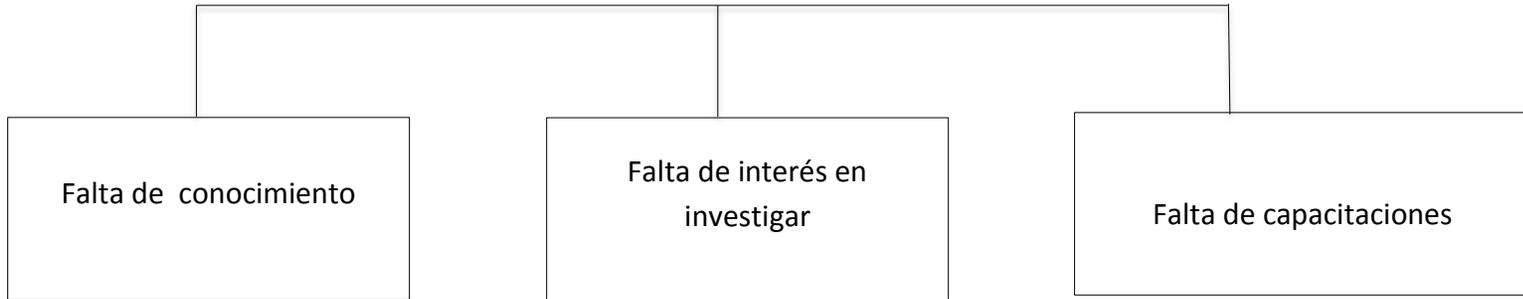
Entrega de trípticos

ÁRBOL DEL PROBLEMA

E
F
E
C
T
O
S

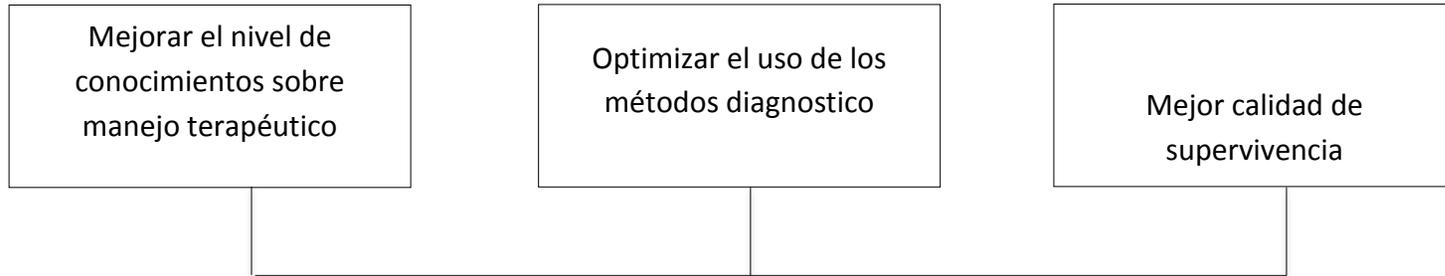


C
A
U
S
A
S



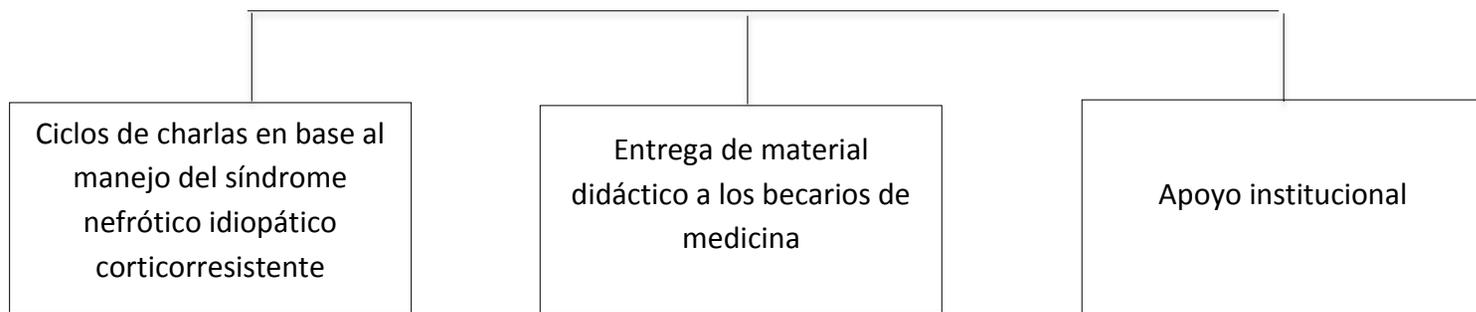
ÁRBOL DE OBJETIVOS

F
I
N
E
S



Estrategias educativas sobre las diferencias entre el síndrome nefrótico idiopático corticorresistente y el nefrótico, dirigida a los becarios e medicina del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

M
E
D
I
O
S



ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Población en riesgo	Aplicación de métodos terapéuticos adecuados a un niño con síndrome nefrótico idiopático con recaídas frecuentes	<p>RECURSOS: Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS: Revisar el protocolo de manejo de la corticorresistencia en este síndrome</p>	Déficit de conocimiento sobre el manejo terapéutico de las recaídas en pacientes con SNI
Personal de salud	Manejo eficaz del cuadro terapéutico inicial ante una recaída del SNI tratado con corticoides	<p>RECURSOS: Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS: Realizar capacitaciones sobre el manejo del tratamiento inicial de esta enfermedad y sus complicaciones</p>	Falta de Capacitaciones

Autoridades de la Universidad Técnica de Manabí	Profundizar la temática actualizada de esta enfermedad de gran afectación en el paciente pediátrico	<p>RECURSOS: Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS: Complementar Syllabus de manejo de la corticorresistencia del síndrome nefrótico idiopático</p>	Educación Limitada
Investigadores	Incrementar los conocimientos sobre el manejo adecuado de la terapéutica, métodos diagnósticos, y trastornos metabólicos que esta patología abarca	<p>RECURSOS: Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS: Desarrolla y fortalecer conocimientos y destrezas en el manejo de esta enfermedad</p>	Limitada accesibilidad y dialogo con los becarios de medicina

F.O.D.A.

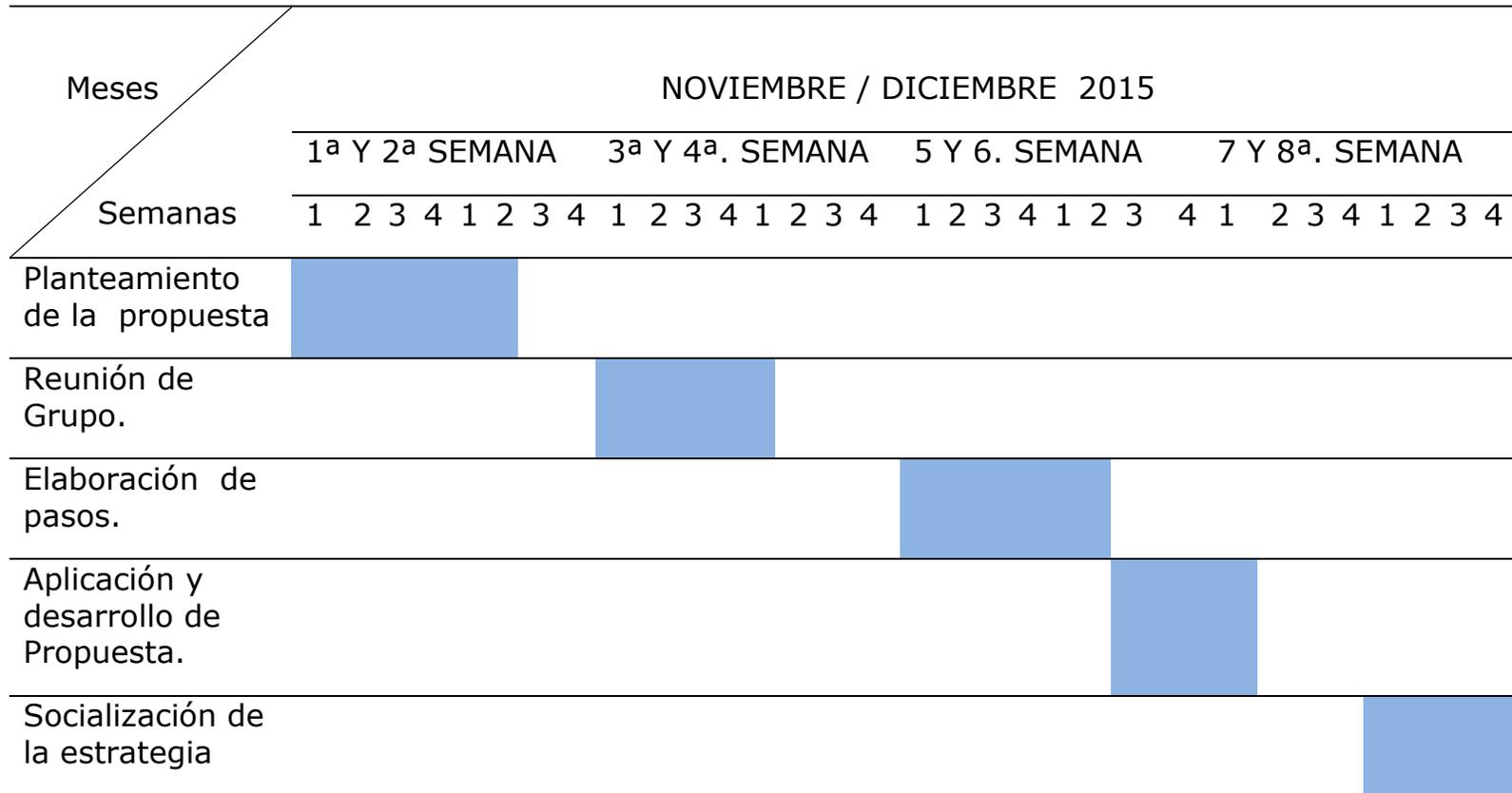
F	O	D	A
<p>Depender del MSP Gratitude de servicios médicos Cumplimiento de la atención por procesos normalizados Talento humano capacitada Trabajo en equipo Apoyo en los diversos procesos Dotación parcial de equipamiento Manógrafos y tomógrafos Implementar una área informática</p>	<p>Decisión política gubernamental de incrementar el presupuesto para el área de salud Construcción de un moderno Hospital de especialidades Elaborar plan de capacitación continua del personal de enfermera, para fortalecer su capacidad de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos</p>	<p>Crecimiento no programado tanto del espacio físico, del personal y de los usuarios Los empleados están cargados innecesariamente de trabajo en tareas manuales repetitivas. La información es redundante y muchas veces poco confiable. Lenta toma de decisiones (Alta Burocracia) Falta de investigación y desarrollo Poseer una estructura organizacional alta, con muchos niveles de jerarquía</p>	<p>Usar la ampliación de horarios de médicos a 8 horas para fortalecer a los usuarios y familiares posteriores a tratamiento dialítico. Coordinar con los jefes de las áreas de salud para usar el sistema de referencia y contra referencia a las diferentes unidades de salud aprovechando en uso de las ambulancias del convenio del Centro Cardiológico</p>

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEAS DE BASES	MÉTAS	FUENTES DE VERIFICACIÓN
<p>GENERAL</p> <p>Socializar estrategias educativas del manejo del síndrome nefrótico idiopático corticorresistente, dirigida a los becarios e medicina del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo</p>	<p>Capacitar al personal de becarios de medicina sobre el manejo terapéutico de la corticorresistencia del síndrome nefrótico idiopático y los trastornos metabólicos que esto conlleva.</p>	<p>Dado que el mayor porcentaje de la encuesta a los becarios de medicina obtuvo un conocimiento medio en relación al manejo terapéutico de esta patología.</p>	<p>Promover medidas educativas para mejorar el nivel de conocimiento en el manejo terapéutico de la corticorresistencia del síndrome nefrótico idiopático.100%</p>	<p>Post test</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES	LÍNEAS DE BASES	METAS	FUENTES DE VERIFICACIÓN
Informar las características de las recaídas frecuentes en el Síndrome Nefrótico infantil medicina	Nivel de conocimiento de los becarios de medicina sobre las características que presentan las recaídas de esta enfermedad	Dado a riesgos ya establecidos que podrían presentar estos infantes que no reciban la terapéutica adecuada	Concientizar a los becarios de medicina sobre los riesgos que podrían presentarse al no manejar adecuadamente una de estas recaídas en los niños afectos. 50%	Post test
Promover en los becarios el interés de la sintomatología de esta enfermedad, para que su identificación sea precoz.	Nivel de conocimiento de los medios y las guías necesarias para las actualizaciones del manejo de esta patología nefrótica	Dado a que los métodos de manejo inicial de este síndrome no es muy conocido por los becarios	Mejorar el conocimiento a los becarios de medicina para que así puedan tener una capacidad de atención primaria mejor. 40%	Post test

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA:



PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES	RECURSOS	COSTOS
Elaboración de la propuesta	Materiales de oficina, computador, servicio de internet, viáticos	\$55.00
Correcciones de la propuesta	Materiales de oficina, computador, impresión, viáticos	\$18.00
Elaboración de exposición	Materiales de oficina, computador, servicio de internet, proyector, viáticos	\$.72.00
TOTAL		\$135.00

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERNOS DE MEDICINA QUE FORMARAN PARTE DEL ESTUDIO CORTICORRESISTENCIA, EFECTOS Y PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO A NIÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA PORTOVIEJO AGOSTO 2015 ENERO 2016

Al ser participante de esta prueba, se le pedirá de favor responder las siguientes preguntas en la encuesta.

Su participación le tomara aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a esta encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas. Una vez transcritas las encuestas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta Investigación, conducida por el Dr JOSE LUIS MORALES. He sido informado (a) de la meta de este estudio.

Me ha indicado también que tendré que responder una serie de preguntas en una encuesta, lo cual tomara aproximadamente 10 minutos, que será ejecutada por los autores del presente estudio: SALTOS CEDEÑO GEMA LISBETH y TORRES FERNANDEZ JENIFFER LISETH.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando esté haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

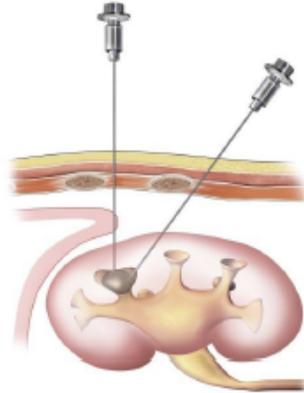
TRATAMIENTO DEL SNI DE APARICIÓN EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

En general, son formas resistentes a esteroides e inmunosupresores y el tratamiento debe ser dirigido principalmente a realizar medidas de sostén para conseguir un buen estado evolutivo que consiga hacerlo receptor con garantías de un trasplante renal, única opción curativa, aunque con riesgo de recidiva de enfermedad en el injerto. En casos con lesiones mínimas o glomeruloesclerosis sin síndrome malformativo asociado y estudio genético negativo, podría intentarse tratamiento esteroideo/inmunosupresor. Es fundamental mantener una dieta hiperproteica e hipercalórica, valorar la necesidad de perfusiones de albúmina, un tratamiento antiproteínico con IECA y/o ARAlI y considerar la nefrectomía unilateral, para disminuir la proteinuria e incluso binesfrectomía con entrada en diálisis, junto a todas las medidas de sostén descritas para el SN Idiopático.

INDICACIONES DE BIOPSIA RENAL

Los criterios clásicos para indicar una biopsia renal en pacientes con Síndrome nefrótico incluyen:

- Edad de presentación menor de un año o mayor de 8 años.
- Corticorresistencia después de 4 semanas de tratamiento.
- Pacientes con Síndrome nefrótico Corticodependiente, antes de iniciar tratamiento de segunda línea.
- Pacientes con HTA, macrohematuria, hipocomplementemia y disminución de la filtración glomerular.



El Instituto de la nefrología
www.institutonefrologia.com

SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO

CORTICORRESISTENTE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORAS:
SALTOS CEDEÑO LISBETH
TORRES FERNÁNDEZ JENIFFER
2016





SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO

- DEFINIDO COMO LA COMBINACIÓN DE PROTEINURIA MASIVA, HIPOPROTEINEMIA, HIPERLIPIDEMIA Y EDEMAS.
- PÉRDIDA MASIVA DE PROTEINAS
- COMPLEJO CLÍNICO QUE SE CARACTERIZA POR UNA SERIE DE MANIFESTACIONES RENALES Y EXTRARRENALES.

SEGÚN LA RESPUESTA AL CORTICOIDE

- **CORTICOSENSIBLE:** desaparece la proteinuria y se normaliza la albúmina plasmática en respuesta al tratamiento.
- **CORTICORRESISTENTE:** persiste el SN clínico y/o bioquímico de SN a pesar de ocho semanas de tratamiento.

CORTICORRESISTENTES

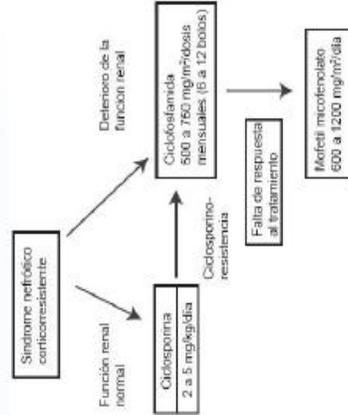
Se define como la falta de remisión después de 4 semanas de prednisona a 60 mg/m²/día.

Aproximadamente 10 – 20% de los niños con síndrome nefrótico son corticorresistentes.

El objetivo del tratamiento es lograr la remisión del síndrome nefrótico y disminuir la progresión del daño renal.

Otros fármacos que se han utilizado para el tratamiento incluyen bolos de metilprednisolona, ciclofosfamida y mofetil micofenolato.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CORTICORRESISTENTES



COMPLICACIONES

HIPOVOLEMIA: previa o posterior al tratamiento con diuréticos. La circulación periférica se compromete, pudiendo ocasionar un shock hipovolémico; de ahí que debe hacerse un uso cauteloso de los diuréticos cuando son necesarios.

INFECCIONES: son las complicaciones más temidas, las que ocasionan mayor morbimortalidad. Existe una inmunodepresión causada por la enfermedad y agravada por el tratamiento con corticoides.

TROMBOSIS: favorecidas por la hipovolemia con hemoconcentración, descenso de anticoagulantes naturales, aumento de procoagulantes, hiperlipidemia, reposo.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: la causa más frecuente es la necrosis tubular aguda por hipovolemia, puede ser también secundaria a trombosis venosa renal y a nefritis intersticial aguda por diuréticos.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- BIOMETRÍA HEMÁTICA
- BIOQUÍMICA SANGUÍNEA
- FILTRADO GLOMERULAR
- BIOPSIA RENAL

ANEXO 4

EGRESADOS DE MEDICINA SRTA. SALTOS CEDEÑO GEMA LISBETH Y SRTA. TORRES FERNANDEZ JENIFFER LISETH, PRESENTANDO LA PROPUESTA A LOS BECARIOS DE MEDICINA DEL PROCESO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.



ACCIÓN: SEMINARIO DE CORTICORRESISTENCIA EN PACIENTES CON SINDROME NEFROTICO IDOPATICO.
LUGAR: ÁREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
FECHA: 14 DE ENERO 2016

ANEXO 5

EGRESADOS DE MEDICINA SRTA. SALTOS CEDEÑO GEMA LISBETH Y SRTA. TORRES FERNANDEZ JENIFFER LISETH, PRESENTANDO LA PROPUESTA A LOS BECARIOS DE MEDICINA DEL PROCESO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.



ACCIÓN: ENTREGA DE TRIPTICO EN EL SEMINARIO DE CORTICORRESISTENCIA EN PACIENTES CON SINDROME NEFROTICO IDOPATICO.
LUGAR: ÁREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
FECHA: 14 DE ENERO 2016

ANEXO 6

SEMINARIO DE CORTICORRESISTENCIA EN PACIENTES CON SINDROME NEFROTICO IDOPATICO.

SINDROME NEFROTICO IDIOPATICO CORTICORRESISTENTE



SINDROME NEFROTICO

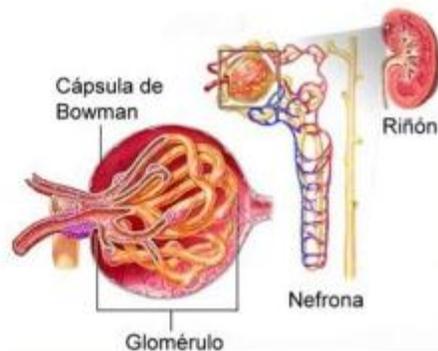
PROTEINURIA MASIVA

HIPOPROTEINEMIA

HIPERLIPIDEMIA

EDEMAS

- PÉRDIDA MASIVA DE PROTEINAS



- COMPLEJO CLÍNICO QUE SE CARACTERIZA POR UNA SERIE DE MANIFESTACIONES RENALES Y EXTRARRENALES.

• El síndrome nefrótico idiopático en niños es una de las enfermedades glomerulares más frecuentes en la etapa pediátrica.

• La respuesta a esteroides, hasta este momento, es el mejor factor pronóstico en esta enfermedad. Menos de 3% de los pacientes con síndrome nefrótico corticosensible evolucionan a insuficiencia renal crónica en comparación con 50% de los que son resistentes a los esteroides o corticorresistentes.

• SNI falta de remisión después de 4 semanas de prednisona a 60 mg/m²/día.

Aproximadamente 10- 20% de los niños con síndrome nefrótico son corticorresistentes

CONCEPTOS DE EVOLUCIÓN CLÍNICA

- a) **REMISIÓN:** cuando se produce la desaparición de la proteinuria (< 4 mg/m²/hora o índice proteína/creatinina 3gr/l) con persistencia de proteinuria en rango no nefrótico (4-40 mg/m²/hora).
- b) **REMISIÓN parcial:** normalización de la albuminemia (>3gr/l) con persistencia de proteinuria en rango.
- c) **REMISIÓN TOTAL:** desaparición de la proteinuria y normalización de la albuminemia.
- d) **RECAÍDA:** aparición de proteinuria en tira reactiva de +++ durante 5 días consecutivos en cualquier momento evolutivo.
- e) **RESISTENCIA:** persistencia de proteinuria en rango nefrótico a pesar de tratamiento.

SEGÚN LA RESPUESTA AL CORTICOIDES

.CORTICOSENSIBLE:
desaparece la proteinuria
y se normaliza la
albúmina plasmática en
respuesta al tratamiento.

CORTICORRESISTENTE:
persiste el SN clínico y/o
bioquímico de SN a pesar de
ocho semanas de
tratamiento.

RECAÍDAS INFRECUENTES:
pacientes corticosensibles
con una primera y única
manifestación (brote único)
o con un número de
recaídas menor de 3 en 6
meses tras la manifestación
inicial o menor de 4 al año
en cualquier momento de
la evolución.

CORTICODEPENDIENTES (CD):
cuando presentan 2
recaídas consecutivas al
rebajar la prednisona o
durante las dos semanas
siguientes a la supresión



CORTICORRESISTENTES

SE DEFINE COMO LA FALTA DE REMISIÓN DESPUÉS DE 4 SEMANAS DE
PREDNISONA A 60 MG/M²/DÍA.



El objetivo del tratamiento es lograr la
remisión del síndrome nefrótico y disminuir la
progresión del daño renal.

COMPLICACIONES

HIPOVOLEMIA:



INFECCIONES:

TROMBOSIS:

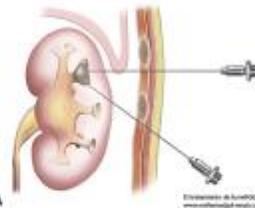


INSUFICIENCIA
RENAL AGUDA:



MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- .BIOMETRÍA HEMÁTICA
- .BIOQUÍMICA SANGUÍNEA
- .FILTRADO GLOMERULAR
- .BIOPSIA RENAL



INDICACIONES DE BIOPSIA RENAL

- .Edad de presentación menor de un año o mayor de 8 años.
- .Corticorresistencia después de 4 semanas de tratamiento.
- .Pacientes con Síndrome nefrótico Corticodependiente, antes de iniciar tratamiento de segunda línea.
- .Pacientes con HTA, macrohematuria, hipocomplementemia y disminución de la filtración glomerular.

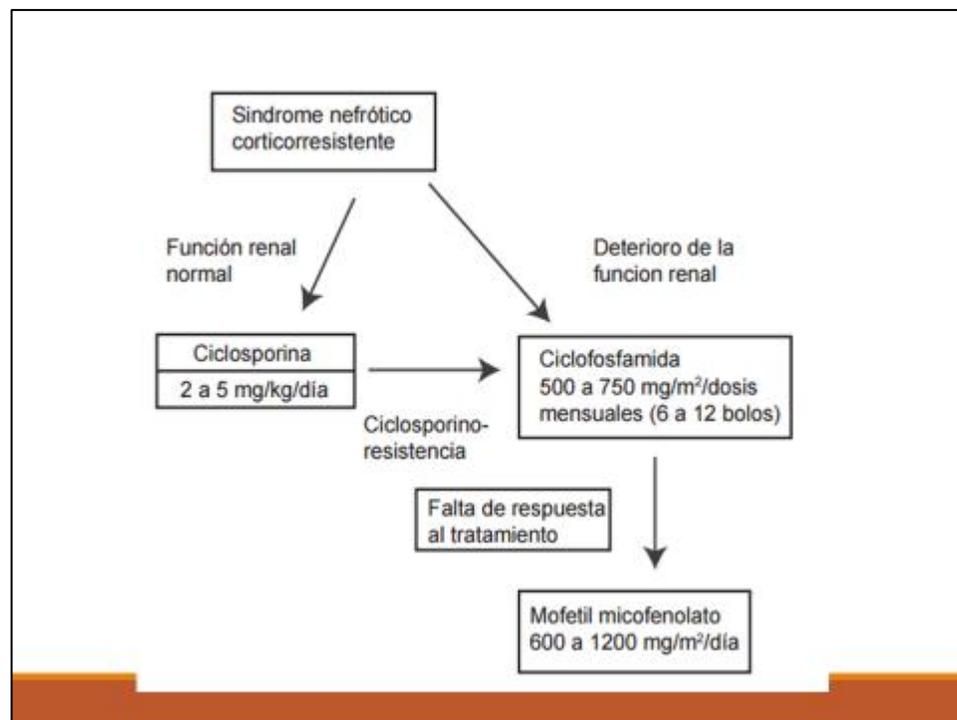


Tabla II. Protocolo inicial de tratamiento del Síndrome Nefrótico

TRATAMIENTO INICIAL DE SINDROME NEFROTICO

1º Prednisona 60/mg/m²/día durante 4-6 semanas

En caso de conseguir remisión:

- a) Prednisona 40 mg/m²/días alternos durante 4-6 semanas
- b) Retirada progresiva en 6 semanas

En caso de no respuesta:

Bolus iv de Metilprednisolona a 30 mg/Kg, a días alternos hasta un máximo de 3 bolus.

• En caso de obtener remisión continuar tratamiento con:

- a) Prednisona 40 mg/m²/días alternos durante 4-6 semanas
- b) Retirada progresiva en 6 semanas

• En caso de no respuesta:

↳ TRATAMIENTO DE SN CORTICORRESISTENTE

Tabla III. Protocolo de tratamiento de las recaídas de síndrome nefrótico

TRATAMIENTO DE LAS RECAIDAS

Prednisona 60/mg/m²/día hasta desaparición de proteinuria 5 días

En caso de conseguir remisión:

- a) Prednisona 40 mg/m²/días alternos durante 4-6 semanas
- b) Retirada progresiva en 6 semanas

En caso de evolución con 2 recaídas consecutivas durante la retirada de tratamiento o durante los 15 días después de retirado:

↳ TRATAMIENTO DE SN CORTICODEPENDIENTE.

En caso de no respuesta tras 6 semanas de tratamiento:

Bolus iv de Metilprednisolona a 30 mg/Kg, a días alternos hasta un máximo de 3 bolus.

• Obtenida la remisión continuar tratamiento con:

- a) Prednisona 40 mg/m²/días alternos durante 4-6 semanas
- b) Retirada progresiva en 6 semanas

• Si no se obtiene respuesta:

↳ TRATAMIENTO DE SN CORTICORRESISTENTE

Tabla IV. Protocolo de tratamiento del Síndrome Nefrótico Corticodependiente

TRATAMIENTO SN CORTICODEPENDIENTE

1º PREDNISONA

2º CICLOFOSFAMIDA

3º MICOFENOLATO MOFETIL

4º CICLOSPORINA

OTRAS ALTERNATIVAS

CLORAMBUCIL

MOSTAZA NITROGENADA

LEVAMISOL

MICOFENOLATO + PREDNISONA

CICLOSPORINA + PREDNISONA

MICOFENOLATO + CICLOSPORINA

ANEXO 7

PROCEDIMIENTOS DE MANEJO EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA SEGÚN EL MSP PARA PACIENTES CON SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO CORTICORRESISTENTE, PREVIO A INICIAR OTRO TRATAMIENTO.

Valoración inicial e inmediata por médico.

- Determinar la edad del paciente y el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Determinar el tiempo de la administración de corticoides.
- Investigar los antecedentes y factores de riesgo de acuerdo a cada patología.
- Identificar y registrar en la Historia Clínica signos de peligro: hipovolemia, peritonitis, edema grave, hematuria, hipertensión arterial, retardo del crecimiento, obesidad, dificultad visual.

NIVEL I

Realizar exámenes: BH, hematocrito, química sanguínea, uroanálisis, glicemia.

Referir a nivel II para valoración por especialidad.

NIVEL II

Hospitalizar si el paciente tiene insuficiencia renal.

Valoración por parte del nefrólogo pediatra o pediatra encargado.

Realizar exámenes: BH, PC, VSG, hematocrito capilar, glicemia, electrolitos (Na, K, Ca), radiografía de tórax; al ingreso y PRN.

Canalizar vía intravenosa (administración de medicamentos).

Administrar antibióticos de acuerdo a la condición del RN.

NIVEL III

Realzar exámenes: BH, PCR, hematocrito, electrolitos, glicemia, densidad urinaria.

Para iniciar otra terapéutica por resistencia a corticoides, debe practicarse, biopsia renal, estudio del sexo genético y del gen de la podocina.

Terapia inicial:

- Metilprednisolona 30mg/kg en perfusión IV de 2-4 horas, a intervalos crecientes: 6 dosis en días alternos, 1 dosis semanal durante 8 semanas, 1 dosis cada 2 semanas durante 2 meses, 1 dosis mensual durante 8 meses y 1 dosis cada 2 meses durante 6 meses, asociado a 2 mg/kg en días alternos de prednisona oral. Si no hay una clara respuesta o se agrava a las 4 semanas de tratamiento se añade CF a 2- 3 mg/kg/día durante 8 semanas.
- Alternativa, Ciclofosfamida 2-3 mg/kg/día durante 12 semanas con dosis bajas de prednisona alterna 0,5mg/kg/48h.

Si no se obtiene respuesta con las opciones anteriores, se iniciara con Ciclosporina A 5-7mg/kg/día.

BIBLIOGRAFÍA

Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Seguros de Salud. Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico de Pediatría. Bolivia: INASES; 2005.

Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud. Coordinación Nacional de Fomento y Protección. Programa de Atención a la Niñez. Normas de Atención a la Niñez. Quito: MSP; 2002.

Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Protocolos. En: Manual Técnico Operativo, Administrativo y Financiero. Ecuador: MSP; 2002. Pp. 8.

Mendizabal S. Evaluación del tratamiento inmunosupresor secuencial en pacientes pediátricos con síndrome nefrótico idiopático (tesis doctoral). Murcia: Departamento Pediatría. Facultad de Medicina; 2011.

Mediclopedia. Diccionario Ilustrado de Términos Médicos. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.iqb.es/diccio/v/vo.htm>

1. Morcillo F. Recién nacido pretérmino con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Capítulo 34. En: Moro. M (coordinador). Protocolos Diagnóstico y Terapéuticos de Neonatología en Pediatría. España: Asociación Española de Pediatría. [Sitio en Internet]. Disponible en: [http://www.aibarra.org/Apuntes/Materno-Infantil/Neonatología\(completo\).pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/Materno-Infantil/Neonatología(completo).pdf)
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Síndrome nefrótico. En: Pediatría. Manejo integral del niño. Primera versión. Draft para discusión. Washington, D.C.: OMS/OPS, AIEPI; 2005. Pp. 147-150.
3. Tema 4: Recuerdo anatómico-fisiológico del Aparato urinario. [Sitio en Internet]. Actualización: 05/07/03. Disponible en: <http://www.aibarra.org/ucip/temas/tema04/tema04.html>