

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**UNIDAD A EVALUAR:**

**UNIDAD 2**

**MATERIA:**

**FISIOPATOLOGÍA**

**TEMA DEL TRABAJO:**

**RESUMEN DE SX NEFROTICO Y NEFRITICO.**

**NIOMBRE DEL DOCENTE:**

**EDUARDO ZEBADUA GUILLEN**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:**

**JALIXA RUIZ DE LA CRUZ**

**FECHA DE ENTREGA:**

**15/10/2020**

## **SX NEFRÓTICO.**

El síndrome nefrótico se define como la presencia de proteinuria superior a 3,5 g/24 h/1,73 m<sup>2</sup> en adultos (proteínas/Cr > 3 mg/mg) o 40 mg/h/m<sup>2</sup> en niños, que produce un descenso de las cifras de albúmina plasmática (hipoalbuminemia), generalmente acompañado de edemas e hiperlipidemia. Es consecuencia del aumento de la permeabilidad para las proteínas y es expresión de una enfermedad glomerular cuando existe una alteración funcional o morfológica de la barrera de filtración. Según datos del Registro Español de Glomerulonefritis, el síndrome nefrótico constituye el motivo más frecuente de realización de biopsia renal en todos los grupos de edad.

La pérdida de proteínas en orina origina una serie de alteraciones que constituyen las características del síndrome nefrótico:

- ✚ Hipoalbuminemia: aparece cuando la capacidad de síntesis hepática se ve superada por las pérdidas urinarias de albúmina y el catabolismo renal.
- ✚ Edema: suele ser la primera manifestación; aparece en partes blandas y en casos graves puede comportar ascitis, derrame pleural y anasarca. Es debido a la reabsorción de sodio y agua secundaria a la disminución de la presión oncótica capilar o estimulada directamente por la proteinuria.
- ✚ Hiperlipidemia con aumento de las cifras de colesterol total, lipoproteínas de densidad baja (LDL), muy baja (VLDL) e intermedia (IDL), lipoproteína A y, con menos frecuencia, hipertrigliceridemia y descenso de las cifras de lipoproteínas de alta densidad (HDL). La lipiduria se manifiesta con aparición de cilindros grasos en el sedimento urinario.
- ✚ Pérdida de inmunoglobulinas y de factores del complemento, que conlleva una tendencia especial a la aparición de infecciones (peritonitis espontáneas, celulitis, e infecciones pulmonares, meníngeas y digestivas).
- ✚ Trombosis, con una incidencia de entre el 5 y el 60%; suele aparecer en venas renales y de extremidades inferiores, aunque también pueden afectarse territorios arteriales.
- ✚ Hipertensión arterial, que aparece en el 42,5% de los pacientes.

- ✚ Insuficiencia renal aguda, que se observa con más frecuencia en pacientes de edad avanzada, con hipoalbuminemia grave, tratados con dosis altas de diuréticos.

La biopsia de riñón está indicada en la evaluación del síndrome nefrótico en adultos, excepto en aquellos con diabetes de los que no se sospecha que padezcan una enfermedad distinta de la nefropatía diabética. En niños con síndrome nefrótico Por lo general, no está indicada una biopsia de riñón (el 90% de los pacientes Los casos se deben a cambios mínimos (glomerulonefritis), excepto en casos de Síndrome nefrótico, resistente a corticoides o con frecuentes recaídas. El tratamiento general incluye: reducir el edema, controlar Presión arterial y perfil lipídico, así como profilaxis de trombosis.

## **SX NEFRÍTICO.**

El síndrome nefrótico se caracteriza por edema, oliguria, hematuria (con cilindros hemáticos en el sedimento urinario), disminución del filtrado glomerular e hipertensión arterial, normalmente de instauración aguda. Típicamente se ha relacionado con la forma de presentación de la glomerulonefritis aguda posinfecciosa, sobre todo asociada a infecciones estreptocócicas.

Aparece como macrohematuria en el 30-50% de los casos, con datos de hematuria glomerular. En la glomerulonefritis aguda posestreptocócica se presenta tras 2-3 semanas de una infección faringoamigdalal o 4-6 semanas de una infección cutánea. La hipertensión arterial suele ser moderada, con edemas en párpados y extremidades inferiores. En algunos casos puede producirse insuficiencia cardíaca congestiva. La proteinuria es inferior a 1-2 g/24 h.

Es importante tener un historial médico completo y hacer preguntas. Antecedentes familiares, manifestaciones clínicas sistémicas, infecciones recientes o consumo de drogas. Durante el examen físico, evaluaremos la presencia de edema, hipertensión arterial o datos de insuficiencia cardíaca. La ausencia de manifestaciones clínicas sistémicas es la historia La infección, la hipocomplementemia y los títulos elevados

de anticuerpos antiestreptolisina suelen hacer el diagnóstico de glomerulonefritis. Enfermedad aguda posterior a estreptococos. Se indicaría una biopsia de riñón si hubiera alguna Datos que ponen en duda el diagnóstico o insuficiencia renal progresiva. Si se sospechan otros tipos de infección o se observan manifestaciones clínicas sistémicas, se justificaría la realización de pruebas serológicas, la realización de cultivos y las pruebas de autoanticuerpos o inmunoglobulinas.

De acuerdo con el tratamiento consiste en tratar la infección, o específicamente el trastorno subyacente si se debe a otra entidad. El tratamiento general del síndrome nefrítico se basa en el manejo adecuado del volumen y el control tensional. Para el control del edema se emplean diuréticos de asa y restricción hidrosalina. En caso de insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón, se emplea oxígeno, morfina y nitroglicerina. El control tensional se consigue con bloqueadores del sistema renina-angiotensina y diuréticos. En caso de uremia grave, hiperpotasemia y/o insuficiencia cardíaca refractaria puede estar indicada la diálisis.