



Licenciatura en medicina humana

Carlos Fernando Ruiz Ballinas

Dr. Gerardo Cansino Gordillo

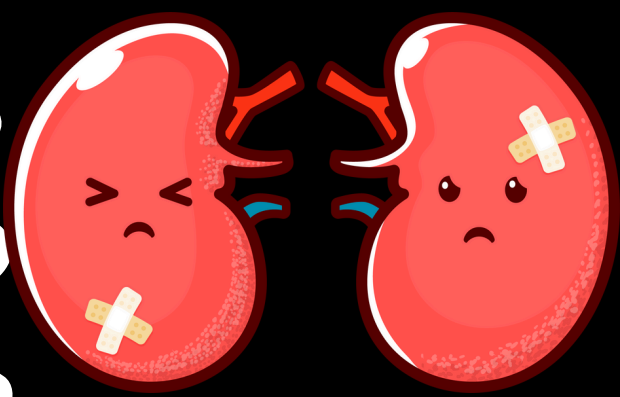
Infografías

Fisiopatología III

4° "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 20 de diciembre del 2024.

SÍNDROME NEFROTICO



CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

- Proteinuria masiva (>3.5 g/día).
- Hipoalbuminemia.
- Edema generalizado (cara, extremidades inferiores).
- Hiperlipidemia y lipiduria

CAUSAS COMUNES

- Glomeruloesclerosis focal y segmentaria.
- Nefropatía diabética.
- Amiloidosis.
- Enfermedad por cambios mínimos.



DIAGNÓSTICO

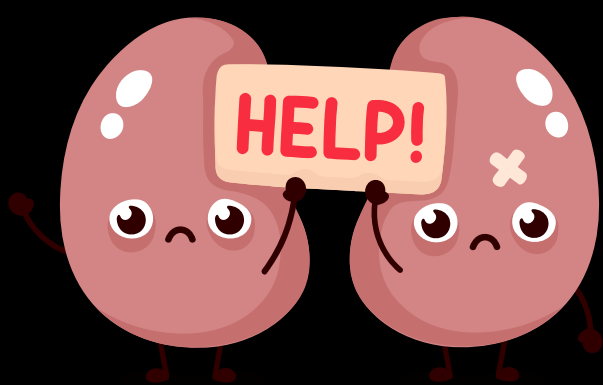
- Análisis de orina: proteinuria masiva y lipiduria.
- Exámenes sanguíneos: niveles bajos de albúmina e hiperlipidemia.
- Biopsia renal: identifica la causa subyacente

TRATAMIENTO

- Restricción de sal y diuréticos para controlar el edema.
- Inhibidores de la ECA o ARA II para reducir la proteinuria.
- Esteroides o inmunosupresores si hay una causa inmunológica (p. ej., enfermedad por cambios mínimos).
- Manejo de lípidos con estatina



SÍNDROME NEFRÍTICO

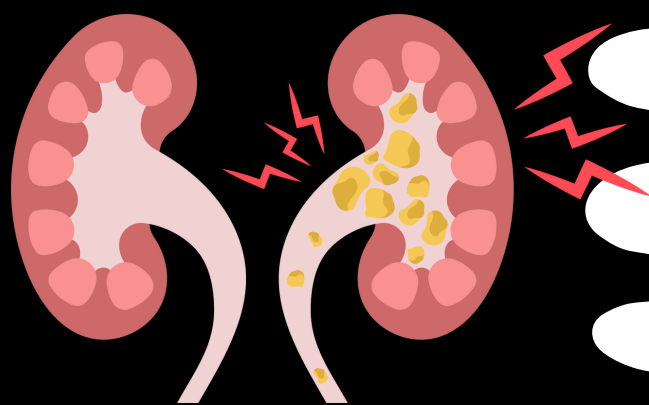


CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

- Hematuria (orina color "cola de té").
- Oliguria (disminución del volumen urinario).
- Hipertensión arterial.
- Edema (menos severo que en síndrome nefrótico).
- Proteinuria leve a moderada.

CAUSAS COMUNES

- Glomerulonefritis postestreptocócica.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
- Nefropatía IgA.



DIAGNÓSTICO

- Análisis de orina: hematuria, proteinuria, y cilindros hemáticos.
- Exámenes de sangre: elevación de creatinina y urea, complemento sérico bajo (en algunas etiologías).
- Biopsia renal: confirma el diagnóstico y la causa.

TRATAMIENTO

- Control de la hipertensión arterial con antihipertensivos (calcioantagonistas o IECA).
- Restricción de líquidos y sodio para el edema.
- Corticoides o inmunosupresores en glomerulopatías autoinmunes.
- Tratamiento de infecciones subyacentes (como estreptococo).



LESIÓN RENAL CRÓNICA



CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

- Progresión lenta y permanente del daño renal.
- Disminución del filtrado glomerular ($< 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ por ≥ 3 meses).
- Anemia, fatiga y debilidad.
- Retención de líquidos: edema y congestión.
- Desequilibrio electrolítico (hiperpotasemia).

CAUSAS COMUNES

- Diabetes mellitus (principal causa).
- Hipertensión arterial crónica.
- Glomerulopatías crónicas.
- Enfermedades autoinmunes.



DIAGNÓSTICO

- Pruebas de laboratorio: elevación de creatinina y urea, anemia normocítica, alteraciones en el metabolismo del calcio y fósforo.
- EGO: proteinuria persistente, sedimento urinario anormal.
- Imagenología: ecografía renal (riñones pequeños y con cicatrices)

TRATAMIENTO

- Manejo de la causa subyacente (diabetes, hipertensión).
- Restricción de sodio, potasio, y proteínas en la dieta.
- Suplementos de vitamina D y calcio para prevenir osteodistrofia renal.
- Diuréticos para manejar el edema.
- Terapia de reemplazo renal en etapas avanzadas (diálisis o trasplante).



Referencias

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Nefrótico Primario en Niños*. Recuperado de
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Nefrótico Agudo Postestreptocócico en Edad Pediátrica*. Recuperado de
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). *Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana*.

)