

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS Y POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA “DR. NELSON ORTA SIBÚ”
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**

**UTILIDAD DE LA ESCALA SLEDAI EN PACIENTES PEDIATRICOS CON
SÍNDROME NEFRÓTICO EN DEBUT PARA EL DIAGNÓSTICO DE LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA
JULIO 2022- JULIO 2023**

Trabajo Especial de Grado que se presentará como Requisito para Optar al Título
de Especialista en Nefrología Pediátrica

AUTOR: Amarilis G. Tablante Peña

TUTOR: Elsa Lara

Valencia, Marzo 2024.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS Y POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA “DR. NELSON ORTA SIBÚ”
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**

**UTILIDAD DE LA ESCALA SLEDAI EN PACIENTES PEDIATRICOS CON
SÍNDROME NEFRÓTICO EN DEBUT PARA EL DIAGNOSTICO DE LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA
JULIO 2022- JULIO 2023**

AUTORA: Dr. Amarilis G. Tablante Peña

Valencia, Marzo 2024.



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

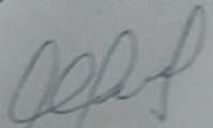
UTILIDAD DE LA ESCALA SLEDAI EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SINDROME NEFRÓTICO EN DEBUT PARA EL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA JULIO 2022 - JULIO 2023

Presentado para optar al grado de **Especialista en Nefrología
Pediátrica** por el (la) aspirante:

TABLANTE P., AMARILIS G.
C.I. V - 16691648

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Elsa J. Lara C.I. 7112322, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **01/07/2024**


Prof. Elsa J. Lara

(Pdte)

C.I.

Fecha

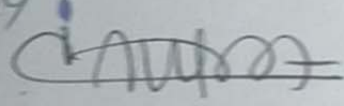
7112322
01/07/2024


Prof. Patricia Zibaoui

C.I. 7.269.098

Fecha 01/07/2024




Prof. Clara Uviedo

C.I. 10.229.104

Fecha 01/07/2024

TG:27-24



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS Y POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA “DR. NELSON ORTA SIBÚ”
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”

**UTILIDAD DE LA ESCALA SLEDAI EN PACIENTES PEDIATRICOS CON
SÍNDROME NEFRÓTICO PARA DEBUT EN EL DIAGNOSTICO DE LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA
JULIO 2022- JULIO 2023**

Autora:

Dr. Amarilis G. Tablante Peña

Resumen

El Síndrome nefrótico se caracteriza por proteinuria en rango nefrótico >40 mg/m²/sc/h, hipoalbuminemia (albúmina sérica $< 2,5$ gr/dL), edema y dislipidemia, puede ser primario o secundario a enfermedades sistémicas como el LES, el cual tiene incidencia de 0.6 por cada 100.000 niños. El objetivo de la investigación fue determinar la utilidad de la escala SLEDAI en pacientes pediátricos con síndrome nefrótico en debut para el diagnóstico de LES durante el periodo de julio 2022 a julio 2023. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio transversal no experimental y prospectivo con una muestra de 16 pacientes con diagnóstico de síndrome nefrótico en debut, a quienes se les aplicó la escala SLEDAI con realización respectiva de perfil inmunológico. **Resultados;** El grupo etario más afectado por el síndrome nefrótico en debut fueron adolescentes, del género femenino en un 87.50%, con una edad promedio de 10,75 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: cefalea en un 62.5%, eritema malar 93.75%, edema 100%, artralgias 37.25%, proteinuria 100% y hematuria con un 56.25 %. Entre los marcadores inmunológicos el ANA y AntiDNA predominaron con un 56.25%. En relación a las complicaciones; la lesión renal aguda se encontró en el 64.75% de los casos siendo más frecuente en el sexo femenino y uno en el sexo masculino. De acuerdo a la clasificación por la escala de SLEDAI para actividad lúpica, el 94 % de la muestra estudiada presentó un puntaje correspondiente a actividad severa; con mejoría clínica y paraclínica a los 5 y 10 días posterior al manejo terapéutico en un 56%. **Conclusión:** De los 16 pacientes evaluados, 9 presentaron perfil inmunológico positivo, demostrando la utilidad de la escala SLEDAI que permitió clasificar la actividad inmunológica en leve, moderada y severa e instaurar el tratamiento de manera precoz, esto condujo a una evolución satisfactoria en los pacientes, logrando disminuir el índice de complicaciones en los pacientes.

Palabras clave: Escala, Sledai, Síndrome, Nefrótico, Debut, Lupus Eritematoso, Sistémico.

ÍNDICE

Introducción	4
Materiales y Métodos	12
Resultados	14
Discusión	17
Conclusión	18
Recomendaciones	19
Referencias Bibliográficas	21

Introducción.

El Síndrome Nefrótico (SN) es la manifestación clínica de las alteraciones bioquímicas producidas por una lesión glomerular que tiene como punto fundamental la alteración de la permeabilidad de la pared capilar glomerular, dando origen a una proteinuria masiva con hipoalbuminemia. Las manifestaciones clínicas son derivadas de esta situación de hipoalbuminemia, como consecuencia directa de la afectación de otros órganos y sistemas, así como de los mecanismos de compensación inducidos por ello₁.

Es así como la incidencia mundial del SN en la población pediátrica se sitúa entre 2 y 7 casos por cada 100,000 niños, mientras que la prevalencia en menores de 16 años es de 15 casos por cada 100,000 habitantes, con una prevalencia acumulativa de 15.7 por cada 100,000 niños. Esto significa que aproximadamente un niño de cada seis mil desarrolla SN en la población pediátrica. La Asociación Internacional para el Estudio de las Enfermedades Renales (AIER) reportó que de 471 niños diagnosticados con SN, el 78.1% que presentaba SN primario respondió positivamente a la corticoterapia, y de este grupo, el 91.8% mostró histología de cambios mínimos₂.

En cuanto a la edad de debut se observa mayor frecuencia en niños de 2 a 8 años, alcanzando su máxima incidencia entre los 3 y 5 años. En el 80% de los casos, los niños tienen menos de 6 años en el momento de la presentación, con una edad promedio de 2.5 años para el subtipo de cambios mínimos (SNCM) y 6 años para el síndrome nefrótico focal y segmentario (GEFS)₂.

En cuanto al género, los varones presentan una mayor incidencia que las niñas, con una proporción de 1,8 a 1. Se ha observado una incidencia familiar de aproximadamente el 3,35%, indicando la existencia de una predisposición genética y la influencia de factores ambientales en la distribución racial de la enfermedad. Además, diversos estudios han evidenciado que la atopía se manifiesta en un rango que va del 34% al 60% en niños con síndrome nefrótico y cambios mínimos (SNCM). Estos niños muestran concentraciones elevadas de IgE, superiores a 1500 UI/l, lo cual se asocia con recaídas frecuentes₂.

En este contexto, el Síndrome Nefrótico Primario (SNP) se caracteriza por la ausencia de una enfermedad sistémica o fármaco etiológico identificable asociado a la alteración glomerular. Esta forma predomina en general, abarcando más del 90% de los casos en edades comprendidas entre 1 y 10 años. La enfermedad de cambios mínimos (ECM) destaca como la alteración histológica predominante en pacientes con SNP, presente en más del 85% de todos los casos diagnosticados₁.

En contraste, el SN secundario se asocia a enfermedades sistémicas o procesos identificables que causan lesiones en los glomérulos. Entre estos factores se incluyen infecciones como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis, hepatitis B, toxoplasmosis, endocarditis y mononucleosis infecciosa. Además, se relaciona con el uso de ciertos fármacos como interferón, litio y captopril, así como trastornos inmunológicos como el lupus eritematoso sistémico (LES) y vasculitis. También se vincula a condiciones asociadas al cáncer, como linfoma, leucemia y tumores sólidos₁.

Por consiguiente, el SN se desarrolla como consecuencia de enfermedades renales que deterioran y aumentan la permeabilidad de la barrera de filtración glomerular. Esta barrera, compuesta por células endoteliales fenestradas, membrana basal glomerular y podocitos con sus procesos podocitarios, desempeña un papel crucial al actuar como barrera protectora durante la filtración glomerular. Utiliza mecanismos de selectividad de carga y tamaño para evitar el paso de proteínas y macromoléculas desde los capilares al espacio urinario. Cualquier alteración o lesión en alguno de estos componentes resulta en un aumento de la permeabilidad de la barrera y, por consiguiente, en la pérdida de proteínas a través de la orina₁.

El SN se caracteriza por proteinuria en rango nefrótico ($>40 \text{ mg/m}^2/\text{sc/h}$), hipoalbuminemia (albúmina sérica $< 2,5\text{gr/dL}$), edema y dislipidemia, la pérdida de proteínas en la orina conduce a alteraciones, siendo el edema una manifestación común que suele presentarse después de eventos desencadenantes como infecciones de las vías respiratorias superiores o picaduras de insectos. El edema

periorbitario se presenta como la primera manifestación clínica en niños, a menudo malinterpretado como una reacción alérgica¹.

Por su parte, el LES es una enfermedad crónica autoinmune que afecta diversos órganos, manifestándose con una variedad de cuadros clínicos y la presencia predominante de autoanticuerpos, especialmente los antinucleares (ANA). Dentro de este grupo, los anticuerpos antiDNA de doble cadena (dsDNA) y anti-Sm son los más específicos. La patogenia del LES implica factores genéticos, inmunológicos, hormonales y ambientales. Se estima que un 20-30% de los casos se inician en la primera o segunda década de la vida³.

En los Estados Unidos, la incidencia anual se ha calculado en aproximadamente 0.6 casos por cada 100,000 niños, con una prevalencia de 5-10 casos por cada 100,000 niños. Esta incidencia varía significativamente según la etnia, siendo tres veces mayor en afroamericanos, asiáticos e indoamericanos. Además, la enfermedad tiende a presentarse más comúnmente en niñas, con un 80% de los casos, y la media de edad del diagnóstico se encuentra entre los 11 y 12 años, siendo raro su inicio antes de los 5 años³.

A tal efecto, la Nefritis Lúpica (NL) constituye uno de los principales factores de morbilidad en el lupus, afectando a entre el 50% y el 75% de los casos de LES en niños. Los síntomas de la NL abarcan hematuria macroscópica o microscópica, proteinuria, hipertensión arterial o enfermedad renal crónica. Puede manifestarse de manera asintomática o evolucionar hacia glomerulonefritis rápidamente progresiva y enfermedad renal crónica. El diagnóstico temprano es crucial, ya que un tratamiento adecuado mejora el pronóstico y reduce la morbilidad⁴.

La evaluación anatómo-patológica mediante biopsia renal es fundamental para determinar el grado de afectación renal y establecer la estrategia terapéutica adecuada, dado que los síntomas clínicos y los datos analíticos no reflejan con precisión la gravedad de la enfermedad renal. La clasificación histológica se realiza actualmente siguiendo los criterios de la Sociedad Internacional de Nefrología y la Sociedad de Patología Renal (ISN/RPS 2003)⁵.

En cuanto a las manifestaciones sistémicas del LES, es esencial investigar cualquier tipo de afectación renal, ya que puede evolucionar hacia NL. Según la clasificación diagnóstica establecida por "The European Alliance of Associations for Rheumatology" (EULAR) y el "American College of Rheumatology" (ACR), la afectación renal se define por la aparición de proteinuria $>0,5$ g/24 h o hallazgos histológicos de NL Clases II, III, IV o V₆.

Por otra parte, SLEDAI es un índice global que fue desarrollado por un grupo de expertos de Toronto en 1986 que a diferencia de los demás permite una rápida revisión de los signos y síntomas que se presentan en el paciente que pueden orientar al diagnóstico de LES₆. De este modo, los criterios de clasificación no significan juicios clínicos diagnósticos, pero se utilizan con frecuencia para detectar pacientes con síntomas clínicos y características de laboratorio propios de la enfermedad. Además, en 1971, el American College of Rheumatology (ACR) publicó los primeros criterios preliminares para LES, correspondiendo a 11 criterios tanto clínicos como inmunológicos. Los criterios ACR de 1997 fueron publicados por el Grupo Systemic Lupus Internacional Collaborating Clinics (SLICC) con 11 criterios clínicos y 6 inmunológicos₇.

De lo antes expuesto, se debe agregar que la presencia de hematíes dismórficos, cilindros hemáticos en el sedimento urinario y en los casos más graves, proteinuria en rango nefrótico, hipertensión y disminución del filtrado glomerular son indicadores clínicos y analíticos que no predicen el pronóstico ni ayudan a establecer un tratamiento, este debe basarse en los datos histológicos. Sin embargo, en la práctica médica se ha comprobado cuán útil resulta la aplicación sistemática de los instrumentos de medición de la actividad lúpica y daño acumulado, tales como SLEDAI y SLICC/ACR₇.

Así es que, la escala SLEDAI se divide en varios dominios que evalúan la presencia de síntomas y hallazgos clínicos específicos. Algunos de los dominios evaluados en la escala incluyen: síntomas generales (como fiebre y fatiga), piel y mucosas (eritema malar, lesiones cutáneas), articulaciones (artritis), serositis (pleuritis, pericarditis), renales (presencia de proteinuria, hematuria), sistema nervioso central (cefalea, convulsiones) y otros. Cada dominio se puntúa según la

gravedad y se suman los puntos totales para obtener una puntuación global que refleje la actividad de la enfermedad. La escala se utiliza para monitorizar la evolución de la enfermedad y evaluar la respuesta al tratamiento en pacientes pediátricos con LES.⁸ Al respecto, la escala SLEDAI se utiliza para evaluar la actividad del LES, mientras que la escala SLICC se utiliza para clasificar y diagnosticar la enfermedad. Ambas escalas son herramientas importantes en el manejo y seguimiento de pacientes con LES, pero tienen objetivos y enfoques ligeramente diferentes⁹.

En este contexto, Hanna, M y colaboradores realizó un estudio con 39 pacientes pediátricos con síndrome nefrótico para analizar el índice de actividad lúpica (SLEDAI). La edad media fue de 14,75 años. La puntuación media del SLEDAI fue de 22 puntos (iQR 13,0-16,0). Se observó proteinuria nefrótica en 22 pacientes y no nefrótica en 17. La puntuación media del SLEDAI fue de 8,0 puntos (iQR 6,0-11,0) en pacientes con proteinuria nefrótica y de 6,7 puntos (iQR 4,0-9,0) en aquellos con proteinuria no nefrótica. Se identificaron diferentes clases histológicas de nefritis lúpica, siendo la clase IV la más prevalente (59,4%), seguida por la clase III (18,9%), III/V (10,8%), IV/V (8,1%) y VI (2,7%)¹⁰.

Los resultados sugieren que los niños que debutan con síndrome nefrótico pueden presentar una actividad inmunológica significativa, evidenciada en la puntuación del índice SLEDAI. La presencia de proteinuria en el rango nefrótico y las distintas clases histológicas de nefritis lúpica señalan la gravedad y la afectación renal en los pacientes pediátricos¹⁰.

El importante desafío que plantea la heterogeneidad y la falta de síntomas específicos del LES es ampliamente reconocida. En un estudio observacional por Shiliro y Cols registraron el comportamiento de los pacientes con lupus, y determinaron un retraso desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de 24 meses. Sólo el 28,4% de los pacientes recibieron un diagnóstico temprano, mientras que el 55,6% fue diagnosticado después de los 12 meses y consultó a varios facultativos antes del diagnóstico¹¹.

Estos hallazgos subrayan la necesidad crucial de abordar de manera específica y cuidadosa la NL en niños, reconociendo la complejidad de su manejo

y adaptando los enfoques terapéuticos a las características particulares en esta población. De tal manera, que al entender la relación entre el SN en debut y el LES en la infancia es esencial para orientar intervenciones médicas efectivas y mejorar los resultados clínicos en estos casos pediátricos¹⁰.

En este sentido, Hernández y Cols, en Colombia Bogotá, realizaron un estudio transversal evaluando a 41 pacientes con LES en edades comprendidas entre 9 y 17 años, predominó el género femenino (relación 2,6:1) con una edad promedio de 14 ± 2 años, se registró un tiempo promedio de 23 meses desde el diagnóstico. Los sistemas más afectados fueron el hematológico (70%), renal (62%), y osteoarticular (30%). El promedio del SLEDAI fue $7,85 \pm 8$ puntos, indicando que el 52% presentaba enfermedad activa según el Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI). El tratamiento incluyó antimaláricos y corticoides; el 92% recibió antimaláricos y el 85% corticoides¹².

Bajo estas premisas, Herrera M y colaboradores en su estudio de cohorte retrospectivo, examinaron 75 casos pediátricos con LES, observando una predominancia de manifestaciones cutáneas, renales y artritis en estos pacientes, todos cumpliendo con los criterios SLICC 2012 y con inicio antes de los 18 años. El tratamiento consistió en hidroxiclороquina y, en algunos casos, tratamiento esteroideo. El índice SLEDAI indicó que más del 50% alcanzaron remisión completa o actividad mínima, y la supervivencia a los 4 años fue del 95.7%¹³.

Del mismo modo, Cortes R, determinó la correlación entre cinco índices de actividad del LES en niños y la concordancia entre la evaluación clínica realizada por médicos especializados y los resultados de dichos índices. Participaron 30 pacientes menores de 18 años con diagnóstico de LES. Utilizaron diversas pruebas estadísticas, incluyendo la prueba de correlación de Spearman y el análisis de sensibilidad y especificidad. Los resultados revelaron que los índices que mostraron mayor correlación con el Sistema de Evaluación de la Actividad del LES (SLEDAI) fueron la opinión del experto y el Sistema de Índices de Severidad (SIS). Además, el SLEDAI y el SIS se correlacionaron mejor con la opinión del clínico. La sensibilidad y especificidad para cada índice fueron significativas. En conclusión, este estudio destaca la utilidad de estos índices en la evaluación de la

actividad del LES en niños, resaltando la importancia de considerar tanto la opinión clínica como las herramientas específicas para un manejo integral de la enfermedad¹⁴.

Barrios y Cols, caracterizaron clínicamente a los pacientes pediátricos con diagnóstico de LES, en una investigación transversal, de tipo descriptiva, donde la fiebre y el edema fueron las manifestaciones iniciales más frecuentes seguidas de artralgias y cefaleas. La NL se presentó en 52,53% de los casos y las alteraciones cardíacas como miocarditis y estenosis aórtica en un 15,79%. Los Anticuerpos antinucleares positivos se observaron en 45,45% con hipocomplementemia en 22,73%. Concluyen que el LES está presente en la población pediátrica y suele presentarse como una enfermedad con manifestaciones sistémicas severas, principalmente renal y miocárdica, requiriendo hospitalización y tratamiento de remisión oportuno¹⁵.

Harrison y Cols, en Sur África, analizaron en 93 pacientes con LES, donde la cohorte era multiétnica con ascendencia predominantemente mestiza (de color 65,6%) y negra. Las pruebas de laboratorio dieron positivas (antiADNbc); presentaron mayor puntuación al SLEDAI, ac anticardiolipina o anti glicoproteína beta-2, estuvieron presentes, pero no se realizaron en todos los pacientes, el 31% presentaban afección cardíaca desde el momento del diagnóstico en el 84,4% (derrame pericárdico 24%, insuficiencia y miocardiopatía en un 8% y no hubo endocarditis), tres pacientes presentaron taponamiento cardíaco que ameritaron pericardiocentesis y dos de ellos ventana pericárdica. Un 29% presentó alteraciones vasculíticas y trombóticas, artritis en 58% y NL en 30%, serositis 20%, e Hipertensión arterial 17%.¹⁶.

Existen varios instrumentos diseñados específicamente para evaluar de manera objetiva la actividad de la enfermedad y el daño acumulado en pacientes con LES. Estos instrumentos son fundamentales para poder asociar de manera oportuna el tratamiento ideal en cada paciente. En el servicio de nefrología pediátrica ubicado en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera el ingreso de pacientes con diagnóstico de síndrome nefrótico en debut es frecuente, por lo cual es necesario contar con una herramienta adecuada y sistematizada como la

escala de SLEDAI que permite realizar el diagnóstico precoz y oportuno en enfermedades como LES para poder prevenir complicaciones que conllevan al incremento de la morbilidad en estos pacientes.

Por todo lo anteriormente descrito el objetivo de la investigación fue Determinar la utilidad escala SLEDAI en pacientes pediátricos con síndrome nefrótico en debut para el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico en el Servicio de Nefrología Pediátrica Julio 2022 - Julio 2023, donde los objetivos específicos fueron: Distribuir a los pacientes con síndrome nefrótico en debut según edad y sexo; así como Caracterizar las manifestaciones clínicas y de laboratorio mediante la puntuación de la escala SLEDAI al ingreso a los 5 y 10 días de hospitalización; describir las complicaciones encontradas, el manejo terapéutico y la evolución de los pacientes de acuerdo al puntaje obtenido.

Materiales y Métodos

La presente investigación fue de tipo descriptiva, prospectiva y transversal, bajo el paradigma cuantitativo. La población estuvo constituida por los pacientes hospitalizados con diagnóstico de SN en debut en el Servicio de Nefrología pediátrica del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga, de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, de Valencia, Estado Carabobo, durante el periodo de estudio Julio 2022 hasta julio 2023. La muestra estuvo conformada por 16 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: diagnóstico de SN en debut, puntuación según escala SLEDAI > 2 puntos, además se realizó la toma de muestra para perfil inmunológico el día 1 de hospitalización, cuyo procesamiento se realizó en el mismo centro diagnóstico, de igual manera con el consentimiento informado previo de los representantes legales. Se procedió a recopilar información de cada paciente mediante un formulario diseñado con las variables y realizado por la investigadora. Se evaluó la progresión clínica y respuesta terapéutica en cada paciente según el resultado de la escala SLEDAI, siendo aplicada desde su ingreso; así como también a los 5 y 10 días de hospitalización. El manejo de cada paciente se basó en la clasificación según la escala de SLEDAI, considerando el nivel de actividad inmunológica que varió de leve, moderado a severo. Se aplicó

un enfoque terapéutico con fármacos, como esteroides y Ciclofosfamida. A lo largo del estudio, se registraron datos de laboratorio, abarcando valores del hemograma, colesterol y triglicéridos, proteínas totales y fraccionadas, azoados: ácido úrico, urea creatinina sérica, electrolitos séricos, Uroanálisis, proteinuria en 24 horas y perfil inmunológico (Ac Anti ANA, ANtiDNA, Ac AntiSM, C3, C4, ANCA).

La información recabada fue registrada en una base de datos en Excel 2007 y sometida a un análisis cuantitativo utilizando el paquete estadístico EPI INFO 7.2. Este análisis abarcó la determinación de la frecuencia y la desviación estándar en relación con los indicadores y variables del estudio. Para respaldar el análisis estadístico, se implementaron herramientas adicionales, entre ellas, el cálculo del chi cuadrado y la aplicación de intervalos de confianza con un nivel de 95%.

Resultados

Tabla 1. Distribución de pacientes con síndrome nefrótico en debut según edad y género.

Edad (Años)	Femenino		Masculino		Total		IC 95%
	F	%	F	%	F	%	
2 a 6	2	12.5	1	6.25	3	18.75	94
7 a 10	2	12.5	0	0	2	12.5	m: 10,75 años
11 a 15	10	62.5	1	6.25	12	68.75	M: 12 años
Total	14	87.5	2	12.5	16	100	S:3,6 años
X² = 8,02		Df: 4		P: 0.09			

Fuente: Tablante 2023

De la muestra evaluada, se observó que los adolescentes representaron el 68.75% de los casos. Siendo el género femenino el más frecuente con un 62.5%, en comparación con el género masculino, que representó el 6.25%. La media de edad de los pacientes fue de 10.75 años. El análisis estadístico reveló una asociación significativa entre la edad y el síndrome nefrótico en debut, como lo indica el valor de $X^2 = 8.02$, con una significancia estadística de $p < 0.09$.

Tabla 2. Manifestaciones clínicas y de laboratorio mediante la puntuación de la escala SLEDAI al ingreso a los 5 y 10 días de hospitalización

Manifestaciones Clínicas	Ingreso		5 días		10 días	
Neurológicas	F	%	F	%	F	%
Cefalea	10	62,25	5	31.2	0	
Piel y faneras						
Eritema malar	15	93.75	12	75	5	31.25
Alopecia	5	31.25	5	31.25	5	31.25
Cardiovascular						
Hipertensión Arterial	3	18.75	1	6.2	0	
Hematológico						
Anemia	15	94	15	94	9	56.25
Trombocitopenia	2	12.50	0		0	
Leucopenia	2	12.50	0		0	
Pulmonar						
Dificultad respiratoria	4	25	2	12.5	0	
Osteoarticulares						
Artralgias	8	50	5	25	3	18,75
General						
Fiebre	6	37.5	3	18.7	0	
Edema	16	100	1	68.7	4	25
Anasarca	12	75	7	43.7	0	
Laboratorio						
	Ingreso		5to día		10 días	
Urea (mg/dl)						
45 a 54	5	31,25	2	12,5	0	0
55 a 64	3	18,75	2	12,5	0	0
65 a 74	3	18,75	0	0	0	0
						X=57,67mg/dl Ds± 8,3
Creatinina (mg/dl)						
0,6 a 0,8	5	31,25	2	12,5	0	0
0,9 a 1,1	3	18,75	1	6,25	0	0
1,2 a 1,3	3	18,75	0	0	0	0
						X=0,73mg/dl Ds± 0,15
Ácido úrico (mg/dl)						
4,5 a 5,5	5	31,25	3	18,7	0	0
5,6 a 6,5	3	18,75	0	0	0	0
6,6 a 7,5	3	18,75	0	0	0	0
						X= 5,83 mg/dl Ds± 0,88
Proteinuria >40 mg/m2sc/h	16	100	16	100	7	43.7
Cilindruria	3	18.75	0	0	0	0
Hematuria	9	56.25	5	31.2	2	12.5
Pruebas Inmunológicas						
Ac Anti DNA positivo					10	62,50
ANtiDNA positivo					10	62,50
Ac AntiSM positivo					0	0
C3 rango disminuido					1	6,25
Ac ANCA positivo					0	0
X²: 4,1 df: 3 P: 0,02 S:4 IC:95% = 90%						

Fuente: Tablante (2023).

Se evidenció que el 62.25% de los pacientes presentaban cefalea al ingreso, la cual disminuyó significativamente con un 31.2% a los 5 días con ausencia de este síntoma a los 10 días. Respecto a las manifestaciones cutáneas,

el eritema malar se presentó al ingreso en el 93.75% de los pacientes, descendiendo al 75% a los 5 días y al 31.25% a los 10 días de hospitalización. La hipertensión arterial, estuvo presente en el 18.75% de los casos al ingreso, persistió en un solo paciente al quinto día, con ausencia de la misma a los 10 días. El 94% de los pacientes presentaron anemia al ingreso, esta se mantuvo a los 5 días, y disminuyó a un 56.25% a los 10 días. Las manifestaciones pulmonares dado por dificultad respiratoria se observaron en el 25% de los pacientes al ingreso, disminuyendo al 12.50% a los 5 días, con resolución en el total de los pacientes a los 10 días. El 50% presentó artralgias al ingreso, reduciéndose al 25% a los 5 días y al 18.75% a los 10 días. En cuanto a las manifestaciones generales, la pérdida de peso fue evidente en el 12.50% de los casos al ingreso, disminuyendo al 6.25% a los 5 días, con ausencia total a los 10 días. La fiebre, presente en el 37.5% al ingreso, descendió al 18.75% a los 5 días, y a los 10 días ya no se observó en ningún paciente. El edema se presentó en el 100% al ingreso, descendiendo al 68.7% a los 5 días y al 25% a los 10 días. La anasarca fue evidente en el 75% al ingreso, descendiendo al 43.7% a los 5 días, desapareciendo a los 10 días. Con relación a los resultados de laboratorio, se observó niveles elevados de urea, al igual que la creatinina y el ácido úrico. Para la creatinina el 31.25% estuvo en un rango de 0.6 a 0.8 mg/dl, seguido por el 18.75% en el rango de 0.9 a 1.1 mg/dl para el ingreso. A los 5 días, hubo una disminución considerable del 12.5% en el rango de 0.6 a 0.8 mg/dl y 6.25% en el segundo rango. A tal efecto a los 10 días, ya estos valores se encontraban dentro la normalidad; con una media de 0.73 mg/dl y una desviación estándar de ± 0.15 . En cuanto a la urea al ingreso el 31.25% de los pacientes estuvo en el rango de 45 a 54 mg/dl, seguido por el 18.75% de 55 a 64 mg/dl. A los 5 días la tendencia a la baja al 12.5% en cada rango mencionado; y a los 10 días, se encontraban dentro de los valores normales con una media de 57.67 mg/dl y una desviación estándar de ± 8.3 .

Respecto al ácido úrico el 31.25% presento valores entre 4.5 a 5.5 mg/dl al ingreso y 18,75% estuvo en el rango de 5,6 a 7,5 mg/dl; a los 5 días, disminuyó al 18.75%, y para los 10 días de hospitalización se encontraban en rangos normales

para la edad, con una media de 5.83 mg/dl y una desviación estándar de ± 0.88 . En cuanto a la proteinuria, al ingreso el 100% de los pacientes tenía valores mayor a 40 mg/m²sc/h, persistiendo a los 5 días de hospitalización, y a los 10 días disminuyó al 43.75% de los casos. La cilindruria se presentó en el 18.75% de los casos al ingreso, mientras que la hematuria se observó en el 56.25% al ingreso, disminuyendo al 31.2% a los 5 días y al 12.5% a los 10 días. Las pruebas inmunológicas fueron tomadas el primer día de hospitalización obteniendo los resultados al décimo día reflejando que los anticuerpos anti-DNA y anti-SM estaban presentes en el 62.50% de los casos, mientras que C3 estuvo disminuido en el 6.25% de los pacientes.

Tabla 3. Distribución de las Complicaciones presentadas según el género.

Complicaciones	Femenino		Masculino		Total		IC 95%
Renales							
Lesión Renal Aguda	9	56.2	2	12.5	11	68.7	93%
Estadio I	4	25	1	6,25	5	25	
Estadio II	2	6,25	1	6,25	3	18,75	
Estadio III	3	18,75	0	0	3	18,75	
Alt.							
Hidroelectrolíticos							
Alt. Del Calcio	7	43.75	4	25	11	68.75	
Alt. Del Fosforo	5	31.25	3	18.75	8	50	
Alt. Del Potasio	5	31.25	3	18.75	8	50	
Cardiovasculares							
Aneurisma aórtico	1	6.25	0	0	1	6.25	
Pericarditis	2	12.50	1	6.25	3	18,75	
Endocarditis	1	6.25	0	0	1	6.25	
Edema agudo de pulmón	2	12.5	1	6.25	3	18.75	
Derrame pericárdico	1	6.25	1	6.25	0	0	
Pulmonares							
Derrame pleural	4	25	2	12,50	6	37.50	
Neurológicas							
Convulsiones	1	6.25	1	6.25	2	12.5	
X²: 14,5		df: 2		P: 0,009		S: 1,6	

Fuente: Tablante (2023).

En relación a las complicaciones renales, se observó que la Lesión Renal Aguda fue la más común, afectando al 68.7% de los casos; siendo el estadio I el más frecuente, representando el 25%, seguido de los Estadios II y III, ambos con

el 18.75%. Respecto a las alteraciones hidroelectrolíticas, se encontró que predominó la hipocalcemia con un 68%, mientras que en un 50% estuvieron presentes las alteraciones del fósforo y del potasio. En el ámbito cardiovascular, se observó la presencia de Aneurisma Aórtico, Endocarditis y Derrame pericárdico en el 6,25% de los casos; al respecto 18,75% de los pacientes presentaron edema agudo de pulmón y Pericarditis. En cuanto a las complicaciones neurológicas, las Convulsiones fueron detectadas en el 12.5% de los pacientes.

Tabla 4. Manejo terapéutico y evolución de los pacientes de acuerdo al puntaje obtenido según la escala SLEDAI.

	Diagnóstico de LES						Tratamiento		Mejoría Clínica
							Ingreso	Primeros 5 días y 10 días	
Índice de la escala SLEDAI	Ingreso	5 días	10 días	Metilprednisolona	Prednisona	DS ± 5 a 10 días			
Leve 2 -5	F 0 % 0	F 0 % 0	F 14 % 87	F 0 % 0	F 0 % 0	F 0 % 0			
Moderado 6-9	1 6	11 69	2 13	1 6	1 6	9 56			
Grave > a 10	15 94	5 31	0 0	15 94	15 94	7 44			
	m:24	m:9	m: 4,5	IC=95% / 90% P:0,06 S: 0,4			X ² : 7,8 df:2		

Fuente: Tablante (2023).

De acuerdo con los resultados, el 94% de los pacientes estuvo en actividad severa de acuerdo al puntaje de la escala SLEDAI, donde posterior a la terapéutica dado por pulsos de Metilprednisolona, disminuyo al 31% a los 5 días, y resolución en su totalidad a los diez días. En cuanto al tratamiento al ingreso, el 100% de los pacientes recibieron pulsos de metilprednisolona, donde a 15 de ellos se les administro 5 bolus diarios durante 5 días, excepto un paciente que recibió solo 3 bolus debido a que este último presento actividad inmunológica moderada. Al finalizar los bolus de metilprednisolona se inició prednisona a 60mg/m2/SC/día

en todos los pacientes. Evidenciando mejoría clínica en el 56% de los casos según el puntaje obtenido por la escala SLEDAI.

Discusión

Durante el estudio realizado en pacientes con Síndrome Nefrótico en debut y evaluados mediante la escala SLEDAI para el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), se destacaron varios aspectos clínicos de relevancia. En primer lugar, se observó que los adolescentes representaron el 68.75% de los casos. Este hallazgo es notable, ya que contrasta con la literatura previa que ha señalado una mayor incidencia del síndrome nefrótico en debut en preescolares y escolares. Por lo tanto, este resultado plantea la interrogante sobre si la edad de debut del LES tiene una mayor frecuencia en los adolescentes.

Este resultado sugiere una posible variabilidad en la presentación de la enfermedad según la edad. Además, se evidenció un marcado predominio del género femenino, con un 62.5% de los casos, en comparación con el masculino, que representó el 6.25%, una característica ampliamente documentada en la literatura médica como asociada al LES. Este hallazgo concuerda con los resultados del estudio llevado a cabo por Hernández y colaboradores en Bogotá, quienes también observaron una mayor proporción del género femenino ante el masculino con una relación de 2,6 niñas por cada niño. Esta tendencia en la distribución por género en pacientes con LES puede ser un factor relevante a considerar en el diagnóstico y manejo clínico de la enfermedad.

A tal efecto, durante el estudio del síndrome nefrótico en debut y el LES, se observó una mejoría significativa en los síntomas durante la hospitalización, incluyendo reducciones en la cefalea y el eritema malar, así como la resolución de la hipertensión arterial. También se notó una tendencia a la normalización de los valores elevados de urea, creatinina y ácido úrico a los 10 días, aunque persistió la proteinuria en un 43.75%, así como lo descrito por Barrios y Colaboradores en cuyo estudio la afectación renal representó el 52,53% de los casos; mientras que en la investigación de Harrison y Cols, los pacientes alcanzaron resolución de la hipertensión arterial.

En cuanto a los hallazgos inmunológicos, se encontraron anticuerpos anti-DNA y anti-SM en el 62.50% de los casos, mientras que C3 estuvo disminuido en el 6.25%. Por otro lado, en el estudio de Harrison y colaboradores, se destacó que la mayoría de los pacientes tenían anticuerpos antiADN bicatenario (antiADNbc), y aquellos con una puntuación más alta en el SLEDAI también exhibieron anticuerpos anticardiolipina o anti glicoproteína beta-2.

Además, se observó una alta incidencia de afectación cardíaca en el 84.4%, junto con alteraciones vasculíticas y trombóticas en un 29%, e hipertensión arterial en el 17%. Ambos estudios aportan información valiosa sobre el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), destacando la importancia de una confirmación diagnóstica precisa y una monitorización cuidadosa de los pacientes. Aunque abordan aspectos diferentes, uno enfocado en la evolución clínica y el otro en la diversidad étnica y los hallazgos de laboratorio, coinciden en la relevancia de los hallazgos clínicos y la confirmación diagnóstica mediante el perfil inmunológico. Estos hallazgos subrayan la complejidad del LES y la necesidad de un enfoque integral para su comprensión y manejo adecuados.

Los resultados de ambos estudios ponen de relieve la complejidad y la diversidad de las complicaciones asociadas al Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Por un lado, el estudio revela una alta incidencia de Lesión Renal Aguda en el 68.7% de los casos, acompañada de hipocalcemia en un impresionante 68%, y alteraciones en fósforo y potasio en el 50%. En contraste, el estudio liderado por Harrison et al. destaca una prevalencia significativa de afecciones cardíacas, observada en el 84.4% de los pacientes, donde el derrame pericárdico es la complicación más frecuente, afectando al 24%. Además, se registraron manifestaciones adicionales, como alteraciones vasculíticas y trombóticas en el 29% de los casos, artritis en el 58%, nefritis lúpica en el 30%, serositis en el 20%, e hipertensión arterial en el 17%. Estas cifras sugieren una correlación potencial entre la etnia y la presentación clínica del LES, lo que destaca la necesidad imperativa de un enfoque clínico holístico para mejorar la atención y los resultados en esta población de pacientes.

Ahora bien, el estudio reveló que el 94% de los pacientes presentaba actividad severa según la escala SLEDAI, pero posterior al tratamiento con pulsos de Metilprednisolona, este porcentaje disminuyó al 31% a los 5 días y se resolvió completamente a los 10 días. Todos los pacientes recibieron pulsos de metilprednisolona al ingreso, con la mayoría recibiendo 5 bolus diarios durante 5 días, aunque en un caso se administraron solo 3 bolus debido a una actividad inmunológica moderada. Después de los pulsos de metilprednisolona, se inició tratamiento con prednisona a 60mg/m²/SC/día en todos los pacientes, lo que resultó en mejoría clínica en el 56% de los casos según la escala SLEDAI. Estos datos subrayan la efectividad del tratamiento corticosteroideo en la mejora de la actividad del LES y respaldan su uso como terapia inicial en pacientes con manifestaciones graves de la enfermedad; coincidiendo con el manejo terapéutico realizado en el estudio de Herrera M y colaboradores, donde en el enfoque terapéutico los pacientes requirieron tratamiento esteroideo, aunque difiere en algunos casos que ameritaron hidroxiclороquina; siendo alentadores los resultados, ya que más del 50% de los pacientes lograron remisión completa o actividad mínima según la escala SLEDAI. Además, la alta tasa de supervivencia a los 4 años de dicho estudio, respalda la eficacia de este enfoque terapéutico a largo plazo. Ambos estudios resaltan la eficacia del manejo terapéutico y mejora de los resultados clínicos en pacientes con LES, mostrando una reducción significativa en la actividad de la enfermedad y una mejora en la supervivencia.

Conclusión

El Síndrome Nefrótico en debut en los adolescentes no es una entidad clínica frecuente, sin embargo este estudio demostró mayor incidencia del debut en este grupo etario, y que al aplicar la escala SLEDAI resulta de gran utilidad representando una herramienta eficaz para el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en pacientes con SN en debut; permitiendo el manejo oportuno

para evitar o disminuir la aparición de las complicaciones que comprometan la vida del paciente.

La presente investigación reveló una serie de hallazgos clínicos significativos en pacientes con síndrome nefrótico en debut que fueron evaluados para el diagnóstico de LES; destacando un marcado predominio del género femenino, en congruencia con la asociación bien documentada entre el LES y el sexo femenino. Durante la hospitalización, se observó una mejoría significativa en los síntomas, como la cefalea y el eritema malar, junto con la resolución de la hipertensión arterial. Sin embargo, persistieron ciertas anomalías bioquímicas, como la proteinuria, indicando la necesidad de un seguimiento continuo.

Los hallazgos inmunológicos también fueron consistentes con la literatura, con la presencia de anticuerpos anti-DNA y anti-SM, así como la disminución del C3 en algunos casos. En cuanto a las complicaciones asociadas al LES, se evidenció una alta incidencia de Lesión Renal Aguda, hipocalcemia y alteraciones en fósforo y potasio, subrayando la complejidad de la enfermedad y la importancia de un manejo clínico integral. El tratamiento con pulsos de Metilprednisolona demostró ser efectivo en la mejora de la actividad del LES, con una notable reducción en la puntuación de la escala SLEDAI y una mejora clínica en más de la mitad de los casos.

En resumen, estos hallazgos enfatizan la heterogeneidad y la gravedad de las manifestaciones del LES, así como la utilidad de la escala SLEDAI en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. La implementación de esta herramienta puede ser crucial para una intervención temprana y un manejo adecuado de los pacientes con LES, mejorando así los resultados clínicos y la calidad de vida.

Recomendaciones

Implementación rutinaria de la escala SLEDAI: Se recomienda utilizar la escala SLEDAI de forma rutinaria en la evaluación inicial de pacientes pediátricos con síndrome nefrótico en debut, ya que puede ayudar a identificar la actividad inmunológica y orientar hacia un posible diagnóstico de lupus eritematoso sistémico.

Formación y capacitación del personal de residentes: Es importante proporcionar formación y capacitación adecuadas al personal médico que trabaja con pacientes con síndrome nefrótico, para asegurar una correcta interpretación y aplicación de la escala SLEDAI en el contexto clínico.

Integración de la escala SLEDAI en protocolos de diagnóstico: La escala SLEDAI debe integrarse en los protocolos de diagnóstico estándar para pacientes pediátricos con síndrome nefrótico en debut, como una herramienta complementaria para evaluar la actividad de la enfermedad y guiar la selección de pruebas diagnósticas adicionales.

Seguimiento regular y evaluación de la respuesta al tratamiento: Se recomienda realizar un seguimiento regular de los pacientes pediátricos con síndrome nefrótico en debut utilizando la escala SLEDAI, para evaluar la respuesta al tratamiento y ajustar la terapia según sea necesario.

Referencias Bibliográficas

1. Salamanca Gutiérrez, M. J. (2020). Síndrome Nefrótico. *Nefrología*, 40(2), 112-122. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541004703074>
2. Abarca, V. (2020). Síndrome nefrótico en pediatría. *Revista Médica Sinergia*. Vol.5 Num:3, Marzo 2020. Consultado: 15-08-2022. Disponible: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/392>
3. Caggiani M (2015). Lupus eritematoso sistémico en niños y adolescentes. *Arch. Pediatr. Urug.* [online]. 2015, vol.86, n.4, pp.3-3. ISSN 0004-0584.
4. Alonso M (2017), lupus eritematoso sistémico. Epidemiología y presentación clínica en el noroeste de España.
5. International Society of Nephrology/Renal Pathology Society. (2003). International classification of glomerulonephritis. *Kidney International*, 63(1), 1131-1134. doi: 10.1046/j.1523-1755.2003.00373.x
6. European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR)/American College of Rheumatology (ACR). (2019). 2019 update of the EULAR/ACR classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 78(1), 20-28. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-212934
7. Hochberg, M. C., Ben-Chetrit, E., Petri, M., Merrill, J., Weisman, M. H., Wallace, D. J., ... & Alarcón, G. S. (1997). Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 40(9), 1725-1731. doi: 10.1002/art.1780400905
8. Alarcón-Segovia, D., Oreja-Guevara, C., Ruiz-Irastorza, G., Khamashta, M., Costenbader, K. H., Cervera, R., & European League Against Rheumatism. (2004). Systemic lupus erythematosus disease activity index in children and adolescents (SLEDAI-C/A): a new disease activity measure. *Arthritis and Rheumatism*, 50(1), 28-37. doi: 10.1002/art.20180
9. Ruiz-Irastorza, G., Khamashta, M., Cid, M. J., & Shoenfeld, Y. (2019). EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 78(2), 288-308. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-212935
10. Hanna, M., Grzeszczak, M., Mazur, E., Skórska, A., & Olszewski, M. (2022). Lupus nephritis activity index in pediatric patients with nephrotic syndrome. *Reumatología Polska*, 58(3), 323-331. doi: 10.5114/reupol.2022.113379.
11. Schilirò, D. Silvagni, E. Ciribè, B. Fattorini, F. Maccarrone V., Elefante, E. Signorini, V. Zucchi, D. Cardelli C., Bortoluzzi, A. Tani C. (2024). Systemic lupus erythematosus: one year in review 2024. Received on March 3, 2024; accepted in revised form on March 20, 2024. *Clin Exp Rheumatol* 2024; 42: 583-592.
12. Hernández C, Díaz A,Vásquez R (2021) Psicopatología en lupus eritematoso sistémico pediátrico. *rev.colomb.psiquiatr.* vol.50 no.1 Bogotá. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.005>.
13. Herrera M, Bohorquez M Y Tomalá J, (2020) Lupus eritematoso sistémico juvenil: características clínicas e inmunológicas en una cohorte ecuatoriana de 71 pacientes, experiencia de un Centro. Disponible en <https://doi.org/10.23878/medicina.v22i2.1097>
14. Cortes R, (2019) Actividad clínica de lupus eritematoso sistémico en pacientes pediátricos mexicanos: correlación entre la evaluación del médico y la obtenida por aplicación de cinco índices de actividad.

15. Barrios C, Lucena M.(2018) Caracterización clínica del lupus eritematoso sistémico pediátrico. Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Boletín Médico de Postgrado; 34(2): 46-51. ISSN: 0798-036
16. Harrison M, Liesl L (2019). Pediatric systemic lupus erythematosus patients in South Africa have high prevalence and severity of cardiac and vascular manifestations. Pediatric Rheumatology 17:76 <https://doi.org/10.1186/s12969-019-0382>



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DIRECCIÓN DE ESTUDIOS
AVANZADOS Y POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA “DR. NELSON ORTA SIBÚ”
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



Fecha:

CONSENTIMIENTO DEL INFORMADO

Yo, _____, cedula de identidad: _____ representante del paciente Nro. _____, doy consentimiento para que mi representado participe en calidad de paciente en el estudio titulado: **ESCALA SLEDAI EN PACIENTES CON SÍNDROME NEFRÓTICO EN DEBUT PARA DESCARTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA (JULIO 2022-JULIO 2023)**. Llevado a cabo por la doctora **Amarilis G. Tablante Peña**, cedula de identidad: V-16691648, dejo asentado que los datos obtenidos en este estudio serán anónimos y se utilizaran con fines médicos.

Certifico que se me ha explicado los procedimientos que serán realizados en mi representado que en este estudio es de tipo observacional, si por algún motivo deseo retirarme de dicho estudio, informare previamente al autor de dicho trabajo, sin ninguna obligación de cualquier índole.

Ficha de Recolección de Da

N°

Género	Femenino _____ Masculino _____	
Edad	≥ 1 mes-<6 meses _____	
	≥ 6 meses A < 2 años _____	
	≥ 2a meses A <6 años _____	
	≥ 10 años A ≤15 años _____	

ESCALA DE ACTIVIDAD LUPICA SLEDAI (TORONTO/1982)

Convulsiones	
Psicosis	
S. Orgánico Cerebral	
Alt. Pares Craneales	
Evento Vascular Cerebral	
Vasculitis	
Artritis	
Miositis	
Cilindros Urinarios	
Hematuria	
Proteinuria	
Piuria	
Eritema Malar	
Alopecia	
Úlceras en mucosas	
Pleuresia	
Pericarditis	
Hipocomplementemia	
Aumento unión DNA	
Fiebre	
Trombocitopenia	
Leucopenia	

ESCALA DE ACTIVIDAD LUPICA SLEDAI (TORONTO/1982)	
Alopecia	
Alt. Pares Craneales	
Artritis	
Aumento unión DNA	
Cilindros Urinarios	
Convulsiones	
Eritema Malar	
Evento Vascular Cerebral	
Fiebre	
Hematuria	
Hipocomplementemia	
Leucopenia	
Miositis	
Pericarditis	
Piuria	
Pleuresia	
Proteinuria	
Psicosis	
S. Orgánico Cerebral	
Trombocitopenia	
Úlceras en mucosas	
Vasculitis	

Laboratorios		
Leucocituria	Si	No
Proteinuria		
Cilindros hemáticos		
Leucopenia ≤ 4000		
Leucocitosis ≥ 10.000		
Trombocitopenia 100.000 - 150.000		
Dislipidemia		
Proteinuria 24h Negativa ≤4m2 sc/1.73		
Proteinuria Significativa 4-39 m2 sc/1.73		
Proteinuria Rango nefrótico ≥ 40 m m2 sc/1.73		

TERAPEÚTICA	SI	NO
Pulsos de solumedrol		
Prednisona		
Ciclofosfamida		
Micofenolato mofetil		

Cronograma de actividades

ETAPAS	2022												2023												2024			
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
Elaboración/ estructuración del proyecto			X	X	X																							
Evaluación por la comisión de postrado					X																							
Presentación a coordinación docente						X																						
Recolección de información						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Resultados																				X	X	X	X					
Discusión , conclusiones y presentación de trabajo final de grado																							X	X	X			
Asignación de jurados																										X		