

PROTEINURIA

Dr. Félix González G.
Nefrólogo Pediatra
Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" - Caracas - Venezuela

ESTRATEGIA DIAGNOSTICA

A.- Fiebre. Ejercicios Deshidratación. Stress, NO.	Si	Proteinuria Transitoria	Comprobación. Tto causa desencadenante Reposo. Evaluación en 24 h
B Test de Ortos- tatismo positivo AM(-) PM(+)	Si	Proteinuria Ortostática	Control anual
NO			
Test de Ortos- tatismo negativo AM(+) PM(+) Proteinuria mantenida	Si	Proteinuria Persistente	Investigación de la causa.

PROTEINURIA PERSISTENTE:

D.-Fiebre, disuria Leucocituria Urocultivo (+)	SI	Infección Urinaria	Tto médico Exploració Urológica.
quística, hidronefrosis RVU.SD Prune Belly	SI	Malformaciones Congénitas	Tto médico ó quirúrgico.
Déficit de concentración y acidificación.	SI	Proteinuria Tubulo- Intersticial	Tto médico.
G.- Proteinuria y Hematuria	SI	Síndromes Nefríticos Primarios y Secundarios	Evaluación e Investigación.
H.-Asirrtomática. Persistente 3 m. Sin hematuria. Proteinuria moderada. Función renal normal C3 y C4 normal	SI	Proteinuria Asintomática Persistente	Control C3 y C4 Función renal Biopsia.??

GLOMERULOPATIAS PRIMARIAS.

I.- Hematuria, proteinuria. edema, HTA, C3 disminuido	SI	Síndrome Nefrítico Agudo	Tto médico
J.-Proteinuria masiva. Colesterol elevado Hipoalbuminemia Edema. HTA fugaz	SI	Síndrome Nefrotico Idiopático	Esteroides
K.-Proteinuria masiva edema, hematuria. aparición en las 1 ras se- manas de vida.	SI	Síndrome Nefrotico Congénito	Tto médico
L- Antecedentes familiares de IR.trant neurosensoriales hematuria + C3 normal	SI	Síndrome de Alport	Control
NO			
M.- Hematuria macroscópica recurrente, proteinuria de grado variable	SI	Enfermedad de Berger	Tto médico
NO			
N.- lactante, anemia hemolítica microangiopática, IRA, tombocitopenia, hematuria con C3 normal	SI	Síndrome Hemolítico-Uremico	Hospitalizar Tto médico

GLOMERULOPATIAS SECUNDARIAS:

N.-Ingestión de Medicamentos	SI	Nefritis Intersticial	Suspender medicamts eval fue renal
O-Clínica multiorgánica hematuria con C3 y C4 bajos. ANA y Anti-DNA + 1/3 se asocia a Sd nefrotico. Biopsia: pronóstico	SI	LES	Esteroides . control.
P- Purpura, artralgias dolor abdominal.hematuria con C3 normal y proteinuria (80%).	SI	Purpura de Henoch Sholein	Reposo tto médico
Q.-Vasculitis necrotizante de pequeñas y medianas arterias proteinuria y edema	SI	Poliarteritis Nodosa	Tto médico
NO			
R.-Depósito de fibra amiloide proteinuria. Sd nefrotico? Dx: biopsia de tejido	SI	Amiloidosis	Tto médico.

S.- Poliuria, polidipsia pérdida de peso hiperglicemia, proteinuria y hematuria. mal pronóstico	SI	Nefropatía Diabética	Control Tto médico.
T.-Fiebre, anemia retardo del crecimiento(2 primeras semanas de vida), hiperbilirubinemia directa, función hepática aumentada, anemia hemolítica. hematuria y proteinuria	SI	Sífilis Congénita	Tto médico Control.
NO			
U.-Antecedente de Cardiopatías Clínica de ICC	SI	Cardiopatías	Tto médico Control p Cardiólogo.
V.-Nefritis consecutiva a estudios radiológicos frecuentes	SI	Nefropatía por Radiación	Control Susp radiación
NO			
W.-Exposición a metales pesados (cobre, plomo)	SI	Intoxicación por metales pesados	tío adecuado.

Proteinuria glomerular: 1.- proteinuria aislada.
2.-.protejnuria + hematuria.
3.- Síndrome nefrótico.

Proteinuria Tubular: rara vez excede 1 gr/24 h. No presenta edema
mayormente proteínas de bajo peso molecular, no hematuria rara
vez plantea problemas diagnósticos porque la enfermedad de base
suele diagnosticarse antes que la proteinuria

AMILOIDOSIS: consiste en el depósito de fibra proteica amiloide en uno o más sitios del cuerpo. La proteinuria es el signo clínico más constante y puede haber Sd nefrótico franco. La existencia de proteinuria y eritrocituria en un paciente joven con algún padecimiento crónico como TBC, artritis reumatoidea, osteomielitis.etc debe hacer sospechar el diagnóstico de amiloidosis renal secundaria. El Dx específico se hace por biopsia de tejido y la demostración de fibra amiloide.