



Síndrome nefrótico en Pediatría: a propósito de dos casos

Nephrotic syndrome in Pediatrics: regarding two clinical cases

Doménica D. Villacís*  

Carrera de Medicina, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Manabí, Ecuador.

*Autor correspondiente

Recepción: 09-05-2024

Aceptación: 25-06-2024

Publicación: 30-06-2024

RESUMEN

El síndrome nefrótico pediátrico es una entidad común en niños y se caracteriza por proteinuria, hipoalbuminemia y edemas. La enfermedad de cambios mínimos (ECM) es la forma histológica más frecuente. El objetivo de este trabajo fue analizar dos casos de niños con síntomas clásicos de síndrome nefrótico, manejados con tratamiento esteroideo y seguimiento por Nefrología Pediátrica. La mayoría de los pacientes responden bien al tratamiento, pero algunos pueden presentar recaídas o ser corticorresistentes, lo que puede llevar a un fallo renal. El síndrome nefrótico es la glomerulopatía primaria más frecuente en pediatría y requiere un diagnóstico y manejo adecuados para evitar complicaciones a corto y largo plazo. A pesar de corresponderse a una enfermedad relativamente frecuente en Pediatría, su diagnóstico suele demorarse, requiriéndose la intervención de diferentes facultativos hasta finalmente llegar al diagnóstico y tratamiento correspondiente, de allí la importancia de la revisión y presentación de los casos clínicos.

Palabras clave: biopsia renal; edema; hipoalbuminemia; síndrome nefrótico pediátrico.

ABSTRACT

Pediatric nephrotic syndrome is a common entity in children and is characterized by proteinuria, hypoalbuminemia, and edema. Minimal change disease (MCD) is the most common histological form. The objective of this work was to analyze two cases of children with classic symptoms of nephrotic syndrome, managed with steroid treatment and follow-up by Pediatric Nephrology. Most patients respond well to treatment, but some may relapse or be corticosteroid-resistant, which can lead to kidney failure. Nephrotic syndrome is the most common primary glomerulopathy in pediatrics and requires appropriate diagnosis and management to avoid short- and long-term complications. Despite corresponding to a relatively common disease in Pediatrics, its diagnosis is usually delayed, requiring the intervention of different physicians until finally reaching the corresponding diagnosis and treatment, hence the importance of the review and presentation of clinical cases.

Keywords: kidney biopsy; edema; hypoalbuminemia; pediatric nephrotic syndrome.

Citar como: Villacís, D. D. (2024). Síndrome nefrótico en Pediatría: a propósito de dos casos. *Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud*, 1(1), 65-76. <https://doi.org/10.36097/rgcs.v1i1.3103>

INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico pediátrico es una glomerulopatía primaria común en niños, caracterizada por proteinuria, hipoalbuminemia y edemas. La forma histológica más frecuente es la enfermedad de cambios mínimos (ECM), se recomienda tratamiento con prednisona oral sin necesidad de biopsia renal en la mayor parte de los casos (Carvajal-Barrios et al., 2019; Abarca & Álvarez, 2020; Torres & Flores, 2021; Román, 2022).

La mayoría de los pacientes con síndrome nefrótico pediátrico tiene buena respuesta al tratamiento, pero hasta un 80 % puede presentar recaídas y el 20 % son corticorresistentes. La resistencia al tratamiento se asocia con evolución a fallo renal en aproximadamente un 50 % de los niños a los 5 años de la primera crisis. Se considera primordial la realización de biopsia renal y estudio genético en niños menores de 1 año o mayores de 10 años que presenten síndrome nefrótico corticorresistente e historia familiar de síndrome nefrótico u otras glomerulopatías (Carvajal-Barrios et al., 2019; Abarca & Álvarez, 2020; Torres & Flores, 2021; Román, 2022; Carboni et al., 2024).

A pesar de ser una entidad que se presenta con relativa frecuencia en la práctica clínica (2 a 7 casos por cada 100 000 habitantes menores de 16 años por año), existen problemas para su identificación, diagnóstico y manejo, por lo que es importante pensar en su clínica e indicar el tratamiento correcto, en el nivel de atención que le corresponde, para evitar así, la aparición de complicaciones y secuelas de la enfermedad (Carvajal-Barrios et al., 2019; Abarca & Álvarez, 2020; Román, 2022; Carboni et al., 2024).

El objetivo de este trabajo fue analizar dos casos de niños con síntomas clásicos de síndrome nefrótico, manejados con tratamiento esteroideo y seguimiento por Nefrología Pediátrica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Caso 1

Anamnesis: Paciente pre-escolar masculino de 2 años 11 meses, acudió a consulta de Pediatría con la madre, refiriendo que llevaba dos días con inflamación del rostro, empezó con edema alrededor de los ojos y luego se fue generalizando, madre observó además que el abdomen se estaba distendiendo la noche anterior a la consulta y en esa mañana percibió que las piernas también estaban edematizadas; coincidió que durante esos días, presentó también un cuadro catarral, con rinorrea y tos seca intermitente.

Se interrogó a la madre por las características de la orina, refirió notarla un poco más amarilla de lo usual y espumosa además; las deposiciones fueron normales. Había sido visto previamente por tres facultativos en esos dos días, quienes le indicaron tratamiento

antihistamínico, habiendo tomado loratadina, cetirizina y desde el día anterior estaba además con una dieta hipoalergénica; sin ninguna mejoría.

En cuanto a antecedentes de salud, no reportaba cuadros infecciosos previos ni personales ni familiares, solo el cuadro catarral. No se evidenciaron hábitos tóxicos familiares.

Se comprobó peso incrementado. Al ser un paciente pediátrico, justamente se había atendido en control de puericultura un mes atrás con un peso de 15,2 kg y ese día en la consulta se constató un peso de 18 kg. Presentó presión arterial de 92/70 mm Hg, correspondiéndose la presión sistólica al percentil 50 y la diastólica al percentil 99.

Se constató al examen físico durante la consulta: facie de muñeco chino; tejido celular subcutáneo: infiltrado, edema facial, en miembros inferiores, en el cuerpo generalizado, incluyendo bolsas escrotales y Godet positivo; orofaringe: secreción nasal y faríngea clara y fluida; abdomen blando, distendido, discretamente doloroso, timpanismo aumentado, maniobra de Tarral positiva, ruidos hidroaéreos presentes y normales.

Ante sospecha clínica de síndrome nefrótico se solicitaron exámenes complementarios de urgencia, donde se recogió:

- Proteínas totales: 3,2 g/dL (rango normal: 6,6 - 8,7)
- Globulina: 1,80 g/dL (rango normal: 1,50 - 3,00)
- Albúmina: 1,4 g/dL (rango normal: 3,5 - 5,0)
- Creatinina: 0,2 mg/dL (rango normal: 0,2 - 0,3)
- Urea: 12 mg/dL (rango normal: 12 - 42,6)
- Ácido Úrico: 4 mg/dL (rango normal: 3,4 - 7,0)
- Triglicéridos: 157 mg/dL (rango normal: 44 - 150)
- Colesterol: 294 mg/dL (rango normal: 135 - 200)
- Hemoglobina: 12,4 g/dL (rango normal: 11 - 14,4)
- Leucocitos: 15,24 K/ μ L (rango normal: 4,50 - 10,00)
- Linfocitos: 47,0% (rango normal: 38,0 - 42,0)

- Microalbuminuria cuantitativa: 52,18 mg/dL (rango normal 0,0 - 1,90)
- Examen elemental y microscópico de orina (EMO): aspecto muy turbio, espumoso; nitritos negativo, no presencia de leucocitos ni piocitos; hemoglobina (+), 14,2 hematíes por campo; proteínas, 500 mg/dL.

Por tanto, se evidenció hipoproteïnemia con hipoalbuminuria, aumento de triglicéridos y colesterol en sangre, con leucocitosis leve a predominio linfocitario, azoados normales y proteinuria marcada con hematuria ligera.

Se confirmó la sospecha diagnóstica de síndrome nefrótico (CIE10: N049). Al tratarse de un paciente que requería ingreso hospitalario con valoración, tratamiento y seguimiento por Nefrología pediátrica; se realizó la transferencia del paciente a Hospital Pediátrico, donde se trató como un Síndrome Nefrótico por Daño Mínimo, teniendo buena respuesta al tratamiento esteroideo; fue dado de alta, con seguimiento por Nefrología Pediátrica por consulta externa, donde mantuvo seguimiento, sin recaídas durante los primeros 2 años posterior al primer evento.

Caso 2

Anamnesis: Paciente pre-escolar masculino de 2 años 9 meses, acudió a consulta de Pediatría con ambos padres, ellos refirieron que aproximadamente 2 meses antes, el niño había comenzado a hincharse, primero le notaron el abdomen inflamado, por lo que le envió su médico medicación para los gases, no obstante la inflamación fue progresando y se generalizó. 45 días antes de la consulta, fue llevado nuevamente a su médico, quien les explicó que el niño debía tener un problema renal importante, con lo que le indicó tratamiento con espironolactona, prednisona y loratadina por una semana, les advirtió que si no mejoraba, debían acudir a Emergencias de un hospital pediátrico. Los padres cumplieron el tratamiento, notaron mejoría, no obstante, luego de la suspensión de los medicamentos, nuevamente comenzó a inflamarse. Fue llevado a otro médico, quien le envió varios exámenes, pero ningún tratamiento ni diagnóstico. Finalmente, se recibió en consulta a los dos meses de inicio de la sintomatología. Al interrogatorio, señalaron presencia de orinas oscuras y espumosas desde el inicio del cuadro. Refirieron antecedentes de salud, negaron cuadros infecciosos previos (ni personales ni familiares). No presentaba historia de hábitos tóxicos familiares, ni enfermedades de importancia.

Se constató incremento de peso, tenía una consulta previa (una semana antes de inicio de síntomas) con un peso de 14 kg, se constató en la consulta con 16 kg, aunque padres referían que había días en que lo percibieron más hinchado y pesado, que esto era variable. Se midió presión arterial de 98/60 mm Hg, tanto la presión sistólica como diastólica se encontraron entre un 50 y 90 percentil para su edad y talla, no considerándose como hipertensión.

Al examen físico se comprobó: facie de muñeco chino; tejido celular subcutáneo: infiltrado, edema facial, en miembros inferiores y escroto, Godet positivo. Abdomen blando, distendido, no doloroso a la palpación, timpanismo aumentado, maniobra de Tarral positiva, ruidos hidroaéreos presentes y normales.

Ante sospecha clínica de síndrome nefrótico se solicitaron exámenes complementarios de urgencia, donde se recogió:

- Proteínas totales: 3,2 g/dL (rango normal: 6,6 - 8,7)
- Albúmina: 1,6 g/dL (rango normal: 3,5 - 5,0)
- Globulina: 1,61 g/dL (rango normal: 1,50 - 3,00)
- Creatinina: 0,1 mg/dL (rango normal: 0,2 - 0,3)
- Urea: 16 mg/dL (rango normal: 12 - 42,6)
- Ácido Úrico: 4,1 mg/dL (rango normal: 3,4 - 7,0)
- Triglicéridos: 300 mg/dL (rango normal: 44 - 150)
- Colesterol: 349 mg/dL (rango normal: 135 - 200)
- Hemoglobina: 13,6 g/dL (rango normal: 11 - 14,4)
- Leucocitos: 9,10 K/ μ L (rango normal: 4,50 - 10,00)
- Microalbuminuria cuantitativa: 184,81 mg/dL (rango normal 0,0 - 1,90)
- Examen elemental y microscópico de orina (EMO): Aspecto ligeramente turbio, espumoso; nitritos negativo, no presencia de leucocitos ni pirocitos, hemoglobina (+), 7,6 hematíes por campo; proteínas 500 mg/dL.

Por tanto, se evidenció hipoproteinemia con hipoalbuminuria, presencia de incremento de triglicéridos y colesterol en sangre; azoados normales y proteinuria marcada con hematuria.

Se confirmó la sospecha diagnóstica de Síndrome Nefrótico (CIE10: N049). Al tratarse de un paciente que requería ingreso hospitalario con valoración, tratamiento y seguimiento por Nefrología Pediátrica. Se realizó la transferencia del paciente a un hospital pediátrico, donde se trató como un síndrome nefrótico por daño mínimo, teniendo buena respuesta al tratamiento esteroideo inicial; fue dado de alta, con seguimiento por Nefrología Pediátrica por consulta externa, sin embargo presentó recaídas con frecuencia, por lo que quedó pendiente la realización de biopsia renal.

DISCUSIÓN

Se define al síndrome nefrótico (SN) como un síndrome clínico humoral, caracterizado por proteinuria ($> 40 \text{ mg/m}^2/\text{h}$), hipoalbuminemia ($< 3 \text{ g/dL}$), edema, dislipidemia y alteraciones endocrinas en pacientes con enfermedades glomerulares. La proteinuria es una manifestación de la lesión del podocito, que provoca pérdida de la permeabilidad selectiva de la barrera de filtración del glomérulo, lo cual permite el paso de proteínas a través de la pared capilar. Se considera Idiopático, ya que su etiología en los casos primarios es desconocida, no así en los secundarios, donde se puede asociar a glomerulonefritis o como resultado de enfermedades sistémicas, infecciosas, neoplásicas o asociadas a fármacos, así también puede estar asociado a Síndromes Genéticos específicos, que cursan con glomerulopatías (Román, 2022; Sánchez, 2022; Dowerah et al., 2023).

Dentro del SN primario se encuentra el idiopático, el congénito y genético. El SN Idiopático representa el 90 % de casos en pacientes pediátricos entre 2 y 12 años, siendo más frecuente entre los 3 y 5 años y en el sexo masculino. El SN congénito aparece antes de los 12 meses, siendo una entidad poco frecuente, la mayoría tiene su etiología genética, aunque puede ser secundario, generalmente a infecciones. El SN genético está asociado a mutaciones de las proteínas de los podocitos y se presenta desde la etapa fetal hasta la adultez, en cualquier momento; la más frecuente es la mutación del gen NPHS1 que codifica la nefrina, es de herencia autosómica recesiva, asociado al SN genético Finlandés; la mutación del gen NPHS2 codifica la podocina,

estando estrechamente relacionado a la corticorresistencia en la infancia (Lozada et al., 2019; Abarca et al., 2020; Román, 2022).

La histología más frecuente del SN idiopático es la ECM caracterizada por la ausencia de anomalías glomerulares al microscopio de luz y fusión difusa de los pedicelos de los podocitos en la microscopía electrónica, correspondiéndose a los pacientes con SN corticosensible (80 % de casos pediátricos y solo de un 10 a 15 % de casos en adultos). Las otras formas histológicas son menos sensibles o son netamente resistentes a los corticoides, como la esclerosis segmentaria y focal (ESF), nefropatía IgM, proliferación mesangial y glomerulonefritis membranosa y mesangiocapilar. Los niños mayores de 10 años presentan afectación de la función renal con respuesta desfavorable a los corticoides, lo cual implica peor pronóstico, siendo mayor el riesgo de presentar una lesión histológica subyacente, con mayor pronóstico de evolución a enfermedad renal crónica, por lo que la recomendación de biopsia renal es prioritaria en estos casos (Carvajal-Barrios et al., 2019; Abarca et al., 2020; Sato et al., 2021; Román, 2022; Ponticelli, C., & Moroni, 2023; Bekassy et al., 2023).

Con respecto a la clínica, el SN idiopático tiene como característica fundamental el edema, que aumenta gradualmente, con una retención de líquidos mayor al 5 % del peso corporal. El edema inicia generalmente periorbitario, desplazándose progresivamente a las extremidades inferiores, así como al área genital y región sacra. Signos que aparecen con menos frecuencia son hematuria (hasta un 25 % de casos), hipertensión arterial (20 %) e insuficiencia renal (3 %), estando asociados a ESF o a un SN secundario. La mayoría de pacientes puede presentar derrame pleural sin disnea ni manifestaciones de dificultad respiratoria; la presencia de polipnea o hipoxemia obliga a descartar tromboembolismo pulmonar. Es muy frecuente la aparición de ascitis, hepatomegalia y dolor abdominal, que puede o no estar asociado a peritonitis primaria que suele presentarse en el debut, por lo que debe descartarse cuidadosamente. El edema de los intestinos puede causar diarrea. Las infecciones (especialmente neumocócicas) pueden presentarse por disfunción inmune de las células T y B, así como pérdida renal de inmunoglobulinas, complemento, factor B, D y properdina, aumentando el riesgo de la peritonitis, aparición de meningitis, neumonía y sepsis. Otras complicaciones graves son el tromboembolismo, la insuficiencia renal, anasarca y la hipovolemia (Carvajal-Barrios et al., 2019; Román, 2022; Abarca

& Álvarez, 2020; Torres & Flores, 2021; Sato et al., 2021; Ponticelli, & Moroni, 2023; Bekassy et al., 2023).

El tratamiento inmunosupresor alternativo a corticoides está indicado en los casos de Síndrome Nefrótico con recaídas frecuentes, o ya sea que se corresponda con una dependencia o resistencia a los corticoides (Sánchez, 2022; Cicek et al., 2023; Chan et al., 2023).

Los inmunosupresores son considerados fármacos de segunda línea, entre los más empleados están la ciclofosfamida, el micofenolato mofetilo, la ciclosporina y el tacrolimus; no obstante, su uso debe ser estrechamente monitorizado, debida a la alta incidencia de efectos secundarios, como toxicidad de médula ósea, renal y gonadal, infecciones recurrentes, desarrollo de hipertensión arterial, diabetes y fibrosis pulmonar, entre otros (Román, 2022; Chan et al., 2023; Carboni et al., 2024; Catalán et al., 2024).

Puede ser necesario el empleo de tratamiento de soporte con fármacos de tipo Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensinógeno (IECA) y/o antagonistas de los receptores de Angiotensina II (ARA-II), como nefroprotectores, procurando enlentecer la progresión a la enfermedad renal crónica y terminal en casos de síndrome nefrótico genético y en los corticorresistentes (Chan et al., 2023; Catalán et al., 2024; Sotomayor et al., 2024).

Ambos casos presentados, se correspondieron con las características clásicas del SN, siendo pacientes pediátricos entre 2 y 3 años, varones, con aparición de edema en el rostro, que fue generalizándose, con exámenes de laboratorio que demostraban hipoproteinemia, hipoalbuminemia e hiperlipidemia, uno de ellos tuvo aumento de la presión arterial y ambos niños presentaron incremento de peso asociado al edema, así como orinas espumosas. A pesar de tener una clínica florida, en el primer caso se empezó a tratar como un cuadro alérgico, no obstante al tercer día de evolución ya se le dio diagnóstico e inició tratamiento; en cambio, en el segundo, se tuvo una sospecha diagnóstica inicial y le enviaron un tratamiento empírico no completamente correcto, pero sin las orientaciones respectivas y por un tiempo corto, demorándose dos meses en llegar al diagnóstico adecuado y al tratamiento que le correspondía en su nivel de atención acorde.

La evolución del primer caso hizo sospechar una ECM, mientras que el segundo con la aparente corticorresistencia, facultó de un seguimiento más estrecho y en un futuro, de ser necesario, la realización de la biopsia con una escalada en su tratamiento.

CONCLUSIONES

El síndrome nefrótico es la glomerulopatía primaria más frecuente en Pediatría, se caracteriza por la aparición de edema generalizado, proteinuria, hipoproteinemia, hipoalbuminemia e hiperlipidemia. A pesar de ser una enfermedad relativamente frecuente, pueden existir problemas en su diagnóstico, teniendo que pasar el paciente por diferentes facultativos para poder llegar a su diagnóstico definitivo, retardando así su diagnóstico y por ende las posibilidades de complicaciones a corto y largo plazo. Es importante recordar que no se diagnostica lo que no se conoce o aquello en lo que no se piensa por poco conocimiento y se diagnostica con dificultad aquello que se ha visto en contadas ocasiones; por lo que es vital para el médico, no sólo pediátrico, sino general o familiar, mantener una actualización continua y consultar los casos complejos, siguiendo de forma adecuada los niveles de atención médica.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a los padres de familia de ambos niños, por su confianza y por mantenerme al tanto de la evolución clínica y del tratamiento de sus hijos.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Conceptualización: Doménica D. Villacís

Curación de datos: Doménica D. Villacís

Análisis formal: Doménica D. Villacís

Investigación: Doménica D. Villacís

Metodología: Doménica D. Villacís

Software: Doménica D. Villacís

Validación: Doménica D. Villacís

Visualización: Doménica D. Villacís

Redacción del borrador original: Doménica D. Villacís

Redacción, revisión y edición: Doménica D. Villacís

REFERENCIAS

- Abarca, V., & Álvarez, N. (2020). Síndrome nefrótico en pediatría. *Revista Médica Sinergia*, 5(3), e392. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i3.392>
- Bekassy, Z., Lindström, M., Rosenblad, T., Aradóttir, S., Sartz, L., & Tullus, K. (2023). Is kidney biopsy necessary in children with idiopathic nephrotic syndrome? *Acta Paediatrica*, 112, 2611–2618. <https://doi.org/10.1111/apa.16959>
- Carboni, J., Thomas, E., Gipson, D. S., et al. (2024). Longitudinal analysis of blood pressure and lipids in childhood nephrotic syndrome. *Pediatric Nephrology*. <https://doi.org/10.1007/s00467-024-06301-z>
- Carvajal-Barrios, G., Mejía, N., González, L., Florez, A., Restrepo, C., & Gastelbondo, R. (2019). Síndrome Nefrótico: "De la teoría al manejo". *Revista Pediatría de la Sociedad Colombiana de Pediatría*, 52(3), 94-107. <https://doi.org/10.14295/p.v52i3.137>
- Catalán, D. I. M., González, L. B., & de la Bastida, J. L. C. (2024). Protocolo de actuación en el cuidado renal en hospitalización pediátrica. *Procedimientos y Protocolos con Competencias Específicas para Enfermería Nefrológica*, 8-1. <https://doi.org/10.37551/S3020-45420090>
- Chan, E. Y., Yap, D. Y., Colucci, M., Ma, A. L., Parekh, R. S., & Tullus, K. (2023). Use of Rituximab in Childhood Idiopathic Nephrotic Syndrome. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 18(4), 533-548. <https://doi.org/10.2215/CJN.08570722>
- Cicek, N., Yıldız, N., Guven, S., Kaya, M., Gokce, I., & Alpay, H. (2023). Clinical Predictors of Steroid Resistance in Childhood Nephrotic Syndrome. *Clinical Pediatrics*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00099228231219109>
- Dowerah, P., Gogoi, A., & Shira, C. D., et al. (2023). A Study of Dyslipidemia and Its Clinical Implications in Childhood Nephrotic Syndrome. *Cureus*, 15(10), e47434. <https://doi.org/10.7759/cureus.47434>

- Lozada, J., Bucheli, M., Mafla, A., & Peña, G., Gahona, J. (2019). Síndrome nefrótico congénito. Reporte de caso clínico neonatal. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 20(2), 57-60. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116478/revista-pediatria-vol-20-no2-2019v1-min-59-62.pdf>
- Ponticelli, C., & Moroni, G. (2023). Nephrotic syndrome: pathophysiology and consequences. *Journal of Nephrology*, 36, 2179–2190. <https://doi.org/10.1007/s40620-023-01697-7>
- Román, E. (2022). *Síndrome nefrótico pediátrico*. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos Pediátricos de la Asociación Española de Pediatría. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_sindrome_nef.pdf
- Sánchez, S. E. (2022). *Síndrome nefrótico pediátrico*. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12959/3046>
- Sato, M., Ishikura, K., Ando, T., et al. (2021). Japanese Pediatric Survey Holding Information of Nephrotic Syndrome (JP-SHINE) study of the Japanese study group of renal disease in children. Prognosis and acute complications at the first onset of idiopathic nephrotic syndrome in children: a nationwide survey in Japan (JP-SHINE study). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 36, 475-481. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfz185>
- Sotomayor, A. D., Montana, L. P., Bernal, W., López, J. D., Zambrano, J. A., Coca, A., Camafort, M., & Vesga, C. (2024). Monitorización ambulatoria de la presión arterial en adultos y población pediátrica. Una revisión narrativa. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 41(2), 104-117. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9457722>
- Torres, R. S. V., & Flores, W. P. A. (2021). Complicaciones y pronóstico de corticoterapia en síndrome nefrótico idiopático pediátrico. *Hospital Instituto Ecuatoriano Seguridad Social, Riobamba 2019–2020* (tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo). Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8177>

Descargo de responsabilidad / Nota del editor: Las declaraciones, opiniones y datos contenidos en todas las publicaciones son únicamente de los autores y contribuyentes individuales y no de Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud ni de los editores. Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud y/o los editores renuncian a toda responsabilidad por cualquier daño a

personas o propiedades resultantes de cualquier idea, método, instrucción o producto mencionado en el contenido.