

Tumor de Wilms Impacto mundial

Estadísticas, supervivencia, inequidad, tratamiento, disponibilidad y costes sanitarios





Wilms Cancer Foundation (WCF)

Wilms Cancer Foundation (WCF) es una organización benéfica que apoya y representa las necesidades de niños, familias y organizaciones sanitarias afectadas por el cáncer renal pediátrico (especialmente el nefroblastoma, conocido comúnmente como «Wilms»). Su misión es establecer un programa internacional de concienciación, educación, defensa, detección temprana, tratamiento y apoyo para combatir la enfermedad.

Esta guía de WCF tiene únicamente fines educativos. Se basa en estándares internacionales de oncología pediátrica de Canadá, Estados Unidos y Europa. Consulte a un profesional médico cualificado si tiene alguna inquietud o pregunta.

Impacto mundial

Estadísticas, supervivencia, inequidad, tratamiento, disponibilidad y costes sanitarios

1.1 - Resumen ejecutivo -----2

1.2 - Mapa mundial de inequidad en la supervivencia del tumor de Wilms -----2

1.3 - Por qué el tumor de Wilms importa a escala mundial ----- 2

1.4 - Base de evidencia y limitaciones de los datos ----- 2

1.5 - Brecha mundial de supervivencia ----- 2

1.6 - Marco de disponibilidad del tratamiento -----2

1.7 - Coste para los gobiernos y los sistemas sanitarios ----- 2

1.8 - Resumen de estadísticas por país ----- 2

1.9 - Regiones prioritarias para la intervención ----- 2

2.0 - Mensajes de incidencia para financiadores y gobiernos ----- 2

2.1 - Panel de datos recomendado ----- 2

Apéndice A: Tabla de trabajo país por país ----- 2

Apéndice B: Tabla de trabajo país por país ----- 2

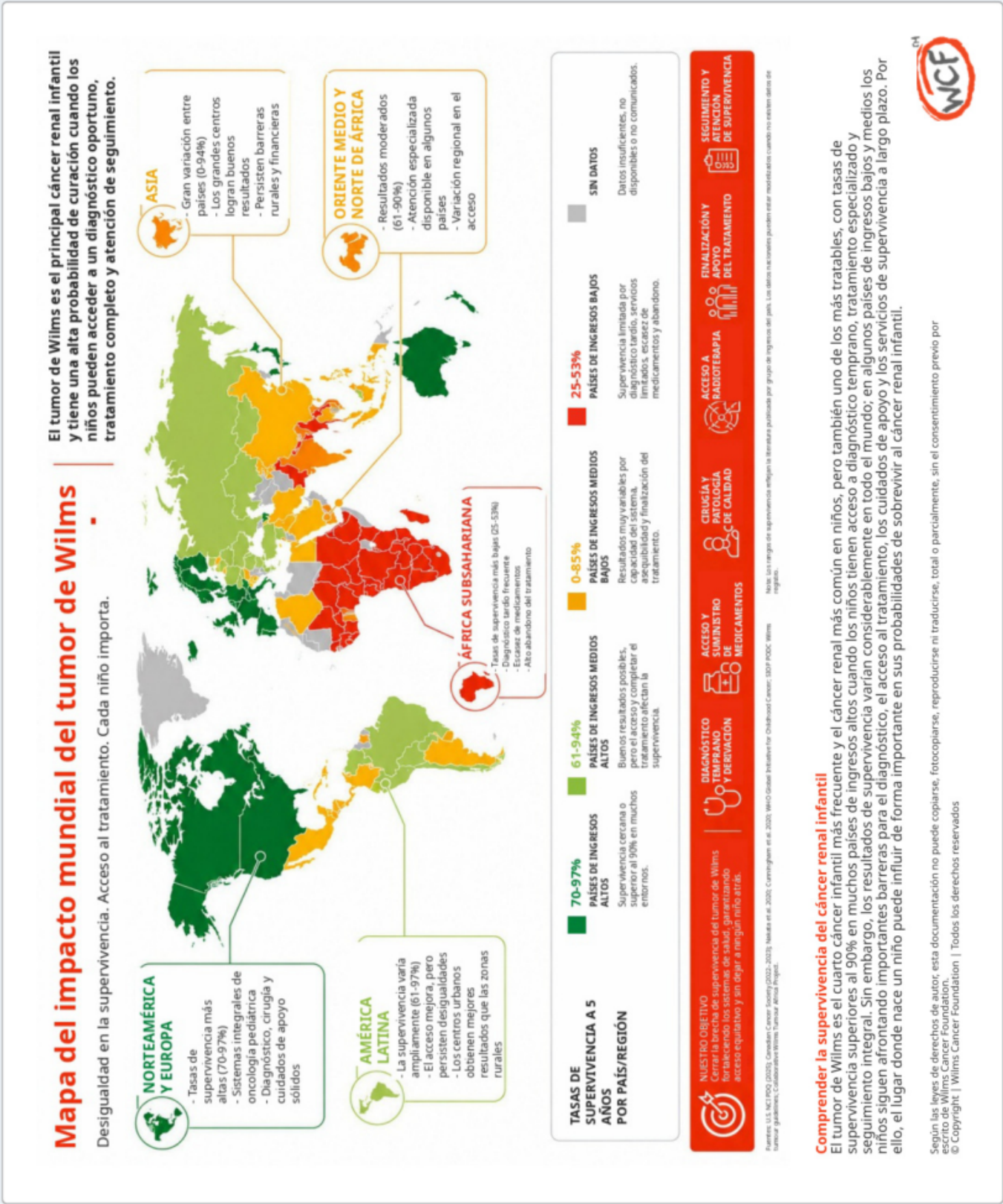
Notas de fuentes y bibliografía ----- 2

1 - Resumen ejecutivo

- El tumor de Wilms es el principal cáncer renal infantil y tiene una alta probabilidad de curación cuando los niños pueden acceder a diagnóstico oportuno, cirugía, quimioterapia, radioterapia cuando se necesita, anatomía patológica, productos sanguíneos, manejo de infecciones y seguimiento;
- El problema mundial no es solo científico. También es un problema de acceso al sistema sanitario: en los entornos de ingresos altos la supervivencia suele acercarse al 90% o superarlo, mientras que en contextos con pocos recursos los resultados pueden ser mucho peores;
- Las estadísticas nacionales específicas del tumor de Wilms son incompletas. Muchos países informan del cáncer infantil en conjunto, de tumores renales o de cohortes hospitalarias, en lugar de mantener registros nacionales específicos del tumor de Wilms;
- Para la incidencia pública, el enfoque más creíble es presentar cifras nacionales confirmadas cuando existan, estimaciones modelizadas de la carga cuando falten datos de registro y una calificación transparente de la confianza en los datos;
- El argumento político inmediato más sólido es que el tumor de Wilms es un cáncer curable y que el diagnóstico más temprano, la finalización del tratamiento, el acceso a medicamentos y las redes de derivación pueden producir mejoras medibles en la supervivencia.

«El tumor de Wilms suele ser curable, pero la supervivencia todavía depende de dónde vive el niño y de si puede acceder al tratamiento.»

Fig.1/ Mapa mundial del impacto del tumor de Wilms



3 - Por qué el tumor de Wilms importa a escala mundial

Fig.2/ Área de impacto

Área de impacto	
Supervivencia infantil	El tumor de Wilms puede tener una supervivencia muy alta, pero depende del acceso a un diagnóstico oportuno y a un tratamiento completo.
Equidad	La enfermedad evidencia la diferencia entre países con sistemas completos de oncología pediátrica y aquellos donde la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia o los cuidados de apoyo se retrasan o no están disponibles.
Carga para la familia	Incluso cuando los medicamentos están disponibles, los viajes, el alojamiento, la pérdida de ingresos, las pruebas diagnósticas y los gastos de bolsillo pueden provocar abandono o tratamiento incompleto.
Gobierno	Los sistemas nacionales de salud asumen costes de imagen, cirugía, quimioterapia, hospitalización, radioterapia, anatomía patológica, etc. Pocos países publican datos de costes gubernamentales específicos del tumor de Wilms.

4 - Base de evidencia y limitaciones de los datos

- Incidencia: Los datos nacionales públicos de incidencia específica del tumor de Wilms solo están disponibles en un pequeño número de países. NCI de EE. UU. informa de unos 650 casos anuales de tumor de Wilms en EE. UU. y una incidencia de 9,7 por millón de niños menores de 15 años. Canadá informa de los casos de cáncer renal/pelvis renal infantil, de los cuales casi todos son tumores de Wilms;
- Indicador aproximado de incidencia mundial: Los datos internacionales sobre tumores renales muestran una incidencia de tumores renales infantiles de aproximadamente 8,3 por millón, con tasas más altas en Norteamérica/Europa y más bajas en muchas regiones de Asia;
- Supervivencia: Una revisión mundial encontró rangos de supervivencia del 70-97% en países de ingresos altos, 61-94% en países de ingresos medios-altos, 0-85% en países de ingresos medios-bajos y 25-53% en países de ingresos bajos;
- Mortalidad: La mortalidad por país rara vez se publica específicamente para el tumor de Wilms. Por ello, en este documento la mortalidad se expresa como indicador relativo de riesgo/carga salvo que exista una cifra nacional pública;
- Costes: Los datos nacionales de costes gubernamentales específicos del tumor de Wilms no se publican de forma rutinaria. Por ello, el documento identifica los principales factores de coste y señala dónde no existen costes nacionales publicados.



5 - Brecha mundial de supervivencia

Fig.3/ Ingresos del país

Ingresos del país/contexto del sistema	Rango de supervivencia comunicado	Interpretación
Países de ingresos altos	70–97%	La mayoría de los niños puede acceder a tratamiento multimodal; los efectos tardíos y la supervivencia a largo plazo son cuestiones importantes de política sanitaria
Países de ingresos medianos altos	61–94%	Son posibles buenos resultados, pero el acceso, la desigualdad regional y la finalización del tratamiento influyen en la supervivencia.
Países de ingresos medianos bajos	0–85%	Resultados muy variables; dependen de la capacidad del centro, la asequibilidad y la finalización del tratamiento.
Países de ingresos bajos	25–53%	La supervivencia suele verse limitada por el diagnóstico tardío, los servicios limitados, la escasez de medicamentos y el abandono del tratamiento.

Mensaje clave
El tumor de Wilms muestra una de las brechas de equidad más claras del cáncer infantil a escala mundial: la misma enfermedad puede ser curable en un país y mortal en otro debido al acceso al sistema.

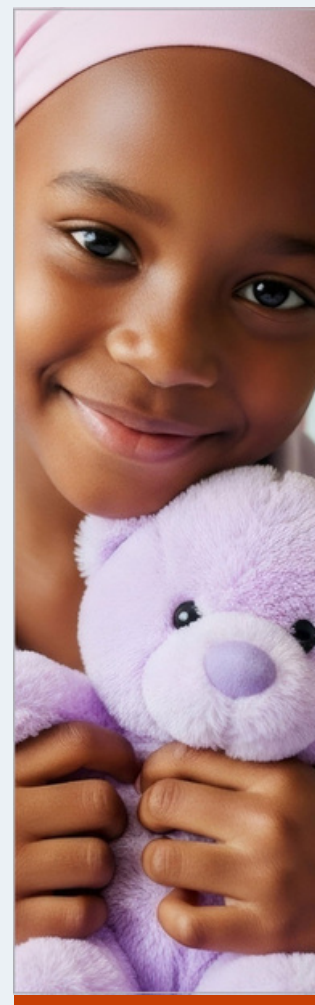
6 - Marco de disponibilidad del tratamiento

Fig.4/ Elemento necesario

Elemento necesario	Entorno de alta capacidad	Riesgo en un entorno de capacidad limitada
Reconocimiento y derivación tempranos	La atención primaria, la imagen y las vías de derivación permiten identificar antes las masas abdominales	Los niños se presentan más tarde y con tumores más grandes o enfermedad metastásica
Imagenología y estadificación	La ecografía/TC/RM, las imágenes torácicas y la anatomía patológica permiten adaptar el tratamiento al riesgo.	Una estadificación incompleta puede provocar tratamiento excesivo o insuficiente, o retrasos del tratamiento.
Cirugía	Oncología quirúrgica y apoyo anestésico disponibles.	Los retrasos quirúrgicos, la falta de anestesia pediátrica o de productos sanguíneos aumentan el riesgo.
Quimioterapia	Quimioterapia basada en protocolos y cuidados de apoyo disponibles.	La escasez de medicamentos, los fármacos inasequibles y las complicaciones infecciosas interrumpen el tratamiento.
Radioterapia	Disponible cuando está indicada	La radioterapia no disponible o retrasada empeora los resultados en determinados estadios/tipos histológicos.
Seguimiento	Vigilancia de la recaída y vigilancia de efectos tardíos.	La pérdida de seguimiento puede hacer que se pase por alto una recaída o complicaciones a largo plazo.

7 - Coste para los gobiernos y los sistemas sanitarios

- Los costes médicos directos incluyen ecografía/CT/MRI, anatomía patológica, cirugía, quimioterapia, ingresos hospitalarios, productos sanguíneos, antibióticos, radioterapia cuando se necesita, manejo de la recaída y clínicas de supervivencia;
- Los costes públicos indirectos incluyen el retraso diagnóstico, la presentación de urgencia, los cuidados intensivos, el abandono del tratamiento, la discapacidad, el apoyo social y la pérdida de productividad a lo largo de la vida cuando un cáncer infantil curable no se trata con éxito.
- En los países de ingresos altos, el coste por paciente puede ser considerable, pero suele ser absorbido por los sistemas públicos o de seguros. En entornos con menos recursos, el menor gasto gubernamental suele trasladar la carga a las familias y organizaciones benéficas;
- Datos publicados de proyectos africanos identificaron costes para los padres de aproximadamente \$100-\$1,100 (USD) como una barrera importante para completar el tratamiento. Para muchas familias, esa cantidad es catastrófica incluso cuando los servicios hospitalarios están subvencionados;
- Enfoque de política: los gobiernos no ahorran dinero dejando el tumor de Wilms sin tratar;
- La presentación tardía, la recaída, el tratamiento incompleto y las muertes evitables aumentan las pérdidas humanitarias, económicas y del sistema sanitario.



7 - Resumen de estadísticas por país

Fig.5/ Resumen de estadísticas por país

País	Diagnósticos anuales	Referencia de supervivencia	Disponibilidad del tratamiento
Estados Unidos	~650 confirmados	~85-95%*	Oncología pediátrica integral, cirugía, radioterapia, anatomía patológica, ensayos
Canadá	30 diagnósticos de cáncer renal/pelvis renal infantil en 2022	~96% de supervivencia global a 5 años	Redes provinciales integrales de oncología pediátrica
Reino Unido	~70-90 modelizados	~85-95%+	Redes de oncología pediátrica del NHS
Francia	~60-80 modelizados	~85-95%+	Redes nacionales de oncología pediátrica
Alemania	~70-90 modelizados	~85-95%+	Oncología pediátrica integral
Italia	~45-65 modelizados	~85-95%+	Centros nacionales de oncología pediátrica
España	~40-55 modelizados	~85-95%+	Oncología pediátrica integral
Países Bajos	~15-25 modelizados	~85-95%+	Oncología pediátrica altamente centralizada
Suecia	~8-15 modelizados	~85-95%+	Oncología pediátrica integral
Australia	~25-40 modelizados	~85-95%+	Centros integrales de oncología pediátrica
Japón	~45-65 modelizados	~85-95%	Oncología pediátrica integral
Corea del Sur	~15-25 modelizados	~85-95%	Oncología pediátrica terciaria integral oncología pediátrica

Fig.6/ Resumen de estadísticas por país

País	Diagnósticos anuales	Referencia de supervivencia	Disponibilidad del tratamiento
Arabia Saudí	~60-90 modelizados al año	~70-95%	Existe oncología especializada; el acceso varía según la región
EAU	~8-15 modelizados al año	~70-95%	Servicios terciarios de alta capacidad
Israel	~8-15 modelizados al año	~85-95%+	Oncología pediátrica integral
China	~900-1,400 modelizados	Rango UMIC ~61-94%	Grandes centros terciarios; brechas rurales/financieras
Brasil	~280-420 modelizados	Rango UMIC ~61-94%	Amplia red oncológica; variación entre estados
México	~180-280 modelizados	Rango UMIC ~61-94%	Centros especializados; persisten retrasos/barreras
Argentina	~60-90 modelizados al año	Rango UMIC ~61-94%	Atención especializada disponible; variación regional
Chile	~20-35 modelizados al año	~70-95%	Red de oncología pediátrica
Colombia	~70-110 modelizados al año	Rango UMIC ~61-94%	Centros de oncología pediátrica; continuidad variable
Perú	~60-95 modelizados al año	Rango UMIC ~61-94%	Atención especializada concentrada en ciudades
Sudáfrica	~100-160 modelizados	Rango UMIC ~61-94%	Atención especializada pública/privada; barreras rurales
Turquía	~120-180 modelizados al año	Rango UMIC ~61-94%	Oncología pediátrica especializada en ciudades

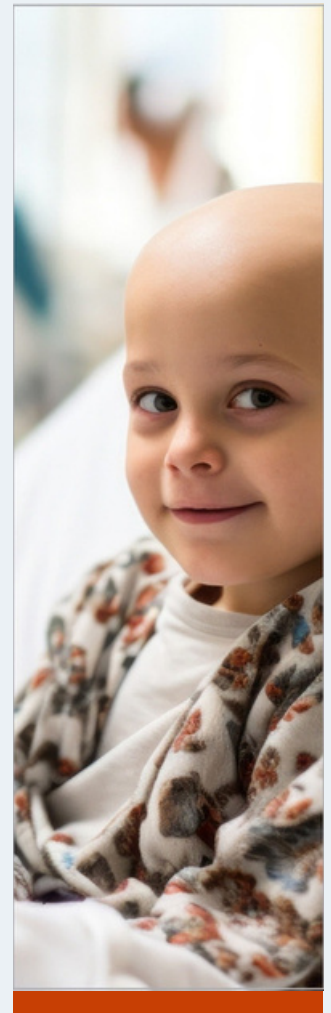
10 - Regiones prioritarias para la intervención

Fig.7/ Resumen de estadísticas por país

Región/contexto	Por qué importa	Acciones prioritarias
Estados de ingresos bajos y frágiles	Mayor riesgo de diagnóstico tardío, abandono, escasez de medicamentos y falta de radioterapia.	Vías de derivación, suministro de medicamentos, subsidios de tratamiento, orientación a padres y desarrollo de registros.
Países de ingresos medios-bajos con gran población	Mayor número de niños afectados, incluso cuando algunos centros obtienen buenos resultados.	Ampliar centros regionales, reducir el abandono, apoyar la protección e integrar protocolos nacionales.
Países de ingresos medios-altos con desigualdad regional	Los promedios nacionales pueden ocultar desigualdades rurales o de bajos ingresos.	Hermanamiento, clínicas satélite, telepatología y apoyo al transporte, con informes de resultados por región.
Estados pequeños e islas	El bajo número de casos dificulta la atención especializada dentro del propio país.	Acuerdos regionales de derivación, protocolos compartidos y acceso transfronterizo a medicamentos.

11 - Mensajes de incidencia para financiadores y gobiernos

- El tumor de Wilms es un punto de entrada práctico para mejorar los sistemas de cáncer infantil porque requiere una atención coordinada pero alcanzable: diagnóstico, cirugía, quimioterapia, cuidados de apoyo y seguimiento;
- La brecha de supervivencia es inaceptable porque la enfermedad suele ser curable cuando el tratamiento es oportuno y completo;
- El objetivo no es solo comprar medicamentos. Es construir una vía completa de atención que mantenga a los niños en tratamiento hasta la curación y los vigile después del tratamiento;
- La inversión nacional debe medir: tiempo desde los síntomas hasta el diagnóstico, estadio al presentarse, abandono del tratamiento, falta de existencias de medicamentos, retraso de la cirugía, retraso de la radioterapia, recaída y supervivencia;
- Un observatorio mundial del tumor de Wilms o una alianza de registros cubriría una importante brecha de evidencia y ayudaría a los países a comparar sus avances de manera responsable.



12 - Panel de datos recomendado

Fig.8/ Indicador

Indicador	Definición	Por qué importa
Nuevos diagnósticos	Casos confirmados anuales de tumor de Wilms, edades 0-14 o 0-19	Mide la carga y las necesidades de planificación
Estadio al diagnóstico	Distribución de estadios I-V	Muestra la eficacia de la detección temprana y la derivación
Tiempo hasta iniciar el tratamiento	Días desde la primera presentación hasta el tratamiento oncológico	Identifica retrasos que reducen la supervivencia
Finalización del tratamiento	Porcentaje que completa la terapia del protocolo	Mide directamente el abandono y el apoyo del sistema
Disponibilidad de medicamentos	Días de falta de existencias de medicamentos básicos de quimioterapia/apoyo	Muestra la fiabilidad de la cadena de suministro
Acceso a radioterapia	Disponibilidad y retraso cuando está indicada	Importante para determinados estadios y grupos de riesgo
Supervivencia	Supervivencia global/libre de eventos a 1, 3 y 5 años	Medida final de resultados

Apéndice A: Tabla de trabajo país por país

Fig.9/ Pasos

Pasos	Acción	Objetivo práctico
Paso 1	Evaluación nutricional inicial	Identificar el riesgo temprano y establecer una línea basal de crecimiento/ingesta
Paso 2	Optimización de la nutrición oral	Aumentar la ingesta con alimentos preferidos, mayor frecuencia de comidas y densidad calórica
Paso 3	Suplementos orales/alimentos enriquecidos	Cubrir las carencias cuando la ingesta habitual sea insuficiente
Paso 4	Nutrición enteral	Proporcionar nutrición fiable cuando la ingesta oral sea insuficiente
Paso 5	Nutrición parenteral	Utilizar cuando la alimentación enteral no sea posible o suficiente
Paso 6	Reevaluación y ajuste	Adaptar el plan según cambien los síntomas, la función renal, y la fase del tratamiento
Paso 7	Evaluación nutricional inicial	Identificar el riesgo temprano y establecer una línea basal de crecimiento/ingesta

Importante: Las filas marcadas como «modelled» no son estadísticas nacionales confirmadas por registros. Son estimaciones de planificación basadas en referencias públicas de incidencia y en la literatura amplia sobre supervivencia según sistema/grupo de ingresos.

Apéndice B: Tabla de trabajo país por país

Importante

Las filas marcadas como «Modelled» no son estadísticas nacionales confirmadas por registros. Son estimaciones de planificación basadas en referencias públicas de incidencia y en la literatura amplia sobre supervivencia según sistema/grupo de ingresos.

- Estados Unidos | Alto | ~650 confirmados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral, cirugía, radioterapia, anatomía patológica, ensayos | Coste directo alto; el coste público preciso específico de Wilms no se publica habitualmente
- Canadá | Alto | 30 diagnósticos de cáncer renal/pelvis renal infantil en 2022 | 6 muertes en 2023 por cáncer renal/pelvis renal infantil | ~96% de supervivencia global a 5 años | Redes provinciales integrales de oncología pediátrica | Coste para el pagador público provincial; no se publica habitualmente el coste exacto específico de Wilms
- Reino Unido | Alto | ~70-90 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Redes NHS de oncología pediátrica | Coste público NHS; no se publica habitualmente el coste específico de Wilms
- Francia | Alto | ~60-80 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Redes nacionales de oncología pediátrica | Coste público/seguro social; no se publica habitualmente el coste específico de Wilms
- Alemania | Alto | ~70-90 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral | Coste de seguro/público; no se publica habitualmente el coste específico de Wilms
- Italia | Alto | ~45-65 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Centros nacionales de oncología pediátrica | Coste del sistema público de salud; no se publica habitualmente el coste específico de Wilms
- España | Alto | ~40-55 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral | Coste del sistema público de salud; no se publica habitualmente el coste específico de Wilms
- Países Bajos | Alto | ~15-25 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica muy centralizada | Coste público/seguro
- Suecia | Alto | ~8-15 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral | Coste del sistema público de salud
- Australia | Alto | ~25-40 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Centros integrales de oncología pediátrica | Costes públicos Medicare/estatales más seguros
- Japón | Alto | ~45-65 modelizados al año | Baja a moderada | ~80-95% | Oncología pediátrica integral | Coste público/seguro
- Corea del Sur | Alto | ~15-25 modelizados al año | Baja a moderada | ~80-95% | Oncología pediátrica terciaria integral | Coste público/seguro
- Arabia Saudí | Alto | ~60-90 modelizados al año | Moderada; la derivación regional afecta a los resultados | ~70-95% | Existe oncología especializada; el acceso varía por región | Atención terciaria financiada por el gobierno
- EAU | Alto | ~8-15 modelizados al año | Moderada; números pequeños | ~70-95% | Servicios terciarios de alta capacidad | Costes de gobierno/seguros privados
- Israel | Alto | ~8-15 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral | Coste público/seguro
- China | Medio-alto | ~900-1,400 modelizados al año | Gran carga absoluta de mortalidad | Rango UMIC ~61-94% | Grandes centros terciarios; brechas rurales/financieras | Carga mixta pública/privada/de bolsillo
- Brasil | Medio-alto | ~280-420 modelizados al año | Carga absoluta moderada-alta | Rango UMIC ~61-94% | Amplia red oncológica; variación por estados | Costes SUS/públicos y privados
- México | Medio-alto | ~180-280 modelizados al año | Moderada-alta | Rango UMIC ~61-94% | Centros especializados; persisten retrasos/barreras | Seguro público más costes familiares
- Argentina | Medio-alto | ~60-90 modelizados al año | Moderada | Rango UMIC ~61-94% | Atención especializada disponible; variación regional | Costes públicos/seguro social
- Chile | Alto/medio-alto | ~20-35 modelizados al año | Moderada-baja | ~70-95% | Red de oncología pediátrica | Sistema público y seguros
- Colombia | Medio-alto | ~70-110 modelizados al año | Moderada-alta | Rango UMIC ~61-94% | Centros de oncología pediátrica; continuidad variable | Pagador público/privado más costes familiares
- Perú, Sudáfrica, Turquía, Irán, India, Pakistán, Bangladés, Indonesia, Filipinas, Vietnam, Tailandia, Malasia, Egipto, Marruecos, Argelia, Nigeria, Ghana, Kenia, Uganda, Tanzania, Etiopía, RD del Congo, Sudán, Irak, Siria, Yemen, Jordania, Líbano, Palestina, Omán, Kuwait, Baréin, Afganistán, Nepal, Sri Lanka, Myanmar, Camboya, Laos, Mongolia, Ucrania, Polonia, Rumanía.
-
-
-

Apéndice B: Tabla de trabajo de estadísticas país por país (cont.)

Fig.10/ Grupo de ingresos del país

País	Ingresos Grupo	Diagnósticos anuales	Mortalidad/ indicador de carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad del tratamiento	Presión de costos
Estados Unidos	Alto	~650 confirmados	Relativa baja Mortalidad	~85-95%*	Integral oncología pediátrica, cirugía, radioterapia, anatomía patológica, ensayos	Coste directo alto; el coste preciso específico de Wilms no se publica habitualmente como coste público
Canadá	Alto	30 casos infantiles renales/de pelvis renal pelvis renal diagnosticados en 2022	6 muertes en 2023 por cáncer infantil renal/ de pelvis renal	~96% a 5 años supervivencia global	Integral oncología pediátrica provincial redes oncológicas	Pagador público provincial coste; coste exacto específico de Wilms no se publica habitualmente
Reino Unido	Alto	~70-90 modelizados	Baja relativa mortalidad	~85-95%+	Redes de oncología pediátrica del NHS	Coste público NHS; el coste específico de Wilms no se publica habitualmente publicado
Francia	Alto	~60-80 modelizados	Baja relativa mortalidad	~85-95%+	Redes nacionales de oncología pediátrica	Coste público/seguro social coste; el coste específico de Wilms no se publica habitualmente
Alemania	Alto	~70-90 modelizados	Baja relativa mortalidad	~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste de seguro/público; específico de Wilms no publicado habitualmente
Italia	Alto	~45-65 modelizados	Baja relativa mortalidad	~85-95%+	Centros nacionales de oncología pediátrica	Coste del sistema público de salud; el coste específico de Wilms no se publica habitualmente
España	Alto	~40-55 modelizados	Baja relativa mortalidad	~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste del sistema sanitario público; coste específico de Wilms no se publica de forma sistemática
Países Bajos	Alto	~15-25 modelizados	Baja relativa mortalidad	~85-95%+	Oncología pediátrica altamente centralizada	Coste público/seguro
Suecia	Alto	~8-15 modelizados	Baja relativa mortalidad	~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste del sistema público de salud
Australia	Alto	~25-40 modelizados	Baja relativa mortalidad	~85-95%+	Integral oncología pediátrica centros	Costes públicos Medicare/estatales más seguros
Japón	Alto	~45-65 modelizados	Baja a moderada; la incidencia en Asia puede ser menor	~85-95%	Oncología pediátrica integral	Coste público/seguro
Corea del Sur	Alto	~15-25 modelizados	Baja relativa mortalidad	~85-95%	Terciaria integral oncología pediátrica	Coste público/seguro

Apéndice B: Tabla de trabajo de estadísticas país por país (cont.)

Fig.11/ Grupo de ingresos del país (cont.)

País	Ingresos Grupo	Diagnósticos anuales	Mortalidad/ indicador de carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad del tratamiento	Presión de costos
Arabia Saudi	Alto	~60-90 estimado por modelo anualmente	Moderada; regional la derivación afecta a los resultados	~70-95%	Oncología especializada existe; el acceso varía según la región	Atención terciaria financiada por el gobierno
EAU	Alto	~8-15 modelizados anualmente	Moderada; cifras pequeñas	~70-95%	Servicios terciarios de alta capacidad servicios	Costes gubernamentales/seguros privados
Israel	Alto	~8-15 modelizados anualmente		~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste público/seguro
China	Medio-alto	~900-1,400 estimado por modelo	Gran carga absoluta carga de mortalidad	~61-94% UMIC intervalo	Grandes centros terciarios; brechas rurales/financieras	Carga mixta pública/privada/de bolsillo carga
Brasil	Medio-alto	~280-420 estimado por modelo	Moderada-alta carga absoluta	~61-94% UMIC intervalo	Amplia red oncológica; variación entre estados	Costes SUS/públicos y privados
México	Medio-alto	~180-280 estimado por modelo	Moderada-alta	~61-94% UMIC intervalo	Centros especializados; persisten retrasos/barreras	Seguro público más costes familiares
Argentina	Medio-alto	~60-90 estimado por modelo anualmente	Moderada	~61-94% UMIC intervalo	Atención especializada disponible; variación regional variación	Costes públicos/seguro social
Chile	Alto/medio-alto	~20-35 estimado por modelo anualmente	Moderada-baja	~70-95%	Oncología pediátrica red	Costes del sistema público y seguros
Colombia	Medio-alto	~70-110 estimado por modelo anualmente	Moderada-alta	~61-94% UMIC intervalo	Oncología pediátrica centros; la continuidad varía	Pagador público/privado más costes familiares costes
Perú	Medio-alto	~60-95 estimado por modelo anualmente	Moderada-alta	~61-94% UMIC intervalo	Atención especializada concentrada en ciudades	Carga pública y de bolsillo
Sudáfrica	Medio-alto	~100-160 estimado por modelo	Moderada-alta	~61-94% UMIC intervalo	Atención especializada pública/privada atención; barreras rurales	Costes públicos/privados y de transporte familiar costes
Turquía	Medio-alto	~120-180 estimado por modelo anualmente	Moderada	~61-94% UMIC intervalo	Oncología pediátrica especializada en ciudades	Coste público/seguridad social

8 - Resumen de estadísticas por país

Fig.12/ Grupo de ingresos del país (cont.)

País	Ingresos Grupo	Diagnósticos anuales	Mortalidad/ indicador de carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad del tratamiento	Presión de costos
Irán	Medio-bajo / medio-alto	~110-170 modelizados anualmente	Moderada-alta	~0-85% LMIC intervalo	Existe oncología terciaria; el acceso a medicamentos varía	Mezcla de costes públicos/benéficos/familiares
India	Medio-bajo	~1.600-2.500 modelizados anualmente	Carga absoluta muy grande carga	~0-85% LMIC intervalo	Existen centros de nivel mundial pero el acceso es desigual	Programas gubernamentales más altos costes familiares
Pakistán	Medio-bajo	~450-700 modelizados anualmente	Carga absoluta alta carga	~0-85% LMIC intervalo	Grandes centros; el acceso y la asequibilidad varían	Carga pública/benéfica/familiar
Bangladés	Medio-bajo	~300-500 modelizados anualmente	Alto	~0-85% LMIC intervalo	Capacidad especializada concentrada en las principales ciudades	Carga para gobierno/ONG/familia
Indonesia	Medio-alto / medio-bajo	~500-800 modelizados anualmente	Carga absoluta alta carga	~0-85% a 61-94% mixto intervalo	Centros especializados en grandes ciudades	Seguro público más costes familiares
Filipinas	Medio-bajo	~180-280 modelizados anualmente	Moderada-alta	~0-85% LMIC intervalo	Oncología pediátrica en grandes centros oncología	Carga pública/seguro/familiar
Vietnam	Medio-bajo	~130-220 modelizados anualmente	Moderada-alta	~0-85% LMIC intervalo	Hospitales especializados en grandes ciudades	Seguro gubernamental más costes familiares coste
Tailandia	Medio-alto	~70-110 modelizados anualmente	Moderada	~61-94% UMIC intervalo	Oncología pediátrica capacidad; la cobertura universal ayuda	Coste del pagador público
Malasia	Medio-alto	~45-75 modelizados anualmente	Moderada	~61-94% UMIC intervalo	Oncología pediátrica pública oncología; derivación variación	Costo del sistema público de salud
Egipto	Medio-bajo	~220-350 modelizados anualmente	Carga absoluta alta carga	~0-85% LMIC intervalo	Grandes instituciones de oncología pediátrica instituciones	Carga gubernamental/benéfica/familiar
Marruecos	Medio-bajo	~65-100 modelizados anualmente	Moderada-alta	~0-85% LMIC intervalo	Oncología especializada en centros principales	Carga pública/benéfica/familiar
Argelia	Medio-alto	~85-130 modelizados anualmente	Moderada	~61-94% UMIC intervalo	Servicios especializados en grandes ciudades	Atención financiada por el gobierno

Apéndice B: Tabla de trabajo de estadísticas país por país (cont.)

Fig.13/ Grupo de ingresos del país (cont.)

Pais	Ingresos Grupo	Diagnósticos anuales	Mortalidad/ indicador de carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad del tratamiento	Presión de costos
Nigeria	Medio-bajo	~900-1,500 modelizados anualmente	Carga absoluta muy alta carga	~0-85% LMIC rango; muchos centros con resultados inferiores	Centros especializados, pero limitada capacidad/coste/suministro barreras	Gasto público limitado; carga familiar/benéfica
Ghana	Medio-bajo	~120-190 modelizados anualmente	Alto	~0-85% LMIC intervalo	Centros especializados; cobertura nacional limitada cobertura	Gobierno/seguro/familia carga
Kenia	Medio-bajo	~150-240 modelizados anualmente	Alto	~0-85% LMIC intervalo	Grandes centros de derivación; acceso desigual	Público/seguro/beneficencia/familia carga
Uganda	Bajo	~160-250 modelizados anualmente	Alto	~25-53% LIC intervalo	Oncología pediátrica limitada oncología; derivación/apoyo limitaciones	Presión sobre el presupuesto público; carga familiar de costes
Tanzania	Medio-bajo	~180-290 modelizados anualmente	Alto	~0-85% LMIC intervalo	Centros de derivación; acceso nacional limitado	Costes gobierno/ONG/familia
Etiopía	Bajo	~300-500 modelizados anualmente	Carga absoluta muy alta carga	~25-53% LIC intervalo	Atención especializada concentrada; limitaciones diagnósticas limitaciones	Presión sobre el presupuesto público; carga de viajes/pagos de bolsillo
RD del Congo	Bajo	~280-450 modelizados anualmente	Muy alta	~25-53% LIC intervalo	Muy limitado acceso integral	Baja capacidad gubernamental; carga familiar/benéfica
Sudán	Bajo/ medio-bajo	~130-220 modelizados anualmente	Muy alta; conflicto interrupción	~25-53% LIC / 0-85% LMIC intervalo	Muy restringido acceso	Capacidad gubernamental limitada; carga ONG/familia
Irak	Medio-alto/ medio-bajo	~80-130 modelizados anualmente	Moderada-alta	~0-85% a 61-94% mixto intervalo	Servicios especializados con variación regional	Carga gubernamental/familiar
Siria	Bajo/ medio-bajo	~50-90 modelizados anualmente	Muy alta donde la atención está interrumpida	~25-53% LIC / 0-85% LMIC intervalo	Capacidad gravemente afectada por el conflicto	Carga gubernamental/ONG/familiar
Yemen	Bajo	~90-150 modelizados anualmente	Muy alta	~25-53% LIC intervalo	Muy limitado acceso integral	Capacidad gubernamental muy limitada; carga humanitaria/familiar
Jordania	Medio-bajo/ medio-alto	~18-30 modelizados anualmente	Moderada	~0-85% a 61-94% mixto intervalo	Atención especializada regional disponible	Carga gubernamental/benéfica/familiar

Apéndice B: Tabla de trabajo de estadísticas país por país (cont.)

Fig.14/ Grupo de ingresos del país (cont.)

País	Ingresos Grupo	Diagnósticos anuales	Mortalidad/ indicador de carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad del tratamiento	Presión de costos
Líbano	Medio-bajo	~8-15 modelizados al año	Moderada a alta; crisis económica efectos	~0-85% LMIC intervalo	Existe atención especializada; barreras de asequibilidad	Gobierno/privado/beneficencia/familia costes
Palestina	Medio-bajo	~10-20 modelizados al año	Alta debido a restricciones de derivación	~0-85% LMIC intervalo	A menudo depende de permisos/centros externos	Transporte gobierno/ONG/familia carga
Omán	Alto	~8-15 modelizados al año	Moderada; cifras pequeñas	~70-95%	Derivación terciaria especializada derivación	Atención financiada por el gobierno
Kuwait	Alto	~7-12 modelizados al año	Moderada; cifras pequeñas	~70-95%	Atención terciaria con altos recursos atención	Atención financiada por el gobierno
Bahrín	Alto	~2-4 modelizados al año	Moderada; cifras pequeñas	~70-95%	Atención terciaria/derivación regional derivación	Atención financiada por el gobierno
Afganistán	Bajo	~150-250 modelizados al año	Muy alta	~25-53% LIC intervalo	Acceso integral limitado acceso	Gobierno/humanitario/familia carga
Nepal	Medio-bajo	~45-75 modelizados al año	Alto	~0-85% LMIC intervalo	Centros especializados; acceso desigual	Carga gubernamental/ONG/familiar
Sri Lanka	Medio-bajo	~25-40 modelizados al año	Moderada	~0-85% LMIC intervalo	Oncología pediátrica pública disponible	Atención financiada por el gobierno
Myanmar	Medio-bajo	~100-170 modelizados al año	Alto	~0-85% LMIC intervalo	Acceso especializado limitado y desigual	Gobierno/familia/humanitario carga
Camboya	Medio-bajo	~35-60 modelizados al año	Alto	~0-85% LMIC intervalo	Capacidad especializada limitada capacidad	Carga gubernamental/ONG/familiar
Laos	Medio-bajo	~14-25 modelizados al año	Alto	~0-85% LMIC intervalo	Oncología pediátrica limitada capacidad oncológica	Carga gubernamental/ONG/familiar
Mongolia	Medio-bajo	~5-10 modelizados al año	Moderada-alta	~0-85% LMIC intervalo	Atención especializada centralizada atención	Carga gubernamental/familiar

Fig.15/ Grupo de ingresos del país (cont.)

Pais	Ingresos Grupo	Diagnósticos anuales	Mortalidad/ indicador de carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad del tratamiento	Presión de costos
Ucrania	Medio-bajo	~45-75 modelizados anualmente	Variable debido a la guerra interrupción	~0-85% LMIC intervalo	Existen centros especializados; continuidad interrumpida	Gobierno/humanitario/familia costes
Polonia	Alto	~30-45 modelizados anualmente	Baja a moderada	~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste del sistema público de salud
Rumania	Alto/medio -alto	~15-30 modelizados anualmente	Moderada	~61-94% hasta HIC intervalo	Centros especializados disponible	Coste del sistema público de salud

Notas de fuentes y bibliografía

Importante:

- S1: U.S. National Cancer Institute PDQ, Tratamiento del tumor de Wilms y otros tumores renales infantiles, actualizado el 15 de abril de 2025: incidencia de 9,7 por 1 millón de niños menores de 15 años y unos 650 casos anuales en EE. UU.;
- S2: Canadian Cancer Society: Canadá registró 30 diagnósticos de cáncer renal y de pelvis renal infantil entre 0-14 años en 2022 y 6 muertes en 2023; casi todos los cánceres de riñón/pelvis renal en niños son tumores de Wilms;
- S3: Nakata et al., International Journal of Cancer / UKHSA Research Portal, 2020: incidencia mundial de tumores renales infantiles de 8,3 por millón, mayor en Norteamérica/Europa y menor en la mayoría de las regiones de Asia;
- S4: Cunningham et al., Desigualdades mundiales en el tumor de Wilms, 2020: rangos de supervivencia de 70-97% en países de ingresos altos, 61-94% en países de ingresos medios-altos, 0-85% en países de ingresos medios-bajos y 25-53% en países de ingresos bajos;
- S5: Estadísticas de supervivencia de Cancer.ca: la supervivencia global a 5 años del tumor de Wilms en niños de 0-14 años es de aproximadamente 96% en Canadá;
- S6: WHO Global Initiative for Childhood Cancer: objetivo de alcanzar al menos 60% de supervivencia mundial del cáncer infantil para 2030;
- S7: WHO / St. Jude Global Platform for Access to Childhood Cancer Medicines: pretende proporcionar medicamentos contra el cáncer infantil de calidad garantizada y sin interrupciones para LMICs y llegar a unos 120.000 niños;
- S8: Guías SIOP PODC para el tumor de Wilms: el tratamiento con intención curativa puede adaptarse a entornos de ingresos bajos cuando existen requisitos mínimos;
- S9: Informe basal del Collaborative Wilms Tumour Africa Project: supervivencia del 39% al final del tratamiento en los centros participantes; el tratamiento incompleto y los costes para los padres contribuyeron a no completar el tratamiento;
- S10: Disease Control Priorities / Tratamiento del cáncer infantil en LMICs: la terapia del tumor de Wilms es menos intensiva que la de algunos otros cánceres infantiles, lo que respalda un fortalecimiento del sistema coste-efectivo;



Wilms Cancer Foundation

Teléfono: +1 (778) 514 5000
Correo electrónico: info@WilmsFoundation.org
Web: www.WilmsFoundation.org
Dirección: Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, United States, 20002.

WILMS CANCER FOUNDATION, WCF Y LOS LEMAS: «DEFEATING CHILDHOOD KIDNEY CANCER» Y «THE DISEASE YOU'VE NEVER HEARD OF» SON MARCAS INTERNACIONALES DE WILMS CANCER FOUNDATION Y ESTÁN PROTEGIDOS POR DERECHOS DE AUTOR. DISEÑO DEL CONTENIDO DEL DOCUMENTO POR WILMS CANCER FOUNDATION © COPYRIGHT. TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS.

Según las leyes de derechos de autor, esta documentación no puede copiarse, fotocopiar, reproducirse ni traducirse, total o parcialmente, sin el consentimiento previo por escrito de Wilms Cancer Foundation.

USA: Organización cualificada exenta de impuestos 501(c)(3) | EIN:98-3478827 | Canada: Organización benéfica registrada: 756261939BC0001

Wilms Cancer Foundation (WCF)

Wilms Cancer Foundation (WCF) es una organización benéfica que apoya y representa las necesidades de niños, familias y organizaciones sanitarias afectadas por el cáncer renal pediátrico (especialmente el nefroblastoma, conocido comúnmente como «Wilms»). Su misión es establecer un programa internacional de concienciación, educación, defensa, detección temprana, tratamiento y apoyo para combatir la enfermedad.

Esta guía de WCF tiene únicamente fines educativos. Se basa en estándares internacionales de oncología pediátrica de Canadá, Estados Unidos y Europa. Consulte a un profesional médico cualificado si tiene alguna inquietud o pregunta.

© World Health Organization (WHO). Utilizado con permiso en colaboración con Wilms Cancer Foundation (WCF). «CureAll» forma parte de la Iniciativa Mundial de WHO contra el Cáncer Infantil (GICC). World Health Organization no respalda a ninguna organización, producto o servicio específico.

