Wilms Cancer Foundation

Tumor de Wilms
Impacto mundial

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





Wilms Cancer Foundation (WCF)

Wilms Cancer Foundation (WCF) es una organización benéfica que apoya y representa las necesidades de los niños, las familias y las organizaciones sanitarias afectados por el cáncer renal infantil, en particular el nefroblastoma, conocido como tumor de Wilms. Su misión es establecer un programa internacional de concienciación, educación, defensa de los pacientes, detección temprana, tratamiento y apoyo para combatir la enfermedad.

Esta guía de WCF tiene fines exclusivamente educativos. Se basa en los estándares internacionales de oncología pediátrica de Canadá, Estados Unidos y Europa. Si tiene dudas o inquietudes, consulte a un profesional médico cualificado.

© Wilms Cancer Foundation | Todos los derechos reservados

Índice

Impacto mundial
Estadísticas, supervivencia, desigualdad, tratamiento, disponibilidad y costes sanitarios

Resumen ejecutivo	4
Mapa de desigualdad mundial en la supervivencia de Wilms	5
Por qué el tumor de Wilms importa mundialmente	6
Base de evidencia y limitaciones de los datos	7
Brecha mundial de supervivencia	8
Marco de disponibilidad del tratamiento	9
Coste para gobiernos y sistemas sanitarios	10
Panorama de estadísticas nacionales	11
Regiones prioritarias para intervenir	13
Mensajes para financiadores y gobiernos	14
Panel de datos recomendado	15
Apéndice A: tabla de trabajo por país	16
Apéndice B: tabla de trabajo por país	17
Notas de fuentes y bibliografía	24

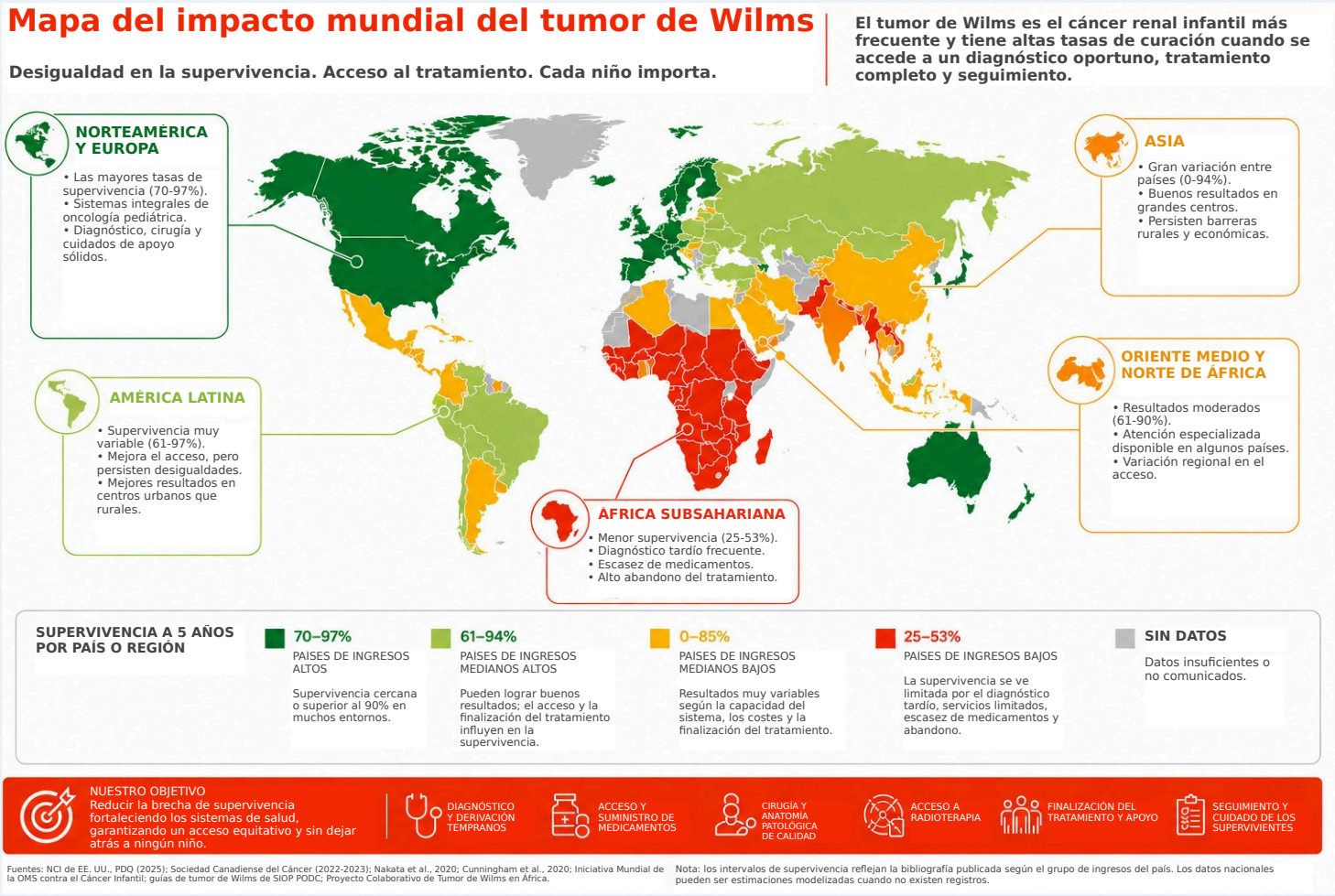
1 - Resumen ejecutivo

- El tumor de Wilms es el principal cáncer renal infantil y tiene altas posibilidades de curación cuando los niños acceden a diagnóstico oportuno, cirugía, quimioterapia, radioterapia cuando es necesaria, anatomía patológica, hemoderivados, control de infecciones y seguimiento.
- El problema mundial no es solo científico: también es de acceso al sistema sanitario. En entornos de ingresos altos, la supervivencia suele rondar o superar el 90%, mientras que en lugares con pocos recursos puede ser mucho menor.
- Las estadísticas nacionales específicas de Wilms son incompletas. Muchos países agrupan los cánceres infantiles, informan sobre tumores renales o cohortes hospitalarias, en lugar de contar con registros nacionales específicos.
- Para la defensa de los pacientes, lo más fiable es presentar cifras nacionales confirmadas cuando existen, estimaciones modelizadas cuando faltan registros y una clasificación transparente de la confianza en los datos.
- El argumento político más inmediato es que el tumor de Wilms es curable y que el diagnóstico temprano, el tratamiento completo, el acceso a medicamentos y las redes de derivación pueden mejorar la supervivencia de forma medible.

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

2 - Equidad mundial en la supervivencia del tumor de Wilms

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



Comprender la supervivencia al cáncer renal infantil

El tumor de Wilms es el cuarto cáncer infantil más frecuente y el cáncer renal más común en niños, pero también es uno de los más tratables: la supervivencia supera el 90% en muchos países de ingresos altos cuando hay diagnóstico temprano, tratamiento especializado y seguimiento integral. Sin embargo, los resultados varían mucho en el mundo. En algunos países de ingresos bajos y medianos persisten importantes barreras para el diagnóstico, el tratamiento, los cuidados de apoyo y la atención prolongada a los supervivientes. Por ello, el lugar donde nace un niño puede influir mucho en sus posibilidades de sobrevivir al cáncer renal infantil.

Conforme a las leyes de derechos de autor, esta documentación no puede copiarse, fotocopiarse, reproducirse ni traducirse, total o parcialmente, sin el consentimiento previo por escrito de Wilms Cancer Foundation.
© Wilms Cancer Foundation | Todos los derechos reservados

3 - Por qué el tumor de Wilms importa mundialmente

Fig. 2 / Área de impacto

Área de impacto	
Supervivencia infantil	El tumor de Wilms puede tener una supervivencia muy alta, pero depende del diagnóstico oportuno y del tratamiento completo.
Equidad	La enfermedad revela 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 familiar	Aunque haya medicamentos, los viajes, el alojamiento, la pérdida de ingresos, las pruebas y los gastos directos pueden provocar abandono o tratamiento incompleto.
Gobierno	Los sistemas nacionales asumen costes de imágenes, cirugía, quimioterapia, hospitalización, radioterapia y anatomía patológica. Pocos países publican costes públicos exclusivos del tumor de Wilms.

4 - Base de evidencia y limitaciones de los datos

- Incidencia: pocos países publican datos nacionales exclusivos de Wilms. El NCI de Estados Unidos informa de unos 650 casos anuales y una incidencia de 9,7 por millón de menores de 15 años. Canadá informa sobre cáncer renal y de pelvis renal infantil; casi todos son tumores de Wilms.

- Indicador aproximado mundial: los datos internacionales sitúan la incidencia de tumores renales infantiles en unos 8,3 por millón, con tasas mayores en Norteamérica y Europa y menores en muchas regiones de Asia.

- Supervivencia: una revisión mundial encontró intervalos de 70-97% en países de ingresos altos, 61-94% en medianos altos, 0-85% en medianos bajos y 25-53% en ingresos bajos.

- Mortalidad: rara vez se publican cifras nacionales exclusivas de Wilms. Por eso, este documento expresa la mortalidad como indicador de riesgo o carga relativos, salvo que exista una cifra nacional pública.

- Costes: no suelen publicarse costes públicos nacionales específicos de Wilms. El documento identifica los factores de coste y señala cuándo faltan datos nacionales publicados.



5 - Brecha mundial de supervivencia

Fig. 3 / Ingresos del país

Ingresos del país / contexto sanitario	Intervalo de supervivencia notificado	Interpretación
Países de ingresos altos	70–97%	La mayoría accede a tratamiento multimodal; los efectos tardíos y la supervivencia son prioridades de política sanitaria.
Países de ingresos medianos altos	61–94%	Son posibles buenos resultados, pero el acceso, la desigualdad regional y completar el tratamiento influyen en la supervivencia.
Países de ingresos medianos bajos	0–85%	Muy variable; depende de la capacidad del centro, la asequibilidad y completar el tratamiento.
Países de ingresos bajos	25–53%	La supervivencia suele limitarse por diagnóstico tardío, servicios escasos, falta de medicamentos y abandono.

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

6 - Marco de disponibilidad del tratamiento

Fig. 4 / Elemento necesario

Elemento necesario	Entorno de alta capacidad	Riesgo en entornos de capacidad limitada
Reconocimiento y derivación tempranos	La atención primaria, las imágenes y los circuitos de derivación detectan antes las masas abdominales.	Los niños llegan más tarde, con tumores mayores o enfermedad metastásica.
Imágenes y estadificación	Ecografía, tomografía, resonancia, imágenes torácicas y anatomía patológica permiten adaptar el tratamiento al riesgo.	Una estadificación incompleta puede causar tratamiento excesivo, insuficiente o tardío.
Cirugía	Disponibilidad de cirugía oncológica y apoyo anestésico.	Los retrasos y la falta de anestesia pediátrica o hemoderivados aumentan el riesgo.
Quimioterapia	Quimioterapia según protocolos y cuidados de apoyo disponibles.	La escasez o el coste de fármacos y las infecciones interrumpen el tratamiento.
Radioterapia	Disponible cuando está indicada.	Su ausencia o retraso empeora los resultados en ciertos estadios e histologías.
Seguimiento	Vigilancia de recaídas y efectos tardíos.	La pérdida de seguimiento puede impedir detectar recaídas o complicaciones tardías.

7 - Coste para gobiernos y sistemas sanitarios

- Los costes médicos directos incluyen ecografía, tomografía, resonancia, anatomía patológica, cirugía, quimioterapia, hospitalización, hemoderivados, antibióticos, radioterapia cuando corresponde, manejo de recaídas y consultas de supervivencia.
- Los costes públicos indirectos incluyen diagnóstico tardío, atención urgente, cuidados intensivos, abandono del tratamiento, discapacidad, apoyo social y pérdida de productividad de toda la vida cuando no se trata con éxito un cáncer infantil curable.
- En países de ingresos altos, el coste por paciente puede ser elevado, pero suele absorberlo el sistema público o los seguros. Donde hay menos recursos, un menor gasto público suele trasladar la carga a familias y entidades benéficas.
- Datos publicados de proyectos africanos identificaron costes familiares de unos 100-1.100 dólares estadounidenses como una barrera importante para completar el tratamiento. Para muchos hogares, ese importe es catastrófico, incluso con servicios hospitalarios subvencionados.
- Enfoque de política sanitaria: dejar sin tratar el tumor de Wilms no ahorra dinero a los gobiernos.
- La presentación tardía, las recaídas, el tratamiento incompleto y las muertes evitables aumentan las pérdidas humanitarias, económicas y del sistema sanitario.



7 - Panorama de estadísticas nacionales

Fig. 5 / Estadísticas nacionales

País	Diagnósticos anuales	Referencia de supervivencia	Disponibilidad de tratamiento
Estados Unidos	~650 confirmados	~85-95%*	Oncología pediátrica integral, cirugía, radioterapia, anatomía patológica y ensayos.
Canadá	30 diagnósticos de cáncer renal o de 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 muy 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

Fig. 6 / Panorama de estadísticas nacionales

Fig. 6 / Grupo de ingresos del país

País	Diagnósticos anuales	Referencia de supervivencia	Disponibilidad de tratamiento
Arabia Saudita	~60-90 modelizados al año	~70-95%	Hay oncología especializada; el acceso varía por región.
Emiratos Árabes Unidos	~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	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Grandes centros terciarios; brechas rurales y económicas
Brasil	~280-420 modelizados	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Amplia red oncológica; variación entre estados
México	~180-280 modelizados	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Centros especializados; persisten retrasos y barreras
Argentina	~60-90 modelizados al año	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Atención especializada disponible; variación regional
Chile	~20-35 modelizados al año	~70-95%	Red de oncología pediátrica
Colombia	~70-110 modelizados al año	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Centros de oncología pediátrica; continuidad variable
Perú	~60-95 modelizados al año	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Atención especializada concentrada en ciudades
Sudáfrica	~100-160 modelizados	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Atención especializada pública y privada; barreras rurales
Turquía	~120-180 modelizados al año	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Oncología pediátrica especializada en ciudades

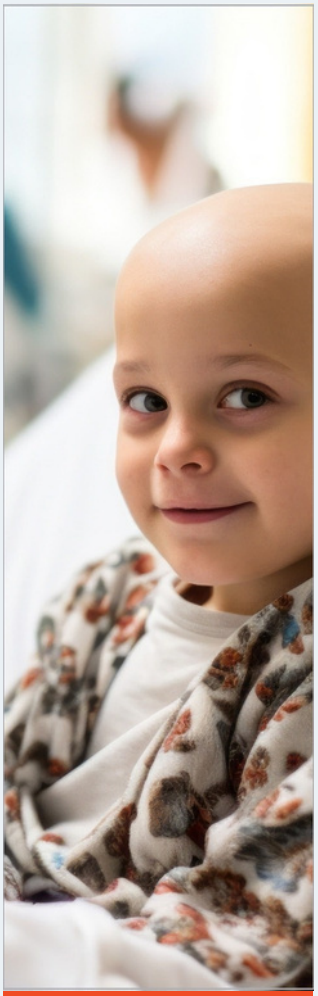
10 - Regiones prioritarias para intervenir

Fig. 7 / Estadísticas nacionales

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.	Circuitos de derivación, suministro de fármacos, ayudas al tratamiento, orientación a familias y desarrollo de registros.
Países muy poblados de ingresos medianos bajos	Mayor número de niños afectados, aunque algunos centros logren buenos resultados.	Ampliar centros regionales, reducir el abandono, apoyar la protección e integrar protocolos nacionales.
Países de ingresos medianos altos con desigualdad regional	Los promedios nacionales pueden ocultar desigualdades rurales o de bajos ingresos.	Hermanamiento de centros, clínicas satélite, telepatología, transporte y resultados por región.
Estados pequeños e islas	Pocos casos dificultan la atención especializada nacional.	Acuerdos regionales de derivación, protocolos compartidos y acceso transfronterizo a fármacos.

11 - Mensajes para financiadores y gobiernos

- El tumor de Wilms es un punto de partida práctico para mejorar los sistemas de cáncer infantil: requiere atención coordinada, pero alcanzable, con diagnóstico, cirugía, quimioterapia, cuidados de apoyo y seguimiento.
- La brecha de supervivencia es inaceptable porque la enfermedad suele ser curable con tratamiento oportuno y completo.
- El objetivo va más allá de comprar medicamentos: es crear un recorrido asistencial completo que mantenga a los niños en tratamiento hasta la curación y los vigile después.
- La inversión nacional debe medir el tiempo desde los síntomas al diagnóstico, el estadio inicial, el abandono, la falta de medicamentos, los retrasos de cirugía y radioterapia, las recaídas y la supervivencia.
- Un observatorio mundial o una alianza de registros de Wilms cubriría una importante carencia de evidencia y ayudaría a comparar responsablemente el progreso de los países.



12 - Panel de datos recomendado

Fig. 8 / Indicador

Indicador	Definición	Por qué importa
Nuevos diagnósticos	Casos anuales confirmados 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	Indica la eficacia de detección temprana y derivación
Tiempo hasta el tratamiento	Días desde la primera consulta hasta el tratamiento oncológico	Identifica retrasos que reducen la supervivencia
Finalización del tratamiento	Porcentaje que completa el protocolo	Mide directamente el abandono y el apoyo del sistema
Disponibilidad de medicamentos	Días sin existencias de fármacos esenciales de quimioterapia y apoyo	Indica la fiabilidad del suministro
Acceso a radioterapia	Disponibilidad y retraso cuando está indicada	Importante en determinados estadios y grupos de riesgo
Supervivencia	Supervivencia global y sin eventos a 1, 3 y 5 años	Medida final de resultados

Apéndice A: tabla de trabajo por país

Fig. 9 / Pasos

Pasos	Acción	Finalidad práctica
Paso 1	Evaluación nutricional inicial	Detectar pronto el riesgo y establecer valores iniciales de crecimiento e ingesta
Paso 2	Optimizar la nutrición oral	Aumentar la ingesta con alimentos preferidos, comidas frecuentes y mayor densidad calórica
Paso 3	Suplementos orales / alimentos enriquecidos	Cubrir las carencias cuando la ingesta habitual no basta
Paso 4	Nutrición enteral	Aportar nutrición fiable cuando la ingesta oral es insuficiente
Paso 5	Nutrición parenteral	Usar si la alimentación enteral no es posible o es insuficiente
Paso 6	Reevaluación y ajuste	Adaptar el plan a los síntomas, la función renal y la fase del tratamiento
Paso 7	Evaluación nutricional inicial	Detectar pronto el riesgo y establecer valores iniciales de crecimiento e ingesta

Importante: las filas marcadas como «modelizadas» no son estadísticas nacionales confirmadas por registros. Son estimaciones para planificar basadas en referencias públicas de incidencia y literatura general sobre supervivencia por sistema y grupo de ingresos.

Apéndice B: tabla de trabajo por país

Importante: las filas «modelizadas» no son estadísticas nacionales confirmadas por registros. Son estimaciones de planificación basadas en referencias públicas de incidencia y literatura general sobre supervivencia por sistema y grupo de ingresos.

- Estados Unidos | Altos | ~650 casos confirmados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral, cirugía, radioterapia, anatomía patológica y ensayos. | Coste directo alto; no suele publicarse el coste público específico de Wilms
- Canadá | Altos | 30 diagnósticos de cáncer renal o de pelvis renal infantil en 2022 | 6 muertes en 2023 por cáncer renal o de pelvis renal infantil | ~96% de supervivencia global a 5 años | Redes provinciales integrales de oncología pediátrica | Coste público provincial; no suele publicarse el coste exacto específico de Wilms
- Reino Unido | Altos | ~70-90 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Redes de oncología pediátrica del NHS | Coste público del NHS; no suele publicarse el coste específico de Wilms
- Francia | Altos | ~60-80 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Redes nacionales de oncología pediátrica | Coste público / seguro social; no suele publicarse el coste específico de Wilms
- Alemania | Altos | ~70-90 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral | Coste de seguros / público; no suele publicarse el coste específico de Wilms
- Italia | Altos | ~45-65 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Centros nacionales de oncología pediátrica | Coste del sistema público; no suele publicarse el coste específico de Wilms
- España | Altos | ~40-55 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral | Coste del sistema público; no suele publicarse el coste específico de Wilms
- Países Bajos | Altos | ~15-25 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica muy centralizada | Coste público / seguros
- Suecia | Altos | ~8-15 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral | Coste del sistema sanitario público
- Australia | Altos | ~25-40 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Centros integrales de oncología pediátrica | Costes públicos de Medicare y estatales, además de seguros
- Japón | Altos | ~45-65 modelizados al año | Baja a moderada | ~80-95% | Oncología pediátrica integral | Coste público / seguros
- Corea del Sur | Altos | ~15-25 modelizados al año | Baja a moderada | ~80-95% | Oncología pediátrica terciaria integral | Coste público / seguros
- Arabia Saudita | Altos | ~60-90 modelizados al año | Moderada; la derivación regional afecta a los resultados | ~70-95% | Hay oncología especializada; el acceso varía por región. | Atención terciaria financiada por el gobierno
- Emiratos Árabes Unidos | Altos | ~8-15 modelizados al año | Moderada; pocos casos | ~70-95% | Servicios terciarios de alta capacidad | Costes públicos / seguros privados
- Israel | Altos | ~8-15 modelizados al año | Mortalidad relativa baja | ~85-95%+ | Oncología pediátrica integral | Coste público / seguros
- China | Medianos altos | ~900-1,400 modelizados al año | Gran carga absoluta de mortalidad | ~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos | Grandes centros terciarios; brechas rurales y económicas | Carga mixta pública, privada y de gastos directos
- Brasil | Medianos altos | ~280-420 modelizados al año | Carga absoluta moderada a alta | ~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos | Amplia red oncológica; variación entre estados | Costes del SUS / públicos y privados
- México | Medianos altos | ~180-280 modelizados al año | Moderada a alta | ~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos | Centros especializados; persisten retrasos y barreras | Seguro público y costes familiares
- Argentina | Medianos altos | ~60-90 modelizados al año | Moderada | ~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos | Atención especializada disponible; variación regional | Costes públicos / seguro social
- Chile | Altos / medianos altos | ~20-35 modelizados al año | Moderada a baja | ~70-95% | Red de oncología pediátrica | Costes del sistema público y seguros
- Colombia | Medianos altos | ~70-110 modelizados al año | Moderada a alta | ~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos | Centros de oncología pediátrica; continuidad variable | Pagadores públicos y privados, más costes familiares
- Perú, Sudáfrica, Turquía, Irán, India, Pakistán, Bangladés, Indonesia, Filipinas, Vietnam, Tailandia, Malasia, Egipto, Marruecos, Argelia, Nigeria, Ghana, Kenia, Uganda, Tanzania, Etiopía, R. D. 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: estadísticas por país (continuación)

Fig. 10 / Grupo de ingresos del país

País	Grupo de ingresos	Diagnósticos anuales	Indicador de mortalidad / carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad de tratamiento	Presión de costes
Estados Unidos	Altos	~650 confirmados	Mortalidad relativa baja	~85-95%*	Oncología pediátrica integral, cirugía, radioterapia, anatomía patológica y ensayos	Coste directo alto; no suele publicarse el coste público específico de Wilms
Canadá	Altos	30 diagnósticos de cáncer renal o de pelvis renal infantil en 2022	6 muertes en 2023 por cáncer renal o de pelvis renal infantil	~96% de supervivencia global a 5 años	Redes provinciales integrales de oncología pediátrica	Coste público provincial; no suele publicarse el coste exacto específico de Wilms
Reino Unido	Altos	~70-90 modelizados	Mortalidad relativa baja	~85-95%+	Redes de oncología pediátrica del NHS	Coste público del NHS; no suele publicarse el coste específico de Wilms
Francia	Altos	~60-80 modelizados	Mortalidad relativa baja	~85-95%+	Redes nacionales de oncología pediátrica	Coste público / seguro social; no suele publicarse el coste específico de Wilms
Alemania	Altos	~70-90 modelizados	Mortalidad relativa baja	~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste de seguros / público; no suele publicarse el coste específico de Wilms
Italia	Altos	~45-65 modelizados	Mortalidad relativa baja	~85-95%+	Centros nacionales de oncología pediátrica	Coste del sistema público; no suele publicarse el coste específico de Wilms
España	Altos	~40-55 modelizados	Mortalidad relativa baja	~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste del sistema público; no suele publicarse el coste específico de Wilms
Países Bajos	Altos	~15-25 modelizados	Mortalidad relativa baja	~85-95%+	Oncología pediátrica muy centralizada	Coste público / seguros
Suecia	Altos	~8-15 modelizados	Mortalidad relativa baja	~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste del sistema sanitario público
Australia	Altos	~25-40 modelizados	Mortalidad relativa baja	~85-95%+	Centros integrales de oncología pediátrica	Costes públicos de Medicare y estatales, además de seguros
Japón	Altos	~45-65 modelizados	Baja a moderada; la incidencia asiática puede ser menor	~85-95%	Oncología pediátrica integral	Coste público / seguros
Corea del Sur	Altos	~15-25 modelizados	Mortalidad relativa baja	~85-95%	Oncología pediátrica terciaria integral	Coste público / seguros

Apéndice B: estadísticas por país (continuación)

Fig. 11 / Grupo de ingresos del país

País	Grupo de ingresos	Diagnósticos anuales	Indicador de mortalidad / carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad de tratamiento	Presión de costes
Arabia Saudita	Altos	~60-90 modelizados al año	Moderada; la derivación regional afecta a los resultados	~70-95%	Hay oncología especializada; el acceso varía por región.	Atención terciaria financiada por el gobierno
Emiratos Árabes Unidos	Altos	~8-15 modelizados al año	Moderada; pocos casos	~70-95%	Servicios terciarios de alta capacidad	Costes públicos / seguros privados
Israel	Altos	~8-15 modelizados al año	Mortalidad relativa baja	~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste público / seguros
China	Medianos altos	~900-1,400 modelizados	Gran carga absoluta de mortalidad	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Grandes centros terciarios; brechas rurales y económicas	Carga mixta pública, privada y de gastos directos
Brasil	Medianos altos	~280-420 modelizados	Carga absoluta moderada a alta	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Amplia red oncológica; variación entre estados	Costes del SUS / públicos y privados
México	Medianos altos	~180-280 modelizados	Moderada a alta	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Centros especializados; persisten retrasos y barreras	Seguro público y costes familiares
Argentina	Medianos altos	~60-90 modelizados al año	Moderada	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Atención especializada disponible; variación regional	Costes públicos / seguro social
Chile	Altos / medianos altos	~20-35 modelizados al año	Moderada a baja	~70-95%	Red de oncología pediátrica	Costes del sistema público y seguros
Colombia	Medianos altos	~70-110 modelizados al año	Moderada a alta	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Centros de oncología pediátrica; continuidad variable	Pagadores públicos y privados, más costes familiares
Perú	Medianos altos	~60-95 modelizados al año	Moderada a alta	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Atención especializada concentrada en ciudades	Carga pública y de gastos directos
Sudáfrica	Medianos altos	~100-160 modelizados	Moderada a alta	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Atención especializada pública y privada; barreras rurales	Costes públicos, privados y de transporte familiar
Turquía	Medianos altos	~120-180 modelizados al año	Moderada	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Oncología pediátrica especializada en ciudades	Coste público / seguridad social

Apéndice B: estadísticas por país (continuación)

Fig. 12 / Grupo de ingresos del país

País	Grupo de ingresos	Diagnósticos anuales	Indicador de mortalidad / carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad de tratamiento	Presión de costes
Irán	Medianos bajos / altos	~110-170 modelizados al año	Moderada a alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Existe oncología terciaria; el acceso a medicamentos varía	Coste mixto público, benéfico y familiar
India	Medianos bajos	~1,600-2,500 modelizados al año	Carga absoluta muy grande	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Existen centros de nivel mundial; acceso desigual	Programas públicos y altos costes familiares
Pakistán	Medianos bajos	~450-700 modelizados al año	Carga absoluta alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Grandes centros; acceso y asequibilidad variables	Carga pública, benéfica y familiar
Bangladés	Medianos bajos	~300-500 modelizados al año	Alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Capacidad especializada concentrada en grandes ciudades	Carga del gobierno, ONG y familias
Indonesia	Medianos altos / bajos	~500-800 modelizados al año	Carga absoluta alta	~0-85% a 61-94%: intervalo mixto	Centros especializados en grandes ciudades	Seguro público y costes familiares
Filipinas	Medianos bajos	~180-280 modelizados al año	Moderada a alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Oncología pediátrica en grandes centros	Carga pública, de seguros y familiar
Vietnam	Medianos bajos	~130-220 modelizados al año	Moderada a alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Hospitales especializados en grandes ciudades	Seguro público y coste familiar
Tailandia	Medianos altos	~70-110 modelizados al año	Moderada	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Capacidad de oncología pediátrica; la cobertura universal ayuda	Coste del pagador público
Malasia	Medianos altos	~45-75 modelizados al año	Moderada	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Oncología pediátrica pública; derivación variable	Coste del sistema sanitario público
Egipto	Medianos bajos	~220-350 modelizados al año	Carga absoluta alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Grandes instituciones de oncología pediátrica	Carga del gobierno, entidades benéficas y familias
Marruecos	Medianos bajos	~65-100 modelizados al año	Moderada a alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Oncología especializada en grandes centros	Carga pública, benéfica y familiar
Argelia	Medianos altos	~85-130 modelizados al año	Moderada	~61-94%: intervalo de países de ingresos medianos altos	Servicios especializados en grandes ciudades	Atención financiada por el gobierno

Apéndice B: estadísticas por país (continuación)

Fig. 13 / Grupo de ingresos del país

País	Grupo de ingresos	Diagnósticos anuales	Indicador de mortalidad / carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad de tratamiento	Presión de costes
Nigeria	Medianos bajos	~900-1,500 modelizados al año	Carga absoluta muy alta	~0-85%: ingresos medianos bajos; muchos centros por debajo	Centros especializados, pero capacidad limitada y barreras de coste y suministro	Gasto público limitado; carga familiar y benéfica
Ghana	Medianos bajos	~120-190 modelizados al año	Alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Centros especializados; cobertura nacional limitada	Carga del gobierno, seguros y familias
Kenia	Medianos bajos	~150-240 modelizados al año	Alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Grandes centros de referencia; acceso desigual	Carga pública, de seguros, benéfica y familiar
Uganda	Bajos	~160-250 modelizados al año	Alta	~25-53%: intervalo de ingresos bajos	Oncología pediátrica limitada; restricciones de derivación y apoyo	Presión presupuestaria pública; carga económica familiar
Tanzania	Medianos bajos	~180-290 modelizados al año	Alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Centros de referencia; acceso nacional limitado	Costes del gobierno, ONG y familias
Etiopía	Bajos	~300-500 modelizados al año	Carga absoluta muy alta	~25-53%: intervalo de ingresos bajos	Atención especializada concentrada; limitaciones diagnósticas	Presión presupuestaria pública; viajes y gastos directos
R. D. del Congo	Bajos	~280-450 modelizados al año	Muy alta	~25-53%: intervalo de ingresos bajos	Acceso integral muy limitado	Baja capacidad pública; carga familiar y benéfica
Sudán	Bajos / medianos bajos	~130-220 modelizados al año	Muy alta; interrupciones por conflicto	~25-53%: ingresos bajos / 0-85%: medianos bajos	Acceso muy restringido	Capacidad pública limitada; carga de ONG y familias
Irak	Medianos altos / bajos	~80-130 modelizados al año	Moderada a alta	~0-85% a 61-94%: intervalo mixto	Servicios especializados con variación regional	Carga económica pública y familiar
Siria	Bajos / medianos bajos	~50-90 modelizados al año	Muy alta donde se interrumpe la atención	~25-53%: ingresos bajos / 0-85%: medianos bajos	Capacidad muy afectada por el conflicto	Carga del gobierno, ONG y familias
Yemen	Bajos	~90-150 modelizados al año	Muy alta	~25-53%: intervalo de ingresos bajos	Acceso integral muy limitado	Capacidad pública muy limitada; carga humanitaria y familiar
Jordania	Medianos bajos / altos	~18-30 modelizados al año	Moderada	~0-85% a 61-94%: intervalo mixto	Atención especializada regional disponible	Carga del gobierno, entidades benéficas y familias

Apéndice B: estadísticas por país (continuación)

Fig. 14 / Grupo de ingresos del país

País	Grupo de ingresos	Diagnósticos anuales	Indicador de mortalidad / carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad de tratamiento	Presión de costes
Líbano	Medianos bajos	~8-15 modelizados al año	Moderada a alta; efectos de la crisis económica	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Existe atención especializada; barreras de asequibilidad	Costes públicos, privados, benéficos y familiares
Palestina	Medianos bajos	~10-20 modelizados al año	Alta por restricciones de derivación	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Suele depender de permisos y centros externos	Carga de transporte del gobierno, ONG y familias
Omán	Altos	~8-15 modelizados al año	Moderada; pocos casos	~70-95%	Derivación terciaria especializada	Atención financiada por el gobierno
Kuwait	Altos	~7-12 modelizados al año	Moderada; pocos casos	~70-95%	Atención terciaria con abundantes recursos	Atención financiada por el gobierno
Baréin	Altos	~2-4 modelizados al año	Moderada; pocos casos	~70-95%	Atención terciaria / derivación regional	Atención financiada por el gobierno
Afganistán	Bajos	~150-250 modelizados al año	Muy alta	~25-53%: intervalo de ingresos bajos	Acceso integral limitado	Carga pública, humanitaria y familiar
Nepal	Medianos bajos	~45-75 modelizados al año	Alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Centros especializados; acceso desigual	Carga del gobierno, ONG y familias
Sri Lanka	Medianos bajos	~25-40 modelizados al año	Moderada	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Oncología pediátrica pública disponible	Atención financiada por el gobierno
Myanmar	Medianos bajos	~100-170 modelizados al año	Alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Acceso especializado limitado y desigual	Carga pública, familiar y humanitaria
Camboya	Medianos bajos	~35-60 modelizados al año	Alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Capacidad especializada limitada	Carga del gobierno, ONG y familias
Laos	Medianos bajos	~14-25 modelizados al año	Alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Capacidad limitada de oncología pediátrica	Carga del gobierno, ONG y familias
Mongolia	Medianos bajos	~5-10 modelizados al año	Moderada a alta	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Atención especializada centralizada	Carga pública y familiar

Apéndice B: estadísticas por país (continuación)

Fig. 15 / Grupo de ingresos del país

País	Grupo de ingresos	Diagnósticos anuales	Indicador de mortalidad / carga	Referencia de supervivencia	Disponibilidad de tratamiento	Presión de costes
Ucrania	Medianos bajos	~45-75 modelizados al año	Variable por interrupciones de la guerra	~0-85%: intervalo de ingresos medianos bajos	Existen centros especializados; continuidad interrumpida	Costes públicos, humanitarios y familiares
Polonia	Altos	~30-45 modelizados al año	Baja a moderada	~85-95%+	Oncología pediátrica integral	Coste del sistema sanitario público
Rumanía	Altos / medianos altos	~15-30 modelizados al año	Moderada	~61-94% hasta el intervalo de ingresos altos	Centros especializados disponibles	Coste del sistema sanitario público

Notas de fuentes y bibliografía

Importante:

- S1: NCI de Estados Unidos, PDQ, tratamiento del tumor de Wilms y otros tumores renales infantiles, actualizado el 15 de abril de 2025: incidencia de 9,7 por millón de 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 en niños de 0-14 años en 2022 y 6 muertes en 2023; casi todos estos cánceres infantiles son tumores de Wilms.
- S3: Nakata y cols., International Journal of Cancer / UKHSA Research Portal, 2020: incidencia mundial de tumores renales infantiles de 8,3 por millón, mayor en Norteamérica y Europa y menor en la mayoría de regiones asiáticas.
- S4: Cunningham y cols., Global Disparities in Wilms Tumor, 2020: supervivencia de 70-97% en ingresos altos, 61-94% en medianos altos, 0-85% en medianos bajos y 25-53% en ingresos bajos.
- S5: Cancer.ca, estadísticas de supervivencia: supervivencia global a 5 años del tumor de Wilms en niños de 0-14 años de aproximadamente el 96% en Canadá.
- S6: Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil de la OMS: objetivo de alcanzar al menos un 60% de supervivencia mundial en 2030.
- S7: Plataforma Mundial de Acceso a Medicamentos contra el Cáncer Infantil de la OMS y St. Jude: busca un suministro continuo de fármacos de calidad garantizada en países de ingresos bajos y medianos y llegar a unos 120.000 niños.
- S8: Directrices SIOP PODC sobre tumor de Wilms: el tratamiento curativo puede adaptarse a entornos de ingresos bajos si se cumplen unos requisitos mínimos.
- S9: Informe inicial del Collaborative Wilms Tumour Africa Project: supervivencia del 39% al finalizar el tratamiento en los centros participantes; el tratamiento incompleto y los costes familiares contribuyeron a no completarlo.
- S10: Disease Control Priorities / Treating Childhood Cancer in LMICs: el tratamiento de Wilms es menos intensivo que el de otros cánceres infantiles, lo que favorece un fortalecimiento rentable del sistema.



Wilms Cancer Foundation

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

WILMS CANCER FOUNDATION, WCF Y LOS LEMAS «VENCIENDO EL CÁNCER RENAL INFANTIL» Y «LA ENFERMEDAD DE LA QUE NUNCA HA OÍDO HABLAR» SON MARCAS INTERNACIONALES DE WILMS CANCER FOUNDATION Y ESTÁN PROTEGIDOS POR DERECHOS DE AUTOR. CONTENIDO Y DISEÑO DEL DOCUMENTO: WILMS CANCER FOUNDATION. © TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS.

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

EE. UU.: organización exenta de impuestos según 501(c)(3) | EIN: 98-3478827 | Canadá: entidad benéfica registrada: 756261939BC0001

© Wilms Cancer Foundation | Todos los derechos reservados

Wilms Cancer Foundation (WCF)

Wilms Cancer Foundation (WCF) es una organización benéfica que apoya y representa las necesidades de los niños, las familias y las organizaciones sanitarias afectados por el cáncer renal infantil, en particular el nefroblastoma, conocido como tumor de Wilms. Su misión es establecer un programa internacional de concienciación, educación, defensa de los pacientes, detección temprana, tratamiento y apoyo para combatir la enfermedad.

Esta guía de WCF tiene fines exclusivamente educativos. Se basa en los estándares internacionales de oncología pediátrica de Canadá, Estados Unidos y Europa. Si tiene dudas o inquietudes, consulte a un profesional médico cualificado.

© Organización Mundial de la Salud (OMS). Utilizado con autorización en colaboración con Wilms Cancer Foundation (WCF). «CureAll» forma parte de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil (GICC) de la OMS. La OMS no respalda ninguna organización, producto o servicio en particular.

© Wilms Cancer Foundation | Todos los derechos reservados