

Enfermedad renal crónica en pediatría: cerrando la brecha entre el conocimiento y la práctica clínica

Verónica Ferraris¹ , Jorge R. Ferraris^{1,2} 

La enfermedad renal afecta a 1 de cada 7 personas. En 2019, 3,1 millones de muertes fueron por falla renal, siendo la séptima causa de muerte a nivel mundial, con una mortalidad entre 5 y 11 millones al considerar insuficiencia renal aguda y la falta de acceso a la terapia de reemplazo renal (TRR). Estas cifras reflejan disparidades en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC).¹

El lema del Congreso Mundial del Riñón, “*Mind the gap in kidney care: translating what we know into what we do*” (Atención a la brecha en la atención renal: traduciendo lo que sabemos en lo que hacemos), es especial en este contexto. En pediatría, esta frase adquiere un significado crucial, pues los desafíos son múltiples y las implicaciones a largo plazo son significativas.

La ERC pediátrica tiene algunas peculiaridades. Las enfermedades subyacentes más comunes en la ERC pediátrica son las anomalías congénitas del tracto urinario y renal. Existen escasos datos epidemiológicos sobre ERC en la población pediátrica y los valores reales se encuentran subestimados porque no incluyen datos de las etapas iniciales. El Registro Español Pediátrico de ERC no terminal, recoge datos en todas las etapas de ERC, muestra una prevalencia de

128 pacientes por millón de habitantes (ppm), y un 63,3 % en varones.² El Registro Argentino de Diálisis Crónica 2023, reporta para pediatría (0-19 años), valores de prevalencia de 32,5 ppm y de incidencia de 12,50 ppm en 2023.³

La hipertensión y la proteinuria son factores de riesgo independientes para la progresión de la ERC. Otros elementos que afectan la progresión son la enfermedad primaria, la edad, el sexo, los factores raciales/genéticos, el bajo peso al nacer, las alteraciones hidroelectrolíticas, la acidosis, el nivel socioeconómico, la educación parental y la alfabetización en salud. Existen complicaciones específicas de los niños: trastornos del crecimiento/ desarrollo y anomalías urológicas. Cuando el paciente llega a la ERCT (terminal) las terapias incluyen la diálisis y el trasplante renal. La mejoría de las tasas de supervivencia del paciente y del injerto son los objetivos en el manejo de la ERCT en niños.⁴

La optimización en las técnicas de diálisis para niños pequeños ha contribuido al aumento de la incidencia entre los niños menores de 5 años. Ellos habrían muerto antes de llegar a la ERCT debido a la falta de recursos para la diálisis.⁴

Los niños con ERC tienen un riesgo de mortalidad de 30 a 60 veces mayor vs. los niños sin ERC. Las enfermedades cardiovasculares

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10616>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10616.eng>

Cómo citar: Ferraris V, Ferraris JR. Enfermedad renal crónica en pediatría: cerrando la brecha entre el conocimiento y la práctica clínica. *Arch Argent Pediatr.* 2025;e202410616. Primero en Internet 30-ENE-2025.

¹ Servicio de Nefrología Pediátrica y Trasplante Renal. Hospital italiano de Buenos Aires; ² Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia para Verónica Ferraris: veronica.ferraris@hospitalitaliano.org.ar



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

son la causa más común de muerte (25-40 %) en los Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. La infección lo es en otros países: 20-40 %.⁴

Los factores asociados con mayor mortalidad en niños con ERC incluyen: edad menor de 5 años, sexo femenino, raza no blanca, diálisis vs. trasplante, hemodiálisis vs. diálisis peritoneal, etiologías no displásicas/uropatías y comorbilidades. La talla baja, alteraciones del índice de masa corporal, anemia e hipoalbuminemia se han vinculado con mayor mortalidad.⁴

El trasplante renal mejora la supervivencia, con mejores resultados en trasplantes preventivos y con donante vivo. El donante fallecido, la adolescencia y ciertas etiologías (recurrencia en el injerto) aumentan la mortalidad y los fracasos del injerto.^{4,5}

En Argentina no existe un registro nacional que documente las causas de ERC. La distribución etiológica en nuestra población de pacientes, difiere de la observada en otras regiones, debido al síndrome urémico hemolítico Shiga toxina positivo (SUH-STE/C). En el 2000, las causas de ERCT eran las uropatías/displasias en el 41 %, el SUH-STE/C en el 18,1 %, y la esclerosis focal y segmentaria (EFyS) en el 13,2 %.⁵ En 2023 fueron las uropatías/displasias en el 57 %, la EFyS en el 12 % y el SUH-STE/C en el 6,48 %. El descenso del SUH-STE/C está relacionado con mejores prácticas de prevención y manejo temprano de la enfermedad. Los resultados sugieren la eficacia de las medidas de renoprotección implementadas.⁶

La conciencia sobre la ERC es baja entre las personas con disfunción renal. En 252 pacientes con SUH-STE/C no dializados, 130 fueron perdidos durante el seguimiento. Pacientes que no requieren diálisis durante la fase aguda pueden desarrollar ERC años después del episodio inicial. La ausencia de seguimiento impide la detección temprana y el tratamiento de las complicaciones, para evitar la progresión de la enfermedad renal.⁷

Las políticas deben integrar el cuidado renal dentro de los paquetes de salud bajo cobertura sanitaria universal. La detección y el manejo de la ERC deben comenzar en la atención primaria estableciendo modelos de atención multidisciplinario. La equidad en el acceso a la atención y los medicamentos es esencial,

especialmente en países de bajos recursos.¹

La prevalencia de ERC en niños sería tres a cuatro veces mayor de lo estimado, según los programas de cribado de Japón y Corea. La eficacia de un análisis de orina anual como herramienta preventiva sigue siendo incierta y requiere estudios que evalúen su impacto en la progresión hacia la ERC.⁸

En este contexto, las estrategias preventivas para ERC, en el control pediátrico primario, deben jerarquizar el monitoreo de obesidad e hipertensión, el control a largo plazo de los niños prematuros, o con antecedentes de SUH, o con anomalías del tracto urinario e infección urinaria.⁴

Hemos logrado una disminución de casos de SUH-STE/C (358 en 2013 vs. 290 en 2023); ello refleja la importancia de continuar las campañas de prevención y el seguimiento de los pacientes.⁹ ■

REFERENCIAS

1. Luyckx VA, Tuttle KR, Abdellatif D, Correa-Rotter R, Fung WWS, Haris A, et al. Mind the gap in kidney care: translating what we know into what we do. *Kidney Int.* 2024;105(3):406-17.
2. Andreu Periz D, Sarria Guerrero JA. Actualidad del tratamiento renal sustitutivo pediátrico. *Enferm Nefrol.* 2017;20(2):179-89.
3. Marinovich S, Bisigniano L, Rosa Diez G, Hansen Krogh D, Liderman S, Tagliafichi V, et al. Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2023. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Nefrología e INCUCAI; 2024. [Consulta: 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.san.org.ar/wp-content/uploads/2024/11/Registro-Argentino-de-Dialisis-Cronica-2023-SAN-INCUCAI-version-completa.pdf>
4. Harada R, Hamasaki Y, Okuda Y, Hamada R, Ishikura K. Epidemiology of pediatric chronic kidney disease/kidney failure: Learning from registries and cohort studies. *Pediatr Nephrol.* 2022;37(7):1215-29.
5. Ferraris J, Rodríguez Rilo L. Trasplante renal. En: Nefrología Pediátrica. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2003:581-601.
6. Monteverde ML, Panero N, Chaparro AB, Locane F, Sarkis C, Mattio SA, et al. A decrease in the incidence of Shiga toxin-related hemolytic uremic syndrome as a cause of kidney transplantation at an Argentine referral center. *Pediatr Transplant.* 2023;27(4):e14489.
7. Alconcher LF, Lucarelli LI, Bronfen S. Long-term kidney outcomes in non-dialyzed children with Shiga-toxin Escherichia coli associated hemolytic uremic syndrome. *Pediatr Nephrol.* 2023;38(7):2131-6.
8. Cho BS, Kim SD, Choi YM, Kang HH. School urinalysis screening in Korea: Prevalence of chronic renal disease. *Pediatr Nephrol.* 2001;16(12):1126-8.
9. Argentina. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico Nacional. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2024;(702) SE17. [Consulta: 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben-702_se17.pdf