

Tabla 7. Prevalencia de RVU diagnosticado mediante cisturografía miccional seriada (CUMS), u otros estudios cistográficos en niños y niñas tras ITU

Estudio	Características de la muestra (n)	Edad	Prevalencia RVU
Tseng 2007 ⁶⁰ (Taiwán)	HC de ingresados por primera ITU febril (142)	< 2 años	29,6% RVU
Giordano 2007 ⁶¹ (Italia)*	HC de ingresados por ITU recurrente o PNA (386)	1 mes a 12 años (media 22 meses)	36% RVU
Parada 2005 ⁶² (España)	HC tras ITU (96)	0 meses a 4 años (mediana 6 meses)	18,7% RVU
Bernard 2005 ⁶³ (Uruguay)	HC tras ITU. Hospital y ambulatorio (116)	3 días a 14 años (mediana 10 meses)	26% RVU
Tsai 2004 (Taiwán)	HC de ingresados con primera ITU (114)	1 mes a 5 años (mediana 6 meses)	29% RVU
Chand 2003 (USA) †	HC por ITU previa (9.912)	0-21 años	31% en niñas 18% en niños 39% < 2 años 27% 2-6 años 20% 7-11 años 8% 12-21 años
Upadhyay 2003 (Canadá)	Niñas con vaciamiento disfuncional e ITU concomitante (58)	4 a 11 años (media 6,7 años)	33% RVU
Zaki 2003 (Kuwait)	HC de ingresados con primera ITU (174)	< 12 años	24% en niñas 18% en niños 25% < 1 año 18% 1-5 años 27% > 5 años
Howard 2001 (Hong Kong)	HC con ITU (93)	< 5 años	25% en niñas 45% en niños
Honkinen 2000 (Finlandia) †	HC con ITU bacteriémica (132)	1 semana a 9,5 años (mediana 1,5 meses)	30% RVU
Honkinen 1999 (Finlandia)	HC con urocultivo positivo (184)	62% < 2 años 37% ≥ 2 años	38% RVU
Sargent 1995 (USA)	HC por primera ITU (309)	Niñas: Mediana 48 meses Niños: Mediana 12 meses	29% en niñas 30% en niños < 1 año: 46% en niñas 34% en niños < 2 años: 44% en niñas 30% en niños 2-4 años: 32% en niños/as ≥ 5 años: 15% en niñas 29% en niños
Messi 1988 (Italia)	HC con 1ª ITU sintomática (225)	0-14 años	18% RVU 17% en niñas 21% en niños 30% 0-12 meses 14% 1-4 años 13% 5-14 años

Estudio	Características de la muestra (n)	Edad	Prevalencia RVU
Jodal 1987 (Suecia)	HC con 1ª ITU sintomática (1177)	< 10 años	34% en niñas 33% en niños
McKerrow 1984 (Escocia)	HC de cirugía pediátrica (572)	< 13 años (7% > 2 años)	31% RVU

HC: Historia clínica; ITU: Infección del tracto urinario; RVU: Reflujo vesicoureteral
Prueba diagnóstica realizada: † CUMS o cistografía isotópica indirecta; * ecocistografía miccional

Tabla adaptada de la GPC del NICE (2007)¹¹.

Siendo el RVU la alteración más frecuente, la hidronefrosis, la obstrucción y la duplicación renal son alteraciones estructurales importantes, cuya prevalencia no se puede establecer con precisión, dada la gran heterogeneidad de los distintos estudios. No obstante, la GPC del NICE, a partir de los estudios de McKerrow *et al.* (1984) y de Smellie *et al.* (1981), estima la prevalencia de duplicación renal e hidronefrosis en pacientes en edad pediátrica que han tenido una ITU en 6-7%, y 2,5-7,5%, respectivamente¹¹. En la siguiente tabla se recogen aquellos estudios de los que se ha podido extraer la prevalencia de anomalías estructurales, excluyendo el RVU, y aquellas tributarias de intervención quirúrgica, excluyendo de nuevo las intervenciones por RVU (tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia de anomalías estructurales (excluido el RVU y otros defectos del parénquima renal) diagnosticadas en niños y niñas tras una ITU

Estudio	Población (n)	Edad	Prevalencia total de anomalías, excluyendo RVU	Prevalencia de anomalías tributarias de IQ, excluyendo intervenciones por RVU
Honkinen 2000	266	1 semana-9,5 años: (mediana 1,5 meses)	25/266 (9,4%)	14/266 (5,2%) †
Ring 1988	110	4 días-12 meses: (mediana 3 meses)	19/110 (17,3%)	17/110 (15,4%)
Burbige 1984	83	2 semanas-14 años	18/83 (21,7%)	18/83 (21,7%)
McKerrow 1984	572	0-13 años	15,4%	7,5%
Ginsburg 1982	86	5 días-8 meses: (media 2,1 meses)	8/86 (9%)	3/86 (3,5%)
Smellie 1981	744 (498 sin RVU y 246 con RVU)	0-12 años	67/498 (9%) 103/246 (42%)*	25/498 (5%) 18/246 (7,3%)
Pylkkanen 1981	252	6-13 años	6/252 (2,4%)	3/252 (1,2%)

IQ: Intervención quirúrgica. * El 70% del total de anomalías cuantificadas son cicatrices renales; † IQ por obstrucción

Tabla adaptada de la GPC del NICE (2007)¹¹.