

ESTUDIO DE LAS VARIACIONES EN LOS INFORMES DE PREVALENCIA DE LA HEMOFILIA B ALREDEDOR DEL MUNDO

Jeffrey S. Stonebraker

North Carolina State University
College of Management Raleigh,
NC, Estados Unidos

Paula H. B. Bolton-Maggs

Department of Clinical Haematology
Manchester Royal Infirmary Manchester, Reino Unido

J. Michael Soucie

Division of Blood Disorders
National Center for Birth Defects
and Developmental Disabilities
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, GA, Estados Unidos

Irwin Walker

Division of Hematology & Thromboembolism
Department of Medicine, McMaster University
Hamilton, ON, Canadá

Mark Brooker

World Federation of Hemophilia
Montreal, QC, Canadá

Este documento fue originalmente publicado por Blackwell Publishing en *Haemophilia*, 7 de junio, 2011.
DOI: 10.1111/j.1365-2516.2011.02588.x. Se reimprime con su autorización.

© 2011 Blackwell Publishing Ltd

La FMH alienta la redistribución de sus publicaciones por organizaciones de hemofilia sin fines de lucro con propósitos educativos. Para obtener la autorización de reimprimir, redistribuir o traducir esta publicación, por favor comuníquese con el Departamento de Comunicación a la dirección indicada abajo.

Esta publicación está disponible en la página Internet de la Federación Mundial de Hemofilia, en www.wfh.org. Puede solicitar copias adicionales a la FMH a:

Federación Mundial de Hemofilia
1425 René Lévesque Boulevard West, Suite 1010
Montréal, Québec H3G 1T7
CANADA
Tel. : (514) 875-7944
Fax : (514) 875-8916
Correo electrónico: wfh@wfh.org
Internet: www.wfh.org

El propósito de la serie *Hechos y Cifras* es brindar información general sobre los productos sustitutivos de factor y la administración de la atención para la hemofilia. La Federación Mundial de Hemofilia no se involucra en el ejercicio de la medicina, y bajo ninguna circunstancia recomienda un tratamiento en particular para individuos específicos. Las dosis recomendadas y otros regímenes de tratamiento son revisados continuamente, conforme se reconocen nuevos efectos secundarios. La FMH no reconoce, de modo explícito o implícito alguno, que las dosis de medicamentos u otras recomendaciones de tratamiento en esta publicación sean las adecuadas. Debido a lo anterior, se recomienda enfáticamente al lector buscar la asesoría de un consejero médico y/o consultar las instrucciones impresas que proporciona la compañía farmacéutica antes de administrar cualquiera de los medicamentos a los que se hace referencia en esta monografía.

Las afirmaciones y las opiniones aquí expresadas no necesariamente representan las opiniones, políticas o recomendaciones de la Federación Mundial de Hemofilia, de su Comité Ejecutivo, o de su personal.



ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio de las variaciones en los informes de prevalencia de la hemofilia B alrededor del mundo

J. S. STONEBRAKER*, P. H. B. BOLTON-MAGGS, J. MICHAEL SOUCIE, I. WALKER** y M. BROOKER***

*College of Management, North Carolina State University, Raleigh, NC, Estados Unidos; Department of Clinical Haematology, Manchester Royal Infirmary, Manchester, Reino Unido; Division of Blood Disorders, National Center for Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, Estados Unidos; **McMaster University, Hamilton, ON, Canadá; y ***Federación Mundial de Hemofilia, Montréal, QC, Canadá

Introducción

Para la planificación de la atención de la salud es indispensable contar con información confiable sobre la prevalencia de la hemofilia B (HB). Muchos países de ingresos bajos hacen caso omiso del tratamiento actual y los gastos médicos de la hemofilia, y orientan sus limitados recursos a trastornos agudos que tienen mayor impacto en la salud pública, tales como desnutrición, falta de servicios sanitarios, combate de enfermedades infecciosas, mortalidad infantil, etc. Perfeccionando la recolección de datos es posible destacar las necesidades y lograr un mejor manejo y asignación de los recursos para la atención de la salud.

Materiales y métodos

Recolectamos datos sobre prevalencia de HB de los sondeos anuales de la Federación Mundial de Hemofilia (FMH). La prevalencia de HB (por 100 000 varones) en una población se obtiene dividiendo el número total de casos en un momento determinado entre el número total de varones. De 1998 a 2006, la FMH ha informado sobre el número de personas con HB en 105 países [1–8]. Calculamos la prevalencia de la HB dividiendo el número de personas con HB entre la población de varones, en el año correspondiente [9]. La participación en el sondeo anual de la FMH es voluntaria y requiere colaboración entre organizaciones nacionales. No todos los países han proporcionado datos a la FMH cada año. También investigamos la calidad de los datos

de los informes sobre prevalencia de la HB de los sondeos anuales de la FMH comparándolos con los datos sobre prevalencia para países de ingresos elevados encontrados en la literatura. Utilizamos la clasificación económica del Banco Mundial, como se definió en nuestro artículo previo [10], para describir las economías nacionales.

Se utilizó la estadística descriptiva para analizar los datos sobre prevalencia. Utilizamos media, desviación estándar (SD) y coeficiente de variación (CV) para describir la distribución de los datos sobre prevalencia de cada país o de cada clasificación económica. Mediante un análisis de varianza (*anova*, en inglés) comparamos las medias de los datos sobre prevalencia de la HB informados anualmente por la FMH entre clasificaciones económicas, y con datos sobre prevalencia para países de ingresos elevados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) publicados en la literatura. Un valor P de < 0.05 se considera estadísticamente importante.

Resultados

El Cuadro 1 presenta el cálculo de la prevalencia de la HB a partir de datos de la FMH correspondientes a los años 1998–2006 [1–8]. Para cada país del Cuadro 1 hubo nueve observaciones posibles sobre prevalencia, correspondientes a los años 1998–2006, inclusive. La media de la prevalencia entre países de ingresos elevados miembros de la OCDE abarcó de 0.47 por 100 000 varones en Luxemburgo a 8.07 por 100 000 varones en Irlanda; entre países de ingresos elevados no miembros de la OCDE abarcó de 0.30 en Arabia Saudita a 6.39 en Chipre; en los países de ingresos medios elevados el rango fue de 0.58 en México a 4.23 en Hungría; en países de ingresos medios bajos fue de 0.02 en Indonesia a 6.41 en Macedonia; y en países de ingresos bajos

Correspondencia: Jeffrey S. Stonebraker, College of Management, North Carolina State University, Raleigh, NC 27695-7229, USA. Tel.: 919 515 0155; fax: 919 515 6943; Correo-e: jeff_stonebraker@ncsu.edu

Aceptado después de revisado el 6 de mayo de 2011

Cuadro 1. La prevalencia de hemofilia B informada (por 100 000 varones) de 1998 a 2006 se determinó a partir del número de pacientes con hemofilia B en un país informado a la Federación Mundial de Hemofilia [1-8], dividido entre su población de varones, para el año relevante [9].

País	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Media	SD	CV (%)	Econ
Albania	2.33	1.82	1.83	2.74	NA	1.87	2.24	1.27	1.90	2.00	0.44	22	4
Alemania	NA	1.93	1.58	1.62	NA	1.75	1.85	1.84	1.84	1.77	0.13	7	1
Arabia Saudita	NA	NA	NA	NA	NA	0.30	0.30	NA	NA	0.30	0.004	0	2
Argelia	0.67	NA	NA	0.81	0.79	NA	1.00	NA	1.13	0.88	0.18	21	4
Argentina	0.93	1.15	0.91	0.93	NA	0.97	1.20	1.35	1.22	1.08	0.17	16	3
Armenia	NA	NA	0.41	0.49	NA	0.35	0.35	NA	NA	0.40	0.06	16	4
Australia	2.15	3.19	2.11	2.08	NA	NA	1.87	3.06	3.21	2.53	0.60	24	1
Austria	NA	1.34	1.34	NA	NA	1.32	1.31	NA	NA	1.33	0.02	1	1
Azerbaiyán	NA	0.18	0.28	NA	NA	NA	0.50	NA	NA	0.32	0.16	51	4
Bangladesh	0.003	0.02	0.02	0.02	NA	0.03	0.04	0.05	0.06	0.03	0.02	64	5
Bélgica	2.16	2.43	2.53	2.92	2.90	2.89	NA	NA	NA	2.64	0.32	12	1
Belice	NA	NA	2.42	2.36	NA	2.26	2.21	NA	NA	2.31	0.10	4	3
Bielorrusia	NA	NA	NA	1.54	NA	1.56	1.52	NA	2.12	1.68	0.29	17	4
Bolivia	NA	NA	NA	0.09	0.09	0.09	NA	NA	NA	0.09	0.002	2	4
Bosnia-Herzegovina	NA	NA	0.54	0.53	NA	0.53	0.53	NA	0.52	0.53	0.01	1	4
Brasil	NA	1.14	1.03	1.01	NA	0.99	0.97	0.96	1.37	1.07	0.15	14	3
Bulgaria	1.34	1.58	1.51	1.52	NA	1.55	1.56	1.60	1.74	1.55	0.11	7	3
Canadá	3.07	2.57	3.25	3.22	3.19	NA	3.48	3.54	3.55	3.23	0.32	10	1
Chile	1.36	1.54	1.69	1.67	1.65	1.63	NA	NA	NA	1.59	0.13	8	3
China	0.06	0.10	NA	NA	NA	NA	0.04	NA	NA	0.07	0.03	44	4
Chipre	3.69	4.96	4.91	4.86	NA	4.76	15.14	NA	NA	6.39	4.31	68	2
Colombia	0.49	0.56	0.68	0.71	NA	1.04	0.85	1.06	1.10	0.81	0.24	29	4
Corea	0.78	0.84	0.88	0.93	0.93	NA	1.06	1.20	1.25	0.99	0.17	17	1
Costa Rica	1.15	1.38	NA	1.32	NA	1.32	1.30	1.27	NA	1.29	0.08	6	3
Croacia	NA	NA	NA	3.05	3.04	3.03	NA	3.47	3.65	3.25	0.29	9	3
Cuba	NA	NA	0.74	0.81	NA	1.03	1.12	1.12	1.08	0.98	0.17	17	4
Dinamarca	2.68	2.70	3.11	3.06	NA	3.04	3.78	3.47	NA	3.12	0.40	13	1
Ecuador	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.49	0.51	0.50	0.02	4	4
Egipto	NA	1.89	1.89	1.80	1.77	NA	1.81	2.07	2.16	1.91	0.15	8	4
El Salvador	0.48	NA	0.33	0.74	NA	0.75	0.77	NA	NA	0.62	0.20	33	4
Eritrea	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.05	NA	0.22	0.13	0.12	91	5
Eslovenia	NA	NA	NA	NA	NA	1.64	1.64	NA	NA	1.64	0.001	0	2
España	1.74	1.53	1.51	1.88	NA	1.82	1.25	1.25	1.27	1.53	0.26	17	1
Estados Unidos	2.26	2.23	2.40	2.42	NA	2.37	2.38	2.42	2.47	2.37	0.08	3	1
Estonia	NA	0.47	0.47	0.48	0.48	0.48	NA	NA	NA	0.48	0.004	1	2
Filipinas	0.07	NA	0.18	0.22	NA	0.23	0.25	NA	0.28	0.20	0.07	36	4
Finlandia	NA	NA	NA	NA	NA	2.39	NA	2.53	2.48	2.47	0.07	3	1
Francia	2.34	2.44	2.60	NA	NA	NA	NA	2.04	2.42	2.37	0.21	9	1
Georgia	NA	0.57	0.58	0.72	NA	1.02	1.45	1.66	NA	1.00	0.46	46	4
Grecia	1.86	1.87	2.12	2.15	NA	2.27	2.28	2.31	2.31	2.15	0.19	9	1
Guatemala	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.15	0.15	NA	0.15	0.003	2	4
Honduras	0.34	0.30	NA	NA	NA	0.12	0.42	0.44	0.43	0.34	0.12	36	4
Hungría	3.77	3.87	3.96	4.59	4.60	NA	4.54	4.56	3.90	4.23	0.38	9	3
India	NA	NA	NA	0.09	NA	0.09	0.16	0.29	0.30	0.19	0.10	56	5
Indonesia	0.01	0.01	0.01	0.01	NA	0.02	0.02	0.02	0.03	0.02	0.01	45	4
Irán	1.84	1.89	1.76	1.75	NA	1.72	2.00	2.32	2.37	1.96	0.26	13	4
Irak	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.86	1.18	1.21	1.09	0.19	18	4
Irlanda	4.83	7.35	7.51	8.22	NA	8.30	9.13	10.12	9.12	8.07	1.59	20	1
Islandia	1.45	NA	NA	1.41	NA	1.38	1.36	1.35	NA	1.39	0.04	3	1
Israel	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1.85	2.14	NA	1.99	0.21	11	2
Italia	1.79	2.24	NA	NA	NA	NA	2.29	2.28	2.01	2.12	0.22	10	1
Jamaica	0.64	0.63	0.63	0.70	NA	0.61	0.61	NA	NA	0.64	0.03	5	4
Japón	1.13	1.17	NA	1.26	NA	1.35	NA	1.40	1.43	1.29	0.12	10	1
Jordania	NA	NA	1.41	NA	NA	NA	NA	NA	1.56	1.49	0.11	7	4
Kenia	0.22	0.29	0.28	0.26	0.25	NA	0.27	NA	0.24	0.26	0.02	9	5

Cuadro 1. (viene)

País	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Media	SD	CV (%)	Econ
Letonia	1.17	1.54	1.37	1.57	NA	1.49	1.50	1.60	1.90	1.52	0.21	14	3
Libano	NA	NA	NA	0.43	0.42	NA	1.13	NA	NA	0.66	0.41	62	3
Lituania	1.02	0.97	1.10	1.11	NA	1.24	NA	1.25	1.32	1.14	0.13	11	3
Luxemburgo	0.48	0.47	0.47	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.47	0.01	1	1
Macedonia	NA	6.49	6.47	6.65	6.63	NA	5.82	NA	NA	6.41	0.34	5	4
Malasia	0.90	0.92	0.94	0.94	NA	0.93	1.00	1.17	1.18	1.00	0.11	11	3
Malta	1.57	NA	NA	1.55	1.53	1.52	NA	NA	NA	1.54	0.02	1	2
Marruecos	0.40	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.40	NA	NA	4
México	NA	0.41	NA	0.40	NA	0.45	0.57	0.77	0.87	0.58	0.20	35	3
Moldavia	NA	NA	NA	NA	NA	0.74	NA	NA	NA	0.74	NA	NA	4
Mongolia	NA	NA	0.16	0.24	NA	0.32	0.39	NA	0.38	0.30	0.10	33	5
Nepal	0.10	0.10	0.10	0.10	0.09	NA	NA	0.20	0.22	0.13	0.05	42	5
Nicaragua	0.28	0.60	0.43	0.85	0.84	0.83	NA	NA	0.80	0.66	0.23	35	4
Nigeria	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.01	NA	0.01	NA	NA	5
Noruega	3.74	3.67	4.00	NA	NA	4.01	NA	4.17	4.14	3.95	0.21	5	1
Nueva Zelanda	4.30	2.67	4.18	4.96	NA	4.58	2.31	2.58	4.12	3.71	1.03	28	1
Países Bajos	2.70	3.19	3.17	3.16	NA	1.25	1.24	0.62	1.23	2.07	1.08	52	1
Palestina	NA	NA	2.31	NA	NA	NA	1.35	NA	1.37	1.68	0.55	33	4
Panamá	0.77	0.68	1.07	1.05	NA	1.33	1.37	1.53	1.51	1.17	0.32	28	3
Paquistán	NA	0.30	2.02	NA	NA	0.06	0.18	0.15	0.16	0.48	0.76	160	5
Paraguay	NA	0.75	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.75	NA	NA	4
Perú	NA	0.98	0.16	NA	NA	NA	0.33	0.38	0.53	0.48	0.31	65	4
Polonia	1.53	1.60	1.65	1.70	NA	1.67	NA	1.83	1.92	1.70	0.13	8	3
Portugal	1.76	1.77	1.70	1.75	NA	1.87	2.02	1.97	2.01	1.86	0.13	7	1
Qatar	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4.53	4.53	NA	NA	2
Reino Unido	3.98	4.23	3.83	3.88	NA	3.78	NA	5.02	4.36	4.16	0.44	10	1
República Checa	2.08	2.03	2.15	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2.09	0.06	3	1
Rep. Dominicana	NA	NA	0.59	0.25	0.24	0.24	NA	NA	NA	0.33	0.17	53	4
República Eslovaca	2.67	2.67	2.48	2.48	NA	2.49	2.45	NA	2.68	2.56	0.11	4	3
Rumania	NA	1.46	1.49	1.51	NA	1.49	NA	1.53	1.62	1.52	0.06	4	3
Rusia	0.33	0.56	2.20	2.21	NA	2.22	2.26	0.92	1.02	1.46	0.83	57	3
Senegal	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.08	0.08	NA	NA	5
Serbia ¹	1.87	1.92	1.26	1.26	NA	1.28	1.29	1.33	1.22	1.43	0.29	20	3
Sierra Leona	0.09	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.09	NA	NA	5
Singapur	NA	NA	1.09	0.97	0.95	NA	NA	1.15	1.27	1.09	0.13	12	2
Sri Lanka	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.13	NA	NA	0.13	NA	NA	4
Sudáfrica	NA	1.01	1.00	1.03	NA	1.01	1.09	1.10	1.11	1.05	0.05	5	3
Sudán	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.32	NA	0.14	0.23	0.12	54	5
Suecia	3.68	3.68	3.63	3.71	NA	3.76	3.72	NA	NA	3.70	0.05	1	1
Suiza	2.75	2.40	2.82	2.75	NA	2.73	2.83	2.79	2.92	2.75	0.15	6	1
Tailandia	0.12	0.09	0.11	0.09	NA	0.11	0.17	0.22	0.46	0.17	0.12	73	4
Togo	0.04	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.04	NA	NA	5
Túnez	NA	NA	0.46	0.76	NA	0.74	NA	NA	0.99	0.74	0.22	30	4
Turquía	0.09	0.17	0.18	0.49	NA	0.64	0.93	1.13	1.31	0.62	0.47	76	3
Ucrania	0.01	0.03	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0.02	0.01	48	4
Uruguay	0.63	0.75	0.75	0.81	NA	0.81	0.56	NA	NA	0.72	0.10	14	3
Uzbequistán	NA	NA	NA	0.34	NA	NA	0.25	0.83	0.86	0.57	0.32	57	5
Venezuela	1.82	2.08	2.13	2.23	NA	2.40	2.64	2.67	2.79	2.35	0.34	14	3
Vietnam	NA	NA	0.18	NA	NA	NA	0.09	0.43	0.42	0.28	0.17	61	5
Zimbabue	0.41	NA	NA	0.79	0.79	NA	0.77	NA	0.76	0.70	0.17	24	5

¹En 1992, Yugoslavia era una federación formada por Serbia y Montenegro. En 2003, su nombre cambió a Unión de los Estados de Serbia y Montenegro, y se abolió oficialmente el nombre de Yugoslavia. En 2006, Serbia y Montenegro declararon su independencia.

SD: desviación estándar; CV: coeficiente de variación; NA: no disponible, no se proporcionaron datos; Econ: clasificación económica según el Banco Mundial: 1: Ingresos elevados y miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) [28]; 2: Ingresos elevados y no miembros de la OCDE; 3: Ingresos medios elevados; 4: Ingresos medios bajos; 5: Ingresos bajos.

se extendió de 0.01 en Nigeria a 0.70 en Zimbabue. Tres países del Cuadro 1 presentaron una prevalencia inusualmente elevada, en comparación con su clasificación económica (Figura 1): Irlanda y Macedonia (tres SD), y Hungría (dos SD).

Los informes sobre prevalencia de la HB variaron considerablemente entre clasificaciones económicas, incrementándose a medida que la capacidad económica aumentaba. La prevalencia (por 100 000 varones) para países de ingresos elevados miembros de la OCDE fue de 2.69 ± 1.61 (media \pm SD), mientras que la prevalencia para países de ingresos elevados no miembros de la OCDE fue de 2.40 ± 3.00 (media \pm SD); para países de ingresos medios elevados fue 1.56 ± 0.90 (media \pm SD); para países de ingresos medios bajos fue 0.99 ± 1.20 (media \pm SD), y para países de ingresos bajos fue 0.27 ± 0.32 (media \pm SD). La media de prevalencia de la HB fue considerablemente diferente entre todas las clasificaciones económicas, excepto la comparación entre países de ingresos elevados miembros y no miembros de la OCDE ($P = 0.455$). En un análisis país por país, la media de la prevalencia se correlacionó moderadamente ($R = 0.56$, $P < 0.001$) con el ingreso nacional bruto per cápita.

Comparamos los datos de los informes anuales sobre prevalencia de la FMH (Cuadro 1) con los datos sobre prevalencia encontrados en la literatura; hubo 11 comparaciones. La prevalencia (por 100 000 varones) a partir de los datos de los informes de la FMH fue de 3.75 ± 0.71 (media \pm SD); la prevalencia a partir de los datos publicados en la literatura fue de 3.55 ± 0.79 (media \pm SD), y las medias no fueron considerablemente diferentes ($P = 0.525$). El error absoluto promedio fue 13% y los errores relativos abarcaron de -28% a 44%.

Discusión

Idealmente, los datos sobre prevalencia a escala nacional deberían ser colectivamente exhaustivos y mutuamente excluyentes [10]. Desafortunadamente, pueden informarse datos inferiores a los reales cuando los países solo cuentan a pacientes atendidos en instalaciones de atención especializada y pueden informarse datos superiores a los reales cuando los países no eliminan pacientes que han muerto o emigrado, o que reciben tratamiento en más de un centro de atención. Nuestra investigación no muestra una diferencia considerable entre los datos sobre prevalencia de la HB para países de ingresos elevados miembros de la OCDE obtenidos de los informes a la FMH y los de la literatura. Los sondeos mundiales anuales de la FMH tienen ciertas limitaciones pero constituyen el mejor recurso de datos disponible a escala mundial.

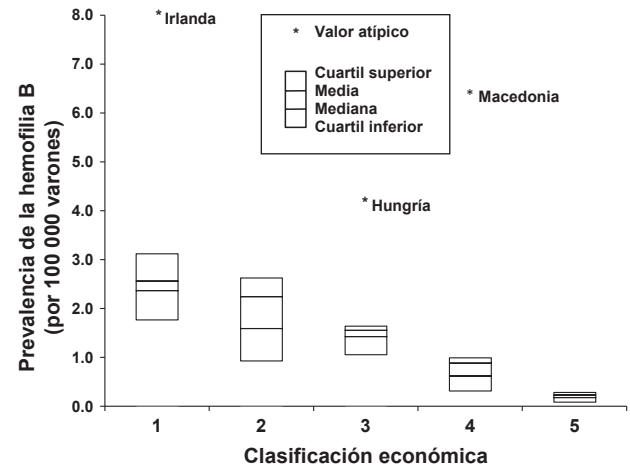


Figura 1. Plano de distribución con la clasificación económica en el eje de abscisas y los valores para la prevalencia de hemofilia B (por 100 000 varones) en el eje de ordenadas. Los valores de prevalencia representan la media de prevalencia para cada uno de los 105 países que proporcionaron datos sobre prevalencia a la Federación Mundial de Hemofilia (Cuadro 1). La clasificación económica según el Banco Mundial es la siguiente: 1: Ingresos elevados y miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); 2: Ingresos elevados y no miembros de la OCDE; 3: ingresos medios elevados; 4: Ingresos medios bajos; 5: Ingresos bajos. *Un valor atípico se ubica fuera de dos desviaciones estándar de la media.

Nuestros hallazgos en el caso de la HB generalmente son los mismos que los de nuestro estudio sobre la hemofilia A [10]. Los informes sobre prevalencia de la HB son sumamente diferentes entre las diferentes economías nacionales, aun entre los países más ricos. La prevalencia de la HB en los países de ingresos elevados miembros de la OCDE es considerablemente mayor que en las otras clasificaciones económicas. En un análisis país por país basado en los informes de los sondeos anuales de la FMH, la prevalencia de la HB se incrementa con el transcurso del tiempo en el 72% de los países. El incremento de la prevalencia a través del tiempo podría reflejar mayores tasas de supervivencia, mejor diagnóstico, mejor acceso a la atención de la hemofilia, emigración de pacientes a países con mejor atención y mejor recolección e informe de datos. Es probable que un efecto fundador contribuya a la elevada prevalencia en el caso de Irlanda, pero los casos de Hungría y Macedonia requieren más investigación.

Con los avances en el tratamiento y en los procedimientos para la recolección e informe de datos, es probable

que continúe el incremento general en el número de casos reportados. Esta información epidemiológica será importante para la planificación de la atención de la salud y la asignación de recursos. Dada la variabilidad en los informes sobre prevalencia de la HB, es necesaria más investigación a fin de determinar cuál es la 'verdadera' prevalencia y si la incidencia es la misma para todas las poblaciones.

Divulgaciones

PHBBM ha recibido apoyo de Baxter para participar en reuniones internacionales en 2008 y 2010. Los demás autores declararon no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. World Federation of Hemophilia. *Report on the Annual Global Survey 2006*. Montreal, Canada: WFH, 2007.
2. World Federation of Hemophilia. *Report on the Annual Global Survey 2005*. Montreal, Canada: WFH, 2006.
3. World Federation of Hemophilia. *Report on the Annual Global Survey 2004*. Montreal, Canada: WFH, 2005.
4. World Federation of Hemophilia. *Report on the WFH Global Survey 2003*. Montreal, Canada: WFH, 2004.
5. World Federation of Hemophilia. *Report on the WFH Global Survey 2002*. Montreal, Canada: WFH, 2002.
6. World Federation of Hemophilia. *Report on the WFH Global Survey 2001*. Montreal, Canada: WFH, 2001.
7. World Federation of Hemophilia. *WFH Global Survey on Hemophilia 2000 Edition*. Montreal, Canada: WFH, 2000.
8. World Federation of Hemophilia. *WFH Global Survey on Hemophilia 1999 Edition*. Montreal, Canada: WFH, 1999.
9. United Nations. *World Population Prospects: The 2006 Revision*. New York, NY: UN, 2006.
10. Stonebraker JS, Bolton-Maggs PHB, Soucie JM, Walker I, Brooker M. A study of variations in the reported haemophilia A prevalence around the world. *Haemophilia* 2010; 16: 20-32.



1425 René Lévesque Blvd. W., Suite 1010 Montréal, Québec H3G 1T7 CANADA
Tel.: +1 (514) 875-7944 Fax: +1 (514) 875-8916
www.wfh.org