

Informe epidemiológico sobre la situación de la hepatitis A en España. Año 2024.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 21 de enero de 2026 con los datos disponibles hasta la fecha.

Depuración, validación y análisis de los datos:

Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Área de Vigilancia de Salud Pública. Equipo SiViEs. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Vigilancia y notificación de los casos:

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas.

Cita sugerida: Informe epidemiológico sobre la situación de la Hepatitis A en España. Año 2024. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Introducción

La hepatitis A es una enfermedad aguda del hígado, generalmente autolimitada, causada por el virus de la hepatitis A (VHA). El VHA es un virus de ácido ribonucleico (ARN), sin envoltura, que pertenece a la familia *Picornaviridae*, que incluye a los enterovirus y rinovirus humanos y se engloba dentro del género *Hepatovirus*. Hay 6 genotipos reconocidos: 3 afectan a humanos (I, II y III, con dos subtipos a y b cada uno) y 3 a simios (IV, V, VI) y un único serotipo en todo el mundo. Se presenta tanto en forma esporádica como epidémica, con diversos patrones de endemicidad en las diferentes regiones del mundo, estando la enfermedad muy vinculada a condiciones sanitarias deficientes.

La infección aguda por VHA en adultos es normalmente autolimitada. La enfermedad es sintomática en más del 70% de los adultos, mientras que la clínica es infrecuente en niños menores de 6 años. Los síntomas suelen iniciarse bruscamente con náuseas, vómitos, anorexia, fiebre, malestar general o dolor abdominal, seguidos en los días siguientes de la presentación típica con ictericia, prurito y coluria, pudiendo acompañarse de heces acólicas. El fracaso hepático fulminante, que se desarrolla dentro de las 8 semanas de inicio de los síntomas es raro y suele ocurrir en personas mayores de 50 años o aquellas con alguna hepatopatía subyacente. La letalidad de la hepatitis A es muy baja (<0,5%) pero puede ser superior al 1,5% en mayores de 50 años.

Se transmite persona a persona por vía fecal oral. Los niños juegan un papel importante en la transmisión del virus de la hepatitis A y son fuente de infección para otros ya que una gran mayoría padecen infecciones asintomáticas y que pasan inadvertidas. La mayoría de los contagios directos ocurren en ámbitos cerrados donde se realiza una convivencia estrecha, principalmente en el hogar. La actividad sexual es también un factor de riesgo de transmisión del VHA, particularmente en las prácticas de sexo oral-anal, por lo que las medidas usadas habitualmente para prevenir otras infecciones de transmisión sexual no previenen el contagio de este virus. Otras formas de transmisión son la hídrica y alimentaria. La hepatitis A suele asociarse al consumo de frutas y hortalizas y de moluscos bivalvos, consumidos en crudo o poco cocinados. También puede producirse la transmisión por consumo de alimentos contaminados por manipuladores infectados. En los países desarrollados, con buenas condiciones higiénico-sanitarias del agua, los brotes de transmisión hídrica son infrecuentes.

La hepatitis A es una enfermedad de declaración obligatoria en España.

Métodos

Se analizaron los casos de hepatitis A del año 2024 notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación (caso probable y confirmado) acordados por la RENAVE.

Para la asignación de las variables mes y año se utilizó la fecha del caso (fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla - fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.). El análisis de distribución geográfica se realizó considerando la Comunidad Autónoma de residencia del caso, y en su ausencia, la Comunidad Autónoma de declaración. Se excluyen de este informe todos los casos residentes en el extranjero.

El cálculo de las incidencias acumuladas anuales se realizó utilizando como numerador el total de casos notificados durante ese año (excluyendo importados) y como denominador la población estimada con fecha a 1 de enero según la operación Estadística Continua de Población que publica anualmente el Instituto Nacional de Estadística (INE), excluyendo del denominador las poblaciones correspondientes a las Comunidades Autónomas (CCAA) que no notificaron dicho año. Se consideraron como casos importados aquellos en los que la infección ocurrió en un país distinto de España. Para el análisis de la estacionalidad se excluyeron los casos importados.

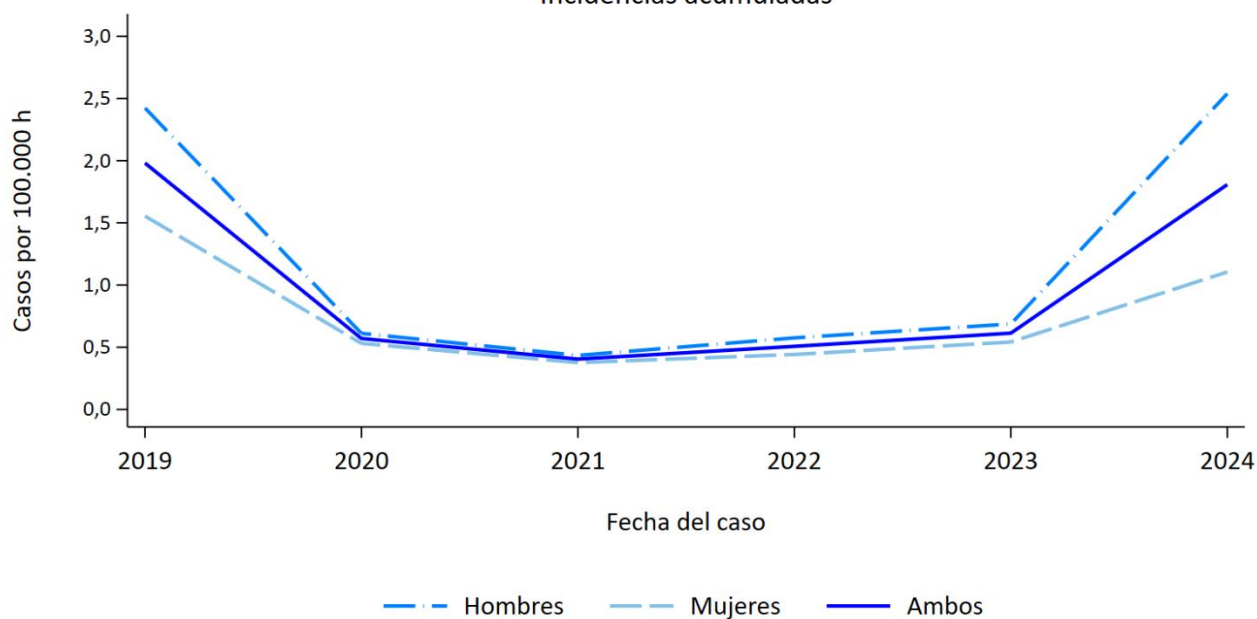
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2024, todas las CCAA notificaron esta enfermedad a la RENAVE. En el año 2019, Cantabria no notificó hepatitis A a la RENAVE.

En el año 2024 se notificaron 879 casos de hepatitis A en residentes en España, excluyendo 159 casos importados, siendo la incidencia acumulada (IA) de 1,81 casos por 100.000 habitantes (Figura 1). Esto supone un aumento del 197% con respecto a la IA del año previo (0,61 casos por 100.000 habitantes).

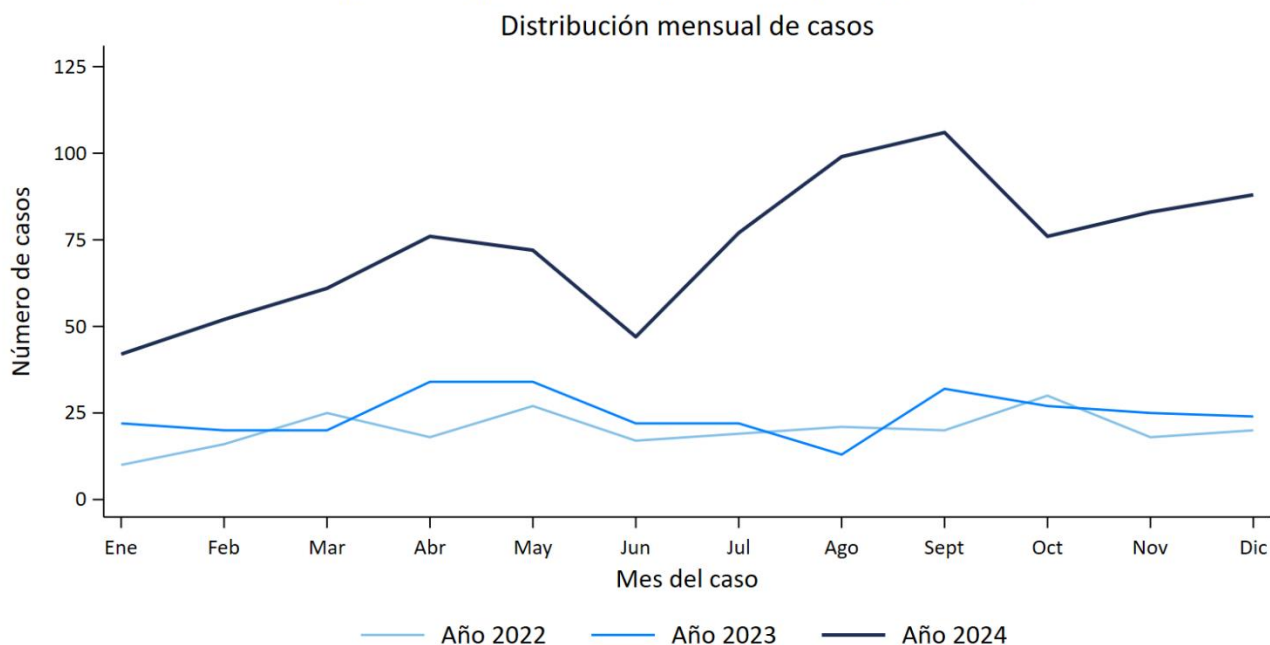
Figura 1. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2019-2024
Incidencias acumuladas



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

La enfermedad presentó una clara estacionalidad, con un ligero aumento de casos durante el mes de abril y otro mucho más marcado en el mes de septiembre. Este patrón estacionalidad estuvo menos presente en los años previos, aunque sí que tuvo lugar un ligero aumento de casos en los meses de primavera y finales de verano (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2022 - 2024

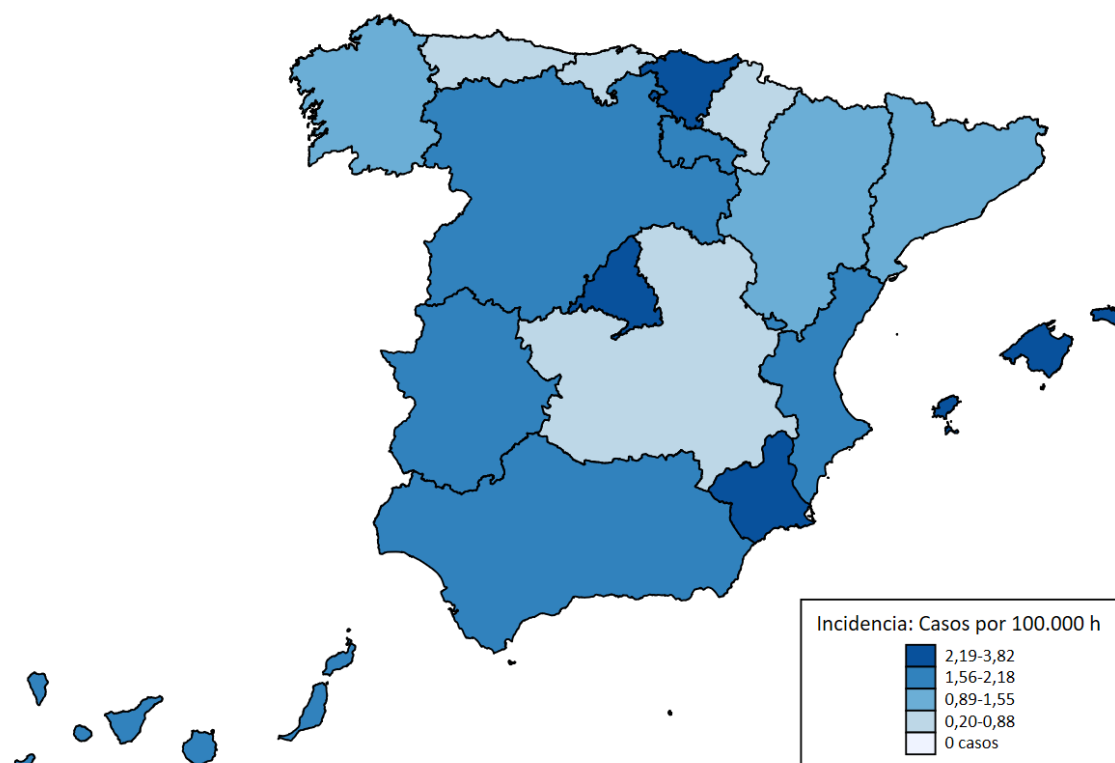


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

Las mayores incidencias acumuladas se notificaron en Islas Baleares (3,82 casos por 100.000 habitantes), Comunidad de Madrid (IA de 3,05) y Murcia (IA de 2,49), mientras que la IA más bajas se notificaron en Asturias (0,20 casos por 100.000 habitantes), Cantabria (IA de 0,68) y Castilla La Mancha (IA de 0,71). Además, Melilla notificó 0 casos (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2024
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas

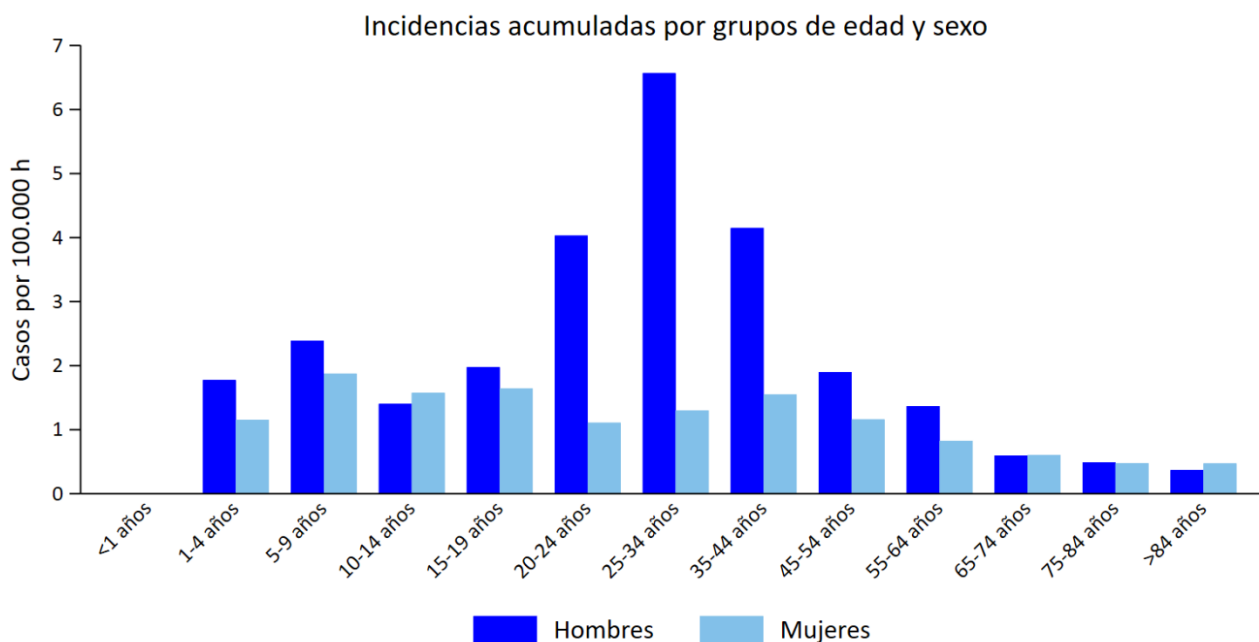


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

Se observaron diferencias en la IA según el sexo, siendo la razón hombre/mujer global de 2,30. En los hombres, las mayores IA se notificaron en los grupos de 20-44 años, mientras que en las mujeres se dieron en los grupos de 5-19 años. Se observó una mayor proporción de hombres que de mujeres en varios grupos de edad, pero fue especialmente llamativa en los grupos de 25-34, 20-24, y 35-44 años (razones hombre/mujer de 5,05; 3,64; y 2,68 respectivamente) (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Hepatitis A. Año 2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Para los casos importados, la razón hombre/mujer fue de 1,27 y la mediana de edad de 15 años (RIC: 9-31). Se observó un aumento importante en el número de casos importados a finales de verano y principios del otoño, notificándose el 46,5% de los casos importados en los meses de agosto, septiembre y octubre. Se disponía de información sobre el país donde tuvo lugar la infección en 138 casos (86,8%); destacaron los casos procedentes de Marruecos (N=48, 34,8%) y Pakistán (N=15, 10,9%).

Se disponía de información sobre la exposición (que refleja el mecanismo de transmisión) en 193 casos. El mecanismo de transmisión más notificado fue la transmisión por vía sexual (N=92), seguido del consumo de alimentos (N=36), la transmisión persona a persona no sexual (N=31), el consumo de agua (N=8), la exposición ambiental (N=4), y la exposición a aguas recreativas (N=4). Además, en 18 casos constaba más de una exposición de riesgo.

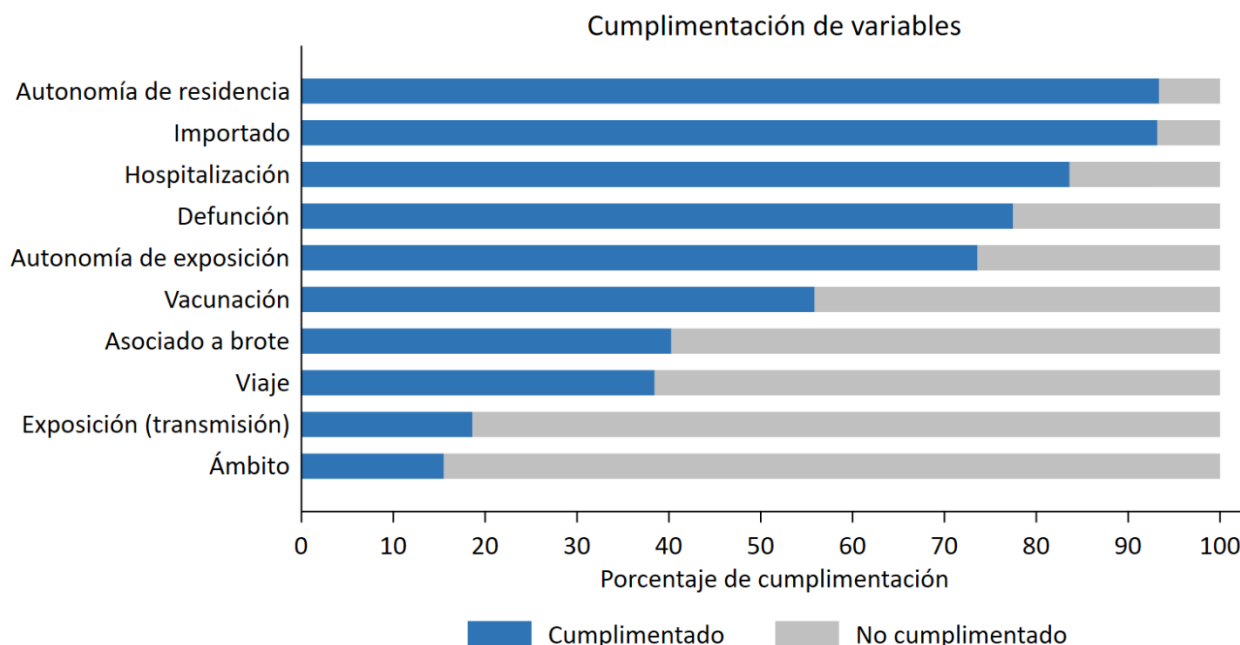
En cuanto al estado vacunal, en 539 casos constaba que no estaban vacunados frente a la hepatitis A en el momento de la infección, mientras que 41 casos sí estaban vacunados. De ellos, 32 casos habían recibido una única dosis de vacuna, 3 casos habían recibido dos dosis (en 2 de ellos constaba la administración de vacuna A+B pero en otro se desconocía esta información), y en otros 6 casos se desconocía el número de dosis recibidas. En 19 casos vacunados constaba información sobre el tiempo transcurrido desde la administración de la vacuna al inicio de los síntomas, siendo la mediana de 13 días (rango: 3-8.754 días).

Calidad de los datos

La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la figura 5. La edad y el sexo estaban disponibles para todos los casos. Las variables relativas a la Autonomía de residencia del caso y si el caso era importado tuvieron una cumplimentación superior al 90%, y las de hospitalización y defunción superiores al 75%. La información sobre la Autonomía de exposición estuvo disponible en un 74% de los casos, y la referente a la vacunación del caso, si estaba asociado a un brote y sobre si había viajado en el periodo de incubación en un 40-60% de los casos. Las variables de ámbito de exposición y de la exposición (que refleja el mecanismo de transmisión) estaban cumplimentadas en menos del 20% de los casos. Se observó una mejora notable en la

cumplimentación de las variables referentes a la hospitalización, defunción, vacunación previa y si el caso estaba asociado a viaje, mientras que la de las variables exposición y ámbito continuó siendo baja.

Figura 5. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2024

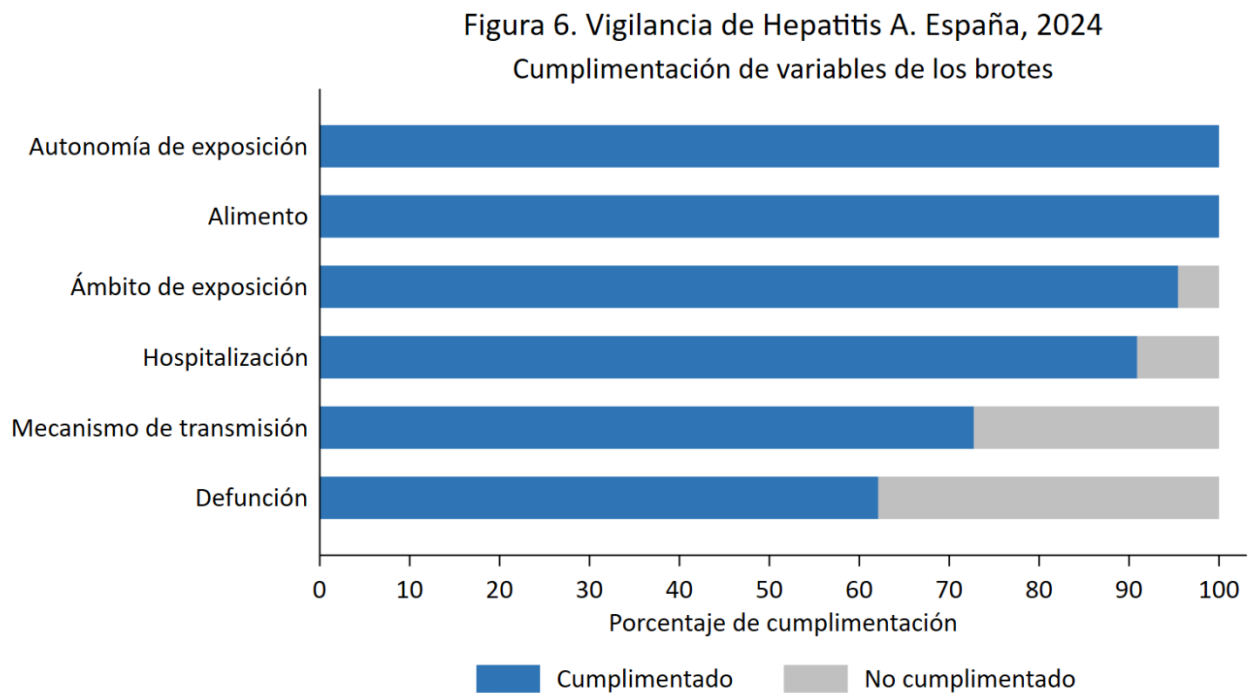


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Brotes

En el año 2024, todas las CCAA excepto Aragón y Cantabria notificaron al sistema de brotes de la RENAVE, incluyendo la notificación de 0 brotes. Se notificaron 66 brotes de hepatitis A, con un total de 231 casos (siendo la mediana de casos por brote de 2) y 111 hospitalizados. Los brotes fueron notificados por once CCAA, siendo Andalucía, Comunidad Valenciana y Madrid las que notificaron mayor número de brotes (22, 12 y 11 brotes respectivamente). Del total de brotes notificados de este año, 52 brotes fueron no importados, 13 fueron importados y en un brote no constaba esta información. Los meses del año en los que tuvieron lugar una importante proporción de los brotes fueron julio y noviembre para los brotes no importados (11 y 7 brotes respectivamente) y octubre para los importados (4 brotes). Sólo se notificó un brote por consumo de alimentos, siendo el ámbito de exposición de este brote el hogar y el alimento implicado fruta fresca. Se notificó un brote en el que se consideró la hepatitis A como una infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) al tratarse de un brote de 2 casos en un hospital en el que la transmisión se produjo por contacto directo persona a persona y por objetos contaminados. En el resto de brotes con información de esta variable (N=36), el mecanismo de transmisión fue el contacto directo persona a persona, y en la mayoría de ellos el ámbito de exposición fue el hogar (27 brotes, 78,8%), aunque se notificaron también 3 brotes en escuelas/guarderías.

La calidad de la cumplimentación de las variables de los brotes se muestra en la figura 6. La información sobre la autonomía de exposición, y el alimento (para los brotes alimentarios), estaba disponible para todos los brotes. La variable de ámbito de exposición estaba cumplimentada en el 95% de los brotes, y de hospitalización de los casos en el 91% de los brotes. Se disponía de información sobre el mecanismo de transmisión en el 73% de los brotes y sobre la defunción de los casos en un 62% de los brotes.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Conclusión

En el año 2024, la IA de hepatitis A fue muy superior al año previo y similar a las cifras notificadas antes de la pandemia de COVID-19. Este aumento en la IA estuvo acompañado de un incremento en la razón hombre/mujer y de un exceso de casos en los hombres adultos jóvenes (20-44 años) con respecto a los años previos, lo que sugiere que esta tendencia ascendente en el número de casos puede deberse a un cambio en el patrón epidemiológico de la enfermedad, aunque la baja cumplimentación de la variable de exposición (mecanismo de transmisión) no permite establecer conclusiones definitivas. También se observó un aumento muy importante en el número de brotes notificados de hepatitis A con respecto al año previo, aunque sus características fueron similares, destacando los brotes con transmisión por contacto directo persona a persona en el hogar.