

Informe epidemiológico sobre la situación de la hepatitis A en España. Años 2019 y 2020.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 28 de junio 2022 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. Años 2019 y 2020. 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 7 genotipos reconocidos: 4 humanos y 3 simios y un único serotipo. Se presenta tanto en forma esporádica como epidémica.

El cuadro clínico varía desde la forma leve, que dura de una a dos semanas, hasta una forma grave e incapacitante de varios meses de duración. Los síntomas típicos son la ictericia y la coluria. Se acompañan habitualmente de anorexia, náuseas, vómitos intermitentes, malestar general, fiebre, cefalea, dolor abdominal, heces pálidas y pérdida de peso. El fracaso hepático fulminante, que se desarrolla dentro de las 8 semanas de inicio de los síntomas (con un promedio de letalidad del 0,5%) es raro y suele ocurrir en personas de edad avanzada o con alguna hepatopatía subyacente.

La principal vía de transmisión es por contacto directo persona-persona, especialmente entre contactos estrechos, como convivientes u otros contextos específicos (guarderías, hombres que tienen sexo con hombres-HSH, etc.). También puede producirse la transmisión por ingestión de alimentos contaminados crudos o poco cocinados (como mariscos), siendo menos frecuente la transmisión por ingestión de agua contaminada.

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

Métodos

Se analizaron los casos de hepatitis A notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en los años 2019 y 2020.

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 clave (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 declaración del caso.

El cálculo de las incidencias acumuladas anuales se realizó utilizando como numerador el total de casos notificados durante ese año (excluyendo importados y residentes en el extranjero) y como denominador las cifras de población residente en España a día 1 de enero del año correspondiente obtenidas del Instituto Nacional de Estadística (INE), excluyendo del denominador las poblaciones correspondientes a las Comunidades Autónomas (CCAA) que no notificaron dicho año; además, para el cálculo de las incidencias por CCAA, se excluyeron del numerador los casos extracomunitarios.

Situación epidemiológica

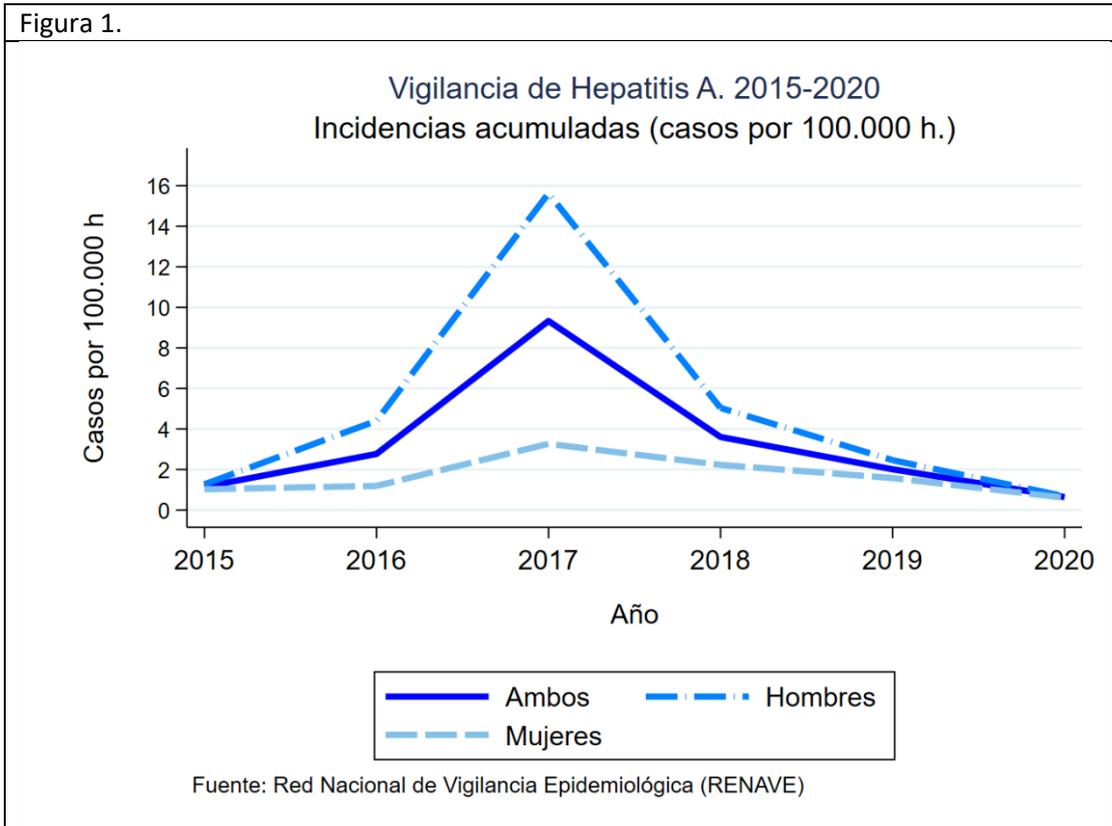
Distribución temporal

En el año 2019, Asturias y Cantabria no notificaron casos a la RENAVE.

En el año 2020, Asturias y Cataluña no notificaron casos a la RENAVE.

En el año 2019 se notificaron 915 casos de hepatitis A, excluyendo 188 casos importados, siendo la incidencia acumulada (IA) de 2,01 casos por 100.000 habitantes. En el año 2020, se notificaron 248 casos, excluyendo 27 casos importados, siendo la IA de 0,64. Tras el aumento de casos registrado en 2017, la incidencia acumulada descendió en 2018, continuando esta tendencia en el año 2019 y también en el 2020, aunque en estos dos últimos años el número de casos notificados se vio afectado por la pandemia de COVID-19 (Figura 1).

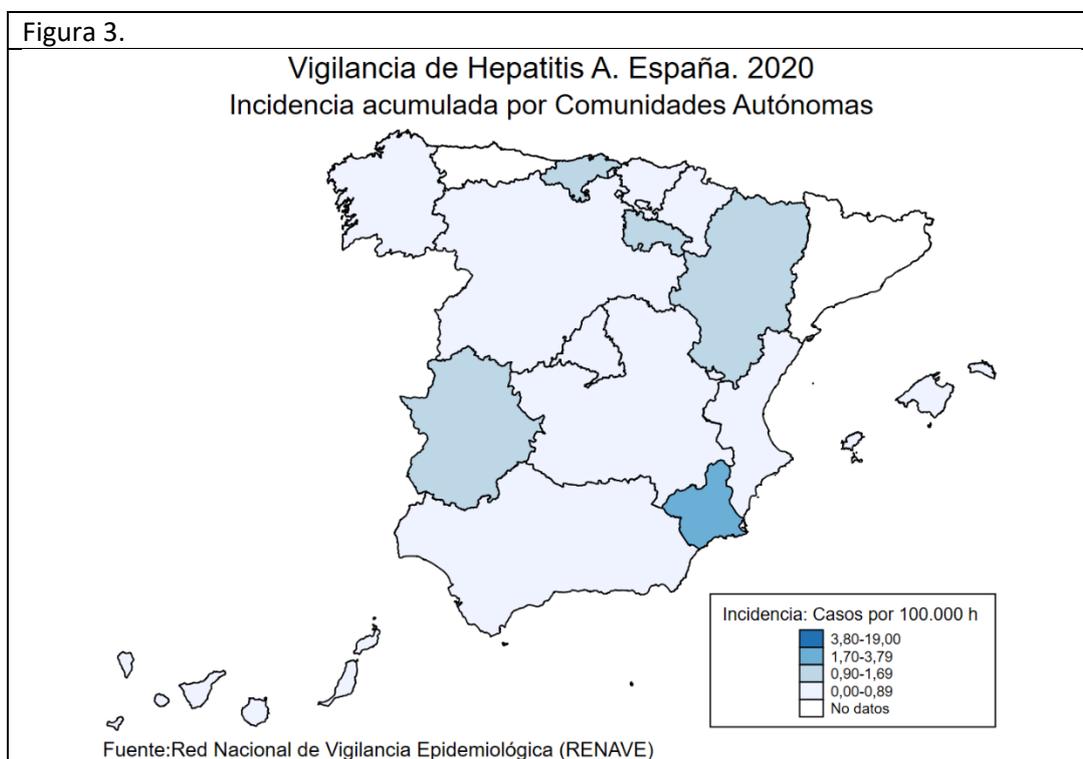
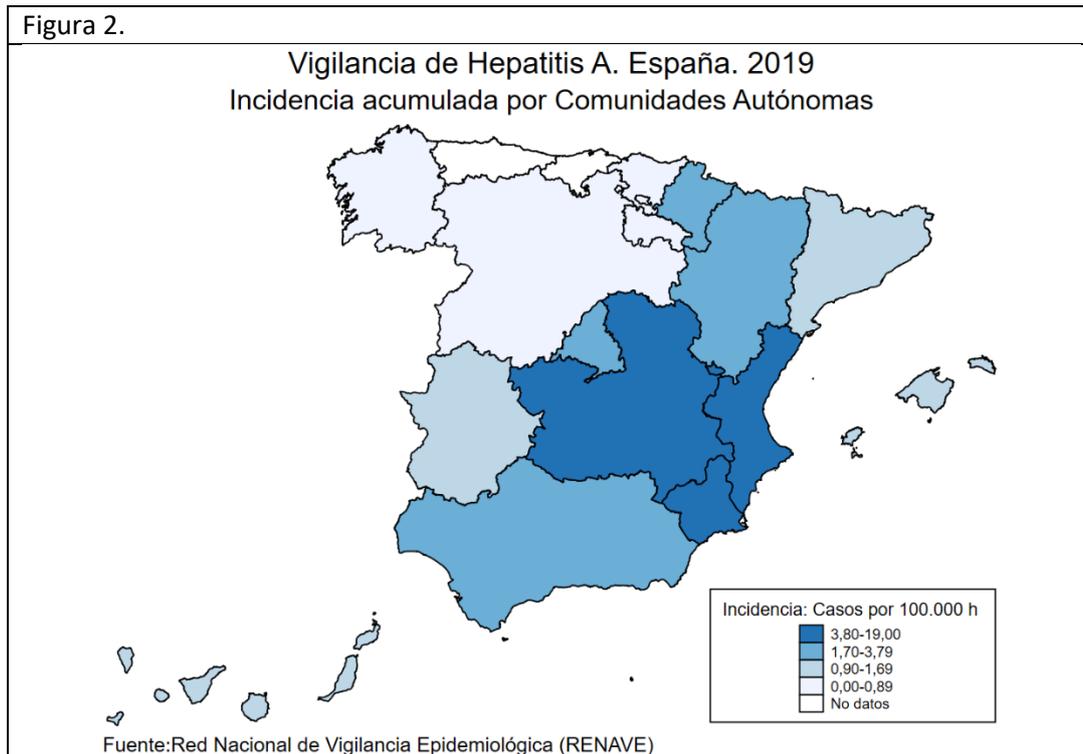
Figura 1.



Distribución geográfica

En el año 2019, la mayor incidencia acumulada se notificó en Melilla (19 casos por 100.000 habitantes), seguida de Ceuta, Murcia y Comunidad Valenciana (8,3; 5,2; y 4,7, respectivamente), mientras que las más bajas correspondieron a La Rioja, País Vasco y Castilla y León (0,32; 0,6; y 0,62 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). Asturias y Cantabria no notificaron casos de hepatitis A a la RENAVE (Figura 2).

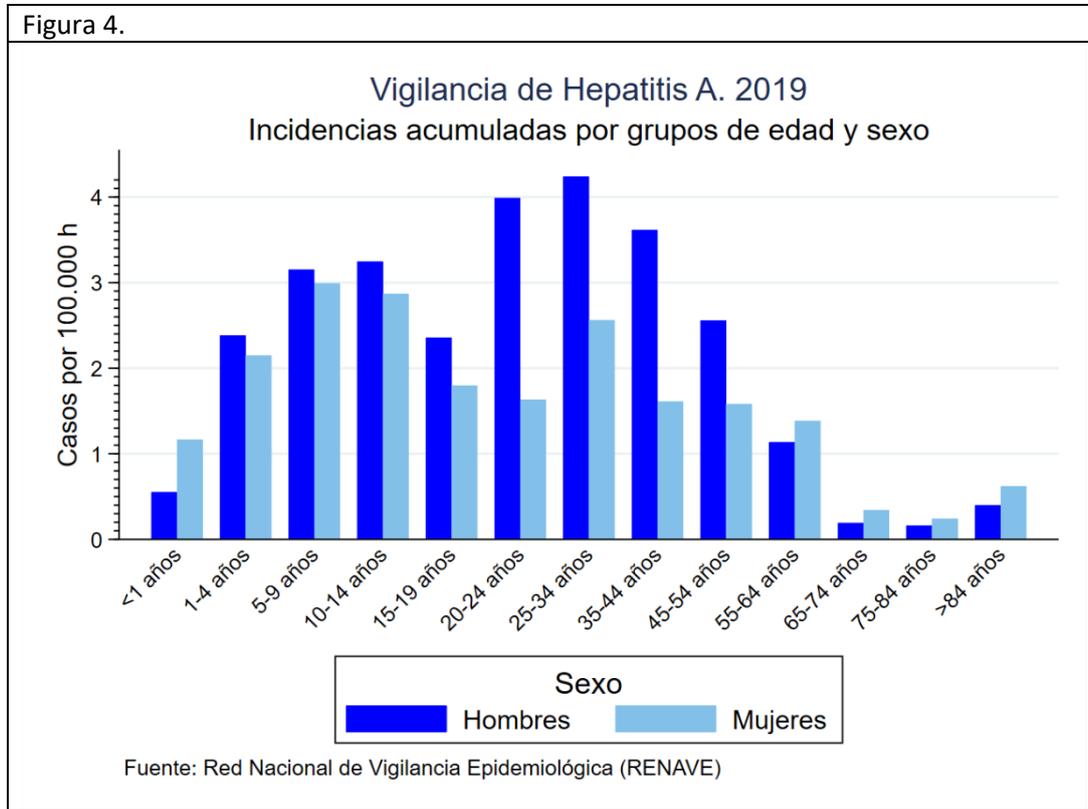
En el año 2020, la mayor incidencia acumulada se notificó en Ceuta (6 casos por 100.000 habitantes), seguida de Murcia, Cantabria y Extremadura (1,9; 1,4; y 1, respectivamente), mientras que las más bajas correspondieron a País Vasco, Baleares y Castilla y León (0,32; 0,41; y 0,42 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). Asturias y Cataluña no notificaron casos de hepatitis A a la RENAVE (Figura 3).

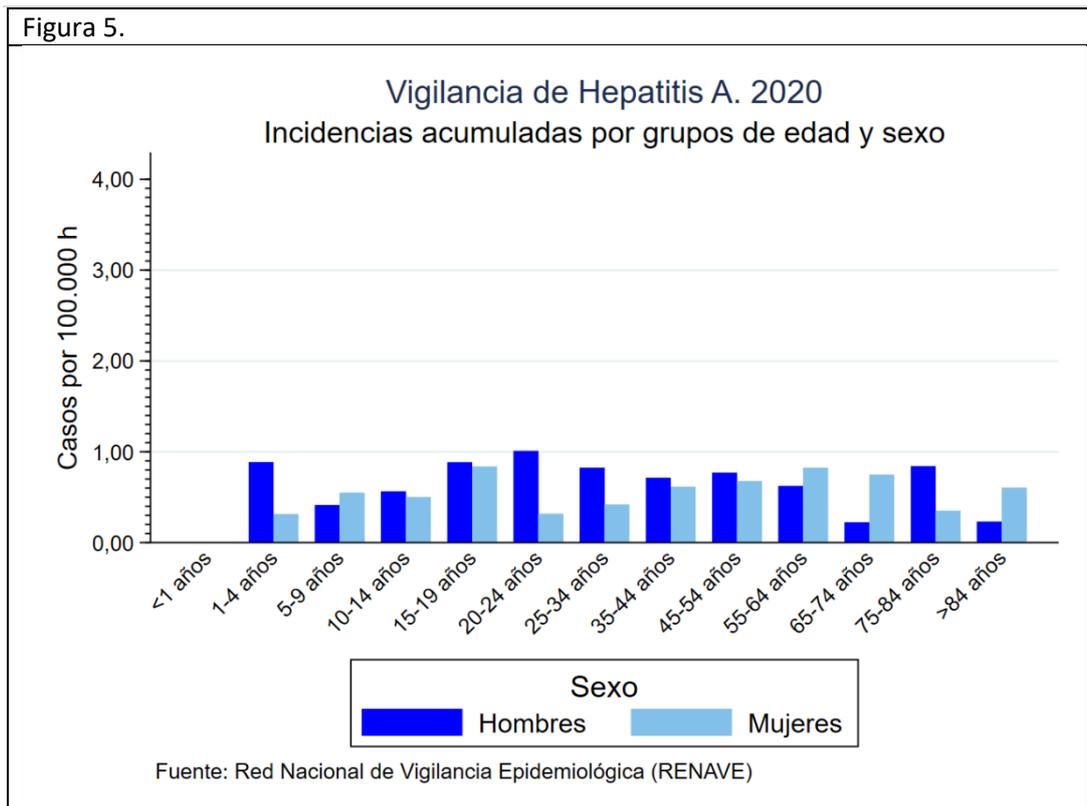


Características de los casos

En el año 2019 la incidencia acumulada en hombres fue superior que en las mujeres, siendo la razón hombre/mujer de 1,56. En los hombres, los grupos de edad que presentaron mayores incidencias acumuladas fueron los de 25-34 años, seguidos de los de 20-24 y 34-44 años; en las mujeres, la mayor incidencia acumulada correspondió al grupo de 5-9 años, seguidos de los grupos de 10-14 y 25-34 años (Figura 4). En los casos importados, la razón hombre/mujer fue de 1,47.

En el año 2020, la incidencia acumulada en hombres fue muy similar a la de mujeres (razón hombre/mujer de 1,13). En los hombres, los grupos de edad que presentaron mayores incidencias acumuladas fueron los de 20-24 años, seguidos de los de 1-4 y 15-19 años; en las mujeres, la mayor incidencia acumulada correspondió al grupo de 15-19 años, seguidos de los grupos de 55-64 y 65-74 años (Figura 5). Sin embargo, en los casos importados, la razón hombre/mujer fue de 0,93.





Se notificaron en total 45 casos de hepatitis A que constaban como vacunados (3,26%), aunque se desconocía la información sobre vacunación en el 50,91% de los casos. 35 casos habían recibido sólo 1 dosis, siendo la mediana de días transcurridos entre la fecha de la vacuna y la fecha de inicio de síntomas/fecha de diagnóstico de 17,5 (rango intercuartílico: 11-256,5 días) (información disponible en sólo 10 casos), lo que indica que en muchos casos la vacunación posiblemente tuvo lugar posteriormente al momento de la infección (el periodo de incubación de la enfermedad es de 28 días de media, rango de 15-50 días). Un caso había recibido 2 dosis de vacuna, aunque constaba que el paciente había sido sometido a una esplenectomía; en los 9 casos restantes, se desconocía cuantas dosis de vacuna habían recibido.

Brotos

En el año 2019, se notificaron 57 brotes (con un total de 190 casos y 16 hospitalizados). El principal ámbito de exposición fue el hogar (43 brotes, 75,4%). En 38 brotes (66,7%), el mecanismo de transmisión fue el contacto directo persona-persona, en 2 brotes el consumo de alimentos y en 1 brote el consumo de agua, no constando información en 12 brotes. 5 brotes se notificaron como importados, 4 de ellos de Marruecos y 1 de Egipto.

En el año 2020, se notificaron 7 brotes (con un total de 16 casos y 6 hospitalizados). El principal ámbito de exposición fue el hogar (6 brotes). El mecanismo de transmisión se desconocía para 5 brotes; 1 brote se notificó como causado por contacto directo persona-persona y 1 brote por otro mecanismo sin especificar. 2 brotes se notificaron como importados, ambos procedentes de Marruecos.

Conclusión

Tras el aumento del número de casos de hepatitis A en los años 2016 y 2017 que se produjo en el contexto de un brote internacional en el que se vieron afectados principalmente los hombres que tenían sexo con hombres, se produjo una disminución de casos en 2018, tendencia que continuó en 2019 y 2020, aunque en estos dos últimos años el número de casos notificados se vio afectada por la pandemia de COVID-19. Esta disminución en el número de casos fue acompañada de una disminución de la razón hombre/mujer, que fue de 1,13 en el año 2020, lo que hace pensar que se va recuperando progresivamente el patrón epidemiológico previo al brote de 2016/2017.