



# PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE HEPATITIS A

**Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles**

**Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública**

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de hepatitis A. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

## **PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

## CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de hepatitis A.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de hepatitis A. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
<b>Cambios en el protocolo</b>		
<b>Fecha de actualización</b>	<b>Epígrafe</b>	<b>Descripción de la modificación</b>
Marzo-2025	Introducción	Cambios en la redacción y actualización de la información. Se ha incluido un párrafo de diagnóstico de laboratorio.
	Agente	Actualización de la información.
	Modo de transmisión	Ampliación y actualización de la información.
	Susceptibilidad	Actualización de la información.
	Objetivos	Se han ampliado y detallado.
	Definición de caso	En el criterio de laboratorio se ha añadido la frase "En caso de positividad únicamente de IgM esta detección debe ir unida a un aumento de las transaminasas".
	Medidas preventivas	Se añade el apartado y se incluye información de Sanidad Exterior sobre viajes.
	Vacunación	Se actualiza la información.
	Medidas ante un caso y sus contactos	Actualización de la información. Se incluye el link de alertas de AESAN.
	Medidas ante un brote	Actualización de la información.
Bibliografía	Actualización de las referencias	
<b>Cambios en el Anexo I</b>		
Marzo-2025	Datos del Caso	Incorporación de la variable sexo administrativo Se renombra la variable "sexo" como "sexo al nacimiento"
	Datos de la Enfermedad	Incorporación de la variable Ingreso UCI. Se añaden las fechas de hospitalización, UCI y defunción.
	Datos de laboratorio	Se modifica la variable Agente, incluyendo el Genotipo. Se elimina la variable Muestra.
	Datos del riesgo	Se eliminan las variables relacionadas con el consumo de alimentos (Alimento sospechoso, Alimento más detalles, Tipo de comercialización, Tipo de confirmación y Agente causal en alimento), el Ámbito de exposición y Viaje.
	Vacunación	Cambios de redacción en las categorías.
	Categorización del caso	Se eliminan los criterios epidemiológicos y de laboratorio de la variable de Criterios de clasificación del caso.

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La hepatitis A es una enfermedad aguda del hígado causada por el virus de la hepatitis A (VHA). La infección por VHA tiene lugar en todo el mundo, donde se presenta tanto en forma esporádica como epidémica. Su endemidad varía en distintas regiones del mundo, pudiendo darse asimismo diferencias notables entre zonas de un mismo país. Es altamente endémica particularmente en África y la región del subcontinente indio, donde la mayor parte de personas adultas se contagian durante la infancia y son inmunes a partir de entonces, siendo los brotes epidémicos poco frecuentes. Las regiones de endemidad intermedia se corresponden con América Central, Sudamérica, el resto de Asia y buena parte de Oceanía, y en ellas la transmisión en la infancia es más limitada, siendo los brotes más comunes los que afectan a este grupo. Las zonas de baja endemidad se limitan a Europa Occidental, América del Norte, Japón y Australia, donde los casos tienen lugar en grupos de alto riesgo, después de viajes a zonas endémicas, y también en la forma de brotes comunitarios.

La infección aguda por VHA en personas adultas es normalmente autolimitada. La enfermedad es sintomática en más del 70% de personas en la edad adulta, mientras que la clínica es infrecuente en 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. A veces pueden aparecer síntomas atípicos como diarrea, tos, coriza o artralgias. Son posibles las manifestaciones extrahepáticas de la enfermedad, especialmente en los casos que se complican con colestasis o hepatitis recidivante, como artralgias y exantema, aunque dichas complicaciones son raras. El cuadro clínico varía, por tanto, desde la forma leve, que dura de una a dos semanas, hasta una forma grave e incapacitante de varios meses de duración. 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 (inferior al 0,5%) pero puede ser superior al 1,5% en personas mayores de 50 años.

Los síntomas clínicos de la hepatitis A son indistinguibles de los presentados en otras hepatitis víricas, por lo que el diagnóstico de la enfermedad suele realizarse mediante la identificación de diferentes marcadores virológicos específicos, siendo el más habitual la detección en suero de los anticuerpos anti-VHA IgM, que aparecen durante la fase aguda de la enfermedad.

El estudio de muestras clínicas de casos con infección VHA mediante PCR, secuenciación y genotipado es una herramienta muy útil en el estudio de brotes y la identificación de fuentes de infección.

### Agente

El VHA es un virus de ácido ribonucleico (ARN) de cadena sencilla, 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. El virus es relativamente estable a pH bajo y temperatura moderada, pero se inactiva por el calor, el formol, el cloro o la radiación ultravioleta. En condiciones favorables, el VHA puede sobrevivir en el medio ambiente durante meses.

### **Reservorio**

El único reservorio significativo es humano, aunque en ocasiones se han producido casos en otros primates no humanos.

### **Modo de transmisión**

La transmisión es persona a persona por vía fecal oral. La persistencia del VHA en fómites contaminados es muy prolongada, en consecuencia, dado el alto nivel de excreción del VHA, la transmisión de la infección se ve facilitada cuando las condiciones sanitarias son deficientes. La población infantil juega 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 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. La contaminación de estos alimentos se suele producir cuando entran en contacto con aguas contaminadas con el VHA. También puede producirse la transmisión por consumo de alimentos contaminados por personas infectadas que los hayan manipulado. Muy raramente se produce la transmisión hemática (se han notificado casos por transfusión de sangre y concentrados de factores de coagulación, así como brotes en usuarios de drogas por vía parenteral, teniendo en cuenta que en este colectivo tiene mucha importancia la higiene deficiente). No se ha descrito la transmisión materno-fetal. En los países desarrollados, con buenas condiciones higiénico-sanitarias del agua los brotes de transmisión hídrica son infrecuentes.

El virus, que se multiplica en el hígado y se elimina por la bilis, se encuentra en concentraciones altas en las heces, de ahí que esta sea la principal fuente de infección. El periodo de máxima infectividad abarca desde dos semanas antes de la aparición de la ictericia o el aumento de las transaminasas (momento en el que se alcanzan las máximas concentraciones en heces) hasta una semana después, coincidiendo con la aparición de los anticuerpos circulantes contra el VHA en el suero.

### **Periodo de incubación**

El período de incubación es de 15 a 50 días, con una media de 28-30 días, dependiendo del inóculo.

### **Susceptibilidad**

El VHA como tal no tiene un efecto citopático, debiéndose las lesiones de los hepatocitos probablemente a la respuesta inmunitaria mediada por células. No se conocen casos de segundas infecciones por el virus por lo que se piensa que la inmunidad es de por vida. Aunque no produce infección crónica se han descrito infecciones recidivantes, que se producen con un intervalo de 4 a 15 semanas tras la infección original y que pueden durar hasta un año, siendo la gravedad de los síntomas y las anomalías bioquímicas similares a las que aparecen en el cuadro inicial. La infección aguda también puede complicarse con una hepatitis colestásica. En general, la gravedad aumenta con la edad, aunque de forma general se produce la total recuperación sin secuelas. La letalidad es baja, del

0,1-0,3%, pero puede alcanzar el 1,8% en mayores de 50 años. Las personas con enfermedad hepática crónica tienen un elevado riesgo de defunción por hepatitis fulminante.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de la hepatitis A en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad con el fin de evitar la aparición de nuevos casos.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

### Definición de caso

#### Criterio clínico

- Persona con aparición de fatiga, dolor abdominal, inapetencia, náuseas y vómitos intermitentes

y al menos, una de las tres manifestaciones siguientes:

- Fiebre.
- Ictericia.
- Niveles elevados de transaminasas séricas.

#### Criterio de laboratorio

Al menos uno de los tres siguientes:

- Detección del ácido nucleico del virus de la hepatitis A en suero o heces.
- Respuesta de anticuerpos específicos (IgM) del virus de la hepatitis A\*.
- Detección del antígeno del virus de la hepatitis A en heces.

\* En caso de positividad únicamente de IgM, esta detección debe ir unida a un aumento de las transaminasas.

#### Criterio epidemiológico

Al menos una de las cuatro relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión de persona a persona: persona que ha tenido contacto con un caso confirmado por laboratorio.
- Exposición a una fuente común: persona que ha estado expuesta a la misma fuente o vehículo de infección que un caso confirmado.
- Exposición a alimentos o agua de consumo contaminados: cualquier persona que haya consumido un alimento o agua de consumo con una contaminación confirmada por laboratorio.
- Exposición medioambiental: cualquier persona que se haya bañado en un agua de baño o haya tenido contacto con una fuente ambiental contaminada que haya sido confirmada

por laboratorio.

### Clasificación de los casos

**Caso sospechoso:** no procede.

**Caso probable:** persona que cumple el criterio clínico y el epidemiológico.

**Caso confirmado:** persona que cumple el criterio de laboratorio.

### Definición de brote

Dos o más casos de hepatitis A que tengan una relación epidemiológica.

## MODO DE VIGILANCIA

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos probables y confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Si se produjera un brote se notificará, en la misma plataforma, los resultados de su investigación en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de los casos del brote.

En caso de no poder realizarse el tipado en los laboratorios de la C.A., se debería realizar en el laboratorio de referencia establecido.

Cuando se requieran medidas de coordinación nacional, el servicio de vigilancia de la C.A. informará de forma urgente al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la Unión Europea y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

## MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

### Medidas preventivas

Para prevenir la contaminación de los alimentos se deben adoptar medidas en todas las etapas de la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta el consumidor final. Una de las medidas clave es asegurar la inocuidad de los alimentos, para lo que es necesario:

- Cocinar los alimentos completamente antes de su consumo. La inactivación del virus requiere el cocinado completo y homogéneo para alcanzar una temperatura de al menos 90°C durante

90 segundos. Si se emplean productos químicos en el lavado previo al consumo de alimentos crudos (como vegetales o frutas), se debe consultar la etiqueta para saber aquellos que se pueden utilizar teniendo en cuenta las indicaciones para su correcto uso.

- Mantener los alimentos a una temperatura adecuada, siendo recomendable refrigerarlos (tanto los perecederos como las comidas preparadas) lo antes posible, a una temperatura inferior a 5°C y en pequeños recipientes.
- Evitar que entren en contacto alimentos crudos y cocinados, para lo que se recomienda almacenar ambos tipos de alimentos separados y protegidos para evitar contaminación cruzada y utilizar utensilios diferentes para manipular alimentos crudos (por ejemplo, cuchillos y tablas de cortar). Lavar cuidadosamente las frutas y hortalizas frescas que se vayan a consumir en crudo y, si es posible, descartar la piel.
- En el caso de alimentos envasados, hay que tener en cuenta las condiciones de utilización reflejadas en el etiquetado.
- Así mismo, cabe destacar la importancia de mantener limpias las instalaciones y los utensilios utilizados en la elaboración de alimentos y la formación de las personas que los manipulan, recalcando la importancia de lavarse las manos con agua caliente y jabón antes y después de la preparación de comida, y entre la manipulación de un alimento y otro.

Mantener medidas de higiene personal, especialmente el lavado de manos, tras el cambio de pañales o ir al baño y antes de la manipulación de alimentos. Se recomienda lavarse las manos, los genitales y el ano con agua y jabón antes y después de la actividad sexual y utilizar métodos de barrera durante las relaciones sexuales, como preservativos y protectores dentales o preservativos cut-open.

En viajes internacionales a zonas donde no se pueda garantizar la seguridad del agua o los alimentos, se adoptarán las mayores precauciones con los alimentos, el agua y la higiene personal. Es importante seguir las recomendaciones del Decálogo de Alimentos y Bebidas, “Los alimentos cocinados, pelados o no tomados”, disponible en la web del Ministerio de Sanidad:

[https://www.sanidad.gob.es/gl/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/infografia/docs/Diptico\\_Alimentos\\_y\\_bebidas\\_2024.pdf](https://www.sanidad.gob.es/gl/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/infografia/docs/Diptico_Alimentos_y_bebidas_2024.pdf)

La información sobre los consejos sanitarios en viajes internacionales puede ser consultada en la web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/home.htm>

### **Vacunación**

Se dispone de vacunas frente a la hepatitis A, que se preparan a partir de cepas del virus adaptadas para los cultivos celulares e inactivados con formaldehído. También existe un preparado de vacuna combinada hepatitis A y hepatitis B.

La vacunación frente a hepatitis A consiste en la administración de una única dosis; la administración de una dosis de recuerdo a partir de los 6 meses asegura una protección a largo plazo. Todas las vacunas de hepatitis A son altamente inmunógenas, entre un 94 a 100% de las personas vacunadas desarrollan anticuerpos un mes después de la primera dosis; todas las personas presentan anticuerpos después de la segunda dosis. Diversos estudios han demostrado persistencia de anticuerpos tras más

de 20 años de recibir la última dosis. No hay ninguna vacuna autorizada para menores de 12 meses. No se ha estudiado el uso en mujeres embarazadas, pero al ser virus inactivados el riesgo ha de ser bajo.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación en grupos de riesgo y como medida post-exposición para prevenir infección en contactos. No se recomienda la vacunación sistemática en personas adultas.

Todas las CC.AA. recomiendan la vacunación pre-exposición en todas aquellas personas con mayor riesgo de infección o mayor riesgo de enfermedad grave:

- En viajes a zonas de alta o moderada endemidad, y si se desplazan a zonas rurales o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes, considerando de forma especial a la población infantil nacida en España de padres originarios de países de alta endemidad.
- Personas que padecen enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis, aunque no tienen un mayor riesgo de infección, tienen un mayor riesgo de hepatitis A fulminante.
- Personas trasplantadas o subsidiarias de trasplante hepático. En personas con otros trasplantes de órgano sólido y trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) (tanto en casos pediátricos como en edad adulta), la vacunación se recomienda únicamente si hay presencia de otros factores de riesgo (hepatopatías, estilos de vida que conllevan mayor riesgo, riesgo ocupacional).
- Personas con deficiencias inmunitarias secundarias por tratamiento con inmunosupresor, sólo si hay riesgo elevado de exposición (hepatopatías/trasplante hepático, estilos de vida que conllevan mayor riesgo, riesgo ocupacional).
- Personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Personas con estilos de vida que conllevan un mayor riesgo de infección: hombres que tienen sexo con hombres con múltiples parejas, personas que se inyectan drogas y personas en situación de prostitución/trabajo sexual.
- Personal de servicios públicos esenciales (fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, bomberos, servicios de protección civil, etc.) que participe en servicios de emergencias como situaciones de catástrofes, funciones en el subsuelo, etc. También está indicada en profesionales que se desplazan a trabajar a zonas de alta o moderada endemidad de hepatitis A, y si se desplazan a zonas rurales de países en desarrollo o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes.
- Personal sanitario en ciertas situaciones, como personal de laboratorio que trabaje de forma específica con virus de la hepatitis A. El contacto con casos que padecen hepatitis A no es indicación de vacunación. En estos casos es suficiente con utilizar precauciones estándar de control de la infección.
- Personal de centros de educación infantil de 0 a 3 años: se valorará la vacunación de personal susceptible en centros con presencia de menores procedentes de países de alta endemia.
- Convivientes y cuidadores/as susceptibles que vayan a estar en contacto (en los 60 días posteriores a su llegada) con menores de adopción internacional que provienen de zonas de alta endemidad.

Antes de vacunar, siempre que sea posible, se determinará la susceptibilidad en las personas nacidas antes de 1967 y años anteriores, realizando una serología (determinación de IgG); en las personas

nacidas después de 1967 se asume su susceptibilidad. En determinadas situaciones, como las campañas de vacunación poblacionales, se debe valorar la posible repercusión que puede tener la realización de la serología sobre la logística de la campaña.

### **Medidas ante un caso y sus contactos**

Durante la fase aguda de la enfermedad (dos primeras semanas de la enfermedad, pero no más de una semana después del comienzo de la ictericia) es importante extremar las medidas de higiene personal, especialmente el lavado de manos, tras el cambio de pañales o ir al baño y antes de la manipulación de alimentos. En las unidades de vigilancia intensiva de neonatos se deben extremar estas medidas durante un periodo de tiempo más prolongado, ya que se ha observado la excreción de virus incluso durante seis meses en lactantes prematuros. Se realizará educación sanitaria tanto al caso como a convivientes y familiares para que extremen las medidas de higiene centrándose en la importancia del lavado de manos para la prevención de la transmisión fecal-oral. Asimismo, se recomienda evitar las relaciones sexuales durante este periodo.

Se recomienda la exclusión de los casos del trabajo o la asistencia a clase hasta 7 días después del inicio de la ictericia u otros síntomas como fatiga, náuseas o fiebre. En la manipulación de alimentos debe hacerse hincapié en el cumplimiento de las medidas higiénicas para evitar nuevos contagios, ya que pueden ser portadores durante más de 4 semanas. No se recomienda la exclusión de contactos estrechos, excepto para situaciones en las que hay manipulación de alimentos, en estas circunstancias, se excluirán durante los 30 días siguientes a la exposición si no pueden ocupar tareas que no impliquen la preparación y manejo de alimentos listos para el consumo (sin tratamiento térmico previo), si no han recibido profilaxis post-exposición en los primeros 14 días tras la exposición y si no pueden mantener una higiene de manos adecuada.

La profilaxis post-exposición puede considerarse para contactos personales estrechos de un caso de hepatitis A, como convivientes en el hogar, contactos sexuales, personas que han compartido con el enfermo el uso de drogas por vía parenteral y otras personas con contacto estrecho como cuidadores. No está indicada de forma general en ámbitos como escuelas, centros de trabajo u hospitales si no hay sospecha de brote.

- En el caso de escuelas infantiles, se valorará la profilaxis post-exposición si aparecen uno o más casos de hepatitis A entre menores o empleados del centro o si aparecen casos en dos o más familias de menores atendidos en el centro:
  - Si al centro acuden menores que usan pañales, la profilaxis debe administrarse a todo el personal y menores no vacunados.
  - Si el centro atiende a menores que ya no usan pañales, la profilaxis está indicada para los contactos de la clase a la que asisten los casos.
  - En caso de brotes (por ejemplo, casos de hepatitis A en 3 o más familias) debe considerarse, además, la administración de la profilaxis a los familiares de todos los menores del centro, especialmente si usan pañales.
- En centros escolares, si el caso acude a escuela primaria y no se identifica una fuente de infección fuera del ámbito escolar (como viaje a zona endémica), asumir que la transmisión se ha producido en este ámbito a partir de un contacto asintomático, y valorar ofrecer profilaxis a menores y profesores de la misma clase que el caso y amigos cercanos dentro del colegio.
- Si el caso es una persona que manipula alimentos, debe administrarse la profilaxis post-

exposición a todas las personas que manipulen alimentos del mismo establecimiento. Dado que la transmisión a clientes es poco probable, la administración de profilaxis post-exposición no está indicada, pero puede considerarse si el caso manejó directamente alimentos crudos o ya cocinados durante el periodo de máxima infectividad y tenía diarrea o malas prácticas higiénicas, y el cliente puede ser identificado y tratado en las dos primeras semanas tras la exposición. También está recomendada la vacunación a todas las personas que trabajan en el restaurante si han consumido alimentos o bebidas preparadas por manipuladores o afectados o tienen un contacto estrecho con una persona que haya manipulado alimentos o afectado.

La profilaxis post-exposición consiste en la administración de una dosis de vacuna de hepatitis A o una/varias dosis de inmunoglobulina (Ig). Las guías de administración de una u otra varían en función de la edad y estado de salud:

- Para las personas sanas entre 12 meses y 40 años, dada la equivalente eficacia de la vacuna y de la Ig, es preferible administrar la vacuna, ya que esta ofrece protección a largo plazo y es fácil de administrar.
- Para las personas sanas mayores de 40 años, las personas inmunodeprimidas o con enfermedad hepática crónica se empleará la vacuna frente a VHA tan pronto como sea posible (primeras dos semanas tras la exposición) y, además, podrá administrarse Ig (dependiendo de la valoración del riesgo individual).
- Se podrá administrar Ig a menores de 12 meses o personas con alergia a algún componente de la vacuna, tras valoración del riesgo individual.

A las personas que se les administre Ig y para las que la vacunación también esté recomendada por otras razones, deben recibir una dosis de vacuna al mismo tiempo que la Ig. Si se decide administrar simultáneamente Ig y vacuna, deben aplicarse en lugares anatómicos diferentes.

En cuanto a las embarazadas, no se ha evaluado el efecto de la vacuna sobre el desarrollo fetal ni hay ensayos clínicos controlados que establezcan la seguridad de la Ig en el embarazo. Al tratarse de vacunas inactivadas y teniendo en cuenta la experiencia clínica con Ig, no son de esperar efectos perjudiciales sobre el curso del embarazo, en el feto o neonato. Por tanto, considerando que la infección durante el embarazo se asocia a complicaciones maternas, y en consonancia la ficha técnica tanto de la vacuna como de la Ig, se deben usar cuando sea claramente necesario, extremando la precaución y tras valoración individualizada.

No se ha determinado la eficacia en población general de la Ig ni de la vacuna cuando se administran más de dos semanas después de la exposición. Puede indicarse en este caso para evitar una potencial transmisión terciaria en los siguientes escenarios:

- Más de un contacto estrecho en ámbito del hogar, identificados dentro de las 8 semanas después de la exposición: ofrecer vacunación para prevenir transmisión terciaria.
- Personas con enfermedad hepática crónica o hepatitis B o C crónica en los 28 días después de la exposición: ofrecer vacunación más Ig para evitar enfermedad grave.
- Población infantil contactos estrechos y que acudan a una escuela infantil: reforzar higiene para evitar transmisión terciaria. Si no puede llevarse a cabo una higiene adecuada, se les excluirá durante 30 días; si no es posible esta exclusión, inmunizar a menores y personal de la escuela.

Ante un caso de hepatitis A, consultar la existencia de brote o alertas alimentarias asociadas en: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad\\_alimentaria/subseccion/otras\\_alertas\\_alimentarias.htm](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/otras_alertas_alimentarias.htm).

### **Medidas ante un brote**

La vacuna es una medida de control en brotes en comunidades cerradas o instituciones o en determinados grupos sociales con un mayor riesgo de infección siempre coordinada con otras medidas de salud pública. La vacunación de trabajadores que manipulen alimentos puede ser una medida en áreas con brotes de extensión comunitaria si las autoridades sanitarias competentes determinan que es coste-efectiva. Asimismo, en brotes alimentarios de hepatitis A, la vacunación de trabajadores que manipulen alimentos y en clientes, comensales y consumidores puede ser una medida de control efectiva si existe la posibilidad de localizar a personas expuestas en un tiempo razonable. En el epígrafe de control de contactos se describen las principales recomendaciones de vacunación. Su efectividad dependerá de la rapidez de la intervención, de las características de la comunidad y de la cobertura alcanzada. En brotes de origen hídrico (zonas con condiciones higiénicas deficientes) o alimentario se deberán adoptar medidas para el control de la distribución y venta de alimentos implicados y la potabilidad del agua de consumo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Hepatitis A. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
2. Hepatitis A | CDC Yellow Book 2024. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/hepatitis-a>
3. Shin EC, Jeong SH. Natural History, Clinical Manifestations, and Pathogenesis of Hepatitis A. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2018 Sep 4;8(9):a031708. doi: 10.1101/cshperspect.a031708. PMID: 29440324; PMCID: PMC6120688.
4. Lednar WM, Lemon SM, Kirkpatrick JW, Redfield RR, Fields ML, Kelley PW. Frequency of illness associated with epidemic hepatitis A virus infections in adults. *Am J Epidemiol*. 1985 Aug;122(2):226-33. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a114093. PMID: 3860002.
5. Gordon SC, Reddy KR, Schiff L, Schiff ER. Prolonged intrahepatic cholestasis secondary to acute hepatitis A. *Ann Intern Med*. 1984 Nov;101(5):635-7. doi: 10.7326/0003-4819-101-5-635. PMID: 6486595.
6. Schiff ER. Atypical clinical manifestations of hepatitis A. *Vaccine*. 1992;10 Suppl 1:S18-20. doi: 10.1016/0264-410x(92)90534-q. PMID: 1475999.
7. Centers for Disease Control and Preventin (CDC). Vaccine Information Statements. Hepatitis A. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/current-vis/downloads/hep-a.pdf>
8. Heymann DL (Editor). *Control of Communicable Diseases Manual*. 21st Edition. Washington: American Public Health Association, 2022.
9. Abutaleb A, Kottiril S. Hepatitis A: Epidemiology, Natural History, Unusual Clinical Manifestations, and Prevention. *Gastroenterol Clin North Am*. 2020 Jun;49(2):191-199. doi: 10.1016/j.gtc.2020.01.002. Epub 2020 Mar 29. PMID: 32389358; PMCID: PMC7883407.
10. World Health Organization. *Five Keys to Safer Food Manual*. WHO; Geneve, Switzerland: 2006. [(acceso 16 de enero de 2024)]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241594639>
11. Recomendaciones de vacunación actuales acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Acceso el 14 de Febrero de 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/vacunas/ciudadanos/hepatitisA.htm>
12. Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional, 2017. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Recomend\\_HepatitisA.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Recomend_HepatitisA.pdf) (Acceso 23/05/2024).
13. Nelson NP, Weng MK, Hofmeister MG, et al. Prevention of Hepatitis A Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2020. *MMWR Recomm Rep* 2020;69(No. RR-5):1–38. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6905a1>.
14. Nelson NP, Link-Gelles R, Hofmeister MG, Romero JR, Moore KL, Ward JW, Schillie SF. Update: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for Use of Hepatitis A Vaccine for Postexposure Prophylaxis and for Preexposure Prophylaxis for International Travel. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018 Nov 2;67(43):1216-1220. doi: 10.15585/mmwr.mm6743a5. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019 Mar 08;68(9):233. PMID: 30383742; PMCID: PMC6319798.
15. Recommendations for the Public Health Management of Gastrointestinal Infections 2019. Principles and practice. Public Health England and the Chartered Institute of Environmental Health. Disponible en: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/861382/management\\_of\\_gastrointestinal\\_infections.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/861382/management_of_gastrointestinal_infections.pdf).
16. Public health control and management of hepatitis A. 2017 Guidelines. Public Health England. Disponible en: [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b50b17ce5274a7332714bb7/Public\\_health\\_control\\_and\\_management\\_of\\_hepatitis\\_A\\_2017.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b50b17ce5274a7332714bb7/Public_health_control_and_management_of_hepatitis_A_2017.pdf).

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A

### DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: .....

Identificación del caso para el declarante: .....

Fecha de la primera declaración del caso<sup>1</sup>: ..... / ..... / .....

### DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... Edad en meses en menores de 2 años: .....

Sexo al nacimiento:  Hombre  Mujer  Intersexual  Desconocido

Sexo administrativo:  Hombre  Mujer  No determinado  Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia: .....

C.A. de residencia: .....

Provincia de residencia: .....

Municipio de residencia: .....

Código postal de residencia: .....

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso<sup>2</sup>: ..... / ..... / ..... Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Hospitalización<sup>3</sup>:  Sí  No  Desconocido

Fecha de hospitalización: ..... / ..... / .....

Ingreso en UCI:  Sí  No  Desconocido

Fecha de ingreso en UCI: ..... / ..... / .....

Defunción causada por la enfermedad:  Sí  No  Desconocido

Fecha de defunción: ..... / ..... / .....

### DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ..... / ..... / .....

Agente causal<sup>4</sup> (marcar una de las siguientes opciones):  Hepatitis A

Hepatitis A, genotipo I  Hepatitis A, subtipo IA  Hepatitis A, subtipo IB

Hepatitis A, genotipo II  Hepatitis A, subtipo IIA  Hepatitis A, subtipo IIB

Hepatitis A, genotipo III  Hepatitis A, subtipo IIIA  Hepatitis A, subtipo IIIB

Prueba (marcar las que tengan resultado positivo):

- Detección de ácido nucleico (PCR)
- Detección de antígeno
- Detección de anticuerpos IgM

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR):**  Sí  No  Desconocido

Identificación de muestra del declarante al LNR: .....

Identificación de muestra en el LNR: .....

#### DATOS DEL RIESGO

**Lugar de exposición del caso:**

- En la C.A. de residencia<sup>5</sup>
- En una C.A. distinta de la de residencia<sup>6</sup>
- En un país distinto de España<sup>7</sup>

**País de exposición del caso<sup>8</sup>:** .....

**C.A. de exposición del caso<sup>8</sup>:** .....

**Provincia de exposición del caso<sup>8</sup>:** .....

**Municipio de exposición del caso<sup>8</sup>:** .....

**Ocupación de riesgo** (marcar una de las siguientes opciones):

- Manipulación de alimentos
- Cuidado (no sanitarios) de personas enfermas
- Personal sanitario
- Trabajo en escuela infantil

**Exposición** (marcar las posibles si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Consumo de alimento contaminado
- Consumo de agua de bebida contaminada
- Contacto con un enfermo o infectado (portador)
- Transmisión sexual en relación homosexual
- Transmisión sexual en relación heterosexual
- Transmisión sexual sin especificar
- Asociada a cuidados sanitarios sin especificar
- Exposición en aguas recreativas<sup>9</sup>
- Exposición a lodos, suelo, tierra y otros materiales de desecho contaminados<sup>10</sup>
- Desconocida

### DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada:  Sí  No  Desconocido

Número de dosis: ..... Fecha de última dosis recibida: ..... / ..... / .....

Tipo de vacuna (marcar una de las siguientes opciones):  A  A + B

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

#### Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico:  Sí  No  Desconocido

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

Probable  Confirmado

Asociado a brote:  Sí  No  Desconocido

Identificación del brote: .....

C.A. de declaración del brote<sup>11</sup>: .....

### OBSERVACIONES<sup>12</sup>

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
5. Lugar de exposición: C.A. de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en la misma C.A. en la que reside.
6. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en una C.A. distinta a la que reside.
7. Lugar de exposición: País distinto de España: Define si la exposición al riesgo se produjo en un país distinto de España.
8. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección o la enfermedad: país, C.A., provincia, municipio.
9. Exposición a aguas recreativas: Por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contacto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar.
10. Exposición ambiental: Como tareas de jardinería, o contacto con objetos o suelo, tierras o lodo contaminados.
11. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
12. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.