

# BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

**SEMANAS: 11-16**

Del 15/03 al 25/04

2021 Vol.29 n°2 / 15 - 23

ISSN: 2173-9277

ESPAÑA



## SUMARIO

Características epidemiológicas de los brotes de hepatitis A en España (años 2015-2019)..... 15

## CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS BROTES DE HEPATITIS A EN ESPAÑA (AÑOS 2015-2019).

**María Guerrero-Vadillo (1), Marina Peñuelas Martínez (1) y Carmen Varela Martínez (1, 2)**

(1) Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

(2) CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

### Resumen

Aunque España sea considerada actualmente como un país de baja endemicidad de hepatitis A, en los últimos años se siguen produciendo en nuestro país brotes causados por este virus. Se realizó una revisión de los brotes de hepatitis A notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) de 2015 a 2019, periodo durante el cual se notificaron 500 brotes. El principal ámbito de exposición fue el hogar familiar y el principal mecanismo de transmisión el contacto directo persona-persona. La mediana del tamaño y duración de los brotes fue de 2 casos y 26 días respectivamente, siendo superior en determinados ámbitos como las escuelas o guarderías y la restauración colectiva. Además, el 8% de los brotes fueron declarados como importados, fundamentalmente de países del norte de África (Marruecos y Argelia). En el 91% de los brotes con información sobre vacunación post-exposición de contactos susceptibles constaba la aplicación de esta medida.

### Summary

In recent years, major hepatitis A outbreaks continue to occur in Spain, even in a context of low endemicity. Hepatitis A outbreaks reported to the National Epidemiological Surveillance Network (RENAVE in Spanish) from 2015 to 2019 were reviewed. During that period, 500 outbreaks were reported, most of them in households and transmitted from person-to-person. Median size and duration of outbreaks were 2 cases and 26 days, respectively, being greater in certain settings such as kindergartens/schools and restaurants/bars/canteens. Furthermore, 8% of the outbreaks were notified as imported, mainly from North African countries (Morocco and Algeria). In 91% of outbreaks with information on post-exposure vaccination of susceptible contacts, this measure was applied.

## INTRODUCCIÓN

El virus de la hepatitis A es un miembro de la familia *Picornaviridae*, causante de una hepatitis aguda autolimitada y generalmente de poca gravedad, con una tasa de mortalidad inferior al 1%. 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 (1).

En los últimos años, su incidencia ha disminuido de forma notable en nuestro entorno, clasificándose España actualmente como un país de baja endemicidad de la enfermedad (1). En el 2º Estudio de Seroprevalencia en España, publicado en el año 2020, se observó que en nuestro país la seroprevalencia frente al virus aumenta con la edad, especialmente a partir de los 40 años; no obstante, también se observó una seroprevalencia menor del 5% pero mantenida en el grupo de 2-19 años, lo que sugiere la existencia de circulación del virus durante la infancia (2).

En España, la vacunación frente a la hepatitis A no se incluye en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida, aunque sí en los calendarios infantiles de vacunación sistemática de Ceuta, Melilla y Cataluña. De forma general, la vacunación está indicada únicamente en determinados grupos de mayor riesgo de infección o de mayor gravedad de la enfermedad, tales como personas con hepatopatía crónica o que están esperando un trasplante hepático, personas con conductas sexuales de riesgo, personas con riesgo ocupacional, o personas viajeras que se desplazan a zonas de alta o moderada endemicidad de la enfermedad (3). La vacunación post-exposición de contactos susceptibles está recomendada para los contactos personales estrechos de un caso, como convivientes del hogar, contactos sexuales, cuidadores, etc (4).

## METODOLOGÍA

Se analizaron los brotes de hepatitis A notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) entre 2015 y 2019. El tamaño del brote se definió como el número total de casos; la duración del brote como los días comprendidos entre la fecha de inicio de síntomas del primer y el último caso; y los brotes con vacunación post-exposición de contactos como aquellos en los que constaba la aplicación de esta medida o su recomendación. Los datos referidos a la duración y el tamaño de los brotes se presentaron como mediana y rango intercuartílico (RIC). Se usó el coeficiente de correlación de Spearman para cálculo de correlación lineal. Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico Stata y Excel.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se declararon a la RENAVE un total de 500 brotes de hepatitis A en España (rango anual: 42-211), con un total de 1.768 casos y 564 hospitalizados. No hubo ninguna defunción. La mediana de casos por brote fue de 2 (RIC: 2-3) y la mediana de duración del brote fue de 26 días (RIC: 16-35) (Tabla 1). Se observó una tendencia descendente en la mediana de duración de los brotes según el año de notificación (coeficiente de correlación de Spearman: -0.9).

Se notificaron 40 brotes importados (8.0%). La gran mayoría de ellos procedían del norte de África: 31 brotes de Marruecos (77.50%) y 3 brotes de Argelia (7.50%).

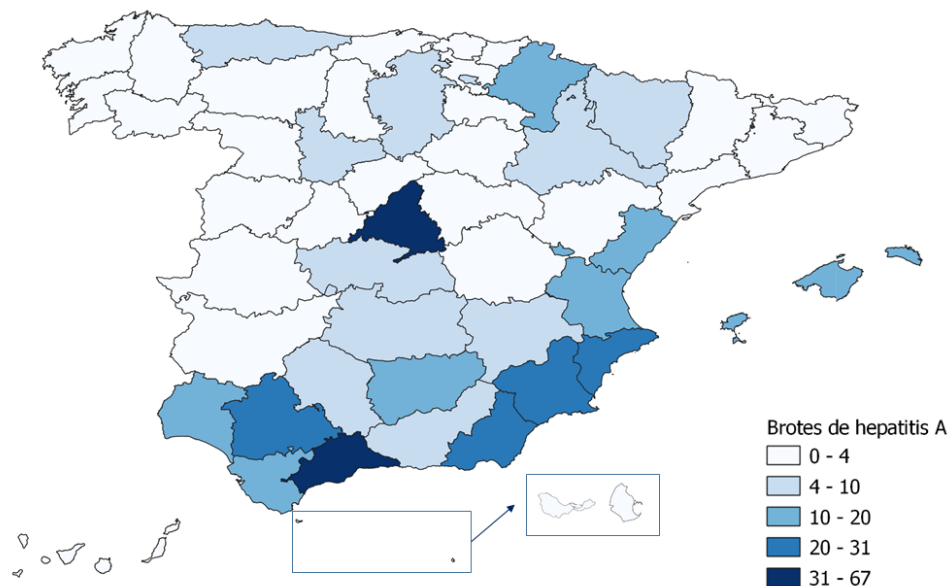
Tabla 1. Brotes de hepatitis A en España. 2015-2019.

Año	Nº brotes	Nº casos	Nº hospitalizados	Tamaño del brote (mediana, RIC)	Duración del brote en días (mediana, RIC)
2015	42	127	47	3 (2-3)	31 (21-37)
2016	63	166	63	2 (2-3)	27.5 (17-37.5)
2017	211	833	245	2 (2-3)	25 (17.5-33.5)
2018	122	432	117	2 (2-3)	26 (15-38)
2019	62	210	92	2 (2-3)	22.5 (12.5-33)
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>1.768</b>	<b>564</b>	<b>2 (2-3)</b>	<b>26 (16-35)</b>

### Distribución geográfica

Todas las CCAA notificaron algún brote de hepatitis A durante el periodo de estudio excepto el País Vasco, mientras que Cataluña y Extremadura no notificaron brotes a la RENAVE entre 2015 y 2019. Las CCAA que más brotes notificaron fueron Andalucía (172 brotes, el 34.40%), Comunidad Valenciana (92 brotes, el 18.40%) y Comunidad de Madrid (67 brotes, el 13.40%). La distribución provincial de brotes se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Número total de brotes, distribución provincial. Años 2015-2019.



No constaba información sobre la provincia en 35 brotes (el 7%), 26 de ellos notificados por la Comunidad Valenciana. Las provincias con mayor número de brotes fueron Madrid (67 brotes, el 13.40%), Málaga (51 brotes, el 10.20%) y Alicante (31 brotes, el 6.20%).

### Distribución temporal

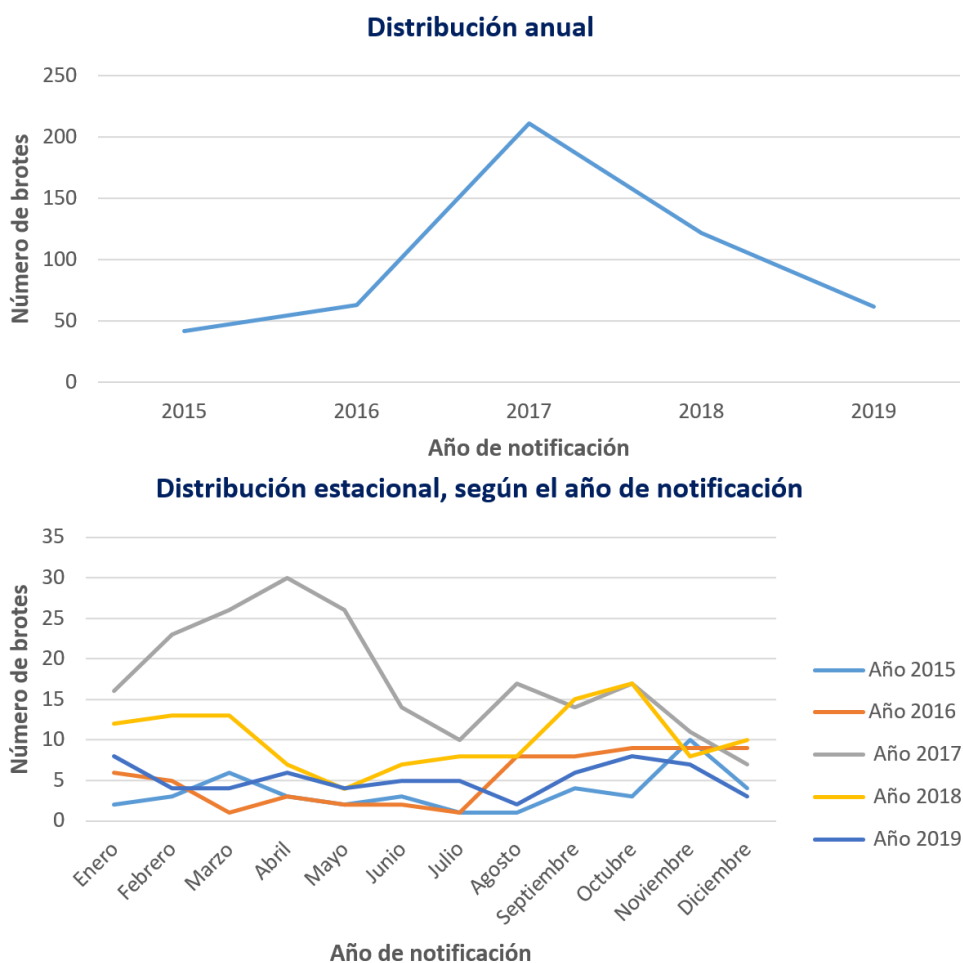
Los años en que se notificaron más brotes fueron 2017 y 2018. Además, se observó una mayor notificación de brotes durante los meses de otoño e invierno, excepto para el año 2017 (Figura 2).

## Mecanismos de transmisión y ámbito de exposición

La mayoría de los brotes (360, el 72%) se produjeron por contacto directo persona-persona; se mencionaba transmisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en 18 de ellos (el 5%). 12 brotes (el 2.40%) se produjeron por consumo de alimentos contaminados, y el mismo número por consumo de agua contaminada. Sólo se notificó el alimento implicado en 2 brotes: uno de ellos se vinculó al consumo de marisco (ostras) y otro al consumo de hortalizas (verduras cultivadas en huerto particular). En 2 brotes (el 0.40%) se notificó como mecanismo de transmisión los fómites, y en 23 brotes (el 4.60%) como “Otros” sin especificar. En 91 brotes (el 18.20%) no había información sobre esta variable.

El principal ámbito de exposición fue el hogar familiar (397 brotes, el 79.40%), con un tamaño y una mediana de duración de los brotes de 2 casos y 25 días, respectivamente. 19 brotes (el 3.80%) tuvieron lugar en escuelas o guarderías y 13 (el 2.60%) en restauración colectiva. En estos dos ámbitos, fue mayor tanto el tamaño de los brotes (con una mediana de 5 y 3 casos, respectivamente) como la duración de los mismos (con una mediana de 36,5 y 34 días, respectivamente). También se notificaron 13 brotes en ámbitos notificados como zonas geográficas concretas. Los brotes en instituciones cerradas sólo supusieron el 0.40% del total. En 28 brotes (el 5.60%) no había información sobre esta variable.

Figura 2. Distribución anual y estacional de los brotes de hepatitis A. España, 2015-2019



## Medidas adoptadas

Se disponía de información de vacunación post-exposición de contactos en 203 brotes (el 40.6%), de los cuales se mencionaba la aplicación de esta medida de control en el 90.64% de ellos.

## CONCLUSIONES

Durante los años 2017 y 2018 se notificaron una importante proporción de los brotes ocurridos durante el periodo de estudio, muy posiblemente influenciado por el brote internacional de hepatitis A en Europa acontecido en ese periodo, en el que el colectivo de hombres HSH se vio especialmente afectado (5).

Un 8% de los brotes se notificaron como importados, fundamentalmente de países del norte de África, en especial Marruecos, lo que hace importante reforzar las medidas de prevención en este colectivo, como la vacunación previa a viaje a zona endémica.

Una gran proporción de los brotes se produjo por contacto directo, y en el hogar familiar, predominando por tanto la transmisión entre convivientes. Asimismo, destacan el tamaño y la duración de los brotes en escuelas y guarderías y en restauración colectiva, por lo que habría que valorar la necesidad de reforzar las medidas de control en estos ámbitos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bell BP; Anderson DA; Feinstone SM. Virus de la Hepatitis A. En Enfermedades Infecciosas. Mandell, Douglas y Bennet. Capítulo 170.pa:2162-2185. Sexta edición. 2006.
2. Estudio de seroprevalencia en España, septiembre de 2020. Ministerio de Sanidad. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia\\_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf)
3. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo\\_todas\\_las\\_edades.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf)
4. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolo de vigilancia de la hepatitis A. Madrid, 2013. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/Protocolo%20de%20Vigilancia%20de%20Hepatitis%20A.pdf>
5. Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, Mårdh O, Varela C, Avellón A, et al. Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. agosto de 2018;23(33).