

# 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
Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.....	20

## 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%).

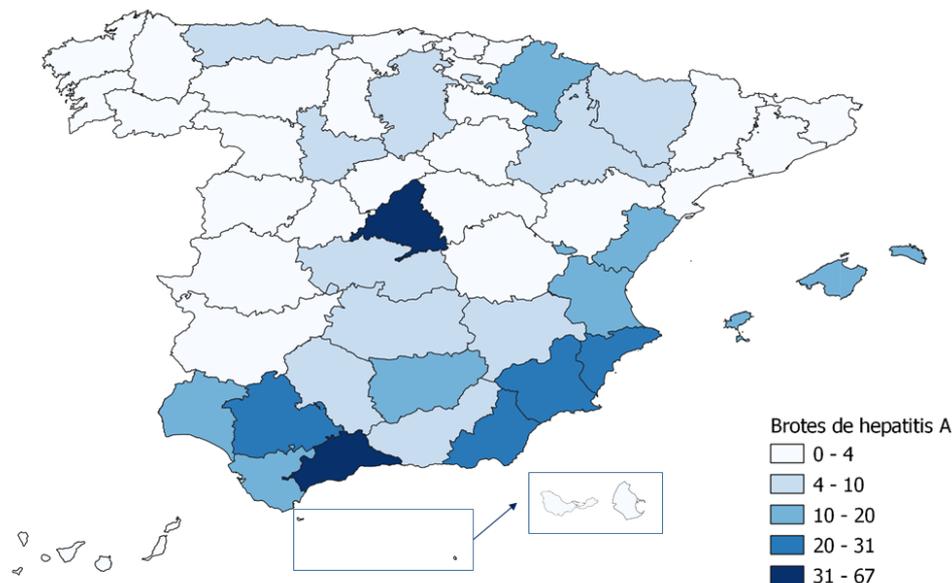
**Tabla 1. Brotes de hepatitis A en España. 2015-2019.**

Año	Nº brotes	Nº casos	Nº hospitalizados	Tamaño del brote	Duración del brote en días
				(mediana, RIC)	(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

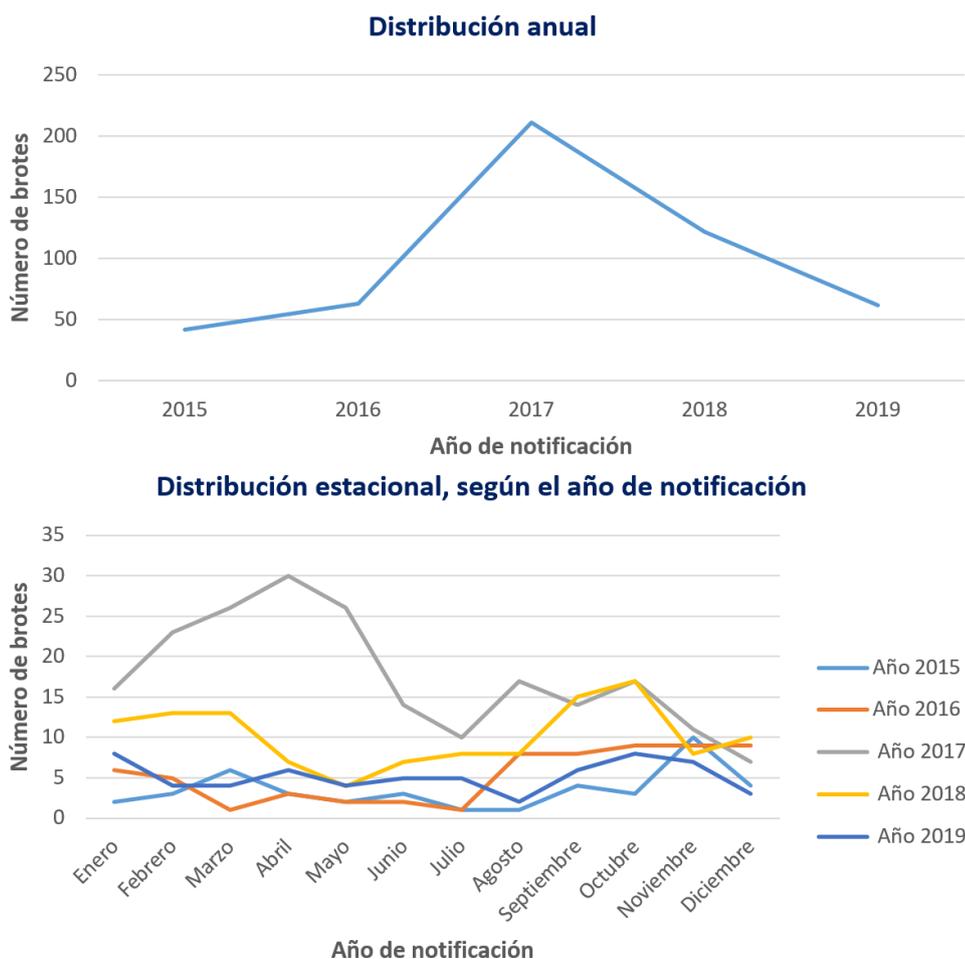
Los años en que se notificaron más brotes fueron 2017 y 2018. Además, se observó una mayor notificación de brotes durante los meses de otoño e invierno, excepto para el año 2017 ([Figura 2](#)).

## 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).

## SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA CASOS POR SEMANAS (SEMANAS 11 A 15/2021)

ENFERMEDADES	Sem 11 - 2021	Sem 12 - 2021	Sem 13 - 2021	Sem 14 - 2021	Sem 15 - 2021
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>					
Botulismo	0	0	0	0	1
Cólera	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0
Hepatitis A	7	5	4	1	1
Shigelosis	2	6	5	2	1
Triquinosis	0	0	0	0	0
<b>Enfermedades de transmisión parenteral</b>					
Hepatitis B	5	5	4	8	11
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>					
Gripe	273	305	225	213	235
Legionelosis	14	21	22	18	20
Lepra	0	1	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	25	40	24	37	30
Tuberculosis, meningitis	0	0	0	1	1
Tuberculosis, otras	10	9	7	9	8
<b>Enfermedades de transmisión vectorial</b>					
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0
Paludismo	0	3	2	2	4
<b>Enfermedades de transmisión zoonótica</b>					
Brucelosis	2	1	0	1	2
Peste	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0
Tularemia	0	0	0	0	0
<b>Enfermedades prevenibles por vacunación</b>					
Difteria	0	0	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	2	1	1	2	1
Parotiditis	25	18	21	22	27
Poliomielitis	0	0	0	0	0
Rubéola (excluye rubéola congénita)	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0
Tétanos (excluye tétanos neonatal)	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0
Tos ferina	3	2	7	1	2
Varicela	122	122	128	138	130
<b>Infecciones de transmisión sexual</b>					
Infección Gonocócica	88	87	64	95	99
Sífilis (excluye sífilis congénita)	73	54	44	62	60
Sífilis congénita	0	0	0	0	1

## SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA 16 QUE TERMINÓ EL 25/04/2021

ENFERMEDADES	CASOS DECLARADOS S Sem. 16		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2020 - 2016		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)		CÁLCULO ESPECIAL (2)
	2021	2020	2021	2020	Sem. 16	Acum. C.	Sem. 16	Acum. C.	
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>									
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	1	10	1	11			1,08
Hepatitis A	5	9	50	152	18	379	0,28	0,13	
Shigelosis	4	2	52	56	3	74	1,33	0,70	
Triquinosis	0	0	0	8	0	8			0,20
<b>Enfermedades de transmisión parenteral</b>									
Hepatitis B	11	4	118	141	17	198	0,65	0,60	
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>									
Gripe	239	215	5.166	469.456	1.132	481.108	0,21	0,01	
Legionelosis	18	8	273	245	11	245	1,64	1,11	
Tuberculosis respiratoria	35	22	473	421	49	699	0,71	0,68	
Tuberculosis, meningitis	1	0	8	8	0	10			0,44
Tuberculosis, otras	10	8	137	106	11	157	0,91	0,87	
<b>Enfermedades de transmisión vectorial</b>									
Paludismo	4	1	43	67	3	92	1,33	0,47	
<b>Enfermedades de transmisión zoonótica</b>									
Brucelosis	2	0	18	9	1	13			0,68
Tularemia	0	0	3	11	0	1			0,12
<b>Enfermedades prevenibles por vacunación</b>									
Enfermedad Meningocócica	2	4	24	161	5	138	0,40	0,17	
Parotiditis	16	53	294	5.602	207	3.800	0,08	0,08	
Rubéola (excluye rubéola congénita)	0	0	0	0	0	1			0,08
Sarampión	0	0	0	69	6	69	0,00	0,00	
Tétanos (excluye tétanos neonatal)	0	0	0	1	0	2			0,12
Tos ferina	2	10	29	474	58	688	0,03	0,04	
Varicela	130	102	1.899	8.600	1.887	24.948	0,07	0,08	
<b>Infecciones de transmisión sexual</b>									
Infección Gonocócica	94	30	1.330	1.746	86	1.737	1,09	0,77	
Sífilis (excluye sífilis congénita)	59	26	953	895	63	973	0,94	0,98	

### COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

\* Un I.E. semanal superior o igual a 1,25: Shigelosis (1.33), Legionelosis (1.64), Paludismo (1.33)

\* Un I.E. acumulado superior o igual a 1,25:

\* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal

(1) Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata de I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta.

(2) Cálculo especial: En enfermedades de baja incidencia (<150 casos anuales en España) no se usa el índice epidémico.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII

Enfermedades vigiladas en las que es excepcional la declaración de algún caso: Botulismo, Cólera, Difteria, Encefalitis Transmitida por Garrapatas, Fiebre Amarilla, Fiebre de Ébola, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica Vírica (excluye fiebre amarilla y dengue hemorrágico), Lepra, Peste, Poliomielitis, Rabia, Rubéola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal

Excepcionalmente se han declarado casos en la semana 16/2021 en curso: NO

## ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR CCAA EN LA SEMANA 16/2021

ESPAÑA																		
ENFERMEDADES	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Ceuta	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	Rioja (La)	TOTAL
	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS
Botulismo		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Cólera		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Hepatitis A		1	0	0		1	0		2				1		0	0		5
Shigelosis	1	0	0	0			0		2				0	1	0	0		4
Triquinosis		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Hepatitis B	5	2	0	1		1	0		1				0		1	0		11
Gripe		2	0	26	49		27	13	76			23		4	16	2	1	239
Legionelosis	5	0	1	0	1		0	1	7			4		3		0	0	22
Lepra		0	0	0			0		0					0		0	0	0
Tuberculosis respiratoria	5	2	0	0	1		1	4	0	2	6	1		9		1	1	33
Tuberculosis, meningitis		0	0	0			0		0			1				0		1
Tuberculosis, otras	1	0	1	0			0	3	0					3		0		8
Fiebre Amarilla		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Paludismo	1	0	0	0			0		3				0		0	0		4
Brucelosis	2	0	0	0			0		0				0		0	0		2
Peste		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Rabia		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Tularemia			0													0		0
Difteria		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Enfermedad Meningocócica		0	0	0			0		1				0		0	0		1
Parotiditis	6	1	0	1			0	1	1		4		2	1	0	0		17
Poliomielitis		0	0	0			0		0						0	0		0
Rubéola (excluye rubéola congénita)		0	0	0			0		1				0		0	0		1
Rubéola congénita		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Sarampión		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Tétanos (excluye tétanos neonatal)		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Tétanos neonatal		0	0	0			0		0				0		0	0		0
Tos ferina		0	0	0			0		2				0		0	0		2
Varicela		4	0	4	20	2	9	3	22		22	2	18	18	5	0	1	130
Infección Gonocócica	16	5	1	2	4	3	3	3			22		7	24	0	2		92
Sífilis (excluye sífilis congénita)	9	3	2	0	11	1	2	3			16	1	4	7	0	0		59
Sífilis congénita		0	0	0	1		0		0				0		0	0		1



### BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL (BES)

El BES es una publicación gratuita editada por el *Centro Nacional de Epidemiología*.

**Dirección y Redacción:** *Marta Soler Soneira* y *Carmen Martín Mesonero*

El BES está disponible en formato electrónico en las direcciones:  
<http://revistas.isciii.es/revistas.jsp?id=BES>

Dirección postal:  
Centro Nacional de Epidemiología.  
Instituto de Salud Carlos III.  
C/ Monforte de Lemos, 5  
28029 - Madrid, España

NIPO en línea: 834-20-003-9  
NIPO libro electrónico: 834-20-004-4

Diseño y maquetación: Editorial MIC

