MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN

Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

Informe epidemiológico sobre la situación de la hepatitis A en España. Año 2025.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 9 de octubre 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 2025. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

CC BY-NC-SA 4.0

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 2025 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.

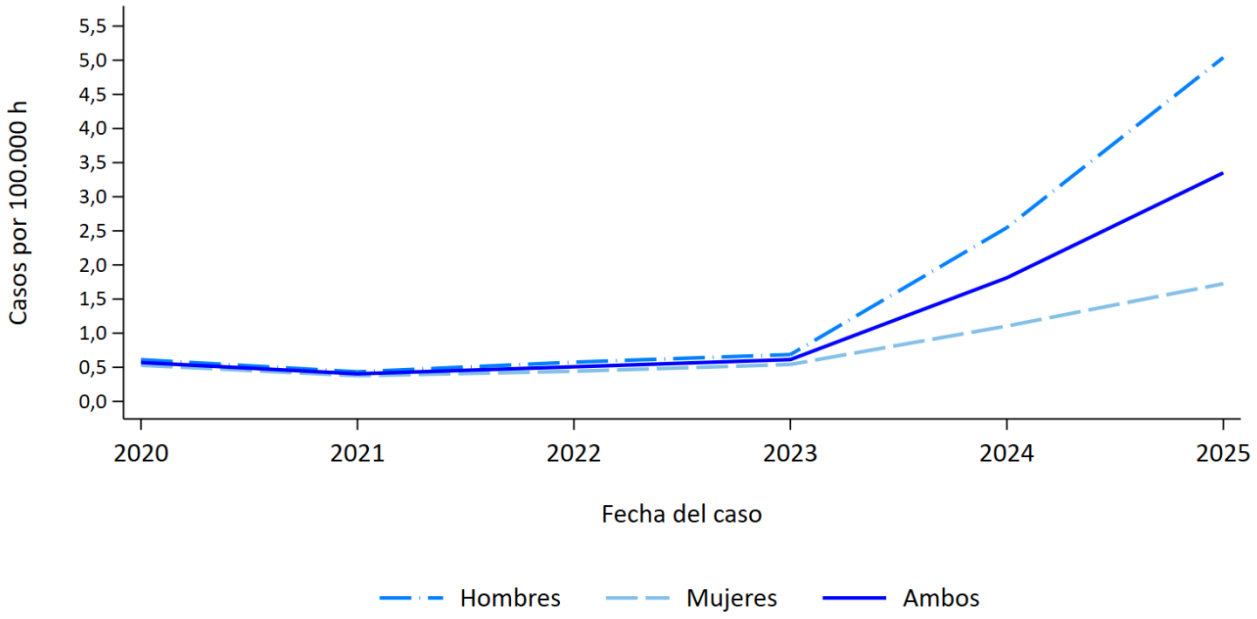
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2025, todas las CCAA notificaron esta enfermedad a la RENAVE.

En este año, se notificaron 1.646 casos de hepatitis A en residentes en España, excluyendo 280 casos importados, siendo la incidencia acumulada (IA) de 3,35 casos por 100.000 habitantes (Figura 1). Esto supone un aumento del 85% con respecto a la IA del año previo (1,81 casos por 100.000 habitantes).

Figura 1. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2020-2025
Incidencias acumuladas

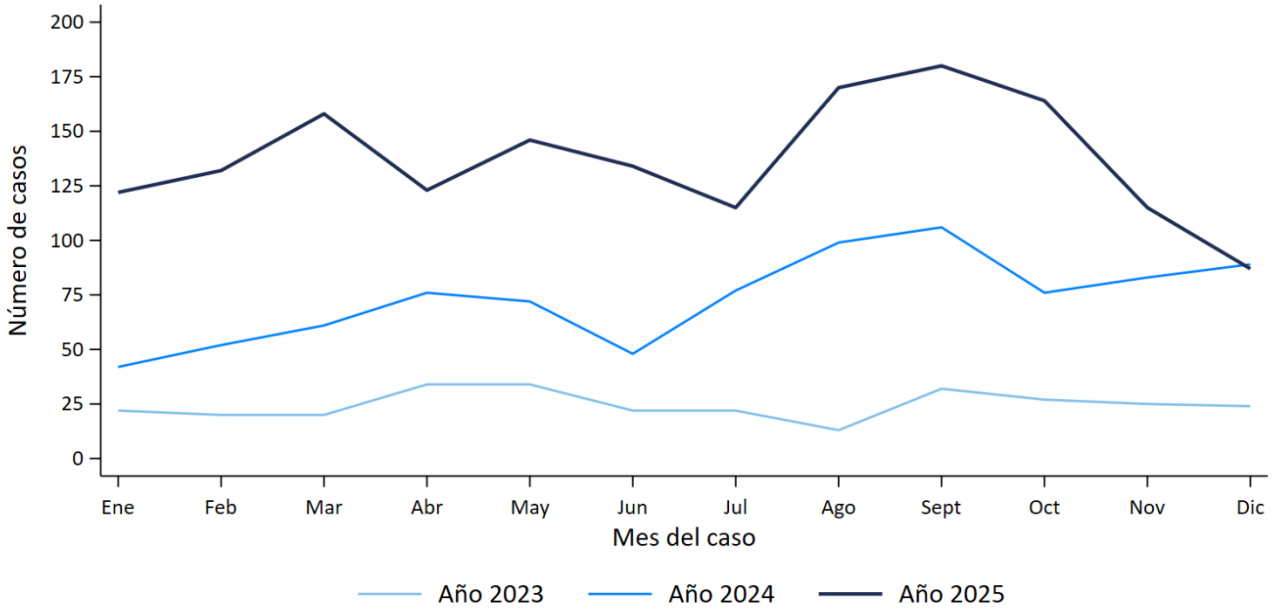


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

En cuanto a la distribución mensual de la enfermedad, al igual que en el año previo, se notificó un mayor número de casos durante los meses de finales de verano y principios de otoño (agosto – octubre), aunque también hubo un ligero aumento durante los meses de marzo y mayo (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2023 - 2025

Distribución mensual de casos



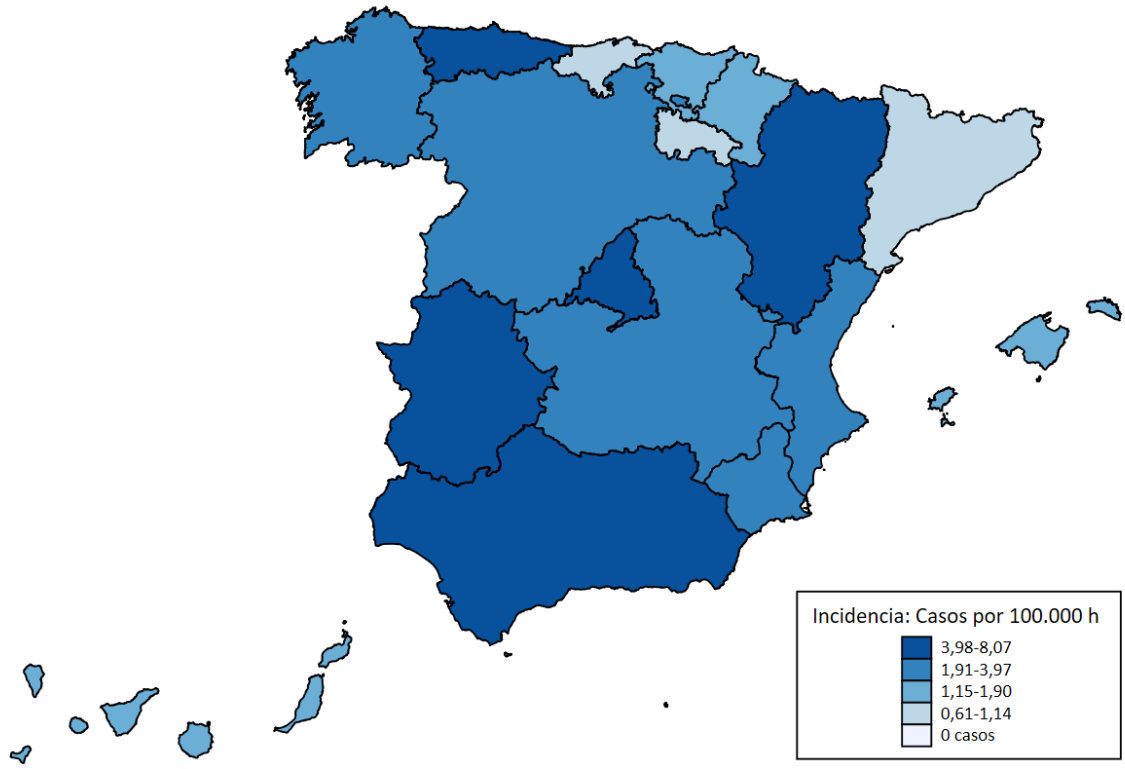
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

Las mayores incidencias acumuladas se notificaron en Extremadura (8,07 casos por 100.000 habitantes), Comunidad de Madrid (IA de 6,44) y Asturias (IA de 5,12), mientras que las IA más bajas se notificaron en La Rioja (0,61 casos por 100.000 habitantes), Cantabria (IA de 0,84) y Cataluña (IA de 1,14). Además, Ceuta y Melilla notificaron 0 casos (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2025

Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas



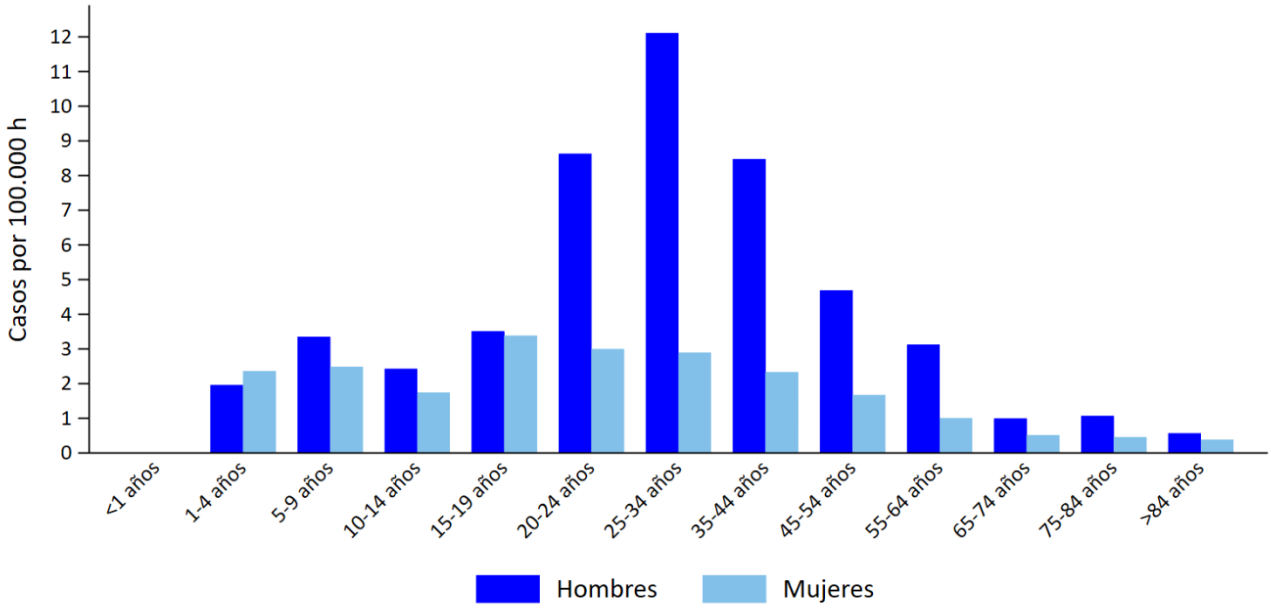
Fuente:Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

La IA fue mayor en los hombres que en las mujeres (razón hombre/mujer de 2,92). En los hombres, las mayores IA se notificaron en el grupo de 25-34 años, mientras que en las mujeres se dieron en el grupo de 15-19 años. Se observó una mayor proporción de hombres que de mujeres en casi todos los grupos de edad, pero fue especialmente llamativa en los grupos de 20 a 64 años, con una razón hombre/mujer superior a 2,5 en todos ellos, destacando el grupo de 25-34 años (razón hombre/mujer de 4,19). No se notificaron casos en niños y niñas menores de 1 año. Las menores IA, tanto en hombre como en mujeres, se notificaron en las personas mayores de 64 años (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Hepatitis A. Año 2025

Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Para los casos importados, la razón hombre/mujer fue de 1,24 y la mediana de edad de 19 años (RIC: 10-37). Se observó un aumento importante en el número de casos importados a finales de verano y principios del otoño, notificándose el 49% 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 254 casos (90,71%); destacaron los casos procedentes de Marruecos (N=94, 37,01%) y Cuba (N=70, 27,56%).

Se disponía de información sobre la exposición (que refleja el mecanismo de transmisión) en 431 casos. El mecanismo de transmisión más notificado fue la transmisión por vía sexual (N=268), seguido de la transmisión persona a persona no sexual (N=61), el consumo de alimentos (N=27), la exposición ambiental (N=20), el consumo de agua (N=10), la exposición a aguas recreativas (N=6) y la exposición iatrogénica (N=3). Además, en 36 casos constaba más de una exposición de riesgo.

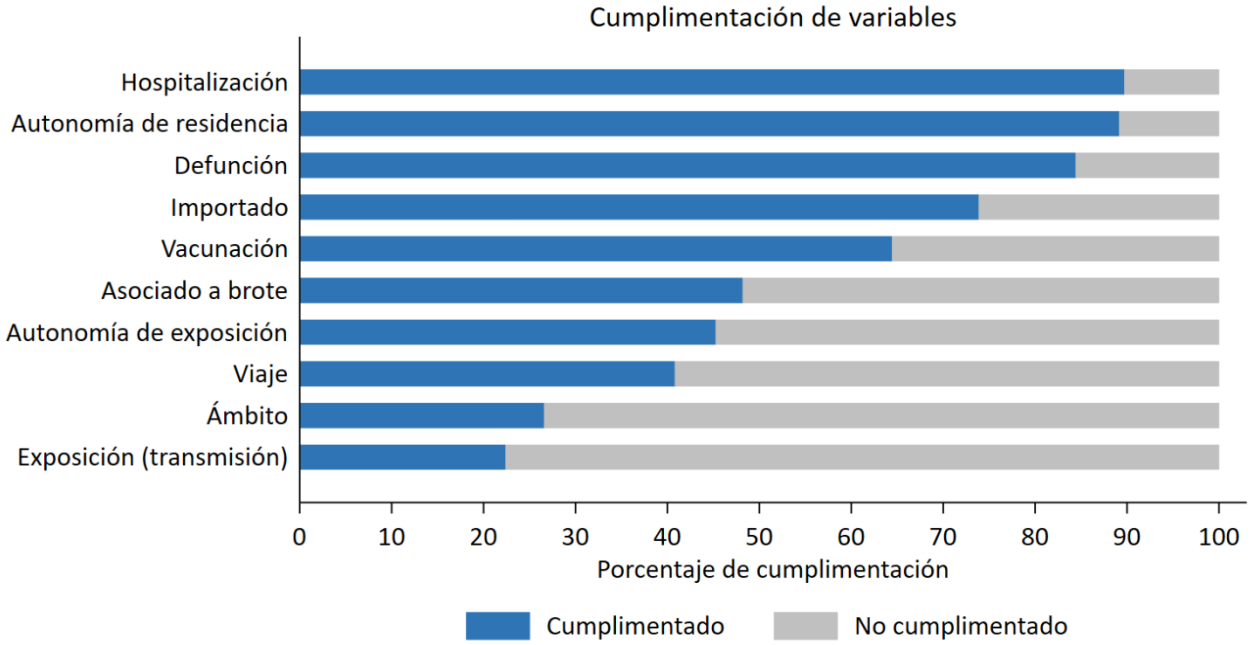
En cuanto al estado vacunal, constaba la vacunación en 58 casos de 1.241 casos con información (4,67%). De ellos, 38 casos habían recibido una única dosis de vacuna, tres casos habían recibido dos dosis, en un caso constaba la administración de cuatro dosis, y en otros 16 casos se desconocía el número de dosis recibidas.

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 hospitalización y a la autonomía de residencia del caso estaban cumplimentadas en un 90% y 89% respectivamente. Las variables de si el caso era importado y la defunción tuvieron una cumplimentación superior al 73%. La información sobre la vacunación, si el caso estaba

asociado a un brote, la autonomía de exposición y si el caso había viajado en el periodo de incubación estuvo disponible en un 40-65% de los casos. Las variables de ámbito de exposición y de la exposición (que refleja el mecanismo de transmisión) estaban cumplimentadas en menos del 30% de los casos. Se observó una peor cumplimentación de la variable importado con respecto al año previo, y la de las variables exposición y ámbito continuó siendo baja.

Figura 5. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2025



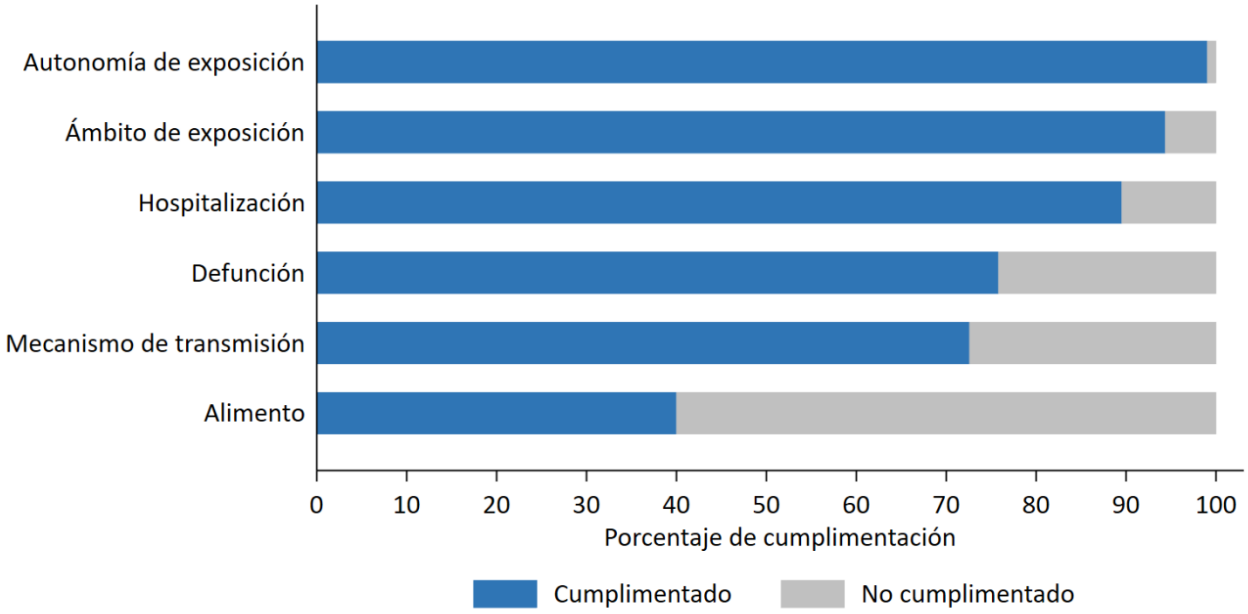
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Brotes

En el año 2025, todas las CCAA excepto Aragón notificaron al sistema de brotes de la RENAVE, incluyendo la notificación de 0 brotes. Se notificaron 124 brotes de hepatitis A, con un total de 385 casos (siendo la mediana de casos por brote de 2; mínimo 2 y máximo de 22 casos), 173 hospitalizados y una defunción. Los brotes fueron notificados por trece CCAA: la CA que notificó mayor número de brotes fue Andalucía (40 brotes), seguida de Comunidad de Madrid (30 brotes), Galicia (15 brotes) y Comunidad Valenciana (13 brotes). Sólo 21 fueron importados (16,94%), y al igual que para los casos individualizados, los meses del año con mayor número de brotes fueron agosto - octubre. Se notificaron 5 brotes alimentarios (3 brotes por consumo de alimentos y 2 brotes por consumo de agua), además de 119 brotes no alimentarios (77 brotes por contacto directo persona a persona, 2 brotes por exposición a agua ambiental, un brote por contacto con fómites contaminados y en 39 brotes se desconocía el mecanismo de transmisión). El principal ámbito de exposición fue el hogar (97/117 brotes con información, 82,91%). Dos de los brotes por consumo de alimentos tuvieron lugar en la restauración colectiva y uno en el hogar, éste último asociado al consumo de marisco; los dos brotes por consumo de agua se asociaron a la importación de casos desde el extranjero (uno de Mauritania y otro de Sahara Occidental). En cuanto a los brotes no alimentarios, 95 brotes (84,82%) se produjeron en el hogar, 3 brotes en el ámbito educativo, y otros 14 en otros ámbitos diferentes a los anteriores.

La calidad de la cumplimentación de las variables de los brotes se muestra en la figura 6. La información sobre la autonomía de exposición estaba disponible en el 99% de los brotes, sobre el ámbito en el 94% de los brotes, sobre la hospitalización en el 90%, y sobre la defunción en el 76% de los brotes. La variable del mecanismo de transmisión estaba cumplimentada en el 73% de los brotes, y del alimento (en los brotes alimentarios) en el 40% de los brotes.

Figura 6. Vigilancia de hepatitis A. España, 2025
Cumplimentación de variables de los brotes



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Conclusión

En el año 2025, continuó la tendencia ascendente en la IA de hepatitis A en España observada en el año previo. Al igual que en el año 2024, la razón hombre/mujer fue muy elevada, con un exceso de casos en hombres especialmente en los grupos de 20 a 64 años. La situación epidemiológica observada dio lugar a la actualización de la Evaluación de Riesgo publicada en el 2024 (https://cne.isciii.es/documents/d/cne/20260129_hepatitisa_err). Aunque el principal país del viaje de los casos importado continuó siendo Marruecos, se observó un aumento importante en el número de casos procedentes de Cuba. También se notificó un incremento en el número de brotes, tanto de transmisión alimentaria como no alimentaria.