VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS B EN ESPAÑA, 2019

Madrid, octubre 2020

Redacción y elaboración:

Este informe ha sido elaborado por Victoria Hernando[1], Marta-Ruiz-Algueró[1] y Asunción Díaz[1] y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

1. Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis, Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Citación sugerida:

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia epidemiológica de la Hepatitis B en España, 2019. Madrid; octubre 2020

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN 1

METODOLOGIA 1

RESULTADOS 2

CONCLUSIONES 8

AGRADECIMIENTOS 8

BIBLIOGRAFÍA 9

INTRODUCCIÓN

La hepatitis B es una infección de distribución mundial, siendo más frecuente en países de Extremo Oriente y en las regiones del Pacífico Occidental y de África. España se considera un país de baja endemicidad, con una prevalencia de HBsAg entre 0,2% y 0,5% y de AntiHBs entre 4% y 6%, con una infección neonatal, rara; y una infección infantil, infrecuente [(1)].

La hepatitis B se transmite a través de la sangre, saliva o semen, siendo la vía de transmisión más frecuente el uso compartido de material contaminado en personas que consumen drogas por vía parenteral y las relaciones sexuales no protegidas [(2)].

La vacunación en España se inició en los años 90s del pasado siglo en adolescentes, grupos de riesgo y recién nacidos y se introduce de manera paulatina en el calendario vacunal de cada Comunidad Autónoma (CCAA) [(3)].

Debido a la pandemia de la COVID-19, el presente documento recoge la situación de la hepatitis B en el año 2019 y se analiza su evolución de entre 2008 y 2019, según los casos declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

METODOLOGIA

La información sobre Hepatitis B en España se recoge a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la RENAVE [(4,5)]. La notificación de la hepatitis B sólo incluye los casos agudos, pudiendo ser clasificados como casos probables, en aquellos que tienen criterios clínicos y una relación epidemiológica y como casos confirmados, aquellos que tienen criterios clínicos y de laboratorio o con criterios de laboratorio si no hay constancia de antecedentes de enfermedad.

Se han analizado los datos correspondientes al año epidemiológico 2019, que abarca desde el 31 de diciembre de 2018 hasta el 29 de diciembre de 2019 y las tendencias entre 2008 y 2019.

Debido a la pandemia por COVID-19 algunas CCAA no han actualizado los datos correspondientes al año 2019, lo que se ha tenido en cuenta para el cálculo de las tasas. Los resultados presentados en este informe son provisionales.

RESULTADOS

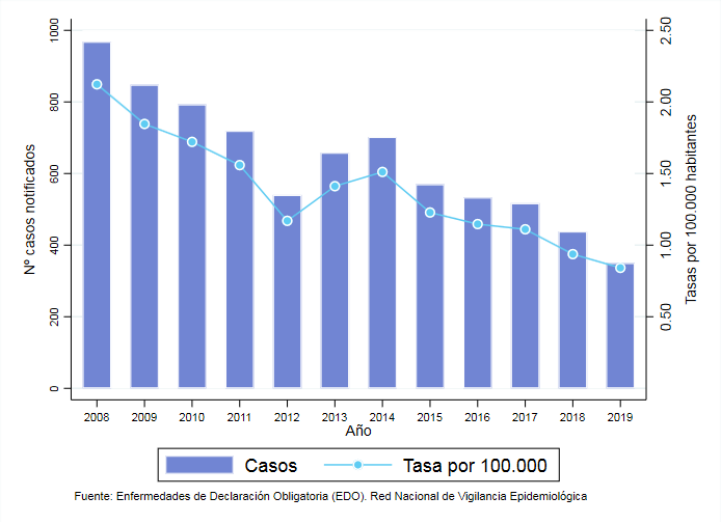
En el año 2019 se notificaron 350 casos de hepatitis B aguda (tasa de incidencia: 0,84 casos por 100.000 habitantes). Desde el año 2008 se ha producido un continuo descenso en las tasas de incidencia anuales, excepto en 2013 y 2014 que se produjo un ligero repunte, aunque no ha sido significativo (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de Hepatitis B. España, 2008-2019

Año	Casos	Tasa por 100.000
2008	968	2,12
2009	848	1,85
2010	793	1,72
2011	719	1,56
2012	540	1,17
2013	658	1,41
2014	702	1,51
2015	570	1,23
2016	533	1,15
2017	517	1,11
2018	438	0,94
2019	350	0,84

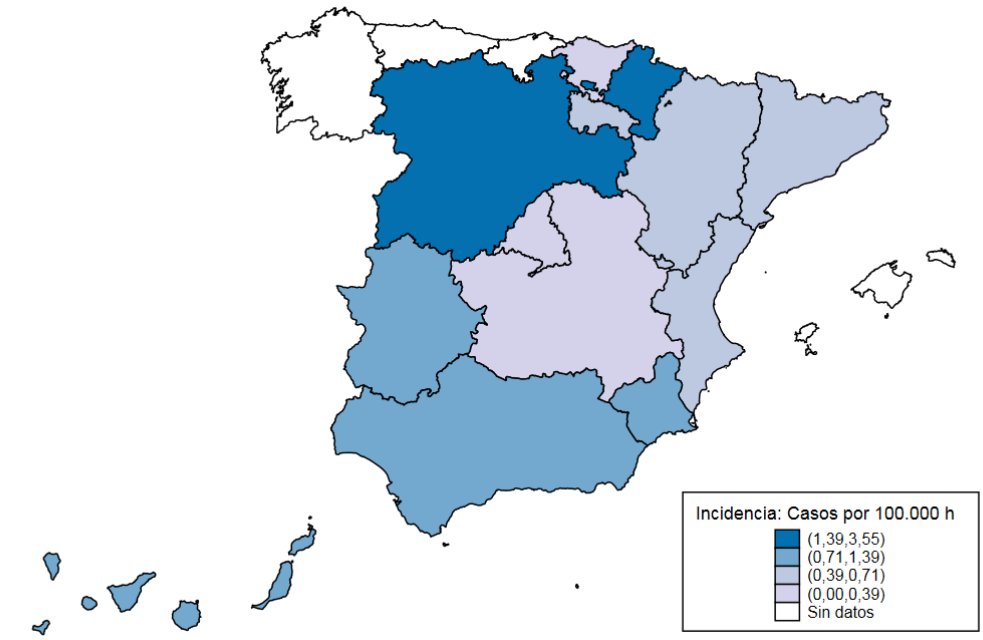
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 1. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de Hepatitis B. España, 2008-2019



La incidencia de Hepatitis B por CCAA en 2019 presenta un rango muy amplio, entre 0,23 y 3,55 casos por 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas se registraron en Ceuta (3,55), Castilla y León (1,83) y Navarra (1,69); las más bajas se notificaron en País Vasco (0,23), Madrid (0,33) y Castilla La Mancha (0,39). Melilla notificó cero casos (Figura 2).

Figura 2. Incidencia de Hepatitis B por Comunidad Autónoma, 2019
Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoira (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiólogica

Características de los casos

De los 350 casos notificados hasta la fecha, el 98,6% fueron casos confirmados y el 1,4% probables. El 74,3% (260 casos) fueron hombres, siendo la razón Hombre/Mujer de 2,89. La mediana de edad de los casos fue de 46 años (rango intercuartílico (RIC): 37-57); siendo la mediana de edad de los hombres algo inferior a la de las mujeres (45,5 años (RIC: 36-56) y 47 años (RIC: 39-58), respectivamente). La distribución de los casos por edad y sexo se muestra en la tabla 2.

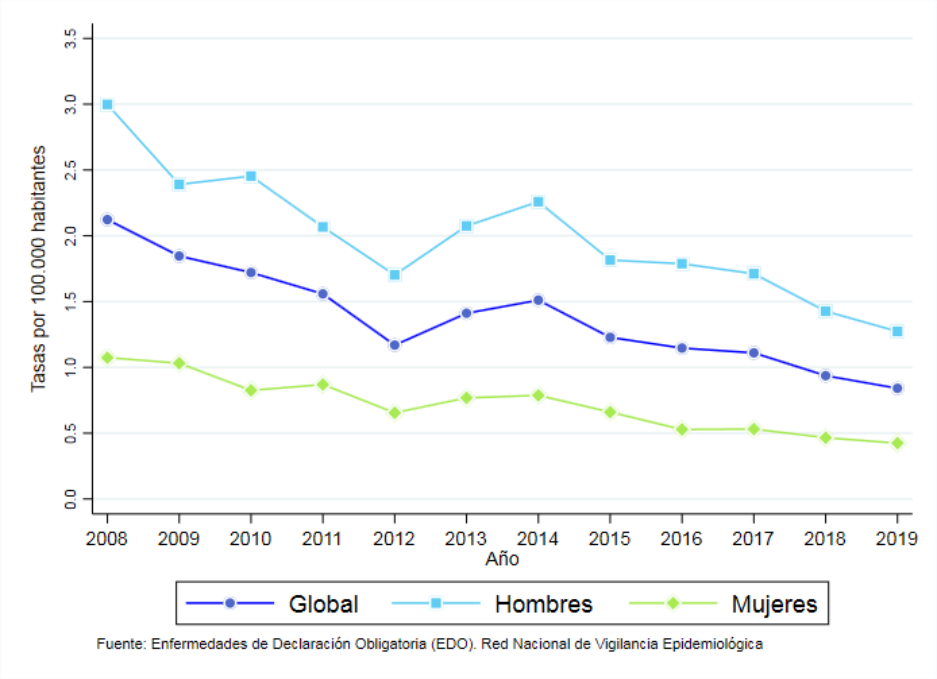
Tabla 2. Número y porcentaje de casos de Hepatitis B por edad y sexo, 2019

Grupo edad	Hombre	Mujer	Total
<15	1 (0,4%)	1 (1,1%)	2 (0,6%)
15-19	8 (3,1%)	2 (2,2%)	10 (2,9%)
20-24	19 (7,3%)	1 (1,1%)	20 (5,7%)
25-34	29 (11,2%)	12 (13,3%)	41 (11,7%)
35-44	67 (25,8%)	23 (25,6%)	90 (25,7%)
45-54	62 (23,8%)	20 (22,2%)	82 (23,4%)
55-64	43 (16,5%)	17 (18,9%)	60 (17,1%)
65-74	21 (8,1%)	4 (4,4%)	25 (7,1%)
75-84	9 (3,5%)	9 (10,0%)	18 (5,1%)
>=85	1 (0,4%)	1 (1,1%)	2 (0,6%)
Total	**260 (100,0%)**	**90 (100,0%)**	**350 (100,0%)**

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

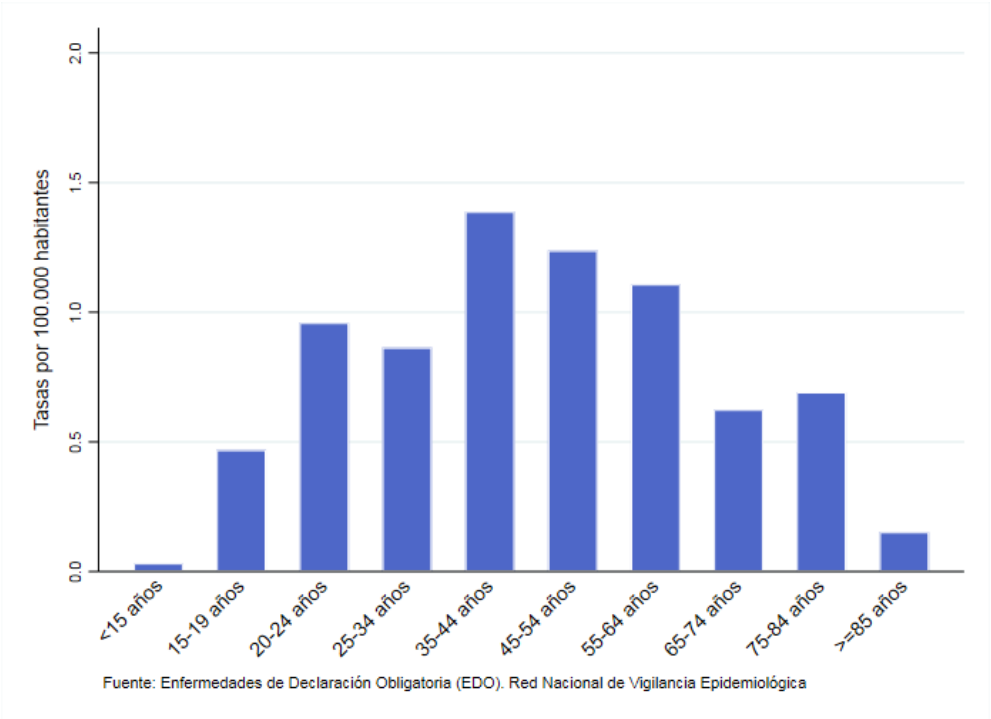
Las tasas en hombres fueron superiores a las de mujeres en todo el periodo (1,27 y 0,42 por 100.000 en 2019, respectivamente) (Figura 3).

Figura 3. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de Hepatitis B por sexo, 2008-2019



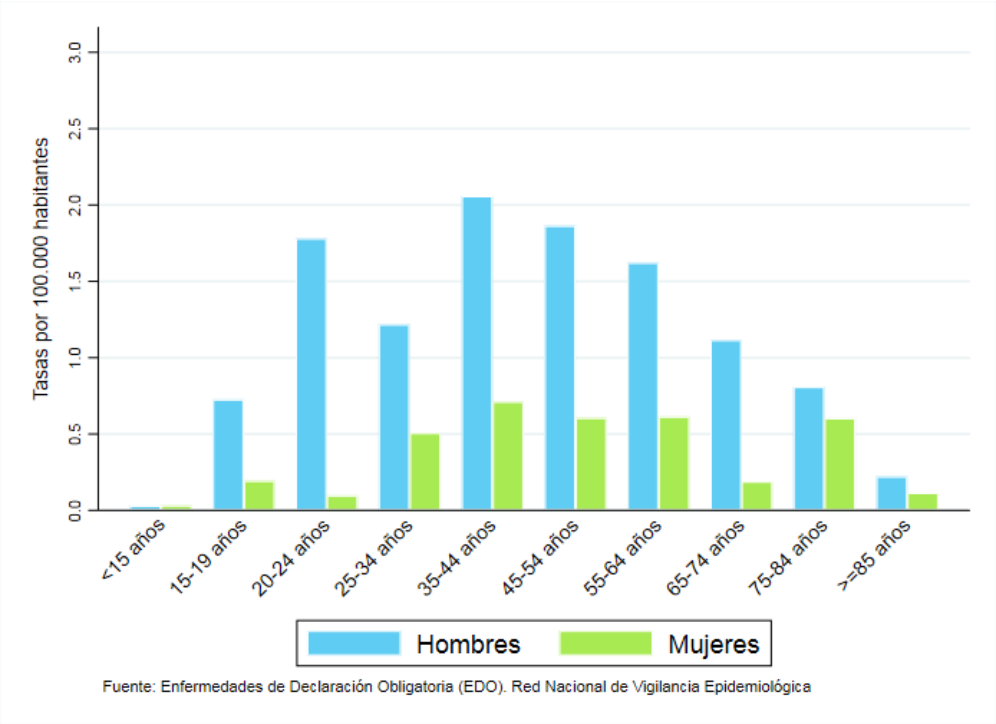
Según edad, las tasas más elevadas se produjeron entre 35 y 44 años (1,39) seguidas del grupo de 45 a 54 años (1,24) (Figura 4).

Figura 4. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de Hepatitis B por grupos de edad, 2019



Por edad y sexo las tasas en hombres fueron superiores a las de las mujeres en todos los grupos de edad. Las más elevadas en ambos sexos se observaron entre los 35 y 44 años (2,06 casos por 100.000 en hombres y de 0,71 por 100.000 en mujeres), seguidas del grupo de 45-54 años (1,86 casos por 100.000 en los hombres y 0,61 casos por 100.000 en mujeres) (Figura 5).

Figura 5. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de Hepatitis B por grupos de edad y sexo, 2019



De los 2 casos notificados en el grupo de menos de 15 años, uno de ellos era un niño menor de 1 año (3 meses) y el otro caso, una niña de 11 años. Este último era un caso importado, cuya madre procedía de Rumania y se desconocía la situación vacunal de la niña. En el caso del menor de 1 año, había recibido una sola dosis de la vacuna frente a la hepatitis B.

Del total de casos notificados en mayores de 15 años, en 15 casos (4,3%) no tenían ninguna información sobre el país de probable infección o si el caso era importado o no. De los 42 casos (12,1%) notificados como importados, 27 de ellos (64,3%) procedían de África, 5 (10%) de Asia, 4 (9,5%) de Europa del Este y 2 (4,7%) de América Latina. De los 4 casos restantes se desconocía el país de procedencia.

El 26,3% (92 casos) fueron hospitalizados debido a la infección por Hepatitis B, si bien no se disponía de esta información para el 19,1% de los casos. El mayor porcentaje de hospitalización se produjo en las personas entre 65 y 74 años, que supusieron el 40,0% de los casos (10 casos). Se notificaron cinco casos de defunción, tres hombres y dos mujeres. Habían estado hospitalizados las dos mujeres fallecidas y dos de los hombres. La mediana de edad de los casos fallecidos fue de 68 años (RIC: 57-69). Para el 46,3% no hay información sobre esta variable.

Para el 64,8% de los casos no hay información sobre vacunación. Sólo en 8 casos se notificó antecedente de vacunación previa, de los cuales 2 tenían documentada esta vacunación.

Respecto a los factores de riesgo para la adquisición de la infección por el virus de la hepatitis B, hay información solo para el 22,0% de los casos (42 casos). Entre los que si tenían esta información, el 42,8% (18 casos) adquirieron la infección a través de contacto sexual.

CONCLUSIONES

- Aunque son datos provisionales, continúa la tendencia decreciente de la Hepatitis B, que se observaba en años anteriores.
- La mayoría de los casos se produjeron en hombres y en adultos de mediana edad, aunque los casos en mujeres se producen a una edad mayor.

AGRADECIMIENTOS

A los responsables y profesionales de vigilancia de la Hepatitis B en las Comunidades Autónomas, así como a todos aquellos que contribuyen de una forma u otra en la notificación y mejora de la calidad de los datos de la RENAVE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hepatitis B. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/hepatitisB.pdf.

2. OMS. Hepatitis B. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b.

3. Grupo de Trabajo Criterios 2011, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Criterios de evaluación para fundamentar modificaciones en el Programa de Vacunación en España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Criterios_ProgramaVacunas.pdf

4. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm 21, 24/01/1996.

5. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf