

ORIGINAL BREVE

Recibido: 24 de septiembre 2017
Aceptado: 18 de diciembre de 2017
Publicado: 9 de mayo de 2018

CAMBIOS EN EL PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO DE LA HEPATITIS A EN ANDALUCÍA: 2007-2017

Rocío Lorenzo Ortega (1,2,3), Blanca O'Donnell Cortés (1,3), Rocío Ortiz González Serna (2,4), Virtudes Gallardo García (2), Begoña López Hernández (2).

(1) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. España.

(2) Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Secretaría General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. España.

(3) Departamento de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga. España.

(4) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos. La transmisión sexual de la hepatitis A (VHA) está documentada, principalmente en conductas de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En los últimos años están apareciendo brotes de VHA en HSH en países de la Unión Europea. El objetivo del trabajo fue estudiar la epidemiología del VHA en Andalucía en los últimos 10 años (2007-2017) y la de los brotes ocurridos en HSH en dicho periodo.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de VHA declarados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) entre enero de 2007 y mayo de 2017. Se calculó la tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes. Se estudió la distribución de los casos por grupo de edad y sexo. Se usó la razón hombre/mujer, como marcador indirecto de los HSH.

Resultados. La tasa de incidencia media anual en el periodo de estudio fue 4,09 casos por 100.000 habitantes, con una diferencia según sexo: 4,7 por 100.000 hombres y 2,53 por 100.000 mujeres. Aparecieron dos grandes brotes en este periodo: uno en 2008-2009 y otro en 2016-2017. Las características epidemiológicas de estos brotes difirieron del patrón clásico de la enfermedad, afectando a HSH jóvenes, colectivo que se asocia con conductas sexuales de riesgo.

Conclusiones. Los HSH tienen un papel fundamental en los brotes de VHA aparecidos recientemente. Para el control de la enfermedad debemos realizar una estrategia diferente, valorando la introducción de la vacunación sistemática.

Palabras clave: Hepatitis A, Epidemiología, Salud Pública, Brotes, Vacuna.

Correspondencia

Rocío Lorenzo Ortega
Servicio de M Servicio de Medicina Preventiva
Hospital Virgen de la Victoria
Campus de Teatinos s/n
29010 Málaga, España

ABSTRACT

Changes in Hepatitis A epidemiological pattern in Andalucía: 2007-2017

Background. Sexual transmission of hepatitis A (HAV) is documented, mainly by risk behaviors in men who have sex with men (MSM). There have been HAV outbreaks in MSM in countries of the European Union in the last years. The aim of this work was to study HAV epidemiology in Andalusia in the last 10 years (2007-2017) and the outbreaks among MSM in this period.

Methods. Retrospective descriptive study of HAV cases reported in the Andalusia Epidemiological Surveillance System between January 2007 and May 2017. We calculated the annual incidence rate per 100000 inhabitants. We studied case distribution for gender and age. We used the male-female ratio as an indirect marker for MSM.

Results. The mean annual incidence rate in the study period was 4.09 cases per 100000 inhabitants, with a difference by sex: 4.7 per 100000 men and 2.53 per 100000 women. Two large outbreaks were detected in this period: one in 2008-2009 and another in 2016-2017. The epidemiological characteristics of these outbreaks differ from the classical pattern of the disease, affecting young MSM with associated sexual risk behaviors.

Conclusions. MSM play a fundamental role in recent outbreaks of HAV. For disease control we must carry out a different strategy, assessing the introduction of systematic vaccination.

Key words: Hepatitis A, Epidemiology, Public health, Sexual behavior, Outbreaks, Hepatitis A vaccine.

Cita sugerida: Lorenzo Ortega R, O'Donnell Cortés B, Ortiz González Serna R, Gallardo García V, López Hernández B. Cambios en el patrón epidemiológico de la Hepatitis A en Andalucía: 2007-2017. Rev Esp Salud Pública. 2018;92:9 de mayo e201805016.

INTRODUCCIÓN

La hepatitis A es una enfermedad aguda autolimitada, causada por la infección del virus de la hepatitis A (VHA)^(1,2,3,4). Es la forma más común de hepatitis viral aguda en gran parte del mundo⁽⁵⁾.

En países menos desarrollados es una enfermedad propia de la infancia, con una seroprevalencia en menores de 5 años del 90-100%^(4,5). Cursa generalmente de forma leve o asintomática^(1,4,5,6,7); la sintomatología y gravedad de la infección aumentan con la edad^(1,2,4,7). Con la mejora de las medidas higiénicas en los países desarrollados, los niños han dejado de tener contacto con el virus, siendo susceptible aproximadamente el 90% de la población adulta^(2,5).

La forma más común de transmisión del virus es el contacto fecal-oral con individuos infectados o la ingestión de comida o agua contaminada^(2,3,4,6,7,8,9). La transmisión durante las relaciones sexuales está documentada fundamentalmente por prácticas de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)^(1,7,8,9). Desde hace unos años vienen apareciendo brotes de esta enfermedad en colectivo HSH en diferentes países de la Unión Europea^(1,10,11).

No disponemos de tratamiento específico⁽¹⁾. Diferentes medidas de control como la higiene personal, el seguimiento de los contactos y la vacunación a los expuestos han demostrado ser efectivas en la reducción de la transmisión⁽¹⁾.

Andalucía es un área con una baja endemicidad de hepatitis A⁽¹²⁾. No está establecida la vacunación sistemática. Se realiza vacunación en colectivos de riesgo^(1,4,6,13,14). A pesar de ello desde junio de 2016 se observa un aumento de casos de hepatitis A, que afecta fundamentalmente a HSH entre 20 y 49 años. Se han establecido medidas de control como la vacunación en este colectivo y el fomento de las medidas de barrera en todas las prácticas sexuales. A pesar de ello, los casos siguen apareciendo.

El objetivo de este estudio fue analizar las características epidemiológicas de la hepatitis A en Andalucía en los últimos 10 años (2007-2017), evaluar los brotes ocurridos y comparar sus patrones epidemiológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los casos de hepatitis A declarados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía en los últimos 10 años (enero 2007- mayo 2017).

Los casos se definieron según el protocolo del SVEA, como persona con síntomas de hepatitis aguda (náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre, ictericia o niveles elevados de aminotransferasas séricas) y una prueba de laboratorio positiva (detección del ácido nucleico del VHA o respuesta de anticuerpos específicos, IgM, en suero)⁽⁶⁾. Se definió brote como un aumento significativo de casos en relación a los valores observados normalmente.

Recolección de los datos. A cada caso de hepatitis A declarado en SVEA se le realizó un cuestionario que recogía datos demográficos, clínicos y de exposición de riesgo. La información sobre hábitos sexuales se introdujo a finales del año 2016, por lo que para los casos anteriores, no se pudo analizar este dato.

Periodos de estudio. Ante la sospecha de tener patrones epidemiológicos diferentes, se realizó un estudio descriptivo de dos grandes periodos epidemiológicos (PE) con aumento de la incidencia de hepatitis A en el colectivo HSH, uno en los años 2008-2009 y otro en 2016-2017 (periodo de estudio hasta la semana 18 de 2017). Asimismo se realizó un estudio descriptivo de los casos ocurridos en el periodo entre los mismos, para comparar la distribución de casos en estos tres periodos: PE 2008-2009, PE 2016-2017 y periodo interepidémico.

Análisis de los datos. Se calculó la tasa de incidencia anual global y por sexo y la razón hombre-mujer (H:M), definido como el número de casos en hombres, dividido entre el

número de casos en mujeres. Esta razón sirvió de medida indirecta para calcular la carga de enfermedad asociada al colectivo HSH cuando los datos sobre prácticas de riesgo no estaban disponibles. Los datos de población se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (INE). Las variables categóricas se presentaron como porcentajes y las continuas como mediana.

No fue necesario el consentimiento de los pacientes, ya que la hepatitis A es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO). Todos los datos fueron tratados de manera confidencial.

RESULTADOS

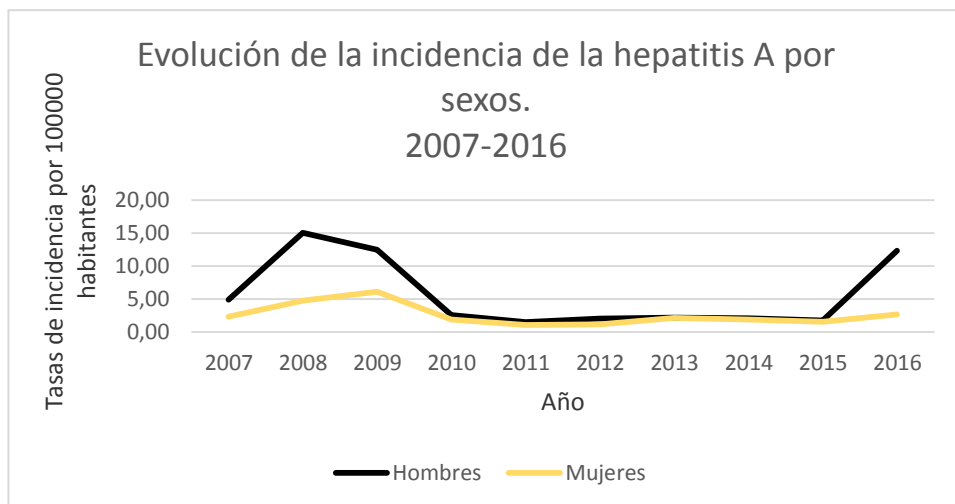
En Andalucía entre los años 2007 y 2017, se declararon 3.958 casos de Hepatitis A, con una tasa media de 4,09 casos por 100.000 habitantes. La tasa en hombres fue de 4,7 por 100.000

hombres y en mujeres de 2,53 por 100.000 mujeres. Se observó la existencia en el periodo de 2 brotes de la enfermedad, uno en el PE 2008-2009 con 1.576 casos y otro en el PE 2016-2017 con 1.307 casos (hasta la semana 18 de 2017).

En la **figura 1** se muestra la evolución de la incidencia de casos de hepatitis A por sexo en Andalucía desde 2007 a 2016. Obviando los PE 2008-2009 y 2016-2017, la incidencia permaneció estable en el resto de los años con una media de 171 casos por año. Los dos aumentos de la incidencia se deben a un aumento de la enfermedad en hombres.

Periodo Epidémico 2008-2009: Desde enero de 2008 hasta diciembre de 2009, se observó un aumento del número de casos de hepatitis A, con 1.576 casos declarados en Andalucía y una media de 788 casos por año. Los adultos

Figura 1
Evolución de la tasa de incidencia de hepatitis A en el periodo 2007-2016 en Andalucía por sexo.

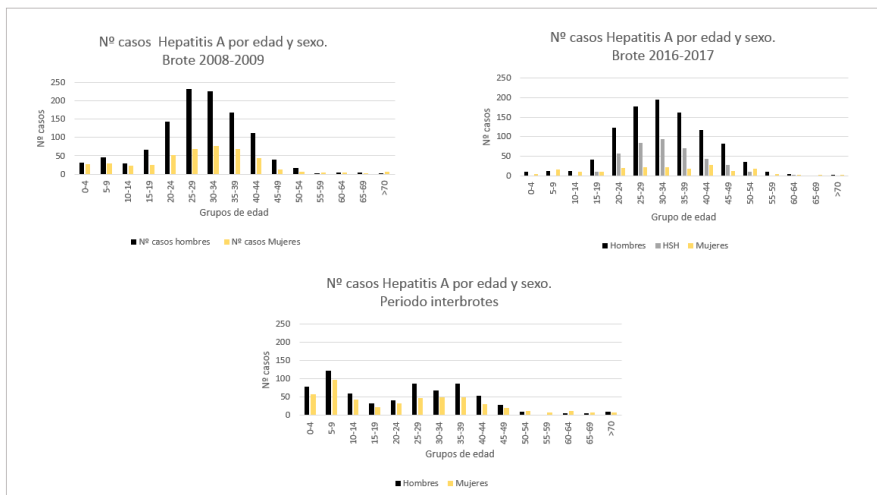


jóvenes (20 a 49 años) fueron el 79,12% de los casos. El 71,45% de todos los casos fueron hombres. La razón hombre-mujer fue de 2,5 (tabla 1).

Tabla 1			
Estudio comparativo de la distribución de los casos de hepatitis A en diferentes periodos en los últimos 10 años			
Variables	Periodo Interepidémico	Periodo 08-09	Periodo 16-17
Número de casos	1198	1576	1184
Número de casos al año	171	788	NA
Edad (Mediana)	25	30	32
Porcentaje de afectados <14 años	38.48	11.80	5.57
Porcentaje afectados entre 20 y 49 años	49.92	79.12	82.85
Razon H:M	1.39	2.5	5.1
Porcentaje hombres	58.1	71.45	83.36
Porcentaje HSH confirmado	NA	NA	40.63

Datos RedAlerta. Elaboración propia. (NA: No aplicable).

Figura 2
Comparación de la distribución de los casos de hepatitis A en Andalucía en los periodos 2008-2009, 2016-2017 y el periodo entre dichos años.



Periodo epidémico 2016-2017: Desde Junio de 2016 hasta mayo de 2017 (periodo de análisis semana 22-2016 a semana 18-2017), se observó un nuevo aumento del número de casos de hepatitis A, con 1.184 casos declarados en Andalucía. Los adultos jóvenes (20 a 49 años) supusieron el 82,85% de los casos. El 83,36% de todos los casos fueron hombres. La razón hombre-mujer fue de 5.1. En un 40,63% de los hombres se confirmó que tuvieron prácticas sexuales de riesgo (tabla 1).

Periodo interepidémico: Si no se tiene en cuenta los casos notificados en los años 2008, 2009, 2016 y 2017 por sospecha de epidemiología diferente, en el periodo interepidémico se declararon en Andalucía 1.198; una media de 171 casos por año. El 38,48% de los casos fueron menores de 14 años. Los hombres fueron el 58,1% de los casos, y las mujeres el 41,9%. La razón hombre-mujer fue de 1,39 (tabla 1). En la figura 2 se muestra la comparación de la distribución de los casos de la hepatitis A en Andalucía en los periodos 2008-2009, 2016-2017 y el periodo entre dichos años.

DISCUSIÓN

Entre la semana 1 de 2007 y la 22 de 2017 se detectaron 2 brotes de la enfermedad en el colectivo HSH, uno en 2008-2009 y otro iniciado en 2016-2017. Igualmente aparece un aumento de la incidencia de la enfermedad en otros países de la Unión Europea^(1,3,8,9) donde también se han declarado brotes en HSH en dichos años. Este dato subraya la importancia de las conexiones entre HSH en Europa, y la necesidad de reforzar las medidas de protección en este grupo.

Se han llevado a cabo numerosas medidas de salud pública, como la vacunación preexposición en HSH o el fomento de métodos de barrera para las prácticas sexuales orales⁽¹⁵⁾. A pesar de ello, los brotes siguen apareciendo, por lo que las coberturas vacunales necesarias para controlar los brotes no se están alcanzando y debemos fomentar políticas que las aumenten⁽⁹⁾.

Este estudio revela que con la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias, el patrón epidemiológico clásico de la hepatitis A se ha modificado. No hay contacto con el virus durante la infancia, por lo que la población llega a edad adulta sin inmunidad^(2,16) lo que facilita la transmisión en los brotes⁽¹⁶⁾, siendo estas personas expuestas susceptibles de padecer una enfermedad con mayor sintomatología y gravedad.

Una efectiva y rápida monitorización de los casos de enfermedad es crítica para la detección de brotes y nuevos factores de riesgo para las enfermedades infecciosas⁽⁷⁾. Además, es de vital importancia indagar sobre conductas de riesgo sexuales. En Andalucía desde junio de 2016 (inicio del último brote) se han introducido referencias a dichas prácticas en los cuestionarios epidemiológicos realizados a los casos de enfermedad, pero esto no ha sido realizado aún en todos los países de la UE⁽⁹⁾.

Este estudio presenta una serie de limitaciones. Al recoger los datos de un sistema de vigilancia, los resultados pueden estar afectados por una infradeclaración. Los hábitos sexuales son referidos por el propio caso, por lo que puede existir infradentificación de las conductas de riesgo. Dichas conductas de riesgo se introdujeron en el cuestionario a partir de junio de 2016, por lo que no se pueden analizar ni comparar con los periodos anteriores. Además, este último brote sigue activo por lo que para este periodo hemos tenido que analizar los datos produciendo un corte en la semana 22 de 2017.

Como conclusión indicar que la incidencia de la hepatitis A en Andalucía en los últimos 10 años se ha mantenido constante salvo por la aparición de dos picos de incidencia, uno en los años 2008-2009 y otro en 2016 que continúa en la actualidad. En estos dos PE, la enfermedad afecta fundamentalmente a hombres adultos jóvenes, con un mecanismo de transmisión sexual implicado, aunque este mecanismo no se ha podido confirmar en todos los casos. Estos datos son comparables con los publicados en otros estudios que describen brotes de hepatitis A en HSH en Europa^(1,8,9,10).

Tanto el PE 2008-2009 como el PE 2016-2017 presentan el mismo patrón epidemiológico, con una diferencia en el tiempo de unos 7-8 años. Los niños no tienen contacto con el virus en la infancia y llegan a edad adulta como susceptibles. Este dato, junto con la existencia de una población endémica entre los HSH infectada con hepatitis A que mantenga la circulación del virus ⁽¹⁰⁾ nos debe hacer pensar que los brotes de hepatitis A pueden seguir ocurriendo de forma periódica, cuando la bolsa de susceptibles alcance un tamaño suficiente como para producir una rápida difusión del virus.

La estrategia de vacunación a personas de riesgo puede ser suficiente para el control de un brote puntual (junto con medidas higiénico-sanitarias adecuadas), pero sin embargo es insuficiente para el control de la enfermedad a largo plazo y para prevenir la aparición de nuevos brotes. Debemos plantearnos nuevas estrategias, como establecer la vacunación sistemática.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales del sistema público de salud de Andalucía que colaboran con el Sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía (SVEA).

BIBLIOGRAFÍA

1. ECDC. RAPID RISK ASSESSMENT Hepatitis A outbreaks in the EU / EEA mostly affecting men who have sex with men Conclusions and options for response. 2016;(December):1-6.
2. Sfetcu O, Irvine N, Ngui SL, Emerson C, McCaughey C, Donaghy P. Hepatitis A outbreak predominantly affecting men who have sex with men in Northern Ireland . October 2008 to July 2009. 2011;(October 2008):1-6.
3. Y Gozlan, I Bar-Or, A Rakovsky, M Savion, Z Amitai et al. Ongoing hepatitis A among men who have sex with men (MSM)linked to outbreaks in Europe in Tel Aviv area, Israel, December 2016-June 2017. Eurosurveillance. 2017;22(29).
4. Gossner CM, Severi E, Danielsson N, Hutin Y, Coumbier D. Changing hepatitis A epidemiology in the European Union: new challenges and opportunities. Euro Surveill Bull Eur sur les Mal Transm = Eur Commun Dis Bull. 2015;20(16).
5. Koff RS. Hepatitis A. Lancet. 1998;351:1643-9.
6. Sistema de Vigilancia Epidemiológica Andalucía. Protocolo de vigilancia y alerta de la Hepatitis A. 2012. p. 1-22.
7. Montaña-Remacha C, Ricotta L, Alfonsi V, Bella A, Tosti ME, Ciccaglione AR, et al. Hepatitis A outbreak in Italy , 2013 : a matched case – control study. Eurosurveillance [Internet]. 2013;19(37):1-7. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20906>.
8. Beebeejaun K, Degala S, Balogun K, Simms I, Woodhall SC, Heinsbroek E, et al. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. Euro Surveill. 2017;22(5):1-6.
9. Werber D, Michaelis K, Hausner M, Sissolak D, Wenzel J, Bitzegeio J, et al. Ongoing outbreaks of hepatitis A among men who have sex with men (MSM), Berlin , November 2016 to January 2017 – linked to other German cities and European countries. 2017;(January).
10. Tortajada C, de Olalla PG, Diez E, Pinto RM, Bosch A, Perez U, et al. Hepatitis a among men who have sex with men in Barcelona, 1989-2010: insufficient control and need for new approaches. BMC Infect Dis [Internet]. BioMed Central Ltd; 2012;12(1):11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3282664&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis A Vaccination of Men Who Have Sex With Men --1. Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis A Vaccination of Men Who Have Sex With Men -- Atlanta, Georgia, 1996-1997. MMWR [Internet]. 1998 [cited 2017 Aug 3];47:708-11. Available from: . MMWR [Internet]. 1998 [cited 2017 Aug 3];47:708-11. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00054610.htm>.
12. Hepatitis A | Comité Asesor de Vacunas [Internet]. [cited 2017 Aug 18]. Available from: <http://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/hepatitis-a>.
13. Limia Sánchez Silvia Rivera Ariza A, Técnica TRAGSATEC A, José Sierra Moros CCAES M, Vera Gil SSE I, Carmen Varela Martínez Rosa Cano Portero CNE M, Antonio Navarro Alonso Jaime Jesús Pérez Martín J, et al. RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A HEPATITIS A EN GRUPOS DE RIESGO Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones Abril 2017 Elaboración y revisión del documento. [cited 2017 Dec 8]; Available from: http://msssi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomend_HepatitisA.pdf.
14. Salud CISN de. PROBLEMAS DE SUMINISTRO

DE VACUNAS FRENTE A HEPATITIS A [Internet]. [cited 2017 Dec 8]. Available from: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Problemas_suministro_HepatitisA.pdf.

15. Sº Promocion Salud, Consejeria de Salud, Junta de Andalucía. Campaña específica de prevención de la infección por hepatitis a en colectivo hsh 1.-. (Anexo I).

16. Díaz Villaescusa MJ, Marqué S EA, Lica Gó Mez Martínez A, Ramos AM, Cebollada S, De La Cruz De Juliá N I, et al. Estudio de un brote poblacional de hepatitis A. Efectividad de la vacunación como medida de control Introducción. Gac Sanit [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 8];24:329–33. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv24n4/original9.pdf>.