



HEPATITIS A Y VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN (CIE 10: B15.0; B15.9; B19.0 Y B19.9) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-DICIEMBRE, 2014

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2014

Índice

- [Antecedentes Generales](#)
- [Situación epidemiológica](#)
- [Medidas de manejo, control y prevención](#)
- [Comentarios y conclusiones](#)

DEFINICIÓN DE CASO

Caso Sospechoso:

Caso compatible con la descripción clínica y/o con exámenes de laboratorio compatibles (pruebas de función hepática alteradas).

Caso Confirmado:

Sospechoso confirmado por laboratorio o por nexo epidemiológico, durante los 15 a 50 días precedentes a la aparición de los síntomas, con otra persona que tenga Hepatitis A o E confirmada por laboratorio.

MODALIDAD DE VIGILANCIA

Universal.

El médico tratante debe notificar cada caso con todos los datos contenidos en el Boletín ENO.

CRITERIOS DE LABORATORIO

Hepatitis A: Positivo para IgM anti VH-A

Hepatitis E: Positivo para IgM anti VH-E

Fuente: Circular B51/31 del 31/07/2006

Antecedentes generales

La hepatitis A es una infección hepática, causada por el virus de la hepatitis A (VHA). Puede causar morbilidad moderada a grave. Este patógeno se encuentra ampliamente distribuido en el mundo, aun cuando las tasas de incidencia varían notablemente en las distintas países, asociado al nivel de desarrollo y condiciones sanitarias de la población. Cada año, se registran aproximadamente 1,4 millones de casos de hepatitis A en todo el mundo.

El virus (VHA), puede persistir en el medio ambiente y resistir los procesos de producción de alimentos usados habitualmente para inactivar o controlar las bacterias patógenas. Este virus se transmite principalmente por la ingestión de alimentos o bebidas contaminados por las heces de una persona infectada. También se transmite persona a persona en ambientes donde la higiene no es adecuada.

Comúnmente, la infección, se asocia a la falta de agua potable, a un saneamiento básico deficiente y una mala higiene personal.

En los países desarrollados con baja endemia, la enfermedad se presenta principalmente en adolescentes y adultos con determinados factores de riesgo, como los mencionados más arriba en este informe. En los países en vías de desarrollo se presenta como una alta endemia, mayoritariamente antes de los 10 años¹. La situación epidemiológica de Chile es de una endemia intermedia, presentando diferencias a nivel regional.

Este es un informe descriptivo de los casos y muertes de Hepatitis A (CIE 10 B15.0 y B15.9) y Hepatitis viral sin especificar (B19.0 y B19.9) notificados en Chile. Para el análisis se agruparon las notificaciones de Hepatitis viral sin especificar con las de Hepatitis A, porque la mayoría de las notificaciones de Hepatitis A no tienen confirmación de laboratorio.

Para la preparación de este Informe, se utilizó la base de datos de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) y la de defunciones del Departamento Estadísticas de Salud (DEIS) y el análisis se realizó en el Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) utilizando la aplicación MS Excel.

¹Fuente: OMS

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/es/index.html>

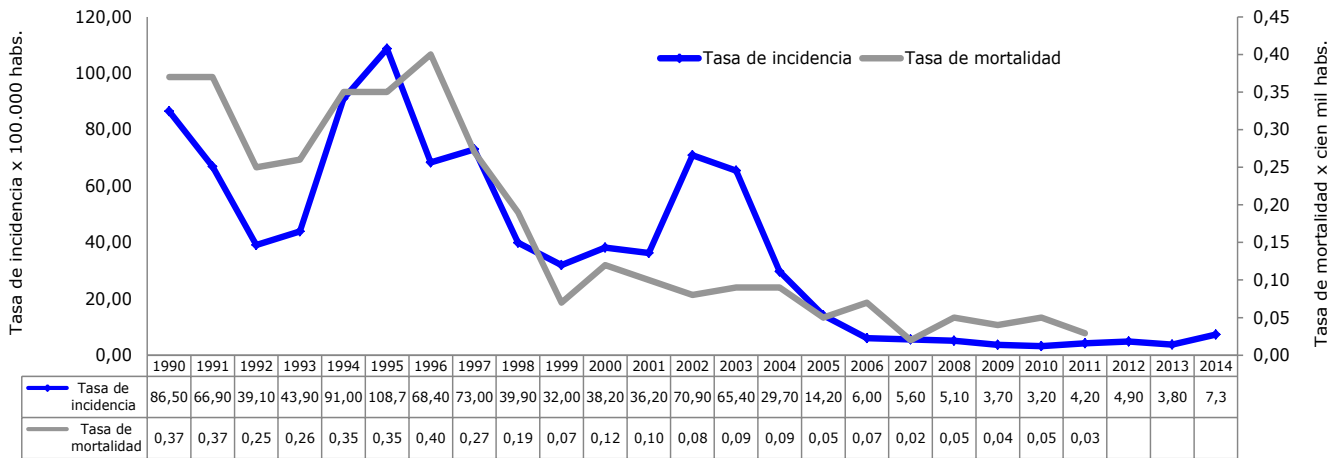
(accedido el 19/02/2013).

(*) Datos disponibles al 22/12/2014

Situación Epidemiológica

Tendencia: En Chile, en el período comprendido entre los años 1990 y 2013 se presentó una curva de transición de la hepatitis A, desde una alta endemia, con ciclos epidémicos cada 3 o 4 años, a una endemia intermedia con ciclos epidémicos más espaciados. El último ciclo, se presentó entre los años 2002 y 2003; con una menor magnitud que los ciclos previos.

Gráfico 1: Tasas de Incidencia y de Mortalidad por Hepatitis A y hepatitis viral sin especificación. Chile, 1990-2014



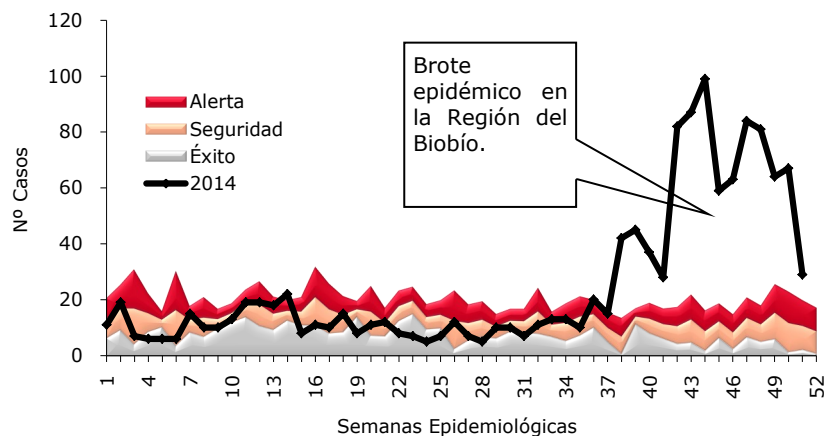
Año 2012, último año con datos de mortalidad disponibles
 Años 2012-2014, datos provisorios.
 Fuente: DEIS y Dpto. Epidemiología, DIPLAS/ Ministerio de Salud de Chile.

Entre el último ciclo epidémico y el año 2014, la menor tasa de incidencia se presentó el año 2010 y la mayor el año 2014. Esta última, duplicó la tasa del año anterior, a expensas de la Región del Biobío, que concentró 78% del total de casos notificados en el país; situación que se analizará más adelante en este informe. Respecto a la mortalidad, la tendencia en las tasas sigue un comportamiento similar a lo observado en las tasas de incidencia; con una clara tendencia a la disminución, desde 1997 en adelante. (gráfico 1).

Situación hasta la SE 53 de 2014

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 36, se observó que la curva endémica de Hepatitis A presentó una mayor permanencia entre los canales de éxito y de seguridad del canal endémico²; sin embargo desde la SE 37 en adelante se observa un aumento de casos muy por sobre el canal de alerta. El aumento se explica por la alta endemia observada en la Región del Biobío que entre las SE 37 y 53 concentró entre el 70 y 100% del total de casos notificados en el país (gráfico 2). Esta región, en el año 2012, ocupaba el octavo lugar entre las diez regiones con mayores incidencias del país; sin embargo en 2013, ocupó el tercer lugar y en 2014 el primero; superando al promedio nacional en más de 7 veces.

Gráfico 2: Canal endémico de Hepatitis A y viral sin especificación por semana epidemiológica. Chile, 2014 (datos provisorios, SE 1 a 53).

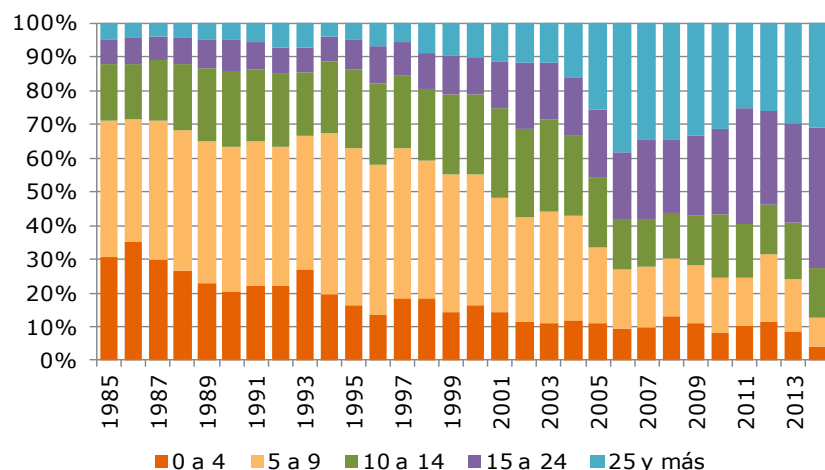


Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

² Metodología para la construcción de canales endémicos
<http://www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/subcomisiones/epi/corredor.pdf>

Características de los casos

Gráfico 3: Distribución porcentual de casos de Hepatitis A y hepatitis viral sin especificación, por grupo etario. Chile, 1985-2014 (**).



Diagnósticos utilizados por períodos: 1985-2001: todas las hepatitis agudas excepto B; 2002-2014: hepatitis A y hepatitis aguda viral sin especificación.

Años 2012-2014, datos provisorios

Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

En la última década el perfil de los casos de Hepatitis A en el país ha cambiado, evidenciando un desplazamiento de la enfermedad hacia edades mayores. Entre los años 1980 y 2000, los menores de 15 años, concentraban 80% del total de casos notificados; posteriormente y de manera progresiva, el aporte porcentual de este grupo etario fue disminuyendo alcanzando cifras cercanas a 40%, hasta llegar a 27% en 2014 (gráfico 3).

Este cambio, se observa en la mayoría de las regiones del país y se explica por una exposición de la población más tardía al virus, debido en parte a la creación en 1990 de la Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS)³ y la continua mejora en las coberturas de agua potable, de alcantarillado y de tratamiento de aguas servidas.

Tabla 1 Tasas específicas de Hepatitis A (*) por 100.000 hab. y grupo etario. Chile, 1990-2000

Grupo etario	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
0-4	158,3	132,1	77,8	109,8	165,9	166,1	89,9	133,4	75,2	50,5	70,4
5-9	368,2	280,0	155,2	171,6	418,5	488,7	292,7	314,5	157,9	132,7	147,2
10-14	219,9	154,6	91,7	89,7	207,8	265,3	171,0	161,7	85,5	78,9	91,8
15-24	43,9	30,2	16,8	18,8	38,1	58,8	44,9	41,6	24,5	22,0	25,3
25 y más	7,8	6,8	5,2	5,9	6,9	9,0	8,2	7,4	6,1	5,5	6,6
Total	86,5	66,9	39,0	43,9	91,0	108,7	68,4	73,0	39,9	32,0	38,2

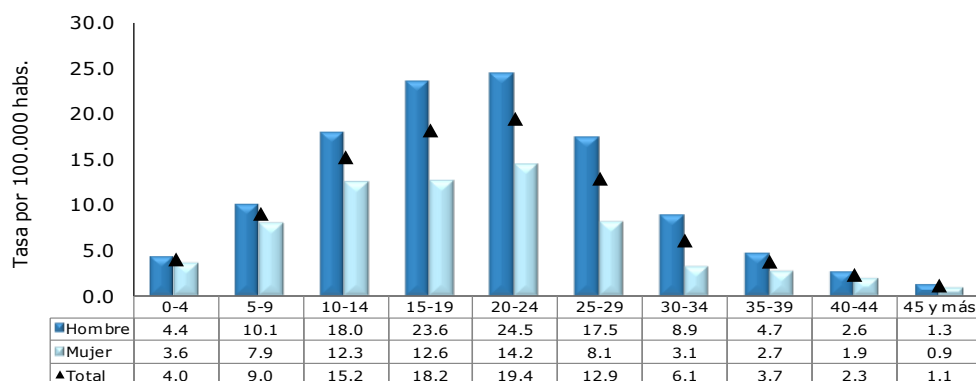
Tabla 2 Tasas específicas de Hepatitis A (*) por 100.000 hab. y grupo etario. Chile, 2001-2014

Grupo etario	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0-4	57,6	96,7	89,7	44,7	19,9	7,3	7,2	8,8	5,5	3,6	5,8	6,9	4,5	4,0
5-9	120,7	239,0	251,0	109,3	38,8	13,4	13,0	11,6	8,7	7,3	8,1	12,5	8,0	9,0
10-14	94,6	192,3	194,3	76,0	31,2	10,0	8,9	8,0	6,8	7,8	8,7	8,7	8,6	15,2
15-24	28,9	82,5	67,0	30,7	16,2	7,0	7,8	6,3	5,0	4,7	8,3	7,4	6,7	18,8
25 y más	6,6	14,3	13,5	8,3	6,2	3,9	3,2	3,0	2,1	1,7	1,7	1,9	1,8	3,6
Total	36,2	70,9	65,4	29,7	14,2	6,0	5,6	5,1	3,7	3,2	4,2	4,9	3,8	7,3

(*) incluye la Hepatitis viral sin especificación

³ "La SISS debe fiscalizar el cumplimiento por parte de las empresas sanitarias de las normas referidas a las condiciones de prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado y el tratamiento de las aguas servidas, así como la correcta aplicación de las tarifas correspondientes, el cumplimiento de los planes de inversión y el respeto a los derechos de los usuarios." Fuente: <http://www.siss.gob.cl/577/w3-propertyvalue-3503.html>

Gráfico 4: Tasas de incidencia específicas de Hepatitis A y viral sin especificación, según sexo y grupo de edad. Chile, 2014 (SE 1 a 53, datos provisorios).



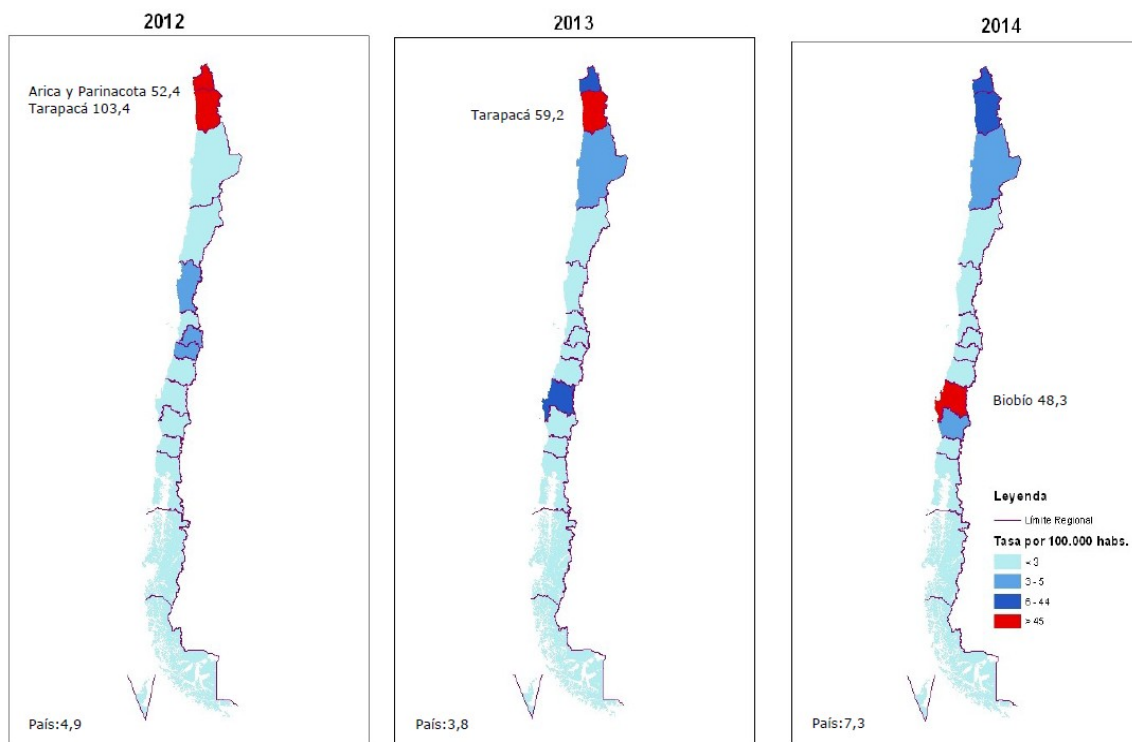
Con relación a la distribución por sexo, en los últimos 7 años, los hombres representaron entre 53 y 64% del total de casos notificados, siendo el año con mayor representatividad 2014; año en el que los hombres presentaron riesgos más altos que las mujeres, en todos los grupos de edad (gráfico 4).

Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

Análisis espacial

Al desagregar los datos por componente geográfico, se evidencian claras diferencias en el país, tanto en los riesgos de cada región como al interior de las mismas. El mapa 1 representa las tasas de incidencia por 100.000 hab. de Hepatitis A del último trienio. En cada año, entre 67 y 73% del total de las regiones presentaron tasas inferiores a 3 por cien mil hab.; es decir, menor que la tasa nacional. Sin embargo, en el mismo periodo, destacaron tres regiones por presentar riesgos muy por sobre el resto del país. El año 2012, Tarapacá presentó una tasa que superó a la tasa nacional en 21 veces; el año 2013, la misma región, la superó en 16 veces y finalmente, el año 2014, Biobío ocupó el primer lugar con el riesgo más alto, 7 veces mayor al nacional.

Figura 1: Tasas de incidencia de Hepatitis A, por año y región de ocurrencia. Chile, 2012-2014 (datos provisorios)



[Volver al índice](#)



Tabla 1

Casos y tasas de Hepatitis A y viral sin especificación, por región de ocurrencia. Chile 2013-2014

Región	Año 2014 (*)		Mediana de casos acumulada, años 2009-2013	Año 2013 (*)	
	Casos acumulados semanas 1 a 53	Tasa de incidencia (**) acumulada		Total Casos anuales	Tasa de incidencia (**) anual
Arica y Parinacota	12	6.7	22	49	27.3
Tarapacá	44	12.8	72	199	59.2
Antofagasta	28	4.7	10	18	3.0
Atacama	2	0.7	5	7	2.4
Coquimbo	12	1.6	19	10	1.3
Valparaíso	6	0.3	19	52	2.9
Metropolitana	101	1.4	156	76	1.1
O'Higgins	10	1.1	7	6	0.7
Maule	11	1.1	10	15	1.5
Biobío	1007	48.3	34	189	9.1
Araucanía	46	4.6	15	20	2.0
Los Ríos	1	0.3	1	1	0.3
Los Lagos	6	0.7	1	9	1.0
Aisén	0	0.0	2	0	0.0
Magallanes	2	1.2	2	1	0.6
Total País	1288	7.3	626	652	3.8

(*) datos provisorios

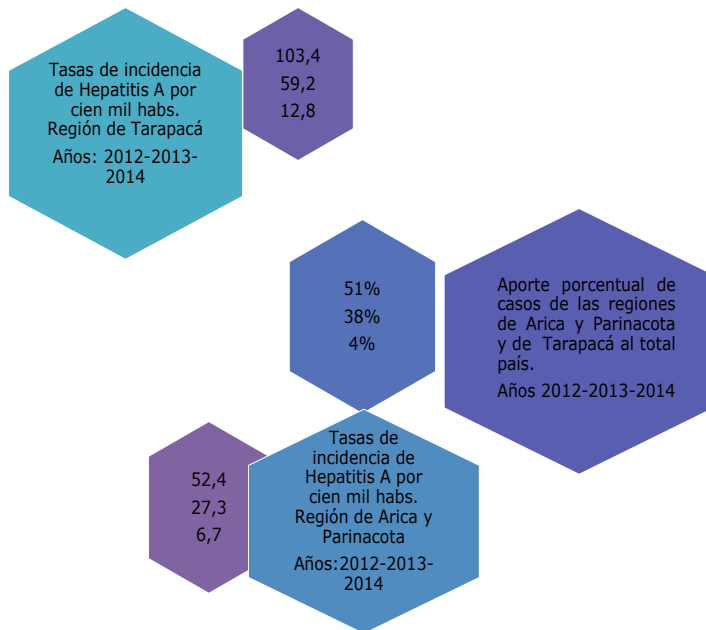
(**) por cien mil hab.

Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

Análisis regional.

La alta epidemia observada en los años 2011 y 2012 en las regiones de Arica y Parinacota y de Tarapacá, incentivó a estas regiones a preparar un plan de abordaje integral para enfrentarla. El plan, se implementó desde abril de 2013 e incorporó los siguientes componentes: Educación Social y Comunicación en Salud, Vigilancia epidemiológica, Vigilancia ambiental, Prevención y contención de la ocurrencia de casos y brotes de Hepatitis A, Fiscalización con enfoque de riesgo y Promoción de estilos de vida y hábitos saludables. Este plan incluyó, como medida de control del brote la aplicación de una dosis de vacuna antihepatitis A en el grupo etario entre 18 meses y 6 años de edad en la etapa inicial (2013-2014); para continuar hasta el año 2016 con una dosis sólo a los lactantes de 18 meses. Se espera que el año 2007 se realice una evaluación de la estrategia vacunal para considerar su término o continuidad. Algunos de los resultados preliminares del plan se grafican en la figura 2 donde se destaca: la franca disminución de las tasas de incidencia a la mitad entre 2012 y 2013 y en 4 y 5 veces entre 2013 y 2014 Arica y Parinacota y Tarapacá respectivamente. Es destacable también el peso porcentual de ambas regiones al total de casos del país que disminuyó de 51% a 4% entre 2012 y 2014.

Figura 2



Como ya se mencionó, al analizar los datos desagregados a nivel regional, existen diferentes riesgos de adquirir esta enfermedad, siendo en 2014 sólo las regiones de Tarapacá y del Biobío las que superaron la tasa nacional.

Respecto al año 2013, el año 2014 se notificó el doble de casos, a expensas de la Región del Biobío que representó 78% del total nacional. También el año 2014, destacaron las regiones de Antofagasta, del L. B. O' Higgins, del Maule, del Biobío, de la Araucanía y de Los Lagos porque el número de casos notificados, superó al número de casos esperados de acuerdo a la mediana del quinquenio anterior, situación que si no se modifica a través del reforzamiento de las medidas de prevención y control, podría conducir a un aumento inesperado de la epidemia.

Esta estrategia, representa una innovación en las políticas públicas del país, con enfoque regional de riesgo.

A inicios del mes de diciembre del año 2014, considerando la situación de alta epidemia de algunas comunas de la región del Biobío, se implementó una estrategia de vacunación gradual de las comunas más afectadas, inmunizando en "catch up" a la población que cumplió 18 meses a 6 años de edad entre el 01/12/2014 y hasta al 30/06/2015. Posteriormente y por un período de 3 años se inmunizarán a los niños de 18 meses de edad.

[Volver al índice](#)



Medidas de Manejo, Control y Prevención: están descritas en la [Circular B51/31 del 31/07/2006](#)

Cabe recordar que el virus de la hepatitis A se transmite por la ingestión de alimentos o bebidas contaminados con heces de una persona infectada o por contacto directo con las heces de una persona infectada; por esa razón, en todas las regiones de mayor incidencia, los equipos de salud realizan esfuerzos para educar a la población sobre las medidas de higiene y saneamiento.

Ya se mencionó, como medidas especiales con enfoque regional, a las implementadas y en curso en las regiones de Arica y Parinacota, de Tarapacá y del Biobío.

Comentarios y conclusiones:

El último ciclo epidémico a nivel nacional, se presentó en los años 2002-2003 (tasas de 70 y 65 por cien mil hab.). Desde entonces, se mantiene una tendencia al descenso, con tasas que no superaron a 5 por cien mil hab. el último quinquenio. No obstante, en los años 2013 y 2014, las regiones de Arica-Parinacota, de Tarapacá y del Biobío presentaron un perfil diferente con tasas de incidencia muy por sobre las del resto del país; situación que requirió un abordaje regional.

A diferencia de lo observado el año 2013, el año 2014 hubo un desplazamiento de los riesgos hacia edades mayores, siendo los adolescentes y adultos jóvenes lo más afectados.

Los hombres, concentraron la mayor cantidad de casos (64%) y los riesgos más altos de contraer la enfermedad en todos los grupos etarios.

En orden decreciente, los riesgos mayores de contraer la enfermedad se presentaron las regiones del Biobío, de Tarapacá y de Arica y Parinacota. En el resto del país, el riesgo de contraer esta enfermedad es bajo; sin embargo, para que esta situación se mantenga, es necesario no descuidar el saneamiento ambiental, el acceso a agua potable, las adecuadas medidas de higiene personal y un buen manejo y control de brotes.

Nota: La información correspondiente a los años 2012 a 2014, podría ser modificada, debido al proceso de revisión y validación de las notificaciones. Por esta razón, la información aquí presentada podría ser diferente, respecto a la previamente informada.