



## HEPATITIS A Y HEPATITIS VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN (CIE 10: B15.0; B15.9; B19.0 Y B19.9) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-MARZO, 2015

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 13 de 2015

### 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 años<sup>1</sup>. La situación epidemiológica de Chile es de baja endemia; sin embargo, en algunas regiones se presenta endemia intermedia.

Este documento es un informe descriptivo de los casos y muertes de Hepatitis A (CIE 10 B15.0 y B15.9) y Hepatitis viral sin otra especificación (CIE 10 B19.0 y B19.9) notificados en Chile. La agrupación se realizó porque la mayoría de las notificaciones de Hepatitis A no tienen confirmación de laboratorio, por lo cual los notificadores la reportan tanto como A o como viral sin especificar.

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). El análisis se realizó en el Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) utilizando la aplicación MS Excel y el software SPSS. Para el cálculo de las tasas de los años 2014 y 2015, se usaron las nuevas [proyecciones INE 2013-2020](#).

<sup>1</sup>Fuente: OMS

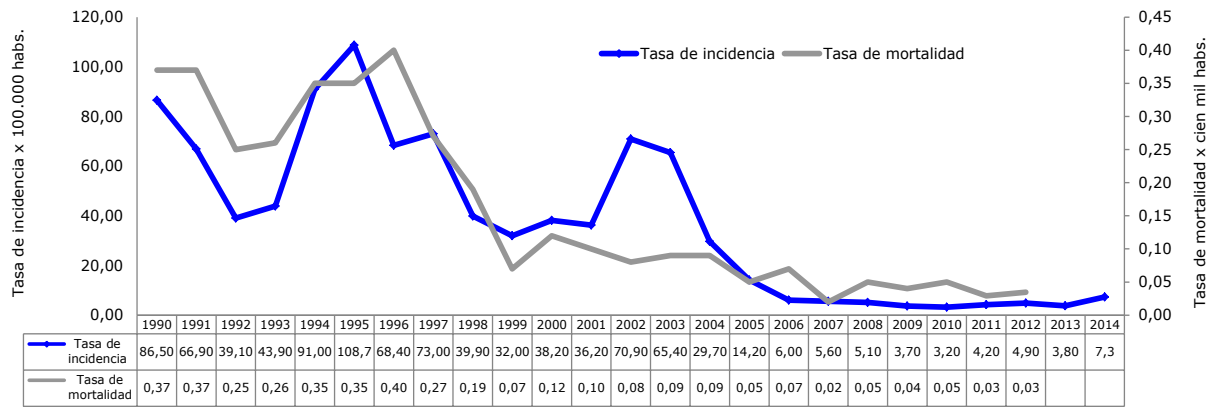
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/es/index.html>  
(accedido el 19/02/2013).

(\*) 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



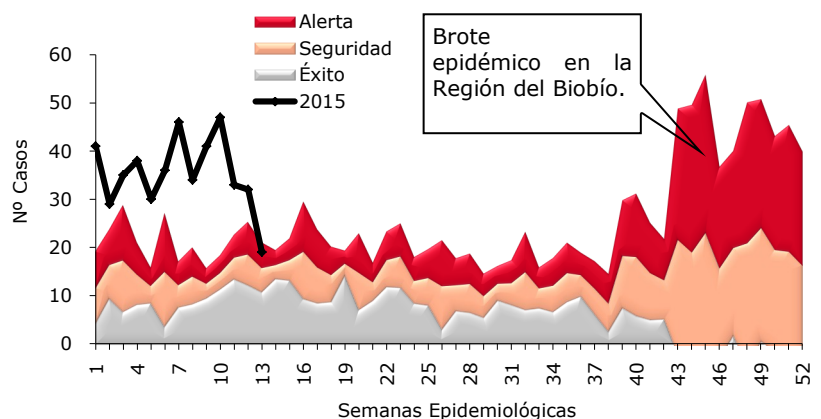
Año 2012, último año con datos de mortalidad disponibles  
 Años 2012-2014, datos provisorios.  
 Fuente: DEIS y Dpto. Epidemiología, DIPLAS/ Ministerio de Salud de Chile.

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 semana epidemiológica (SE) 13 de 2015

Entre las SE 1 a 13, se observó que la curva de casos del año 2015, presentó una mayor permanencia sobre el canal de alerta del canal endémico<sup>2</sup> (gráfico 2); situación observada también hacia fines de 2014 y que se explica por el peso porcentual de la región del Biobío, que en el período analizado aportó entre 64 y 89% del número total de casos notificados. Esta región, el año 2012, ocupó el octavo lugar entre las diez regiones con mayores incidencias del país; sin embargo en 2013, subió al tercer lugar y en 2014 y lo que va de 2015 el primero. Debido a esta situación, se han implementado y se encuentran actualmente en curso diversas estrategias que tienen como objetivos disminuir la circulación del virus en el ambiente y que la población adopte comportamientos que la conduzcan al consumo seguro de agua y alimentos. Entre las estrategias, se encuentra la vacunación a la población menor de 6 años de edad, residente en las comunas de más alta incidencia.

Gráfico 2: Canal endémico de hepatitis A y hepatitis viral sin especificación, por semana epidemiológica. Chile, 2015 (datos provisorios, SE 1 a 13).



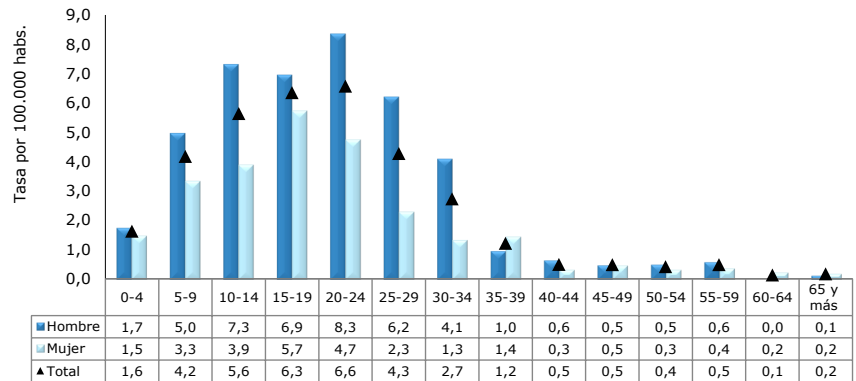
Fuente: Base de datos Filemaker. Dpto. Epidemiología; DIPLAS-MINSAL, Chile.

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

**Características de los casos**

Durante el primer trimestre de 2015, en la mayoría de los grupos etarios, los hombres presentan riesgos más altos que las mujeres de adquirir la enfermedad y concentraron 63% del total de casos. Respecto a los grupos más afectados, se mantiene a nivel nacional el perfil observado en las últimas décadas. En el período analizado, las tasas de incidencias más altas, en orden decreciente, ocurrieron entre los adultos jóvenes entre 20 y 24 años de edad; 15 a 19 y niños entre 10 y 14 años (gráfico 3).

**Gráfico 3: tasas específicas por sexo y edad de hepatitis A y hepatitis viral sin especificación. Chile, 2015 (datos provisorios SE 1 a 13)**

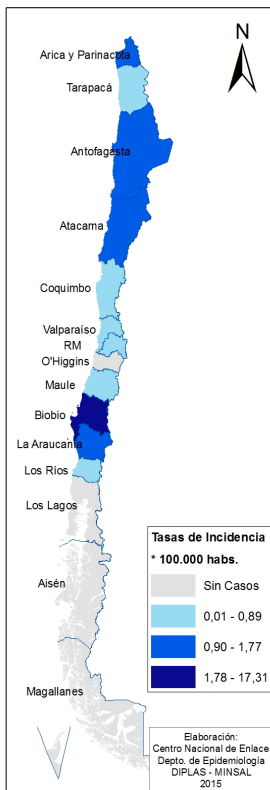


Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS-MINSAL, Chile.

**Análisis regional**

Figura 1

Tasas incidencia acumulada Hepatitis A y viral sin especificación, por región de ocurrencia. SE 1 a 13, año 2015.



A nivel país, se observan grandes diferencias en el riesgo acumulado de cada región (tabla 1 y figura 1), identificándose al menos tres grupos: regiones sin reporte de casos (n=4); regiones con tasas entre 0,1 y 0,9 por cien mil hab. (n= 6) y regiones con riesgos entre 1,2 y 1,8 por cien mil hab. (n=4).

Tabla 1

Casos y tasas de Hepatitis A y viral sin especificación, por región de ocurrencia. Chile 2014-2015

Región	Año 2015 (*)		Mediana de casos acumulada, hasta la SE 13. Años 2010-2015	Año 2014 (*)	
	Casos acumulados, semanas 01 a 13	Tasa de incidencia acumulada(**)		Total casos anuales	Tasa de incidencia anual (**)
Arica y Parinacota	3	1,3	12	13	5,5
Tarapacá	3	0,9	26	37	11,3
Antofagasta	11	1,8	2	36	5,9
Atacama	5	1,6	4	3	1,0
Coquimbo	1	0,1	4	12	1,6
Valparaíso	3	0,2	4	6	0,3
Metropolitana	46	0,6	55	104	1,4
O'Higgins	0	0,0	3	10	1,1
Maule	9	0,9	3	12	1,2
Biobío	366	17,3	11	1044	49,7
Araucanía	12	1,2	4	46	4,7
Los Ríos	2	0,5	0	1	0,2
Los Lagos	0	0,0	1	8	1,0
Aisén	0	0,0	0	0	0,0
Magallanes	0	0,0	0	2	1,2
<b>Total País</b>	<b>461</b>	<b>2,6</b>	<b>168</b>	<b>1334</b>	<b>7,5</b>

(\*) Datos provisorios, en espera de proceso de validación de datos.

(\*\*) por cien mil hab. y corregida usando la nueva proyección de población del INE.

Se destaca en color rojo cuando el número de casos sobrepasa lo esperado, de acuerdo a la mediana del quinquenio 2010-2014.

Mención aparte merece la región del Biobío porque presenta un riesgo acumulado 10 veces mayor que el de Antofagasta (17,3 versus 1,8). Esta situación, ha generado un abordaje integral del problema; el que incluye una campaña de vacunación dirigida al grupo etario entre 18 meses y 6 años de edad en las comunas con mayor incidencia, que se inició el 15/12/2014 en Coronel y Tomé; desde el 07/01/2015 se extendió a Concepción, San Pedro de la Paz, Talcahuano y Penco. Un enfrentamiento similar se realizó en las regiones de Arica-Parinacota y de Tarapacá, demostrando un exitoso descenso de la incidencia.

Se espera el mismo logro a mediano plazo en la región del Biobío. En la investigación epidemiológica desarrollada en las tres regiones, se ha encontrado como factor de riesgo común el consumo de alimentos en la vía pública. Si a eso consumo, se agrega la descuidada higiene personal de algunos manipuladores de alimentos; una desprolija preparación de la comida y la presencia de vectores, el riesgo de que los alimentos hayan perdido su inocuidad aumenta.

[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 mantuvo una tendencia al descenso, con tasas que no superaban a 5 por cien mil hab. 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 y que, el año 2014 elevó la tasa del país a 7,5 por cien mil hab.

Durante el primer trimestre de 2015, en la mayoría de los grupos etarios, los hombres presentan riesgos más altos que las mujeres.

Los grupos más afectados, corresponden a adultos jóvenes y niños.

La región del Biobío aporta la mayor cantidad de casos concentrando 79% del total acumulado en el país, con una tasa de incidencia acumulada que supera en 6,7 veces a la nacional. Le siguen en orden decreciente las regiones de Antofagasta y de Atacama (con 11 y 5 casos notificados) con un riesgo inferior en 10 y 11 veces respectivamente.

Para mantener bajo el riesgo de contraer hepatitis A y hepatitis E, es necesario disminuir la circulación del virus en el ambiente y que la población adopte comportamientos que la conduzcan al consumo seguro de agua y alimentos.

*Nota: La información correspondiente a los años 2013 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.*