



## HEPATITIS B (CIE 10: B16; B18.0-B18.1) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-DICIEMBRE, 2014

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2014

### Índice

- [Antecedentes Generales](#)
- [Situación epidemiológica](#)
- [Determinantes Sociales de la Salud \(DSS\)](#)
- [Medidas de manejo y control](#)
- [Comentarios y conclusiones](#)

### DEFINICIÓN DE CASO

#### Caso Sospechoso:

Caso compatible con la descripción clínica y que presenta niveles elevados de transaminasas sin evidencia de padecer otra enfermedad hepática y antecedentes compatibles con transmisión de esta enfermedad.

#### Caso Confirmado:

Un caso sospechoso confirmado por el laboratorio de referencia nacional (ISP) (serología o histopatología compatible).

#### MODALIDAD DE VIGILANCIA

Universal, diaria.

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

#### CRITERIOS DE LABORATORIO

Antígeno de superficie de hepatitis B positivo: HbsAg (+).

Anticuerpo anti core IgM positivo: Anti Hbc IgM (+).

Anticuerpo anti antígeno de superficie: Anti HBs .

### Antecedentes generales

La hepatitis B, es una enfermedad viral, inmunoprevenible, endémica en el mundo caracterizada por una amplia variación de las tasas de infección, que oscilan entre 0,1% a 20%, presentando pocas variaciones estacionales.<sup>1</sup>

La hepatitis B es producida por un virus de ADN, cuyo único reservorio son los seres humanos. Puede transmitirse por vía parenteral, sexual, perinatal y horizontal a través del contacto de las mucosas con fluidos corporales infectantes<sup>3</sup>. En la mayoría de las ocasiones, la infección es asintomática y en algunos casos puede ser causa de cirrosis hepática y cáncer de hígado.

Se estima que en el mundo hay más de 2.000 millones de personas infectadas por el virus de la hepatitis B (VHB), de las cuales 400 millones presentan una infección crónica. El VHB, actualmente es la causa más importante de enfermedades hepáticas, produciendo anualmente alrededor de un millón de muertes en el mundo por cirrosis o cáncer hepático.<sup>2</sup>

En Chile, se presenta como una enfermedad de endemia baja, afectando al 0,15% de la población, según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2009-2010)<sup>4</sup>

En 1991, la OMS recomendó la inclusión de la vacuna frente al VHB en todos los programas de inmunización. En Chile, en 1990, se inició la vacunación al personal de salud y a partir de abril de 2005 se incluyó la vacuna anti hepatitis B en el Programa Nacional de Inmunizaciones.<sup>5</sup>

La hepatitis B es de vigilancia universal según el DS N° 158/2004. El médico tratante debe notificar según se establece en la definición de caso todos los casos confirmados por el Instituto de Salud Pública (ISP). A partir del año 2012, las confirmaciones de laboratorio para hepatitis B realizadas en el ISP, se encuentran exentas de pago, medida que ha permitido fortalecer la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad.

Para realizar el presente informe se utilizó la información de las bases ENO, las estadísticas vitales del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), utilizando los códigos CIE 10: B16; B18.0-B18.1.

<sup>1</sup> Ministerio de Salud. Circular B51/16 Vigilancia epidemiológica de la hepatitis B y hepatitis C, 2009.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud. Guía Clínica Manejo de la infección por virus de hepatitis B . Stgo, 2010.

<sup>3</sup> Weekly epidemiological record No. 40, 2009, 84, 405-420

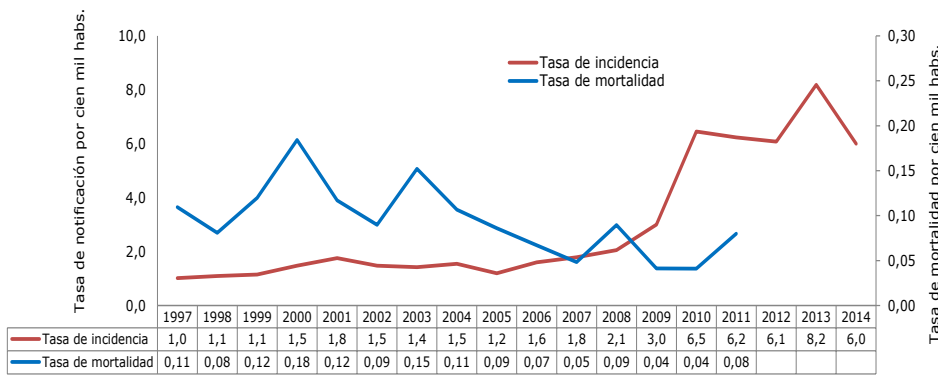
<sup>4</sup> Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile 2009-2010.

<sup>5</sup> Ministerio de Salud. "Orientaciones para los procesos claves en las enfermedades transmisibles por sangre: infección por virus hepatitis b, hepatitis c, HTLV i, enfermedad de chagas y sífilis"

[Volver al Índice](#)

## Situación Epidemiológica

Gráfico 1: Tasas de notificación y de mortalidad de hepatitis B. Chile 1997-2014



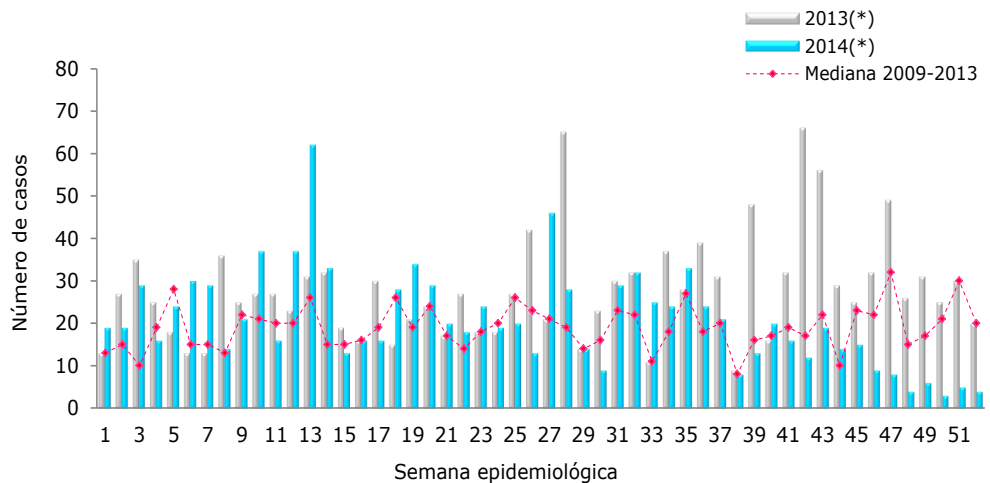
2011, último año con datos de mortalidad disponibles  
 2012-2014 Datos provisorios  
 Fuente: DEIS y Dpto. Epidemiología, DIPLAS/ Ministerio de Salud de Chile.

Entre los años 1997 y 2005 la tasa de hepatitis B se mantuvo relativamente estable. A partir del año 2006, se observa una tendencia sostenida al alza en las tasas de notificación, especialmente marcada entre los años 2009 y 2010, para luego mostrar una estabilización en los años 2011 y 2012 y volver a subir el año 2013 hasta una tasa de 8,2 por cien mil hab. y bajar a 6,0 por cien mil hab. en 2014. El aumento de notificaciones se debe principalmente al refuerzo de la vigilancia epidemiológica de hepatitis B y C, a la búsqueda retrospectiva y notificación activa de casos y al cambio de la normativa de vigilancia de esta enfermedad en 2009, año en que los casos

fueron confirmados por el ISP. Cabe destacar que desde el año 2010 en adelante, las SEREMI trabajan en forma coordinada con los Servicios de Salud para lograr la notificación de todos los casos confirmados por el ISP. La tasa de mortalidad por hepatitis B presenta un curso oscilante entre 0,04 y 0,18 muertes por cien mil hab. en el periodo 1997-2011. Durante los años 2009 y 2010, se presenta la tasa de mortalidad más baja del periodo (0,04 por cien mil hab.), comportamiento que no coincidió con el aumento en la tasa de notificación para estos mismos años, hecho que apoya la hipótesis que el alza de las notificaciones presentada desde el 2009 fue debido probablemente a la notificación retroactiva de casos y no a un aumento brusco en la incidencia de la enfermedad (gráfico 1).

Gráfico 2: Casos semanales de hepatitis B. Chile 2013-2014 (\*)

Hasta la semana epidemiológica (SE) 53 de 2014, se han notificado 1.078 casos de hepatitis B, alcanzando una tasa de incidencia de 6,0 por cien mil hab. Este número de casos, es inferior en 25% a lo registrado en igual periodo del año 2013 (n=1.444), pero dentro de lo esperado según la mediana del quinquenio anterior (n=1075).

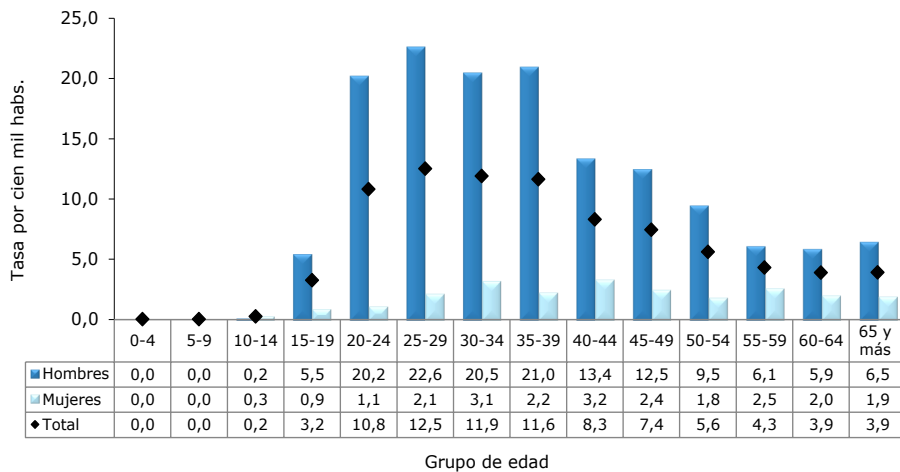


(\*) datos provisorios  
 Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

En general, el número de casos notificados semanalmente se encuentra sobre la mediana de casos esperados (gráfico 2), similar a lo ocurrido en el año 2013, donde la mayor parte del año se sobrepasó a la mediana.

[Volver al Índice](#)

Gráfico 3: Tasas de notificación de hepatitis B, según sexo y grupo de edad. Chile, 2014 (datos provisorios SE 1 a 53)



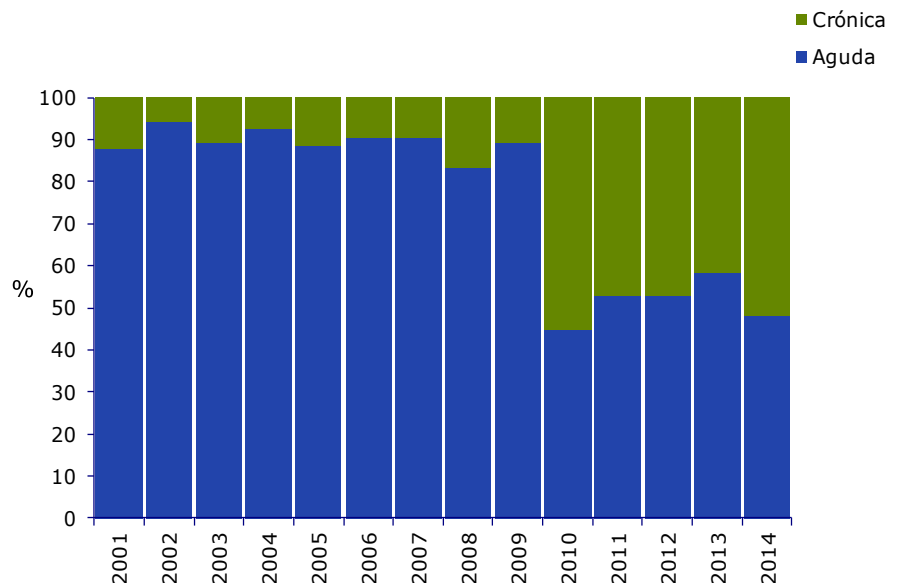
Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

Por edad, el grupo de 20 a 39 años, concentra 58% del total de casos, mostrando tasas que oscilan entre 10,8 y 12,5 por cien mil hab. En el periodo de estudio, no se notificaron casos en menores de 8 años, situación que se explica por el Programa de vacunación anti-hepatitis B iniciado en el país el año 2005.

Los hombres representan 86% del total de casos, (6,2 hombres por cada mujer) superando ampliamente a las mujeres en todos los grupos de edad, mostrando el mayor riesgo entre los 20 a 39 años. A partir de los 40 años las tasas comienzan una disminución paulatina hasta los 64 años. Las mujeres por su parte, muestran su mayor riesgo entre los 40 a 44 años (gráfico 3).

Gráfico 4: Distribución porcentual de casos de hepatitis B aguda y crónica. Chile 2001-2014 (\*)

En relación a la clasificación del tipo de hepatitis, hasta el año 2007 alrededor del 90% de los casos fueron notificados como hepatitis aguda, situación que se modifica a partir de 2010, mostrando el año 2013 ambas formas clínicas porcentajes similares, con 58% para hepatitis aguda y 42% para hepatitis crónica (gráfico 4). Hasta la SE 53 del año 2014, el 48 % se notifica en etapa aguda y el 52% en etapa crónica. Es relevante considerar que el año 2010 se inició la notificación retroactiva de casos correspondientes a donantes pesquisados por los bancos de sangre y la mayoría de éstos, se clasifican principalmente en estados crónicos de la enfermedad.



(\*\*) Años 2012 - 2014 datos provisorios

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

Figura 1

Tasas\* de notificación hepatitis B según región de ocurrencia. Chile, SE 1 a 52, año 2014 (&).

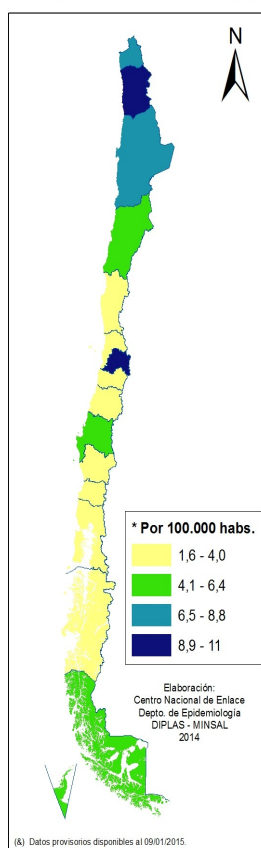


Tabla 1

Casos y tasas de notificación hepatitis B por región de ocurrencia. Chile, 2013-2014 (\*)

Región	Año 2014 (*)		Mediana de casos acumulada. Años 2009-2013	Año 2013 (*)	
	Nº de casos acumulados a la SE 53	Tasa de notificación (**) acumulada		Total casos anuales	Tasa de notificación (**) anual
Arica y Parinacota	19	8.1	18	24	10.4
Tarapacá	37	11.3	33	33	10.3
Antofagasta	46	7.5	67	69	11.4
Atacama	13	4.2	11	15	4.9
Coquimbo	23	3.0	18	33	4.4
Valparaíso	70	3.9	105	132	7.4
Metropolitana	674	9.3	559	845	11.8
O'Higgins	35	3.8	25	26	2.9
Maule	17	1.6	29	31	3.0
Bíobío	88	4.2	98	113	5.4
Araucanía	16	1.6	23	23	2.4
Los Ríos	10	2.5	9	3	0.8
Los Lagos	17	2.0	45	55	6.6
Aisén	4	3.7	1	3	2.8
Magallanes	9	5.5	25	39	24.0
<b>Total País</b>	<b>1078</b>	<b>6.0</b>	<b>1075</b>	<b>1444</b>	<b>8.2</b>

(\*) Datos provisionales

(\*\*) por cien mil hab.

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

Respecto a la distribución geográfica, las mayores tasas de hepatitis B se concentraron en el extremo norte y centro del país, siendo la Región de Tarapacá la de mayor riesgo, mostrando una tasa de notificación acumulada que casi duplica la tasa nacional. Le siguen las regiones Metropolitana, de Arica y Parinacota y de Antofagasta, todas con tasas superiores a la del país. El resto del territorio chileno, presenta tasas bajo el valor nacional. Se destaca que en este período la región de Aisén superó en 4 veces a la mediana del quinquenio anterior, sin embargo el número absoluto de casos es bajo.

Dado que en Magallanes se observó un aumento de casos durante los años 2012 y 2013, se realizaron acciones específicas por parte de la Autoridad Sanitaria con el objetivo reforzar la vigilancia epidemiológica. Actualmente, se siguen desarrollando medidas preventivas y educativas. Hasta la SE 53 del año 2014 la tasa de la región es similar a la del país y se reduce en 77% con relación a la misma SE del año 2013.

### Determinantes Sociales de la Salud (DSS)



La región de Tarapacá concentra las mayor tasa de hepatitis B del país, y en ella se presentan algunos determinantes sociales que pueden favorecer la vulnerabilidad de adquirir la infección, considerando que la principal vía de transmisión sería la sexual:

La media de edad de iniciación sexual en la región de Tarapacá (18,8 años) se encuentra por debajo del valor país (20,6 años). Además, el promedio de edad de inicio de actividad sexual en los menores de 15 años en esta región (15,9 años) es aún inferior a lo presentado en el país (19,6). En la región de Tarapacá el 79,9% de las personas entre 15 y 19 años afirma haber tenido relaciones sexuales, siendo superior al porcentaje nacional (54,4%). En este escenario el riesgo de adquirir una ITS se vería aumentado en relación al inicio sexual más precoz.

El uso consistente del condón, es una de las principales medidas de prevención de ITS, sin embargo, a nivel nacional según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 el uso de éste en los últimos 12 meses es muy bajo (24,0%), destacándose que en la región Tarapacá (17,3%) su uso es aún menor que a nivel nacional.

<sup>6</sup>Dpto. de Epidemiología, DIPLAS\_MINSAL Diagnósticos regionales de salud con enfoque DSS. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/diagnosticos-regionales/diagnosticos-por-region/>

[Volver al Índice](#)

## Medidas de Manejo y Control

En la actualidad, se encuentran disponibles en el sitio web del [Ministerio de Salud](#), la siguiente normativa, para manejo y control:

[Circular B511/16 Vigilancia epidemiológica de la Hepatitis B y Hepatitis C](#)

[Orientaciones para los procesos claves en las enfermedades transmisibles por sangre](#)

[Manejo y tratamiento de la infección por el virus de la Hepatitis B.](#)

## Comentarios y conclusiones:

En nuestro país el comportamiento de esta enfermedad, es propio de una baja endemia, la infección no se produce en la infancia temprana, sino en edades mayores entre jóvenes y adultos, característico de una infección principalmente de transmisión sexual. Se ha presentado mayoritariamente en hombres lo que podría estar indicando una mayor vulnerabilidad de los hombres que tiene sexo con hombres. Las tasas más elevadas se encuentran en el extremo norte del país.

La vacuna contra el virus de la hepatitis B es una forma eficaz de prevenir la infección, su efectividad alcanza niveles de protección en 95% de las personas vacunadas inmunocompetentes.

En Chile, según lo establecido en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), los niños nacidos desde abril del año 2005, reciben vacunación pentavalente (incluye anti-hepatitis B), en esquema de 2, 4 y 6 meses de edad; medida de salud pública en la que se observa un efecto, ya que no se presentan casos en menores de 4 años desde el año 2010. Exceptuando 2 casos en el año 2013 que corresponden a un niño extranjero sin antecedentes de vacunación y un caso por transmisión vertical.

En el año 2014, la cobertura de la vacuna pentavalente para la tercera dosis fue de 84% y la cobertura de refuerzo de 77% (datos preliminares PNI). Existe además vacunación antihepatitis B en el personal de salud, en grupos de especial riesgo y en contactos de casos positivos, como medida de Salud Pública.

*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.*

©  
Departamento de Epidemiología  
<http://epi.minsal.cl>  
División de Planificación Sanitaria  
Ministerio de Salud de Chile

Informe a cargo de: Mat. Karen Cáceres Burton [karen.caceres@minsal.cl](mailto:karen.caceres@minsal.cl)  
Edición a cargo de: Mat. y MSP Mónica Chiu A. [mchiu@minsal.cl](mailto:mchiu@minsal.cl)

[Volver al Índice](#)

