



## Boletín Epidemiológico Trimestral Hepatitis Viral A, E y sin especificación (CIE 10: B15, B17.2, B19 ) Semana epidemiológica 1–13. Chile, 2016

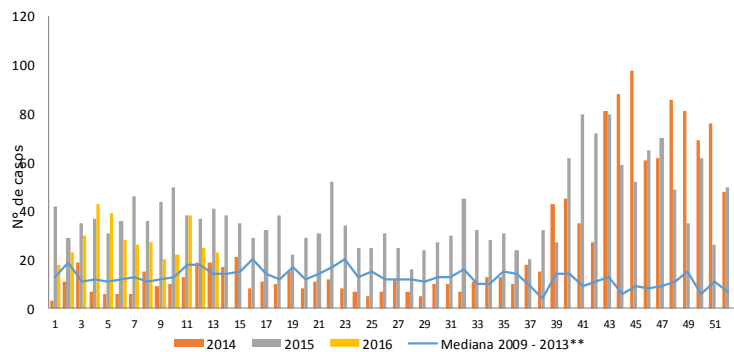
### Índice

- Situación epidemiológica
- Comentarios
- Recomendaciones

### Situación epidemiológica

A la semana epidemiológica 13 del año 2016, se notificó a nivel nacional un total de 369 casos de hepatitis viral tipo A, E y sin especificación, con una tasa acumulada de 2,0 casos por cien mil habs. Existe una disminución de un 26% respecto del mismo periodo del año 2015, donde se notificaron 504 casos con una tasa de 2,8 casos por cien mil habs. A pesar de esta disminución, la enfermedad aún se mantiene por sobre los niveles esperados, aunque en las últimas dos semanas, el número de casos comienza a acercarse al valor de la mediana 2009 - 2013 (figura 1).

Figura 1: Distribución de casos de hepatitis viral A, E y sin especificación, según semana epidemiológica. Chile, años 2014, 2015, 2016\*

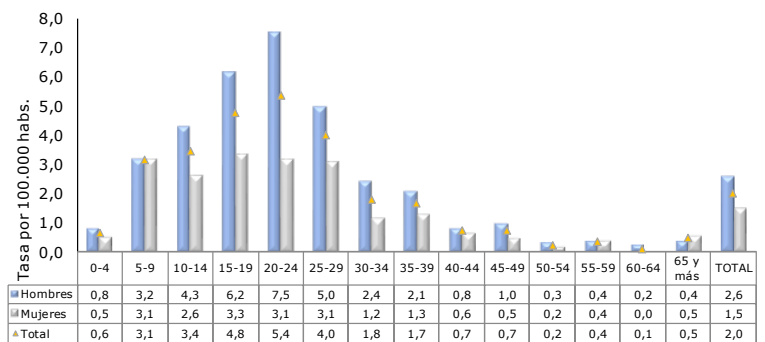


Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile  
(\* datos provisorios al 04 abril 2016  
(\*\*) sin años 2014 -2015 por ser epidémicos

### Características de los casos

El grupo etario que tiene mayor riesgo de enfermar es el grupo quinquenal de 20 a 24 años, quien presentan una tasa de 5,4 casos por cien mil habs., sin embargo también se observan altas tasas desde los 5 hasta los 30 años, donde se concentra más del 80% del total de casos. En todos los grupos quinquenales, se observa predominio de pacientes de sexo masculino, exceptuando el grupo de 65 y más años. En total, existe 1,7 veces más riesgo de enfermar en hombres que en mujeres (figura 2).

Figura 2: Tasas de incidencia de hepatitis viral A, E y sin especificación, según grupo etario y sexo. Chile, año 2016\*.



Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile  
(\* datos provisorios al 04 abril 2016

## Análisis regional

Destaca la región de Biobío, por presentar las tasas más altas del país, situación que se ha mantenido a partir del último trimestre de 2014. A la semana 13 del presente año, esta región registra una tasa de 13,1 casos por cien mil hab., equivalente a un 30% menos que lo observado en 2015, cuando se registró una tasa de 18,6 por cien mil hab.

Esta región aún se mantiene en una situación de brote epidémico, lo cual ha generado un abordaje integral del problema que incluye: investigación de las condiciones ambientales, que pudieran favorecer la ocurrencia del brote, análisis de muestras de aguas y alimentos, campañas de prevención y comunicación de riesgos y una campaña de vacunación dirigida al grupo etario entre 18 meses y 6 años de edad, en las comunas con mayor incidencia como Concepción, San Pedro de la Paz, Talcahuano, Penco, Arauco y Lota. Estas medidas podrían explicar la disminución de las tasas respecto del año anterior y se espera que continúen disminuyendo de manera paulatina en esta región.

Un enfrentamiento similar se realizó hace 3 - 4 años en las regiones de Arica y Parinacota y Tarapacá, demostrando un exitoso descenso de la incidencia.

El resto de las regiones, en general presenta tasas similares o menores a las registradas durante el mismo periodo de 2015, exceptuando Tarapacá y Araucanía, quienes aumentaron en un 23% y 22% respectivamente (figura 3 y tabla 1).

Figura 3

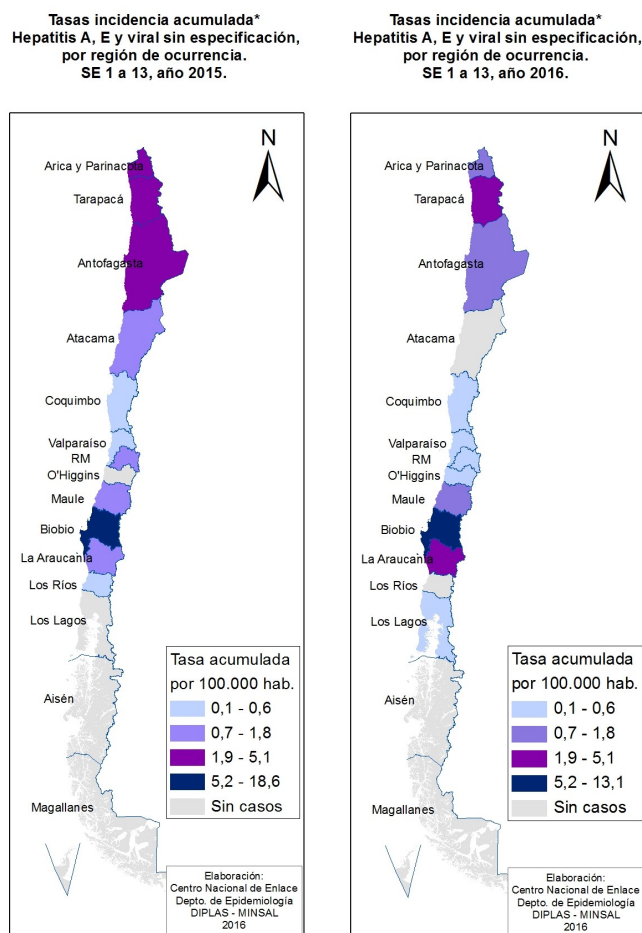


Tabla 1: Casos y tasas de hepatitis viral A, E y no especificada, según región de ocurrencia. Chile, años 2015 y 2016\*

Región	Año 2016 (*)		Mediana 2009-2013	Año 2015 (*)	
	Nº de casos SE 1 - 13	Tasa de incidencia por cien mil hab.		Nº de casos SE 1 - 13	Tasa de incidencia por cien mil hab.
Arica y Parinacota	3	1,2	10	5	2,1
Tarapacá	12	3,5	42	9	2,7
Antofagasta	4	0,6	4	16	2,6
Atacama	0	0,0	4	5	1,6
Coquimbo	3	0,4	1	1	0,1
Valparaíso	5	0,3	5	3	0,2
Metropolitana	36	0,5	53	46	0,6
O'Higgins	2	0,2	1	0	0,0
Maule	7	0,7	2	10	1,0
Biobío	278	13,1	8	393	18,6
Araucanía	18	1,8	2	14	1,4
Los Ríos	0	0,0	0	2	0,5
Los Lagos	1	0,1	0	0	0,0
Aisén	0	0,0	0	0	0,0
Magallanes	0	0,0	0	0	0,0
<b>Total País</b>	<b>369</b>	<b>2,0</b>	<b>178</b>	<b>504</b>	<b>2,8</b>

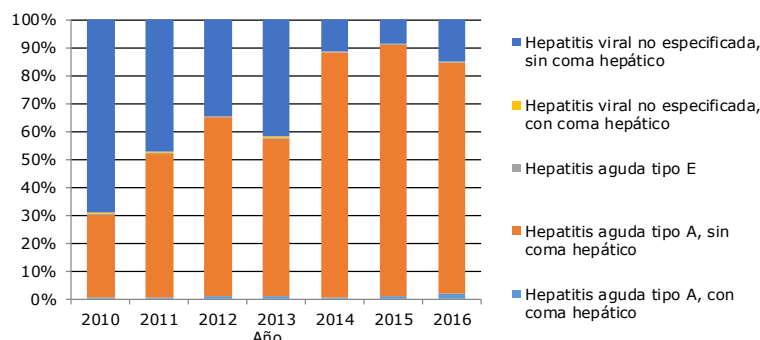
Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

(\*) datos provisorios al 04 abril 2016

## Diagnóstico

Con los años se ha observado una mejoría en el diagnóstico de la enfermedad. En el año 2010, solo el 30% de los casos eran diagnosticados como hepatitis aguda tipo A, mientras que el 70% como hepatitis viral no especificada. Lo anterior daba cuenta de la falta de capacidad de diagnóstico de laboratorio, situación que a la fecha ha cambiado, ya que, actualmente, el principal diagnóstico corresponde a **Hepatitis aguda tipo A, sin coma hepático**, el cual abarca a más del 80% (n=306) del total de casos. El segundo lugar corresponde a **Hepatitis viral no especificada, sin coma hepático** con alrededor del 15% (n=55). Existe un 2% (n=7) que registra **Hepatitis aguda tipo A, con coma hepático** y solo un caso de **Hepatitis aguda tipo E**, que corresponde a un 0,2% del total (figura 4).

Figura 4: Casos de hepatitis A, E y viral sin especificación, según diagnóstico final. Chile, años 2010 - 2016\*



Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile  
(\* ) datos provisorios al 04 abril 2016

## Criterios de confirmación

La hepatitis A y E, se presentan clínicamente de la misma manera que el resto de las hepatitis virales agudas, por lo que el diagnóstico de laboratorio es un apoyo fundamental para discriminar entre ellas. El diagnóstico se basa en la detección de anticuerpos de tipo IgM e IgG anti VHA presentes en la sangre de los pacientes. Los anticuerpos tipo IgM pueden ser detectados hasta 3 a 6 meses desde el inicio de síntomas.

En Chile, durante el presente año, el 79,9% de los pacientes han sido confirmados por laboratorio, el 19,2% por criterio clínico y un 0,8% por nexos epidemiológico (tabla 2).

Existen algunas diferencias a nivel regional, producto de la existencia de limitaciones para realizar el diagnóstico de laboratorio.

Tabla 2: Casos de hepatitis A, E y viral sin especificación, según criterio de confirmación y región de ocurrencia. Chile, año 2016\*

Región	Confirmación clínica	Confirmación serología	Confirmación por nexos epidemiológico	Total
Arica y Parinacota	0	3	0	3
Tarapacá	7	5	0	12
Antofagasta	3	1	0	4
Atacama	0	0	0	0
Coquimbo	1	2	0	3
Valparaíso	2	3	0	5
Metropolitana	22	14	0	36
O'Higgins	0	2	0	2
Maule	2	4	1	7
Biobío	32	244	2	278
Araucanía	1	17	0	18
Los Ríos	0	0	0	0
Los Lagos	1	0	0	1
Aisén	0	0	0	0
Magallanes	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>295</b>	<b>3</b>	<b>369</b>
<b>%</b>	<b>19,2</b>	<b>79,9</b>	<b>0,8</b>	<b>100</b>

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

(\* ) datos provisorios al 04 abril 2016

## **Comentarios**

Hasta la SE 13 del año 2016, la enfermedad se ha presentado en niveles inferiores a lo observado en el mismo periodo de 2015, sin embargo, aún se encuentra sobre lo esperado. Esto influenciado principalmente por la situación de Biobío, región que a partir del último trimestre de 2014, comenzó a experimentar un aumento de casos, pero que durante el presente año se ha observado una disminución de las tasas producto de las medidas de salud públicas aplicadas en la región, destacando principalmente la vacunación y la educación sanitaria. Se espera que esta tendencia al descenso permanezca y se mantenga de manera sostenida.

## **Recomendaciones**

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 esta razón, la mejora del saneamiento, la inocuidad de los alimentos y la vacunación, son las medidas más eficaces para combatir la hepatitis A y E.

La propagación de la hepatitis A y E pueden reducirse mediante:

- Sistemas adecuados de abastecimiento de agua potable
- Eliminación apropiada de las aguas residuales de la comunidad
- Prácticas de higiene personal tales como el lavado regular de las manos con agua potable.
- Hay varias vacunas contra la hepatitis A disponibles a nivel internacional, todas ellas similares en cuanto a la protección conferida y los efectos secundarios.

Además, para mantener el riesgo bajo de contraer Hepatitis A y 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.

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

Informe a cargo de: Iván Ríos Orellana  
Tecnólogo Médico  
[Ivan.rios@minsal.cl](mailto:Ivan.rios@minsal.cl)  
Edición a cargo de: Patricia Salvadó Verches  
Periodista Epidemióloga  
[patricia.salvado@minsal.cl](mailto:patricia.salvado@minsal.cl)