



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO TRIMESTRAL

## *HEPATITIS A*

SE 1 – 52, año 2019

Departamento de Epidemiología



## RESUMEN

- Durante el año 2019, a nivel nacional se registraron 1.051 casos de Hepatitis A con una tasa de 5,6 casos por cien mil habitantes, menor a lo esperado (mediana 2014 – 2018) y a lo observado en el mismo período del año 2018.
- El grupo etario de mayor riesgo son los adultos de entre los 20 a los 24 años, con predominio de hombres sobre mujeres.
- Las regiones de Biobío y Arica y Parinacota son las que presentaron las mayores tasas a nivel nacional.
- Se registraron 14 brotes, la mayoría intradomiciliarios y de baja magnitud. Sin embargo, uno de ellos registró una persona fallecida por hepatitis fulminante.
- Se requiere reforzar permanentemente la notificación a través del sistema EPIVIGILA.

## MÉTODO

Se realizó una descripción de los casos de hepatitis A del período enero a diciembre de 2019, utilizando la base de datos descargada desde el sistema informático EPIVIGILA, cuya implementación oficial se inició en enero de 2019. La información del período 2009 – 2018, se obtuvo desde la base de datos de “Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

Se incluyeron en el análisis, los casos que cumplieron con las definiciones operativas establecidas en la [circular de vigilancia epidemiológica](#) (1) y que fueron clasificados como “Válidos” o “Por validar” en el sistema EPIVIGILA. No se consideraron en el análisis los casos clasificados como “No válidos” ni los registros duplicados.

Para el cálculo de los indicadores epidemiológicos, se consideró la fecha de primeros síntomas. 74 casos del año 2019 no registraron la fecha de inicio de síntomas y en su reemplazo se utilizó la fecha de notificación. Por lo anterior, la información del presente boletín podría variar respecto a lo publicado en informes anteriores, que consideraban la fecha de notificación de los casos.

Para el cálculo de las tasas de incidencia a nivel nacional y regional, se utilizó la actualización de proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) del año 2014.

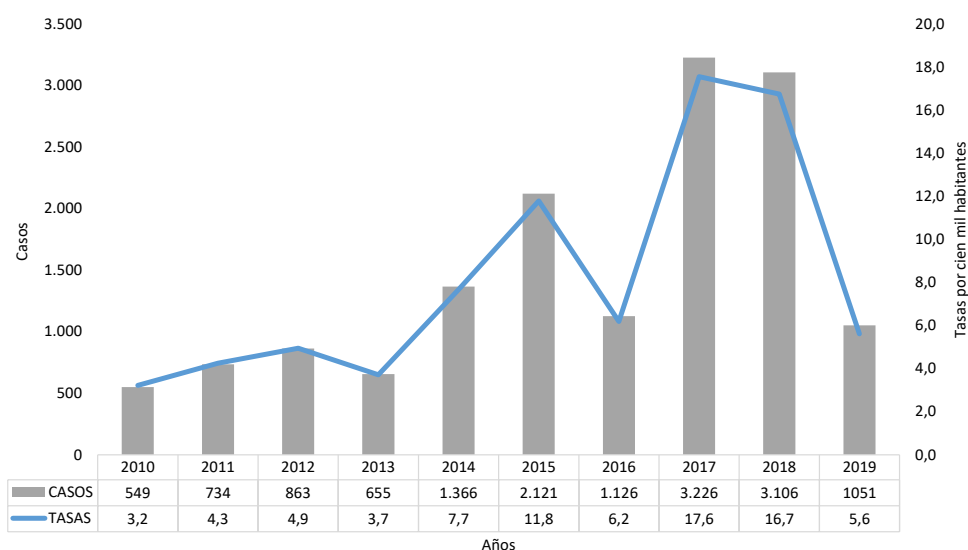
Se analizaron los riesgos específicos por grupo etario, sexo y región de notificación. También se analizaron otras variables como el criterio de confirmación y diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades, versión 10 (CIE-10) (2). Para medir el exceso de casos, se utilizó el canal endémico construido según la metodología de Bortman (3) utilizando los años 2010, 2011, 2012, 2013 y 2016. Se excluyeron los años 2014, 2015, 2017 y 2018 por presentar un índice epidémico sobre 1,24 comparado con la mediana del período 2009 – 2018. Para el análisis regional se utilizó la mediana del quinquenio anterior (2014 – 2018). Para la gestión de los datos, se utilizó el software Microsoft Excel 2016.

Este informe, no vulnera la Ley N° 20.584 que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, ya que el Ministerio de Salud obtiene toda la información dando cumplimiento a su rol según las siguientes leyes previas: DFL N° 1/2005 del MINSAL y Ley N°19.628 sobre datos sensibles.

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En la última década, en Chile se ha registrado un ciclo epidémico que ha afectado a gran parte del territorio nacional, no obstante, los brotes a nivel regional fueron ocurriendo de manera paulatina durante este periodo. Así, las regiones del extremo norte presentaron las mayores tasas entre los años 2011 y 2013, en el caso de Ñuble y Biobío entre los años 2014 y 2015, las de Valparaíso y Metropolitana entre los años 2017 y 2018 y en Los Lagos y Magallanes en 2018, por nombrar algunas (4).

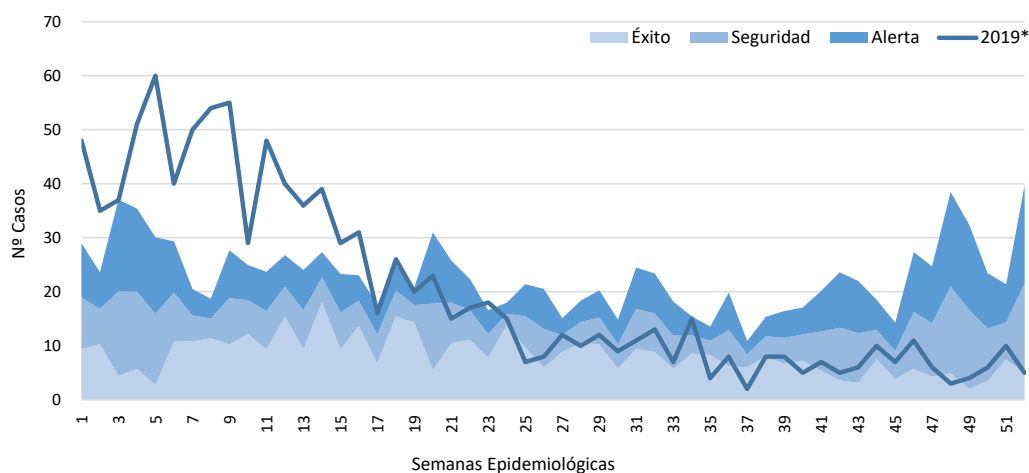
**Figura 1. Distribución de casos y tasas de incidencia de hepatitis A. Chile, SE 1 – 52, período 2009 – 2018.**



Fuentes: Base de datos ENO y base de datos EPIVIGILA. DEIS, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.  
\* Datos provisorios al 10 de enero de 2020

En el año 2019, se notificaron 1.051 casos con una tasa de incidencia de 5,6 casos por cien mil hab.; un 50% menos que el valor de la mediana del último quinquenio y similar a lo observado en el año 2016 (Figura 1). Este año se caracterizó por haber presentado durante los meses de enero y febrero una mantención del elevado número de los últimos meses del año 2018, para luego continuar con una tendencia decreciente en los meses siguientes, retornando a la zona de seguridad del canal endémico. En los últimos dos meses del año la notificación se mantuvo estable con valores situados en la zona de seguridad (Figura 2).

Según lugar de residencia, Biobío y Arica y Parinacota son las regiones que presentaron las mayores tasas de incidencia con 25,9 y 23,1 casos por cien mil hab., respectivamente (Tabla 1). En Biobío se observó una disminución de un 65% con respecto del mismo período de 2018 y en Arica y Parinacota se observó un aumento de un 25%, casos que fueron parte de un brote en un sector acotado de la ciudad de Arica (ver página 6). En la región Metropolitana los casos disminuyeron en un 77%, determinando una tasa anual de 3,1 casos por cien mil hab. No se notificaron casos en la región de Aisén y en el resto se presentaron tasas similares o menores a las del mismo período del año anterior (Tabla 1).

**Figura 2. Distribución de casos de hepatitis A, según semana epidemiológica SE 1 – 52, año 2019\* y canal endémico 2010 – 2016\*\*. Chile.**

Fuentes: Base de datos ENO y base de datos EPIVIGILA. DEIS, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

\* Datos provisorios al 10 de enero de 2020

\*\* Se excluyen años 2014, 2015, 2017 y 2018 por considerarse epidémicos

**Tabla 1. Distribución de casos de hepatitis A, según región de residencia. Chile, SE 1 – 52, años 2018 y 2019 y mediana 2014 - 2018.**

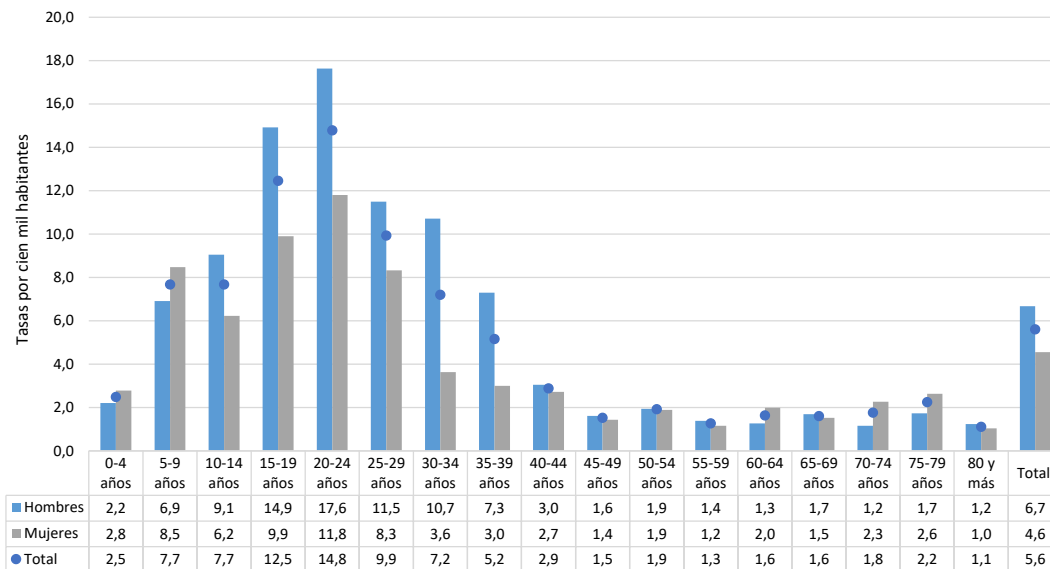
Región	2018 SE 1 - 52		2019 SE 1 - 52		Mediana 2014 - 2018 SE 1 - 52
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos
Arica y Parinacota	14	5,6	59	23,1	14
Tarapacá	66	18,3	46	12,5	43
Antofagasta	225	34,6	19	2,9	76
Atacama	15	4,6	17	5,2	5
Coquimbo	55	6,8	46	5,6	34
Valparaíso	148	7,9	49	2,6	23
Metropolitana	1037	13,7	235	3,1	182
O'Higgins	23	2,4	11	1,2	13
Maule	77	7,2	25	2,3	29
Ñuble	113	23,1	57	11,6	90
Biobío	1242	74,6	434	25,9	981
Araucanía	50	5,0	20	2,0	50
Los Ríos	11	2,7	7	1,7	5
Los Lagos	17	2,0	18	2,1	7
Aisén	0	0,0	0	0,0	0
Magallanes	13	7,8	8	4,8	2
<b>Total</b>	<b>3106</b>	<b>16,7</b>	<b>1051</b>	<b>5,6</b>	<b>2121</b>

Fuentes: Base de datos ENO y base de datos EPIVIGILA. DEIS, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

\* Datos provisorios al 10 de enero de 2020

El grupo de mayor riesgo en el presente año, corresponde a personas entre los 15 y los 29 años, con predominio de hombres por sobre las mujeres en una relación 1:1,5, presentando la tasa más alta el grupo de 20 a 24 años con 14,8 casos por cien mil hab. (Figura 3).

**Figura 3. Tasas de hepatitis A, según grupos etarios y sexo. Chile, SE 1 – 52, año 2019.**



Fuentes: Base de datos ENO y base de datos EPIVIGILA. DEIS, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.  
\* Datos provisionales al 10 de enero de 2020

Según el criterio de confirmación, el 74% de los casos ingresados a la vigilancia presentaron serología positiva (confirmación por laboratorio), un 18% diagnóstico por criterio clínico y un 1% por nexo epidemiológico. Hubo un 7% de casos que el criterio de confirmación no fue informado.

Según clasificación CIE-10, 860 casos (82%) fue clasificado como Hepatitis aguda tipo A, de los cuales 7 presentaron coma hepático, con un caso fallecido (ver sección brotes y otros eventos). El 18% restante (n=191) fue clasificado como Hepatitis viral no especificada, con un caso de coma hepático no fallecido.

## BROTOS Y OTROS EVENTOS

Se notificaron 14 brotes de hepatitis A; 12 de ellos fueron de carácter domiciliario, que afectaron a un total de 32 personas (rango de 2 a 5 casos por brote), con 5 afectados que requirieron de hospitalización, falleciendo uno de ellos. El caso fatal fue una mujer de 22 años que presentó una hepatitis fulminante y que fue parte de un brote familiar de 3 personas en la comuna de Tirúa. El factor de riesgo identificado fue el consumo de mariscos crudos adquiridos en una caleta del sector.

En la región de Arica y Parinacota, se notificó un brote comunitario que afectó a 15 personas, que ocurrió en un sector que ha presentado problemas de saneamiento ambiental, microbasurales y contaminación con poli metales. La Autoridad Sanitaria Regional ha realizado intervenciones que incluyeron refuerzo de las medidas de prevención en los pobladores, educación sobre signos y síntomas para la pesquisa oportuna de casos, vacunación a contactos de casos, refuerzo en la red asistencial para la notificación de los casos, entre otras medidas.

## DISCUSIÓN

Entre los años 2002 y 2003, se produjo la última gran epidemia de hepatitis A en Chile, con tasas que superaron los 70 casos por cien mil hab. En los años siguientes, la enfermedad declinó y se mantuvo estable con tasas entre los 3 y 6 casos por cien mil hab. La reducción de los casos luego de este ciclo epidémico puede atribuirse principalmente al agotamiento de susceptibles, dado que los casos sintomáticos, asintomáticos y población vacunada dejaron de serlo y también a las medidas de prevención y control implementadas traducidas en campañas comunicacionales masivas, intervención ambiental y uso de vacuna para control de brotes (5,6,7).

Ya desde inicios de la década de 2000, se comenzaba a observar un cambio en la presentación de la enfermedad en relación a los grupos etarios de mayor riesgo. Así, la enfermedad que en los '90 afectaba principalmente a niños menores de 15 años, en los 2000 comenzaba a desplazarse hacia mayores de 15 años, llegando al año 2019 a presentarse el mayor riesgo en el grupo de 20 a 24 años (4,5). Este cambio se traduce en que la población nacional comenzaba a enfrentarse con el virus cada vez a edades más tardías, cuya consecuencia es la acumulación de población escolar, adolescentes y adultos jóvenes susceptibles, fenómeno que podría explicar el ciclo epidémico observado durante los últimos 6 años (4,5,6,7)

Dentro de los brotes más importantes, se destaca el de la región de Biobío durante los años 2014 – 2015, que afectó principalmente a las comunas costeras de las provincias de Concepción y Arauco en la región de Biobío y que se relacionó con la existencia de condiciones ambientales que favorecerían el ciclo largo de transmisión de la enfermedad, como fallas en sistemas de recolección y tratamiento de aguas residuales, afloramientos de aguas servidas, zonas costeras sin saneamiento básico, emisarios submarinos que se consideran una fuente importante de contaminación fecal y consumo de mariscos crudos (8). El siguiente ciclo epidémico de los años 2017 – 2018, se caracterizó por afectar principalmente a la región Metropolitana donde el grupo de mayor riesgo fueron hombres entre los 15 y los 39 años, con predominio de hombres de tienen sexo con otros hombres (9).

En el año 2019 se observó una reducción de los casos de hepatitis A en Chile, en relación con el mismo período del año 2018 y con respecto a lo esperado según la mediana 2014 – 2018. La región de Biobío, al igual que en años anteriores, es la que presentó la mayor tasa del país contribuyendo con el 41% del total de casos, sin embargo, esta presentó una reducción importante con respecto a los dos últimos años. Lo mismo ocurrió en la región de Antofagasta y Metropolitana, regiones que durante los años 2017 y 2018 presentaron brotes de gran magnitud.

La reducción de casos observada en el año 2019 a nivel nacional, al igual que lo ocurrido con el ciclo epidémico de 2002 – 2003, podría relacionarse con la reducción de población susceptibles debido a la infección natural y a la vacunación como medida de control de brote (4,5). Además, en el mes de marzo de 2018 el Programa Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud incorporó la vacunación anti hepatitis A al calendario de vacunación, esto considerando el cambio en el perfil epidemiológico de la enfermedad en Chile, con la ocurrencia de brotes de gran magnitud a nivel nacional y la evidencia en la literatura científica nacional e internacional. La vacunación está dirigida a todos los niños del país que cumplan los 18 meses de edad (10). La cobertura de vacunación durante el primer año de implementación fue del 76,5% (11). Las regiones del norte del país, Arica y Parinacota y Tarapacá comenzaron con esta estrategia en el año 2013, observándose una reducción importante en las tasas de incidencia. Biobío, comenzó con la vacunación en las comunas con mayor incidencia en el año 2014.

Con la inclusión de la vacunación a nivel nacional, se espera que a mediano y largo plazo se observe una reducción en las tasas de esta enfermedad, tal como ocurrió en las regiones del norte del país.

## SITIO WEB

Micrositio web de vigilancia epidemiológica de Hepatitis A:

<http://epi.minsal.cl/hepatitis-a/>

Para conocer aspectos de inmunizaciones de Hepatitis A:

<http://vacunas.minsal.cl>

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Chile, Circular B51/N°31. Circular de vigilancia y control de hepatitis a (cie 9: 070.1; cie 10: b15) y hepatitis e (cie9: 070.5; cie10 b17.2). Santiago, 31 de julio de 2006.
2. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. (2015). Actualizaciones de la CIE-10, acumuladas al 2011, edición en español. 17 de julio de 2019, de Ministerio de Salud Sitio web: <http://www.deis.cl/actualizaciones-de-la-cie-10-a-diciembre-de-2013/>
3. Bortman M, Elaboración de corredores o canales endémicos mediante planillas de cálculo. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 5(1), 1999
4. Ministerio de salud de Chile (2017). Situación epidemiológica de hepatitis A y viral sin especificación (CIE-10 B15 y B19). Chile, años 2007-2017. Sitio web [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Informe\\_2017\\_final\\_Hepatitis\\_A.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Informe_2017_final_Hepatitis_A.pdf)
5. Medina d., Bárbara, Olea n., Andrea, & Aguilera s., Ximena. (2003). Situación epidemiológica de hepatitis A en Chile. Revista chilena de infectología, 20(4), 262-267. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003000400007>
6. O' Ryan G, Miguel, Valenzuela B, M. Teresa, Santolaya De P, M. Elena, Abarca V, Katia, Lagos Z, Rosanna, & Cofré G, José. (2003). Declaración: La Sociedad Chilena de Infectología frente a la situación epidemiológica de hepatitis A en Chile. Revista chilena de infectología, 20(3), 199-201. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003000300008>
7. Ministerio de salud de Chile (2005). Hepatitis A y sin especificación. El Vigía 23, 9, 31 - 33. Sitio web <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Vigia23.pdf>
8. Manríquez J. Diagnóstico de las condiciones ambientales relevantes en el brote de Hepatitis A, Región del Biobío, periodo 2014 – 2016. Unidad de Epidemiología, SEREMI de Salud Región de Biobío.
9. SEREMI de Salud Región Metropolitana. Informe de Vigilancia Epidemiológica Hepatitis A y sin especificar, Región Metropolitana, semana 1 a 20 año 2017. [http://seremi13.redsalud.gob.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Informe-Vigilancia-epidemiol%C3%B3gica-Virus-Hepatitis-A-20-mayo-2017-Def.pdf](http://seremi13.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Informe-Vigilancia-epidemiol%C3%B3gica-Virus-Hepatitis-A-20-mayo-2017-Def.pdf)

10. Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 05/03/2018, citado el 24/04/2019. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/ministerio-de-salud-incorporo-al- calendario-de-vacunacion-la-vacuna-contra-hepatitis-a-para-menores-de-dos-anos/>
11. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (2019). Reportes de coberturas de vacunación programática infantil 2017 – 2018., <https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/VacunacinInfantil2017-2018/ReporteraProgramticas?publish=yes>

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