

EVALUACIÓN DE RIESGO

Aumento de casos de Hepatitis A en España, 2024-2025

1º actualización, 2 de febrero de 2026

Resumen de la situación y conclusiones

Durante el año 2024, se observó una tendencia ascendente en la notificación de casos de hepatitis A en España que se ha mantenido en 2025. En este último año, hasta la semana 44 inclusive, se han notificado 1.680 casos, lo que representa un aumento significativo en comparación con el mismo periodo de años anteriores.

Este incremento ha afectado a la mayoría de las comunidades autónomas. La razón hombre/mujer fue superior a la de años previos, y la mayor incidencia acumulada se observó en hombres de 15 a 44 años. La información disponible en la Red de Nacional de Vigilancia (RENAVE) continúa sin ser lo suficientemente completa para establecer las causas específicas de este incremento. Al igual que en la evaluación del riesgo realizada en diciembre de 2024, los datos disponibles sugieren que la tendencia creciente en la notificación no está relacionada con la importación de casos ni con la identificación de grandes brotes con una fuente común y podría deberse a una combinación de diferentes mecanismos de transmisión. El perfil de los casos continúa siendo compatible con la hipótesis de un aumento de la transmisión en la población de hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), ya reflejada en el informe de evaluación de riesgo publicado en diciembre de 2024.

Este hecho, junto con una limitada cobertura vacunal en este grupo de población, a pesar de que la vacuna frente a la hepatitis A está recomendada, hace que el riesgo de infección en dicho grupo se considere moderado en el momento actual. La gravedad de la enfermedad sería baja en la mayoría de los casos, aunque las personas inmunodeprimidas y aquellas con una hepatopatía subyacente podrían experimentar una mayor gravedad clínica. Dado el patrón epidemiológico que se observa y, teniendo en cuenta que existen medidas disponibles de profilaxis post exposición, el riesgo en la población general se considera bajo en el momento actual.

Es prioritario reforzar la vigilancia y seguir analizando las causas del aumento de casos de hepatitis A en España, con el objetivo de ajustar las recomendaciones en base a la mejor evidencia disponible. Es fundamental promover la vacunación en las personas con mayor riesgo o con mayor probabilidad de exposición mediante campañas de sensibilización y acciones que mejoren el acceso.

Citación sugerida: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad. Aumento de casos de hepatitis A en España, 2024-2025. Evaluación de riesgo, 1º actualización. 2 de febrero de 2026.

Justificación de la evaluación de riesgo

Desde el inicio de 2025 hasta el 2 de noviembre (semana epidemiológica 44), ha continuado en España el aumento de casos de hepatitis A que ya se había identificado a lo largo de 2024 en comparación con la mediana de años previos (años 2018-2019 y años 2021-2023).

Esta situación hace necesario actualizar la *Evaluación Rápida de Riesgo: Aumento de casos de Hepatitis A en España, 2024*, publicada en diciembre de 2024(1), para revisar la situación actual y el impacto de esta enfermedad para nuestro país, con el objetivo de establecer las recomendaciones necesarias para reducir su incidencia.

Este documento ha sido elaborado por:

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias:

María de Salomón Arroyo, Bernardo Guzmán Herrador, Pablo Pérez Ruiz¹, Gabriela Saravia Campelli, Lucía García San Miguel, Laura Santos Larrégola, María José Sierra Moros².

Subdirección de Promoción y Prevención de la Salud, Área de Programas de Vacunación: Carmen Olmedo Lucerón; Isabel Sánchez Afán de Rivera.

División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis: Julia del Amo Valero, Javier Gómez Castellá, Tania Espárrago Bravo, Carmen Barrón García⁴.

Subdirección General de Sanidad Exterior: Gloria González Díaz, Concepción Sánchez Fernández.

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Centro Nacional de Epidemiología (CNE): María Guerrero Vadillo³, Carmen Varela Martínez³, Marina Peñuelas Martínez³, Asunción Diaz Franco², Victoria Hernando Sebastián².

Centro Nacional de Microbiología (Unidad de Hepatitis) (CNM): Ana Avellón³, Milagros Muñoz-Chimeno³.

¹ Médico Interno Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico San Carlos (Madrid); ² CIBER de Enfermedades infecciosas CIBERINFEC; ³ CIBER de Epidemiología y Salud Pública CIBERESP; ⁴ Trabajadora externa de Tragsatec.

Documento revisado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y el Comité Técnico del SIAPR.

Agradecimientos: A todos los profesionales de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Información del evento

Situación en Europa

Según los datos publicados en el Atlas de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas del ECDC, durante el año 2024 los países de la UE/EEE notificaron 12.603 casos confirmados de hepatitis A (VHA) con una tasa de notificación de 2,77 casos por cada 100. 000 habitantes, siendo estas las cifras más elevadas registradas en la UE/EEE desde 2018 y suponiendo un aumento respecto a los años anteriores, con 6.232 casos confirmados en 2023 (y una tasa de notificación de 1,37) y 4.635 en 2022 (tasa de notificación del 1,03). Al igual que en años previos, los niños de 5 a 14 años representaron una gran proporción de los casos (36,9 %) y registraron la tasa de notificación más alta (9,96 casos por cada 100 000 habitantes) (2).

En 2024, Portugal notificó un brote de VHA genotipo IA iniciado durante ese año, principalmente asociado a transmisión sexual entre GBHSH(3). El brote ha continuado durante 2025, detectándose una de las cepas (VRD 521–2016) que circularon en Europa durante el brote multinacional de 2016-2018 que afectó en mayor proporción a GBHSH(4).

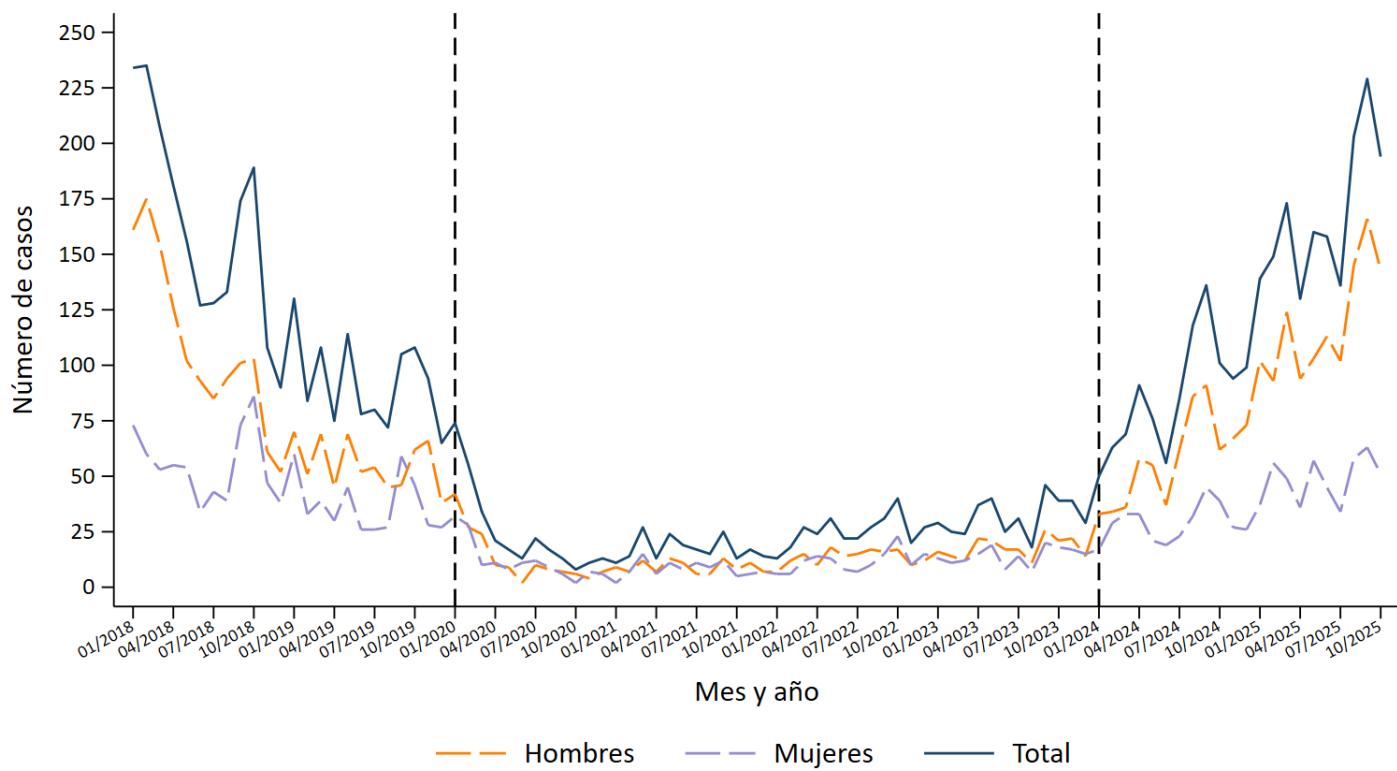
Durante el año 2025, a fecha de 21 de noviembre, se han notificado más de 6.000 casos de VHA en países de la UE/EEE, la mayoría de ellos en Austria (216), Chequia (2.310), Hungría (1.548) y Eslovaquia (2.482), y 39 fallecimientos. El ECDC ha publicado una evaluación rápida del riesgo sobre un brote de VHA en curso(5), notificado entre enero y mayo de este año que afecta a Austria, Chequia, Hungría y Eslovaquia, quienes notificaron un número de casos de VHA subgenotipo IB superior al previsto. Se identificaron dos clusters que incluían dos cepas de subgenotipo IB estrechamente relacionadas. Este aumento afecta principalmente a hombres adultos sin hogar, personas que consumen sustancias, o miembros de comunidades romaníes (5), aunque la situación varía entre los distintos países afectados: Hungría y Eslovaquia han notificado más casos en niños y las poblaciones afectadas principalmente son comunidades romaníes y personas en condiciones sanitarias precarias, mientras que en Chequia y Austria se han registrado más casos en adultos, afectando principalmente a personas sin hogar y consumidores de drogas; por el momento no hay evidencia de transmisión alimentaria.

Situación en España

Información epidemiológica

En el año 2025, hasta la semana 44 inclusive, se han notificado un total de 1.680 casos de hepatitis A en residentes en España (1.441 no importados y 239 importados) (1.190 casos en hombres y 490 casos en mujeres), con una tasa de notificación (TN) de 3,46, lo que supone un aumento en comparación con los 857 casos notificados durante el mismo periodo del año anterior (TN de 1,76) y los 1.038 casos notificados en todo el año 2024 (TN 2,13). Tras el bajo número de casos notificados durante los años 2020-2023, a principios del año 2024 se produjo un aumento constante en la notificación (Figura 1).

Figura 1. Número de casos mensuales de hepatitis A, total y por sexo. España, años 2018-2025.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Hasta la semana 44 de 2025, en diecisésis Comunidades Autónomas (CC. AA.) (Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Islas Baleares, Islas Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Comunidad de Madrid, Región de Murcia, Comunidad Foral de Navarra, La Rioja, País Vasco y Comunitat Valenciana), el número de casos acumulados ha sido superior a la mediana de casos notificados en años previos en esa semana, mientras que en el resto de CC. AA. y en las ciudades autónomas el número de casos ha sido similar o inferior. Comparado con el mismo periodo del año 2024, se observa un claro aumento de casos en once CC. AA. En trece CC. AA. y ciudades autónomas, el número de casos notificados hasta la semana 44 de 2025 supera ya el total de casos notificados durante todo el año 2024 (Tabla 1).



Tabla 1. Número de casos acumulados y tasa de notificación de hepatitis A, por CC. AA.

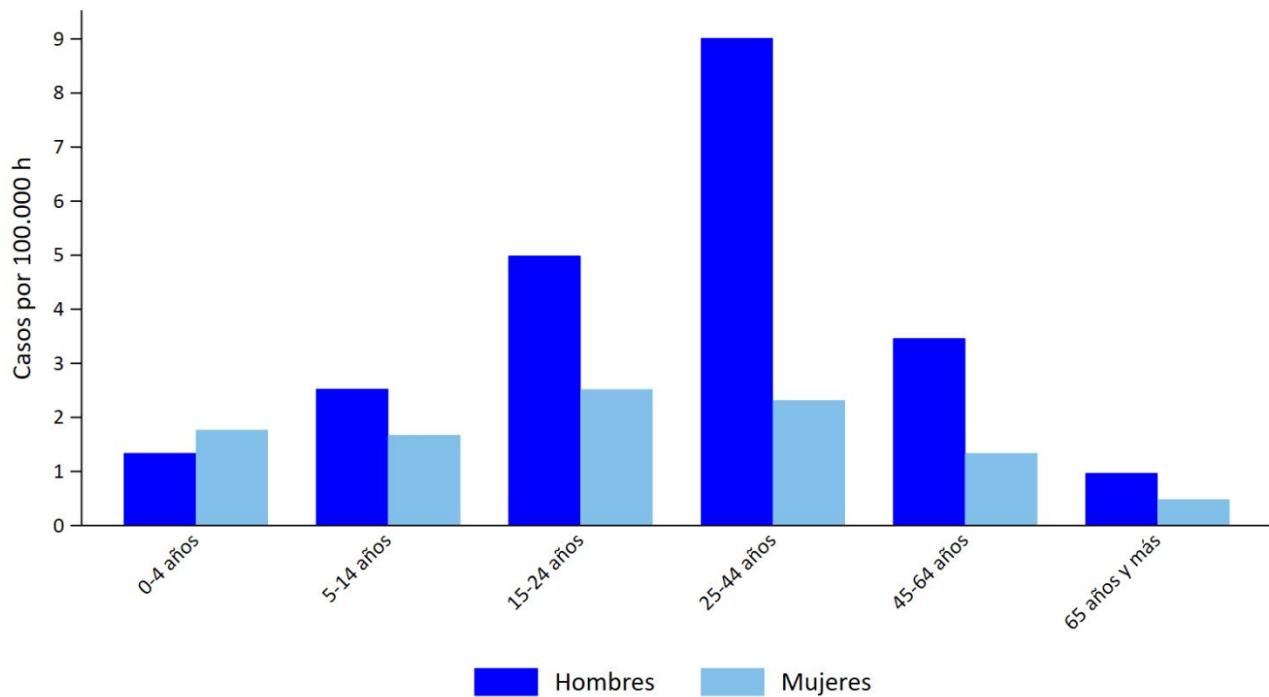
CCAA	2018-2023 Hasta la semana 44	2024 Año completo		2024 Hasta la semana 44		2025 Hasta la semana 44	
	Casos años; mediana (Min-Max)	Casos	TN	Casos	TN	Casos	TN
Andalucía	115 (54-385)	192	2,22	159	1,84	387	4,48
Aragón	20 (6-36)	15	1,11	8	0,59	59	4,37
P. Asturias	3 (1-66)	5	0,50	4	0,40	57	5,65
Illes Balears	15,5 (0-35)	51	4,14	46	3,73	21	1,70
Islas Canarias	20 (12-60)	60	2,68	58	2,59	60	2,68
Cantabria	12 (7-87)	6	1,02	6	1,02	9	1,52
Castilla La Mancha	29,5 (9-70)	15	0,71	11	0,52	54	2,57
Castilla y León	18 (8-99)	54	2,26	44	1,84	61	2,55
Cataluña	60 (28-177)	118	1,47	103	1,29	108	1,35
Ceuta	2,5 (0-6)	1	1,20	1	1,20	0	0
C. Valenciana	117,5 (29-255)	110	2,07	104	1,96	149	2,80
Extremadura	11,5 (3-26)	27	2,56	19	1,80	77	7,30
Galicia	15 (5-27)	30	1,11	27	1,00	82	3,03
C. Madrid	77 (34-343)	213	3,04	152	2,17	409	5,84
Melilla	2,5 (0-17)	0	0	0	0	0	0
R. Murcia	32 (9-78)	47	3,00	28	1,79	79	5,04
Navarra	16 (5-40)	13	1,92	10	1,47	23	3,39
País Vasco	19 (10-100)	74	3,32	70	3,14	32	1,44
La Rioja	3,5 (1-23)	7	2,16	7	2,16	12	3,70
Total España	642,5 (257-1.776)	1.038	2,13	857	1,76	1.680	3,46

TN: tasa de notificación (casos notificados por cada 100.000 habitantes)

La información sobre hospitalización estaba disponible en 1.404 casos, de los que 825 (58,8%) requirieron hospitalización. Solo se notificaron tres defunciones, entre los 1.335 casos en los que estaba cumplimentada esta variable.

En cuanto a los casos no importados (N=1.441), durante el año 2025 se mantiene la tendencia observada en 2024, con las mayores incidencias acumuladas notificadas en los grupos de 25–44 años (5,69 en 2025 frente a 2,69 en 2024) y 15–24 años (3,79 en 2025 frente a 1,89 en 2024) (Figura 2). En el mismo periodo de 2023 sin embargo, destacaron los grupos de 0-4 y 5-14 (0,78 y 0,74 respectivamente). La razón hombre/mujer fue de 2,86, superior a la del mismo periodo de los años 2023 y 2024 (1,29 y 2,16 respectivamente). Por grupos de edad, las mayores razones hombre/mujer (H/M) se notificaron en el grupo de 25-44 años (3,90) y en el de 45-64 años (2,59). En 2024, hasta la semana 44 inclusive, la mayor razón H/M se registró en el grupo de 25-44 (3,44) y el de 15-24 años (1,88) y en 2023 en los de 15-24 años (1,88) y 0-4 años (1,70). Los datos muestran un cambio durante el periodo estudiado del 2025 respecto a la tendencia observada durante el año 2024, manteniéndose el grupo de 25-44 años como el de mayor razón H/M, pero situándose el grupo de 45-65 años como el segundo con mayor razón H/M por encima del de 15-24 años.

Figura 2. Incidencia acumulada de hepatitis A por sexo y grupos de edad. España, año 2025 (hasta semana 44 inclusive).



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

En el año 2025, se notificaron 239 casos importados (14,2%), siendo este porcentaje inferior al notificado en los años 2023 y 2024 (21,5% y 16,1% respectivamente). Del total de casos importados, 133 eran hombres (55,7%). El principal grupo de edad fue el de 5-14 años (81 casos, 33,9%), seguido del de 25-44 años (56 casos, 23,4%) y el de 15-24 años (53 casos, 22,2%). En los grupos de 25-44, 45-64 y > 64 años se notificó un exceso de casos en hombres (razones H/M de 2,5, 2,4 y 2,0 respectivamente), mientras que, en los grupos de edad menores de 25 años, las razones H/M fueron similares o menores de 1.

La información sobre las posibles exposiciones que pudieron dar lugar a la infección, que sugerirían el mecanismo de transmisión, solo estaba disponible en 333 casos (19,8%). De ellos, en 213 (64,0%) se notificó transmisión por vía sexual, en 44 casos contacto directo persona a persona, en 13 el consumo de alimentos contaminados y en otros 13 casos el consumo de agua, en 12 casos exposición medioambiental (como tareas de jardinería, agricultura...), en 6 casos la exposición a aguas recreativas y en 3 casos una potencial exposición iatrogénica; en los otros 29 casos se notificaron varias potenciales exposiciones de riesgo.

Brotes

En el año 2025, hasta la semana epidemiológica 44, se han notificado 67 brotes de hepatitis A, con un total de 244 casos (mediana de 2 casos por brote; mínimo: 2 - máximo: 22 casos), lo que supone un aumento en el número de brotes respecto al mismo periodo de 2023 y 2024 (11 y 50 brotes respectivamente). De estos 67 brotes, 8 fueron importados (11,9%), incluyendo 1 entre temporeros de origen portugués, lo que supone un aumento en comparación con el año 2023 (1 brote importado, 9,1%) pero es inferior a lo observado en el año

2024 (10 brotes importados, 20,0%). Se disponía de información sobre el ámbito de exposición en 61 brotes (91,0%); el principal ámbito fue el hogar (48 brotes, 78,7%), al igual que en los años 2023 y 2024, seguido de la restauración colectiva (5 brotes), el ámbito educativo y otros ámbitos (varios ámbitos de exposición u otros ámbitos colectivos no especificados) (3 brotes cada uno) y el ámbito comunitario (ocurrido en un territorio concreto en la comunidad, pero sin un ámbito definido) (2 brotes). El mecanismo de transmisión estaba disponible en 44 brotes (65,7%); el principal mecanismo de transmisión, al igual que en 2023 y 2024, fue el contacto directo persona a persona (38 brotes, 86,4%), seguido del consumo de alimentos (3 brotes, 6,8%), transmisión por contacto con agua (2 brotes, 4,5%) y por objetos contaminados (1 brote, 2,3%).

Tanto el tipo de ámbito de exposición como el mecanismo de transmisión involucrado en el mayor número de brotes del periodo de estudio de 2025 se mantiene respecto a los años anteriores, continuando la misma tendencia observada en la evaluación de riesgo publicada en 2024.

Información genómica

En el marco de los programas de vigilancia microbiológica que mantiene el Centro Nacional de Microbiología (CNM), se reciben de manera voluntaria aislados de VHA para el estudio gratuito de brotes y la secuenciación de todos los casos ARN positivos. Las muestras son enviadas desde los Servicios Regionales de Epidemiología o desde los hospitales del Sistema Nacional de Salud de manera voluntaria, especialmente cuando los brotes son de mayor magnitud. Esta actividad permite caracterizar dichos brotes y comparar las secuencias obtenidas con las aportadas por otros países de la UE para identificar brotes transnacionales.

Durante el año 2025 (hasta el 19 de noviembre) el CNM obtuvo un total de 168 secuencias de casos de hepatitis A, de las cuales 121 (72,0%) fueron dadas de alta en el CNM por las CC. AA. como posible brote. Esto supone un aumento de más del doble de casos analizados respecto a 2024.

Se investigaron 9 posibles brotes en distintas CC. AA. Adicionalmente continuó la investigación de 6 brotes iniciados en 2024 que presentaron casos en 2025 que afectaban a varias CC. AA.

En total, entre brotes y casos aislados, se identificaron 157 casos de genotipo IA, 9 casos de genotipo IB y 2 casos de genotipo IIIA (frente a los 58, 11 y 0 encontrados en 2024 respectivamente). Se encontró una gran heterogeneidad genética en los posibles brotes estudiados, indicando que la asociación epidemiológica inicial no siempre coincidía con la genética.

Entre las asociaciones genéticas observadas al comparar las secuencias de genotipo IA con las proporcionadas por otros países europeos, se observa relación entre la secuencia de un brote comunicado por Portugal vinculado principalmente a transmisión sexual entre hombres GBHSH (3,6) con casos en varios países europeos y 35 casos distribuidos en diversas CC. AA., lo que sugiere un posible vínculo común a través de redes de transmisión sexual o una fuente compartida. Por otro lado, encontramos casos comunicados por varios países europeos que representan un grupo genético que se ha ido identificando entre 2024 y 2025 en Canarias, Castilla y León, País Vasco, C. Madrid, P. Asturias, Extremadura, R. Murcia, Andalucía y Galicia. En otro país europeo, se identificaron dos secuencias del genotipo IA distintas; la primera, se asoció con 15 casos de Aragón y Extremadura, mientras que la segunda, presentó similitudes genéticas con 15 casos de País Vasco, Aragón y Cataluña. Por otra parte, se encontraron 3 grupos genéticos que se distribuían por tres o más CC. AA. y no correspondían con ninguna secuencia comunicada a nivel europeo.

Por lo tanto, el análisis comparativo reveló asociaciones internacionales en varios casos del genotipo IA, y en menor medida para casos del genotipo IB (secuencias comunicadas por otro país europeo se identificaron en casos aislados de Castilla y León y País Vasco). Estos hallazgos sugieren la existencia de cadenas de transmisión compartidas a nivel nacional e internacional. En la mayor parte de los brotes en los que se ha identificado asociación, a excepción del comunicado por Portugal vinculado principalmente a transmisión sexual entre hombres GBHSH(3), no se dispone de una hipótesis clara sobre cuál es la fuente o mecanismo de transmisión; esta situación contrasta con lo observado hasta la semana 46 de 2024, cuando la agrupación con mayor número de secuencias se asociaba a dos brotes registrados en Reino Unido y Portugal y en ambos casos existía una hipótesis clara sobre el mecanismo de exposición, estando asociados principalmente a la transmisión sexual entre hombres GBHSH.

Información general sobre la enfermedad

La hepatitis A es una enfermedad aguda del hígado, causada por el virus de la hepatitis A (VHA). Se presenta tanto en forma esporádica como epidémica, con diversos patrones de endemidad en las diferentes regiones del mundo, y se vincula con frecuencia a condiciones sanitarias deficientes.

La infección aguda por VHA en adultos es normalmente autolimitada. La enfermedad es sintomática en más del 70% de los adultos, mientras que la clínica es infrecuente en niños menores de 6 años. Los síntomas suelen iniciarse con náuseas, vómitos, anorexia, fiebre, malestar general o dolor abdominal, seguidos en los días siguientes de ictericia, prurito y coluria, pudiendo acompañarse de heces acólicas. El fracaso hepático fulminante, que se desarrolla dentro de las 8 semanas desde el inicio de los síntomas, es raro y ocurre con mayor frecuencia en personas mayores de 50 años, personas inmunodeprimidas o aquellas con alguna hepatopatía subyacente. La letalidad de la hepatitis A es muy baja (<0,5%), pero puede ser superior al 1,5% en mayores de 50 años.

La transmisión se produce persona a persona por vía fecal oral. La mayoría de la transmisión ocurre en ámbitos cerrados donde se realiza una convivencia estrecha, principalmente en el hogar. Determinadas prácticas sexuales pueden representar un factor de riesgo para la transmisión del VHA, particularmente las prácticas de sexo oral-anal, por lo que las medidas usadas habitualmente para prevenir infecciones de transmisión sexual (uso de preservativo, etc.) no previenen la transmisión de este virus en estos casos. Otras formas de transmisión son la hídrica y alimentaria: suele asociarse al consumo de alimentos crudos o poco cocinados (como frutas, hortalizas o moluscos bivalvos) o de alimentos contaminados por manipuladores infectados. En los países de alta renta, con buenas condiciones higiénico-sanitarias del agua, los brotes de transmisión hídrica son infrecuentes (7).

Vigilancia de la Hepatitis A en España.

La hepatitis A es una enfermedad de declaración obligatoria en España desde el año 1995, según el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), actualizado en la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995. Las CC. AA. notifican de forma individualizada los casos probables y confirmados al Centro Nacional de Epidemiología (CNE), así como los brotes una vez concluida su investigación. Ante brotes supracomunitarios, la notificación desde la CC. AA. es urgente al CNE y al CCAES desde donde, en caso de ser necesario, se notifica

al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de Unión Europea (EWRS) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Estrategia de vacunación en España

Las vacunas disponibles frente a la hepatitis A en España se preparan a partir de cepas del virus adaptadas para los cultivos celulares e inactivados con formaldehído. Todas las vacunas frente a hepatitis A son altamente inmunógenas. La vacunación frente a hepatitis A consiste en la administración de una única dosis, tanto de las vacunas pediátricas como de las de adultos; la administración de una dosis de recuerdo a partir de los 6 meses asegura una protección a largo plazo. No hay ninguna vacuna autorizada para menores de 12 meses. Aunque no se ha estudiado el uso en mujeres embarazadas, se considera que el riesgo es bajo al ser virus inactivados y se puede usar cuando sea claramente necesario y extremando la precaución. También existe un preparado de vacuna combinada hepatitis A y hepatitis B (pauta 0, 1 y 6 meses)(8).

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) recomienda la vacunación frente a hepatitis A en grupos con riesgo de enfermedad grave o con prácticas de alto riesgo de infección y como medida post-exposición para prevenir infección en contactos. No se recomienda la vacunación sistemática dentro del calendario de vacunación a lo largo de toda la vida del Sistema Nacional de Salud (SNS). En cuanto a la vacunación en población infantil, Cataluña y las ciudades de Ceuta y Melilla incluyen esta vacunación en sus calendarios de vacunación infantiles(9–11).

Las recomendaciones vigentes en la actualidad se actualizaron en el seno del CISNS en mayo de 2017. Además, en 2018 se publicaron por parte del Ministerio de Sanidad las recomendaciones de vacunación en el adulto y en personas pertenecientes a grupos de riesgo de enfermedad grave o de alto riesgo de infección, algunas de las cuales incluían la vacunación frente a hepatitis A, actualizando en algunos casos las recomendaciones emitidas en 2017(9).

Las recomendaciones vigentes incluyen la vacunación frente a hepatitis A en los siguientes grupos(9,11):

- Personas con enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis.
- Personas transplantadas o en espera de trasplante hepático. En personas con otros trasplantes de órgano sólido y trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) (tanto en pacientes pediátricos como en edad adulta) la vacunación se recomienda únicamente si hay presencia de otros factores de riesgo (hepatopatías, estilos de vida que conllevan mayor riesgo, riesgo ocupacional).
- Personas con infección por VIH.
- Personas en situaciones que conllevan un mayor riesgo de infección, como personas que se inyectan drogas y personas sin hogar.
- Viajeros a zonas de alta o moderada endemidad que se desplacen a zonas rurales o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes, valorándose de forma especial a la población infantil nacida en España cuyos padres, originarios de países endémicos, viajen o estén en contacto con personas provenientes de entornos de alta endemidad.
- En el entorno laboral:

- Personas que trabajan con primates no humanos.
 - Personal sanitario en ciertas situaciones de mayor riesgo, como personal de laboratorio que trabaje de forma específica con virus de la hepatitis A.
 - Personal de servicios públicos esenciales (por ejemplo, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, bomberos o servicios de protección civil) que participe en servicios de emergencias como situaciones de catástrofes, funciones en el subsuelo, etc.
 - Personal que se desplace a trabajar a zonas de alta o moderada endemidad de hepatitis A, que se dirija a zonas rurales de países en desarrollo o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes.
 - Se valorará la vacunación de personal susceptible en centros de educación infantil de 0 a 3 años con presencia de menores procedentes de países de alta endemia.
- Convivientes y cuidadores/as susceptibles que vayan a estar en contacto (en los 60 días posteriores a su llegada) con menores de adopción internacional que provienen de zonas de alta endemidad.
 - Además, la vacuna frente a VHA es efectiva como medida postexposición para prevenir la infección en contactos estrechos de personas con hepatitis A. En estos casos, deberá administrarse en la primera semana tras la exposición. No se ha determinado la eficacia de la vacuna ni de la inmunoglobulina (Ig) si se administran más de dos semanas después.

En cuanto a las recomendaciones dirigidas a la población adulta y a la población de riesgo, se deberá realizar estudio serológico (determinación de IgG) en aquellas personas nacidas en 1967 y años anteriores, siempre que sea posible. En las personas nacidas después de 1967 se asume susceptibilidad(12).

Por último, cabe destacar que la inmunidad pasiva con Ig puede proporcionar una protección completa contra la infección, lo que indica que los anticuerpos séricos son suficientes para prevenir la infección. Sin embargo, la administración de Ig ofrece sólo una protección de corta duración en comparación con la inmunidad prolongada que confiere la vacunación.

Datos de inmunización frente a VHA

Según el estudio nacional de seroprevalencia de enfermedades inmunoprevenibles realizado en 2017-2018, la prevalencia de anticuerpos frente al VHA aumentaba progresivamente con la edad, presentando un 10% en los menores de 15 años y un 70% en el grupo de 50-59 años. En relación a los grupos de edad donde se ha descrito el mayor número de casos en los últimos meses, los grupos de edad de 15-29 años y 30-49 años, la proporción de personas inmunes se encuentra entre el 15% y el 36%(12).

No se dispone de datos a nivel nacional sobre coberturas de vacunación frente a hepatitis A en diferentes grupos de la población española. Sin embargo, sí existen datos procedentes de determinados sistemas de información o programas que pueden aportar información sobre grupos poblacionales específicos. Cabe destacar que algunos grupos poblacionales, como los GBHSH nacidos fuera de España, pueden presentar coberturas vacunales distintas a las de los casos nacidos en España.

Así, según el sistema de información de programas de profilaxis pre-exposición al VIH (SIPrEP) en España, el 50,7% de los usuarios de PrEP incluidos en el sistema SIPrEP están inmunizados frente a hepatitis A, bien mediante vacunación (40,7%) o por haber pasado la infección (10,0%), y un 34,1% son susceptibles de contraer la infección por el virus de la hepatitis A(13). Por otro lado, según la Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS) de 2017, estudio realizado en 50 países europeos a través de una encuesta online donde se recogió información sobre prácticas sexuales, consumo de drogas, salud psicosocial, prueba del VIH/ITS, entre otras, en el colectivo de hombres GBHSH, el 38% de los participantes residentes en España reportó estar completamente vacunado contra la hepatitis A, y el 42% lo estaba frente a la hepatitis B. No obstante, un 26% de los encuestados desconocía su estado de vacunación frente a estas infecciones, lo que refleja una falta de conocimiento en torno a la inmunización en este grupo(14).

Según datos de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH de 2025, en la que participaron 517 hombres que habían adquirido la infección por VIH a través de relaciones homo/bisexuales no protegidas, el 40,6% de estos estaban vacunados frente a la hepatitis A, sin observarse variaciones en el periodo 2021-2025(15).

Evaluación del riesgo para España

En 2025 se mantiene una tendencia ascendente en la notificación de la hepatitis A ya evidenciada en años anteriores. Desde el inicio de 2025 hasta la semana epidemiológica 44, se han registrado más casos que durante todo el año 2024 y casi el doble que en el mismo periodo del año anterior. Se ha identificado como limitación significativa que la información disponible en la RENAVE no permite determinar con precisión las causas del incremento observado, dada la baja cumplimentación de la variable de exposición (que indica el mecanismo de transmisión), en especial en los casos individualizados, debida entre otros motivos al largo periodo de incubación de la enfermedad, que dificulta la identificación de la fuente de infección, especialmente en casos sin aparentes vínculos epidemiológicos con otros casos. Esta limitación ya había sido señalada en la evaluación de riesgo publicada en 2024(1) y vuelve a evidenciarse, así solo el 19,8 % de las notificaciones registraron información sobre la fuente de exposición. Por otra parte, la no disponibilidad de determinadas variables sociodemográficas en RENAVE también supone una limitación.

Al igual que en la anterior evaluación del riesgo, los datos disponibles sugieren que la tendencia creciente en la notificación no está relacionada con la importación de casos ni con la identificación de grandes brotes con una fuente común. El aumento de casos podría no obedecer a un único mecanismo de transmisión sino a la combinación de varios de ellos, tal y como se extrae de la escasa información disponible al respecto en RENAVE. Así, al igual que en 2024, en lo relativo a las características de los casos notificados, se ha observado mayor incidencia en hombres adultos jóvenes, con una razón hombre: mujer en torno a 3:1, continuando la hipótesis de transmisión en la población de hombres GBHSH.

Dado el patrón epidemiológico que se observa y, teniendo en cuenta que existen medidas disponibles de profilaxis post exposición, el riesgo en la población general se considera bajo en el momento actual. Considerando que la susceptibilidad de la población a hepatitis A es alta, debido tanto a los niveles bajos de circulación de esta enfermedad en España como a que actualmente no está incluida su vacunación de manera sistemática en el territorio nacional (a excepción de Cataluña, Ceuta y Melilla, en donde se incluye en el

programa de inmunización infantil), podrían aparecer casos de transmisión secundaria en personas en contacto con población que tenga alto riesgo de infección.

En cuanto a las personas con mayor probabilidad de exposición, como los GBHSH, la limitada cobertura vacunal pese a la recomendación de vacunación sitúa su probabilidad de infección en un nivel moderado. Aunque la enfermedad suele ser de gravedad baja, las personas inmunodeprimidas o con hepatopatías pueden presentar cuadros más graves. La complejidad para realizar estudios de contactos de las parejas sexuales de los casos detectados de manera ágil y exhaustiva dificulta la administración de profilaxis postexposición, lo que puede favorecer la transmisión sostenida en ciertos subgrupos de población.

Finalmente, es importante considerar que la enfermedad, transmitida por vía fecal-oral, puede propagarse a través de agua o alimentos contaminados por una persona infectada y, por lo tanto, un brote asociado a alimentos contaminados podría afectar a múltiples grupos de la población, especialmente si el alimento se ha distribuido ampliamente.

Por lo tanto, la evaluación actual del riesgo se mantiene respecto a la publicada en 2024: bajo para la población general y moderado para grupos poblacionales específicos con mayor probabilidad de exposición.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Durante 2024 se observó en España un incremento de los casos de hepatitis A en comparación con años anteriores, tendencia que ha continuado durante las primeras 44 semanas epidemiológicas de 2025. La limitada disponibilidad de información sobre el mecanismo de transmisión procedente de los sistemas de vigilancia, debida entre otros motivos a la dificultad para obtenerla en los casos individualizados, sigue siendo una barrera importante y dificulta el análisis de este incremento, que podría responder a una combinación de mecanismos de transmisión.

En consecuencia, aunque la evaluación actual del riesgo para la población en España se mantiene respecto a la publicada en 2024, sigue siendo prioritario reforzar la vigilancia. Esto permitiría caracterizar la dinámica del aumento de casos con mayor precisión y detectar cambios en el patrón epidemiológico para ajustar las recomendaciones a la mejor evidencia disponible, incluida la vacunación de los grupos para los que está indicada. Además, es aconsejable promover estudios genómicos de los casos para relacionarlos entre sí y con los notificados en otros países europeos.

Recomendaciones

- Reforzar la vigilancia epidemiológica y sistemas de alerta precoz, mejorando la notificación de casos de hepatitis A para detectar de manera temprana aumentos o cambios en la presentación de la enfermedad y disponer de más información sobre los mecanismos de transmisión, con el fin de implementar las medidas de control pertinentes.
- Difundir el protocolo de vigilancia y de medidas de prevención y control de casos de esta enfermedad entre los profesionales sanitarios de atención primaria y otras especialidades, fundamentalmente en las áreas donde se ha detectado un aumento de los casos notificados.
- Informar a todos los grupos de población, sobre las medidas de prevención y las medidas de protección individual, así como de la conveniencia de acudir a consulta médica en caso de mostrar sintomatología compatible.
- Continuar promoviendo la vacunación de aquellas personas incluidas en los grupos de población en los que está recomendado.
- Continuar el trabajo de las administraciones públicas con la sociedad civil, sociedades científicas y otros colectivos relevantes para reforzar la difusión a la población de información sobre la enfermedad, los mecanismos de transmisión y las recomendaciones para minimizar los comportamientos que conllevan mayor riesgo de infección de este virus, previniendo el estigma y la discriminación en cualquier persona o grupo.
- Fomentar prácticas higiénicas y de seguridad alimentaria, reforzando mensajes sobre lavado de manos, manipulación segura de alimentos y consumo de agua potable, especialmente en entornos comunitarios, escolares y de restauración.
- Promover prácticas sexuales seguras mediante la utilización de métodos de barrera, como diques bucales de látex, evitar compartir objetos sexuales si no se cubren con un preservativo antes de cada uso, utilización de lubricantes a base de agua o silicona, etc.
- Mantener contacto permanente con las instituciones internacionales, en concreto con la Comisión Europea y el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), para hacer un seguimiento de este aumento de casos y de las posibles notificaciones en otros países que puedan estar relacionadas, tomando de forma coordinada las medidas oportunas según evolucione la situación.



Referencias

1. Evaluación Rápida de Riesgo. Aumento de casos de Hepatitis A en España, 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/hepatitis/docs/20241220_ERR_HepatitisA.pdf
2. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. Disponible en: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>
3. Rosendal E, von Schreeb S, Gomes A, Lino S, Grau-Pujol B, Magalhães S, et al. Ongoing outbreak of hepatitis A associated with sexual transmission among men who have sex with men, Portugal, October 2023 to April 2024. Euro Surveill. 23 de mayo de 2024;29(21):2400272. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11128743/>
4. Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, Mårdh O, Varela C, Avellón A, et al. Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017. Eurosurveillance. 16 de agosto de 2018;23(33). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.33.1700641>
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: multi country outbreak of hepatitis A in the EU/EEA: 18 June 2025. LU: Publications Office; 2025. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/4641610>
6. Communicable Disease Threats Report. Week 25, 14-20 June 2025. European Center for Disease Prevention and Control.pdf. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2025-WCP-0031%20Final.pdf>
7. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III; 2013. Disponible en: <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-20de-20vigilancia-20de-20hepatitis-20a-pdf>
8. Vacunación en población adulta [Internet]. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Ministerio de Sanidad.; 2018. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Vacunacion_poblacion_adulta.pdf
9. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. [Internet]. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Ministerio de Sanidad.; 2018 jul. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf
10. Calendario de vacunación condiciones de riesgo (infantil). Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRinfantil.pdf



11. Recomendaciones de vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Ministerio de Sanidad; 2017 abr. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Recomend_HepatitisA.pdf
12. 2º Estudio de Seroprevalencia en España. Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
13. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Sistema de información de programas de Profilaxis Pre-exposición al VIH en España (SIPrEP). Informe de resultados noviembre 2019-mayo 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Informe_SiPreP_septiembre2025.pdf
14. Encuesta Europea On-line para hombres que tienen sexo con otros hombres. 2017: Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/Encuesta_Europea_On-line_para_hombres_que_tienen_sexo_con_otros_hombres._Acces.pdf
15. Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2025. Análisis de la evolución 2010-2025. Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III / División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2025. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe-encuesta-hospitalaria_2010_2025