



SUMARIO

Incidencia de ictus en Navarra, 2009-2023	1
Programa de eliminación de la hepatitis C en Navarra, 2024	5
Infección por el virus de la hepatitis B en Navarra, 2024	8
Casos de enfermedades transmisibles objeto de vigilancia en Navarra. Semanas 1 a 13 de 2025	11

INCIDENCIA DE ICTUS EN NAVARRA, 2009-2023

El término enfermedad cerebrovascular engloba diversas patologías, entre ellas, el accidente cerebrovascular (ACV) o ictus. Estas patologías se caracterizan por la afectación de alguna región del cerebro, de manera transitoria o permanente, debido a una reducción del flujo sanguíneo (isquemia) o a la ruptura de un vaso sanguíneo (hemorragia). El ictus constituye una de las enfermedades de mayor impacto a nivel mundial, situándose como la segunda causa de muerte y la principal responsable de discapacidad neurológica crónica en la población adulta. Anualmente, unas 120.000 personas sufren un ACV en España y unas 25.000 personas fallecen por este motivo. En Navarra, la enfermedad cerebrovascular es una causa importante de muerte, representando el 5,3% de los fallecimientos en 2023. Su etiología es multifactorial y se ve influenciada notablemente por la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables como la hipertensión arterial, el tabaquismo y la hipercolesterolemia, entre otros.

A partir del análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) y del Registro de Mortalidad analizamos la incidencia de un primer ACV agudo establecido o ictus en los últimos 15 años en Navarra. Se definió como primer ictus o ictus incidente a aquel que ocurre en una persona que no había tenido un ingreso hospitalario en los 5 años anteriores con diagnóstico de ictus (hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracerebral o infarto cerebral). Se incluyeron ingresos hospitalarios en los que el ictus aparecía codificado como diagnóstico principal y/o primer diagnóstico secundario, excluyendo aquellos que pre-

sentaban en alguno de esos dos diagnósticos códigos de neoplasia cerebral primaria o metástasis cerebral, neoplasia hematológica o traumatismo, por tratarse de posibles ictus secundarios.

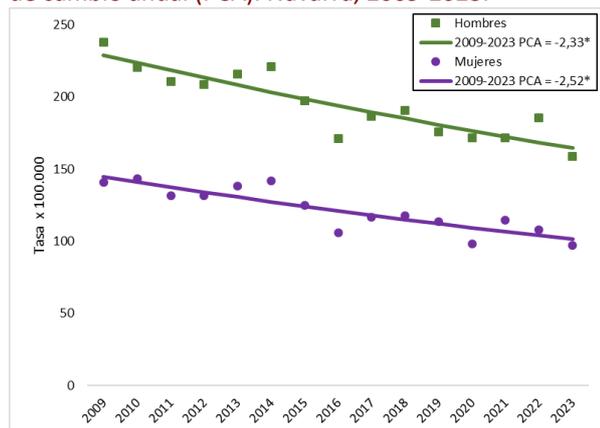
Del Registro de Mortalidad se tomaron los casos con códigos de ictus como causa fundamental de la muerte. Además de los códigos de hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracerebral o infarto cerebral, también se incluyeron los códigos de isquemia cerebral transitoria, oclusión y estenosis de las arterias cerebrales y de otras enfermedades cerebrovasculares que podrían tratarse de verdaderos ictus mal codificados. Estos casos pueden corresponder a diferentes situaciones, incluyendo aquellas en las que los pacientes fallecen por un ictus antes de llegar a un centro hospitalario o durante su atención en los servicios de urgencias, aquellos que reciben tratamiento ambulatorio o son atendidos en hospitales de fuera de Navarra. Únicamente se consideraron los casos de personas residentes en Navarra.

Incidencia de ictus

De los pacientes con un primer ictus, el 52% eran hombres y el 48% mujeres. La edad media fue de 73,1 y 79,8 años, respectivamente. En torno a 37 de cada 100 ictus incidentes se dieron en menores de 75 años y 63 de cada 100 en personas de 75 o más años. El 72,4% fueron ictus isquémicos (infarto cerebral), el 19,9% hemorrágicos (hemorragia subaracnoidea o hemorragia intracerebral) y en el 7,7% restante no se especificó el tipo. El número medio anual de primeros

episodios de ictus en Navarra ha descendido un 7,3% en el periodo 2019-2023 (1004 casos) en comparación con el 2009-2013 (1083 casos). La tasa ajustada de incidencia, que tiene en cuenta tanto el crecimiento como el envejecimiento de la población, mostró una disminución del 21,6%, pasando de 176 a 138 por cada 100.000 habitantes (Tabla 1). El porcentaje de descenso medio anual fue similar en ambos sexos, del 2,3% en hombres y del 2,5% en mujeres (Figura 1).

Figura 1. Tasa de incidencia de ictus ajustada por edad a la población estándar europea por sexo. Porcentaje de cambio anual (PCA). Navarra, 2009-2023.



En los tres quinquenios analizados, la tasa de incidencia de ictus y las tasas específicas por grupos de edad fueron superiores en hombres respecto a mujeres, con una diferencia del 60% en la incidencia global entre ambos sexos (Tabla 1).

En el análisis de tendencia estratificado por grupos de edad, las tasas descendieron durante 2009-2023 en los hombres menores de 55 años a un ritmo de un 2,5% al año, mientras que en las mujeres no se identificaron cambios importantes. En el grupo de 55-74 años, se observó una tendencia descendente de la incidencia en ambos sexos del 1,5% anual en hombres y del 2,7% en mujeres. En las personas de 75 o más años, las tasas descendieron durante los quince años de análisis a un ritmo similar en ambos sexos, del 2,9% anual en hombres y del 2,8% en mujeres (Figura 2).

La tasa ajustada de Navarra en 2014-2018, 156 por 100.000 habitantes, fue menor que la estimada para España en el mismo periodo, 182 por 100.000, y que la de Italia o Francia, que fueron los países con menores tasas de incidencia de ictus de Europa en 2017 (162 y 165 por 100.000, respectivamente).

Factores de riesgo cardiovascular

Según los diagnósticos de las altas hospitalarias de los pacientes con un primer ictus, el FRCV más frecuentemente registrado fue la hipertensión arterial, que se encontró en el 47,2% de los casos. Le siguieron en frecuencia la dislipemia (32,6%), la fibrilación/flutter auricular (29,0%), el tabaquismo (25,6%) y la diabetes mellitus (24,2%). El 10,0% de los pacientes tenían cardiopatía isquémica, el 6,8% antecedente de ataque isquémico transitorio o infarto cerebral, el 4,8% insuficiencia cardiaca y el 4,7% sobrepeso u obesidad. Con menor frecuencia, también estuvieron presentes el consumo de alcohol (2,0%) o drogas (0,4%) (Tabla 2).

Tabla 1. Número medio anual y tasa de incidencia de ictus ajustadas por edad a la población estándar europea por sexo, grupos de edad y quinquenio.

Sexo y edad en años	Número medio anual de primeros episodios de ictus ^c			Tasa ajustada media anual por 100.000		
	2009-2013	2014-2018	2019-2023	2009-2013	2014-2018	2019-2023
Hombres						
0-54	64	54	48	27	22	20 ^a
55-74	193	205	212	330	311	288 ^a
≥ 75	298	286	275	1353	1158	1013 ^b
Total	556	545	535	216	191	171^b
Mujeres						
0-54	28	30	33	13	13	14
55-74	93	99	88	151	144	115 ^b
≥ 75	406	372	347	1024	872	769 ^b
Total	527	501	469	136	120	105^b
Ambos sexos						
0-54	92	84	81	20	18	17 ^a
55-74	286	304	300	241	227	201 ^b
≥ 75	704	658	622	1189	1015	891 ^b
Total	1083	1046	1004	176	156	138^b

^a Diferencia estadísticamente significativa respecto al periodo 2009-2013.

^b Diferencia estadísticamente significativa respecto al periodo 2014-2018.

^c Las sumas de las columnas pueden no coincidir con los totales debido al redondeo de decimales en el número medio anual.

Figura 2. Tendencia de las tasas de incidencia de ictus ajustadas por edad a la población europea por grupos de edad y sexo. Porcentaje de cambio anual (PCA). Navarra, 2009-2023.

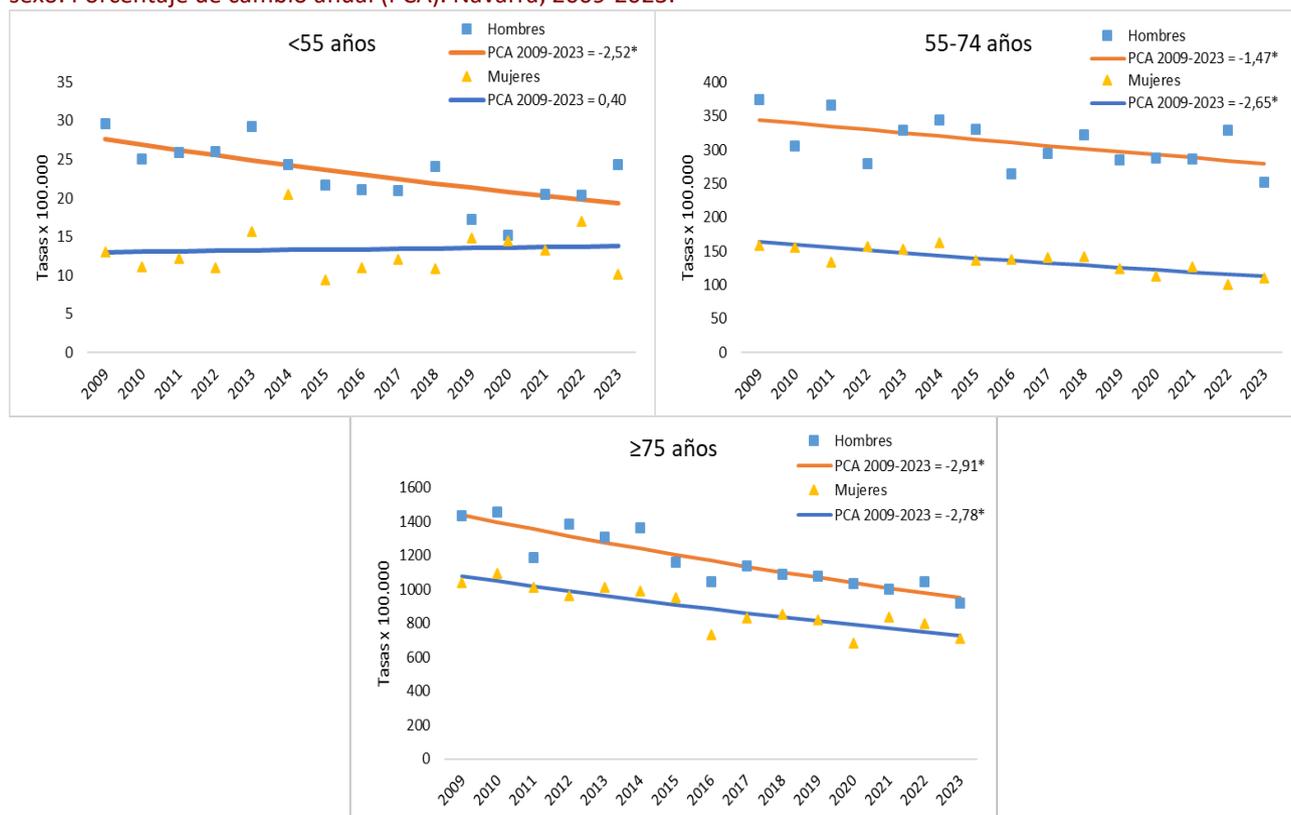


Tabla 2. Frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular registrados en los diagnósticos de las altas hospitalarias en pacientes con un primer ictus, por grupos de edad y sexo. Navarra, 2009-2023.

Factores de riesgo cardiovascular	Total	Hombres		Mujeres	
		<50 años	≥50 años	<50 años	≥50 años
Todos los ictus	(N=13.864)	(N=463)	(N=7.066)	(N=300)	(N=6.035)
Hipertensión arterial	47,2%	24,8%	47,6%	16,3%	50,0%
Fibrilación / flutter auricular	29,0%	2,2%	28,0%	2,0%	33,6%
Cardiopatía isquémica	10,0%	4,3%	13,5%	1,3%	6,7%
Insuficiencia cardiaca	4,8%	0,9%	4,1%	1,7%	6,1%
Diabetes mellitus	24,2%	7,3%	27,3%	4,7%	22,8%
Dislipemia	32,6%	21,8%	34,7%	8,0%	32,2%
Sobrepeso / Obesidad	4,7%	5,6%	4,8%	5,7%	4,6%
Tabaquismo (actual o pasado)	25,6%	37,6%	38,4%	29,3%	9,5%
Alcohol (consumo / abuso / dependencia)	2,0%	2,4%	3,5%	0,3%	0,4%
Drogas (consumo / abuso / dependencia)	0,4%	3,2%	0,4%	3,0%	0,1%
Antecedente de accidente isquémico transitorio / infarto cerebral	6,8%	2,6%	7,3%	1,0%	6,8%

El 84,4% de los pacientes hospitalizados por un primer ictus tenían al menos uno de los factores de riesgo estudiados y el 57,7%, al menos dos factores. La concurrencia de factores más frecuente fue la de hipertensión arterial junto con fibrilación/flutter auricular o dislipemia. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cerebrovascular.

El descenso de la incidencia de ictus durante las primeras décadas del siglo XXI ha sido descrito por otros países de altos ingresos. Li y colaboradores señalaron que “La incidencia del ictus sigue disminuyendo en Oxfordshire y en otros entornos de altos ingresos en los últimos 30 años. Sin embargo, debido al envejecimiento de la población, incluso si la incidencia específica por edad del ictus continuara reduciéndose al ritmo actual, el número de nuevos casos anuales en

los países de altos ingresos seguiría aumentando en los próximos 30 años". En el periodo de estudio no evidenciamos un aumento en el número de primeros episodios de ictus en Navarra.

El informe "Global Burden of Disease Study 2021" identificó desigualdades en la carga del ictus y sus factores de riesgo según la región, el país y el nivel de ingresos, mostrando una tendencia general a la reducción de las tasas estandarizadas por edad de incidencia, prevalencia, mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad del ACV en la mayoría de los países analizados entre 1990 y 2021. En el caso de España, se registró una disminución del 50% en la tasa de incidencia estandarizada del ictus durante dicho periodo, descenso superior al observado en el conjunto de Europa Occidental, que fue del 43%. Este estudio también estima que los años de vida ajustados por discapacidad, las muertes y los costes debidos al ictus se duplicarán en el mundo entre 2020 y 2050.

La prevención primaria del ictus se orienta a la identificación y abordaje de los FRCV antes de que se manifiesten clínicamente en los individuos. Este enfoque implica la detección precoz y el control de condiciones como la hipertensión arterial, la dislipemia, la obesidad y la diabetes, entre otras, con el propósito de reducir la probabilidad de experimentar un primer episodio de ACV. En una muestra representativa de los pacientes con ictus atendidos en España se encontró que solo el 1,2% tenía un control adecuado de todos los FRCV. Según el mismo estudio el 29,8% de los pacientes tenían el colesterol LDL bien controlado, el 17,6% la tensión arterial adecuadamente controlada y el 50,2% de los diabéticos presentaban control de la hemoglobina glicosilada.

La disminución de la carga del ictus también requiere la implementación de estrategias efectivas de prevención secundaria. Las personas que han padecido un ACV o un ataque isquémico transitorio presentan un riesgo considerablemente elevado de recurrencia, por lo que es fundamental que cuenten con un plan estructurado de prevención secundaria. Dicho plan debe asegurar el acceso a un seguimiento médico periódico, una terapia farmacológica adecuada y recomendaciones específicas sobre hábitos saludables, con el objetivo de minimizar la probabilidad de que sufran nuevos eventos vasculares.

Conclusiones

- En Navarra se registran en torno a 1044 nuevos ACV anuales, de los cuales aproximadamente un 37% ocurren en menores de 75 años.
- Entre 2009 y 2023, se ha registrado una disminución en la incidencia de ictus, a pesar de un con-

texto marcado por el crecimiento y envejecimiento de la población de Navarra.

- La tasa de incidencia de ictus es un 60% más alta en hombres que en mujeres.
- La tasa de incidencia de ictus en el quinquenio 2019-2023 ha descendido un 22% respecto a la de 2009-2013, sin diferencias importantes por sexo.
- Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentemente registrados en los casos de ictus incidentes hospitalizados son la hipertensión arterial, la dislipemia y la fibrilación/flutter auricular.
- El 84,4% de los pacientes hospitalizados por un primer ictus presentaban al menos uno de los factores de riesgo cardiovascular estudiados.
- La adopción de hábitos de vida saludables, junto con el diagnóstico temprano y el control efectivo de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia y la fibrilación auricular, entre otros, pueden estar influyendo en la reducción de la incidencia de ictus en Navarra.

Referencias

- Li L et al. Trends in Stroke Incidence in High-Income Countries in the 21st Century: Population-Based Study and Systematic Review. *Stroke* 2020; 51(5):1372-1380. doi:10.1161/STROKEAHA.119.028484
- Ministerio de Sanidad. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/Estrategia_en_ictus_del_SNS_Actualizacion_2024_accesible.pdf
- Abellán Alemán J et al. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. *Med Clin (Barc.)* 2011;136:329-35. doi: 10.1016/j.medcli.2010.04.035
- Truelsen T et al. Trends in stroke and coronary heart disease in the WHO MONICA Project. *Stroke* 2003;34:1346-1352. doi: 10.1161/01.STR.0000069724.36173.4D
- Wafa, HA et al. Burden of stroke in Europe: thirty-year projections of incidence, prevalence, deaths, and disability-adjusted life years. *Stroke* 2020;51:2418-2427. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.029606
- GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024;23:973-1003. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00369-7
- Feigin VL et al. World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *Int J Stroke* 2025;20:132-144. doi:10.1177/17474930241308142

PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C EN NAVARRA, 2024

Antecedentes

El virus de la hepatitis C (VHC) se transmite principalmente por vía parenteral, por la exposición percutánea o de mucosas a sangre infectada con el virus. También puede transmitirse por relaciones sexuales, principalmente entre hombres, y por transmisión vertical de la madre infectada al recién nacido. La prevalencia de infección superó el 1% en la última década del siglo XX en España. Sin tratamiento, entre el 55% y 85% de las personas infectadas tienden a hacer crónica la infección. Por todo ello, llegó a ser una causa importante de carga de enfermedad en España.

En 2015 se puso en marcha el Plan Estratégico Nacional frente a la Hepatitis C, con el fin de coordinar el acceso a los nuevos tratamientos de todas las personas con infección por el VHC.

La curación de la infección tiene grandes beneficios para el paciente y también para la sociedad, al evitar nuevos contagios. Los buenos resultados de estos tratamientos han llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a proponer el **objetivo de eliminación de la infección por el VHC para 2030**.

A continuación, describimos la situación y evaluamos los avances en el control de esta infección en Navarra.

Vigilancia y diagnóstico de la infección VHC

Los siguientes resultados se han obtenido a partir del sistema de vigilancia epidemiológica de la infección por VHC en Navarra, que se nutre de los diagnósticos microbiológicos.

Las personas que han entrado en contacto con el VHC presentan anticuerpos anti-VHC positivos. Sin embargo, solo las que tienen carga viral detectable (ARN VHC+) son las que tienen la **infección activa**. Estas personas pueden transmitir la infección, y en ellas la infección puede producir daño hepático con el transcurso del tiempo, por lo que son las candidatas al tratamiento. Las personas que nunca han tenido carga viral detectable, o que la han negativizado espontáneamente o tras el tratamiento, no son contagiosas y se considera que han curado la infección (Figura 1).

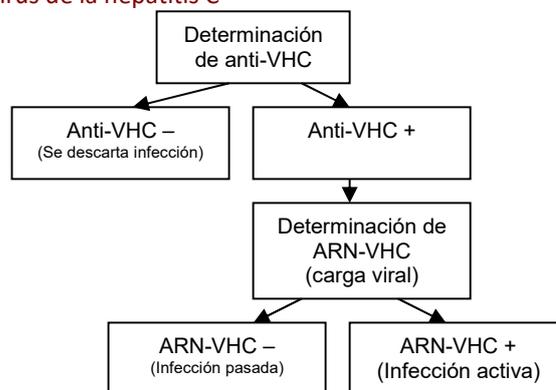
Control de la infección por el VHC

1- Prevención de nuevos contagios por el VHC

No es fácil conocer con precisión el número de nuevos contagios por el VHC que se producen, ya que algunos pueden tardar tiempo en detectarse. El mejor indicador que disponemos es el número de nuevos diagnósticos en los que hay evidencia de que el contagio ha sido reciente, bien por el debut agudo, por la existencia de pruebas previas negativas o por una única exposición de riesgo reciente.

En 2024 se diagnosticaron 6 infecciones activas de contagio reciente por el VHC en Navarra, frente a las 2 de 2023 (Tabla 1). De estos 6 casos de infección activa con evidencia de contagio reciente, 3 fueron debidos al uso de material de inyección compartido y 3 a relaciones sexuales entre hombres. Todos los nuevos contagios fueron autóctonos y se produjeron en hombres con edades entre 47 y 64 años. Cinco fueron reinfecciones tras la curación de una infección previa y re-exposición de riesgo. Un caso debutó con clínica de hepatitis C aguda.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la infección por el virus de la hepatitis C



Para seguir avanzando en la prevención de nuevas infecciones se requiere:

- El diagnóstico, tratamiento y curación de todas las infecciones activas, ya que son foco potencial de contagio para otras personas. En entornos donde se mantienen prácticas de riesgo, mientras no se consiga la curación de todas las infecciones, persistirá el riesgo de transmisión y reinfección.

- La educación para la salud es necesaria ante la evidencia de que persisten conductas de riesgo para la transmisión del VHC. Para su prevención se requiere la utilización de materiales estériles para procedimientos invasivos y evitar las prácticas sexuales de riesgo.

2- Diagnosticar las infecciones activas

En Navarra se estima que hay unas 100 personas con infección activa por el VHC sin diagnosticar. En 2024 se diagnosticaron 31 infecciones activas, y en 11 (36%) de ellas la infección se produjo probablemente antes de que la persona residiera en Navarra (Tabla 1).

De los 31 nuevos diagnósticos de VHC activa, 19 (61%) eran hombres y 12 (39%) mujeres. La edad se distribuyó entre 28 y 81 años. En 9 casos constaba antecedente de inyección de drogas, en 3 el antecedente de relaciones sexuales de riesgo entre hombres, y en uno de tatuajes realizados sin las suficientes condiciones de higiene. Además, hubo casos en los que no había constancia de un mecanismo de transmisión claro.

Estos datos recuerdan la importancia de sospechar esta infección con el fin de detectar precozmente los casos para tratarlos y curarlos. Conviene aprovechar todas las oportunidades que se presentan en la actividad asistencial habitual para detectar posibles infecciones activas por el VHC que permanezcan sin diagnóstico. En la tabla 2 se muestra una relación de situaciones en las que el plan Estratégico Nacional y las sociedades científicas recomiendan la determinación de anticuerpos del VHC.

Como criterio general, el cribado de la infección por el VHC se hará mediante la determinación de anticuerpos. El **diagnóstico en un solo paso**, solicitando simultáneamente la determinación de anticuerpos y de carga viral del VHC, es una estrategia recomendada en situaciones de alta sospecha de infección activa o en poblaciones con dificultad de seguimiento.

La infección por el VHC pasada no deja inmunidad y la reinfección es posible. Para descartar la **reinfección** tras una nueva exposición de riesgo se ha de realizar directamente la determinación de carga viral. En lo posible, se ha de tratar a todas las personas infectadas de un mismo entorno a la vez, para evitar la reinfección.

Tabla 1. Nuevos diagnósticos de infección activa por el virus de la hepatitis C

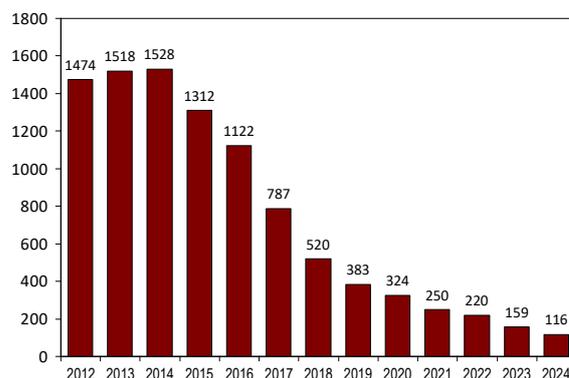
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Diagnóstico de infección activa	40	39	13	26	23	16	31
Infección activa y contagio reciente	2	5	5	6	4	2	6
Reinfección	0	1	1	2	2	0	5
Hepatitis C aguda	0	2	3	0	2	2	1

3- Tratamiento y curación de la infección activa

Las personas con carga viral positiva (ARN VHC+), lo que indica infección activa, son las candidatas al tratamiento. La curación de la infección se manifiesta en

la negativización de la carga viral. A finales de 2024 había 116 personas residentes en Navarra con carga viral positiva en la última determinación. Estas incluyen personas que van a iniciar o están en seguimiento en consultas de hepatología, las que tienen pendiente la analítica postratamiento para constatar la curación y las que han rechazado el tratamiento por diferentes motivos. El 67% eran hombres, el rango de edad era entre 34 y 97 años, el 80% habían nacido en España y el 9% tenían coinfección por el VIH. El número de personas con una última determinación de carga viral positiva ha descendido progresivamente (Figura 2).

Figura 2. Personas residentes en Navarra con última determinación de ARN del VHC positiva al final del año



Conviene seguir haciendo esfuerzos desde Atención Primaria y Especializada para contactar con los pacientes que puedan haber quedado con carga viral positiva, con el fin de reevaluar su situación y recomendar el tratamiento correspondiente en el caso de infección activa.

Muchas de las infecciones activas por VHC que permanecen sin tratar se asocian a situaciones personales o sociales complejas. Su abordaje requiere coordinación interdisciplinar, estrategias adaptadas a cada caso y el abordaje integrado del tratamiento de la hepatitis C junto con la atención a otros problemas, como los relacionados con el abuso de sustancias, la salud mental, la exclusión social, etc.

Conclusiones

- El VHC fue la causa de un número importante de infecciones en Navarra.
- Siguen detectándose nuevos contagios por VHC, lo que demuestra la importancia de tratar y curar a las personas infectadas para evitar que puedan contagiar. Además, evidencia la necesidad de mantener las medidas de higiene y prevención.
- Aunque la mayoría de las infecciones están diagnosticadas, todavía existen infecciones sin

diagnosticar. Su detección aporta grandes beneficios para el paciente.

- Una parte de las infecciones activas por VHC entrañan situaciones personales o sociales complejas. Para avanzar en la eliminación es necesaria la colaboración interdisciplinar, estrategias adaptadas a cada caso, y el abordaje integrado del tratamiento de la hepatitis C junto con la atención a otros problemas, como los relacionados con el abuso de sustancias, la salud mental, la exclusión social, etc.
- La eliminación de la hepatitis C es un objetivo prioritario de salud pública, para las personas que padecen la infección y para toda la sociedad.

Papel de Atención Primaria

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto el objetivo de eliminación de la infección por el virus de la hepatitis C en el mundo para 2030. En Navarra es posible alcanzar este objetivo, para lo cual se requiere el diagnóstico, tratamiento y curación de todas las infecciones ocultas. Esta estrategia se concreta en tres actividades para las que se requiere la colaboración de toda la red asistencial, y principalmente, de **Atención Primaria**:

- **Diagnóstico precoz** de la infección por VHC, mediante la determinación de anticuerpos del VHC ante cualquier sospecha de infección, y especialmente en las **indicaciones** de la **Tabla 2**. Puesto que la exposición de riesgo pudo ocurrir hace años y no es fácil de recordar, es recomendable que **todas las personas nacidas antes de 1980 se realicen la determinación de anticuerpos del VHC al menos una vez en la vida**. En personas que hayan vivido en países con alta prevalencia de esta infección, convendría realizar la determinación de anticuerpos, independientemente del año de nacimiento. Estas determinaciones se pueden solicitar cuando el paciente vaya a hacerse una analítica de sangre por cualquier motivo.
- **Determinación de la carga viral** (ARN VHC) en todas las personas con anti-VHC positivo, en las que no se haya realizado esta prueba previamente. En las personas en las que se detectan anti-VHC positivos por primera vez, se realizará la determinación de carga viral tan pronto como sea posible, preferiblemente sobre la muestra inicial (diagnóstico en un solo paso). En las personas que tengan resultados anti-VHC positivos antiguos y que nunca se hayan realizado la determinación de carga viral, hay que determinarla para confirmar o descartar el diagnóstico de infección activa. Una parte de

estos pacientes pueden no estar en seguimiento médico por esta infección, por lo que se requieren esfuerzos para su captación. La determinación de carga viral está indicada también en personas que, tras haber curado la infección, han vuelto a tener exposiciones de riesgo.

- **Derivación para tratamiento** de todos los pacientes que tengan una última determinación positiva de carga viral a la Unidad de Hepatología. Cuando el último resultado de carga viral sea antiguo, conviene repetirlo para establecer el estado actual del paciente.

Tabla 2. Personas en las que se recomienda realizar determinación de anticuerpos del virus de hepatitis C

Personas con hipertransaminasemia o con enfermedad hepática aguda o crónica
Personas que se han inyectado o inhalado drogas, incluyendo las que lo hicieron una sola vez
Transfusión de sangre o hemoderivados anterior a 1992
Cirugía, procedimientos invasivos e intervenciones odontológicas antes de 1980
Hemodiálisis crónica
Nacido de madre infectada por el VHC
Personas con infección por VIH o virus de la hepatitis B
Conviviente o pareja sexual de persona infectada por VHC
Hombres que tienen sexo con hombres
Trabajadores sexuales
Antecedente de internamiento en Instituciones Penitenciarias
Trabajadores sanitarios u otras personas tras una exposición percutánea accidental con material biológico posiblemente infectado si no se pudo investigar la fuente
Antecedente de tatuajes, piercings o procedimientos con instrumental punzante (manicura, pedicura, acupuntura...) sin las debidas medidas de higiene

Referencias

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Juanbeltz R, Pérez García A, Aguinaga A, et al. Progress in the elimination of hepatitis C virus infection: A population-based cohort study in Spain. PLoS One. 2018; 13(12):e0208554. doi: 10.1371/journal.pone.0208554.
- Burgui C, Martín C, Juanbeltz R, et al. Recapture of patients with an incomplete diagnosis of hepatitis C virus infection. Rev Esp Enferm Dig. 2020; 112(7): 525-531. doi: 10.17235/reed.2020.6944/2020.
- Burgui C, Martín C, Aguinaga A, Pérez-García A, Ezpeleta C, Castilla J. Prevalence and detection of undiagnosed active hepatitis C virus infections in Navarre, Spain, 2017-2019. Rev Esp Enferm Dig. 2021; 113(1): 28-34. doi: 10.17235/reed.2020.7000/2020.
- Burgui C, San Miguel R, Goñi-Esarte S, et al. Effectiveness of hepatitis C antiviral treatment and feasibility of hepatitis C elimination goal. Postgrad Med. 2023; 135(4): 352-360. doi: 10.1080/00325481.2022.2141499.

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN NAVARRA, 2024

Antecedentes

El virus de la hepatitis B (VHB) se transmite a través de la sangre, saliva y semen, siendo las vías de transmisión más frecuentes en nuestro medio, el uso compartido de material en el consumo drogas por vía parenteral y las relaciones sexuales de riesgo. La transmisión vertical es posible, pero se previene mediante controles de la embarazada y la vacunación del recién nacido. En España se inició la vacunación en la década de 1990 en adolescentes, grupos de riesgo y recién nacidos. Esta vacuna se ha ofrecido en Navarra a todos los nacidos desde 1980.

La infección aguda por el VHB es asintomática en el 85-90% de los casos, aunque suele acompañarse de signos de afectación hepática. El cuadro clínico, cuando se presenta, tiene un comienzo insidioso con fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, coluria, ictericia y elevación de transaminasas. La mayoría de las infecciones agudas son auto-limitadas, pero el 5-10% progresan a infección crónica.

La infección crónica suele ser asintomática, con niveles normales de transaminasas y biopsia hepática cercana a la normalidad, y es lo que se denomina portador del VHB inactivo. Los pacientes con función hepática alterada y rasgos histológicos de hepatopatía se etiquetan como pacientes con hepatitis B crónica activa. La evolución a la cronicidad es mucho más frecuente cuanto más temprana es la edad a la que se adquiere la infección (en el 90% de los lactantes infectados, en el 20-50% en los niños de 1 a 5 años de edad y en el 1-10% de los adultos). El riesgo también aumenta con la coinfección con otros virus productores de hepatitis y con el VIH, así como con otros estados de inmunodepresión. En el 20% de las infecciones crónicas se desarrolla cirrosis, con riesgo aumentado de carcinoma hepatocelular y muerte prematura.

En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la primera estrategia mundial dirigida a la eliminación de las hepatitis para 2030. Este objetivo pretende reducir la incidencia de infecciones crónicas en un 90% y la mortalidad asociada en un 65% para 2030 en comparación con los niveles de 2015.

A continuación, se describe la situación de la infección por el VHB en Navarra en 2024 a partir de los diagnósticos microbiológicos.

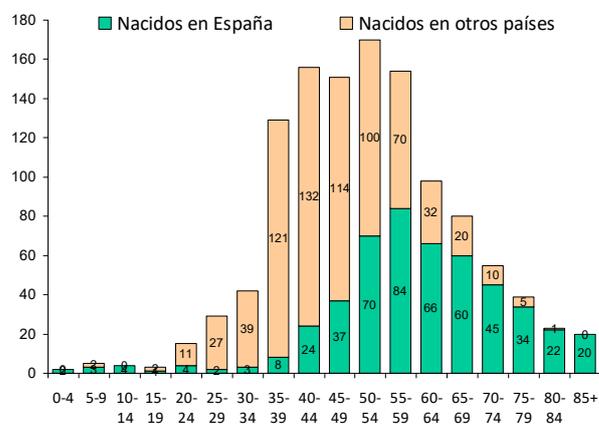
Prevalencia de la infección por el VHB

A 31 de diciembre de 2024 había 1175 personas residentes en Navarra con infección activa por el VHB,

definida como aquellos que habían presentado antígeno de superficie del VHB (HBsAg) en algún momento y no tenían una determinación negativa ulterior. La prevalencia de infección activa se estimó en 172 casos por 100.000 habitantes. Estos pacientes pueden sufrir progresión del daño hepático por el VHB y pueden contagiar la infección a otras personas.

En los 1175 casos prevalentes la proporción de hombres fue del 55%, la media de edad de 52 años y la mediana de 51, igual que en el año anterior. La prevalencia de infección fue mucho menor en las cohortes menores de 35 años, lo que se explica por la vacunación infantil de los nacidos desde 1980 (Figura 1). La alta prevalencia en edades entre 35 y 50 años se explica por la inmigración de zonas endémicas. En los casos nacidos en España la media de edad es de 60 años, y en los nacidos en otros países de 46 años. No obstante, se han confirmado varios casos en personas nacidas en España en años en los que ya estaba implantada la vacunación sistemática, lo que indica posibles puntos de mejora.

Figura 1. Número de infecciones activas por el virus de la hepatitis B en residentes en Navarra a 31 de diciembre de 2024, según edad y origen



El 42% de las personas con infecciones prevalentes por VHB habían nacido en España y el 58% en otros países, sin cambios apreciables respecto al año anterior. Destacan Rumanía, Bulgaria y China como los países de nacimiento con más casos. La tasa en los nacidos en España es de 89 por 100.000 y en los nacidos en otros países de 508 por 100.000. La Tabla 1 muestra la distribución por edad y sexo.

Nuevos diagnósticos de infección por VHB

En 2024 se notificaron 3 casos de hepatitis B aguda (0,44 por 100.000 habitantes), que tenían entre 50 y

69 años, número similar al año anterior. Ninguno de los 3 casos estaba vacunado. Dos requirieron ingreso hospitalario. La transmisión se relacionó con viajes a países con mayor prevalencia y exposición sexual.

Tabla 1. Casos prevalentes y nuevos diagnósticos de infección por el virus de la hepatitis B en 2024 según edad, sexo y origen

Edad, sexo y origen	Casos prevalentes		Nuevos diagnósticos	
	n	%	n	%
Edad				
Menores de 25 años	29	2,5	3	8,8
25 a 44 años	356	30,3	6	17,6
45 a 64 años	573	48,8	12	35,3
65 a 84 años	197	16,8	12	35,3
85 años y más	20	1,7	1	2,9
Sexo				
Mujeres	534	45,4	17	50,0
Hombres	641	54,6	17	50,0
Lugar de nacimiento				
España	489	41,6	13	38,2
Otros países	686	58,4	21	61,8
Total	1175	100	34	100

Los casos diagnosticados por clínica aguda son una pequeña parte de todos los diagnósticos de infección. En 2024 se realizaron 34 nuevos diagnósticos de infección activa por el VHB (HBsAg+) (5,0 por 100.000 habitantes), número similar al de 2023. Estos casos incluyeron pacientes sintomáticos y asintomáticos, infecciones recientes y también infecciones crónicas que habían pasado desapercibidas.

La mediana de edad fue de 56 años (rango 12 a 89 años), 17 (50,0%) eran hombres (Tabla 1). De los 34 casos, 13 casos (38,2%) habían nacido en España, una proporción algo menor que la del año anterior (44,1%). Otros países de nacimiento frecuentes son Bulgaria y Rumanía (4 y 6 casos, respectivamente) (Tabla 2). La mediana de edad de los casos nacidos en España fue de 73 años y de los nacidos en otros países, de 45 años. La tasa de nuevos diagnósticos fue de 2,4 por 100.000 en población nacida en España y 15,5 por 100.000 en población nacida en otros países.

Siete casos (20,6%) presentaban antígeno e (HBeAg), lo que indica mayores títulos de virus e infectividad.

Nueve casos (26,5%) casos habían nacido después de 1980, por lo que tenían indicación de vacunación, de ellos, solo un caso había nacido en España y estaba vacunado con 3 dosis. Los otros 8 casos habían nacido en otros países y no constaban como correctamente vacunados.

Tabla 2. Nuevos diagnósticos de infección por el virus de la hepatitis B en 2023 y 2024 según país de nacimiento

Lugar de nacimiento	2023		2024	
	n	%	n	%
España	15	44,1	13	38,2
Bulgaria	3	8,8	4	11,8
Rumanía	5	14,7	6	17,6
Europa central y oriental	2	5,9	1	2,9
Norte de África	1	2,9	3	8,8
África subsahariana	2	5,9	4	11,8
América	3	8,8	1	2,9
China	5	14,7	2	5,9
Total	34	100	34	100

Medidas preventivas

La hepatitis B cuenta con una vacuna eficaz que está incluida en el programa de vacunación infantil para todos los nacidos desde 1980 (<45 años en 2025). Además, se recomienda vacunar a las parejas y los convivientes de personas portadoras del virus, y a las personas con conductas o factores de riesgo, incluidas aquellas que consulten por alguna enfermedad de transmisión sexual, y en el protocolo de profilaxis post-exposición accidental. Todas estas indicaciones están incluidas en el calendario vacunal de adultos de Navarra.

Una parte de los contagios de hepatitis B se producen por transmisión sexual, por lo que también son prevenibles mediante las medidas preventivas comunes a otras enfermedades de transmisión sexual.

Medidas en los casos

Ante toda infección por el VHB, se recomendarán las siguientes precauciones hasta que el AgHBs sea negativo y se desarrollen anticuerpos anti-HBs:

- No compartir agujas o material de inyección.
- Extremar la higiene y uso de materiales desechables si se realizan tatuajes o piercings.
- No compartir útiles de aseo: cepillos de dientes, máquinas de afeitado, toallas, etc.
- No compartir útiles personales que tengan posible contacto con mucosas: cubiertos, vasos, etc.
- Usar materiales médicos desechables de un solo uso en la asistencia sanitaria que reciba.
- Uso de preservativos y métodos barrera en las relaciones sexuales con personas infectadas.
- Evitar que las manos, mucosas o secreciones de la persona infectada entren en contacto con tejidos internos, piel lesionada o mucosas de otra persona.
- Lavar con agua y jabón las lesiones del enfermo sangrantes o que segreguen líquidos y cubrirlas con un apósito impermeable.

- Desinfectar con lejía diluida (1/10) los objetos contaminados con sangre, saliva o semen del paciente.

Conviene que el paciente informe a sus contactos de la infección y de las recomendaciones preventivas. Igualmente, es aconsejable informar de la infección cuando se asista a consultas médicas, de odontología, etc. para que se extremen las medidas preventivas.

Las personas con infección crónica por VHB deberán recibir la vacunación contra la hepatitis A, si no se conoce su estado inmunitario.

Prevención y control de los contactos

Las personas que sepan que han tenido o puedan tener algún tipo de contacto de riesgo con un infectado deberán solicitar asesoramiento sanitario. Los profesionales sanitarios que se hayan expuesto deben consultar en salud laboral.

Se recomienda la [profilaxis post-exposición](#) en el plazo más breve posible tras la exposición de riesgo. La inmunoglobulina específica anti-hepatitis B (IGHB) se administrará en el periodo de 24 horas siguientes a la exposición y si no han transcurrido más de 14 días. En menores de 12 meses de edad, contactos íntimos o convivientes de infectados, es ineludible indicar una dosis de IGHB si la persona enferma es la que los cuida directamente. La dosis deberá de ajustarse al peso corporal. La IGHB y la vacuna se inyectarán en sitios anatómicos distintos y con distintas jeringas.

En exposiciones no ocupacionales al VHB, accidentales o no (incluye agresiones sexuales, relación esporádica de sexo permitido, uso de agujas compartidas, etc.), se valorará el estado de AgHBs de la fuente si está disponible y el estado de inmunización frente a la hepatitis B del expuesto. Todos los pacientes con AgHBs pueden tener algún grado de replicación viral y de viremia de forma continua o discontinua, y por ello, debe valorarse la profilaxis sin tener en cuenta el estatus de AgHBe de la persona fuente.

Debe tenerse en cuenta la posibilidad de infección simultánea por los virus de la hepatitis A, B, D, C y VIH, y se realizarán las actuaciones de prevención y control correspondientes a cada uno de ellos.

Recomendaciones de vacunación

Las recomendaciones de vacunación frente al VHB se indican en la Orden Foral 310E/2023, y en su [anexo IV](#). La vacunación frente a la hepatitis B con tres dosis está indicada en todas las personas nacidas a partir de 1980. Esta vacunación se debe poner al día en todas las personas que llegan desde otras comunidades autónomas o países.

Además de la vacunación en la infancia y en personas de alto riesgo por circunstancias médicas y ocupacionales, se recomienda la vacunación en:

- Personas nacidas después de 1980 que no estén vacunadas, no conste la vacunación o tengan vacunación incompleta, de acuerdo con el [Calendario acelerado de vacunaciones](#) del Instituto de Salud Pública de Navarra.
- Convivientes y parejas sexuales de personas con infección por el VHB.
- Donantes de sangre nacidos antes de 1980.
- Personas con más de una pareja sexual en los 6 meses anteriores.
- Hombres que tienen sexo con hombres.
- Personas con una infección de transmisión sexual (ITS) reciente y usuarios de consultas de ITS.
- Personas en situación de prostitución.
- Personas usuarias de drogas inyectadas.
- Residentes y personas usuarias de centros de atención a personas con discapacidad psíquica.
- Personas reclusas.
- Personas provenientes de zonas endémicas: todos los países del mundo salvo el Norte y Oeste de Europa, Norteamérica, México, Chile, Argentina, Uruguay, Australia y Nueva Zelanda.

Antes de vacunar a personas de alto riesgo se realizarán marcadores serológicos (anti-HBc, anti-HBs y HBsAg) y se ofertará la vacunación a aquellas personas susceptibles no vacunadas con anterioridad. Esta actividad permite además detectar infecciones no conocidas, contribuyendo a controlar la transmisión.

Para la información a viajeros se puede consultar:

https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/docs/HEPATITIS_B.pdf

Referencias

- Ministerio de Sanidad. 2º Estudio de Seroprevalencia en España. Septiembre 2020. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control. Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2022.
- Bivegete S, McNaughton AL, Trickey A, Thornton Z, Scanlan B, Lim AG, et al. Estimates of hepatitis B virus prevalence among general population and key risk groups in EU/EEA/UK countries: a systematic review. Euro Surveill. 2023; 28(30):2200738. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2023.28.30.2200738.
- World Health Organization (WHO). Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Geneva: WHO;2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>
- Orden Foral 310E/2023, de 29 de septiembre, del Consejero de Salud, por la que se establece el calendario oficial de vacunaciones para toda la vida en Navarra y el calendario de vacunaciones en situaciones especiales de riesgo. Boletín Oficial de Navarra de 26 de octubre de 2023. <https://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=56455>

**CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN NAVARRA
SEMANAS 1 A 13. PERIODO 2020-2025**

ENFERMEDADES	2020	2021	2022	2023	2024	2025	IE
Enfermedades de Transmisión Respiratoria							
Síndromes gripales	14.662	157	983	4331	6778	9151	2,1
Enf. por virus respiratorio sincitial	427	7	212	114	103	197	1,7
Legionelosis	6	7	5	1	5	5	1,0
Tuberculosis respiratoria	2	6	7	7	10	12	1,7
Otras tuberculosis	5	3	2	2	2	3	1,5
Enfermedades Prevenibles por Inmunización							
Enfermedad meningocócica	3	-	1	2	3	6	3,0
Enfermedad neumocócica invasiva	30	9	3	35	37	33	1,1
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	6	2	3	7	3	6	2,0
Parotiditis	225	5	5	2	26	4	0,8
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión	-	-	-	-	-	1	-
Tosferina	13	-	1	1	52	3	3,0
Varicela	32	11	15	21	23	32	1,5
Herpes zóster	916	934	1009	999	892	963	1,0
Enfermedades gastrointestinales							
Disentería bacilar	2	1	5	5	4	14	3,5
<i>Campylobacter</i>	134	250	253	313	392	325	1,3
<i>Salmonella</i>	23	32	30	50	44	72	2,3
<i>Salmonella enteritidis</i>	14	10	10	19	14	30	2,1
<i>Salmonella typhimurium</i>	7	19	8	16	12	27	2,3
<i>Salmonella</i> , otras/ spp	2	3	12	15	18	15	1,3
Rotavirus	31	7	195	39	213	34	0,9
<i>Cryptosporidium</i>	4	3	2	17	21	15	3,8
<i>Giardia lamblia</i>	30	33	29	42	84	70	2,1
<i>Yersinia enterocolitica</i>	12	14	9	11	18	20	1,7
<i>E coli</i> verotoxigénico	19	24	23	40	33	37	1,5
Fiebre tifoidea y paratifoidea	-	-	-	-	-	-	-
Listeriosis	4	2	2	3	1	2	1,0
Infecciones de Transmisión Sexual							
Infección Gonocócica	53	45	75	86	77	94	1,3
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz	14	20	27	20	18	25	1,3
<i>Chlamydia trachomatis</i>	178	166	185	224	210	277	1,5
Linfogranuloma venéreo	-	4	6	2	5	4	1,0
Infección por VIH	13	9	7	11	7	5	0,6
Hepatitis Víricas							
Hepatitis A	7	-	-	1	-	5	-
Hepatitis B aguda	1	1	1	1	1	1	1,0
Hepatitis C, caso incidente	-	-	1	-	-	-	-
Hepatitis E	-	2	3	3	3	4	1,3
Zoonosis							
Brucelosis	-	-	-	-	-	-	-
Hidatidosis	4	-	-	2	1	1	1,0
Leishmaniasis	-	3	-	-	-	-	-
Fiebre Q	4	1	2	12	18	9	2,3
Tularemia	-	-	-	-	-	1	-
Enfermedades transmitidas por garrapatas							
Enfermedad de Lyme (<i>B. burgdorferi</i>)	-	2	2	1	7	3	1,5
Fiebre exantemática mediterránea	-	3	1	2	2	2	1,0
Enfermedades Importadas							
Paludismo	-	1	1	2	2	2	2,0
Enfermedad del Dengue	5	-	1	2	10	4	2,0
Enfermedad por Chikungunya	-	-	-	-	-	-	-

Índice Epidémico (IE) para una enfermedad es la razón entre el número de casos declarados en el periodo y la mediana del quinquenio anterior. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24, la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75, incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25, incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones de dicho índice. Otras enfermedades sin casos: Botulismo, Carbuco, Cólera, Difteria, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Fiebre del Nilo occidental, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebres hemorrágicas víricas, Leptospirosis, Mpox, Peste, Poliomieltis, Rabia, SARS, Tétanos, Triquinosis, Viruela y Zika.