

ABROCHO DE HEPATITE A EN GALICIA DURANTE 2016-2018.....	páxina 1
A GRIPE EN GALICIA NA TEMPADA 2018/19	páxina 11
INGRESOS CON GRIPE CONFIRMADA EN GALICIA NA TEMPADA 2018/19	páxina 17

ABROCHO DE HEPATITE A EN GALICIA DURANTE 2016-2018

Introdución. A hepatite A é unha infección aguda do fígado causada polo virus da hepatite A (VHA), que se replica nos hepatocitos e libérase na secreción biliar, atopándose en altas concentracións nas feces. O período de incubación é de 15 a 50 días (media: 28-30)¹.

A transmisión ocorre principalmente por vía feco-oral, polo consumo de auga ou comida contaminada, ou polo contacto directo de persoa a persoa, sendo as relacións sexuais oro-anais a práctica que máis favorece esta transmisión. A transmisibilidade é maior durante a segunda metade do período de incubación e dura ata unha semana despois da aparición da ictericia ou da máxima actividade das encimas hepáticas¹.

Existen formas subclínicas, nas que unicamente se produce un aumento das encimas hepáticas e síntomas inespecíficos (falta de apetito, náuseas, malestar), e formas plenas con ictericia e coluria¹. A gravidade aumenta coa idade, pero a insuficiencia hepática fulminante e a morte son raras (aproximadamente 0'2% dos casos clínicos) e adoitan ocorrer nas persoas maiores ou cunha enfermidade hepática subxacente. A infección deixa inmunidade de por vida.

Dende o punto de vista de saúde pública, as principais medidas de control son un saneamento e unha seguridade alimentaria axeitados, a educación sobre prácticas de hixiene persoal, especialmente a hixiene de mans, e a inmunización pre-exposición das poboacións con maior risco^{2,3}.

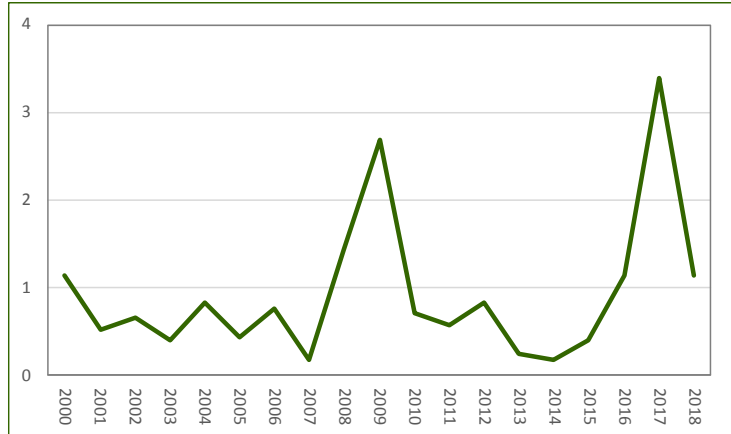
En Galicia a incidencia de hepatite A é moi baixa, e mantívose por baixo de 1 caso por cen mil habitantes-ano (c/10⁵h-a) de 2000 ata 2008, ano no que comezou un abrocho que se prolongou ata 2009, no que se acadaron os 2'7 c/10⁵h-a (Figura 1). A investigación deste abrocho, no que a incidencia en homes foi 3'4 c/10⁵h-a, concluíu que a súa causa máis probable foi unha transmisión persoa a persoa entre homes que tiñan sexo con homes (HSH)⁴.

A sucesión de anos con incidencias tan baixas tradúcese nun aumento progresivo da susceptibilidade da poboación, como amosan as sucesivas enquisas de seroprevalencia que se realizaron en Galicia: en 2001, algo máis do 30% dos adultos de entre 18 e 64 anos eran susceptibles; en 2013 esta porcentaxe ascendeu ao 51%, coa particularidade que que no grupo de 18 a 24 anos era do 89%⁵.

Despois do abrocho de 2008/09, a incidencia volveu aos seus valores previos, e mantívose así ata o 2016 (Figura 1). De feito, nun contexto semellante de baixa incidencia, no verán de 2016 varios países europeos, entre eles España, declararon un aumento dos casos de hepatites A. Este incremento observouse en Galicia a partir de setembro dese mesmo ano, dando lugar a un novo abrocho.

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

Figura 1. Incidencia (c/10⁵h-a) de hepatite A en Galicia, por ano de 2000 a 2018



En resposta a este aumento realizáronse unha serie de intervencións: Promocionouse a vacinación fronte a hepatite A, principalmente entre HSH, e difundíuse información directa entre os HSH sobre o abrocho a través dunha das súas web de referencia, WAPO, na que se publicaron tres campañas, o 24 de novembro de 2016 (semana 47/2016), entre o 19 e o 30 de xuño de 2017 (semanas 25-26/2017) e entre o 10 e o 17 de maio de 2018 (semanas 19-20/2018).

Nestas campañas informativas comentouse a situación do abrocho, promoveuse o sexo seguro e promocionouse a vacinación fronte a hepatite A. Estas campañas estiveron vinculadas á páxina web da Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP), na que se podía consultar información máis específica. Como exemplo, no cadro 1 reproducéase a mensaxe enviada o 24 de novembro de 2016 (semana 47/2016) aos 37.866 perfís de WAPO.

Ademais, dada a situación de desabastecemento da vacina fronte a hepatite A que había cando comezou o abrocho, e que se estendeu ata maio de 2018⁶, fíxose unha instrución específica sobre o uso da vacina na que os HSH eran o primeiro grupo de risco a considerar cara á vacinación. A instrución difundíuse directamente ás EOXI e tamén en Venres epidemiolóxico^{7,8}.

Neste informe descríbense os casos de hepatite A ocorridos en Galicia no período de abrocho, de 2016 a 2018, e dáse conta do resultado da investigación da causa do abrocho e da avaliación das intervencións realizadas.

Metodoloxía. Estudáronse os casos de hepatite A ocorridos en Galicia entre 2016 e 2018, e se compararon cos casos do período previo, 2010-2015.

Definición de caso. Considerouse caso de hepatite A a aquel paciente con clínica compatible e seroloxía (IgM anti-VHA) positiva. A referencia temporal dos casos é a data de inicio dos síntomas.

A principal fonte de casos é a declaración obrigatoria de enfermidades, na que dende 2012 a hepatite A é de declaración urxente en atención primaria, atención especializada e polos laboratorios de microbioloxía. Ademais, dende o ano 2008, a información facilitada por este sistema de notificación amplíase cunha enquisa que contén preguntas relacionadas cos principais factores de risco da enfermidade.

A información obtida a través da declaración complétase coa facilitada polo Conxunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (CMBD-AH) sobre os ingresos por hepatite A aguda, cos códigos 070.0 e 070.1 da CIE 9-MC, e B15.0 a B15.9 da CIE-10-E.

Análise estatística. Calculáronse medidas de frecuencia, como taxas de incidencia por sexo, idade e provincia; e medidas de asociación, como riscos relativos, co seu intervalo de confianza cun nivel de significación do 95%. Calculáronse os índices epidémicos para cada cuatrisesmana mediante o cociente

Cadro 1. Mensaxe en WAPO

WAPO e a Consellería de Sanidade informámosvos de que están a aumentar os casos de hepatite A en Galicia por transmisión sexual oro-xenital e oro-anal. Ten sexo seguro, protéxete. Máis información aquí [Páxina sobre hepatite A da DXSP]: Ou podes consultarnos calquera dúbida a través do noso perfil de Wapo, chamarnos ao 881 54 29 14 [o de VIH/SIDA, na DXSP] ou escribimos a plan.vih.its@sergas.es.

entre os casos observados e os casos esperados (mediana dos casos observados no quinquenio anterior). Calculouse a canle epidémica para o período 2010-2015, empregando a media dos casos para a mesma cuatrisemana dos 5 anos previos.

A poboación para calcular taxas de incidencia extraeuse do Padrón Municipal de habitantes, e o número de doses administradas da vacina monovalente para a hepatite A e da combinada (para as hepatites A e B) obtívose do rexistro do Programa Galego de Vacinación.

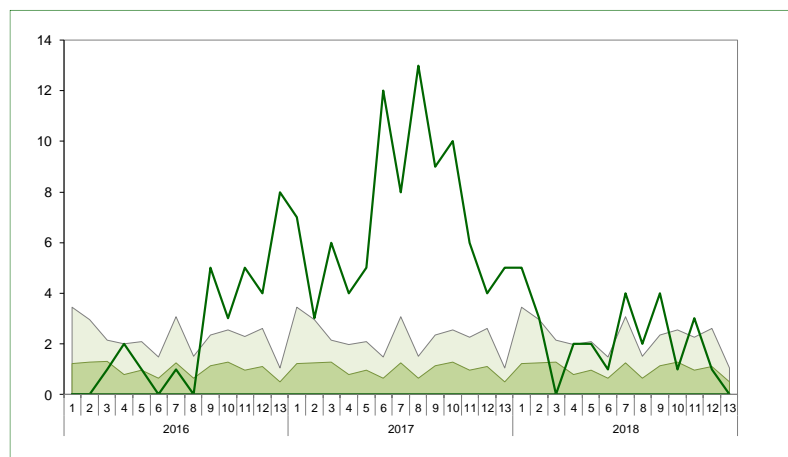
Para avaliar o impacto da campaña que en novembro de 2016 desenvolveuse en WAPO, consultouse o "número de páxinas vistas únicas" (entradas) e a "media de tempo na páxina" (PTP) a través da aplicación Google Analytics para a páxina web da DXSP. Solicitouse a Wapo o número de mensaxes emitidas de hepatite A e o número de consultas recibidas no perfil institucional.

Para a análise de datos, utilizouse Excel 2007 e Epidat 4.2.

Resultados. O abrocho tivo lugar entre a semana 09/2016 e 03/2018, cun total de 150 casos declarados, unha razón de masculinidade de 5:1, e unha incidencia case 4 veces maior que a observada no período pre-abrocho (2010-15).

Como se pode observar na Figura 2, na cuatrisemana 9/2016 produciuse un aumento dos casos observados por riba dos esperados, momento no que índice epidémico acadou un valor de 5. Nesta cuatrisemana iníciase un período con incidencias cuatrisemanais iguais ou superiores a 0'15 c/10⁵h, que é o percentil 99 da serie de incidencias cuatrisemanais de 1/2010 a 13/2015. Esta situación mantense ata a cuatrisemana 2/2018, xa que na seguinte cuatrisemana os casos observados comezan a ficar por baixo dos esperados. Nas 20 semanas que dura este período na distribución dos casos pódense ver tres picos nas cuatrisemanas 13/2016, 6/2017 e 8/2017.

Figura 2. Número cuatrisemanal de casos de hepatite A notificados en Galicia xunto á canle epidémica do período 2010-2015 co seu intervalo de confianza do 95%.



Na Figura 2 obsérvanse dous excesos de casos despois de rematado o abrocho, un na cuatrisemana 7/2018, por tres casos illados na área de Pontevedra que, como factores de risco, declararon, dous deles, antecedente de viaxe, sen especificar país, e o terceiro, comer bivalvos e beber auga non tratada; ningún dos tres se identificou como HSH. O segundo exceso, na cuatrisemana 9/2018, é un abrocho intrafamiliar de tres casos con antecedente de viaxe a Marrocos que ocorreu na provincia de Lugo.

Distribución xeográfica. Durante o abrocho observouse un aumento de casos en todas as provincias (Táboa 1). Este incremento observouse no ano 2016 nas provincias de Coruña e Pontevedra, mentres que nas de Lugo e Ourense non se observou ata 2017, ano no que ocorreron as maiores incidencias en todas as provincias, dende os 4'1 c/10⁵h-a da Coruña aos 2'6 c/10⁵h-a de Ourense, mentres en Lugo e Pontevedra a incidencia foi de case 3 c/10⁵h-a.

Ao comparar as incidencias durante o período do abrocho (2016-2018) fronte ás do período pre-abrocho (2010-2015) por provincias e no total de Galicia (táboa 1), atopáronse diferenzas estatisticamente significativas en todas elas.

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

Sexo e grupo de idade. Dende 2010 a incidencia de hepatite A en Galicia foi sempre maior en homes, cun RR=1'96 no período 2010-2015, pero este predominio acentuouse durante os anos do abrocho, co RR dos homes en 5'3 (Táboa 2).

Táboa 1. Incidencia (c/10⁵h-a) de hepatite A notificada en 2010-2015 e 2016-2018 por provincia e no conxunto de Galicia, xunto ao risco relativo dos anos de abrocho fronte aos do período anterior (RR), co seu intervalo de confianza do 95%

	2010-2015	2016-2018	RR	IC 95%
ACORUÑA	0'4	2'2	5'1	3'3-8'1
LUGO	0'5	1'6	2'9	1'3-6'7
OURENSE	0'5	1'3	2'7	1'1-6'9
PONTEVEDRA	0'5	1'5	2'9	1'8-4'9
Galicia	0'4	1'8	3'7	2'8-4'9

No que atinxe á idade, obsérvase unha distribución distinta entre o período do abrocho e o anterior. Durante 2016-2018, en números absolutos, o maior número de casos presentouse entre os 40-44 anos, aínda que os casos concéntranse no rango entre os 20-49 anos; a mediana de idade para este período foi de 35 anos. Pola contra, entre os anos 2010 e 2015 o grupo de idade onde se presentaron máis casos foi o de 0-14 anos.

Ao comparar a distribución por sexo e idade no período do abrocho co anterior, obsérvase que a incidencia en homes de 15 a 49 anos superou os 4 c/10⁵ h-a e mesmo excede os 8 c/10⁵h-a no grupo de idade de 25 a 29. O incremento da incidencia observado durante 2016-2018 foi, case na súa totalidade, a expensas do aumento observado en homes entre a 2ª e 4ª década da vida.

Táboa 2. Incidencia (c/10⁵h-a) en homes (H) e mulleres (M) en Galicia nos períodos 2010-2015 e 2016-2018, co risco relativo (RRh) de ser home en cada período e co risco relativo (RR) dos anos do abrocho fronte ao período anterior en homes e mulleres cos seus IC95%, por idade.

Idade (anos)	2010-2015			2016-2018			RR 2016-18 vs 2010-15			
	H	M	RRh	H	M	RRh	H	IC 95%	M	IC 95%
0-14	1'1	0'7	1'6	1'2	1'7	0'7	1'0	0'3-2'6	2'3	0'8-6'3
15-19	0'5	0'3	1'8	4'3	0'6	6'6	7'3	1'5-35'3	2'1	0'1-33'7
20-24	0'7	0'5	1'4	6'3	1'2	5'2	8'4	2'3-30'1	2'3	0'3-16'4
25-29	1'8	0'6	2'9	8'5	1'0	8'3	4'6	2'0-10'4	1'6	0'2-9'8
30-34	1'1	0'3	3'4	7'3	0'8	8'9	6'6	2'7-15'8	2'5	0'3-18'0
35-39	1'0	0'7	1'3	5'9	0'6	9'4	5'7	2'4-13'7	0'8	0'1-4'3
40-44	0'3	0'3	1'0	6'3	0'6	10'5	20'4	4'7-87'0	1'9	0'2-13'8
45-49	0'6	0'0	-	4'4	0'9	4'7	6'8	2'2-20'6	-	-
50-59	0'1	0'1	1'0	1'5	0'5	3'1	8'7	1'8-40'2	2'8	0'4-17'1
60+	0'2	0'1	1'3	0'2	0'0	-	1'1	0'2-4'8	0'0	-
Todos	0'6	0'3	1'9	3'1	0'5	5'3	4'8	3'5-6'6	1'7	1'0-3'0

En homes observouse un aumento da incidencia, estatisticamente significativo, en todos os grupos de idade, agás para os grupos de 0-14 e de 60 e máis anos (Táboa 2). Para o conxunto de homes, a incidencia viuse practicamente quintuplicada durante o abrocho a respecto ao período previo (RR=4'8), e no grupo de idade de 40-44 anos multiplicouse por 20.

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

En mulleres, pola contra, non se observaron aumentos estatisticamente significativos para ningún grupo de idade durante o abrocho, pero si no seu conxunto (RR=1'7, IC_{95%}: 1'0-3'0).

Manifestacións clínicas. Durante o abrocho o 78 % dos casos tiveron ictericia e un 53% elevación de transaminasas. A mediana de días entre o inicio de síntomas e a confirmación diagnóstica, entendida como a detección de IgM anti-VHA, foi de 7 días.

O 58% dos homes e o 32% das mulleres requiriron ingreso hospitalario; e, por grupo de idade, os que menos ingresaron foron os de 0-14 anos (taxa de ingreso do 21%) e os de 60 anos en diante (non ingresou ningún dos tres casos notificados). No período do abrocho, o 53% dos casos notificados ingresaron, fronte ao 34% no período anterior (p=0'0013).

Factores de risco. Os principais factores de risco para contraer unha hepatite A sobre os que se preguntou na enquisa individualizada, descríbense na táboa 3. Ao comparar ambos os dous períodos, de todas as variables estudadas atopáronse diferenzas só no contacto sexual con outro caso de hepatite A coñecido, que mentres que en 2016-2018 foi do 7%, en 2010-2015 foi do 0%. As relacións oro-anais tamén se viron aumentadas durante o período do abrocho (33% en 2016-2018 fronte a un 1% en 2010-2015). O país ao que máis se viaxou en ambos os dous períodos é Marrocos.

Táboa 3. Factores de risco referidos ás 8 semanas previas á enquisa. Números absolutos e porcentaxes dos anos de abrocho (2016-2018) e do período previo (2010-2015).			
Factor de risco		2010-2015	2016-2018
Viaxe a país de alta-media endemicidade		13 (16%)	22 (15%)
Consumo de moluscos bivalvos crús		14 (17%)	20 (13%)
Consumo de verduras crúas		41 (50%)	87 (58%)
Consumo de auga non tratada		19 (23%)	56 (37%)
Contacto con outro caso	Sexual	0 (0%)	11 (7%)
	Familiar	5 (6%)	9 (6%)
Relaciones oro-anais		1 (1%)	49 (33%)
Número de casos		82	150
Nota: as variables antecedente de transfusións sanguíneas ou hemoderivados, consumo de drogas, exposición laboral a augas residuais ou traballar directamente co VHA, non aportaron ningunha información relevante.			

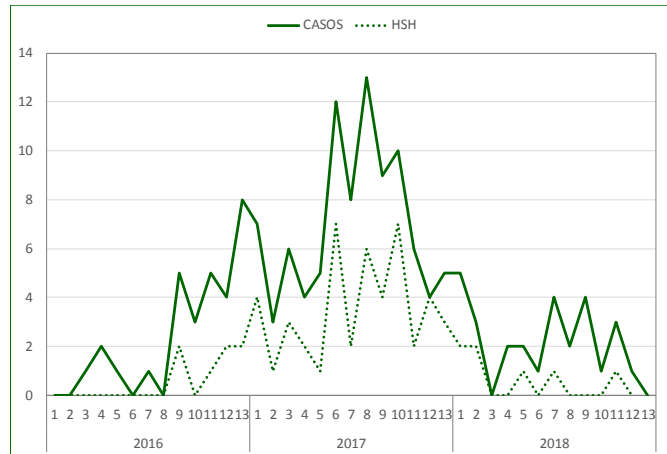
No período 2016-2018, 53 homes responderon que mantiveran relacións sexuais con outros homes, o que supuxo o 42'4% dos homes e o 33'3% do total de casos. No grupo de idade de 20 a 30 anos esta porcentaxe de HSH ascende ao 57%. No período previo de 2010-2015, só 1 dos 82 casos notificados contestou afirmativamente a esta pregunta. En canto ao número de parellas sexuais durante o abrocho, o 54% tivo unha parella, o 23% dúas, o 15% tres e o 8% catro ou máis. No caso dunha parella sexual, o 41% contestou que non era unha parella estable.

Na Figura 3 obsérvase que a evolución temporal dos casos ocorridos en HSH reproduce á do abrocho.

Intervencións. Antes da primeira campaña en WAPO, que se realizou o 24 de novembro de 2016, apenas había accesos rexistrados á páxina sobre hepatite A da web da DXSP, mentres que en novembro rexistráronse 331 e en decembro 63 accesos, cunha media de tempo na páxina (PTP) de, respectivamente, 2 minutos e 20 segundos e 1 minuto e 21 segundos. A partir de entón, os accesos volveron aos valores habituais. Como referencia, no ano 2016, na web da DXSP rexistráronse 15.804 accesos, cunha media diaria de 66.

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

Figura 3. Distribución do número total de casos declarados e de casos en homes que tiveron relacións sexuais con outros homes (HSH), en Galicia de 2016 a 2018, por cuatrisesmana.



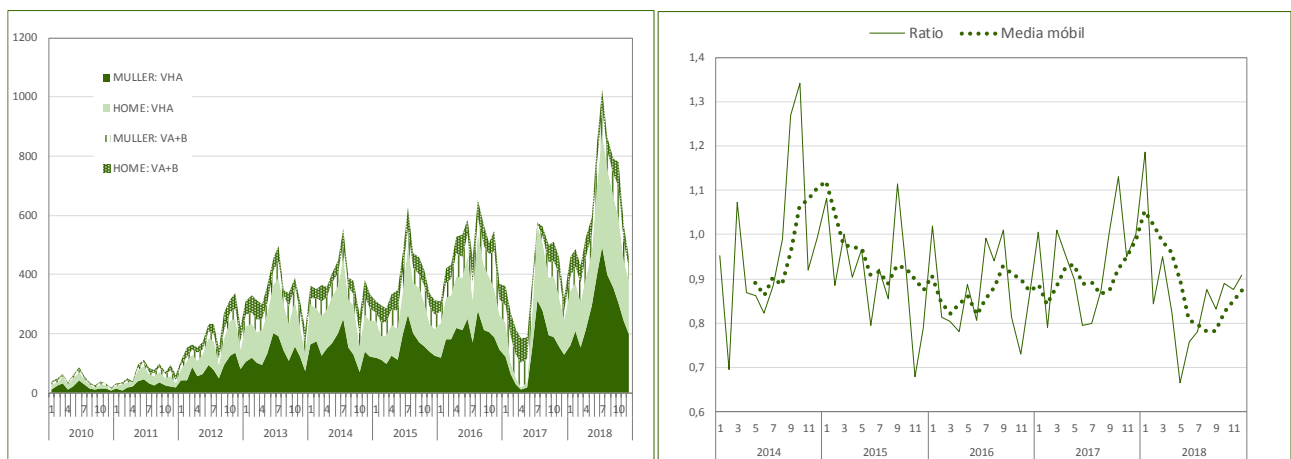
Ademais, a partir da web Wapo, recibíronse entre 100-150 comentarios e varias consultas sobre ITS, fundamentalmente centradas en coñecer onde se podería facer o diagnóstico, tanto da hepatite A como das probas de VIH, e onde se podería vacinar da hepatite A.

No que atinxe á vacinación fronte a hepatite A, co paso dos anos obsérvase unha tendencia crecente no número total de persoas vacinadas, tanto para homes como para mulleres (Figura 4), debido ao aumento do uso da vacina monovalente, porque o da vacina combinada estabilizouse a partir do ano 2013. A distribución presenta un patrón estacional, cun pico nos meses previos ao verán (xuño-xullo) e descenso posterior con repunte en xaneiro-febreiro e setembro-outubro. Puidéronse ver dúas excepcións a este patrón, no verán de 2016, cando en xullo en lugar de medrar o número de vacinas descendeu, para os dous sexos; e, a principios de 2017, cando se produciu unha caída moi acusada no número de vacinas administradas debido ao desabastecemento da vacina monovalente, que tivo unha substitución parcial co aumento da vacina A+ B. Esta substitución inverteuse nos meses seguintes.

En todos os anos, excepto 2012, vacináronse máis mulleres que homes. Analizando por grupos de idade, obsérvase un descenso na vacinación do grupo de 0 a 14 anos ao longo do período e unha maior administración de vacinas entre os 20 e 39 anos. Non se observaron diferenzas por sexo nos distintos grupos de idade.

En consonancia co maior número de mulleres vacinadas, ao analizar a ratio de vacinas administradas home/muller ao longo do tempo, apréciase que unha vez que se acadou un número elevado de persoas vacinadas en 2013, a ratio móvese entre 0'7 e 1'0, moi rara vez supera este valor e só en dúas ocasións durante períodos prolongados, como ocorreu a finais de 2014 e dende a cuatrisesmana 09/2017 á 01/2018. Na Figura 4 pódense ver estes períodos destacados cunha media móbil de paso 5.

Figura 4. Número de persoas vacinadas coas vacinas fronte a Hepatite A ou fronte ás hepatites A e B en Galicia. Esquerda: de 2010 a 2018, por sexo e tipo de vacina. Dereita: de 2014 a 2018, a ratio home/muller e a súa media móbil de paso 5. Nos dous gráficos hai unha soa entrada por persoa, a da data de administración da 1º dose.



Análise filoxenética: Dispónse da caracterización filoxenética dunha cepa de VHA que se enviou ao CNM, co resultado de VRD_521_2016.

Comentario. Na cuatrisesmana 9 do ano 2016 comezou a observarse en Galicia un aumento de casos de hepatite A a respecto do período previo, 2010-2015, que se mantivo ata o ano 2018 e chegou a case cuadruplicar a taxa de incidencia, que pasou de 0'49 c/10⁵h-a no período 2010-2015 a 1'84 c/10⁵ h-a en 2016-2018. Esta situación coincidiu co abrocho de VHA que se declarou en toda Europa en HSH. Dende xuño de 2016 ata setembro de 2018, 24 países declararan 25.032 casos de hepatite A⁹, mentres que en España, dende a semana 26/2016 á semana 48/2018, o número ascendeu a 7.328¹⁰.

Atribuír a cada caso o mecanismo de transmisión concreto é complicado, pero mediante as características do abrocho e a través da análise de exposición a factores de risco, pódese establecer unha hipótese de cal puido ser o mecanismo predominante.

O abrocho observado presentou unha duración longa, 20 cuatrisesmanas, e non se concentrou xeograficamente, aparecendo casos por todas as provincias de Galicia. A extensión tanto temporal como xeográfica descarta unha fonte común, puntual e localizada, e leva a pensar nunha transmisión mediante unha fonte continua e estendida, alimentaria, por exemplo, ou nunha transmisión persoa a persoa.

O 75% dos casos atopábanse en idades medias da vida (20-40 anos) e existía un claro predominio de homes (RR=5'3). Estas diferenzas en canto á idade e ao sexo, orientan a un mecanismo de transmisión que implique especialmente a homes novos, e presenta como improbable unha fonte alimentaria, xa que nese caso esperaríase que estivesen afectados os dous sexos e máis grupos de idade.

Ao comparar os resultados das enquisas realizadas aos casos durante o período do abrocho coas dos casos de VHA notificados nos anos anteriores ao abrocho, non se atoparon diferenzas na proporción dos distintos factores de risco (viaxes, alimentos, etc.) agás no contacto sexual con outro caso e na variable de mantemento de relacións oro-anais; de feito, a porcentaxe de HSH entre os casos pasou dun 1'2% no período anterior ao abrocho a un 33'3% no abrocho. O paralelismo observado entre as curvas de incidencia en HSH e do total de casos declarados, evidencia que a carga de enfermidade está moi relacionada coa incidencia en HSH.

Tendo como referencia a información proporcionada pola enquisa sobre hábitos sexuais realizada en Galicia durante 2009 (SICRI 2009, datos non publicados), na que o 1'27% dos homes responderon ter relacións sexuais con outros homes, esperaríanse dous HSH entre os 125 casos en homes do trienio 2016-2018. Dado que se trata dunha pregunta con certa sensibilidade social, sería posible que se producise un nesgo de ocultación á hora de responder e a frecuencia de HSH estivese subestimada. Segundo a enquisa realizada en outubro de 2016 pola empresa Dalia Research o 6'6% da poboación española declarouse LGTB (lesbianas, gais, bisexuais, transxénero)¹¹. De asumir que na poboación de Galicia hai unha proporción semellante de homes que teñen relacións sexuais con outros homes, e tomala como referencia, esperaríanse 8 HSH nos casos do abrocho. Como xa se comentou, declaráronse como HSH 53 casos.

Considerando esta porcentaxe do 6'6% de homes HSH, na poboación de Galicia dos anos 2016-2018 habería 258.627 HSH, e a incidencia no abrocho para este colectivo sería de 20'49 c/10⁵h-a, que, comparada coa incidencia calculada para o total da poboación (1'84 c/10⁵h) implica que tiveron 11 veces máis risco de hepatite A (RR= 11'1; IC_{95%}: 7'9-15'3).

A investigación do abrocho, polo tanto, leva a concluír que a transmisión durante as relacións sexuais entre HSH tivo un papel primordial nos seus desenvolvemento e mantemento no tempo.

Doutra banda, a baixa prevalencia de inmunidade fronte á hepatite A que hai Galicia (85% de susceptibles entre as persoas de 25-29 anos e 67% entre as de 30-39 anos)⁵ supuxo un factor clave para entender a expansión do abrocho, do mesmo xeito que sucedería no resto de Europa, onde os países tanto do norte como occidentais están clasificados como de baixo nivel de endemia de VHA.

O abrocho deuse por concluído en Galicia en marzo de 2018, momento temporal no que o número mensual de casos de VHA en Europa estaba a volver xa ao seu nivel basal¹².

Dos 25.032 casos declarados en Europa ata o 14 de setembro de 2018, 4.475 puidéronse vencellar mediante bioloxía molecular ao presentar unha das tres cepas relacionadas directamente co abrocho de HSH¹⁰. As tres cepas son variantes do xenotipo I do VHA. A primeira cepa (VRD_521_2016) detectouse en xuño de 2016 en Gran Bretaña; a segunda (V16-25801) en agosto de 2016 en Alemaña e a terceira, en setembro nos Países Baixos (RIVM- HAV16-090)¹³. A cepa máis frecuente foi VRD_521_2016, pero houbo variación xeográfica.

Aínda que a distribución das cepas variou co tempo e o país, non se atoparon diferenzas nin nas características da exposición nin demográficas. Ademais, unha cuarta parte dos casos confirmados ata marzo de 2017, viaxaran fóra do país declarante no período de incubación, sendo España o país máis visitado¹⁴. No caso concreto de España, con datos ata xuño de 2017, as cepas presentaron maioritariamente (80%) a secuencia VRD_521_2016¹⁰, que foi a mesma que se identificou en Galicia.

O aumento do número de mulleres con hepatite A observado durante o abrocho non é estrano, e tense constancia epidemiolóxica e de bioloxía molecular de que o abrocho se estendeu a poboación non HSH¹⁵. Ademais, varios países declararon pequenos abrochos transmitidos por alimentos asociados coas cepas do abrocho, con aumentos limitados do número de casos de hepatite A entre mulleres, nenos e anciáns¹⁴. En Portugal, por exemplo, identificouse unha agregación de casos en poboación romaní debida a cepas do abrocho¹⁴. En Alemaña, aproximadamente unha terceira parte dos casos identificados cunha das tres cepas relacionadas co abrocho, non eran HSH¹⁵. En Italia, a inclusión tardía de mulleres coa cepa VRD_521_2016, suxire a potencial extensión a través de contactos sociais, posiblemente involucrando vías de transmisión non limitadas ás prácticas sexuais¹⁶.

No que atinxe á administración de vacinas fronte a hepatites A en Galicia (monovalente ou combinada) observouse, dende o ano 2010, unha tendencia crecente. Este aumento podería deberse en parte a unha mellora do sistema de rexistro de vacinas e en parte a un aumento no número de viaxes ao estranxeiro que, en 2018, chegou a ser de 1.400 millóns de turistas internacionais, o que supuxo un incremento do 6% respecto ao ano anterior¹⁷. De feito, a viaxe a un país de alta-media endemicidade de hepatite A crece que é o motivo máis frecuente de vacinación xa que, en ausencia de abrochos, é o factor de risco máis importante en Europa¹⁸. Ademais, a vacinación por viaxes internacionais explicaría a distribución anual observada na administración de vacinas, na que se evidencian picos nos meses previos ás principais épocas de vacacións (verán, Nadal e Semana Santa).

Esta tendencia interrompeuse en 2017 debido ao desabastecemento na subministración de vacinas por parte dos laboratorios farmacéuticos⁷. O problema de subministración (que non se restablecería de forma estable ata maio⁶) levou tanto ao ECDC como ao Ministerio de Sanidade e á Consellería de Sanidade, a publicar notas informativas con recomendacións explícitas de priorización das doses existentes. A vacinación a HSH considerouse prioritaria, coa recomendación de poñer unha soa dose⁷.

Deste xeito, tendo en conta que o groso de vacinas VHA administradas débense a viaxes, que non existe a posibilidade de filtrar por motivo de vacinación, e que a principios de 2017 púxose en evidencia o desabastecemento, observar un posible aumento da vacinación durante o período do abrocho é moi complicado, aínda que quizais se poida intuír pola evolución ratio home/muller.

Aínda que é certo que houbo máis vacinas administradas en mulleres, isto pode responder ou ben a circunstancias vinculadas ás viaxes internacionais ou ben a que fosen contactos e estivesen a formar parte do abrocho, como xa se comentou antes. O grupo de idade que máis se vacinou foi o máis afectado polo abrocho (2ª-4ª década da vida) pero hai que considerar que coincide co grupo que máis viaxa¹⁹.

O estudo deste abrocho puxo de manifesto a importancia de coñecer o motivo de vacinación, polo que o rexistro do Programa Galego de Vacinación vaise adaptar para recollela.

Ademais da vacinación, outras medidas importantes de control son a sensibilización aos HSH sobre o risco de contraer hepatite A e educar en prácticas para reduci-lo, como hixiene persoal (lavarse as mans e os xenitais antes e despois das relacións sexuais), utilizar láminas de látex para o sexo oro-anal e non esquecer o preservativo, xa que, aínda que o seu uso pode ser limitado para a transmisión de hepatite A,

protexe doutras infeccións de transmisión sexual. Para facer chegar toda esta información ao colectivo de HSH considerouse fundamental ter en conta a existencia das plataformas dixitais.

A rápida adopción e proliferación destas plataformas dixitais, que conectan persoas, facilitan parellas sexuais e forman comunidades de interese entre HSH que se está producindo nos últimos anos, poñen en evidencia a necesidade de desenvolver campañas preventivas de ITS a través de redes sociais. A avaliación da campaña en Wapo suxire que se chegou a un número relevante de HSH que investiron tempo en ler gran parte da información preventiva ofrecida.

Polo demais, para favorecer a detección de casos e promover as medidas específicas de control post-exposición orientadas a evitar casos secundarios¹, a DXSP difundiu información sobre a situación do abrocho directamente aos médicos de atención primaria a través de Venres Epidemiolóxico^{6,8,20}.

As limitacións posibles neste estudo son as seguintes: o nesgo de sensibilidade social que puido levar a unha infradeclaración de HSH, aínda que a porcentaxe de homes que declararon ter relacións sexuais con outros homes en Galicia foi superior ao observado no total de España (33'3 % fronte a 11'5%)²¹; a falta de información detallada sobre os hábitos sexuais dos HSH, que poderían verse modificadas nestes anos e facilitar a extensión do abrocho, como o uso menos frecuente do preservativo ou a posta en marcha de prácticas de maior risco, que poderían ser variables a engadir na enquisa de caso que se emprega na actualidade; e, por último, non dispoñer de información sobre os posibles contactos dos casos, para avaliar as intervencións que se desenvolveron entre eles.

Conclusión. O abrocho de hepatite A dos anos 2016-2018 debeuse fundamentalmente á transmisión do VHA entre HSH. Aínda que poboación galega de HSH non é abondo como para manter unha endemia, cos numerosos contactos entre HSH de todo o mundo xunto á elevadísima prevalencia de susceptibles entre os mozos, é moi posible que en Galicia se sigan a producir abrochos como o comentado neste informe. É fundamental, polo tanto, incidir na vacinación deste grupo de risco como principal medida de prevención.

Bibliografía

- ¹ DXSP. Protocolo de vixilancia e control da hepatite A en Galicia. 2010 [[Ligazón](#)]
- ² ECDC. Factsheet about hepatitis A [citado 25 de febrero de 2019]. [[Ligazón](#)]
- ³ OMS. Hepatitis A [citado 25 de febrero de 2019]. [[Ligazón](#)]
- ⁴ DXSP. Abrocho de hepatite A en Galicia durante 2008-2009. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2011; vol. XXIII, nº 2.
- ⁵ DXSP. Enquisa Galega de seroprevalencia 2013. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2014; vol. XXVI, nº 4.
- ⁶ DXSP. Restablecemento da vacinación fronte a hepatite A. *Venres epidemiolóxico* 2018; vol 7, nº 9.
- ⁷ DXSP. Nota informativa sobre vacinación fronte á hepatite A en adultos. 2017. [[Ligazón](#)]
- ⁸ DXSP. Abrocho de hepatite A en HSH: prioridade para a vacinación. *Venres epidemiolóxico* 2019; vol 7, nº 18.
- ⁹ ECDC. Epidemiological update: Hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. Epidemiological update (12 Sep 2018) [[Ligazón](#)]
- ¹⁰ CNE. Situación de la hepatitis A (semana 48/2018). *Boletín epidemiolóxico semanal en RED* 2018. [[Ligazón](#)]
- ¹¹ Dalia Research. Counting the LGBT population: 6% of Europeans identify as LGBT. 2016. [[Ligazón](#)].
- ¹² ECDC. Epidemiological update: hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. Epidemiological update (23 Mar 2018). [[Ligazón](#)]
- ¹³ ECDC. Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. Rapid Risk Assessment (First update, 23 February 2017). [[Ligazón](#)]
- ¹⁴ Ndumbi P 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. *Euro Surveill* 2018; 23(33).
- ¹⁵ Friesema IH et al. Spillover of a hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) to the general population, the Netherlands, 2017. *Euro Surveill* 2018; 23(23).
- ¹⁶ Lanini S et al. A large ongoing outbreak of hepatitis A predominantly affecting young males in Lazio, Italy; August 2016 - March 2017. *PLoS ONE* 2017; 12:e0185428.
- ¹⁷ Organización Mundial del Turismo. Resultados del Turismo Internacional 2018 y Perspectivas 2019 [Internet]. 2019. [[Ligazón](#)]
- ¹⁸ Gossner CM et al. Changing hepatitis A epidemiology in the European Union: new challenges and opportunities. *Euro Surveill* 2015; 20(16):21101.
- ¹⁹ Muñoz-Cidad TM et al. Consultas de viajeros en un centro de vacunación internacional. *Gac Sanit* 2014; 28: 86-7.
- ²⁰ DXSP. Abrocho de Hepatite A: Situación en Galicia (Agosto de 2018). A profilaxe. *Venres epidemiolóxico* 2018; vol 7, nº 18.
- ²¹ Centro Nacional de Epidemiología. Situación de la hepatitis A en 2016-2017. *Informe* 2017.