

Original

Epidemiología de los casos importados de hepatitis A en España, 2015-2023



María Guerrero-Vadillo^{a,b,c,*}, Ángela Domínguez^{c,d}, Nuria Torner^{c,d}, Pere Godoy^{c,e}, Nuria Soldevila^{c,d}, Concepción Izquierdo^{c,f}, Eva Borrás^{c,d,f}, Cristina Rius^{c,g}, Ana María Avellón^{c,h}, Marina Peñuelas^{b,c} y Carmen Varela^{b,c}

^a Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

^b Departamento de Enfermedades Transmisibles, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Departamento de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^e Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Lleida, España

^f Agencia de Salud Pública de Cataluña, Barcelona, España

^g Agencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona, España

^h Unidad de Hepatitis, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de junio de 2026

Aceptado el 11 de agosto de 2026

Palabras clave:

Hepatitis A

Vigilancia epidemiológica

Vacunación

Enfermedad del viajero

España

RESUMEN

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de los casos importados de hepatitis A notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en los años 2015-2023 en España.

Método: Se realizó un análisis descriptivo de las características de los casos, incluyendo sexo, edad y país del viaje. El periodo de estudio se dividió en tres tramos dado el posible impacto de la pandemia de COVID-19: años 2015-2019, 2020-2021 y 2022-2023.

Resultados: Se notificaron 975 casos importados de hepatitis A. El 57,8% fueron hombres y la mediana de edad fue de 12 años. La mediana de la duración del viaje fue de 38 días. La principal región geográfica adonde los casos habían viajado fue el Norte de África y Medio Oriente (557 casos), seguida del Centro/Sur de América (150 casos). En los años 2020-2023, los casos presentaron mayor edad y menor duración del viaje, y se observó un descenso de la proporción que habían viajado al Norte de África y Medio Oriente. En los años 2017-2019 se observó un importante aumento de casos en los meses de septiembre-octubre, con pérdida de este patrón estacional en el año 2020 y recuperación parcial en los años 2021-2023.

Conclusiones: Los resultados sugieren que una importante proporción de los casos importados son niños y niñas que viajan durante los meses de verano a países del Norte de África, lo que pone de manifiesto la necesidad de aumentar la concienciación de la población sobre los riesgos asociados a estos viajes y fomentar la vacunación previa al viaje.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Epidemiology of imported cases of hepatitis A in Spain, 2015-2023

ABSTRACT

Keywords:

Hepatitis A

Epidemiological surveillance

Vaccination

Traveler's disease

Spain

Objective: To describe the epidemiological characteristics of imported hepatitis A cases reported to the National Epidemiological Surveillance Network (RENAVE) in Spain from 2015 to 2023.

Method: A descriptive analysis was conducted of case characteristics, including sex, age and country of travel. The study period was divided into three groups to assess the possible impact of the COVID-19 pandemic: 2015-2019, 2020-2021 and 2022-2023.

Results: A total of 975 imported hepatitis A cases were reported. Fifty-eight percent of cases were male and the median age was 12 years. The median duration of travel was 38 days. The main regions visited were North Africa and the Middle East (557 cases), followed by Central/South America (150 cases). From 2020 to 2023, cases were older and had shorter travel durations, and there was a decrease in the proportion of cases who had travelled to North Africa and the Middle East. From 2017 to 2019, a marked increase in the number of cases was observed during September and October, with a loss of this seasonal pattern in 2020 and partial recovery in 2021-2023.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: m.guerrero@isci.es (M. Guerrero-Vadillo).

Conclusions: The results suggest that a substantial proportion of imported cases were children who had travelled to countries in North Africa during the summer months. This finding highlights the need to increase public awareness of the risks associated with this type of travel and to promote pre-travel vaccination.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La hepatitis A es una enfermedad aguda del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Aunque es asintomática en una considerable proporción de la población infantil (especialmente en los menores de 6 años), en más del 70% de los adultos cursa con sintomatología en general leve e inespecífica, como malestar general, fiebre, dolor abdominal e ictericia¹. El virus se transmite por vía fecal-oral, bien por contacto directo de persona a persona o por consumo de agua o alimentos contaminados¹. Es además una enfermedad prevenible por vacunación. Las principales vacunas usadas en la mayoría de los países (incluyendo España) son vacunas inactivadas que han demostrado ser seguras y muy eficaces en la prevención de la enfermedad, protegiendo al individuo vacunado durante décadas².

La hepatitis A es una enfermedad de declaración obligatoria en España desde el año 1995, por lo que todos los casos deben ser notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)³. España es un país de muy baja endemicidad de esta enfermedad, con una prevalencia de anticuerpos menor del 50% en individuos de hasta 30 años de edad⁴, por lo que existe una importante proporción de población (tanto infantil como adulta joven) susceptible a la infección. En la actualidad, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁵, en España la vacunación preexposición frente a la hepatitis A está recomendada en personas con mayor riesgo de enfermedad grave (como aquellas con enfermedad hepática crónica o con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana) o con mayor riesgo de exposición al virus (como viajeros que se desplazan a zonas de endemicidad media o alta, personas con conductas sexuales de riesgo, como gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres [GBHSH], o personas en situación de prostitución)⁶. Aunque un estudio realizado en el año 2020 concluyó que la incorporación de la vacuna de la hepatitis A en los calendarios de vacunación infantil en España no era una medida coste-efectiva, en algunas regiones del país (Ceuta, Melilla y Cataluña) se vacuna a la población infantil⁷.

Los viajes internacionales de personas susceptibles a zonas de endemicidad intermedia o alta suponen un riesgo de introducción de la hepatitis A en nuestro país y de transmisión secundaria entre la población, tanto en forma de casos esporádicos como de brotes⁸. Según datos del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, en el año 2022, el 17% de los casos de hepatitis A notificados en los países de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/UEE) estuvieron asociados a viajes internacionales⁹. La caracterización de los casos importados de esta enfermedad, incluyendo los grupos poblacionales más afectados, su estado vacunal antes del viaje y las regiones geográficas visitadas, puede aportar información útil para guiar las medidas preventivas de esta enfermedad, como las recomendaciones de vacunación de los grupos de riesgo. El objetivo de este estudio fue describir las características epidemiológicas de los casos de hepatitis A notificados a la RENAVE como importados en los años 2015-2023.

Método

Se analizaron los casos de hepatitis A de los años 2015 a 2023 notificados a la RENAVE como importados. Los casos declarados

siguieron las definiciones de caso y los criterios para su clasificación (caso probable y confirmado) acordados por la RENAVE¹⁰. Se analizaron las características epidemiológicas de los casos, incluyendo sexo, edad (0-14, 15-24, 25-44, 45-64 y > 64 años), país del viaje (definido como el país visitado por el caso en el cual, dado el periodo de incubación de la enfermedad, se consideró que fue donde tuvo lugar la exposición o contagio de la infección) y comunidad autónoma declarante. Se definió la duración del viaje como el tiempo en días transcurrido entre la fecha de ida y la de vuelta. Se realizó un análisis temporal descriptivo de los casos utilizando como unidad de agregación el mes. Se agruparon las comunidades autónomas según su estrategia de vacunación (vacunación en calendario infantil: Cataluña; vacunación en grupos de riesgo: las demás comunidades autónomas), excluyendo de este análisis a Ceuta y Melilla, situadas en África, con una situación epidemiológica diferente. Se calcularon las tasas de notificación de casos importados por grupos de comunidades autónomas, utilizando como numerador el total de casos notificados durante el periodo (años 2015-2023) y como denominador el total de la población estimada con fecha 1 de enero según la Estadística Continua de Población que publica anualmente el Instituto Nacional de Estadística¹¹, excluyendo del denominador las poblaciones correspondientes a las comunidades autónomas que no notificaron dicho año. El periodo de estudio se dividió en tres tramos dado el posible impacto de la pandemia de COVID-19 en la situación epidemiológica de la enfermedad: periodo pre-COVID-19 (años 2015-2019), COVID-19 (años 2020-2021) y pos-COVID-19 (años 2022-2023). Los países de los casos se agruparon en ocho categorías diferentes utilizando como referencia los datos de endemicidad de la enfermedad^{12,13} (Tabla S1 en el Material suplementario). Las variables categóricas se presentaron como número total y porcentaje, mientras que para las variables cuantitativas se utilizaron la mediana y el rango intercuartílico (p25-p75). La comparación entre las variables categóricas se realizó mediante la prueba χ^2 , y para las variables cuantitativas mediante la prueba U de Mann-Whitney. Los análisis se realizaron usando Stata 18.0.

Dado que el estudio se realizó en el contexto de la actividad sistemática de vigilancia epidemiológica de la RENAVE, no fue necesario solicitar aprobación formal por parte del comité de ética.

Resultados

En el periodo 2015-2023 se notificaron 10.741 casos de hepatitis A en residentes en España, de los cuales 975 (9,1%) se notificaron como importados y en 1393 (13,0%) no se disponía de esta información. La información sobre la edad y el sexo estaba disponible en todos los casos, sobre el país del viaje en 886 casos (90,9%) y sobre la duración del viaje en 144 casos (14,8%). Las características de los casos se muestran en la tabla 1. El 57,8% de los casos fueron hombres, sin diferencias significativas entre los periodos. La mediana de edad fue de 12 años, siendo significativamente mayor en los años 2022-2023 en comparación con los años 2015-2019 ($p < 0,001$). La mediana de la duración del viaje fue de 38 días, siendo menor en los años 2020-2023 que en el periodo previo. Se observaron importantes diferencias en la duración del viaje con respecto a la edad: los casos menores de 15 años tenían una duración mediana del viaje de 56 días, mientras que para los casos de 15-24 años fue de 40 días, y

Tabla 1
Características epidemiológicas de los casos importados de hepatitis A en España, años 2015-2023

	Total	Periodo de estudio (2015-2023)		
		Pre-COVID-19 (2015-2019)	COVID-19 (2020-2021)	Pos-COVID-19 (2022-2023)
n (%)	975 (100)	795 (81,5)	42 (4,3)	138 (14,2)
Sexo, n (%)				
Mujer	411 (42,2)	328 (41,3)	21 (50,0)	62 (44,9)
Hombre	564 (57,8)	467 (58,7)	21 (50,0)	76 (55,1)
Edad, años, mediana (p25-p75)	12 (7-28)	11 (7-27)	12 (6-29)	16 (9-32)
Duración del viaje, mediana (p25-p75)	38 (18-62)	39 (24-63)	18 (10-34)	16 (10-55)
Región geográfica, n (%)				
Norte de África y Medio Oriente	557 (62,9)	496 (68,8)	14 (40,0)	47 (36,1)
Centro y Sur de América	150 (16,9)	107 (14,8)	9 (25,7)	34 (26,1)
Europa	56 (6,3)	49 (6,8)	0 (0,0)	7 (5,4)
Sur de Asia	48 (5,4)	26 (3,6)	5 (14,3)	17 (13,1)
África subsahariana	46 (5,2)	24 (3,3)	5 (14,3)	17 (13,1)
Norteamérica	18 (2,0)	9 (1,3)	2 (5,7)	7 (5,4)
Este y Sudeste de Asia	8 (0,9)	8 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Asia Central	3 (0,3)	2 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,8)

Tabla 2
Características de los casos importados de hepatitis A en España según la región geográfica del viaje, años 2015-2023 (solo regiones con más de 25 casos importados)

	Región geográfica del viaje				
	Norte de África y Medio Oriente	Centro y Sur de América	Europa	Sur de Asia	África subsahariana
Sexo, n (%)					
Mujer	263 (47,2)	56 (37,3)	14 (25,0)	16 (33,3)	19 (41,3)
Hombre	294 (52,8)	94 (62,7)	42 (75,0)	32 (66,7)	27 (58,7)
Edad, años, mediana (p25-p75)	9 (6-15)	24 (14-36)	30 (22-44)	10 (5-20)	15 (8-40)
Duración del viaje, mediana (p25-p75)	42 (30-62)	43 (21-86)	11 (3-13)	40 (12-50)	25 (14-91)

en los mayores de esa edad fue menor de 15 días. La principal región geográfica adonde los casos habían viajado fue el Norte de África y Medio Oriente (557 casos, 62,9%), seguida del Centro y Sur de América (150 casos, 16,9%). Los países del viaje más frecuentes fueron Marruecos (476 casos), Venezuela (49 casos), Argelia (35 casos), Sahara Occidental (29 casos) y Pakistán (28 casos); para el resto de los países, el número de casos importados durante todo el periodo de estudio fue inferior a 20. Durante los años 2020-2023 se observó un descenso de la proporción de casos que habían viajado al Norte de África y Medio Oriente, y un aumento de los casos de Centro y Sur de América, África subsahariana, Sur de Asia y Norteamérica, en comparación con los años previos.

Solo 26 (4,7%) de los 549 casos con información disponible habían recibido la vacuna, y en 21 constaba la información sobre el número de dosis administradas, siendo una en todos. Se disponía de información sobre el intervalo de tiempo transcurrido entre la administración de la vacuna y la fecha del viaje en siete casos: en cuatro, la vacuna constaba como administrada después del viaje, aunque antes del inicio de los síntomas (rango: 4-19 días antes), mientras que en los otros tres casos la vacuna se administró antes del inicio del viaje (rango: 22-1130 días). No se observaron diferencias significativas en la administración de la vacuna en función del sexo, el grupo de edad ni la región geográfica del viaje.

Se analizaron específicamente las características según regiones geográficas, excluyendo aquellas con un número de casos importados menor de 25. Los casos procedentes de Europa fueron principalmente hombres (75%), mientras que el porcentaje de casos de sexo masculino fue inferior al 67% para el resto de las regiones. Los casos procedentes de Europa y de Centro y Sur de América presentaron una mediana de edad superior a los 20 años, mientras que para el resto de las regiones fue menor o igual a 15 años. La duración del viaje fue igual o superior a 40 días en los casos importados de Norte de África y Medio Oriente, Centro y Sur de América, y Sur de Asia, mientras que fue de 25 días en los casos importados de África Subsahariana y de solo 11 días en los importados de Europa (tabla 2).

En la figura 1 se representa el número de casos importados mensuales durante el periodo de estudio. Entre los años 2017 y 2019 se observó un claro patrón estacional, con picos de casos en los meses de septiembre y octubre. Durante 2020-2023 se redujo drásticamente el número de casos importados, pero en 2021-2023 siguió observándose un aumento de casos en el tercer trimestre del año, aunque de menor magnitud que en 2017-2019.

Como se muestra en la figura 2, las comunidades autónomas que notificaron mayor número de casos importados fueron Andalucía (257 casos), Cataluña (169 casos) y Comunidad Valenciana (167 casos). Madrid y Galicia no notificaron casos importados de hepatitis A durante el periodo de estudio. La información sobre el país del viaje no estaba cumplimentada de manera homogénea por las comunidades autónomas, y no se disponía de esta información en más del 65% de los casos de Asturias, Islas Baleares, Ceuta y Navarra. Los casos procedentes de Norte de África y Medio Oriente supusieron una proporción muy importante del total de los casos importados notificados por Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Región de Murcia y País Vasco. En las Islas Canarias se notificó una proporción similar de casos procedentes del Norte de África y Oriente Medio, y de Centro y Sur de América. El 67% de los casos procedentes de África Subsahariana fueron notificados por tres comunidades autónomas (Islas Canarias, Cataluña y Andalucía), al igual que el 80% de los casos del Sur de Asia (Cataluña, Andalucía y Comunidad Valenciana).

La tasa de notificación de casos importados fue de 0,25 por 100.000 habitantes en Cataluña y de 0,23 en el resto de las comunidades autónomas. No se observaron diferencias en el sexo de los casos según la estrategia de vacunación (61,5% de hombres en Cataluña frente a 57,2% en el resto de las comunidades autónomas; $p=0,303$), aunque la edad fue significativamente mayor en Cataluña en comparación con el resto de los territorios (porcentaje de casos con edad mayor de 29 años 34,9% frente a 21,0%; $p<0,001$).

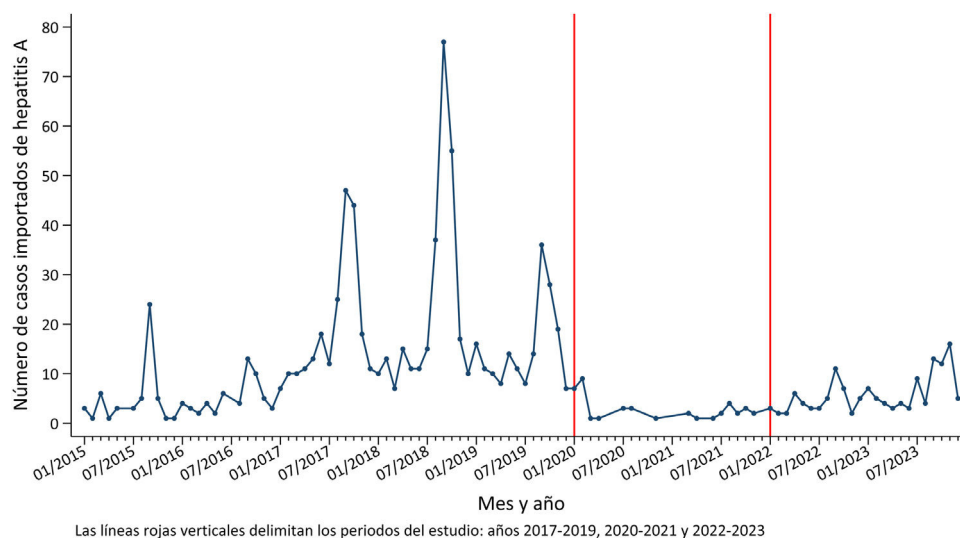


Figura 1. Distribución temporal de los casos importados de hepatitis A en España, años 2015-2023.

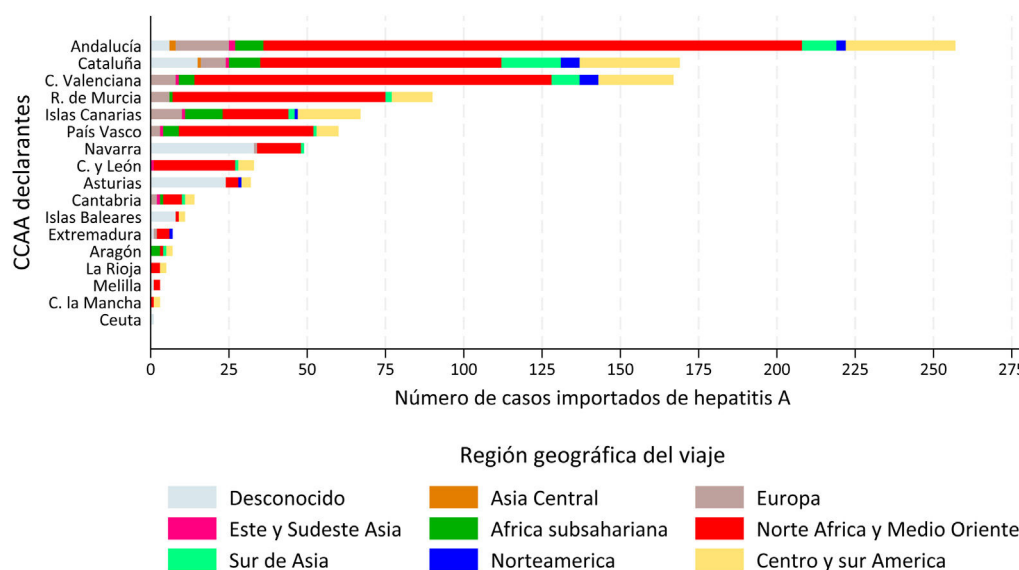


Figura 2. Casos importados de hepatitis A en España según comunidad autónoma de declaración y región geográfica del viaje, años 2015-2023.

Discusión

Durante 2015-2023 se notificaron en España 975 casos importados de hepatitis A, aproximadamente el 9% del total de los casos notificados de esta enfermedad y un porcentaje inferior al notificado en otros países de la UE/UEE, según datos del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades^{9,14,15}. Los destinos de los viajes identificados en los casos importados de hepatitis A, con el 63% viajando al Norte de África y Medio Oriente y el 17% al Centro y Sur de América, son diferentes de los notificados previamente por el resto de los países de la UE/UEE, en los que la principal región geográfica fue África, seguida de Asia, con un 31% y un 29% del total de los casos, respectivamente¹⁶.

Los casos procedentes de Norte de África y Medio Oriente, de Sur de Asia y de Centro y Sur de América se caracterizaron por la larga duración de los viajes (mediana de unos 40 días), aunque los casos de Norte de África y Medio Oriente, y de Sur de Asia, fueron principalmente niños y niñas, y los casos de Sur de América fueron adultos jóvenes. En estudios previos de casos importados relacionados con viajes internacionales, tanto de hepatitis A como

de otras enfermedades infecciosas, se asoció una mayor duración de los viajes a personas que viajan para visitar a amigos o familiares en zonas endémicas^{17,18}. Las características de los casos de nuestro estudio, unidas a los datos de estacionalidad observados y considerando el periodo de incubación de la enfermedad (media de 28 días), sugieren que la importación de la hepatitis A en España en los últimos años podría estar producida en una importante proporción por estos viajeros, especialmente niños y niñas en edad escolar que pasaron el periodo estival en el país de origen de sus padres o sus familiares (mayoritariamente en Norte de África y Medio Oriente, destacando Marruecos). La baja edad de los casos de hepatitis A se ha observado en algunos estudios sobre personas que viajan para visitar a amigos o familiares¹⁸⁻²⁰, al igual que la estacionalidad, con mayor número de casos durante los meses de verano y principios de otoño¹⁸. No obstante, la información sobre los motivos del viaje no se recoge en la encuesta epidemiológica del protocolo de la RENAVE de esta enfermedad, por lo que son necesarios más estudios que aborden esta cuestión de manera específica. Los casos que viajaron a Europa tuvieron un perfil muy diferente, siendo mayoritariamente hombres, con una mediana de edad de 30 años y una duración del

viaje mucho menor (11 días). Estas características, unido a que la mayor parte de los casos (49/56) se notificaron en los años 2015-2019, sugieren que la importación pudo estar relacionada con el brote internacional en GBHSH que tuvo lugar en los años 2016 y 2017²¹.

Se observaron diferencias entre comunidades autónomas, con un mayor número de casos importados en Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana, siendo el Norte de África y Medio Oriente la principal región del viaje en todas ellas. Según los últimos datos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2020 residían en España aproximadamente 6.500.000 personas nacidas en el extranjero, siendo Cataluña, la Comunidad Valenciana y Andalucía (junto con la Comunidad de Madrid, que no notificó casos importados a la RENAVE) las comunidades autónomas con mayor número de habitantes de este grupo de población. Además, estas cuatro comunidades autónomas fueron las que presentaron mayor número de personas nacidas en Marruecos²². Las diferencias encontradas en los países de importación podrían deberse a los diferentes orígenes de los casos que residen en las distintas comunidades autónomas, aunque dada la falta de información en la RENAVE sobre el país de nacimiento o el origen de los casos de hepatitis A se requieren estudios adicionales que profundicen en este aspecto. No se observaron diferencias en la tasa de notificación de casos importados según la estrategia de vacunación vigente en las comunidades autónomas, aunque la edad de los casos importados de Cataluña fue significativamente mayor. Los casos importados de Cataluña podrían ser adolescentes o adultos jóvenes no nacidos en Cataluña que no se han beneficiado de la vacunación infantil, aunque los resultados también podrían deberse a otros factores como diferencias en la composición demográfica o en los sistemas de notificación.

Los resultados de este estudio sugieren que en España se siguen produciendo casos de hepatitis A en grupos de población en los que está recomendada la administración de la vacuna, como son los viajeros a zonas de media o alta endemicidad y los GBHSH. Es recomendable que cualquier viajero que vaya a desplazarse a un país de baja renta acuda a un centro especializado en medicina del viajero, o al menos consulte con un médico, antes de realizar el viaje. Si es posible, la consulta debería realizarse al menos 4-8 semanas antes del viaje²³. En el contexto de estos viajes, la vacuna de la hepatitis A está especialmente recomendada en personas que se desplazan a zonas rurales o con condiciones higiénico-sanitarias deficientes, durante periodos de tiempo prolongados, siendo preferible que se inicie la vacunación al menos 2 semanas antes del viaje²⁴. En cuanto a los GBHSH, en algunos estudios se ha observado un bajo porcentaje de vacunación frente a la hepatitis A en este grupo de riesgo, como en el estudio EMIS-2017 (*European MSM Internet Survey*), en el que solo el 40% de los participantes habían recibido la pauta vacunal completa²⁵, a pesar de que el 68% de los encuestados tenían un conocimiento básico sobre las hepatitis víricas y la vacunación²⁶.

Nuestro estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, se observó una notificación desigual a la RENAVE de los casos importados entre las distintas comunidades autónomas, lo que limita la posibilidad de establecer conclusiones sólidas sobre su distribución según el lugar de declaración. Además, los criterios operativos utilizados para atribuir el país de adquisición de la infección pueden variar entre las diferentes comunidades autónomas. En segundo lugar, algunas variables, como el país del viaje, su duración y la vacunación, presentaron una baja cumplimentación, lo que dificulta la caracterización de los perfiles de los viajeros, su estado vacunal y los patrones de movilidad. En tercer lugar, es importante indicar que nuestro estudio permite describir la distribución de casos importados según las zonas geográficas visitadas, pero no estimar los riesgos de adquisición asociados a dichos destinos. Finalmente, cabe destacar que durante la pandemia de COVID-19 se produjo una importante disrupción de la vigilancia epidemio-

lógica en España, derivándose la mayor parte de los recursos a la vigilancia y el control de esta enfermedad, lo que puede haber dado lugar a un infradiagnóstico o una infranotificación de casos de otras enfermedades, incluyendo la hepatitis A.

En conclusión, nuestro análisis pone de manifiesto la importancia de los viajes internacionales en la epidemiología de la hepatitis A en España en los últimos años. Las características de los casos sugieren que una importante proporción son niños y niñas en edad escolar que viajan durante los meses de verano a países del Norte de África. Dado que la hepatitis A es una enfermedad prevenible por vacunación y que la administración de la vacuna está recomendada en viajeros a zonas de endemicidad intermedia y alta, es importante valorar la necesidad de aumentar la concienciación de la población sobre los riesgos asociados a estos viajes y fomentar que los viajeros acudan a una consulta médica antes del viaje siempre que sea posible.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos están disponibles a petición. La solicitud de información debe realizarse al Sistema de Vigilancia de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica cumplimentando el formulario correspondiente y enviándolo por correo ordinario o electrónico (vigilancia.cne@isciii.es).

¿Qué se sabe sobre el tema?

En los países de muy baja endemicidad de hepatitis A, como España, existe una alta proporción de población (principalmente infantil y joven adulta) susceptible al virus, por lo que los viajes a zonas de endemicidad intermedia o alta suponen un riesgo de infección si antes no se administra la vacuna.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Describe los casos importados de hepatitis A en España en los años 2015-2023 en cuanto a edad, sexo y país de los viajes, incluyendo el posible impacto de la pandemia de COVID-19.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los resultados muestran que podría ser necesario aumentar la concienciación sobre los riesgos asociados a estos viajes y reforzar la vacunación antes del viaje.

Editor responsable del artículo

Alberto Lana.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes contribuyeron a la concepción y el diseño del estudio. El análisis y la interpretación inicial de los datos fueron realizados por M. Guerrero. El primer borrador del texto fue elaborado por M. Guerrero y C. Varela, y los demás autores y autoras realizaron una revisión crítica y aportaron contribuciones para mejorar el manuscrito. Todas las personas firmantes aprueban la versión final para su publicación.

Financiación

El APC ha sido financiado con fondos del Grupo 32 del programa EPICET (Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles) del CIBERESP.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2026.102659](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102659).

Bibliografía

1. Van Damme P, Pintó RM, Feng Z, et al. Hepatitis A virus infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2023;9:51.
2. World Health Organization. The immunological basis for immunization series: module 18: hepatitis A. Update 2019. Geneva: WHO; 2019 (Consultado el 15/07/2026.) Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/97892516327>
3. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Boletín Oficial del Estado. 1996 Jan 24 (Consultado el 29/07/2026.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1502>.
4. Limia Sánchez A, Olmedo Lucerón C. Segundo estudio de seroprevalencia en España, 2017-2018. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:e202103059.
5. World Health Organization. WHO position paper on hepatitis A vaccines: October 2022. *Wkly Epidemiol Rec*. 2022;97:493-512.
6. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 (Consultado el 29/07/2026.) Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf.
7. Valcárcel Nazco C, Sanromá-Ramos E, Guirado-Fuentes C, et al. Coste-efectividad de la vacunación universal frente a la hepatitis A en niños. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de la Salud; 2022 (Consultado el 26/06/2026.) Disponible en: <https://sescs.es/coste-efectividad-de-la-vacunacion-universal-frente-a-la-hepatitis-a-en-ninos>.
8. Gossner CM, Severi E, Danielsson N, et al. Changing hepatitis A epidemiology in the European Union: new challenges and opportunities. *Euro Surveill*. 2015;20:21101.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis A. En: Annual Epidemiological Report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024 (Consultado el 11/06/2025.) Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hepatitis-annual-epidemiological-report-2022>.
10. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Protocolo de vigilancia de la hepatitis A. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Madrid: ISCIII; s.f. (Consultado el 06/05/2025.) Disponible en: <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-20de-20vigilancia-20de-20hepatitis-20a-pdf>.
11. Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. (Consultado el 06/05/2025.) Disponible en: <https://www.ine.es>.
12. Jacobsen KH, Wiersma ST. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. *Vaccine*. 2010;28:6653-7.
13. Jacobsen KH. Globalization and the changing epidemiology of hepatitis A virus. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2018;8:a031716.
14. Severi E, Tavoschi L, Carrillo-Santistev P, et al. Hepatitis A notifications in the EU/EEA, 2010-2019: what can we learn from case reporting to the European Surveillance System? *Euro Surveill*. 2023;28:2200575.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis A. En: Annual Epidemiological Report for 2021. Stockholm: ECDC; 2022 (Consultado el 11/06/2025.) Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hepatitis-annual-epidemiological-report-2021>.
16. Beauté J, Westrell T, Schmid D, et al. Travel-associated hepatitis A in Europe, 2009 to 2015. *Euro Surveill*. 2018;23:1700583.
17. Heywood AE, Zwar N, Forssman BL, et al. The contribution of travellers visiting friends and relatives to notified infectious diseases in Australia: state-based enhanced surveillance. *Epidemiol Infect*. 2016;144:3554-63.
18. Bui Y-G, Trépanier S, Milord F, et al. Cases of malaria, hepatitis A, and typhoid fever among VFRs, Quebec (Canada). *J Travel Med*. 2011;18:373-8.
19. Balogun O, Brown A, Angelo KM, et al. Acute hepatitis A in international travellers: a GeoSentinel analysis, 2008-2020. *J Travel Med*. 2022;29:taac013.
20. Mellou K, Chrysostomou A, Sideroglou T, et al. Epidemiology of hepatitis A in Greece in the last decade: management of reported cases and outbreaks and lessons learned. *Epidemiol Infect*. 2020;148:e58.
21. Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, 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;23:1700641.
22. Instituto Nacional de Estadística, España. Encuesta Continua de Hogares. Población residente: comunidades y ciudades autónomas (extranjeros y segunda generación). Población residente nacida en el extranjero por comunidades y ciudades autónomas. Madrid: INE. (Consultado el 23/06/2025.) Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p05/i0/&file=04005.px&L=0>.
23. Ministerio de Sanidad, España. Consejos para el viajero. Sanidad Exterior. (Consultado el 27/06/2025.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/consejosViajero.htm>.
24. Ministerio de Sanidad, España. Consejos sanitarios para el viajero internacional: información sobre vacunas de interés para viajes internacionales. Sanidad Exterior. (Consultado el 27/06/2025.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/infVacunas.htm>.
25. Brandl M, Schmidt AJ, Marcus U, et al. Self-reported hepatitis A and B vaccination coverage among men who have sex with men (MSM), associated factors and vaccination recommendations in 43 countries of the WHO European Region: results from the European MSM Internet Survey, EMIS-2017. *Euro Surveill*. 2024;29:2400100.
26. Burdi S, Brandl M, Marcus U, et al. Viral hepatitis knowledge and vaccination awareness among men who have sex with men (MSM) in 43 countries of the WHO European Region: results from the European MSM Internet Survey. EMIS-2017. *Euro Surveill*. 2024;29:2400099.