

Vista creada el 07/02/2026 a las 07:15 h

## Hepatitis A

Enero 2026

### 1. Introducción

- La hepatitis A (HA) es una enfermedad inflamatoria del hígado, de origen infeccioso, causada por el virus de la hepatitis A (VHA).
- El pronóstico es excelente ya que en la mayoría de los pacientes la infección por el VHA cursa de forma asintomática, es autolimitada y se produce una recuperación completa. En los niños menores de 6 años de edad el 70 % de los casos son asintomáticos, el 20 % pueden padecer una forma clínica leve y solo el 10 % cursan con ictericia. Por el contrario, en niños mayores y adultos las formas ictericas representan el 70% de los casos. De forma excepcional puede producir una hepatitis fulminante que tiene una tasa de letalidad del 0,4 %. La inmunidad tras la infección es duradera.
- Aunque de forma infrecuente, pueden aparecer complicaciones extrahepáticas inmunomedidas tras la infección por el VHA (renales, hematológicas, cutáneas o neurológicas).
- La HA no cronifica a diferencia de lo que puede ocurrir en las hepatitis B y C, pero aproximadamente el 10 % de los pacientes pueden presentar una colestasis persistente y/o una hepatitis recidivante tras la infección inicial. En raras ocasiones (0,015-0,5 %) también puede dar lugar a una hepatitis fulminante (fallo hepático agudo) que tiene una tasa de letalidad del 0,4 % como ya se ha comentado.
- En países con alto índice de desarrollo humano, donde existe un adecuado tratamiento de las aguas residuales y unas buenas condiciones de higiene personal, la infección en los niños es poco frecuente y el contagio se produce principalmente al viajar a países endémicos, tras contacto con un caso importado o como consecuencia de determinadas prácticas sexuales.
- La transmisión del VHA es fecal-oral, por lo que el lavado cuidadoso de manos constituye la principal medida preventiva. Existen otros modos de transmisión menos frecuentes, como a través de transfusiones de sangre o hemoderivados, uso compartido de jeringuillas o determinadas prácticas sexuales. Es muy importante tener esto presente cuando se viaja a países donde la HA es endémica. La HA es la más frecuente de las hepatitis virales y en España es de declaración obligatoria de manera individualizada desde 1997. La tasa de incidencia anual en nuestro país, considerado como de endemidad baja sufrió un ascenso ya detectable desde 2016 (2,8 / 100 000 hab), con un pico en 2017 (8,6 / 100 000 hab) y un descenso posterior en 2018 (3,6 / 100 000 hab). El pico en la tasa de incidencia anual experimentado en 2017, en España y otros países de Europa, se produjo en gran medida como consecuencia de brotes epidémicos entre hombres que practicaron conductas sexuales de riesgo con otros hombres, lo cual motivó una campaña nacional de vacunación en este colectivo. En países con recomendaciones de vacunación sistemática (EE. UU.) las tasas bajan a 1,2 casos por 100 000 habitantes.
- Durante los últimos 3 años (2020-2022) el número de casos de HA en España ha disminuido de forma muy importante. Según el informe de incidencias de HA del ISCIII publicado en diciembre de 2023, las incidencias de HA durante los años 2021-2022 fueron las mínimas registradas durante el período de estudio (2015-2022), con un descenso importante con respecto a años previos especialmente en población infantil y en individuos de 15 a 44 años, posiblemente debido a cambios en la epidemiología de la enfermedad por la pandemia de la COVID-19 y la situación excepcional del brote de los años 2016-2017. A final de 2023 se han declarado a RENAVE 287 casos, algo más que en 2022 (256).
- La prevalencia de anticuerpos frente al VHA en la población general a los 50 años varía desde el 15 % de los países del norte de Europa hasta casi el 100 % en los países de bajo índice de desarrollo humano. A nivel mundial, las infecciones por VHA alcanzan 1,4 millones de casos al año.
- España ha sido clásicamente un país de endemidad intermedia, presentándose la infección por el VHA en la edad pediátrica fundamentalmente, aunque en los últimos años este patrón epidemiológico ha cambiado, convirtiéndose en un país de endemidad baja, lo que implica menos infecciones infantiles y mayor tasa de infección en adultos, especialmente en colectivos con determinados factores de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres).
- Esta enfermedad es prevenible por vacunación. En España, al ser un país con una baja endemidad, la vacunación actualmente está recomendada únicamente en grupos de riesgo de enfermedad grave o de alto riesgo de infección, como son los viajeros a zonas endémicas, la población con VIH, con alcoholismo crónico, enfermedad hepática crónica y cirrosis, la población HSH y los contactos estrechos de casos de hepatitis A (profilaxis posexposición). No obstante, en algunas regiones del país (Cataluña, Ceuta y Melilla) la vacuna también está incluida en el programa de inmunización infantil.

### 2. El patógeno

- El VHA es un virus ARN de la familia *Picornaviridae* y del género Hepatovirus, de forma icosaédrica, mide 27 nm de diámetro, carece de envoltura y contiene ARN lineal de cadena única.

- Hay 7 genotipos reconocidos (de los que 4 pueden causar infección en el ser humano) y un único serotipo.
- El VHA es muy resistente a la inactivación, permaneciendo infeccioso después de meses a temperatura ambiente. Resiste el calor moderado (60 °C durante una hora) y no es destruido en alimentos poco cocinados. Se inactiva mediante cocción (durante, al menos, cinco minutos), radiaciones ultravioleta y tratamiento con cloro o formaldehído.

### 3. Epidemiología y transmisión

- El modo de transmisión de la enfermedad es por vía fecal-oral y la replicación viral se produce en el hígado, lo que conduce a una lesión hepática. Pueden ocurrir brotes de origen en alimentos o agua contaminada. El VHA puede concentrarse en los mariscos que se alimentan por filtración y que pueden prosperar cerca de las salidas de aguas contaminadas. También puede encontrarse en verduras crudas. Incluso, pueden darse brotes en centros de cuidado infantil (guarderías y escuelas) por la contaminación de cambiadores, aunque es posible que estos brotes no se identifiquen hasta que haya un adulto afectado ya que éste suele presentar síntomas más frecuentemente. Los viajes internacionales son otro factor de riesgo de infección por el VHA. Existen otros modos de transmisión menos frecuentes, como a través de transfusiones de sangre o hemoderivados, transmisión vertical al recién nacido, uso en común de jeringuillas o determinadas prácticas sexuales, esencialmente entre hombres que tienen sexo con hombres.
- El VHA no posee poder citopático. Cuando el virus llega al hepatocito comienza a replicarse en el citoplasma, excretándose por la bilis, llegando al intestino delgado y eliminándose por las heces.
- La patogenia del daño hepatocitario del VHA no está totalmente definida, al carecer de poder citopático, la lesión celular se debe a un mecanismo inmunológico, en el que los linfocitos T CD8, el depósito de inmunocomplejos (con la participación de IgM e IgG) y determinadas citoquinas, juegan un papel esencial. La lesión de las células hepáticas puede presentarse de tres formas:
  - Lesión celular directa que eleva las transaminasas
  - Lesión de colestasis que causa ictericia e hiperbilirrubinemia
  - Alteración de la función hepática que se detecta por la prolongación del tiempo de protrombina
- En la mayoría de los niños menores de 6 años la infección cursa de manera asintomática y sin ictericia, pero el virus se elimina igualmente por las heces, por lo que constituyen una importante fuente de infección (riesgo de aparición de brotes epidémicos).

### 4. CLÍNICA Y COMPLICACIONES

- Solo muestran síntomas el 10 % de los niños menores de 6 años.
- En cambio, en niños mayores y en adultos, más de la mitad sufren la enfermedad sintomática, cuya presentación clínica es indistinguible de la de otras formas de hepatitis víricas, con malestar, anorexia, molestias abdominales e ictericia, que duran de 2 semanas a varios meses.
- Típicamente, el curso clínico de la HA tiene cuatro fases:
  1. El período de incubación suele durar unos 28 días, oscilando entre 14 y 60 días. La transmisibilidad va desde las dos semanas anteriores a la aparición de la ictericia hasta una semana después
  2. La fase prodromática o de contagio se extiende desde 14 a 21 días después de la entrada del germe y suele durar una semana. Se presentan síntomas inespecíficos: fiebre baja, náuseas, vómitos, pérdida de apetito y dolor abdominal. La diarrea puede ocurrir en niños pequeños mientras que el estreñimiento es más común en adultos
  3. La fase icterica (muy poco común en niños) puede durar varios días o semanas, apareciendo coloración amarillenta en la piel y conjuntivas, con orinas oscuras y heces de color claro. En esta fase, las enzimas hepáticas (transaminasas, GGT y fosfatases alcalinas) y la bilirrubina están elevadas, pudiéndose detectar anticuerpos contra el VHA de la clase IgM
  4. La fase de recuperación puede durar entre 6 y 12 meses. En el suero aparecen anticuerpos de tipo IgG contra el VHA, que confieren inmunidad duradera. Los parámetros bioquímicos vuelven a la normalidad en esta fase
- En la mayoría de los pacientes la infección por el VHA es autolimitada y se produce una recuperación completa sin que se extienda a la cronicidad. Pero raramente pueden aparecer recurrencias con recuperación completa (entre 1 y 4 meses después del episodio inicial) y complicaciones como artralgias, pancreatitis, vasculitis, glomerulonefritis, mielitis transversa, síndrome de Guillain-Barré e incluso, hepatitis colestásica y, excepcionalmente en el niño, fallo hepático agudo fulminante y la muerte.

### 5. DIAGNÓSTICO

- Pruebas de función hepática

La inflamación del hígado durante la infección por el VHA se puede identificar mediante elevaciones de las ALT (alanina aminotransferasa), AST (aspartato aminotransferasa) y GGT (gamma-glutamiltransferasa). Los aumentos en los niveles de ALT y AST se observan de manera más constante y los valores suelen ser de 4 a 100 veces los niveles normales y pueden preceder a la aparición de los síntomas en una semana o más, alcanzando su punto máximo entre los 3 a 10 días posteriores al inicio de la enfermedad clínica.

Los niveles de bilirrubina sérica no suelen estar muy elevados salvo en la forma colestásica muy infrecuente en niños. Sugieren un curso grave la prolongación del tiempo de protrombina y una disminución de la albúmina.

- **Pruebas serológicas**

Las pruebas de anticuerpos específicos para el VHA confirman la infección. La inmunoglobulina M (IgM) anti-VHA está presente al inicio de los síntomas y su nivel permanece alto durante 4-8 semanas. Por lo general, desaparece a los 4-6 meses, pero ocasionalmente persiste por un período más prolongado.

La inmunoglobulina G (IgG) anti-VHA se vuelve detectable poco después de que aparece el título de IgM y, generalmente, aumenta a medida que disminuye el nivel de IgM. La IgG persiste de por vida y proporciona inmunidad continua contra la reinfección.

## 6. PREVENCIÓN

- La mejor forma de evitar la morbilidad derivada de la infección por el VHA es la prevención mediante la vacunación de la población susceptible.
- Hasta hace unos años, la edad mínima autorizada para su administración eran los 12 meses de edad, aunque se acepta su uso entre los 6 y los 12 meses de edad cuando la exposición se estima de riesgo elevado. Una dosis administrada por debajo de los 12 meses de edad no debe ser contabilizada, precisándose dos nuevas dosis a partir del año de vida, separadas por, al menos, 6 meses una de la otra.
- En España, al ser un país con una baja endemidad, la vacunación actualmente está recomendada únicamente en grupos de riesgo de enfermedad grave o de alto riesgo de infección, como son los viajeros a zonas endémicas, la población con VIH, con alcoholismo crónico, enfermedad hepática crónica y cirrosis, la población HSH y los contactos estrechos de casos de hepatitis A (profilaxis posexposición). No obstante, en algunas regiones del país (Cataluña, Ceuta y Melilla) la vacuna también está incluida en el programa de inmunización infantil.

Ir al [capítulo de la vacuna de la hepatitis A en el Manual de Inmunizaciones en línea de la AEP](#).

## 7. TRATAMIENTO

- No existe actualmente ningún tratamiento específico eficaz frente al VHA. La atención de estos pacientes consiste en cuidados generales de soporte, prevención y tratamiento de las complicaciones y tratamiento del excepcional fallo hepático, en caso de producirse.
- En la evaluación de los pacientes con HA hay que realizar siempre, además del resto del estudio de función hepática, pruebas de coagulación, para detectar a aquellos pacientes que presenten riesgo de entrar en un fallo hepático inminente.
- Aunque el fallo hepático agudo en la HA es muy infrecuente, la base fundamental en su manejo es la detección precoz y la remisión del paciente a un centro que disponga de unidad de cuidados intensivos pediátricos y posibilidades de efectuar un trasplante hepático.
- El trasplante hepático ha mejorado de forma significativa la supervivencia de los pacientes con HA y fallo hepático agudo.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Arístegui Fernández J, et al. Hepatitis A. En: Vacunas. Algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas. Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, editores. Undergraf SL, Madrid, 2017, pags 147- 64.
- CDC, junio de 2020. [Hepatitis A. Information for Health Professionals](#).
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. [Informe epidemiológico sobre la situación de la Hepatitis A en España. Años 2021 y 2022](#). Guerrero-Vadillo M, et al. Situación epidemiológica de la hepatitis A en España. Años 2021 y 2022. Boletín Epidemiológico Semanal. 2023;31:243-252.
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. [Boletín Semanal en red](#).
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). [Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría. Razones y bases de las recomendaciones 2026](#). [Internet]. Madrid: AEP; 2026.
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). [Hepatitis A](#). Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; ene/2025.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis A. In: ECDC. [Annual Epidemiological Report for 2022](#). Stockholm: ECDC; 2024.
- ECDC. News & events, septiembre de 2018. [Epidemiological update: Hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men](#).
- Limia Sánchez A, et al. [2nd Seroprevalence Study in Spain, 2017-2018](#). Rev Esp Salud Pública. 2021;95:e202103059

- Medscape. [Hepatitis A pediátrica](#) . Actualizado 23 febrero 2021
- Ministerio de Sanidad. [Información para el viajero: hepatitis A](#)
- Nelson NP, *et al.* Update: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for use of Hepatitis A vaccine for postexposure prophylaxis and for preexposure prophylaxis for international travel. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67:1216-20 .
- OMS, julio de 2023. [Hepatitis A](#) .
- Shin EC, *et al.* Natural history, clinical manifestations, and pathogenesis of hepatitis A. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2018;8:a031708 .
- Yellow Book 2024. [Hepatitis A](#) . CDC.

**Dirección URL original:** <https://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/hepatitis-a>