



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Adicciones

Servicio de Epidemiología
Ronda Levante 11
30008 Murcia

☎ 968 36 20 39 📠 968 36 66 56
✉ epidemiologia@carm.es

Informes Epidemiológicos 5 / 2025
<https://www.murciasalud.es/web/servicio-de-epidemiologia>

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS HEPATITIS C Y B

Nuevos diagnósticos de infección por VHC
Vigilancia de las infecciones agudas por VHB

Región de Murcia.
Actualización año 2024

Junio 2025

Edita:
Servicio de Epidemiología
Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Consejería de Salud
Región de Murcia



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Adicciones



Servicio de Epidemiología

Ronda Levante, 11
30008 Murcia

RESUMEN

El Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de hepatitis C (SINHEPAC), implantado en la Región de Murcia (RM) en el año 2015, permite estimar el número anual de casos de nuevo diagnóstico de infección por VHC en la población y conocer las distintas características epidemiológicas de los casos al diagnóstico.

La información de la hepatitis B se obtiene a partir del Sistema de Información de las Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Esta notificación sólo incluye los casos de infección aguda.

Vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por VHC

En el periodo 2013-2024 se han registrado un total de 1.499 nuevos diagnósticos de infección por VHC en la Región de Murcia (se mantiene la tasa de incidencia de 8,3 casos por 100.000 habitantes). El número de nuevos diagnósticos de infección por VHC registrados en la Región de Murcia en 2023 (115) supone el 5% del total de casos notificados en España en 2023, para 2024 aún no hay datos disponibles a nivel nacional. En 2023 y 2024, se ha registrado, por primera vez, una tasa de incidencia por debajo de los 8 casos por 100.000 hab. (7,4 y 7,9, respectivamente).

Durante los últimos tres años (2022-2024), la tasa de incidencia de nuevos diagnósticos se ha mantenido mayor en hombres (11,2 casos por 100.000 hab.) que en mujeres (4,5 casos por 100.000 hab.), en todos los grupos de edad a partir de los 30 años, lo que ha ocurrido a lo largo de todo el periodo de vigilancia. Entre los hombres, la mayor tasa de incidencia en el último trienio (2022-2024) se mantiene en la franja de edad de 50 a 59 años, no obstante, en los años post-pandemia (2021-2024) se observa un descenso de la tasa que, aunque lento, se ha mantenido hasta 2024 entre los hombres de 50 a 59 años; sin embargo, en el último año (2024) el grupo de 60 años o más ha presentado un ascenso de la tasa en comparación con los años anteriores. En las mujeres la tasa de incidencia se eleva a partir de los 40 años y también se ha observado ese ascenso de la tasa en las de 60 o más años en 2024 (11,4 casos por 100.000) respecto a 2023 (5,8 casos por 100.00 hab.), aunque con cifras bastante más bajas que en los hombres, pero algo más elevadas que en pre-pandemia. En los últimos tres años no se ha detectado ningún caso menor de 20 años. Entre 2021-2024, el porcentaje entre aquellas personas con país de origen distinto a España fue del 28,7% respecto al 23,1% en el periodo pre-pandémico (2016-2019), mientras que el porcentaje de españoles ha pasado de 75,9% (pre-pandemia) a 69,7% (post-pandemia).

Tras el aumento inesperado de casos con infección aguda o seroconversión reciente en los años 2021 (25 casos, todos en hombres) y 2022 (28 casos (1 en una mujer)), teniendo en cuenta que el promedio de casos era de 7-8 casos al año, en 2024 se han registrado sólo 4 casos con infección aguda (11 en 2023), segundo año consecutivo que se produce un descenso de estas infecciones agudas.

En las hepatitis crónicas resulta muy complicado determinar, en un alto porcentaje de los casos, los factores de riesgo asociados a la infección por VHC debido al largo periodo de latencia de la enfermedad. En las hepatitis agudas determinar factores de riesgo es más factible y permite tener una aproximación a los mecanismos probables de infección en un periodo reciente. Comparando los periodos pre y post-pandemia de la COVID19 en cuanto a factor de riesgo más probable, observamos que el porcentaje para la categoría de transmisión "contacto interpersonal" (el 100% de los casos debido a contacto sexual en el periodo post-pandemia (2021-2024)) y el de personas que se inyectan drogas (PID) en este mismo periodo son similares: 27,9% y 25,0%, respectivamente; teniendo en cuenta que un 32,4% de los casos no contaba con información para definir el posible factor de riesgo. En 2024 el porcentaje de PID y contacto interpersonal (sexual) es igual al 25% en ambas categorías de transmisión. Estos datos podrían reflejar prácticas sexuales de riesgo que favorecerían la transmisión del virus de la hepatitis C (como *chemsex/slamsex*, entre otras). En 2024, de los 4 casos de infección aguda, todos son hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), uno de los cuales tiene como factor de riesgo ser usuario de drogas inyectadas, otro ha tenido contacto sexual con un caso de hepatitis C y en los otros dos casos se desconoce el mecanismo de transmisión.

Tras el descenso en 2016 del porcentaje de diagnóstico tardío, éste se mantuvo estable en torno al 35% hasta 2019. Los años alrededor de la pandemia (2020-2022) reflejan un ligero ascenso del diagnóstico tardío alcanzando en 2022 la cifra más alta de los últimos 9 años (40,6%) pero sin superar las cifras registradas en los primeros años de vigilancia de la hepatitis C (2013-2015), probablemente relacionado con un retraso diagnóstico como consecuencia de la reestructuración de los servicios sanitarios durante la pandemia de COVID19. En 2023 se registró la cifra más baja (29,1%) y en 2024 ha ascendido ligeramente pero se sitúa en niveles previos a la pandemia de COVID19, quizá influenciado por un aumento de las pruebas diagnósticas realizadas junto al diagnóstico de laboratorio en un solo paso que permiten hacer un diagnóstico y tratamiento precoz.

Vigilancia de infecciones agudas por VHB

En 2024 se notificaron en la Región de Murcia 12 casos de infección por virus de la hepatitis B (Incidencia Acumulada: 0,77 casos por 100.000 habitantes), incidencia similar a la observada en 2023 (0,71 casos por 100.000 hab.). Todos los casos fueron casos confirmados.

En 2024 el 83% han sido hombres (10 casos). Razón hombre/mujer de 5. Mediana de edad de 51,5 años (Rango Intercuartílico (RIC): 41,0-55,2). La mediana de edad ha aumentado respecto a 2023 (44 años (RIC): 32-67). En hombres fue de 52 años ((RIC): 41,5-55,7) (49 en 2023) y en mujeres de 41 años (dos casos de 28 y 54 años) (35 en 2024: 1 solo caso). Entre los hombres, la mayor incidencia se observa en aquellos con edades comprendidas entre 55 y 64 años (4,0 casos por 100.000 hombres) seguido de la franja de edad de 35 a 44 años (2,6 casos por 100.000 hombres).

Durante el periodo 2008-2024 se han notificado 7 casos importados de infección por virus de la hepatitis B (1 en 2023 cuyo país de origen se desconoce). Se observa una mayor incidencia de estos casos importados en personas procedentes de países donde la cobertura de vacunación para el virus de la hepatitis B es baja. En 2024 no se ha detectado ningún caso importado.

El 50% de los casos notificados en 2024 fueron hospitalizados. Ningún fallecido. De los 12 casos notificados en 2024, siete casos (58,3%) tienen como factor de exposición de riesgo el contacto sexual.

Estos resultados reflejan una situación en la que convergen varios factores (PID y uso de otras drogas no inyectables, otras ITS como el VIH, prácticas sexuales de riesgo...) que favorecen la transmisión por contacto sexual, a pesar de que el VHC y VHB son virus que se transmiten, principalmente, por vía parenteral (principal vía de transmisión a nivel mundial).

Cita recomendada: MI Barranco Boada, E Vicente Martínez, E Gutiérrez Pérez, J Torres Ramírez, A Sánchez-Migallon, MD Chirlaque López. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis C y B. Nuevos diagnósticos de hepatitis C e incidencia de infección aguda por virus de la hepatitis B en la Región de Murcia. Actualización año 2024. Consejería de Salud, 2025. Informes epidemiológicos 5/2025.



GLOSARIO

TÉRMINOS	DESCRIPCIÓN
OMS	Organización Mundial de la Salud.
DGSPyA	Dirección General de Salud Pública y Adicciones.
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
SINHEPAC	Sistema de información de Nuevos Diagnósticos de infección por virus de la Hepatitis C.
VHC	Virus de la Hepatitis C
VHB	Virus de la Hepatitis B
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
IA	Incidencia Acumulada
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
RIC	Rango Intercuartílico.
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i> (Reacción en cadena de la Polimerasa).
PID	Personas que se inyectan drogas.
HSH	Hombres que practican Sexo con Hombres.
<i>ChemSex</i>	Uso intencionado, desadaptativo e intensivo de algunas drogas ilegales en contextos sexuales.
<i>SlamSex (o slamming)</i>	Uso de drogas inyectables en contextos sexuales.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VHC (SINHEPAC) EN LA REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 2013-2024.....	<u>7</u>
• INCIDENCIA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC	7
• VHC SEGÚN SEXO Y EDAD	8
• VHC SEGÚN PRESENTACIÓN CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO	12
• VHC SEGÚN ÁREA DE SALUD DE RESIDENCIA	14
• VHC SEGÚN PAÍS DE ORIGEN	14
• DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LAS INFECCIONES POR VHC	15
• GENOTIPO DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC.....	19
• VHC SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	20
• ANÁLISIS DE LA COINFECCIÓN CON VIRUS DE LAS HEPATITIS B Y VIH	22
RESULTADOS VIGILANCIA INFECCIONES AGUDAS POR VHB.....	24
REFERENCIAS	29



INTRODUCCIÓN

El informe global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ^[1], publicado en 2024 presenta, por primera vez, estimaciones de la carga de enfermedad y cobertura de los servicios asistenciales para las hepatitis virales de 187 países (130 en 2019 y 42 en 2018). Destaca que, a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la mortalidad está aumentando, constituyendo las hepatitis virales la segunda causa de muerte por una enfermedad infecciosa transmisible, igualándose a la tuberculosis. Se ha pasado de 1,1 millones de fallecimientos en 2019 a 1,3 millones en 2022 (de éstos, 1,1 fueron por virus de la hepatitis B (VHB) (820.000 en 2019), constituyendo el 83% del total de fallecidos por hepatitis viral) y 244.000 fallecidos se debieron a infección por virus de la hepatitis C (VHC) (17% del total de fallecimientos por hepatitis viral). Según este informe, puede ser debido al envejecimiento de la cohorte de población con infección por VHB y alteraciones relacionadas con la COVID-19 que ralentizó la ampliación del acceso al tratamiento en muchos países de ingresos bajos y medios.

Sin embargo, el número de nuevas infecciones ha descendido a 2,2 millones de nuevas infecciones entre hepatitis B y C (1,2 millones de nuevas infecciones por VHB y 1,0 millón de infecciones por VHC), frente a los 2,5 millones en 2019. Cada día se producen más de 6000 nuevas infecciones por virus de las hepatitis.

Los datos que se estiman de prevalencia son 254 millones de personas con hepatitis B y 50 millones con infección por VHC. La mitad de la carga de hepatitis crónica por hepatitis B y C se sitúa en personas de 30 a 54 años y un 12% en menores de 18 años.

A final de 2022, de los 254 millones de personas con infección crónica por VHB, en todas las regiones de la OMS, sólo el 13,4% habían sido diagnosticadas y el 3% (7 millones), habían recibido tratamiento. En el caso de la hepatitis C, sólo el 36% habían sido diagnosticadas y el 20% habían recibido tratamiento a finales de 2022. Cifras con variabilidad entre regiones y cifras muy lejos todavía de las metas mundiales a alcanzar de acuerdo a la nueva estrategia para las hepatitis víricas para 2030 (tratar al 80% de las personas con hepatitis B y C crónicas)^[2]. Sin embargo, hay una mejora constante en el diagnóstico y tratamiento respecto a 2019 (se ha pasado de un 10% a un 13% en el diagnóstico de hepatitis B y de un 2% a un 3% en el tratamiento) y en la hepatitis C se aumentó el diagnóstico de un 21% a un 36% y de un 13% a un 20% en el tratamiento.

En Europa ^[3] en 2023 se notificaron 28.622 casos de hepatitis C en 29 países (tasa cruda de 7,4 casos por 100.000 habitantes (6,2 en 2022)), excluyendo países que sólo comunican agudas. De los casos, el 4,9% fueron agudas (86% en 2022), el 34,1% crónicas (similar a 2022) y un 53,8% no clasificables (57% en 2022). Mayor número de hombres que de mujeres (razón hombre: mujer, 1.7:1). El grupo de edad más afectado tanto en hombres como mujeres fue

¹ Para más información sobre otras aportaciones de este informe así como sus recomendaciones, puede consultar el informe completo en: Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>



el comprendido entre 35 y 44 años. La vía más frecuente de transmisión fue el uso de drogas por vía venosa (54,4% entre los casos de infección aguda y el 68,2% de aquellos con infección crónica y con información completa sobre la vía de transmisión). Según este informe, resulta compleja la interpretación de los datos a nivel europeo debido a diferencias en los sistemas de vigilancia, las políticas para la realización de test o cribado y las dificultades a la hora de diferenciar entre infección aguda, crónica y casos de reinfección. Considera que sería necesaria una mejora en la calidad de los datos, así como, una revisión de la definición de caso para mejorar la descripción del progreso en la consecución de las metas propuestas para la eliminación de la hepatitis.

Respecto a la hepatitis B en Europa en 2023, se notificaron 37.766 casos (tasa cruda de 8,1 casos por 100.000 hab.); un 6,3% fueron infecciones agudas, ^[4] de las cuales el 18% fueron atribuibles a transmisión heterosexual, seguidas de transmisión nosocomial (16,0%) y un 14,7% a hombres que practican sexo con hombres (HSH). Entre 2014 y 2021 la tasa de casos agudos descendió de 0,7 a 0,3 por 100.000 habitantes, sin embargo, entre 2021 y 2023 la tasa de casos agudos aumentó un 97,1% (0,6 casos por 100.000). En el caso de las crónicas entre 2017 y 2021 se produjo un descenso de la tasa (de 5,2 a 3,0 por 100.000 hab.), seguido de un incremento del 40% en 2023 (4,2 casos por 100.000 hab.).

España es un país de baja endemia tanto para la infección por VHC como para la infección por VHB, así lo reflejan los datos del segundo estudio de seroprevalencia: prevalencia de infección activa por VHC en población de 20 a 80 años de 0,22% (IC 95%: 0,12%-0,32%) y prevalencia de HBsAg entre 0,1% y 0,4% y de AntiHBc entre 5% y 6%, con una infección neonatal rara y una infección infantil infrecuente ^[5]. Para más información sobre los indicadores clave de la hepatitis B y C se puede consultar el documento publicado en 2025 en el enlace a pie de página²

Según el último informe de España publicado este año con datos de 2023 para la hepatitis C ^[6], se notificaron a nivel nacional 2.287 nuevos diagnósticos. Del total de casos, 254 (11%) son casos nuevos agudos, 994 casos nuevos crónicos (43,5%) y 1.039 (45,5%) “no clasificables”³. Hay que tener en cuenta que todavía en España, la notificación de los casos de infección por virus de la hepatitis C es muy heterogénea, y hay comunidades autónomas que sólo notifican casos agudos y otras, como la Región de Murcia, que notifican casos agudos, crónicos y no clasificables, de ahí que no se puedan hacer comparaciones entre comunidades o establecer una tendencia temporal. De los casos agudos sólo 146 (57,5%) disponían de datos de factor de riesgo de exposición, el 50% (73 casos) de los cuales tenían como principal factor de exposición de riesgo las relaciones sexuales (93,1% hombres HSH). En un 25,3% el factor de exposición de riesgo fue el consumo de drogas inyectadas, un 7,5% correspondía a contacto directo con persona enferma o portadora y un 6,8% a exposición no ocupacional^[6].

²https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/hepatitis/docs/INDICADORES_Hepatitis_abril_2025.pdf

³ “No clasificable”: no se dispone de información suficiente en la historia clínica para poder clasificarla como aguda o como crónica.



En España sólo se notifican los casos agudos de infección por VHB ^[7] a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. En 2023 se notificaron 369 casos de hepatitis B agudas (incidencia acumulada: 0,77 casos por 100.000 habitantes). El análisis de tendencia de las infecciones por VHB marca un descenso continuo significativo desde 2008 (con algún repunte en 2013-2014 y a partir de 2021). Con rango amplio en cuanto a las tasas de incidencia entre comunidades autónomas. La mayoría de los casos se producen en hombres y en adultos de mediana edad. Respecto al factor de riesgo de transmisión de la infección por VHB, entre los que tenían información (sólo el 4,6% de los casos), el 64,8% (35 casos) adquirieron la infección a través de contacto sexual, en el 13% (7 casos) la exposición fue nosocomial y el 7,4% (4 casos) eran usuarios de drogas por vía parenteral.

En este informe, se presentan los datos actualizados de los nuevos diagnósticos de infección por virus de la hepatitis C (agudas, crónicas y no clasificables) a 2024, así como, los datos correspondientes a las infecciones agudas por virus de la hepatitis B en la Región de Murcia en 2024.

RESULTADOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VHC (SINHEPAC) EN LA REGIÓN DE MURCIA.

INCIDENCIA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC

Desde el inicio de la vigilancia en 2013 y hasta 2024, se han registrado un total de 1.499 nuevos diagnósticos de infección por VHC en la Región de Murcia, se mantiene la tasa de incidencia de 8,3 casos por 100.000 habitantes. El número de nuevos diagnósticos de infección por VHC registrados en la Región de Murcia en 2023 (115) supone el 5,0% del total de casos notificados en España ^[6] en 2023, para 2024 aún no hay datos disponibles a nivel nacional. En 2024, en la Región de Murcia, la tasa de incidencia se sitúa en 7,9 casos por 100.000 hab. (124 casos) manteniéndose por debajo de la registrada en 2022 (8,3 casos por 100.000 hab.).

La evolución de la tasa de incidencia de nuevos diagnósticos de hepatitis C en la Región de Murcia muestra oscilaciones en torno a 8 o 9 casos por 100.000 habitantes a lo largo de todo el periodo analizado. Por primera vez, los dos últimos años (2023 y 2024) muestran una tasa de incidencia por debajo de 8 casos por 100.000 hab. La media anual de casos registrados en estos doce años es de 125 nuevos diagnósticos/año manteniéndose más o menos estable en el tiempo de vigilancia (tabla 1).



Tabla 1. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Nº de casos y tasa por 100.000 habitantes según año de diagnóstico. Región de Murcia. Periodo 2013-2024.

Año diagnóstico	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2013	92	12,4	41	5,6	133	9,0
2014	94	12,8	46	6,3	140	9,5
2015	85	11,6	42	5,7	127	8,7
2016	83	11,3	40	5,5	123	8,4
2017	89	12,1	33	4,5	122	8,3
2018	88	11,9	50	6,8	138	9,3
2019	98	13,1	29	3,9	127	8,5
2020 ⁴	71	9,4	16	2,1	87	5,8
2021	111	14,6	25	3,3	136	9,0
2022	97	12,6	30	3,9	127	8,3
2023	79	10,2	36	4,7	115	7,4
2024	85	10,8	39	5,0	124	7,9
Total	1.072	11,9	427	4,8	1.499	8,3

Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Tanto en 2023 como en 2024 se realizó la PCR en el 100% de los casos (lo cual refleja el buen funcionamiento del diagnóstico de laboratorio en un solo paso en todos los laboratorios públicos de la región desde la aprobación de la resolución en diciembre de 2022 para la eliminación de la hepatitis C en la Región de Murcia).⁵

VHC SEGÚN SEXO Y EDAD

El 72% de las personas diagnosticadas de infección por VHC en la región durante los doce años de vigilancia son hombres (tasa de 11,9 casos por 100.000 hombres). El 28% son mujeres, con una tasa de 4,8 casos por 100.000 mujeres. Razón de tasa hombre/mujer = 2,5. En 2024 estas tasas han sido de 10,8 vs 5,0 casos por 100.000, respectivamente (razón de tasa hombre/mujer: 2,2).

Durante los últimos tres años (2022-2024), la tasa de incidencia de nuevos diagnósticos se ha mantenido mayor en hombres (11,2 casos por 100.000 hombres.) que en mujeres (4,5 casos por 100.000 mujeres.), en todos los grupos de edad a partir de los 30 años (tabla 2), lo que ha ocurrido a lo largo de todo el periodo (2013-2024). Entre los hombres, la mayor tasa de incidencia en el último trienio (2022-2024) se mantiene en la franja de edad de 50 a 59 años. En las mujeres la tasa de incidencia se eleva a partir de los 40 años.

Desde 2013, se han registrado 10 casos en menores de 20 años (6 hombres y 4 mujeres): 2 de ellos (de 19 y 17 años) son casos importados con diagnóstico en 2017 en los que se desconoce el mecanismo de transmisión, un tercer caso tiene antecedentes de transfusión en su país de origen (distinto de España), 6 casos son atribuibles a transmisión materno

⁴ Año comienzo pandemia COVID19

⁵ Para más información ver el documento de metodología para la vigilancia de las hepatitis c y b en la Región de Murcia. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/documents/128166/10274087/METODOLOG%C3%8DA+VIGILANCIA+HEPATITIS+V%C3%8DRICAS+VHC+Y+VHB-DEF.pdf/4f44b179-ae13-5a8c-496b-1ebf9dbcbe0a?t=1749722345946>

infantil (los dos últimos casos diagnosticados en 2020) y un último caso diagnosticado en 2018 con categoría de transmisión desconocido y país de origen distinto de España. En los años post-pandemia de COVID19 (2021-2024), no se ha registrado ningún caso en menores de 20 años.

Tabla 2. Nuevos diagnósticos de infección por el VHC. Nº de casos y tasa por 100.000 habitantes según sexo y grupo de edad. Región de Murcia. Periodo 2022-2024.

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
0-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-29	13	4,6	2	0,8	15	2,8
30-39	31	10,3	5	1,7	36	6,1
40-49	57	14,3	17	4,6	74	9,6
50-59	88	25,4	32	9,4	120	17,5
≥60	72	15,2	49	8,7	121	11,7
Total	261	11,2	105	4,5	366	7,9

Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

En las gráficas 1 y 2 se muestran las tasas de incidencia de nuevos diagnósticos por año según sexo y grupo de edad.

Destaca el ascenso a partir de 2017 de la tasa de incidencia de nuevos diagnósticos de infección por VHC en hombres en el grupo de edad de 50 a 59 años, siendo esta tasa máxima en el año 2019 (39,3 casos por 100.000 hombres) en este mismo grupo de edad (gráfica 1). En los años posteriores a la pandemia (2021-2024), se observa un descenso de la tasa que, aunque lento, se ha mantenido hasta 2024 entre los hombres de 50 a 59 años; sin embargo, en el último año (2024) el grupo de 60 años o más ha presentado un ascenso de la tasa en comparación con los años anteriores en los que también se mostraba un descenso mantenido, situándose ligeramente por encima del grupo de 50 a 59 años. Este ascenso quizá se podría explicar por un aumento en el número de pruebas en estos grupos de edad de acuerdo a lo que establece la guía de cribado para la hepatitis C^{6 [8]}.

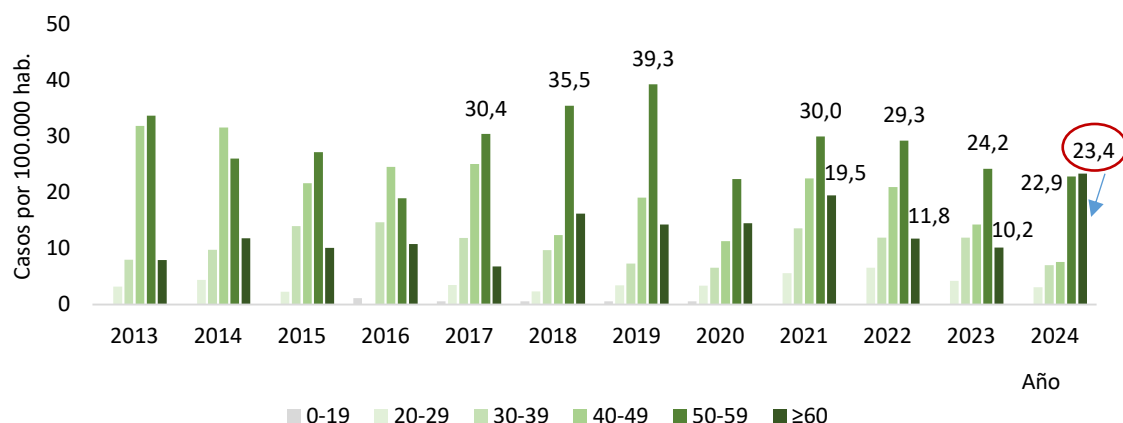
En las mujeres de 60 o más años también se ha observado ese ascenso de la tasa de incidencia en 2024 (11,4 casos por 100.000 mujeres) respecto a 2023 (5,8 casos por 100.000), aunque con cifras bastante más bajas que en los hombres, pero algo más elevadas que en pre pandemia (gráfica 2).

6

https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/hepatitis/GUIA_DE_CRIBADO_DE_LA_INFECCION_POR_EL_VHC_2020_rev21-10-2022.pdf

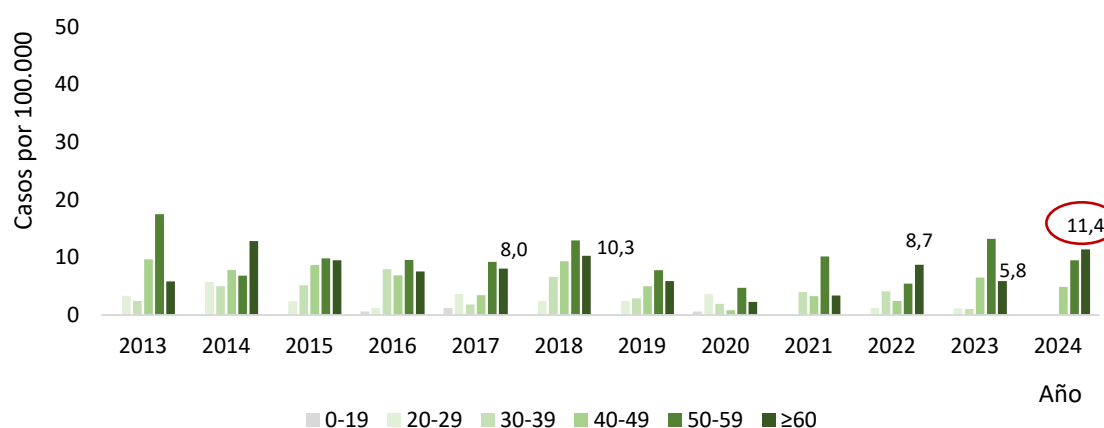


Gráfica 1. Nuevos diagnósticos de infección por VHC según grupo de edad por años. Casos por 100.000 en hombres. Periodo 2013-2024. Región de Murcia.



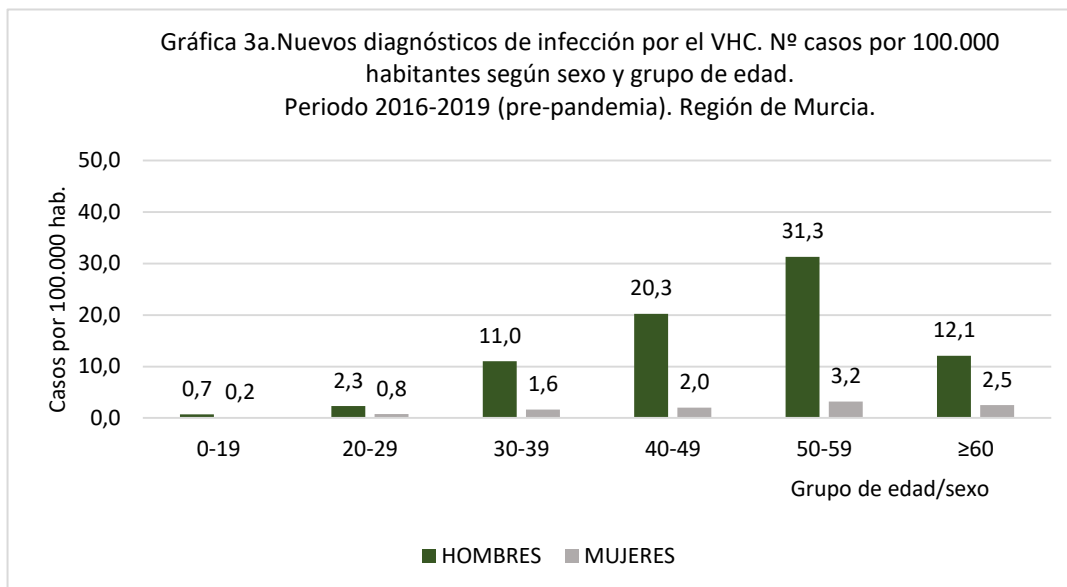
Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

Gráfica 2. Nuevos diagnósticos de infección por VHC según grupo de edad por años. Casos por 100.000 en mujeres. Periodo 2013-2024. Región de Murcia.

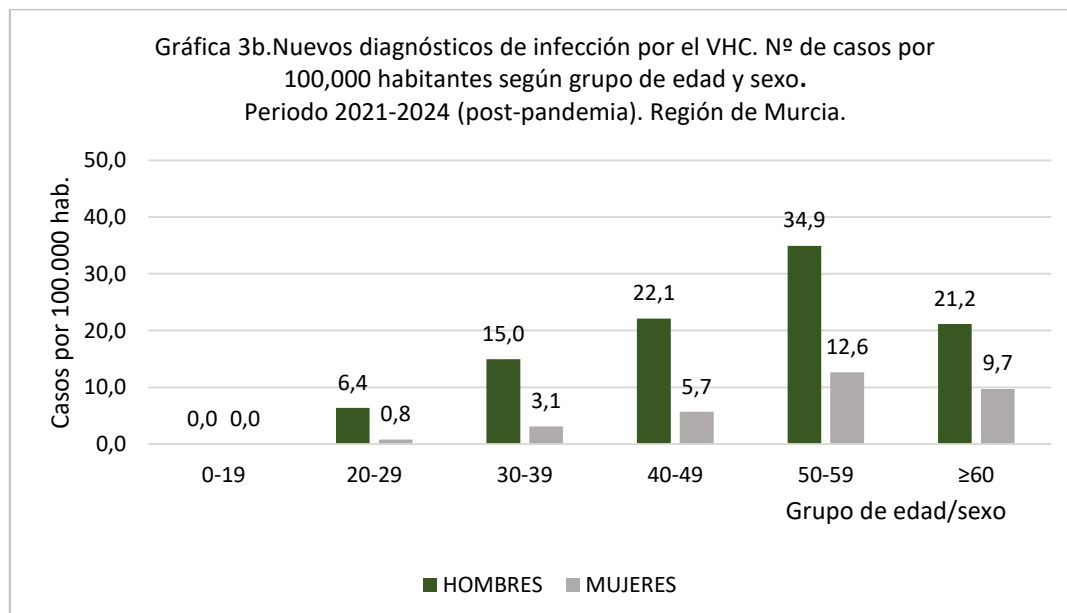


Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Al analizar y representar las tasas de incidencia según grupos de edad y sexo comparando los periodos pre (2016-2019) y post-pandemia (2021-2024), se observan discretas diferencias sobre todo en los grupos de mayor edad y en las mujeres, con tasas que han ascendido en los grupos de más edad tanto en hombres como en mujeres en el periodo post-pandemia de la COVID19 (gráficas 3a y 3b).



Fuente: SINEHAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia



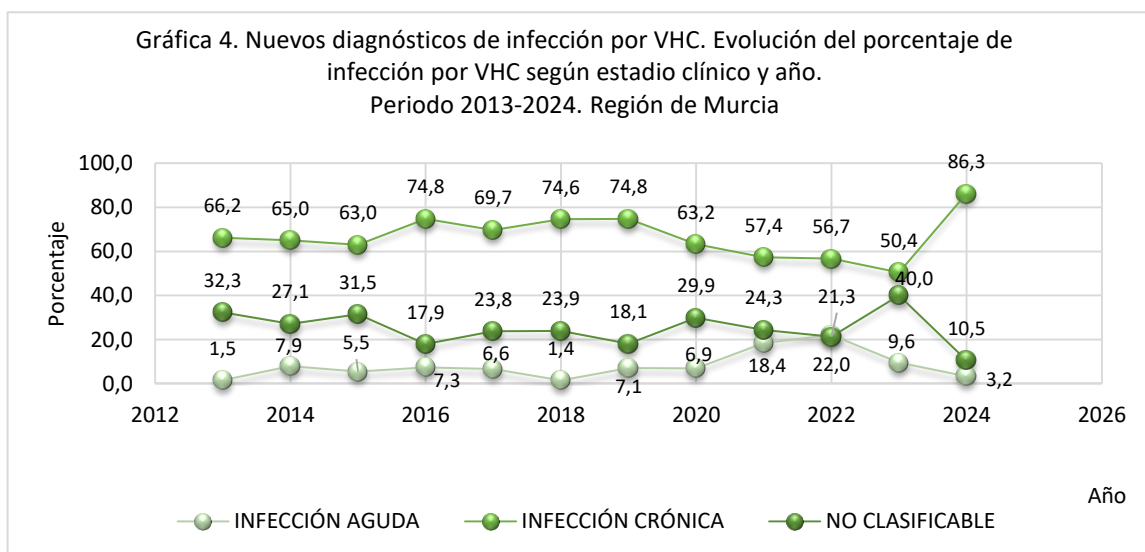
Fuente: SINEHAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

VHC SEGÚN PRESENTACIÓN CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO

Respecto a los casos de nuevo diagnóstico de infección por VHC en función de la presentación clínica al diagnóstico, el 8,1% (n=122) de los casos del periodo 2013-2024 presentaban infección aguda o seroconversión reciente, en el 67,0% (n=1.004) se constataba infección crónica y un 24,9% de los casos (n=373) se registraron como no clasificables por no constar en la historia clínica la información necesaria para su clasificación como caso agudo o crónico. Por tanto, todavía existe un porcentaje de casos que permanecen como no clasificables, aunque se estima que corresponden en su gran mayoría a infecciones crónicas en las que no se ha podido comprobar la permanencia de infección activa al año del diagnóstico.

Un aspecto importante a destacar en relación con las infecciones agudas es que, tras el aumento inesperado de casos con infección aguda o seroconversión reciente en los años 2021 (25 casos, todos en hombres) y 2022 (28 casos (1 en una mujer)), teniendo en cuenta que el promedio de casos era de 7-8 casos al año, en 2024 se han registrado sólo 4 casos con infección aguda (11 en 2023), segundo año consecutivo que se produce un descenso de estas infecciones agudas; por el contrario, se ha observado un aumento en el porcentaje de casos de infección crónica, constituyendo el 86,3% de los casos este último año (gráfica 4), probablemente en relación con un mayor número de pruebas realizadas y descenso de aquellas clasificadas como “no clasificables”, debido, posiblemente, al diagnóstico de laboratorio en un solo paso que nos permite poder verificar la infección activa de los casos en el año del diagnóstico.

Entre 2022 y 2024, todos los casos de infección aguda, excepto una mujer, han sido en hombres. De los 43 casos agudos registrados en estos últimos tres años (28 casos en 2022), el 81,4% (35 casos) tenían como conducta sexual HSH (Hombres que practican Sexo con Hombres) y entre éstos, 9 casos (25,7%) eran usuarios de drogas inyectadas.

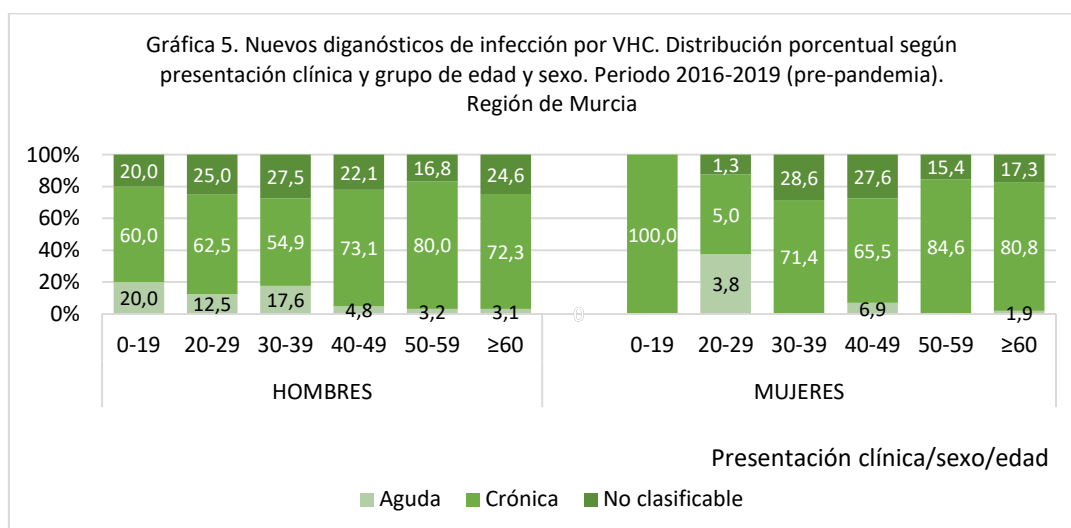


Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

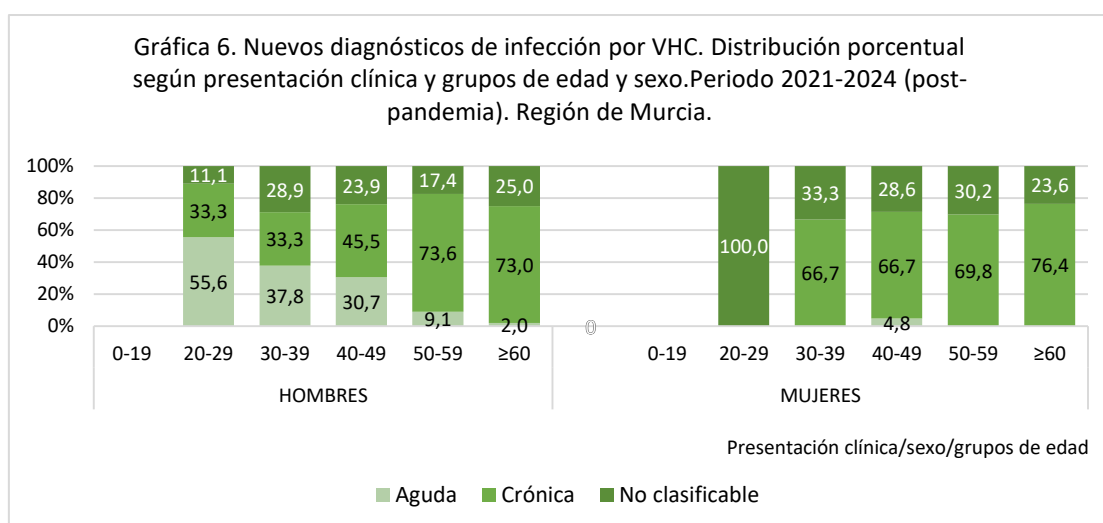


Por grupo de edad y comparando los periodos pre y post-pandemia se observa un mayor porcentaje de infecciones agudas en los hombres jóvenes por debajo de 40 años tanto en un periodo como en el otro, pero destaca un incremento del 90% en el periodo post-pandemia en los hombres jóvenes de 20 a 29 años (más de la mitad de los hombres entre 20 y 29 años (55,6%) tuvieron una infección aguda en el periodo post-pandémico (2021-2024)), este incremento fue del 81,5% entre 40 y 49 años y del 47,0% entre 30 y 39 años (gráficas 5 y 6). Los cuatro casos registrados en 2024 tienen entre 30 y 49 años.

En las mujeres no se han observado estos incrementos, si bien es cierto que el 100% de los casos en mujeres de 20 a 29 años están clasificados como “no clasificables” en el periodo post-pandemia.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

En los últimos tres años (2022-2024), se han registrado 23 ingresos de los cuales el 86,9% (20 casos) estaban clasificados como infección crónica, 2 se clasificaron como infección aguda y 1 de ellos como no clasificable. Entre los casos ingresados, 7 ya presentaban hepatocarcinoma y 11 casos cirrosis, en el resto se desconoce el grado de fibrosis.

VHC SEGÚN ÁREA DE SALUD

La distribución por Área de Salud de los nuevos diagnósticos de infección por VHC hace referencia a la residencia habitual del paciente en la fecha del diagnóstico. En la tabla 3 se presenta la información correspondiente a los últimos cuatro años postpandemia (2021-2024). La mayor tasa de nuevos diagnósticos de infección por VHC en el periodo 2021-2023 corresponde a las áreas de salud de Murcia Este (10,6 casos por 100.000 habitantes), Cartagena (10,5 casos por 100.000) y Murcia Oeste (8,9 casos por 100.000).

Tabla 3. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Nº de casos y tasa de incidencia por Área de Salud. Región de Murcia. Período 2021-2024.										
Área de Salud	2021		2022		2023		2024		Total periodo	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	IA**
I: MURCIA OESTE	29	10,7	28	10,2	25	9,1	15	5,5	97	8,9
II: CARTAGENA	26	9,0	30	10,3	24	8,2	42	14,4	122	10,5
III: LORCA	8	4,4	8	4,4	6	3,3	17	9,3	39	5,3
IV: NOROESTE	0	0,0	3	4,3	2	2,9	5	7,1	10	3,6
V: ALTIPLANO	4	6,5	2	3,2	3	4,9	4	6,5	13	5,3
VI: VEGA MEDIA SEGURA	35	12,8	22	8	15	5,4	17	6,1	89	8,1
VII: MURCIA ESTE	22	10,7	26	12,7	28	13,6	11	5,4	87	10,6
VIII: MAR MENOR	9	8,1	7	6,1	10	8,7	10	8,7	36	7,9
IX: VEGA ALTA SEGURA	3	5,5	1	1,8	2	3,6	3	5,5	9	4,1
Total	136	9,0	127	8,3	115	7,5	124	8,1	502	8,2

Nota: * Tasa=Incidencia por 100.000 habitantes. **IA=Incidencia Acumulada.

Para el 2023 y 2024 se mantienen las mismas poblaciones por Área de Salud por no disponer aún de estos datos debido a cambios en el INE a partir de ese año. Por tanto, las tasas en 2023 y 2024 son provisionales.

Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

VHC SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

Comparando los porcentajes de nuevos diagnósticos en personas españolas y aquellas personas con un país de origen distinto a España en el periodo anterior a la pandemia (2016-2019) y el periodo posterior a la misma (2021-2024), se observa el aumento de este porcentaje entre aquellos con país de origen distinto a España en el periodo posterior a la pandemia de la COVID19 (2021-2024), siendo éste del 28,7% respecto al 23,1% en el periodo pre-pandémico, mientras que el porcentaje de españoles ha pasado de 75,9% (pre-pandemia) a 69,7% (post-pandemia). De los 180 casos cuyo país de origen era otro país de Europa, el 78,3% (n=141) procedían de países de Europa del Este. Entre 2022 y 2024, el mayor porcentaje entre los que procedían de un país distinto de España se registró para los procedentes de Europa del Este y América Latina de (36,0% y 17,5%, respectivamente). El

76,0% de los casos españoles y el 61,4% de las personas extranjeras diagnosticadas de infección por VHC en los últimos tres años son varones.

Tabla 4. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Distribución por año y zona geográfica de origen. Región de Murcia. Periodo 2013-2024.

	España		Europa Occidental		Europa del Este		América Latina		Norte de África		África subsahariana		Asia		Otros		Desconocido		Total
Año	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos
2013	119	89,5	2	1,5	9	6,8	0	0	0	0	0	0	2	1,5	1	0,8	0	0,0	133
2014	110	78,6	2	1,4	14	10,0	4	2,9	3	2,1	0	0	2	1,4	2	1,4	3	2,1	140
2015	102	80,3	5	3,9	7	5,5	2	1,6	3	2,4	2	1,6	4	3,1	0	0,0	2	1,6	127
2016	99	80,5	0	0,0	13	10,6	2	1,6	1	0,8	2	1,6	3	2,4	1	0,8	2	1,6	123
2017	91	74,6	1	0,8	15	12,3	3	2,5	4	3,3	2	1,6	5	4,1	1	0,8	0	0,0	122
2018	100	72,5	3	2,2	17	12,3	2	1,4	3	2,2	1	0,7	7	5,1	3	2,2	2	1,4	138
2019	97	76,4	4	3,1	8	6,3	5	3,9	3	2,4	2	1,6	0	0,0	7	5,5	1	0,8	127
2020	68	78,2	1	1,1	7	8,0	2	2,3	2	2,3	4	4,6	2	2,3	0	0,0	1	1,1	87
2021	104	76,5	3	2,2	10	7,4	5	3,7	3	2,2	4	2,9	4	2,9	1	0,7	2	1,5	136
2022	93	73,2	7	5,5	11	8,7	5	3,9	4	3,1	4	3,1	0	0,0	0	0,0	3	2,4	127
2023	67	58,3	6	5,2	19	16,5	8	7,0	2	1,7	3	2,6	7	6,1	1	0,9	2	1,7	115
2024	86	69,4	5	4,0	11	8,9	7	5,6	6	4,8	1	0,8	3	2,4	4	3,2	1	0,8	124
Total	1136	75,8	39	2,6	141	9,4	45	3,0	34	2,3	25	1,7	39	2,6	21	1,4	19	1,3	1499

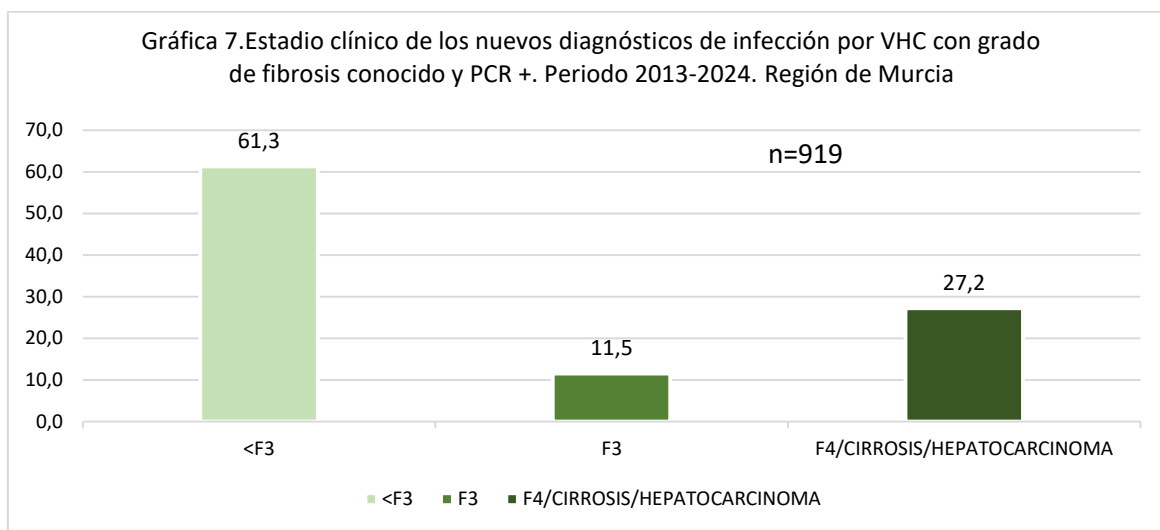
Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LAS INFECCIONES POR VHC

En el periodo 2013-2024, se dispone de información sobre el estadio clínico al diagnóstico según grado de fibrosis hepática y/o diagnóstico médico de cirrosis o hepatocarcinoma en el 65,5% (n=982) del total de nuevos diagnósticos, incluyendo los casos agudos.

De las 1.230 personas que tenían infección crónica/no clasificable constaba PCR positiva y estadio clínico conocido en un 74,1% (n=919), de las cuales el 61,3% presentaban fibrosis de grado inferior a F3, el 11,5% presentaban fibrosis de grado F3 y el 27,2% ya presentaban grado de fibrosis F4, cirrosis o hepatocarcinoma al diagnóstico de la infección. Por tanto, el 38,7% de estos nuevos diagnósticos presentaban diagnóstico tardío, entendiendo como tal aquellos con grado de fibrosis hepática igual o mayor a F3 o diagnóstico de cirrosis o hepatocarcinoma (gráfica 7)⁷. Entre los casos de nuevo diagnóstico con diagnóstico tardío (356 casos a lo largo del periodo), el 51,7% (184 casos) ya tenían cirrosis o hepatocarcinoma al diagnóstico de la infección por virus de la hepatitis C.

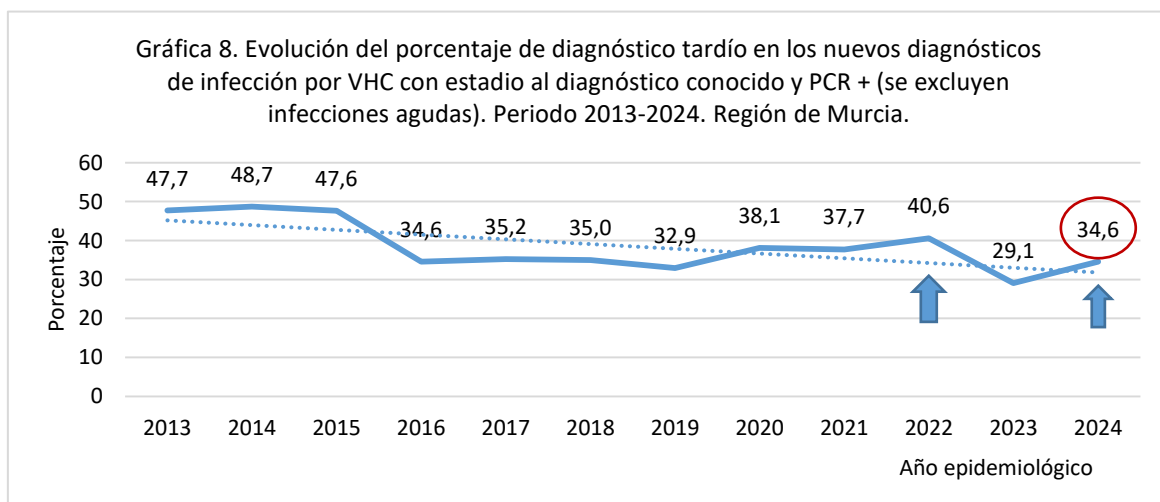
⁷ Porcentaje de diagnóstico tardío es la suma de porcentajes de F3 y F4/cirrosis/hepatocarcinoma



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

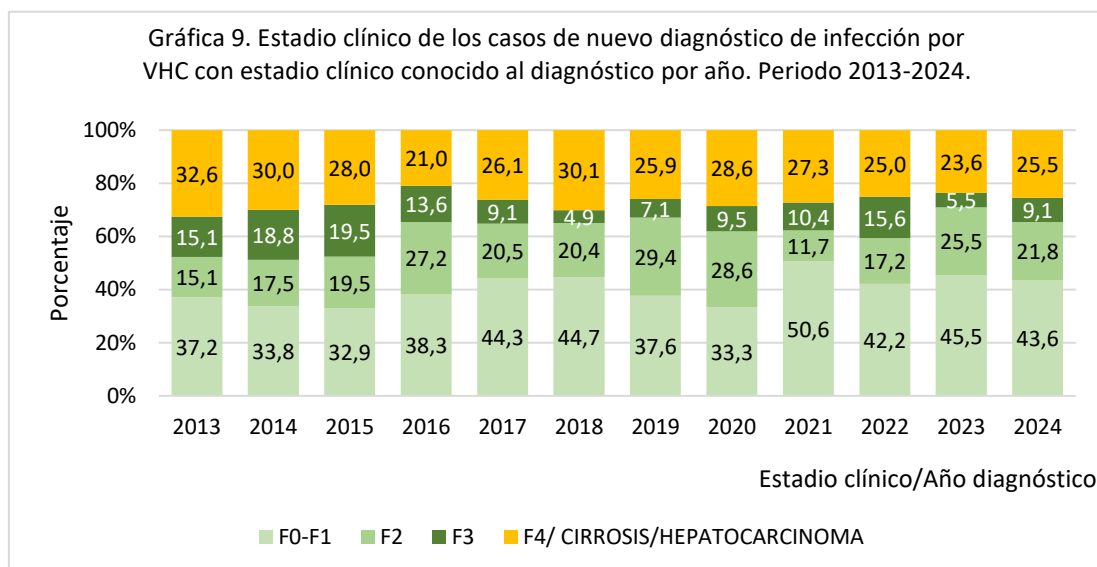
La distribución porcentual de nuevos diagnósticos con diagnóstico tardío por año en el periodo estudiado queda reflejado en la gráfica 8.

Tras el descenso en 2016 del porcentaje de diagnóstico tardío, éste se mantuvo estable en torno al 35% hasta 2019. Los años alrededor de la pandemia (2020-2022) reflejan un ligero ascenso del diagnóstico tardío alcanzando en 2022 la cifra más alta de los últimos 9 años (40,6%) pero sin superar las cifras registradas en los primeros años de vigilancia de la hepatitis C (2013-2015), probablemente relacionado con un retraso diagnóstico como consecuencia de la reestructuración de los servicios sanitarios durante la pandemia de COVID19. En 2023 se registró la cifra más baja (29,1%) y en 2024 ha ascendido ligeramente pero se sitúa en niveles previos a la pandemia de COVID19.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

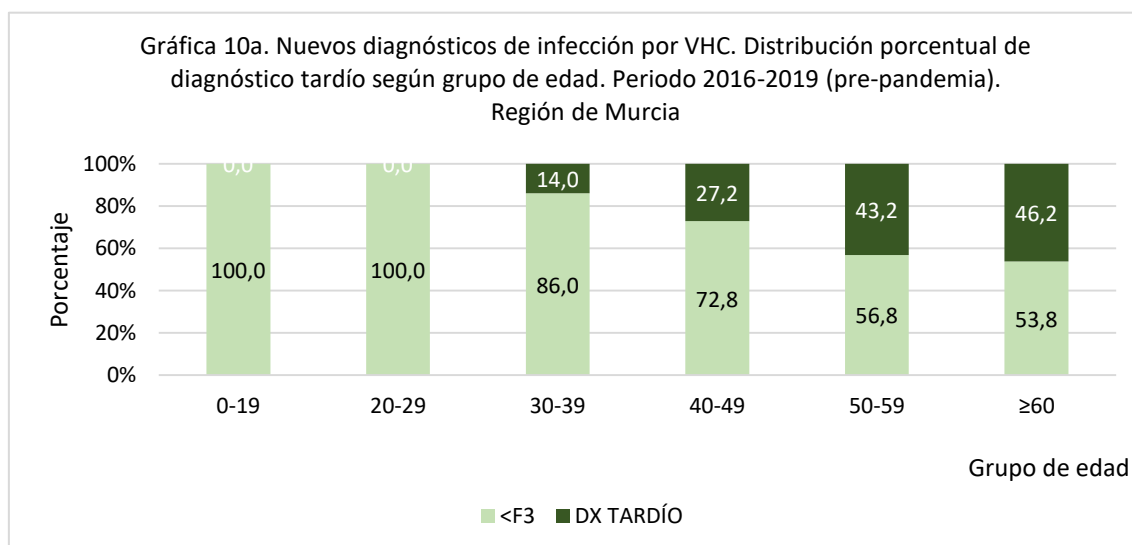
La gráfica 9 muestra la distribución porcentual por año según grado de fibrosis en aquellos casos de infección no aguda con estudio elastográfico realizado o diagnóstico de cirrosis o carcinoma hepatocelular a lo largo de los 12 años de vigilancia.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

En el periodo 2013-2024, la distribución porcentual de diagnóstico tardío entre aquellos que disponían de esta información se incrementa gradualmente con la edad.

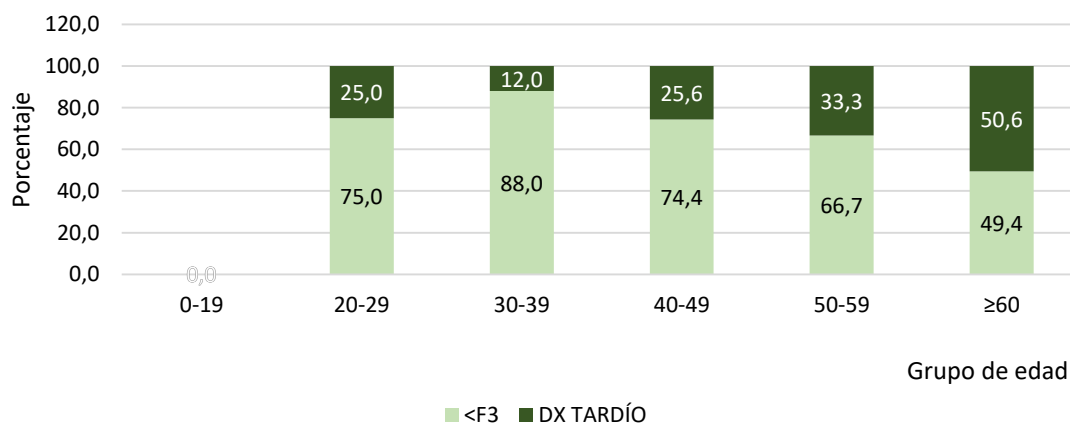
Se observan algunas diferencias en el porcentaje de estos diagnósticos si observamos el periodo pre y post pandemia COVID19 (gráfica 10a y 10b).



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia



Gráfica 10b. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Distribución porcentual de diagnóstico tardío según grupo de edad. Periodo 2021-2024 (post-pandemia). Región de Murcia



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

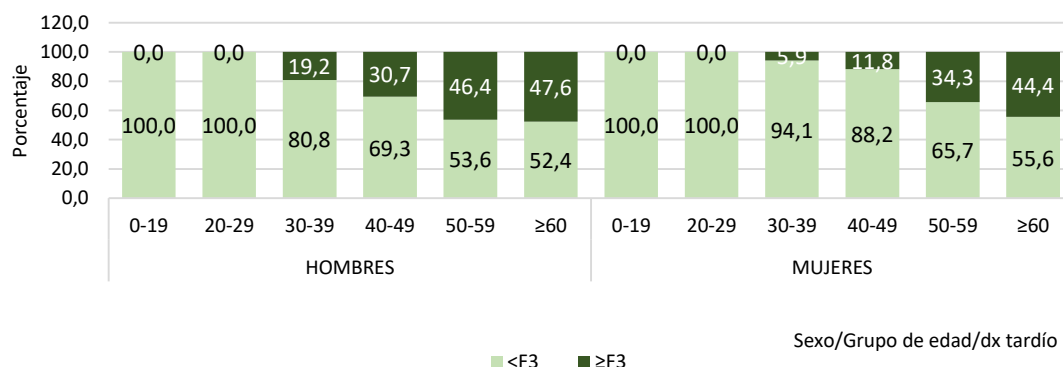
Se observa un aumento del porcentaje de diagnóstico tardío en el periodo post-pandemia en las personas de 60 o más años y en el grupo de jóvenes de 20 a 29 años, pero este último hay que interpretarlo con cautela ya que el porcentaje hace relación a aquellos entre los que tienen información del estadio clínico (de 10 casos en esa franja de edad tan solo 4 tenían información relacionada con el estadio clínico conocido y 1 de ellos presentaba diagnóstico tardío). La reestructuración de los servicios sanitarios durante la pandemia pudo influir en ese aumento del retraso diagnóstico, como se ha comentado previamente.

Desglosando ese porcentaje de diagnóstico tardío según sexo (gráficas 11a y 11b) en ambos periodos (pre y post-pandemia de COVID19), se observa que el porcentaje de diagnóstico tardío disminuye en todos los grupos de edad en los años posteriores a la pandemia tanto en hombres como en mujeres a excepción de las mujeres entre 40 y 49 años y los hombres de 60 años y más y el grupo de hombres jóvenes entre 20 y 29 años. Como se ha comentado previamente, hay que tener en cuenta que los porcentajes están calculados con las personas que tienen un estadio clínico conocido (grado de fibrosis, cirrosis o hepatocarcinoma) al diagnóstico y que cada vez se realizan con menos frecuencia este tipo de estudio elastográfico a favor de otras técnicas indirectas para aproximarse al grado de fibrosis⁸.

⁸ Técnicas como APRI (AST to Platelet Ratio Index) o FIB-4 (Fibrosis-4 Index)

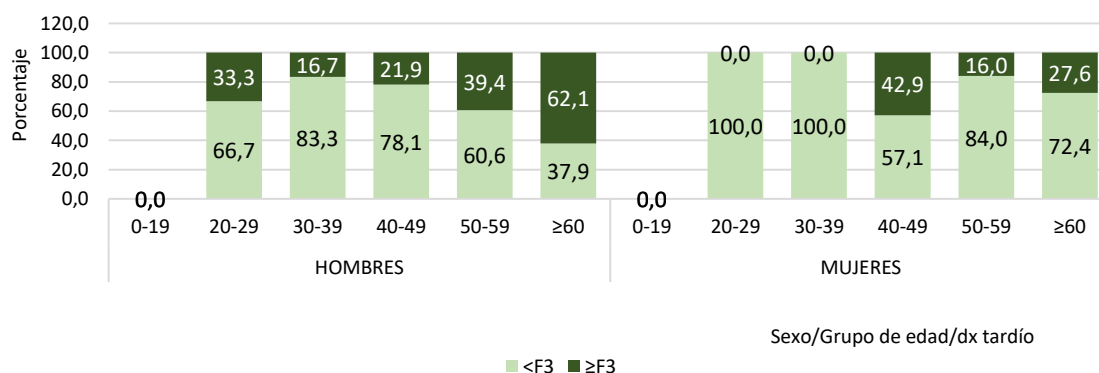


Gráfica 11a. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Porcentaje de diagnóstico tardío según sexo y grupo de edad entre aquellos con estadio clínico conocido. Periodo 2016-2019 (pre-pandemia COVID19). Región de Murcia.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Gráfica 11b. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Porcentaje de diagnóstico tardío según sexo y grupo de edad entre aquellos con estadio clínico conocido. Periodo 2021-2024 (post-pandemia COVID19). Región de Murcia.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

GENOTIPO DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC

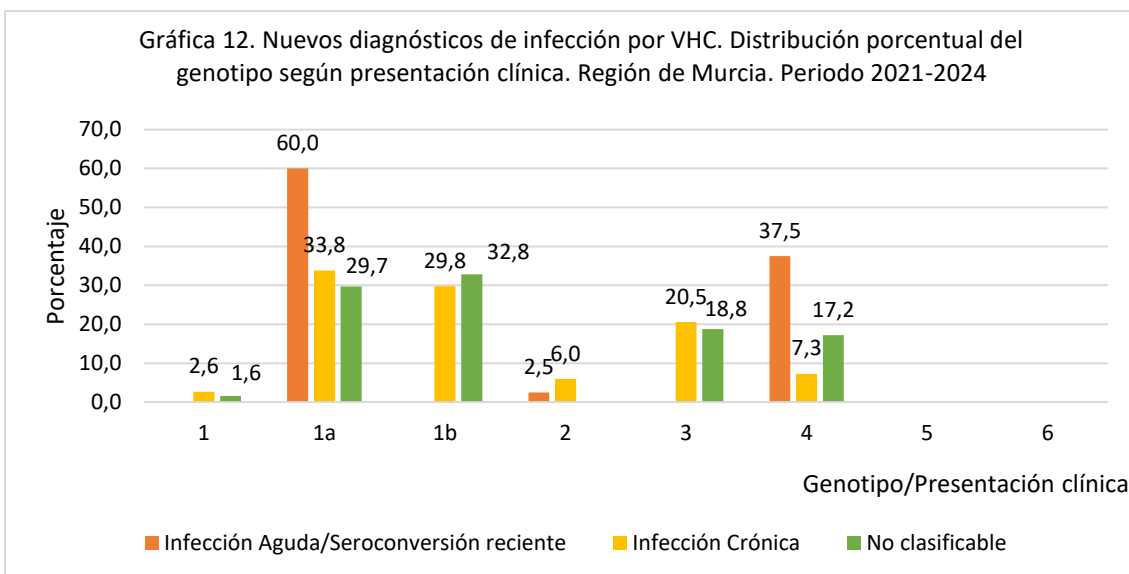
De los 1.344 nuevos diagnósticos del periodo 2013-2024 en los que se constató infección activa mediante PCR positiva, se determinó el genotipo del virus en 1.025 casos (76,3%).

En los años post-pandemia (2021-2024), de los 493 nuevos diagnósticos con PCR positiva sólo se detectó el genotipo en el 51,7% (255 casos). En la gráfica 12 se presentan los genotipos de los nuevos diagnósticos de infección por VHC según la forma clínica de presentación en los últimos cuatro años. Del total de infecciones agudas entre 2021 y 2024



en las que el genotipo era conocido y PCR positiva (n=40), el 60,0% correspondió al genotipo 1a y el 37,5% al genotipo 4.

En el caso de las infecciones crónicas o no clasificables en las que se disponía de información sobre el genotipo (n=151 y n=64, respectivamente), el más frecuente fue el 1a para las crónicas y el 1b para las no clasificables. La distribución entre los casos de infección crónica fue de 33,8% (1a) y 29,8% (1b), y los de las infecciones no clasificable de 32,8% (1b) y 29,7%(1a), las cuales se estima que probablemente, en su mayoría, corresponderían a infecciones crónicas.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

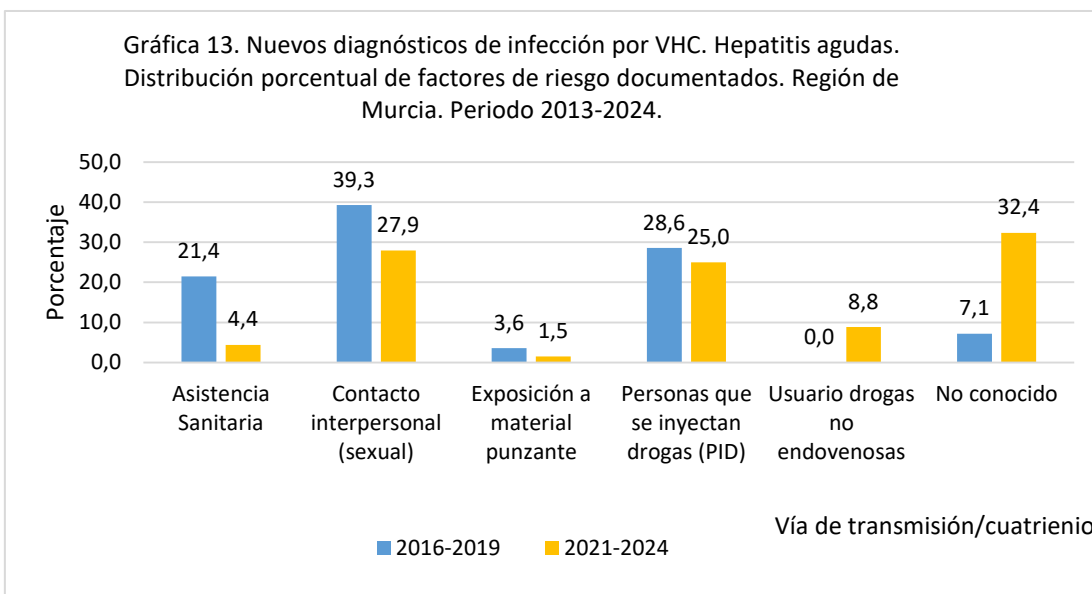
VHC SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN

Cabe señalar que, aunque conste un antecedente de riesgo registrado en la historia clínica que pudiese constituir un factor de riesgo para la infección por el VHC, esto no implica que se le pueda atribuir la infección si no se dispone de información sobre el período de exposición ni sobre la exposición al resto de factores. Por ello, en hepatitis C crónicas se requerirían estudios específicos para poder atribuir la infección según el mecanismo de transmisión más probable con estimaciones sobre el periodo de exposición y encuestas en profundidad, con la dificultad añadida de contar con un período de latencia desde la infección al diagnóstico que puede ser de décadas.

En los casos de infección aguda sí se han investigado los factores de riesgo en el año previo a la infección a partir de una encuesta epidemiológica específica, lo que nos permite tener una aproximación a las vías y mecanismos más probables de transmisión de la infección en un periodo de tiempo reciente. De los 122 casos de infección aguda por VHC registrados entre 2013 y 2024, existe constancia de un posible factor de riesgo para la infección en el



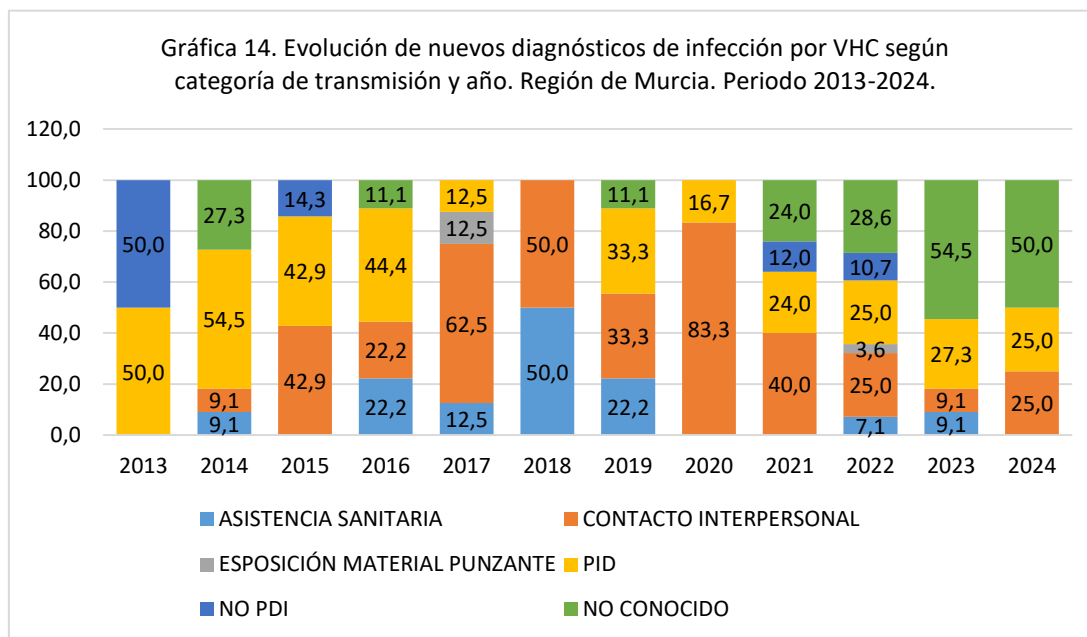
77,9% de ellos (n=95). La categoría de transmisión más frecuente es el contacto interpersonal con un 32,0% (el 94,9% (37 casos) se debían a contacto sexual y el 5,1% (dos casos) a transmisión materno-infantil), seguido del uso actual de drogas inyectadas por vía parenteral (personas que se inyectan drogas (PID)) con un 29,5% (36 casos), procedimientos relacionados con la asistencia sanitaria como único factor de exposición en 8,2% (10 casos), uso de drogas no endovenosas en 9 casos (7,4%) y la exposición a material punzante en un solo caso (0,8%). Se desconoce el factor de riesgo en un 22,1% de las infecciones agudas. La comparación entre los periodos pre y post-pandemia en cuanto a factor de riesgo más probable se muestra en la gráfica 13; observamos que el porcentaje para la categoría de transmisión “contacto interpersonal” (el 100% de los casos debido a contacto sexual en el periodo post-pandemia) y el de personas que se inyectan drogas (PID) en este mismo periodo son similares: 27,9% y 25,0%, respectivamente; teniendo en cuenta que un 32,4% de los casos no contaba con información para definir el posible factor de riesgo. A su vez, se observa un aumento del porcentaje de aquellos casos con factor de riesgo relacionado con consumo de drogas no endovenosas. Esto, podría estar relacionado con el aumento de casos de infección aguda en los años 2021 y 2022 (muy por encima de las observadas hasta 2019).



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

Al analizar la distribución de los factores de riesgo por año (gráfica 14) vemos que desde 2013 a 2016 predominan los casos atribuibles al uso de drogas inyectables, pero entre 2017 y 2021 el mayor porcentaje de casos es atribuible al contacto sexual, a partir de 2021 y hasta 2024, este porcentaje se encuentra alrededor del 25%. En 2024 el porcentaje de PID y contacto interpersonal (sexual) es igual al 25% en ambas categorías de transmisión. Este aumento de la exposición en PID y contacto interpersonal (sexual principalmente) podría

estar relacionado con prácticas sexuales de riesgo que podrían favorecer la transmisión del virus de la hepatitis C (como *chemsex/slamsex*). En 2023, de los 11 casos detectados, 9 eran hombres que practican sexo con hombres (3 de los cuales habían sido usuarios de drogas inyectables y otras drogas no inyectables y en 6 casos (también HSH) se desconoce el mecanismo), el 54,5% (6 casos) eran VIH positivo.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

En 2024 sólo se han registrado 4 casos de infección aguda todos HSH, uno de los cuales tiene como factor de riesgo ser usuario de drogas inyectadas, otro ha tenido contacto sexual con un caso de hepatitis C y en los otros dos casos se desconoce el mecanismo de transmisión.

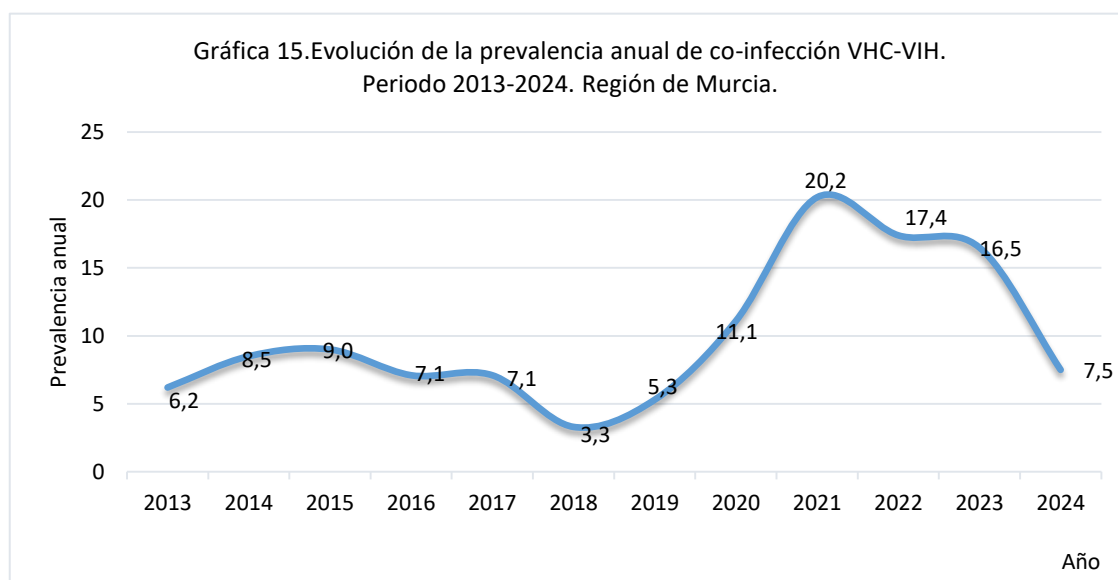
Estos resultados reflejan una situación en la que convergen varios factores (PID y uso de otras drogas no inyectables, otras ITS como el VIH, prácticas sexuales de riesgo...) que favorecen la transmisión por contacto sexual, a pesar de que el VHC es un virus que se transmite principalmente, por vía parenteral al igual que el VHB.

ANÁLISIS DE LA CO-INFECCIÓN DE VHC CON VIRUS DE LA HEPATITIS B Y VIH

Del total de casos diagnosticados de infección por el VHC en el periodo 2013-2024 (1.499) se dispone de información sobre co-infección con virus de hepatitis B (antígeno de

superficie para VHB positivo)⁹ en el 94,7% de los casos (1.420 casos), entre los cuales la prevalencia de co-infección con VHB es del 1,4% (IC 95%: 0,91-2,17) (n=20).

Del total de casos de nuevo diagnóstico de infección por el VHC entre 2013 y 2024 se dispone de información sobre co-infección con VIH en el 84,4% de los casos (1.265), entre los cuales la prevalencia de co-infección con VIH es del 9,8% (IC 95%: 8,36 -11,65) (n=125). Durante los años post-pandemia (2021-2024), la evolución de la prevalencia de co-infección VHC-VIH muestra las cifras más altas (máxima de 20,2% en 2021), con un descenso en el último año (gráfica 15). De las 122 infecciones agudas por virus de la hepatitis C registradas en todo el periodo, hay 53 casos que son VIH+ (43,4%).



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

Respecto a los factores de riesgo (tener en cuenta que para este análisis sólo se tienen en cuenta las infecciones agudas) que constan en la historia clínica de los casos de nuevo diagnóstico de infección aguda por VHC coinfectados con VIH hay que destacar que, de los 53 casos de co-infección VHC-VIH entre las infecciones agudas de hepatitis C a lo largo del periodo, 40 casos corresponden a casos de infección aguda por VHC en los últimos 4 años (2021-2024), sólo 6 casos de co-infección se han registrado entre 2016-2019 (pre-pandemia); de estos 6 casos de co-infección el principal factor de riesgo fue el contacto interpersonal (sexual) en 5 casos y sólo un caso se atribuye al uso de drogas inyectadas. Sin embargo, en el periodo post-pandemia, se observa que, de los 40 casos de co-infección registrados, 13 de ellos (32,5%) tuvieron como principal factor de riesgo el contacto interpersonal (sexual) y 11 casos (27,5%) el uso de drogas inyectadas; 4 casos habían sido usuarios o exusuarios de

⁹ Se ha definido la co-infección tanto para el VHB como para el VIH cuando el diagnóstico se ha realizado en los 6 meses anteriores o posteriores al diagnóstico de VHC.

drogas no endovenosas y en 12 casos no se dispone de información suficiente sobre el modo atribuible de transmisión.

Tan solo hay un caso de co-infección VHC-VHB de infección aguda en 2022 cuya exposición de riesgo y posible vía de transmisión ha sido el consumo de drogas inyectables en persona HSH.

RESULTADOS DE LA VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES AGUDAS POR VIRUS DE LA HEPATITIS B

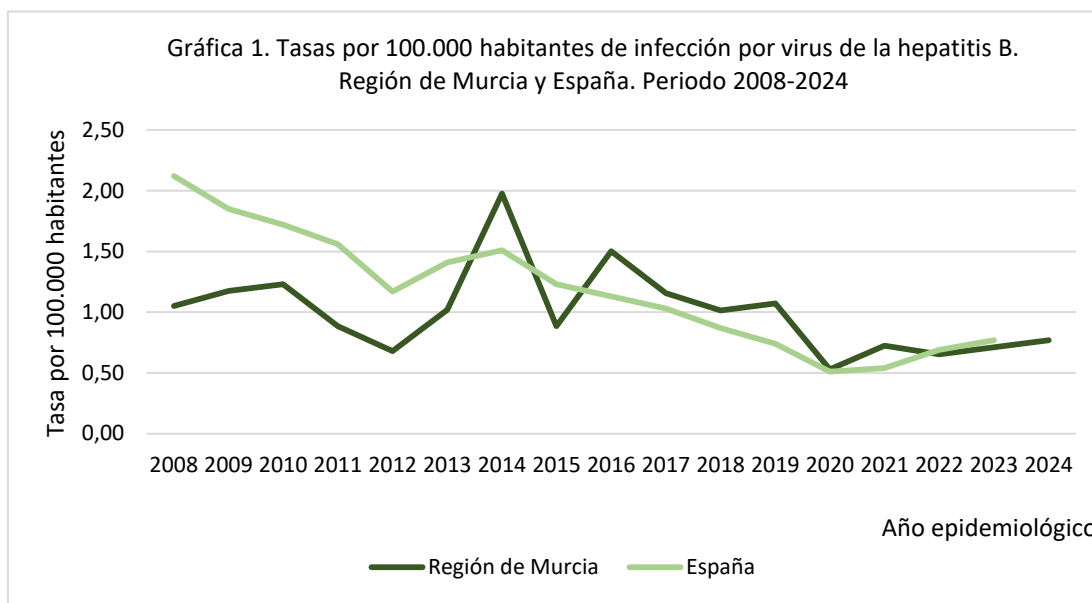
En 2024 se notificaron en la Región de Murcia 12 casos de infección por virus de la hepatitis B (IA: de 0,77 casos por 100.000 habitantes), incidencia similar a la observada en 2023(0,71).

Desde 2008, la incidencia no ha seguido un descenso continuo y constante como en España^[7], sino que se han visto ligeros ascensos en la incidencia en 2014 y 2016. A partir de 2016 sí se ha seguido un descenso hasta 2020 con algún repunte en 2021 y 2024, repunte observado también en 2023 en España (tabla 1 y gráfica 1).

Tabla 1. Evolución del número de casos y tasas por 100.000 habitantes de infección por hepatitis B. Periodo 2008-2024.

Año	Región de Murcia		España	
	Casos	Tasa por 100.000	Casos	Tasa por 100.000
2008	15	1,05	968	2,12
2009	17	1,18	848	1,85
2010	18	1,23	793	1,72
2011	13	0,88	719	1,56
2012	10	0,68	540	1,17
2013	15	1,02	658	1,41
2014	29	1,98	703	1,51
2015	13	0,89	570	1,23
2016	22	1,50	526	1,13
2017	17	1,16	481	1,03
2018	15	1,01	406	0,87
2019	16	1,07	347	0,74
2020	8	0,53	243	0,51
2021	11	0,72	256	0,54
2022	10	0,65	325	0,69
2023	11	0,71	369	0,77
2024	12	0,77	-	-

Nota: (-) Datos no disponibles a fecha de este informe. Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia. Datos de España: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).



Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

GRUPO DE EDAD Y SEXO (2024)

De los 12 casos notificados en 2024, no hubo ningún caso probable, todos fueron confirmados. El caso probable notificado en 2023, de un recién nacido de madre infectada, no se confirmó tras revisar la evolución clínica del caso.

En 2024, el 83% han sido hombres (10 casos). Razón hombre/mujer de 5. La mediana de edad ha aumentado respecto a 2023. En hombres ésta fue de 51,5 (RIC: 41,5-55,7) (44 años (RIC: 32-67) en 2023) y en mujeres de 41,5 (dos casos de 28 y 54 años).

La tabla 2 muestra el porcentaje de casos por grupo de edad y sexo. Concentrándose los casos en el grupo de edad de 55 a 64 años seguido del grupo de 35 a 44 años.

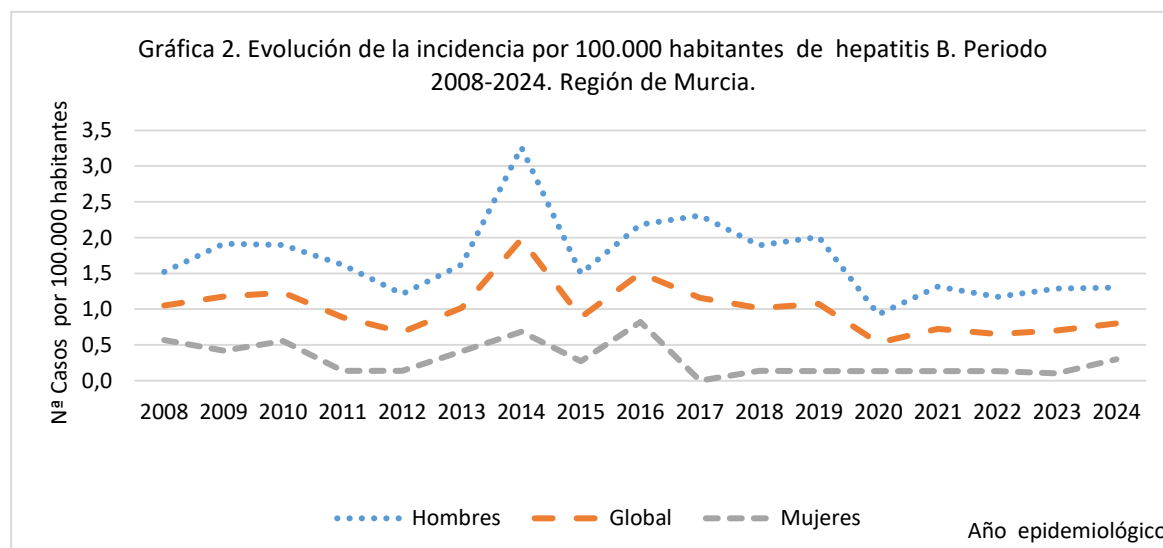


Tabla 2. Número de casos y porcentaje según sexo y grupo de edad de infección aguda por virus de la hepatitis B. Año 2024. Región de Murcia

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
<15	0	0,0	0	0	0	0,0
15-19	1	10,0	0	0	1	8,3
20-24	0	0,0	0	0	0	0,0
25-34	0	0,0	1	50	1	8,3
35-44	3	30,0	0	0	3	25,0
45-54	1	10,0	1	50	2	16,7
55-64	4	40,0	0	0	4	33,3
65-74	1	10,0	0	0	1	8,3
75-84	0	0,0	0	0	0	0,0
>=85	0	0,0	0	0	0	0,0
Total	10	100,0	2	100	12	100,0

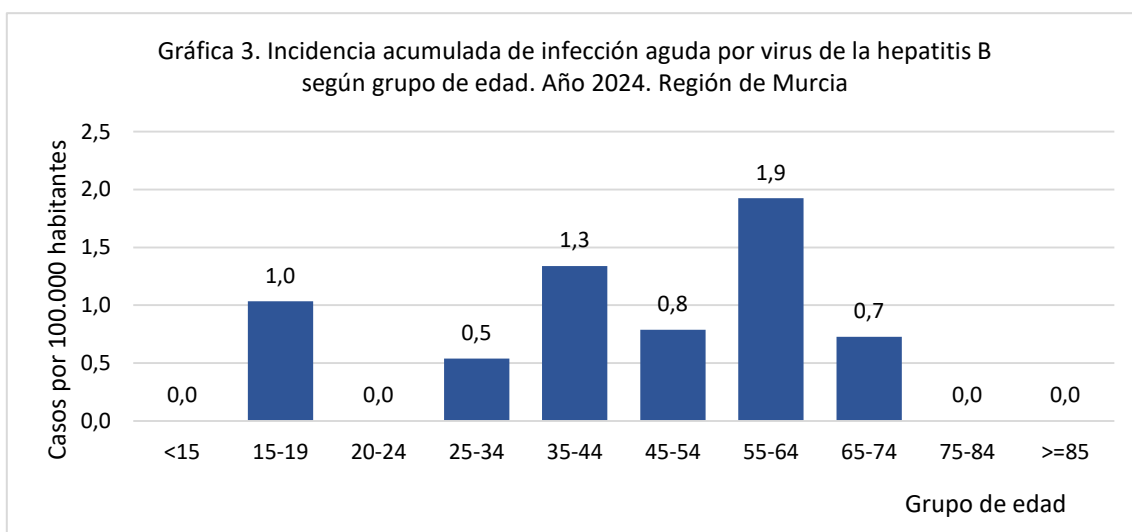
Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

La incidencia en hombres ha sido superior a la de las mujeres (1,3 vs 0,3 por 100.000 habitantes). La gráfica 2 muestra la evolución de las tasas de incidencia durante el periodo 2008-2024 según sexo.

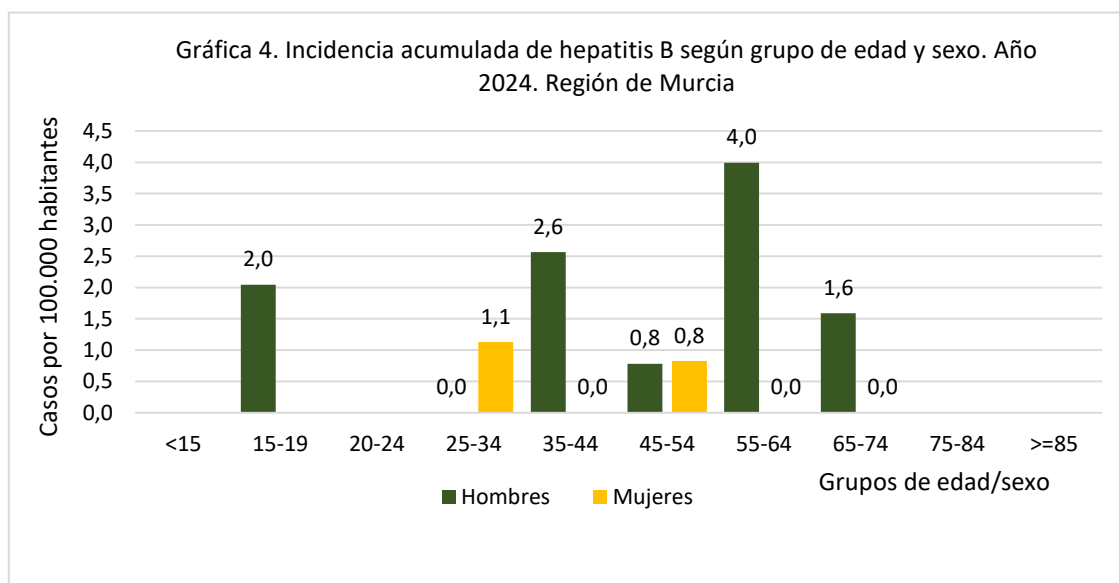


Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

Según grupo de edad, la mayor incidencia acumulada se observa en la franja de edad de 55 a 64 años (IA: 1,9 casos por 100.000 hab.). Le sigue el grupo de 35 a 44 años (1,3 casos por 100.000 habitantes) (gráfica 3). Desagregando por sexo esta incidencia asciende a 4,0 casos por 100.000 entre los hombres de 55 a 64 años y 2,6 casos por 100.000 en hombres de 35 a 44 años (gráfica 4). En 2024 no se ha detectado ningún caso menor de 15 años.



Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.



Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.



ORIGEN DE LOS CASOS

Durante el periodo 2008-2024 se han notificado 7 casos importados de infección por virus de la hepatitis B (1 en 2023 cuyo país de origen se desconoce). En 2022 se detectaron dos casos importados procedentes de Ucrania y Honduras y en 2021 fue notificado un caso procedente de Senegal. Otros casos detectados procedían de Mali (2019), Ecuador (2016) y Marruecos (2015). Hay 61 casos notificados entre 2008 y 2012 en el que se desconoce si son importados o no. Se observa una mayor incidencia de estos casos importados en personas procedentes de países donde la cobertura de vacunación para el virus de la hepatitis B es baja.

En 2024 no se ha registrado ningún caso importado.

HOSPITALIZACIÓN DE LOS CASOS (2024)

El 50% de los casos notificados en 2024 fueron hospitalizados (en la franja de edad de 28 y 55 años). No se produjo ningún fallecimiento.

VACUNACIÓN DE LOS CASOS (2024)

En 2024 sólo consta vacunación en 2 de los 12 casos. En los que no consta vacunación previa (10 casos), ocho de ellos son hombres entre 41 y 72 años y dos mujeres de 28 y 53 años. En cuanto a país de origen 7 son españoles, 2 de América Latina y 1 caso de Guinea Ecuatorial.

FACTORES DE RIESGO (2024)

De los 12 casos notificados en 2024, siete (58,3%) tienen como factor de exposición de riesgo el contacto sexual no protegido (en uno de los casos fue con caso conocido de hepatitis B). En un caso se refiere la exposición por inoculación percutánea sin especificar, dos casos habían tenido exposición a procedimientos invasivos en centros sanitarios (como único factor de riesgo registrado) y en otros dos casos no se conoce el factor de exposición probable. El mayor número de casos en personas por encima de los 44 años (7 casos) muestra un menor nivel de inmunidad de acuerdo con el inicio de la vacunación en 1994 en grupos de edad menores (preadolescentes y lactantes).



Agradecimientos

A los profesionales de los Servicios de Microbiología, Medicina Interna, Infecciosas y Digestivo de los hospitales públicos de la Región de Murcia por su colaboración con el SINHEPAC y hacer posible la elaboración de este informe. A Encarnación Vicente Martínez, Encarnación Gutiérrez y resto del equipo de enfermería de las áreas de Salud Pública de la Región por su colaboración e implicación en la revisión de historias clínicas y abordaje de cada uno de los casos. A Juan Torres Ramírez, MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública por su colaboración en el análisis de los datos de este informe. A Alonso Sánchez-Migallón y M^a Dolores Chirlaque por las aportaciones realizadas en la revisión de este informe.

Referencias

1. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 [Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025.
5. Ministerio de Sanidad. 2º Estudio de Seroprevalencia en España, septiembre de 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
6. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis C, 2023. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2025
7. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis B en España, 2023. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Madrid; 2025.
8. Guía de Cribado de infección por el VHC. División de Control del VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad, 2022.