

SUMARIO

Actuación ante un caso de agresión animal	1
Programa de eliminación de la hepatitis C en Navarra, 2025	5
Infección por el virus de la hepatitis B en Navarra, 2025	8
Casos de enfermedades transmisibles objeto de vigilancia en Navarra. Semanas 1 a 13 de 2026	11

ACTUACIÓN ANTE UN CASO DE AGRESIÓN ANIMAL

A continuación, se describe el protocolo de actuación ante agresiones animales, principalmente mordeduras, y se establecen los aspectos más importantes para valorar la indicación de profilaxis antirrábica. La atención de los pacientes que han sufrido agresión animal se realiza generalmente en Atención Primaria, salvo cuando, por la gravedad de las lesiones o porque el médico de salud pública indique la profilaxis antirrábica, se justifique su derivación a urgencias del hospital.

Las actuaciones ante una agresión animal han de incluir la cura y tratamiento de la herida, la valoración de profilaxis antitetánica y la valoración de profilaxis antirrábica.

1. Cura y tratamiento de la herida

En el punto de asistencia médica se realizará:

- Lavado minucioso con agua a chorro y jabón durante al menos 5 minutos.
- Desinfección con clorhexidina acuosa al 0,5-1% o povidona yodada al 10%.
- No suturar la herida.
- Profilaxis antimicrobiana: amoxicilina-clavulánico 875/125 cada 12 horas o 500/125 cada 8 horas.

2. Valoración de profilaxis antitetánica

Toda mordedura tiene la consideración de herida tetanígena, por lo que es necesario valorar el antecedente de vacunación del paciente y se procederá a la administración de inmunoglobulina y/o vacuna, de acuerdo con la tabla 1.

Tabla 1. Pauta para profilaxis antitetánica de heridas potencialmente tetanígenas

Antecedentes de vacunación	Vacuna (Td) ¹	IGT ^{a,b}
< 3 dosis o desconocida	Sí (completar vacunación ¹)	Sí
3 ó 4 dosis	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO ²
5 ó más dosis	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO ²

^a En inmunodeprimidos y usuarios de drogas por vía parenteral, se administrará una dosis de inmunoglobulina independientemente del estado de vacunación.

^b IGT: *inmunoglobulina antitetánica*. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación, en quemaduras, fracturas o heridas infectadas se administrará una dosis de 500 UI.

¹ Partiendo de las dosis que consten en el historial del paciente, se administrarán las dosis necesarias hasta llegar a 5 dosis.

² Heridas tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas o con grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo) recibirán una dosis de inmunoglobulina.

3. Valoración de profilaxis antirrábica

España, territorio peninsular e islas, ha estado libre de rabia en animales terrestres desde 1978, a excepción de tres casos esporádicos importados de Marruecos en 2013, 2019 y de Etiopía en 2025. Las ciudades de Ceuta y Melilla presentan casos de rabia en animales domésticos (perros y gatos), debido a la permeabilidad de las fronteras con Marruecos.

Desde el primer diagnóstico de lisavirus en murciélagos insectívoros en España en 1987 se han contabilizado más de 40 casos.

Actualmente nos encontramos en un nivel de alerta cero en lo que respecta a rabia de transmisión por animales terrestres. Existe la posibilidad de transmisión a humanos por mordedura de murciélago. La importación ilegal de un perro u otro mamífero infectado es otro escenario a tener en cuenta.

Por tanto, dada la escasa probabilidad de ser atacado por un animal rabioso, la profilaxis antirrábica no debe ser considerada como la primera opción, salvo en situaciones excepcionales. En todos los casos, conviene recabar la mayor información posible del animal agresor y de su propietario, que ayude a su localización para poder someter al animal a observación, si procede, comprobando, entre otras cosas, si está vacunado. Desde el primer momento, es fundamental recabar información a través del propio agredido, de testigos y/o del dueño del animal en el **“Parte de Agresión Animal”**. Toda esta información será remitida a los Servicios Veterinarios Oficiales (SVO), que decidirán las medidas a tomar en función de sus procedimientos. Los pasos a dar son los siguientes:

- Cumplimentación del **Parte de agresión animal**, en el que se tratarán de recoger todos los detalles del animal mordedor y, especialmente, la identificación del dueño. La notificación se hará de forma urgente. Cuando la agresión haya ocurrido en Pamplona este parte se remitirá a la secretaría Técnica de Sanidad del Ayuntamiento de Pamplona (zoonosis@pamplona.es), cuando sea en Tudela al Servicio Veterinario Oficial (veterinarias@tudela.es) y en el resto de Navarra se remitirá al veterinario de la Zona Básica de Salud, y en cualquier caso también se puede tramitar a través del Instituto de Salud Pública de Navarra (ispsegal@navarra.es).
- Cuando exista alguna sospecha de riesgo de rabia y antes de iniciar la profilaxis postexposición antirrábica se notificará urgentemente la agresión a Salud Pública. En horario laboral de 8:00 a 15:00 horas se llamará al teléfono 848425584, 848423225, 848423466 ó 848421477.

Los fines de semana, festivos o fuera de horario laboral se llamará al **112** y se preguntará por el médico de guardia de salud pública.

- En caso de que el médico de salud pública recomiende la profilaxis antirrábica, se derivará al paciente a Urgencias del Hospital de referencia (Hospital Universitario de Navarra, Hospital Reina Sofía u Hospital García Orcoyen). En el hospital se administrará la inmunoglobulina (si estuviera indicada) y la primera dosis de vacuna. Las dosis siguientes se enviarán desde el Instituto de Salud Pública al Centro de Salud donde serán administradas.

Criterios para indicar la profilaxis antirrábica

Para que pueda transmitirse la rabia se requiere la **pérdida de continuidad de la piel**, causada por los dientes de un animal rabioso o por contaminación de raspaduras, abrasiones o membranas mucosas con saliva de un animal enfermo. El tocar al animal, alimentarlo o las simples lameduras en piel intacta no requieren consideración a efectos de la profilaxis antirrábica, excepto las exposiciones a quirópteros (murciélagos) que en todos los casos serán consideradas de riesgo.

La necesidad de profilaxis post-exposición por agresiones ocurridas en Navarra o en regiones libres de rabia terrestre se valorará de acuerdo a la Tabla 2. En el caso de que la agresión haya ocurrido en **Ceuta, Melilla, en países distintos de España**, o en comunidades autónomas donde se haya elevado el nivel de alerta, se realizará según categoría de exposición. En todos los casos, se consultará la indicación con el médico de salud pública.

Lo establecido en este protocolo puede sufrir cambios en el caso de que se eleve el nivel de alerta de rabia en Navarra.

Las pautas y dosis para la profilaxis post-exposición se describen en las Tablas 3 y 4.

En personas con inmunosupresión se administrarán cuatro dosis de vacuna antirrábica (días 0, 3, 7 y 14-28) si han recibido previamente profilaxis preexposición, o cinco dosis (días 0, 3, 7, 14 y 28), si no han recibido profilaxis preexposición. En ambos casos se administrará inmunoglobulina.

Tabla 2. Actuación ante mordeduras, arañazos o abrasiones que atraviesan la epidermis, causadas por un animal y ocurridas en lugares con nivel CERO de alerta (sin evidencia de rabia terrestre).

Tipo de animal y situación	Evaluación del animal	Profilaxis antirrábica
Murciélagos	Considerar siempre con riesgo de rabia, salvo que las pruebas de laboratorio den resultado negativo ² .	Profilaxis inmediata (Tablas 3 y 4)
Animal con confirmación de rabia, con sospecha de padecer rabia, con antecedente de viaje a zona endémica no estado vacunado, ¹ o importado ilegalmente	Considerar al animal con riesgo de rabia salvo que las pruebas de laboratorio den resultado negativo ² .	Profilaxis inmediata (Tablas 3 y 4)
Mamífero terrestre doméstico o salvaje en el que no concurren las circunstancias del punto anterior y que no está disponible para observación	Animal con comportamiento extraño, que muerde en ausencia de provocación, y evita contacto con otros animales.	Profilaxis inmediata (Tablas 3 y 4)
	Mordedura por un animal en defensa propia, de su territorio o alimento, para protección de su cría, o por reacción a malos tratos, animal herido.	No requiere profilaxis
Perros, gatos, hurones o cualquier otro mamífero terrestre disponible para observación, en el que no concurren las circunstancias anteriores	Comprobación del estado vacunal. Si no estaba vacunado, observar al animal durante al menos 14 días desde la fecha de la agresión.	No requiere profilaxis, salvo que el animal desarrolle signos de rabia ³

¹ Actualmente se considera libre de rabia terrestre toda la península Ibérica, Baleares y Canarias.

² Si las pruebas de laboratorio del animal son negativas se podrá interrumpir la administración de la vacuna.

³ Durante el período de observación del animal (14 días desde la fecha de la agresión) se iniciará inmediatamente profilaxis post-exposición en la persona agredida ante el primer síntoma de enfermedad en el animal. Si el animal inicia síntomas deberá ser sacrificado inmediatamente y analizado.

Tabla 3. Pautas de vacunación antirrábica aceptadas.

Pauta	Vía	Región	Dosis	Nº dosis	Días
Essen modificada (ACIP)	Intramuscular	Deltoides ¹	1 ml	4	0, 3, 7 y 14-28
Zagreb	Intramuscular	Deltoides ¹	1 ml	4	0, 0 ² , 7 y 21-28

¹ En menores de 2 años en la región anterolateral del muslo. Nunca en glúteos.

² Dos dosis inicialmente, una en el brazo derecho y otra en el izquierdo.

Tabla 4. Pautas de profilaxis post-exposición antirrábica en función del estado vacunal previo frente al virus de la rabia.¹

Vacunación previa	Vacuna antirrábica ²	Inmunoglobulina humana (Imogam Rabia®)
Inmunizados	2 dosis de 1 ml. Vía: im. Días: 0 y 3.	No necesaria
No inmunizados	Pauta Essen modificada o pauta Zagreb	- El primer día (día 0) y nunca después de 8 días de la primera dosis de vacuna ni más de un día después de la segunda dosis de vacuna. - Dosis: 20 UI/Kg, por infiltración alrededor de la zona lesionada.

¹ La vacunación pre-exposición contra la rabia no elimina la necesidad de profilaxis post-exposición. Si el animal es conocido, puede demorarse la vacunación hasta ver si el animal desarrolla rabia en los 10 días siguientes o revisar su estado vacunal mediante lectura del chip.

² Indicada en cualquier edad, en el embarazo y la lactancia.

PARTE DE AGRESIÓN ANIMAL*

1. DATOS RELATIVOS A LA PERSONA AGREDIDA

Nombre: _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Teléfono fijo: _____
Fecha de la agresión: _____ Teléfono móvil: _____
Lugar donde se produjo (país, municipio, calle, número y otros detalles que ayuden a localizar al animal agresor): _____

Tipo de Agresión: Mordedura ☐ Laceración ☐ Arañazo ☐ Otros (especificar) _____
Región anatómica lesionada: Cabeza/Cuello ☐ Manos/dedos ☐ Brazos ☐ Tronco ☐
Pies/Pierna ☐ Otros (especificar) _____
La región lesionada estaba: Descubierta ☐ Cubierta ☐
Carácter de la lesión: Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Múltiple ☐
Observaciones: _____

2. DATOS DEL ANIMAL AGRESOR, PARA LA OBSERVACIÓN SANITARIA

Especie: _____ Raza: _____ Color: _____
Tamaño: _____ Edad: _____ Sexo: _____
En caso de que sea un perro o gato:
Microchip: Sí ☐ No ☐ Ns/Nc ☐ N° microchip: _____
Vacunación contra la rabia: Sí ☐ No ☐ Ns/Nc ☐ Fecha última dosis: _____
¿Agredió a otras personas o animales? Sí ☐ No ☐ Ns/Nc ☐

Especificar: _____

¿Se puede justificar la agresión por una actitud del animal de defensa propia, de su territorio, de su alimento, de protección de su cría, o en respuesta a malos tratos o por encontrarse herido? Sí ☐ No ☐ Ns/Nc ☐ Especificar: _____

3. DATOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL AGRESOR

Propietario: _____ Teléfono fijo: _____
Domicilio: _____ Teléfono móvil: _____
Observaciones: _____

Fecha: _____ Persona que declara la agresión: _____

*Este parte sólo tiene como finalidad la localización y control del animal para comprobaciones sanitarias y es independiente de la existencia o no de denuncia. Aportar toda la información que se disponga.

SR. INSPECTOR VETERINARIO DEL AYUNTAMIENTO/ZONA BASICA DE

PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C EN NAVARRA, 2025

Antecedentes

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

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

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

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

Vigilancia y diagnóstico de la infección VHC

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

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

Control de la infección por el VHC

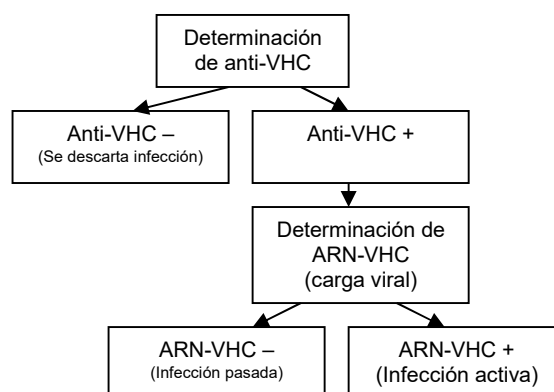
1- Prevención de nuevos contagios por el VHC

No es fácil conocer con precisión el número de nuevos contagios por el VHC que se producen, ya que algunos

pueden tardar tiempo en detectarse. El mejor indicador que disponemos es el número de nuevos diagnósticos en los que hay evidencia de que el contagio ha sido reciente, bien por el debut agudo, por la existencia de pruebas previas negativas o por una única exposición de riesgo reciente.

En 2025 se diagnosticaron 3 infecciones activas de contagio reciente por el VHC en Navarra, frente a las 6 en 2024 y 2 de 2023 (Tabla 1). Los 3 casos de infección activa con evidencia de contagio reciente, fueron debidos al uso de material de inyección compartido. Todos los nuevos contagios fueron autóctonos y se produjeron en dos mujeres y un hombre con edades entre 48 y 62 años. Los tres casos fueron reinfecciones tras la curación de una infección previa y re-exposición de riesgo.

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



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

- El diagnóstico, tratamiento y curación de todas las infecciones activas, ya que son foco potencial de contagio para otras personas. En entornos donde se mantienen prácticas de riesgo, mientras no se consiga la curación de todas las infecciones, persistirá el riesgo de transmisión y reinfección.
- La educación para la salud es necesaria ante la evidencia de que persisten conductas de riesgo para la transmisión del VHC. Para su prevención se requiere la utilización de materiales estériles para procedimientos invasivos y evitar las prácticas sexuales de riesgo.

2- Diagnosticar las infecciones activas

En Navarra se estima que hay unas 80 personas con infección activa por el VHC sin diagnosticar. En 2025 se diagnosticaron 26 infecciones activas y, en 6 (23%) de ellas, la infección se produjo probablemente antes de que la persona residiera en Navarra (Tabla 1).

De los 26 nuevos diagnósticos de VHC activa, 16 (62%) eran hombres y 10 (38%) mujeres. La edad se distribuyó entre 38 y 72 años. En 8 casos constaba antecedente de inyección de drogas, y en otro el antecedente de consumo de drogas esnifadas. En cuatro habían tenido pareja sexual positiva, tres mencionaban posibles exposiciones antiguas iatrogénicas o accidentales. Además, hubo casos en los que no había constancia de un mecanismo de transmisión claro.

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

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

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

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

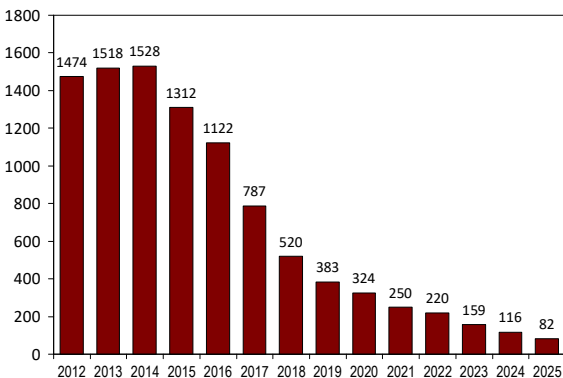
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Diagnóstico de infección activa	39	13	26	23	16	31	26
Infección activa y contagio reciente	5	5	6	4	2	6	3
Reinfección	1	1	2	2	0	5	3
Hepatitis aguda	2	3	0	2	2	1	0

3- Tratamiento y curación de la infección activa

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

negativización de la carga viral. A finales de 2025 había 82 personas residentes en Navarra con carga viral positiva en la última determinación. Estas incluyen personas que van a iniciar o están en seguimiento en consultas de hepatología, las que tienen pendiente la analítica postratamiento para constatar la curación y las que han rechazado el tratamiento por diferentes motivos. El 68% eran hombres, el rango de edad era entre 43 y 98 años, el 83% habían nacido en España y el 11% tenían coinfección por el VIH. El número de personas con una última determinación de carga viral positiva ha descendido progresivamente (Figura 2).

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



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

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

Conclusiones

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

diagnosticar. Su detección aporta grandes beneficios para el paciente.

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

Papel de Atención Primaria

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

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

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

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

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

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

Referencias

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

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN NAVARRA, 2025

Antecedentes

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

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

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

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

A continuación, se describe la situación de la infección por el VHB en Navarra en 2025 a partir de los diagnósticos microbiológicos.

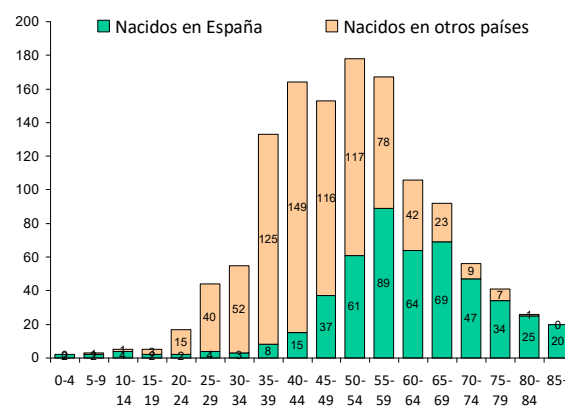
Prevalencia de la infección por el VHB

A 31 de diciembre de 2025 había 1267 personas residentes en Navarra con infección por el VHB, definida

como aquellos que habían presentado antígeno de superficie del VHB (HBsAg) en algún momento y no tenían una determinación negativa ulterior. La prevalencia de infección se estimó en 186 por 100.000, lo que supone un ascenso respecto a los 172 casos por 100.000 habitantes de 2024. Estos pacientes pueden sufrir progresión del daño hepático por el VHB y pueden contagiar la infección a otras personas.

En los 1267 casos prevalentes la proporción de hombres fue del 55,2%, la media y la mediana de edad de 51 años, igual a la del año anterior. La prevalencia de infección es mucho menor en las cohortes menores de 35 años, lo que se explica por la vacunación infantil de los nacidos desde 1980 (Figura 1). La alta prevalencia en edades entre 35 y 50 años se explica por la inmigración de zonas endémicas. En los casos nacidos en España la media de edad es de 60,8 años, y en los nacidos en otros países de 45,5 años. No obstante, se han confirmado varios casos en personas nacidas en España en años en los que ya estaba implantada la vacunación sistemática, lo que indica posibles puntos de mejora.

Figura 1. Número de infecciones activas por el virus de la hepatitis B en residentes en Navarra a 31 de diciembre de 2025, según edad y origen



El 38,5% de las personas con infecciones prevalentes por VHB habían nacido en España y el 61,5% en otros países, frente al 58% del año anterior. Destacan Rumanía, Bulgaria y China como los países de nacimiento con más casos. La tasa en los nacidos en España es de 0,9 por 1000 y en los nacidos en otros países de 5,5 por 1000. La Tabla 1 muestra la distribución por edad, sexo y país de nacimiento.

Nuevos diagnósticos de infección por VHB

En 2025 se notificó un caso de hepatitis B aguda (0,15 por 100.000 habitantes), en un adulto no vacunado y

no incluido en grupos de edad con vacunación universal. No requirió ingreso hospitalario.

Tabla 1. Casos prevalentes y nuevos diagnósticos de infección por el virus de la hepatitis B en 2025 según edad, sexo y país de nacimiento

Edad, sexo y origen	Casos prevalentes		Nuevos diagnósticos	
	n	%	n	%
Edad				
Menores de 25 años	32	2,3	7	13,2
25 a 44 años	396	28,6	21	39,6
45 a 64 años	604	43,5	15	28,3
65 a 84 años	215	15,5	10	18,9
85 años y más	20	1,4	0	0
Sexo				
Mujeres	568	44,8	20	37,7
Hombres	699	55,2	33	62,3
País de nacimiento				
España	488	38,5	13	24,5
Otros países	779	61,5	40	75,5
Total	1267	100	53	100

Los casos diagnosticados por clínica aguda son una pequeña parte de todos los diagnósticos de infección. En 2025 se realizaron en total 53 nuevos diagnósticos de infección por el VHB (HBsAg+) (7,8 por 100.000 habitantes), mostrando un ascenso respecto a 2024 (n=34; 5,0 por 100.000). Estos casos pueden incluir pacientes sintomáticos y asintomáticos, infecciones recientes y también infecciones crónicas que habían pasado desapercibidas.

La mediana de edad fue de 41 años (rango 16 a 84 años), 33 (62,2%) eran hombres (Tabla 1). De los 53 casos, 13 casos (24,5%) habían nacido en España, una proporción menor que la del año anterior (38,2%). Otros países de nacimiento frecuentes son Senegal, Bulgaria, y Mali (10, 6 y 5 casos respectivamente) (Tabla 2). La mediana de edad de los casos nacidos en España fue de 67 años y de los nacidos en otros países, de 35,5 años. La tasa de nuevos diagnósticos fue de 2,4 por 100.000 en población nacida en España y 28,4 por 100.000 en población nacida en otros países.

Dos casos (3,8%) presentaban antígeno e (HBeAg), lo que indica mayor replicación viral e infectividad.

Veintinueve casos (54,7%) casos habían nacido después de 1980, por lo que tenían indicación de vacunación. Todos habían nacido en otros países y solo 3 (5,7%) constaban como correctamente vacunados.

Entre las indicaciones más frecuentes de realizar la serología se encontraron la presencia de síntomas clínicos o marcadores de laboratorio (17 casos), seguido de procedencia de países con prevalencia alta (8 casos), el perfil de ITS mujeres embarazadas y el estudio previo a cirugía, con 5 casos cada una de ellas.

Tabla 2. Nuevos diagnósticos de infección por el virus de hepatitis B en 2023-2025 según país de nacimiento

Lugar de nacimiento	2023		2024		2025	
	n	%	n	%	n	%
España	15	41,7	13	38,2	13	24,5
Bulgaria	3	8,3	4	11,8	6	11,3
Rumanía	5	13,9	6	17,6	1	1,9
Europa (otros países)	2	5,6	1	2,9	1	1,9
Norte de África	1	2,8	3	8,8	2	3,8
África subsahariana	2	5,6	4	11,8	25	47,2
América	3	8,3	1	2,9	4	7,5
Asia	5	13,9	2	5,9	1	1,9
Total	36	100	34	100	53	100

Medidas preventivas

La hepatitis B cuenta con una vacuna eficaz que está incluida en el programa de vacunación infantil para todos los nacidos desde 1980 (<46 años en 2026). Además, se recomienda vacunar a las parejas y convivientes de personas portadoras del virus y a las personas con conductas o factores de riesgo, incluidas aquellas que consulten por alguna enfermedad de transmisión sexual, y en el protocolo de profilaxis post-exposición accidental. Todas estas indicaciones están incluidas en el calendario vacunal de adultos de Navarra y cuentan con financiación pública de la vacuna.

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

Medidas en los casos

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

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

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

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

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

Prevención y control de los contactos

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

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

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

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

Recomendaciones de vacunación

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

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

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

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

Para la información a viajeros se puede consultar:

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

Referencias

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

CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN NAVARRA
SEMANAS 1 A 13. PERIODO 2021-2026

ENFERMEDADES	2021	2022	2023	2024	2025	2026	IE
Enfermedades de Transmisión Respiratoria							
Síndromes gripales	157	983	4331	6778	9151	3879	0,9
Enf. por virus respiratorio sincitial	7	212	114	103	197	576	5,1
Legionelosis	7	5	1	5	5	20	4,0
Tuberculosis respiratoria	6	7	7	10	12	11	1,6
Otras tuberculosis	3	2	2	2	3	9	4,0
Enfermedades Prevenibles por Inmunización							
Enfermedad meningocócica	-	1	2	3	6	5	2,0
Enfermedad neumocócica invasiva	9	3	35	37	33	40	1,2
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	2	3	7	3	6	6	2,0
Parotiditis	5	5	2	26	4	2	0,4
Sarampión	-	-	-	-	1	-	-
Tosferina	-	1	1	52	3	4	2,0
Varicela	11	15	21	23	32	21	1,0
Herpes zóster	934	1009	999	892	963	954	1,0
Enfermedades gastrointestinales							
Disentería bacilar	1	5	5	4	14	4	0,8
<i>Campylobacter</i>	250	253	313	392	325	498	1,6
<i>Salmonella</i>	32	30	50	44	72	132	3,0
<i>Salmonella enteritidis</i>	10	10	19	14	30	78	5,6
<i>Salmonella typhimurium</i>	19	8	16	12	27	24	1,5
<i>Salmonella</i> , otras/ spp	3	12	15	18	15	30	2,0
Rotavirus	7	195	39	213	34	205	5,3
<i>Cryptosporidium</i>	3	2	17	21	15	9	0,6
<i>Giardia lamblia</i>	33	29	42	84	70	70	1,7
<i>Yersinia enterocolitica</i>	14	9	11	18	20	38	2,7
<i>E coli</i> verotoxigénico	24	23	40	33	37	71	2,2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	-	-	-	-	-	-	-
Listeriosis	2	2	3	1	2	1	0,5
Infecciones de Transmisión Sexual							
Infección Gonocócica	45	75	86	77	94	78	1,0
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz	20	27	20	18	25	9	0,5
<i>Chlamydia trachomatis</i>	166	185	224	210	277	194	0,9
Linfogranuloma venéreo	4	6	2	5	4	2	0,5
Infección por VIH	9	7	11	7	5	1	0,1
Hepatitis Viricas							
Hepatitis A	-	-	1	-	5	2	0,7
Hepatitis B aguda	1	1	1	1	1	1	1,0
Hepatitis C, caso incidente	-	1	-	-	-	-	-
Hepatitis E	2	3	3	3	4	5	1,7
Zoonosis							
Brucelosis	-	-	-	-	-	-	-
Hidatidosis	-	-	2	1	1	-	-
Leishmaniasis	3	-	-	-	-	1	-
Fiebre Q	1	2	12	18	9	6	0,7
Tularemia	-	-	-	-	1	-	-
Enfermedades transmitidas por garrapatas							
Enfermedad de Lyme (<i>B. burgdorferi</i>)	2	2	1	7	3	1	0,5
Fiebre exantemática mediterránea	3	1	2	2	2	2	1,0
Enfermedades Importadas							
Paludismo	1	1	2	2	2	1	0,5
Enfermedad del Dengue	-	1	2	10	4	3	1,0
Enfermedad por Chikungunya	-	-	-	-	-	4	-

Índice Epidémico (IE) para una enfermedad es la razón entre el número de casos declarados en el periodo y la mediana del quinquenio anterior. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24, la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75, incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25, incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones de dicho índice.

Otras enfermedades sin casos: Botulismo, Carbunco, Cólera, Difteria, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Fiebre del Nilo occidental, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebres hemorrágicas víricas, Leptospirosis, Peste, Poliomieltitis, Rabia, Rubéola, SARS, Tétanos, Triquinosis, y Viruela.

Otras enfermedades con casos: Lepra (dos casos importados), Mpox (un caso) y Zika (un caso importado),