

## Vigilancia de la Salud. Vigilancia de enfermedades no transmisibles

### EVOLUCION DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

En función de la Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía que establece en su art. 62.3, que la Consejería competente en materia de salud elaborará programas de vigilancia en el ámbito de las enfermedades transmisibles a personas y de las no transmisibles, el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral elabora esta monografía sobre salud mental. Para ello profundizamos en la prevalencia de algunos de los trastornos y de la percepción que los propios ciudadanos tienen sobre su propia salud mental, así como de los determinantes más importantes detectados.

#### Metodología

Los datos aquí recogidos se han obtenido de varias fuentes. Hemos contado fundamentalmente con la Encuesta Andaluza de Salud (EAS), que realizada cada 4 años nos permite conocer estos indicadores, proporcionándonos una instantánea de la situación de salud de nuestra Comunidad, y observar las tendencias mediante la comparación de los indicadores con los obtenidos a través de las Encuestas Andaluzas de años anteriores; así como con la Encuesta Nacional de Salud.

Por otro lado hemos contado con datos del CMBD y la Base Poblacional de Salud, que nos han proporcionado algunos indicadores sobre la prevalencia y atención en el SSPA de las diferentes patologías de salud mental.

#### Determinantes de la salud mental.

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos.

La mala salud mental está influenciada por presiones socioeconómicas persistentes, cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, y a múltiples factores de la personalidad y de carácter biológico.

De los factores estudiados en la EAS 2015, los que parecen influir más en la salud mental de los ciudadanos hacen referencia a las condiciones de vida (nivel de ingresos), el nivel de estudios, y algunas situaciones laborales como la invalidez o incapacidad permanente. De tal manera que un menor nivel de ingresos, de estudios, o la aparición de la invalidez o incapacidad permanente:

- Empeora la percepción sobre su propia salud mental.
- Aumenta la percepción de problemas de ansiedad, depresión u otros problemas mentales.
- Aumenta los problemas de ansiedad y depresión.
- Aumenta otros problemas mentales.
- Aumenta el consumo de antidepresivos.
- Aumenta el consumo de tranquilizantes e hipnóticos.

#### La Salud Mental en España y Andalucía

Los datos más importantes sobre la salud percibida por la población residente en España parte de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) del MSBC.

En la última ENSE de 2017 se extraen datos respecto al riesgo de mala salud mental de la población medida a través del GHQ-

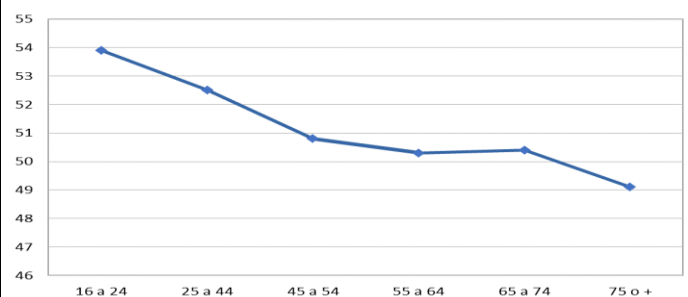
12 (Sánchez-López M del P, Dresch V. *The 12-Item General Health Questionnaire GHQ-12: reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. Psicothema 2008 Nov;20(4):839-43*) que tiene por objeto detectar la morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos). El riesgo de padecer una peor salud mental es mayor en Andalucía (26,5%) que en el resto de España (18,01%), especialmente en las mujeres (33,03%), en comparación con los hombres (19,7%) existiendo una tendencia creciente en ambos sexos desde el año 2006 en la población andaluza, al contrario que sucede en la población española.

De igual manera ocurre en población infantil, existiendo un riesgo mayor de mala salud mental medido a través del SDQ (SDQ. *Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires 2014. www.sdqinfo.com*) en menores de 4 a 14 años en Andalucía (17,6%) que en España (13,16%), siendo este riesgo mayor en el grupo de niños andaluces (19,06%) que de niñas (16,12%).

#### La salud mental percibida por la población andaluza.

La percepción manifestada sobre la salud mental de los andaluces está medida con el cuestionario SF-12 (*Cuestionario de Salud SF-12 versión española adaptada por J. Alonso y cols. [http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12\\_CUESTIONARIO.pdf](http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12_CUESTIONARIO.pdf)*), incluido en la EAS 2015. Así conseguimos una valoración sobre la calidad de vida autopercibida. La valoración de la salud mental manifestada por la población andaluza a través del cuestionario SF-12 está dentro de la media, tanto para hombres como para mujeres en todas las provincias de la comunidad andaluza, empeorando a medida que aumenta la edad. Donde 50 es el valor de la media de la población general, con una desviación estándar de 10.

#### Puntuación Media Componente Mental según edad. EAS 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza Salud 2015. Elaboración: Sº. de Vigilancia y SL. D.G. Salud y Ordenación Farmacéutica

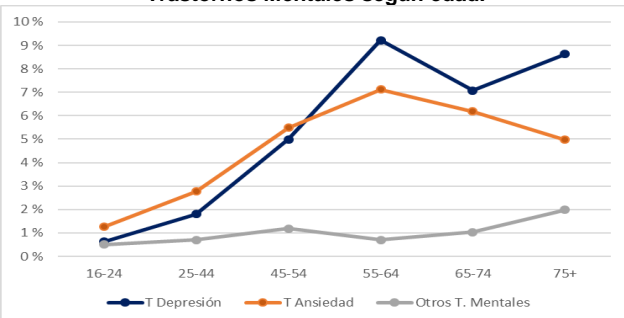
#### Trastornos de ansiedad, depresión y otros trastornos mentales.

Debemos diferenciar los problemas de ansiedad-depresión del resto de problemas mentales, ya que se comportan de manera diferente. Mientras que la prevalencia de los primeros ha ido aumentando progresivamente en las diferentes EAS realizadas, la variación de los segundos ha sido menor y no siempre en aumento. Además, la diferencia de prevalencias es muy

llamativa, siendo mucho más elevada en los trastornos depresivos y ansiosos que en otros problemas mentales.

La prevalencia sobre los problemas de depresión diagnosticados es la más elevada en la Comunidad Autónoma, incrementándose algo más que los problemas de ansiedad según la EAS 2015.

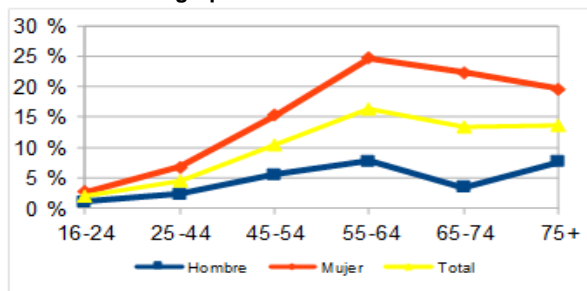
**Prevalencia de Trastornos de Ansiedad, Depresión y Otros Trastornos Mentales según edad.**



Fuente: Encuesta Andaluza Salud 2015. Elaboración: Sº Vigilancia y SL. D.G. Salud y Ordenación Farmacéutica

Encontramos en la EAS-2015 que las mujeres que dicen padecer problemas de depresión y ansiedad triplican a los hombres. Y las provincias con unas prevalencias más elevadas de depresión y ansiedad aparecen en Huelva y Almería.

**Prevalencia de Depresión y/o ansiedad diagnosticada, por sexo y grupo de edad. EAS 2015**



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2015. Elaboración: Sº Vigilancia y SL. D.G. Salud y Ordenación Farmacéutica

Respecto a la edad, el grupo etario con más problemas de ansiedad - depresión es en el de 55 a 64 años de edad. Si disgregamos los datos de depresión y ansiedad, en la población de hombres encontramos un pico más elevado para los trastornos de ansiedad en dicho grupo etario descendiendo posteriormente. La prevalencia de los problemas depresivos en hombres presenta un primer pico en el grupo de 55 a 64 años, descendiendo posteriormente y vuelve a elevarse en edades de más de 75 años.

**Consumo de medicamentos tranquilizantes tomados en las 2 últimas semanas en población de 15 y más años según sexo en población española y andaluza (%).**

|                  | Total | Hombres | Mujeres |
|------------------|-------|---------|---------|
| <b>España</b>    | 12,5  | 8,6     | 16,1    |
| <b>Andalucía</b> | 15,3  | 11,7    | 18,8    |

Fuente ENSE, 2017. MSCBS/INE. Elaboración: Sº Vigilancia y SL. D. G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

Respecto a otros problemas mentales, además de mostrar una prevalencia claramente inferior a las detectadas en los trastornos depresivos y de ansiedad, sigue patrones diferentes en cuanto al sexo ya que en este caso la prevalencia es levemente mayor en los hombres. Con respecto a las provincias los datos más elevados los encontramos en Almería y Huelva, destacando el grupo de hombres en esta última localidad. En el conjunto de la población andaluza se alcanza un primer pico en el grupo etario de más de 75 años sobre todo en mujeres y en hombres en el grupo de 25 a 44 años.

**Consumo de medicamentos antidepresivos**

El consumo de antidepresivos en la población se está incrementando.

Según la ENSE 2017 el 5,6% de la población española de 15 y más años toma antidepresivos o estimulantes (7,9% de las mujeres y 3,2% de los hombres). En cambio, en Andalucía se incrementan los datos tanto en el total como por sexos, especialmente en el caso de las mujeres.

Tanto en España como en Andalucía el número de mujeres que dice consumir antidepresivos es significativamente más elevado que en hombres.

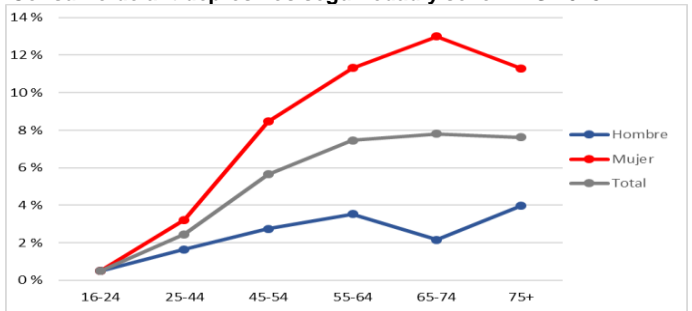
**Consumo de medicamentos antidepresivos / estimulantes tomados en las 2 últimas semanas en población de 15 y más años según sexo. Población española y andaluza (%).**

|                  | Total. % | Hombres % | Mujeres % |
|------------------|----------|-----------|-----------|
| <b>España</b>    | 5,6      | 3,2       | 7,9       |
| <b>Andalucía</b> | 7,1      | 3,9       | 10,2      |

Fuente ENSE, 2017. MSCBS/INE. Elaboración: Sº Vigilancia y SL. D. G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

En Andalucía, según la EAS, desde 2003 se ha incrementado la población que consume antidepresivos, tanto en hombres como en mujeres, triplicando la población de mujeres a los hombres.

**Consumo de antidepresivos según edad y sexo. EAS 2015**



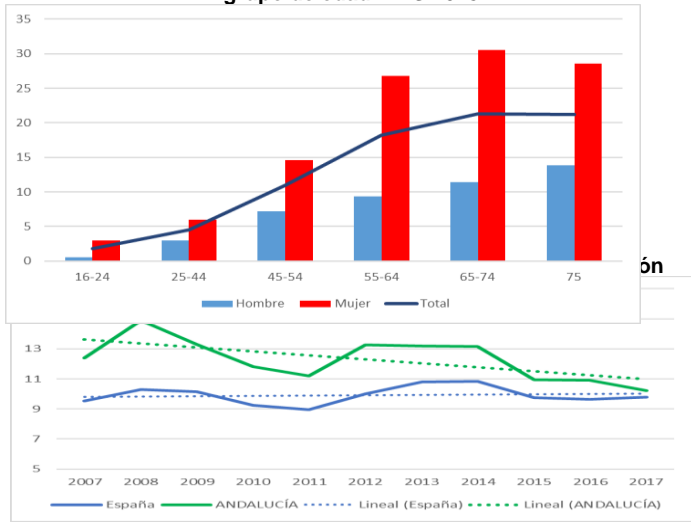
Fuente: Encuesta Andaluza Salud 2015. Elaboración: Sº Vigilancia y SL. D.G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

En los datos de la EAS 2015 destaca un mayor porcentaje de población de consumo de antidepresivos en mujeres en las provincias de Huelva, Almería y Jaén, en mujeres mayores o igual a 65 años, con ingresos más bajos, sin estudios, jubiladas o con incapacidad/invalidez, divorciadas y viudas.

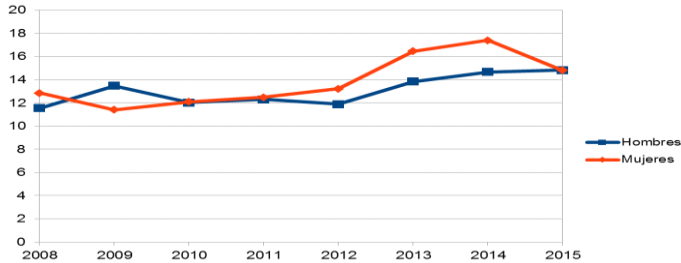
**Consumo de tranquilizantes e hipnóticos**

Según la ENSE de 2017 la población andaluza que consume tranquilizantes es mayor que la española. Los datos de la EAS-2015 sobre Andalucía indican que la población que consume tranquilizantes, sedantes e hipnóticos se está incrementando desde 2007. En 2015, el porcentaje de mujeres que consumen duplican a los hombres, destacando especialmente su consumo en la provincia de Huelva para las mujeres y Málaga para los hombres. La población que consume estos fármacos aumenta en rentas más bajas, que triplican en porcentaje a las rentas más altas; aumentan en población sin estudios, que casi sextuplican a la población con estudios más altos; y aumentan en situaciones como incapacidad/invalidez y en jubiladas.

### Consumo de tranquilizantes, sedantes o hipnóticos por sexo y grupo de edad. EAS 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto de Información Sanitaria. **Tasas estandarizadas de altas por tentativa de suicidio según sexo y años. Andalucía**



Fuente CMBD. Elaboración: Sº Vigilancia y SL. D. G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

Mientras que en la Unión Europea de los 28 estados hubo 10,33 muertes por 100,000 habitantes en 2016 por autolesiones intencionales (en lo sucesivo denominadas suicidio), considerándose una de las causas externas más comunes de mortalidad, junto con caídas y accidentes de tráfico, en España esta misma tasa es inferior, situándose en 7,41.

Hay una considerable brecha de género para el suicidio que se observa tanto en Europa como en España y en Andalucía, siendo muy superior en hombres.

Como se observa en la imagen, las tasas del suicidio en mujeres están muy por debajo del suicidio en hombres tanto en España como en Andalucía.

En Andalucía la mortalidad por suicidio sigue una evolución paralela a la española en ambos sexos, aunque es superior a esta última. A pesar de ello tienden a coincidir cada vez más al incrementarse la tasa española y mermar la tasa Andaluza.

### Análisis de prevalencia y asistencia en el SSPA de las principales patologías mentales.

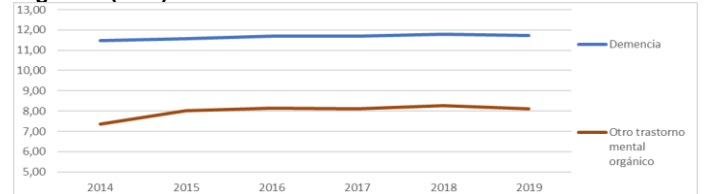
La Base Poblacional de Salud (BPS) es un Sistema de Información Sanitaria (SIS) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) basado en el usuario, que permite recoger datos de los individuos incluidos en la Base de Datos de Usuarios (BDU) del SSPA. De cada usuario se recogen datos demográficos, de diagnósticos, de utilización de los recursos sanitarios y de los proveedores de los mismos. Los datos clínicos son obtenidos de las fuentes de datos administrativo-clínicas entre las que destacan la Historia Clínica Digital de

Atención Primaria (Diraya) y los CMBD hospitalarios (hospitalización, hospitales de día médico y quirúrgico y urgencias).

A partir de los datos de la BPS se pueden obtener estimaciones sobre la salud y el comportamiento de la población en relación a los servicios sanitarios. Revisados los principales bloques de patología de salud mental de la Base Poblacional de Salud (BPS), podemos obtener estimaciones sobre la salud y el comportamiento de la población en relación a los servicios sanitarios.

- Las demencias (BPS) y otros trastornos mentales orgánicos (BPS) mantienen una prevalencia e incidencia en los últimos años relativamente estables, no obstante la asistencia sanitaria tiende a crecer al aumentar los pacientes atendidos.

### Prevalencia<sup>1</sup> de la Demencia (BPS) y Otro Trastorno Mental Orgánico (BPS) en Andalucía<sup>2</sup>

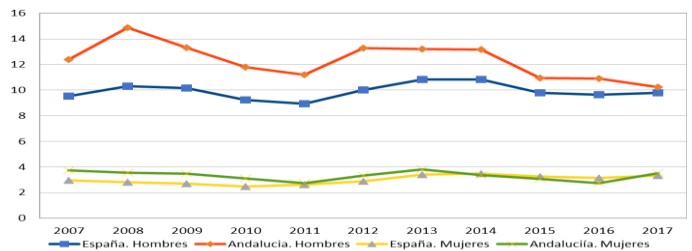


Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Elaborado por: Servicio de Vigilancia y SL. D. G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

<sup>1</sup>Prevalencia=Sumatorio de Días en activo con enfermedad de todos los sujetos de la población de interés en la BDU / Sumatorio de Días en activo de todos los sujetos de esa población en la BDU\*1000.

<sup>2</sup>Los datos de 2019 hacen referencia hasta el mes de noviembre

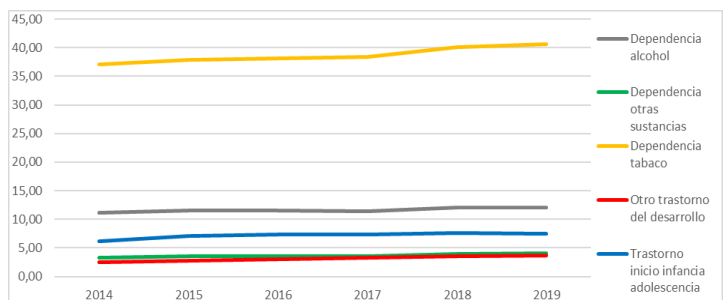
### Tasa ajustada de mortalidad por suicidio. España y Andalucía por años y sexo.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Indicadores Clave. Sistema Nacional de Salud. Elaborado por Servicio de Vigilancia y S.L.. D.G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

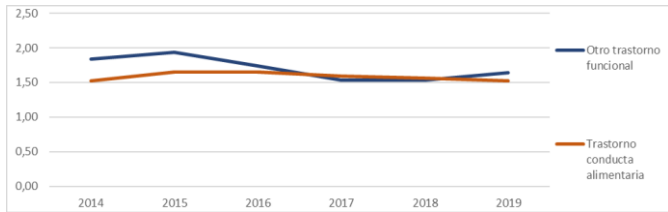
- Las dependencias al alcohol (BPS), al tabaco (BPS) y a otras sustancias (BPS), así como los trastornos de inicio en la infancia o adolescencia (BPS) se comportan de modo similar, con prevalencias que en los últimos años han mantenido una tendencia creciente, más elevada en hombres y con un creciente número de pacientes atendidos en el SSPA en estos años. Como se observa, la prevalencia a la dependencia al tabaco es considerablemente la más elevada.

### Prevalencia<sup>1</sup> de la Dependencia al alcohol, tabaco y otras sustancias y Trastorno de inicio en la infancia o adolescencia (BPS) en Andalucía<sup>2</sup>



Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Elaborado por: Servicio de Vigilancia y SL. D. G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

## Prevalencia<sup>1</sup> de Trastorno de la Conducta alimentaria y Otros trastornos funcionales (BPS) en Andalucía<sup>2</sup>



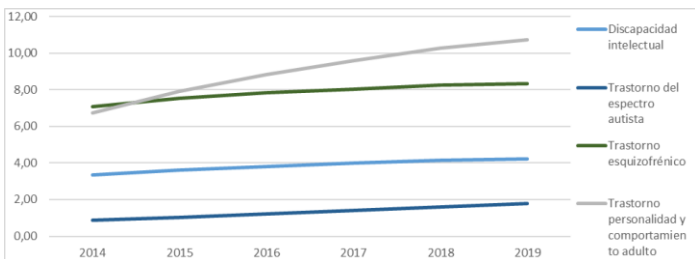
Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Elaborado por: Servicio de Vigilancia y SL. D. G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

<sup>1</sup>Prevalencia=Sumatorio de Días en activo con enfermedad de todos los sujetos de la población de interés en la BDU / Sumatorio de Días en activo de todos los sujetos de esa población en la BDU\*1000.

<sup>2</sup>Los datos de 2019 hacen referencia hasta el mes de noviembre

- El trastorno esquizofrénico (BPS), el T. del espectro autista (BPS), el T. de personalidad y del comportamiento adulto (BPS) y la discapacidad intelectual (BPS) muestran unas prevalencias crecientes, y la atención en el número de pacientes en el SSPA se ha incrementado en los últimos años. Las diferencias más sobresalientes hacen referencia a que el T. de la esquizofrenia, aparece más en hombres de 45 a 64 años y respecto al T. del espectro autista en hombres hasta los 14 años.

## Prevalencia<sup>1</sup> de la Discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista, esquizofrénico y de personalidad y comportamiento adulto (BPS) en Andalucía<sup>2</sup>



Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Elaborado por: Servicio de Vigilancia y SL. D. G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

<sup>1</sup>Prevalencia=Sumatorio de Días en activo con enfermedad de todos los sujetos de la población de interés en la BDU / Sumatorio de Días en activo de todos los sujetos de esa población en la BDU\*1000.

<sup>2</sup>Los datos de 2019 hacen referencia hasta el mes de noviembre

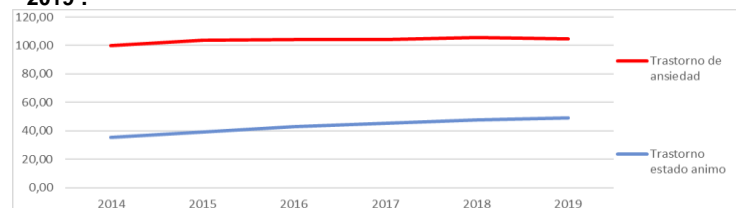
- El trastorno de la conducta alimentaria (BPS) y otro trastorno funcional (BPS) son los únicos trastornos en los que se observa que la prevalencia decrece, así como el número de pacientes atendidos en el SSPA en estos últimos años.

<sup>1</sup>Prevalencia=Sumatorio de Días en activo con enfermedad de todos los sujetos de la población de interés en la BDU / Sumatorio de Días en activo de todos los sujetos de esa población en la BDU\*1000.

<sup>2</sup>Los datos de 2019 hacen referencia hasta el mes de noviembre

- Los trastornos del estado de ánimo (BPS) y de ansiedad (BPS) muestran las prevalencias más altas de todas las patologías estudiadas. Al menos cuadruplican a cualquiera de las patologías anteriores. La prevalencia del T. de ansiedad duplica a la del T. del estado de ánimo. Ambas patologías afectan más a las mujeres. Siendo significativo en el caso del T. de la ansiedad a partir de los 15 años y en el caso del T. del estado de ánimo a partir de los 45 años. El número de pacientes atendidos en el SSPA es a su vez la mayor con diferencia, duplicando de igual manera el T. de ansiedad (BPS) al T. del estado de ánimo.

## Prevalencia<sup>1</sup> del Trastorno de ánimo y ansiedad (BPS) en Andalucía 2019<sup>2</sup>.



<sup>2</sup>Los datos de 2019 hacen referencia hasta el mes de noviembre

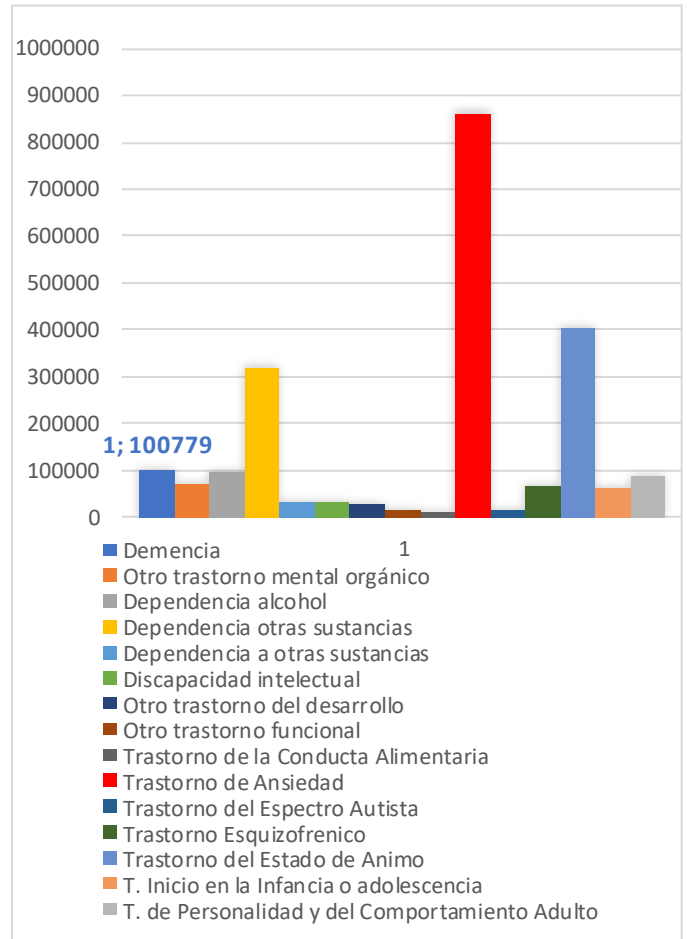
Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Elaborado por: Servicio de Vigilancia y SL. D. G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

<sup>1</sup>Prevalencia=Sumatorio de Días en activo con enfermedad de todos los sujetos de la población de interés en la BDU / Sumatorio de Días en activo de todos los sujetos de esa población en la BDU\*1000.

A continuación se muestran el número de pacientes atendido en el SSPA tanto en atención primaria como atención especializada. Como se puede observar los pacientes con trastornos de ansiedad (BPS) atendidos son los más numerosos

## Fuentes de información:

### Número de pacientes atendidos en el SSPA en 2019 (hasta noviembre)



Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Elaborado por: Servicio de Vigilancia y SL. D. G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

- Encuesta Andaluza de Salud.
- Encuesta Nacional de Salud.
- Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBD Andalucía)
- Base Poblacional de Salud De Andalucía

**Autor: J. Miguel Martín – Sacristán Núñez<sup>1</sup>. SVSL**

## Han colaborado en este informe:

Duran Pla, Enric<sup>1</sup>; Pérez Morilla, Esteban<sup>1</sup>; Romero Rodríguez, Elisa<sup>1</sup>; Lorusso, Nicola<sup>1</sup>; Guillen Enríquez, Javier<sup>1</sup>; Juliana Rodríguez Herrera<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> del Robledo Jiménez Romero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Familias.

<sup>2</sup> Subdirección Técnica de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud

## Información y Enlaces de interés

- Materiales sobre brotes. ECDC. Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades. [Enlace](#)

- Sistema de alerta Temprana y respuesta de la Unión Europea (EWRS). - ECDC. Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades. [Enlace](#)

- Como detectar y evaluar amenazas a la salud pública - ECDC. Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades. [Enlace](#)

- Orientación operacional sobre metodología de evaluación rápida de riesgos. ECDC. Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades. [Enlace](#)

## Tabla de EDO

Enfermedades de Declaración Obligatoria por provincias. Semana 08/2020 y acumulado desde la semana 1/2020. Datos provisionales.

| EDO              | Almería |      | Cádiz |      | Córdoba |      | Granada |      | Huelva |      | Jaén |      | Málaga |      | Sevilla |      | Andalucía |      |
|------------------|---------|------|-------|------|---------|------|---------|------|--------|------|------|------|--------|------|---------|------|-----------|------|
|                  | Sem     | 2020 | Sem   | 2020 | Sem     | 2020 | Sem     | 2020 | Sem    | 2020 | Sem  | 2020 | Sem    | 2020 | Sem     | 2020 | 2019*     | 2020 |
| Enf Meningoc.    | 1       | 2    | 0     | 1    | 0       | 0    | 0       | 2    | 0      | 2    | 0    | 2    | 1      | 5    | 2       | 7    | 16        | 21   |
| Enf. Neumo. Inv. | 0       | 5    | 1     | 12   | 0       | 2    | 2       | 16   | 1      | 8    | 0    | 6    | 1      | 35   | 1       | 19   | 119       | 103  |
| Fiebre Q         | 0       | 1    | 0     | 1    | 0       | 0    | 0       | 0    | 0      | 0    | 0    | 1    | 0      | 0    | 0       | 0    | 13        | 3    |
| Hepatitis A      | 0       | 4    | 0     | 1    | 0       | 2    | 1       | 4    | 0      | 0    | 0    | 1    | 0      | 6    | 0       | 2    | 32        | 20   |
| Hepatitis B      | 0       | 3    | 0     | 3    | 0       | 0    | 0       | 4    | 0      | 2    | 0    | 2    | 0      | 4    | 0       | 3    | 28        | 21   |
| Hepatitis C      | 0       | 1    | 0     | 6    | 0       | 0    | 2       | 16   | 0      | 0    | 0    | 5    | 1      | 14   | 0       | 5    | 50        | 47   |
| Infec. Gonoc.    | 0       | 2    | 5     | 36   | 2       | 5    | 6       | 40   | 0      | 2    | 3    | 6    | 5      | 32   | 3       | 25   | 207       | 148  |
| Legionelosis     | 0       | 1    | 0     | 1    | 0       | 1    | 0       | 0    | 0      | 0    | 0    | 0    | 0      | 3    | 0       | 6    | 14        | 12   |
| Leishmaniasis    | 0       | 0    | 0     | 0    | 0       | 2    | 0       | 2    | 0      | 0    | 1    | 2    | 0      | 1    | 0       | 0    | 8         | 7    |
| Paludismo        | 0       | 2    | 0     | 0    | 0       | 0    | 0       | 1    | 0      | 0    | 0    | 0    | 0      | 3    | 0       | 0    | 6         | 6    |
| Parotiditis      | 4       | 37   | 3     | 75   | 1       | 19   | 5       | 56   | 0      | 6    | 3    | 18   | 4      | 37   | 22      | 219  | 957       | 467  |
| Sífilis          | 1       | 5    | 2     | 16   | 1       | 3    | 3       | 19   | 0      | 0    | 0    | 1    | 3      | 19   | 1       | 22   | 148       | 85   |
| Tosferina        | 0       | 2    | 0     | 4    | 0       | 1    | 0       | 0    | 0      | 0    | 0    | 1    | 0      | 0    | 0       | 8    | 30        | 16   |
| Tuberculosis     | 2       | 19   | 0     | 6    | 2       | 5    | 1       | 7    | 2      | 7    | 0    | 3    | 5      | 12   | 5       | 30   | 112       | 89   |

\* Casos acumulados en el mismo periodo en 2019

## GRYPE semana 08/2020

En la semana 08/2020, el Sistema de Vigilancia Centinela de Gripe en Andalucía registró 73 casos sospechosos de gripe: 7 del grupo de edad de 0-4 años, 22 del grupo de edad de 5-14 años, 41 casos del grupo de 15-64 y 3 del grupo >64 años. La tasa de incidencia de la gripe en Andalucía es de 56,03 casos por 100.000 habitantes, continuando con la fase descendente de la onda epidémica desde que se alcanzara el pico epidémico en la semana 04/2020.

| Semana                               | 1    | 2    | 3     | 4     | 5     | 6     | 7    | 8    |
|--------------------------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Médicos declarantes                  | 67   | 92   | 102   | 102   | 98    | 100   | 95   | 92   |
| Tasa incidencia (x 10 <sup>5</sup> ) | 30,3 | 67,9 | 121,6 | 187,0 | 179,6 | 171,8 | 99,2 | 56,0 |

En el laboratorio de Microbiología del Hospital Virgen de las Nieves desde el inicio de la temporada 2019-2020 se han detectado 404 virus de la gripe: 63% tipo A y 37% tipo B. Entre los virus tipo A, el 71% son subtipo AH1N1pdm09 y el 29% subtipo AH3.

**Sistema de Vigilancia de la Gripe en España.** La tasa global de incidencia de gripe en la semana 08/2020 desciende a 97,8 casos por 100.000 habitantes, con una disminución significativa respecto a la semana previa (Razón de tasas: 0,60; IC 95%: 0,55 - 0,65), tras haber alcanzado el pico de la epidemia gripal en la semana 05/2020. Se señala a nivel nacional un nivel de intensidad bajo, una difusión todavía extensa y una evolución decreciente. La red de Canarias registra un nivel de intensidad medio, siendo ya bajo en las demás redes, excepto Asturias y Extremadura, con un nivel de intensidad basal, por debajo de su umbral basal o epidémico. La difusión es todavía extensa en gran parte del territorio sujeto a vigilancia, excepto en Andalucía, Asturias, Castilla La Mancha, Extremadura y Navarra, donde ya es local, y en Cantabria y Ceuta donde ya es esporádica. La evolución es decreciente o estable en todas las redes.

En la semana 08/2020 se enviaron 297 muestras centinela a los laboratorios del sistema, de las que 135 han sido positiva para el virus de la gripe: 67% tipo B y 33% tipo A [77% A(H1N1)pdm09 y 23% A(H3N2) entre los subtipados]. La tasa de detección correspondiente a esta semana es 45%\*, descendiendo respecto a la semana previa por tercera vez consecutiva. No

obstante, este valor deberá ser consolidado en la semana próxima. Continúa observándose un descenso en la tasa de detección de A(H1N1)pdm09 (quinta semana consecutiva), a la vez que se observa una estabilización en la de virus tipo B. Desde el inicio de la temporada 2019-20 se han notificado 2.238 detecciones centinela de virus gripales: 60,4% tipo A, 39,5% tipo B y 0,1% tipo C. De los virus tipo A subtipados hasta el momento (n=1.272), el 87% son A(H1N1)pdm09 y el 13% A(H3N2). Basándose en estudios genéticos realizados en el Centro Nacional de Microbiología se han caracterizado 187 virus de la gripe A(H1N1), 42 A(H3N2) y 59 B. De entre los 59 virus B, 58 son del linaje Victoria grupo 1A( $\Delta$ 3)B representado por B/Washington/02/2019, caracterizado por una triple delección en el gen de la hemaglutinina que afecta a los aminoácidos 162-164. Aún no se ha determinado la concordancia de estos grupos con las cepas vacunales de la temporada 2019-20.

**Vigilancia de la Gripe en Europa (ECDC):** En la región europea la temporada de gripe parece que haber alcanzado el pico en la semana 05/2020. En la semana 07/2020, la difusión de la actividad gripal es extensa en la mayoría de los Estados Miembros (EM). Uno de los EM refiere intensidad muy alta y siete alta. La tasa de detección viral (48%) desciende respecto a la semana previa (51%). Según fuentes centinela co-circulan los

virus de la gripe A y B (60 y 40% respectivamente). El 58% de los virus A subtipados fueron A(H1N1)pdm09. De los virus B, la gran mayoría (99%) fueron del linaje Victoria. En la mayoría de las muestras que proceden de casos hospitalizados y admitidos en UCI se aisló el virus de la gripe tipo A. La mayoría de los virus circulantes se mantienen susceptibles a los inhibidores de neuraminidasas.

