

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Informe 2009

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears



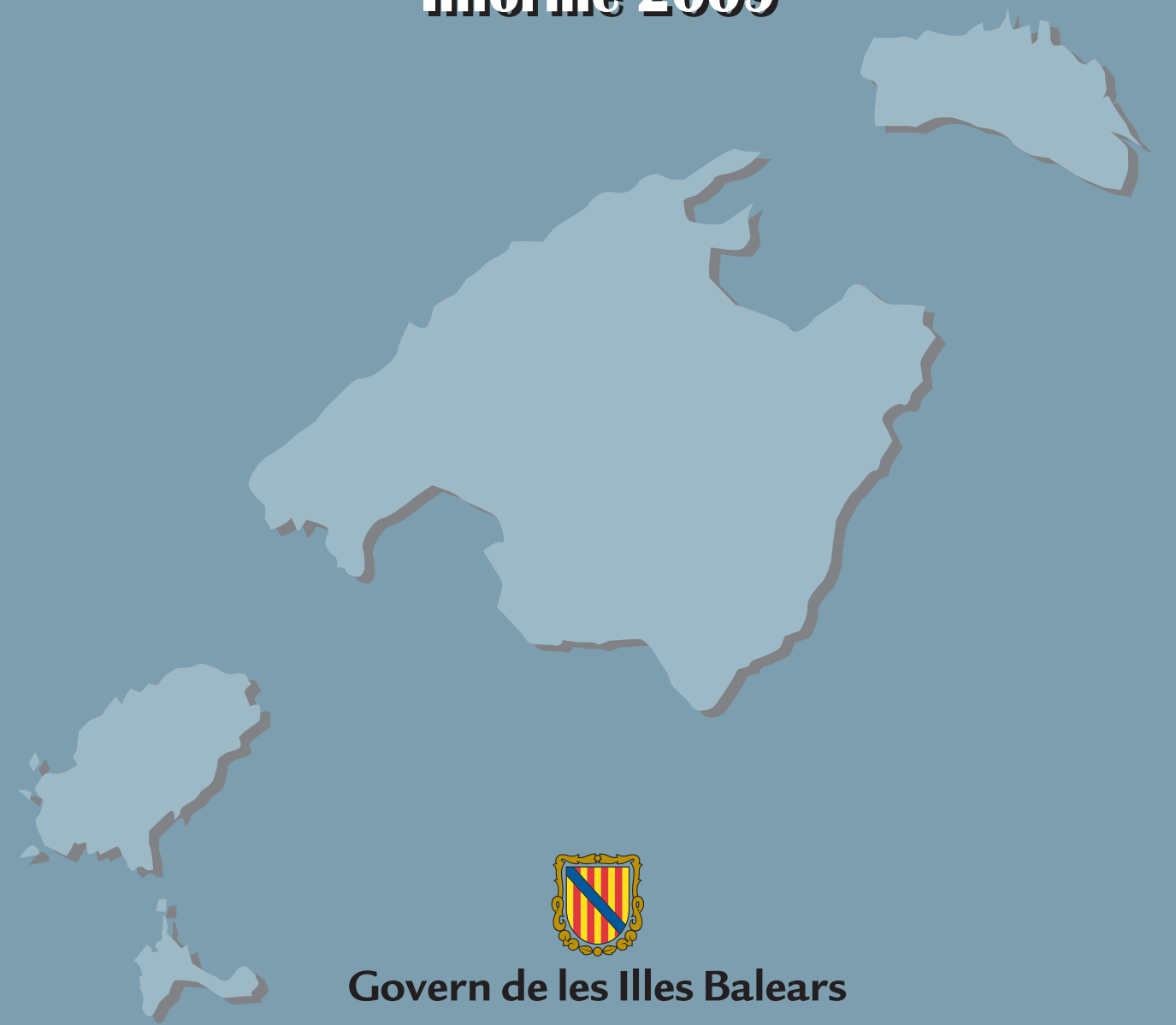
Govern de les Illes Balears

Conselleria de Salut i Consum



Govern de les Illes Balears

Conselleria de Salut i Consum



**Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears
Informe 2009**

Direcció General de Salut Pública i Participació

Servei d'Epidemiologia

Catalina Bosch Isabel
Antònia Galmés Truyols
Jaume Giménez Durán
Antonio Nicolau Riutort
Margarita Portell Arbona
Elena Tejera Rifé
Joana Vanrell Berga

Centre Insular d'Eivissa i Formentera

Alicia Magistris Sancho
Mónica Yern Moreno

Centre Insular de Menorca

Joan Abellan Olaya
Cristina Fernandez Sintes

Suport administratiu

Jacinta Cruz Gutiérrez
María Montserrat Barceló Fernandez

Agraïments

A totes les persones que aporten informació epidemiològica i suport tècnic en les investigacions

Imprempta

Ingrama.sa

Edita

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut i Consum
Direcció General de Salut Pública i Participació
Palma - Mallorca - Novembre de 2010

Copyright

Conselleria de Salut i Consum

ISBN: 978-84-606-5177-2

Dipòsit Legal:

PM-3069-2003

Index

	Pag.
1. Introducció	7
2. Notes metodològiques	9
3. Definicions de cas	12
4. Mesures de qualitat del sistema	31
4.1. Notificacions per totes les fonts	31
4.2. Declaracions hospitalàries. Notificacions i casos declarats	32
4.3. Casos de malalties individualitzades. Subnotificació	32
4.4. Altres fonts d'informació	33
5. Anàlisi epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria	34
5.1. Incidència global	34
5.2. Malalties de declaració exclusivament numèrica	35
Diarrea infecciosa aguda	35
Febre exantemàtica mediterrània	36
Febre recurrent per paparres	36
Grip	36
Herpes zòster	38
Varicel·la	38
5.3. Malalties de declaració numèrica i individualitzada	39
Brucel·losi	39
Disenteria Bacil·lar	39
Febre tifoide i paratifoide	39
Hepatitis A	40
Hepatitis B	40
Hepatitis víriques (altres tipus)	41
Infecció gonocòccica	42
Legionel·losi	42
Leishmaniosi	45
Malaltia meningocòccica	46
Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i>	47
Malaltia invasiva per <i>Streptococcus pneumoniae</i>	48
Parotiditis	48
Rubèola	49
Sífilis	49

Tètan	50
Tos ferina	50
Triquinosi	50
Tuberculosi respiratòria	50
Tuberculosi no respiratòria	52
5.4. Malalties sotmeses a plans o registres específics	53
Creutzfeldt-Jakob	53
Sífilis congènita	54
Lepra	54
Poliomielitis. Paràlisis flàccides agudes	54
Sida-infecció VIH	55
Xarampió	57
6 Brots epidèmics	58
6.1. Brots de transmissió alimentària	58
6.2 Brots de transmissió no alimentària	59
7. Casos importats	61
Annex I. Taules	63
Annex II. Figures	90

Amb l'edició d'aquest informe relatiu a les malalties de declaració obligatòria de l'any 2009 aquesta Direcció General aposta per potenciar la difusió de les dades procedents dels sistemes d'informació en Salut Pública. Precisament el sistema de notificació obligatòria de malalties n'és un dels components més tradicionals.

Un sistema d'informació com el que ens ocupa ha de tenir com a component rutinari de funcionament mecanismes que assegurin la bidireccionalitat de la informació. Amb l'elaboració i difusió d'aquest informe, aquesta Direcció General continua apostant pel component de retroalimentació de la xarxa de vigilància a les Illes Balears. L'objectiu global és, en definitiva, aconseguir una millora real del funcionament dels sistemes d'informació en salut pública.

En els darrers anys i a causa de diferents factors, especialment els lligats a la potenciació de la xarxa de vigilància a Europa, s'ha reforçat de manera considerable el paper del registre de malalties de declaració obligatòria dins l'àmbit de la vigilància. De fet, aquest registre, juntament amb el sistema de vigilància i investigació de brots epidèmics, constitueix l'anomenat "sistema bàsic" de les xarxes de vigilància. En un context més global, aquest sistema bàsic s'integra en una estructura de vigilància que reclama cada vegada més protagonisme, fonamentalment pel que fa a la capacitat d'oferir possibilitats d'intervenció en salut pública i fins i tot com una eina més de les activitats de programació i planificació.

Serveixi aquesta publicació, a més a més, d'agraïment a totes les persones que amb la seva aportació d'informació contribueixen al manteniment i operativitat de la xarxa de vigilància a les Illes Balears.

Directora general de Salut Pública i Participació

Margarita Buades Feliu

1. Introducció

La vigilància sistemàtica de les malalties transmissibles té una llarga tradició que comença d'una manera formal amb els primers decrets, publicats a finals del segle XIX, per controlar una sèrie de malalties infeccioses. L'objectiu de la vigilància és identificar, descriure i analitzar situacions epidèmiques i altres problemes de salut pública i proporcionar informació útil per a la intervenció.

El sistema té establerts els principis bàsics en la Llei General de Sanitat 14/1986, de 25 d'abril, que reconeix la importància dels estudis epidemiològics i fixa les competències de l'Estat en la matèria (coordinació de la vigilància i anàlisi epidemiològiques, adopció de criteris bàsics comuns en matèria d'informació sanitària i establiment de sistemes d'informació d'interès general supracomunitari). El Reial Decret 2210/1995, de 28 de desembre va crear la Xarxa Nacional de Vigilància Epidemiològica, amb els objectius d'integrar tots els subsistemes existents en un sol sistema i preparar-lo per a la creació d'una xarxa de vigilància epidemiològica europea. El Decret 15/1997, de 23 de gener, que crea i regula la Xarxa de Vigilància Epidemiològica en la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, constitueix la legislació autonòmica bàsica per al sistema de vigilància a la comunitat autònoma. Cal destacar que aquest text legal es va modificar durant l'any 2003 mitjançant el Decret 19/2003 de 28 de febrer. Amb aquest decret es va crear el Sistema d'Informació de Noves Infeccions per VIH, es va incloure el xarampió com a malaltia de notificació urgent, i es va ampliar la llista de malalties de declaració obligatòria amb la Malaltia de Creutzfeldt-Jakob i les seves variants.

La darrera incorporació legislativa ha estat a l'any 2008: el dia 6 de novembre es publicà el "Decret 117/2008, de 24 d'octubre, de modificació del Decret 15/1997, de 23 de gener, pel qual es crea i regula la Xarxa de Vigilància Epidemiològica en la comunitat autònoma de les Illes Balears". Aquest decret apareix com a resposta a diversos aspectes que des diferents àmbits han sorgit en relació a la vigilància. Entre aquests aspectes podem destacar la necessitat d'adaptació a les diferents decisions europees respecte de la vigilància de les malalties transmissibles, als plans específics per lluitar contra determinades malalties (Pla d'eradicació de la poliomielitis o el Pla estratègic integrat per eliminar el xarampió i prevenir

la infecció congènita per rubèola), a les disposicions de l'OMS respecte de la verola i a les modificacions introduïdes al calendari vacunal i finalment a la necessitat de modificar la modalitat de notificació de determinades malalties.

Les novetats més importants, conseqüència d'aquest decret, són les següents: la inclusió de l'herpes zòster com a malaltia a notificar amb modalitat només numèrica, la inclusió de la sífilis, gonocòccia, malaltia invasiva per *Streptococcus pneumoniae* i malaltia invasiva per *Streptococcus pyogenes* com a malalties a notificar amb modalitat numèrica i individualitzada i la inclusió en la llista de Malalties de Declaració Obligatòria, amb modalitat numèrica, individualitzada i urgent, d'infeccions humanes per grip aviar H5N1 i altres subtipus, síndrome respiratòria aguda greu, paràlisi flàccida aguda a menors de 15 anys i febres hemorràgiques virals. El paludisme i la malaltia de Creutzfeldt-Jakob passen a ser de notificació obligatòria amb modalitat només numèrica i individualitzada i no són ja de notificació urgent.

A la Unió Europea, la base legal de la vigilància epidemiològica comunitària és la Decisió 2119/98/EC del Parlament Europeu i del Consell de 24 de setembre de 1998, per la qual es crea una xarxa de vigilància epidemiològica i de control de les malalties transmissibles a l'àmbit comunitari.

La vigilància de les malalties de declaració obligatòria (MDO) i dels brots epidèmics constitueixen el sistema bàsic de la xarxa de vigilància epidemiològica a la nostra comunitat.

La recollida de la informació està sistematitzada en els protocols editats per la "Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica", que varen elaborar i revisen periòdicament els tècnics del Centre Nacional d'Epidemiologia (CNE) amb la col·laboració i el consens de les unitats d'Epidemiologia de les comunitats autònomes, i que després la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears adapta a les necessitats pròpies.

El criteri de declaració de cas al sistema MDO és la sospita clínica de cas nou, per assegurar la sensibilitat del sistema i evitar retards en la investigació i la intervenció. Les fonts d'informació són fonamentalment tots els metges que treballen a les Illes Balears i la periodicitat de notificació, excepte en la modalitat de declaració urgent, és setmanal. En les malalties de declaració exclusivament numèrica es recullen només el nombre setmanal de casos, mentre que en les de declaració individualitzada es recull informació addicional de cada cas.

2. Notes metodològiques

Com s'ha comentat a la Introducció, el Decret 117/2008, de 24 d'octubre que modificava el fins ara vigent de 1997 va implicar canvis importants en el registre de Malalties de Declaració Obligatòria. El més destacable va ser la inclusió de l'herpes zòster com a Malaltia de Declaració Obligatòria amb modalitat de notificació només numèrica, la inclusió de la sífilis i gonocòccia—abans només de notificació numèrica— a la modalitat de notificació nominal i la inclusió a la llista de Malalties de Declaració Obligatòria —entre altres— de la malaltia invasora per *Streptococcus pneumoniae*. Degut a problemes per adaptar l'aplicació informàtica a aquests canvis els resultats sobre les esmentades malalties es presenten de manera parcial i en propers informes es presentaran amb més detall.

També s'ha d'explicar que a principis de l'any 2009 es va modificar substancialment la mecànica de recepció d'informació de les malalties amb modalitat de notificació numèrica des de l'àmbit d'atenció primària de l'IB Salut. Les dades que fins llavors es rebien setmanalment en paper des de cada punt d'informació (metge o pediatre de centres de salut) es reben des del 2009 en un únic fitxer que compté informació sobre les malalties detectades per cada professional i que ens faliciten des de la gestió de l'e-SIAP. Amb aquest canvi ha desaparegut la notificació numèrica setmanal en paper des d'atenció primària encara que es manté la necessitat de rebre en paper els protocols de notificació individualitzada de les malalties sotmeses a aquesta modalitat de notificació. Això implica que part de les anàlisis que es feien en els informes anuals anteriors no es repeteixen per aquest any 2009 (retard en la notificació, resposta dels centres de salut en l'enviament de protocols de notificació numèrica, etc.).

En aquest informe es presenten les dades d'incidència, la informació epidemiològica més important de cadascuna de les malalties de declaració obligatòria i dels brots epidèmics, tot referit a l'any 2009, així com els indicadors de la qualitat del sistema. A la taula 1 es mostra la llista de malalties de declaració obligatòria amb les modalitats de notificació de cadascuna d'elles.

Els casos de les malalties de declaració obligatòria es classifiquen com autòctons o importats segons l'origen de la infecció: els autòctons són els que tenen un antecedent de risc per a la

infecció a les Illes Balears i compatibilitat entre aquest antecedent i el període d'incubació de la malaltia, o amb un vehicle de transmissió amb origen a la nostra comunitat autònoma. Els importats són els casos que no compleixen aquests criteris: període d'incubació incompatible amb l'estada a les Illes Balears o infecció vehiculada per un producte d'origen extern.

Només el darrer apartat de l'informe fa referència als casos importats, ja que la resta de dades es refereixen sempre a informació sobre casos autòctons. També s'inclou informació sobre casos importats als comentaris sobre algunes de les malalties sotmeses a plans o registres específics.

L'indicador epidemiològic més utilitzat és la incidència, en forma de nombre absolut de casos i en forma de taxes (casos nous del període dividits per la població del període). Per calcular les taxes s'utilitzen les poblacions de l'actualització anual del Padró que publica Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) i es presenten en forma de casos per 100.000 habitants, excepte en alguna malaltia a la qual, per consens, s'utilitzen els casos per milió.

Un altre indicador emprat és l'índex epidèmic acumulat (IEA), raó entre el nombre observat de casos d'una malaltia en un període i la mediana dels casos que es detectaren en períodes anteriors seleccionats com a referència. Aquest índex permet classificar la incidència en menor, similar o major a l'esperada si l'IEA és respectivament menor de 0,76, està entre 0,76 i 1,24, o és major d'1,24. En general el període de referència emprat en aquest informe és el quinquenni anterior a l'any analitzat. En algunes malalties es mostren sèries històriques amb períodes de temps més llargs.

Per a l'anàlisi comparativa de l'evolució temporal es presenten canals endemoepidèmics, que són representacions gràfiques de l'evolució de la incidència d'una malaltia comparada amb l'evolució en un període de temps de referència. Els canals endemoepidèmics es construeixen generalment amb dades del darrer quinquenni.

La unitat geogràfica bàsica a la nostra comunitat autònoma és l'illa, i per tant la distribució geogràfica de les malalties es presenta per illes, i a més es presenten també les dades de Palma. A algunes malalties la suma del nombre de casos de les illes no coincideix amb el total a la comunitat autònoma, ja que hi ha casos dels quals no s'ha pogut verificar amb seguretat la residència habitual. Igualment, les dades que es presenten per zona bàsica de residència no inclouen els casos dels quals es desconeix la zona de residència.

Un dels objectius fonamentals de la vigilància epidemiològica és l'estudi dels brots epidèmics. El sistema de vigilància de brots té característiques pròpies, derivades de les peculiaritats d'aquesta forma de presentació de les malalties i de les necessitats específiques de la investigació i el control. Les fonts de notificació i els circuits són, en general, comuns amb el sistema de vigilància de les malalties de declaració obligatòria, tot i que tenen característiques pròpies. Les principals característiques de la vigilància dels brots, i que la

distingeixen de la vigilància de les malalties de declaració obligatòria, són que no hi ha una llista tancada d'entitats a notificar, que s'han de declarar sempre amb caràcter d'urgència i que sempre es requereix informació individualitzada sobre els malalts. El brot s'ha de notificar sempre que hi hagi una sospita clínica de casos d'una determinada malaltia a persones que puguin tenir algun nexa epidemiològic (agrupació temporal o espacial, o presentació d'alguna característica o d'algun factor de risc en comú).

La situació epidèmica o brot es defineix com una de les següents situacions:

Un augment significatiu dels casos en relació als valors esperats (pot ser indicativa l'agregació de casos en un territori i en un temps comprés entre el mínim i el màxim del període d'incubació o de latència).

L'aparició d'una malaltia, problema o risc per a la salut a una zona que fins llavors n'havia estat lliure.

La presència de qualsevol procés d'intoxicació col·lectiva, imputable a causa accidental, manipulació o consum.

L'aparició de qualsevol incidència de caràcter catastròfic que afecti o pugui afectar la salut d'una comunitat.

Un brot epidèmic, doncs, inclou qualsevol malaltia i, per tant, nombrosos mecanismes i vies de transmissió. En aquest informe, les dades sobre brots es presenten classificats segons si el mecanisme de transmissió és alimentari (aliment o aigua) o no alimentari (inclou qualsevol altre tipus de mecanisme).

Respecte a la qualitat del sistema s'analitza fonamentalment la subnotificació (percentatge de casos diagnosticats i no declarats sobre el total de casos detectats). Per calcular-la s'utilitza el nombre de casos de totes les malalties detectats per vies diferents a les establertes al circuit, especialment dins l'àmbit dels hospitals públics. La principal font alternativa al circuit habitual és el registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD), implantat a tots els hospitals públics de la xarxa assistencial. La col·laboració de les corresponents Unitats d'Admissió o Unitats de Documentació i Arxiu dels hospitals permet obtenir informació d'aquesta font. Una altra font fonamental és la dels laboratoris hospitalaris, tant de la xarxa pública com de la privada. Per a determinades malalties, com la tuberculosi o la infecció per VIH, és especialment important la col·laboració d'aquest tipus de font. Altres fonts d'informació que aporten dades al sistema inclouen centres docents, els malalts o les seves famílies, persones que consulten per ser possibles contactes amb malalts i d'altres.

3. Definicions de cas

(Modalitats de notificació: N=Numèrica I=individualitzada U=urgent)

Per a la vigilància epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria prima la sensibilitat sobre l'especificitat a l'hora de definir-ne el cas, ja que d'una declaració ràpida se'n poden derivar investigacions i mesures de control oportunes en el temps. És per això que cal recalcar que el criteri de notificació de les Malalties de Declaració Obligatòria és la sospita clínica i, per tant, la part més important de les definicions que es presenten en aquest document és la referent a la definició clínica de cadascuna de les malalties. La posterior classificació en casos sospitosos o confirmats no té importància a efectes de notificació al sistema.

La majoria de les definicions que es presenten en aquest document s'han consensuat entre els tècnics de vigilància del Centre Nacional d'Epidemiologia i els de les diferents Comunitats Autònomes. Aquestes definicions són vàlides a efectes de la Vigilància Epidemiològica.

Un cas de qualsevol malaltia, encara que ja s'hagi incorporat formalment al registre, es pot excloure posteriorment si es comprova que no complia criteris de definició clínica, si es descarta per proves de laboratori o si es verifica que es tractava d'una altra malaltia. Això succeirà amb certa freqüència si el funcionament del sistema és òptim.

Les definicions de cas de sida, nou diagnòstic d'infecció per VIH, grip aviar H5N1 o per altres subtipus i malaltia de Creutzfeldt-Jakob es poden consultar a:

www.epidemiologia.caib.es

- **Botulisme** (Modalitats de notificació: N, I, U)
 - Botulisme alimentari. Definició clínica: malaltia greu amb manifestacions clíniques del sistema nerviós principalment: ptosi, visió borrosa, diplopia i paràlisi flàccida descendent i simètrica.

- Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: Compatible amb la definició clínica de cas i epidemiològicament relacionat amb ingesta d'un aliment sospitós. (B) Confirmat compatible amb la definició clínica de cas i confirmat per laboratori.
- Botulisme del lactant. definició clínica: malaltia del lactant que se caracteritza per estrenyiment, inapetència i indiferència, ptosi, dificultat a la deglució i aparició de debilitat progressiva, que pot evolucionar a insuficiència i parada respiratòria.
- Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: compatible amb la definició clínica de cas en un menor d'1 any d'edat. (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i confirmat per laboratori en un menor d'1 any d'edat.
- Botulisme per ferides. Definició clínica: malaltia amb manifestacions clíniques idèntiques al botulisme alimentari, que resulta de la toxina produïda per *Clostridium botulinum* que ha infectat una ferida.
- Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: compatible amb la definició clínica de cas en un pacient sense antecedent d'ingesta d'aliment sospitós i amb una història de ferida contaminada 2 setmanes abans d'iniciar símptomes. (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i confirmació de laboratori en un pacient sense ingesta d'aliment sospitós i amb una història de ferida contaminada 2 setmanes abans de l'inici de símptomes.
- **Brucel·losi** (*Modalitats de notificació: N, I*)
 - Definició clínica: malaltia que es caracteritza per aparició aguda i insidiosa de febre, calfreds, sudoració nocturna, anorèxia, astènia, pèrdua de pes, cefalea, artràlgies, esplenomegalia i limfadenopaties.
 - Criteri de laboratori. (A) Aïllament de l'agent causal de una mostra clínica. (B) Seroconversió (increment quàdruple o més del títol d'Ac. en dues mostres estudiades en el mateix laboratori i separades per un interval de 15 dies o més) per tècnica en tub d'aglutinació estàndard (SAT) o tècniques equivalents. (C) Detecció d'Ac. IgM per ELISA.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: compatible amb la definició clínica de cas i epidemiològicament relacionat amb la ingesta d'aliment sospitós o que té contacte amb animals infectats o està associat a un cas confirmat, o que presenta una serologia positiva (un únic títol de aglutinació > 160 en una o més mostres de sèrum). (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i confirmat per laboratori.
- **Carboncle** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició clínica. (1) Carboncle cutani: aparició d'escara necròtica negra (lesió típica) en zones no protegides i a vegades amb dolor a la zona, limfangitis, adenopatia regional i septicèmia. (2) Carboncle pulmonar: hipòxia, dispnea, febre, hipotensió, xoc i mort. Són freqüents els signes meníngies (50%). (3) Carboncle gastrointestinal i orofaringi:

violenta gastroenteritis amb vòmits i deposicions hemorràgiques i ràpid desenvolupament d'ascitis. La forma orofaríngia es caracteritza per tumefacció local, adenopatia, edema i febre.

- Criteri de laboratori. (A) Aïllament del *Bacillus anthracis* de mostra clínica. (B) Seroconversió. (C) Demostració de l'agent en una mostra clínica per immunofluorescència directa.
- Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: cas compatible clínicament amb qualsevol de les formes clíniques de carboncle i exposició a un animal o producte animal sospitós. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.
- **Còlera** (Modalitats de notificació: N, I, U)
 - Definició clínica: malaltia caracteritzada per diarrea profusa, amb femta molt líquida d'aspecte riciforme i deshidratació. La gravetat dels quadros es molt variable.
 - Criteri de laboratori: aïllament de *Vibrio cholerae* dels serogrups O1 o O139 toxigen (productor de toxina) a femta o vòmit. Els nous criteris microbiològics respecte dels vibrions valoren no només la presència d'aglutinacions a les soques aïllades, sinó la capacitat toxígena i les característiques potencials per produir epidèmies. Per als aïllaments de *Vibrio cholerae* serogrups O1 o O139, és imprescindible la detecció de producció de toxina; en cas afirmatiu es tracta de casos de còlera amb capacitat epidèmica. En aïllaments de *Vibrio cholerae* serogrup NO O1, és important determinar la capacitat de produir toxina i en cas afirmatiu ens trobam davant un cas de còlera amb capacitat epidèmica desconeguda.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós: compatible amb la definició clínica de cas. (B) Probable: compatible amb la definició clínica de cas i epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat o que procedeix d'un àrea endèmica. (C) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i confirmat per laboratori.
- **Diarrea infecciosa aguda** (Modalitats de notificació: N)
 - Definició clínica: procés diarreic agut, presumptament infecció, i no compatible amb altres entitats específiques incloses a la llista de malalties de declaració obligatòria (disenteria i altres malalties que puguin cursar amb diarrea).
- **Diftèria** (Modalitats de notificació: N, I, U)
 - Definició clínica: malaltia del tracte respiratori superior caracteritzada per mal de coll, febre moderada i una membrana adherent a amígdala, faringe o nas sense cap causa aparent.
 - Criteri de laboratori. (A) Aïllament de *Corynebacterium diphtheriae* d'una mostra clínica. (B) Si el cultiu és negatiu pot ser criteri diagnòstic l'augment de quatre vegades o més

de l'antitoxina a sèrum, però només si ambdues mostres de sèrum s'han obtingut abans de l'administració de toxoide diftèric o antitoxina.

- Classificació de cas. (A) Sospitós: presència de laringitis, nasofaringitis o tonsil·litis i pseudomembrana. (B) Probable: cas sospitós i un dels següents: contacte recent amb un cas confirmat (< 2 setmanes), epidèmia de diftèria a la zona, estridor, inflor/edema de coll, petèquies hemorràgiques a submucosa o pell, col·lapse circulatori tòxic, insuficiència renal aguda, miocarditis o paràlisi motora d'1 a 6 setmanes abans de l'inici dels símptomes, mort. (C) Confirmat: cas probable amb aïllament de soca tòxigena de *Corynebacterium diphtheriae* a un lloc típic (nas, gargamella, úlcera cutània, ferida, conjuntiva, oïda, vagina), o augment de quatre vegades o més d'antitoxina a sèrum, però només si ambdues mostres de sèrum s'han obtingut abans de l'administració de toxoide diftèric o antitoxina.
- La malaltia causada pel *Corynebacterium ulcerans* i *Corynebacterium diphtheriae* no-toxigen queda exclosa d'aquesta definició de cas.
- **Disenteria bacil·lar** (Modalitats de notificació: N, I)
 - Definició clínica: malaltia de gravetat variable, caracteritzada per diarrea, febre, nàusees, dolor abdominal i tenesme.
 - Criteri de laboratori: aïllament de *Shigella* d'una mostra clínica.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: clínicament compatible, especialment si està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat. (B) Confirma: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.
- **Febre tifoide-paratifoide** (Modalitats de notificació: N, I)
 - Definició clínica: quadre de febre elevada contínua, malestar general, anorèxia, cefalea, bradicàrdia relativa, tos no productiva, taques rosàcies al tronc, estrenyiment o diarrea.
 - Criteri de laboratori: aïllament de l'agent a sang o femta.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: clínicament compatible, especialment si està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.
- **Febre exantemàtica mediterrània (febres botonoses)** (Modalitats de notificació: N)
 - Definició clínica: malaltia d'inici sobtat, amb febre i artromiàlgies. Entre els dies 3 i 5 apareix una erupció màculopapulosa no pruriginosa que afecta principalment als palmells de les mans i plantes dels peus. Sovint es troba la lesió primària al lloc de la picadura de la paparra: és una úlcera petita, de 2 a 5 mm de diàmetre, amb un centre fosc i una aurèola vermella, que s'acompanya de limfadenopatia regional.

- Criteri de laboratori. (A) Aïllament de l'agent a cultiu cel·lular. (B) Detecció de rickettsia a teixits cutanis per immunofluorescència directa. (C) Detecció d'IgM per immunofluorescència indirecta. (E) Seroconversió per immunofluorescència indirecta o fixació del complement (o augment de 4 vegades el títol d'anticossos en dues mostres de sèrum, obtingudes en fase aguda i convalescent).
- Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: clínicament compatible, especialment si està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.
- **Febre groga** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició clínica: inici sobtat amb febre seguit d'una breu remissió dels símptomes i una recurrència de la febre, acompanyada d'hepatitis i albuminúria. En alguns casos fallada renal, xoc i hemorràgies generalitzades.
 - Criteri de laboratori. (A) Seroconversió a mostres recollides en fase aguda i convalescent, després de descartar antecedents recents de vacunació i reaccions creuades amb altres flavivirus. (B) Demostració del virus de la febre groga, antigen o genoma en teixits, sang o qualsevol fluid corporal.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: malaltia clínicament compatible en pacient que vingui d'una zona endèmica. (B) Confirmat: cas que reuneix criteris clínics de definició de cas i està confirmat per laboratori.
- **Febre recurrent per paparres** (*Modalitats de notificació: N*)
 - Definició clínica: malaltia amb períodes febrils recurrents, de 2 a 9 dies de durada i lapses afebrils de 2 a 4 dies. Es pot acompanyar d'exantema petequíal.
 - Criteri de laboratori: demostració de l'agent a preparacions de sang fresca o frotis o extensions o per inoculació intraperitoneal de sang en període febril a ratolins de laboratori.
 - Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: clínicament compatible. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.
- **Febres hemorràgiques virals** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició clínica. S'inclouen les següents malalties: febre hemorràgica del Dengue, febre de la vall del Rift, febre hemorràgica de Lassa, febre hemorràgica argentina (Junín), febre hemorràgica boliviana (Machupo), febre hemorràgica brasiliana (Sabia), febre hemorràgica veneçolana (Guaranito), febre hemorràgica de Crimea-Congo, Hantaan, febre d'Ebola, febre de Marburg, febre del bosc Kyasanur, febre hemorràgica de Omsk, Chikungunya i Monkey-pox.

Aquestes malalties es caracteritzen per febre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$) mantinguda (≥ 24

h.) d'inici sobtat i manifestacions hemorràgiques de qualsevol tipus que condueixen a fallada multiorgànica (insuficiència funcional de dos o més òrgans vitals o xoc).

- Criteri de laboratori. (A) Aïllament viral. (B) PCR, seqüenciació o visualització mitjançant microscòpia electrònica. (C) Seroconversió. (D) Quadruplicació del títol d'anticossos. (E) Augment d'IgM.

- Classificació de casos. (A) Sospitós: cas compatible amb la definició clínica i amb algun antecedent epidemiològic d'interès. (B) Probable: cas compatible amb la definició clínica i amb exposició confirmada a una font d'infecció. (C) Confirmat: cas compatible amb la definició clínica i que presenta al menys un dels criteris diagnòstics de laboratori.

- **Grip** (*Modalitats de notificació: N*)

- Definició clínica: malaltia caracteritzada per inici sobtat amb febre alta ($>38^{\circ}$), cefalea, malestar general, artromiàlgies, odinofàgia, coriza i tos.

- Criteri de laboratori. (A) Aïllament de virus gripal a secrecions nasofaríngies. (B) Detecció d'antigen. (C) Seroconversió.

- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: clínicament compatible, especialment en època epidèmica. (B) Confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Hepatitis A** (*Modalitats de notificació: N, I*)

- Definició clínica: inici insidiós, febre, malestar general, anorèxia, nàusees, molèsties abdominals, icterícia i colúria i elevació de les transaminases sense evidència d'altres malalties hepàtiques.

- Criteri de laboratori: detecció d'IgM contra el virus de l'hepatitis A a sèrum.

- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: cas clínicament compatible en una persona que presenta dades de laboratori relacionades amb hepatitis, com augment de transaminases 2,5 vegades superiors al límit superior normal, sense evidència de patir una altra malaltia hepàtica, o bé concorda amb la descripció clínica i és un contacte d'un cas confirmat per laboratori. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.

- **Hepatitis B** (*Modalitats de notificació: N, I*)

- Definició clínica. malaltia insidiosa amb mal de cap, anorèxia, nàusees, vòmits ocasionals, febre moderada i calfreds, a vegades associada a icterícia, urticària, erupció maculo papular i artràlgies, amb transaminases elevades, sense evidència d'altres malalties, i amb evidència serològica de marcadors d'infecció activa.

- Criteri de laboratori: IgM anti-HBc positiu.

- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: amb criteris clínics i nivells elevats de transaminases sense evidència de patir altres malalties hepàtiques i amb antecedents compatibles amb la transmissió d'aquesta malaltia. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.
- **Hepatitis víriques, altres (inclou els tipus C, Delta i E)** (*Modalitats de notificació: N, I*)
 - Definició clínica: malaltia insidiosa amb mal de cap, anorèxia, nàusees, vòmits ocasionals, febre moderada i calfreds, a vegades associada a icterícia, urticària, erupció maculo papular i artràlgies, amb transaminases elevades i sense evidència de presència d'altres malalties. S'han de valorar els marcadors per assignar el cas al tipus d'hepatitis corresponent.
 - Criteri de laboratori. (1) Hepatitis C: seroconversió documentada. La presència a sèrum d'Anti VHC o VHC-RNA per tècnica de RT-PCR o IgM anti-C22 o HC Ag (detectable a fetge) s'ha de tenir en compte quan les circumstàncies clíniques o epidemiològiques ho aconsellin. (2) Hepatitis delta: HD Ag o títols elevats d'anti-VHD o IgM anti-VHD a pacients amb HBsAg positiu. (3) Hepatitis E: Ac. anti-VHE positiu.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable. Hepatitis C i Delta: cas clínicament compatible a persona amb antecedents de drogoaddicció, hemofília o transfusions; hepatitis Delta amb AgHBs positiu. Hepatitis E: cas clínicament compatible a persona amb IgM antiVHA, IgM antiHBc i AntiVHC negatius. (B) Confirmat: compleix la definició clínica de cas i està confirmat per laboratori.
- **Herpes zòster** (*Modalitats de notificació: N*)
 - Definició clínica: erupció aguda dolorosa, pàpulo vesicular que afecta un territori metamèric (territori nerviós radicular); és possible la disseminació de les vesícules més enllà del territori metamèric (herpes disseminat). Queda exclòs de la definició el dolor post-herpètic.
 - Classificació de cas. Cas confirmat: compleix els criteris de la definició clínica.
- **Infecció gonocòccica** (*Modalitats de notificació: N, I*)
 - Definició clínica: (1) Uretritis: després de 2 a 5 dies (a vegades, fins 14 dies) del contacte sexual origen del contagi, secreció uretral purulenta de color groc verd o color clar, amb disúria, coïtja i eritema al meat. (2) Cervicitis: després de 2 a 10 dies del contacte sexual origen del contagi, leucorrea, disúria, sagnat uterí intermenstrual. Hi pot haver exsudat mucopurulent cervical, uretral, de les glàndules periuretrals o de les glàndules de Bartholino. (3) Proctitis: després de coït anal receptiu, secreció anal purulenta, dolor o coïtja rectal, tenesme i estrenyiment. (4) Faringitis: després de contacte orogenital, dolor faringi, inflamació amigdal·lar i adenopatia cervical. (5) Conjuntivitis neonatal: 2-5 dies després del part aparició sobtada d'exsudat mucopurulent conjuntival.
 - Criteri de laboratori. (A) Aïllament de *Neisseria gonorrhoeae* a una mostra clínica. (B) Detecció de fragments genòmics específics de l'agent causal a una mostra clínica. (C)

Al sexe masculí, demostració de diplococs intracel·lulars gram-negatius en exsudat uretral.

- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: malaltia compatible amb les definicions clíniques de cas. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.

- **Grip aviar H5N1 o per altres subtipus** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)

La definició es pot consultar a: www.epidemiologia.caib.es

- **Legionel·losi** (*Modalitats de notificació: N, I*)

- Definició clínica. (1) Malaltia del legionari: malaltia respiratòria aguda amb signes focals de pneumònia, anorèxia, malestar general, seguit de febre alta, calfreds, tos no productiva, mal de cap i miàlgia, a vegades (1/3 dels casos) amb dolor abdominal, diarrea, vòmits, confusió mental i deliri. (2) Febre de Pontiac: quadre febril inespecífic i autolimitat, amb anorèxia, tos i malestar general. Es pot sospitar un cas quan es presenta en forma de brot o en el context de casos de malaltia del legionari.

- Criteris de laboratori. (A) De confirmació: 1.- Aïllament de qualsevol espècie o serogrup (SG) de *Legionella* a partir de secrecions respiratòries, teixit pulmonar o sang. 2.- Seroconversió: augment del títol d'anticossos quatre vegades o més, amb un títol mínim de 128 contra la *L. pneumophila* SG1, per immunofluorescència indirecta, a sèrums de la fase aguda i convalescent. 3.- Demostració d'antigen de *L. pneumophila* SG1 a orina, per ELISA o RIA. (B) De presumpció: 1.- Títol únic alt (>256) d'anticossos contra *L. pneumophila* SG1 en una mostra en la fase convalescent. 2.- Seroconversió (augment del títol d'anticossos quatre vegades o més), amb un títol mínim de 128 per qualsevol espècie o serogrup de *Legionella* diferent de *L. pneumophila* SG1, per immunofluorescència indirecta, a sèrums de la fase aguda i convalescent. 3.- Immunofluorescència directa a secrecions respiratòries o teixit pulmonar contra qualsevol espècie o serogrup de *Legionella*, inclòs el SG1.

- Classificació dels casos. (A) Sospitós/probable: malaltia compatible amb la definició clínica de cas i resultat positiu a proves de laboratori de presumpció. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i resultat positiu a proves de laboratori de confirmació.

- **Leishmaniosi** (*Modalitats de notificació: N, I*)

- Definició clínica. (1) Forma cutània: lesió cutània granulomatosa que s'inicia amb una pàpula que s'ulcera, única o excepcionalment múltiple, acompanyada amb freqüència d'adenopaties. (2) Forma visceral: malaltia d'inici insidiós, amb febre, malestar general, anorèxia, pèrdua de pes i, posteriorment, esplenomegàlia (generalment blana i indolora), hepatomegàlia moderada, adenopaties inguinals i cervicals, anèmia i trombocitopènia.

- Criteri de laboratori. (A) De confirmació: demostració de la presència del paràsit a

aspirats obtinguts de la lesió (leishmaniosi cutània i cutània mucosa), medul·la, fetge, melsa o ganglis limfàtics (leishmaniosi visceral); aïllament de *Leishmania* (cultiu). B) De presumptió: serologia positiva a *Leishmania* per IFI o ELISA.

- Classificació dels casos. (A) Sospitós: compatible amb la definició clínica de cas. (B) Probable: compatible amb la definició clínica de cas i amb serologia positiva a *Leishmania*. (C) Cas confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i visualització del paràsit.
- **Lepra** (Modalitats de notificació: N, I, U)
 - Definició clínica. Demostració de dos dels tres criteris clínics següents: (1) Lesions cutànies característiques. (2) Pèrdua de sensibilitat. (3) Engruiximent dels nervis en llocs de predilecció.
 - Criteri diagnòstic de laboratori: Presència de bacils àcid-alcohol resistent a frotis cutanis i, si és possible, a biòpsia.
 - Classificació dels casos:
 - (I) Segons confirmació diagnòstica. (A) Sospitós/compatible: malaltia clínicament compatible. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.
 - (II) Segons els criteris operatius del Pla de Control de la malaltia de l'Organització Mundial de la Salut, classifica. (A) Actius: precisen quimioteràpia. (B) Sotmesos a vigilància: precisen seguiment clínic durant un temps que depèn de les característiques clíniques i microbiològiques, abans de considerar-los curats, però no precisen quimioteràpia.
- **Malaltia de Creutzfeldt-Jakob** (Modalitats de notificació: N, I)
 - La definició es pot consultar a: www.epidemiologia.caib.es
- **Malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae*** (Modalitats de notificació: N, I, U)
 - Definició clínica. (1) Meningitis: malaltia d'inici sobtat, o algunes vegades subagut, amb febre alta (> 38°C), vòmits, letargia, signes d'irritació meníngia. (2) Sèpsia: febre alta (> 38°C) o hipotèrmia (< 36°C), taquicàrdia, taquipnea i leucocitosi o leucopènia, amb desviació esquerra a la fórmula leucocitària. (3) Altres formes clíniques: epiglottitis, pneumònia, cel·lulitis, artritis, osteomielitis, pericarditis, etc.
 - Criteris de laboratori. aïllament d'*Haemophilus influenzae* en sang, LCR o qualsevol altre fluid normalment estèril. Detecció del genoma d'*Haemophilus influenzae* en sang, LCR o qualsevol altre fluid normalment estèril (PCR).
 - Classificació de cas. (A) Probable: cas clínicament compatible amb detecció d'antigen d'*Haemophilus influenzae* tipus b a localització estèril. (B) Confirmat: cas amb un quadre clínic compatible i algun dels criteris de laboratori.

- **Malaltia invasiva per *Streptococcus pneumoniae*** (Modalitats de notificació: N, I)
 - Definició clínica. (1) Sèpsia: febre alta ($> 38^{\circ}\text{C}$) o hipotèrmia ($< 36^{\circ}\text{C}$), taquicàrdia, taquipnea i leucocitosi o leucopènia, amb desviació esquerra a la fórmula leucocitària. (2) Meningitis: malaltia d'inici sobtat amb febre alta ($> 38^{\circ}\text{C}$), vòmits, signes meníngeis. (3) Pneumònia: quadre amb simptomatologia de pneumònia (tos, dolor toràcic, febre) i confirmació radiològica. (4) Altres formes clíniques menys freqüents: artritis, endocarditis, pericarditis, peritonitis, espondilodiscitis, pielonefritis i miositis. NOTA: La definició exclou les bacterièmies sense focus o amb un focus diferents als descrits.
 - Criteris de laboratori: Aïllament de *Streptococcus pneumoniae* en sang, LCR o qualsevol altre fluid normalment estèril. Detecció del genoma de *Streptococcus pneumoniae* en sang, LCR o qualsevol altre fluid normalment estèril (PCR).
 - Classificació de cas. (A) Sospitós/probable: cas clínicament compatible amb detecció d'antigen de *Streptococcus pneumoniae* en una localització normalment estèril. (B) Confirmat: cas amb un quadre clínic compatible i algun dels criteris de laboratori.
- **Malaltia invasiva per *Streptococcus pyogenes*** (Modalitats de notificació: N, I)
 - Definició clínica. Pacient que compleix alguna de les següents condicions: (1) Síndrome de xoc tòxic estreptocòccic caracteritzada per hipotensió ($\text{TS} \leq 90 \text{ mm Hg}$ a adults o $< 5^{\text{è}}$ percentil per edat en nins) i al menys dos dels símptomes següents: dany renal (creatinina ≥ 177 micromols / L per a adults); coagulopatia (recompte de plaquetes ≤ 100.000 per mm^3 o CID); funció hepàtica alterada (SGOT, SGPT o bilirubina total ≥ 2 per sobre el límit normal); síndrome de distress respiratòria de l'adult; necrosi de pell o de teixits blans; erupció macular generalitzat que pot ser descamativa. (2) Necrosi de teixits blans que inclogui fascitis necrotitzant, miositis o gangrena. (3) Meningitis, bacterièmia sense focus identificat, pneumònia, peritonitis, sèpsia puerperal, osteomielitis, artritis sèptica, infeccions de ferides post quirúrgiques.
 - Criteri de laboratori: aïllament de *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus* del grup A) a un lloc normalment estèril.
 - Classificació de cas. (A) Probable: cas clínicament compatible en absència d'una altra etiologia i aïllament de *Streptococcus pyogenes* en una localització no estèril. (B) Confirmat: aïllament de *Streptococcus pyogenes* un lloc normalment estèril, en pacients amb o sense evidència clínica de malaltia invasiva per *Streptococcus pyogenes*.
- **Malaltia meningocòccica** (Modalitats de notificació: N, I, U)
 - Definició clínica. Malaltia que es pot presentar com meningitis o sèpsia i que pot progressar ràpidament a púrpura fulminant, xoc i mort. (1) Meningitis: Inici sobtat amb febre alta, cefalea intensa, nàusees i vòmits, rigidesa de nuca i sovint petèquies. (2) Sèpsia: Febre d'inici sobtat, associada a erupció petequíal i leucocitosi, inexplicada per una altra causa.

- Criteris de laboratori: Aïllament de *Neisseria meningitidis* en sang, LCR o qualsevol altre fluid normalment estèril. Detecció del genoma de *Neisseria meningitidis* en localitzacions normalment estèril o aspirat de petèquies (PCR). Presència d'antigen de meningococ en sang, LCR o orina.
- Classificació de cas: (A) Sospitós/probable: compatible amb la definició clínica i presència d'alguna prova analítica de presumpció (diplococs gramnegatius intracel·lulars o altres proves bioquímiques) (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica i presència d'algun criteri diagnòstic de laboratori.
- **Nou diagnòstic d'infecció per VIH** (Modalitats de notificació: N, I)
La definició es pot consultar a: www.epidemiologia.caib.es
- **Paludisme** (Modalitats de notificació: N, I)
 - Definició clínica: febre intermitent amb calfreds, en general amb cefalea i nàusees, i que acaba en sudoració profusa. Després d'un lapse sense febre el cicle es repeteix cada dia, en dies alterns o cada tres dies.
 - Criteris de laboratori: Visualització del Plasmodium en sang. Detecció del genoma del Plasmodium en sang. Detecció d'antigen de Plasmodium.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós/probable: malaltia compatible amb la definició clínica en un resident o visitant d'una regió amb paludisme endèmic. (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i amb un criteri de laboratori.
- **Paràlisi flàccida aguda (PFA) en menor de 15 anys** (Modalitats de notificació: N, I, U)
Vegeu definició de Poliomièlitis.
- **Parotiditis** (Modalitats de notificació: N, I)
 - Definició clínica: quadre agut amb aparició de tumefacció uni o bilateral, sensible al tacte i autolimitat, que afecta la paròtida o les glàndules salivals, i sense altres causes aparents.
 - Criteris de laboratori: aïllament del virus de la parotiditis d'una mostra clínica. Augment significatiu en el nivell d'anticossos de parotiditis. Test positiu serològic d'anticossos IgM de parotiditis.
 - Classificació de casos: (A) Sospitós/Probable: malaltia compatible amb la definició clínica de cas i sense confirmació virològica o serològica, sense relació epidemiològica amb un cas probable o confirmat. (B) Confirmat: cas confirmat per laboratori (en aquest cas no hi ha necessitat de complir la definició clínica) o bé cas que concorda amb la definició clínica de cas i està epidemiològicament relacionat amb un cas probable o confirmat; dos casos probables que estan epidemiològicament relacionats s'han de considerar confirmats, encara que no hi hagi confirmació de laboratori.

- **Pesta** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició clínica. Malaltia caracteritzada per febre, leucocitosi i algun dels signes o símptomes presents en les principals formes clíniques: limfadenitis regional (pesta bubònica); septicèmia sense signes de bubó (pesta pneumònica); pneumònia (pesta pneumònica); faringitis i limfadenitis cervical (pesta faríngia).
 - Criteris de laboratori. Aïllament de *Yersinia pestis* a una mostra clínica; genoma de *Yersinia pestis* a una mostra clínica (antigen F1); resposta d'anticossos específica davant l'antigen F1 de la de *Yersinia pestis*.
 - Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: malaltia compatible amb la definició clínica de cas en una persona procedent d'una zona endèmica (exposició humana o animal) o exposició de laboratori a *Yersinia pestis*. (B) Confirmat: malaltia compatible amb la definició clínica de cas i que compleixi algun criteri de laboratori.
- **Poliomielitis i paràlisi flàccida aguda (PFA) en menor de 15 anys** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició clínica: Inici agut (no recurrent) de paràlisi flàccida (hipotònica) en una o més extremitats, amb absència o disminució de reflexos miotàctics als membres afectats, sense altra causa aparent i sense pèrdua sensorial o cognitiva. Inclou la malaltia paralítica aguda per lesió de motoneurons d'asta anterior per Enterovirus (*Poliovirus*, *Coxsackie*, *ECHO*, *Enterovirus* 70 i 71), mielopatia aguda (mielitis transversa) i neuropatia perifèrica, fonamentalment la síndrome de Guillain-Barré (poliradiculitis aguda)
 - Criteris de laboratori: aïllament i identificació de poliovirus en femta, en un laboratori especialitzat que utilitzi tècniques virològiques de cultiu cel·lular.
 - Classificació de cas:
 - (I) Segons confirmació. (A) Sospitós: qualsevol cas de PFA, incloses la síndrome de Guillain-Barré i la mielopatia aguda en un nin menor de 15 anys, al qual no es pot identificar una altra causa. (B) Cas compatible: qualsevol cas de PFA (en menors de 15 anys) amb paràlisi residual després de 60 dies de l'inici, o bé pèrdua de seguiment o mort, al qual no es pogueren recollir dues mostres de femta en les dues primeres setmanes d'iniciar-se els símptomes examinar-les a un laboratori especialitzat en virologia. (C) Cas confirmat: qualsevol cas de PFA al qual s'aïlla poliovirus a alguna de les mostres de femta del malalt o d'un dels seus contactes. (D) Cas no-poliomielitis (descartat): Qualsevol cas de PFA del qual s'han recollit al menys dues mostres dins les dues primeres setmanes des de l'inici de símptomes, amb resultats negatius per a poliovirus.
 - (II) Segons origen. Els casos confirmats, segons normes de l'OMS, es classifiquen en: (1) cas autòcton de poliovirus salvatge; (2) cas importat de poliovirus salvatge; (3) cas associat a la vacunació.

NOTES: (1) En el Pla d'eradicació de la poliomièlitis s'inclou la vigilància de totes les PFA en menors de 15 anys amb el propòsit de descartar amb seguretat que la causa sigui la poliomièlitis; per això tots els casos s'han de declarar amb urgència i se n'ha d'investigar la presència de poliovirus. (2) S'ha de notificar qualsevol aïllament de virus salvatge o derivat de la vacuna a fonts ambientals o a mostres humanes procedents de persones sense paràlisi.

- **Ràbia** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)

- Definició clínica: quadre d'encefalomielitis que cursa amb febre, cefalea, alteracions sensorials, paràlisi i convulsions. Hi ha espasme dels músculs de la gargamella quan el malalt intenta enviar-se el menjar o l'aigua. Progressa a coma i mort per paràlisi respiratòria en un període de 10 dies després de l'aparició dels primers símptomes.
- Criteris de laboratori: aïllament del virus de la ràbia a una mostra clínica. Detecció del genoma del virus de la ràbia d'una mostra clínica. Detecció d'antígens virals per IF d'una mostra clínica. Resposta d'anticossos específica davant el virus de la ràbia per neutralització a sèrum o LCR. A una persona no vacunada, identificació d'anticossos neutralitzats a sèrum o LCR amb títol major de 5.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: malaltia compatible clínicament i antecedent d'agressió animal, sempre que l'agressió no hagi estat la resposta a una provocació i sempre que hi hagi hagut contacte amb la saliva de l'animal durant l'agressió. (B) Confirmat: malaltia compatible clínicament i que compleixi un criteri diagnòstic de laboratori.

- **Rubèola** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)

- Definició clínica: inici agut d'exantema generalitzat maculo papular, amb febre $>37,3^{\circ}\text{C}$ i artràlgia/artritis o limfadenopatia o conjuntivitis. S'exclouen els casos compatibles amb xarampió.
- Criteri de laboratori: aïllament o PCR del virus de la rubèola. Augment significatiu en el nivell d'anticossos IgG de rubèola o seroconversió entre els sèrums de la fase aguda i la de convalescència. Detecció d'anticossos IgM de rubèola.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: compleix la definició clínica de cas, sense confirmació virològica o serològica, i no està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat. (B) Confirmat: confirmat per laboratori o que concorda amb la definició clínica de cas i està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat per laboratori.

- **Rubèola congènita** (*Modalitats de notificació: N, I*)

- Definició clínica: malaltia del nadó causada per una infecció de rubèola intrauterina i que es caracteritza pels símptomes següents: (A) Cataractes/glaucoma congènits, malaltia cardíaca congènita, pèrdua d'audició, retinopatia pigmentària. (B) Símptomes associats poden ser: púrpura, esplenomegàlia, icterícia, microcefàlia, retard mental, meningoencefalitis, osteopatia.

- Criteri de laboratori: aïllament o PCR del virus de la rubèola. Detecció d'anticossos IgM de rubèola. Nivell d'anticossos IgG de rubèola que es manté per sobre i durant més temps del que s'espera de la transmissió passiva de la mare al nadó (normalment disminueix una dilució doble cada mes).
- Classificació de casos. (A) Possible: cas amb alguna troballa inclosa a la definició clínica que no compleix els criteris de cas compatible. (B) Compatible: compleix dues complicacions de l'apartat A de la definició clínica o una de l'A i una del B i no està confirmat per laboratori. (C) Confirmat: cas clínicament compatible confirmat per laboratori.
- **Sida** (*Modalitats de notificació: N, I*)
La definició es pot consultar a: www.epidemiologia.caib.es
- **Sífilis** (*Modalitats de notificació: N, I*)
 - Definició clínica: malaltia clínicament compatible, amb proves serològiques inespecífiques (VDRL o RPR) positives, o treponèmiques (FTA-Abs o MHA-TP) positives per la forma terciària. Per la forma latent, són necessàries proves serològiques treponèmiques positives.
 - Criteri de laboratori. (A) Sífilis primària i secundària: demostració de l'agent causal per microscòpia o per immunofluorescència directa de les secrecions de les lesions primàries o secundàries. Proves serològiques inespecífiques (VDRL o RPR) i treponèmiques positives (FTA-Abs o MHA-TP). (B) Sífilis tardana: demostració de l'agent causal per microscòpia o per immunofluorescència directa de les lesions. Prova serològica inespecífica (VDRL) o específica positiva a LCR (neurosífilis).
 - Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: 1.- Sífilis primària i secundària: malaltia clínicament compatible amb proves serològiques inespecífiques positives. 2.- Sífilis tardana: malaltia clínicament compatible amb proves serològiques o treponèmiques inespecífiques positives. S'ha de sospitar neurosífilis davant alguna d'aquestes circumstàncies: a) Procés d'un any o més d'evolució amb alteració del LCR (augment de leucòcits i proteïnes), però amb VDRL negatiu. b) Síntomes o signes clínics de neurosífilis, que no es poden explicar per altres etiologies. 3.- Sífilis latent: pacient asimptomàtic, amb serologia treponèmica positiva, que no presenta sífilis primària, ni secundària, ni tardana. (B) Cas confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.
- **Sífilis congènita** (*Modalitats de notificació: N, I*)
 - Definició clínica. (A) Sífilis congènita precoç: aparició de símptomes abans dels primers 2 anys de vida; hepatosplenomegàlia amb icterícia, lesions mucocutànies, rinitis persistent, pseudoparàlisi de Parrot, anèmia, síndrome nefròtica, edema generalitzat i malnutrició. (B) Sífilis congènita tardana: aparició dels símptomes a partir dels dos anys; queratitis intersticial, sordesa per afectació del VIII parell cranial, tibia en sabre,

protuberància frontal, dents de Hutchinson, nas en sella de muntar, sinovitis de genoll i ràgades periorificials.

- Criteri de laboratori: demostració de l'agent causal per microscòpia o per immunofluorescència directa de les secrecions de lesions, cordó umbilical o placenta. Proves serològiques treponèmiques positives (detecció de la IgM específica per FTA-Abs antiIgM o EIA).
 - Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: infecció en el moment del part en un nadó de mare amb sífilis que no està medicada o no ho està correctament, independentment que l'infant presenti símptomes de la malaltia. (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i que compleix, al menys, un dels criteris diagnòstics de laboratori.
- **Síndrome respiratòria aguda greu** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició clínica: presència de totes les condicions següents: (1) Antecedent de febre o febre documentada. (2) Al menys un símptoma de vies respiratòries baixes (tos, dificultat de respirar, dispnea). (3) Evidència radiològica d'infiltrat pulmonar o síndrome de distress respiratori agut (SDRA) o troballes a l'autòpsia consistents amb les patologies de pneumònia o de SDRA sense causa identificable. (4) Absència de diagnòstic alternatiu que expliqui completament la malaltia.
 - Criteri de laboratori. (A) Detecció de l'ARN viral per PCR convencional i a temps real en una de les situacions següents: 1.- dues mostres clíniques diferents (pe., frotis nasofaringi i femta). 2.- el mateix tipus de mostra recollit en dos moments diferents de la malaltia. 3.- nou extracte de la mostra clínica original amb resultat positiu a 2 assajos diferents o RT-PCR a convencional o temps real repetides cada vegada. 4.- cultiu de virus a qualsevol mostra clínica. (B) Test ELISA o IFA en una de les dues situacions següents: 1.- prova d'anticossos negativa a una mostra de sèrum recollida a la fase aguda, seguida d'una prova positiva a sèrum de la fase de convalescent, realitzades simultàniament. 2.- augment en 4 vegades del títol d'anticossos contra el SARS-CoV entre una mostra de sèrum recollida a la fase aguda i una de la fase de convalescent, realitzades simultàniament.
 - Classificació de casos. (A) En el període post epidèmic: cas confirmat per laboratori que compleix la definició clínica de cas o bé que ha treballat a un laboratori en la manipulació de SARS-CoV viu o mostres clíniques infectades per SARS-CoV. (B) Durant un brot: l'OMS ha d'elaborar la definició de cas més adequada a les circumstàncies del brot.
 - **Tètan** (*Modalitats de notificació: N, I*)
 - Definició clínica: hipertonia o contracció muscular dolorosa d'inici agut i espasme muscular, inicialment en masseters i músculs del coll i després al tronc sense altra causa mèdica aparent. És freqüent també a nins grans i adults l'inici per la musculatura abdominal.

- Criteri de laboratori: aïllament de l'organisme d'una ferida. Absència dels nivells d'antitoxina circulant de 0,01 UL/ml o majors.
- Classificació de cas. El diagnòstic de tètan es basa fonamentalment en la clínica, i pot contribuir-hi la història epidemiològica. El cas es considera confirmat quan compleix la definició clínica de cas.
- **Tètan neonatal** (*Modalitats de notificació: N, I*)
 - Definició clínica: malaltia que apareix en un nadó que xupa i plora amb dificultat en els primers dies de vida i que després desenvolupa dificultat progressiva per alimentar-se a causa del trisme i la rigidesa generalitzada amb espasmes o convulsions i opistòtonos.
 - Criteri de laboratori: aïllament de l'organisme d'una ferida. Absència dels nivells d'antitoxina circulant de 0,01 UL/ml o majors.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós: infant amb antecedents de succió i plor normals durant els dos primers dies de vida amb antecedents de: (1) aparició de la malaltia entre els dies 3 i 28 d'edat o (2) incapacitat de succionar seguida d'entumiment o convulsions. (B) Confirmat: quan a l'exploració d'un cas sospitós s'hi troben signes i símptomes típics tals com la incapacitat de succionar (trisme), entumiment (rigidesa muscular generalitzada) o convulsions.
- **Tifus exantemàtic** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició clínica: malaltia d'inici sobtat amb febre, calfreds, cefalea, àlgies generalitzades, prostració i erupció macular que no afecta els palmells de les mans ni les plantes dels peus. Pot presentar recurrències anys després de l'atac primari, amb simptomatologia més greu (malaltia de Brill-Zinsser).
 - Criteri de laboratori: detecció d'IgM per immunofluorescència indirecta (a la malaltia de Brill-Zinsser els anticossos inicials són IgG). Seroconversió a mostres de la fase aguda i de convallescència per immunofluorescència o fixació del complement.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós/probable: malaltia clínicament compatible a persones que són a zones de catàstrofes o guerres o que viuen a zones endèmiques. (B) Confirmat: compatible clínicament i que compleix algun dels criteris de laboratori.
- **Tos ferina** (*Modalitats de notificació: N, I*)
 - Definició clínica. Malaltia catarral amb tos de més de 2 setmanes de durada, amb un dels símptomes següents: paroxismes de tos, estridor inspiratori i convulsiu, vòmit postussigen i absència d'altres causes aparents. En brots epidèmics la definició és més ampla: "malaltia catarral amb tos de més de 2 setmanes de durada dins el context de l'epidèmia".
 - Criteri de laboratori. Aïllament de *Bordetella pertussis* d'una mostra clínica. Detecció del

genoma de *Bordetella pertussis* en una mostra clínica. Resposta específica d'anticossos contra la *Bordetella pertussis*.

- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: coincideix amb la definició clínica de cas, no està confirmat per laboratori ni epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat; (B) Confirmat: clínicament compatible i confirmat per laboratori o epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat per laboratori.
- **Triquinosi** (Modalitats de notificació: N, I)
 - Definició clínica: els signes i símptomes més freqüents inclouen eosinofília, febre, miàlgia i edema periorbital.
 - Criteri de laboratori. Presència de larves de *Trichinella spiralis* en biòpsia muscular. Serologia positiva (seroconversió o augment quàdruple del títol d'anticossos en dues mostres del pacient en fase aguda i convalescent) a *Trichinella spiralis* per immunofluorescència, ELISA o Western blot.
 - Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: compatible amb la definició clínica i relacionat amb un cas confirmat o que se sàpiga que ha menjat carn sospitosa. (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica i compleix algun dels criteris de laboratori.
- **Tuberculosi, qualsevol localització** (Modalitats de notificació: N, I)
 - Definició clínica. Presència de signes o símptomes de malaltia tuberculosa de qualsevol localització quan no hi ha evidència d'una altra malaltia que els expliqui després d'una avaluació diagnòstica completa. Prescripció de tractament amb dos o més tuberculostàtics.
 - Criteri de laboratori: aïllament d'un germen del complex *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*) a una mostra clínica apropiada. Demostració de bacils àcid-alcohol resistents per microscòpia a una mostra clínica apropiada quan no s'ha fet o no s'ha pogut fer cultiu.
 - Classificació de cas:
 - (I) Segons criteris microbiològics. (A) Confirmat bacteriològicament: presenta criteris diagnòstics de laboratori. (B) Cas no confirmat bacteriològicament: sense criteris diagnòstics de laboratori, compleix els criteris de definició clínica de cas. NOTA: Els casos de tuberculosi pulmonar s'han de classificar en bacil·lífers (microscòpia d'esput espontani o induït positiva) o no bacil·lífers (microscòpia d'esput negativa; inclou els casos en què només és positiu el rentat gàstric broncoalveolar).
 - (II) Segons els antecedents de tractament previ. (A) Cas nou: pacient que mai ha rebut tractament o que l'ha rebut durant un període inferior a un mes. (B) Cas tractat prèviament: pacient que ja ha rebut tractament (exclosa la quimioprofilaxi)

durant, al menys, un mes. Aquests casos inclouen: recidives; tractaments després d'abandonament; fallades terapèutiques; altres (crònics) NOTA: els casos prèviament tractats no s'han de declarar si no han passat al menys 12 mesos des de que varen rebre el darrer tractament antituberculós.

- **Varicel·la** (*Modalitats de notificació: N*)
 - Definició clínica: malaltia d'inici sobtat, amb febre moderada, símptomes generals mínims i erupció en forma de màcules i pàpules superficials, que en 3-4 dies es transformen en vesícules i posteriorment en crostes. Les lesions apareixen en brots successius, de manera que coexisteixen lesions en les tres etapes de maduració.
 - Criteri de laboratori: aïllament de virus de la varicel·la a una mostra clínica (líquid vesicular). Identificació del virus per microscòpia electrònica. Demostració d'antigen viral en frotis mitjançant anticossos fluorescents. Detecció del genoma víric per PCR. Serologia positiva a IgM específica per al virus Varicel·la-Zòster. Augment significatiu d'anticossos específics IgG per al virus Varicel·la-Zòster.
 - Classificació de casos. (A) Sospitós/probable: malaltia clínicament compatible i que no estigui epidemiològicament associat a un cas probable o confirmat. (B) Confirmat: cas confirmat per laboratori o que reuneix criteris clínics de definició de cas i està lligat a un cas confirmat o probable; dos casos probables epidemiològicament relacionats poden ser considerats confirmats en absència de confirmació de laboratori.
- **Verola** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició de cas: persona prèviament sana que presenta totes les condicions següents: (1) malaltia aguda greu d'inici sobtat, amb febre alta, prostració greu cefalea i mal d'esquena (2) exantema maculo papular o vesicular extens que apareix 2-4 dies després de l'inici dels símptomes, (3) totes les lesions estan en el mateix estadi de desenvolupament. (4) no hi ha un diagnòstic alternatiu que expliqui la malaltia.
 - Criteri de laboratori: detecció de genoma de virus de la verola mitjançant PCR.
 - Classificació de casos. (A) Sospitós: compleix la definició clínica. (B) Confirmat: pacient que compleixi els criteris d'inclusió com a cas sospitós i els criteris de laboratori o que estigui relacionat epidemiològicament amb un cas confirmat per laboratori.
- **Xarampió** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició clínica: erupció maculo papular amb febre de més de 38°C de tres o més dies de durada i, al menys, uns dels símptomes següents: tos, coriza o conjuntivitis.
 - Criteri de laboratori: aïllament del virus del xarampió en una mostra clínica. Detecció del genoma del virus del xarampió en una mostra clínica. Augment significatiu en els nivells d'anticossos específics en sèrum o saliva. Test positiu serològic d'anticossos IgM de xarampió. Detecció de l'antigen del virus del xarampió per IFD en una mostra clínica per anticossos específics monoclonals.

- Classificació de cas:
 - (I) Segons la confirmació. (A) Confirmat: (1) Per laboratori: diagnòstic virològic de la infecció; el criteri diagnòstic d'elecció és la d'IgM específica o (2) Amb vincle epidemiològic: compleix els criteris de la definició clínica, no ha pogut ser estudiat per laboratori i ha estat en contacte temporal i espacial amb un cas de xarampió confirmat serològicament, i en el qual l'exantema s'hagués iniciat entre els 7-18 dies anteriors a l'inici del cas actual. (B) Cas descartat (no xarampió): cas sospitos amb resultats negatius després d'una investigació completa. (C) Cas compatible o confirmat clínicament: tot cas que compleix els criteris de definició clínica, en el que no ha estat possible recollir mostres per a la seva confirmació per laboratori.
 - (II) Segons la procedència (casos compatibles i confirmats): (1) Cas importat: cas confirmat l'exantema del qual s'hagi iniciat en un període menor o igual a 18 dies de la seva arribada d'un altre país, després de descartar vincle epidemiològic amb un cas autòcton al país de procedència. Es classifiquen en comunitaris (Unió Europea) i extracomunitaris. (2) Cas autòcton: cas al qual es descarti el contagi a un altre país, segons s'especifica a l'apartat anterior (cas importat);
- **Brots i situacions epidèmiques de qualsevol etiologia** (*Modalitats de notificació: I, U*)
Definició: (1) Augment significatiu dels casos en relació als valors esperats. Pot ser indicativa l'agregació de casos en un territori i en un temps comprés entre el mínim i el màxim del període d'incubació o de latència. (2) Aparició d'una malaltia, problema o risc per a la salut a una zona que fins llavors n'havia estat lliure. (3) Presència de qualsevol procés d'intoxicació col·lectiva, imputable a causa accidental, manipulació o consum. (4) Aparició de qualsevol incidència de caràcter catastròfic que afecti o pugui afectar a la salut d'una comunitat.

4. Mesures de qualitat del sistema

Nota: Degut a problemes per adaptar l'aplicació informàtica als canvis resultants de la nova normativa (Decret 117/2008, de 24 d'octubre) l'anàlisi de qualitat del sistema s'ha realitzat sense tenir en compte les comunicacions de casos de sífilis, gonocòccia, herpes zòster i Malaltia invasora per *Streptococcus pneumoniae*. Tampoc s'inclou aquí l'anàlisi de les notificacions de sida o nous diagnòstics per VIH.

4.1.- Notificacions per totes les fonts

A l'any 2009 el nombre de fonts de la xarxa sanitària que podien aportar informació al sistema de vigilància de malalties de declaració obligatòria ha estat de 785, és a dir 15 menys que a l'any 2008. D'atenció primària, a finals del 2009 comptàvem amb 698 metges i pediatres, exclosos els metges de reforç.

Com ja s'ha comentat a "Metodologia" a partir de principis del 2009 es varen deixar de rebre protocols setmanals numèrics en paper des d'atenció primària de manera que les dades sobre les malalties detectades per cada metge s'incorporen al programa informàtic a partir d'un arxiu setmanal procedent de l'e-SIAP. Cada arxiu setmanal conté en cada fila la informació equivalent a la d'un protocol numèric és a dir el nombre de casos detectats per cada metge i pediatre de cada una de les Malalties de Declaració Obligatòria.

D'aquesta manera durant l'any 2009 s'ha processat la informació corresponent a un total de 27.330 protocols de notificació numèrica corresponents a metges i pediatres d'atenció primària (inclosos metges de reforç). El nou sistema de recepció de dades –com és lògic- ha suposat un augment important en el volum d'informació inclosa al sistema. A l'any 2008 es processaren aproximadament 5.000 protocols menys que al 2009 tot referit d'atenció primària. El total de comunicats al 2009, incloent fonts hospitalàries i altres tipus de fonts (privats, CNE, etc.) ha estat de 27.852.

Concretament des dels hospitals s'han rebut 254 comunicats (a l'any 2008 varen ser 268). Respecte als protocols de notificació de malalties individualitzats, que es segueixen rebent en paper, en el 2009 se n'han rebut un total de 430 (taules 2 i 3).

4.2.- Declaracions hospitalàries. Protocols de notificació i casos declarats

Durant l'any 2009 s'han introduït 254 protocols de notificació numèrica corresponents a declaracions hospitalàries que contenen la declaració de 245 casos de malalties de notificació individualitzada.

A les taules 4 (a i b) es presenten els casos que de les diferents malalties s'han notificat des dels diferents hospitals. Els hospitals de Son Llàtzer i Son Dureta aporten el major nombre de casos (97 i 68 respectivament).

La tuberculosi és la malaltia més notificada des dels hospitals (165 casos).

Les clíniques privades aporten 17 casos (7% del total). La Policlínica Miramar notifica 7 casos (tuberculosi, legionel·losi, disenteria, leishmaniosi i MI per *Haemophilus Influenzae*), la C. Palmaplanas en notifica 6 (tuberculosi i legionel·losi), la C. Rotger 2 casos (també tuberculosi i legionel·losi), la C. Juaneda un cas de legionel·losi i finalment l'H. de Muro un cas de tuberculosi.

4.3.- Casos de malalties individualitzades. Subnotificació

Com ja s'ha comentat, per a la detecció de casos no notificats de forma passiva és fonamental la col·laboració que trobam a les Unitats d'Admissió o Unitats de Documentació i Arxiu dels hospitals i igualment la dels laboratoris hospitalaris de Microbiologia. Sense l'ajuda d'aquestes unitats el sistema no podria detectar una part dels casos.

A la taula 5 es mostra l'evolució de la subnotificació en els darrers anys i només pel que fa als hospitals on es realitza recerca activa de manera sistemàtica. A l'any 2009 i d'aquests hospitals s'han registrat un total de 227 casos de malalties individualitzades. D'aquests casos, 39 s'han detectat per recerca activa. Per tant, la subnotificació global s'ha situat en un 17%, és a dir 6 punts per damunt del 2008 però sense arribar als 20 punts dels anys 2006 o 2007. L'hospital de Manacor, com en els darrers anys, presenta la subnotificació més alta amb un 53%. L'hospital Son Dureta té la subnotificació lleugerament superior a la dels darrers anys (13%). L'hospital Mateu Orfila que al 2008 no havia subnotificat cap cas aquesta any n'ha subnotificat 5 de 12. Can Misses ha augmentat la subnotificació respecte els darrers anys i en canvi Son Llàtzer l'ha disminuïda. L'hospital d'Inca subnotifica 4 de 8 casos.

Aquesta subnotificació hospitalària ha afectat a un total de 7 malalties: tuberculosi, leishmaniosi, legionel·losi, infecció meningocòccica, MI per *Haemophilus Influenzae*, disenteria bacil·lar i hepatitis A. Globalment i com cada any, la majoria dels casos detectats per recerca activa són de tuberculosi (26 casos): l'hospital de Manacor és el que més casos de tuberculosi ha subnotificat (7 casos) mentre que Can Misses presenta 6 subnotificacions

i Son Dureta en presenta 5. L'hospital d'Inca subnotifica 4 casos i l'hospital M.Orfila 3 mentre de Son Llàtzer només s'ha detectat una subnotificació.

Respecte de les altres malalties, els tres casos subnotificats d'hepatitis A corresponen a Son Dureta. L'únic cas de disenteria i l'únic de MI per *Haemophilus Influenzae* són de Son Llàtzer. L'únic cas subnotificat de malaltia meningocòccica és de l'H. Can Misses. Els 4 casos de leishmaniasi s'han subnotificat des de Son Llàtzer (2 casos), Son Dureta i Can Misses. Els tres de legionel·losi corresponen a l'hospital de Manacor i a l'hospital M. Orfila (2 casos)

Com s'ha apuntat a l'apartat de "Notes Metodològiques", el criteri de notificació al sistema és el de la sospita clínica. És per això que, al menys teòricament i respecte de malalties de notificació de tipus individualitzat, el sistema s'ha de nodrir de notificacions de casos no només des de l'àmbit hospitalari sinó també des d'atenció primària. Durant l'any 2009 i des d'aquest àmbit (taula 6) s'han notificat un total de 139 casos de malalties de declaració individualitzada. Les malalties més notificades són hepatitis (99 casos) i parotiditis (16 casos).

Dels 57 centres de salut un total de 46 (81%) han notificat qualche cas de malaltia de tipus individualitzat. Els centres que més malalties individualitzades han notificat han estat Son Pisà (12 casos dels quals la majoria són hepatitis), i Pere Garau, Dalt Sant Joan i Sant Antoni (tots tres amb 7 casos).

A l'àmbit d'atenció primària s'ha detectat la subnotificació de 2 casos: 1 cas d'hepatitis A al CS Dalt Sant Joan i 1 cas de tuberculosi al CS Sant Jordi.

Del total de 41 casos no declarats i detectats per recerca activa (39 hospitalaris i 2 no hospitalaris), 26 s'han recuperat a partir de la revisió del CMBD, 11 a través de la revisió de dades dels laboratoris de microbiologia dels hospitals i 4 a través d'altres sistemes no rutinaris.

4.4.- Altres fonts d'informació

A la taula 7 es presenten les notificacions d'altres tipus de fonts de informació, particularment importants per a la vigilància de determinades malalties. S'inclouen fonts de l'àmbit militar, el centre penitenciari de Palma, metges d'assistència privada, etc. Aquestes fonts han notificat un total de 104 casos. Cal destacar que entre aquests tipus de font figura el Centre Nacional d'Epidemiologia, que ha notificat al sistema un total de 22 casos, i la majoria són legionel·losis diagnosticades a turistes una vegada arribats al seu país d'origen i amb antecedents d'estada a les Illes Balears.

5. Anàlisi epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria

Nota: Degut a problemes per adaptar l'aplicació informàtica al canvis resultants de la nova normativa (Decret 117/2008, de 24 d'octubre) els resultats sobre sífilis, gonocòccia, herpes zòster i Malaltia invasora per *Streptococcus pneumoniae* es presenten de manera parcial de manera que en propers informes es presentaran amb més detall.

5.1.- Incidència global

La taula 8 mostra la incidència de les malalties de declaració obligatòria per a l'any 2009, en nombre absolut de casos, distribuïda per illes i l'IEA. Es presenta també la incidència a Palma. La taula 9 presenta les taxes per 10⁵ habitants per Palma, illes i global.

Respecte de les malalties de baixa o nul·la incidència, durant l'any 2009 no s'ha detectat cap cas de febre tifoide, tètan, triquinosi, sífilis congènita, xarampió ni rubèola. S'han notificat dos casos de Malaltia per *Haemophilus influenzae* (Mallorca), 3 de disenteria bacil·lar (Mallorca), 3 de tos ferina (Mallorca) i 5 de F. recurrent paparres (4 a Mallorca i 1 a Menorca).

El nombre de casos detectats de varicel·la, infecció gonocòccica, febre exantemàtica mediterrània, meningitis meningocòccica i tuberculosi reflecteixen una incidència dins els valors esperats (índex epidèmic acumulat, IEA de 0.76-1.24). La leishmaniasi i parotiditis presenten valors per davall de l'esperat.

Un total de set malalties presenten un IEA per sobre de l'esperat: Diarrea infecciosa aguda, grip, sífilis, hepatitis A, hepatitis B, altres hepatitis i legionel·losi. Part dels casos de tuberculosi, legionel·losi, sífilis i hepatitis A s'han presentat en forma de brot.

Es poden destacar els quasi 29.000 casos de grip, xifra que triplica la de l'any 2008. A l'any 2002 es va superar els 30.000 casos notificats i des de llavors no s'havia arribat a incidències tan altes. Aquesta elevada incidència es relaciona amb la irrupció del virus pandèmic nAH1N1.

Continuen les xifres estables de tuberculosi, meningitis meningocòccica i infecció gonocòccica. La sífilis es manté amb xifres altes però amb una incidència similar a la del 2008 i amb especial afectació –igual que la infecció gonocòccica - a Palma i a les Pitiüses. De totes maneres s'ha de destacar que mentre Palma i Mallorca han disminuït el nombre de casos de sífilis respecte del 2008, les Pitiüses han duplicat el nombre de casos. La incidència de legionel·losis -que al 2008 va presentar un inusualment alt nombre de casos- pareix que torna a xifres més habituals i totes les illes presenten menys casos que al 2008. Per segon any consecutiu les dades de parotiditis reflecteixen una incidència a la baixa.

A Formentera, a l'any 2009 s'han detectat 147 casos de diarrees, 86 de grip, 1 de tuberculosi respiratòria, 59 de varicel·la, 1 de sífilis, 2 de parotiditis, 1 d'altres hepatitis i 1 d'altres tuberculosi.

A la taula 10 (a, b i c) es presenta la incidència de les malalties de declaració obligatòria per zona bàsica, en nombre absolut de casos. Es pot destacar que les zones de Son Gotleu, Rafal Nou i es Coll d'en Rabassa són les úniques amb més de 10 casos de tuberculosi. Escola Graduada i Son Pisà presenten la incidència més alta de sífilis. Les zones de Casa del Mar Ponent, Can Pastilla, Sta. Eulària, Sant Antoni i Santanyí tenen 3 ó més casos de legionel·losi. Les "hepatitis víriques no A" es concentren especialment a les zones de Son Pisà, Camp Redó, Manacor, Dalt Sant Joan i Pere Garau.

5.2.- Malalties de declaració exclusivament numèrica

Diarrea infecciosa aguda (DIA)

El nombre de casos declarats de DIA a l'any 2009 ha estat de 49.041 (taxa de 4.477 casos per 10⁵ habitants). L'IE de les Illes Balears, comparat amb els anys 2004-2008, és d'1,42, cosa que indica una incidència un 42% més alta que l'esperada. El rang del quinquenni anterior està entre un mínim de 31.943 casos a l'any 2008 i un màxim de 41.266 a l'any 2004.

En fer la comparació temporal per períodes quadrisetmanals mitjançant el canal endemoepidèmic (figura 1) s'observa una incidència en els límits superiors de l'esperada durant tot l'any.

La comparació geogràfica mostra que l'augment s'ha vist a totes les illes, que han presentat taxes similars. El major augment relatiu l'ha presentat Eivissa (IE 1,48) i el menor Menorca (IE 1,24). La incidència a Palma ha estat de 4.804 casos per 10⁵ habitants. A taula 11 es mostren els casos per illa i capital del període 2004-2009. A Formentera els casos declarats han estat 147.

La figura 2 presenta la sèrie històrica des de l'any 2000 en forma de taxa anual per 10⁵ habitants. S'hi veu una disminució important de la taxa fins a l'any 2008, amb un augment

considerable al 2009. Durant aquest període el pic màxim es va presentar al 2000, amb una taxa de 5.031, i el mínim, de 2.977, al 2008.

Febre exantemàtica mediterrània (FEM)

La incidència de 2009 ha estat de 24 casos, es a dir, 2,2 casos per 10⁵ habitants. L'índex epidèmic ha estat dins l'esperat, 0,83. Pel que fa a la distribució geogràfica, la taxa més alta ha estat la de Mallorca (2,6; 22 casos), mentre que a Eivissa i Formentera, que històricament presenten taxes molt baixes, no se n'ha declarat cap cas.

A la figura 3 i a la taula 12 s'hi mostra la incidència des de l'any 2000, any a partir del qual no ha superat els 5 casos per 10⁵. Es veu com al llarg del període la incidència a Mallorca és bastant estable, a Menorca irregular i a Eivissa i Formentera pràcticament no s'hi han detectat casos.

Febre recurrent per paparres (FRP)

A l'any 2009 se n'han detectat 5 casos, la taxa va ser de 0,5 per 10⁵ habitants i l'IE 1,67. La majoria dels casos, 4, eren de Mallorca, cap de Palma, i l'altre de Menorca. En el quinquenni anterior la situació va ser semblant al 2009, excepte al 2008, quan hi va ver una elevada incidència a Palma (20 casos) que possiblement fos conseqüència d'una sobrenotificació, ja que no es va detectar cap agrupació de casos ni cap associació a una determinada circumstància. S'ha de dir que el diagnòstic de la febre recurrent normalment és clínic i, per tant, no hi ha confirmació de laboratori dels casos declarats. A la taula 13 i la figura 4 es presenten les incidències anuals des de l'any 2000.

Grip

Dia 24 d'abril de 2009 l'OMS va alertar el món de l'aparició d'un nou virus gripal d'origen porcí, l'AnH1N1, capaç de transmetre's entre humans. L'evolució va ser tan ràpida que dia 11 de juny l'OMS va declarar la fase pandèmica 6 i per tant va ser necessària l'adaptació dels Serveis de Salut Pública a una situació de canvi constant. Així, es va passar d'una estratègia inicial de contenció amb quarantena dels casos i profilaxi per als contactes, que va durar fins a mitjans de juliol, a una altra de mitigació i control de riscos. La vigilància dels casos incloïa la detecció urgent i la recollida exhaustiva de dades clíniques, epidemiològiques i virològiques que permetessin identificar i controlar el contactes mentre això es va considerar adequat. D'altra banda es volia així caracteritzar l'epidèmia i adquirir un millor coneixement de la població afectada i dels factors relacionats amb la gravetat tot dirigit a la prevenció i control de la malaltia. D'aquesta manera, el sistema de vigilància es va adaptar a la informació que en cada moment es necessitava recollir. En primer lloc es va implantar la declaració nominal i urgent dels casos que complissin la definició establerta per a la primera fase. Pel que fa a la vigilància i caracterització en població general, es va prolongar el funcionament de la "Xarxa de metges sentinel·les" de grip durant l'estiu i, per garantir la detecció de casos des dels primers moments de circulació a les Illes Balears, es va reforçar

amb una “Xarxa de centres de salut Sentinelles” que va funcionar fins que la circulació de la nova soca va ser generalitzada. Es va implantar la vigilància de casos greus de grip, definits com els pacients amb grip que requerissin ingrès a una UCI. Finalment, es va continuar i intensificar la vigilància microbiològica a través de frotis recollits a les urgències hospitalàries.

A les Illes Balears es van detectar els primers casos del nou virus a principis de maig a Eivissa, infectats per transmissió secundària a partir d'uns casos a València. A finals de juny la xarxa sentinella va poder detectar que el virus ja circulava a la nostra comunitat i a mitjans juliol es va detectar el primer ingrès a UCI i la primera defunció. Les dades de la “Xarxa de metges sentinelles” mostren que la taxa màxima d'incidència setmanal va ser a la setmana 47/2009 (finals de novembre), amb quasi 190 casos per 100.000 habitants. El grup d'edat de 5 a 14 anys va arribar a taxes de 800 casos per 100.000. El 75% dels casos confirmats tenien menys de 30 anys i el grup d'edat menys afectat va ser el de més de 65 anys. Hi va haver 43 casos greus a UCI, amb una edat mitjana de 37 anys, quasi tots amb factors de risc. D'aquests pacients greus, 6 varen morir.

En analitzar les dades de registre MDO pel que fa a la incidència global de la grip a l'any 2009 s'han de tenir en compte tres circumstàncies: l'augment de la incidència causat per la pandèmia, la presentació al 2009 de dos pics epidèmics (el de la temporada 2008-2009, que com és habitual va tenir lloc quasi per complet dins els mesos de gener i febrer, i el de 2009-2010, que s'ha avançat i s'ha presentat dins la tardor) i finalment el fet de la transmissió automatitzada de dades de des dels centres de salut que ha implicat una cobertura més alta que als anys anteriors. Així doncs, la incidència de l'any 2009 ha estat quasi 3 vegades més alta de l'esperada (IE de 2,96), amb 28.607 casos i una taxa de 2.611 casos per 100.000 habitants. La figura 5 representa la incidència quadrisetmanal de 2009 i el canal endemoepidèmic, i s'hi veu una onada al principi de l'any, un poc per sobre la mediana de les 5 temporades anteriors, i un pic posterior, molt per sobre la incidència esperada en aquests mesos d'estiu-tardor i amb disminució brusca al mes de novembre, de manera que al desembre ja s'havia tornat als nivells basals.

A la taula 14 presentam la distribució geogràfica (per illes i Palma) dels casos quadrisetmanals. La distribució territorial és desigual entre les illes, amb una taxa de 2.766 a Mallorca, de 1.875 a Menorca i de 2.105 a les Pitiüses. Els IE respectius varen ser de 3,36, 1,66 i 2,17. A Palma la incidència ha estat de 2.670 casos per 10⁵ habitants i un IE de 3,00. El nombre de casos de Formentera va ser de 86.

La figura 6 presenta la sèrie històrica des de l'any 2000, en forma de taxa quadrisetmanal per 10⁵ habitants. S'hi reflecteix l'estacionalitat i les diferències entre temporades. El pic màxim va tenir lloc al primer període quadrisetmanal de l'any 2000 (taxa setmanal de 33.526 casos per 10⁵). L'any de màxima incidència va ser el 2000, amb una taxa de 4.438 casos per 10⁵, seguit del 2002 (3.475 casos per 10⁵), mentre que el 2006 va ser el d'incidència més baixa (465 casos per 10⁵). La incidència de 2009 és la tercera de la dècada, per darrera del 2000 i del 2002, tal com es veu a la taula 15.

Pel que fa a la temporada gripal 2008-2009, que va de la setmana 40 d'un any a la 20 del següent, en comparar-la amb el període que inclou des de la temporada 2003-2004 fins a la 2007-2008 es veu que ha estat una temporada d'incidència mitjana, amb un IE d'1,15. Si en lloc de limitar l'anàlisi a la temporada s'inclou tot el període entre la setmana 40 d'un any i la 39 del següent es veu com, a conseqüència de l'inici de la pandèmia al final de la primavera i l'augment de casos durant l'estiu, l'IE és més elevat (1,65) (figura 7).

Herpes zòster

L'herpes zòster s'ha incorporat al registre de Malalties de Declaració Obligatòria al 2009 amb modalitat de notificació només numèrica. Degut a problemes d'adaptació del sistema informàtic no s'han pogut procesar les dades rebudes del 2009 i es presentaran en propers informes.

No obstant això, es presenten a taula 16 les dades obtingudes a través de l'e-SIAP (distribució per sexe i edat).

Varicel·la

La varicel·la és una malaltia de declaració numèrica, per la qual cosa no hi ha informació per caracteritzar els malalts. No obstant això, ara és possible conèixer la distribució per edat i sexe dels pacients d'atenció primària a partir de la informació procedent de les històries clíniques informatitzades i facilitades al servei d'Epidemiologia des de l'e-SIAP. A causa de la diferència en la forma d'obtenció de les dades hi ha diferències en el nombre absolut. La recollida setmanal rutinària, utilitzada per calcular incidències, consisteix en la tramesa del nombre setmanal de casos de varicel·la per cada metge de família i pediatre d'atenció primària, mentre les dades que empram per estimar la distribució segons les variables bàsiques, s'envien també d'atenció primària, aquesta vegada en una sola tramesa anual, i consisteixen en el nombre de casos per sexe, edat i zona bàsica de salut. Amb aquesta segona forma d'obtenir la informació s'obté una estimació de les freqüències relatives per detectar els grups de major incidència, i s'ha de tenir en compte que hi podria haver algun biaix que fes que algun grup de població estigui sobre o sub representat.

Els casos notificats al sistema MDO durant l'any 2009 han estat 5.393, cosa que representa una taxa de 492 casos per 10⁵ habitants. L'IE d'1,24, indica que la incidència ha estat dins l'esperada. La distribució geogràfica mostra poques diferències d'incidència (taula 17), però en comparar amb el període 2004-2008 veiem una evolució desigual per illes: Menorca i les Pitiüses han augmentat lleugerament (IE d'1,33 en els dos casos), mentre que Mallorca s'ha mantingut dins l'esperat (1,12). A Formentera hi ha hagut 59 casos notificats. Pel que fa a la distribució per zona bàsica de salut, hi ha diferències importants, amb la incidència màxima a la ZB de Xaloc (Campos), on ha estat quasi el triple que la global, i la mínima a la ZB de Can Misses (Eivissa). A més de la ZB de Xaloc, 16 zones més han presentat incidències per sobre del 25% més que la global (Sant Antoni, Son Ferriol, Formentera, Santanyí, Torrent de Sant Miquel, Felanitx, Ferreries, Marines, Tramuntana, Rafal Nou, Serra Nord, Andratx, Vila, Pere Garau, Emili Darder i Alcúdia).

La figura 8 mostra la incidència de 2009 per períodes quadrisetmanals i el canal endemoepidèmic. Es veu com durant tot l'any les taxes són lleugerament inferiors a la mediana del període anterior. La distribució estacional mostra la major incidència als períodes quadrisetmanals 4rt-6è (29 de març a 14 de juny), 12 setmanes en què s'acumulen el 50% dels casos.

A la figura 9 es mostra la sèrie històrica des de 1982. Durant els anys 80 s'hi veuen clarament les onades plurianuals, on els anys d'incidència alta quadruplicaven el anys de baixa incidència. A partir de principis dels anys 90 les variacions se suavitzen i s'hi veu una tendència paulatina al descens.

Quant a la distribució segons les variables bàsiques i pel que fa al sexe les diferències són escasses, amb el 52% d'homes. En canvi, a la distribució per edat (figura 10) hi ha diferències importants. Les taxes dels grups menors de 10 anys són molt més elevades que les de qualsevol altre grup, i a partir d'aquesta edat ja són molt més baixes que la mitjana. El 83,5% dels casos es donen a menors de 10 anys.

5.3.- Malalties de declaració numèrica i individualitzada

Brucel·losi

Durant l'any 2009 no s'ha notificat ni detectat cap cas de Brucel·losi. El darrer cas notificat és de l'any 2007.

Disenteria bacil·lar

Durant l'any 2009 s'han notificat tres casos de disenteria (taxa de 0,3). Els tres casos corresponen a Mallorca i tots es varen confirmar per laboratori, encara que només a 2 es va identificar el tipus de shigel·la (*S. sonnei* i *S. dysenteriae* respectivament). A un dels casos es va confirmar seropositivitat a VIH. No es van poder determinar altres factors de risc.

Un cas es va notificar des de Medicina Interna de la Policlínica Miramar. Els altres dos casos corresponen a l'hospital Son Llàtzer: Medicina interna i unitat de Digestiu (cas subnotificat i detectat a través de la revisió del CMBD).

Segons les dades del registre MDO la disenteria bacil·lar continua essent de baixa incidència a Balears però així com fins l'any 2007 la incidència d'aquesta malaltia s'havia mantingut entre 0 i 1 cas anuals entre els anys 2008 i 2009 s'han detectat 8 casos.

Febre tifoide i paratifoide

Durant l'any 2009 no s'ha notificat ni detectat cap cas de febre tifoide i paratifoide.

A partir de principis dels 90 anys la incidència de la febre tifoide i paratifoide, amb 0 a 3 casos anuals, va davallar molt respecte de la dels anys 80 (mitjana anual de 14 casos). El darrer cas detectat va ser a l'any 2007.

Hepatitis A

A l'any 2009 es varen detectar 19 casos d'hepatitis A, 14 corresponents a Mallorca (10 a Palma), 1 a Menorca i 4 a les Pitiüses cap d'ells a Formentera. La taxa global per 10⁵ habitants ha estat d'1,7 i l'índex epidèmic de 2,11. A la figura 11 es mostren les taxes anuals per 10⁵ habitants des de 2000 amb un patró irregular però de baixa endèmia en general i amb alguns augments puntuals.

Al 2009 es varen detectar dos brots d'hepatitis A, a l'àmbit domiciliari i amb 2 casos cadascun. No es va poder identificar la font de la infecció.

La mitjana d'edat dels casos de l'any 2009 va esser de 34 anys (DT 15,9; rang 6 a 59 anys), amb només dos pacients menors de 15 anys i els homes suposaren quasi el triple de casos que les dones (raó de masculinitat de 2,8), és a dir que el patró més habitual és el d'un home adult jove. A la taula 18 es presenta la distribució per sexe i edat dels casos. Cap dels malalts havia estat vacunat.

Tots els casos excepte dos es varen confirmar per laboratori (IgM específica).

En el 2009 d'atenció primària es varen rebre declarar 13 notificacions d'hepatitis A (2 casos els CS de Pere Garau, Escola Graduada i Sant Antoni i un cas els CS d'Arquitecte Bennàssar, Artà, Sant Agustí, Son Pisà, Son Servera, Es Viver i Vila) mentre que un cas de Dalt Sant Joan es va detectar per recerca activa. Dels hospitals es reberen 2 casos (1 de Son Dureta i 1 de l'H. de Manacor) i es detectaren altres 2 per recerca activa i subnotificats per Son Dureta.

Hepatitis B

Durant el 2009 es varen detectar 30 casos d'hepatitis B, que representen una taxa de 2,7 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic de 1,58 i per tant indicatiu d'any amb incidència alta respecte al quinquenni anterior. La majoria dels casos corresponen a Mallorca (23 casos; taxa de 2,7; IEA de 1,77). Les dades de Menorca, encara que només amb 3 casos (taxa de 3,2) indiquen incidència alta en relació als anys anteriors (IEA 1,50). Eivissa ha presentat 4 casos (taxa de 2,9; IEA de 0,80). No s'ha detectat cap cas a Formentera. No s'han detectat casos associats en forma de brot.

A la figura 12 es mostra l'evolució de les taxes global i per illa; tot i que la baixa incidència i la petita grandària de les poblacions, sobretot de les illes menors, són causa de taxes amb importants fluctuacions, s'hi veu que les Pitiüses presenten quasi sempre les taxes més altes, però en descens des del 2005 i amb un augment en aquest any 2009. Per Menorca l'any 2009 és el segon consecutiu amb augment de la incidència. Globalment la taxa a les Illes Balears va augmentar de manera constant i moderada entre els anys 2000 i 2005, es va estabilitzar en els tres anys posteriors i ha augmentat en aquest any 2009.

Pel que fa al sexe dels casos del 2009, 22 eren homes i no hi havia diferències d'edat entre ambdós sexes (taula 19). Els casos tenen edats entre 19 i 68 anys amb una mitjana de 39 anys.

Tots els casos es varen confirmar per laboratori i es va constatar l'antecedent de vacunació només a un cas. Es té informació completa sobre els factors de risc prevists al protocol de notificació a 24 dels 30 casos. Els factors detectats són parelles múltiples (6 casos), homosexualitat (5 casos), viatges a països endèmics (5 casos) o estades a països endèmics (5 casos), contactes familiars de risc (3 casos de contacte sexual i 1 de contacte no sexual) i usuaris de drogues per via parenteral (1 cas).

Els 30 casos corresponen a 20 zones bàsiques de residència de les quals 5 presenten més d'un cas. Totes les notificacions de l'any procedeixen d'atenció primària i les zones bàsiques de residència dels malalts coincideixen amb les dels centres de salut notificador: CS Manacor (4 casos), Son Pisà, Pere Garau, Dalt Sant Joan amb 3 casos cada una, Es Trencadors amb 2 casos i els següents centres amb 1 cas: Can Pastilla, Casa del Mar Ponent, S'Escorxador, Emili Darder, Son Ferriol, Son Gotleu, Sant Agustí, Calvià, Binissalem, Marines Muro, Felanitx, Can Misses, Es Viver, Sant Antoni i Vila. No es va detectar cap cas subnotificat.

Altres hepatitis víriques

Durant el 2009 es varen notificar 66 casos d'aquesta rúbrica, que representen una taxa de 6,0 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic de 2,00 i per tant més alt que l'esperat. En els darrers anys es notificaven entre 20 i 45 casos anuals i només l'any 1998 (90 casos) supera la xifra del 2009.

Per illes (taula 20), la major taxa d'incidència correspon a Menorca amb 7 casos (taxa de 7,5) però l'augment respecte dels anys anteriors és atribuïble sobre tot a Mallorca que ha passat de 24 a l'any 2007 i 35 al 2008 a 52 casos (any 2009). D'aquests 52 casos, 41 corresponen a Palma que queda amb una taxa de 10,2 (any 2008: 29 casos, taxa de 7,3).

A la figura 13 es mostra, per illes i globalment, la sèrie històrica (2000-2009) on es veu en els darrers anys un augment de la incidència a totes les illes.

Pel que fa al sexe, 42 casos eren homes i 24 dones. El rang d'edat era de 19 a 87 anys, amb una mitjana de 40 anys (DE=15) i sense diferències per sexe.

L'etiologia de tots els casos era el virus C. La majoria de casos dels darrers anys tenen aquest etiologia (taula 20). De 53 dels casos (80%) es va poder obtenir informació completa sobre factors epidemiològics o situacions de risc. El més freqüent (19 casos) va ser l'antecedent d'ús de drogues per via parenteral, seguit de l'antecedent d'estada a presó (11 casos) i parelles sexuals múltiples (11 casos).

La majoria de casos (55) de l'any 2009 els va declarar atenció primària de l'IB Salut: Son Pisà (6 casos), Camp Redó (4 casos), A. Bennàssar i Dalt Sant Joan (3 casos), Pere Garau, Son Rutllan, Sta. Catalina, Valldargent, Sant Agustí, Verge del Toro, Sta. Maria, Binissalem i

Marines Muro (2 casos) mentre que la resta de zones declarants notificaren només un cas (Can Pastilla, Casa del Mar Ponent, Emili Darder, Escola Graduada, Rafal Nou, Son Ferriol, Son Gotleu, Son Serra, Ciutadella, Ferreries, Serra Nord, Palmanova, Inca, Felanitx, Campos, Es Viver, Sant Antoni, Sta. Eulària, Formentera, Vila i Sant Jordi). El Centre Penitenciari de Palma va notificar 10 casos i l'hospital Can Misses (medicina interna) un cas amb residència a la zona bàsica de Can Misses. No se va detectar cap cas per recerca activa.

Infecció gonocòccica

La incidència d'infecció gonocòccica a les Illes Balears durant l'any 2009 ha estat de 34 casos, és a dir, 3,1 casos per 10⁵ habitants, amb un IE de 0,83. A Mallorca hi ha hagut 28 casos (23 a Palma), cap a Menorca i 6 a les Pitiüses. De Formentera no se n'ha declarat cap cas. La incidència més alta segueix essent la de les Pitiüses (4,3 casos per 10⁵), però la diferència amb Mallorca (taxa de 3,2) és menys important que en anys precedents.

A la sèrie històrica 2000-2009 (figura 14) s'hi veu un descens, més paulatí en els darrers anys. A Palma la incidència, que a l'any 2008 havia disminuït per primera vegada des de l'any 2004, ha tornat a augmentar.

La infecció gonocòccica, que estava sotmesa a notificació exclusivament numèrica, a l'any 2009 va passar a ésser una malaltia de declaració individualitzada, amb variables bàsiques, informació clínica, de laboratori i de factors de risc per a la infecció. S'ha pogut recollir informació de 31 dels 34 casos detectats i l'emplenament de les variables referides als factors de risc ha estat escàs, de manera que només es presenta informació de sexe i edat dels pacients. El rang d'edat anava dels 19 als 64 anys, i el 87,1% eren homes. La mitjana d'edat va ser de 32,5, amb 6 anys de diferència entre els sexes (31, 7 els homes i 37,8 les dones). En el grup de 25 a 44 anys es concentra el 61% dels casos (taula 21).

Legionel·losi

Durant el 2009 es varen detectar a les Illes Balears un total de 61 casos de legionel·losi que representen una taxa de 5,6 per 10⁵ habitants (taxa a l'any 2008: 9,7; 104 casos). Després d'un inusual augment de la incidència al 2008 la xifra en aquest any 2009 implica una normalització del nombre de casos encara que moderadament per damunt dels darrers anys. Això es reflecteix en un IEA de 1,33.

Totes les illes han vist com baixaven els respectius nombre de casos. A Mallorca, s'han detectat 48 casos (81 casos al 2008), Menorca 4 (al 2008, 6 casos) i a Eivissa 9 casos (17 al 2008). No s'ha detectat cap cas associat a l'illa de Formentera. A la taula 22 es mostren els casos totals i per illa des del 2000.

Pel que fa al sexe, els casos del 2009 eren 47 homes i 14 dones. Quant a l'edat - variable coneguda per tots els casos - el rang va de 5 a 93 anys i la mitjana és de 57 anys. A la taula 23 es presenta la distribució per sexe i grups d'edat. A la figura 15 es representa per mes

d'inici de símptomes el canal endèmic del període 2004-2008 i el nombre de casos del 2009. Es visualitza una incidència normal o baixa fins el mes de setembre i una sobre incidència puntual al mes d'octubre no explicada per la detecció de brots o casos geogràficament agrupats.

Dels 61 casos detectats, 23 eren turistes i l'origen més freqüent va ser el Regne Unit amb 10 casos. La majoria de notificacions corresponents a turistes procedien del Centre Nacional d'Epidemiologia (CNE), que quasi sempre rep les declaracions del Grup europeu de vigilància de legionel·losi a turistes (EWGLI). Les fonts d'informació dels 61 casos del 2009 varen ser: El CNE amb 22 casos, atenció primària va notificar 2 casos (CS Can Misses i Sta. Eulària) i la resta de comunicacions varen ser hospitalàries. Els hospitals notificadors són: H. Son Dureta (10 casos; M. interna, hospitalització a domicili, pneumologia i UCI); H. Son Llàtzer (8 casos; pediatria, urgències, pneumologia, UCI i M. Interna); H. de Manacor (5 casos; M. interna i pneumologia); H. Mateu Orfila (4 casos; M. interna); H. Can Misses (4 casos; UCI i M. interna); C. Palmaplanas (3 casos; pneumologia i UCI); C. Juaneda (1 cas; UCI); C. Rotger (1 cas; microbiologia); P.Miramar (1 cas; microbiologia). De tots aquests casos amb font hospitalària, 3 s'han detectat per recerca activa, és a dir són casos que es van detectar a través de la revisió del CMBD: 1 de l'H. de Manacor i 2 de l'H. Mateu Orfila.

Es varen poder confirmar per laboratori els 61 casos, tots per Ag en orina i un per seroconversió. Totes les legionel·les identificades varen ser *L. pneumophila* del serogrup 1.

A la taula 24 es presenten els casos confirmats segons mètode de confirmació des de l'any 2000 fins el 2009. En els darrers anys, el percentatge de confirmació arriba quasi sempre al 100%, fonamentalment per la pràctica ja habitual de detecció d'antigen en orina.

La clínica era en tots els casos del 2009 respiratòria (malaltia del legionari), es varen comunicar complicacions a 4 casos i l'evolució clínica es va poder conèixer a 59 casos, amb curació a 55 i 4 defuncions.

Respecte de les variables relacionades amb els riscos d'adquisició de la malaltia, s'ha de destacar que a un total de 31 casos (51%) es va poder aconseguir informació sobre totes les exposicions o antecedents de risc que apareixen al protocol de notificació. Aquest percentatge és més alt que el promig del darrer quinquenni (46,6%). El factor que apareix amb més freqüència és el tabaquisme (24 casos; 61% dels casos amb resposta coneguda en aquesta variable). Altres factors detectats són l'exposició a aparells d'aire condicionat i la presència d'obres properes.

Quant a les possibles fonts de la infecció, i en el casos que afecten a turistes, les investigacions es concentren en el lloc d'allotjament que és a més a més l'única informació epidemiològica que indefectiblement apareix en els comunicats procedents de l'EWGLI.

En aquest contexte i per ajudar a interpretar la relació epidemiològica entre casos de legionel·losi cal recordar que es considera que dos o més casos presumiblement associats a

un mateix establiment turístic formen un brot quan inicien símptomes dins el mateix mes. Quan la diferència entre les dates d'inici de símptomes és de més d'un mes i inferior als 2 anys es considera que els casos formen un "clúster". A partir dels 2 anys entre l'inici de símptomes de 2 casos consecutius es considera que no estan relacionats, encara que s'hagin allotjat al mateix establiment.

A l'any 2009 un total de 24 dels casos tenien antecedent d'estada a establiments turístics. D'aquests 24 casos, 18 s'han catalogat com esporàdics, és a dir, epidemiològicament no associats a altres casos. Tres casos han format un brot (associat a un mateix establiment), un amb inici de símptomes en el mes setembre i dos en el d'octubre de 2009. Els altres 3 casos han format tres clúster associats a tres establiments diferents amb antecedents de casos als anys 2007 o 2008.

En definitiva, durant l'any 2009 un total de 24 casos s'han associat a un total de 22 establiments formant un brot, tres clústers i 18 casos esporàdics.

Els 22 establiments associats a casos corresponen quasi tots a Mallorca (20), i només dos a Eivissa. Menorca no ha presentat cap cas associat a establiments turístics.

Cal destacar la disminució important del nombre de casos no associats a establiments turístics respecte del 2008 (37 vs 63). Dels 37, 26 corresponen a Mallorca (42 al 2008), 7 a Eivissa (15 al 2008) i 4 a Menorca (6 al 2008). Els 37 casos es distribueixen en un total de 23 zones bàsiques de les quals 10 presenten més d'un cas: Casa del Mar-Ponent (5 casos), Sant Antoni (3 casos), Dalt Sant Joan (2 casos), Es Trencadors (2 casos), Son Gotleu (2 casos), Inca (2 casos), Manacor (2 casos), Capdepera (2 casos), Can Misses (2 casos) i Sta. Eulària (2 casos).

Es varen recollir mostres ambientals de 20 dels 61 casos de l'any 2009, amb resultat positiu a *Legionella* a 10. Respecte dels establiments turístics, va ser possible realitzar una investigació ambiental i recollida de mostres a 18 del 22 establiments associats a casos (80%, percentatge per damunt dels darrers anys). Es va verificar presència de legionella a 10 establiments. La investigació ambiental dels casos la realitza el servei de Protecció de la Salut de la Direcció General de Salut Pública i el Laboratori de Salut Pública de la Conselleria de Salut. La investigació ambiental implica visites a l'establiment presumiblement involucrat amb l'objectiu d'esbrinar la font d'infecció, recollir mostres i implantar o corregir mesures de control o de infraestructura.

Com s'ha comentat, les xifres de l'any 2009 reflecteixen una disminució de la incidència després que al 2008 es verificues un espectacular augment dels casos especialment a Mallorca. A la figura 16 es representa (sèrie anys 2000-2009) la disminució de les diferents variables d'incidència respecte al 2008: disminució de la taxa global d'incidència a les Illes Balears (9,7 vs 5,6), disminució de la taxa una vegada exclosos els casos corresponents a població turística (5,8 vs 3,5), disminució del nombre d'establiments turístics associats a casos (35 vs 22), disminució dels casos associats a establiments turístics (41 vs 24) i disminució dels casos no associats a establiments turístics (63 vs 37). Així i tot i encara que

l'evolució és positiva s'ha de tenir en compte que el nombre de casos no associats a establiments turístics, tot i haver davallat respecte al 2008, es manté en nivells superiors als habituals en els darrers anys.

Leishmaniosi

D'aquesta malaltia a l'any 2009 se n'han notificat 14 casos (taxa d'1,3; índex epidèmic de 0,64) per tant xifres que reflecteixen una incidència per davall de l'esperat. 11 dels 14 casos corresponen a Mallorca (5 a Palma) i els altres 3 a Eivissa. Menorca continua –com en els darrers anys- sense casos notificats.

La sèrie històrica des del 2000 (figura 17) mostra com a l'any 2002 comença un període d'augment regular i constant, amb més de 30 casos a l'any 2005. En els dos darrers anys la incidència pareix s'estabilitza. Es mantenen en aquest any 2009 el nombre formes cutànies de l'any 2008 (6 casos) i augmenten lleugerament les formes visceral i mixtes (5 a 8 casos).

Segons els protocols de notificació, la simptomatologia dels casos del 2009 va ser fonamentalment esplenomegàlia, hepatomegàlia, febre i anèmia. Dels pacients amb leishmaniosi cutània 4 varen presentar una única lesió.

Respecte de les variables de risc recollides al protocol de notificació es pot destacar que 6 dels 14 casos tenien infecció per VIH, es va consignar l'antecedent de tractament immunosupressor a tres malalts i 2 eren usuaris de drogues per via parenteral. Dels 76 casos de leishmaniosi visceral o mixta notificades des de l'any 1999 un 60% presenten la infecció VIH com a factor de risc.

A la taula 25 es resumeixen les característiques dels malalts del 2009 i podem destacar la notificació de 2 casos pediàtrics, 1 amb forma visceral i 1 cutània. Tant la mitjana com la mediana d'edat són superiors en les formes cutànies i pràcticament no s'han notificat factors de risc ambientals.

Els casos s'han detectat a persones residents a les zones bàsiques de Pere Garau, Coll d'En Rabassa, Rafal Nou, Son Cladera, Calvià, Tramuntana, Sta. Maria, Llucmajor, Muntanya, Nuredduna, Sant Antoni, Sta. Eulària i Vila. Només a un cas la zona de residència és desconeguda. No s'han detectat brots ni agregacions de casos a una zona determinada. Els casos de leishmaniosi de l'any 2009 s'han notificat des d'atenció primària (Rafal Nou, Sta. Maria, Sant Antoni, Son Cladera), un cas des del Centre Penitenciari i la resta des d'hospitals (2 casos de medicina interna de Son Dureta, 2 casos de dermatologia de la Policlínica Miramar, 2 casos de medicina interna de l'hospital Can Misses i dos casos de Son Llätzer concretament de dermatologia i medicina interna).

D'aquests casos, 4 (dos de Son Dureta, 1 de l'hospital Can Misses i 1 de Son Llätzer) són realment subnotificats detectats a través de fonts alternatives.

Malaltia meningocòccica

El nombre de casos de malaltia meningocòccica a l'any 2009 ha estat de 20 (dos més que al 2008), la taxa per 10⁵ habitants d'1,8 i l'IEA d'1,05. La forma clínica ha estat de sèpsia a 10 casos, meningitis a 6 i forma mixta a 4. L'evolució clínica va ser a la curació en 16 casos mentre que es va registrar la defunció de 4 casos.

Les característiques clíniques dels casos varen ser febre (16 casos), petèquies (15), vòmits (10), rigidesa de nuca (6), xoc (6 casos) i estupor o coma (5).

A la distribució geogràfica hi ha diferències entre les illes, de manera que dels 20 casos 17 corresponen a Mallorca (6 dels quals a Palma), 1 a Menorca i 2 a Eivissa, amb taxes respectives de 2,0 a Mallorca, 1,1 a Menorca i 1,4 a Eivissa; la taxa de Palma ha estat d'1,5 casos per 100.000 habitants. No es va detectar cap cas amb residència habitual a Formentera. L'índex epidèmic reflecteix una incidència dins els límits de l'esperat a Menorca i Eivissa però a Mallorca i a Palma el nombre de casos està lleugerament per damunt de l'esperat (IEA respectius: 1,10 i 1,50).

Febrer va ser el mes amb més casos detectats (7 casos). En comparar la distribució mensual del 2009 amb la dels anys 2000-2008 (figura 18) s'observa que a un sol mes- el d'agost- es va superar al màxim del canal endemoepidèmic. Durant els anys 2000-2009 s'han detectat un total de 201 casos, amb la màxima incidència en els tres primers mesos de l'any, que acumulen quasi el 40% de casos. Respecte de l'anàlisi de les temporades (setmana 41 d'un any fins la setmana 40 del següent) a la temporada 2008-2009 es varen detectar 19 casos, els mateixos que a l'anterior (figura 19). La temporada amb més incidència de moment ha estat la 2001-2002 amb 30 casos.

L'evolució de la malaltia des del 2000 (figura 20) mostra taxes que es mantenen entre 1 i 3 casos per 100.000, una tendència a la baixa entre els anys 2002 i 2006 i una estabilització a partir del 2007 amb taxes que no arriben a 2 casos per 10⁵.

Durant el període 2000-2009 la taxa mitjana a les Illes Balears i a Mallorca ha estat de 2,1 mentre que a Eivissa és de 2,6 i a Menorca d'1,6 (taula 26). Menorca, en els darrers anys presenta 1 cas anual.

Pel que fa a les variables sexe i edat dels casos del 2009 (taula 27), 12 casos eren homes i 15 dels 20 casos tenien menys de 15 anys d'edat. La taxa fins als 14 anys ha estat de 9,1 per 10⁵ (un punt més que al 2008). La taxa a majors de 14 anys és de 0,5 per 10⁵ (la mateixa que la del 2008).

La proporció de casos confirmats al 2009 va ser del 60% (12 de 20 casos), la més baixa del període 2000-2009. El promig de confirmació del quinquenni 2004-2008 va ser del 80%. Dels 12 casos confirmats, 8 ho han estat per cultiu (3 de LCR i 5 en sang) i la rest per PCR.

S'ha de destacar com aspecte positiu que la col·laboració dels diferents laboratoris

hospitalaris de la comunitat ha permès serogrupar tots els casos confirmats. El promig del percentatge de soques serogrupades sobre casos confirmats en el darrer quinquenni és del 87%. De les 12 soques serogrupades al 2009, 11 corresponen al serogrup B i 1 al C

Des de l'any 2000 fins a l'any 2009 (en total 145 soques serogrupades) és clara la preponderància del B sobre el C (117 vs 23) (figura 21). D'altres serogrups només se'n varen identificar 5 casos en aquest període. A la taula 28 es presenta la distribució de serogrup del 2009 per grup d'edat.

A l'any 2009 no hi va haver casos relacionats entre ells, de manera que es varen classificar tots com esporàdics. Hi va haver 2 casos de nacionalitat diferent a l'espanyola: un britànic i un pakistanès.

Les zones bàsiques de residència dels casos eren les següents: Amb 2 casos les zones de Palmanova, Inca, Binissalem i Es Viver; amb un cas les zones de Camp Redó, Escola Graduada, Son Cladera, Son Gotleu, Son Serra, Valldargent, Es Banyer Alaior, Martí Serra, Calvià, Serra Nord, Manacor i Alcúdia.

Respecte de les fonts d'informació, 1 cas es va notificar des del Centre Nacional d'Epidemiologia i la resta des de l'àmbit hospitalari: 12 casos de Son Dureta (UCI pediàtrica, UCI general, pediatria i medicina Interna), 4 casos de l'hospital Son Llàtzer (pediatria, UCI i medicina interna), 2 casos de Can Misses (pediatria i laboratori de microbiologia) i 1 cas de l'hospital Mateu Orfila (UCI). Un dels casos de Can Misses es va detectar per recerca activa mitjançant la revisió de dades del laboratori.

Malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae*

Al 2009 es van detectar dos casos de malaltia per *H. influenzae*. El darrer any en què s'havien notificat casos va ser l'any 2004. Els dos casos del 2009 (un home i una dona) ambdós amb més de 65 anys, confirmats per hemocultiu i amb bona evolució clínica, tenien residència a Mallorca concretament a les zones bàsiques de Rafal Nou i Santanyí. Un dels casos es va notificar des d'UCI de la Policlínica Miramar mentre l'altre es va detectar per recerca activa (CMBD) i com a subnotificat per pneumologia de l'hospital Son Llàtzer.

La sèrie històrica des del 2000 mostra una incidència sempre molt baixa, amb un rang de zero a tres casos anuals (figura 22).

Des del 1999 fins el 2009 (13 casos acumulats) hi ha dos perfils de malalt: adults no vacunats i nins molt petits, de 2 anys o menys, amb alguna dosi de vacuna. A la taula 29 es mostra un resum de les variables dels casos acumulats des de l'any 1999. Excepte tres casos apareguts en formes de sèpsia, la forma clínica predominant és la meningitis. L'evolució clínica ha estat positiva en els 12 casos en què es coneix aquesta variable i no s'han detectat agrupacions de casos.

Malaltia invasiva per *Streptococcus pneumoniae* (MIST)

La MIST està inclosa entre les malalties de declaració obligatòria a partir de 2009. El criteri de notificació inclou paràmetres clínics de malaltia invasora i de laboratori (cultiu, PCR o antigen de llocs normalment estèrils) i, per això, moltes de les pneumònies tractades de forma ambulatoria no compleixen aquests criteris i la majoria de casos s'han recuperat a partir de la recerca activa a hospitals. La vigilància encara està poc consolidada i la representació poblacional no està garantida, i per aquest motiu, no hem calculat les taxes, i ens limitam a presentar les característiques dels pacients.

S'han detectat 43 casos (23 homes i 20 dones). La mitjana d'edat era de 53,4 anys (62 en homes i 46 en dones), amb un rang entre els 4 mesos i 92 anys. La meitat dels pacients tenien més de 64 anys (vegeu la taula 30).

Els casos confirmats varen ser 19 (44,2%), 18 per cultiu i 1 per PCR. Els 24 sospitosos es diagnosticaren per antigen en orina. Els serotipus identificats varen ser: 1, 16F, 24F i 8 amb un cas cadascun i 7F amb 3 casos. Quaranta pacients tenien pneumònia, 7 sèpsia i 2 meningitis (7 casos tenien més d'una forma clínica). Es va comunicar alguna complicació a 18 casos (48,5%), 3 dels quals varen morir.

Els pacients residents a Mallorca eren 16, a Menorca 24 i a Eivissa 3. Aquesta distribució és conseqüència d'una recerca activa especialment activa des de la Unitat d'Epidemiologia del Centre Insular de Menorca.

Parotiditis

A l'any 2009 el nombre de casos de parotiditis va ser de 32, amb una taxa de 2,9 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic de 0,29, és a dir, una tercera part de la incidència esperada. L'índex s'explica perquè en els anys 2004 i 2005 hi va haver una epidèmia a Eivissa i la incidència havia estat molt alta, tal com mostra la taula 31. A la mateixa taula es presenten les incidències i l'evolució de cada illa, amb poques variacions respecte del període de comparació a Mallorca i Menorca. A Eivissa el període mostra 2 anys d'epidèmia, 2 amb incidència molt més baixa però encara elevada, i els dos darrers amb taxes ja corresponents a una situació de baixa endèmia. Al 2009 els 2 casos de les Pitiüses corresponen a Formentera. La figura 23 mostra l'evolució de la taxa global.

Respecte de la distribució per edat i sexe, el 56,3% dels casos eren homes i l'edat mitjana (igual a ambdós sexes), de 10,6 anys. El rang d'edat va ser de 13 mesos a 50 anys i la meitat dels malalts tenien 5 anys o menys. La incidència màxima s'ha vist al grup de menors de 5 anys, amb 15 casos i una taxa de 25,3 per 10⁵. La incidència màxima en els darrers anys s'ha desplaçat del grup de 5 a 14 anys al de menors de 5. A l'any 2009, al 68,8% de malalts (22 casos) se'ls havien administrat les dosis de vacuna corresponents a l'edat, al 3,1% tenien un dosi menys de la que corresponia a l'edat, el 21,9% no estaven vacunats i del 6,3% no va ser possible conèixer els antecedents de vacunació. A la taula 32 es presenta la incidència i el nombre de vacunats distribuïts per grup d'edat.

Es varen confirmar 11 casos (34,4%), 8 per serologia i 3 per aïllament del virus i serologia. La resta van ser classificats com casos sospitosos.

El 50% dels casos han estat notificats per serveis hospitalaris (11 per l'hospital Son Llàtzer i 5 per Son Dureta), el 47% per atenció primària (un cas cadascun dels centres de salut d'Alcúdia, Arquitecte Bennàssar, Artà, Camp Redó, Casa del Mar Ponent, Escola Graduada, Formentera, Inca, Martí Serra, Son Pisà, Son Rutlan, Son Serra i Vilafranca) i el 3% (un cas) pel servei d'Epidemiologia de Catalunya. Els pediatres n'han notificat 9 i els metges de família 6. Cap dels casos s'ha detectat per recerca activa.

Rubèola

Durant l'any 2009, i per tercer any consecutiu, no s'ha detectat cap cas de rubèola. Entre els anys 2000 i 2006 es veren detectar 7 casos (6 a Mallorca i 1 a Menorca).

La rubèola és una malaltia d'incidència molt baixa des de la introducció de la vacuna en el programa de vacunació tant a nins com a nines. La situació actual, amb una població immigrant recent des de països amb baixa cobertura de vacunació antirubeòlica, ha donat lloc a brots importants a algunes comunitats autònomes; pel que fa a la població espanyola, encara hi ha bosses de susceptibles entre la població nascuda entre la introducció de la vacuna i el moment en què es va assolir una bona cobertura.

Sífilis

El nombre de casos de sífilis notificats al 2009 ha estat de 98, als quals correspon una taxa de 8,9 per 10⁵ habitants. L'índex epidèmic ha estat d'1,32. Quant a la distribució geogràfica, 71 malalts tenen residència a Mallorca, amb una taxa de 8,2 per 10⁵, 20 a les Pitiüses (taxa de 14,4) i 7 a Menorca (taxa de 7,5). El 74% dels casos de Mallorca eren de Palma, que va presentar una taxa de 13,7 casos per 10⁵ habitants.

La taula 33 mostra la incidència en nombres absoluts i taxes, per illes i capital, des de l'any 2000. S'hi veu com l'augment de la incidència ha tengut lloc en els darrers 5 anys, i que a Palma, on l'ascens és més notable, ja va començar al 2002. Destaca a l'any 2009 l'augment de la incidència a les Pitiüses (ha passat de 9 casos al 2008 a 20), amb un IE de 2,22, i la majoria de casos són residents a Eivissa (17 casos). De Formentera només hi un cas declarat. La figura 24 mostra la taxa global de la comunitat des de l'any 1982 i s'hi veu la important disminució a finals dels anys 80, una situació estable amb incidències baixes als anys 90 i el posterior ascens ja esmentat.

La sífilis, a l'any 2009, ha passat d'esser una malaltia de declaració exclusivament numèrica a estar sotmesa a declaració individualitzada. El protocol de notificació inclou les variables bàsiques i, a més, informació clínica, de laboratori i de factors de risc per a la infecció. No obstant això la notificació individualitzada ha estat deficient, tant pel que fa al nombre de casos (82 dels 98 declarats numèricament), com pel que fa a l'emplenament de les variables requerides, de manera que enguany només presentam l'explotació per edat i sexe, que són les úniques valorables. La mitjana d'edat dels 82 casos dels quals es té informació va ser de 40,7 anys, amb 10 anys de diferència entre sexes (43 els homes i 33,9 les dones). El malalts

més joves tenien 19 anys i el més vell 85. Els homes suposen el 75,6% dels pacients. A la distribució per grups d'edat es veu com la meitat dels casos estan entre els 25 i els 44 anys (taula 34).

Tètan

Durant l'any 2009 no se n'ha notificat ni detectat cap cas de tètan. Des de l'any 2000 fins al 2009 només hi ha hagut un cas de tètan, a l'any 2001.

Tos ferina

Durant l'any 2009 s'han notificat 3 casos de tos ferina (un home de 17 anys i una nina de 3, tots dos vacunats correctament, i una nina d'un mes, encara no vacunada). La taxa d'incidència és de 0,3 i l'IE de 0,33. Cap dels 3 casos es va confirmar per laboratori.

A la figura 25 es mostra l'evolució de la taxa des del 2000 i a la taula 35 es presenta el nombre absolut de casos des del 2000, per illes i Palma. Destaca la incidència global del període a Menorca, més baixa encara que a la resta d'illes, amb un sol cas detectat. A Formentera no se n'ha detectat cap cas.

Triquinosi

Durant l'any 2009 no se n'ha notificat ni detectat cap cas. Des del 1984 només se n'ha detectat un cas al 2007.

Tuberculosi respiratòria

El nombre de casos de tuberculosi respiratòria a l'any 2009 ha estat de 135 (146 al 2008) i la taxa per 10⁵ habitants de 12,3 (13,6 al 2008). L'índex epidèmic acumulat (0,95) està dins l'esperat.

Encara que en els darrers anys les taxes envolten els 12-13 casos per 100.000, la figura 26, on es representen les taxes des de l'any 2000 mostra – amb fluctuacions d'intensitat moderada- una tendència lenta i globalment decreixent.

Respecte a la distribució de la incidència per illes, Mallorca (113 casos; taxa de 13,1) manté una incidència similar a la dels dos anys anteriors. Les Pitiüses amb 19 casos (un amb residència a Formentera) i taxa de 13,7 disminueix les xifres respecte de l'any 2008 i Menorca presenta (amb 3 casos) la incidència més baixa dels darrers anys. El 70% dels casos de Mallorca corresponen a Palma (78 casos i taxa de 19,4) que estabilitza la incidència després de dos augments anuals consecutius.

A la figura 27 i a la taula 36 es mostren les dades i tendències per illa des de l'any 2000.

Respecte de la distribució per les variables bàsiques de persona, la proporció de dones al 2009 ha estat del 34,8% (47 casos). La taxa d'incidència, igual que en els darrers anys, és el doble a homes que a dones (16,0 i 8,6 casos per 10⁵ respectivament). Les taxes, tant a homes com a dones, es mantenen pràcticament estables des de l'any 2006. A la figura 28 es mostren les taxes per sexe des de l'any 2000 i es veu com les taxes a homes es mantenen de manera constant i clarament per damunt de les taxes a dones. El 65% dels malalts té una edat compresa entre 25 i 54 anys. Globalment, les taxes més altes (entre 15 i 17 casos per 100.000) són totes les dels grups inclosos entre els 25 i 64 anys i amb molt poques diferències entre cada grup d'edat. Als homes, la taxa més alta és la del grup 55-64 anys (17 casos; taxa de quasi 30) mentre a dones el grup amb més incidència és el de 25-34 anys (16 casos; taxa de 16,5). A la taula 37 es mostren els casos i taxes per sexe i grup d'edat tot corresponent a l'any 2009.

Dels 135 casos de tuberculosi respiratòria detectats a l'any 2009, un total de 49 (36%) corresponen a immigrants repartits en 22 països de procedència. Aquest percentatge – amb augment constant des del 1999 en què es va començar a recollir aquesta variable – disminueix per primera vegada a l'any 2009. A la distribució per país de procedència destaca Bolívia amb 9 casos, Marroc amb 8 i Senegal amb 4 casos. Els altres països presenten 3 o menys casos. A la meitat de les aproximadament 40 zones bàsiques de residència en què es distribueixen els 135 casos de tuberculosi s'ha detectat qualche cas associat a immigració. Les zones bàsiques Casa del Mar Ponent, S'Escorxador, Son Pisà, Pere Garau, Coll den Rebassa, Escola Graduada, A. Bennàssar i Inca tenen 3 o més casos a immigrants i la zona amb més casos és la de Son Gotleu (7 dels 11 casos residents en aquesta zona presenten el factor immigració).

El percentatge de confirmació de casos de tuberculosi respiratòria a l'any 2009 va ser d'un 94% (127 casos), el percentatge més alt que mai s'havia verificat. El grup d'edat 15-64 anys presenta un percentatge de confirmació del 98% (116 confirmats d'un total de 118 casos). El grup de 65 o més anys el té del 78% (7 de 9 casos) mentre que el grup de menors de 15 anys té el percentatge més baix (50%; 4 casos confirmats d'un total de 8).

Respecte de la recollida de dades sobre factors o situacions de risc, a l'any 2009 el 43,7% dels casos presenten consignades totes les variables que es demanen al protocol de notificació. Aquest percentatge és similar al del 2008, molt més baix que el del 2007 (59%) i molt inferior a la mediana dels anys 2004-2008 (54%). El factor amb més prevalença és l'enolisme (23 de 127 casos amb variable coneguda; 18%). Ser usuari de drogues per via parenteral apareix com a factor a 7 de 127 casos amb variable coneguda (5,5%) i la infecció VIH a 9 de 106 (8,5%). La mediana de la prevalença d'aquests factors en el quinquenni 2004-2008 va ser de 16,4 per l'enolisme, 4,7 per UDVP i 13,8 per la infecció VIH.

Els casos de tuberculosi respiratòria de l'any 2009 s'han notificat des d'atenció primària (10 casos): centres de salut de Coll d'en Rebassa, Son Ferriol, Son Gotleu, A. Bennàssar, Manacor, Can Misses, Es Viver, Sant Antoni, Sta. Eulària i Sant Jordi) i les següents unitats hospitalàries (125 casos): Son Llätzer (50 casos; pediatria, M. interna,

pneumologia i urgències), Son Dureta (35 casos; M. interna, pneumologia, infeccioses i nefrologia), H. Can Misses (13 casos; M. interna), H. Manacor (9 casos; M. interna, pediatria i pneumologia), H. Comarcal d'Inca (8 casos; pneumologia i M. interna), hospital Mateu Orfila (3 casos; M. interna), Clínica Palmaplanas (3 casos; pneumologia), Policlínica Miramar (2 casos; M. interna i laboratori de microbiologia), P. Ntra. Sra. Rosario (1 cas; M. interna) i hospital de Muro (pneumologia).

Dels 135 casos, un total de 21 s'han detectat per recerca activa (14 a través del CMBD, 5 per revisió de dades de laboratori i 2 per altres mètodes). Aquests 21 casos corresponen a les següents fonts d'informació: H. Manacor (6 casos), H. Can Misses (5 casos), H. Son Dureta (5 casos), H. d'Inca (4 casos) i CS Sant Jordi (1 cas).

Formes no respiratòries de tuberculosi

La incidència al 2009 ha estat de 45 casos (igual que al 2008), la taxa ha estat de 4,1 i l'IEA d'1,02 (incidència dins els valors esperats).

Després d'un augment del nombre de casos al 2007 respecte als anys anteriors, les xifres del 2008 i 2009 impliquen tornar a un perfil d'estabilitat de dades en el darrer quinquenni encara que globalment i considerada la sèrie 2000-2009 la tendència és moderadament ascendent (figura 29). Les taxes dels darrers anys envolten en general els 4-5 casos per 100.000 habitants.

Mallorca (32 casos) i les Pitiüses (9 casos; 1 amb residència a Formentera) presenten incidències similars al 2008 mentre Menorca - sempre amb un escàs nombre de casos - passa de 2 a 4. Palma, amb 24 casos i una taxa de 6 pràcticament repeteix les xifres del 2008. A la taula 38 es mostra l'evolució de la incidència en anys 2000-2009 segons àmbit geogràfic.

Dels 45 casos, 14 són dones (31%). Amb només un cas pediàtric, el rang d'edat dels casos va d'11 mesos a 79 anys. La mitjana d'edat dels casos no pediàtrics és de 44 anys (rang 16-79), i és un poc més baixa per les dones (43 anys) que pels homes (45 anys). A la taula 39 es mostra la distribució per edat i sexe.

Pel que fa a la forma clínica, les més freqüents són les ganglionars (15 casos), pleurals (8 casos) i meníngies (7 casos).

Dels 45 casos de tuberculosi no respiratòria detectats a l'any 2009, un total de 13 (28,9%) són immigrants la qual cosa implica una important disminució respecte dels dos anys anteriors en què es superà el 50%. Els 13 casos es distribueixen en 10 països (només Marroc amb 3 casos i Equador 2 tenen més d'un cas) i en 10 zones bàsiques de les quals Pere Garau, Coll den rebassa i Rafal Nou -les tres amb 2 casos- tenen més d'un cas.

S'han pogut confirmar per laboratori 32 casos, és a dir, el 71%, percentatge inferior al dels darrers anys i a la mitjana (77%) del quinquenni anterior.

Respecte de la recollida de dades sobre factors de risc, a l'any 2009, 27 casos (60%) presenten consignades totes les variables de risc que figuren al protocol de notificació. Aquest percentatge és similar a la mitjana del quinquenni 2004-2008. Quasi totes les variables tenen un percentatge de resposta superior al 95%. Els factors que s'associen amb més freqüència en els casos notificats de malaltia tuberculosa no respiratòria són la infecció VIH (8 malalts), l'enolisme (5 malalts) i UDVP (4 casos).

Les notificacions de tuberculosi no respiratòria de l'any 2009 s'han rebut des d'atenció primària (5 casos; CS Camp Redó, Can Misses, Sant Antoni, Sta. Eulària i Formentera) i des de les següents unitats hospitalàries (40 casos): H. Son Dureta (13 casos; M. interna i pneumologia), H. Son Llätzer (17 casos; M. interna, pneumologia i urgències), Can Misses (5 casos; M. interna, pneumologia i urologia), Mateu Orfila (4 casos; M. interna) i H. Manacor (1 cas; M. interna).

Dels 40 casos de l'àmbit hospitalari un total de 6 s'han detectat per recerca activa a través del CMBD o laboratoris: H. Mateu Orfila (3 casos), Can Misses, Manacor i Son Llätzer.

5.4.- Malalties sotmeses a plans o registres específics

Malaltia de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

El Registre de la MCJ es va iniciar a l'any 1995, amb la recerca retrospectiva des de 1993 i, des d'aleshores, la recollida prospectiva dels nous diagnòstics. A l'any 2003 (Decret 19/2003 de 28 de febrer) es va incorporar al llistat de les malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears.

A l'any 2009 se n'han investigat 4 casos, tots classificats com a casos de MCJ clàssica, esporàdica (2 confirmats, 1 probable i 1 possible).

Els casos investigats des de la posada en marxa del sistema de vigilància, amb diagnòstic des de 1993 han estat 19, 5 d'ells descartats com a casos de MCJ. A la taula 40 es presenta la classificació final dels casos investigats durant de tot el període. Tres dels casos descartats tenien un diagnòstic alternatiu (malaltia per cossos de Lewy a dos casos i encefalitis vírica a l'altre) mentre que dos no es varen poder arribar a un diagnòstic definitiu.

Els 14 casos de MCJ incorporats al sistema des de l'any 1993 tenien, en el moment del diagnòstic, una mitjana de 65,5 anys (rang de 44 a 78 anys) i el 71,4% eren homes. entre 60 i 75 anys. Tots estan classificats com a MCJ en la seva forma clàssica, esporàdica. Quant a les proves diagnòstiques dels casos, l'electroencefalograma va ser típic de la MCJ a 8 casos. La determinació de la proteïna 14.3.3 va resultar positiva 8 casos (a 4 no es va realitzar). L'estudi genètic del gen PRNP, que codifica la proteïna PrP, es va fer a 7 casos sense que es trobes cap mutació. El polimorfisme en el codó 129 es investigat a 7 casos i va resultar homozigot metionina/metionina a 5, metionina/valina a 1 i valina/valina a 1.

Sífilis congènita

Durant l'any 2009 no s'ha detectat cap cas de sífilis congènita. En tot el període 2000-2009 s'han notificat 6 casos, 2 al 2005, 3 al 2006 i 1 al 2008.

Lepra

Durant el 2009 es varen declarar dos casos de lepra, tots dos importats. Els dos casos procedien de Bolívia però es va descartar associació entre ambdós. El primer cas, declarat per l'Hospital Mateu Orfila (M. interna), era una dona de 35 anys resident a Menorca. El segon cas, notificat per l'Hospital Comarcal d'Inca (dermatologia), era un home de 31 anys, resident a Mallorca. Tots dos han estat confirmats i reben el tractament multiteràpic recomanat per l'OMS. Durant el període 2000-2009 se n'han detectat 4 casos, tots importats (2000, 2007 i 2009). Els dos primers varen ser baixa al registre per curació o trasllat, mentre que els dos de 2009 estan encara al registre classificats com actius.

Pla d'eradicació de la poliomielitis

El Pla d'eliminació de la polio exigeix mantenir uns criteris de qualitat del sistema de vigilància epidemiològica que assegurin la detecció de tots els casos de poliomielitis, tant autòctons com importats i tant per virus salvatge com per soques vacunals. Així, per assegurar que es detecta qualsevol cas de polio, el pla exigeix la declaració urgent i la investigació epidemiològica, clínica i etiològica de tots els casos de paràlisi flàccides agudes (PFA) a menors de 15 anys. Per això la incidència registrada de casos de PFA en menors de 15 anys és un indicador de qualitat del sistema de vigilància; la incidència que s'hauria de detectar per assegurar una sensibilitat adequada és d'un cas per 100.000 menors de 15 anys.

Durant l'any 2009 s'han detectat 3 casos de paràlisi flàccida aguda (PFA), cosa que correspon a 1,8 casos per 100.000 nins menors de 15 anys. El primer cas era una nina de 2 anys que després d'un període prodròmic amb símptomes gastrointestinals va desenvolupar una paràlisi ascendent d'extremitats inferiors de 3 dies d'evolució. La nina havia rebut 4 dosis de vacuna inactivada, la darrera a l'any 2008, i no tenia antecedents de contactes recents amb vacunats amb VOP ni de viatges a zones amb circulació del virus salvatge. Es va recollir una sola mostra de femta, amb resultat negatiu per enterovirus. Als 60 dies seguia una evolució favorable, sense paràlisi residual. El diagnòstic definitiu va ser de síndrome de Guillain-Barré.

El segon cas era un nin de 5 anys amb simptomatologia respiratòria prèvia a l'inici de la paràlisi. El nin havia rebut 2 dosis de vacuna oral i una inactivada a l'any 2004, i no tenia antecedents de contactes amb vacunats recentment amb VOP ni havia viatjat. La paràlisi va afectar totes les extremitats, i es va instaurar per complet en 24 hores. Es varen recollir dues mostres de femta, ambdues negatives. Als 60 dies no hi havia paràlisi residual, i el diagnòstic definitiu va ser una síndrome de Guillain-Barré.

El tercer cas era una nina de 14 mesos, que després d'un període prodròmic amb símptomes gastrointestinals va desenvolupar una paràlisi ascendent d'extremitats inferiors de 2 dies fins a la instauració completa. Se li havien administrat 3 dosis de vacuna inactivada, la darrera al 2008. No constaven antecedents de contactes amb vacunats recentment amb VOP ni de viatges. Es varen recollir dues mostres de femta, ambdues negatives. Als 60 dies no hi havia paràlisi residual, i el diagnòstic definitiu va ser una síndrome de Guillain-Barré.

Des de l'inici del pla d'eradicació, els casos de PFA detectats a les Illes Balears oscil·len entre el zero casos de 1998 i de 2003 i els 4 de 2000 i 2008. La taxa màxima va ser de 3,06 casos per 100.000 menors de 15 anys, a l'any 2000. A una població petita com és la de menors de 15 anys a les Illes Balears és d'esperar que una malaltia de tan baixa incidència es presenti irregularment i això justifica les oscil·lacions de la taxa. En el període de vigilància (1998-2009) el total de casos detectats ha estat de 22, i la taxa global del període d'1,2 per 10⁵ menors de 15 anys, és a dir, que globalment la taxa arriba a l'esperada (1 per 10⁵). A la taula 41 es mostren les característiques dels casos detectats en el període i les fonts d'informació.

Sistema d'Informació sobre sida-VIH

a) Sistema d'informació de nous diagnòstics d'infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH). Període 2003-2009.

Durant l'any 2003 es va publicar a la nostra Comunitat Autònoma el Decret 19/2003 pel qual es crea el Sistema d'informació de nous diagnòstics d'infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH). Des de l'entrada en vigor d'aquest text legal i fins el moment d'elaborar aquest informe (amb dades corresponents a l'actualització a 31 de desembre de 2009), s'han donat d'alta al sistema un total de 947 nous diagnòstics d'infecció per VIH a persones amb residència habitual a les Illes Balears en el moment del diagnòstic. Dels 947 casos, 810 corresponen a Mallorca, 39 a Menorca i 98 a les Pitiüses (2 casos tenen assignada Formentera com a residència al moment del diagnòstic).

La distribució per any reflecteix un patró d'estabilitat de la tendència que s'ha de confirmar en properes actualitzacions (figura 30).

Dels 947 casos, només 2 són d'edat pediàtrica i la mitjana d'edat de la resta de casos és de 37 anys (rang 15-78). La dels homes és de 38 anys i la de les dones és de 35.

Respecte de la distribució per categories de transmissió cal destacar que el primer grup en importància és el de la transmissió heterosexual (htsx) (377 casos; 40%) seguit de la categoria homosexual-bisexual (hsh) (277 casos; 29%) i udvp (156 casos; 16%). Un total de 135 casos no tenen categoria assignada.

Pels homes la categoria hsh suposa un 38% dels casos, la htsx un 31% i la d'udvp un 17%. A les dones, la categoria htsx representa un 69% i la de udvp un 16%. La taula 42 mostra la distribució dels diagnòstics segons grup d'edat i categoria de transmissió. La categoria

amb efectius globalment més joves és la de udvp (mitjana d'edat de 35; rang de 16-53). Un 70% dels 156 casos d'aquesta categoria tenen menys de 40 anys. Les dones udvp són el subgrup més jove (32 anys de mitjana; rang 16-48). La categoria amb més edat és la htsh (40 anys; 17-78).

Dels 947 casos, 338 són d'origen estranger d'origen, es distribueixen en 58 països diferents i el país més representat és Nigèria amb 40 casos.

A tots els anys de la sèrie 2003-2009 els Diagnòstics Tardans (DT) superen a les Infeccions Recents (IR; CD4 al diagnòstic >350) i el patró global d'ambdós és d'estabilitat. Aquest patró és dona també per sexe (figura 31). Tant les IR com els DT anuals a la categoria htsh presenten una evolució estable. Al grup UDVP l'evolució (DT i IR) és a la baixa. A la categoria hsh els patrons d'evolució no estan tan clarament definits: les IR presenten un perfil ascendent encara que al 2009 (any no consolidat) es romp aquesta tendència mentre que els DT, estables fins l'any 2007 augmenten en els dos darrers anys (figures 32 i 33).

A la taula 43 figuren les fonts d'informació que han aportat casos al sistema. Aquesta taula inclou els casos subnotificats és a dir no notificats per les fonts sinó detectats per recerca activa.

b) Registre de sida

Respecte al registre de sida, cal explicar que s'inclou en aquest informe les dades acumulades i actualitzades a 31 de desembre de 2009. Igualment cal destacar que els registres de sida, tant el nacional com els autonòmics, assignen la residència dels casos segons el lloc on s'han iniciat els símptomes de la malaltia indicativa i que, per tant, no té perquè coincidir ni amb el lloc on han adquirit la infecció ni amb el lloc on s'ha diagnosticat la malaltia.

Així, i amb dades acumulades des de l'inici del registre (anys 80) i actualitzades a finals del 2009 el nombre de casos de sida a les Illes Balears és de 2.422 casos. 38 casos (1,6 %) són d'edat pediàtrica i 1.895 casos (78 %) són homes.

La taxa de l'any 2007 queda en 53,4 per milió (55 casos), la del 2008 en 55 (59 casos) i la de l'any 2009 en 38 (42 casos) encara que aquestes dades, especialment les de l'any 2009, s'han de considerar provisionals.

Per illes, Mallorca acumula 1.975 casos (81,5% del total), mentre que les Pitiüses n'acumulen 308 (12,7%; 12 casos corresponen a Formentera) i Menorca 119 (5%). No s'ha pogut assignar illa de residència als 20 casos que resten.

A la figura 34 es mostra l'evolució anual de les taxes per illes amb un clar patró descendent a partir de la meitat de la dècada dels 90.

La categoria de transmissió més freqüent és la de udvp (1.198 casos; 50,0%) seguida de la categoria hsh (483; 20%). A la categoria htsh li corresponen 461 casos (19%). En els darrers anys que es poden considerar consolidats (2004-2008; 344 casos) el patró epidemiològic està dominat pels homes (80%), udvp (38%) i grup d'edat 30-39 anys.

Finalment, i respecte de les fonts d'informació, cal ressaltar que la sida és una malaltia amb una vigilància epidemiològica fonamentalment enfocada a l'àmbit hospitalari. L'hospital Son Dureta i, concretament, el Servei de Medicina Interna és la font d'informació que més casos ha notificat (1.194 casos; 49,3%). Cal destacar en aquest marc d'anàlisi de les fonts, que aproximadament un 20% dels casos acumulats s'han incorporat per recerca activa i no per la notificació de les fonts, és a dir que tot i la col·laboració de les fonts d'informació, es manté cert nivell de subnotificació. En els anys 2006 a 2009 s'ha detectat la subnotificació d'aproximadament 111 casos.

Pla d'eliminació del xarampió

A l'any 2009 es varen investigar 3 sospites de xarampió, 2 de les quals varen ser descartades i la tercera confirmada com a cas importat del Regne Unit. No hi va haver cap cas de xarampió autòcton.

A la figura 35 es presenta l'evolució de la taxa de xarampió des de l'any 2000. Des de l'inici del pla, a l'any 2000, s'han detectat 28 casos autòctons, les característiques epidemiològiques dels quals corresponen al patró de la població susceptible. A la taula 44 es resumeixen les principals característiques dels malalts.

Tot i que la incidència a les Illes Balears és molt baixa, a algunes comunitats autònomes i a diversos països europeus del nostre entorn hi ha hagut brots importants en els darrers anys, molts d'ells per la introducció d'un cas importat a un grup de població susceptible a causa de la baixa cobertura de vacunació. Per això no es pot descartar l'aparició de brots de les mateixes característiques en el futur i, per tant, és imprescindible mantenir la vigilància, mantenir la cobertura vacunal general i identificar i vacunar grups poblacionals amb baixa cobertura.

6. Brots epidèmics

6.1.- Brots de transmissió alimentària

A l'any 2009 s'han notificat 8 brots alimentaris, 3 menys que al 2008. No es va notificar cap brot a Menorca ni a les Pitiüses. La mediana del quinquenni 2004-2008 va ser de 27 brots (figura 36). Tant a les Pitiüses com a Menorca és el segon any consecutiu en què no es detecten brots alimentaris.

Al menys des de l'any 1988, any a partir del qual es té informació exhaustiva sobre brots alimentaris, en cap any s'havia verificat un nombre tan baix de brots. Així, continua la disminució progressiva del nombre anual de brots i en els darrers anys la incidència és mínima (figura 37).

A la taula 45 es mostra el perfil epidemiològic complet dels brots de l'any 2009 inclòs el caràcter del brot (col·lectiu o familiar), l'origen (alimentari o hídric) i l'etiologia (infecciosa o tòxica). Dels 8 brots, 7 s'han associat a establiments col·lectius i 1 ha afectat a àmbits familiars. No s'ha detectat cap brot d'àmbit poblacional ni cap brot d'etiologia hídrica.

Dels 7 brots col·lectius, 5 han tingut una etiologia infecciosa i 2 tòxica. El brot familiar ha estat infecció.

El total d'afectats ha estat de 75 (67 a brots col·lectius i 8 a l'únic brot familiar). El brot amb major nombre d'afectats n'ha presentat 33 i correspon a un brot col·lectiu d'etiologia infecciosa amb microorganisme no conegut -però amb clara sospita de norovirus- i sense associació evident a un determinat aliment. S'han verificat 23 ingressos hospitalaris i cap defunció. Per a la investigació dels 11 brots s'han realitzat un total de 83 enquestes individualitzades.

Com s'ha comentat, dels 8 brots cap té un origen hídric. Des de l'any 1988, dels 718 brots documentats, 642 (90%) són d'origen alimentari i només 34 (4,7%) són d'origen hídric. Als altres 42 brots de la sèrie no es va poder verificar l'origen.

Els aliments implicats en els brots de l'any 2009 varen ser els elaborats amb ou cru o poc cuit (2 brots), peix i marisc (2 brots), mentre als 4 brots que resten no es va poder identificar cap aliment com a responsable.

Dels 6 brots d'etiologia infecciosa, a 4 es va poder identificar salmonel·la com l'agent causal mentre que a un dels altres es va sospitar etiologia vírica.

Des de l'any 1988, s'han detectat 673 brots d'etiologia infecciosa, dels quals 367 (54,5%) han estat per salmonel·la i 37 (5,5%) per altres microorganismes, mentre que a la resta (269; 40%) no s'ha pogut aïllar un germen causal. A la figura 38 es representen el nombre de brots des de l'any 1988 segons el microorganisme identificat. Durant aquests anys, a més a més de salmonel·la s'han identificat els següents microorganismes a diferents brots: Estafilococs, Crytosporidium, Clostr. Perfringens, E. Coli, Giàrdia, Virus, Campylobacter i Shigel·la.

Respecte dels brots d'etiologia tòxica del 2009, a un dels dos brots es va confirmar la histamina com responsable mentre que a l'altre brot es sospità la mateixa etiologia però no es va poder confirmar.

A la taula 46 s'exposen les dades sobre confirmació etiològica i agents identificats dels brots des de l'any 2000.

Respecte dels factors contribuents, cal destacar que només a 3 dels 8 brots del 2009 es van poden determinar possibles factors: Consum d'aliments crus o insuficientment cuinats i conservació a temperatura ambient d'aliments que necessiten fred. Aquests factors es trobaren a brots col·lectius d'etiologia infecciosa.

Les fonts d'informació que han comunicat els brots a l'any 2009 han estat els afectats (2 brots), hospitals (4 brots) i la xarxa d'atenció primària de l'IB Salut (2 brots). A la taula 47 es concreten els notificadors de cada brot juntament amb altres variables bàsiques.

6.2.- Brots de transmissió no alimentària

Dins aquest apartat s'agrupen tots els brots que es transmeten per mecanismes diferents a l'alimentari o hídric. Inclouen brots per ingesta accidental d'agents tòxics o infecciosos que no estassin presents com contaminants d'aliments o de begudes, com la ingesta accidental d'aigua de piscina contaminada, així com les intoxicacions per medicaments i substàncies psicoactives. El resum dels brots del 2009, amb les principals característiques, es mostra a la taula 48.

A l'any 2009 s'han detectat 17 brots no alimentaris, 12 a Mallorca, 1 a Menorca i 4 a les Pitiüses, amb un total de 72 afectats. El promig és de 4,2 afectats per brot, i el rang va de 2 a 16 malalts. En comparar el nombre de brots amb la mitjana del quinquenni anterior resulta

un índex epidèmic de 0,55, quasi la meitat de l'esperat. També el nombre d'afectats ha davallat respecte del quinquenni anterior, amb un 77% d'afectats menys que la mediana. A la figura 39 es mostra la sèrie temporal del període 2000-2009.

El mecanisme de transmissió més freqüent és el contacte directe, amb 8 brots i 22 afectats. Segueix en freqüència, amb una disminució molt important, la via respiratòria, amb 6 brots. Han augmentat els brots per contacte directe en comparació al quinquenni anterior, tot i que en nombre d'afectats han disminuït, mentre que els respiratoris han disminuït tant en nombre de brots com en nombre d'afectats.

Tant l'etiologia com la forma clínica de presentació d'aquests brots són heterogènies. Destaca la disminució dels brots de tuberculosi, 3 al 2009, cosa que representa la tercera part de l'esperat (IE 0,33) i la detecció de 4 brots de sífilis, malaltia de la qual no s'havia declarat cap brot en el quinquenni anterior. De gastroenteritis aguda, malaltia també freqüent en el període anterior, només n'hi ha hagut un brot. Hi ha hagut també un brot per *Mycobacterium abscessus*, per inoculació d'un material contaminat durant la pràctica de mesoteràpia, que a més ha estat el brot amb major nombre de casos.

Pel que fa als col·lectius afectats, els més freqüents són els d'àmbit escolar, que estan dins l'esperat pel que fa al nombre de brots (4 brots, IE 1,00) però amb més afectats (28, IE 1,33) respecte del quinquenni anterior. És de destacar que durant l'any 2009 no s'ha detectat cap brot no alimentari a residències geriàtriques.

7. Casos importats

Durant l'any 2009 s'han detectat 42 casos importats de diverses malalties de declaració obligatòria, és a dir, casos que s'han catalogat com adquirits fora de la nostra Comunitat Autònoma, i això independentment de la residència habitual dels malalts. Aquests casos no estan inclosos en els comentaris ni a les dades que apareixen als epígrafs anteriors excepte pel que fa als comentaris fets sobre malalties sotmeses a plans específics de control i vigilància.

Les malalties importades més notificades a l'any 2009 són paludisme (12 casos), i tuberculosi (9 casos).

A la taula 49 apareixen la distribució dels casos per malaltia i per font d'informació. 35 casos s'han notificat des de l'àmbit hospitalari, 5 casos des d'atenció primària i 2 casos s'han declarat a través del Centre Nacional d'Epidemiologia. Han notificat casos importats els centres de salut de Can Pastilla, Camp Redó, Son Gotleu, Verge del Toro i Sta. Eulària. Respecte dels hospitals han notificat casos els següents: Son Llàtzer (M. interna, pneumologia, urgències i pediatria), Son Dureta (urgències, M. interna i pediatria), Mateu Orfila (M. interna), Can Misses (M. interna), C. Palmaplanas (UCI i laboratori de microbiologia), Inca (dermatologia), Manacor (M. interna), H. Muro (UCI), P. Miramar (ginecologia) i C. Rotger (laboratori de microbiologia). Entre aquests casos estan inclosos casos subnotificats és a dir no notificats des dels hospitals sinó detectats a través de recerca activa: Són 4 casos de Son Dureta, 2 de Son Llàtzer i 1 de l'hospital de Manacor.

Respecte al perfil epidemiològic dels 42 casos (taula 50), està dominat pels immigrants estrangers (17 casos) corresponents més de la meitat a paludisme i tuberculosi. 8 dels 42 casos corresponen a turistes que amb residència habitual a les Illes Balears han adquirit la malaltia a altres llocs: Es tracta de casos principalment de legionel·losi, hepatitis i disenteria. Dels 12 casos de paludisme, 7 s'han catalogat com VFR,s (Visiting Friends or Relations), és a dir, que han afectat persones que una vegada establerts a la nostra comunitat han tornat temporalment al seu país d'origen.

A la taula 51 es mostra la distribució de les malalties segons el lloc més probable d'adquisició. Dels 42 casos, 7 s'han adquirit a altres Comunitats Autònomes (la majoria legionel·losi i tuberculosi) i altres 7 a Nigèria (tots paludisme). A Bolívia corresponen els 2 casos de lepra, els 3 de dengue i un d'hepatitis. La resta de casos es distribueixen en 16 països.

Els casos importats recollits pel sistema entre els anys 1990 i 2009 han estat 634 dels quals 259 (41%) són paludismes, 134 (21%) tuberculosi i 58 (9%) meningitis meningocòccica. La notificació de casos importats va ser quasi anecdòtica fins l'any 1997 en què es varen declarar 29 casos (20 més que al 1996) i va començar una tendència anual ascendent i que s'estabilitza en anys 2000-2006. El màxim anual de casos va ser al 2007 (70 casos) en part justificada per la detecció d'un nombre considerable de casos en forma de brot. Els 42 casos de l'any 2009 signifiquen així una estabilització de les dades en els dos darrers anys (figura 40).

Respecte concretament del paludisme, fins l'any 2007 es declaraven 23 casos anuals de mitjana, mentre als anys 2008 i 2009 s'han notificat 8 i 12 casos respectivament. De tuberculosi se'n declaraven un promig d'11 casos anuals fins el 2007. Al 2008 i 2009 se n'han notificat 7 i 9 casos respectivament. A la figura 41 es presenta l'evolució dels casos de paludisme i tuberculosi.

ÍNDEX DE TAULES

Taula	Pag.
1 Malalties de declaració obligatòria i tipus de notificació	65
2 Nombre de protocols numèrics processats per tipus de font. Anys 2008-2009	66
3 Nombre de protocols individualitzats processats. Anys 2006-2009	66
4 a Casos notificats per hospitals	66
4 b Casos notificats per hospitals	67
5 Subnotificació hospitalària. Anys 2006-2009	67
6 Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària	68
7 Notificacions per fonts, excloses atenció primària i hospitalària	69
8 Malalties de declaració obligatòria.	
Casos per illa i Palma. Índex Epidèmic Acumulat	69
9 Malalties de declaració obligatòria. Taxes per illa i Palma	70
10 a Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	71
10 b Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	72
10 c Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	73
11 Diarrea infecciosa aguda. Casos per illa i Palma. Anys 2004-2009	74
12 Febre exantemàtica mediterrània. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 2000-2009	74
13 Febre recurrent per paparres. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 2000-2009	74
14 Grip. Casos quadrisetmanals. Casos i taxes globals. Distribució per illa i Palma	75
15 Grip. Casos i taxes globals. Anys 2000-2009	75
16 Herpes zòster. Casos i taxes per sexe i grup d'edat (Font: e-SIAP)	75
17 Varicel·la. Casos i taxes per illa i Palma. Índex Epidèmic. Anys 2000-2009	76
18 Hepatitis A. Casos per grups d'edat i sexe	76
19 Hepatitis B. Edat i sexe dels malalts: síntesi de les dades	76
20 Altres tipus d'hepatitis. Casos per illa i Palma.	
Casos per tipus d'hepatitis. Anys 2000-2009	77
21 Infecció gonocòccica. Casos per grup d'edat i sexe (dades de 31 dels 34 casos detectats)	77
22 Legionel·losi. Casos per illa. Anys 2000-2009	77
23 Legionel·losi. Casos per grups d'edat i sexe	78
24 Legionel·losi. Confirmació de laboratori. Mètode de confirmació. Anys 2000-2009	78
25 Leishmaniosi. Resum de variables dels casos per tipus de leishmaniosi	78
26 Malaltia meningocòccica. Casos i taxes per illa. Anys 2000-2009	79
27 Malaltia meningocòccica. Casos per sexe i grups d'edat. Taxes per grup d'edat	79
28 Malaltia meningocòccica. Distribució de serogrupos per grup d'edat	79
29 Malaltia invasora per <i>Haemophilus influenzae</i> .	
Resum de variables dels casos. Anys 1999-2009	80

30	Malaltia invasiva per <i>Streptococcus pneumoniae</i> a les Illes Balears. Distribució per grup d'edat i sexe	80
31	Parotiditis. Taxes per illa i Palma. Anys 2000-2009	80
32	Parotiditis. Casos, taxes i estat vacunal per grup d'edat	81
33	Sífilis. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 2000-2009	81
34	Sífilis. Distribució per grup d'edat i sexe (dades de 82 dels 98 casos detectats) ...	81
35	Tos ferina. Casos per illa i Palma. Anys 2000-2009	82
36	Tuberculosi respiratòria. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 2000-2009	82
37	Tuberculosi respiratòria. Casos i taxes per sexe i grup d'edat	82
38	Tuberculosi no respiratòria. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 2000-2009	83
39	Tuberculosi no respiratòria. Casos i taxes per sexe i grup d'edat	83
40	Malaltia de Creutzfeldt-Jakob. Comunicacions investigades i casos anuals. Anys 1993-2009	83
41	Paràlisi flàccida aguda. Casos detectats des del principi del pla d'eradicació de la poliomièlitis. Variables bàsiques	84
42	Nous diagnòstics de VIH. Casos per categoria de transmissió i grup d'edat. Anys 2003-2009	85
43	Nous diagnòstics de VIH. Fonts d'informació. Anys 2003-2009	85
44	Xarampió. Resum de variables dels casos. Anys 2000-2009	86
45	Brots de transmissió alimentària. Perfil epidemiològic complet	86
46	Brots de transmissió alimentària. Etiologia. Agents identificats. Anys 2000-2009 ..	87
47	Brots de transmissió alimentària. Notificadors i altres variables bàsiques de cada brot	87
48	Brots de transmissió no alimentària. Notificadors i altres variables bàsiques de cada brot	88
49	Casos importats. Distribució per malaltia i notificador	88
50	Casos importats. Tipologia de cas segons malaltia	89
51	Casos importats. Lloc més probable d'adquisició de la malaltia	89

Taula 1.- Malalties de declaració obligatòria (MDO) a les Illes Balears (per ordre alfabètic) i tipus de notificació.

	Numèrica	Nominal	Urgent
Botulisme	X	X	X
Brucel·losi	X	X	
Carboncle	X	X	X
Còlera	X	X	X
Diarrea infecciosa aguda	X		
Diftèria	X	X	X
Disenteria bacil·lar (shigel·losi)	X	X	
Febre Tifoide i Paratifoide	X	X	
Febre exantemàtica mediterrània (febre botonosa)	X		
Febre groga	X	X	X
Febre recurrent per paparres	X		
Febres hemorràgiques virals	X	X	X
Grip	X		
Hepatitis A	X	X	
Hepatitis B	X	X	
Hepatitis víriques, altres	X	X	
Herpes zòster	X		
Infecció gonocòccica	X	X	
Infeccions humanes per grip aviària H5N1 o altres subtipus	X	X	X
Legionel·losi	X	X	
Leishmaniosi	X	X	
Lepra	X	X	
Malaltia de Creutzfeld-Jakob	X	X	
Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i>	X	X	X
Malaltia invasora per <i>Streptococcus pneumoniae</i>	X	X	
Malaltia invasora per <i>Streptococcus pyogenes</i>	X	X	
Malaltia meningocòccica	X	X	X
Nous diagnòstics d'infecció per VIH	X	X	
Paludisme	X	X	
Paràlisi flàccida aguda en menors de 15 anys	X	X	X
Parotiditis	X	X	
Pesta	X	X	X
Poliomielitis	X	X	X
Ràbia	X	X	X
Rubèola	X	X	X
Rubèola congènita	X	X	
Sida	X	X	
Sífilis	X	X	
Sífilis congènita	X	X	
Síndrome respiratòria aguda greu	X	X	X
Tètan	X	X	
Tètan neonatal	X	X	
Tifus exantemàtic	X	X	X
Tos ferina	X	X	
Triquinosi	X	X	
Tuberculosi (qualsevol localització)	X	X	
Varicel·la	X		
Verola	X	X	X
Xarampió	X	X	X
Brots i situacions epidèmiques de qualsevol etiologia		X	X

Taula 2.- MDO a les Illes Balears, 2008-2009. Nombre de protocols numèrics processats per tipus de font.

tipus de fonts d'informació	2008		2009	
	núm. de declarants	comunicats rebuts	núm. de declarants	comunicats rebuts
Metges de família AP	537	17.699	542	20.860
Pediatres AP	153	4.341	156	6.470
Total A.Primària (exclosos metges reforç)	690	22.040	698	27.330
Metges reforç AP	16	85	16	89
Residències tercera edat	24	0	27	0
Hospitals	23	268	23	254
Xarxa privada i altres	47	213	21	179
Total	800	22.606	785	27.852

Taula 3.- MDO a les Illes Balears, 2006-2009. Nombre de protocols individualitzats processats.

2006	390
2007	484
2008	445
2009	430

Taula 4 (a).- MDO a les Illes Balears, 2009. Casos notificats per hospitals.

	Disenteria	Parotiditis	Tos ferina	Tuberculosi respiratòria	Tuberculosi altres formes
H. Son Llätzer	2	11		50	18
H. Son Dureta		4	1	35	12
H. Can Misses				13	5
H. Manacor				9	1
H. Mateu Orfila				3	4
H. d'Inca				8	
P. Miramar	1			2	
C. Palmaplanas				3	
C. Rotger				1	
H. Joan March					
C. Juaneda					
H. Muro				1	
Total	3	15	1	125	40

Inclou casos subnotificats (detectats per recerca activa)

Taula 4 (b) .- MDO a les Illes Balears, 2009. Casos notificats per hospitals.

	M. meningocòccica	Legionel·losi	Hepatitis A	Altres hepat	Leishmaniasi	MI Haemophilus	total
H. Son Llätzer	4	8			3	1	97
H. Son Dureta		10	4		2		68
H. Can Misses	2	4		1	2		27
H. Manacor		4	1				15
H. Mateu Orfila	1	4					12
H. d'Inca							8
P. Miramar		1			2	1	7
C. Palmaplanas		3					6
C. Rotger		1					2
H. Joan March		1					1
C. Juaneda		1					1
H. Muro							1
Total	7	37	5	1	9	2	245

Inclou casos subnotificats (detectats per recerca activa)

Taula 5.- MDO a les Illes Balears, 2006-2009. Subnotificació de malalties individualitzades. Hospitals amb recerca activa.

	Percentatge de casos subnotificats				reg	subn
	2006	2007	2008	2009	2009	2009
H. Son Dureta	18,7	11,3	10,1	13,2	68	9
H. Mateu Orfila	7,7	20,0	0,0	41,7	12	5
H. Can Misses	8,7	20,0	7,0	29,6	27	8
H. Manacor	57,1	48,5	40,0	53,3	15	8
H. Son Llätzer	20,0	21,7	10,3	5,2	97	5
H. Comarcal d'Inca	-	7,7	9,1	50,0	8	4
Total	20,0	21,0	11,3	17,2	227	39

Casos registrats (reg) i subnotificats (subn). No incloses deteccions de sífilis i MI per Streptococcus pneumoniae.

Taula 6.- MDO a les Illes Balears, 2009. Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària.

	Parot	TF	TBResp	TBC altres	Legio	Hepat A	Hepat B	Hepat altres	Leishmaniasi	total
Son Pisà	2					1	3	6		12
Pere Garau						2	3	2		7
Dalt S.Joan						1	3	3		7
Sant Antoni			1	1		2	1	1	1	7
Camp Redó	1			1				4		6
A. Bennàssar	1		1			1		3		6
Manacor			1				4			5
Can Misses			1	1	1		1			4
C.Mar Ponent	1	1					1	1		4
E.Graduada	1					2		1		4
Sant Agustí						1	1	2		4
Es Viver			1			1	1	1		4
Sta. Eulària			1	1	1			1		4
Formentera	2			1				1		4
Son Rutlan	1							2		3
Son Ferriol			1				1	1		3
Son Gotleu			1				1	1		3
Sta. Maria								2	1	3
Palmanova	1				1			1		3
Binissalem							1	2		3
Marines Muro							1	2		3
Vila						1	1	1		3
Can Pastilla							1	1		2
C. d'en Rabassa		1	1							2
Emili Darder							1	1		2
Rafal Nou								1	1	2
Son Serra	1							1		2
Sta. Catalina								2		2
Valldargent								2		2
Verge del Toro								2		2
Es Trencadors							2			2
Inca	1							1		2
Felanitx							1	1		2
Artà	1					1				2
Sant Jordi			1					1		2
S'Escorxador							1			1
Son Cladera									1	1
Ciutadella								1		1
Ferreries								1		1
Martí Serra	1									1
Calvià							1			1
Serra Nord								1		1
Llevant						1				1
Vilafranca	1									1
Xaloc Campos								1		1
Alcúdia	1									1
total	16	2	10	5	3	14	30	55	4	139

PAROT: Parotiditis; TF: Tos ferina; TB: Tuberculosi; Hepat: Hepatitis

No incloses comunicacions de sífilis i MI per Streptococcus pneumoniae.

Taula 7. - MDO a les Illes Balears, 2009. Notificacions per fonts, excloses Atenció Primària i hospitalària.

	Parotiditis	Grip	Diarrea	M.Mening.	Legionel-losi	Hepatitis	Leishmaniasi	Total
C.Penitenciari de Palma		14	5			9	1	29
Sóller EVA7 Exèrcit		24						24
CNE				1	21			22
C. Naval SEMBAL Exèrcit		14						14
B. Aèrea Son Sant Joan Exèrcit		10						10
Consulta privada Portals		4						4
Altres CCAA	1							1
Total	1	66	5	1	21	9	1	104

CNE: Centre Nacional d'Epidemiologia; Altres CCAA: Unitats d'Epidemiologia d'altres Comunitats Autònomes

Taula 8.- MDO a les Illes Balears, 2009. Nombre de casos distribuïts per illa i Palma. Índex Epidèmic Acumulat. (No inclosos casos de Herpes Zòster i MI per Streptococcus pneumoniae).

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears	
					Casos	IEA
Diarrea infec.aguda	19.278	39.251	4.033	5.752	49.041	1,42
Grip	10.821	23.856	1.761	2.928	28.607	2,96
Varicel·la	1.809	4.136	432	825	5.393	1,24
Inf. gonocòccica	23	28	0	6	34	0,83
Sífilis	55	71	7	20	98	1,32
F. Tifoide	0	0	0	0	0	-
Disenteria bacil·lar	2	3	0	0	3	3,00
F. exant. mediterrània	7	22	2	0	24	0,83
F. recurrent paparres	0	4	1	0	5	1,67
M. meningocòccica	6	17	1	2	20	1,05
M. H. Influenzae	1	2	0	0	2	-
Tuberculosi resp.	78	113	3	19	135	0,95
Tuberculosi, altres	24	32	4	9	45	1,02
Xarampió	0	0	0	0	0	-
Rubèola	0	0	0	0	0	-
Parotiditis	19	29	1	2	32	0,29
Tos ferina	2	3	0	0	3	0,33
Hepatitis A	10	14	1	4	19	2,11
Hepatitis B	13	23	3	4	30	1,58
Alt. hepatitis víriques	41	52	7	7	66	2,00
Legionel-losi	21	48	4	9	61	1,33
Tètan	0	0	0	0	0	-
Leishmaniasi	5	11	0	3	14	0,64
Triquinosi	0	0	0	0	0	-
Sífilis Cong.	0	0	0	0	0	-

Les xifres (casos) de les Illes Balears poden incloure casos sense illa assignada.

Índex Epidèmic Acumulat (IEA) global: Esperat (0,76-1,24); per sota de l'esperat ($\leq 0,75$); sobre l'esperat ($\geq 1,25$)

A Formentera, a l'any 2009 s'han detectat 147 casos de diarrees, 86 de grip, 1 de tuberculosi respiratòria, 59 de varicel·la, 1 de sífilis, 2 de parotiditis, 1 d'altres hepatitis i 1 d'altres tuberculosi

Taula 9.- MDO a les Illes Balears, 2009. Taxes per 100.000 habitants, per illes i Palma. (No incloses taxes d' Herpes Zòster i MI per Streptococcus pneumoniae).

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears
Diarrea infec.aguda	4.804,2	4.551,4	4.294,3	4.134,7	4.476,9
Grip	2.696,7	2.766,2	1.875,1	2.104,7	2.611,5
Varicel·la	450,8	479,6	460,0	593,0	492,3
Inf. gonocòccica	5,7	3,2	0,0	4,3	3,1
Sífilis	13,7	8,2	7,5	14,4	8,9
F. Tifoide	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Disenteria bacil·lar	0,5	0,3	0,0	0,0	0,3
F. exant. mediterrània	1,7	2,6	2,1	0,0	2,2
F. recurrent paparres	0,0	0,5	1,1	0,0	0,5
M. meningocòccica	1,5	2,0	1,1	1,4	1,8
M. H. Influenzae	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2
Tuberculosi resp.	19,4	13,1	3,2	13,7	12,3
Tuberculosi, altres	6,0	3,7	4,3	6,5	4,1
Xarampió	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rubèola	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Parotiditis	4,7	3,4	1,1	1,4	2,9
Tos ferina	0,5	0,3	0,0	0,0	0,3
Hepatitis A	2,5	1,6	1,1	2,9	1,7
Hepatitis B	3,2	2,7	3,2	2,9	2,7
Alt. hepatitis víriques	10,2	6,0	7,5	5,0	6,0
Legionel·losi	5,2	5,6	4,3	6,5	5,6
Tètan	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Leishmaniasi	1,2	1,3	0,0	2,2	1,3
Triquinosi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sífilis Cong.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Taula 10 (a).- MDO a les Illes Balears, 2009. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos. No inclou els casos amb zona bàsica desconeguda. No inclosa informació sobre Herpes Zòster i Malaltia invasiva per *Streptococcus pneumoniae*.

	Disenteria	Parotiditis	Grip	Gonocòccia	Sífilis	T. ferina	Diarrea
Can Pastilla			281		2		605
C.Mar Ponent		1	526	2	1	1	685
S'Escorxador		1	939	1	2		1363
Son Pisà		2	574	5	8		1272
Pere Garau		1	562	1	3		1058
Son Rutlan		1	443		1		822
Camp Redó		2	909	1	4		1564
Coll d'en Rabassa		1	677	3	1	1	1056
Emili Darder			847	1	2		1279
Escola Graduada		2	317		12		993
Rafal Nou		1	611	1	1		1004
Son Cladera		1	354		1		607
Son Ferriol		1	453				796
Son Gotleu	1	2	669	2	6		1419
Son Serra		1	607		3		1194
A. Bennàssar		1	1019	5	1		1763
Sta. Catalina			439		2		767
Valldargent			301		1		601
Sant Agustí	1	1	323	1	4		470
Martí Serra		4	555				1009
Calvià			501		1		1219
Tramuntana			203				412
Serra Nord		1	737				811
Sta. Maria			665		1		781
Llucmajor			477		2		993
Es Trencadors	1		486	3	2		1292
Muntanya			378				500
Palmanova		1	348		2		618
Inca		1	1358	1	1		1877
Binissalem			659		2	1	614
T. S. Miquel			578	1			427
Es Pla Sineu			297				632
Marines Muro			612				1083
Pollença			394				562
Capdepera			270				449
Porto Cristo			304				449
Manacor			762				1342
Llevant			552		1		795
Vilafranca		1	283				716
Felanitx			504				882
Xaloc Campos			692		1		634
Santanyí			243				312
Andratx			328		1		381
Alcúdia		1	515		2		778
Nuredduna Artà		1	304				365
Dalt Sant Joan		1	549		3		1127
Ciutadella			546		2		1511
Es Banyer Alaior			196				555
Ferreries			116				221
Verge del Toro			354		2		619
Can Misses			479	1	6		836
Es Viver			569	2	6		1276
Sant Antoni			580		2		1438
Sta. Eulària			676				1058
Formentera		2	86		1		147
Vila			431	2	5		730
Sant Jordi			107	1			267

Taula 10 (b).- MDO a les Illes Balears, 2009. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos. No inclou els casos amb zona bàsica desconeguda. No inclosa informació sobre Herpes Zòster i Malaltia invasiva per *Streptococcus pneumoniae*.

	Varicel·la	TB Resp.	TB, altres	F.Exa. Med.	I. Mening.	F. Recurr.
Can Pastilla	52	1		1		
C.Mar Ponent	57	7	2			
S'Escorxador	80	4	1			
Son Pisà	127	5				
Pere Garau	212	5	4	1		
Son Rutlan	72					
Camp Redó	83	4	1		1	
Coll d'en Rabassa	101	9	2			
Emili Darder	141	6	2	2		
Escola Graduada	75	5	4	1	1	
Rafal Nou	163	5	6			
Son Cladera	47	1			1	
Son Ferriol	32	2				
Son Gotleu	151	11	1	2	1	
Son Serra	114				1	
A. Bennàssar	139	8				
Sta. Catalina	40	1				
Valldargent	74	2	1		1	
Sant Agustí	49					
Martí Serra	93	2		1	1	
Calvià	83	2			1	1
Tramuntana	54					
Serra Nord	101	1			1	
Sta. Maria	61		1			
Llucmajor	41		1			
Es Trencadors	89	5				
Muntanya	34	1	1	2		
Palmanova	53		1		2	
Inca	143	4	2	4	2	
Binissalem	93		1	1	2	
T. S. Miquel	161	3				
Es Pla Sineu	24			1		
Marines Muro	167	1		1		
Pollença	78	2				
Capdepera	33	1				
Porto Cristo	28					
Manacor	144	4		1	1	
Llevant	105	2	1	1		
Vilafranca	39	2				
Felanitx	182	2				1
Xaloc Campos	222	1				
Santanyí	99			1		1
Andratx	72					
Alcúdia	98	1			1	
Nuredduna Artà	30	1		2		1
Dalt Sant Joan	124	1	2			
Ciutadella	157					1
Es Banyer Alaior	48	1			1	
Ferrieres	52			2		
Verge del Toro	51	1	2			
Can Misses	83	4	4			
Es Viver	84	3	1		2	
Sant Antoni	330	5	1			
Sta. Eulària	145	2	1			
Formentera	59	1	1			
Vila	68	1				
Sant Jordi	56	3	1			

Taula 10 (c).- MDO a les Illes Balears, 2009. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos. No inclou els casos amb zona bàsica desconeguda. No inclosa informació sobre Herpes Zòster i Malaltia invasiva per *Streptococcus pneumoniae*.

	Legionel·la	Hepatitis A	Hepatitis B	Hep, altres	Leishmaniosi	MI Haemoph
Can Pastilla	5		1	1		
C.Mar Ponent	6		1	1		
S'Escorxador	2		1			
Son Pisà		1	3	6		
Pere Garau		3	3	2	1	
Son Rutlan				2		
Camp Redó	1			14		
Coll d'en Rabassa	2				1	
Emili Darder			1	1		
Escola Graduada		2		1		
Rafal Nou	1			1	1	1
Son Cladera	1	2			1	
Son Ferriol			1	1		
Son Gotleu	2		1	1		
Son Serra	1			1		
A. Bennàssar		1		3		
Sta. Catalina				2		
Valldargent				2		
Sant Agustí		1	1	2		
Martí Serra	1					
Calvià			1		1	
Tramuntana					1	
Serra Nord	1			1		
Sta. Maria	1			2	1	
Llucmajor					1	
Es Trencadors	2		2			
Muntanya					1	
Palmanova	2			1		
Inca	2			1		
Binissalem			1	2		
T. S. Miquel		1				
Es Pla Sineu	1					
Marines Muro	2		1	2		
Pollença	2					
Capdepera	2					
Porto Cristo	1					
Manacor	2		4			
Llevant	1	1				
Vilafranca						
Felanitx	2	1	1	1		
Xaloc Campos				1		
Santanyí	3					1
Andratx						
Alcúdia	2					
Nuredduna Artà		1			1	
Dalt Sant Joan	2	1	3	3		
Ciutadella	1			1		
Es Banyer Alaior	1					
Ferrieres				1		
Verge del Toro				2		
Can Misses	2		1	1		
Es Viver		1	1	1		
Sant Antoni	3	2	1	1	1	
Sta. Eulària	4			1	1	
Formentera				1		
Vila		1	1	1	1	
Sant Jordi				1		

Taula 11.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2004-2009. Distribució per illes i dades de Palma, en nombres absoluts. Comparació amb el quinquenni anterior (índex epidèmic, IE).

Any	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears
2004	16.532	31.818	4.105	5.322	41.266
2005	14.825	25.938	3.025	3.890	32.865
2006	15.352	27.105	3.676	4.101	34.882
2007	15.914	27.364	3.256	3.896	34.516
2008	14.876	26.247	2.075	3.621	31.943
2009	19.278	39.251	4.033	5.752	49.041
IE	1,26	1,45	1,24	1,48	1,42

Les xifres totals de les Illes Balears poden incloure casos sense illa assignada

Taula 12.- Febre exantemàtica mediterrània a les Illes Balears, 2000-2009. Distribució per illes i Palma. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos					Taxa				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
2000	8	30	3	0	33	2,4	4,4	4,1	0,0	3,9
2001	10	23	1	0	24	2,9	3,3	1,3	0,0	2,7
2002	6	18	3	1	22	1,7	2,5	3,8	0,9	2,4
2003	5	16	0	1	17	1,4	2,1	0,0	0,9	1,8
2004	13	23	1	1	25	3,5	3,0	1,2	0,9	2,6
2005	8	26	1	0	27	2,1	3,3	1,2	0,0	2,7
2006	14	27	2	0	29	3,7	3,4	2,3	0,0	2,9
2007	19	43	6	0	49	5,0	5,3	6,6	0,0	4,8
2008	10	35	1	0	36	2,5	4,1	1,1	0,0	3,4
2009	7	22	2	0	24	1,7	2,6	2,1	0,0	2,2

Taula 13.- Febre recurrent per paparres a les Illes Balears, 2000-2009. Distribució per illes i Palma. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos					Taxes				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
2000	23	38	1	0	39	6,9	5,6	1,4	0,0	4,6
2001	7	14	0	0	14	2,0	2,0	0,0	0,0	1,6
2002	14	30	1	1	32	3,9	4,1	1,3	0,9	3,5
2003	6	30	0	0	31	1,6	4,0	0,0	0,0	3,3
2004	3	3	0	1	4	0,8	0,4	0,0	0,9	0,4
2005	1	3	0	0	3	0,3	0,4	0,0	0,0	0,3
2006	1	1	0	0	1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1
2007	1	2	0	0	2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,2
2008	20	21	0	3	24	5,0	2,5	0,0	2,2	2,2
2009	0	4	1	0	5	0,0	0,5	1,1	0,0	0,5

Les xifres de les Illes Balears poden incloure casos sense illa assignada

Taula 14.- Grip a les Illes Balears, 2009. Casos quadrisetmanals i taxa global per 100.000 habitants. Distribució per illes i Palma.

Període quadrisetmanal	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
1	1.499	3.444	453	489	4.390
2	1.364	2.816	285	221	3.323
3	547	1.133	111	119	1.367
4	179	434	47	45	537
5	104	249	20	24	293
6	40	121	12	17	150
7	97	275	16	104	395
8	512	1.227	36	416	1.679
9	596	1.542	45	373	1.964
10	882	1.826	64	211	2.101
11	1.880	3.723	112	161	4.001
12	2.410	5.454	313	497	6.287
13	711	1.612	247	251	2.120
Total casos	10.821	23.856	1.761	2.928	28.607
Taxa	2.696,7	2.766,2	1.875,1	2.104,7	2.611,5

Les xifres de les Illes Balears poden incloure casos sense illa assignada

Taula 15.- Grip a les Illes Balears, 2000-2009. Casos i taxes anuals per 100.000 habitants.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Casos	37.532	12.778	31.860	22.965	7.970	19.022	4.655	9.679	10.736	28.607
Taxes	4.438	1.454	3.475	2.424	835	1.935	465	939	1.001	2.611

Taula 16.- Herpes zòster a les Illes Balears, 2009. Distribució per edat i sexe. Casos i taxes per 100.000 habitants. (Font: e-SIAP).

Grups d'edat	Casos			Taxes		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
< 15	117	122	239	137,2	152,9	144,8
15 - 44	396	404	800	148,3	162,3	155,1
45 - 64	506	708	1.214	379,6	540,4	459,3
> 64	575	905	1.480	877,0	1069,6	985,5
Total	1.594	2.139	3.733	289,3	392,9	340,8

Taula 17.- Varicel·la a les Illes Balears, 2000-2009. Distribució per illes i Palma, en nombre absolut de casos i taxes per 100.000. Comparació amb el quinquenni 2004-2008 (índex epidèmic, IE).

Any	Casos					Taxa				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears
2000	2.126	4.462	143	530	5.135	636,7	659,1	196,7	552,7	Taxa
2001	2.612	5.486	366	1.045	6.897	753,3	781,3	486,1	1.032,5	785,0
2002	1.898	3.014	563	860	4.440	529,5	412,4	714,5	800,8	484,2
2003	2.143	4.122	148	434	4.715	583,5	547,0	182,6	385,1	497,7
2004	2.525	4.705	870	837	6.427	684,3	620,0	1.049,8	738,4	673,0
2005	1.097	1.937	175	620	2.736	291,9	249,0	201,9	522,7	278,3
2006	2.131	3.867	405	322	4.594	568,2	489,0	458,0	264,2	459,4
2007	739	1.395	324	943	2.662	192,9	171,3	359,1	747,6	258,5
2008	2.095	3.680	275	381	4.336	528,3	434,9	297,5	283,9	404,2
2009	1.809	4.136	432	825	5.393	450,8	479,6	460,0	593,0	492,3
IE	0,86	1,12	1,33	1,33	1,24					

Les xifres de les Illes Balears poden incloure casos sense illa assignada

Taula 18.- Hepatitis A a les Illes Balears, 2009. Casos per grups d'edat i sexe.

Grup d'edat	homes	dones	Total
< 15	1	1	2
15-24	2	1	3
25-34	6	1	7
≥ 35	5	2	7
Total	14	5	19

Taula 19.- Hepatitis B a les Illes Balears, 2009. Edat i sexe dels malalts: síntesi de les dades.

	homes	dones	total
mitjana	38	39	39
DE	11,8	14,2	12,2
mediana	37	35	36
min	19	24	19
max	62	68	68

Taula 20.- Altres hepatitis a les Illes Balears, 2000-2009. Casos per illa i Palma. Distribució per tipus d'hepatitis.

	Casos					Casos per tipus		
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears	Tipus C	Altres tipus	Desconegut
2000	3	3	0	5	8	8	0	0
2001	16	24	0	3	27	26	1	0
2002	15	17	1	2	20	19	0	1
2003	14	18	3	1	22	21	0	1
2004	13	16	6	0	22	22	0	0
2005	9	19	4	1	24	23	1	0
2006	19	29	1	3	33	33	0	0
2007	21	24	3	3	34	33	1	0
2008	29	35	3	6	45	45	0	0
2009	41	52	7	7	66	66	0	0

El total pot incloure casos amb illa no coneguda

Taula 21.- Infecció gonocòccica a les Illes Balears, any 2009. Distribució per grup d'edat i sexe. Dades de 31 dels 34 casos detectats.

Grup d'edat	Homes	Dones	Total	Percentatge
< 25 anys	5	0	5	16,1%
25 - 34 anys	16	3	19	61,3%
35 - 44 anys	2	0	2	6,5%
45 - 54 anys	4	0	4	12,9%
55 - 64 anys	0	1	1	3,2%
Total	27	4	31	100,0%

Taula 22.- Legionel·losi a les Illes Balears, 2000-2009. Casos per illa.

	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Desconegut	Total Illes Balears
2000	21	2	2	0	25
2001	31	3	3	1	38
2002	31	1	13	0	45
2003	46	10	7	1	64
2004	31	4	10	1	46
2005	32	4	6	1	43
2006	26	6	12	0	44
2007	47	2	3	2	54
2008	81	6	17	0	104
2009	48	4	9	0	61

Taula 23.- Legionel·losi a les Illes Balears, 2009. Casos per grups d'edat i sexe.

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
< 15	1	0	1
15-24	0	0	0
25-34	3	0	3
35-44	2	3	5
45-54	15	1	16
55-64	15	3	18
65-74	7	2	9
> 74	4	5	9
Total	47	14	61

Taula 24.- Legionel·losi a les Illes Balears, 2000-2009. Confirmació de laboratori, segons mètode analític.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total de casos	25	38	45	64	46	43	44	54	104	61
Casos confirmats	19	37	43	63	44	43	43	54	102	61
Percentatge de confirmació	76	97	96	98	96	100	98	100	98	100
Mètode diagnòstic:										
• Aïllament	5	7	4	4	2	0	2	4	5	0
• Ag. orina	10	29	38	58	41	42	41	50	97	60
• Seroconversió	4	1	1	1	1	1	0	0	0	1

Taula 25.- Leishmaniosi a les Illes Balears, 2009. Resum de variables.

	Viscerals-Mixtes	Cutànies
Casos	8	6
Homes	7	4
Dones	1	2
Casos pediàtrics (menors de 15 anys)	1	1
Rang d'edat	1-61 anys	14-72 anys
Rang d'edat (casos no pediàtrics)	37-61 anys	42-72 anys
Mitjana d'edat (casos no pediàtrics)	44 anys	56 anys
Mediana d'edat (casos no pediàtrics)	43 anys	59 anys
Infecció VIH	5	1
Factors de risc ambiental	1	1

Taula 26.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2000-2009. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos				Taxa			
	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
2000	16	0	2	18	2,4	0,0	2,1	2,1
2001	15	1	0	16	2,1	1,3	0,0	1,8
2002	21	6	1	28	2,9	7,6	0,9	3,1
2003	17	0	7	24	2,3	0,0	6,2	2,5
2004	20	1	1	22	2,6	1,2	0,9	2,3
2005	14	1	6	21	1,8	1,2	5,1	2,1
2006	11	1	3	15	1,4	1,1	2,5	1,5
2007	13	1	5	19	1,6	1,1	4,0	1,8
2008	13	1	4	18	1,5	1,1	3,0	1,7
2009	17	1	2	20	2,0	1,1	1,4	1,8
Taxa mitjana					2,1	1,6	2,6	2,1

Taula 27.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2009. Nombre de casos i taxes per 100.000 habitants. Distribució per sexe i grup d'edat.

grup d'edat	homes	dones	total
4 anys o menys	7	3	10
5 a 14 anys	2	3	5
15 a 64 anys	3	2	5
més de 64 anys	0	0	0
Total	12	8	20
Taxa 0-14 anys			9,1
Taxa majors de 14 anys			0,5

Taula 28.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2009. Distribució de serogrups per grup d'edat.

grups d'edat	B	C	Altres sg	No conegut	Total
fins 1 any	4	0	0	0	4
1 a 4	2	0	0	4	6
5 a 14	2	0	0	3	5
15 a 24	1	0	0	0	1
Més de 24	2	1	0	1	4
Total	11	1	0	8	20

Taula 29.- Malaltia invasora per *Haemophilus influenzae* a les Illes Balears, 1999-2009. Resum de variables dels casos.

Casos del període	13
Casos confirmats	13
Homes	6
Casos pediàtrics (menors de 15 anys)	6
Rang d'edat (casos pediàtrics)	4 mesos-9 anys
Vacunats (casos pediàtrics)	4
Rang d'edat dels vacunats (casos pediàtrics)	4-23 mesos
Rang d'edat (casos no pediàtrics)	55-86 anys
Promig d'edat (casos no pediàtrics)	68 anys
Mediana d'edat (casos no pediàtrics)	65 anys
Vacunats (casos no pediàtrics)	0

Nota: Anys 2005-2008 sense casos detectats

Taula 30.- Malaltia invasiva per *Streptococcus pneumoniae* a les Illes Balears, 2009. Distribució per grup d'edat i sexe.

Grup d'edat	Home	Dona	Total	%
< 15 anys	6	3	9	20,9%
15 - 64 anys	8	3	11	25,6%
> 64 anys	9	14	23	53,5%
Total	23	20	43	100,0%

Taula 31.- Parotiditis a les Illes Balears, 2000-2009. Distribució per illes i Palma. Taxes per 100.000 habitants.

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total IB
2000	1,5	58,0	1,4	5,2	47,2
2001	1,7	15,0	5,3	5,9	13,1
2002	4,5	3,6	1,3	8,4	3,9
2003	3,3	2,0	2,5	16,0	3,7
2004	2,4	4,2	4,8	114,7	17,4
2005	3,7	5,4	1,2	401,3	52,8
2006	2,7	3,4	0,0	20,5	5,2
2007	4,7	5,4	2,2	52,3	10,9
2008	2,5	2,6	5,4	6,0	3,3
2009	4,7	3,4	1,1	1,4	2,9

Taula 32.- Parotiditis a les Illes Balears, 2009. Casos, taxes i estat vacunal per grup d'edat. Taxes per 100.000.

grups d'edat	Vacunació					Taxa
	Sí, correcta	Sí, incorrecta	No	No consta	Total	
menys de 2 anys	2	0	1	1	4	16,7
2 a 4 anys	9	0	1	1	11	31,2
5 a 14 anys	9	0	0	0	9	8,5
15 a 24 anys	2	1	0	0	3	2,5
més de 24 anys	0	0	5	0	5	0,6
total	22	1	7	2	32	2,9

Taula 33.- Sífilis a les Illes Balears, 2000-2009. Casos i taxes per illes i Palma. Taxes per 100.000.

	Casos					Taxa				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
2000	14	17	1	0	18	4,2	2,5	1,4	0,0	2,1
2001	16	26	0	0	26	4,6	3,7	0,0	0,0	3,0
2002	26	32	0	3	35	7,3	4,4	0,0	2,8	3,8
2003	24	37	0	3	40	6,5	4,9	0,0	2,7	4,2
2004	32	54	2	11	67	8,7	7,1	2,4	9,7	7,0
2005	35	47	5	0	52	9,3	6,0	0,0	4,2	5,3
2006	47	70	4	10	84	12,5	8,9	4,5	8,2	8,4
2007	45	62	7	5	74	11,7	7,6	7,8	4,0	7,2
2008	59	86	4	9	99	14,9	10,2	4,3	6,7	3,4
2009	55	71	7	20	98	13,7	8,2	7,5	14,4	8,9

Taula 34.- Sífilis a les Illes Balears, any 2009. Distribució per grup d'edat i sexe de 82 dels 98 casos detectats.

Grup d'edat	Home	Dona	Total	Percentatge
< 25 anys	2	5	7	8,5%
25 - 34 anys	19	8	27	6,1%
35 - 44 anys	15	2	17	32,9%
45 - 54 anys	7	4	11	20,7%
55 - 64 anys	12	1	13	13,4%
> 64 anys	5	0	5	15,9%
No consta	2	0	2	2,4%
Total	62	20	82	100,0%

Taula 35.- Tos ferina a les Illes Balears, 2000-2009. Incidència anual en nombre absolut de casos. Distribució per illes i Palma.

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total IB
2000	2	2	0	0	2
2001	7	7	0	2	9
2002	3	3	0	0	3
2003	0	0	0	0	0
2004	10	14	0	2	16
2005	9	10	0	0	10
2006	5	6	0	0	6
2007	0	0	0	0	0
2008	2	2	1	6	9
2009	2	3	0	0	3

Taula 36.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 2000-2009. Casos i taxes per illes i Palma. Taxes per 100.000.

	Palma		Mallorca		Menorca		Pitiüses		Total	
	Casos	Taxes	Casos	Taxes	Casos	Taxes	Casos	Taxes	Casos	Taxes
2000	64	19,2	118	17,4	9	12,4	28	29,2	155	18,3
2001	51	14,7	95	13,5	5	6,6	19	18,8	119	13,5
2002	58	16,2	95	13,0	3	3,8	25	23,3	123	13,4
2003	62	16,9	109	14,5	4	4,9	22	19,5	138	14,6
2004	78	21,1	111	14,6	6	7,2	34	30,0	159	16,6
2005	57	15,2	100	12,9	11	12,7	30	25,3	142	14,4
2006	51	13,6	78	9,9	10	11,3	36	29,5	125	12,5
2007	65	17,0	115	14,1	5	5,5	14	11,1	138	13,4
2008	81	20,4	116	13,7	7	7,6	23	17,1	146	13,6
2009	78	19,4	113	13,1	3	3,2	19	13,7	135	12,3

Els totals de cada any poden incloure casos amb illa no coneguda

Taula 37.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 2009. Casos i taxes per sexe i grup d'edat. Taxes per 100.000 habitants.

grup d'edat	casos			taxes		
	homes	dones	total	homes	dones	total
0 a 4 anys	1	3	4	3,2	10,6	6,7
5 a 9 anys	2	1	3	7,1	3,7	5,5
10 a 14 anys	0	1	1	0,0	4,0	2,0
15 a 24 anys	4	8	12	6,5	13,3	9,8
25 a 34 anys	18	16	34	17,3	16,5	16,9
35 a 44 anys	21	11	32	20,8	12,0	16,6
45 a 54 anys	17	5	22	22,5	6,8	14,8
55 a 64 anys	17	1	18	29,4	1,7	15,6
65 a 74 anys	3	0	3	7,9	0,0	3,8
més de 74 anys	5	1	6	18,0	2,3	8,4
total	88	47	135	16,0	8,6	12,3

Taula 38.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 2000-2009. Nombre de casos i taxes per illes i Palma. Taxes per 100.000.

	Palma		Mallorca		Menorca		Pitiüses		Total IB	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
2000	8	2,4	17	2,5	4	5,5	4	4,2	25	3,0
2001	18	5,2	27	3,8	1	1,3	6	5,9	34	3,9
2002	17	4,7	25	3,4	0	0,0	7	6,5	33	3,6
2003	17	4,6	29	3,8	2	2,5	13	11,5	45	4,8
2004	22	6,0	29	3,8	2	2,4	10	8,8	42	4,4
2005	21	5,6	33	4,2	1	1,2	5	4,2	40	4,1
2006	24	6,4	34	4,3	0	0,0	10	8,2	44	4,4
2007	29	7,6	45	5,5	1	1,1	7	5,5	54	5,2
2008	20	5,0	35	4,1	2	2,2	8	6,0	45	4,2
2009	24	6,0	32	3,7	4	4,3	9	6,5	45	4,1

Les xifres de les Illes Balears (total) de casos poden incloure casos sense illa assignada

Taula 39.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 2009. Casos i taxes per sexe i grup d'edat. Taxes per 100.000.

grup d'edat	casos			taxes		
	homes	dones	total	homes	dones	total
0 a 14 anys	1	0	1	1,2	0,0	0,6
15 a 44 anys	18	8	26	6,7	3,2	5,0
45 a 64 anys	7	5	12	5,3	3,8	4,5
més de 64 anys	5	1	6	7,6	1,2	4,0
total	31	14	45	5,6	2,6	4,1

Taula 40.- Malaltia de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) a les Illes Balears, 1993-2009. Nombre de comunicacions investigades i casos anuals, distribuïts per diagnòstic definitiu i any de diagnòstic.

Any de diagnòstic	Casos investigats	MCJ confirmada	MCJ probable	MCJ possible	Total MCJ	Casos descartats
1993	1	1	0	0	1	0
1994	2	1	1	0	2	0
1996	1	0	0	0	0	1
1997	1	0	1	0	1	0
1999	1	1	0	0	1	0
2000	1	0	1	0	1	0
2001	1	0	0	0	0	1
2002	1	1	0	0	1	0
2003	1	0	0	0	0	1
2004	1	0	0	0	0	1
2005	3	0	2	0	2	1
2008	1	0	1	0	1	0
2009	4	2	1	1	4	0
Total	19	6	7	1	14	5

Nota: tots els casos anteriors a 2003 es detectaren mitjançant una recerca retrospectiva.

Taula 41.- Paràlisi flàccida aguda (PFA) a les Illes Balears. Casos detectats des del principi del pla d'eradicació de la poliomielitis. Variables bàsiques.

Data inici paràlisi	Edat	Sexe	Dosis VPO ¹	Vacunació ²	Diagnòstic definitiu	Classificació	Notificació
des-99	10 anys	home	5	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
jul-00	14 anys	dona	5	Correcta	Mielitis transversa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
jun-00	2 anys	dona	3	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Manacor
sep-00	2 anys	home	4	Correcta	Paràlisi etiologia desconeguda	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría CS St. Antoni
sep-00	3 anys	home	3	Incompleta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Manacor
sep-01	2 mesos	dona	1	Correcta	S. Werning Hoffman	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
mar-02	1 any	home	3	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
oct-02	17 mesos	dona	3	Correcta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No polio)	Microbiologia H Son Dureta
mai-04	5 anys	dona	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría P. Miramar
feb-05	22 mesos	home	3	Incompleta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría C. Rotger
nov-04	14 mesos	home	2	Incompleta	Poliomielitis	Poliomielitis associada a VOP (virus Sabin 2)	Pediatría H Son Dureta
oct-06	3 anys	dona	3	Correcta	Mielitis difusa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
des-06	16 mesos	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
jul-07	13 mesos	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
set-07	9 anys	home	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
abr-08	6 anys	dona	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Microbiologia H Son Dureta
nov-08	5 anys	home	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
nov-08	9 anys	dona	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	CMBD H Manacor
oct-08	12 anys	dona	5	Correcta	Mielitis transversa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Llàtzer
feb-09	2 anys	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Dureta
mai-09	5 anys	home	2	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Llàtzer
jul-09	14 mesos	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Can Misses

(1) VPO: vacuna de la poliomielitis oral.

(2) Amb qualsevol tipus de vacuna (oral o inactivada, o una combinació de les dues)

Taula 42.- Sistema d'informació de nous diagnòstics de VIH a les Illes Balears, 2003-2009. Casos per categoria de transmissió i grup d'edat. Actualització: 31/12/2009.

	hsh	%	udvp	%	hmr	%	htsx	%	desc.	%	Total
menors de 13	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
13 a 19	5	1,8	5	3,2	0	0,0	3	0,8	3	2,2	16
20 a 29	76	27,4	29	18,6	0	0,0	84	22,3	30	22,2	219
30 a 39	115	41,5	77	49,4	0	0,0	133	35,3	46	34,1	371
40 a 49	61	22,0	41	26,3	0	0,0	98	26,0	27	20,0	227
50 a 59	11	4,0	4	2,6	0	0,0	43	11,4	23	17,0	81
60 i més	9	3,2	0	0,0	0	0,0	16	4,2	6	4,4	31
Desc	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Total	277	100,0	156	100,0	2	100,0	377	100,0	135	100,0	947
Mitjana edat	36		35				39				37

hsh: homosexual-bisexual; udvp: usuari de drogues per via parenteral; hmr: fill de mare de risc; htsx : heterosexual; desc: desconegut

Taula 43.- Sistema d'informació de nous diagnòstics de VIH a les Illes Balears, 2003-2009. Fonts d'Informació. Inclou els casos subnotificats. Actualització: 31/12/2009.

	Casos	%		Casos	%		Casos	%
H Son Llàtzer	225	23,8	CS Rafal Nou	7	0,7	CS Can Pastilla	2	0,2
H Son Dureta*	204	21,5	P. Miramar	6	0,6	CS Es Banyer	2	0,2
H Manacor	46	4,9	CS S'Arenal	6	0,6	CS Felanitx	2	0,2
H Can Misses	31	3,3	CS Son Serra	6	0,6	CS Formentera	2	0,2
CS Son Gotleu	30	3,2	CS Alcúdia	5	0,5	CS Muntanya	2	0,2
CS Can Misses	26	2,7	CS D Sant Joan	5	0,5	CS V. del Toro	2	0,2
H Mateu Orfila	22	2,3	CS Sant Antoni	5	0,5	CS Xaloc	2	0,2
CS Son Pisà	19	2,0	CS Santa Catalina	5	0,5	C. Penit. Eivissa	2	0,2
CS C del Mar	17	1,8	CS Son Ferriol	5	0,5	Metges Privats	2	0,2
CS E. Graduada	17	1,8	Metges del Mon	5	0,5	C. Rotger	1	0,1
Laboratoris	17	1,8	P. Ntra Sra Rosario	4	0,4	H Joan March	1	0,1
H. d'Inca	16	1,7	CS Calvià	4	0,4	H Muro	1	0,1
CS Sant Agustí	16	1,7	CS Ferreries	4	0,4	CS Andratx	1	0,1
CS Emili Darder	14	1,5	CS Inca	4	0,4	CS Artà	1	0,1
CS Es Viver	13	1,4	CS Manacor	4	0,4	CS Binissalem	1	0,1
CS Valldargent	13	1,4	CS Palmanova	4	0,4	CS Canal Salat	1	0,1
CS A.Bennàssar	12	1,3	CS Son Cladera	4	0,4	CS Es Pla Sineu	1	0,1
CS Camp Redó	12	1,3	CS Tramuntana	4	0,4	CS Marines	1	0,1
CS Pere Garau	12	1,3	H d'Alcúdia	3	0,3	CS Marti Serra	1	0,1
CS Vila	12	1,3	CS Son Servera	3	0,3	CS Porto Cristo	1	0,1
C. Penitenciari Palma	11	1,2	CS Santa Eulària	3	0,3	CS Santanyí	1	0,1
CS C d'en Rabassa	9	1,0	CS Santa Maria	3	0,3	CS T.Sant Miquel	1	0,1
CS S'Escorxador	9	1,0	CS Son Rutlan	3	0,3	Banc de Sang	1	0,1
CS Es Trencadors	7	0,7	P. Verge Gracia	2	0,2	P. General Riera	1	0,1

*M.Interna (195); UCI (3); Hematologia (3); Pediatria (1); altres unitats (2)

Taula 44.- Xarampió autòcton a les Illes Balears, 2000-2009. Resum de variables.

Casos del període	28
Homes	16 (57,1%)
Promig d'edat (Desviació típica)	15,8 anys (11,9)
Mediana d'edat	20,5
Rang d'edat	12 mesos-34 anys
Fins 15 mesos d'edat	9 (32,1%)
Nascuts abans del 1985	16 (57,1%)
Casos prevenibles ⁽¹⁾	20 (71,4%)
Havien rebut alguna dosi de vacuna	6
- Una sola dosi (casos confirmats)	3
- Durant el període d'incubació (una sola dosi)	2
- Dues dosis (cas compatible clínicament, no confirmat per laboratori ni per vincle amb malalt)	1

(1) No vacunats, amb indicació de vacunació: edat, professió, contactes de cas
Anys 2003, 2005, 2007 i 2009 sense casos autòctons

Taula 45.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2009. Perfil epidemiològic complet.

Caràcter	n	Origen	n	Etiologia	n
Col·lectiu	7	Alimentari	7	Infeciosa	5
				Tòxica	2
				Desconeguda	0
		Hídric	0	Infeciosa	0
				Tòxica	0
				Desconeguda	0
		Desconegut	0		
Familiar	1	Alimentari	1	Infeciosa	1
				Tòxica	0
				Desconeguda	0
		Hídric	0		
		Desconegut	0		
Poblacional	0				
Total	8				

n= Nombre de brots

Taula 46.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2000-2009. Etiologia i agents identificats.

anys	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total de brots	29	34	28	30	27	37	23	27	11	8
- Brots amb agent identificat	15	19	16	17	14	24	12	14	6	5
- % Brots amb agent identificat	51,7	55,9	57,1	56,7	51,9	64,9	52,2	51,9	54,5	62,5
Etiologia infecciosa	28	29	26	30	26	30	18	24	7	6
- <i>Salmonella</i>	15	18	15	17	10	21	10	8	2	4
- <i>Staphylococcus</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
- <i>Clostridium perfringens</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- <i>E. coli</i>	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
- Giàrdia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
- Virus	0	1	0	0	2	2	0	2	0	0
- <i>Campylobacter</i>	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
- No identificació agent	13	10	10	13	12	7	8	12	3	2
Etiologia tòxica	1	5	0	0	1	2	3	3	3	2
- Histamina	0	0	0	0	0	1	2	2	2	1
- Plom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- No identificació agent	1	5	0	0	1	1	1	1	1	1
Etiologia desconeguda	0	0	2	0	0	5	2	0	1	0

Taula 47.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2009. Variables bàsiques.

Notificador	Municipi	Àmbit	NA	Vehicle	Agent
H. Son Llàtzer- Unitat d'admissions	Palma	hipermercat	3	ou cru o poc cuit	salmonel.la
CS Pere Garau	Llucmajor	hipermercat	4	ou cru o poc cuit	salmonel.la
CS Arquitecte Bennàssar	Palma	bar-restaurant	2	peix i marisc	desconegut
Afectats	Palma	peixateria	2	peix i marisc	histamina
H.Son Dureta. Laboratori de micro	Palma	centres escolars	8	desconegut	salmonel.la
Afectats	Palma	altres	15	desconegut	desconegut
H. Manacor. Servei d'urgències	Campos	bar-restaurant	33	desconegut	desconegut
Hospital de Muro	Sa Pobla	familiar	8	desconegut	salmonel.la

NA= Nombre d'afectats

Taula 48.- Brots de transmissió no alimentària a les Illes Balears, 2009. Variables bàsiques.

Notifica	Síndrome clínica	Etiologia	Transmissió	NA	Àmbit	Illat
H. Can Misses	IRA	Desconegut	Respiratòria	2	Poblacional	EIV
Direcció escola	Estomatitis aftosa	V. herpes simple I	Contacte directe	6	Escolar	MA
CNE- EWGLINET	Pneumònia	<i>Legionella</i> SG1	Inhalatòria	3	Hotel	MA
H. Can Misses	TB Respiratòria	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Poblacional	EIV
H. Son Llätzer-CS Son Gotleu	TB Respiratòria	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar	MA
H. Son Llätzer	TB Respiratòria	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar	MA
Microbiologia C.Rotger	Cel·lulitis	<i>M. abscessus</i>	Inoculació	16	Centre sanitari	MA
CA Andalusia-CNE	Èczema contacte	p_fenildiamina	Contacte directe	4	Escolar	MA
Afectats	GEA	Virus no identificat*	Desconegut	5	Familiar	MA
Direcció escola	Escarlatina	<i>S. pyogenes</i>	Respiratòria	10	Escolar	MA
H. Mateu Orfila	Sífilis	<i>T. pallidum</i>	Contacte directe	2	Familiar	MEN
CS Can Misses	Sífilis	<i>T. pallidum</i>	Contacte directe	2	Familiar	EIV
UB Algaida	Sífilis	<i>T. pallidum</i>	Contacte directe	2	Familiar	MA
CS Vila	Sífilis	<i>T. pallidum</i>	Contacte directe	2	Familiar	EIV
CS Sant Agustí	Hepatitis A	VHA	Contacte directe	2	Familiar	MA
CMBD H. Son Dureta	Hepatitis A	VHA	Contacte directe	2	Familiar	MA
Ajuntament de Palma	IRA	VRS	Respiratòria	8	Escolar	MA

Nota: NA = nombre d'afectats; CNE = Centre Nacional d'Epidemiologia;

CMBD = Conjunt mínim bàsic de dades: Detecció activa per revisió d'altres hospitalàries

GEA = Gastroenteritis aguda; IRA = Infecció respiratòria aguda

(*) No confirmat

Taula 49.- Casos importats de MDO a les Illes Balears, 2009. Distribució per malaltia i notificador.

	Legio	TB	Lepre	Palu	MM	I.Gon.	Paro	Xar	Hepat.	Dengue	Disent	Total
H. Son Dureta		4		5			1	1				11
H. Son Llätzer		2		5					1	2	1	11
H. Mateu Orfila	1		1	2								4
H. Can Misses	1	1										2
H. Palmaplanas	2											2
CNE	1				1							2
H. Comarcal d'Inca			1									1
H. Manacor		1										1
H. Muro					1							1
Policlínica Miramar						1						1
Clínica Rotger											1	1
CS Can Pastilla									1			1
CS Camp Redó		1										1
CS Son Gotleu										1		1
CS Verge del Toro							1					1
CS Sta. Eulària									1			1
Total	5	9	2	12	2	1	2	1	3	3	2	42

CNE: Centre Nacional d'Epidemiologia; Legio: Legionel·losi; TB: Totes les formes de tuberculosi; Palu: Paludisme; MM: Meningitis Meningocòccica; I.Gon.: Infecció Gonocòccica; Paro: Parotiditis; Xar: Xarampi; Hepat: Totes les hepatitis víriques (A, B, altres); Disent: Disenteria bacil·lar.

Taula 50.- Casos importats de MDO a les Illes Balears, 2009. Tipologia de cas.

	Legio	TB	Lepra	Palu	MM	I.Gon.	Paro	Xar	Hepat.	Dengue	Disent	Total
Cooperant												-
Immigrant estranger		6	2	5					1	3		17
Immigrant espanyol												-
Turistes amb residència habitual a:												
- Illes Balears	2					1		1	2		2	8
- Resta d'Espanya	2				1		1					4
- Països estrangers	1	1			1		1					4
Treballador temporal a països de risc		1										1
VFR's				7								7
Altres		1										1
Total	5	9	2	12	2	1	2	1	3	3	2	42

Legio: Legionel·losi; TB: Totes les formes de tuberculosi; Palu: Paludisme; MM: Meningitis Meningocòccica; I.Gon.: Infecció Gonocòccica; Paro: Parotiditis; Xar: Xarampió; Hepat: Totes les hepatitis víriques (A, B, altres); Disent: Disenteria bacil·lar.

Taula 51.- Casos importats de MDO a les Illes Balears, 2009. Lloc més probable d'adquisició de la malaltia.

	Legio	TB	Lepra	Palu	MM	I.Gon.	Paro	Xar	Hepat.	Dengue	Disent	Total
Espanya	3	2			1		1					7
Nigèria				7								7
Bolívia			2						1	3		6
Desconegut	1					1	1					3
Equador				1					1			2
Guinea Equatorial				2								2
Regne Unit					1			1				2
Alemanya		1										1
Angola				1								1
Armènia											1	1
Brasil		1										1
Ghana				1								1
India		1										1
Marroc											1	1
Mèxic		1										1
Moçambic		1										1
Romania		1										1
Senegal		1										1
Thailàndia									1			1
Xina	1											1
Total	5	9	2	12	2	1	2	1	3	3	2	42

Legio: Legionel·losi; TB: Totes les formes de tuberculosi; Palu: Paludisme; MM: Meningitis Meningocòccica; I.Gon.: Infecció Gonocòccica; Paro: Parotiditis; Xar: Xarampió; Hepat: Totes les hepatitis víriques (A, B, altres); Disent: Disenteria bacil·lar.

ÍNDIX DE FIGURES

Figures	Pag.
1 Diarrea infecciosa aguda. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic ..	91
2 Diarrea infecciosa aguda. Taxes anuals. Anys 2000-2009	91
3 Febre exantemàtica mediterrània. Taxes anuals. Anys 2000-2009	92
4 Febre recurrent per paparres. Taxes anuals. Anys 2000-2009	92
5 Grip. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	93
6 Grip. Taxes quadrisetmanals. Anys 2000-2009	93
7 Grip. Temporada gripal 2008-2009 i període intertemporada. Canal endemoepidèmic	94
8 Varicel·la. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	94
9 Varicel·la. Taxes anuals. Anys 1982-2009	95
10 Varicel·la. Taxa específica per grups d'edat (Font: e-SIAP)	95
11 Hepatitis A. Taxes anuals i tendència. Anys 2000-2009	96
12 Hepatitis B. Taxes anuals globals i per illa. Anys 2000-2009	96
13 Altres hepatitis víriques. Taxes anuals globals i per illa. Anys 2000-2009	97
14 Infecció gonocòccica. Taxes anuals. Anys 2000-2009	97
15 Legionel·losi. Casos per mes d'inici de símptomes. Canal endemoepidèmic ..	98
16 Legionel·losi. Taxes anuals. Incidència a població autòctona y a població turística. Anys 2000-2009	98
17 Leishmaniosi. Casos anuals per tipus de leishmaniosi. Anys 2000-2009	99
18 Malaltia meningocòccica. Casos per mes d'inici de símptomes i canal endemoepidèmic	99
19 Malaltia meningocòccica. Casos a les temporades 2000-2001 a 2008-2009 ..	100
20 Malaltia meningocòccica. Taxes anuals. Anys 2000-2009	100
21 Malaltia meningocòccica. Evolució dels serogrupos. Anys 2000-2009	101
22 Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenza</i> . Casos i taxes. Anys 2000-2009 ..	101
23 Parotiditis. Taxes anuals. Anys 2000-2009	102
24 Sífilis. Taxes anuals. Anys 1982-2009	102
25 Tos ferina. Taxes anuals. Anys 2000-2009	103
26 Tuberculosi respiratòria. Taxa anual i tendència. Anys 2000-2009	103
27 Tuberculosi respiratòria. Taxes anuals i tendència per illa. Anys 2000-2009 ..	104
28 Tuberculosi respiratòria. Taxes per sexe. Anys 2000-2009	104
29 Tuberculosi no respiratòria. Taxa anual i tendència. Anys 2000-2009	105
30 Nous diagnòstics VIH. Casos per any. Anys 2003-2009	105
31 Nous diagnòstics VIH. Diagn. tardans i inf. recents per sexe. Anys 2003-2009 ..	106
32 Nous diagnòstics VIH. Inf. recents per categoria de transmissió. Anys 2003-2009	106
33 Nous diagnòstics VIH. Diagn. tardans per categoria de transmissió. Anys 2003-2009	107
34 Sida. Taxes per illa. Anys 1986-2009	107
35 Xarampió. Taxes anuals. Anys 2000-2009	108
36 Brots de transmissió alimentària per illa i mediana 2004-2008	108
37 Brots alimentaris. Brots total i per illa. Anys 1988-2009	109
38 Brots de transmissió alimentària d'etiologia infecciosa (anys 1988-2009). Distribució per microorganisme	109
39 Brots no alimentaris 2000-2009. Nombre anual i mediana 2004-2008	110
40 Casos importats. Casos per any. Anys 1990-2009	110
41 Casos importats. Paludisme i Tuberculosi. Casos per any. Anys 1990-2009 ..	111

Figura 1 .- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2009
 Taxes quadrisetmanals per 100.000 i canal endemoepidèmic

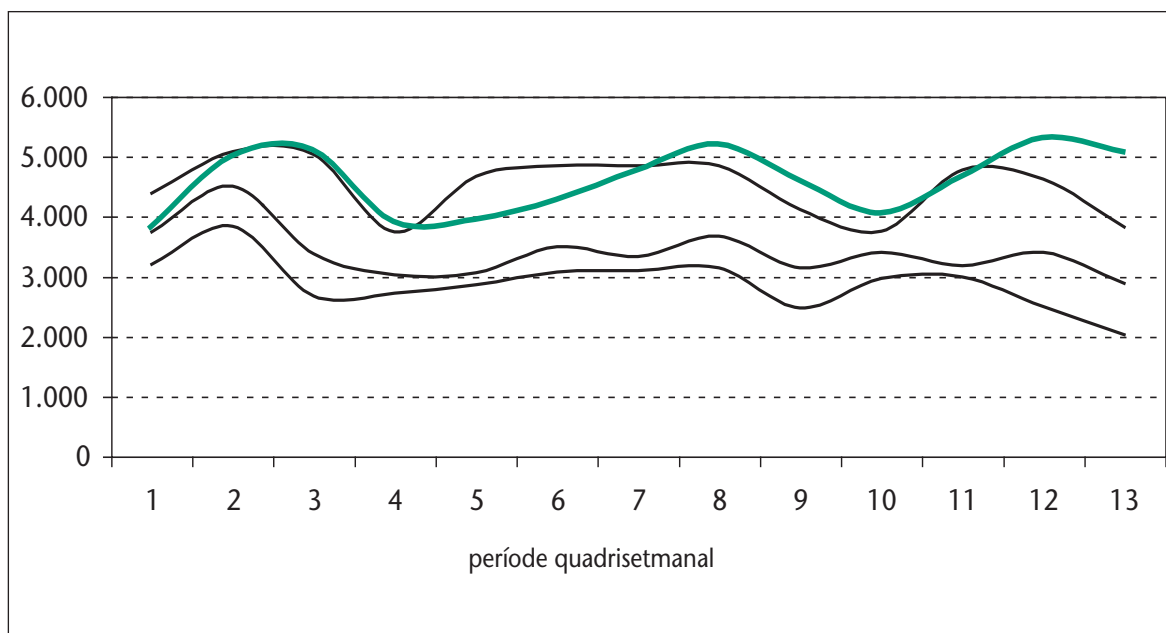


Figura 2.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2000-2009 Taxes per 100.000

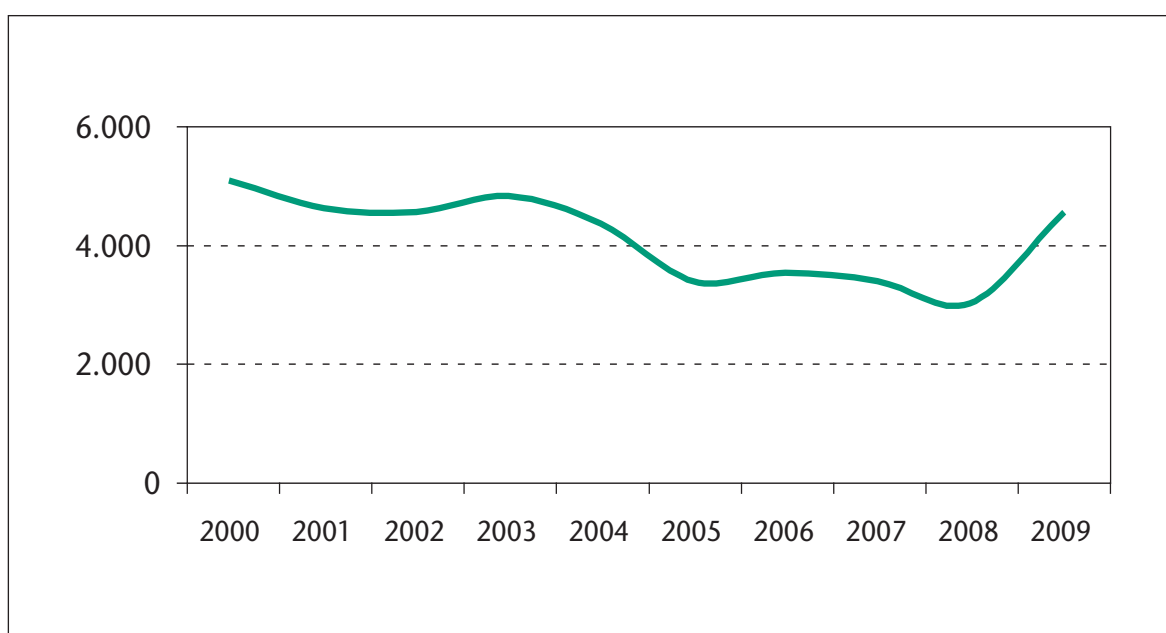


Figura 3.- Febre exantemàtica mediterrània (febre botonosa) a les Illes Balears, 2000-2009. Taxes per 100.000

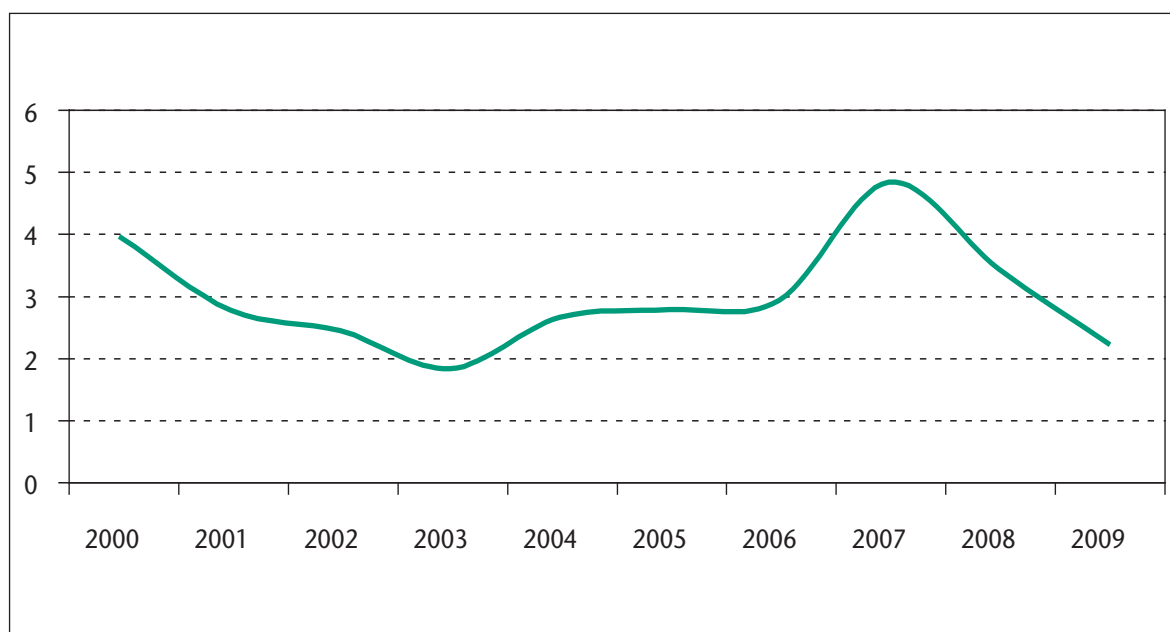


Figura 4.- Febre recurrent per paparres a les Illes Balears, 2000-2009. Taxes per 100.000

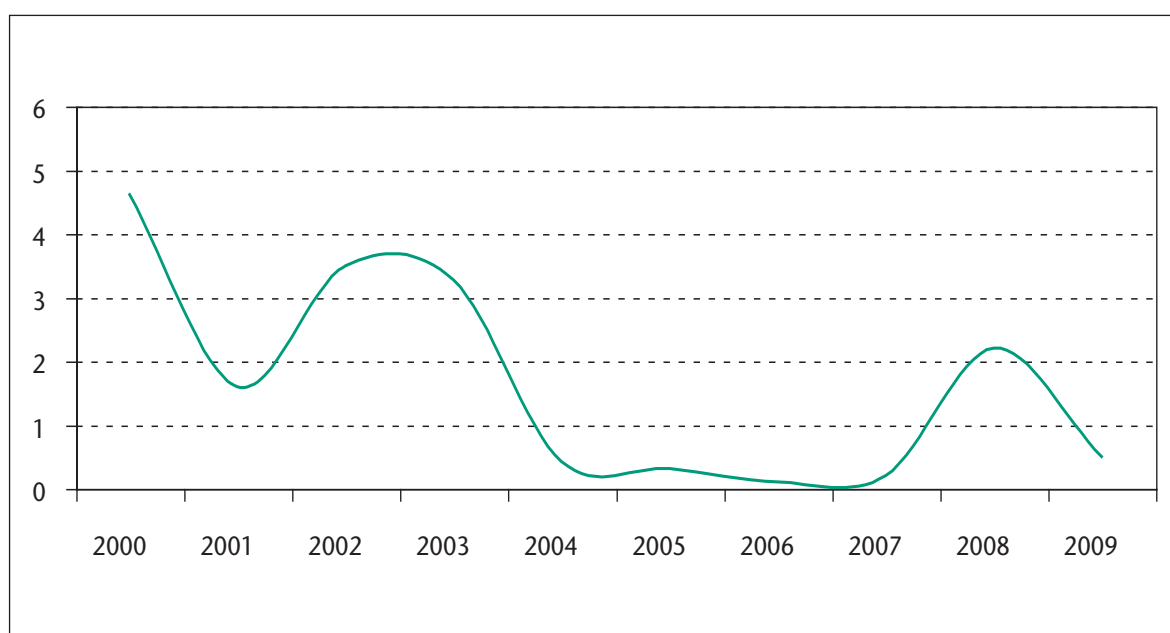


Figura 5.- Grip a les Illes Balears, 2009.
Taxes quadrisetmanals per 100.000 i canal endemoepidèmic

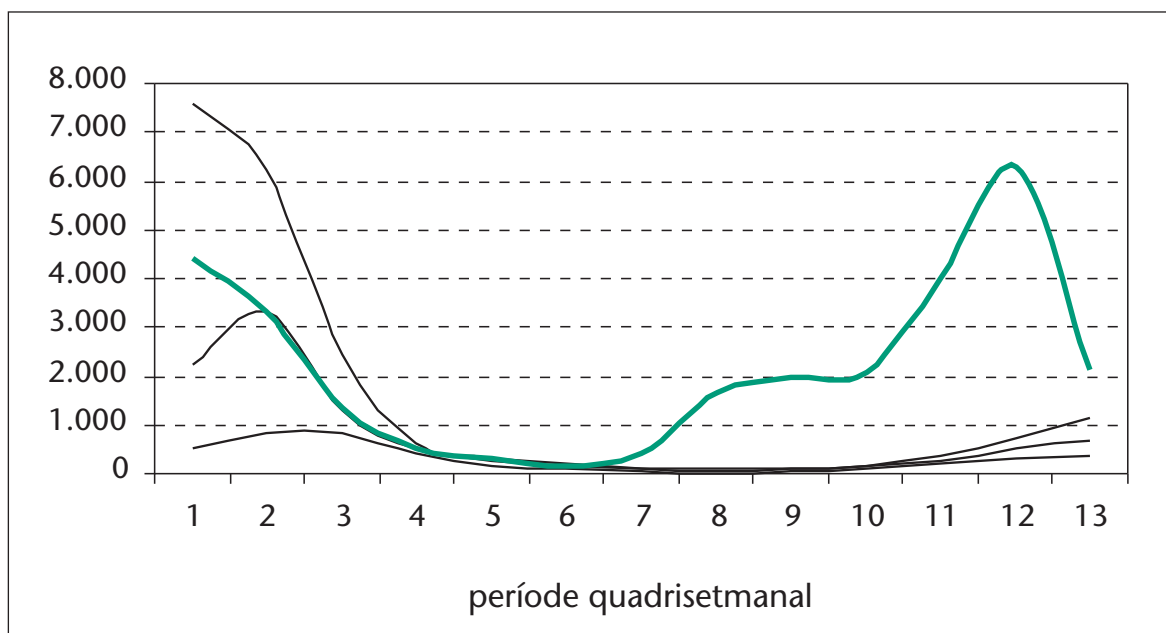


Figura 6.- Grip a les Illes Balears, 2000-2009
Taxes quadrisetmanals per 100.000

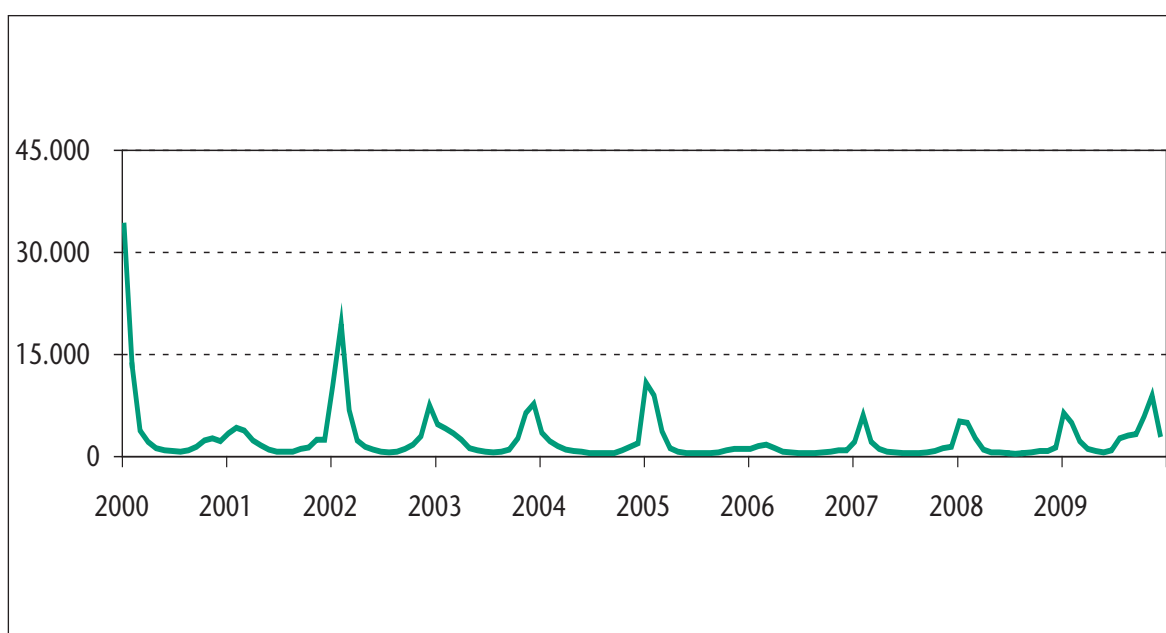


Figura 7.- Temporada gripal 2008-2009 (setmanes 40-2008 a 20-2009) i període intertemporada, Illes Balears. Canal endemoepidèmic

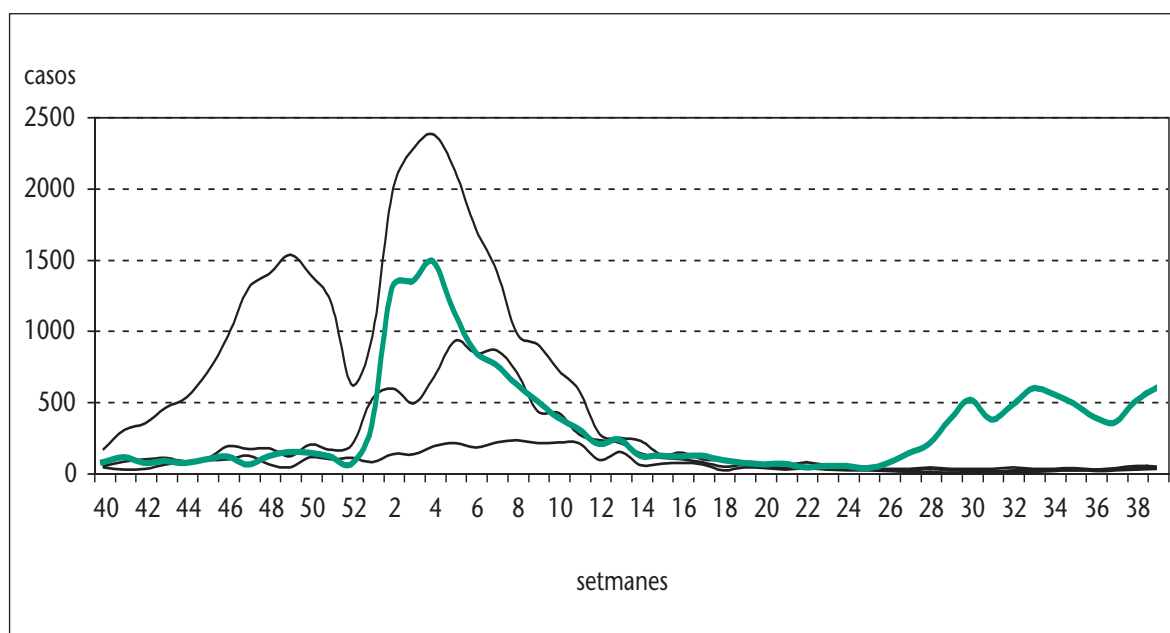


Figura 8.- Varicel·la a les Illes Balears, 2009
Taxes quadrisetmanals per 100.000. Canal endemoepidèmic

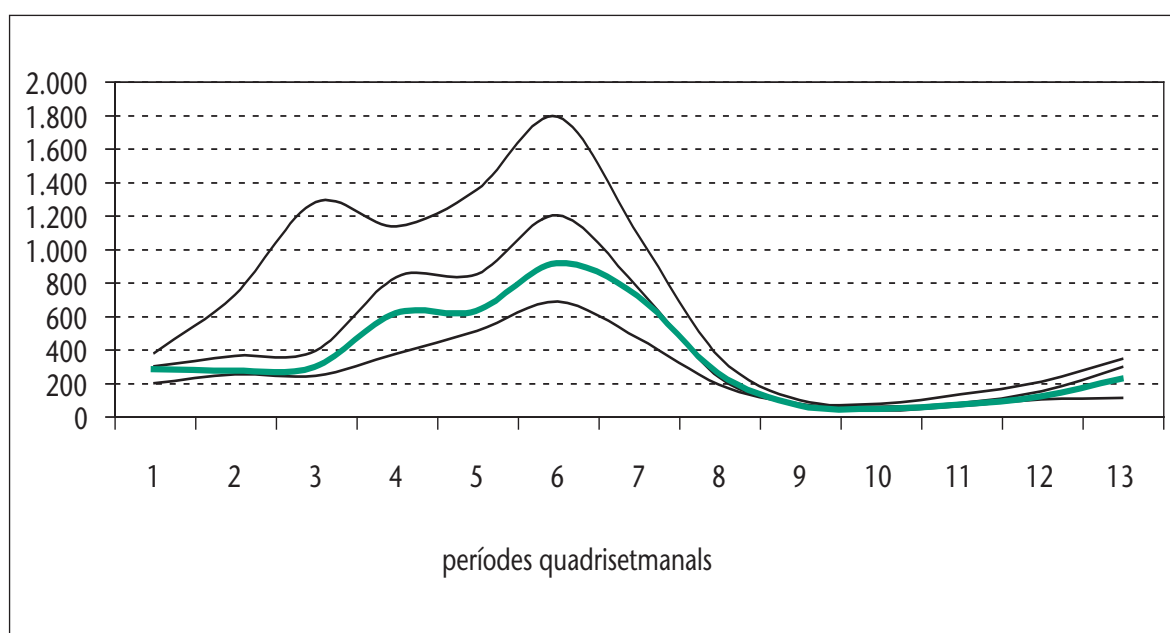


Figura 9.- Varicel·la a les Illes Balears, 1982-2009
Taxes per 100.000

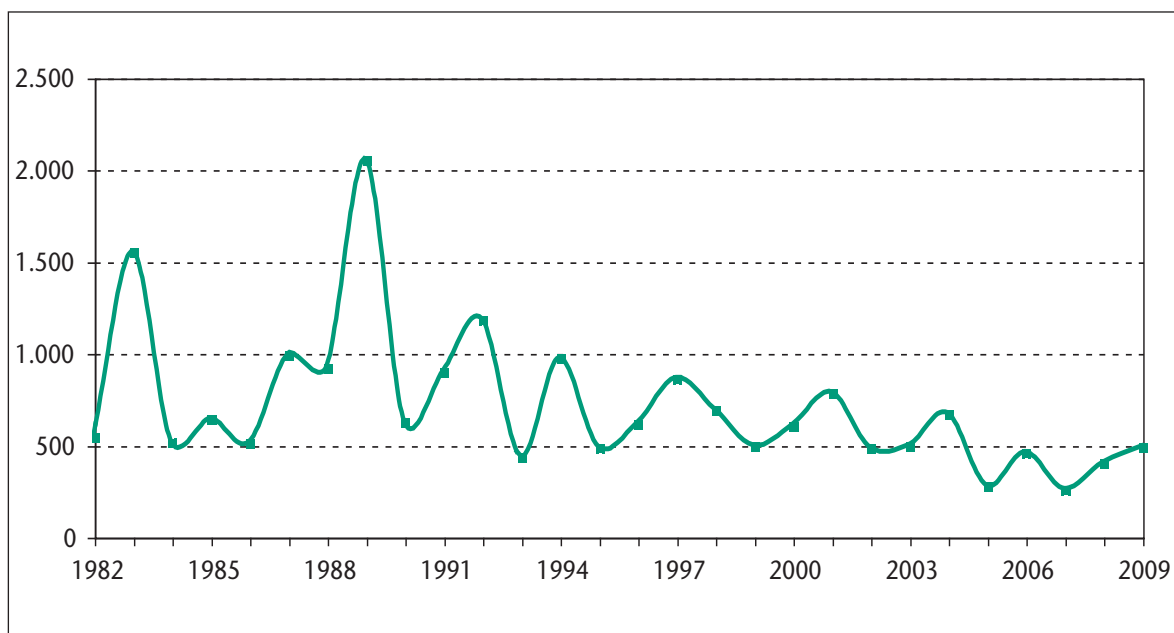


Figura 10. Varicel·la a les Illes Balears, any 2009. Taxa específica per grups d'edat
(Font: e-SIAP). Taxes per 100.000

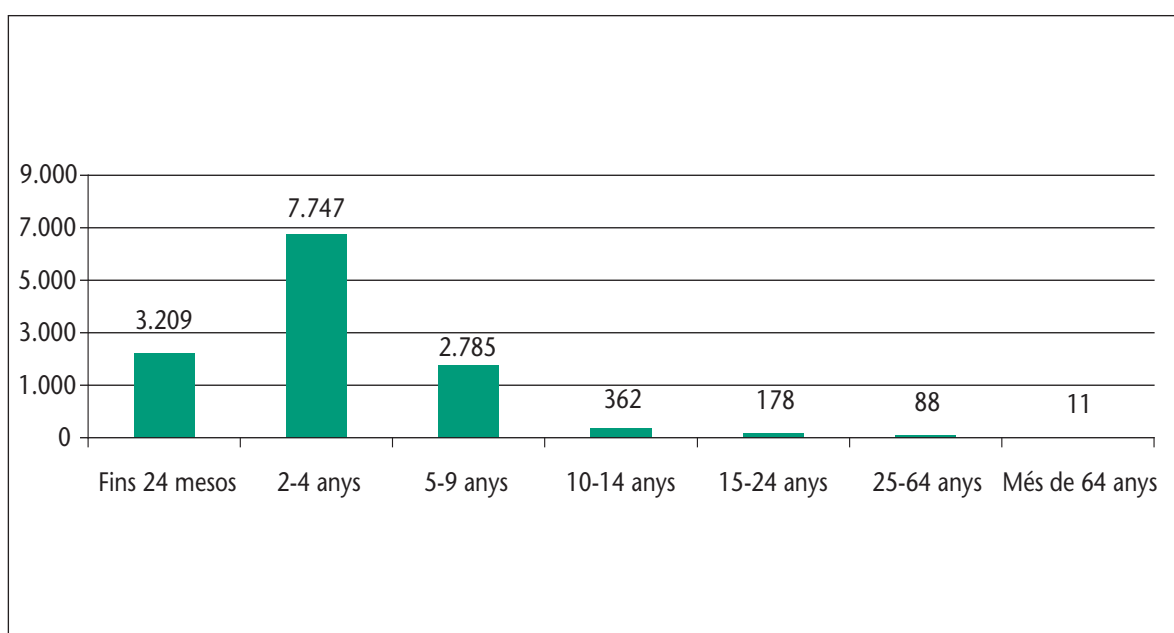


Figura 11.- Hepatitis A a les Illes Balears, 2000-2009
Taxes anuals per 100.000 i tendència.



Figura 12.- Hepatitis B a les Illes Balears, 2000-2009
Taxa per 100.000)

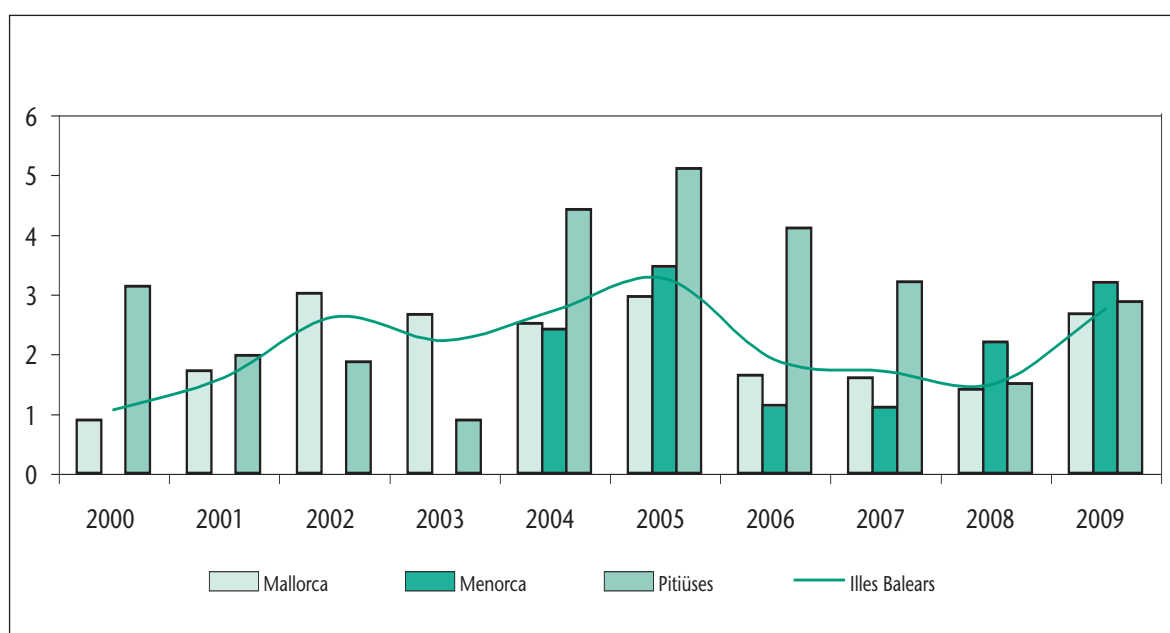


Figura 13.- Altres hepatitis (C, D, E) a les Illes Balears,
2000-2009. Taxa per 100.000

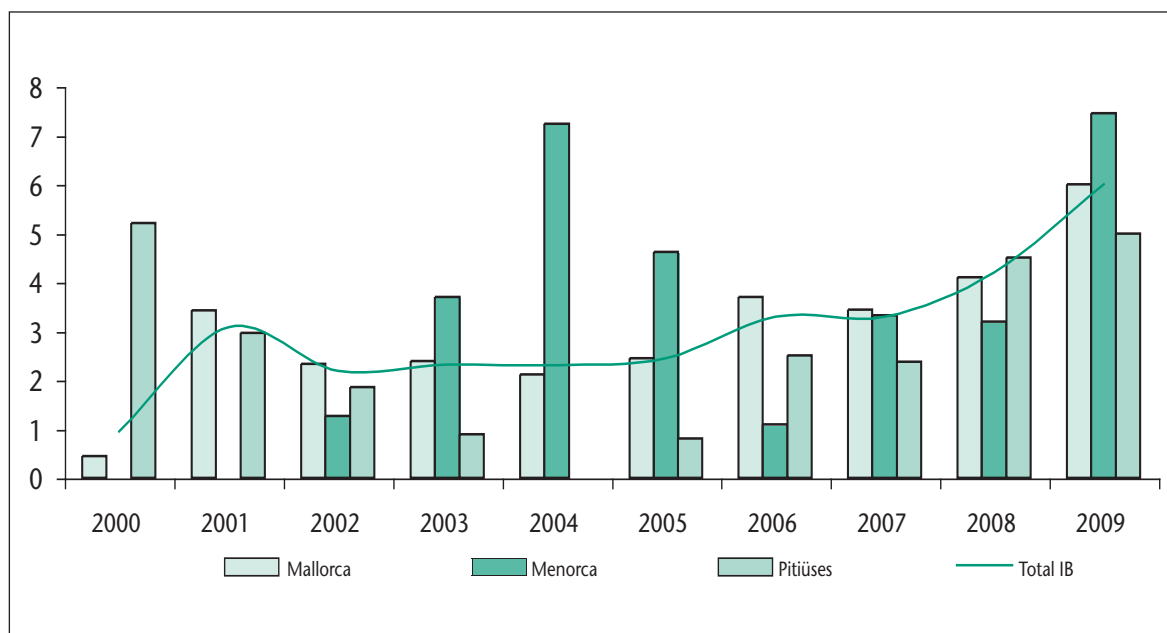


Figura 14.- Infecció gonocòccica a les Illes Balears, 2000-2009
Taxes per 100.000

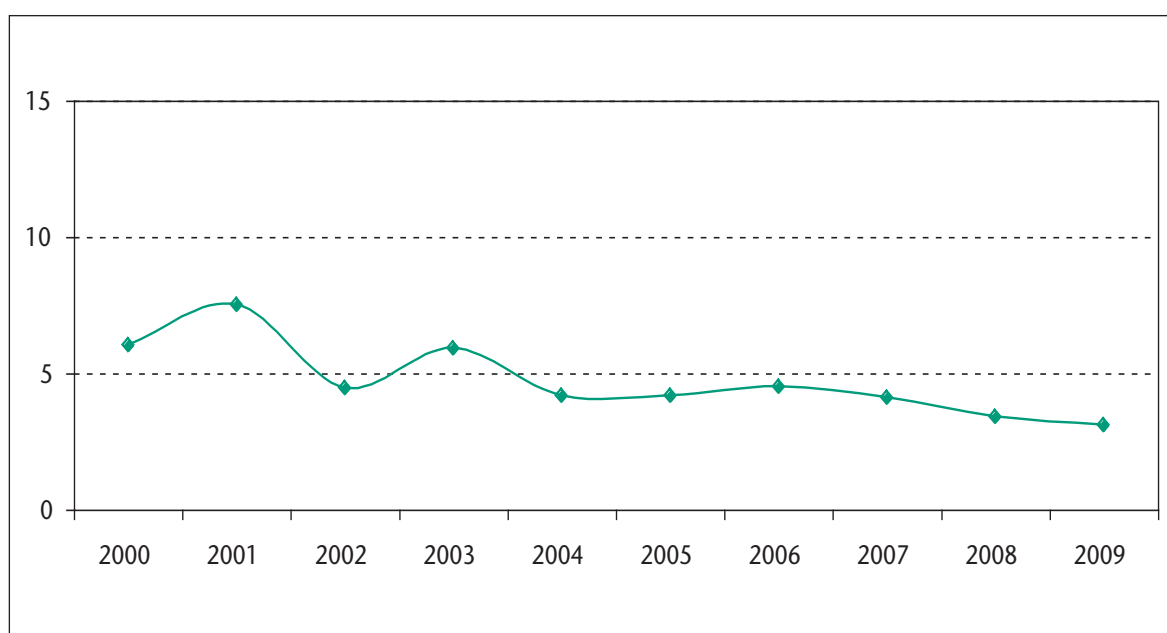


Figura 15 .- Legionel·losis a les Illes Balears, 2009. Casos per mes d'inici de símptomes.
Mediana i màxim del canal endèmic 2004-2008

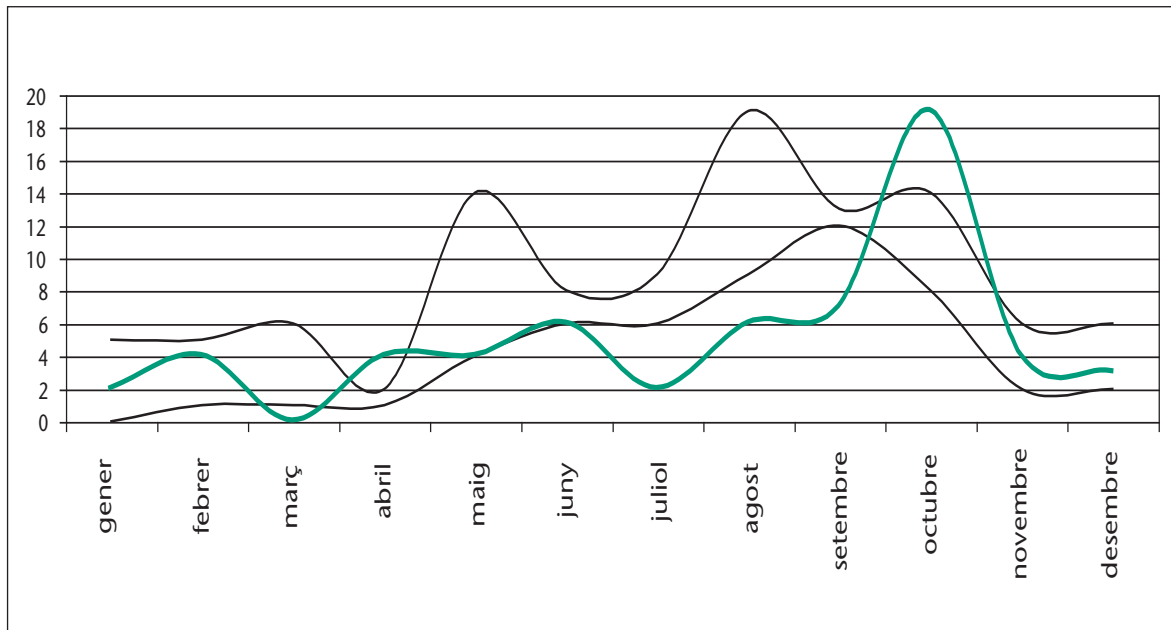


Figura 16 - Legionel·losi a les Illes Balears, 2000-2009. Evolució de la incidència.
Taxa per 100.000.
(Nota: un mateix establiment turístic pot estar comptabilitzat a anys diferents)

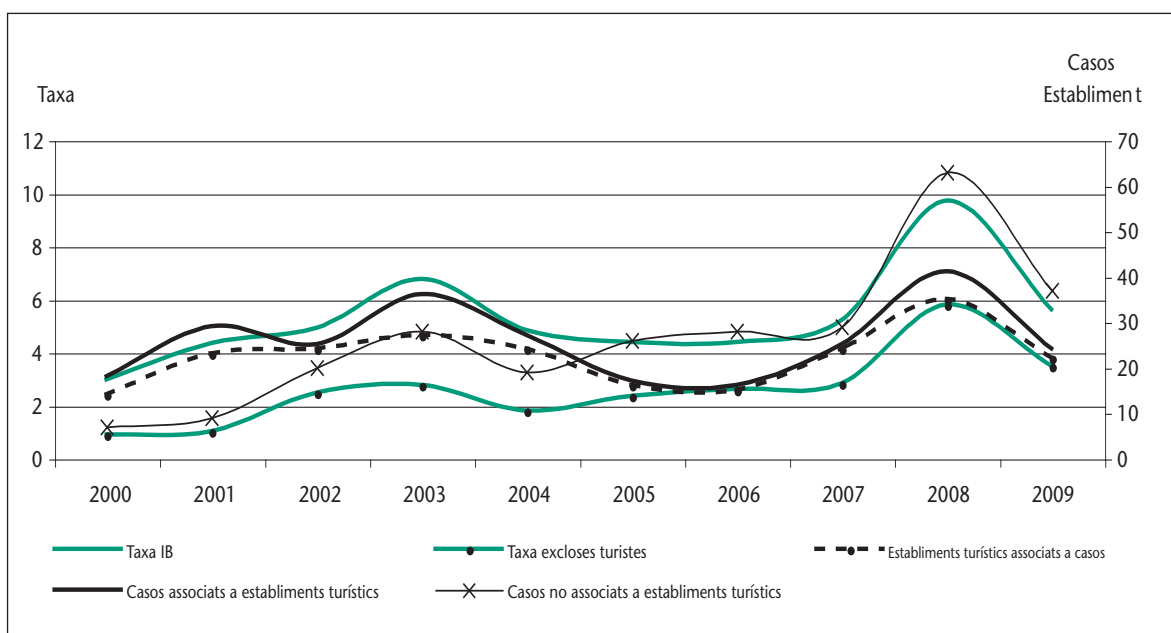


Figura 17.- Leishmaniosi a les Illes Balears, 2000-2009
Evolució del nombre de casos per tipus de leishmaniosi

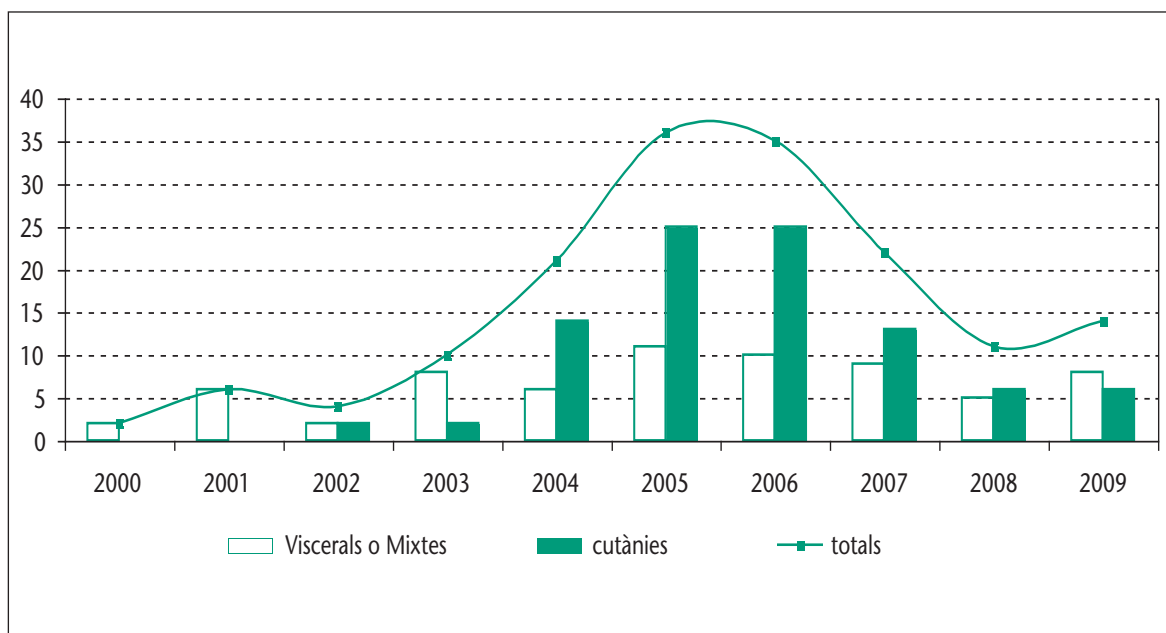


Figura 18.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2009. Casos per mes d'inici de símptomes. Màxim i mediana del canal endemoepidèmic del període 2000-2008

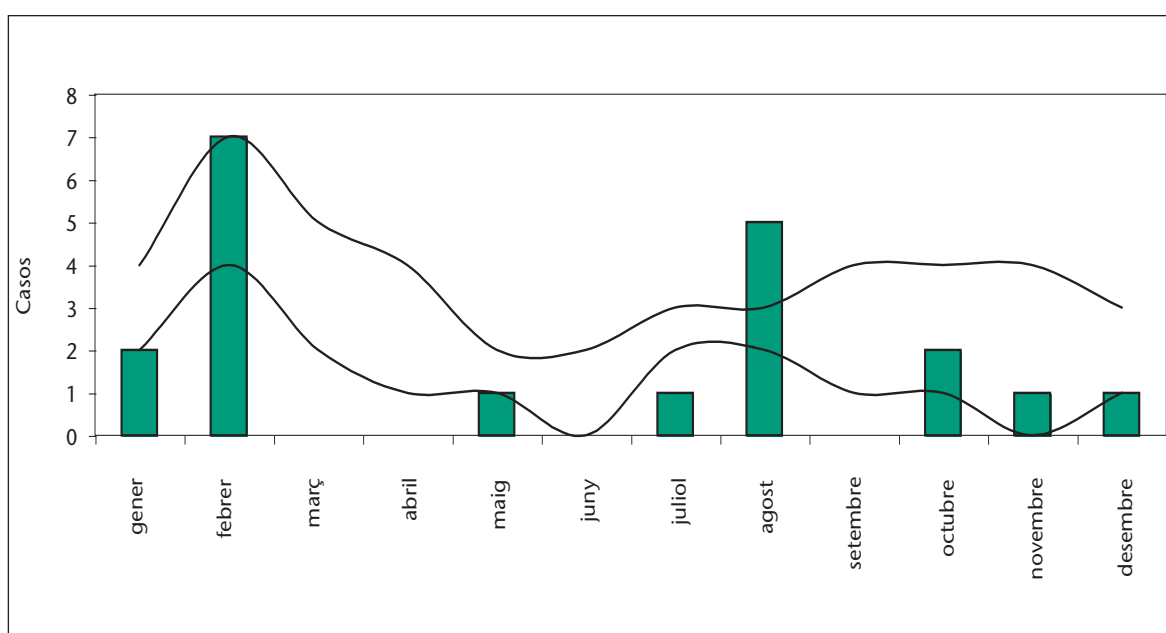


Figura 19.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2009.
Casos per temporada

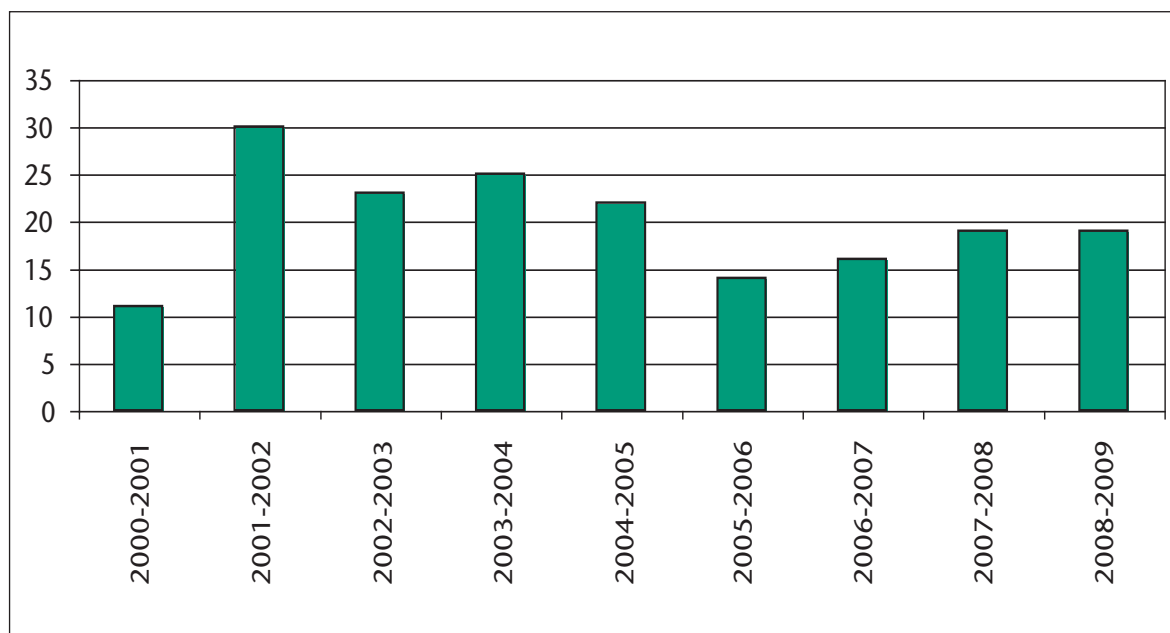


Figura 20.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears,
Evolució de la taxa. Taxa per 100.000

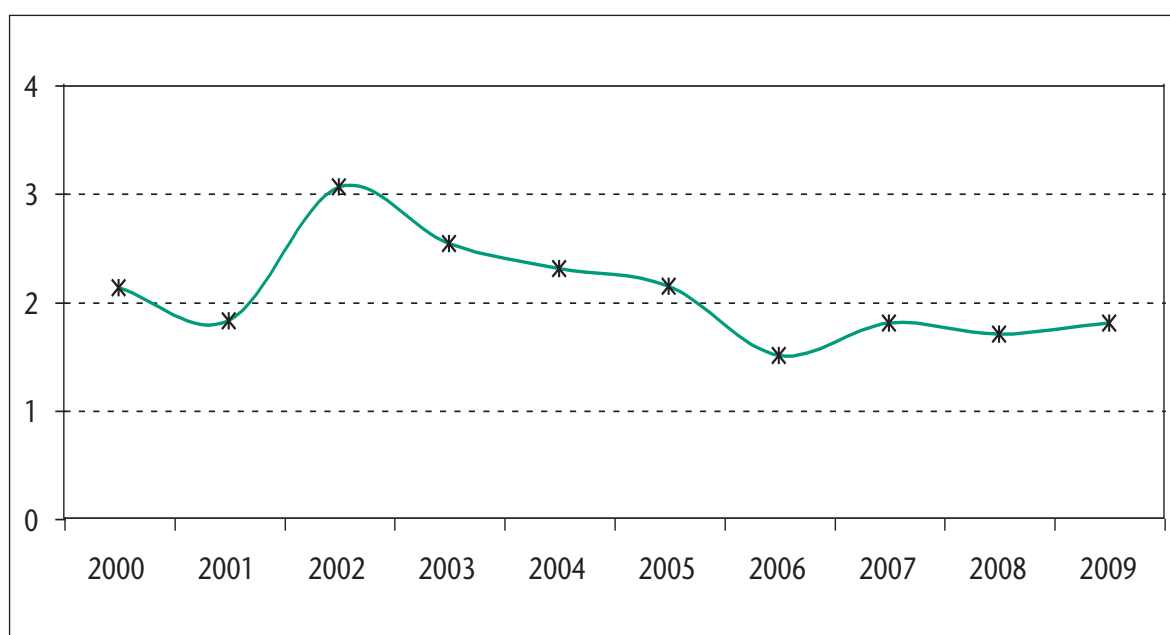


Figura 21.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2000-2009
Evolució dels casos per serogrups B i C

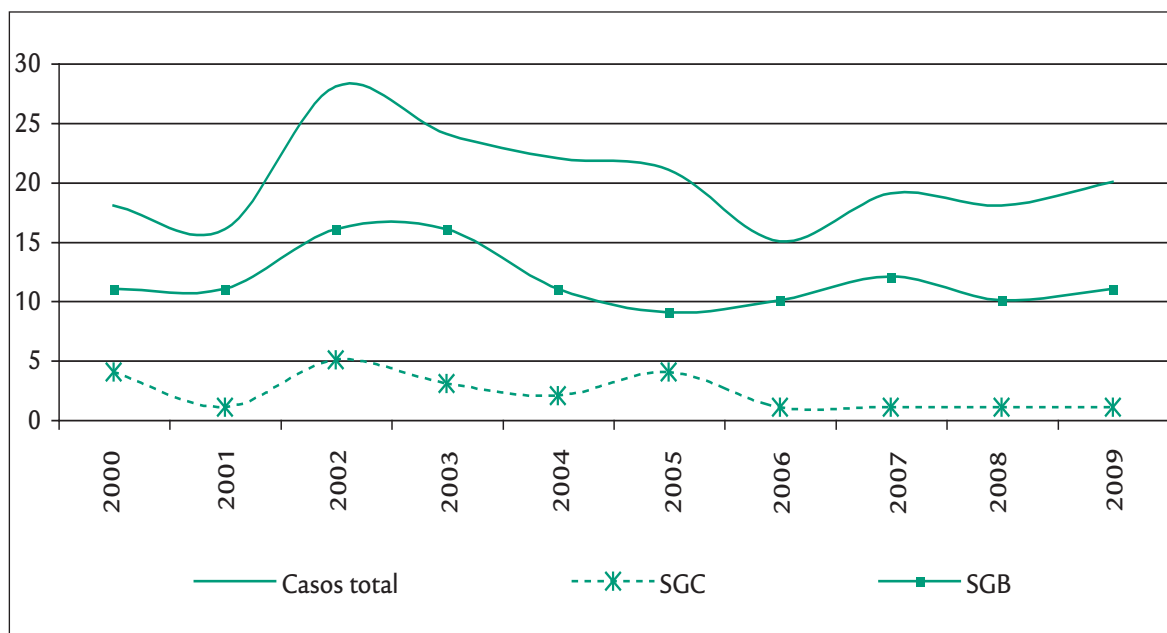


Figura 22.- Malaltia invasiva per Haemophilus influenza a les Illes Balears, 2000-2009.
Casos i taxes per 100.000 (anys 2005- 2008 sense casos)

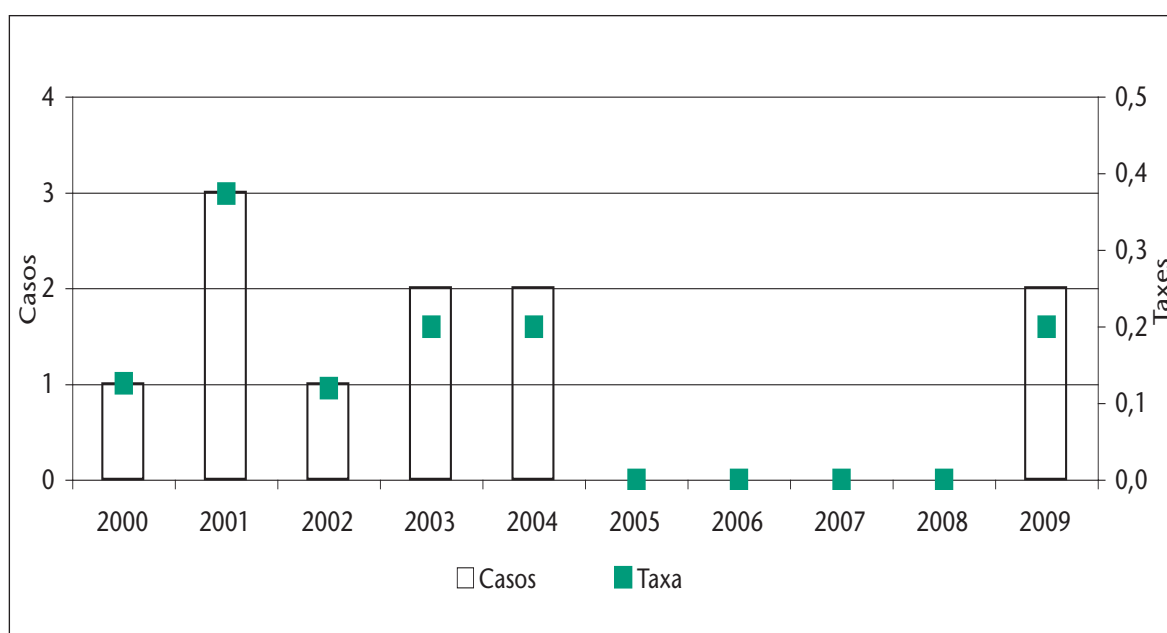


Figura 23.- Parotiditis a les Illes Balears, 2000-2009.
Evolució de la taxa per 100.000

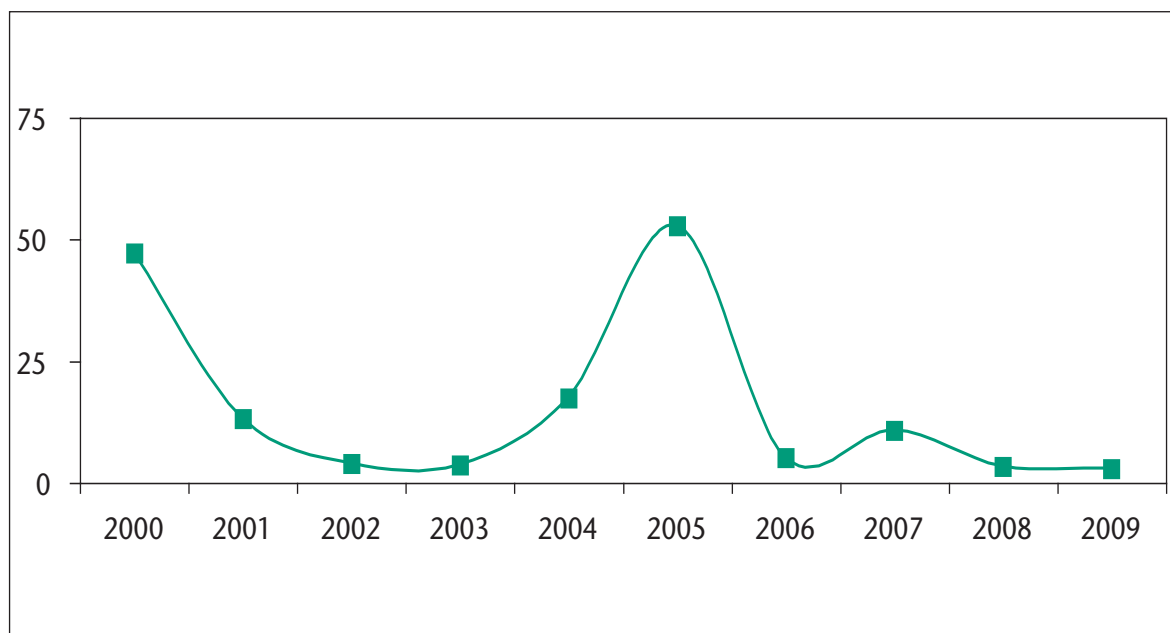


Figura 24.- Sífilis a les Illes Balears, sèrie històrica 1982-2009
Taxes per 100.000

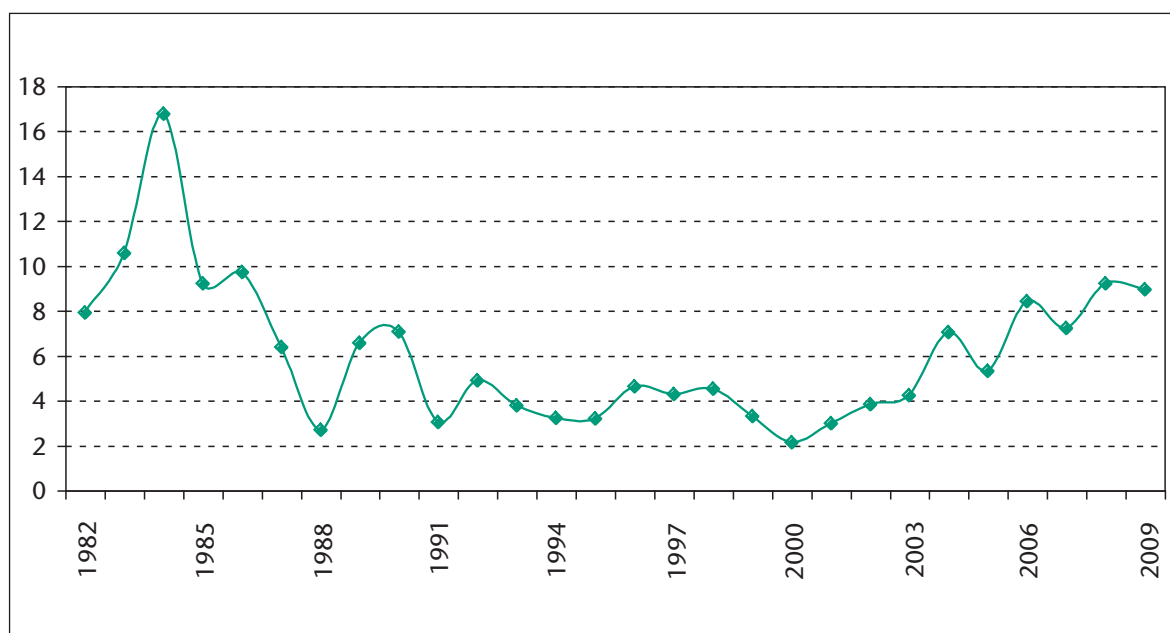


Figura 25.- Tos ferina a les Illes Balears, 2000-2009
Evolució de la taxa per 100.000

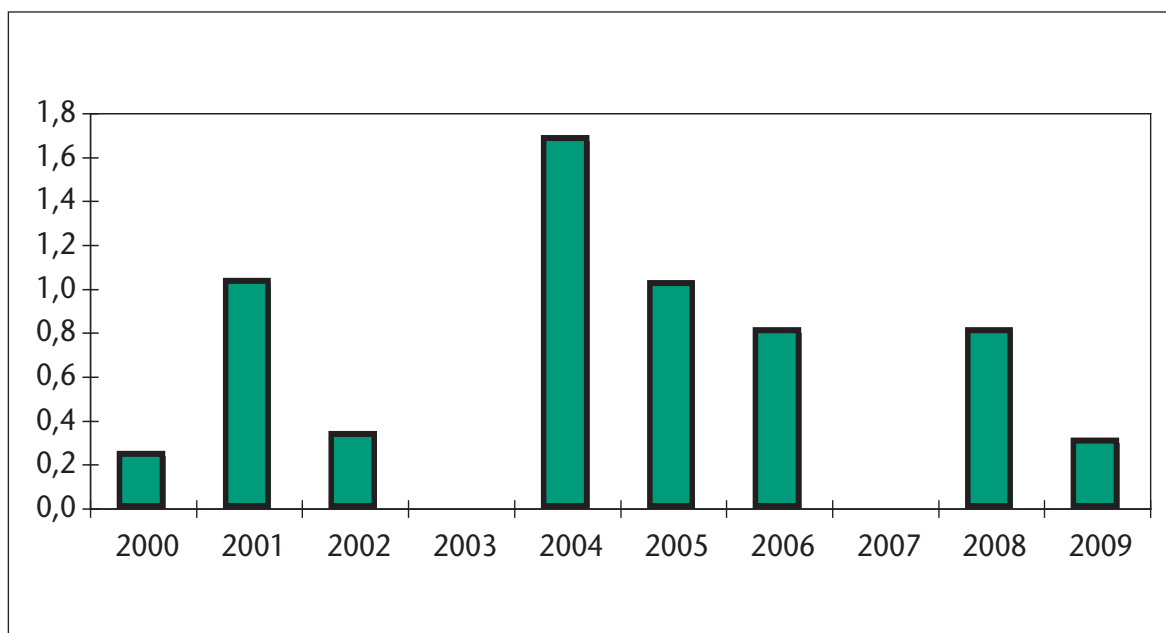


Figura 26- Tuberculosi respiratòria. Illes Balears, 2000-2009
Evolució de la taxa i tendència. Taxes per 100.000



Figura 27.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears,
Taxes per 100.000 i tendència per illa

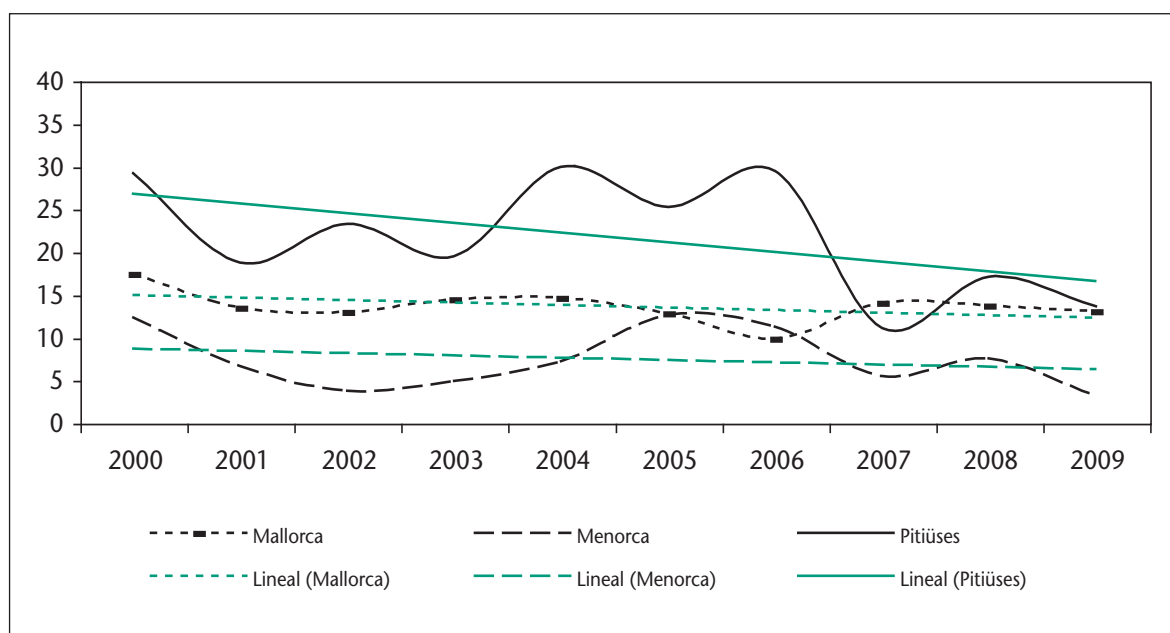


Figura 28.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 2000-2009.
Taxes per sexe. Taxes per 100.000

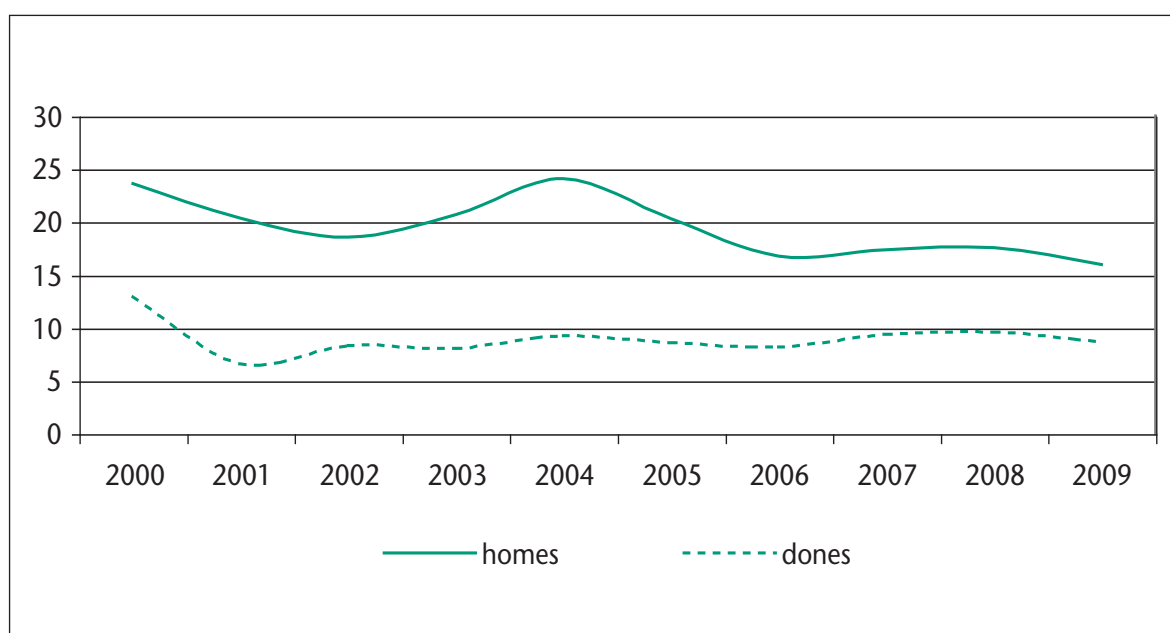


Figura 29.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 2000-2009. Evolució de la taxa per 100.000 i tendència

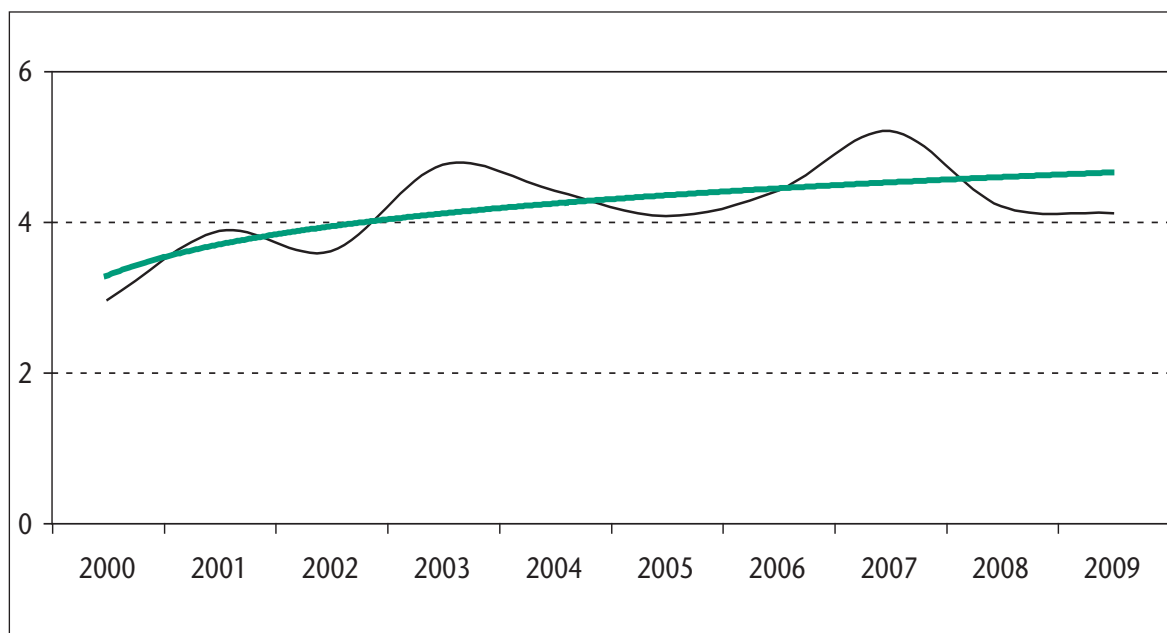


Figura 30.- Nous diagnòstics VIH. Illes Balears. Casos per any. Actualització 31/12/2009 (Dades no consolidades, especialment any 2009)

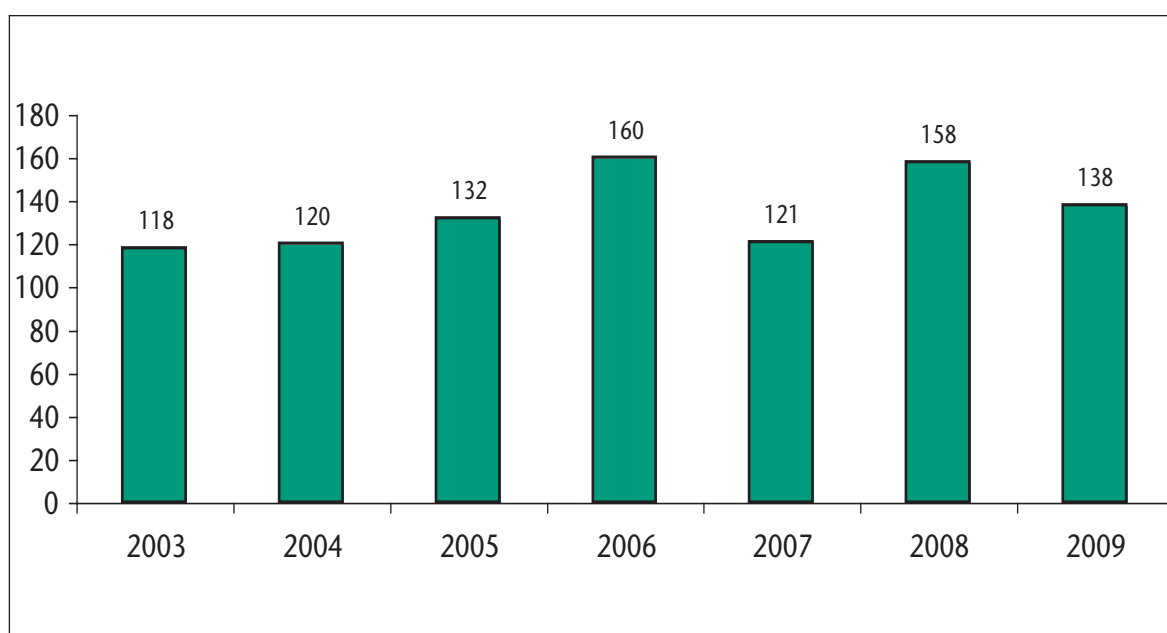


Figura 31.- Nous diagnòstics VIH. Illes Balears. Diagnòstics tardans (DT) i Infeccions recents (IR) per sexe i any. Actualització 31/12/2009

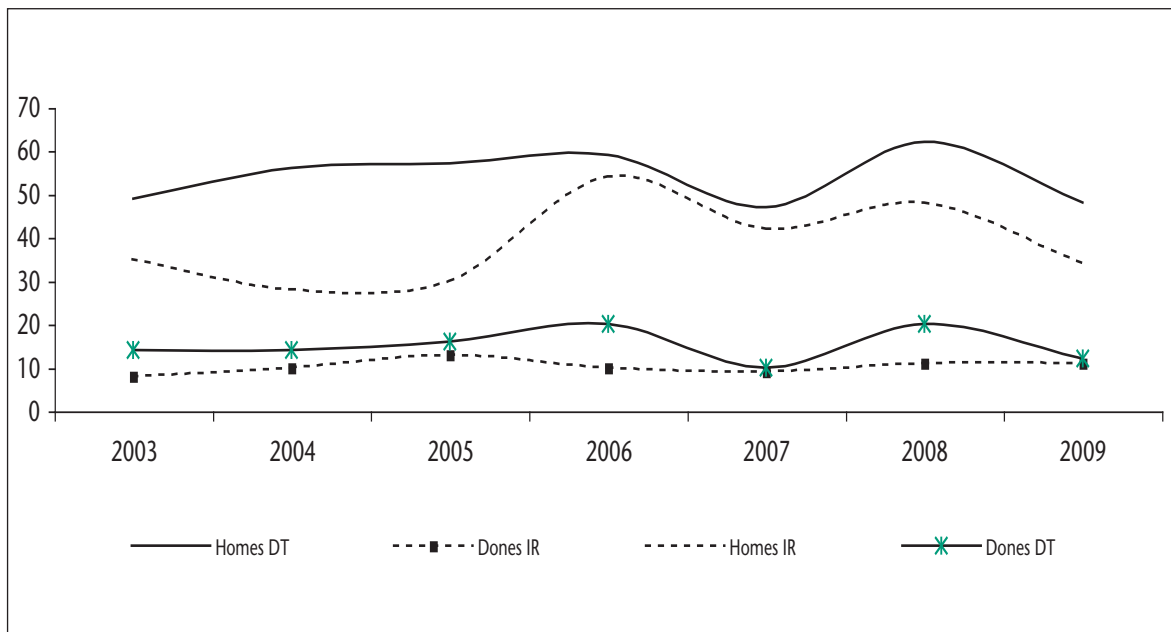


Figura 32.- Nous diagnòstics VIH. Illes Balears. Infeccions recents per categoria de transmissió i any. Actualització 31/12/2009

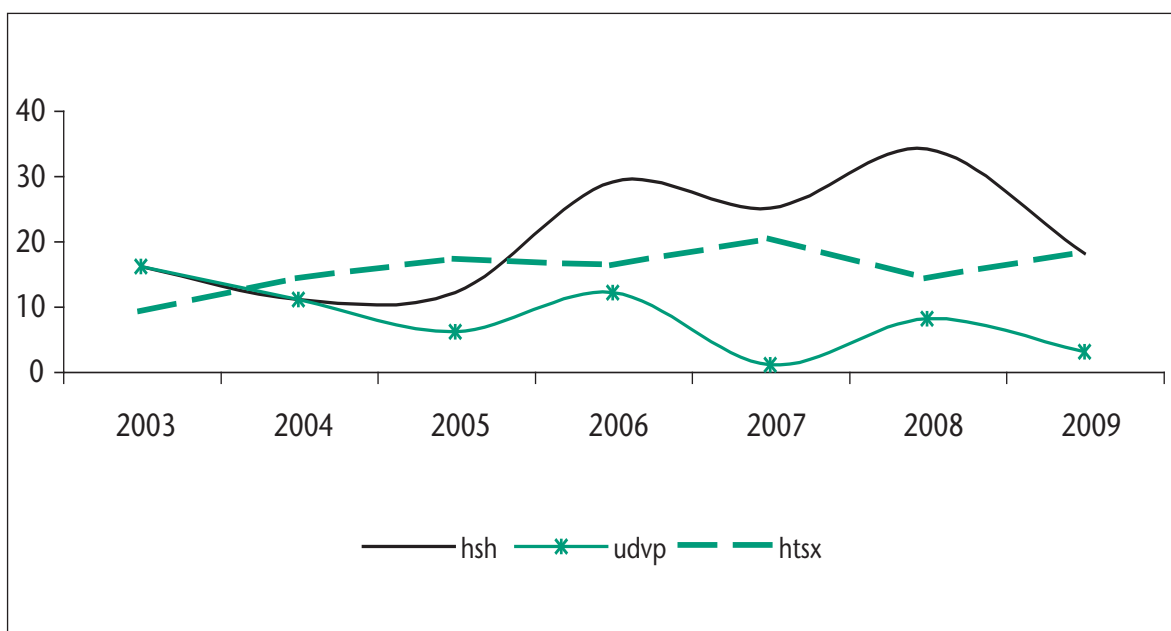


Figura 33.- Nous diagnòstics VIH. Illes Balears. Diagnòstics tardans per categoria de transmissió i any. Actualització 31/12/2009

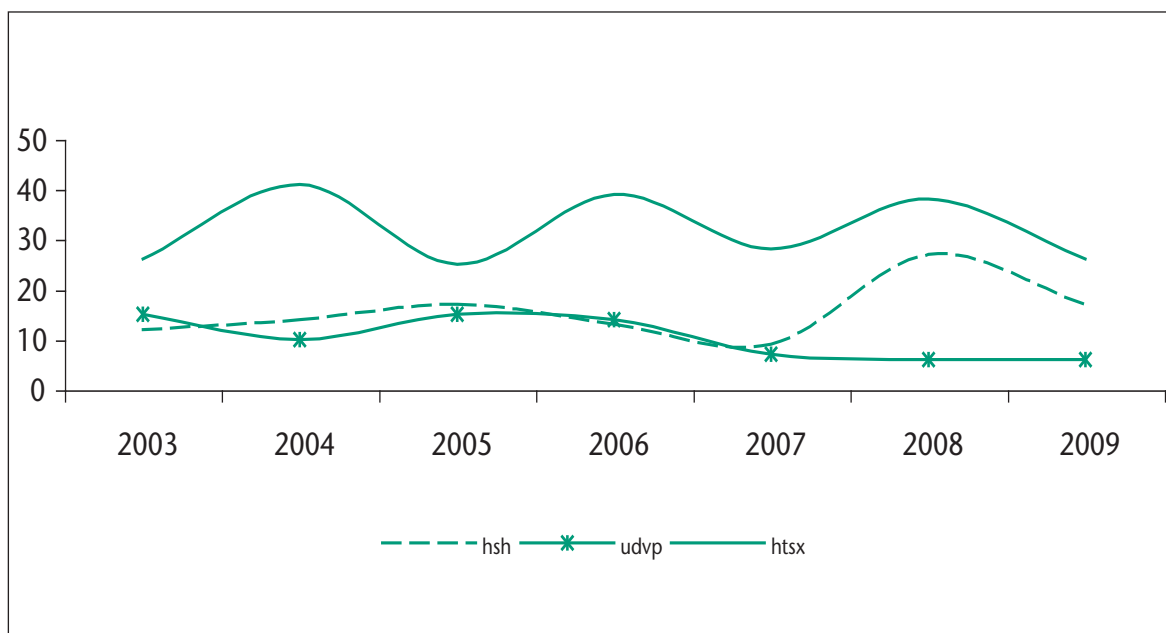


Figura 34.- Sida a les Illes Balears, 1986-2009. Taxes per illa. Taxes per milió. Dades actualitzades a 31/12/2009

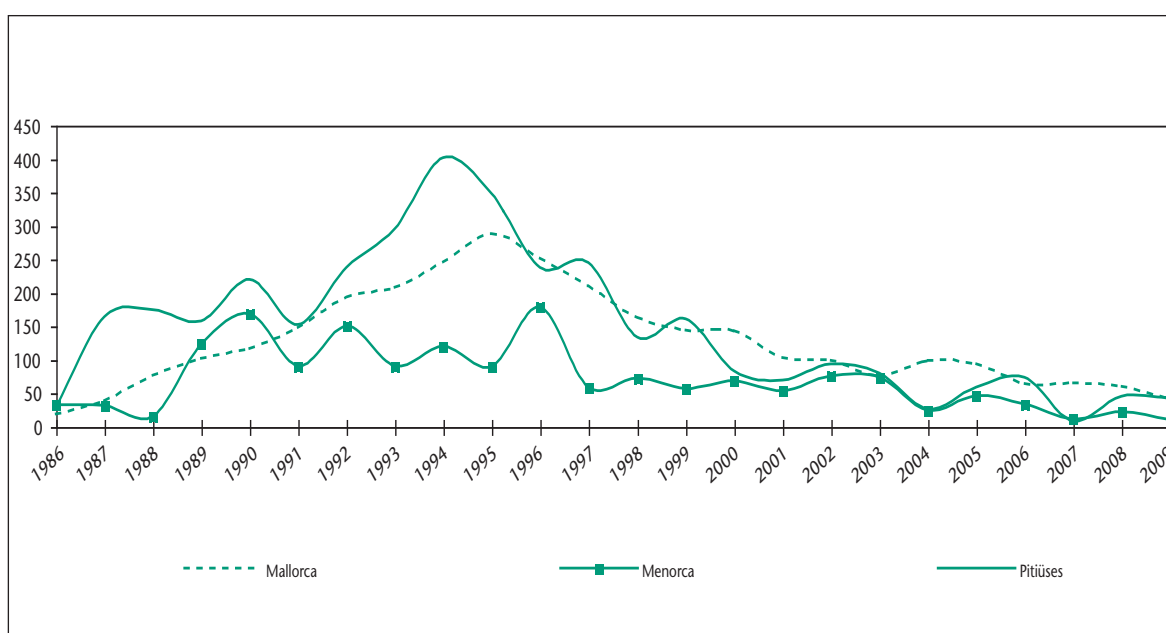


Figura 35.- Xarampió a les Illes Balears, 2000-2009. Taxes per 100.000 (anys 2003, 2005, 2007 i 2009 sense casos)

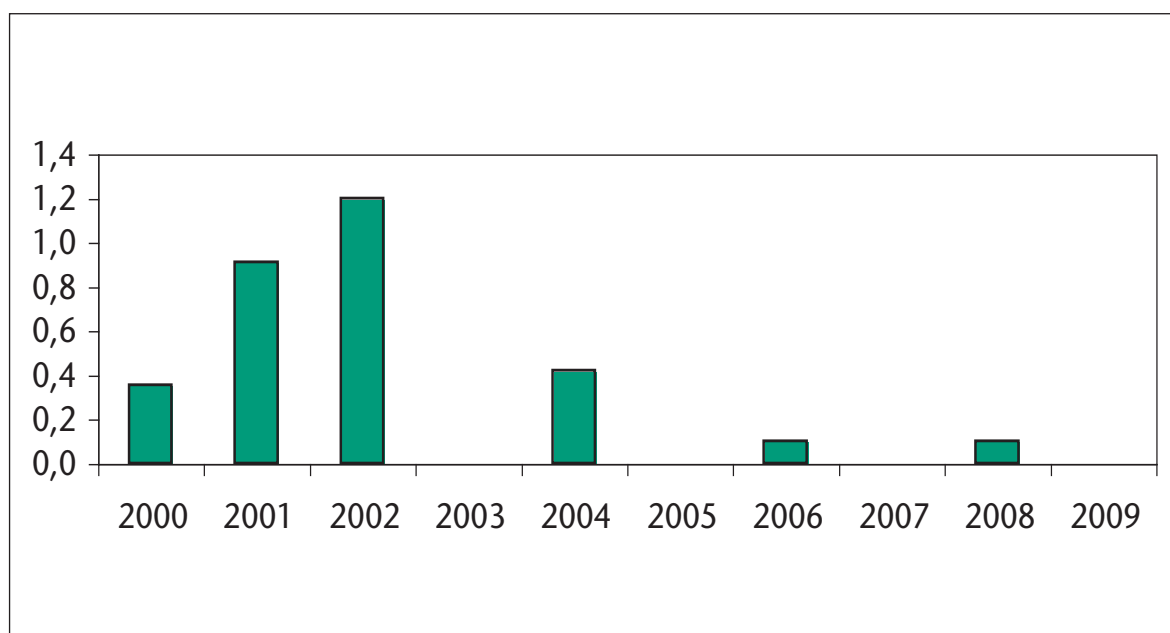


Figura 36.- Brots de transmissió alimentària, Illes Balears, 2009. Nombre de brots per illa. Mediana quinquenni 2004-2008

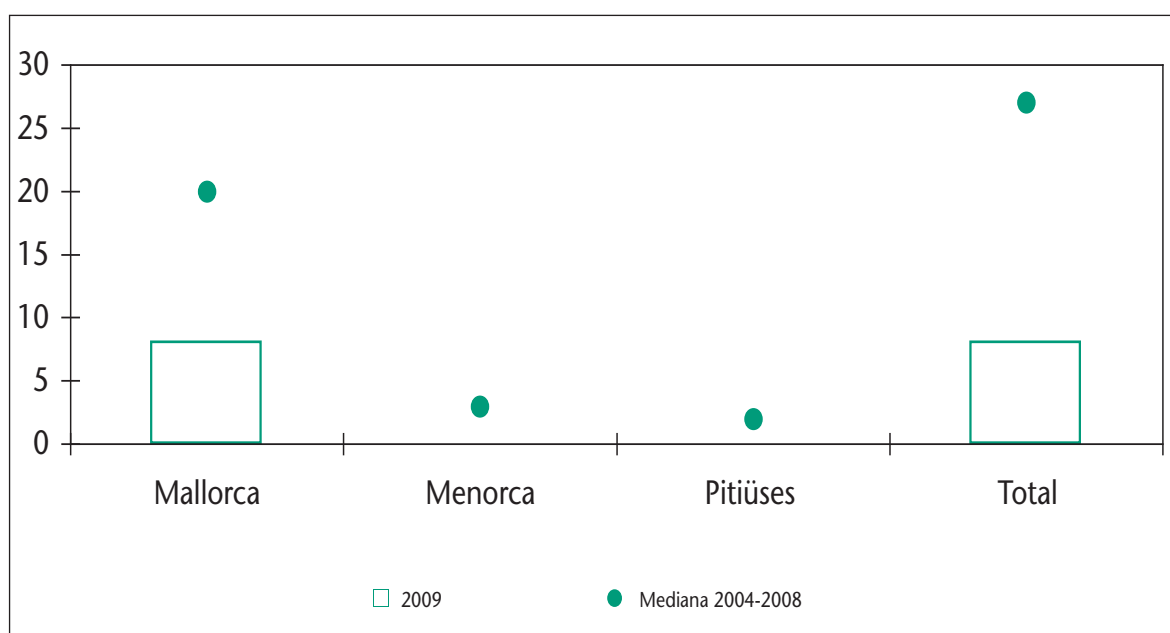


Figura 37.- Brots alimentaris a les Illes Balears. Brots total i per Illa. Anys 1988-2009

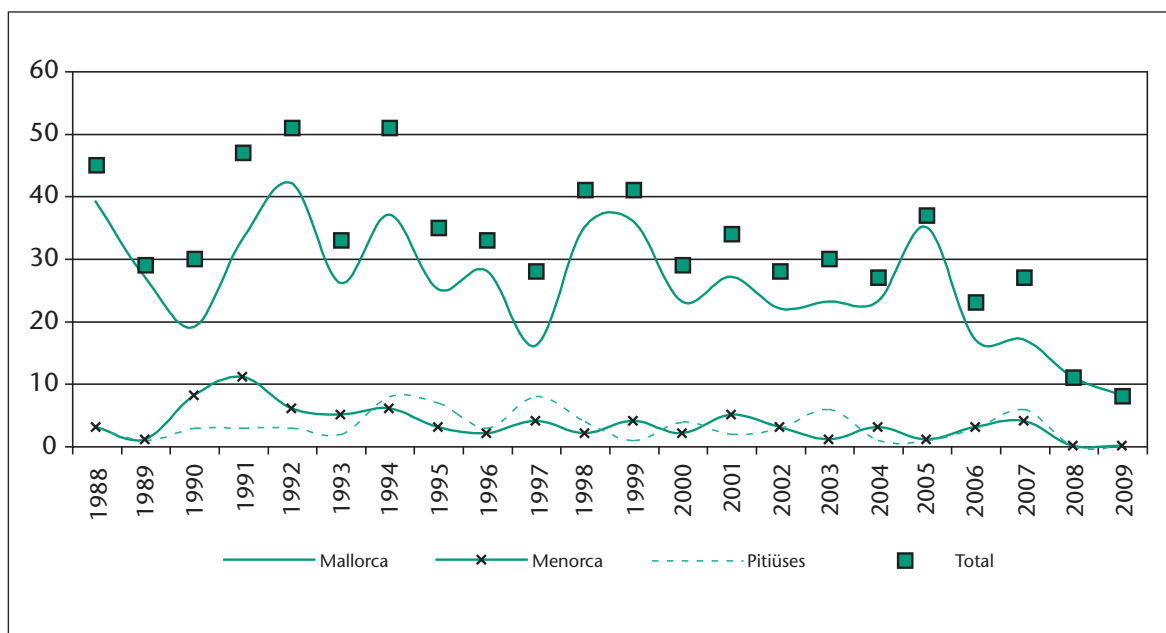


Figura 38.- Brots de transmissió alimentària d'etiologia infecciosa, Illes Balears, 1988-2009. Distribució per microorganisme

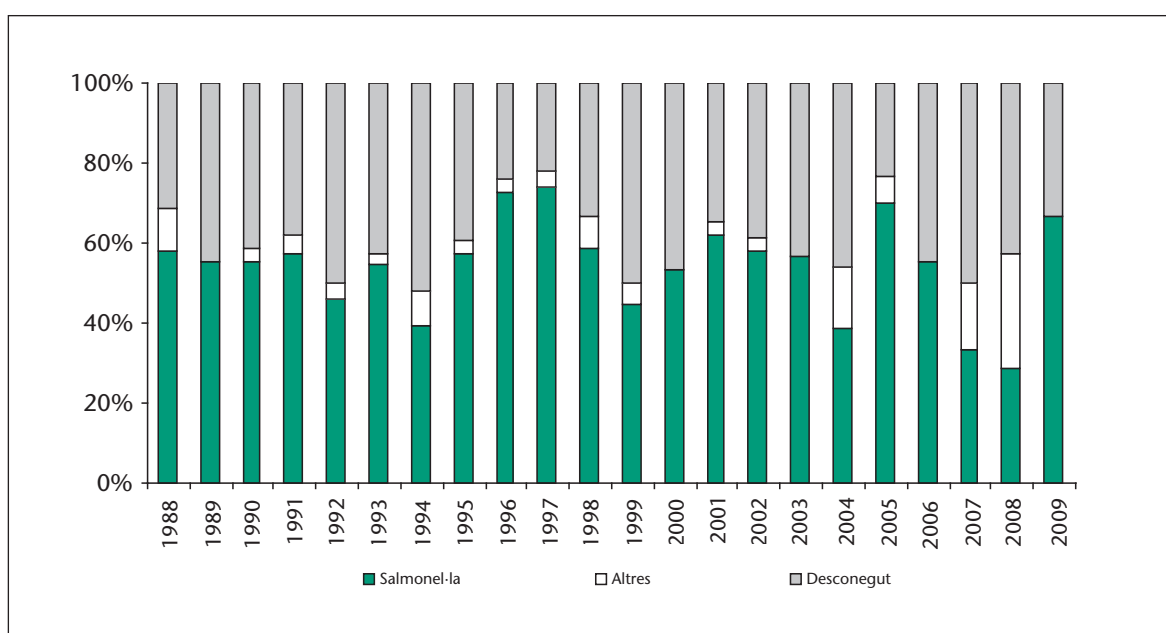


Figura 39.- Brots no alimentaris a les Illes Balears, 2000-2009
Nombre anual i mediana 2004-2008

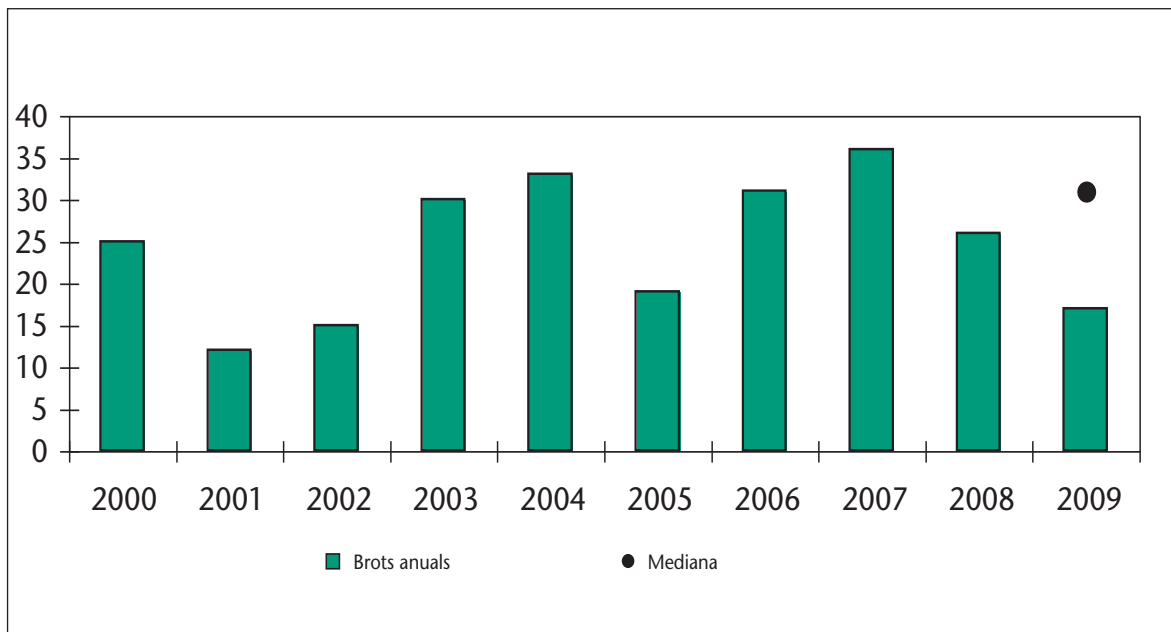


Figura 40.- Casos importats a les Illes Balears, 1990-2009. Casos per any

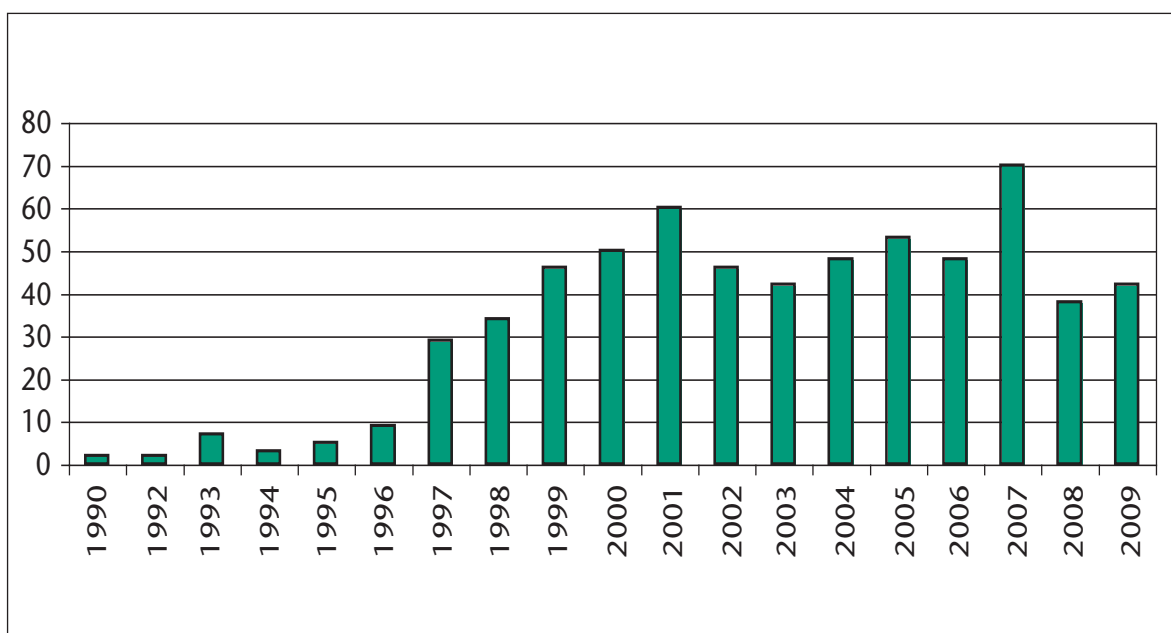


Figura 41.- Casos importats. Paludisme i Tuberculosi, 1990-2009. Casos per any

