

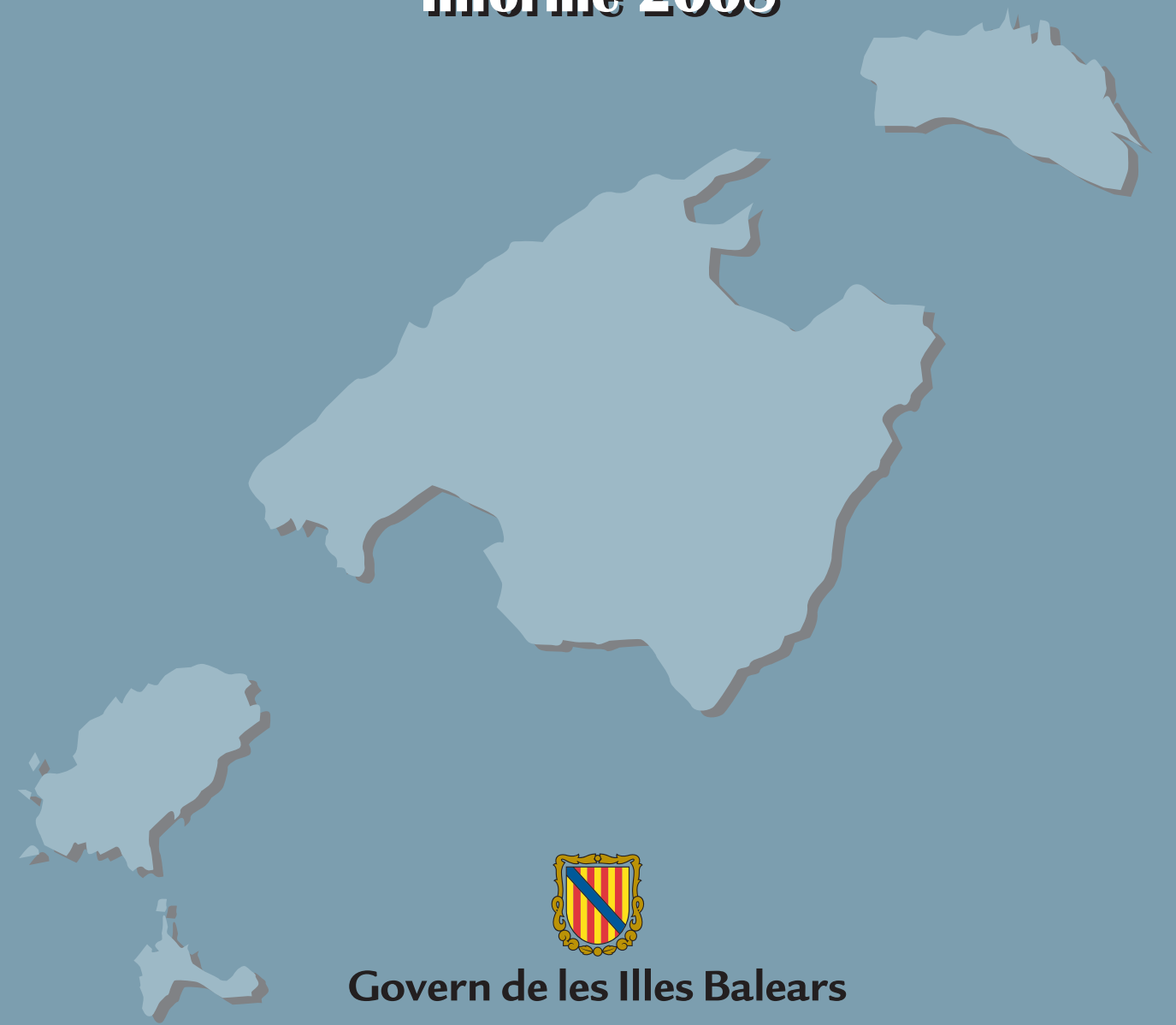
Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Informe 2008



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

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears Informe 2008

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
Joana Vanrell Berga

Centre Insular d'Eivissa i Formentera

Alicia Magistris Sancho
Anna Roca Moreno
Mónica Yern Moreno

Centre Insular de Menorca

Joan Abellan Olaya
Cristina Fernandez Sintès

Suport administratiu

Sara Pazos Arciniega
Jacinta Cruz Gutiérrez

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 - Desembre de 2009

Copyright

Conselleria de Salut i Consum

ISBN: 978-84-606-4874-1

Dipòsit Legal: PM-3018-2009

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. Atenció primària. Nivell de cobertura per zones bàsiques, illes i especialitats	31
4.3. Declaracions hospitalàries. Notificacions i casos declarats	32
4.4. Casos de malalties individualitzades. Subnotificació	33
4.5. Altres fonts d'informació	34
4.6. Retard de les notificacions	34
5. Anàlisi epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria	36
5.1. Incidència global	36
5.2. Malalties de declaració exclusivament numèrica	37
Diarrea infecciosa aguda	37
Febre exantemàtica mediterrània	37
Febre recurrent per paparres	38
Grip	38
Infecció gonocòccica	39
Sífilis	39
Varicel·la	39
5.3. Malalties de declaració numèrica i individualitzada	40
Brucel·losi	40
Disenteria Bacil·lar	40
Febre tifoide i paratifoide	41
Hepatitis A	41
Hepatitis B	41
Hepatitis víriques (altres tipus)	42
Legionel·losi	43
Leishmaniosi	45
Malaltia meningocòccica	46
Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i>	47
Parotiditis	48

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Rubèola	48
Tètan	49
Tos ferina	49
Triquinosi	49
Tuberculosi respiratòria	49
Tuberculosi no respiratòria	51
5.4. Malalties sotmeses a plans o registres específics	52
Creutzfeldt-Jakob	52
Sífilis congènita	53
Lepra	53
Poliomielitis	53
Sida-infecció vih	54
Xarampió	56
6 Brots epidèmics	57
6.1. Brots de transmissió alimentària	57
6.2. Brots de transmissió no alimentària	58
7. Casos importats	60
Annex I. Taules	61
Annex II. Figures	93

Amb l'edició d'aquest informe relatiu a les malalties de declaració obligatòria de l'any 2008 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.

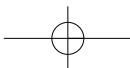
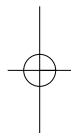
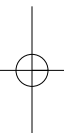
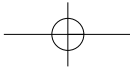
Un sistema d'informació com el que ens ocupa ha de tenir com a component rutinari de funcionament mecanismes que assegurin la bidireccionalitat de la informació. Amb l'elaboració i difusió d'aquest informe, aquesta Direcció General continua apostant pel component de retroalimentació de la Xarxa de Vigilància 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 del 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 al BOCAIB 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 (es pot consultar a http://www.caib.es/boib/interior.do?lang=ca&p_numero=2008157) apareix com a resposta a diversos aspectes que des d'àmbits diversos han sorgit en relació a la vigilància. Entre aquests aspectes podem destacar els següents: adaptació a les diferents decisions europees respecte de la vigilància de les malalties transmissibles, als plans específics per lluitar contra

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

determinades malalties (Pla d'Eradicació de la Poliomièlitis o el Pla Estratègic Integrat per Eliminar el Xarampió i Prevenir la Infecció Congènita per Rubèola), a les disposicions de la 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 els tècnics del Centre Nacional d'Epidemiologia 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 va adaptar 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

A 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 2008, 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

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

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 el lloc 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:

1. 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).
2. L'aparició d'una malaltia, problema o risc per a la salut a una zona que fins llavors n'havia estat lliure.
3. La presència de qualsevol procés d'intoxicació col·lectiva, imputable a causa accidental, manipulació o consum.
4. 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, el primer indicador que s'analitza és la cobertura, indicador definit com el percentatge de comunicats rebuts respecte als esperats i s'avalua exclusivament a la xarxa d'atenció primària. D'aquesta xarxa s'espera un protocol setmanal per metge i municipi, independentment que hagin detectat o no casos a notificar. Les dades sobre aquest indicador es presenten per illa, zona bàsica, i especialitat (pediatres i metges de família), sense tenir en compte els protocols tramesos des de places de reforç. L'altre indicador analitzat és 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 sida, és important la col·laboració d'aquest tipus de font. Les altres fonts d'informació són molt diverses i inclouen centres docents, els malalts o les seves famílies, persones que consulten per ser possibles contactes amb malalts i d'altres.

També com a indicador de qualitat es descriu en aquest informe el retard en la recepció dels protocols de notificació numèrica. Els protocols es consideren rebuts amb retard quan arriben al Servei d'Epidemiologia passats 10 dies des de la finalització de la setmana epidemiològica.

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 que participen en la vigilància epidemiològica a 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 (RA)** (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 (RA)** (*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, esplenomegàlia 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 (RA)** (*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

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

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 (RA)** (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 vibriions 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 (RA)** (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) Sospit Presència de laringitis, nasofaringitis o tonsil·litis i pseudomembrana. (B) Probable: Cas sospitós i un dels següents: contacte recent amb cas confirmat (< 2 setmanes), epidèmia de diftèria actualment 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 i 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 botonosa)** (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 rickètsia a teixits cutanis per immunofluorescència directa. (C) Detecció d'IgM per immunofluorescència indirecta. (E) Seroconversió per immunofluorescència indirecta o

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

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 (RA)** (*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, shock 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 recorrents, 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 (RA)** (*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 ($\geq 24\text{ h.}$) d'inici sobtat i manifestacions hemorràgiques de qualsevol tipus que condueixen a fallada multiorgànica (insuficiència funcional de dos o més òrgans vitals o shock).

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

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

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 presumpció: serologia positiva a *Leishmania* per IFI o ELISA.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Classificació de casos: (A) Sospitós: compatible amb la definició clínica de cas. (B) Probable: compatible amb la definició clínica de cas i amb serologia positiva a Leishmània. (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 resistents 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°C) o hipotèrmia (< 36°C), taquicàrdia, taquipnea i leucocitosi o leucopènia, amb desviació esquerra a la fórmula leucocitària (2) Meningitis: malaltia d'inici sobtat amb febre alta (> 38°C), vòmits, signes meningis. (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 (SSTE) caracteritzada per hipotensió ($TS \leq 90$ 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 teixit 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) 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 petequial 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.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

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: (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. Els casos confirmats, segons normes de l'OMS, es classifiquen en: (1) cas autòcton de poliovirus salvatge; (2) cas importat de poliovirus salvatge o (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

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

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: coincideix amb la definició clínica de cas i 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. Símptomes associats poden ser: (B) 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 compatibles. (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, pseudoparàlisis 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).

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

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 convallescent, 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 convallescent, 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 un cas sospitós, a l'exploració se li 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 convalescència 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.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

- **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. Seroologia 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 casos:

(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 antituberculos.

- **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 sospitós 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.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

(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. 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 pot ser indicativa. (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: No s'inclou anàlisi de dades de les següents malalties sotmeses a plans o registres específics: sida, VIH, malaltia de Creutzfeldt-Jakob i paràlisi flàccida aguda)

4.1.- Notificacions per totes les fonts

A l'any 2008 el nombre de fonts de la xarxa sanitària que podien aportar informació al sistema de vigilància de malalties de declaració obligatòria ha estat de 800, osia aproximadament 70 més que a l'any 2007. Atenció Primària, a finals del 2008, comptava amb 690 metges i pediatres exclosos metges de reforç.

S'han processat un total de 22.606 protocols de notificació numèrica, és a dir, un nombre moderadament superior al de l'any 2007 (22.126). Atenció primària (exclosos metges de reforç) ha tramès 22.040 protocols numèrics, aproximadament 500 més que a l'any 2007. No s'ha rebut cap protocol de notificació des de residències d'ancians mentre que des dels hospitals se n'han rebut 268 (a l'any 2007 varen ser 257). Respecte als protocols individualitzats, en el 2008 se n'han rebut un total de 445 (taules 2 i 3).

4.2.- Atenció primària. Nivell de cobertura per zones bàsiques, illes i especialitats

A l'any 2008 el nivell de cobertura global des d'atenció primària ha estat del 60,3%, 5 punts inferior al 2007 (65,3) i 3 punts per davall de la mediana dels anys 2003-2007 (63,4%). Aquest grau de resposta en la tramesa de protocols representa una ruptura de la tendència moderadament ascendent que s'havia verificat en els tres anys anteriors i ens hem de remuntar a l'any 2002 (60,9%) per trobar una xifra similar a la del 2008.

La disminució de la cobertura s'ha verificat tant en la resposta dels metges de família com pediatres. La resposta dels metges de família, a l'any 2008 (62,2) és clarament inferior a la de l'any 2007 i a la mediana 2003-2007 (67,6 i 65,1 respectivament). La resposta dels pediatres és a l'any 2008 de 53,5 i tant la mediana dels darrers anys com la resposta del 2007 s'havia

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

situat en un 57,1 (taula 4). Des de l'any 1999, els pediatres presenten cobertures inferiors a la dels metges de família i l'any 2008 no ha estat una excepció (figura 1).

A la taula 5 es compara –per illes- la resposta d'atenció primària per l'any 2008 amb l'any 2007 i amb el període 2003-2007. A la figura 2 es mostra l'evolució de les dades de cobertura per illes en els anys 1997-2008. Els tres territoris han disminuït la resposta dels centres de salut i les Pitiüses - encara que presenten la disminució més important respecte del 2007 (13 punts) - continuen amb cobertures superiors a la resta. Mallorca ha passat de 63,0 a 59,5 i Menorca de 70,6 a 61,5.

Per especialitat, el col·lectiu que més ha empitjorat la resposta en relació al 2007 és precisament el dels pediatres de les Pitiüses (57,5 vs 77,5). Els pediatres de Mallorca són – encara que també hagin empitjorat - els que més estabilitat presenten en comparació al 2007 (52,4 vs 54,3).

A la taula 6 es presenten les cobertures de l'any 2008 per centres de salut, ordenats de major a menor cobertura i amb les dades comparatives respecte a l'any 2007.

El CS Son Ferriol és el centre de salut que presenta el millor nivell de cobertura (95,8%) mentre que Inca –per quart any consecutiu- és el pitjor (19,2 %).

El CS Can Misses és el centre que millor notifica a Eivissa (74,4%) mentre que el CS Formentera és el de resposta més baixa (63,0). Tots els centres d'Eivissa excepte Can Misses presenten una resposta pitjor que la de l'any 2007.

A Menorca, els CS Ciutadella i Ferreries - amb un augment de més de 4 punts respecte de l'any 2007- són els centres que més notifiquen (81,1%). Tant Es Banyer com Dalt S. Joan disminueixen la resposta respecte del 2007.

Respecte a Mallorca, a més del CS Son Ferriol, tres centres tenen cobertures del 90% o superiors i són el de Es Trencadors, Son Pisà i Alcúdia. Camp Rodó i Valldargent presenten una resposta entre el 80-89%. Serra Nord, Santanyí, Son Rutlan, Pere Garau, Artà i Llucmajor tenen entre el 70 i 80% de resposta quasi tots amb davallada moderada del percentatge respecte del 2007. Dels centres amb resposta situada entre el 60 i 70% destaca la disminució del percentatge de Son Cladera (-12) i l'augment de Sta. Maria (9,9).

De la resta de centres –amb cobertura per davall del 60%- podem destacar la important disminució del CS Capdepera (-10) i l'augment del CS Llevant (9 punts).

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

Durant l'any 2008 s'han introduït 268 protocols de notificació numèrica corresponents a declaracions hospitalàries que contenen la declaració de 292 casos de malaltia.

A les taules 7 (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 (86 cada hospital).

La tuberculosi és la malaltia més notificada des dels hospitals (133 casos de la forma respiratòria i 42 d'altres formes de tuberculosi).

Les clíniques privades aporten 28 casos (10% del total) i destaca la Policlínica Miramar amb 10 casos, la meitat dels quals són de legionel·losi.

4.4.- 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 8 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 2008 i d'aquests hospitals s'han registrat un total de 265 casos de malalties individualitzades. D'aquests casos, 30 s'han detectat per recerca activa. Per tant, la subnotificació global s'ha situat en un 11%, molt inferior a la dels darrers anys, quasi sempre per damunt del 20%. L'hospital de Manacor, com en els darrers anys, presenta la subnotificació més alta amb un 40%. L'hospital Son Dureta mantén la subnotificació en un 10%. L'hospital Can Misses ha disminuït el percentatge de subnotificació respecte de l'any 2007 (20 vs 7). L'hospital Son Llàtzer presenta un percentatge de subnotificació (10,3%), inferior a l'any 2007 (21%). En el segon any de funcionament, l'hospital d'Inca presenta una subnotificació (9,1) similar a la del l'any 2007 (dels 11 casos 1 ha estat detectat per recerca activa). A l'hospital Mateu Orfila, amb 15 casos, no s'ha detectat subnotificació.

A l'àmbit hospitalari es varen detectar casos subnotificats d'un total de 4 malalties: tuberculosi, leishmaniasi, legionel·losi i infecció meningocòccica. Globalment i com cada any, la majoria dels casos detectats per recerca activa són de tuberculosi (23 casos): Son Llàtzer i Son Dureta (7 casos cada hospital), hospital de Manacor (5 casos), hospital Can Misses (3 casos) i hospital d'Inca (1 cas). Els dos casos subnotificats de leishmaniosi corresponen als hospitals de Manacor i Son Llàtzer. Els 4 de legionel·losi són dels hospitals de Manacor (2 casos), Son Dureta i Son Llàtzer. Finalment l'únic cas subnotificat d'infecció meningocòccica era de l'hospital Son Dureta.

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 2008 i des d'aquest àmbit (taula 9) s'han notificat un total de 116 casos de malalties de declaració individualitzada. Les malalties més notificades són hepatitis (62 casos) i parotiditis (30 casos).

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Dels 55 centres de salut un total de 40 (73%) han notificat qualque cas de malaltia de tipus individualitzat. Els centres que més han notificat malalties individualitzades han estat Sant Antoni (11 casos, dels qual 7 són tuberculosi), Es Viver i Vila (7 casos de cada centre).

A l'àmbit d'atenció primària s'ha detectat la subnotificació de 4 casos: 2 de parotiditis al CS Es Viver i 2 casos d'hepatitis al CS Vila.

Del total de 34 casos subnotificats (30 hospitalaris i 4 no hospitalaris), 31 s'han recuperat a partir de la revisió del CMBD. Dos casos es detectaren a través de la revisió de l'eSiap i un tercer es va recuperar després de la notificació des d'una font d'informació no sanitària. No s'ha detectat cap subnotificació a través de les dades facilitades pels laboratoris hospitalaris. A partir de la informació facilitada pel CMBD i pels laboratoris el personal del servei d'Epidemiologia i de les unitats d'epidemiologia dels Centres Insulars van necessitar fer la revisió d'aproximadament 230 històries clíniques per recuperar els casos subnotificats.

4.5.- Altres fonts d'informació

A la taula 10 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 74 casos. Cal destacar que entre aquests tipus de font figura el Centre Nacional d'Epidemiologia, que ha notificat al sistema un total de 31 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.

4.6.- Retard de les notificacions

Com a part dels d'indicadors de qualitat del Sistema de Vigilància de les malalties de declaració obligatòria es descriu el retard en la recepció dels protocols de notificació numèrica per a l'any 2008. Com s'ha explicat a la part de metodologia, els protocols es consideren rebuts amb retard quan arriben al Servei d'Epidemiologia passats 10 dies des de la finalització de la setmana epidemiològica.

Durant l'any 2008, el sistema de vigilància ha rebut amb retard un 3,8% dels 22.126 protocols, percentatge lleugerament inferior al dels 2007 (5,2). A la taula 11 es desglossa per a cada tipus de font d'informació i es comparen les dades amb les d'anys anteriors. Com a dada destacable, els hospitals disminueixen per segon any consecutiu el percentatge de protocols rebuts amb retard encara que és la font d'informació que presenta el percentatge més alt, la qual cosa és coherent amb un tipus de font que pràcticament només envia declaracions individualitzades.

Totes les illes han presentat disminució del percentatge de protocols rebuts amb retard respecte de l'any 2007 i amb poques diferències entre elles (taula 12).

Dels 22.040 protocols que s'han processat procedents de la xarxa d'atenció primària (exclosos metges de reforç) se n'han rebut amb retard el 3,4%, percentatge inferior al de l'any 2007 (4,8) i amb diferències importants entre els diferents centres de salut. El màxim de retard el presenta el CS Sta. Catalina (18,1%). Per damunt del 10% estan també els centres de Felanitx (12,4) i Llevant (12,3). Els centres de Son Ferriol i Son Pisà, ambdós amb un nivell de compliment (protocols rebuts respecte a esperats) superior al 90% presenten una puntualitat del 100%. Son Goteu, amb un percentatge de compliment que envolta el 60% també presenta una puntualitat del 100% (taula 13).

5. Anàlisi epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria

5.1.- Incidència global

La taula 14 mostra la incidència de les malalties de declaració obligatòria per a l'any 2008, en nombre absolut de casos, distribuïda per illes i l'IEA. Es presenta també la incidència a Palma. La taula 15 presenta les taxes per 10⁵ habitants per illes i global.

Durant l'any 2008 no s'ha detectat cap cas de malaltia per *H. influenzae*, febre tifoide, rubèola, tètan, triquinosi ni brucel·losi. En canvi s'han detectat - entre les malalties de nul·la o baixa incidència al nostre medi - 1 cas de xarampió, 5 casos de disenteria bacil·lar, 9 casos de tos ferina i 1 cas de sífilis congènita.

Els casos detectats de la majoria de les malalties de declaració obligatòria de moderada o alta incidència durant el 2008 es mantenen dins els límits o per sota dels esperats. Un total de set malalties presenten un índex epidèmic acumulat (IEA) per sobre de l'esperat: sífilis (99 casos; 25 més que al 2007 i IEA de 1,48), febre exantemàtica mediterrània (36 casos; IEA de 1,33), febre recurrent paparres (24 casos; IEA de 8,00), altres hepatitis víriques (45 casos; IEA de 1,88), i legionel·losi (104 casos; IEA de 2,26).

Part dels casos de determinades Malalties de Declaració Obligatòria s'han presentat en forma de brot: 7 brots de tuberculosi amb un total de 15 afectats, un brot de disenteria (2 afectats), un brot d'hepatitis A i un d'hepatitis B (2 afectats a cada brot), dos brots de parotiditis (5 afectats en total), un brot de tos ferina amb 2 afectats i, finalment, 3 brots per *Legionel·la pneumophila* amb un total de 16 afectats.

Pel que fa a les dades per illa es pot destacar que la taxa més alta de tuberculosi ha estat la d'Eivissa (23 casos de TB respiratòria i 8 de TB altres formes) amb un augment respecte de l'any 2007 però sense arribar a les altes incidències d'anys anteriors. A Mallorca i Menorca les xifres de tuberculosi reflecteixen una relativa estabilització.

Mallorca presenta la taxa més alta de sífilis (10,2 casos per 10⁵; 86 casos en total; 24 més que al 2007) i Eivissa té la taxa més alta d'infecció gonocòccica (6,7 casos per 10⁵).

Dels 104 casos de Legionel·losi, 81 corresponen a Mallorca encara que les altres illes també han vist augmentat el nombre de casos d'aquesta malaltia.

Ni a Menorca ni a Eivissa s'han detectat casos de leishmaniosi.

A Formentera, a l'any 2008 s'han detectat 26 casos de grip, 3 de sífilis, 166 diarrees, 9 varicel·les, 1 cas de tuberculosi respiratòria, 2 d'hepatitis A, 1 cas de parotiditis i 1 de sífilis congènita.

A la taula 16 (a, b i c) es presenta la incidència de les malalties de declaració obligatòria per zona bàsica, en nombre absolut de casos.

5.2.- Malalties de declaració exclusivament numèrica

Diarrea infecciosa aguda (DIA)

El nombre de casos declarats de DIA a l'any 2008 ha estat de 31.943 i una taxa de 2.977 casos per 10⁵ habitants. L'IE de les Illes Balears és de 0,92, cosa que indica una incidència dins els límits de l'esperat. El rang del quinquenni anterior està entre un mínim de 32.865 casos a l'any 2005 i un màxim de 45.354 a l'any 2003.

En fer la comparació temporal per períodes quadrisetmanals mitjançant el canal endemoepidèmic (figura 3) s'observa una incidència en els límits inferiors de l'esperada durant pràcticament tot l'any, excepte en el primer període de l'any, en què la incidència ha arribat al màxim.

La comparació espacial mostra una incidència inferior a la mitjana a Menorca (IE 0,61), amb 2.245 casos per 10⁵ habitants, mentre que a Mallorca la taxa és de 3.102 casos per 10⁵ i l'IE de 0,96, i a Eivissa i Formentera de 2.698 (IE 0,88). La incidència a Palma ha estat de 3.751 casos per 10⁵ habitants (IE 0,93). A taula 17 es mostren els casos per illa i capital del període 2003-2008. A Formentera els casos declarats han estat 166.

La figura 4 presenta la sèrie històrica des de l'any 1999 en forma de taxa anual per 10⁵ habitants. S'hi veu una disminució important de la taxa, amb un pic màxim al 1999, amb una taxa de 5.669, i un mínim de 2.977 al 2007, amb poques diferències en els darrers anys.

Febre exantemàtica mediterrània (FEM)

La incidència de 2008 ha estat de 36 casos, 3,4 per 10⁵ habitants. L'índex epidèmic ha estat lleugerament més alt que l'esperat, 1,33. La distribució geogràfica és irregular: se n'han declarat 35 casos a Mallorca, 1 a Menorca i cap a les Pitiüses. Les taxes han estat de 4,1 a Mallorca i 1,1 a Menorca. A Palma hi ha hagut 10 casos, amb una taxa de 2,5. No s'ha detectat cap agregació temporoespacial que pugui explicar l'augment de la incidència.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

A la figura 5 i a la taula 18 s'hi mostra la incidència des del 1999, any que va presentar la màxima incidència del període (14,1 casos per 10⁵ habitants) mentre que a partir del 2000 no ha superat els 5 casos per 10⁵. L'alta incidència del 1999 probablement és conseqüència de la modificació de la modalitat de declaració, d'individualitzada a únicament numèrica al 1997, any en què va experimentar un augment considerable i que va ser considerada una sobrenotificació que es va anar corregint en els anys successius. Excepte aquell primer any, la incidència a Mallorca és estable, a Menorca irregular i a Eivissa i Formentera pràcticament no s'hi han detectat casos.

Febre recurrent per paparres (FRP)

A l'any 2008 se n'han detectat 24 casos, i la taxa va ser de 2,2 per 10⁵ habitants i l'IE de 8. La majoria de casos (21) eren de Mallorca, 20 d'ells de Palma, i els altres 3 d'Eivissa. No s'ha detectat cap cas a Formentera.

A la taula 19 i la figura 6 es presenten les incidències anuals des de l'any 1999. Als primers anys del període es varen notificar molts casos, probablement a causa d'una sobrenotificació per una mala aplicació de la definició de cas, tendència que s'havia anat corregint i que des de l'any 2004 ja s'havia reduït a xifres més d'acord amb la situació general de la malaltia al nostre entorn geogràfic. L'augment de la incidència de l'any 2008 probablement és també conseqüència d'una sobrenotificació, tal com havia passat els anys anteriors. No obstant això, aquest augment inesperat obliga a extremer la vigilància d'aquesta malaltia.

Grip

A l'any 2008 s'han declarat 10.736 casos de grip, que expressats en taxes són 1.000,7 casos per 10⁵ habitants.

A la comparació temporal es veu una incidència dins l'esperada, amb un IE d'1,1. La figura 7 representa la incidència quadrisetmanal de 2008 i el canal endemoepidèmic, al qual es veu com la incidència al 2008 en període epidèmic ha estat pràcticament igual que la mediana del quinquenni anterior, excepte en el primer període quadrisetmanal, en què ha estat un poc més alta, però molt allunyada del màxim del quinquenni.

Els primers mesos de l'any corresponen a la temporada gripal anterior, la 2007-2008, temporada d'activitat baixa, amb el màxim a les setmanes 3 i 4 de 2008. Els darrers mesos ja corresponen a la temporada 2008-2009, també d'activitat baixa.

A la taula 20 presentam la distribució geogràfica (per illes i Palma) dels casos quadrisetmanals. La distribució territorial és desigual entre les illes, amb una taxa de 949,6 a Mallorca, de 1.456,2 a Menorca i de 1.007,5 a les Pitiüses. Els IE respectius varen ser de 1,13, 1,27 i 0,82. A Palma la incidència ha estat de 3.778 casos, una taxa de 952,7 casos per 10⁵ habitants i un IE d'1,05. El nombre de casos de Formentera va ser de 26.

La figura 8 presenta la sèrie històrica des de l'any 1999, 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) i l'any de màxima incidència va ser el 1999 (taxa anual de 6.996 casos per 10⁵), mentre que el 2006 va ser el d'incidència més baixa (465 casos per 10⁵).

Pel que fa a la temporada gripal 2007-2008 (setmana 40 del 2007 a la 20 del 2008), en comparar-la amb el període que inclou des de la temporada 2002-2003 fins a la 2006-2007, es veu que ha estat una temporada d'incidència baixa. El nombre total de casos ha estat de 10.770 i l'IE de 0,67. A la figura 9 es mostra el canal endemoepidèmic construït amb les cinc temporades anteriors a l'estudiada, 2002-2003 a 2006-2007; s'hi veu com durant les setmanes de més alta intensitat la incidència ha superat la mediana, mentre que a la resta de la temporada la incidència ha estat més baixa que la mediana.

Infecció gonocòccica

La incidència d'infecció gonocòccica a les Illes Balears durant el 2008 ha estat de 37 casos, és a dir, 3,4 casos per 10⁵ habitants, amb un IE de 0,88. A Mallorca hi ha hagut 26 notificacions (19 de les quals a Palma), 2 a Menorca i 9 a les Pitiüses. A Formentera no hi ha cap cas declarat. La taxa d'incidència ha estat desigual: la més alta a les Pitiüses (6,7 casos per 10⁵, quasi el doble de la global), seguida de Mallorca (3,1) i Menorca (2,2), mentre que a Palma ha estat de 4,8.

A la sèrie històrica 1999-2008 (figura 10) es veu que la tendència segueix estable, tot i que el 2008 ha estat el més baix de la dècada. A Palma la incidència ha disminuït per primera vegada des de l'any 2004.

Sífilis

El nombre de casos de sífilis notificats al 2008 ha estat de 99, als quals correspon una taxa de 9,2 per 10⁵ habitants. L'índex epidèmic ha estat d'1,48. Quant a la distribució geogràfica, 86 malalts tenen residència a Mallorca, amb una taxa de 10,2 per 10⁵, 9 a les Pitiüses (taxa de 6,7) i 4 a Menorca (taxa de 4,3). 59 casos (69% dels malalts detectats a Mallorca) corresponen a Palma, cosa que suposa una taxa de 14,9 casos per 10⁵ habitants.

La taula 21 mostra la incidència en nombres absoluts i taxes, per illes i capital, des de l'any 1999. 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. La figura 11 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.

Varicel·la

Els casos notificats durant l'any 2008 han estat 4.336, i representen una taxa de 404,2 casos per 10⁵ habitants. L'IE, 0,94, indica que la incidència ha estat dins l'esperada.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

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. Pel que fa al sexe, les diferències són escasses, amb el 52,2% d'homes. En canvi a la distribució per edat (figura 12) hi ha diferències importants. Les taxes dels grups d'1 a 4 anys (5.543,8 casos per 100.000) i de 5 a 9 (5.523) són molt més elevades que les de qualsevol altre grup, i es veu com a partir del grup de 15 a 19 anys ja són molt més baixes que la mitjana. El 80% dels casos es donen a menors de 10 anys.

La figura 13 mostra la incidència de 2008 per períodes quadrisetmanals i el canal endemoepidèmic. Es veu com durant tot l'any les taxes són pràcticament iguals a la mediana del període anterior. La distribució estacional mostra la major incidència als períodes quadrisetmanals sisè i setè (de mitjan maig a mitjan juliol), en els quals s'acumulen el 37% dels casos.

A la figura 14 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.

La distribució geogràfica dels casos de l'any 2008 mostra una incidència desigual (taula 22), però una tendència similar, excepte en els dos darrers anys. Al 2007 les taxes de Mallorca i Menorca estaven entre les més baixes del període, mentre que a les Pitiüses varen ser les més altes i la situació es va invertir al 2008. Només 9 casos s'han notificat al 2008 a Formentera.

5.3.- Malalties de declaració numèrica i individualitzada

Brucel·losi

Durant l'any 2008 no s'ha notificat ni detectat cap cas de Brucel·losi. L'únic cas notificat en el quinquenni anterior correspon a l'any 2007.

Disenteria bacil·lar

Durant l'any 2008 s'ha notificat cinc casos de disenteria (taxa de 0,5). Tots els casos corresponen a Mallorca i tots es varen confirmar per laboratori, encara que només a 3 es va identificar el tipus de shigel·la (dues *S. sonnei* i una *S. flexnerii*). Dos casos es presentaren en forma de brot d'àmbit familiar. No es van poder determinar factors de risc evidents a cap dels casos.

Tres dels casos es varen notificar des de M. Interna de l'Hospital Son Llàtzer i els altres dos des de la Policlínica Miramar (Pediatría i M. Interna).

Des de l'any 1997 la incidència d'aquesta malaltia ha estat de entre 0 i 1 cas anual.

Febre tifoide i paratifoide

Durant l'any 2008 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).

Hepatitis A

A l'any 2008 es varen detectar 9 casos d'hepatitis A, 3 corresponents a Mallorca (tots tres a Palma) i 6 a les Pitiüses (2 d'ells a Formentera). La taxa global per 10⁵ habitants ha estat de 0,8 i l'índex epidèmic d'1,13.

Al 2008 es va detectar un sol brot d'hepatitis A, a l'àmbit domiciliari i amb 2 casos. No es va poder identificar la font de la infecció.

A la figura 15 es mostren les taxes anuals per 10⁵ habitants des de 1999 i la tendència, que en general és descendent, però que mostra augments puntuals de la incidència causats per brots.

A la taula 23 es presenta la distribució per sexe i edat dels casos del 2008. Tots excepte un eren homes, i la majoria adults joves.

Cap dels malalts havia estat vacunat.

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

En el 2008, 7 casos d'hepatitis A es declararen des d'Atenció Primària: CS Vila (3 casos), CS Formentera (2 casos), CS Arquitecte Bennàssar (1 cas) i CS Son Rutlan (1 cas). Els altres 2 casos es declararen des de l'àmbit hospitalari: Son Dureta (unitat de Digestiu) i Can Misses (M.Interna). Un dels casos del CS Vila es va detectar per recerca activa.

Hepatitis B

Durant el 2008 es varen detectar 16 casos d'hepatitis B, que representen una taxa d'1,5 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic de 0,76. A Mallorca, amb 12 casos la taxa és d'1,4. 9 dels casos corresponen a Palma (taxa de 2,3). A Menorca, amb 2 casos, la taxa és de 2,2, i a les Pitiüses amb 2 casos (cap d'ells a Formentera), la taxa és de 1,5. A la figura 16 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.

Pel que fa al sexe dels casos del 2008, 10 eren homes (55,6 %), la mitjana d'edat va ser de

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

39 anys i no hi havia diferències d'edat entre ambdós sexes (taula 24). Només hi havia un cas menor de 15 anys, una nina de 6 no vacunada amb l'antecedent d'haver viscut a una zona endèmica.

Tots els casos excepte un es varen confirmar per laboratori. No es va constatar l'antecedent de vacunació a cap malalt. Es té informació completa sobre els factors de risc prevists al protocol de notificació a 16 dels casos, el 89%, 31 punts més que al 2007. Pel que fa a cadascun dels factors de risc, el rang d'emplenament de la informació sobre la variable al protocol de notificació va del 94,4% al 100%. Els factors de risc identificats amb més freqüència varen ser haver tengut múltiples parelles (27,8%), tenir un contacte familiar de risc (4 casos, en tots el contacte de risc era la parella sexual), i, en 2 casos, haver viatjat a zones d'endèmia i haver viscut a zones endèmiques d'hepatitis per virus B.

Quasi totes les notificacions de l'any procedeixen d'atenció primària de l'Ib Salut: CS S'Arenal (2 casos), CS P.Garau (2 casos), CS Sant Agustí (2 casos), CS Son Gotleu, CS Dalt S.Joan, CS Ferreries, CS Calvià, CS Marines, CS Son Servera, CS Can Misses i CS Sant Antoni. L'Hospital Son Llàtzer (Pediatría) i Metges del mon van notificar un cas ambdós. No es va detectar cap cas per recerca activa.

Altres hepatitis víriques

Durant el 2008 es varen notificar 45 casos d'aquesta rubrica, que representen una taxa de 4,2 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic d'1,88, més alt que l'esperat.

Per illes (taula 25), la major taxa d'incidència correspon a les Pitiüses amb 6 casos (taxa de 4,5), la segueix Mallorca amb 35 casos (taxa de 4,1) mentre a Menorca se n'han detectat 3 (taxa de 3,2). Els casos de Palma varen ser 29, amb una taxa de 7,3, mentre que a Formentera no hi ha hagut cap cas. A la figura 17 es mostra, per illes i globalment, la sèrie històrica (1999-2008) on es veu en els darrers anys un augment de la incidència.

Pel que fa al sexe, 26 eren homes i 19 dones. El rang d'edat era de 20 a 80 anys, amb una mitjana de 43 anys, 6 anys més alta a dones que a homes (respectivament, 46 i 40), i la desviació estàndard de 16,9. No hi havia casos menors de 15 anys.

L'etiologia de tots els casos era el virus C, que representa el 98% dels casos del període 1999-2008 (taula 25). De 36 dels casos (80%) es va poder obtenir informació completa sobre factors de risc. El més freqüent (18 casos) va ser l'antecedent d'ús de drogues per via parenteral, seguit d'haver tengut múltiples parelles (5 casos) i del contacte familiar de risc (5 casos; a tots ells el contacte era la parella sexual).

La majoria de casos (41) de l'any 2008 els va declarar atenció primària de l'Ib Salut: Son Serra (5 casos), Coll d'en Rebassa (5 casos), Vila (4 casos), P.Garau (4 casos), Son Cladera (3 casos), Son Rutlan (2 casos), Son Pisà (2 casos), Valldargent (2 casos) i Andratx (2 casos). Els següents centres de salut varen declarar 1 cas: E. Graduada, A. Bennàssar, Sant Agustí, D.S.

Joan de Maó, Ciutadella, Verge del Toro, Sa Pobla, Es Pla, Manacor, Nuredunna, Can Misses i Santa Eulària. El centre penitenciari de Palma va notificar 4 casos. Es va detectar un cas al CS Vila per recerca activa.

Legionel·losi

Durant el 2008 es varen detectar a les Illes Balears un total de 104 casos de legionel·losi que representen una taxa de 9,7 per 10⁵ habitants (taxa a l'any 2007: 5,2; 54 casos). Des de l'any 1988 (en què se'n va establir la declaració obligatòria) es tenen dades exhaustives de la incidència de legionel·losi a Balears i en cap any s'havia arribat a xifres tan altes.

Per illes, Mallorca (47 casos al 2007) presenta al 2008 la majoria dels casos – 81, 23 dels quals a Palma - mentre que a Eivissa se'n detectaren 17 (14 més que al 2007) i a Menorca 6 (quatre més que al 2007). No se n'ha detectat cap cas associat a l'illa de Formentera. Per tant, excepte aquesta darrera, totes les illes han augmentat en nombre de casos. A la taula 26 es mostren els casos totals i per illa des del 1999.

Pel que fa al sexe, els casos del 2008 eren 71 homes i 33 dones. Quant a l'edat - variable coneguda per tots els casos – el rang va de 27 a 90 anys i la mitjana és de 62 anys. A la taula 27 es presenta la distribució per sexe i grups d'edat. A la figura 18 es representa per mes d'inici de símptomes el canal endèmic del període 2003-2007 i el nombre de casos del 2008. La sobreincidència del 2008 es presenta especialment als mesos de maig i agost.

Dels 104 casos detectats, 42 eren turistes (l'origen més freqüent va ser el Regne Unit amb 13 casos), mentre la resta de casos eren residents habituals a la Comunitat Autònoma. 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). El CNE va notificar al Servei d'Epidemiologia un total de 32 casos mentre que els serveis d'Epidemiologia d'altres comunitats autònomes en varen notificar 2. Altres 68 casos varen ser notificats per diferents hospitals: H. Son Dureta (12 casos; Pneumologia, UCI, M. Interna i Nefrologia), H. Son Llàtzer (15 casos; Pneumologia, UCI, M. Interna i Urgències), H. Can Misses (15 casos; UCI, M. Interna i Laboratori de Microbiologia), H. Mateu Orfila (6 casos; M. Interna); P. Miramar (5 casos; Laboratori de Microbiologia, M. Interna); H. de Manacor (4 casos; M. Interna), C. Juaneda (4 casos; UCI, Pneumologia), H. Comarcal d'Inca (3 casos; Pneumologia, UCI, M. Interna), H. de Muro (2 casos; UCI), C. Menorca (1 cas) i C. Palma-Planas (1 cas; Microbiologia). De tots aquests casos d'hospitals, 4 s'han detectat per recerca activa, és a dir són en realitat subnotificacions que el servei d'Epidemiologia va detectar a través de la revisió del CMBD: 2 de l'H. de Manacor, un de l'H. Son Dureta i un de l'H. Son Llàtzer. Dos casos els varen notificar els centres de salut de Serra Nord i Manacor.

Es varen poder confirmar per laboratori 102 casos, 98 per detecció d'antigen en orina i els altres per cultiu o PCR. De les legionel·les identificades 101 varen ser *L. pneumophila* del serogrup 1, mentre que d'un cas no es va poder determinar el serogrup.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

A la taula 28 es presenten els casos confirmats segons mètode de confirmació des de l'any 1999 fins el 2008. 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 2008 respiratòria (malaltia del legionari), es varen comunicar complicacions a 4 casos i l'evolució clínica es va poder conèixer a 102 casos, amb curació a 98 casos 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 60 casos (57,7%) 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 (41,4%). Entre els antecedents que apareixen amb més freqüència destaquen el tabaquisme (32 casos; 46,4% dels casos amb resposta coneguda en aquesta variable) i l'exposició a aire condicionat (28 casos; 45,2% dels casos amb resposta coneguda en aquesta variable).

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.

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 "cluster". A partir dels 2 anys entre l'inici de símptomes de 2 casos consecutius es considera que no estan relacionats, maldament s'haguessin allotjat al mateix establiment.

A l'any 2008 41 dels casos tenien antecedent d'estada a establiments turístics. D'aquests 41 casos, 32 s'han catalogat com esporàdics, és a dir, epidemiològicament no associats a altres casos. 5 casos han format un brot associat a un mateix hotel amb antecedents de casos a anys anteriors. 3 casos han format un clúster associat també a un hotel però sense antecedents de casos a anys anteriors. Un darrer cas ha format, amb un cas de l'any 2007, un clúster associat a un mateix hotel que ja tenia l'antecedent d'un altre cas al 2003.

En definitiva, durant l'any 2008 un total de 41 casos s'han associat a un total de 35 establiments, formant un brot, dos clústers i 32 casos esporàdics. Els 35 establiments associats corresponen quasi tots a Mallorca (32), només dos a Eivissa i 1 a Menorca.

A part dels brots i clústers relatius a establiments turístics, durant l'any 2008 s'ha detectat un brot amb 8 casos associats a la torre de refrigeració d'una gelateria a Santa Eulàlia (brot descrit al Full setmanal de Vigilància Epidemiològica 49-50/2008) i un brot (3 casos) a Santa Maria en el qual no s'ha pogut identificar la font.

Es varen recollir mostres ambientals de 49 dels 104 casos de l'any 2008, amb resultat positiu

a *Legionella* a 29. 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.

Quant a l'evolució de la incidència de la legionel·losi, després de tres anys de relativa estabilització en el nombre anual de casos i després d'un moderat augment a l'any 2007 (54 casos), les dades del 2008 han suposat un augment espectacular de la incidència. Aquest augment ha afectat especialment Mallorca, que ha passat de 47 casos (any 2007) a 81, però també a la resta d'illes. Menorca ha passat de 2 a 6 casos i Eivissa de 3 a 17. La xifra més alta que s'havia donat fins ara era de 64 casos a l'any 2003. S'ha de tenir en compte que dels 17 casos d'Eivissa quasi la meitat corresponen a un brot.

A la figura 19 es representa l'augment a les diferents variables d'incidència: augment de quasi el doble en la taxa global d'incidència a les Illes Balears respecte del 2007 (5,2 vs 9,7), augment de la taxa una vegada exclosos els casos corresponents a població turística (2,8 vs 5,8), augment del nombre d'establiments turístics associats a casos (24 vs 35), augment dels casos associats a establiments turístics (25 vs 41) i augment especialment important dels casos no associats a establiments turístics (29 vs 63).

Dels 63 casos no associats a establiments turístics, 42 corresponen a Mallorca (25 al 2007), 6 a Menorca (cap al 2007) i 15 a Eivissa (2 al 2007).

Els 63 casos es distribueixen en un total de 34 zones bàsiques de les quals 13 presenten més d'un cas: Santa Eulàlia (10 casos que inclouen el brot esmentat), Coll d'en Rebassa (5 casos), Dalt Sant Joan de Maó (5 casos), Santa Maria (5 casos), Escola Graduada (2 casos), Son Gotleu (2 casos), Son Serra (2 casos), Calvià (2 casos), Lluçmajor (2 casos), Manacor (2 casos), Alcúdia (2 casos), Can Misses (2 casos) i Sant Antoni (2 casos).

Leishmaniosi

D'aquesta malaltia a l'any 2008 se n'han notificat 11 casos (la meitat que al 2007), tots ells residents a Mallorca (7 a Palma). La taxa global ha estat d'1 cas per 10⁵ habitants i l'índex epidèmic de 0,50. Això reflecteix una incidència la meitat de l'esperada. La taxa a Mallorca és d'1,3.

La sèrie històrica des del 1999 (figura 20) mostra com a l'any 2002 comença un període d'augment regular i constant, amb més que 30 casos a l'any 2005. Aquesta tendència, que respon probablement a una correcció lenta de la subnotificació - especialment de les formes cutànies- i a la incorporació de noves fonts d'informació, es romp per primera vegada a l'any 2006 ja que es notifiquen un nombre similar de casos que al 2005 mentre que al 2007 la tendència ja era a la baixa. A la figura 20 s'observa també com el 2008 és el cinquè any consecutiu en què es notifiquen més formes cutànies que viscerales, respectivament 6 i 5. La disminució de 2008 ha estat a costa de les dues formes clíniques de la malaltia.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

La simptomatologia dels casos del 2008 va ser esplenomegàlia (6 casos), hepatomegàlia (4 casos), febre (3 casos) i anèmia (3 casos). Dels pacients amb leishmaniosi cutània 5 varen presentar una única lesió i 1 cas lesions múltiples.

Respecte de les variables de risc recollides al protocol de notificació, 5 dels 11 casos, tenien infecció per VIH, 4 eren usuaris de drogues per via parenteral, a 2 hi havia alcoholisme, i es va consignar l'antecedent de tractament immunosupressor a un malalt i transfusió a un altre. No es va comunicar cap cas relacionat amb cans (convivència, malaltia, etc.).

A la taula 29 es resumeixen les característiques dels malalts i podem destacar la notificació de 3 casos pediàtrics, 1 amb forma visceral i 2 cutània. Tant la mitjana com la mediana d'edat són superiors en les formes cutànies.

Els casos s'han detectat a persones residents a les zones bàsiques de Pere Garau, Camp Rodó, Coll d'En Rabassa, Emili Darder, Rafal Nou, Son Serra, Martí Serra, Serra Nord, Lluçmajor i Nuredunna. No s'han detectat brots ni agregacions de casos a una zona determinada.

Un dels casos de leishmaniosi durant l'any 2008 ha estat notificat per una consulta privada de dermatologia i la resta per centres hospitalaris: H.Manacor (1 cas; Pediatria) i Son Llätzer (9 casos; M.Interna i Dermatologia). El cas de l'H. De Manacor i un de l'H.Son Llätzer s'han detectat per recerca activa (CMBD).

Malaltia meningocòccica

El nombre de casos de malaltia meningocòccica a l'any 2008 ha estat de 18 (un més que al 2007), la taxa per 10⁵ habitants d'1,7 i l'IEA de 0,86. La forma clínica ha estat de sèpsia a 8 casos, meningitis a 3 i forma mixta a 7. Pel que fa a l'evolució, no es varen registrar complicacions ni seqüeles. Les característiques clíniques dels casos varen ser febre (18 casos), petèquies (14), vòmits (10), rigidesa de nuca (6) i estupor o coma (4).

A la distribució geogràfica hi ha diferències entre les illes, de manera que dels 18 casos 13 corresponen a Mallorca (4 dels quals a Palma), 1 a Menorca i 4 a Eivissa, amb taxes respectives d'1,5 a Mallorca, 1,1 a Menorca i 3 a Eivissa; la taxa de Palma ha estat d'un cas 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 totes les illes i també a Palma.

La distribució estacional mostra que quasi la meitat dels casos es presenten en els quatre primers períodes quadrisetmanals de l'any (taula 30). En comparar la distribució mensual dels casos del 2008 amb la dels anys 1999-2007 (figura 21) s'observa que a un sol mes, el novembre, es va arribar al màxim del canal endemoepidèmic, que el mes de febrer va ser més baix que el mínim mensual del període i que a la resta de mesos el nombre de casos va ser proper a aquest mínim. Durant els anys 1999-2008 s'han detectat un total de 227 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 darrera temporada (2007-2008) es varen detectar 19 casos, tres més que a l'anterior (figura 22).

L'evolució de la malaltia des del 1999 mostra un descens important al 2000, a partir del qual la taxa ha sofert petites fluctuacions entre 3,1 (2002) i 1,5 (2001) casos per 100.000 (figura 23). Durant el període 1999-2008 la taxa global ha estat de 2,5, molt semblant a Mallorca (2,5) i a Eivissa (2,7) i més baixa a Menorca (1,6). Mallorca presenta la taxa mitjana més alta (Mallorca 3,1; Menorca 2,3; Pitiüses 2,8), tal com es veu a la taula 31.

Pel que fa a les variables sexe i edat (taula 32), quasi tres quartes parts eren homes (13 casos) i dels 18 casos, 13 tenien menys de 15 anys d'edat. La taxa fins als 14 anys ha estat de 8,1 per 10⁵ (1,6 punts més que al 2007). La taxa a majors de 14 anys és de 0,5 per 10⁵ (la meitat que a l'any 2007).

La proporció de casos confirmats al 2008 va ser del 72,2% (13 de 18 casos), la segona més baixa del període 1999-2008. El promig de confirmació del quinquenni 2003-2007 va ser del 84%, quasi 12 punts més alt que el de l'any 2008. Dels 13 casos confirmats, 2 ho han estat per PCR i la resta per cultiu (4 de LCR, 5 en sang i 2 en ambdós tipus de mostra).

S'ha de destacar com aspecte positiu que la col·laboració dels diferents laboratoris hospitalaris de la comunitat ha permès serogrupar 12 dels 13 casos confirmats (92,3%), percentatge més alt que el global del darrer quinquenni (86,4%). De les 12 soques serogrupades 10 corresponen al serogrup B, 1 al C i 1 al serogrup W135. El cas per serogrup C era un nin de 17 mesos que no havia estat vacunat.

Des de l'any 1999 fins a l'any 2008 (en total 181 soques serogrupades) és clara la preponderància del B sobre el C (123 vs 37) (figura 24) i només en el 1999 la incidència del serogrup C ha estat similar a la de B; d'altres serogrupos només se'n varen identificar 5 casos. A la taula 33 es presenta la distribució dels casos segons confirmació analítica i serogrup dels anys 1999-2008 i a la taula 34 la distribució de serogrupos del 2008 per grup d'edat.

A l'any 2008 no hi va haver casos relacionats entre ells, de manera que es varen classificar tots com esporàdics. Hi va haver 5 casos de nacionalitat diferent a l'espanyola: dos eren turistes, un irlandès i un britànic, altres dos (un britànic i un argentí) eren residents a les Illes Balears, mentre que el darrer, un italià, era un indigent del qual no es va poder determinar la residència habitual ni el temps d'estada a les Illes Balears.

Tots els casos s'han notificat des de l'àmbit hospitalari, 10 casos de Son Dureta (UCI pediàtrica, UCI general i Pediatria), 4 casos de Can Misses (UCI, Pediatria, Medicina Interna i Microbiologia), 1 cas cadascun dels centres següents: clínica Palmaplanas (Pediatria), hospital Mateu Orfila (Pediatria), H. de Manacor (Microbiologia) i la clínica Juaneda (Pediatria). Un dels casos de Son Dureta es va detectar per recerca activa.

Malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae*

Al 2008 no es va detectar cap cas de malaltia per *H. influenzae*. Des de 2005 no hi ha hagut casos d'aquesta malaltia. La sèrie històrica des del 1999 mostra una incidència sempre molt baixa, amb un rang de zero a tres casos anuals (figura 25).

Des del 1999 fins el 2004 (11 casos acumulats) hi ha dos perfils de malalt: la persona de més de 50 anys no vacunada i el nin molt petit, de 2 anys o menys quasi sempre, amb alguna dosi de vacuna. A la taula 35 es mostra un resum de les variables dels casos acumulats des de l'any 1999.

Parotiditis

A l'any 2008 el nombre de casos de parotiditis va ser de 35, amb una taxa de 3,3 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic de 0,31, és a dir, una tercera part de la incidència esperada.

Pel que fa a la distribució geogràfica la incidència ha disminuït a Mallorca (5,4 al 2007 i 2,6 al 2008), però sobretot a les Pitiüses, amb una taxa de 6 enfront la de 52 del 2007. A Menorca la incidència ha augmentat respecte al 2007 (5,4 vs 2,2). A Formentera se n'ha detectat 1 cas. A la taula 36 es veu l'evolució anual de la taxa per cada illa des de l'any 1999 i a la figura 26 la de la taxa a les Illes Balears.

Respecte de la distribució per edat i sexe, el 62,9% dels casos eren homes. El rang d'edat és de 16 mesos a 67 anys. La incidència màxima s'ha vist al grup d'1 a 4 anys, amb 10 malalts i una taxa de 21,6 per 10⁵, mentre que en els anys precedents la màxima incidència s'havia donat al grup de 5 a 14 anys. Al 54,3% de malalts (19 casos) se'ls havien administrat les dosis de vacuna corresponents a l'edat, al 2,9% la vacunació era incompleta, el 34,3% no estaven vacunats i del 8,6% no va ser possible conèixer els antecedents de vacunació. Dels casos nascuts a partir del 1985 (primera cohort de naixement amb una bona cobertura de vacunació) no s'havia administrat la vacuna o la pauta no s'havia completat en una quarta part. A la taula 37 es presenta la incidència i el nombre de vacunats distribuïts per sexe i grup d'edat.

Es varen confirmar 11 casos (31,4%), 8 per serologia i 3 per aïllament del virus i serologia. La resta van ser classificats com casos sospitosos.

El 85,2% dels casos han estat notificats per atenció primària. Els pediatres n'han notificat 15 i els metges de família altres 15. Han notificat casos els Centres de Salut de Es Viver (4 casos), Sant Antoni, Manacor i Canal Salat (3 casos de cada centre), Arquitecte Bennàssar i Es Pla (2 casos a cada centre) i altres centres amb un cas (Alcúdia, Artà, Inca, Santanyí, Vilafranca, Casa del Mar, Son Pisà, Son Rutlan, Camp Rodó, Sta. Catalina, Dalt S. Joan, Verge del Toro i Formentera). De la resta, 4 casos els ha declarat la Clínica Rotger (Pediatría) i 1 l'Hospital Son Dureta (Pediatría). Dels 4 casos diagnosticats pel CS Es Viver 2 s'han estat detectats per recerca activa.

Rubèola

Durant l'any 2008, i per segon any consecutiu, no s'ha detectat cap cas de rubèola.

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. A la taula 38 es presenta la incidència de la rubèola des del 1999, distribuïda per illes.

Tètan

Durant l'any 2008 no s'ha notificat ni detectat cap cas de tètan. En el període 1999-2009 només hi ha hagut 2 casos de tètan, un al 1999 i un al 2001.

Tos ferina

Durant l'any 2008 s'han notificat 9 casos de tos ferina, amb una incidència de 0,8 i un IE d'1,50.

A la figura 27 es mostra l'evolució de la taxa des del 1999 i a la taula 39 es presenta el nombre absolut de casos des del 1999, per illes. Destaca la incidència de Menorca, més baixa encara que a la resta d'illes, amb un sol cas en tot el període (precisament a l'any 2008). A l'any 2008, s'han detectat 2 casos a Mallorca i 6 a Eivissa. A Formentera no se n'ha detectat cap cas.

Triquinosi

Durant l'any 2008 no s'ha notificat ni detectat cap cas.
El darrer cas detectat va ser al 2007 després que des del 1984 no se n'havia detectat cap.

Tuberculosi respiratòria

El nombre de casos de tuberculosi respiratòria a l'any 2008 ha estat de 146 (138 al 2007), i la taxa per 10⁵ habitants de 13,6, pràcticament igual a la del 2007. L'índex epidèmic acumulat (1,06) està dins l'esperat.

Encara que en els darrers anys les taxes envolten els 12-13 casos per 100.000, la figura 28, on es representen les taxes des de l'any 1999 mostra – amb fluctuacions d'intensitat moderada- una tendència lenta i globalment decreixent.

Especialment important és en aquest any 2008 analitzar les xifres per illa, ja que el comportament de la malaltia ha diferit de manera important. Mallorca (116 casos al 2008) manté pràcticament el mateix nombre que al 2007 (115) però amb la circumstància de l'augment de casos a Palma (81 vs 65). Menorca passa de 5 casos al 2007 a 7 al 2008, mentre que les Pitiüses passen de 14 a 23 casos. Amb aquestes xifres, els canvis més importants són l'augment de la incidència a Palma i a les Pitiüses. A Palma, l'augment del nombre de casos es deriva en un augment moderat de la taxa (17 vs 20). A les Pitiüses es deriva en una augment més important de la taxa (11 vs 17) però tot i així, no s'arriba a les

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

taxes dels anys 2004-2006 (de 25 a 30 casos per 100.000). S'ha d'esperar la confirmació d'aquesta tendència que pareix apuntar per a Palma a un augment progressiu de casos i per les Pitiüses a una millora de la situació. A la figura 29 i a la taula 40 es mostren les dades i tendències per illa des de l'any 1999.

Respecte de la distribució per les variables bàsiques de persona, la proporció de dones al 2008 ha estat del 34,9% (51 casos). La taxa d'incidència, igual que en els darrers anys, és el doble a homes que a dones (17,6 i 9,6 casos per 10⁵ respectivament). Les taxes, tant a homes com a dones, es mantenen pràcticament estables des de l'any 2006. A la figura 30 es mostren les taxes per sexe des de l'any 1999 i es veu com les taxes a homes es mantenen clarament per damunt de les taxes a dones. El 65% dels malalts té una edat compresa entre 25 i 54 anys. Als homes, la taxa més alta és la del grup 35-44 anys (27 casos; taxa de 27,6) mentre a dones el grup amb més incidència és el de 25-34 anys (15 casos; taxa de 15,6). A la taula 41 es mostren les taxes específiques per sexe i grup d'edat dels casos del 2008.

Dels 146 casos de tuberculosi detectats a l'any 2008, un total de 60 (41%) corresponen a immigrants repartits en 22 països de procedència. Aquest percentatge ha augmentat pràcticament cada any des del 1999 (9,8%) en què es va començar a recollir aquesta variable. A la distribució per país de procedència destaca Bolívia amb 14 casos i Marroc amb 11 casos. Equador n'aporta 5, mentre països com Paraguai, Romania i Uruguai n'aporten 3 cada un. Altres països són Rússia, Argentina i Colòmbia amb dos casos. Amb 1 cas apareixen Brasil, Bulgària, Xina, Filipines, França, Lituània, Mali, Nigèria, Panamà, Perú, Polònia, Regne Unit i Senegal. Hi ha dos casos en els quals no s'ha pogut determinar el país de procedència.

El percentatge de confirmació de casos de tuberculosi respiratòria a l'any 2008 va ser d'un 86%, pràcticament com el del 2007. El grup d'edat 15-64 anys presenta un percentatge de confirmació del 89% (111 confirmats d'un total de 125 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 (66%; 8 casos confirmats d'un total de 12 casos).

Respecte de la recollida de dades sobre factors o situacions de risc, a l'any 2008 el 44,5% dels casos presenten consignades totes les variables. Aquest percentatge és molt més baix que al 2007 (59%) i molt inferior a la mediana dels anys 2003-2007 (57%). La prevalença del factor "usuari de drogues per via parenteral" -calculada sobre els casos dels quals es té la informació (casos en què el notificador ha especificat la informació)-és del 93,2%. La prevalença d'infecció per VIH (15,3%) és de les més altes dels darrers anys.

Els casos de tuberculosi respiratòria de l'any 2008 s'han notificat des d'atenció primària (6 casos: Can Misses i Sant Antoni), centre penitenciari de Palma (1 cas), Clínic Balear (1 cas), Centre Mèdic Privat (1 cas) i les següents unitats hospitalàries (137 casos): Son Dureta (46 casos; M. Interna, Pneumologia, Pediatria i UCI), Son Llätzer (46 casos; Urgències, M. Interna, Pneumologia, Pediatria, Oncologia i Digestiu), H. Manacor (11 casos; M. Interna, Pneumologia i Pediatria), H. Can Misses (16 casos; M. Interna i Pneumologia); H. Comarcal d'Inca (6 casos; Pneumologia), H. M. Orfila (6 casos; M. Interna, Pneumologia i Pediatria), P. Miramar (2 casos; Pneumologia i Laboratori de Microbiologia), H. Joan March (1 cas;

Pneumologia), C. Rotger (1 cas; M. Interna), C. Juaneda (1 cas; M. Interna) i H. de Muro (Pneumologia).

D'aquests casos 13 s'han detectat per recerca activa, tots a través de la revisió del CMBD: diagnosticats a l'hospital Son Dureta (5 casos), hospital Manacor (4 casos), hospital Son Llàtzer (3 casos) i hospital Can Misses (1 cas).

Formes no respiratòries de tuberculosi

La incidència al 2008 ha estat de 45 casos (4,2 casos per 10⁵ habitants) amb un IEA d'1,02 i, per tant, entra dins els valors esperats. Després d'un augment del nombre de casos al 2007 respecte als anys anteriors, la xifra del 2008 implica tornar a un perfil d'estabilitat de dades que es reflecteix a la figura 31 (taxes anuals des del 1999).

Mallorca disminueix el nombre de casos respecte del 2007 (45 vs 35) i la resta d'illes manté aproximadament la mateixa incidència. Palma, amb 20 casos i una taxa de 5 també disminueix la incidència respecte del 2007. A la taula 42 es mostra l'evolució de la incidència en els darrers anys segons àmbit geogràfic.

Dels 45 casos, 15 són dones (33,3%). La mitjana d'edat és de 40 anys (rang 18-77), i és un poc més alta per les dones (43 anys) que pels homes (39 anys). A la taula 43 es mostra la distribució per edat i sexe.

Pel que fa a la forma clínica, les més freqüents són les pleurals (17 casos), ganglionars (15 casos) i meníngies (5 casos).

Dels 45 casos de tuberculosi no respiratòria detectats a l'any 2008, un total de 24 (53,3%) són immigrants. No s'havia verificat un percentatge tan elevat mai des de que es recull aquesta variable (any 1999) i és el segon any consecutiu que augmenta. Els llocs de procedència són fonamentalment Bolívia (5 casos), Marroc i Senegal (4 casos de cada país) i Equador i Alemanya (2 casos de cada país). Altres països aporten 1 cas només: Camerun, Colòmbia, EEUU, Guinea Eq., Paraguai, Portugal i Tailàndia.

S'han pogut confirmar 36 casos, és a dir, el 80%, percentatge superior al dels darrers anys i a la mitjana del quinquenni anterior (taula 44).

Respecte de la recollida de dades sobre factors de risc, a l'any 2008 el 70% dels casos presenten consignades totes les variables de risc que figuren al protocol de notificació. Aquest percentatge és més alt que la mitjana del quinquenni 2003-2007 (60%). Quasi totes les variables tenen un percentatge de resposta superior al 85%. La prevalença de cada factor de risc s'ha calculat sobre els casos dels quals es té la informació. Els que s'associen amb més freqüència a la malaltia tuberculosa no respiratòria són la infecció VIH (8 malalts) i enolisme (3 malalts).

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Els casos de tuberculosi no respiratòria de l'any 2008 s'han notificat des d'atenció primària (1 cas) i des de les següents unitats hospitalàries (44 casos): Son Dureta (18 casos; M. Interna i Pneumologia), Son Llàtzer (13 casos; Digestiu, M. Interna, Pneumologia, Nefrologia); Can Misses (6 casos; M. Interna); hospital de Manacor (3 casos; M. Interna); H. Comarcal d'Inca (2 casos; M. Interna); H. M. Orfila (1 cas; M. Interna) i P.N.S. del Rosario (1 cas; M. Interna). Dels 44 casos de l'àmbit hospitalari un total de 10 s'han detectat per recerca activa a través del CMBD. S'han detectat casos subnotificats als següents hospitals: Son Llàtzer (4 casos), Son Dureta (2 casos), H. Can Misses (2 casos), H. de Manacor (1 cas) i H. Comarcal d'Inca (1 cas).

5.4.- Malalties sotmeses a plans o registres específics

Malaltia de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

Encara que aquesta malaltia no es va incloure com de notificació obligatòria a la nostra Comunitat fins a l'any 2003 (Decret 19/2003 de 28 de febrer), ja se'n recollia informació des de l'any 1995. En aquest any es va crear un registre nacional per a la vigilància de la malaltia, al qual s'incorporaren els casos de nou diagnòstic i, mitjançant una recerca retrospectiva, els casos diagnosticats des de l'any 1993.

A l'any 2008 (mes de febrer) el sistema de vigilància va rebre la notificació de diagnòstic d'un cas des del servei de Neurologia de l'Hospital Son Dureta. Quasi al mateix temps es va rebre la notificació del mateix cas des del CS Son Pisà. El cas, amb defunció al mateix any 2008, havia iniciat símptomes en el mes d'agost del 2007 amb quadre de demència ràpidament progressiva, i més endavant presència de mioclònies i signes extrapiramidals. El cas va ser catalogat com MCJ Esporàdic Probable.

Des de la posada en marxa del sistema i fins l'any 2008, el Servei d'Epidemiologia ha rebut un total de 15 comunicacions de sospita de casos, les investigacions de les quals han suposat incloure en el registre un total 10 casos de MCJ (taula 45). Els altres 5 descartats varen ser qualificats de "No MCJ": dos d'ells no complien els criteris de cas i els resultats anatomopatològics dels altres tres casos sospitosos van confirmar altres tipus de demència (malaltia per Cossos de Lewy a dos casos i encefalitis vírica a l'altre).

Els 10 casos de MCJ acumulats al sistema des de l'any 1993 tenien –en el moment del diagnòstic- entre 57 i 78 anys i es varen catalogar tots com a corresponents a la MCJ en la forma clàssica, esporàdica. En quan als criteris de l'OMS, quatre dels casos compliren criteris de MCJ "Confirmada", altres cinc de MCJ "Probable" i un de MCJ "Possible". Quant a les proves diagnòstiques dels casos notificats, presentaven electroencefalograma típic de MCJ un total de 6 casos. La determinació de la proteïna 14.3.3 es va fer a 6 casos, i a 5 va resultar positiva. L'estudi genètic del gen PRNP, que codifica la proteïna PrP, es va fer a quatre casos sense que es trobàs cap mutació; el polimorfisme en el codó 129 també es va fer a quatre casos, i va resultar homozigot metionina/metionina a tres i metionina/valina a un.

Sífilis congènita

Durant l'any 2008 s'ha detectat 1 cas de sífilis congènita, al qual correspon una taxa de 0,1 casos per 100.000 habitants. En tot el període 1999-2008 hi ha 6 casos notificats, 2 al 2005, 3 al 2006 i 1 al 2008. El cas de l'any 2008 es tractava del fill d'una dona resident a les Pitiüses, amb parella politoxicòmana, gestació poc controlada i diagnòstic de la sífilis al moment del part. El part va ser prematur (29 setmanes) i el nin, de 1.100 gr. al naixement, va morir als pocs dies de vida.

Lepra

Durant el 2008 no es va declarar cap cas de lepra. Durant el període 1999-2008 se n'han detectat 2 casos, tots dos importats (2000 i 2007). Tots han causat baixa al registre per curació o trasllat, per la qual cosa no en queda cap actiu ni en vigilància.

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 polio, tant autòctons com importats i tant per virus salvatge com per soques vacunals. Així, per assegurar que es detecta qualsevol cas de polio, la vigilància de la malaltia 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.

Durant l'any 2008 s'han detectat 4 casos de paràlisi flàccida aguda (PFA), cosa que correspon a 2,5 casos per 100.000 nins menors de 15 anys. El primer cas era una nina de 6 anys que després d'un període prodròmic amb cefalea va desenvolupar una tetraparèsia ascendent de 7 dies d'evolució. La nina havia rebut 4 dosis de vacuna (la darrera al 2001), 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 a enterovirus. Als 60 dies la paràlisi 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 dolor muscular previ a l'inici de la paràlisi. El nin estava correctament vacunat (4 dosis, la darrera al 2005), no tenia antecedents de contactes amb vacunats recentment amb VOP ni havia viatjat. La paràlisi va afectar de forma simètrica totes les extremitats, i es va instaurar per complet en 2 dies. Es va recollir una sola mostra de femta i un frotis faringi, ambdós negatius. 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 9 anys, que després d'un període prodròmic amb cefalea i dolor muscular va desenvolupar una paràlisi descendent de 12 dies fins a la instauració completa. Se li havien administrat 4 dosis de vacuna, la darrera al 2001. No constaven antecedents de contactes amb vacunats recentment amb VOP ni de viatges. No es va recollir femta ja que

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

es va detectar per revisió del CMBD quan ja havia passat el temps establert per recollir mostres. Als 60 dies no hi havia paràlisi residual, i el diagnòstic definitiu va ser una síndrome de Guillain-Barré.

El quart cas era una nina de 12 anys que va desenvolupar una paràlisi d'extremitats inferiors, ascendent i d'instauració en 3 dies. Se li havien administrat 5 dosis de vacuna, la darrera al 2003. No constaven antecedents de contactes amb vacunats recentment amb VOP ni de viatges. No es va recollir femta ja que el varen declarar amb retard, quan ja havia passat el temps establert per recollir mostres. Als 60 dies no hi havia paràlisi residual, i el diagnòstic definitiu va ser una mielitis transversa.

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 infants 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 (1998-2008) el total de casos detectats ha estat de 19, i la taxa global del període d'1,2 per 10⁵ menors de 15 anys, és a dir, que globalment la taxa està dins l'esperat (1 per 10⁵). A la taula 46 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).

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 2008), s'han donat d'alta al sistema un total de 612 nous diagnòstics d'infecció per VIH a persones amb residència habitual a les Illes Balears en el moment del diagnòstic. Dels 612 casos, 528 corresponen a Mallorca, 31 a Menorca i 53 a Eivissa.

La distribució per any reflecteix una tendència a l'augment del nombre anuals de casos des de l'any 2003 (91 casos) fins l'any 2006 (132 casos). L'any 2007 i 2008 presenten incidències més moderades però amb dades que poden variar –especialment les de l'any 2008- en properes actualitzacions (figura 32).

Dels 612 casos, només 2 són d'edat pediàtrica i la mitjana d'edat de la resta de casos és de 38 anys (rang 16-78). La dels homes (473 casos no pediàtrics) és de 39 anys (rang 19-78) i la de les dones (137 casos no pediàtrics) és de 35 (rang 16-60).

Respecte de la distribució per categories de transmissió cal destacar que el primer grup en

importància és el de la transmissió heterosexual (195 casos; 31,9%) seguit de la categoria homosexual-bisexual (143 casos; 23,4%) i UDVP (100 casos; 16,3%). Un total de 172 casos no tenen categoria assignada.

Pels homes la categoria homosexual suposa un 30,2% dels casos, l'heterosexual un 26,2% i la d'UDVP un 14,5%.

La taula 47 mostra la distribució dels diagnòstics segons grup d'edat i categoria de transmissió i a la taula 48 figuren les fonts d'informació que han aportat casos al sistema.

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 2008. 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 actualitzades a finals del 2008, el nombre de casos acumulats de sida a les Illes Balears és de 2.352 casos. 38 casos (1,6 %) són d'edat pediàtrica i 1.842 casos (78,3 %) són homes.

La taxa de l'any 2006 queda en 60,9 per milió (61 casos), la del 2007 en 53,4 (55 casos) i la de l'any 2008 en 32,6 (35 casos) encara que aquestes dades, especialment les de l'any 2008, s'han de considerar provisionals.

Per illes, Mallorca acumula 1.916 casos (81,5% del total), mentre que les Pitiüses n'acumulen 298 (12,7%; 11 casos corresponen a Formentera) i Menorca 118 (5%). No s'ha pogut assignar illa de residència als 20 casos que resten.

A la figura 33 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 d'UDVP (1.176 casos; 50,0%) seguida de la categoria homosexual (470; 19,3%). A la categoria heterosexual li corresponen 454 casos (19,3%). A la figura 34 es mostra l'evolució anual del percentatge de casos per les categories de transmissió més importants i es veu el canvi de patró que es verificà a mitjans dels anys 90.

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 (1.163 casos; 49,4%) –pràcticament la meitat dels casos acumulats (taula 49).

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

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 dels hospitals, es manté cert nivell de subnotificació. En els anys 2006 a 2008 s'ha detectat la subnotificació d'aproximadament 65 casos.

Pla d'eliminació del xarampió

A l'any 2008 només es va confirmar un cas de xarampió autòcton, cosa que representa una taxa de 0,1 per 100.000 habitants; es tractava d'un home de 25 anys, no vacunat, resident a Menorca i que no havia viatjat a l'estranger durant el període d'incubació de la malaltia. No es va poder identificar la font de la infecció ni es va detectar cap cas secundari. Es va confirmar per detecció d'Ig M i identificació del virus, El genotip víric era D4, idèntic a l'identificat a un brot que havia tengut lloc a Algeciras al 2008. A més d'aquest se'n varen notificar dos casos que es varen descartar i un que es va confirmar com cas importat del Regne Unit.

A la figura 35 es presenta l'evolució de la taxa de xarampió des de l'any 1999. Des de l'inici del pla, a l'any 2000, s'han detectat 28 casos, les característiques epidemiològiques dels quals corresponen al patró de la població susceptible. A la taula 50 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.

6. Brots epidèmics

6.1.- Brots de transmissió alimentària

A l'any 2008 s'han notificat 11 brots alimentaris. No es va notificar cap brot a Menorca ni a Eivissa. La mediana del quinquenni 2003-2007 va ser de 27 brots (figura 36). 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.

A la taula 51 es mostra el perfil epidemiològic complet dels brots de l'any 2008 inclòs el caràcter del brot (col·lectiu o familiar), l'origen (alimentari o hídic) i l'etiologia (infecciosa o tòxica). Dels 11 brots, 6 s'han associat a establiments col·lectius i 5 han afectat àmbits familiars. No s'ha detectat cap brot d'àmbit poblacional. Els 5 brots familiars i altres 5 col·lectius han tengut un origen alimentari i només un brot (col·lectiu) ha tengut un origen hídic. La majoria dels brots (7) tenen etiologia infecciosa, i s'han identificat tres brots d'etiologia tòxica, mentre que un brot ha quedat com d'etiologia no coneguda.

El total d'afectats ha estat de 39 (25 a brots col·lectius i 14 a familiars). El brot amb major nombre d'afectats n'ha presentat 7 i correspon a una afectació d'etiologia infecciosa amb microorganisme no conegut i amb sospita d'associació al consum d'ou. Un total de 5 brots han estat de només 2 afectats. S'han verificat 8 ingressos hospitalaris i cap defunció. Per a la investigació dels 11 brots s'han realitzat un total de 40 enquestes individualitzades.

Com s'ha comentat, dels 11 brots 10 tenen un origen alimentari i només un ha estat d'origen hídic. Des de l'any 1988, dels 710 brots documentats, 634 (89,3%) són d'origen alimentari i només 34 (4,8%) són d'origen hídic. Als altres 42 brots de la sèrie no es va poder verificar l'origen.

Els aliments implicats en els brots d'origen alimentari de l'any 2008 varen ser els elaborats amb ou cru o poc cuit (2 brots), conserves industrials (2 brots), productes de rebosteria o pastisseria (1 brot) i peix i marisc (1 brot). Als 4 brots que resten no es va poder identificar cap aliment com a responsable.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Dels 7 brots d'etiologia infecciosa, a 4 es va poder identificar l'agent causal: salmonel·la (2 brots), *E. coli* (1 brot) i estafilococ (1 brot). Als altres tres brots d'etiologia infecciosa no es va poder identificar cap germen ni es varen poder reunir dades clíniques o epidemiològiques suficients per establir un determinat germen com a sospitós de ser-ne la causa.

Des de l'any 1988, s'han detectat 667 brots d'etiologia infecciosa, dels quals 363 (54,4%) han estat per salmonel·la i 37 (5,35%) per altres microorganismes, mentre que a la resta (267; 40%) no s'ha pogut aïllar un germen causal. A la figura 37 es representen el nombre de brots des de l'any 1988 segons el microorganisme identificat.

A dos dels tres brots d'etiologia tòxica de l'any 2008 es va poder identificar l'agent causal (histamina). Al tercer brot no es va poder identificar ni sospitar de cap agent causal.

A l'any 2008 el percentatge dels brots en què es pogué identificar l'agent causal va ser del 54,5% una proporció poc més alta que la mediana del període 2003-2007 (52,2%). A la taula 52 s'exposen les dades sobre confirmació etiològica dels brots des de l'any 1999.

Respecte dels factors contribuents, cal destacar que només a un dels 5 brots d'origen alimentari associats a establiments col·lectius es van poden determinar possibles factors: conservació a temperatura ambient d'aliments que necessiten fred, refredament inadequat, possibles contaminacions creuades, emmagatzemament frigorífic en condicions no adequades, manipulació incorrecta i preparació de gran quantitat d'aliments amb desproporció servei/capacitat.

A l'únic brot d'origen hídric i caràcter col·lectiu es van identificar riscos relacionats amb l'absència de connexió a la xarxa de residuals i la presència de dipòsits amb manteniment incorrecte.

Les fonts d'informació que han comunicat els brots a l'any 2008 han estat els afectats (6 brots), hospitals (4 brots) i la xarxa d'Atenció Primària de l'Ib Salut (1 brot). A la taula 53 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.

A l'any 2008 s'han detectat 26 brots no alimentaris, 20 a Mallorca, 2 a Menorca i 4 a les Pitiüses, amb un total de 190 afectats. El promig és de 7,3 afectats per brot, i el rang va de 2 a 71 malalts. En comparar el nombre de brots amb la mitjana del quinquenni anterior

resulta un índex epidèmic de 0,87, el 13% més baix que l'esperat. A la figura 38 es mostra la sèrie temporal del període 1999-2008.

El mecanisme de transmissió més freqüent és el respiratori, amb 13 brots (7 eren microepidèmies de tuberculosi d'àmbit familiar-domiciliari), seguit del fecal-oral, amb 5 brots. Segueixen després en freqüència, el directe persona a persona i la via inhalatòria d'origen ambiental amb 3 brots cadascuna d'elles, i la digestiva amb 2 brots.

Tant l'etiologia com la forma clínica de presentació d'aquests brots són diverses, tal com es veu a la taula 54. La tuberculosi, amb 7 brots, i gastroenteritis (un per norovirus, un mixt per norovirus i rotavirus a residències geriàtriques i un de disenteria familiar), amb 4, són les malalties responsables de més brots. A més, s'han detectat 3 brots d'escarlatina, 3 de pneumònia (tots tres per *Legionella*), 2 de parotiditis, i un de cadascuna de les malalties o síndromes clíniques següents: sarna, intoxicació aguda per cànnabis (associat a altres psicotròpics en alguns dels casos), disenteria, hepatitis A, hepatitis B, tinya i tos ferina. Pel que fa al nombre d'afectats, 190 en total, els brots de gastroenteritis són responsables de 117 malalts, el 61,6% del total, els de pneumònia del 8,4%, els de tuberculosi i d'escarlatina del 7,9% cadascun d'ells i la resta de brots són responsables d'entre l'1,1% i el 3,2% de casos.

En comparar amb el quinquenni anterior (2003-2007), es veu que no hi ha hagut variacions respecte a les malalties més freqüents (tuberculosi i gastroenteritis), tot que ha disminuït la incidència d'ambdues. Es veu també que els brots d'escarlatina i de parotiditis segueixen constants en els darrers anys, però en el cas de la parotiditis al 2008 han estat brots molt més limitats, amb un promig de 5 afectats per brot. La resta són brots d'etiologia i formes de transmissió molt diverses.

Pel que fa als col·lectius afectats, segueixen amb una incidència més alta que l'esperada (IE per a brots de 3 i per a nombre d'afectats de 2,71) els brots en residències geriàtriques on, a més, hi ha la major part dels afectats, el 61,3% dels casos (3 brots de gastroenteritis aguda vírica de transmissió fecal-oral amb un total de 114 malalts) mentre que han disminuït els brots a centres escolars (IE respectiu per a nombre de brots i nombre de casos 0,57 i 0,40).

7. Casos importats

Durant l'any 2008 s'han detectat 38 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.

Les malalties importades més notificades a l'any 2008 són paludisme, legionel·losi i hepatitis A, les tres amb 8 casos notificats.

A la taula 55 apareixen la distribució dels casos per malaltia i per font d'informació. Han notificat casos importats els centres de salut de Vilafranca, Sta. Eulària, Coll d'en Rabassa, Formentera i Vila. També han notificat casos els següents hospital: Son Dureta (M. Preventiva i Pneumologia), H. Can Misses (M. Interna, Laboratori, Pediatria i UCI), Clínica Menorca, H. Manacor (Pediatria), H. de Muro (UCI), H. Son Llàtzer (M. Interna, Urgències i Pediatria), H. Inca (Pediatria) i H. Mateu Orfila (M. Interna). El Centre Nacional d'Epidemiologia ha notificat dos casos. Dels 10 casos de l'Hospital Son Llàtzer 7 són subnotificacions detectades a través del CMBD.

Respecte al perfil epidemiològic dels 38 casos (taula 56), està dominat pels immigrants espanyols (12 casos) i pels turistes amb residència habitual a l'estranger (10 casos). Dels 8 casos de paludisme, 4 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 per visitar a la família.

Alguns dels 38 casos importats s'han detectat en forma de brot: 3 casos d'hepatitis A associats a estada al Marroc i amb antecedent de consum de verdura crua i ostres, 2 casos de paludisme (dos germans) associats a estada a Nigèria i 2 casos de tuberculosi (un dels casos amb inici de símptomes a l'any 2007) associats a Marroc.

A la taula 57 es mostra la distribució de les malalties segons el lloc més probable d'adquisició. Marroc, amb un total de 8 casos (5 hepatitis i 3 tuberculosi) és el país que més casos té associats.

Els casos importats recollits pel sistema entre els anys 1990 i 2008 han estat 592 dels quals 247 (41,7%) són paludisme, 125 (21,1%) tuberculosi i 56 (9,5%) meningitis meningocòccica. La notificació de casos importats va ser quasi anecdòtica fins l'any 1997 en què es declaren 29 casos

ÍNDIX DE TAULES

Taula	Pag.
1 Malalties de declaració obligatòria i tipus de notificació	63
2 Nombre de protocols numèrics processats per tipus de font. Anys 2007-2008 ...	64
3 Nombre de protocols individualitzats processats. Anys 2005-2008	64
4 Atenció Primària. Resposta en la tramesa de protocols per especialitat. Comparació amb anys anteriors	64
5 Atenció Primària. Resposta en la tramesa de protocols per illes. Comparació amb anys anteriors	65
6 Atenció Primària. Resposta en la tramesa de protocols per centre de salut. Anys 2007-2008	66
7 a Casos notificats per hospitals	67
7 b Casos notificats per hospitals	67
8 Subnotificació hospitalària. Anys 2005-2008	68
9 Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària	68
10 Notificacions per fonts, excloses Atenció Primària i hospitalària	69
11 Protocols numèrics: Retard per tipus de font d'informació. Anys 2005-2008	69
12 Protocols numèrics: Retard per illes. Anys 2005-2008	69
13 Protocols numèrics: Retard per centre de salut. Anys 2007-2008	70
14 Malalties de declaració obligatòria. Casos per illa i Palma. Índex Epidèmic Acumulat	71
15 Malalties de declaració obligatòria. Taxes per illa i Palma	72
16 a Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	73
16 b Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	74
16 c Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	75
17 Diarrea infecciosa aguda. Casos per illes i Palma. Anys 2003-2008	76
18 Febre exantemàtica mediterrània. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 1999-2008 ...	76
19 Febre recurrent per paparres. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 1999-2008	76
20 Grip. Casos quadrisetmanals. Taxa global. Distribució per illa i Palma	77
21 Sífilis. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 1999-2008	77
22 Varicel·la. Taxes per illes i Palma. Índex Epidèmic. Anys 2003-2008	77
23 Hepatitis A. Casos per grups d'edat i sexe	78
24 Hepatitis B. Edat i sexe dels malalts: síntesi de les dades	78
25 Altres tipus d'hepatitis. Casos per illa i Palma. Casos per tipus d'hepatitis. Anys 1999-2008	78
26 Legionel·losi. Casos per illa. Anys 1999-2008	78
27 Legionel·losi. Casos per grups d'edat i sexe	79
28 Legionel·losi. Confirmació de laboratori. Mètode de confirmació. Anys 1999-2008 ..	79

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

29	Leishmaniosi. Resum de variables dels casos per tipus de leishmaniosi.....	79
30	Malaltia meningocòccica. Casos quadrisetmanals. Taxa global. Distribució per illa i Palma	80
31	Malaltia meningocòccica. Casos i taxes per illa. Anys 1999-2008.....	80
32	Malaltia meningocòccica. Casos per sexe i grups d'edat. Taxes per grup d'edat...	81
33	Malaltia meningocòccica. Confirmació analítica i serogrup. Anys 1999-2008.....	81
34	Malaltia meningocòccica. Distribució de serogrupos per grup d'edat.....	81
35	Malaltia invasora per <i>Haemophilus influenzae</i> . Resum de variables. Anys 1999-2004.....	82
36	Parotiditis. Taxes per illa i Palma. Anys 1999-2008.....	82
37	Parotiditis. Casos i taxes per grup d'edat. Casos per sexe. Estat vacunal per grup d'edat.....	82
38	Rubèola. Casos per illa. Anys 1999-2008	83
39	Tos ferina. Casos per illa. Anys 1999-2008.....	83
40	Tuberculosi respiratòria. Casos i taxes per illes i Palma. Anys 1999-2008	83
41	Tuberculosi respiratòria. Casos i taxes per sexe i grup d'edat	84
42	Tuberculosi no respiratòria. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 1999-2008.....	84
43	Tuberculosi no respiratòria. Casos i taxes per sexe i grup d'edat.....	84
44	Tuberculosi no respiratòria. Confirmació analítica. Anys 2003-2007	85
45	Malaltia de Creutzfeldt-Jakob. Comunicacions i casos anuals. Anys 1993-2008....	85
46	Paràlisi flàccida aguda. Casos detectats des del principi del pla d'eradicació de la poliomièlitis. Variables bàsiques.....	86
47	Nous diagnòstics de VIH. Categoria de transmissió per grup d'edat. Anys 1993-2008.....	87
48	Nous diagnòstics de VIH. Fonts d'informació. Anys 2003-2008.....	87
49	Sida. Fonts d'informació (casos acumulats des de l'any 1983).....	88
50	Xarampió. Resum de variables dels casos. Anys 2000-2008.....	88
51	Brots de transmissió alimentària. Perfil epidemiològic complet	89
52	Brots de transmissió alimentària. Etiologia. Agents identificats. Anys 1999-2008 ..	89
53	Brots de transmissió alimentària. Notificadors i altres variables bàsiques de cada brot	90
54	Brots de transmissió no alimentària. Notificadors i altres variables bàsiques de cada brot	90
55	Casos importats. Distribució per malaltia i notificador	91
60	Casos importats. Tipologia de cas segons malaltia	91
61	Casos importats. Lloc més probable d'adquisició de la malaltia.....	92

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·la)	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	
Lepa	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

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 2.- MDO a les Illes Balears, 2007-2008. Nombre de protocols numèrics processats per tipus de font.

tipus de fonts d'informació	2007		2008	
	núm. de declarants	comunicats rebuts	núm. de declarants	comunicats rebuts
metges de família AP	494	17.375	537	17.699
pediatres AP	138	4.099	153	4.341
total A.P. (excl. M. reforç)	632	21.474	690	22.040
metges reforç AP	13	141	16	85
residències tercera edat	24	0	24	0
hospitals	23	257	23	268
xarxa privada i altres	43	254	47	213
total	735	22.126	800	22.606

Taula 3.- MDO a les Illes Balears, 2005-2008. Nombre de protocols individualitzats processats.

2005	879
2006	390
2007	484
2008	445

Taula 4.- MDO a les Illes Balears, 2008. Atenció Primària. Resposta en la tramesa de protocols per especialitat. Comparació amb anys anteriors.

	Mediana 2003-2007	2007	2008
nombre de protocols rebuts			
Metges de família	15.504	17.375	17.699
Pediatres	3.866	4.099	4.341
Total Atenció Primària	19.357	21.474	22.040
percentatge de protocols rebuts respecte als esperats			
Metges de família	65,1	67,6	62,2
Pediatres	57,1	57,1	53,5
Total Atenció Primària	63,4	65,3	60,3

S'exclouen metges de reforç

Taula 5.- MDO a les Illes Balears, 2008. Atenció Primària. Resposta en la tramesa de protocols per illes. Comparació amb anys anteriors.

		Metges de família	Pediatres	Total
		%	%	%
Mallorca	Mediana 2003-2007	62,5	55,5	61,0
	2008	61,4	52,4	59,5
	2008 vs 2007	-4,0	-1,9	-3,5
Menorca	Mediana 2003-2007	67,2	50,3	63,1
	2008	62,6	58,1	61,5
	2008 vs 2007	-10,9	-3,1	-9,1
Pitiüses	Mediana 2003-2007	79,1	72,9	78,8
	2008	67,1	57,5	65,0
	2008 vs 2007	-12,0	-20,0	-13,8
Total	Mediana 2003-2007	65,1	57,1	63,4
	2008	62,2	53,5	60,3
	2008 vs 2007	-5,5	-3,6	-5,1

%: Percentatge de cobertura (protocols rebuts respecte a esperats)

S'exclouen metges de reforç

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 6.- MDO a les Illes Balears, 2007-2008. Resposta en la tramesa de protocols setmanals des d'Atenció Primària per zona bàsica. Ordenació per percentatge de resposta total de l'any 2008.

	% total 2008	2008vs2007	MF % 2008	2008vs2007	PED % 2008	2008vs2007
Son Ferriol	95,8	2,9	95,7	3,9	96,2	-0,9
Es Trencadors	95,8	7,5	97,1	7,3	91,8	7,8
Son Pisà	94,7	-1,8	94,2	-2,7	96,9	1,3
Alcúdia	90,0	-0,4	91,7	3,3	83,0	-15,1
Camp Rodó	87,9	-4,0	86,9	-5,7	91,5	2,1
Valldargent	81,3	-8,7	81,4	-9,5	81,1	-5,4
Ciutadella	81,1	3,7	79,8	3,5	86,8	4,7
Ferries	81,1	5,2	77,4	-1,0	88,7	17,5
Serra Nord	79,7	-6,4	78,3	-6,6	90,6	-5,6
Santanyí	78,9	-5,0	78,5	-3,8	81,1	-11,2
Son Rutlan	78,6	==	79,8	==	74,5	==
Pere Garau	76,5	-1,7	76,5	-2,7	76,1	3,0
Llucmajor	75,3	-3,4	78,8	-6,6	61,3	9,4
Can Misses	74,4	0,4	74,5	2,6	74,2	-9,1
Nuredunna Artà	73,6	1,7	69,3	4,0	90,6	-7,5
Sant Antoni	72,7	-6,8	72,6	-6,7	73,0	-7,2
Es Viver	71,2	-14,0	73,3	-16,5	63,2	-4,6
Coll d'en Rabassa	69,7	-6,4	68,3	-10,5	74,5	7,2
Son Cladera	69,2	-12,2	69,0	-12,9	69,8	-10,0
Felanitx	68,4	-4,5	67,5	-1,7	71,1	-18,4
Vilafranca	68,2	7,9	74,3	3,8	55,8	21,2
Emili Darder	67,2	2,6	69,2	7,9	60,4	-15,3
Marratxí	66,0	-5,1	73,6	0,3	35,8	-26,7
Rafal Nou	65,3	-25,2	66,7	-23,6	61,3	-30,0
Andratx	65,1	-3,4	64,9	-2,4	66,0	-7,0
S'Arenal	63,7	-2,5	59,3	-6,9	79,2	12,9
Sta. Eulària	63,1	-10,4	61,5	-9,6	69,8	-12,2
Formentera	63,0	-20,2	77,4	-5,8	5,7	5,7
Es Banyer Alaior	62,5	-8,4	66,4	-5,8	54,7	-12,6
Son Gotleu	62,3	-7,1	63,1	-5,4	59,9	-12,2
Sta. Maria	61,2	9,9	72,8	10,4	20,8	8,3
Sant Agustí	59,6	==	58,0	==	66,0	==
A. Bennàssar	59,2	-4,1	61,6	-6,3	50,0	3,4
Son Serra	58,4	-1,0	60,9	1,2	49,5	-8,2
Marines Muro	57,3	-5,1	62,3	-7,7	40,9	-1,4
D.S.Joan. Maó	56,2	-8,7	62,6	-8,5	43,4	-2,1
Tramuntana	55,3	-2,2	51,6	-2,6	77,4	0,4
Llevant	54,1	8,8	60,8	7,5	32,1	10,3
Pollença	51,5	-9,6	53,8	-3,9	42,5	-32,5
Muntanya	49,8	==	64,5	==	5,7	==
S'Escorxador	49,5	-7,3	52,1	-12,3	41,9	7,7
Es Pla Sineu	49,5	1,2	75,1	3,9	6,9	-3,3
Sta. Catalina	47,8	-8,8	42,6	-8,0	73,6	-10,1
T. S. Miquel	47,2	4,9	44,7	3,3	58,5	12,3
Escola Graduada	43,8	-5,0	51,7	-5,7	9,4	-7,9
Vila	42,4	==	48,3	==	22,6	==
Manacor	42,3	-6,0	46,5	-9,7	25,5	5,9
Xaloc Campos	40,7	1,9	35,6	-3,3	58,5	20,0
Calvià	38,4	1,0	42,3	-2,0	26,1	12,3
C.Mar Ponent	36,8	-2,2	30,0	-1,2	77,4	-8,2
Binissalem	36,0	-4,6	46,4	-4,2	17,9	12,2
Capdepera	32,5	-9,8	37,7	-6,2	17,0	-15,7
Verge del Toro	30,0	==	32,1	==	9,4	==
Porto Cristo	27,2	==	29,9	==	11,3	==
Inca	19,2	-0,9	19,9	0,3	16,7	-4,8
Total	60,3	-5,1	62,2	-5,5	53,5	-3,6

MF: metges de família. Ped: pediatres. %: Percentatge de resposta (protocols rebuts respecte a esperats). S'exclouen metges de reforç.

Taula 7(a) .- MDO a les Illes Balears, 2008. Casos notificats per hospitals.

	Disenteria	Parotiditis	Tos ferina	Diarrees	Tuberculosi respiratòria	Tuberculosi altres formes
H. Son Dureta		1		1	44	16
H. Son Llätzer	3				45	13
H. Can Misses			1	3	15	6
H. Manacor					11	3
H. M. Orfila			1		6	1
H. Comarcal d'Inca					6	2
P. Miramar	2			1	2	
C. Juaneda					1	
C. Rotger		4			1	
H. Muro					1	
C. Palma-Planas						
H. Joan March					1	
P.N.S. Rosario						1
C. Menorca						
Total	5	5	2	5	133	42

Taula 7(b) .- MDO a les Illes Balears, 2008. Casos notificats per hospitals.

	Infecció meningocòccica	Legionel·losi	Hepatitis A	Hepatitis B	Leshmaniosi	Sífilis cong.	Total
H. Son Dureta	10	12	1			1	86
H. Son Llätzer		15		1	9		86
H. Can Misses	4	15	1				45
H. Manacor	1	4			1		20
H. M. Orfila	1	6					15
H. Comarcal d'Inca		3					11
P. Miramar		5					10
C. Juaneda	1	4					6
C. Rotger							5
H. Muro		2					3
C. Palma-Planas	1	1					2
H. Joan March							1
P.N.S. Rosario							1
C. Menorca		1					1
Total	18	68	2	1	10	1	292

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 8.- MDO a les Illes Balears, 2005-2008. Subnotificació de malalties individualitzades. Hospitals amb recerca activa.

	2005	2006	2007	2008	2008	
	Percentatge de casos subnotificats				reg	subn
H. Son Dureta	18,0	18,7	11,3	10,1	89	9
H. M. Orfila	10,0	7,7	20,0	0,0	15	0
H. Can Misses	21,3	8,7	20,0	7,0	43	3
H. Manacor	55,6	57,1	48,5	40,0	20	8
H. Son Llàtzer	22,0	20,0	21,7	10,3	87	9
H.C. Inca	-	-	7,7	9,1	11	1
Total	22,2	20,0	21,0	11,3	265	30

Casos registrats (reg) i subnotificats (subn)

Les dades de subnotificació dels anys 2005-2006 de la fila de l'H.M. Orfila corresponen a I.H. Verge del Toro

Taula 9.- MDO a les Illes Balears, 2008. Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària.

Centre de salut	Parotiditis	Xarampió	T. ferina	Tuberculosi respiratòria	Tuberculosi altres	Legionel·losi	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis altres	Total
Sant Antoni	3			6	1			1		11
Es Viver	4		3							7
Vila							3		4	7
Pere Garau								2	4	6
Son Serra						1			5	6
C. d'en Rabassa									5	5
Son Pisà	1		1						2	4
Son Rutlan	1						1		2	4
A. Bennàssar	2						1		1	4
D.S.Joan. Maó	1	1						1	1	4
Ciutadella	3								1	4
Alcúdia	1					3				4
C.Mar Ponent	1		1	1						3
Son Cladera									3	3
Sant Agustí								2	1	3
Es Pla Sineu	2								1	3
Porto Cristo	3									3
Can Misses				1				1	1	3
Formentera	1						2			3
S'Arenal								2		2
Camp Rodó	1				1					2
Valldargent									2	2
Verge del Toro	1								1	2
Calvià					1			1		2
Manacor						1			1	2
Andratx									2	2
Artà	1								1	2
Emili Darder				1						1
Esc. Graduada									1	1
Son Gotleu								1		1
Sta. Catalina	1									1
Ferries								1		1
Serra Nord						1				1
Inca	1									1
T. S. Miquel									1	1
Marines Muro								1		1
Llevant								1		1
Vilafranca	1									1
Santanyí	1									1
Sta. Eulària									1	1
Total	30	1	5	9	3	6	7	14	41	116

Taula 10 . - MDO a les Illes Balears, 2008. Notificacions per fonts, excloses Atenció Primària i hospitalària.

	Grip	Tosferina	Diarrees	Tuberculosi respiratòria	Legionel·la	Hepatitis B	Hepatitis altres	Leishmaniasi	Total
CNE			2	1	28				31
Centre penitenciari	25			1			4		30
Altres CCAA					2				2
E. Naval Porto Pi (Palma)	2								2
Centre Es Pinaret			2						2
Consulta privada		2							2
Clínic Balear				1					1
Consulta privada Portals			1						1
Consulta privada. Dermat.								1	1
Centre privat				1					1
Metges del Mon						1			1
Total	27	2	5	4	30	1	4	1	74

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

Taula 11.- MDO a les Illes Balears, 2005-2008. Percentatge de protocols numèrics rebuts amb retard per tipus de font d'informació.

	Percentatge de retard				Protocols numèrics processats
	2005	2006	2007	2008	2008
Metges de família	4,7	4,7	4,8	3,3	17.699
Pediatres	4,2	5,0	4,6	3,9	4.341
Metges de reforç	4,3	2,7	12,1	3,5	85
Residències	3,6	0,0	0,0	0,0	0
Privats i altres	7,2	6,7	3,9	5,6	213
Hospitals	55,7	56,6	40,1	35,1	268
Total	5,4	5,4	5,2	3,8	22.606

Taula 12.- MDO a les Illes Balears, 2005-2008. Percentatge de protocols numèrics rebuts amb retard per illa.

	Percentatge de retard				Protocols numèrics processats
	2005	2006	2007	2008	2008
Mallorca	5,8	5,3	4,7	3,7	17.697
Menorca	6,5	7,2	6,9	3,8	1.971
Pitiüses	2,9	4,7	7,4	4,7	2.767
Desconegut	4,2	5,3	1,7	1,2	171
Total	5,4	5,4	5,2	3,8	22.606

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 13.- MDO a les Illes Balears, 2007-2008. Per centre de salut: percentatge de protocols rebuts amb retard. Ordenat segons retard al 2008.

Centre de salut	2007	2008	Centre de salut	2007	2008
Sta. Catalina	13,6	18,1	C.Mar Ponent	4,6	1,8
Felanitx	10,8	12,4	Sta. Eulària	4,1	1,7
Llevant	7,1	12,3	A. Bennàssar	2,4	1,6
T. S. Miquel	9,1	9,5	Xaloc Campos	3,5	1,5
Verge del Toro	—	9,1	Nuredunna Artà	7,5	1,5
Es Viver	14,3	8,6	Capdepera	3,2	1,4
Sta. Maria	6,3	8,2	Muntanya	1,9	1,4
Alcúdia	3,4	7,8	Camp Rodó	4,2	1,2
Son Cladera	12,9	7,3	Emili Darder	2,1	1,1
Es Trencadors	2,4	7,2	Escola Graduada	2,0	1,1
Rafal Nou	5,4	6,5	Serra Nord	3,2	1,1
Ferrieres	13,5	6,2	Marines Muro	1,4	1,0
Andratx	20,8	5,8	S'Arenal	9,7	1,0
Martí Serra	4,6	5,7	Binissalem	0,5	1,0
Es Banyer Alaior	5,8	5,4	Es Pla Sineu	1,5	1,0
Sant Antoni	5,6	5,4	Sant Agustí	4,8	0,9
Tramuntana	1,9	4,9	Santanyí	5,3	0,8
S'Escorxador	4,4	3,6	Pollença	0,9	0,7
D.S.Joan. Maó	5,7	3,5	Can Misses	1,0	0,7
Inca	1,1	3,3	Formentera	4,6	0,6
Porto Cristo	—	3,0	Ciutadella	6,1	0,6
Vila	—	2,7	Llucmajor	1,5	0,5
Coll d'en Rabassa	8,2	2,7	Calvià	2,8	0,4
Son Serra	2,0	2,3	Valldargent	0,4	0,2
Manacor	2,1	2,2	Son Pisà	0,0	0,0
Son Rutlan	—	2,1	Son Ferriol	0,0	0,0
Pere Garau	4,2	2,0	Son Gotleu	3,8	0,0
Vilafranca	2,7	1,8	Total	4,8	3,4

S'exclouen metges de reforç

Taula 14.- MDO a les Illes Balears, 2008. Nombre de casos distribuïts per illa i Palma. Índex Epidèmic Acumulat.

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears	
					Casos	IEA
Diarrea infec.aguda	14.876	26.247	2.075	3.621	31.943	0,92
Grip	3.778	8.036	1.346	1.352	10.736	1,11
Varicel·la	2.095	3.680	275	381	4.336	0,94
Inf. gonocòccica	19	26	2	9	37	0,88
Sífilis	59	86	4	9	99	1,48
F. Tifoide	0	0	0	0	0	0,00
Disenteria bacil·lar	3	5	0	0	5	5,00
F. exant. mediterrània	10	35	1	0	36	1,33
F. recurrent paparres	20	21	0	3	24	8,00
M. meningocòccica	4	13	1	4	18	0,86
M. H. Influenzae	0	0	0	0	0	0,00
Tuberculosi resp.	81	116	7	23	146	1,06
Tuberculosi, altres	20	35	2	8	45	1,02
Xarampió	0	0	1	0	1	0,00
Rubèola	0	0	0	0	0	0,00
Parotiditis	10	22	5	8	35	0,31
Tos ferina	2	2	1	6	9	1,50
Hepatitis A	3	3	0	6	9	1,13
Hepatitis B	9	12	2	2	16	0,76
Alt. hepatitis víriques	29	35	3	6	45	1,88
Legionel·losi	23	81	6	17	104	2,26
Tètan	0	0	0	0	0	0,00
Leishmaniasi	7	11	0	0	11	0,50
Brucel·losi	0	0	0	0	0	0,00
Triquinosi	0	0	0	0	0	0,00
Sífilis Cong.	0	0	0	1	1	0,00

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 2008 s'han detectat 26 casos de grip, 3 de sífilis, 166 diarrees, 9 varicel·les, 1 cas de tuberculosi respiratòria, 2 d'hepatitis A, 1 cas de parotiditis i 1 de sífilis congènita.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 15.- MDO a les Illes Balears, 2008. Taxes per 100.000 habitants, per illes i Palma.

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears
Diarrea infec.aguda	3.751,2	3.101,7	2.244,8	2.698,2	2.977,4
Grip	952,7	949,6	1.456,2	1.007,5	1.000,7
Varicel·la	528,3	434,9	297,5	283,9	404,2
Inf. gonocòccica	4,8	3,1	2,2	6,7	3,4
Sífilis	14,9	10,2	4,3	6,7	9,2
F. Tifoide	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Disenteria bacil·lar	0,8	0,6	0,0	0,0	0,5
F. exant. mediterrània	2,5	4,1	1,1	0,0	3,4
F. recurrent paparres	5,0	2,5	0,0	2,2	2,2
M. meningocòccica	1,0	1,5	1,1	3,0	1,7
M. H. Influenzae	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tuberculosi resp.	20,4	13,7	7,6	17,1	13,6
Tuberculosi, altres	5,0	4,1	2,2	6,0	4,2
Xarampió	0,0	0,0	1,1	0,0	0,1
Rubèola	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Parotiditis	2,5	2,6	5,4	6,0	3,3
Tos ferina	0,5	0,2	1,1	4,5	0,8
Hepatitis A	0,8	0,4	0,0	4,5	0,8
Hepatitis B	2,3	1,4	2,2	1,5	1,5
Alt. hepatitis víriques	7,3	4,1	3,2	4,5	4,2
Legionel·losi	5,8	9,6	6,5	12,7	9,7
Tètan	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Leishmaniasi	1,8	1,3	0,0	0,0	1,0
Brucel·losi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Triquinosi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sífilis Cong.	0,0	0,0	0,0	0,7	0,1

Taula 16 (a).- MDO a les Illes Balears, 2008. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos. No inclou els casos amb zona bàsica desconeguda.

	Disenteria	Parotiditis	Grip	Gonocòccia	Sífilis	Diarrea	Varicel·la
S'Arenal			109			3	
C.Mar Ponent	1	3	145			4	
S'Escorxador	1		233			1	
Son Pisà		1	222		1	3	
Pere Garau			241		3	2	
Son Rutlan		1	65			5	
Camp Rodó		1	279		2	2	
Coll d'en Rabassa			190		2	4	
Emili Darder			272			1	
Escola Graduada			81			8	
Rafal Nou		1	263			1	
Son Cladera			169		2	2	
Son Ferriol			89			1	
Son Gotleu	1		188		1	11	
Son Serra			382		5	1	
A. Bennàssar		2	360			1	
Sta. Catalina		1	154		2		
Valldargent			233			9	
Sant Agustí			107		1		
Martí Serra	2		109			1	
Calvià			152				
Tramuntana			122			1	
Serra Nord			232				
Sta. Maria			184				
Llucmajor		2	145				
Es Trencadors			155		1	8	
Muntanya			96				
Inca		1	272		1		
Binissalem			173		1		
T. S. Miquel			395		2		
Es Pla Sineu		2	167				
Marines Muro			192				
Pollença			28			4	
Capdepera			29				
Porto Cristo		3	49			1	
Manacor			228		1	2	
Llevant			143			2	
Vilafranca		1	189			3	
Felanitx			311				
Xaloc Campos			261				
Santanyí		1	200			1	
Andratx			69			1	
Alcúdia		1	238		1	2	
Nuredunna Artà		1	90			1	
D.S.Joan. Maó		1	550	1	1		
Ciutadella		3	397			2	
Es Banyer Alaior			125		1	2	
Ferrerries			248				
Verge del Toro		1	26				
Can Misses			169		2		
Es Viver		4	746		2		
Sant Antoni		3	103		4	1	
Sta. Eulària			264			1	
Formentera		1	26			3	1
Vila			44		1	4	

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 16 (b).- MDO a les Illes Balears, 2008. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos. No inclou els casos amb zona bàsica desconeguda.

	T. ferina	Diarrea	Varicel·la	TB Resp.	TB, altres	F.Exa. Med.	I. Mening.
S'Arenal		359	65	1	1		
C.Mar Ponent	1	399	77	10	3		1
S'Escorxador		771	153	2	2	1	
Son Pisà	1	1013	72	6	1		
Pere Garau		1067	142	12	2	2	
Son Rutlan		756	113			1	
Camp Rodó		1106	135	5	3		
Coll d'en Rabassa		1009	146	4			
Emili Darder		1019	103	5		2	
Escola Graduada		432	17	9	3		
Rafal Nou		938	171	5	1	1	
Son Cladera		505	140	1			2
Son Ferriol		716	97	1			
Son Gotleu		1028	174	6	1		
Son Serra		1044	166	3		1	
A. Bennàssar		1256	152	3	1		
Sta. Catalina		500	72	4			
Valldargent		602	55	2	1	1	
Sant Agustí		392	49			1	
Martí Serra		654	46	1	2		
Calvià		618	139	7	3	1	3
Tramuntana		275	58	1		1	
Serra Nord		491	57	2	1	1	
Sta. Maria		358	33	1		1	1
Llucmajor		841	62		1	2	
Es Trencadors		748	69	2		1	
Muntanya		367	45				1
Inca		384	50	3	1		
Binissalem		222	52	1			
T. S. Miquel		269	35	2	1		
Es Pla Sineu		194	28			1	
Marines Muro		459	52		1	3	
Pollença		394	42	3			1
Capdepera		157	68	1		2	
Porto Cristo		113	8				
Manacor		969	81	7		6	1
Llevant		629	46		2		1
Vilafranca		734	267			1	
Felanitx		610	130	2			
Xaloc Campos		338	21			2	
Santanyí		376	46				
Andratx		199	35		2		
Alcúdia		639	60	1		2	1
Nuredunna Artà		297	51	1	1	1	
D.S.Joan. Maó	1	855	114	4	1		
Ciutadella		506	22	1		1	
Es Banyer Alaior		263	106	1	1		1
Ferreries		344	27	1			
Verge del Toro		107	6				
Can Misses		515	62	3	4		1
Es Viver	4	1155	49	3	3		2
Sant Antoni	2	766	34	9	1		
Sta. Eulària		676	172	4			
Formentera		166	9	1			
Vila		343	55	3			

Taula 16 (c).- MDO a les Illes Balears, 2008. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos. No inclou els casos amb zona bàsica desconeguda.

	F. Recurr.	Legionel·la	Hepatitis A	Hepatitis B	Hep, altres	Leishmaniosi
S'Arenal		3		2		
C.Mar Ponent		2				
S'Escorxador		1				
Son Pisà	8	1			2	
Pere Garau	5			3	4	1
Son Rutlan	1		1		2	
Camp Rodó						1
Coll d'en Rabassa		5			5	1
Emili Darder		1				1
Escola Graduada		2			1	
Rafal Nou		1				2
Son Cladera		1			3	
Son Ferriol		1				
Son Gotleu		2		1		
Son Serra		2	1		5	1
A. Bennàssar			1	1	1	
Sta. Catalina	1	1				
Valldargent	5	1			2	
Sant Agustí				2	1	
Martí Serra						1
Calvià		9		1		
Tramuntana						
Serra Nord		1				1
Sta. Maria		5				
Llucmajor		2				1
Es Trencadors						
Muntanya						
Inca	1	1				
Binissalem		1				
T. S. Miquel		2			1	
Es Pla Sineu					1	
Marines Muro		7		1		
Pollença		3				
Capdepera		2				
Porto Cristo						
Manacor		2			1	
Llevant				1		
Vilafranca		2				
Felanitx		1				
Xaloc Campos		1				
Santanyi						
Andratx		1			2	
Alcúdia		16				
Nuredunna Artà		1			1	1
D.S.Joan. Maó		4		1	1	
Ciutadella		1			1	
Es Banyer Alaior						
Ferreries		1		1		
Verge del Toro					1	
Can Misses		2		1	1	
Es Viver	3	1	1			
Sant Antoni		4		1		
Sta. Eulària		10			1	
Formentera			2			
Vila			3		4	

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 17.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2008. Casos per illes i Palma. Comparació amb el quinquenni anterior (índex epidèmic, IE).

Any	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
2003	17.264	36.402	3.411	5.460	45.354
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
IE	0,93	0,96	0,61	0,88	0,92

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

Taula 18.- Febre exantemàtica mediterrània a les Illes Balears, 1999-2008. Distribució per illes i Palma. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos					Taxa				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
1999	56	100	10	6	116	17,1	15,2	14,1	6,5	14,1
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	5,3	6,6	0,0	4,8
2008	10	35	1	0	36	2,5	4,1	1,1	0,0	3,4

Taula 19.- Febre recurrent per paparres a les Illes Balears, 1999-2008. Distribució per illes i Palma. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos					Taxa				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
1999	12	40	1	1	42	3,7	6,1	1,4	1,1	5,1
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

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

Taula 20.- Grip a les Illes Balears, 2008. Casos quadrisetmanals i taxa global per 100.000 habitants. Distribució per illes i dades de Palma.

Període quadrisetmanal	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
1	1.309	2.781	502	208	3.491
2	1.210	2.698	343	283	3.325
3	527	1.098	317	234	1.649
4	133	314	57	68	439
5	25	85	18	48	151
6	29	56	7	50	114
7	11	25	5	11	41
8	2	12	2	4	18
9	8	21	9	28	58
10	27	68	17	62	147
11	79	158	11	116	285
12	119	233	10	93	336
13	299	487	48	147	682
Total casos	3.778	8.036	1.346	1.352	10.736
Taxa	952,7	949,6	1.456,2	1.007,5	1.000,7

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

Taula 21.- Sífilis a les Illes Balears, 1999-2008. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos					Taxa				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
1999	20	26	0	1	27	6,1	4,0	0,0	1,1	3,3
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

Taula 22.- Varicel·la a les Illes Balears, 2008. Taxes per illes i Palma. Comparació amb el quinquenni anterior (índex epidèmic, IE). Taxes per 100.000. Índex epidèmic, IE.

Any	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
2003	583,5	547,0	182,6	385,1	497,7
2004	684,3	620,0	1.049,8	738,4	673,0
2005	291,9	249,0	201,9	522,7	278,3
2006	568,2	489,0	458,0	264,2	459,4
2007	192,9	171,3	359,1	747,6	258,5
2008	528,3	434,9	297,5	283,9	404,2
IE	0,98	0,95	0,85	0,61	0,94

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

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 23.- Hepatitis A a les Illes Balears, 2008
Casos per grups d'edat i sexe.

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
< 15	0	0	0
15-24	2	1	3
25-34	5	0	5
> 35	1	0	1
Total	8	1	9

Taula 24.- Hepatitis B a les Illes Balears, 2008. Edat i sexe dels malalts: síntesi de les dades.

	homes	dones	total
mitjana	39	38	39
DE	10,8	21,6	15,9
mediana	37	39	37
min	25	6	6
max	56	79	79

Taula 25.- Altres hepatitis a les Illes Balears, 1999-2008. Casos per illa i Palma. Distribució per tipus d'hepatitis.

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears	Tipus C	Altres tipus	Desconegut
1999	23	35	0	0	35	34	1	0
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

Taula 26.- Legionel·losi a les Illes Balears, 1999-2008. Casos per illa.

	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Desconegut	Total Illes Balears
1999	19	2	1	0	22
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

Taula 27.- Legionel·losi a les Illes Balears, 2008. Casos per grups d'edat i sexe.

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
< 15	0	0	0
15-24	0	0	0
25-34	2	1	3
35-44	8	2	10
45-54	14	6	20
55-64	23	7	30
65-74	11	4	15
> 74	13	13	26
Total	71	33	104

Taula 28.- Legionel·losi a les Illes Balears, 1999-2008. Confirmació de laboratori, segons mètode analític

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% sobre el total
Total de casos	22	25	38	45	64	46	43	44	54	104	
Casos confirmats	19	19	37	43	63	44	43	43	54	102	
Percentatge de confirmació	86,4	76	97,4	95,6	98,4	95,7	100	97,7	100	98	96,3
Ag. Orina	8	9	28	34	57	41	41	41	49	95	86,3
Aïllament	3	3	1	1	2	1	-	2	-	1	3,0
Seroconversió	-	3	1	1	1	-	1	-	-	-	1,5
Ag. Orina i títol IgM	1	-	-	3	1	-	-	-	-	-	1,1
Ag. Orina i PCR	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	0,6
Aïllament i Ag. Orina	6	2	5	1	2	-	-	-	4	3	4,9
Aïllament i seroconversió	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	0,4
Aïllament, Seroconversió i Ag. Orina	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0,2
Aïllament, PCR i Ag. Orina	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	0,4
Aïllament i PCR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2
Seroconversió i PCR	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	0,2
Seroconversió i Ag. Orina	-	1	1	1	-	-	-	-	-	1	0,9
Seroconversió i títol IgM	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2

Taula 29.- Leishmaniosi a les Illes Balears, 2008. Resum de variables.

	Viscerals/Mixtes	Cutànies
Casos	5	6
Homes	5	6
Dones	0	0
Casos pediàtrics (menors de 15 anys)	1	2
Rang d'edat	2 - 40 anys	8 - 45 anys
Rang d'edat (casos no pediàtrics)	32 - 40 anys	24 - 45 anys
Mitjana d'edat (casos no pediàtrics)	37 anys	36 anys
Mediana d'edat (casos no pediàtrics)	40 anys	36 anys
Infecció VIH	4	1
Factors de risc ambiental	0	0

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 30.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2008. Casos quadrisetmanals i taxes globals per 100.000 habitants. Distribució per illes i Palma.

Període quadrisetmanal	Palma	Total Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
1	0	2	0	1	3
2	0	1	0	0	1
3	0	1	0	0	1
4	1	2	0	0	2
5	1	1	0	0	1
6	0	0	0	0	0
7	0	1	0	2	3
8	0	2	0	0	2
9	0	0	0	0	0
10	1	1	0	0	1
11	0	1	0	0	1
12	0	0	0	0	0
13	1	1	1	1	3
Total de casos	4	13	1	4	18
Taxa	1,0	1,5	1,1	3,0	1,7

Taula 31.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 1999-2008. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos				Taxa			
	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
1999	43	1	2	46	6,5	1,4	2,2	5,6
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	1,7
	Taxa mitjana del període:				2,5	1,6	2,7	2,5

Taula 32.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2008. 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	1	3
15 a 64 anys ⁴	1	5	
més de 64 anys	0	0	0
Total	13	5	18
Taxa 0-14 anys			8,1
Taxa majors de 14 anys			0,5

Taula 33.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 1999-2008. Confirmació analítica i serogrup.

Any	Casos totals	Casos confirmats	Percentatge confirmació	Serogrup dels casos confirmats			
				Grup B	Grup C	Altres	No grupat
1999	46	33	71,7	17	15	0	1
2000	18	15	83,3	11	4	0	0
2001	16	12	75,0	11	1	0	0
2002	28	23	82,1	16	5	0	2
2003	24	22	91,7	16	3	0	3
2004	22	16	72,7	11	2	2	1
2005	21	17	81,0	9	4	1	3
2006	15	12	80,0	10	1	0	1
2007	19	18	94,7	12	1	1	4
2008	18	13	72,2	10	1	1	1

Taula 34.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2008. Distribució de serogrups per grup d'edat.

grups d'edat	B	C	Altres sg	No conegut	Total
fins 1 any	1	0	0	3	4
1 a 4	3	1	0	2	6
5 a 14	2	0	0	1	3
15 a 24	2	0	0	0	2
Més de 24	2	0	1	0	3
Total	10	1	1	6	18

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 35.- Malaltia invasora per *Haemophilus influenzae* a les Illes Balears, 1999-2004. Resum de variables.

Casos del període	11
Homes	5
Casos pediàtrics (menors de 15 anys)	6
Promig d'edat (casos pediàtrics)	1 any
Mediana d'edat (casos pediàtrics)	1 any
Promig d'edat (casos no pediàtrics)	66 anys
Mediana d'edat (casos no pediàtrics)	56 anys
Rang d'edat	4 mesos-86 anys
Vacunats	4
Edat dels vacunats	4-23 mesos
Edat dels no vacunats	9- 86 anys
Casos confirmats	11

Nota: Anys 2005-2008 sense casos detectats

Taula 36.- Parotiditis a les Illes Balears, 1999-2008. Distribució per illes i Palma. Taxes per 100.000 habitants.

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total IB
1999	3,7	161,8	11,3	63,5	137,7
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

Taula 37.- Parotiditis a les Illes Balears, 2008. Distribució per sexe i grup d'edat. Nombre de vacunats correctament. Taxa específica per 100.000 per grup d'edat.

grups d'edat	home	dona	total	taxes	vacunats correctament
menys d'1 any	0	0	0	0,0	—
1 a 4 anys	6	4	10	21,6	9
5 a 14	9	4	13	12,6	9
15 a 24	2	1	3	2,4	1
més de 24	5	4	9	5,6	0
total	22	13	35	3,3	19

Taula 38.- Rubèola a les Illes Balears, 1999-2008. Incidència anual en nombre absolut de casos. Distribució per illes.

Any	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total IB
1999	1	0	0	1
2000	2	0	0	2
2001	1	0	0	1
2002	0	0	0	0
2003	0	0	0	0
2004	0	0	0	0
2005	1	0	0	1
2006	2	1	0	3
2007	0	0	0	0
2008	0	0	0	0

Taula 39.- Tos ferina a les Illes Balears, 1999-2008. Incidència anual en nombre absolut de casos. Distribució per illes.

	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total IB
1999	5	0	5	10
2000	2	0	0	2
2001	7	0	2	9
2002	3	0	0	3
2003	0	0	0	0
2004	14	0	2	16
2005	10	0	0	10
2006	6	0	0	6
2007	0	0	0	0
2008	2	1	6	9

Taula 40.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 1999-2008. Casos i taxes per illes i Palma. Taxes per 100.000 habitants

	Palma		Mallorca		Menorca		Pitiüses		Total	
	Casos	Taxes	Casos	Taxes	Casos	Taxes	Casos	Taxes	Casos	Taxes
1999	76	23,2	137	20,8	9	12,7	18	19,4	164	20,0
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

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

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 41.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 2008.
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	5	1	6	16,7	3,7	10,5
5 a 9 anys	0	3	3	0,0	11,6	5,7
10 a 14 anys	3	0	3	11,7	0,0	6,0
15 a 24 anys	6	9	15	9,6	14,9	12,2
25 a 34 anys	19	15	34	18,2	15,6	16,9
35 a 44 anys	27	10	37	27,7	11,2	19,8
45 a 54 anys	16	7	23	22,0	9,9	16,0
55 a 64 anys	13	3	16	23,0	5,3	14,2
65 a 74 anys	5	2	7	13,6	5,0	9,2
més de 74 anys	1	1	2	3,7	2,4	2,9
total	95	51	146	17,6	9,6	13,6

Taula 42.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 1999-2008. Nombre de casos i taxes per 100.000 habitants. Distribució geogràfica.

	Palma		Mallorca		Menorca		Pitiüses		Total IB	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
1999	19	5,8	32	4,9	2	2,8	11	11,8	45	5,5
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

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

Taula 43.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 2008. Nombre de casos i taxes per 100.000 habitants. Distribució per sexe i grup d'edat.

grup d'edat	casos			taxes		
	homes	dones	total	homes	dones	total
0 a 14 anys	0	0	0	0,0	0,0	0,0
15 a 44 anys	19	10	29	7,2	4,1	5,7
45 a 64 anys	10	3	13	7,7	2,4	5,1
més de 64 anys	1	2	3	1,6	2,4	2,1
total	30	15	45	5,6	2,8	4,2

Taula 44.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 2008. Confirmació per laboratori. Comparació amb el quinquenni anterior.

Tipus de cas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	mitjana 2003-2007
Confirmat	32	24	31	34	41	36	32
No confirmat	13	18	9	10	13	9	13
Total	45	42	40	44	54	45	44
% confirmats	71	57	78	77	76	80	76

Taula 45.- Malaltia de Creutzfeldt-Jakob a les Illes Balears, 1993-2008. Nombre de comunicacions i de casos per any de diagnòstic.

Any	Comunicacions investigades	Casos
1993	1	1
1994	2	2
1995	-	-
1996	1	-
1997	1	1
1998	-	-
1999	2	2
2000	-	-
2001	1	-
2002	1	1
2003	1	-
2004	3	1
2005	1	1
2006	-	-
2007	-	-
2008	1	1
Total	15	10

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 46.- Paràlisi flàccida aguda (PFA) a les Illes Balears. Casos detectats des del principi del pla d'eradicació de la poliomielitis. Variables bàsiques.

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

VPO: vacuna de la polio oral

(a) 4a dosis: vacuna inactivada

(b) Sèrie primària completa: vacuna inactivada

Taula 47.- Sistema d'Informació de nous diagnòstics d'VIH a les Illes Balears, 2003-2008. Nous diagnòstics d'VIH. Illes Balears. Categoria de transmissió per grup d'edat. Dades des del 2003.

Actualització: 31/12/2008.

	Homo-bis	%	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	2	1,4	3	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
20 a 29	40	28,0	17	17,0	0	0,0	45	23,1	33	19,2	135
30 a 39	54	37,8	51	51,0	0	0,0	72	36,9	60	34,9	237
40 a 49	34	23,8	27	27,0	0	0,0	44	22,6	43	25,0	148
50 a 59	8	5,6	2	2,0	0	0,0	25	12,8	24	14,0	59
60 i més	5	3,5	0	0,0	0	0,0	9	4,6	12	7,0	26
Desc	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Total	143	100,0	100	100,0	2	100,0	195	100,0	172	100,0	612
Mitjana edat	36		35				39		40		

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

Taula 48.- Sistema d'Informació de nous diagnòstics d'VIH a les Illes Balears, 2003-2008. Fonts d'Informació. Inclou els casos subnotificats. Actualització: 31/12/2008.

	C	%		C	%		C	%
H Son Llàtzer	189	30,9	B. Sang de Balears	1	0,2	C. Penit. Eivissa	2	0,3
H Son Dureta	129	21,1	CS Emili Darder	4	0,7	C. Rotger	1	0,2
H Manacor	28	4,6	CS Es Viver	4	0,7	H Joan March	1	0,2
H Mateu Orfila	21	3,4	CS Manacor	4	0,7	H Muro	1	0,2
H Can Misses	20	3,3	CS Rafal Nou	4	0,7	CS Artà	1	0,2
CS Can Misses	16	2,6	CS Vila	4	0,7	CS Canal Salat	1	0,2
CS Son Pisà	16	2,6	H d'Alcúdia	3	0,5	CS Es Banyer	1	0,2
CS Son Gotleu	15	2,5	CS Son Ferriol	3	0,5	CS Es Pla Sineu	1	0,2
CS Pere Garau	11	1,8	CS A. Bennàssar	3	0,5	CS Felanitx	1	0,2
CS Valldargent	11	1,8	CS Ll. Son Servera	3	0,5	CS Ferreries	1	0,2
Lab. no hospitalari 1	9	1,5	CS Sant Agustí	3	0,5	CS Inca	1	0,2
C. Penitenciari Palma	9	1,5	CS Sant Antoni	3	0,5	CS S'Escorxador	1	0,2
CS Escola Graduada	8	1,3	Lab. P. Miramar	3	0,5	CS Tramuntana	1	0,2
P. Miramar	6	1	Metges de Món	3	0,5	CS Xaloc- Campos	1	0,2
CS C. d'en Rabassa	6	1	P. Ntra Sra Rosàrio	2	0,3	Lab. no hospitalari 3	1	0,2
CS Es Trencadors	6	1	P. Verge Gràcia	2	0,3	Lab. no hospitalari 4	1	0,2
CS S'Arenal	6	1	CS Santa Eulàlia	2	0,3	Lab. no hospitalari 5	1	0,2
CS Son Serra	6	1	CS Santa Maria	2	0,3	Lab. no hospitalari 6	1	0,2
H. d'Inca	5	0,8	CS Son Cladera	2	0,3	C. Mèdic Porto Pi	1	0,2
CS Alcúdia	4	0,7	CS Son Rutlan	2	0,3	Metges Privats	1	0,2
CS Camp Rodó	4	0,7	Lab. Clínica Femenia	2	0,3	P. General Riera	1	0,2
CS Dalt de Sant Joan	4	0,7	Lab. no hospitalari 2	2	0,3			

C: Casos

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 49.- Sida a les Illes Balears, casos acumulats des de l'any 1983. Fonts d'Informació. Inclou els casos subnotificats. Actualització: 31/12/2008

	Casos	%		Casos	%
Son Dureta Medicina Interna	1.163	49,45	Son Dureta UCI	10	0,43
H. Can Misses	275	11,69	C. Rotger	5	0,21
H. General	235	9,99	H. Creu Roja	4	0,17
H. Joan March	151	6,42	H. d'Inca	5	0,21
H. Son Llätzer	133	5,65	C. Juaneda	2	0,09
H. Verge de Montetoro	95	4,04	C. Palma-Planas	2	0,09
C. Penitenciari de Palma	88	3,74	C. Menorca	1	0,04
H. Manacor	33	1,40	H. Sant Joan de Déu	1	0,04
Son Dureta Pediatria	28	1,19	Consultes privades	1	0,04
Son Dureta Hematologia	20	0,85	P. Verge de Gràcia	1	0,04
P. Miramar	15	0,64	Altres Comunitats Aut.	71	3,02
A. Primària IB Salut	13	0,55	Total	2.352	100,00

Taula 50.- Xarampió a les Illes Balears, 2000-2008. 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 i 2007 sense casos detectats

Taula 51.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2008. Perfil epidemiològic complet.

Caràcter	n	Origen	n	Etiologia	n
Col·lectiu	6	Alimentari	5	Infeciosa	3
				Tòxica	2
				Desconeguda	0
		Hídric	1	Infeciosa	1
				Tòxica	0
				Desconeguda	0
Familiar	5	Alimentari	5	Infeciosa	3
				Tòxica	1
				Desconeguda	1
		Hídric	0		
				Desconegut	0
Poblacional	0				
Total	11				

n= Nombre de brots

Taula 52.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 1999-2008. Etiologia i agents identificats.

anys	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de brots	41	29	34	28	30	27	37	23	27	11
- Brots amb agent identificat	20	15	19	16	17	14	24	12	14	6
- % Brots amb agent identificat	48,8	51,7	55,9	57,1	56,7	51,9	64,9	52,2	51,9	54,5
Etiologia infecciosa	36	28	29	26	30	26	30	18	24	7
- <i>Salmonella</i>	16	15	18	15	17	10	21	10	8	2
- <i>Staphylococcus</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
- <i>Clostridium perfringens</i>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- <i>E. coli</i>	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
- Giàrdia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
- Virus	0	0	1	0	0	2	2	0	2	0
- <i>Campylobacter</i>	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
- No identificació agent	18	13	10	10	13	12	7	8	12	3
Etiologia tòxica	3	1	5	0	0	1	2	3	3	3
- Histamina	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2
- Plom	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- No identificació agent	1	1	5	0	0	1	1	1	1	1
Etiologia desconeguda	2	0	0	2	0	0	5	2	0	1

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 53.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2008. Variables bàsiques.

Notificador	Municipi	Àmbit	NA	Vehicle	Agent
H Son Llàtzer-S. urgències	Palma	familiar	6	desconegut	desconegut
CS Son Serra	Palma	bar-restaurant	2	conserves industrials	histamina
Afectats	Bunyola	bar-restaurant	3	aigua dipòsit	<i>E. coli</i>
Afectats	Palma	familiar	2	desconegut	desconegut
Afectats	Marratxí	altres	7	desconegut	desconegut
P. Miramar Al·lergologia	Calvià	familiar	2	peix i marisc	histamina
Afectats	Marratxí	hipermercat	2	conserves industrials	desconegut
Afectats	Palma	hipermercat	2	rebosteria, pastisseria	estafilococ
H Son Llàtzer. U. Epid.	Palma	familiar	4	ou cru o poc cuit	salmonel.la
H Son Llàtzer. U. Epid.	Palma	familiar	6	ou cru o poc cuit	salmonel.la
Afectats	Palma	bar-restaurant	3	desconegut	desconegut

Taula 54.- Brots de transmissió no alimentària a les Illes Balears, 2008. Variables bàsiques.

Notifica	Malaltia	Etiologia	Transmissió	NA	Àmbit
H Son Llàtzer	Disenteria	Shigella sp	Fecal-oral	2	Domèstic
Direcció c. escolar	Escarlatina	<i>S. pyogenes</i>	Respiratòria	5	Escolar
Direcció c. escolar	Escarlatina	<i>S. pyogenes</i>	Respiratòria	8	Escolar
Direcció c. escolar	Escarlatina	<i>S. pyogenes</i>	Respiratòria	2	Escolar
Ag. SP Escòcia-CNE	GEA	Cryptosporidium	Digestiu	3	Hotel
Direcció residència	GEA	Norovirus+rotavirus	Fecal-oral	71	Res. geriàtrica
Direcció residència	GEA	Norovirus	Fecal-oral	34	Res. geriàtrica
Direcció residència	GEA	Vírica (*)	Contacte directe	9	Res. geriàtrica
CS Formentera	Hepatitis A	V. Hepatitis A	Contacte directe	2	Domèstic
CS Sant Agustí	Hepatitis B	V. Hepatitis B	Contacte directe	2	Poblacional
Polícia Maria de la Salut	Intox.psicotròpics	Cànnabis	Digestiu	5	Domèstic
CNE-EWGLINET	Pneumònia	<i>L. pneumophila</i>	Inhalatori	5	Poblacional
H Can Misses	Pneumònia	<i>L. pneumophila</i>	Inhalatori	8	Poblacional
H Son Llàtzer	Pneumònia	<i>L. pneumophila</i>	Inhalatori	3	Poblacional
CS Canal Salat	Parotiditis	V. parotiditis	Respiratòria	2	Domèstic
CS Portocristo	Parotiditis	V. parotiditis	Respiratòria	3	Poblacional
CS Can Misses	Sarna	<i>Sarcoptes scabiei</i>	Contacte directe	3	Domèstic
Direcció c. escolar	Tinya	Fongs dermatòfits	Contacte directe	6	Escolar
CS Sant Antoni	Tos ferina	<i>B. pertussis</i>	Respiratòria	2	Domèstic
H Son Llàtzer	Tuberculosi	<i>M. tuberculosi</i>	Respiratòria	3	Domèstic
H Son Llàtzer	Tuberculosi	<i>M. tuberculosi</i>	Respiratòria	2	Domèstic
H Mateu Orfila	Tuberculosi	<i>M. tuberculosi</i>	Respiratòria	2	Domèstic
H Son Dureta	Tuberculosi	<i>M. tuberculosi</i>	Respiratòria	2	Domèstic
H Son Llàtzer	Tuberculosi	<i>M. tuberculosi</i>	Respiratòria	2	Domèstic
H Son Llàtzer	Tuberculosi	<i>M. tuberculosi</i>	Respiratòria	2	Domèstic
H Manacor	Tuberculosi	<i>M. tuberculosi</i>	Respiratòria	2	Domèstic

NA: Nombre d'afectats; (*) Probable etiologia vírica, no confirmada; GEA: gastroenteritis aguda

Taula 55.- Casos importats de malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2008.
Distribució per malaltia i notificador

	Hepatitis ¹	Ftifold	Legio	M.Mening	Palud	Tbc	Xaram	Total
H. Son Llätzer	1	1			7		1	10
H. Can Misses	2		2			1		5
H. Mateu Orfila			1	1		1		3
H. Son Dureta		1	1			1		3
CS Can Misses	3							3
H. Muro			2					2
CS Vilafranca		1			1			2
CS Sta. Eulària	2							2
CNE			2					2
H. d'Inca						1		1
H. Manacor	1							1
Clínica Menorca						1		1
CS Coll d'en Rabassa						1		1
CS Formentera						1		1
CS Vila	1							1
Total	10	3	8	1	8	7	1	38

CNE: Centre Nacional d'Epidemiologia

(1) Totes les hepatitis víriques (A, B, altres)

Taula 56.- Casos importats de malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2008.
Tipologia de cas.

	Hepatitis ¹	Ftifold	Legio	M.Men	Palud	Tbc	Xar	Total
Cooperant					1			1
Immigrant estranger	4	2			2	4		12
Immigrant espanyol								-
Turistes amb residència habitual a:								
- Illes Balears	5						1	6
- Resta d'Espanya				1				1
- Països estrangers	1		8			1		10
Treballador temporal a països de risc								-
VFR's		1			4			5
Altres					1	2		3
Total	10	3	8	1	8	7	1	38

(1) Totes les hepatitis víriques (A, B, altres)

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 57.- Casos importats de malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2008. Lloc més probable d'adquisició de la malaltia.

	Hepatitis ¹	Ftíftid	Legio	M.Men	Paludisme	Tbc	Xarampió	Total
Marroc	5					3		8
Equador	1	2			1			4
Espanya				1		2		3
Regne Unit			2				1	3
Nigèria					3			3
Índia		1			1			2
Irlanda			1			1		2
Senegal					2			2
Alemanya			2					2
Guinea					1			1
Itàlia			1					1
Suïssa			1					1
Uruguai	1							1
Veneçuela	1							1
Xina	1							1
Moldàvia	1							1
Desconegut			1			1		2
Total	10	3	8	1	8	7	1	38

(1) Totes les hepatitis víriques (A, B, altres)

ÍNDIX DE FIGURES

Figures	Pag.
1 Atenció Primària. Cobertura de la tramesa de protocols (pediatres i metges de família). Anys 1997-2008	94
2 Atenció Primària. Cobertura de la tramesa de protocols per illes. Percentatges de protocols rebuts respecte a esperats. Anys 1997-2008	94
3 Diarrea infecciosa aguda. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	95
4 Diarrea infecciosa aguda. Taxes anuals. Anys 1999-2008	95
5 Febre exantemàtica mediterrània. Taxes anuals. Anys 1999-2008	96
6 Febre recurrent per paparres. Taxes anuals. Anys 1999-2008	96
7 Grip. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	97
8 Grip. Taxes quadrisetmanals. Anys 1999-2008	97
9 Grip. Temporada gripal 2007-2008 i canal endemoepidèmic	98
10 Infecció gonocòccica. Taxes anuals. Anys 1999-2008	98
11 Sífilis. Taxes anuals. Anys 1982-2008	99
12 Varicel·la. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	99
13 Varicel·la. Taxes quadrisetmanals	100
14 Varicel·la. Taxes anuals. Anys 1982-2008	100
15 Hepatitis A. Taxes anuals i tendència. Anys 1999-2008	101
16 Hepatitis B. Taxes anuals globals i per illa. Anys 1999-2008	101
17 Altres hepatitis víriques. Taxes anuals globals i per illa. Anys 1999-2008	102
18 Legionel·losi. Casos per mes d'inici de símptomes. Canal endemoepidèmic	102
19 Legionel·losi. Taxes anuals. Incidència a població autòctona y a població turística. Anys 1999-2008	103
20 Leishmaniosi. Casos anuals per tipus de leishmaniosi. Anys 1999-2008	103
21 Malaltia meningocòccica. Casos per mes d'inici de símptomes i canal endemoepidèmic ...	104
22 Malaltia meningocòccica. Casos a les temporades 1999/2000-2007/2008	104
23 Malaltia meningocòccica. Taxes anuals. Anys 1999-2008	105
24 Malaltia meningocòccica. Evolució dels serogrupos. Anys 1999-2008	105
25 Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenza</i> . Casos i taxes. Anys 1999-2008	106
26 Parotiditis. Taxes anuals. Anys 1999-2008	106
27 Tos ferina. Taxes anuals. Anys 1999-2008	107
28 Tuberculosi respiratòria. Taxa anual i tendència. Anys 1999-2008	107
29 Tuberculosi respiratòria. Taxes anuals i tendència per illa. Anys 1999-2008	108
30 Tuberculosi respiratòria. Taxes per sexe. Anys 1999-2008	108
31 Tuberculosi no respiratòria. Taxa anual i tendència. Anys 1999-2008	109
32 Nous diagnòstics VIH. Casos per any. Anys 1993-2008	109
33 Sida. Taxes per illa. Anys 1986-2008	110
34 Sida. Percentatge de les principals categories de transmissió. Anys 1987-2008	110
35 Xarampió. Taxes anuals. Anys 1999-2008	111
36 Brots de transmissió alimentària per illa i mediana 2003-2007	111
37 Brots de transmissió alimentària d'etiologia infecciosa (anys 1988-2008). Distribució per microorganisme	112
38 Brots no alimentaris (anys 1999-2008) i mediana 2003-2007	112
39 Casos importats. Casos per any. Anys 1990-2008	113
40 Casos importats. Paludisme i Tuberculosi. Casos per any. Anys 1990-2008	113

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 1.- MDO a les Illes Balears, 1997-2008. Atenció Primària. Cobertura de la tramesa de protocols. Comunicats rebuts sobre els esperats, en percentage (Metges F.: Metges de família)

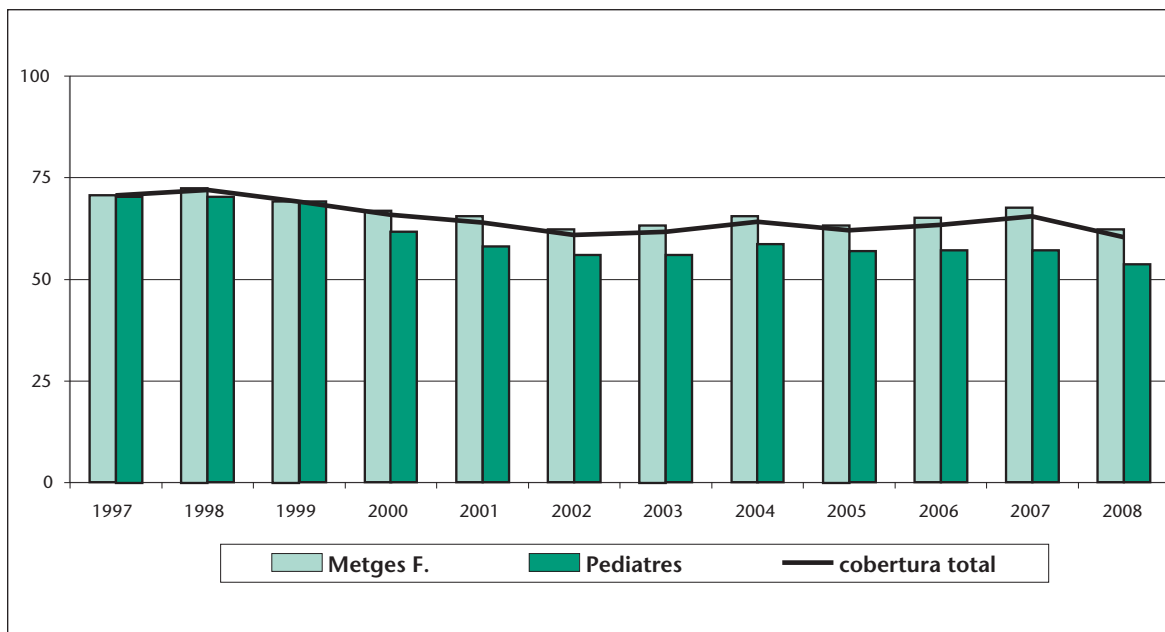


Figura 2.- MDO a les Illes Balears, 1997-2008. Atenció Primària. Cobertura de la tramesa de protocols per illes. Percentatges de protocols rebuts respecte a esperats

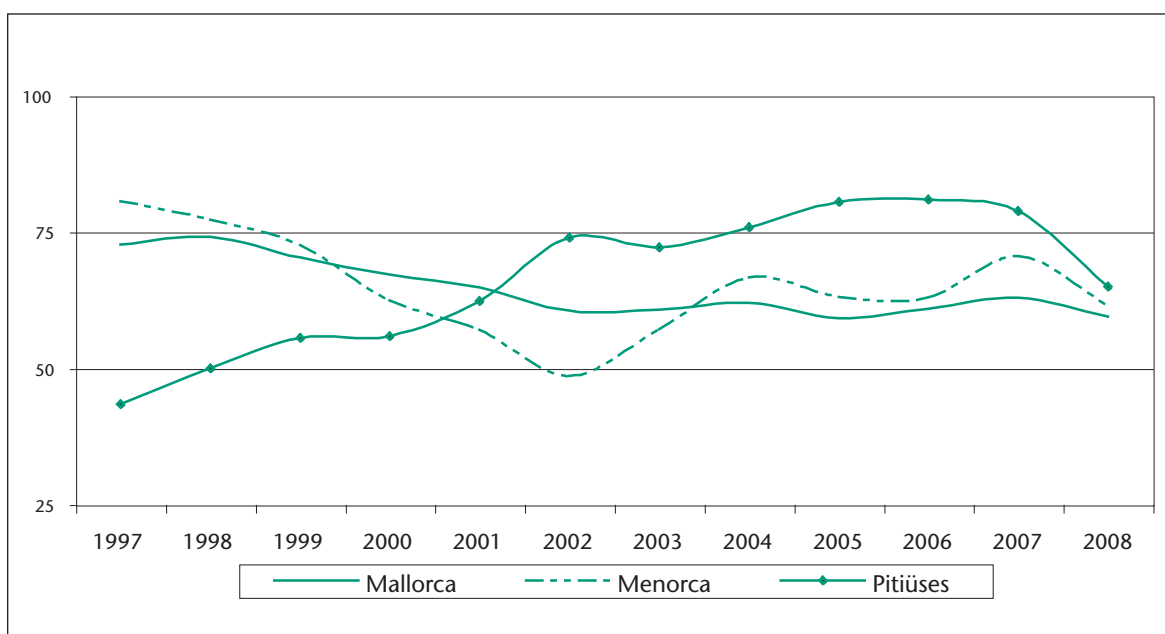


Figura 3.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2008
Taxes quadrisetmanals per 100.000 i canal endemoepidèmic

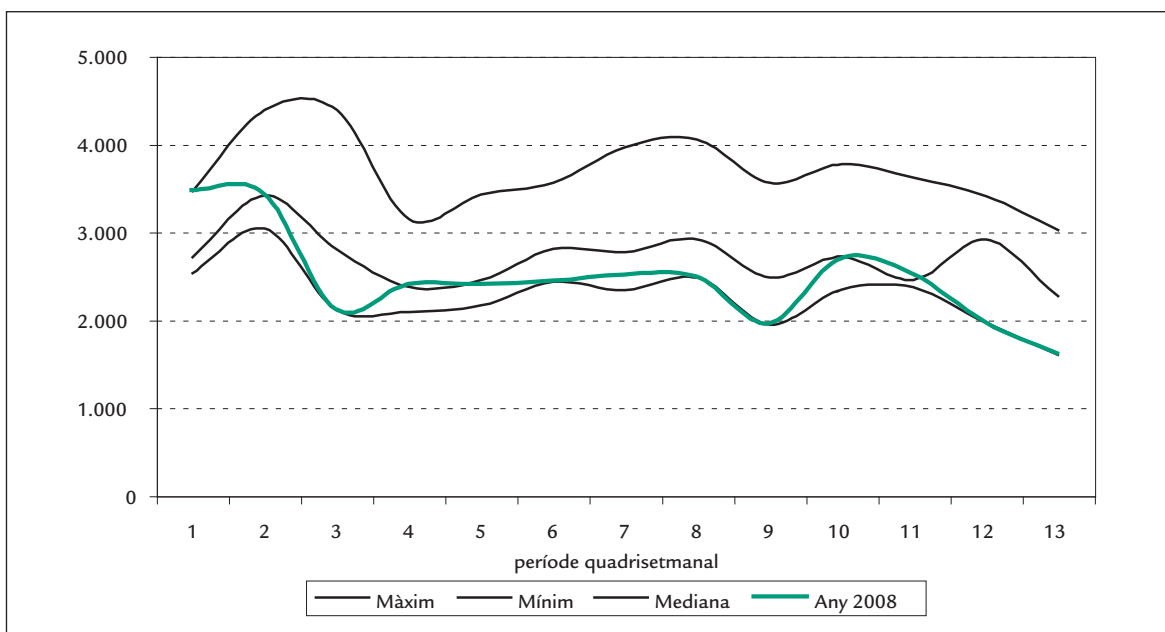
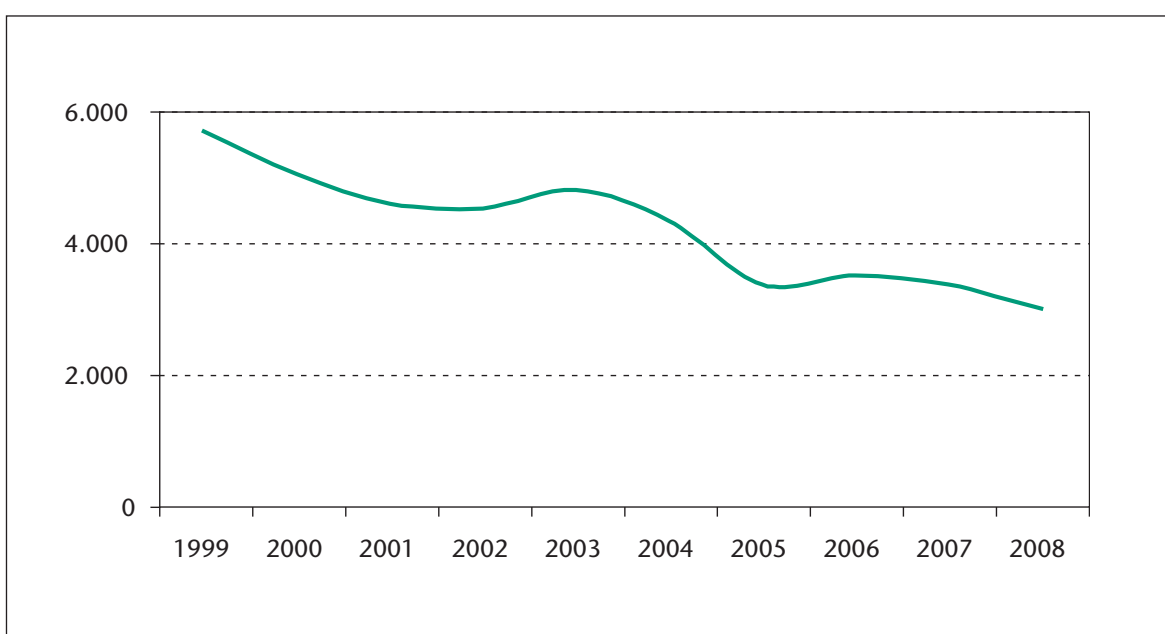


Figura 4.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 1999-2008 Taxes per 100.000



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 5.- Febre exantemàtica mediterrània (febre botonosa) a les Illes Balears, 1999-2008. Taxes per 100.000

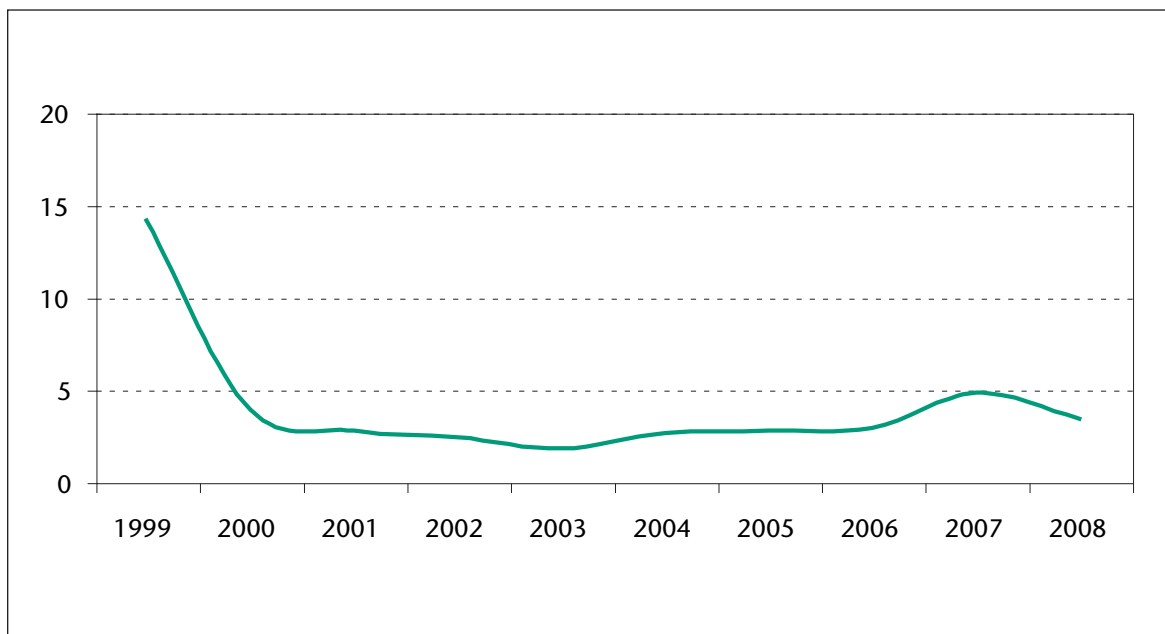


Figura 6.- Febre recurrent per paparres a les Illes Balears, 1999-2008. Taxes per 100.000

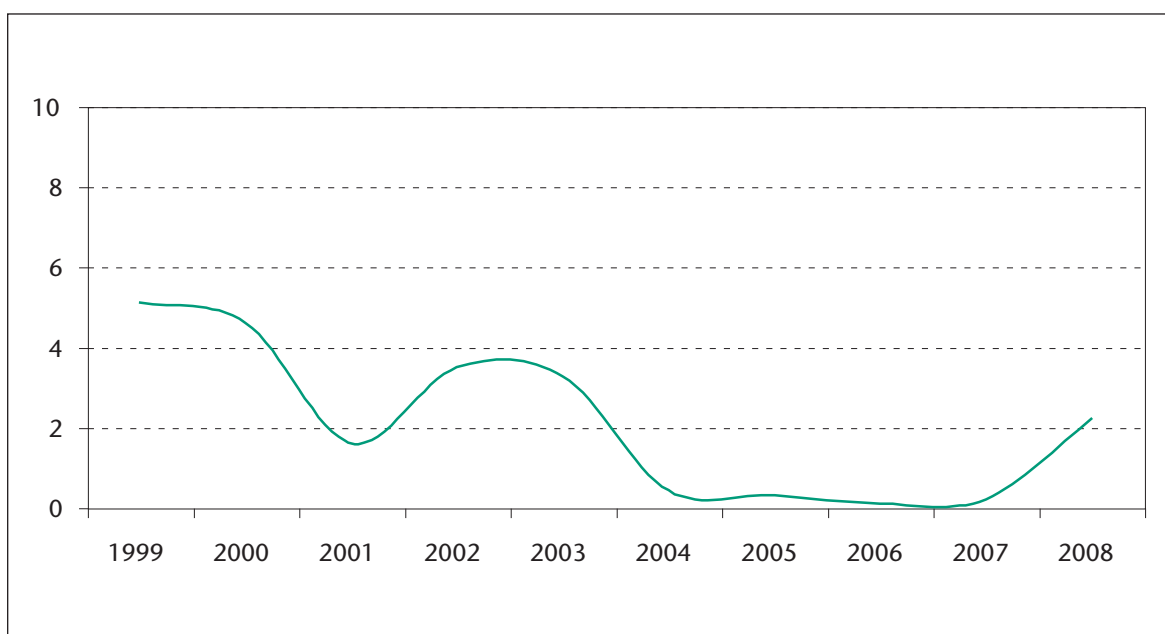


Figura 7.- Grip a les Illes Balears, 2008.
Taxes quadrisetmanals per 100.000 i canal endemoepidèmic

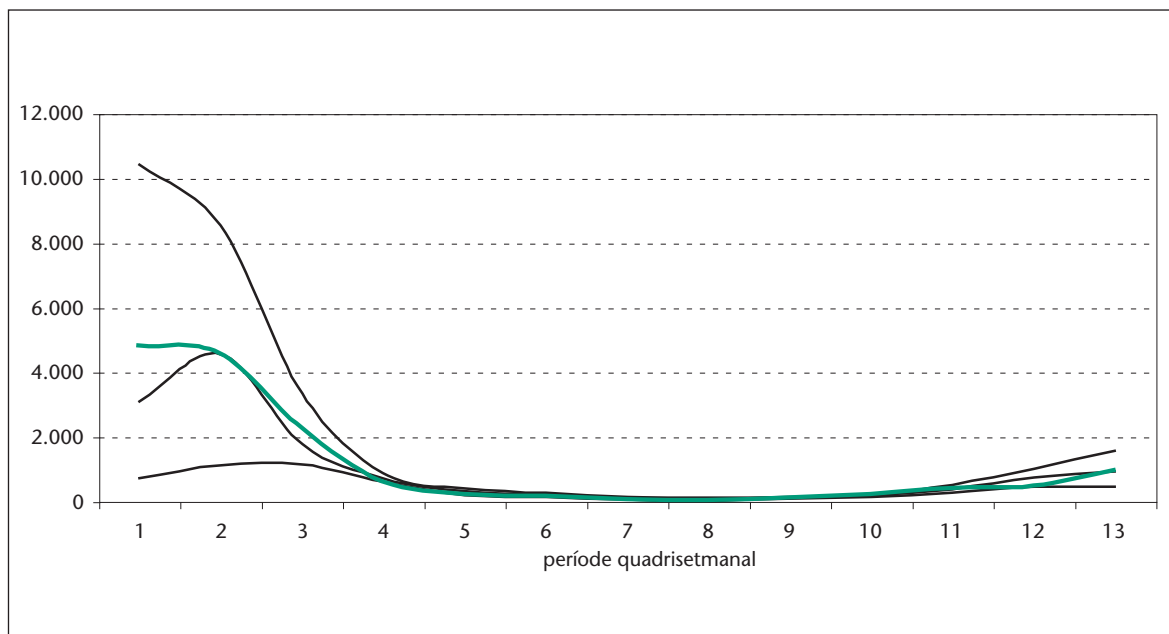
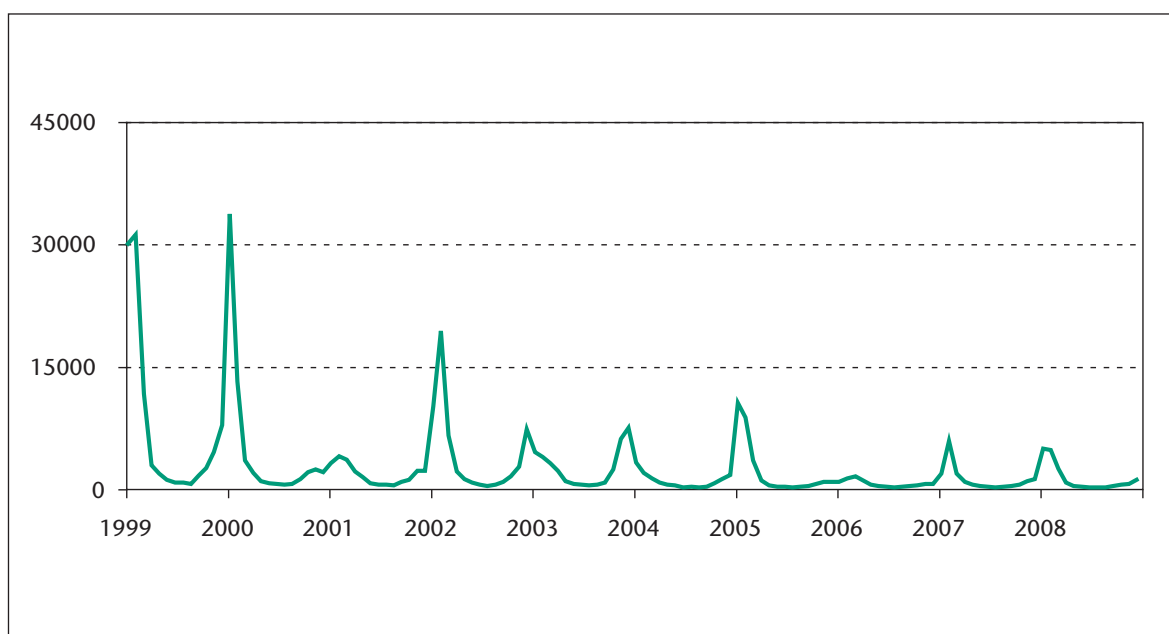


Figura 8.- Grip a les Illes Balears, 1999-2008
Taxes quadrisetmanals per 100.000



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 9.- Temporada gripal 2007-2008, Illes Balears
Canal endemoepidèmic

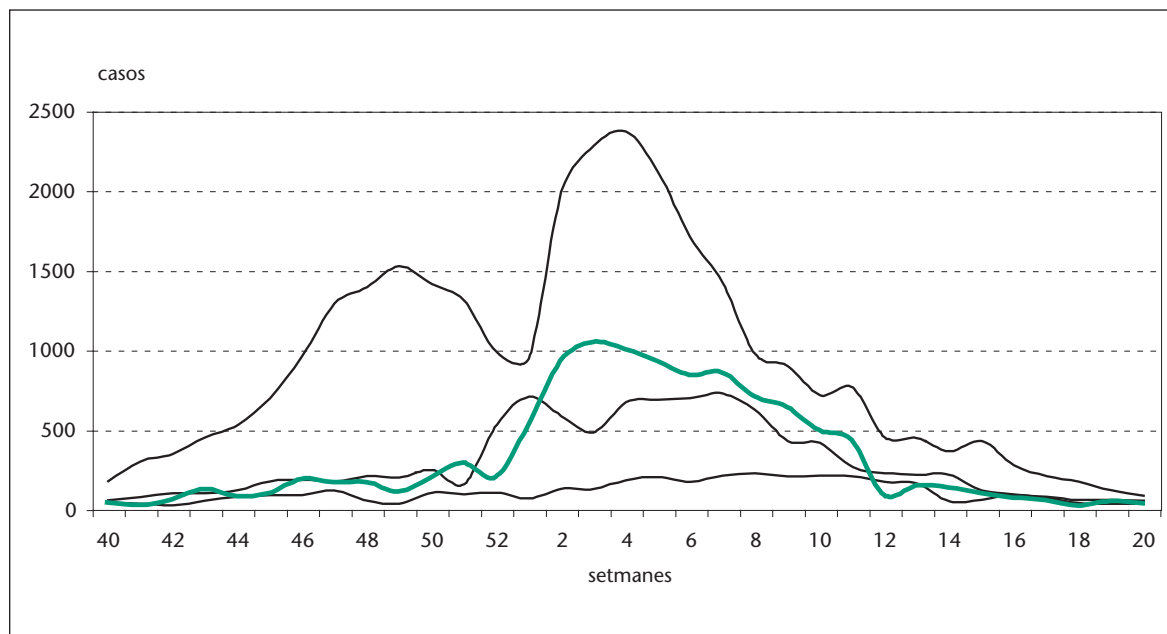


Figura 10.- Infecció gonocòccica a les Illes Balears, 1999-2008
Taxes per 100.000

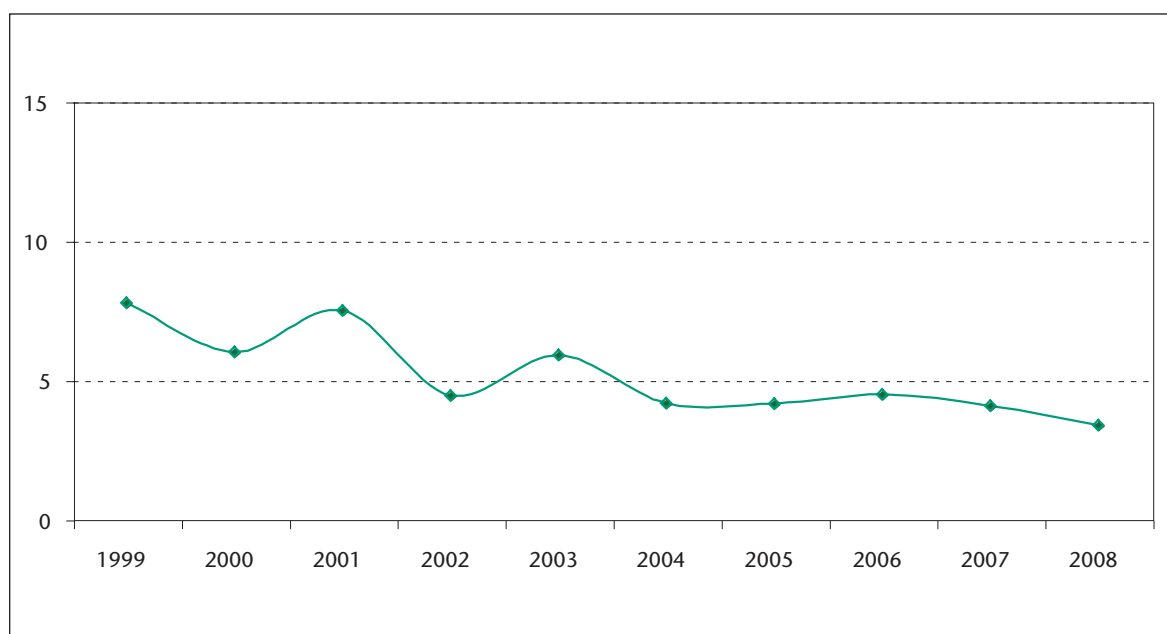


Figura 11.- Sífilis a les Illes Balears, sèrie històrica 1982-2008
Taxes per 100.000

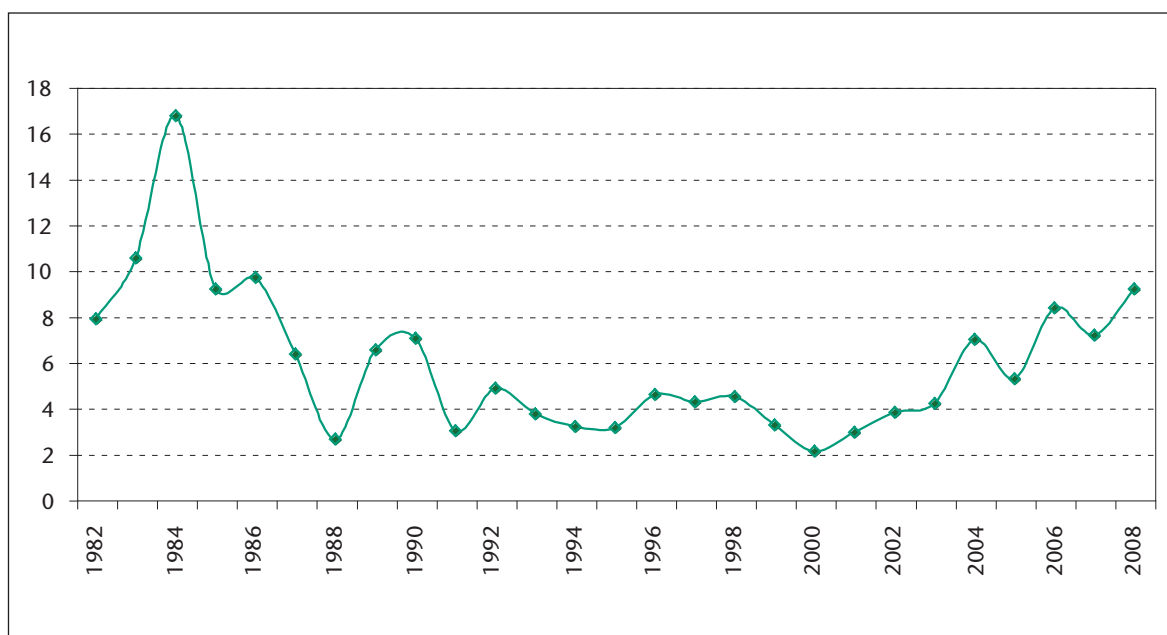
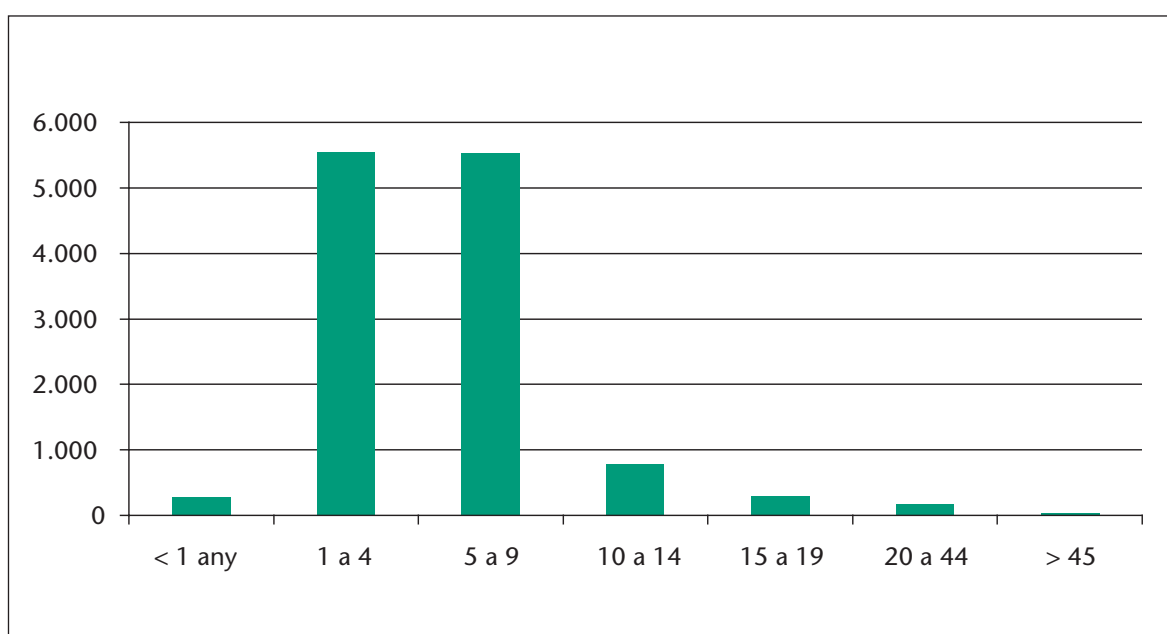


Figura 12. Varicel·la a les Illes Balears, any 2008. Taxa específica per grups d'edat
(dades procedents del registre informatitzat d'Atenció Primària de l'IB salut - eSIAP)



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 13.- Varicel·la a les Illes Balears, 2008
Taxes quadrisetmanals per 100.000. Canal endemoepidèmic

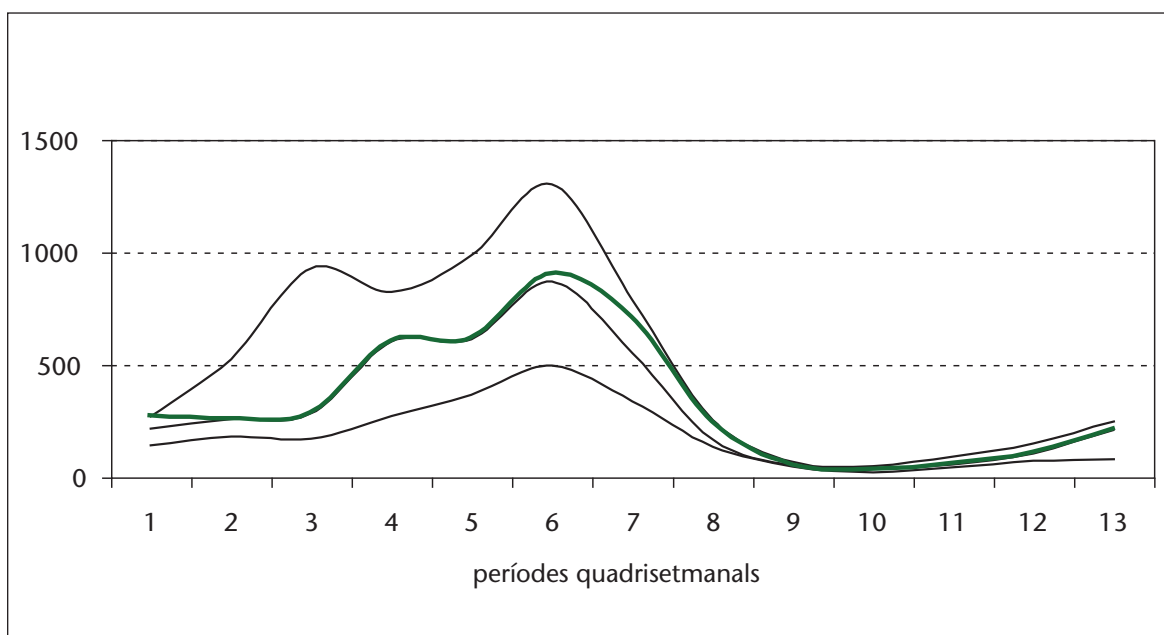


Figura 14.- Varicel·la a les Illes Balears, 1982-2008
Taxes per 100.000

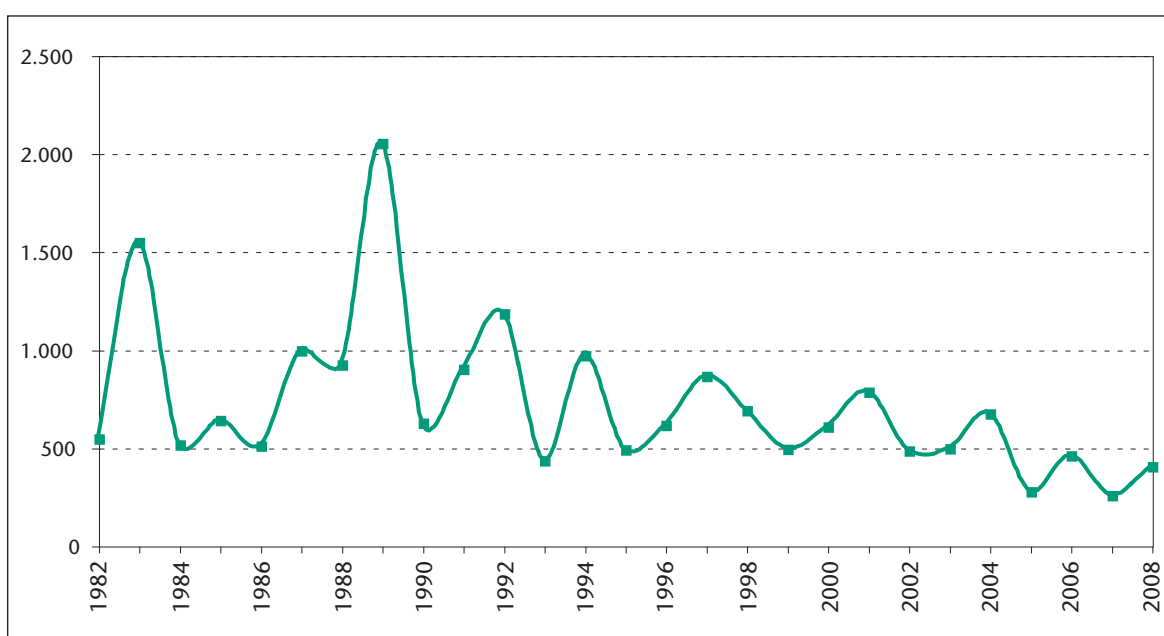


Figura 15.- Hepatitis A a les Illes Balears, 1999-2008
Taxes anuals per 100.000 i tendència

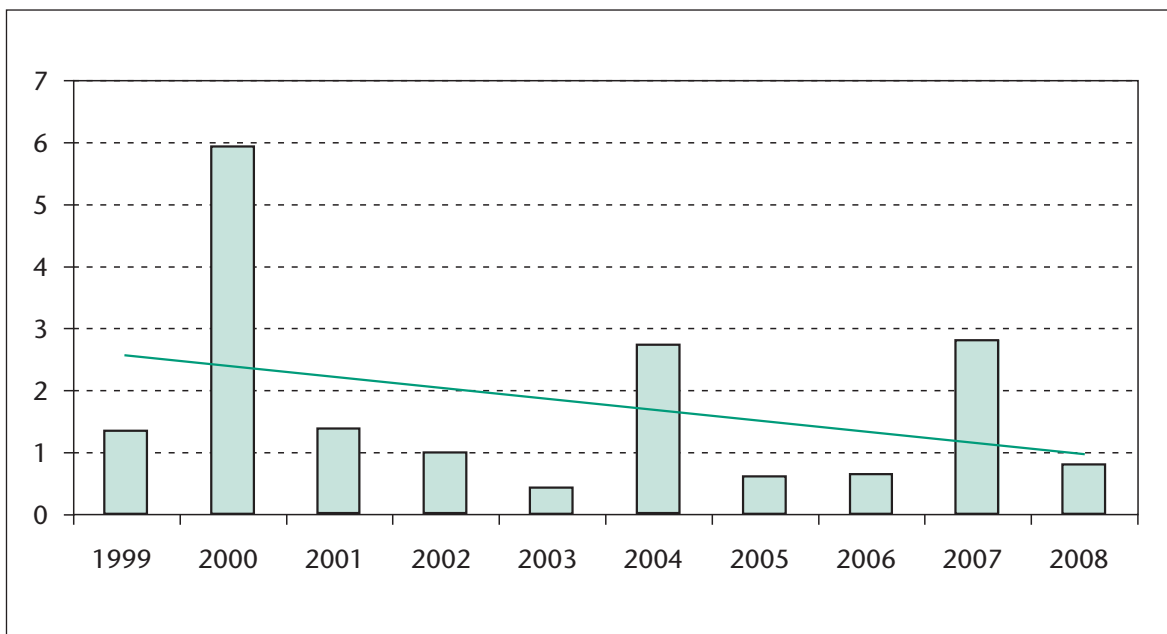
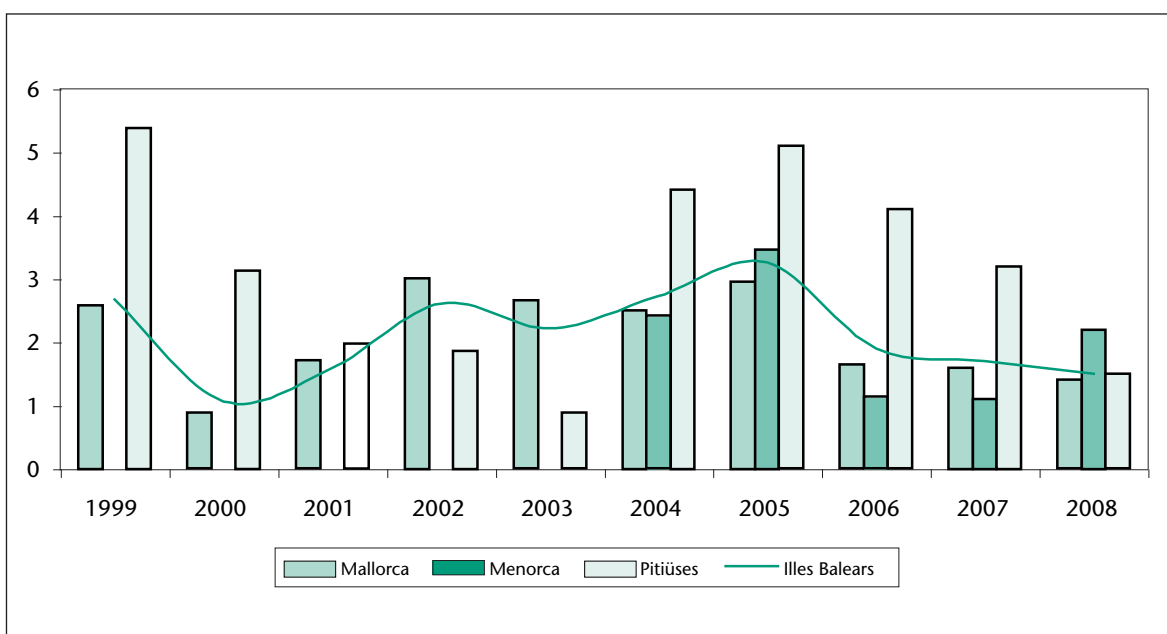


Figura 16.- Hepatitis B a les Illes Balears, 1999-2008
Taxa per 100.000



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 17.- Altres hepatitis (C, D, E) a les Illes Balears, 1999-2008. Taxa per 100.000

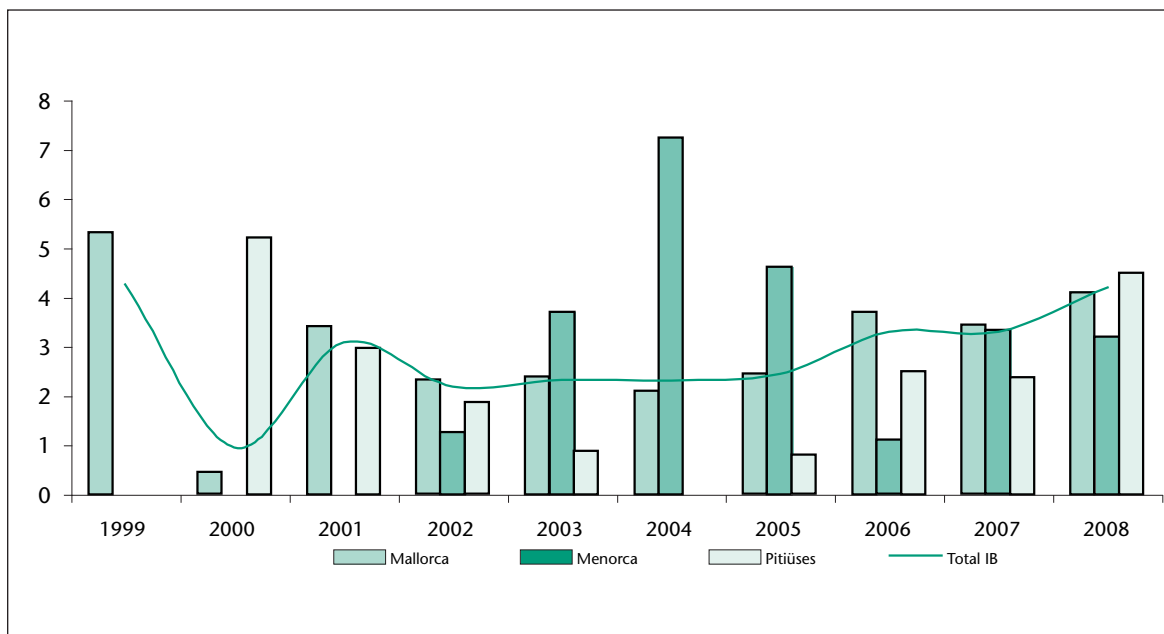


Figura 18 .- Legionel·losis a les Illes Balears, 2008. Casos per mes d'inici de símptomes. Canal endèmic 2003-2007

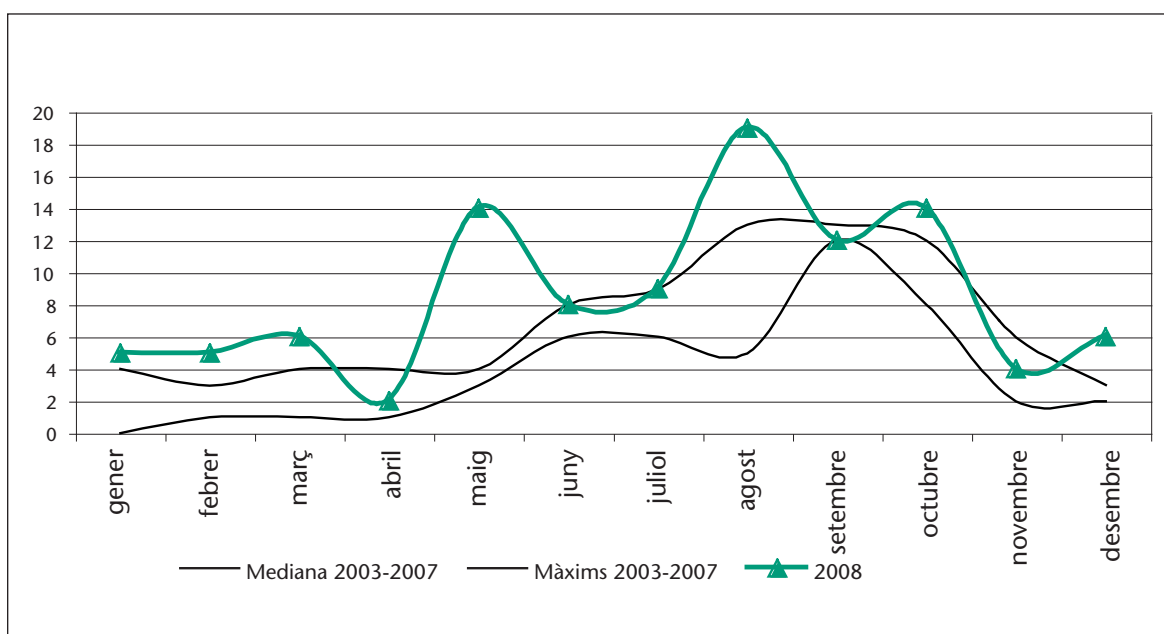


Figura 19. Legionel·losi a les Illes Balears, 1999-2008. Evolució de la incidència. Taxa per 100.000. (Nota: un mateix establiment turístic pot estar comptabilitzat a anys diferents)

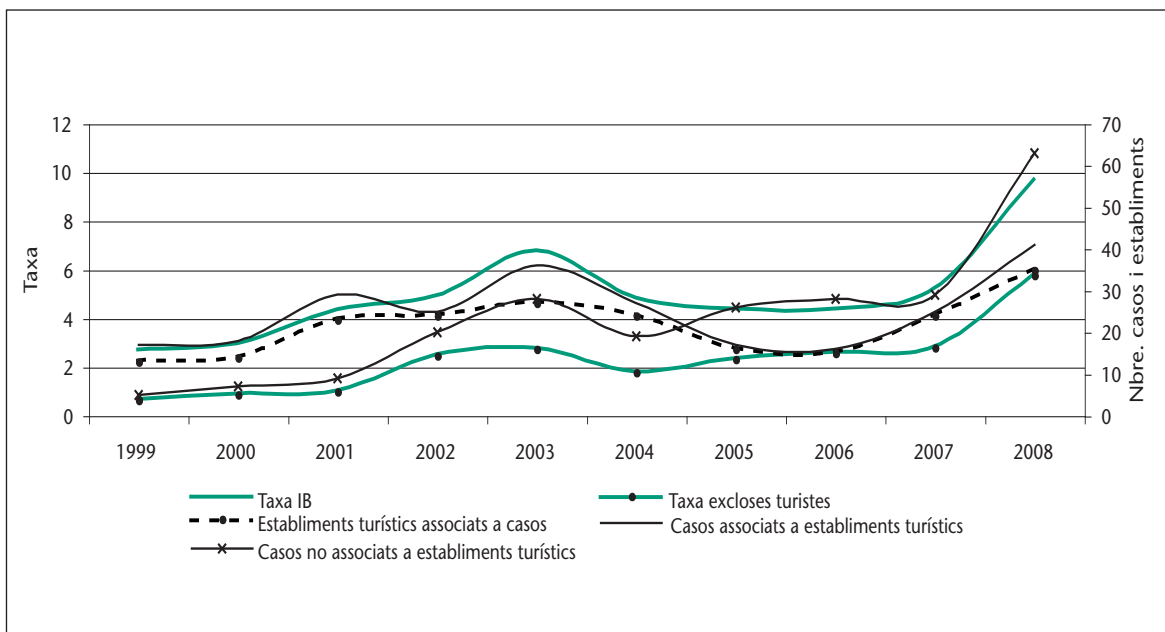
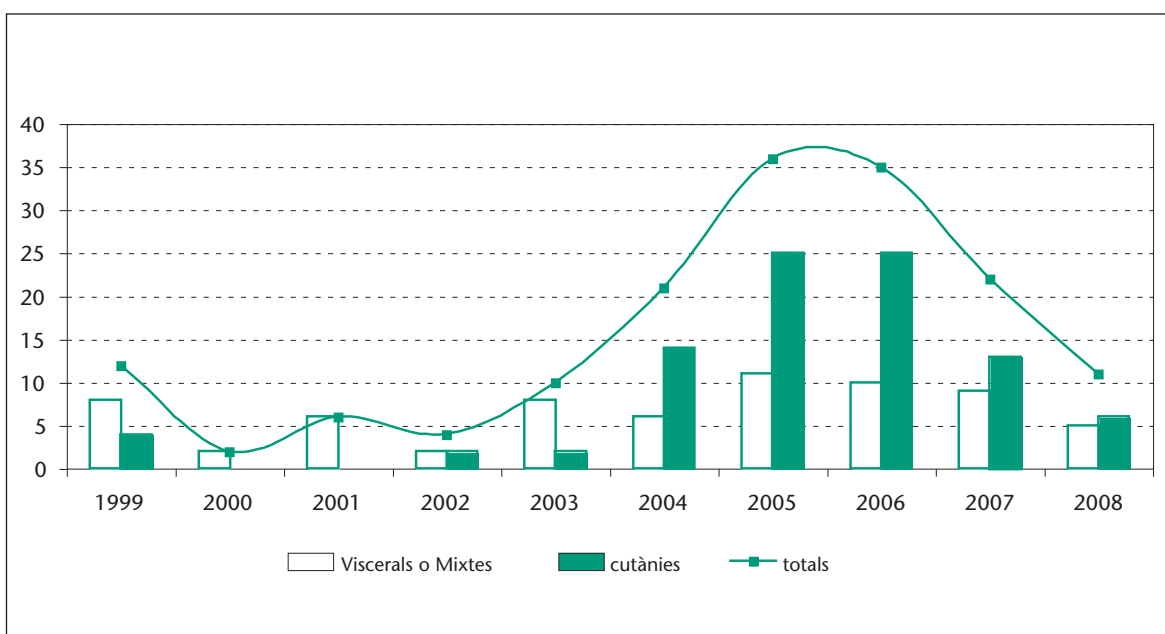


Figura 20.- Leishmaniosi a les Illes Balears, 1999-2008. Evolució del nombre de casos per tipus de leishmaniosi



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 21.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2008. Casos per mes d'inici de símptomes. Comparació amb el període 1999-2007.

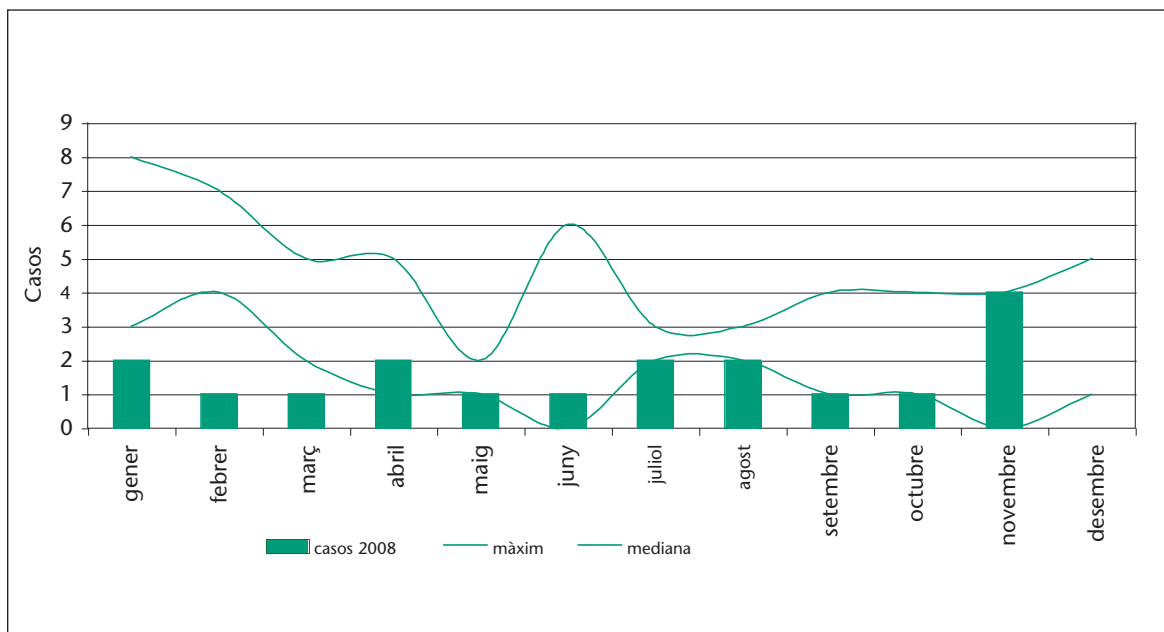


Figura 22.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2008. Casos per temporada, 1999/2000 - 2007/2008

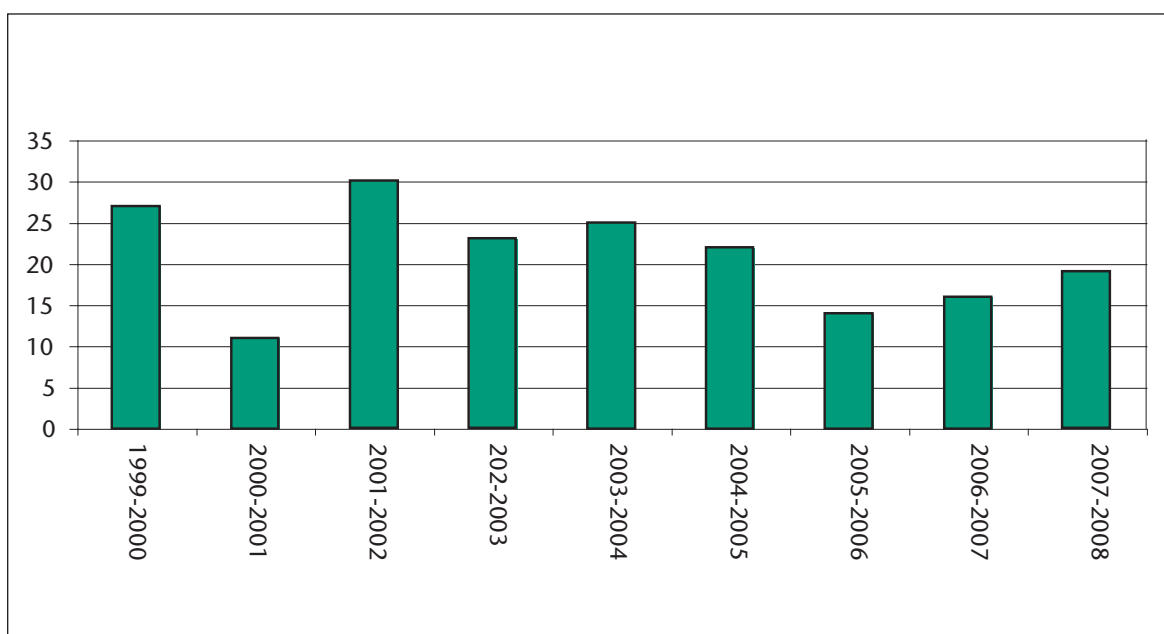


Figura 23.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears,
Evolució de la taxa. Taxa per 100.000

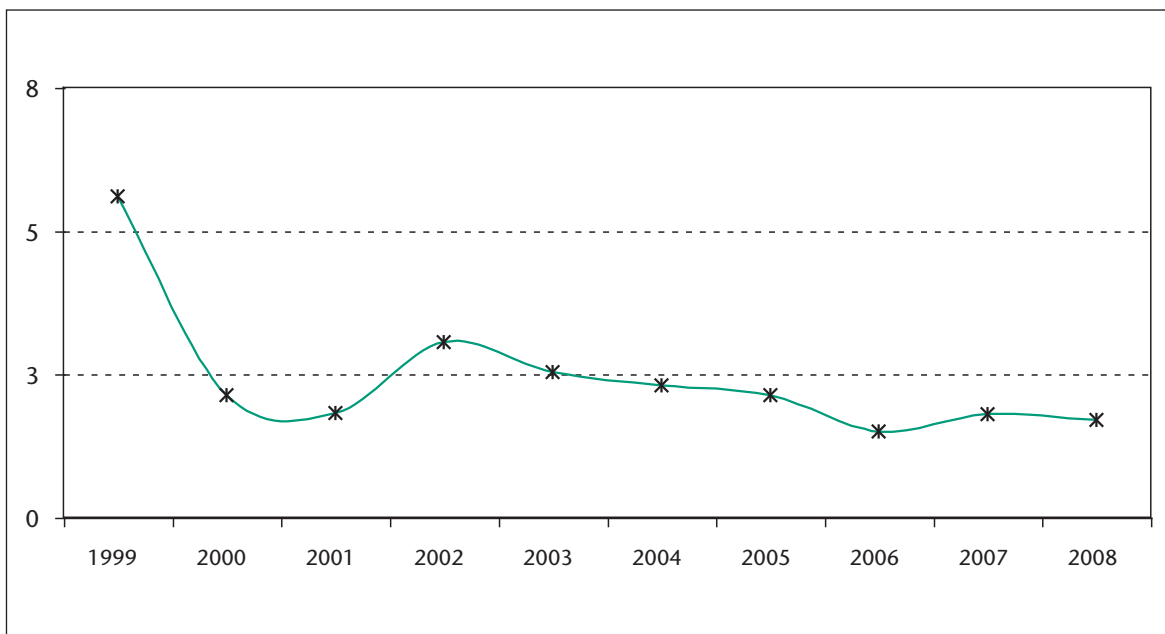
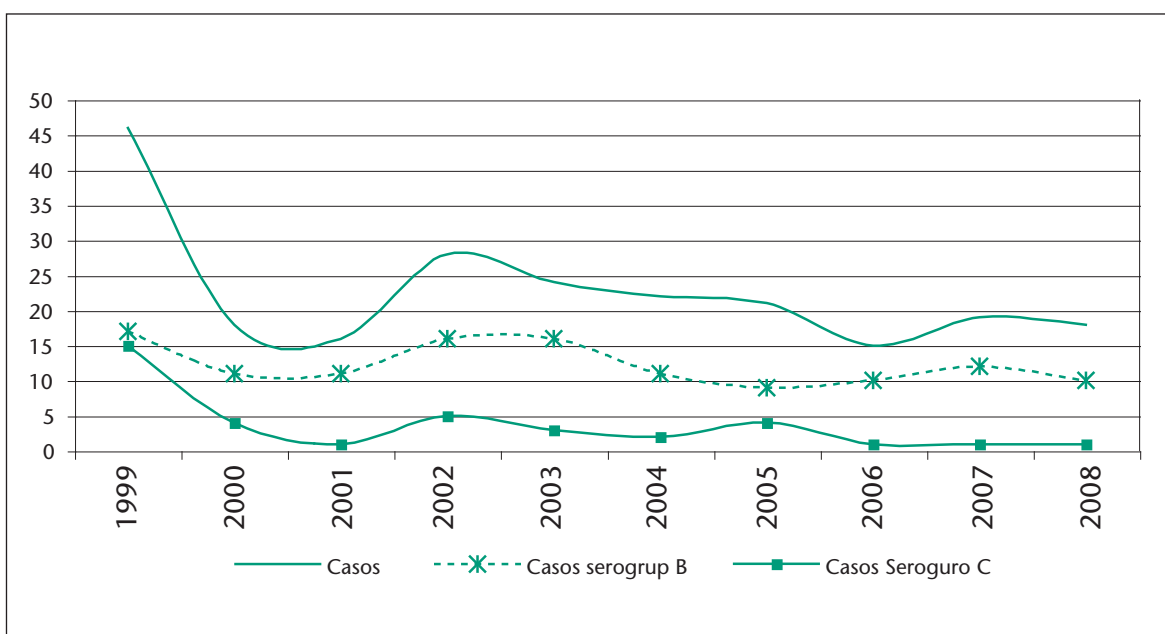


Figura 24.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 1999-2008.
Evolució dels casos per serogrup B i C



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 25.- Malaltia invasiva per *Haemophilus influenza* a les Illes Balears, 1999-2008.
Casos i taxes per 100.000. Anys 2005- 2008 sense casos.

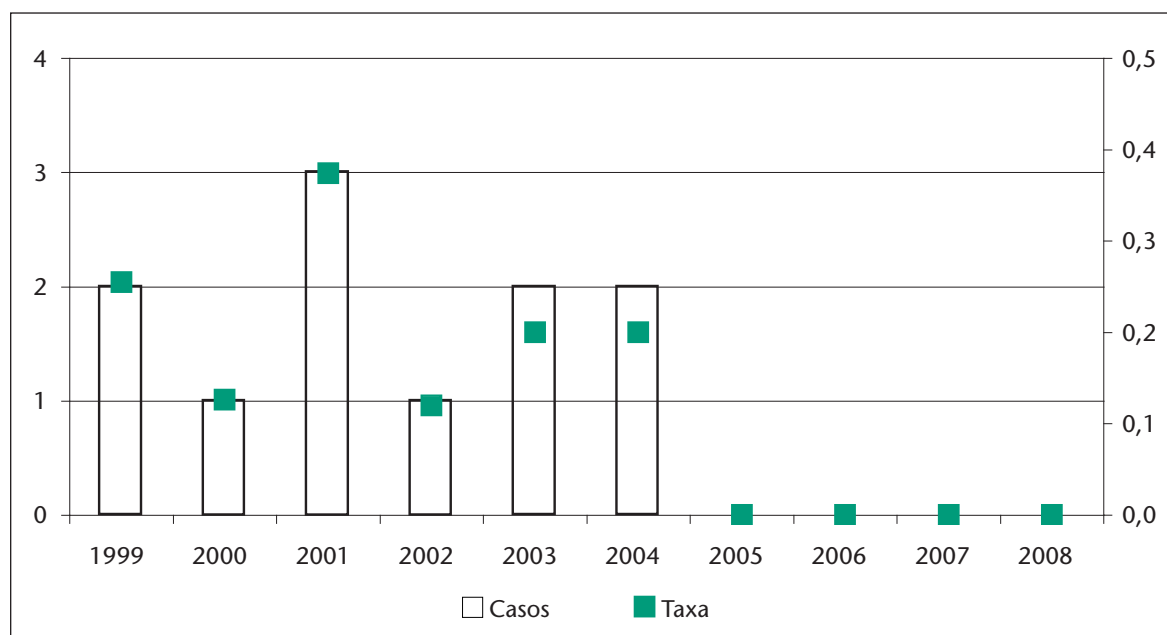


Figura 26.- Parotiditis a les Illes Balears, 1999-2008.
Evolució de la taxa per 100.000

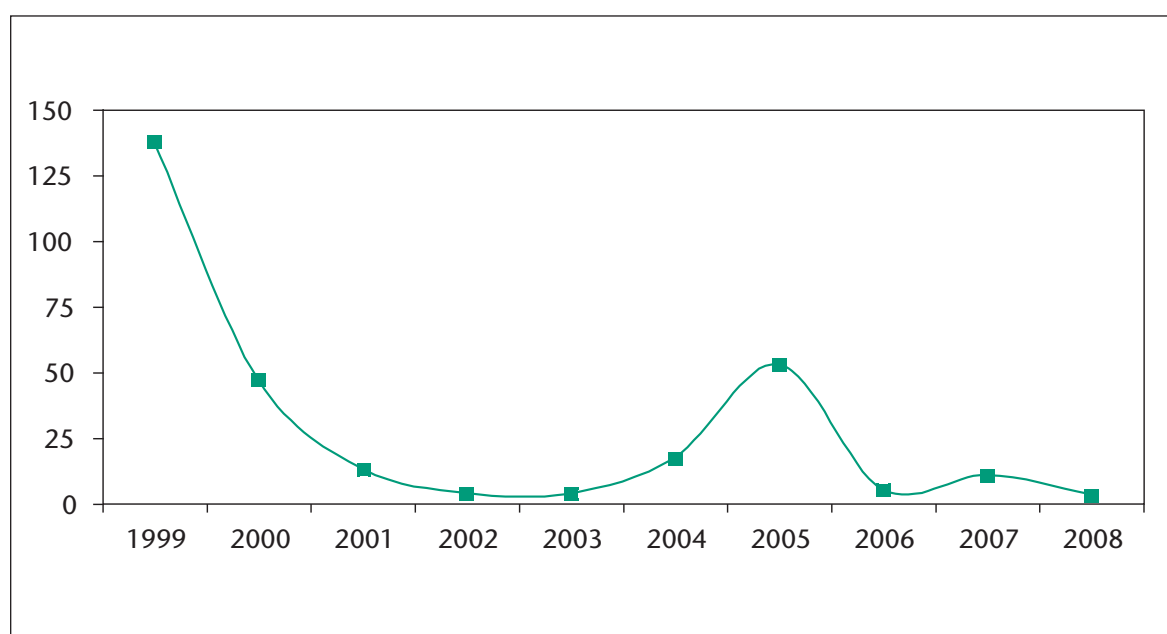


Figura 27.- Tos ferina a les Illes Balears, 1999-2008
Evolució de la taxa per 100.000

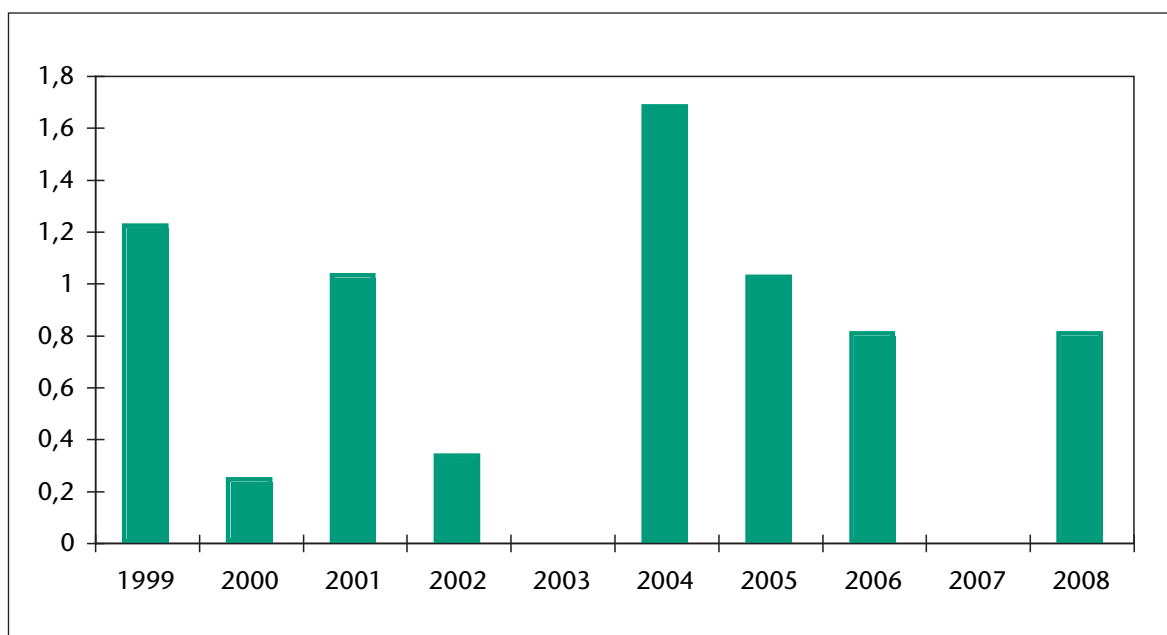
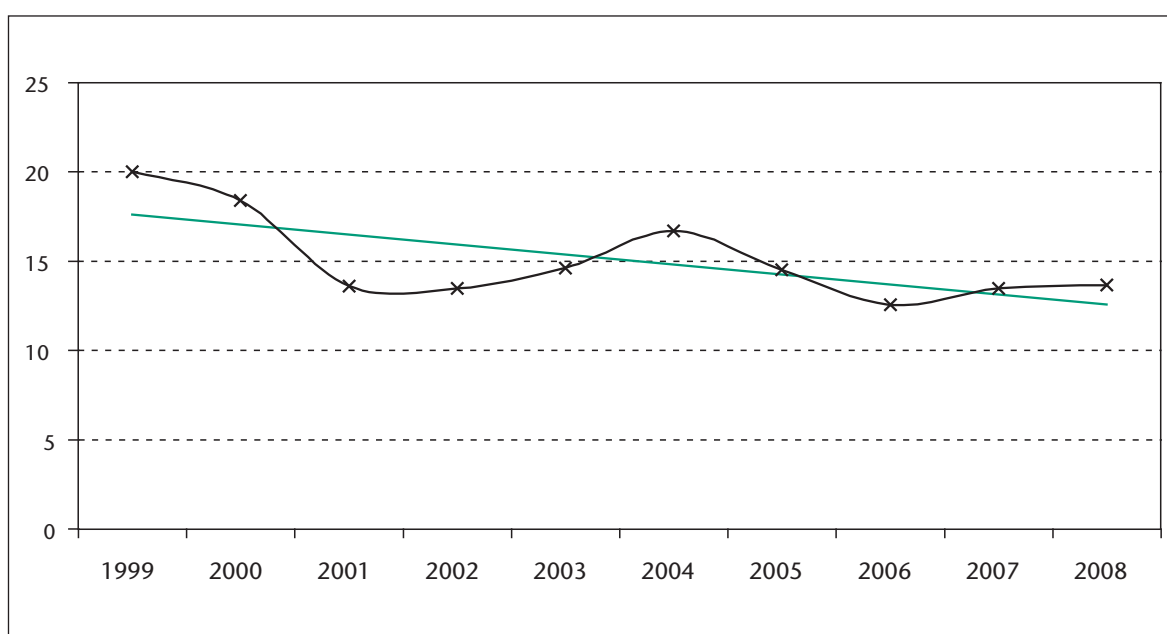


Figura 28- Tuberculosi respiratòria. Illes Balears, 1999-2008.
Evolució de la taxa i tendència. Taxes per 100.000



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 29.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears,
Taxes per 100.000 i tendència per illa

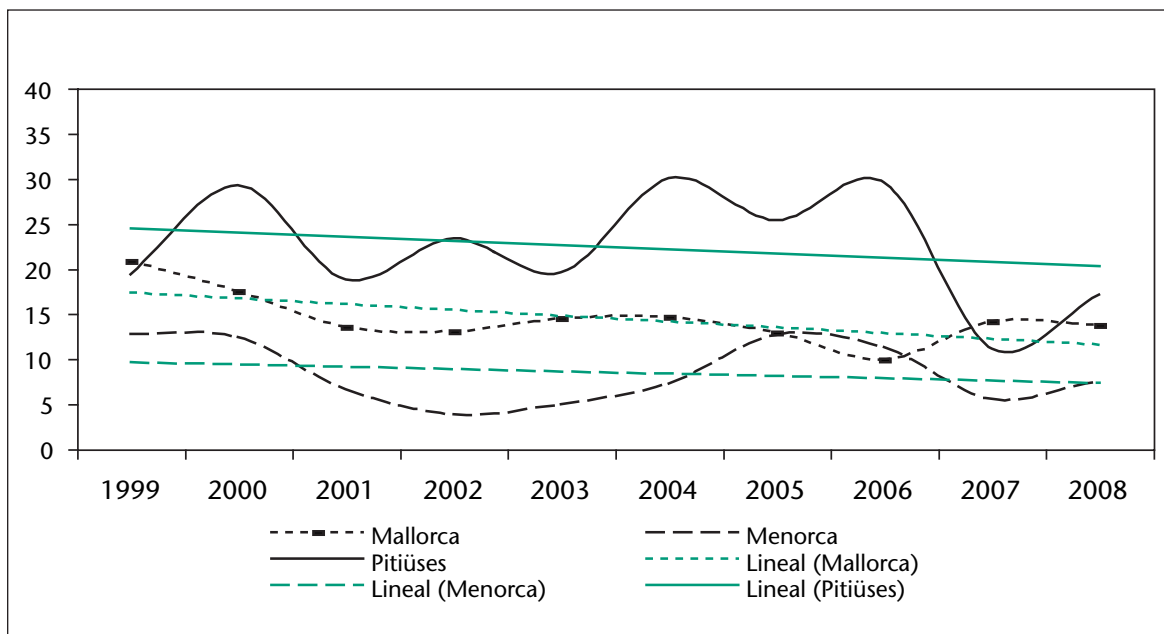


Figura 30.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 1999-2008. Taxes per sexe.
Taxes per 100.000

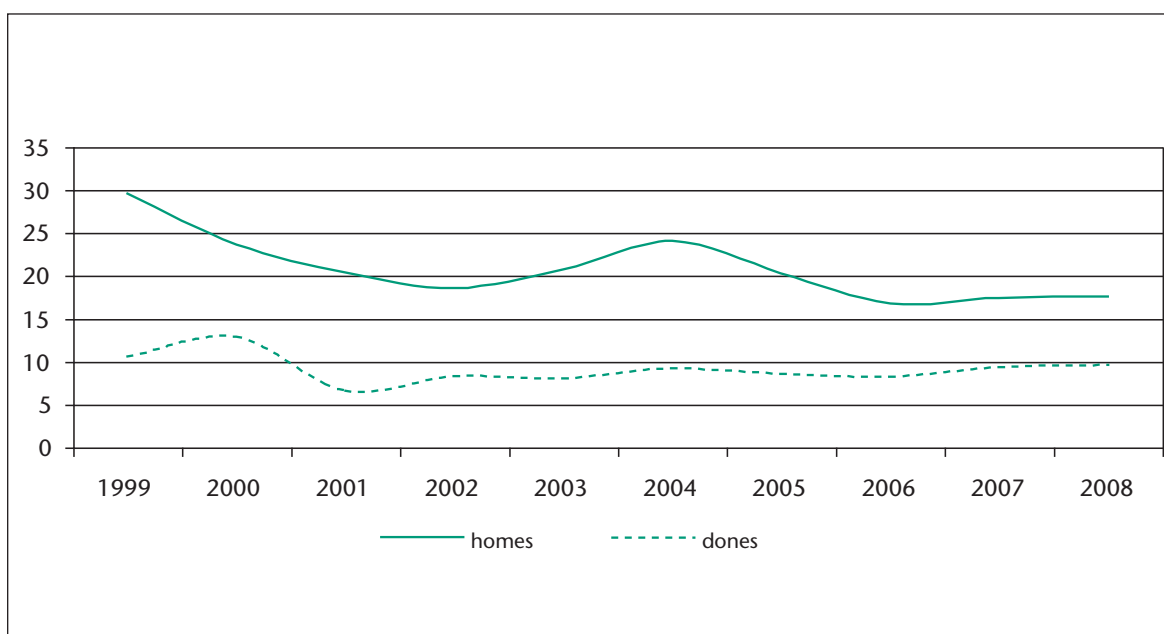


Figura 31.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 1999-2008. Evolució de la taxa per 100.000 i tendència

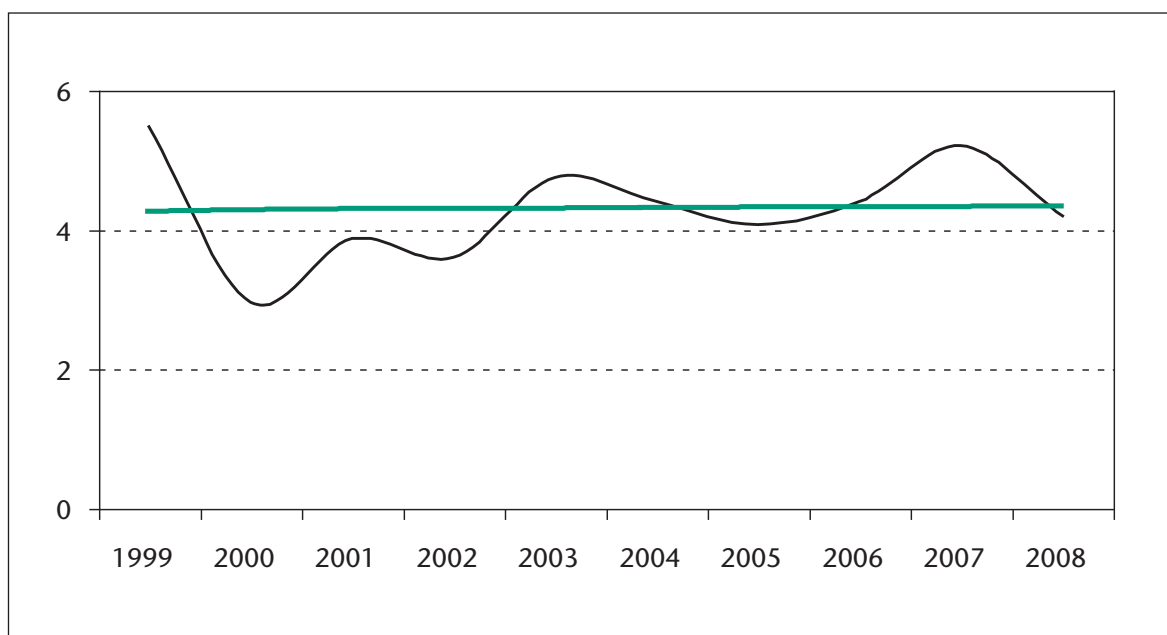
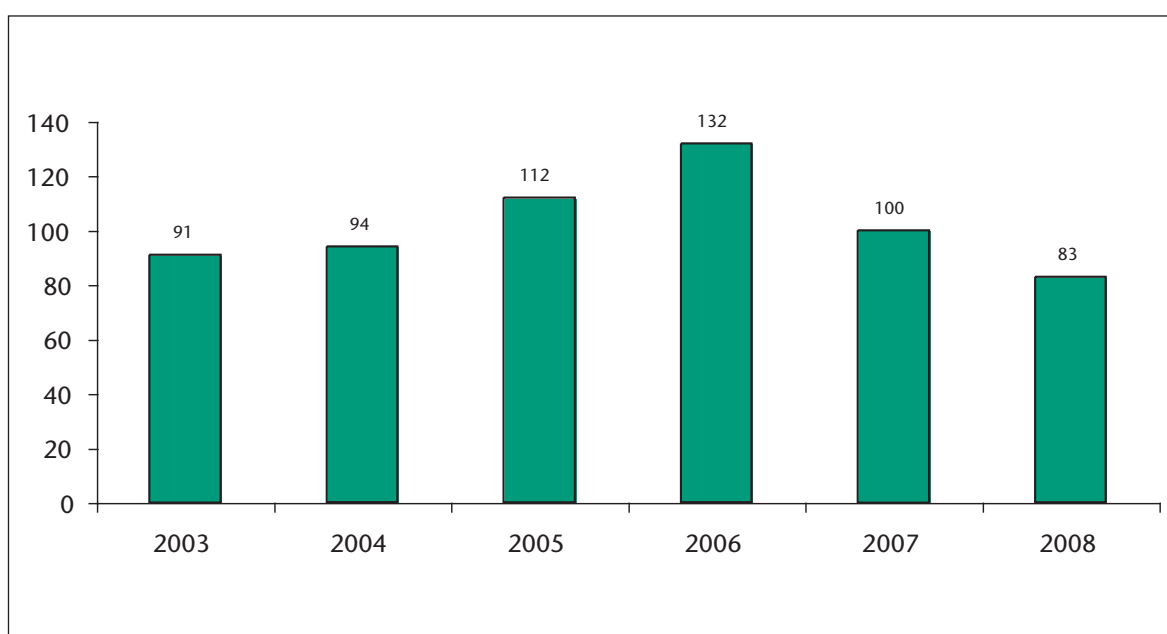


Figura 32. Nous diagnòstics VIH. Illes Balears. Casos per any.
Dades des del 2003. Actualització 31/12/2008
(Dades no consolidades, especialment anys 2007 i 2008)



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 33.- Sida a les Illes Balears, 1986-2008. Taxes per any i illa.
Taxes per milió. Dades actualitzades a 31/12/2008

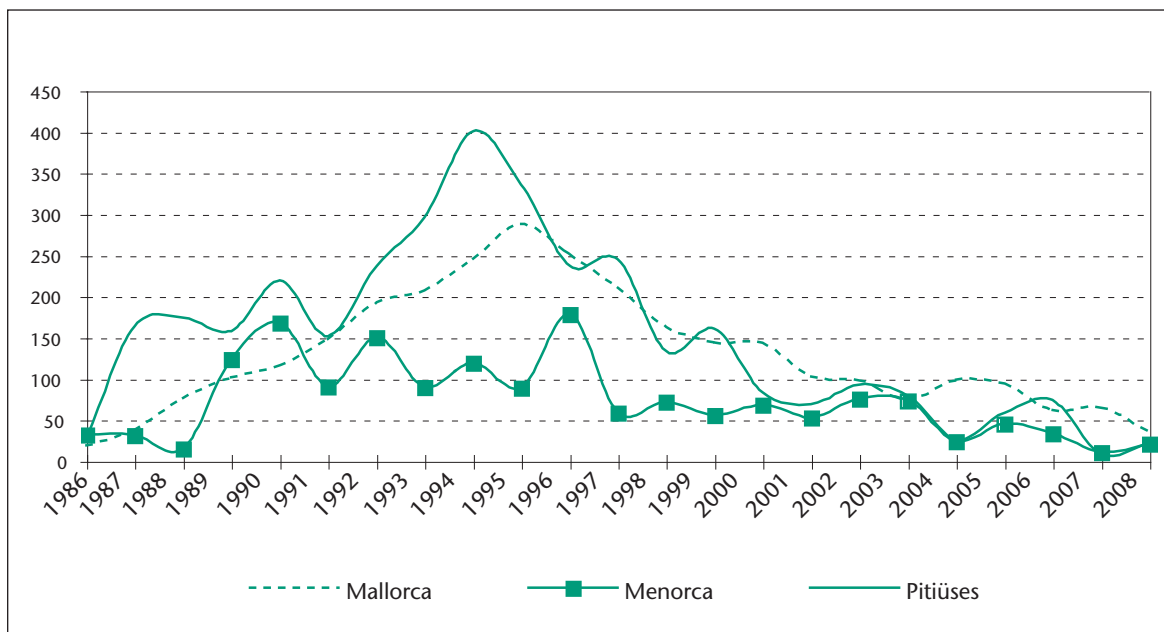


Figura 34. Sida a les Illes Balears. Evolució del percentatge de les principals categories de transmissió. Dades des de l'any 1987. Dades actualitzades a 31/12/2008

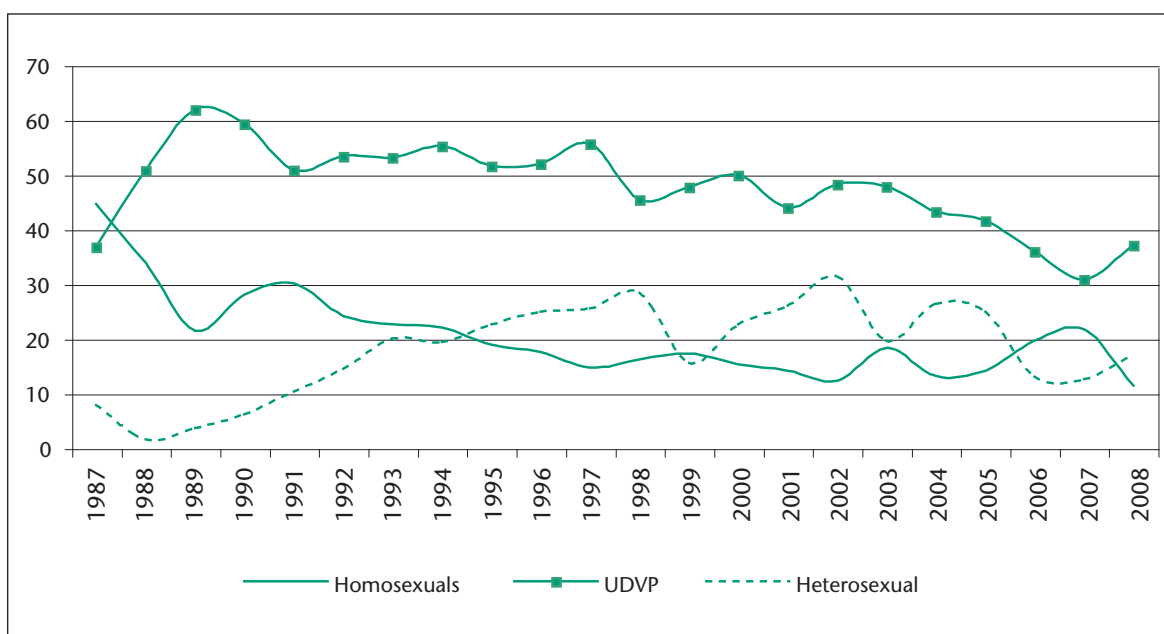


Figura 35.- Xarampiό a les Illes Balears, 1999-2008. Taxa anual per 100.000. Anys 2003, 2005 i 2007 sense casos

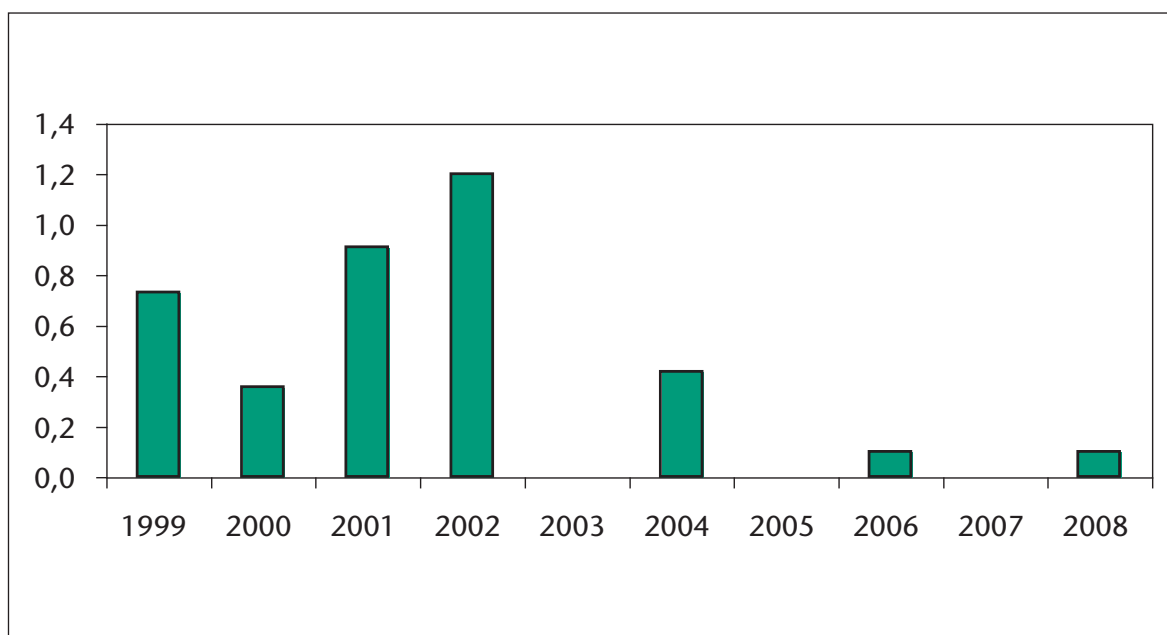
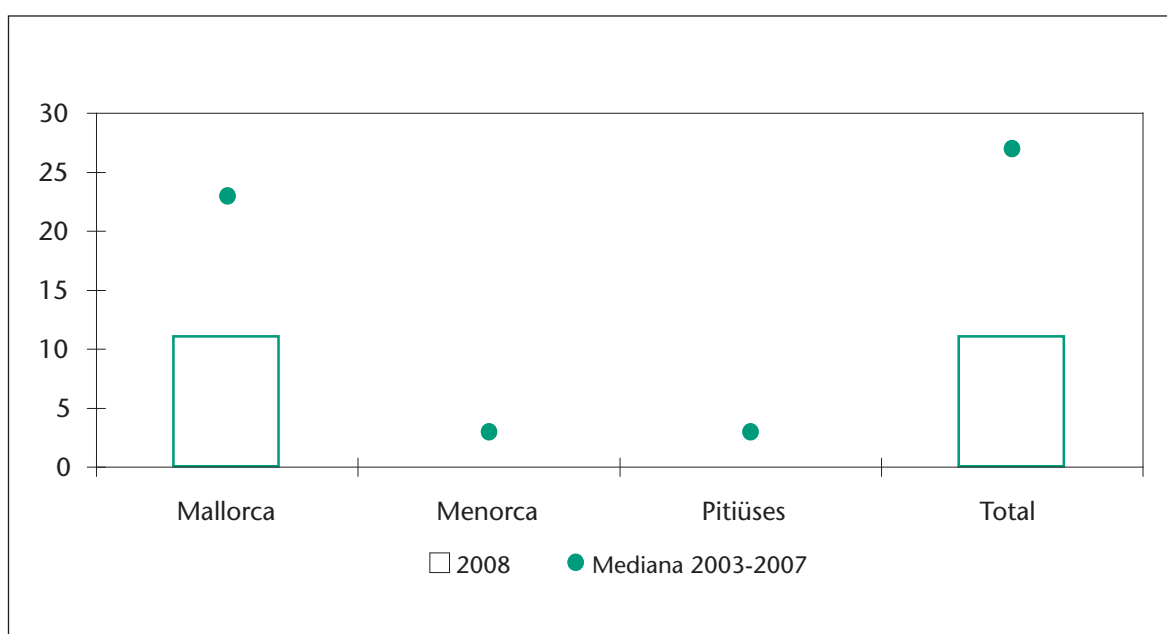


Figura 36.- Brots de transmissió alimentària, Illes Balears, 2008. Nombre de brots per illa. Mediana quinquenni 2003-2007



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 37.- Brots de transmissió alimentària d'etiologia infecciosa, Illes Balears, 1988-2008. Distribució per microorganisme

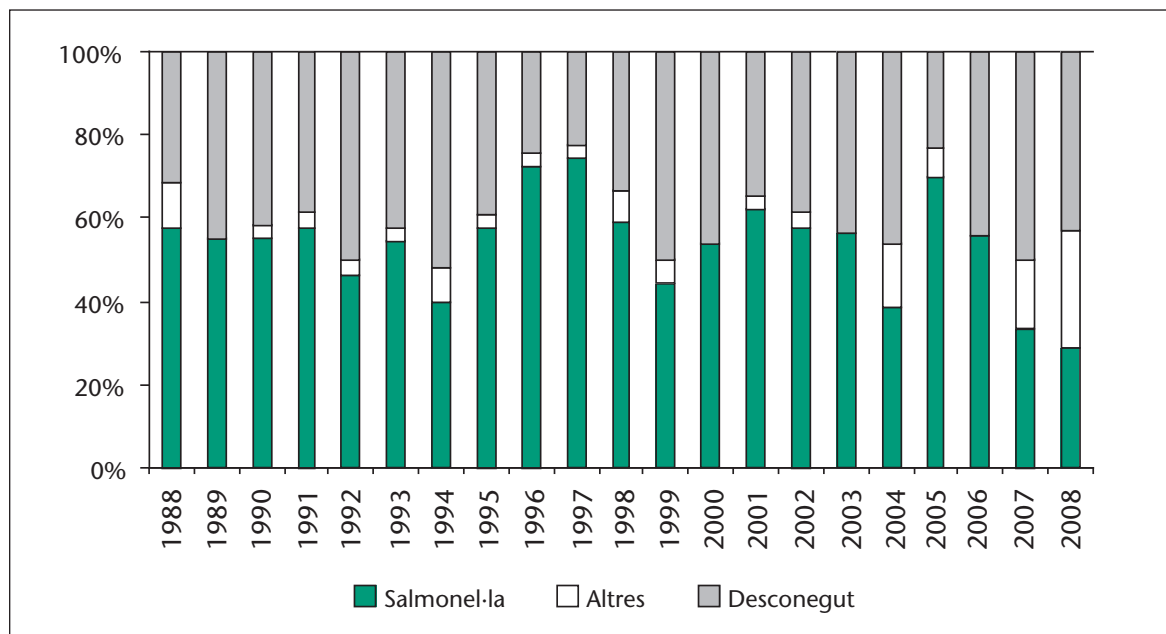


Figura 38.- Brots no alimentaris a les Illes Balears, 1999-2008
Nombre anual i mediana 2003-2007

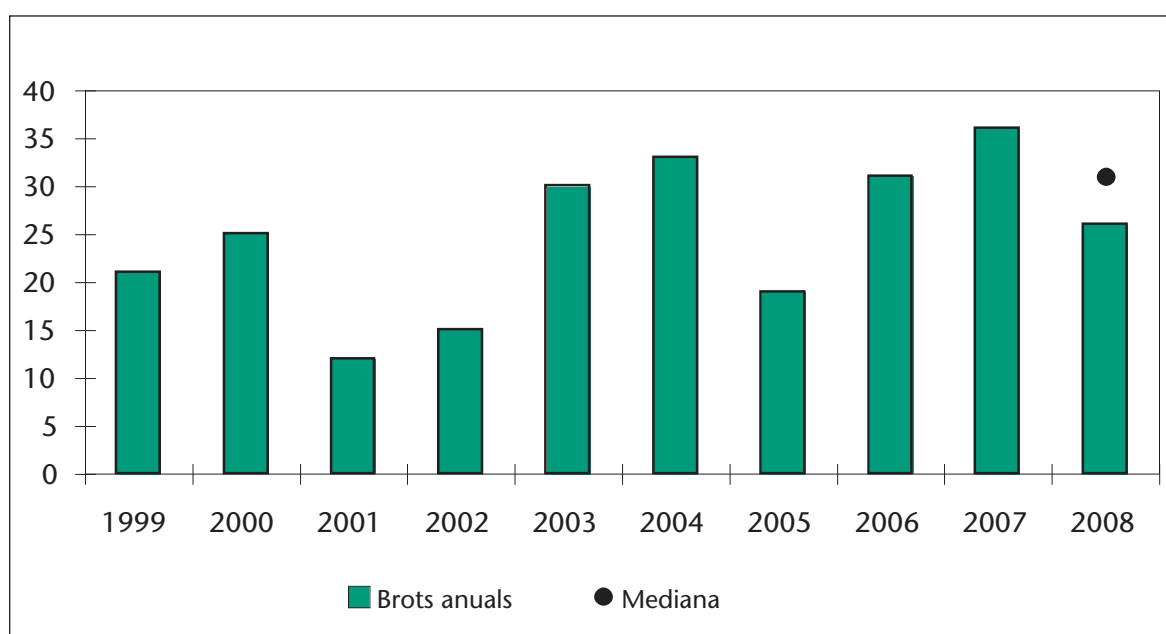


Figura 39.- Casos importats a les Illes Balears, 1990-2008. Casos per any

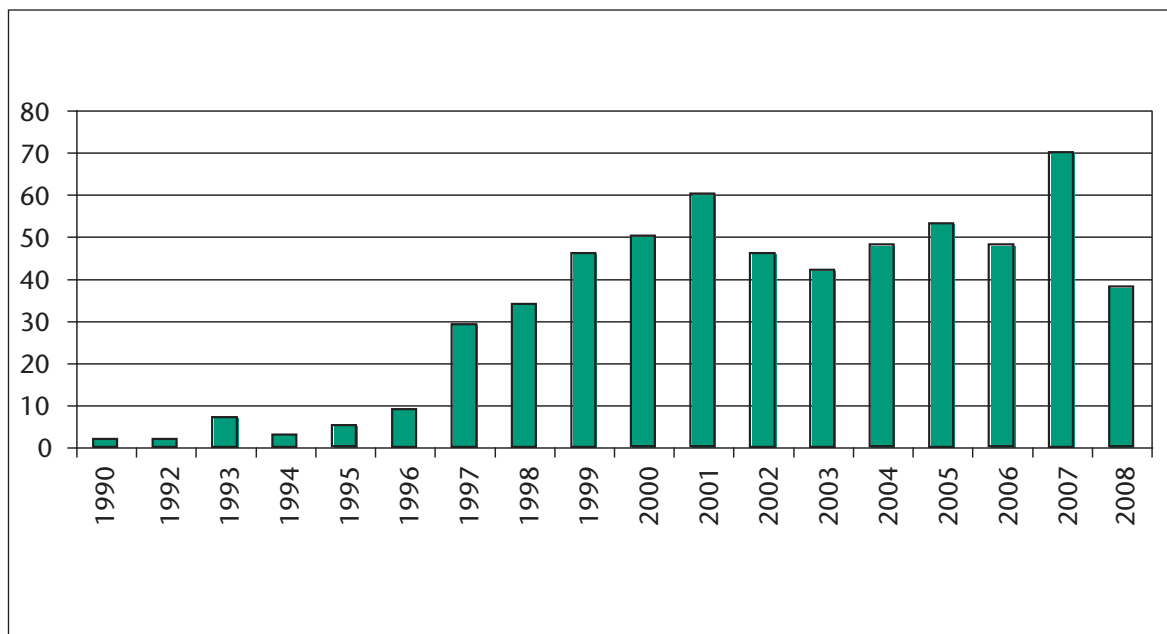


Figura 40.- Casos importats. Paludisme i Tuberculosi, 1990-2008. Casos per any

