

**XARXA DE
VIGILÀNCIA
EPIDEMIOLÒGICA
DE LES ILLES
BALEARS**

INFORME 2010

**Servei d'Epidemiologia
Direcció General de Salut Pública i Consum**

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears Informe 2010

Direcció General de Salut Pública i Participació

Servei d'Epidemiologia

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

Centre Insular d'Eivissa i Formentera

Alicia Magistris Sancho
Mónica Yern Moreno

Centre Insular de Menorca

Joan Abellan Olaya
Cristina Fernandez Sintès

Suport administratiu

Maria Montserrat Barceló Fernandez

Agraïments

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

Presentació

La vigilància en salut pública s'ha d'articular en sistemes d'informació que reuneixin característiques de qualitat, continuïtat, agilitat i oportunitat. Al llarg dels anys, el registre de Malalties de Declaració Obligatòria, un dels components més antics dins la vigilància, s'ha adaptat a aquests requeriments i ha adquirit un protagonisme indiscutible en el context de la vigilància de les malalties, especialment de les transmissibles.

Mantenir l'obligatorietat de la notificació de casos des de la xarxa sanitària però incorporant-hi estratègies de recerca activa i millorar els elements de coordinació nacional i entre estructures de vigilància de les diferents comunitats autònomes ha permès que el registre de Malalties de Declaració Obligatòria, complementat amb altres sistemes, continuï essent un dels pilars bàsics de la vigilància.

El registre de Malalties de Declaració Obligatòria, dinàmic quant a la capacitat d'adaptació, i dissenyat com una eina de recollida d'informació amb l'objectiu essencial de propiciar intervencions en salut a curt termini, també permet disposar de dades útils per a la planificació.

Uns dels aspectes més importants en aquest context de vigilància és propiciar la bidireccionalitat dels fluxos d'informació entre les fonts i la gestió central del sistema de manera que els que aporten dades al registre tinguin accés als resultats globals.

L'edició d'aquest informe relatiu a les malalties de declaració obligatòria de l'any 2010 respon a l'esmentat objectiu de retroalimentació i, al mateix temps, simbolitza l'agraïment de la Direcció General de Salut Pública i Consum a tots els professionals que han col·laborat en el manteniment del registre i per tant en la millora de la qualitat i utilitat dels resultats.

Director general de Salut Pública i Consum

Federico Sbert Muntaner

INDEX GLOBAL		Pag.
1. Introducció		5
2. Notes metodològiques		7
3. Definicions de cas		9
4. Notificació i subnotificació per tipus de font d'informació (casos autòctons)		
4.1. Àmbit de detecció de malalties individualitzades. Totes les fonts		26
4.2. Malalties individualitzades detectades des de l'àmbit hospitalari		26
4.3. Malalties individualitzades detectades des de l'àmbit d'Atenció Primària		26
4.4.- Casos de malalties individualitzades. Subnotificació hospitalària		27
4.5.- Casos de malalties individualitzades. Subnotificació d'Atenció Primària i altres fonts.		26
5. Anàlisi epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria (casos autòctons)		
5.1. Incidència global		28
5.2. Malalties de declaració exclusivament numèrica		
Diarrea infecciosa aguda		29
Febre exantemàtica mediterrània		29
Febre recurrent per paparres		29
Grip		30
Herpes zòster		30
Varicel·la		31
5.3. Malalties de declaració numèrica i individualitzada		
Brucel·losi		32
Disenteria Bacil·lar		32
Febre tifoide i paratifoide		32
Hepatitis A		32
Hepatitis B		33
Hepatitis C i altres hepatitis víriques		34
Infecció gonocòccica		34
Legionel·losi		35
Leishmaniosi		36
Malaltia meningocòccica		37
Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i>		38
Malaltia invasiva per <i>Streptococcus pneumoniae</i>		39
Malaltia Invasiva per <i>Streptococcus pyogenes</i>		39
Paludisme		39
Parotiditis		40
Rubèola		40
Sífilis		40
Tètan		41
Tos ferina		41
Triquinosi		42
Tuberculosi pulmonar i altres formes de tuberculosi		42
5.4. Malalties sotmeses a plans o registres específics		
Malaltia de Creutzfeldt-Jakob		43
Sífilis congènita		44
Lepra		44
Poliomielitis. Paràlisis flàccides agudes		44
Sida-infecció VIH		45
Xarampió		46
6. Brots epidèmics		
6.1. Brots de transmissió alimentària		48
6.2 Brots de transmissió no alimentària		49
7. Casos importats i extracomunitaris		50
Annex I. Taules		51
Annex II. Figures		77

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 el "Decret 117/2008, de 24 d'octubre, de modificació del Decret 15/1997, de 23 de gener, pel qual es crea i regula la Xarxa de Vigilància Epidemiològica en la comunitat autònoma de les Illes Balears". Aquest decret apareix com a resposta a diversos aspectes que des diferents àmbits han sorgit en relació a la vigilància. Entre aquests aspectes podem destacar la necessitat d'adaptació a les diferents decisions europees respecte de la vigilància de les malalties transmissibles, als plans específics per lluitar contra determinades malalties (Pla d'eradicació de la poliomièlitis o el Pla estratègic integrat per eliminar el xarampió i prevenir la infecció congènita per rubèola), a les disposicions de l'OMS respecte de la verola i a les modificacions introduïdes al calendari vacunal i finalment a la necessitat de modificar la modalitat de notificació de determinades malalties.

Les novetats més importants, conseqüència d'aquest decret, varen ser 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 passaren 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 Vigilància Epidemiològica", que varen elaborar i revisen periòdicament els tècnics del Centre Nacional d'Epidemiologia (CNE) amb la col·laboració i el consens de les unitats d'Epidemiologia

de les comunitats autònomes, i que després la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears adapta a les necessitats pròpies.

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

2. Notes metodològiques

En aquest informe es presenten per aquest ordre una anàlisi dels tipus de fonts d'informació que aporten dades al registre i del nivell de subnotificació dels diferents àmbits, una anàlisi breu dels resultats més destacables de la incidència de les Malalties de Declaració Obligatòria del 2010, un comentari sobre la informació epidemiològica més important de cadascuna de les malalties de declaració obligatòria, un apartat referent a les malalties sotmeses a plans d'eliminació o incloses a registres específics, una anàlisi de les dades referents als brots i finalment un apartat sobre els casos no autòctons.

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, extracomunitaris 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 i es consideren adquirits fora d'Espanya. Els extracomunitaris es consideren adquirits a altres Comunitats Autònomes.

Només els darrers apartats de l'informe fan referència als casos importats o extracomunitaris, ja que la resta de dades es refereixen sempre a informació sobre casos autòctons. També s'inclou informació sobre casos importats o extracomunitaris als comentaris sobre algunes de les malalties sotmeses a plans o registres específics.

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

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

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

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

Un dels objectius fonamentals de la vigilància epidemiològica és l'estudi dels brots epidèmics. El sistema de vigilància de brots té característiques pròpies, derivades de les peculiaritats d'aquesta

forma de presentació de les malalties i de les necessitats específiques de la investigació i el control. Les fonts de notificació i els circuits són, en general, comuns amb el sistema de vigilància de les malalties de declaració obligatòria, tot i que tenen característiques pròpies. Les principals característiques de la vigilància dels brots, i que la distingeixen de la vigilància de les malalties de declaració obligatòria, són que no hi ha una llista tancada d'entitats a notificar, que s'han de declarar sempre amb caràcter d'urgència i que sempre es requereix informació individualitzada sobre els malalts. El brot s'ha de notificar sempre que hi hagi una sospita clínica de casos d'una determinada malaltia a persones que puguin tenir algun nexa epidemiològic (agrupació temporal o espacial, o presentació d'alguna característica o d'algun factor de risc en comú).

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

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

3. Definicions de cas

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

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

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

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

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

www.epidemiologia.caib.es

• **Botulisme** (Modalitats de notificació: N, I, U)

- Botulisme alimentari. Definició clínica: malaltia greu amb manifestacions clíniques del sistema nerviós principalment: ptosi, visió borrosa, diplopia i paràlisi flàccida descendent i simètrica.

Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: Compatible amb la definició clínica de cas i epidemiològicament relacionat amb ingesta d'un aliment sospitós. (B) Confirmat compatible amb la definició clínica de cas i confirmat per laboratori.

- Botulisme del lactant. definició clínica: malaltia del lactant que se caracteritza per estrenyiment, inapetència i indiferència, ptosi, dificultat a la deglució i aparició de debilitat progressiva, que pot evolucionar a insuficiència i parada respiratòria.

Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: compatible amb la definició clínica de cas en un menor d'1 any d'edat. (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i confirmat per laboratori en un menor d'1 any d'edat.

- Botulisme per ferides. Definició clínica: malaltia amb manifestacions clíniques idèntiques al botulisme alimentari, que resulta de la toxina produïda per *Clostridium botulinum* que ha infectat una ferida.

Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: compatible amb la definició clínica de cas en un pacient sense antecedent d'ingesta d'aliment sospitós i amb una història de ferida contaminada 2 setmanes abans d'iniciar símptomes. (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i confirmació de laboratori en un pacient sense ingesta d'aliment sospitós i amb una història de ferida contaminada 2 setmanes abans de l'inici de símptomes.

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

- Definició clínica: malaltia que es caracteritza per aparició aguda i insidiosa de febre, calfreds, sudoració nocturna, anorèxia, astènia, pèrdua de pes, cefalea, artràlgies, 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** (*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 orofaríngi: violenta gastroenteritis amb vòmits i deposicions hemorràgiques i ràpid desenvolupament d'ascitis. La forma orofaríngia es caracteritza per tumefacció local, adenopatia, edema i febre.
- Criteri de laboratori. (A) Aïllament del *Bacillus anthracis* de mostra clínica. (B) Seroconversió. (C) Demostració de l'agent en una mostra clínica per immunofluorescència directa.
- Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: cas compatible clínicament amb qualsevol de les formes clíniques de carboncle i exposició a un animal o producte animal sospitós. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.

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

- Definició clínica: malaltia caracteritzada per diarrea profusa, amb femta molt líquida d'aspecte riciforme i deshidratació. La gravetat dels quadros es molt variable.
- Criteri de laboratori: aïllament de *Vibrio cholerae* dels serogrupos O1 o O139 toxigen (productor de toxina) a femta o vòmit. Els nous criteris microbiològics respecte dels vibrions valoren no només la presència d'aglutinacions a les soques aïllades, sinó la capacitat toxígena i les característiques potencials per produir epidèmies. Per als aïllaments de *Vibrio cholerae* serogrupos O1 o O139, és imprescindible la detecció de producció de toxina; en cas afirmatiu es tracta de casos de còlera amb capacitat epidèmica. En aïllaments de *Vibrio cholerae* serogrup NO O1, és important determinar la capacitat de produir toxina i en cas afirmatiu ens trobam davant un cas de còlera amb capacitat epidèmica desconeguda.
- Classificació de cas. (A) Sospitós: compatible amb la definició clínica de cas. (B) Probable: compatible amb la definició clínica de cas i epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat o que procedeix d'un àrea endèmica. (C) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i confirmat per laboratori.

- **Diarrea infecciosa aguda** (*Modalitats de notificació: N*)
 - Definició clínica: procés diarreic agut, presumptament infecció, i no compatible amb altres entitats específiques incloses a la llista de malalties de declaració obligatòria (disenteria i altres malalties que puguin cursar amb diarrea).

- **Diftèria** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)
 - Definició clínica: malaltia del tracte respiratori superior caracteritzada per mal de coll, febre moderada i una membrana adherent a amígdala, faringe o nas sense cap causa aparent.
 - Criteri de laboratori. (A) Aïllament de *Corynebacterium diphtheriae* d'una mostra clínica. (B) Si el cultiu és negatiu pot ser criteri diagnòstic l'augment de quatre vegades o més de l'antitoxina a sèrum, però només si ambdues mostres de sèrum s'han obtingut abans de l'administració de toxoide diftèric o antitoxina.
 - Classificació de cas. (A) Sospitós: presència de laringitis, nasofaringitis o tonsil·litis i pseudomembrana. (B) Probable: cas sospitós i un dels següents: contacte recent amb un cas confirmat (< 2 setmanes), epidèmia de diftèria a la zona, estridor, inflor/edema de coll, petèquies hemorràgiques a submucosa o pell, col·lapse circulatori tòxic, insuficiència renal aguda, miocarditis o paràlisi motora d'1 a 6 setmanes abans de l'inici dels símptomes, mort. (C) Confirmat: cas probable amb aïllament de soca toxígena 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 (febre 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 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, xoc i hemorràgies generalitzades.
- Criteri de laboratori. (A) Seroconversió a mostres recollides en fase aguda i convalescent, després de descartar antecedents recents de vacunació i reaccions creuades amb altres flavivirus. (B) Demostració del virus de la febre groga, antigen o genoma en teixits, sang o qualsevol fluid corporal.
- Classificació de cas. (A) Sospitós/Probable: malaltia clínicament compatible en pacient que vingui d'una zona endèmica. (B) Confirmat: cas que reuneix criteris clínics de definició de cas i està confirmat per laboratori.

- **Febre recurrent per paparres** (*Modalitats de notificació: N*)

- Definició clínica: malaltia amb períodes febrils recurrents, de 2 a 9 dies de durada i lapses afebrils de 2 a 4 dies. Es pot acompanyar d'exantema petequiral.
- Criteri de laboratori: demostració de l'agent a preparacions de sang fresca o frotis o extensions o per inoculació intraperitoneal de sang en període febril a ratolins de laboratori.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: clínicament compatible. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.

- **Febres hemorràgiques virals** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)

- Definició clínica. S'inclouen les següents malalties: febre hemorràgica del Dengue, febre de la vall del Rift, febre hemorràgica de Lassa, febre hemorràgica argentina (Junín), febre hemorràgica boliviana (Machupo), febre hemorràgica brasileña (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 $\geq 38^{\circ}$ C) mantinguda (≥ 24 h.) d'inici sobtat i manifestacions hemorràgiques de qualsevol tipus que condueixen a fallada multiorgànica (insuficiència funcional de dos o més òrgans vitals o xoc).

- Criteri de laboratori. (A) Aïllament viral. (B) PCR, seqüenciació o visualització mitjançant microscòpia electrònica. (C) Seroconversió. (D) Quadruplicació del títol d'anticossos. (E) Augment d'IgM.
- Classificació de casos. (A) Sospitós: cas compatible amb la definició clínica i amb algun antecedent epidemiològic d'interès. (B) Probable: cas compatible amb la definició clínica i amb exposició confirmada a una font d'infecció. (C) Confirmat: cas compatible amb la definició clínica i que presenta al menys un dels criteris diagnòstics de laboratori.

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

- Definició clínica: malaltia caracteritzada per inici sobtat amb febre alta ($>38^{\circ}$), cefalea, malestar general, artrimiàlgies, odinofàgia, coriza i tos.
- Criteri de laboratori. (A) Aïllament de virus gripal a secrecions nasofaríngees. (B) Detecció d'antigen. (C) Seroconversió.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: clínicament compatible, especialment en època epidèmica. (B) Confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

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

- Definició clínica: inici insidiós, febre, malestar general, anorèxia, nàusees, molèsties abdominals, icterícia i colúria i elevació de les transaminases sense evidència d'altres malalties hepàtiques.
- Criteri de laboratori: detecció d'IgM contra el virus de l'hepatitis A a sèrum.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: cas clínicament compatible en una persona que presenta dades de laboratori relacionades amb hepatitis, com augment de transaminases 2,5 vegades superiors al límit superior normal, sense evidència de patir una altra malaltia hepàtica, o bé concorda amb la descripció clínica i és un contacte d'un cas confirmat per laboratori. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.

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

- Definició clínica. malaltia insidiosa amb mal de cap, anorèxia, nàusees, vòmits ocasionals, febre moderada i calfreds, a vegades associada a icterícia, urticària, erupció maculo papular i artràlgies, amb transaminases elevades, sense evidència d'altres malalties, i amb evidència serològica de marcadors d'infecció activa.
- Criteri de laboratori: IgM anti-HBc positiu.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: amb criteris clínics i nivells elevats de transaminases sense evidència de patir altres malalties hepàtiques i amb antecedents compatibles amb la transmissió d'aquesta malaltia. (B) Confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.

- **Hepatitis C i altres hepatitis víriques** (*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 amigdalar 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.
- Classificació dels casos. (A) Sospitós: compatible amb la definició clínica de cas. (B) Probable: compatible amb la definició clínica de cas i amb serologia positiva a *Leishmania*. (C) Cas confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i visualització del paràsit.

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

- Definició clínica. Demostració de dos dels tres criteris clínics següents: (1) Lesions cutànies característiques. (2) Pèrdua de sensibilitat. (3) Enguiximent 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: epiglòtitis, 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 caracteritzada per hipotensió (TS \leq 90 mm Hg a adults o $<$ 5è percentil per edat en nins) i al menys dos dels símptomes següents: dany renal (creatinina \geq 177 micromols / L per a adults); coagulopatia (recompte de plaquetes \leq 100.000 per mm³ o CID); funció hepàtica alterada (SGOT, SGPT o bilirubina total \geq 2 per sobre el límit normal); síndrome de distress respiratòria de l'adult; necrosi de pell o de teixits blans; erupció macular generalitzat que pot ser descamativa. (2) Necrosi de teixits blans que inclogui fascitis necrotitzant, miositis o gangrena. (3) Meningitis, bacterièmia sense focus identificat, pneumònia, peritonitis, sèpsia puerperal, osteomielitis, artritis sèptica, infeccions de ferides post quirúrgiques.
- Criteri de laboratori: aïllament de *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus* del grup A) a un lloc normalment estèril.
- Classificació de cas. (A) Probable: cas clínicament compatible en absència d'una altra etiologia i aïllament de *Streptococcus pyogenes* en una localització no estèril. (B) Confirmat: aïllament de *Streptococcus pyogenes* un lloc normalment estèril, en pacients amb o sense evidència clínica de malaltia invasiva per *Streptococcus pyogenes*.

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

- Definició clínica. Malaltia que es pot presentar com meningitis o sèpsia i que pot progressar ràpidament a púrpura fulminant, xoc i mort. (1) Meningitis: Inici sobtat amb febre alta, cefalea intensa, nàusees i vòmits, rigidesa de nuca i sovint petèquies. (2) Sèpsia: Febre d'inici sobtat, associada a erupció petequíal i leucocitosi, inexplicada per una altra causa.
- Criteris de laboratori: Aïllament de *Neisseria meningitidis* en sang, LCR o qualsevol altre fluid normalment estèril. Detecció del genoma de *Neisseria meningitidis* en localitzacions normalment estèril o aspirat de petèquies (PCR). Presència d'antigen de meningococ en sang, LCR o orina.
- Classificació de cas: (A) Sospitós/probable: compatible amb la definició clínica i presència d'alguna prova analítica de presumpció (diplococs gramnegatius intracel·lulars o altres proves bioquímiques) (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica i presència d'algun criteri diagnòstic de laboratori.

- **Nou diagnòstic d'infecció per VIH** (Modalitats de notificació: N, I)

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

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

- Definició clínica: febre intermitent amb calfreds, en general amb cefalea i nàusees, i que acaba en sudoració profusa. Després d'un lapse sense febre el cicle es repeteix cada dia, en dies alterns o cada tres dies.
- Criteris de laboratori: Visualització del Plasmodium en sang. Detecció del genoma del Plasmodium en sang. Detecció d'antigen de Plasmodium.
- Classificació de cas. (A) Sospitós/probable: malaltia compatible amb la definició clínica en un resident o visitant d'una regió amb paludisme endèmic. (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica de cas i amb un criteri de laboratori.

- **Paràlisi flàccida aguda (PFA) en menor de 15 anys** (*Modalitats de notificació: N, I, U*)

Vegeu definició de Poliomielitis.

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

- Definició clínica: quadre agut amb aparició de tumefacció uni o bilateral, sensible al tacte i autolimitat, que afecta la paròtida o les glàndules salivals, i sense altres causes aparents.
- Criteris de laboratori: aïllament del virus de la parotiditis d'una mostra clínica. Augment significatiu en el nivell d'anticossos de parotiditis. Test positiu serològic d'anticossos IgM de parotiditis.
- Classificació de casos: (A) Sospitós/Probable: malaltia compatible amb la definició clínica de cas i sense confirmació virològica o serològica, sense relació epidemiològica amb un cas probable o confirmat. (B) Confirmat: cas confirmat per laboratori (en aquest cas no hi ha necessitat de complir la definició clínica) o bé cas que concorda amb la definició clínica de cas i està epidemiològicament relacionat amb un cas probable o confirmat; dos casos probables que estan epidemiològicament relacionats s'han de considerar confirmats, encara que no hi hagi confirmació de laboratori.

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

- Definició clínica. Malaltia caracteritzada per febre, leucocitosi i algun dels signes o símptomes presents en les principals formes clíniques: limfadenitis regional (pesta bubònica); septicèmia sense signes de bubó (pesta pneumònica); pneumònia (pesta pneumònica); faringitis i limfadenitis cervical (pesta faríngia).
- Criteris de laboratori. Aïllament de *Yersinia pestis* a una mostra clínica; genoma de *Yersinia pestis* a una mostra clínica (antigen F1); resposta d'anticossos específica davant l'antigen F1 de la de *Yersinia pestis*.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: malaltia compatible amb la definició clínica de cas en una persona procedent d'una zona endèmica (exposició humana o animal) o exposició de laboratori a *Yersinia pestis*. (B) Confirmat: malaltia compatible amb la definició clínica de cas i que compleixi algun criteri de laboratori.

- **Poliomielitis i paràlisi flàccida aguda (PFA) en menor de 15 anys** (Modalitats de notificació: N, I, U)

- Definició clínica: Inici agut (no recurrent) de paràlisi flàccida (hipotònica) en una o més extremitats, amb absència o disminució de reflexos miotàctics als membres afectats, sense altra causa aparent i sense pèrdua sensorial o cognitiva. Inclou la malaltia paralítica aguda per lesió de motoneurons d'asta anterior per Enterovirus (*Poliovirus*, *Coxsackie*, ECHO, *Enterovirus 70* i *71*), mielopatia aguda (mielitis transversa) i neuropatia perifèrica, fonamentalment la síndrome de Guillain-Barré (poliradiculitis aguda)
- Criteris de laboratori: aïllament i identificació de poliovirus en femta, en un laboratori especialitzat que utilitzi tècniques virològiques de cultiu cel·lular.
- Classificació de cas:
 - (I) Segons confirmació. (A) Sospitós: qualsevol cas de PFA, incloses la síndrome de Guillain-Barré i la mielopatia aguda en un nin menor de 15 anys, al qual no es pot identificar una altra causa. (B) Cas compatible: qualsevol cas de PFA (en menors de 15 anys) amb paràlisi residual després de 60 dies de l'inici, o bé pèrdua de seguiment o mort, al qual no es pogueren recollir dues mostres de femta en les dues primeres setmanes d'iniciar-se els símptomes examinar-les a un laboratori especialitzat en virologia. (C) Cas confirmat: qualsevol cas de PFA al qual s'aïlla poliovirus a alguna de les mostres de femta del malalt o d'un dels seus contactes. (D) Cas no-poliomielitis (descartat): Qualsevol cas de PFA del qual s'han recollit al menys dues mostres dins les dues primeres setmanes des de l'inici de símptomes, amb resultats negatius per a poliovirus.
 - (II) Segons origen. Els casos confirmats, segons normes de l'OMS, es classifiquen en: (1) cas autòcton de poliovirus salvatge; (2) cas importat de poliovirus salvatge; (3) cas associat a la vacunació.

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

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

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

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

- Definició clínica: inici agut d'exantema generalitzat maculo papular, amb febre $>37,3^{\circ}$ 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 convallescència. Detecció d'anticossos IgM de rubèola.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: compleix la definició clínica de cas, sense confirmació virològica o serològica, i no està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat. (B) Confirmat: confirmat per laboratori o que concorda amb la definició clínica de cas i està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat per laboratori.

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

- Definició clínica: malaltia del nadó causada per una infecció de rubèola intrauterina i que es caracteritza pels símptomes següents: (A) Cataractes/glaucoma congènits, malaltia cardíaca congènita, pèrdua d'audició, retinopatia pigmentària. (B) Símptomes associats poden ser: púrpura, esplenomegàlia, icterícia, microcefàlia, retard mental, meningoencefalitis, osteopatia.
- Criteri de laboratori: aïllament o PCR del virus de la rubèola. Detecció d'anticossos IgM de rubèola. Nivell d'anticossos IgG de rubèola que es manté per sobre i durant més temps del que s'espera de la transmissió passiva de la mare al nadó (normalment disminueix una dilució doble cada mes).
- Classificació de casos. (A) Possible: cas amb alguna troballa inclosa a la definició clínica que no compleix els criteris de cas compatible. (B) Compatible: compleix dues complicacions de l'apartat A de la definició clínica o una de l'A i una del B i no està confirmat per laboratori. (C) Confirmat: cas clínicament compatible confirmat per laboratori.

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

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

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

- Definició clínica: malaltia clínicament compatible, amb proves serològiques inespecífiques (VDRL o RPR) positives, o treponèmiques (FTA-Abs o MHA-TP) positives per la forma terciària. Per la forma latent, són necessàries proves serològiques treponèmiques positives.
- Criteri de laboratori. (A) Sífilis primària i secundària: demostració de l'agent causal per microscòpia o per immunofluorescència directa de les secrecions de les lesions primàries o secundàries. Proves serològiques inespecífiques (VDRL o RPR) i treponèmiques positives (FTA-Abs o MHA-TP). (B) Sífilis tardana: demostració de l'agent causal per microscòpia o per immunofluorescència directa de les lesions. Prova serològica inespecífica (VDRL) o específica positiva a LCR (neurosífilis).

- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: 1.- Sífilis primària i secundària: malaltia clínicament compatible amb proves serològiques inespecífiques positives. 2.- Sífilis tardana: malaltia clínicament compatible amb proves serològiques o treponèmiques inespecífiques positives. S'ha de sospitar neurosífilis davant alguna d'aquestes circumstàncies: a) Procés d'un any o més d'evolució amb alteració del LCR (augment de leucòcits i proteïnes), però amb VDRL negatiu. b) Síntomes o signes clínics de neurosífilis, que no es poden explicar per altres etiologies. 3.- Sífilis latent: pacient asimptomàtic, amb serologia treponèmica positiva, que no presenta sífilis primària, ni secundària, ni tardana. (B) Cas confirmat: malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori.

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

- Definició clínica. (A) Sífilis congènita precoç: aparició de símptomes abans dels primers 2 anys de vida; hepatosplenomegàlia amb icterícia, lesions mucocutànies, rinitis persistent, 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).
- 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 nasofaríngi 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 l'exploració d'un cas sospitós s'hi troben signes i símptomes típics tals com la incapacitat de succionar (trisme), entumiment (rigidesa muscular generalitzada) o convulsions.

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

- Definició clínica: malaltia d'inici sobtat amb febre, calfreds, cefalea, àlgies generalitzades, prostració i erupció macular que no afecta els palmells de les mans ni les plantes dels peus. Pot presentar recurrències anys després de l'atac primari, amb simptomatologia més greu (malaltia de Brill-Zinsser).
- Criteri de laboratori: detecció d'IgM per immunofluorescència indirecta (a la malaltia de Brill-Zinsser els anticossos inicials són IgG). Seroconversió a mostres de la fase aguda i de convalsència per immunofluorescència o fixació del complement.
- Classificació de cas. (A) Sospitós/probable: malaltia clínicament compatible a persones que són a zones de catàstrofes o guerres o que viuen a zones endèmiques. (B) Confirmat: compatible clínicament i que compleix algun dels criteris de laboratori.

- **Tos ferina** (Modalitats de notificació: N, I)

- Definició clínica. Malaltia catarral amb tos de més de 2 setmanes de durada, amb un dels símptomes següents: paroxismes de tos, estridor inspiratori i convulsiu, vòmit postussigen i absència d'altres causes aparents. En brots epidèmics la definició és més ampla: "malaltia catarral amb tos de més de 2 setmanes de durada dins el context de l'epidèmia".
- Criteri de laboratori. Aïllament de *Bordetella pertussis* d'una mostra clínica. Detecció del genoma de *Bordetella pertussis* en una mostra clínica. Resposta específica d'anticossos contra la *Bordetella pertussis*.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: coincideix amb la definició clínica de cas, no està confirmat per laboratori ni epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat; (B) Confirmat: clínicament compatible i confirmat per laboratori o epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat per laboratori.

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

- Definició clínica: els signes i símptomes més freqüents inclouen eosinofília, febre, miàlgia i edema periorbital.
- Criteri de laboratori. Presència de larves de *Trichinella spiralis* en biòpsia muscular. Serologia positiva (seroconversió o augment quàdruple del títol d'anticossos en dues mostres del pacient en fase aguda i convalescent) a *Trichinella spiralis* per immunofluorescència, ELISA o Western blot.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/Probable: compatible amb la definició clínica i relacionat amb un cas confirmat o que se sàpiga que ha menjat carn sospitosa. (B) Confirmat: compatible amb la definició clínica i compleix algun dels criteris de laboratori.

- **Tuberculosi, qualsevol localització** (Modalitats de notificació: N, I)

- Definició clínica. Presència de signes o símptomes de malaltia tuberculosa de qualsevol localització quan no hi ha evidència d'una altra malaltia que els expliqui després d'una avaluació diagnòstica completa. Prescripció de tractament amb dos o més tuberculostàtics.
- Criteri de laboratori: aïllament d'un germen del complex *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*) a una mostra clínica apropiada. Demostració de bacils àcid-alcohol resistents per microscòpia a una mostra clínica apropiada quan no s'ha fet o no s'ha pogut fer cultiu.
- Classificació de cas:
 - (I) Segons criteris microbiològics. (A) Confirmat bacteriològicament: presenta criteris diagnòstics de laboratori. (B) Cas no confirmat bacteriològicament: sense criteris diagnòstics de laboratori, compleix els criteris de definició clínica de cas. NOTA: Els casos de tuberculosi pulmonar s'han de classificar en bacil·lífers (microscòpia d'esput espontani o induït positiva) o no bacil·lífers (microscòpia d'esput negativa; inclou els casos en què només és positiu el rentat gàstric broncoalveolar).

(II) Segons els antecedents de tractament previ. (A) Cas nou: pacient que mai ha rebut tractament o que l'ha rebut durant un període inferior a un mes. (B) Cas tractat prèviament: pacient que ja ha rebut tractament (exclosa la quimioprofilaxi) durant, al menys, un mes. Aquests casos inclouen: recidives; tractaments després d'abandonament; fallades terapèutiques; altres (crònics) NOTA: els casos prèviament tractats no s'han de declarar si no han passat al menys 12 mesos des de que varen rebre el darrer tractament antituberculós.

- **Varicel·la** (*Modalitats de notificació: N*)

- Definició clínica: malaltia d'inici sobtat, amb febre moderada, símptomes generals mínims i erupció en forma de màcules i pàpules superficials, que en 3-4 dies es transformen en vesícules i posteriorment en crostes. Les lesions apareixen en brots successius, de manera que coexisteixen lesions en les tres etapes de maduració.
- Criteri de laboratori: aïllament de virus de la varicel·la a una mostra clínica (líquid vesicular). Identificació del virus per microscòpia electrònica. Demostració d'antigen viral en frotis mitjançant anticossos fluorescents. Detecció del genoma víric per PCR. Serologia positiva a IgM específica per al virus Varicel·la-Zòster. Augment significatiu d'anticossos específics IgG per al virus Varicel·la-Zòster.
- Classificació de casos. (A) Sospitós/probable: malaltia clínicament compatible i que no estigui epidemiològicament associat a un cas probable o confirmat. (B) Confirmat: cas confirmat per laboratori o que reuneix criteris clínics de definició de cas i està lligat a un cas confirmat o probable; dos casos probables epidemiològicament relacionats poden ser considerats confirmats en absència de confirmació de laboratori.

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

- Definició de cas: persona prèviament sana que presenta totes les condicions següents: (1) malaltia aguda greu d'inici sobtat, amb febre alta, prostració greu cefalea i mal d'esquena (2) exantema maculo papular o vesicular extens que apareix 2-4 dies després de l'inici dels símptomes, (3) totes les lesions estan en el mateix estadi de desenvolupament. (4) no hi ha un diagnòstic alternatiu que expliqui la malaltia.
- Criteri de laboratori: detecció de genoma de virus de la verola mitjançant PCR.
- Classificació de casos. (A) Sospitós: compleix la definició clínica. (B) Confirmat: pacient que compleixi els criteris d'inclusió com a cas sospitós i els criteris de laboratori o que estigui relacionat epidemiològicament amb un cas confirmat per laboratori.

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

- Definició clínica: erupció maculo papular amb febre de més de 38°C de tres o més dies de durada i, al menys, uns dels símptomes següents: tos, coriza o conjuntivitis.

- Criteri de laboratori: aïllament del virus del xarampió en una mostra clínica. Detecció del genoma del virus del xarampió en una mostra clínica. Augment significatiu en els nivells d'anticossos específics en sèrum o saliva. Test positiu serològic d'anticossos IgM de xarampió. Detecció de l'antigen del virus del xarampió per IFD en una mostra clínica per anticossos específics monoclonals.
- Classificació de cas:
 - (I) Segons la confirmació. (A) Confirmat: (1) Per laboratori: diagnòstic virològic de la infecció; el criteri diagnòstic d'elecció és la d'IgM específica o (2) Amb vincle epidemiològic: compleix els criteris de la definició clínica, no ha pogut ser estudiat per laboratori i ha estat en contacte temporal i espacial amb un cas de xarampió confirmat serològicament, i en el qual l'exantema s'hagués iniciat entre els 7-18 dies anteriors a l'inici del cas actual. (B) Cas descartat (no xarampió): cas 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.
 - (II) Segons la procedència (casos compatibles i confirmats): (1) Cas importat: cas confirmat l'exantema del qual s'hagi iniciat en un període menor o igual a 18 dies de la seva arribada d'un altre país, després de descartar vincle epidemiològic amb un cas autòcton al país de procedència. Es classifiquen en comunitaris (Unió Europea) i extracomunitaris. (2) Cas autòcton: cas al qual es descarti el contagi a un altre país, segons s'especifica a l'apartat anterior (cas importat);

- **Brots i situacions epidèmiques de qualsevol etiologia** (*Modalitats de notificació: I, U*)

Definició: (1) Augment significatiu dels casos en relació als valors esperats. Pot ser indicativa l'agregació de casos en un territori i en un temps comprés entre el mínim i el màxim del període d'incubació o de latència. (2) Aparició d'una malaltia, problema o risc per a la salut a una zona que fins llavors n'havia estat lliure. (3) Presència de qualsevol procés d'intoxicació col·lectiva, imputable a causa accidental, manipulació o consum. (4) Aparició de qualsevol incidència de caràcter catastròfic que afecti o pugui afectar a la salut d'una comunitat.

4. Notificació i subnotificació per tipus de font d'informació (casos autòctons)

(Nota: No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

4.1.- Àmbit de detecció de malalties individualitzades. Totes les fonts.

A l'any 2010 el nostre sistema de vigilància ha detectat un total de 660 casos autòctons de malalties de notificació individualitzada. La malaltia amb més casos és la tuberculosi (145 casos) seguit de la parotiditis (114). Un 51% dels 660 casos s'han detectat a partir de fonts hospitalàries mentre que a un 46% la font va ser Atenció Primària de l'Ib Salut. Altres tipus de fonts d'informació com el Centre Nacional d'Epidemiologia, unitats d'Epidemiologia d'altres Comunitats Autònomes, metges privats i el CAITS (Centre d'atenció a infeccions de transmissió sexual de l'Ib Salut) es reparteixen la resta de notificacions. En total, des dels hospitals s'han aportat 338 casos i des d'Atenció Primària un total de 301.

El 92% dels casos de tuberculosi s'han notificat des de l'àmbit hospitalari, igual que la majoria de casos de Malaltia invasiva per Str. Pneumoniae, legionel·losi, xarampió i Malaltia meningocòccica. Des d'Atenció Primària s'han detectat la majoria de casos de parotiditis, sífilis, infecció gonocòccica i hepatitis. (Taula 2). La majoria de les 12 notificacions del Centre Nacional d'Epidemiologia són legionel·losi mentre que el CAITS ha notificat casos de sífilis i hepatitis B.

4.2.- Malalties individualitzades detectades des de l'àmbit hospitalari

A les taules 3 (a i b) es presenta la distribució per malaltia i hospital dels 338 casos detectats des d'aquest àmbit. El 90% corresponen a hospitals de la xarxa assistencial pública. Els hospitals de Son Llätzer i Son Espases aporten el major nombre de casos (95 i 74 respectivament), la majoria dels quals són de tuberculosi. Els hospitals de Manacor, Mateu Orfila, Can Misses, Inca i Formentera aporten en total 136 comunicacions, la majoria de tuberculosi, hepatitis A, Malaltia invasiva per Str. pneumoniae i legionel·losi.

Les clíniques privades aporten 32 casos (9,5 % del total). La Policlínica Miramar notifica 9 casos (Malaltia invasiva Str. Pyogenes, Malaltia invasiva Str. Pneumoniae, I.gonocòccica, sífilis i tuberculosi). La clínica Palma-Planas comunica 7 casos entre ells un de legionel·losi i dos de xarampió. La clínica Juaneda i la Rotger notifiquen 6 casos cada clínica i la majoria son de tuberculosi i xarampió. L'hospital Sant Joan de Deu i la PNS del Rosàrio aporten respectivament un cas de rubèola i un de parotiditis.

4.3.- Malalties individualitzades detectades des de l'àmbit d'Atenció Primària.

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 2010 i des d'aquest àmbit (taula 4) s'han detectat un total de 301 casos de malalties de declaració individualitzada. Més de la meitat són parotiditis (107 casos, més de la meitat corresponents a la zona de Sta. Eulària) i sífilis (67 casos).

Dels 57 centres de salut un total de 44 (77%) han notificat qualche cas de malaltia de tipus individualitzat. El centre que més malalties individualitzades ha notificat ha estat Sta. Eulària (80, quasi totes de parotiditis). Els centres de salut d'Inca, Sant Antoni, Es Viver, Vila, Can Misses, A.

Bennàssar i Pere Garau notifiquen entre 10 i 23 casos cada centre. La resta d'unitats comuniquen 8 o menys casos cada una.

4.4.- Casos de malalties individualitzades. Subnotificació hospitalària

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

A la taula 5 es mostren els casos subnotificats per malaltia i hospital (121 casos) i a la taula 6 la subnotificació dels darrers anys en els hospitals públics en els quals es fa una recerca activa rutinària a través del CMBD i d'informació de laboratori.

L'hospital de Manacor és el que presenta a l'any 2010 més subnotificació (33 casos) i la malaltia més subnotificada globalment és la Malaltia invasiva per Str. Pneumoniae. El segon lloc l'ocupa la tuberculosi amb 21 casos. La subnotificació global en els hospitals públics és de quasi el 40% quan en els darrers anys pràcticament no havia passat del 20%. Aquest augment està clarament relacionat amb incorporació com a malaltia de declaració obligatòria de la Malaltia invasiva Str. Pneumoniae. En percentatge de casos subnotificats respecte al total de casos detectats des de cada hospital, l'hospital de Manacor ocupa també el primer lloc amb un 82,5% (33 casos subnotificats de 40 detectats). L'hospital Mateu Orfila ocupa el segon lloc (55,6%; 20 casos subnotificats d'un total de 36). No hi ha cap hospital de xarxa pública que disminueixi el nivell de subnotificació respecte al 2010.

De la xarxa privada, s'han detectat subnotificacions de la clínica Palma-Planas (2 casos de xarampió) i P.N.S del Rosàrio (1 cas de parotiditis).

4.5.- Casos de malalties individualitzades. Subnotificació d'Atenció Primària i altres fonts.

A la taula 7 es mostren els casos detectats per recerca activa segons malaltia i centre de salut subnotificador. Des d'Atenció Primària s'han subnotificat un total de 31 casos, que representa un 10% dels casos detectats en aquest àmbit. Sta. Eulària i Sant Antoni subnotifiquen la meitat dels 31 casos. La malaltia més subnotificada es la parotiditis (9 casos).

A l'àmbit privat només s'ha detectat la subnotificació d'un cas de xarampió per part d'un metge del municipi de Calvià.

5. Anàlisi epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria (casos autòctons)

5.1.- Incidència global

La taula 8 mostra la incidència de les malalties de declaració obligatòria per a l'any 2010, en nombre absolut de casos, distribuïda per illes i l'IEA. Es presenta també la incidència a Palma. La taula 9 presenta les taxes per 10⁵ habitants per Palma, illes i global.

Respecte de les malalties de baixa o nul·la incidència, durant l'any 2010 no s'ha detectat cap cas de febre tifoide, tètan i triquinosi.

S'han notificat dos casos de sífilis congènita (Mallorca), de disenteria bacil·lar (Mallorca) i de Malaltia Invasiva per *Streptococcus pyogenes* (Mallorca). De les següents malalties només s'ha notificat un cas: Malaltia per *Haemophilus influenzae*, rubèola, tos ferina, brucel·losi, malaltia de Creutzfeldt-Jakob i paludisme (cas autòcton adquirit a partir d'un cas importat per probable mecanisme iatrogènic).

De la resta de malalties, només quatre presenten una incidència alta: diarrea, febre recurrent per paparres (14 casos, i quasi tots a Mallorca), parotiditis (114 casos dels quals 95 corresponen a les Pitiüses) i hepatitis B (49 casos quasi tots a Mallorca). Cal aclarir que part dels casos de parotiditis d'Eivissa i dels de hepatitis B a Mallorca s'han presentat en forma de brot. Destaquen els 20 casos de xarampió després d'una sèrie d'anys quasi sense incidència detectada.

El nombre de casos detectats de varicel·la, sífilis, tuberculosi i legionel·losi reflecteixen una incidència dins els valors esperats (índex epidèmic acumulat, IEA de 0.76-1.24).

La leishmaniasi, infecció gonocòccica, malaltia meningocòccica presenten valors per davall de l'esperat.

A Formentera, a l'any 2010 s'han detectat 143 casos de diarrees, 16 de grip, 56 de varicel·la, 1 de sífilis, 2 de tuberculosi respiratòria i 8 d'herpes zòster.

A la taula 10 (a, b i c) es presenta la incidència de les malalties de declaració obligatòria per zona bàsica, en nombre absolut de casos. Es pot destacar que les zones de Emili Darder, A. Bennassar, Son Gotleu, Sant Antoni, Pere Garau, E.Graduada, Es Viver, Llucmajor, Rafal Nou i Camp Rodó són les úniques amb 5 o més casos de tuberculosi. Les zones de Es Viver, Can Pastilla, Escola Graduada i Vila presenten la incidència més alta de sífilis. La parotiditis ha afectat de manera important a la zona de Sta. Eulària amb quasi 70 casos mentre la resta de zones en tenen 10 o menys. Un total de 9 zones han presentat casos de xarampió i la zona de Binissalem amb 4 casos és la més afectada. Dels 49 casos totals d'hepatitis A, 33 corresponen a Inca i han aparegut quasi tots associats a un brot. Finalment respecte de la legionel·losi, les zones de Calvià (4 casos), Alcúdia, Muro i Sant Antoni (les tres amb 3 casos) són les més afectades.

5.2.- Malalties de declaració exclusivament numèrica (casos autòctons)

Diarrea infecciosa aguda (DIA)

El nombre de casos declarats de DIA a l'any 2010 ha estat de 53.467 (taxa de 4.834 casos per 10⁵ habitants). L'IE de les Illes Balears, comparat amb els anys 2005-2009, és d'1,55, cosa que indica una incidència superior a l'esperada. El rang del quinquenni anterior està entre un mínim de 31.943 casos a l'any 2008 i un màxim de 49.041 a l'any 2009.

En fer la comparació temporal per períodes quadrisetmanals mitjançant el canal endemoepidèmic (figura 1) s'observa una incidència alta durant tot l'any, que supera en molt el màxim durant el primer semestre i en el segon es manté dins el canal, però sempre en els límits superiors.

En analitzar per illes es veu que hi ha hagut un augment considerable a Mallorca (IEA 1,59) i a Eivissa (IEA 1,62), mentre que Menorca ha seguit dins els límits esperats (IEA 1,20). A Palma l'augment relatiu ha estat per davall el global de Mallorca (IEA 1,37). A taula 11 es mostren les taxes per illa i capital del període 2005-2010. A Formentera els casos declarats han estat 143.

La figura 2 presenta la sèrie històrica des de l'any 2001 en forma de taxa anual per 10⁵ habitants. S'hi veu una disminució important de la taxa fins a l'any 2008, amb un augment considerable en els dos darrers anys. Durant aquest període el pic màxim es precisament del 2010 (taxa de 4.834) i el mínim, de 2.977, al 2008.

Febre exantemàtica mediterrània (FEM)

La incidència de 2010 ha estat de 30 casos, es a dir, 2,7 casos per 10⁵ habitants. L'índex epidèmic ha estat dins l'esperat, 1,03. Pel que fa a la distribució geogràfica, la taxa més alta ha estat la de Mallorca (3,2; 28 casos). Només s'ha detectat un cas a Menorca i un a Eivissa. A Formentera no s'han detectat casos. Els 30 casos es reparteixen en 21 zones bàsiques sense agregacions detectades.

A la figura 3 i a la taula 12 s'hi mostra la incidència des de l'any 2001, any a partir del qual no s'han superat els 5 casos per 10⁵. Es veu com al llarg del període la incidència a Mallorca és bastant estable, a Menorca irregular i a Eivissa i Formentera pràcticament no s'hi han detectat casos.

Febre recurrent per paparres (FRP)

A l'any 2010 se n'han detectat 14 casos, la taxa va ser de 1,3 per 10⁵ habitants i l'IE 4,66. La majoria dels casos, 13, eren de Mallorca, 5 d'ells de Palma, i l'altre de Menorca. Aquesta situació reproduceix la de 2008, quan se'n varen declarar 24 casos, possiblement a causa d'una sobrenotificació, ja que no hi havia cap dada que suggerís l'aparició d'un brot. A la taula 13 i la figura 4 es presenten les incidències anuals des de l'any 2001. Els 14 casos es distribueixen en 11 zones bàsiques diferents.

Grip

A l'any 2010 la incidència de grip ha estat molt baixa, amb 6.772 casos, una taxa de 612, i un IEA de 0,63. Aquesta situació ha estat, en part, perquè la majoria dels casos de la temporada gripal 2009-2010 (octubre del 2009 a maig 2010) aparegueren molt precoçment, dins l'any 2009, a conseqüència de la circulació del virus pandèmic.

A la taula 14 presentam la distribució geogràfica (per illes i Palma) dels casos quadrisetmanals. La distribució territorial és desigual entre les illes, amb una taxa màxima a Mallorca (642) i mínima a les Pitiüses (475) tot i que amb menys diferències que a anys anteriors. A Formentera només s'han notificat 16 casos de grip en tot l'any 2010.

La figura 5 representa la incidència quadrisetmanal de 2010 i el canal endemoepidèmic, i s'hi veu com es mantenen tot l'any valors molt per davall dels màxims.

La figura 6 presenta la sèrie històrica des de l'any 2001, 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 segon període quadrisetmanal de l'any 2002 (taxa de 19.130 casos per 105). L'any de màxima incidència va ser el 2002 (3.474 casos per 105), mentre que el 2006 va ser el d'incidència més baixa (465 casos per 105). La incidència de 2010 és la segona de la dècada, tal com es veu a la taula 15.

Pel que fa a la temporada gripal 2009-2010, que va de la setmana 40 d'un any a la 20 del següent, en comparar-la (canal endemo-epidèmic) amb el període que inclou des de la temporada 2004-2005 fins a la 2008-2009 es veu que ha estat una temporada d'incidència mitjana, amb un IE d'1,15. Si en lloc de limitar l'anàlisi a la temporada s'inclou tot el període entre la setmana 40 d'un any i la 39 del següent es veu com, a conseqüència de la circulació d'un nou virus, l'A(H1N1), l'epidèmia anual es va avançar a la tardor, amb la màxima incidència a la setmana 46 de 2009. A partir de la setmana 1 de 2010, que és quan habitualment comença l'epidèmia a les Illes Balears, els índex epidèmics ja indicaven una incidència de la meitat o menys de l'esperada (figura 7).

Herpes zòster

L'herpes zòster es va incorporar al registre de Malalties de Declaració Obligatòria al 2009 amb modalitat de notificació només numèrica però degut a problemes d'adaptació del sistema informàtic no s'han pogut processar les dades d'aquell primer any de vigilància. A l'espera de poder incorporar al sistema les dades del 2009 es presenten aquí les recollides i ja processades del 2010.

A més de la informació sobre incidència proporcionada per la notificació dels metges al sistema Malalties de Declaració Obligatòria, és possible també obtenir dades bàsiques de persona –sexe i edat- a partir de la informació facilitada al servei d'Epidemiologia des de l'e-SIAP.

El nombre de casos declarats ha estat de 2.778 (taxa de 251,2), amb una incidència lleugerament més alta a Mallorca (taxa de 258,9; 2.250 casos), que a les altres illes: taxa de 219,3 a Menorca (207 casos) i de 225,1 a les Pitiüses (321 casos, 8 d'ells a Formentera). A Palma hi ha hagut una incidència de 1.090 casos, als quals correspon una taxa de 269,3 per 100.000 habitants.

Respecte de les variables obtingudes des del sistema e-SIAP, poc més de la meitat dels casos (54,6%) eren dones i el grup d'edat de majors de 64 anys presenta unes taxes molt més elevades que la resta i més del doble de la dels adults de 45 a 64 anys, com és d'esperar en aquesta malaltia. Tot i això, la incidència als grups menors és més de 200 per 100.000 (figura 8).

Varicel·la

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

Els casos notificats al sistema MDO durant l'any 2010 han estat 4.572, cosa que representa una taxa de 413 casos per 10⁵ habitants. L'IE d'1,05, indica que la incidència ha estat dins els límits de l'esperada. La distribució geogràfica mostra una diferència important de la incidència entre Mallorca i Menorca, per una banda, i les Pitiüses (amb una taxa de quasi el doble de les altres illes i l'únic territori amb un IE, d'1,57, més alt de l'esperat) (taula 16). En el 2010, a Formentera hi ha hagut 56 casos notificats. Pel que fa a la distribució per zona bàsica de salut, hi ha diferències importants, amb la incidència màxima a la ZB de Dalt Sant Joan (Maó), on ha estat quasi 5 vegades més alta que la global. A més de la ZB de Dalt Sant Joan, 21 zones més han presentat incidències per sobre del 25% més que la global (Son Gotleu. Sta. Eulària, Martí Serra, S'Escorxador, Manacor, Pere Garau, Arquitecte Bennàssar, Alcúdia, Muntanya, Serra Nord, Andratx, Inca, Es Trencadors, Rafal Nou, Son Pisà, Emili Darder, Camp Redó i Santa Catalina a Mallorca i Sant Antoni, Can Misses i Es Viver a Eivissa)

La figura 9 mostra la incidència de 2010 per períodes quadrissetmanals i el canal endemoepidèmic. Es veu com durant la primera meitat de l'any la incidència és pràcticament igual a la mediana, mentre que a la segona meitat s'acosta al màxim del període de referència (2005-2009). La distribució estacional mostra la major incidència als períodes quadrissetmanals 6è i 7è (23 de maig a 17 de juliol), 8 setmanes en què s'acumulen el 23% dels casos.

A la figura 10 es mostra –en taxes- 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 gradual al descens.

Quant a la distribució segons les variables bàsiques (font e-SIAP) i pel que fa al sexe les diferències són escasses, amb el 47,9% d'homes. En canvi, a la distribució per edat (figura 11) hi ha diferències importants. Les taxes dels grups menors de 10 anys són molt més elevades que les de qualsevol altre grup. El 73,9% dels casos es donen a menors de 5 anys i el 86,6% a menors dels 10.

5.3.- Malalties de declaració numèrica i individualitzada (casos autòctons)

Brucel·losi

Durant l'any 2010 s'ha notificat un cas de Brucel·losi (declarat pel CS Dalt Sant Joan), cosa que correspon a una taxa de 0,1 casos per 100.000 habitants. Es tracta d'un home de 66 anys i resident a Maó. Es va confirmar per hemocultiu però no hi ha constància de l'espècie de *Brucella* ni es va poder identificar l'origen de la infecció amb la qual cosa s'ha hagut de catalogar com autòcton.

En el període 2001-2010 se n'han detectat 4 casos, 2 al 2001, un al 2007 i un al 2010.

Disenteria bacil·lar

Durant l'any 2010 s'han notificat 2 casos de disenteria (taxa de 0,2), tots dos corresponents a Mallorca i confirmats per laboratori. A un cas (home de 43 anys, resident a Manacor) es va identificar *S. sonnei* i a l'altre (home de 36 anys, resident a Palma), *S. dysenteriae*. No es va poder identificar l'origen de la infecció en cap dels dos casos.

Un cas el va notificar la Clínica Rotger (laboratori de microbiologia) i l'altre l'hospital de Manacor (medicina interna).

Segons les dades del registre MDO la disenteria bacil·lar continua essent de baixa incidència a Balears però així com fins l'any 2007 la incidència d'aquesta malaltia s'havia mantingut entre 0 i 1 cas anuals entre els anys 2008 i 2010 s'han detectat 10 casos.

Febre tifoide i paratifoide

Durant l'any 2010 no s'ha notificat ni detectat cap cas de febre tifoide o paratifoide autòcton.

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

Hepatitis A

A l'any 2010 es varen detectar 49 casos d'hepatitis A, 47 corresponents a Mallorca (1 a Palma) i 2 a Menorca. La taxa global per 10⁵ habitants ha estat de 4,4 i l'índex epidèmic de 5,44. A la figura 12 es mostren les taxes anuals per 10⁵ habitants des de 2001 amb un patró irregular però de baixa endèmia en general i amb alguns augments puntuals.

Al 2010 es varen detectar dos brots d'hepatitis A, un, a Vilafranca, d'àmbit domiciliari amb 3 casos i un, a Inca, d'àmbit escolar (escoleta de 0 a 3 anys), amb posterior difusió entre contactes domiciliaris dels nins de l'escola –a partir tant de casos com de nins asimptomàtics– amb 23 casos en total. No es va poder identificar la font de la infecció.

La mitjana d'edat dels casos de l'any 2010 va esser de 22,6 anys (DT 17,1; rang 5 mesos a 61 anys), amb el 42,9% menors de 15 anys. La distribució per sexe mostra una raó de masculinitat d'1. Aquest patró difereix del d'anys anteriors (adult jove de sexe masculí) a causa del pes dels nins i les dones (majoritàriament mares i cuidadores) afectats en els brots. Cap dels malalts havia

estat vacunat, excepte un, associat a un dels brots i vacunat dins el període d'incubació de la malaltia. Hi va haver 11 ingressats, 8 dels quals eren adults, i dos casos amb plaquetopènia, tots dos adults. A la taula 17 es presenta la distribució per sexe i edat dels casos.

Tots els casos excepte dos –que eren contactes d'un cas confirmat- es varen confirmar per laboratori (IgM específica).

En el 2010, 28 notificacions d'hepatitis A es detectaren des de l'àmbit d'Atenció Primària: 17 casos els CS d'Inca, 3 del CS Vilafranca, 2 del CS Binissalem i un de Son Serra, Ciutadella, Calvià, Pollença, Ferreries i Serra Nord. Dels casos detectats des del CS d'Inca, 6 es varen detectar per recerca activa.

Des de l'àmbit hospitalari es detectaren 20 notificacions quasi totes de l'hospital d'Inca (14 casos ; unitats de medicina interna, digestiu, Laboratori de microbiologia, urgències i pediatria). Altres hospitals notificadors varen ser: H. de Manacor (pediatria), H. de Muro (urgències de pediatria), H. Son Espases (laboratori de microbiologia) i Son Llätzer (urgències de pediatria). De tots aquests casos, 6 de l'hospital d'Inca es detectaren per recerca activa i per tant són subnotificacions (urgències, medicina interna i pediatria).

Un cas de l'any 2010 es va notificar des dels serveis de vigilància de Catalunya.

Hepatitis B

Durant el 2010 es varen detectar 22 casos d'hepatitis B (30 es varen detectar al 2009). Aquests 22 casos representen una taxa de 2,0 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic de 1,16 i per tant indicatiu d'any amb una incidència dins l'esperat en relació al darrer quinquenni. La majoria dels casos corresponen a Mallorca (18 casos; taxa de 2,1; IEA de 1,38). Mallorca, per tant, presenta una incidència lleugerament superior a l'esperada. No s'ha detectat cap cas a Menorca mentre a Eivissa se n'han detectat només 4 (taxa de 2,8; índex d'1). No s'ha detectat cap cas a Formentera.

Dels 18 casos de Mallorca, 10 corresponen a Palma (taxa de 2,5; índex epidèmic d'1). No s'han verificat casos associats en forma de brots. Els 22 casos es reparteixen en 18 zones bàsiques.

A la figura 13 es mostra l'evolució de les taxes global, per illa i Palma; tot i que la baixa incidència i la petita grandària de les poblacions, sobretot de les illes menors, són causa de taxes amb importants fluctuacions, s'hi veu que les Pitiüses presenten quasi sempre les taxes més altes, però en descens des del 2005 i amb estabilització en els dos darrers anys. Globalment la taxa a les Illes Balears va augmentar de manera constant i moderada entre els anys 2001 i 2005, es va estabilitzar en els tres anys posteriors i no ha continuat amb la tendència a tornar a augmentar que pareixia apuntava al 2009. Palma, amb taxes segons quins anys per damunt de les de qualsevol illa, ha arribat a presentar més de 4 casos per 100.000 però en els darrers anys s'ha estabilitzat entre 2 i 4.

Pel que fa al sexe dels casos del 2010, 19 eren homes (amb un promig d'edat aproximat de 40 anys, quasi 10 menys que les dones) (taula 18). Els casos tenen entre 18 i 55 anys.

Tots els casos es varen confirmar per laboratori. Al protocol de notificació figuraven els següents factors epidemiològics: l'antecedent de contacte amb malalt d'hepatitis B (6 casos, 2 amb contacte de tipus sexual, altres 2 amb contacte domiciliari no sexual i altres 2 amb contacte de tipus no determinat), personal sanitari amb contacte amb sang o derivats (1 cas), parelles sexuals múltiples (7 casos), parella usuari de drogues per via parenteral (2 casos) i homosexualitat (6 casos). A cap cas constava l'antecedent de vacunació. Als 17 casos amb informació sobre evolució constava la curació.

Respecte a les fonts d'informació, 1 cas es va notificar des del CAITS, 1 es va detectar com a subnotificat des del servei de Digestiu de l'hospital Can Misses i la resta (20 casos) des dels següents centres de salut: Amb 2 casos els CS Pere Garau, Marines Muro i Vilafranca i amb 1 cas els CS de Sant Antoni, Es Viver, Vila, A. Bennàssar, Escola Graduada, Son Pisà, C.Mar Ponent, Emili Darder, Sant Agustí, Sta. Catalina, Andratx, Manacor, Palmanova i Pollença.

Hepatitis C i Altres hepatitis víriques

Durant el 2010 es varen notificar 41 casos d'hepatitis C, i això representa una taxa de 3,7 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic d'1,24 i per tant dins els valors esperats.

En els darrers anys es notificaven entre 20 i 45 casos anuals i al 2009 es va donar la major incidència de la sèrie històrica de 15 anys (66 casos).

Per illes, els 41 casos del 2010 es distribueixen a Mallorca (27; 15 dels quals a Palma) i a Eivissa (14 casos) i afecten a una vintena de zones bàsiques de les quals les de Sant Antoni és la que presenta més casos (5) seguida de la de Sta. Eulària (4 casos). La resta de zones tenen 3 o menys casos. No s'ha detectat cap cas a Formentera.

A la figura 14 es mostra l'evolució des del 2010 de les taxes de Balears, illes i Palma. Al 2010 disminueixen totes les incidències excepte a les Pitiüses que duplica la del 2009.

Pel que fa al sexe, 22 casos eren homes i 19 dones. La mitjana d'edat és 41 anys (DE=12). Al homes, l'edat està entre 24 i 60 anys i a dones entre 19 i 78.

Respecte dels factors epidemiològics o situacions de risc que figuren al protocol de notificació varen ser els següents: contacte sexual amb malalt confirmat per hepatitis C (1 cas), estada a institució penitenciària (1 cas), personal sanitari en contacte amb sang o derivats (1 cas), usuari de drogues per via parenteral (5 casos), parelles sexuals múltiples (6 casos), parella usuària de drogues per via parenteral (2 casos), homosexualitat (1 cas), inoculació percutània accidental de material contaminat (2 casos) i hemofília (1 cas).

Tots els casos es varen catalogar com esporàdics excepte dos que es varen associar a un brot detectat a un centre de diàlisi. (L'informe d'aquest brot es pot consultar a www.epidemiologia.caib.es; Fulls setmanals de vigilància; "Full núm 10. Brod d'Hepatitis C associat a un centre de diàlisi a Mallorca").

La majoria de casos (39) de l'any 2010 els va detectar a l'àmbit d'Atenció Primària de l'Ib Salut: El CS Sant Antoni va aportar 5 casos; el CS d'Inca 4 casos; els CS de Sta. Eulària, Vila, Son Serra i A. Bennàssar en notificaren 3; els CS Es Viver, Son Pisà, i Calvià en declararen 2; finalment 1 cas notificaren els CS de Can Misses i Pere Garau. Dels 39 casos, 4 (2 del CS Sant Antoni, 1 del CS Vila i 1 del CS Sta. Eulària) son en realitat subnotificacions (casos detectats per recerca activa). 2 casos es notificaren des del Centre Nacional d'Epidemiologia.

Durant l'any 2010 no s'ha notificat cap cas d'altres tipus d'hepatitis víriques.

Infecció gonocòccica

La incidència d'infecció gonocòccica a les Illes Balears durant l'any 2010 ha estat de 22 casos, és a dir, 2 casos per 105 habitants, amb un IE de 0,54. A Mallorca hi ha hagut 10 casos, 2 a Menorca i 10 a les Pitiüses. De Formentera no se n'ha declarat cap cas. La incidència més alta segueix essent la de les Pitiüses (taxa de 7 per 105), enguany amb una diferència considerable amb Mallorca (taxa d'1,2) i també de Palma, on s'han detectat la majoria dels casos de Mallorca (9 casos, taxa de 2,2). Destaquen també els 5 casos del municipi de Santa Eulària, el segon municipi en incidència després de Palma.

Els 22 casos es reparteixen en 13 zones bàsiques de les quals las de Sta. Eulària, Emili Darder, Pere Garau, Sant Antono i Vila tenen 2 o més casos.

A la sèrie històrica 2001-2010 (figura 15) es confirma el descens de la taxa global dels darrers anys. A Palma la incidència també ha disminuït i la del 2010 és la més baixa de la dècada juntament amb l'any 2004.

Pel que fa a les característiques de persona, el rang d'edat anava dels 17 als 53 anys, i 20 dels 22 casos eren homes. La mitjana d'edat va ser de 33,5 i el grup de 25 a 44 anys acumula 14 dels 22 casos (taula 19). Dels 11 casos en què es coneix la dada, 2 eren consumidors de drogues. Pel que fa a l'estat serològic enfront al VIH, d'11 es desconeixia, 8 eren negatius i 3 positius. D'altres malalties de transmissió sexual, de 10 casos en què es coneixia la dada, 2 en patien alguna (sífilis a un cas i herpes genital a l'altre).

No es va detectar cap associació entre els casos. Es va fer estudi de contactes en 4 casos (a 6 no hi consta la informació), i de 3 es va tractar algun contacte (de 15 no consta la informació).

Dels 22 casos, 5 han estat detectats per recerca activa (CS de St. Antoni, Sta. Eulària i Vila). La resta es notificaren des dels següents centres: Clínica Palmaplanas (medicina interna i Laboratori de microbiologia), Policlínica Miramar (urologia); H. Son Llätzer (dermatologia), CS Sta. Eulària, CS Sant Antoni, CS Arquitecte Bennassar, CS Canal Salat, CS Emili Darder, CS Pere Garau, CS Son Ferriol, CS Dalt Sant Joan i CS Es Viver).

Legionel·losi

Durant el 2010 es varen detectar a les Illes Balears un total de 44 casos de legionel·losi que representen una taxa de 4 per 10⁵ habitants (taxa a l'any 2009: 5,6; 61 casos). Després d'un inusual augment de la incidència al 2008 (104 casos) les xifres del 2009 i 2010 reflecteixen una certa tendència descendent. L'IEA (respecte al darrer quinquenni) reflecteix xifres esperades (0,81).

Totes les illes (excepte Menorca) han vist com baixaven els respectius nombre de casos. A Mallorca s'han detectat 32 casos (48 al 2009), a Menorca 5 (4 al 2009) i a Eivissa 7 (9 al 2009). A Formentera no s'ha detectat cap cas. A la taula 20 es mostren els casos totals i per illa des del 2001.

Pel que fa al sexe, els casos del 2010 eren 35 homes i 9 dones. Quant a l'edat - variable coneguda per tots els casos - el rang va de 28 a 93 anys i la mitjana és de 61 anys. A la taula 21 es presenta la distribució per sexe i grups d'edat. La majoria de casos està per damunt del 55 anys. A la figura 16 es representa per mes d'inici de símptomes el canal endèmic del període 2005-2009 i el nombre de casos del 2010. Es visualitza una incidència normal fins el mes de juliol i a partir d'aquí la detecció de casos està per davall de la mitjana marcada pel canal endèmic.

Es varen poder confirmar per laboratori els 44 casos. Respecte de l'evolució, a 3 casos es va constatar la defunció, a altres 3 no es va poder conèixer i a la resta es va verificar la curació.

Dels 44 casos detectats, 12 eren turistes i els orígens més freqüents van ser el Regne Unit i Espanya amb 4 casos de cada nacionalitat.

Respecte de la relació epidemiològica entre casos de legionel·losi cal recordar que es considera que dos o més casos presumiblement associats a un mateix establiment turístic formen un brot quan inicien símptomes dins el mateix mes. Quan la diferència entre les dates d'inici de símptomes és de més d'un mes i inferior als 2 anys es considera que els casos formen un "clúster". A partir dels 2 anys entre l'inici de símptomes de 2 casos consecutius es considera que

no estan relacionats, encara que s'hagin allotjat al mateix establiment. Dels 44 casos del 2010, 38 es consideraren esporàdics, 3 formaren un brot comunitari, 2 casos formaren un clúster associat a

un mateix establiment turístic, i 1 cas associat a un hotel va formar un clúster amb un cas del 2009 lligat al mateix establiment. 11 dels casos es varen associar a 10 establiments turístics diferents. Aquesta xifra representa una millora important respecte del 2009 ja que en aquell any un total de 24 casos s'associaren a un total de 22 establiments. En els 10 darrers anys no s'havia donat una xifra tan baixa d'establiments associats a casos. Els 10 establiments corresponen a Mallorca (7) i a Eivissa (3).

Per segon any consecutiu disminueix la taxa d'incidència de casos en població no turística, que es situa en 2.9 (3,5 al 2009) i també per segon any consecutiu disminueixen els casos no associats a establiments turístics (37 vs 33). D'aquests 33 casos, 24 corresponen a Mallorca, 5 a Menorca i 4 a Eivissa, amb la següents zones bàsiques afectades: Calvià (3 casos); Dalt Sant Joan, Martí Serra, Sant Antoni, S'Escorxador, Son Ferriol, Son Pisà i Sta. Maria (totes amb 2 casos); Alcúdia, Binissalem, Camp Rodó, Canal Salat, Capdepera, Es Trencadors, Es Viver, Escola Graduada, Felanitx, Ferreries, Inca, Lluçmajor, Son Gotleu, Sta. Eulària, Verge del Toro i Xaloc-Campos (totes amb 1 cas).

A la figura 17 es representa (sèrie anys 2001-2010) la disminució de les diferents variables d'incidència respecte al 2009: disminució de la taxa global d'incidència a les Illes Balears, disminució de la taxa una vegada exclosos els casos corresponents a població turística, disminució del nombre d'establiments turístics associats a casos, disminució dels casos associats a establiments turístics i disminució dels casos no associats a establiments turístics.

Respecte de les variables de risc es van poder definir les següents: tabaquisme (19 casos), malaltia respiratòria crònica (6 casos), cardiopatia crònica (3 casos) i immunodeficiència associada a neoplàsia (3 casos).

Respecte de les fonts d'informació que aportaren notificacions cal destacar que 10 casos (tots afectant a turistes diagnosticats al seu país després de l'estada a la nostra Comunitat), varen ser notificats des del Centre Nacional d'Epidemiologia. Els altres 34 casos es notificaren des de l'àmbit hospitalari incloent dos casos detectats per recerca activa. Aquests dos casos subnotificats corresponen a l'hospital de Manacor (urgències) i l'hospital Son Llätzer (medicina interna). Les altres unitats hospitalàries notificadores van ser: Clínica Juaneda (UCI), H. Can Misses (medicina interna i Unitat hospitalària domiciliària), H. d'Inca (medicina interna), H. Mateu Orfila (medicina interna), H. Manacor (medicina interna), H. de Muro (medicina interna), Clínica Pama-Planas (UCI), Son Espases (Pneumologia) i H. Son Llätzer (medicina interna, UCI, oncologia, pneumologia, nefrologia, urgències).

Leishmaniosi

D'aquesta malaltia, a l'any 2010 se n'han notificat 8 casos (taxa de 0,7 per 100.000; índex epidèmic de 0,36), xifres que reflecteixen una incidència per davall de l'esperat. 7 dels 8 casos corresponen a Mallorca (1 a Palma) i 1 cas a Eivissa. Menorca continua –com en els darrers anys– sense casos notificats i no s'ha detectat cap cas a Formentera.

Dels 8 casos només un és de la forma visceral. Dels pacients amb leishmaniosi cutània 6 varen presentar una única lesió.

La sèrie històrica des del 2001 (figura 18) mostra en els darrers anys una estabilització de la incidència de les formes cutànies (7 casos en el 2010) mentre que aquest 2010 –ja s'ha comentat– només s'ha notificat una forma visceral després d'uns anys amb 5-10 casos anuals.

Respecte de les variables de risc recollides al protocol de notificació es pot destacar que no hi figurava a cap dels casos l'antecedent ni de malaltia ni de tractament immunosupressors. Cap cas

es va notificar amb antecedents d'enolisme i dels 4 casos en què constava analítica per VIH tots eren negatius. Només a dos casos es constata al protocol la presència de factors ambientals (moscards, cans, etc...). Tots els casos s'han comunicat com esporàdics, és a dir que no s'ha detectat cap agrupació.

A la taula 22 figuren les variables bàsiques dels casos notificats i podem destacar la notificació de 2 casos pediàtrics, 1 amb forma visceral i 1 cutània.

Els casos de leishmaniosi de l'any 2010 s'han detectat des d'Atenció Primària (CS Sant Antoni, CS Sta. Maria, CS Lluçmajor) i hospitals (3 casos de dermatologia de Son Llätzer, 1 de medicina interna de Son Espases i 1 de pediatria del mateix hospital).

D'aquests casos, 3 (1 de medicina interna de Son Espases, 1 del CS Sant Antoni i 1 del CS Sta. Maria) són realment subnotificats detectats a través de fonts alternatives.

Malaltia meningocòccica

El nombre de casos de malaltia meningocòccica a l'any 2010 ha estat de 12 (vuit menys que al 2009), la taxa per 10⁵ habitants d'1,1 i l'IEA de 0,63. La forma clínica ha estat de sèpsia a 6 casos, meningitis a 4 i forma mixta a 2. L'evolució clínica va ser a la curació en els 12 casos.

A la sèrie històrica iniciada a l'any 1982 en cap any s'havien detectat tan pocs casos de malaltia meningocòccica. El màxim número de casos en un any va ser al 1985 (131) i el mínim fins ara s'havia verificat a l'any 2008 (15 casos).

Dels 12 casos del 2010, un total de 9 corresponen a Mallorca (taxa d'1,0 per 100.000) i d'aquests 9, 5 eren residents a Palma (taxa d'1,2). L'índex epidèmic a Mallorca queda en 0,69. Palma mantén els 4-6 casos anuals dels darrers anys. A Menorca es va detectar només 1 cas (des de l'any 2004 hi ha un cas anual en aquesta illa) i 2 a Eivissa (igual que al 2009). No es va notificar cap cas amb residència a Formentera.

Els mesos en els qual es concentraren més casos (segons data d'inici de símptomes) van ser gener i juliol, ambdós amb 3 casos.

La incidència per temporada (setmana 41 d'un any fins la setmana 40 del següent) ha dibuixat una curva moderadament ascendent des de la temporada 2004-2005. La temporada 2009-2010 queda amb 14 casos, 7 menys que a l'anterior i per tant es romp la tendència descrita (figura 19). De las darreres temporades la que ha presentat més incidència de moment ha estat la 2001-2002 amb 30 casos.

L'evolució anual de la malaltia des del 2001 (figura 20) mostra taxes que es mantenen entre 1 i 3 casos per 100.000, una tendència a la baixa entre els anys 2002 i 2006 i una estabilització a partir del 2007 amb taxes que no arriben a 2 casos per 10⁵ de manera que aquest any 2010 (taxa 1,1) reflecteix una ruptura a la baixa d'aquesta tendència.

Durant el període 2001-2010 la taxa mitjana a les Illes Balears i a Mallorca envolta el 2 mentre que a Eivissa és de 2,5 i a Menorca d'1,7 (taula 23).

Pel que fa a les variables sexe i edat dels casos del 2010 (taula 24), 7 casos eren homes i 7 dels 12 casos tenien menys de 15 anys d'edat. La taxa fins als 14 anys ha estat de 4,2 per 10⁵ (la meitat aproximadament que al 2009). La taxa a majors de 14 anys és de 0,5 per 10⁵ (similar a la dels darrers anys).

La proporció de casos confirmats per laboratori al 2010 va ser del 83% (10 de 12 casos), una de les més altes dels darrers anys. El promig de confirmació del quinquenni 2005-2009 va ser del 78%. Dels 10 casos confirmats, 9 varen ser serogrup B mentre que a 1 cas no es va poder serogrupar la soca. És el primer any, des del 2004, en què no es detecta cap serogrup C. Des de l'any 1999 el percentatge de soques serogrupades sobre casos confirmats és considerablement alta. De les 186 soques serogrupades des d'aquell any, un 77% son serogrup B i un 20% serogrup C. A la figura 21 es mostra la constant preponderància del serogrup B en els darrers anys.

A la taula 25 es presenta la distribució de serogrupos del 2010 per grup d'edat. Des de l'any 2001, tots els grups d'edat presenten més soques B que C. Els pocs aïllaments de soques C es donen a partir sobre tot dels 15 anys. A la figura 22 es mostra els serogrupos B i C per edat dels darrers anys.

A l'any 2010 no hi va haver casos associats en forma de brots, de manera que es varen classificar tots com esporàdics i només hi va haver 1 cas d'origen estranger (originari de Níger).

Les zones bàsiques de residència dels casos eren les següents: Amb 2 casos la zona de Pere Garau i amb un cas les següents: S'Escorxador, Rafal Nou, Sta. Catalina, Ciutadella, Tramuntana, Lluçmajor, Inca, Pollença, Sant Antoni i Vila.

Respecte de les fonts d'informació, tots els casos es van notificar des de l'àmbit hospitalari excepte un cas que es va comunicar des del centre de Salut de Ciutadella. L'hospital Son Espases va notificar 7 casos (laboratori de microbiologia, UCI pediatria, medicina interna i neurologia). Les següents unitats varen notificar 1 cas: UCI pediatria de la clínica Rotger i unitats de pediatria de Can Misses, hospital d'Inca i Son Llätzer.

No es varen detectar casos subnotificats de malaltia meningocòccica al 2010.

Malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae*

Al 2010 s'ha detectat un cas de malaltia per *H. influenzae*. Es tracta d'un home de 71 anys, resident a Mallorca, amb l'antecedent de malaltia pulmonar obstructiva crònica, forma clínica de sèpsia que va evolucionar favorablement i confirmat per hemocultiu. Es va detectar per recerca activa (revisió CMBD) a l'hospital Mateu Orfila (medicina interna).

La sèrie històrica des del 2001 mostra una incidència sempre molt baixa, amb un rang de zero a tres casos anuals (figura 23). En el període 2005-2009 només se n'havien notificat 2, tots dos al 2009.

Des del 2001 fins el 2010 (11 casos acumulats) hi ha dos perfils de malalt: el més freqüent (7 casos) és l'adult de més de 50 anys, no vacunat, mentre l'altre perfil és d'un nin molt petit, de 2 anys o menys, amb alguna dosi de vacuna. A la taula 26 es mostra un resum de les variables dels casos acumulats des de l'any 2001. Excepte tres casos que cursaren en formes de sèpsia, la forma clínica predominant és la meningitis. L'evolució clínica ha estat favorable en tots els pacients i no s'han detectat agrupacions de casos.

Malaltia invasiva per *Streptococcus pneumoniae* (MIST)

La MIST està inclosa entre les malalties de declaració obligatòria a partir de 2009. El criteri de notificació inclou paràmetres clínics de malaltia invasora i de laboratori (cultiu, PCR o antigen de llocs normalment estèrils) i, per això, moltes de les pneumònies tractades de forma ambulatoria no compleixen aquests criteris i la majoria de casos s'han recuperat a partir de la recerca activa a hospitals. Encara que la vigilància està poc consolidada i la representació poblacional no està garantida, en aquest informe ja es presenten taxes que s'han d'interpretar per tant amb cautela.

A l'any 2010 s'han detectat 98 casos (43 al 2009), la taxa és de 8,9, la distribució per sexe és de 57 homes i 41 dones i el rang d'edat va de 3 dies a 97 anys. La mitjana d'edat dels 86 casos de 15 o més anys és de 66 anys, sense diferència entre sexes. La meitat dels pacients tenien més de 64 anys (vegeu la taula 27).

La taxa més alta és la de Menorca (22 casos, taxa de 23,3) i sense dubte es justifica en part en el fet que la recerca activa a Menorca es realitza amb especial eficàcia. A Mallorca la taxa és de 7,7 i a les Pitiüses és de 6,3. No s'han detectat casos a Formentera.

Els casos confirmats varen ser 95 (97 %). Es va obtenir informació sobre l'evolució a 97 casos i va ser positiva a 87, amb defunció a 9 casos i seqüeles a 1 cas. A 20 casos no es va aconseguir informació sobre vacunació i 3 casos tenien antecedent d'haver rebut alguna dosi de vacuna. Respecte de la recollida de dades sobre factors de risc els resultats són: infecció VIH (2 casos), malaltia cardiovascular (32 casos), immunodeficiències (8 casos), malaltia respiratòria crònica (42 casos) i diabetis (15 casos).

A la figura 24 es presenten el número de casos per mes d'inici de símptomes i es veu una distribució estacional típica d'aquest tipus de malaltia amb una acumulació de casos en els primers i darrers mesos de l'any. No es van detectar brots ni agregació epidemiològica de casos i els 98 casos es reparteixen en 39 zones bàsiques destacant 12 casos a Dalt Sant Joan, 8 a Manacor i 7 a Vilafranca.

Respecte de les fonts d'informació, la majoria de casos es varen detectar per recerca activa i des de fonts hospitalàries. Només 4 casos es detectaren des d'Atenció Primària: un cas notificat pel CS Emili Darder, un altre del CS Sta. Eulària i 2 casos subnotificats pel CS Sant Antoni. Un total de 83 casos es detectaren per recerca activa com a subnotificats pels hospitals Can Misses, Inca, Mateu Orfila, Manacor, Son Espases i Son Llätzer. L'hospital més subnotificador és el de Manacor amb 31 casos.

Malaltia invasiva per *Streptococcus pyogenes*

A l'any 2010 s'han detectat dos casos d'aquesta rúbrica (taxa de 0,2), tot dos amb residència a Mallorca, un notificat des del laboratori de Microbiologia de la Policlínica Miramar (51 anys, confirmat per hemocultiu i bona evolució) i l'altre des d'UCI de pediatria de Son Espases (cas de 21 mesos d'edat, amb forma clínica de sèpsia i meningoencefalitis, confirmat per cultiu de LCR i que va evolucionar a defunció).

Paludisme

Al 2010 s'ha detectat un cas autòcton. Notificat per l'hospital Son Llätzer, es tracta d'un cas adquirit a partir d'un cas importat per probable mecanisme iatrogènic, confirmat (*P. Falciparum*) i amb bona evolució.

Parotiditis

A l'any 2010 el nombre de casos de parotiditis va ser de 114, amb una taxa de 10,3 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic 2,19, és a dir, una incidència el doble de l'esperada. Per illes, a Mallorca s'hi han identificat 16 casos, 3 a Menorca i 95 a Eivissa. Al 2010 no hi ha hagut cap cas a Formentera. A la taula 28 es presenta l'evolució de la taxa a Palma i illes. Destaca la situació d'Eivissa, on després del període epidèmic 2004-2005 hi havia hagut un descens important, i on enguany s'ha tornat a incrementar. Aquest augment de la incidència és atribuïble, sobre tot, a un brot amb 72 casos identificats a la zona de Santa Eulària, i que ha suposat quasi dues terceres parts del total de casos de l'any a les Balears i el 75% dels d'Eivissa. A Eivissa, a més a més, hi ha hagut 3 brots més, amb un total de 12 casos, mentre que a les altres illes no se n'ha detectat cap. La figura 25 mostra l'evolució de la taxa global.

Respecte de la distribució per edat i sexe, el 53,5% dels casos eren homes i l'edat mitjana va ser de 14,8 anys (rang de 10 mesos a 62 anys). La incidència màxima s'ha vist al grup de 7 a 14 anys, amb 15 casos i una taxa de 66 per 10⁵. A l'any 2010, hi havia constància de vacunació completa segons l'edat al 67,5% de malalts (77 casos), al 3,5% era incompleta, el 17,5% no estava vacunat i del 11,4% no va ser possible conèixer els antecedents de vacunació. A la taula 29 es presenta la incidència i el nombre de vacunats distribuïts per grup d'edat.

Es varen confirmar 31 casos per laboratori (27,2%) i la resta van ser classificats com a casos sospitosos.

Els 114 casos de parotiditis del 2010 es detectaren a Atenció Primària (107), hospitals (6) i una consulta privada (1 cas). De l'àmbit hospitalari varen notificar casos la C. Rotger (pediatria), la P. Ntra. Sra. Del Rosàrio, Son Espases (pediatria) i Son Llätzer (3 casos; pediatria). Els CS que han comunicat casos són el de Sta. Eulària (66 casos), CS Can Misses (9 casos), CS Vila (7 casos), Sant Antoni i Es Viver (5 casos). Altres 12 centres de salut han notificat entre 1 i 3 casos. D'aquests casos d'Atenció Primària, només 9 s'han detectat per recerca activa tots ells durant la investigació dels brots a Eivissa. Aquestes subnotificacions corresponen a casos dels CS de Vila, Sta. Eulària i Sant Antoni.

Rubèola

Durant l'any 2010 s'ha detectat un cas de rubèola en un resident a Mallorca. La taxa a les Illes Balears és de 0,1 casos per 100.000 habitants. Des de l'any 2001 se n'havien detectat 6, el darrer al 2006.

El cas de 2010 es tractava d'un home nascut al 1955, resident a Palma, diagnosticat per serologia (IgM i IgG) i sense vincle amb un malalt conegut. No estava vacunat i no va presentar complicacions. El va declarar l'hospital Sant Joan de Deu (medicina interna).

Sífilis

El nombre de casos de sífilis notificats al 2010 ha estat de 73, als quals correspon una taxa de 6,6 per 105 habitants. L'índex epidèmic ha estat de 0,87. Quant a la distribució geogràfica, 48 malalts tenen residència a Mallorca (taxa de 5,5 per 105), 2 a Menorca (taxa de 2,1) i 23 a les Pitiüses (taxa de 16,1). Els 39 casos de Palma (taxa de 9,6) suposen el 81% del total de Mallorca.

La taula 30 mostra la incidència en nombres absoluts i taxes, per illes i capital, des de l'any 2001. 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. A l'any 2010 la incidència segueix en ascens a les Pitiüses, amb un IE de 2,56, i amb 14 dels 23 casos residents a la vila d'Eivissa. De Formentera només hi ha un cas declarat. La figura 26 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. Pel que fa al descens de 2010, atribuïble sobre tot a Mallorca, no es podrà confirmar una tendència fins en haver passat més temps.

Hi va haver casos residents a 13 municipis. El municipi de residència amb major nombre de casos, a part dels 39 de Palma, va ser Eivissa, amb 14. A Sant Antoni i Santa Eulària hi havia 4 casos a cadascun i 3 o menys casos als 9 municipis restants. Pel que fa a les zones bàsiques de residència, els pacients es distribuïren entre 28. Les que presentaren major nombre de casos varen ser Es Viver amb 8 casos, Can Pastilla amb 6, Vila i Escola Graduada amb 5 i Sta. Eulària, Son Pisà, Sant Antoni i Pere Garau amb 4. A la resta hi havia 3 o menys casos.

Seixanta-un malalts (83,6%) eren homes. La mitjana d'edat va ser de 35,5 anys, amb quasi 3 anys de diferència entre sexes (36 els homes i 33,2 les dones). El rang d'edat anava dels 17 als 69 anys. A la distribució per grups d'edat es veu com el 74% dels casos estan entre els 25 i els 44 anys (taula 31). Hi havia 33 pacients estrangers (45,2% del total), procedents de 14 països dels quals destaquen Equador amb 7 casos i Brasil amb 6, mentre que de la resta de procedències hi havia 3 o menys pacients.

Pel que fa a la d'informació epidemiològica sobre factors o antecedents de risc, el percentatge de casos en què no s'ha emplenat és alta, en general voltant el 40%, per la qual cosa s'ha d'esser prudent a l'analitzar-la. En el 45,2% de casos no hi constava el tipus de relació sexual de risc; a la resta, el més freqüent eren les parelles múltiples (25 casos). En relació al consum de drogues, no constava la informació al 46,6% i la resposta era de no consum en el 47,9%. L'estat serològic enfront al VIH era desconegut en el 23,2% i hi havia 11 casos amb VIH positiu. Per a altres malalties de transmissió sexual, era desconegut al 41,1% i positiu en 3 casos. Hi havia 2 embarassades. Vegeu la taula 32.

Vuit dels pacients s'agrupaven en 4 brots de 2 casos cadascun. Es va fer estudi de contactes a 23 casos (de 24 no se'n té la informació), i a partir d'aquests es varen detectar 6 casos nous. Es varen tractar els contactes de 12 casos, a 18 no hi havia contactes a tractar, a 5 no es tractaren i de la resta, 38 casos, no es coneix la informació.

Respecte de les fonts d'informació, dels 73 casos, la majoria (67 casos) es varen detectar a l'àmbit d'Atenció Primària, 4 de l'àmbit hospitalari i 2 des del CAITS. Els hospitals notificadors varen ser Can Misses (hematologia), Son Llätzer (dermatologia) i Policlínica Miramar (medicina interna i laboratori de Microbiologia). Els CS que més casos han notificat han estat Es Viver (7 casos) i Escola Graduada, Vila i Can Pastilla (5 casos). Només dos casos s'han detectat mitjançant recerca activa i corresponien a subnotificacions del CS Es Viver.

Tètan

Durant l'any 2010 no se n'ha notificat ni detectat cap cas de tètan. Des de l'any 2001 fins al 2010 només hi ha hagut un cas de tètan, a l'any 2001.

Tos ferina

Durant l'any 2010 s'ha notificat 1 cas de tos ferina, des del CS Son Rutlan, no confirmat per laboratori (cultiu negatiu) ni per vincle amb un cas. Es tracta d'un nin de 17 mesos correctament vacunat (4 dosis de DTP), resident a Palma. La taxa d'incidència és de 0,1.

A la figura 27 es mostra l'evolució de la taxa des del 2001 i a la taula 33 es presenta el nombre absolut de casos des del 2001, per illes i Palma.

Triquinosi

Durant l'any 2010 no se n'ha notificat ni detectat cap cas. Des del 1984 només se n'ha detectat un cas al 2007.

Tuberculosi pulmonar i altres formes de tuberculosi.

Durant l'any 2010, s'han detectat a les Illes Balears un total de 144 casos de tuberculosi. Aquesta xifra reflecteix una incidència en els límits inferiors dels valors esperats (IE 0,79). La taxa és de 13 casos per 100.000. És destacable que al menys en els darrers 15 anys mai s'havia verificat una xifra tan baixa de casos. Les Pitiüses presenten la taxa més alta (27 casos; IE de 0,87; taxa de 18,9; 2 dels casos corresponen a Formentera). Menorca queda amb una taxa de 8,5 i és l'única illa que augmenta en incidència respecte del 2009 (2 casos més) mentre que a Mallorca amb una taxa de 12,5 es verifica una disminució de quasi 5 punts de taxa. La figura 28 mostra la tendència a la disminució de les taxes a les Pitiüses i a l'estabilització de les xifres globals i de les altres illes en els darrers anys. A la taula 34 es mostren els casos i taxes del període 2001-2010 per illes i Palma. La disminució més espectacular en aquest 2010 s'ha donat en les xifres de Palma que ha passat de 102 casos al 2009 a 70 al 2010, amb un IE de 0,74 i una taxa considerablement inferior a la del darrer any (25 vs 17).

Dels 144 casos totals del 2010, 108 són formes respiratòries i 36 no respiratòries. Ambdós tipus de forma han disminuït en la seva incidència respecte del 2009 (90 vs 108 i 19 vs 36 respectivament). En els darrers anys la tendència de les formes respiratòries és de disminució franca mentre que les taxes de les formes no respiratòries (taxes de entre 3 i 5) marquen una clara estabilització global (figura 29).

Respecte de la distribució per les variables bàsiques de persona dels 144 casos de tuberculosi, la proporció de dones al 2010 ha estat del 41% (59 casos). La taxa d'incidència, què en els darrers anys es mantenia pràcticament el doble per homes que per dones, en aquest any 2010 és de 15,31 i 10,71 respectivament. La taxa a dones es mantén respecte a l'any passat mentre que a homes baixa 5 punts. A la figura 30 es mostren les taxes per sexe des de l'any 2001 i es veu com les taxes a homes es mantenen de manera constant i clarament per damunt de les taxes a dones.

El 70% dels malalts (100 casos del 144) té una edat compresa entre 25 i 54 anys. Globalment, les taxes més altes (entre 13 i 20 casos per 100.000) són totes les del grup d'edat esmentat. Crida l'atenció en aquest any 2010 la disminució de la taxa del grup de 35 a 44 anys (figura 31). Aquesta disminució és especialment important a homes (30 vs 15). A la taula 35 es mostren els casos i taxes per sexe i grup d'edat tot corresponent a l'any 2010.

Dels 144 casos de tuberculosi detectats a l'any 2010, un total de 54 (37,5%) corresponen a estrangers repartits en 19 països de procedència destacant Marroc amb 10 casos, i Nigèria i Romania amb 5. Aquest 54 casos es reparteixen en 33 zones de les quals Son Gotleu, Pere Garau, Camp Rodó, Inca, Sant Antoni i Escola Graduada tenen 3 o més casos.

El percentatge de confirmació de casos de tuberculosi a l'any 2010 va ser d'un 78% (112 casos). El percentatge de confirmació de les formes pulmonar ha estat del 92,6% (100 de 108 casos) i de les formes no pulmonars del 33% (12 de 36). Del 112 casos confirmats, 96 (86%) tenien cultiu d'esput positiu, 14 (12%) tenien cultius positius d'altres tipus de mostra, dos casos tenien una biòpsia positiva.

Respecte de la recollida de dades sobre factors o situacions de risc i antecedents patològics i socials, a l'any 2010 s'han recollit els següents: VIH (17 casos); diabetis (9 casos); enolisme (17 casos); neoplàsia (6 casos); UDVP (5 casos); sense domicili fixo (4 casos); família desestructurada (3 casos).

Quant a les fonts d'informació, els casos de tuberculosi de l'any 2010 s'han notificat sobre tot des dels hospitals (133 casos). Només 9 s'han detectat des d'Atenció Primària. 2 casos s'han notificat des d'altres Comunitats Autònomes i 1 des d'una consulta privada.

Els hospitals que més casos han aportat són Son Llàtzer (48 casos; medicina interna, neurologia, pneumologia, pediatria, UCI i urgències) i Son Espases (38 casos; Infeccioses, medicina interna, pneumologia i UCI pediàtrica). L'hospital Can Misses ha aportat 20 casos (medicina interna, oftalmologia i laboratori de microbiologia), l'hospital d'Inca 8 casos (pneumologia, pneumologia infantil i medicina interna), l'hospital Mateu Orfila 7 casos (pediatria, medicina interna i pneumologia), l'hospital de Manacor 5 casos (pneumologia i medicina interna), 3 casos la C. Juaneda (pneumologia), 2 casos la Policlínica Miramar (medicina interna), 1 cas la C. Palma-Planas (pneumologia) i 1 cas l'hospital de Formentera (medicina interna). Els centres de salut de Sta. Eulària, Sant Antoni, Can Misses, A. Bennàssar, Marines, Rafal Nou, Verge del Toro, Coll den Rabassa i Palmanova han notificat 1 cas cada centre.

No s'han detectat casos subnotificats des d'Atenció Primària però sí des d'hospitals. Dels casos detallats abans 21 son en realitat casos detectats per recerca activa i que no s'havien notificat des de la font corresponent: medicina interna, pneumologia i oftalmologia de Can Misses (11 casos subnotificats), medicina interna de Son Espases (9 casos) i 1 cas subnotificat per medicina interna de l'H. de Manacor.

5.4.- Malalties sotmeses a plans o registres específics (casos autòctons però pot incloure informació sobre casos importats o extracomunitaris)

Malaltia de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

El Registre de la MCJ es va iniciar a l'any 1995, amb la recerca retrospectiva des de 1993 i, des d'aleshores, la recollida prospectiva dels nous diagnòstics. A l'any 2003 (Decret 19/2003 de 28 de febrer) es va incorporar al llistat de les malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears. Les característiques d'aquesta malaltia, amb un diagnòstic normalment retardat respecte de l'inici de símptomes, fa que les xifres d'incidència anual no es puguin considerar consolidades fins que no ha passat un període de temps considerablement llarg.

A l'any 2010 se n'ha investigat 1 cas amb inici de símptomes al 2008, classificat com a cas probable de MCJ clàssica, esporàdica, declarat per la Clínica Rotger i el CS Son Serra-La Vileta.

D'altra banda, s'ha detectat ja dins el 2011, 1 cas amb inici de símptomes a l'any 2010. Aquest cas es va notificar des de neurologia de l'hospital Can Misses. S'ha catalogat com a confirmació de MCJ clàssica i esporàdica.

Els casos investigats des de la posada en marxa del sistema de vigilància, amb diagnòstic des de 1993 han estat 20, 5 d'ells descartats com a casos de MCJ. A la taula 36 es presenta la classificació final dels casos investigats durant tot el període. Tres dels casos descartats tenien un diagnòstic alternatiu (malaltia per cossos de Lewy a dos casos i encefalitis vírica a l'altre) mentre que dos no es varen poder arribar a un diagnòstic definitiu.

Els 15 casos de MCJ incorporats al sistema des de l'any 1993 tenien, en el moment del diagnòstic, una mitjana de 64 anys (rang de 43 a 78 anys) i el 53,3% eren homes. Tots estan classificats com a MCJ en la seva forma clàssica, esporàdica. Quant a les proves diagnòstiques dels casos, l'electroencefalograma va ser típic de la MCJ a 9 casos. La determinació de la proteïna 14.3.3 va resultar positiva 8 casos (a 4 no es va realitzar). El polimorfisme en el codó 129 es va investigar a 7 casos i va resultar homozigot metionina/metionina a 5, metionina/valina a 1 i valina/valina a 1. L'estudi genètic del gen PRNP, que codifica la proteïna PrP es va fer a 7 casos i no s'hi va trobar cap mutació. Es va realitzar necròpsia en 5 dels casos.

Sífilis congènita

Durant l'any 2010 s'han detectat dos casos de sífilis congènita, tots dos declarats per Pediatria de l'hospital Son Llàtzer. En el primer cas s'havia diagnosticat i tractat la sífilis materna durant l'embaràs, i a la nina se la va diagnosticar una sífilis asimptomàtica als 4 dies de vida, se li va donar l'alta després del tractament, sense que s'evidenciassin problemes en controls posteriors. Es tractava d'una dona boliviana de 22 anys; la nina era la segona filla, i no se'n coneixen els factors de risc. El segon cas era filla d'una dona de 25 anys, també boliviana, amb 5 embarassos anteriors i diagnòstic previ de sífilis, sense constància de tractament ni de factors de risc per a la infecció. La nina ve rebre tractament als 10 dies de vida per sospita de sífilis i es va mantenir asimptomàtica als controls posteriors. Les zones bàsiques dels dos casos són Escola Graduada i Pere Garau.

En tot el període 2001-2010 se n'han notificat 8 casos: 2 al 2005, 3 al 2006, 1 al 2008 i els 2 del 2010.

Lepra

Durant el 2010 es varen declarar 4 casos de lepra, tots importats, procedents de la República Dominicana (home de 35 anys), Senegal (home de 20 anys), Mali (home de 46 anys) i Bolívia (dona de 31 anys). El diagnòstic de tots els casos s'havia fet al 2010, mentre que dos havien iniciat la simptomatologia al mateix any 2010, un al 2006 i un al 2005. Dos els va declarar l'hospital Son Espases i dos l'hospital Son Llàtzer. Tots els casos es varen confirmar i a tots se'ls va indicar el tractament multiteràpic recomanat per l'OMS. Durant el període 2001-2010 se n'han detectat 7 casos, tots importats (2007, 2009 i 2010). Dos casos varen ser baixa al registre - un per trasllat i un per pèrdua -, mentre que un està en vigilància i els 4 restants estan al registre classificats com actius.

Pla d'eradicació de la poliomièlitis

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

Durant l'any 2010 s'han detectat 5 casos de paràlisi flàccida aguda (PFA), cosa que correspon a 3 casos per 100.000 nins menors de 15 anys. Es tracta de 3 nines i dos nins, de 19 mesos a 9 anys, 3 d'ells residents a Mallorca, un a Menorca i un a Eivissa. Quatre estaven correctament vacunats per a la seva edat i a un li faltava la quarta dosi; cap tenia antecedents d'haver rebut alguna dosi de la vacuna oral després de l'any 2004. No hi havia antecedents de viatges a zones amb circulació de poliovirus, ni de contacte amb malalts de polio o amb persones recentment vacunades amb vacuna antipoliomièlítica oral. Es varen recollir 2 mostres de femta a 4 casos i cap mostra en un. Tots varen ser negatius excepte una mostra d'un dels casos, positiva a enterovirus E7. Aquest cas finalment es va diagnosticar de Sd. de Guillain-Barré. El diagnòstic definitiu va ser de síndrome de Guillain-Barré en tres casos, mielitis transversa a un i a un se'l va catalogar de probable trastorn psicològic. Als 60 dies no hi havia paràlisi residual en cap cas.

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 5 de 2010. La taxa màxima ha estat de 3 casos per 100.000 menors de 15 anys, a l'any 2000 i al 2010. 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 (1998-2010) el total de casos detectats ha estat de 27, i la taxa global del període de 2,1 per 10⁵ menors de 15 anys, és a dir, que globalment la taxa supera àmpliament l'esperada d'1 per 10⁵. A la taula 37 es mostren les característiques dels casos detectats en el període i les fonts d'informació.

Respecte de les fonts d'informació, al 2010 van declarar 2 casos l'hospital Son Espases (pediatra i UCI pediàtrica) i un cas cadascun el CS de Ciutadella, l'hospital Son Llàtzer (pediatria) i l'hospital Can Misses (pediatria).

Sistema d'Informació sobre sida-VIH

(DT: Diagnòstic tardà; IR: Infecció recent; CT: Categoria de transmissió ; htsx: heterosexual; udvp: usuaris de drogues per via parenteral; hsh: homosexual-bisexual).

Per elaborar aquest capítol s'han utilitzat les dades actualitzades a 31 de desembre de 2010.

- 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 2010), s'han donat d'alta al sistema un total de 1.112 nous diagnòstics d'infecció per VIH a persones amb residència habitual a les Illes Balears en el moment del diagnòstic. Dels 1.112 casos, 938 corresponen a Mallorca, 44 a Menorca i 130 a les Pitiüses (3 casos tenen assignada Formentera com a residència al moment del diagnòstic).

La distribució per any pareix va confirmant un patró d'estabilitat de la tendència (figura 32).

Respecte de la distribució per categories de transmissió (CT) dels casos acumulats cal destacar que el primer grup en importància és el de htsx (427 casos; 38%) seguit de la categoria hsh (346 casos; 31%) i la udvp (176 casos; 16%). En definitiva, quasi un 70% dels casos s'associen a una transmissió sexual. 4 casos són per transmissió mare-fill. A un 14% es desconeix la CT.

Pels homes la CT hsh suposa un 40% dels casos, la htsx un 30% i la d'udvp un 16%. A les dones, la categoria htsx representa un 69% i la d'udvp un 15%.

A Mallorca i Menorca, el percentatges més alts de nous diagnòstics corresponen a la categoria htsx (40% i 48% respectivament) mentre que a les Pitiüses la categoria amb percentatge més alt és la hsh (48%).

Respecte de l'edat es destacable que un 75% dels casos tenen 30 ó més anys i el grup predominant és el de 30-39 anys amb 431 efectius. Quasi un 70% dels casos hsh, quasi un 80% dels udvp i el 75% dels htsx tenen 30 o més anys.

Respecte de la regió i país d'origen dels nous diagnòstics cal dir que dels 1.111 casos amb país d'origen conegut, 793 (71%) són de països de la UE, la majoria dels quals són d'Espanya (712). La segona regió en importància és Amèrica Llatina amb 172 casos (16%) i l'Àfrica subsahariana amb 118 (11%).

La tendència anual dels Diagnòstics Tardans (DT) i Infeccions Recents (IR; CD4 al diagnòstic>350) pareix apuntar a una estabilització dels DT (encara que de moment sempre per damunt de les IR) i a un augment dels diagnòstics de IR (figura 33).

A la taula 38 figuren les fonts d'informació que han aportat casos al sistema. Aquesta taula inclou els casos subnotificats és a dir no notificats per les fonts sinó detectats per recerca activa.

b) Registre de sida

El nombre de casos acumulats des de l'any 1983 és de 2.454. Un total de 1.203 casos (49%) corresponen a udvp, 508 (21 %) a la categoria HTSX i 493 (20 %) a la categoria hsh. Per illes, Mallorca acumula 2.000 casos, mentre que les Pitiüses n'acumulen 313 i Menorca 120. No s'ha pogut assignar illa de residència als 21 casos que resten.

L'anàlisi del anys que es poden considerar pràcticament consolidats (2005-2009) mostra (amb 317 casos detectats) un patró epidemiològic dominat pels homes (quasi un 80%) amb categoria udvp. Un 90% dels casos tenen més de 30 anys. El grup d'edat amb més incidència és el de 30-39 anys. Menorca (1 a 4 casos per any) i les Pitiüses (entre 7-9 casos anuals) es mantenen en mínims nivells d'incidència mentre que Mallorca té una incidència anual de entre 40-70 casos anuals i amb tendència moderadament descendent. Un 24% dels casos (77) són de la categoria htsx. Als homes predominen clarament els diagnòstics fets a UDVP mentre a dones la distribució entre categories de transmissió és homogènia però amb lleugera preponderància de la CT htsx. En els anys 2005-2009 un 23% dels casos són originaris de l'estranger. La incidència d'aquest grup es manté estable amb 12 a 18 casos anuals mentre la tendència apunta més clarament al descens en els casos d'origen espanyol.

Globalment el número de casos dels darrers anys indica una tendència a la disminució lenta. A l'any 2005 es van detectar 85 casos. A l'any 2009 el número de casos acumulats fins ara és de 52 i no és previsible que aquest número variï excessivament en properes actualitzacions.

A la figura 34 es mostra l'evolució anual dels casos dels darrers any per sexe.

Pla d'eliminació del xarampió

A l'any 2010 es varen investigar 24 sospites de xarampió, 3 de les quals varen ser descartades i 21 confirmats. Dels casos confirmats, 20 es varen classificar com autòctons i un importat de Granada. La taxa va ser d'1,8 casos per 100.000 habitants.

A la figura 35 es presenta l'evolució de la taxa de xarampió des de l'any 2000 (inici del pla). De llavors ençà se n'han detectat 48 casos autòctons, el 42% dels quals correspon als de l'any 2010. Dels casos de 2010, 19 s'han agrupat en 5 brots i a un no se li ha pogut identificar una associació epidemiològica amb altres casos. Els brots s'han estès principalment a l'àmbit familiar, incloses les relacions d'amistat, però també hi ha una constant, la transmissió nosocomial –contagi de professionals sanitaris i de pacients amb altres patologies i posterior difusió a partir d'aquests- Hi ha també evidència de transmissió a la comunitat on l'únic possible contacte entre un cas i un individu susceptible és haver coincidit casualment a un mateix establiment públic. Hi ha hagut un brot a un centre d'educació infantil de 0 a 3 anys, mentre que no s'han detectat casos secundaris a centres escolars amb nins majors de 3 anys, cosa que seria indicativa d'una bona cobertura de vacunació de nins i adolescents.

El 2010 ha representat un punt d'inflexió en la presentació del de xarampió. Per una banda, la incidència és la més alta des de la implantació del Pla d'eliminació. A més, fins aleshores s'havien presentat en forma de petits brots i algun cas esporàdic –generalment importat- que no causava casos secundaris, amb períodes lliures de casos molt llargs. En el 2010 hi va haver dos brots d'aquestes característiques, tots dos amb sospita de tenir l'origen en un cas importat d'Europa Occidental, i sense cap relació entre ells. Després, a partir de la setmana 45 (segona setmana de novembre) el períodes de temps entre brots o casos han estat més curts. La meitat dels casos de l'any es varen presentar entre aquesta setmana i la 52 (darrera de desembre). Al mateix temps, s'ha introduït un nou genoma viral, el B3, que ha substituït el D4, que havia estat el més freqüent en els anys passats. A la taula 39 es resumeixen les principals característiques dels malalts.

Dels 20 casos autòctons, 13 els declararen l'hospital Son Llätzer (7 casos), la Clínica Rotger (3) i l'hospital Son Espases, el CS Son Cladera i el CS Casa del Mar-Ponent (1 cas cadascun). La resta (7 casos, 35%) es varen trobar per recerca activa: H. Son Llätzer (3 casos; unitat d'urgències), C.Palma-Planas (2 casos; unitat d'urgències de pediatria), CS S'Escorxador (1 cas) i una consulta privada (1 cas).

6. Brots epidèmics

6.1.- Brots de transmissió alimentària

A l'any 2010 s'han notificat 10 brots alimentaris, 2 més que al 2009. No es va notificar cap brot a Menorca. Dos dels 10 brots corresponen a les Pitiüses. La mediana del quinquenni 2005-2009 va ser de 23 brots (figura 36) i per tant continua una situació d'incidència baixa de número de brots detectats respectes al darrers anys.

A la figura 37 es mostra l'evolució, clarament a la baixa, del nombre anual de brots, totals i per illa, des de l'any 1988, any a partir del qual es té informació exhaustiva sobre brots alimentaris.

A la taula 40 es mostra el perfil epidemiològic complet dels brots de l'any 2010 inclòs el caràcter del brot (col·lectiu o familiar), l'origen (alimentari o hídric) i l'etiologia (infecciosa o tòxica). Dels 10 brots, 9 s'han associat a àmbits col·lectius i 1 ha afectat a àmbits familiars mentre que no es va detectar cap brot d'àmbit poblacional.

Dels 9 brots col·lectius 8 varen ser d'etiologia infecciosa (només 1 va ser d'etiologia tòxica). Respecte del tipus de consum associat als 9 brots, 6 s'associaren a aliments, 1 a consum d'aigua i a dos brots no es va poder determinar aquesta variable. L'únic brot familiar es va associar a consum d'aliments) i era d'etiologia infecciosa.

El total d'afectats ha estat de 165 (154 a brots col·lectius i 11 al brot familiars. El brot amb major nombre d'afectats n'ha presentat 61 i correspon a un brot d'etiologia infecciosa que afectà a una residència d'ancians però en què la investigació no va poder determinar cap associació amb un aliment determinat o aigua consumida.

S'han verificat 11 ingressos hospitalaris i cap defunció. Per a la investigació dels 10 brots s'han realitzat un total de 234 enquestes individualitzades.

Com s'ha comentat, dels 10 brots només un té un origen hídric. Des de l'any 1988, dels 728 brots documentats, 649 (90%) són d'origen alimentari i només 35 (4,8%) són d'origen hídric. Als altres 44 brots de la sèrie no es va poder verificar l'origen.

A partir de l'any 2007 (amb 19 brots col·lectius) el número de brots d'aquests tipus està envoltant els 7-8 anuals mentre els familiars encara presenten incidències més baixes.

Els aliments que s'han pogut identificar com associats a brots de l'any 2010 varen ser peix i marisc (3 brots), productes de pastisseria i carn i embotits. L'únic brot d'origen hídric es va associar a la contaminació d'un dipòsit d'osmosi.

Dels 9 brots d'etiologia infecciosa de l'any 2010, a 2 es va poder identificar salmonel·la com l'agent causal. Altres agents identificats varen ser un rotavirus i E Coli (germen associat a l'únic brot hídric). A 5 brots infecciosos no es va poder identificar cap germen però el contexte clínic i epidemiològic apuntava a virus (2 brots) i a Bacillus cereus (1 brot).

Des de l'any 1988, s'han detectat 682 brots d'etiologia infecciosa, dels quals 369 (54,1%) han estat per salmonel·la i 39 (5,7%) per altres microorganismes, mentre que a la resta (274; 40%) no s'ha pogut aïllar un germen causal. Durant aquests anys, a més a més de salmonel·la s'han identificat els següents microorganismes a diferents brots: Estafilococs, Cryptosporidium, Clostr. Perfringens, E. Coli, Giàrdia, Virus, Campylobacter i Shigel·la.

A l'únic brot d'etiologia tòxica del 2010 es sospita la histamina com a responsable però no es va poder confirmar per laboratori.

Respecte dels factors contribuents, cal destacar que només a 7 dels 10 brots del 2010 es van poder determinar possibles factors com el consum d'aliments crus o insuficientment cuinats, emmagatzemament en fred incorrecte, descongelació inadequada, higiene deficient i aigua no clorada.

Les fonts d'informació que han comunicat els brots a l'any 2010 han estat els afectats (3 brots), la xarxa d'Atenció Primària de l'Ib Salut (3 brots), hospitals (2 brots), serveis mèdics de la UIB i d'una residència d'ancians.

A la taula 41 es concreten els notificadors de cada brot juntament amb altres variables bàsiques.

6.2.- Brots de transmissió no alimentària

Dins aquest apartat s'agrupen tots els brots que es transmeten per mecanismes diferents a l'alimentari o hídric. Inclouen brots per ingesta accidental d'agents tòxics o infecciosos que no estassin presents com contaminants d'aliments o de begudes, com la ingesta accidental d'aigua de piscina contaminada, així com les intoxicacions per medicaments i substàncies psicoactives. El resum dels brots del 2010, amb les principals característiques, es mostra a la taula 42.

A l'any 2010 s'han detectat 38 brots no alimentaris, 30 a Mallorca, cap a Menorca i 8 a les Pitiüses, amb un total de 387 afectats. El promig és de 10,2 afectats per brot, i el rang va de 2 a 72 malalts. En comparar el nombre de brots amb la mitjana del quinquenni anterior resulta un índex epidèmic d'1,46, quasi un 50% més de l'esperat, mentre que el nombre d'afectats ha doblat la mediana del quinquenni anterior. A la figura 38 es mostra la sèrie temporal del període 2000-2010.

El mecanisme de transmissió més freqüent és el respiratori, amb 21 brots i 197 afectats. Segueix en freqüència la via fecal-oral, amb 7 brots i 140 afectats (aquests tipus de brots són els que presenten un nombre més alt d'afectats de mitjana, 20 per brot), amb 7 brots. Tant l'etiologia com la forma clínica de presentació d'aquests brots són heterogènies. Han augmentat els brots de parotiditis (4) i, sobretot, els afectats, a causa d'un brot poblacional a l'illa d'Eivissa amb 72 casos. Hi ha hagut un lleuger augment dels brots de tuberculosi, (9, IE 1,29) i, com al 2009, s'han detectat 4 brots de sífilis. Els de gastroenteritis aguda s'ha mantingut dins els límits esperats. Dos varen tenir lloc a residències geriàtriques, amb 30 i 52 afectats respectivament. Enguany destaquen dos brots amb característiques poc habituals, tots dos nosocomials i tots dos sense identificació del mecanisme -tot i que probablement hi ha jugat un paper la contaminació creuada de fòmites- mentre que a tots dos s'ha identificat la font d'infecció: un brot d'hepatitis C a un centre de diàlisi, amb 2 casos incidents i origen a un treballador portador i un brot de paludisme a un hospital, amb un cas secundari a un cas importat amb el qual compartia habitació durant el període febril.

Pel que fa als col·lectius afectats, els més freqüents han estat els d'àmbit familiar –que inclou relacions familiars, domiciliàries i d'amistat -, amb 17 brots (IE 1,9) i 36 afectats. Han augmentat els brots poblacionals –que inclouen també els brots que afecten diversos col·lectius -, amb 9 brots (IE 3,00) i 84 afectats (IE 4,00)

7. Casos importats i extracomunitaris

Durant l'any 2010 s'han detectat - de diverses malalties de declaració obligatòria- 51 casos importats i 11 casos extracomunitaris és a dir, casos que s'han catalogat com adquirits fora d'Espanya o altres Comunitats Autònomes, i això independentment de la residència habitual dels malalts. Aquests casos no estan inclosos en els comentaris ni a les dades que apareixen als epígrafs anteriors excepte pel que fa als comentaris fets sobre malalties sotmeses a plans específics de control i vigilància.

Les malalties importades més notificades a l'any 2010 són paludisme (17 casos), i hepatitis B (5 casos).

A la taula 43 apareixen la distribució dels casos per malaltia i per font d'informació. De Son Espases i Son Llätzer es detecten la majoria de casos de paludisme. Els centres de salut comuniquen sobre tot casos de sífilis. A la taula 44 hi figura la distribució del perfil epidemiològic dels casos destacant que el patró està dominat pels immigrants estrangers (18 casos, sobretot de sífilis a més a més de gonocòccia, hepatitis i lepra).

Dels 17 casos de paludisme, 15 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.

Respecte dels casos extracomunitaris (11 casos) es tracta de casos d'infecció gonocòccica, sífilis, tuberculosi, parotiditis, xarampió, hepatitis A i B i legionel·losi i la majoria són casos diagnosticats a turistes.

A la figura 39 es mostra l'evolució anual dels casos de paludisme i tuberculosi detectats com importats o extracomunitaris.

ÍNDIX DE TAULES		
Taula		Pag.
1	Malalties de declaració obligatòria i tipus de notificació	52
2	Malalties de notificació individualitzada per tipus de font d'informació	53
3 a	Casos notificats per hospitals	54
3 b	Casos notificats per hospitals	54
4	Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària	55
5	Casos subnotificats per hospitals	56
6	Subnotificació de malalties individualitzades anys 2006-2010. Hospitals xarxa pública	56
7	Casos subnotificats per Atenció Primària d'Ib Salut	56
8	Malalties de declaració obligatòria. Casos per illa i Palma. Índex Epidèmic Acumulat	57
9	Malalties de declaració obligatòria. Taxes per illa i Palma	58
10 a	Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	59
10 b	Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	60
10 c	Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	61
11	Diarrea infecciosa aguda. Casos per illa i Palma. Índex Epidèmic Acumulat. Anys 2005-2010	62
12	Febre exantemàtica mediterrània. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 2001-2010	62
13	Febre recurrent per paparres. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 2001-2010	62
14	Grip. Casos quadrisetmanals. Casos i taxes globals. Distribució per illa i Palma	63
15	Grip. Casos i taxes globals. Anys 2001-2010	63
16	Varicel·la. Casos i taxes per illa i Palma. Índex Epidèmic. Anys 2001-2010	63
17	Hepatitis A. Casos per grups d'edat i sexe	64
18	Hepatitis B. Edat i sexe dels malalts: síntesi de les dades	64
19	Infecció gonocòccica. Casos per grup d'edat i sexe	64
20	Legionel·losi. Casos per illa i global. Anys 2001-2010	64
21	Legionel·losi. Casos per grups d'edat i sexe	65
22	Leishmaniosi. Variables bàsiques dels casos	65
23	Malaltia meningocòccica. Casos i taxes per illa i global. Anys 2001-2010	65
24	Malaltia meningocòccica. Casos per sexe i grups d'edat. Taxes per grup d'edat	66
25	Malaltia meningocòccica. Distribució de serogrupos per grup d'edat	66
26	Malaltia invasora per <i>Haemophilus influenzae</i> . Resum de variables dels casos. Anys 2001-2010	66
27	Malaltia invasiva per <i>Streptococcus pneumoniae</i> a les Illes Balears. Distribució per grup d'edat i sexe	67
28	Parotiditis. Taxes per illa i Palma. Anys 2001-2010	67
29	Parotiditis. Casos, taxes i estat vacunal per grup d'edat	67
30	Sífilis. Casos i taxes per illa, Palma i global. Anys 2001-2010	68
31	Sífilis. Distribució per grup d'edat i sexe	68
32	Sífilis. Informació epidemiològica dels casos	68
33	Tos ferina. Casos per illa, Palma i global. Anys 2001-2010	69
34	Tuberculosi. Casos i taxes per illa, Palma i global. Anys 2001-2010	69
35	Tuberculosi. Casos i taxes per sexe i grup d'edat	69
36	Malaltia de Creutzfeldt-Jakob. Comunicacions investigades i casos anuals (per any de diagnòstic). Anys 1993-2010.	70
37	Paràlisi flàccida aguda. Casos detectats des del principi del pla d'eradicació de la poliomièlitis. Variables bàsiques	71
38	Nous diagnòstics de VIH. Fonts d'informació. Anys 2003-2010	72
39	Xarampió. Resum de variables dels casos	73
40	Brots de transmissió alimentària. Perfil epidemiològic complet	73
41	Brots de transmissió alimentària. Notificadors i altres variables bàsiques de cada brot	74
42	Brots de transmissió no alimentària. Notificadors i altres variables bàsiques de cada brot	75
43	Casos importats. Distribució per malaltia i notificador	76
44	Casos importats. Tipologia de cas segons malaltia	76

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

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

Taula 2.- MDO a les Illes Balears, 2010. Malalties de notificació individualitzada per tipus de font d'informació. (No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	hospital	AP	CNE	Altres CCAA	metges privats	CAITS	total
Tuberculosi	133	9	-	2	1	-	145
Parotiditis	6	107	-	-	1	-	114
M. invasiva Str. Pneumoniae	94	4	-	-	-	-	98
Sífilis	4	67	-	-	-	2	73
Hepatitis A	20	28	-	1	-	-	49
Legionel·losi	34	-	10	-	-	-	44
Hepatitis C	-	39	2	-	-	-	41
Hepatitis B	1	20	-	-	-	1	22
Infecció Gonocòccica	4	18	-	-	-	-	22
Xarampió	16	3	-	-	1	-	20
M. meningocòccica	11	1	-	-	-	-	12
Leishmaniosi	5	3	-	-	-	-	8
Malaltia invasiva Str. Pyogenes	2	-	-	-	-	-	2
Disenteria bacil·lar	2	-	-	-	-	-	2
Tos ferina	-	1	-	-	-	-	1
Rubèola	1	-	-	-	-	-	1
Paludisme	1	-	-	-	-	-	1
Malaltia invasiva Haemòphilus	1	-	-	-	-	-	1
Brucel·losi	-	1	-	-	-	-	1
Malaltia de Creutzfeldt-Jakob	1	-	-	-	-	-	1
Sífilis congènita	2	-	-	-	-	-	2
Total	338	301	12	3	3	3	660

AP (Atenció Primària d'Ib Salut); CNE (Centre Nacional d'Epidemiologia); CAITS (Centre d'atenció a infeccions de transmissió sexual de l'Ib Salut)

Taula 3 (a) .- MDO a les Illes Balears, 2010. Casos notificats per hospitals.
(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	TB	hep A	hep B	M. mening	Sif	Sif. Con	I. Gon	Paro	Xar	Rub
H. Son Llätzer	48	1	-	1	1	2	1	3	10	-
H. Son Espases	38	1	-	7	-	-	-	1	1	-
H. Manacor	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-
H. Mateu Orfila	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H. Can Misses	20	-	1	1	1	-	-	-	-	-
H. d'Inca	8	14	-	1	-	-	-	-	-	-
P. Miramar	2	-	-	-	2	-	1	-	-	-
C. Palmaplanas	1	-	-	-	-	-	2	-	2	-
C. Rotger	-	-	-	1	-	-	-	1	3	-
C. Juaneda	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-
H. de Muro	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
H.Formentera	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PNS del Rosario	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
HSJ de Deu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	133	20	1	11	4	2	4	6	16	1

TB (Tuberculosi); Hep (Hepatitis); M. mening (M. meningocòccica); Sif (Sífilis); Sif. Con (Sífilis congènita); I. Gon (Infecció Gonocòccica); Paro (Parotiditis); Xar (Xarampió); Rub (Rubèola)
Inclou casos subnotificats (detectats per recerca activa)

Taula 3 (b) .- MDO a les Illes Balears, 2010. Casos notificats per hospitals.
(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	MI Str. Pyog	Palud	MI Haemòp.	Disent.	MCJ	Legio	MI Str. Pneu	Leish	TOTAL
H. Son Llätzer	-	1	-	-	-	12	12	3	95
H. Son Espases	1	-	-	-	-	6	17	2	74
H. Manacor	-	-	-	1	-	2	31	-	40
H. Mateu Orfila	-	-	1	-	-	5	23	-	36
H. Can Misses	-	-	-	-	1	5	5	-	34
H. d'Inca	-	-	-	-	-	1	2	-	26
P. Miramar	1	-	-	-	-	-	3	-	9
C. Palmaplanas	-	-	-	-	-	1	1	-	7
C. Rotger	-	-	-	1	-	-	-	-	6
C. Juaneda	-	-	-	-	-	1	-	-	6
H. de Muro	-	-	-	-	-	1	-	-	2
H.Formentera	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PNS del Rosario	-	-	-	-	-	-	-	-	1
HSJ de Deu	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	2	1	1	2	1	34	94	5	338

MI Str. Pyog (Malaltia invasiva Str. Pyogenes); Palud (Paludisme); MI Haemòp (MI Haemòphilus); Disent (Disenteria bacil·lar); MCJ (malaltia de Creutzfeldt-Jakob); Legio (Legionel·losi); MI Str. Pneu (Malaltia invasiva Str. Pneumoniae); leish (Leishmaniosi)

Inclou casos subnotificats (detectats per recerca activa)

Taula 4.- MDO a les Illes Balears, 2010. Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària. (No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	TB	Hep A	Hep B	Hep C	MM	Sif	I. Gon	Paro	Xar	T.Fer	Bru	MI S. Pneu	Leish	TOTAL
Sta. Eulària	1			3		4	5	66				1		80
Inca		17		4		1		1						23
Sant Antoni	1		1	5		4	3	5				2	1	22
Es Viver			1	2		7	1	5						16
Vila			1	3		5	1	7						17
Can Misses	1			1		1		9						12
A. Bennàssar	1		1	3		3	1	1						10
Pere Garau			2	1		4	2	1						10
Escola Graduada			1	1		5		1						8
Marines Muro	1		2	1				3						7
Son Pisà			1	2		3		1						7
Son Serra		1		3		2								6
Vilafranca		3	2			1								6
C.Mar Ponent			1			2		1	1					5
Can Pastilla						5								5
Emili Darder			1	1			2					1		5
Son Rutlan				1		3				1				5
Ciutadella		1			1		1	1						4
DS Joan. Maó						1	1	1			1			4
Sant Agustí			1	1		2								4
Calvià		1		2										3
Camp Redó				1		2								3
Rafal Nou	1			1		1								3
Sta. Catalina			1			2								3
Verge del Toro	1					1		1						3
Xaloc Campos						3								3
Andratx			1	1										2
Binissalem		2												2
C. d'en Rabassa	1					1								2
Llucmajor						1							1	2
Manacor			1			1								2
Palmanova	1		1											2
Pollença		1	1											2
Sant Jordi								2						2
S'Escorxador								1	1					2
Alcúdia				1										1
Ferrieres		1												1
Formentera						1								1
Martí Serra				1										1
Nuredduna Artà						1								1
Serra Nord		1												1
Son Cladera									1					1
Son Ferriol							1							1
Sta. Maria													1	1
Total	9	28	20	39	1	67	18	107	3	1	1	4	3	301

Tb (Tuberculosi); Hep (hepatitis); MM (M. meningocòccica); Sif (sífilis); I. Gon (infecció gonocòccica); Paro(Parotiditis); Xar (Xarampió); T.Fer (tos ferina); Bru (brucel·losi); MI S. Pneu (Malaltia invasiva Str. Pneumoniae); Leish (Leishmaniosi); Inclou casos subnotificats (detectats per recerca activa)

Taula 5.- MDO a les Illes Balears, 2010. Casos subnotificats per hospitals.

(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	TB	hep A	hep B	Paro	Xar	MI Haemòp.	Legio	MI Str. Pneu	Leish	Total
H. Manacor	1						1	31		33
H. Son Espases	9							17	1	27
H. Mateu Orfila						1		19		20
H. Son Llätzer					3		1	11		15
H. Can Misses	11		1					3		15
H. d'Inca		6						2		8
C. Palmaplanas					2					2
PNS Rosario				1						1
Total	21	6	1	1	5	1	2	83	1	121

TB (Tuberculosi); Hep (Hepatitis); Paro (Parotiditis); Xar (Xarampiò); MI Haemòp (MI Haemophilus); Legio (Legionel·losi); MI Str. Pneu (Malaltia invasiva Str. Pneumoniae); leish (Leishmaniosi)

Taula 6.- MDO a les Illes Balears, 2010. Subnotificació de malalties individualitzades anys 2006-2010. Hospitals de la xarxa pública.

(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	Percentatge de casos subnotificats					reg	subn
	2006	2007	2008	2009	2010	2010	2010
H. Son Espases	18,7	11,3	10,1	13,2	36,5	74	27
H. Mateu Orfila	7,7	20,0	0,0	41,7	55,6	36	20
H. Can Misses	8,7	20,0	7,0	29,6	44,1	34	15
H. Manacor	57,1	48,5	40,0	53,3	82,5	40	33
H. Son Llätzer	20,0	21,7	10,3	5,2	16,1	95	15
H. Comarcal d'Inca	-	7,7	9,1	50,0	30,8	26	8
H. Formentera	-	-	-	-	0,0	1	0
Total	20,0	21,0	11,3	17,2	38,6	306	118

Casos registrats (reg) i subnotificats (subn).

Taula 7.- MDO a les Illes Balears, 2010. Casos subnotificats per Atenció Primària d'Ib Salut.

(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	Paro	Leish	I. Gon.	Sif	Hep C	Hep A	Xar	MI Str. Pneu	Total
Sta. Eulària	5		3		1				9
Sant Antoni	2	1	1		2			2	8
Inca						6			6
Vila	2		1		1				4
Sta. Maria		1							1
Es Viver				1					1
Can Misses				1					1
S'Excorxador							1		1
Total	9	2	5	2	4	6	1	2	31

Paro (Parotiditis); Leish (Leishmaniosi); I. Gon (infecció gonocòccica); Sif (Sífilis); Hep (Hepatitis); Xar (Xarampiò); MI S. Pneu (Malaltia invasiva Str. Pneumoniae)

Taula 8.- MDO a les Illes Balears, 2010. Nombre de casos distribuïts per illa i Palma.
Índex Epidèmic Acumulat.

(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	Illes Balears					
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Casos	IEA
Diarrea infec.aguda	21.078	43.224	3.918	6.325	53.467	1,55
Grip	2.503	5.581	514	677	6.772	0,63
Varicel·la	1.593	3.237	363	972	4.572	1,05
Inf. gonocòccica	9	10	2	10	22	0,54
Sífilis	39	48	2	23	73	0,87
F. Tifoide	0	0	0	0	0	-
Disenteria bacil·lar	1	2	0	0	2	2,00
F. exant. mediterrània	10	28	1	1	30	1,03
F. recurrent paparres	5	13	1	0	14	4,67
M. meningocòccica	5	9	1	2	12	0,63
M. H. Influenzae	0	0	1	0	1	-
Tuberculosi resp.	60	90	2	16	108	0,78
Tuberculosi, altres	10	19	6	11	36	0,80
Xarampió	11	20	0	0	20	-
Rubèola	1	1	0	0	1	-
Parotiditis	11	16	3	95	114	2,19
Tos ferina	1	1	0	0	1	0,17
Hepatitis A	1	47	2	0	49	5,44
Hepatitis B	10	18	0	4	22	1,16
Hepatitis C	15	27	0	14	41	1,24
Alt. hepatitis víriques	0	0	0	0	0	-
Legionel·losi	9	32	5	7	44	0,81
Tètan	0	0	0	0	0	-
Leishmaniosi	1	7	0	1	8	0,36
Brucel·losi	0	0	1	0	1	-
Triquinosi	0	0	0	0	0	-
Sífilis Cong.	2	2	0	0	2	-
Herpes Zòster	1.090	2.250	207	321	2.778	-
MI Str. pyogenes	0	2	0	0	2	-
MI Str. pneumoniae	24	67	22	9	98	-
Paludisme	0	1	0	0	1	-
E.C.Jakob*	0	0	0	1	1	-

E.C.Jakob*: Les característiques d'aquesta malaltia, amb un diagnòstic normalment retardat respecte de l'inici de símptomes, fa que les xifres d'incidència anual no es puguin considerar consolidades fins que no ha passat un període de temps considerablement llarg.

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 2010 s'han detectat 143 casos de diarrees, 16 de grip, 56 de varicel·la, 1 de sífilis, 2 de tuberculosi respiratòria i 8 d'herpes zòster.

Taula 9.- MDO a les Illes Balears, 2010. Taxes per 100.000 habitants, per illes i Palma.
(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	<i>Palma</i>	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears
Diarrea infec.aguda	5.208,5	4.973,6	4.151,2	4.435,5	4.834,1
Grip	618,5	642,2	544,6	474,8	612,3
Varicel·la	393,6	372,5	384,6	681,6	413,4
Inf. gonocòccica	2,2	1,2	2,1	7,0	2,0
Sífilis	9,6	5,5	2,1	16,1	6,6
F. Tifoide	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Disenteria bacil·lar	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2
F. exant. mediterrània	2,5	3,2	1,1	0,7	2,7
F. recurrent paparres	1,2	1,5	1,1	0,0	1,3
M. meningocòccica	1,2	1,0	1,1	1,4	1,1
M. H. Influenzae	0,0	0,0	1,1	0,0	0,1
Tuberculosi resp.	14,8	10,4	2,1	11,2	9,8
Tuberculosi, altres	2,5	2,2	6,4	7,7	3,3
Xarampió	2,7	2,3	0,0	0,0	1,8
Rubèola	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1
Parotiditis	2,7	1,8	3,2	66,6	10,3
Tos ferina	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1
Hepatitis A	0,2	5,4	2,1	0,0	4,4
Hepatitis B	2,5	2,1	0,0	2,8	2,0
Hepatitis C	3,7	3,1	0,0	9,8	3,7
Alt. hepatitis víriques	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Legionel·losi	2,2	3,7	5,3	4,9	4,0
Tètan	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Leishmaniosi	0,2	0,8	0,0	0,7	0,7
Brucel·losi	0,0	0,0	1,1	0,0	0,1
Triquinosi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sífilis Cong.	0,5	0,2	0,0	0,0	0,2
Herpes Zòster	269,3	258,9	219,3	225,1	251,2
MI Str. pyogenes	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
MI Str. pneumoniae	5,9	7,7	23,3	6,3	8,9
Paludisme	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
E.C. Jakob	0,0	0,0	0,0	0,7	0,1

Taula 10 (a).- MDO a les Illes Balears, 2010. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos.
(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	Dia	Grip	Vari	I.Gon	Sífilis	Disent	FEM	FRP	M.Mening
A. Bennàssar	1.827	313	124	1	3	1			
Alcúdia	918	104	125				1		
Andratx	340	52	62	1			3		
Binissalem	735	187	40				2		
C.Mar Ponent	789	106	49	1	2			1	
Calvià	1.097	101	76				1		
Camp Redó	1.747	157	163		3		1		
Can Misses	909	96	140		1				
Can Pastilla	795	73	49	1	6				
Capdepera	358	67	4				1		
Ciutadella	1.391	104	58	1					1
Coll d'en Rabassa	1.229	116	58		1				
DS Joan. Maó	1.200	141	207	1	1				
Emili Darder	1.270	247	103	3			2		
Es Banyer Alaior	582	101	41					1	
Es Pla Sineu	571	152	51				1		
Es Trencadors	1.367	119	137					1	
Es Viver	1.185	127	143	1	8				
Escola Graduada	1.113	57	80		5		1	1	
Felanitx	927	134	29				2	1	
Ferrieres	152	25	0						
Formentera	143	16	56		1				
Inca	2.174	307	222		1		1		1
Llevant	933	210	26					2	
Llucmajor	1.166	126	53		1			1	1
Manacor	1.664	131	168		1	1	1	1	
Marines Muro	963	160	66				1		
Martí Serra	1.176	181	114					2	
Muntanya	540	56	53						
Nuredduna Artà	360	26	6		1		2		
Palmanova	874	91	43		1				
Pere Garau	1.237	111	143	2	4			1	2
Pollença	643	58	23						1
Porto Cristo	551	51	69						
Rafal Nou	1.333	180	69		1		2		1
Sant Agustí	496	59	23		2				
Sant Antoni	1.872	140	294	3	4				1
Sant Jordi	359	31	61						
Santanyí	417	49	37						
Serra Nord	871	146	77						
S'Escorxador	1.473	219	118						1
Son Cladera	592	99	43				1		
Son Ferriol	896	36	58	1			2		
Son Gotleu	1.503	164	130						
Son Pisà	1.420	132	78		4			2	
Son Rutlan	800	95	92		3		1		
Son Serra	1.209	134	127		2				
Sta. Catalina	794	127	49		3				1
Sta. Eulària	1.114	174	198	4	4		1		
Sta. Maria	842	136	40						
T. S. Miquel	597	209	28						
Tramuntana	342	25	5						1
Valldargent	599	96	37						
Verge del Toro	593	143	57		1		1		
Vila	743	93	80	2	5				1
Vilafranca	875	54	63		1				
Xaloc Campos	801	128	27		3		2		
Total	53.467	6.772	4.572	22	73	2	30	14	12

Dia (Diarrea); Vari (varicel·la); I.Gon: Infecció gonocòccica; Disent (disenteria bacil·lar); FEM: (Febre exantemàtica mediterrània); FRP (Febre recurrent per paparres); M.Mening (malaltia meningocòccica).

Taula 10 (b).- MDO a les Illes Balears, 2010. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos.
(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	MI Haem	TB Resp	TB alt	Xar	Rub	Parot	T. fer	Hep A	Hep B	Hep C
A. Bennàssar		7				1			1	3
Alcúdia		2								1
Andratx		2							1	1
Binissalem		3		4		1		2		
C.Mar Ponent				2		1			1	
Calvià			1	3				1		2
Camp Redó		6	1			1				1
Can Misses		2	1			10				1
Can Pastilla		1		3						
Capdepera										
Ciutadella			1			1		1		
Coll d'en Rabassa		4								
DS Joan. Maó		2	1			1				
Emili Darder		8	1						1	1
Es Banyer Alaior			2							
Es Pla Sineu										
Es Trencadors		1	1					1		
Es Viver		4	2			5			1	2
Escola Graduada		5	1			1			1	1
Felanitx										
Ferrieres								1		
Formentera		2								
Inca		2	1	1		1		33		6
Llevant			2					1		
Llucmajor		5						1		
Manacor		2							1	
Marines Muro		3				3			2	1
Martí Serra		2	1							1
Muntanya		1	1							
Nuredduna Artà										
Palmanova		3	1						1	
Pere Garau		6				2			2	1
Pollença								1	1	
Porto Cristo		1								
Rafal Nou		5				1				1
Sant Agustí			1						1	1
Sant Antoni		4	4			5			1	5
Sant Jordi						2				
Santanyi										
Serra Nord								1		
S'Escorxador			1	3		2				
Son Cladera		2	1	1						
Son Ferriol		2	1	2	1					
Son Gotleu		7				1			1	
Son Pisà		1	1			1			1	2
Son Rutlan		1					1			1
Son Serra		3	1					1		3
Sta. Catalina		2	1						1	
Sta. Eulària		2	2			69				4
Sta. Maria		1	1	1						
T. S. Miquel		1						2		
Tramuntana										
Valldargent										
Verge del Toro	1		2			1				
Vila		2	2			4			2	2
Vilafranca								3	2	
Xaloc Campos		1								
Total	1	108	36	20	1	114	1	49	22	41

MI Haem (MI Haemophilus); TB Resp (Tuberculosi respiratòria); TB alt (altres tuberculosi); Xar (Xarampiò); Rub (Rubèola); Parot (Parotiditis); T fer (Tos ferina); Hep (hepatitis)

Taula 10 (c).- MDO a les Illes Balears, 2010. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos.
(No inclou les dades de Paràlisi Flàccida Aguda, sida i diagnòstics d'infecció per VIH)

	Legio	Leish	Bruc	Palud	MCJ	H. Zòster	MI Str. Pneu	Sif.Con	MI Str. Pyog
A. Bennàssar						97	1		
Alcúdia	3					42			
Andratx						26			
Binissalem	1	1		1		31			1
C.Mar Ponent						57			
Calvià	4					49	3		
Camp Redó	1					80	1		
Can Misses	2					54	3		
Can Pastilla						39	2		
Capdepera	2					41	2		
Ciutadella	1					78	4		
Coll d'en Rabassa		1				52			
DS Joan. Maó	2		1			64	12		
Emili Darder						73	3		
Es Banyer Alaior						26	2		
Es Pla Sineu						44			
Es Trencadors	1					59	1		
Es Viver	1					35			
Escola Graduada	1					65	1	1	
Felanitx	1					52	2		
Ferrerries	1					16	3		
Formentera						8			
Inca	1	1				92	1		
Llevant	1					32	3		
Llucmajor	1	1				53			
Manacor						83	8		
Marines Muro	3					57			
Martí Serra	2					49	1		1
Muntanya		1				29			
Nuredduna Artà						27	3		
Palmanova						39			
Pere Garau						85	1	1	
Pollença						34	1		
Porto Cristo						22	1		
Rafal Nou						41			
Sant Agustí						36	1		
Sant Antoni	3	1				83	2		
Sant Jordi						19	1		
Santanyí						25	3		
Serra Nord						39	3		
S'Escorxador	2					68	2		
Son Cladera						27			
Son Ferriol	2					43			
Son Gotleu	1					65	4		
Son Pisà	2					69	2		
Son Rutlan						39			
Son Serra						55	4		
Sta. Catalina						62	1		
Sta. Eulària	1					79	2		
Sta. Maria	2	2				50	1		
T. S. Miquel						55			
Tramuntana						23			
Valldargent						41	1		
Verge del Toro	1					23	1		
Vila					1	43	1		
Vilafranca						65	7		
Xaloc Campos	1					38	3		
Total	44	8	1	1	1	2.778	98	2	2

Legio (Legionel·losi); Leish (leishmaniosi); Bruc (brucel·losi); Palud (paludisme); MCJ (malaltia de Creutzfeldt-Jakob); MI Str. Pneu (Malaltia invasiva Str. Pneumoniae); MI Str. (Malaltia invasiva Str. Pyogenes); Sif.Con (Sifilis congènita)

Taula 11.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2005-2010. Distribució per illes i dades de Palma, en nombres absoluts. Comparació amb el quinquenni anterior (índex epidèmic, IE).

Any	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears
2005	14.825	25.938	3.025	3.890	32.865
2006	15.352	27.105	3.676	4.101	34.882
2007	15.914	27.364	3.256	3.896	34.516
2008	14.876	26.247	2.075	3.621	31.943
2009	19.278	39.251	4.033	5.752	49.041
2010	21.078	43.224	3.918	6.325	53.467
IE	1,37	1,59	1,20	1,62	1,55

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

Taula 12.- Febre exantemàtica mediterrània a les Illes Balears, 2001-2010. Distribució per illes i Palma. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos					Taxa				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
2001	10	23	1	0	24	2,9	3,3	1,3	0,0	2,7
2002	6	18	3	1	22	1,7	2,5	3,8	0,9	2,4
2003	5	16	0	1	17	1,4	2,1	0,0	0,9	1,8
2004	13	23	1	1	25	3,5	3,0	1,2	0,9	2,6
2005	8	26	1	0	27	2,1	3,3	1,2	0,0	2,7
2006	14	27	2	0	29	3,7	3,4	2,3	0,0	2,9
2007	19	43	6	0	49	5,0	5,3	6,6	0,0	4,8
2008	10	35	1	0	36	2,5	4,1	1,1	0,0	3,4
2009	7	22	2	0	24	1,7	2,6	2,1	0,0	2,2
2010	10	28	1	1	30	2,5	3,2	1,1	0,7	2,7

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

Taula 13.- Febre recurrent per paparres a les Illes Balears, 2001-2010. Distribució per illes i Palma. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos					Taxes				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
2001	7	14	0	0	14	2,0	2,0	0,0	0,0	1,6
2002	14	30	1	1	32	3,9	4,1	1,3	0,9	3,5
2003	6	30	0	0	31	1,6	4,0	0,0	0,0	3,3
2004	3	3	0	1	4	0,8	0,4	0,0	0,9	0,4
2005	1	3	0	0	3	0,3	0,4	0,0	0,0	0,3
2006	1	1	0	0	1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1
2007	1	2	0	0	2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,2
2008	20	21	0	3	24	5,0	2,5	0,0	2,2	2,2
2009	0	4	1	0	5	0,0	0,5	1,1	0,0	0,5
2010	5	13	1	0	14	1,2	1,5	1,1	0,0	1,3

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

Taula 14.- Grip a les Illes Balears, 2010. Casos quadrisetmanals i taxa global per 100.000 habitants. Distribució per illes i Palma.

Període quadrisetmanal	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
1	346	862	80	106	1.048
2	237	570	99	100	769
3	195	396	25	58	479
4	120	300	23	52	375
5	101	245	20	32	297
6	51	126	22	15	163
7	43	94	8	14	116
8	75	163	10	34	207
9	66	186	18	39	243
10	93	234	33	32	299
11	161	378	37	69	484
12	233	449	53	53	555
13	782	1.578	86	73	1.737
Total casos	2.503	5.581	514	677	6.772
Taxa	618,5	642,2	544,6	474,8	612,3

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

Taula 15.- Grip a les Illes Balears, 2001-2010. Casos i taxes anuals per 100.000 habitants

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Casos	12.778	31.860	22.965	7.970	19.022	4.655	9.679	10.736	28.607	6.772
Taxes	1.454	3.474	2.424	835	1.935	465	939	1.001	2.611	612

Taula 16.- Varicel·la a les Illes Balears, 2001-2010. Distribució per illes i Palma, en nombre absolut de casos i taxes per 100.000. Comparació amb el quinquenni 2005-2009 (índex epidèmic, IE).

Any	Casos					Taxa				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears
2001	2.612	5.486	366	1.045	6.897	753,3	781,3	486,1	1.032,5	785,0
2002	1.898	3.014	563	860	4.440	529,5	412,4	714,5	800,8	484,2
2003	2.143	4.122	148	434	4.715	583,5	547,0	182,6	385,1	497,7
2004	2.525	4.705	870	837	6.427	684,3	620,0	1.049,8	738,4	673,0
2005	1.097	1.937	175	620	2.736	291,9	249,0	201,9	522,7	278,3
2006	2.131	3.867	405	322	4.594	568,2	489,0	458,0	264,2	459,4
2007	739	1.395	324	943	2.662	192,9	171,3	359,1	747,6	258,5
2008	2.095	3.680	275	381	4.336	528,3	434,9	297,5	283,9	404,2
2009	1.809	4.136	432	825	5.393	450,8	479,6	460,0	593,0	492,3
2010	1.593	3.237	363	972	4.572	393,6	372,5	384,6	681,6	413,4
IE	0,37	0,88	1,12	1,57	1,05					

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

Taula 17.- Hepatitis A a les Illes Balears, 2010
Casos per grups d'edat i sexe.

Grup d'edat	homes	dones	Total
< 15	11	10	21
15-24	0	2	2
25-34	4	6	10
≥ 35	9	7	16
Total	24	25	49

Taula 18.- Hepatitis B a les Illes Balears, 2010. Edat i sexe dels malalts: síntesi de les dades.

	homes	dones	total
casos	19	3	22
mitjana d'edat	39,8	31,7	38,7
DE	10	5	10
mediana	39	33	36
min	18	25	18
max	55	37	55

Taula 19.- Infecció gonocòccica a les Illes Balears, any 2010. Distribució per grup d'edat i sexe.

Grup d'edat	Home	Dona	Total	%
<25	3	0	3	13,6%
25-34	8	1	9	40,9%
35-44	5	0	5	22,7%
45-54	4	1	5	22,7%
55-64	0	0	0	0,0%
> 64	0	0	0	0,0%
Total	20	2	22	100%

Taula 20.- Legionel·losi a les Illes Balears, 2001-2010. Casos per illa.

	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Desconegut	Total Illes Balears
2001	31	3	3	1	38
2002	31	1	13	0	45
2003	46	10	7	1	64
2004	31	4	10	1	46
2005	32	4	6	1	43
2006	26	6	12	0	44
2007	47	2	3	2	54
2008	81	6	17	0	104
2009	48	4	9	0	61
2010	32	5	7	0	44

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
<=14	0	0	0
15-24	0	0	0
25-34	2	0	2
35-44	6	1	7
45-54	2	0	2
55-64	12	1	13
65-74	7	5	12
>=75	6	2	8
TOTAL	35	9	44

Taula 22.- Leishmaniosi a les Illes Balears, 2010. Variables bàsiques dels casos

Àmbit de detecció	Subnotificat	Sexe	Edat	Tipus	Lesió	Zona de risc	Classificació
CS Sant Antoni	si	dona	4	cutània	única	Sant Antoni	Confirmat
H.Son Espases Pediatria	no	dona	8	visceral	-	Coll den rabassa	Confirmat
H.Son Llätzer Dermatologia	no	home	47	cutània	única	Marratxí	Confirmat
H.Son Llätzer Dermatologia	no	home	64	cutània	única	Sta. Maria	Probable
CS Lluçmajor	no	dona	64	cutània	única	Algaida	Confirmat
H.Son Espases M. interna	si	dona	67	cutània	múltiple	Inca	Confirmat
CS Sta. Maria	si	dona	68	cutània	única	Sta. Eugènia	Probable
H.Son Llätzer Dermatologia	no	dona	71	cutània	única	Binissalem	Confirmat

Edat en anys a tots els casos

Taula 23.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2001-2010. Casos i taxes per 100.000 habitants.

	Casos				Taxa			
	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
2001	15	1	0	16	2,1	1,3	0,0	1,8
2002	21	6	1	28	2,9	7,6	0,9	3,1
2003	17	0	7	24	2,3	0,0	6,2	2,5
2004	20	1	1	22	2,6	1,2	0,9	2,3
2005	14	1	6	21	1,8	1,2	5,1	2,1
2006	11	1	3	15	1,4	1,1	2,5	1,5
2007	13	1	5	19	1,6	1,1	4,0	1,8
2008	13	1	4	18	1,5	1,1	3,0	1,7
2009	17	1	2	20	2,0	1,1	1,4	1,8
2010	9	1	2	12	1,0	1,1	1,4	1,1
	Taxa mitjana				1,9	1,7	2,5	2,0

Taula 24.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2010. 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	3	3	6
5 a 14 anys	1	0	1
15 a 64 anys	3	1	4
més de 64 anys	0	1	1
Total	7	5	12
<i>Taxa 0-14 anys</i>			4,2
<i>Taxa majors de 14 anys</i>			0,5

Taula 25.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2010. Distribució de serogrupos per grup d'edat.

grups d'edat	B	C	Altres sg	No conegut	Total
fins 1 any	2	0	0	0	2
1 a 4	2	0	0	2	4
5 a 14	0	0	0	1	1
15 a 24	1	0	0	0	1
Més de 24	4	0	0	0	4
Total	9	0	0	3	12

Taula 26.- Malaltia invasora per *Haemophilus influenzae* a les Illes Balears, 2001-2010. Resum de variables dels casos.

Casos del període	11
Casos confirmats	11
Homes	4
Casos pediàtrics (menors de 15 anys)	4
Rang d'edat (casos pediàtrics)	8 mesos-9 anys
Vacunats (casos pediàtrics)	3
Rang d'edat dels vacunats (casos pediàtrics)	8-23 mesos
Rang d'edat (casos no pediàtrics)	55-86 anys
Promig d'edat (casos no pediàtrics)	71 anys
Mediana d'edat (casos no pediàtrics)	77 anys
Vacunats (casos no pediàtrics)	0

Nota: Anys 2005-2008 sense casos detectats

Taula 27.- Malaltia invasiva per *Streptococcus pneumoniae* a les Illes Balears, 2010. Distribució per grup d'edat i sexe.

Grup d'edat	Home	Dona	Total	%
< 15 anys	8	4	12	12,2%
15 - 64 anys	19	14	33	33,7%
> 64 anys	30	23	53	54,1%
Total	57	41	98	100,0%

Taula 28.- Parotiditis a les Illes Balears, 2001-2010. Distribució per illes i Palma. Taxes per 100.000 habitants.

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total IB
2001	1,7	15,0	5,3	5,9	13,1
2002	4,5	3,6	1,3	8,4	3,9
2003	3,3	2,0	2,5	16,0	3,7
2004	2,4	4,2	4,8	114,7	17,4
2005	3,7	5,4	1,2	401,3	52,8
2006	2,7	3,4	0,0	20,5	5,2
2007	4,7	5,4	2,2	52,3	10,9
2008	2,5	2,6	5,4	6,0	3,3
2009	4,7	3,4	1,1	1,4	2,9
2010	2,7	1,8	3,2	66,6	10,3

Taula 29.- Parotiditis a les Illes Balears, 2010. Casos, taxes i estat vacunal per grup d'edat. Taxes

edat	Vacunació				Total	Taxa
	Completa	Incompleta	No vacunat	No consta		
menys de 2 anys	-	-	2	-	2	8,4
2 a 6 anys	9	1	1	3	14	23,7
7 a 14 anys	41	2	7	6	56	66,0
15 a 24	26	1	3	1	31	25,9
més de 24	1	-	7	3	11	1,3
Total	77	4	20	13	114	10,3
Percentatge	67,5	3,5	17,5	11,4	-	-

Notes: (1) es considera vacunació completa si du el nombre de dosis que correspon a l'edat: 1 dosi entre els 15 mesos i els 6 anys, 2 dosis els majors de 6 anys; (2) els menors de 2 anys estaven per sota de l'edat de l'administració de la 1a. dosi

Taula 30.- Sífilis a les Illes Balears, 2001-2010. Casos i taxes per illes i Palma. Taxes per 100.000.

	Casos					Taxa				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
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	9,2
2009	55	71	7	20	98	13,7	8,2	7,5	14,4	8,9
2010	39	48	2	23	73	9,6	5,5	2,1	16,1	6,6

Taula 31.- Sífilis a les Illes Balears, any 2010. Distribució per grup d'edat i sexe.

Grup d'edat	Home	Dona	Total	Percentatge
< 25 anys	8	1	9	12,3%
25 - 34 anys	19	6	25	34,2%
35 - 44 anys	26	3	29	39,7%
45 - 54 anys	5	2	7	9,6%
55 - 64 anys	1	0	1	1,4%
> 64 anys	2	0	2	2,7%
Total	61	12	73	100,0%

Taula 32.- Sífilis a les Illes Balears, any 2010. Informació epidemiològica

	N	%
Tipus de relació sexual de risc		
Parelles múltiples	25	34,2
No consta	33	45,2
Consum de drogues		
No n'ha consumit mai	35	47,9
No consta	34	46,6
Estat serològic VIH		
No consta / No realitzat	17	23,2
Positiu	11	15,1
Presència d'altres malalties de transmissió sexual		
No consta	26	41,1
Sí	3	4,1
Embaràs (N = 12 dones)		
Sí	2	16,7
No	9	75,0
No consta	1	8,3

Taula 33.- Tos ferina a les Illes Balears, 2001-2010. Incidència anual en nombre absolut de casos. Distribució per illes i Palma.

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
2001	7	7	0	2	9
2002	3	3	0	0	3
2003	0	0	0	0	0
2004	10	14	0	2	16
2005	9	10	0	0	10
2006	5	6	0	0	6
2007	0	0	0	0	0
2008	2	2	1	6	9
2009	2	3	0	0	3
2010	1	1	0	0	1

Taula 34.- Tuberculosi a les Illes Balears, 2001-2010. Casos i taxes per illes i Palma . Taxes per 100.000.

	Casos					Taxes				
	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
2001	69	122	6	25	153	19,9	17,4	8,0	24,7	17,4
2002	75	120	3	32	156	20,9	16,4	3,8	29,8	17,0
2003	79	138	6	35	183	21,5	18,3	7,4	31,1	19,3
2004	100	140	8	44	201	27,1	18,4	9,7	38,8	21,0
2005	78	133	12	35	182	20,8	17,1	13,8	29,5	18,5
2006	75	112	10	46	169	20,0	14,2	11,3	37,7	16,9
2007	94	160	6	21	192	24,5	19,6	6,6	16,6	18,6
2008	101	151	9	31	191	25,5	17,8	9,7	23,1	17,8
2009	102	145	7	28	180	25,4	16,8	7,5	20,1	16,4
2010	70	109	8	27	144	17,3	12,5	8,5	18,9	13,0

Nota: Hi ha anys amb casos amb illa no coneguda

Taula 35.- Tuberculosi a les Illes Balears, 2010. Casos i taxes per sexe i grup d'edat. Taxes per 100.000 habitants.

	Casos			Taxa		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0 a 4 anys	1	4	5	3,2	14,0	8,4
5 a 9 anys	1	0	1	3,5	0,0	1,8
10 a 14 anys	0	1	1	0,0	4,0	1,9
15 a 24 anys	3	8	11	4,9	13,5	9,2
25 a 34 anys	23	19	42	22,7	19,8	21,3
35 a 44 anys	16	11	27	15,6	11,8	13,8
45 a 54 anys	21	10	31	27,0	13,2	20,2
55 a 64 anys	10	2	12	17,0	3,4	10,2
65 a 74 anys	3	1	4	7,7	2,4	4,9
més de 74 anys	7	3	10	24,3	6,7	13,6
Total	85	59	144	15,3	10,7	13,0

Taula 36.- Malaltia de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) a les Illes Balears, 1993-2010.
 Nombre de comunicacions investigades i casos anuals, distribuïts per diagnòstic definitiu i any de diagnòstic.

Any de diagnòstic	Casos investigats	MCJ confirmada	MCJ probable	MCJ possible	Total MCJ	Casos descartats
1993	1	1	0	0	1	0
1994	2	1	1	0	2	0
1996	1	0	0	0	0	1
1997	1	0	1	0	1	0
1999	1	1	0	0	1	0
2000	1	0	1	0	1	0
2001	1	0	0	0	0	1
2002	1	1	0	0	1	0
2003	1	0	0	0	0	1
2004	1	0	0	0	0	1
2005	3	0	2	0	2	1
2008	1	0	1	0	1	0
2009	4	2	1	1	4	0
2010	1	0	1	0	1	0
Total	20	6	8	1	15	5

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

Taula 37.- Paràlisi flàccida aguda (PFA) a les Illes Balears. Casos detectats des del principi del pla d'eradicació de la poliomièlitis. Variables bàsiques.

Data inici paràlisi	Edat	Sexe	Dosis VPO ¹	Vacunació ²	Diagnòstic definitiu	Classificació	Notificació
des-99	10 anys	home	5	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
jul-00	14 anys	dona	5	Correcta	Mielitis transversa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
jun-00	2 anys	dona	3	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Manacor
sep-00	2 anys	home	4	Correcta	Paràlisi etiologia desconeguda	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría CS St. Antoni
sep-00	3 anys	home	3	Incompleta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Manacor
sep-01	2 mesos	dona	1	Correcta	S. Werning Hoffman	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
mar-02	1 any	home	3	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
oct-02	17 mesos	dona	3	Correcta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No polio)	Microbiologia H Son Espases
mai-04	5 anys	dona	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría P. Miramar
feb-05	22 mesos	home	3	Incompleta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría C. Rotger
nov-04	14 mesos	home	2	Incompleta	Poliomièlitis	Poliomièlitis associada a VOP (virus Sabin 2)	Pediatría H Son Espases
oct-06	3 anys	dona	3	Correcta	Mielitis difusa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
des-06	16 mesos	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
jul-07	13 mesos	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
set-07	9 anys	home	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
abr-08	6 anys	dona	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Microbiologia H Son Espases
nov-08	5 anys	home	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
nov-08	9 anys	dona	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	CMBD H Manacor
oct-08	12 anys	dona	5	Correcta	Mielitis transversa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Llätzer
feb-09	2 anys	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
mai-09	5 anys	home	2	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Llätzer
jul-09	14 mesos	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Can Misses
gen-10	9 anys	dona	4	Correcta	Causes psicològiques	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Llätzer
mar-10	8 anys	dona	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
gen-10	4 anys	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Son Espases
set-10	19 mesos	dona	0	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría CS Ciutadella
feb-10	10 anys	dona	3	Incompleta	Mielitis transversa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatría H Can Misses

(1) VPO: vacuna de la poliomièlitis oral.

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

Taula 38.- Sistema d'informació de nous diagnòstics de VIH a les Illes Balears, 2003-2010. Fonts d'Informació. Inclou els casos subnotificats. Actualització: 31/12/2010.

	Casos	%		Casos	%		Casos	%
H Son Llàtzer	253	22,8	CS Trencadors	9	0,8	H d'Alcúdia	3	0,3
H Son Espases	215	19,3	CS Rafal Nou	9	0,8	CS Canal Salat	2	0,2
H Manacor	48	4,3	CS Sant Antoni	8	0,7	CS Es Banyer	2	0,2
H Can Misses	34	3,1	CS Son Serra	8	0,7	CS Felanitx	2	0,2
CS Son Gotleu	33	3,0	P. Miramar	8	0,7	CS Llucmajor	2	0,2
H. d'Inca	32	2,9	CS Santa Eulalia	7	0,6	CS Marti Serra	2	0,2
CS Can Misses	28	2,5	CS Son Ferriol	7	0,6	CS Muntanya	2	0,2
H Mateu Orfila	25	2,2	CS Alcúdia	6	0,5	CS Xaloc- Campos	2	0,2
CS E. Graduada	22	2,0	CS Calvià	6	0,5	H Muro	2	0,2
CS Es Viver	21	1,9	CS S'Arenal	6	0,5	P. Verge Gracia	2	0,2
CS Son Pisà	21	1,9	CS Dalt Sant Joan	5	0,4	Metges Privats	2	0,2
CS Sant Agustí	20	1,8	CS Manacor	5	0,4	C. Penitenciari Eivissa	2	0,2
CS Vila	20	1,8	CS Tramuntana	5	0,4	CS Andratx	1	0,1
CS C. Mar-Ponent	19	1,7	CS Can Pastilla	4	0,4	CS Artà	1	0,1
Laboratoris privats	18	1,6	CS Ferreries	4	0,4	CS Binissalem	1	0,1
CS Pere Garau	17	1,5	CS Inca	4	0,4	CS Es Pla Sineu	1	0,1
CS A. Bennàssar	15	1,3	CS Son Servera	4	0,4	CS Marines-Muro	1	0,1
CS Camp Redó	15	1,3	CS Palmanova	4	0,4	CS Porto Cristo	1	0,1
CS Emili Darder	15	1,3	CS Santa Maria	4	0,4	CS Santanyí	1	0,1
CS Valldargent	14	1,3	CS Son Cladera	4	0,4	CS T. Sant Miquel	1	0,1
CS S'Escorxador	13	1,2	P NS Rosario	4	0,4	C. Rotger	1	0,1
CS C. d'en Rabassa	11	1,0	CS Formentera	3	0,3	H Joan March	1	0,1
CS Santa Catalina	11	1,0	CS Sant Jordi	3	0,3	Policlínica General Riera	1	0,1
C. Penitenciari Palma	11	1,0	CS Son Rutlan	3	0,3	Banc de Sang	1	0,1
Metges del Mon	10	0,9	CS Verge del Toro	3	0,3	CAITS	1	0,1

*M. interna (205); UCI (3); Hematologia (3); Pediatria (2); altres unitats (2)

Taula 39.- Xarampió autòcton a les Illes Balears, 2010. Resum de variables.

Casos del període	20
Homes	9 (45%)
Promig d'edat (Desviació típica)	16,1 anys (14,2)
Mediana d'edat	12 anys
Rang d'edat	4 mesos - 44 anys
Fins 15 mesos d'edat	2 (10%)
Nascuts abans del 1978	3 (15%)
Casos prevenibles	13 (65%)
Casos confirmats	20
- Per laboratori	13 (65%)
- Per vincle epidemiològic amb casos confirmats	7 (35%)
Havien rebut alguna dosi de vacuna	3
- Una sola dosi (casos confirmats)	3
- Dues dosis	0

Casos prevenibles: no vacunats amb indicació de vacunació per edat (majors de 15 mesos, nascuts a partir de 1978), professió (en especial treballadors de la sanitat) o contactes de cas.

Taula 40.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2010. Perfil epidemiològic complet.

Caràcter	n	Origen	n	Etiologia	n
Col·lectiu	9	Alimentari	6	Infeciosa	5
				Tòxica	1
				Desconeguda	0
		Hídric	1	Infeciosa	1
				Tòxica	0
				Desconeguda	0
Desconegut	2	Infeciosa	2		
		Familiar	1		
		Alimentari	1	Infeciosa	1
Tòxica	0				
Desconeguda	0				
Hídric	0				
		Desconegut	0		
Poblacional	0				
Total	10				

n= Nombre de brots

Taula 41.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2010. Variables bàsiques

Notificador	Municipi	Àmbit	NA	Vehicle	Agent
S Mèdic Privat	Palma	bar-restaurant	16	peix i marisc	Desconegut
Afectats	Calvià	bar-restaurant	4	rebosteria, pastisseria	Desconegut
CS Es Viver	Eivissa	residència ancians	61	Desconegut	Desconegut
S Mèdic Privat	Eivissa	residència ancians	11	Desconegut	Desconegut
Afectats	Palma	bar-restaurant	4	peix i marisc	Desconegut
Laboratori micro C.Juaneda	Calvià	centre escolar	31	carn i embotits	Salmonel.la Typhimurium
CS Artà	Artà	campament d'estiu	15	altres aliments	rotavirus/astrovirus
CS Son Pisà	Palma	bar-restaurant	2	peix i marisc	Desconegut
H d'Inca	Sta. Margalida	familiar	11	Desconegut	Salmonel.la sp
Afectats	Campanet	bar-restaurant	10	Aigua	E. coli

Taula 42.- Brots de transmissió no alimentària a les Illes Balears, 2010. Variables bàsiques.

Notifica	Síndrome clínica	Etiologia	Transmissió	NA	Àmbit	Illa
Metge Montuïri	Boca-Ma-Peu	Enterovirus	Fecal-Oral	4	Escolar	MA
Centre escolar	Boca-Ma-Peu	Enterovirus	Fecal-Oral	13	Escolar	MA
Centre escolar	Boca-Ma-Peu	Enterovirus	Fecal-Oral	8	Escolar	MA
CS Sóller	GEA	Virus GEA*	Fecal-Oral	52	Residència	MA
CNE/CA Catalunya	GEA	Norovirus	Fecal-Oral	37	Escolar	MA
H Son Espases	GEA	<i>Salmonella enterica</i>	Desconegut	2	Familiar	MA
Serveis mèdics residència	GEA	Virus GEA	Desconegut	30	Res. geriàtrica	MA
H Son Llätzer	Grip	Virus gripal AnH1N1	Respiratòria	38	Res. sociosanitària	MA
CS Vilafranca	Hepatitis A	V. hepatitis A	Fecal-Oral	3	Escolar	MA
Centre escolar	Hepatitis A	V. hepatitis A	Fecal-Oral	23	Poblacional	MA
CNE/HPA Escòcia	Hepatitis C	V. hepatitis C	C.Directe	3	Centre sanitari	MA
H Son Llätzer	Paludisme	<i>P. falciparum</i>	Inoculació	2	Hospital	MA
CS Santa Eulària	Parotiditis	V. parotiditis	Respiratòria	72	Escolar	EIV
Centre escolar	Parotiditis	V. parotiditis*	Respiratòria	4	Poblacional	EIV
Detecció passiva MDO	Parotiditis	V. parotiditis	Respiratòria	6	Escolar	EIV
CS Can Misses	Parotiditis	V. parotiditis*	Respiratòria	2	Familiar	EIV
CS Campos	Pneumònia	Desconeguda	Respiratòria	31	Poblacional	MA
CS Campos	Pneumònia	Desconeguda	Respiratòria	4	Poblacional	MA
H Son Espases	Pneumònia	<i>Lg. pneumophila</i> SG1	Inhalació	3	Poblacional	MA
Centre escolar	Sarna	<i>Sarcoptes scabiei</i> *	C.directe	2	Familiar	MA
CS Son Rutlan	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	C.Directe	2	Familiar	MA
CS Es Viver- H Can Misses	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	C.Directe	2	Familiar	EIV
CS Sant Antoni	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	C.Directe	2	Familiar	EIV
CS Santa Eulària	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	C.Directe	2	Familiar	EIV
H Son Espases	Tuberculosi	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Centre penitenciari	MA
H Comarcal d'Inca	Tuberculosi	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar/escolar	MA
H Son Llätzer	Tuberculosi	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar	MA
H Son Llätzer	Tuberculosi	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar	MA
H Son Llätzer	Tuberculosi	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar	MA
H Son Llätzer- CS Marines	Tuberculosi	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar	MA
H Son Llätzer	Tuberculosi	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	3	Familiar	MA
H Son Llätzer	Tuberculosi	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar	MA
H Can Misses	Tuberculosi	<i>M. tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar	EIV
H Son Llätzer	Xarampió	V. xarampió	Respiratòria	6	Poblacional	MA
CS Son Cladera	Xarampió	V. xarampió	Respiratòria	3	Familiar	MA
CS C.Mar-Ponent H S Llätzer	Xarampió	V. xarampió	Respiratòria	8	Poblacional	MA
H Son Llätzer	Xarampió	V. xarampió	Respiratòria	2	Familiar	MA
H Son Llätzer	Xarampió	V. xarampió	Respiratòria	2	Familiar	MA

Nota: NA = nombre d'afectats; CNE = Centre Nacional d'Epidemiologia; MDO = malalties de declaració obligatòria
 GEA = Gastroenteritis aguda; IRA = Infecció respiratòria aguda; C.Directe: Contacte Directe (*) No confirmat

Taula 43.- Casos importats de MDO a les Illes Balears, 2010. Distribució per malaltia i notificador.

	I.Gon	Sif	Ftif	Dis	TB	Hep a	Hep b	Hep c	Legio	Lepra	Palu	FHV	MI Str. Pneu	Total
H. Son Llätzer					1					2	9			12
H. Son Espases					1	1					6			8
PN Sra. Rosàrio						1					1	1		3
H.Muro									2				1	3
H. Can Misses			1				2							3
CS Sta. Eulària	1							1						2
CS Son Gotleu		1					1							2
CS Sant Antoni		1					1							2
CS Artà		2												2
CS Alcúdia		2												2
CS Pere Garau		1					1							2
P.Miramar				1										1
H. Mateu Orfila									1					1
CS Vilafranca		1												1
CS Valldargent		1												1
CS Son Pisà								1						1
CS Canal Salat						1								1
CS Can Pastilla		1												1
CS Algaida											1			1
CS A. Bennàssar								1						1
C. Palma-Planas			1											1
Total	1	1	2	1	2	3	5	3	3	2	17	1	1	51

I.Gon.: Infecció Gonocòccica; Sif: Sífilis; Ftif: Febre tifoide; TB: tuberculosi; Hep: hepatitis; Legio: Legionel·losi; Palu: Paludisme; FHV: Febres hemorràgiques virals; MI Str. Pneu: Malaltia invasora per *Streptococcus pneumoniae*

Taula 44.- Casos importats de MDO a les Illes Balears, 2010. Tipologia de cas.

	I.Gon	Sif	Ftif	Dis	TB	Hep a	Hep b	Hep c	Legio	Lepra	Palu	FHV	MI Str Pneu	T
Immigrant estranger	1	8			1		3	3		2				18
VFR'S											15			15
Turistes amb residència habitual a:														
- Països estrangers		1	2		1	1			3				1	9
- Illes Balears		1		1		2	2							6
- Resta d'Espanya											1	1		2
Treballador temporal a països de risc											1			1
Total	1	10	2	1	2	3	5	3	3	2*	17	1	1	51

*Lepra: Durant el 2010 s'han detectat 2 casos més però amb data d'inici de símptomes abans del 2010. (vegeu comentaris sobre Lepra a l'apartat "Malalties sotmeses a plans o registres específics").

I.Gon.: Infecció Gonocòccica; Sif: Sífilis; Ftif: Febre tifoide; TB: tuberculosi; Hep: hepatitis; Legio: Legionel·losi; Palu: Paludisme; FHV: Febres hemorràgiques virals; MI Str. Pneu: Malaltia invasora per *Streptococcus pneumoniae*

ÍNDEX DE FIGURES		
Figures		Pag
1	Diarrea infecciosa aguda. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	78
2	Diarrea infecciosa aguda. Taxes anuals. Anys 2001-2010	78
3	Febre exantemàtica mediterrània. Taxes anuals. Anys 2001-2010	79
4	Febre recurrent per paparres. Taxes anuals. Anys 2001-2010	79
5	Grip. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	80
6	Grip. Taxes quadrisetmanals. Anys 2001-2010	80
7	Grip. Temporada gripal 2009-2010 i període intertemporada. Casos i canal endemoepidèmic	81
8	Herpes zòster. Taxes específiques per grups d'edat. (Font: e-SIAP)	81
9	Varicel·la. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	82
10	Varicel·la. Taxes anuals. Anys 1982-2010	82
11	Varicel·la. Taxes específiques per grups d'edat (Font: e-SIAP)	83
12	Hepatitis A. Taxes anuals i tendència. Anys 2001-2010	83
13	Hepatitis B. Taxes anuals globals i per illes i Palma. Anys 2001-2010	84
14	Hepatitis C. Taxes anuals globals i per illes i Palma. Anys 2001-2010	84
15	Infecció gonocòccica. Taxes anuals. Anys 2001-2010	85
16	Legionel·losi. Casos per mes d'inici de símptomes. Canal endemoepidèmic	85
17	Legionel·losi. Evolució de la incidència i de variables bàsiques. Anys 2001-2010	86
18	Leishmaniosi. Casos anuals per tipus de leishmaniosi. Anys 2001-2010	86
19	Malaltia meningocòccica. Casos per temporada: 2001-2002 a 2009-2010	87
20	Malaltia meningocòccica. Taxes anuals. Anys 2001-2010	87
21	Malaltia meningocòccica. Evolució dels serogrupos. Anys 2001-2010	88
22	Malaltia meningocòccica. Serogrupos per grups d'edat. Casos acumulats: Anys 2001-2010	88
23	Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i> . Casos i taxes. Anys 2001-2010	89
24	Malaltia invasiva per <i>Streptococcus pneumoniae</i> . Casos per mes d'inici de símptomes	89
25	Parotiditis. Taxes anuals. Anys 2001-2010	90
26	Sífilis. Taxes anuals. Anys 1982-2010	90
27	Tos ferina. Taxes anuals. Anys 2001-2010	91
28	Tuberculosi. Taxes anuals globals i per illes. Tendències. Anys 2001-2010	91
29	Tuberculosi. Taxa anual segons forma clínica. Tendències. Anys 2001-2010	92
30	Tuberculosi. Taxes anuals per sexe. Tendències. Anys 2001-2010	92
31	Tuberculosi. Taxes anuals per grups d'edat. Anys 2001-2010	93
32	Nous diagnòstics VIH. Casos per any. Anys 2003-2009	93
33	Nous diagnòstics VIH. Diagnòstics tardans i infeccions recents. Tendències. Anys 2003-2009	94
34	Sida. Casos per sexe i global. Anys 2005-2009	94
35	Xarampió. Taxes anuals. Anys 2000-2010	95
36	Brots alimentaris per illa i mediana 2005-2009	95
37	Brots alimentaris. Brots total i per illa. Anys 1988-2010	96
38	Brots no alimentaris 2001-2010. Nombre anual i mediana 2005-2009	96
39	Casos importats i extracomunitaris. Paludisme i Tuberculosi. Casos per any. Anys 1990-2010	97

Figura 1.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2010
 Taxes quadrisetmanals per 100.000 i canal endemoepidèmic

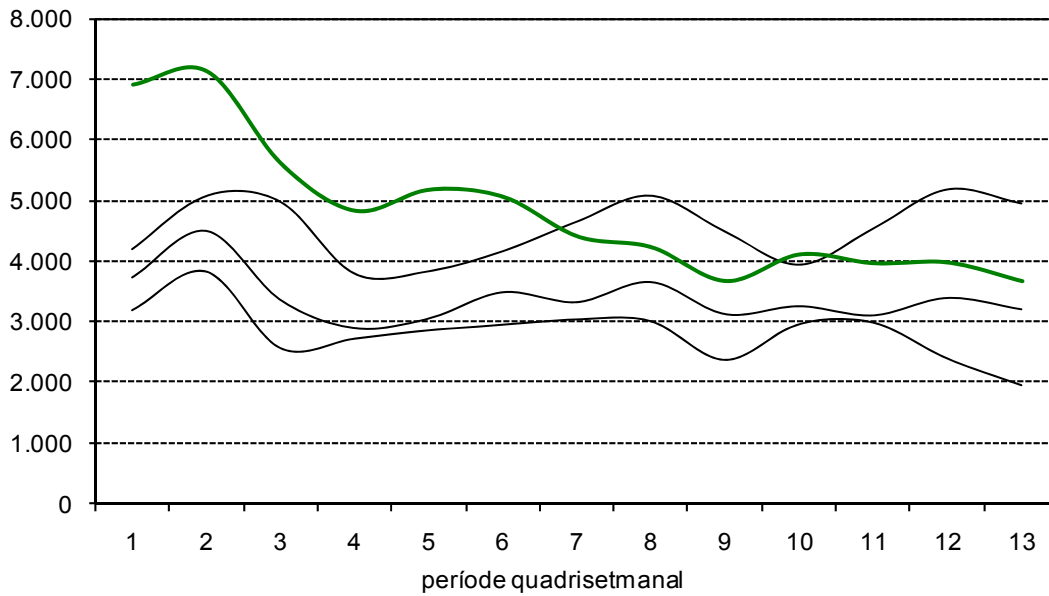


Figura 2.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2001-2010.
 Taxes per 100.000

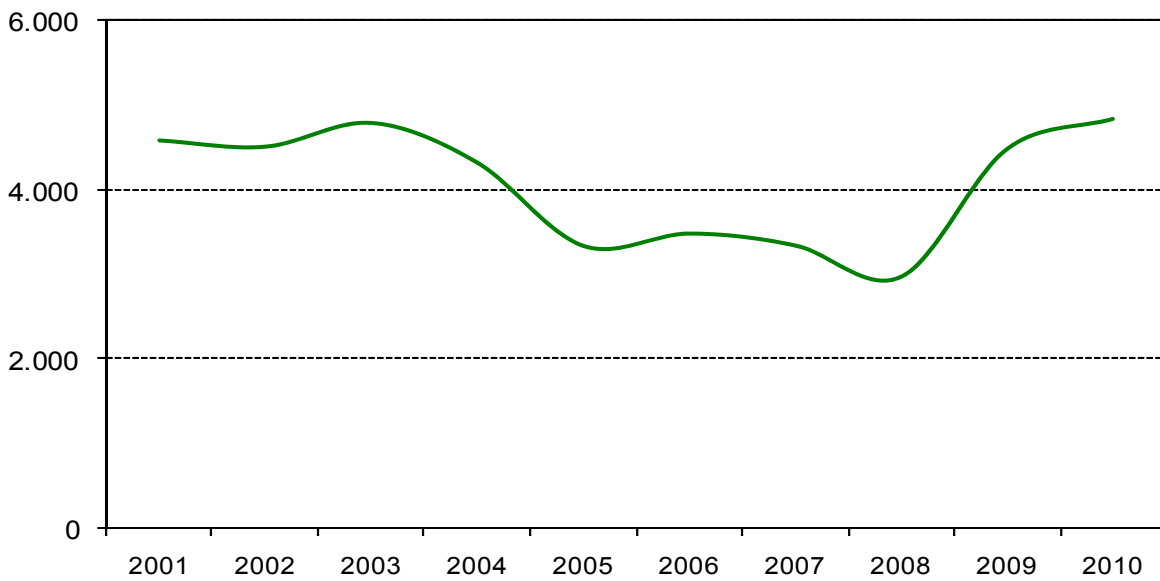


Figura 3.- Febre exantemàtica mediterrània (febre botonosa) a les Illes Balears, 2001-2010. Taxes per 100.000

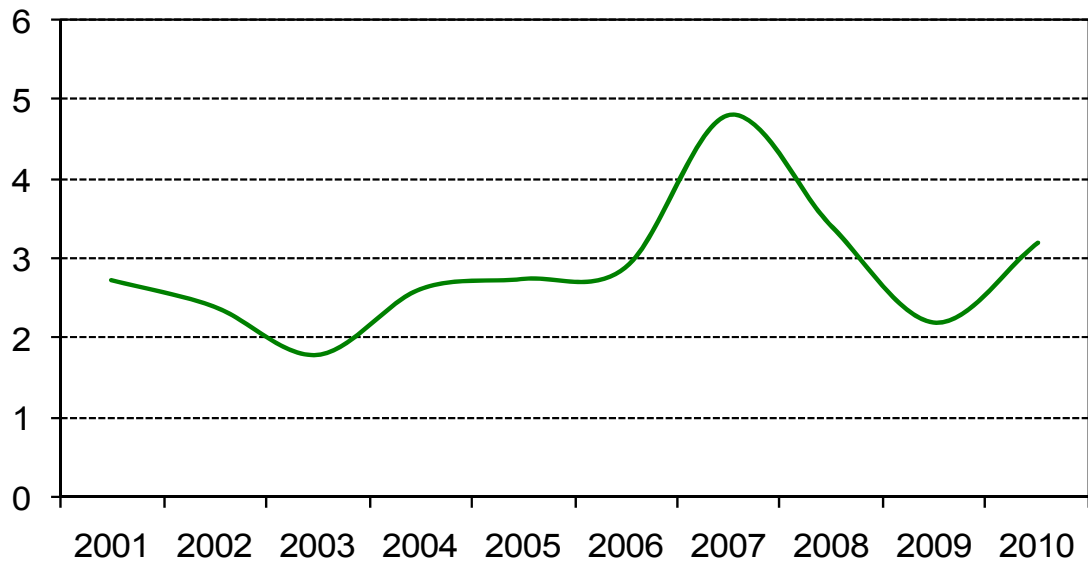


Figura 4.- Febre recurrent per paparres a les Illes Balears, 2001-2010. Taxes per 100.000

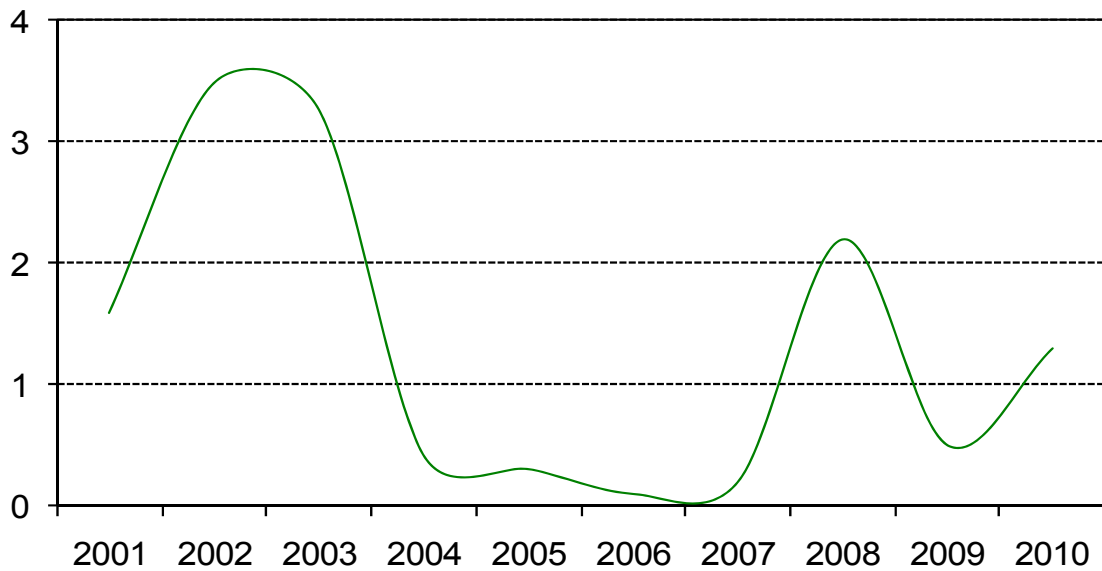


Figura 5.- Grip a les Illes Balears, 2010.
 Taxes quadrisetmanals per 100.000 i canal endemoepidèmic

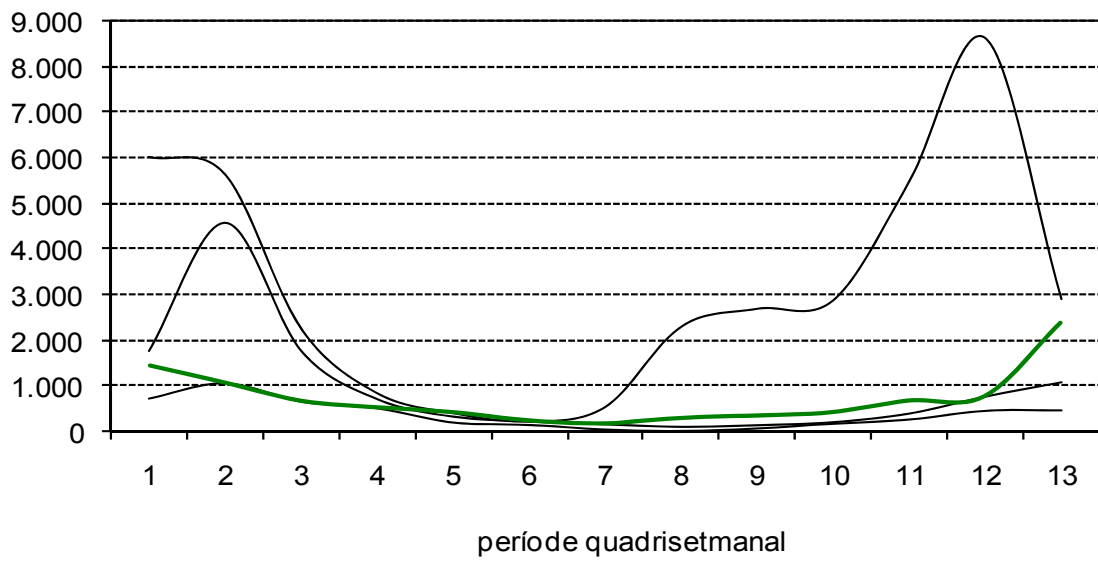


Figura 6.- Grip a les Illes Balears, 2001-2010
 Taxes quadrisetmanals per 100.000

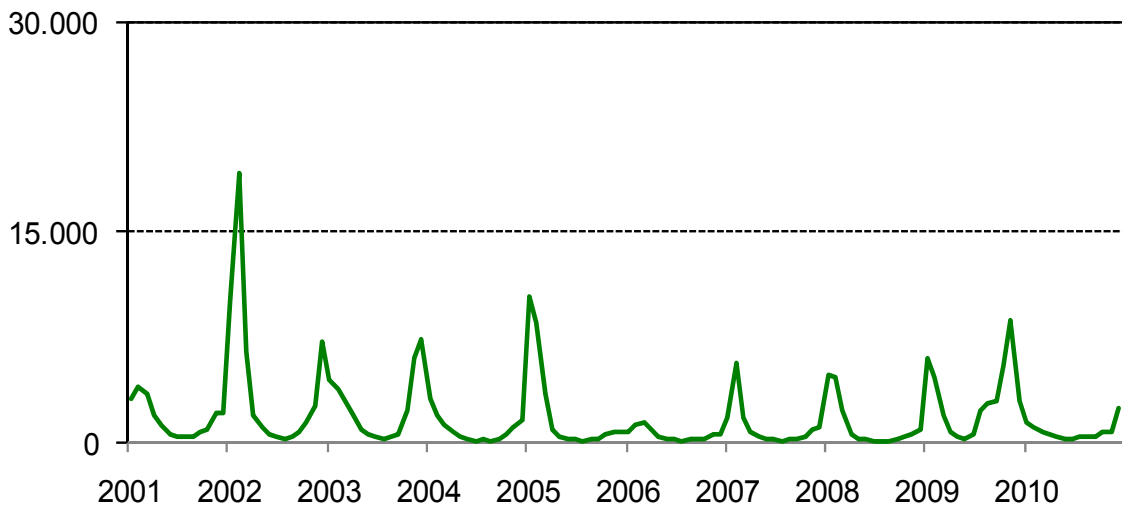


Figura 7.- Temporada gripal 2009-2010 (set 40/2009-20/2010) i període intertemporada, Illes Balears. Casos setmanals i canal endemoepidèmic

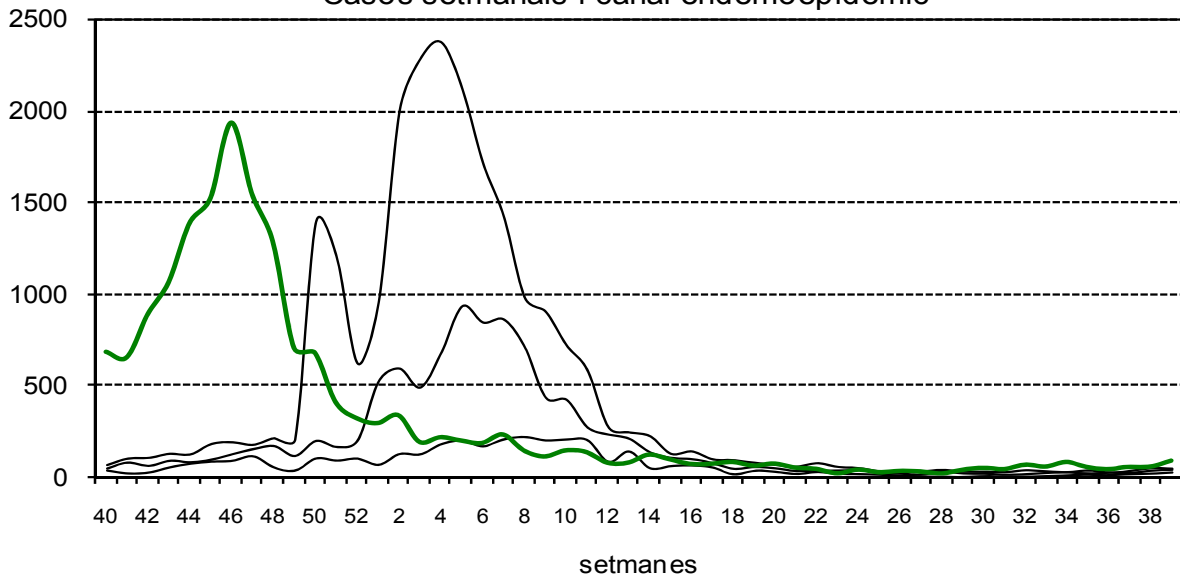


Figura 8.- Herpes zòster a les Illes Balears, any 2010. Taxes per grups d'edat (Font: e-SIAP). Taxes per 100.000

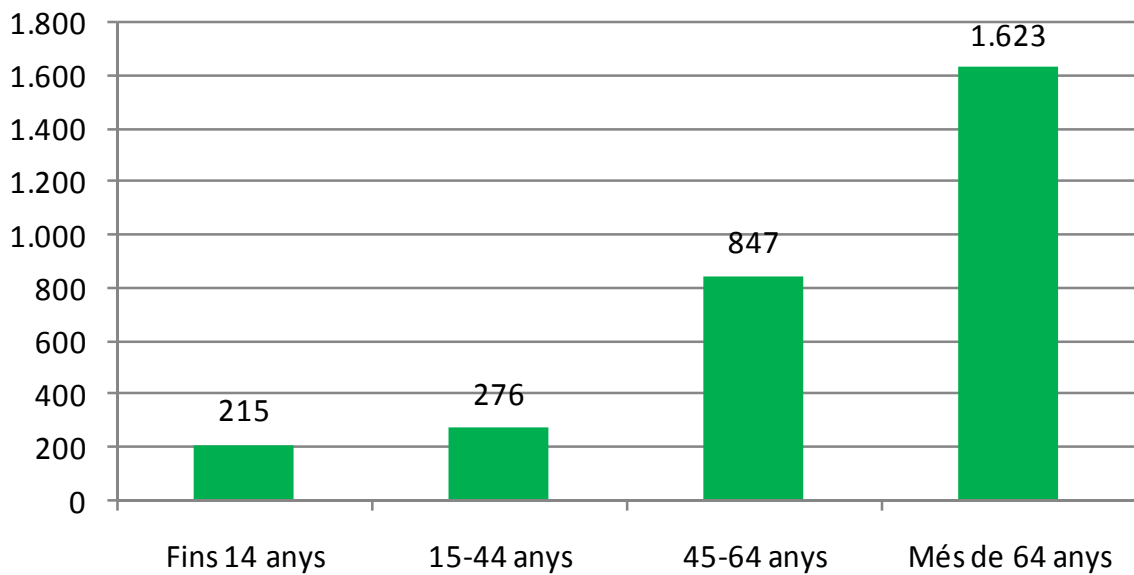


Figura 9.- Varicel·la a les Illes Balears, 2010
 Taxes quadrisetmanals per 100.000. Canal endemoepidèmic

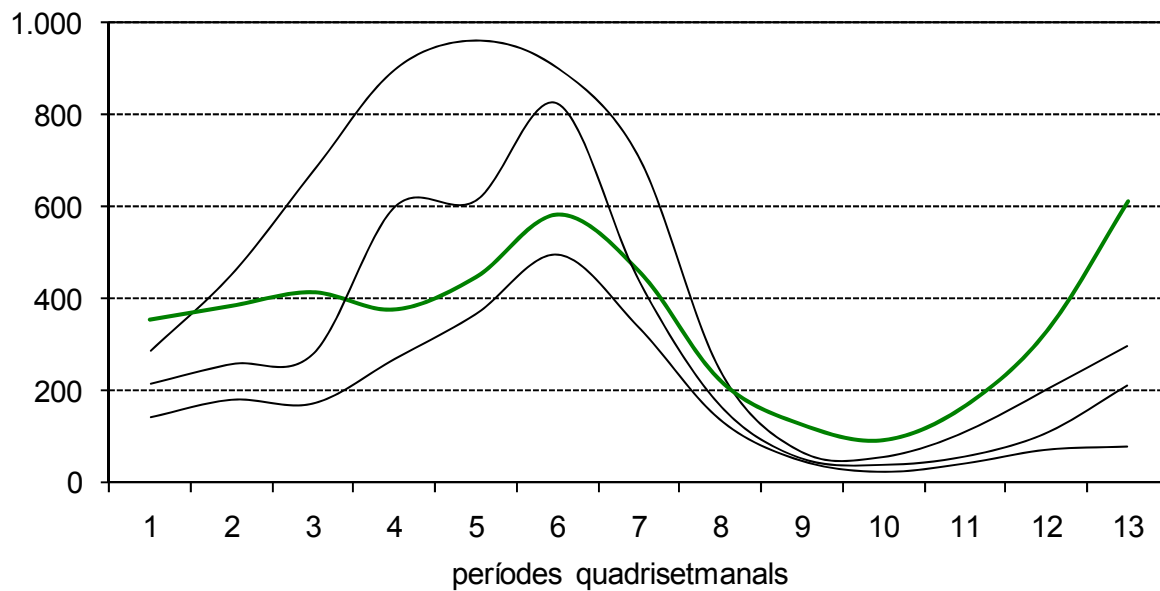


Figura 10.- Varicel·la a les Illes Balears, 1982-2010
 Taxes per 100.000

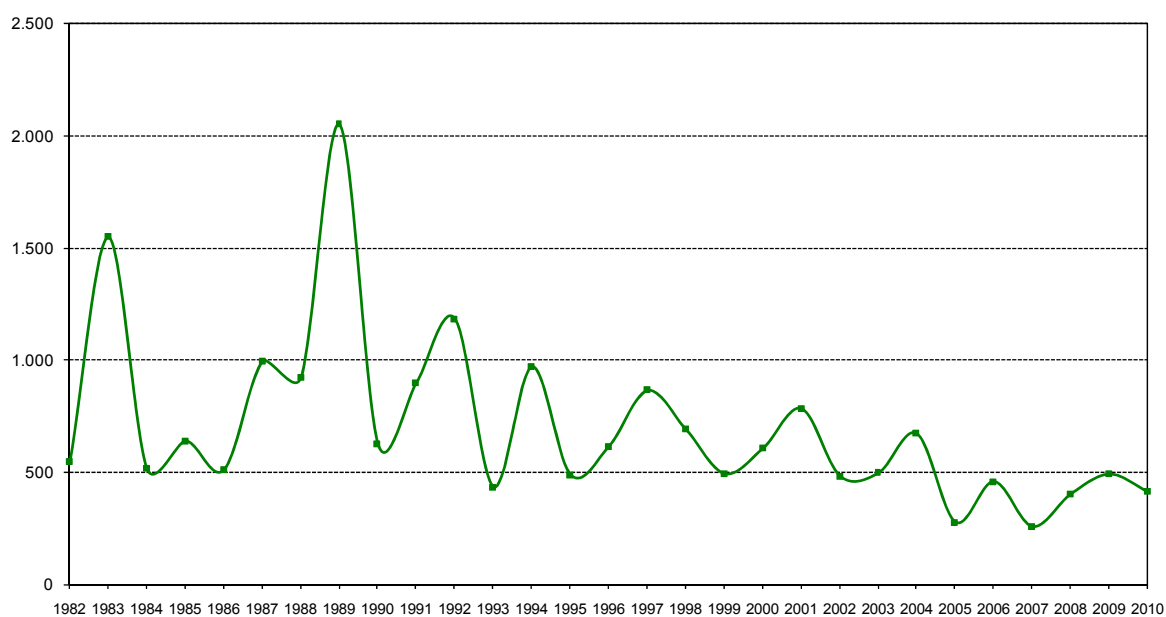


Figura 11.- Varicel·la a les Illes Balears, any 2010. Taxa específica per grups d'edat (Font: e-SIAP). Taxes per 100.000

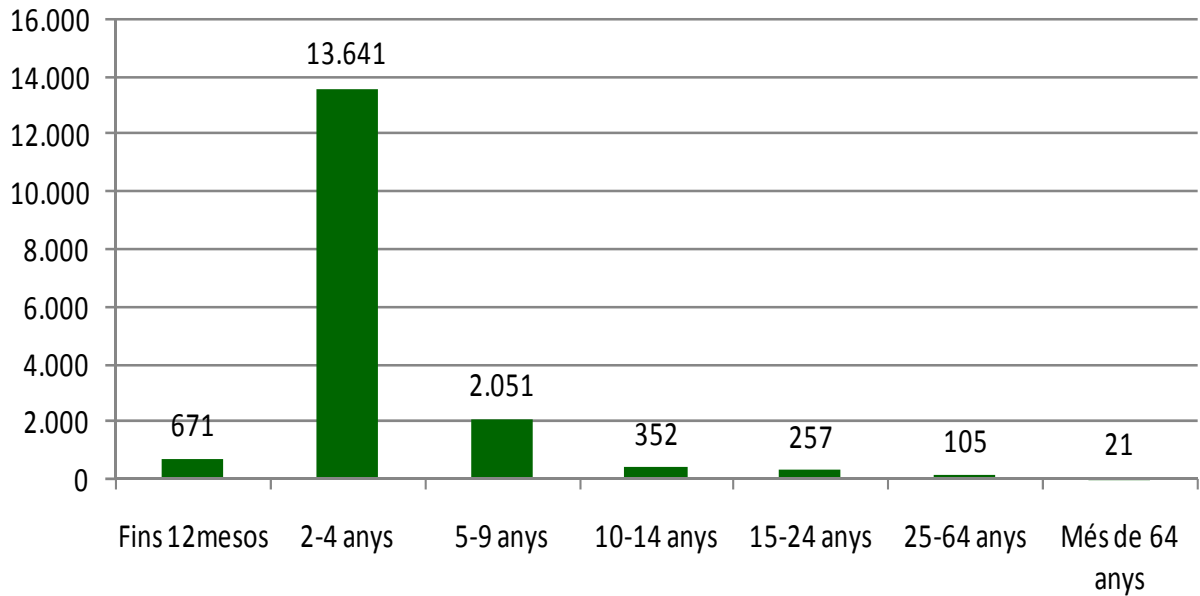


Figura 12.- Hepatitis A a les Illes Balears, 2001-2010 Taxes anuals per 100.000 i tendència

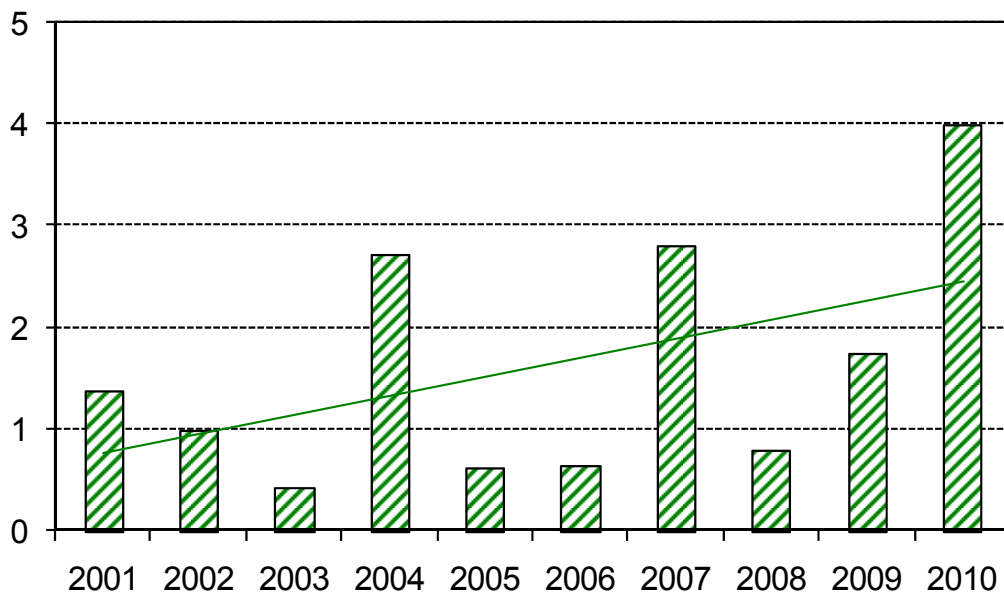


Figura 13.- Hepatitis B a les Illes Balears, 2001-2010
Taxa per 100.000

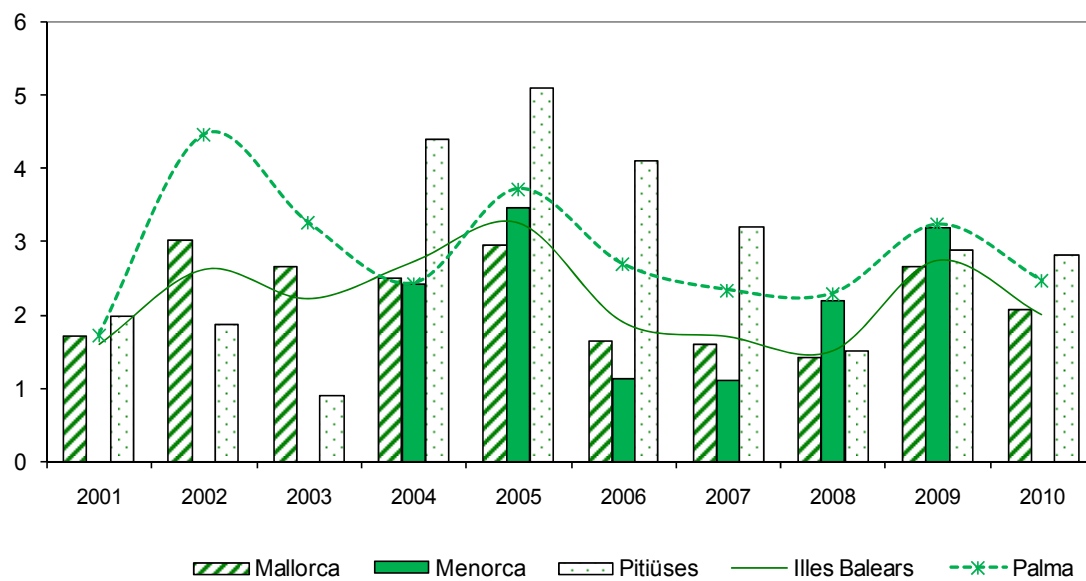


Figura 14.- Hepatitis C a les Illes Balears, 2001-2010
Taxa per 100.000

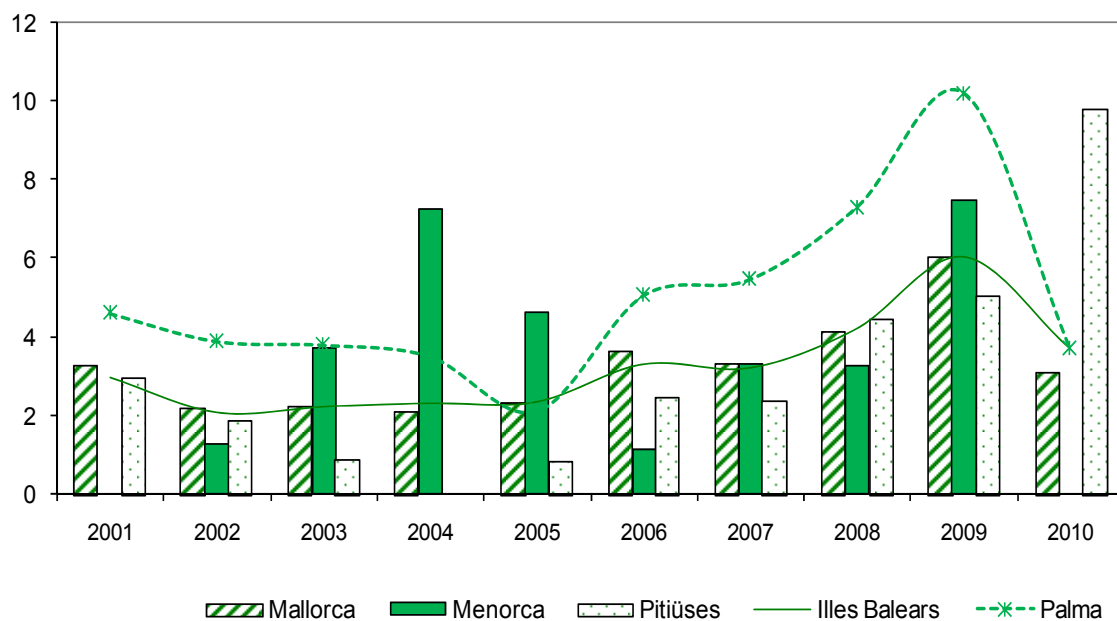


Figura 15.- Infecció gonocòccica a les Illes Balears, 2001-2010
 Taxes per 100.000

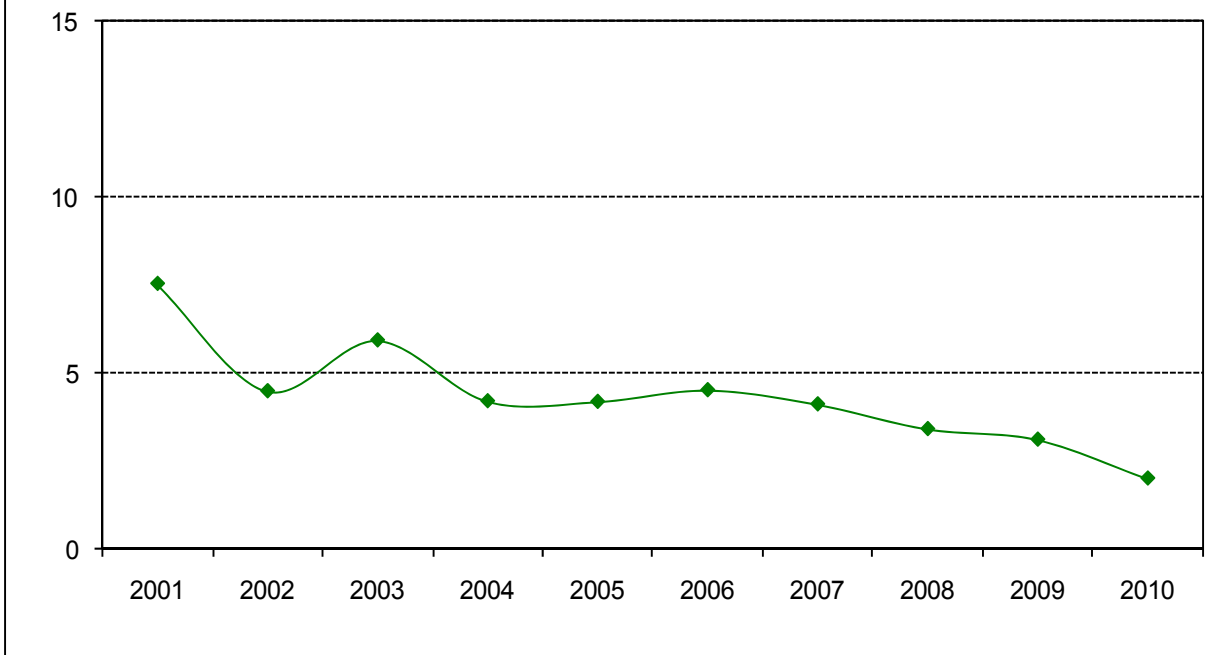
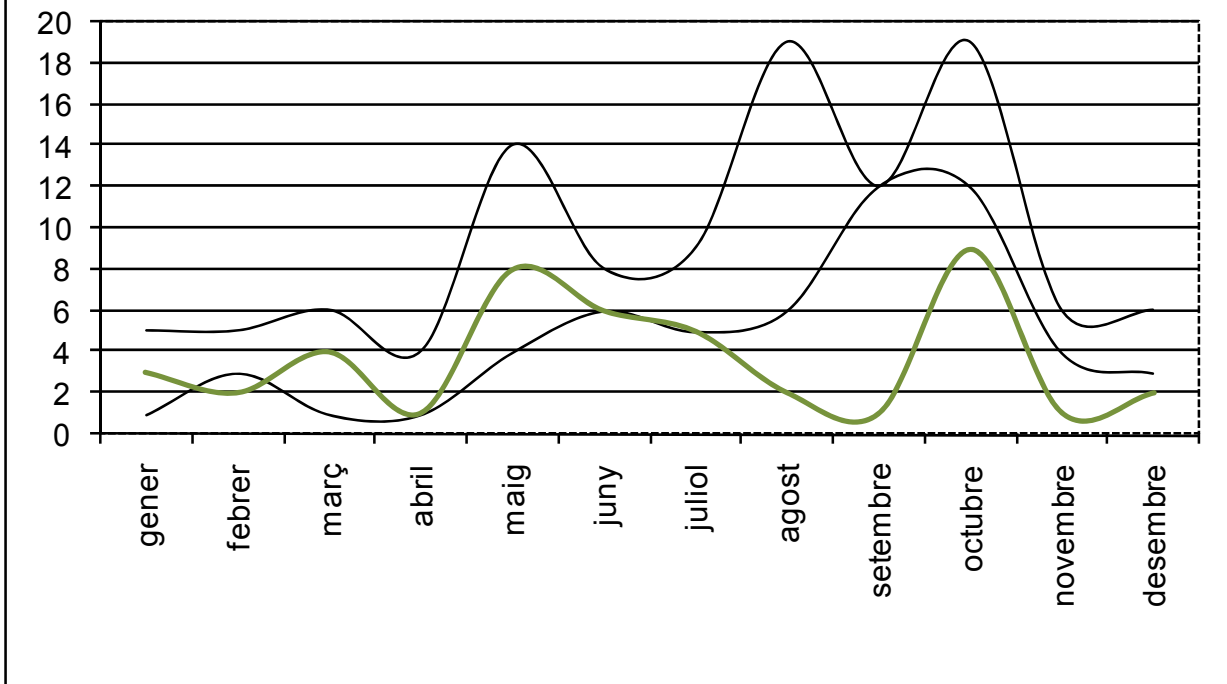


Figura 16.- Legionel·losis a les Illes Balears, 2010. Casos per mes d'inici de símptomes. Canal endèmic (màxim i mediana) 2005-2009



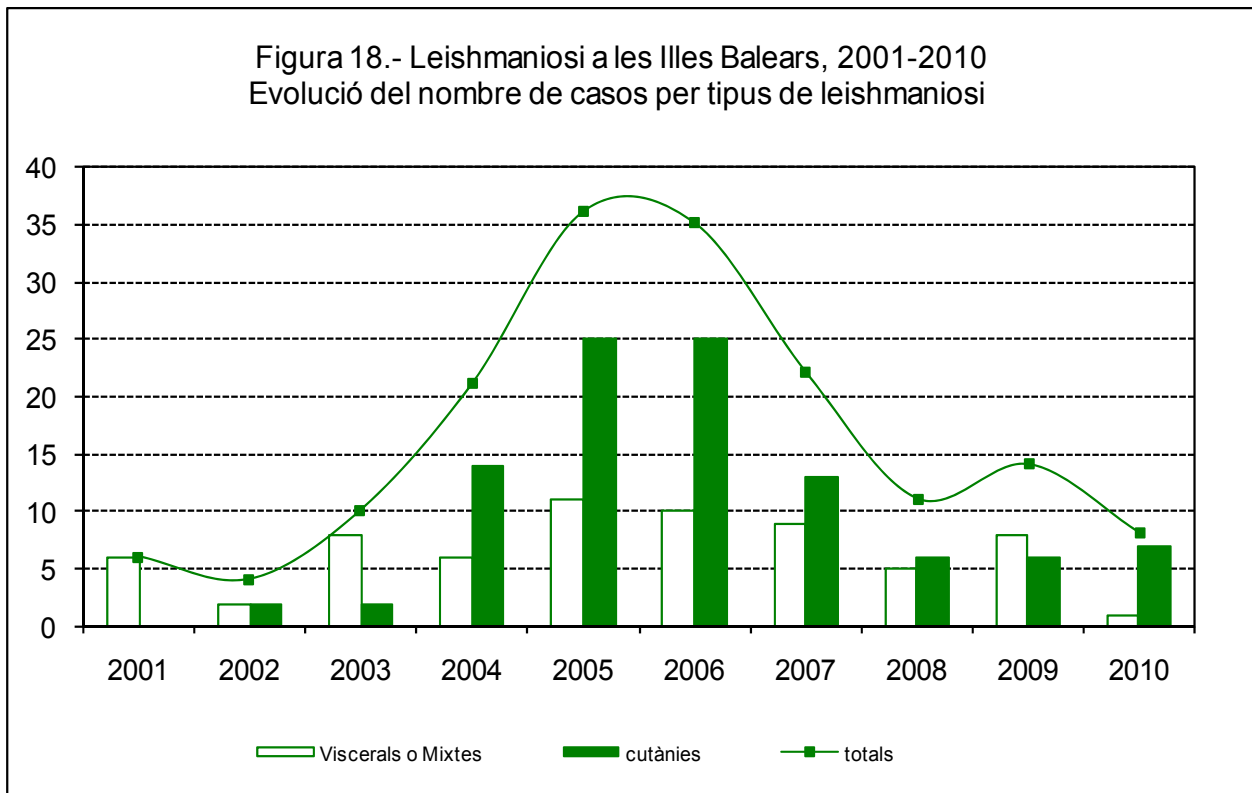
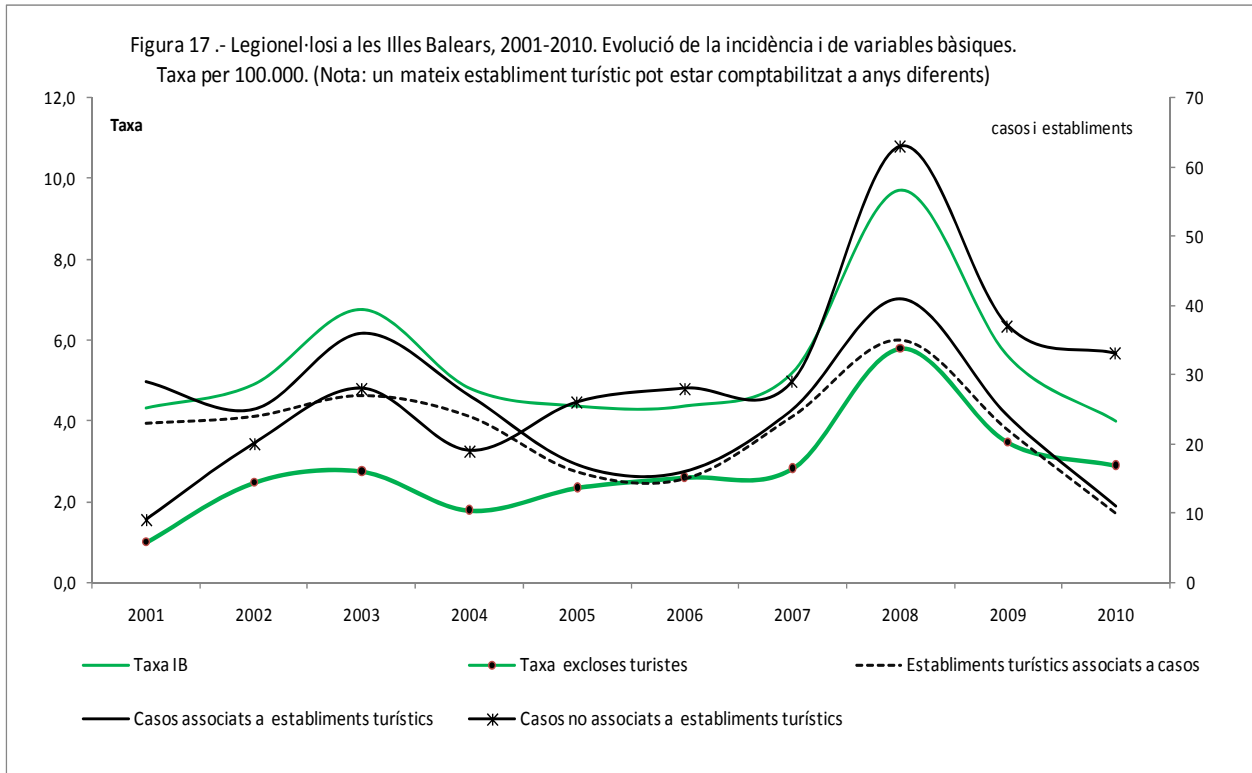


Figura 19.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2010.
Casos per temporada (setmana 41 d'un any a 40 del següent)

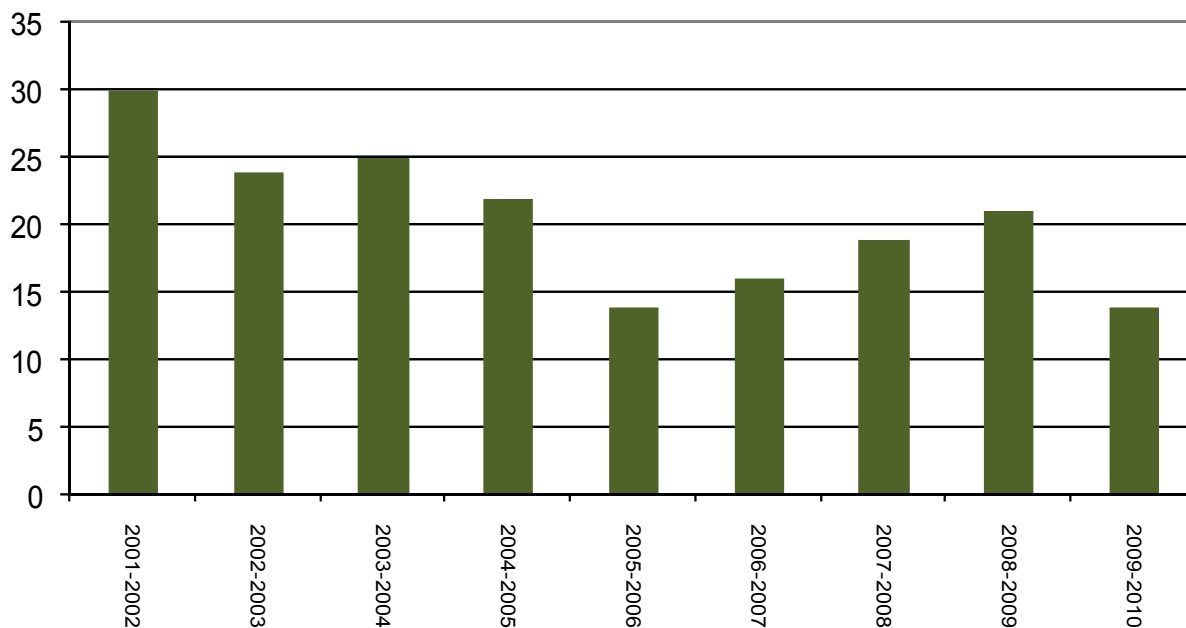


Figura 20.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears,
2001-2010. Evolució de la taxa per 100.000

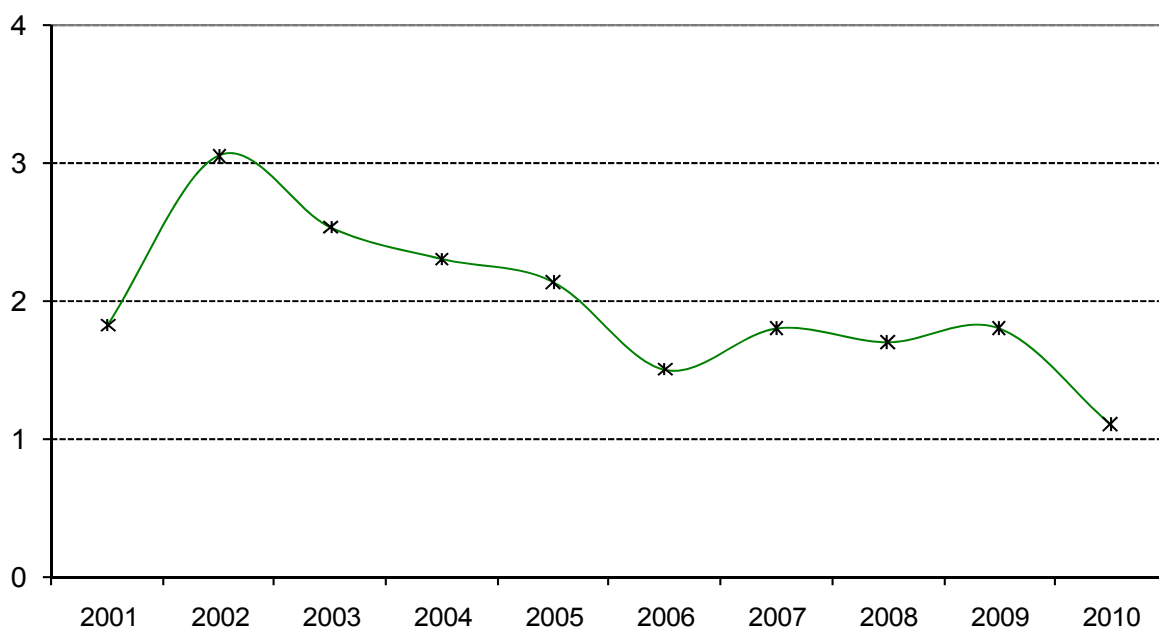


Figura 21.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2001-2010
Evolució dels casos per serogrup B i C (2010: cap serogrup C detectat)

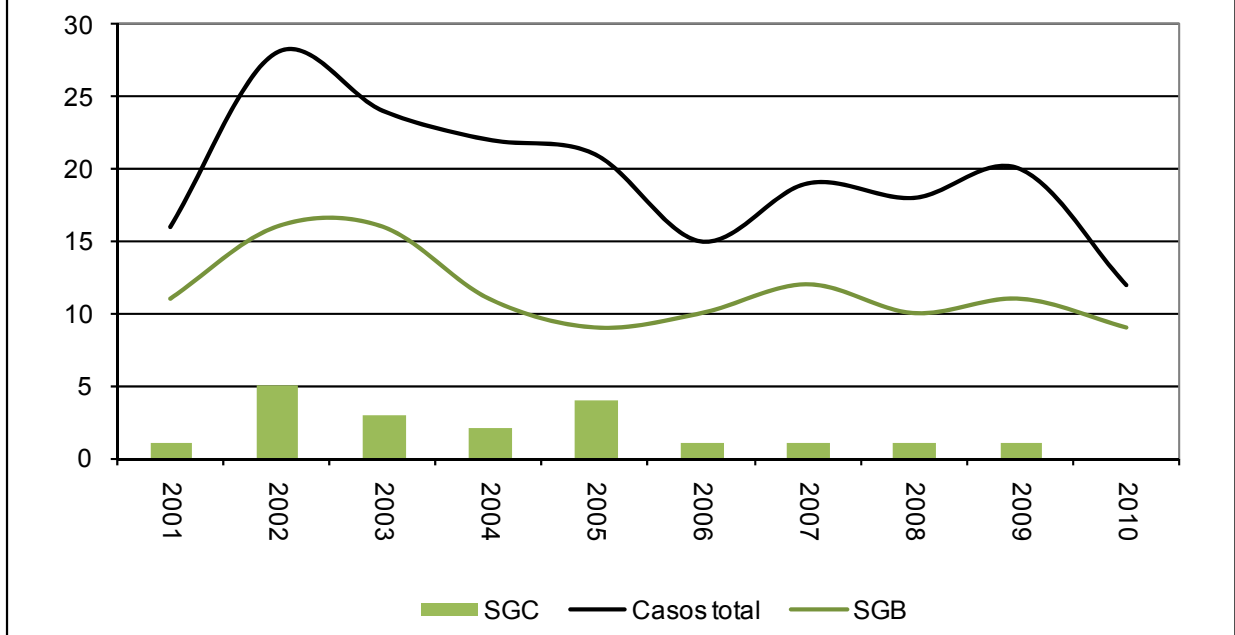
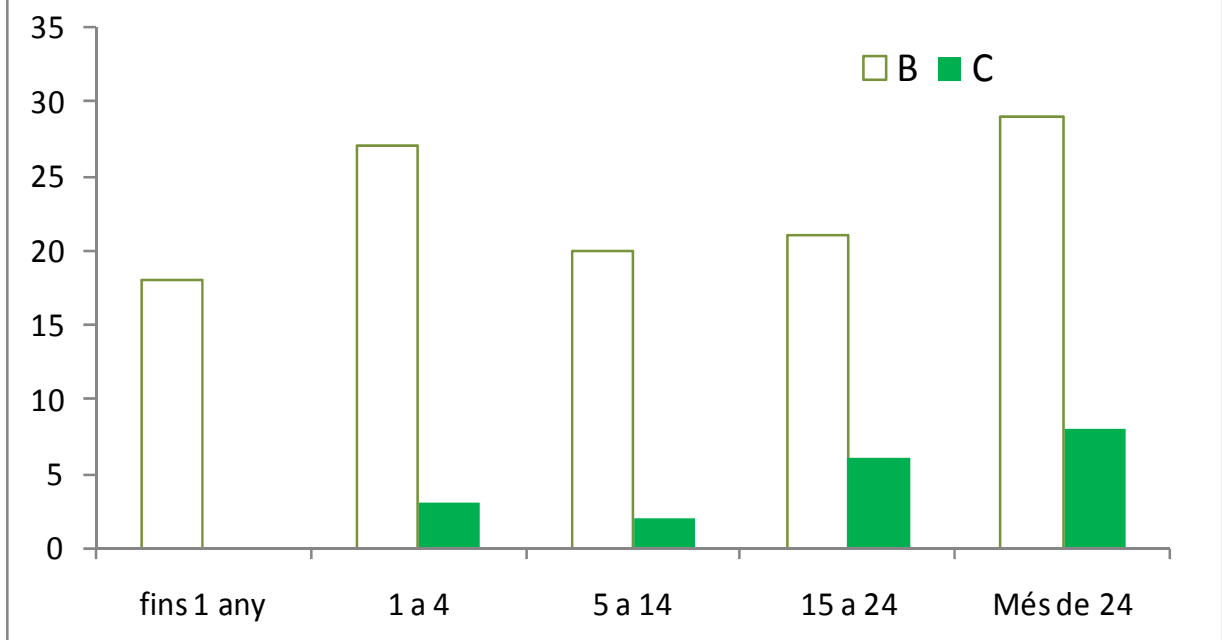


Figura 22.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2001-2010. Serogrup B i C per grups d'edat



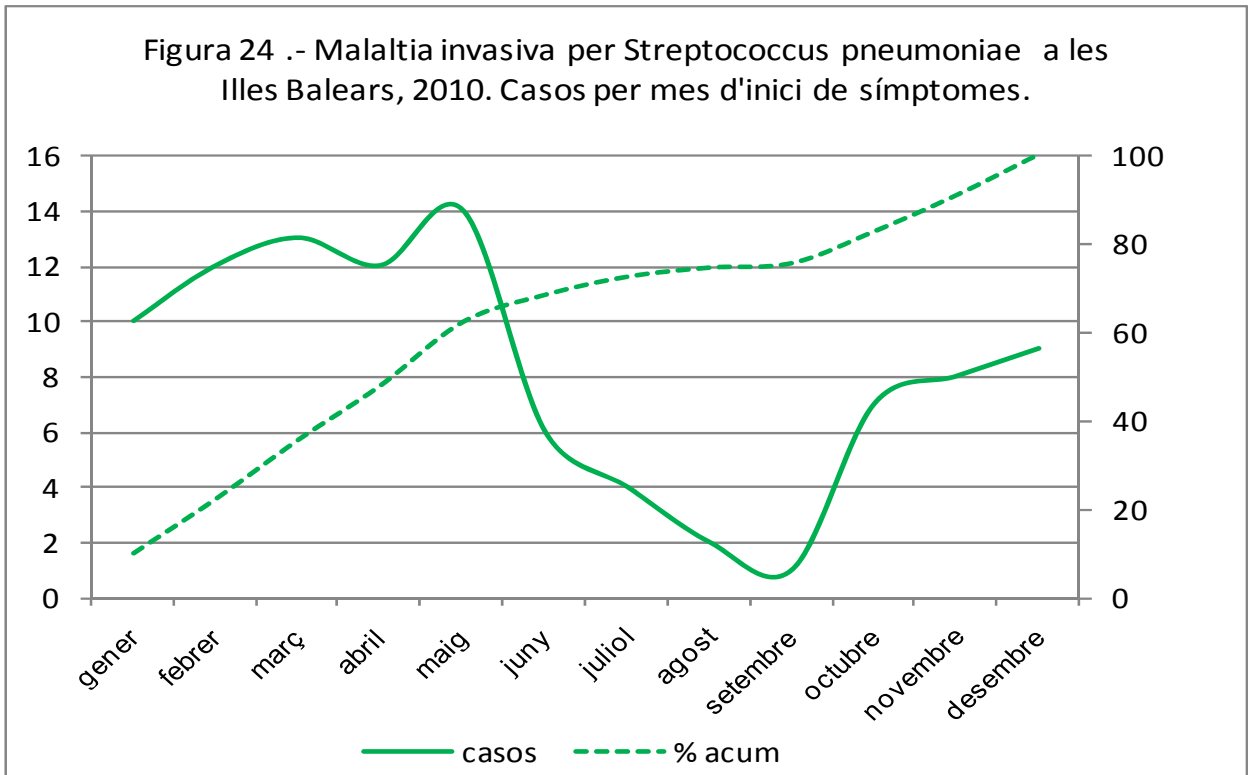
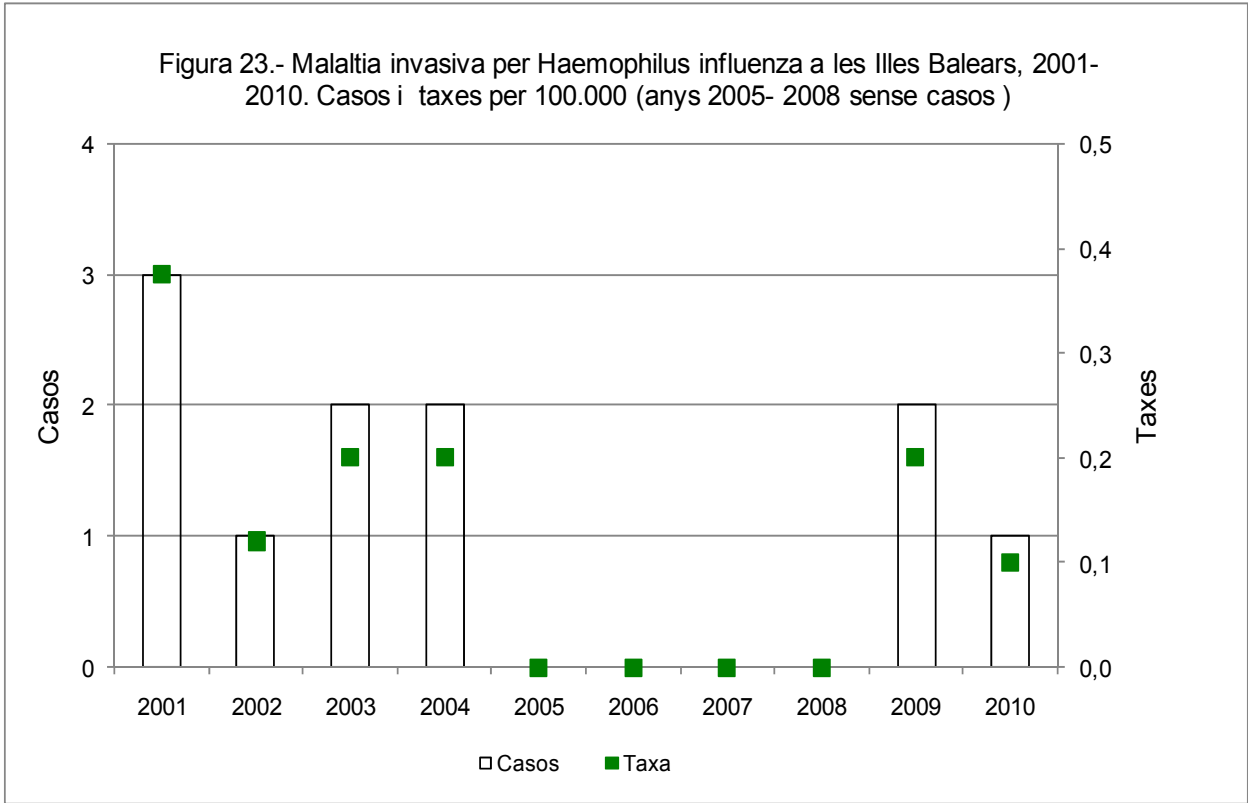


Figura 25.- Parotiditis a les Illes Balears, 2001-2010.
Evolució de la taxa per 100.000

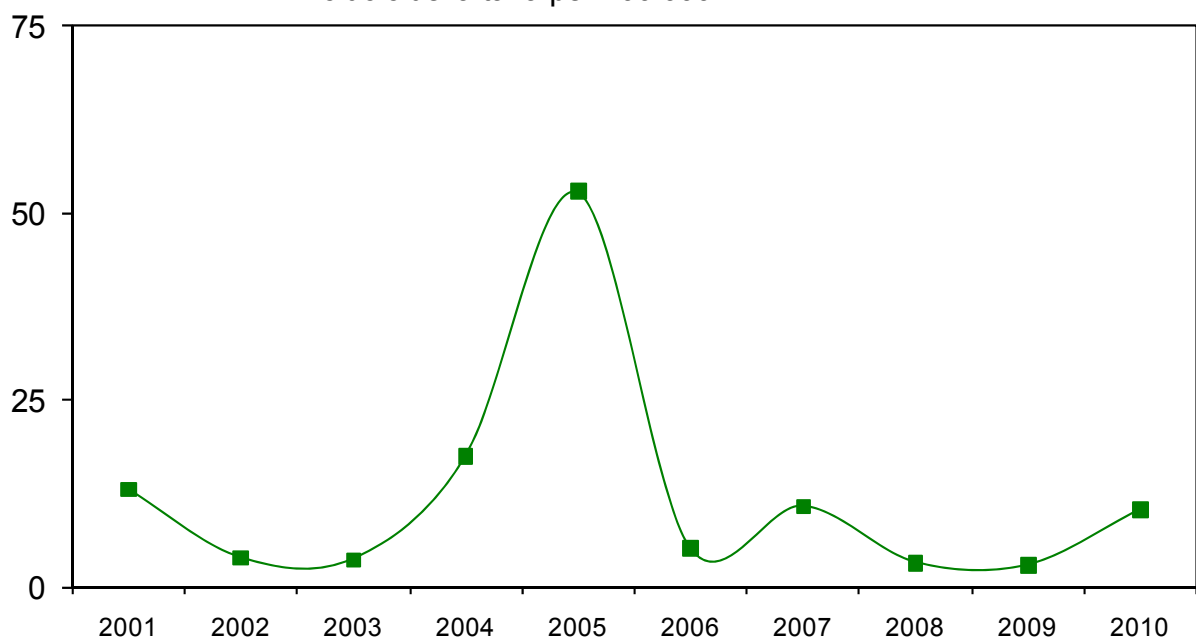


Figura 26.- Sífilis a les Illes Balears, sèrie històrica 1982-2010
Taxes per 100.000

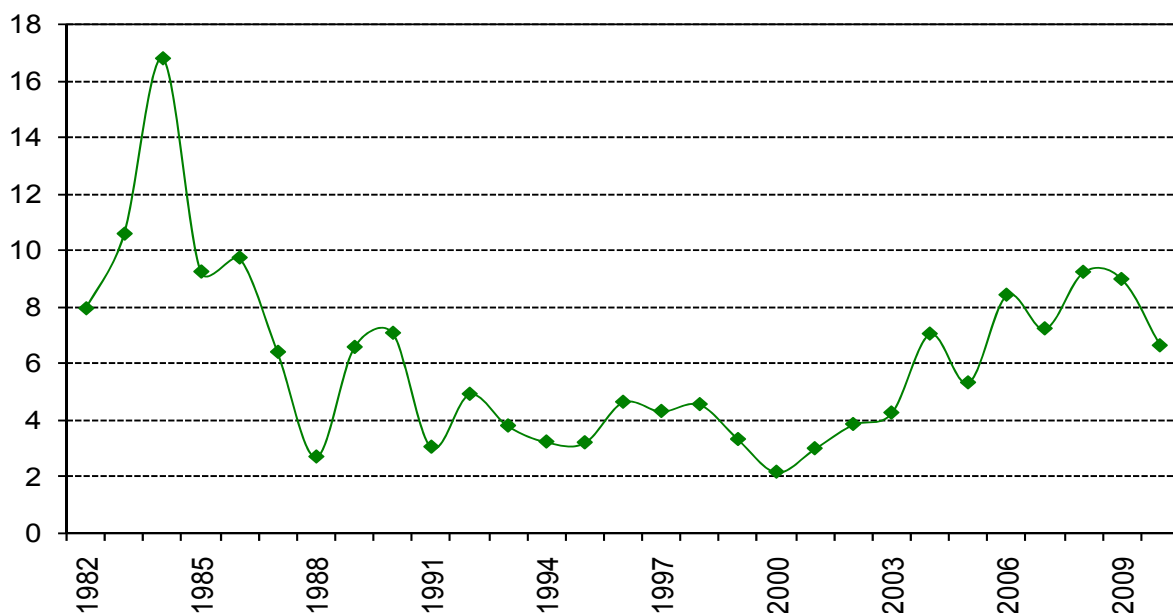


Figura 27.- Tos ferina a les Illes Balears, 2001-2010
Evolució de la taxa per 100.000

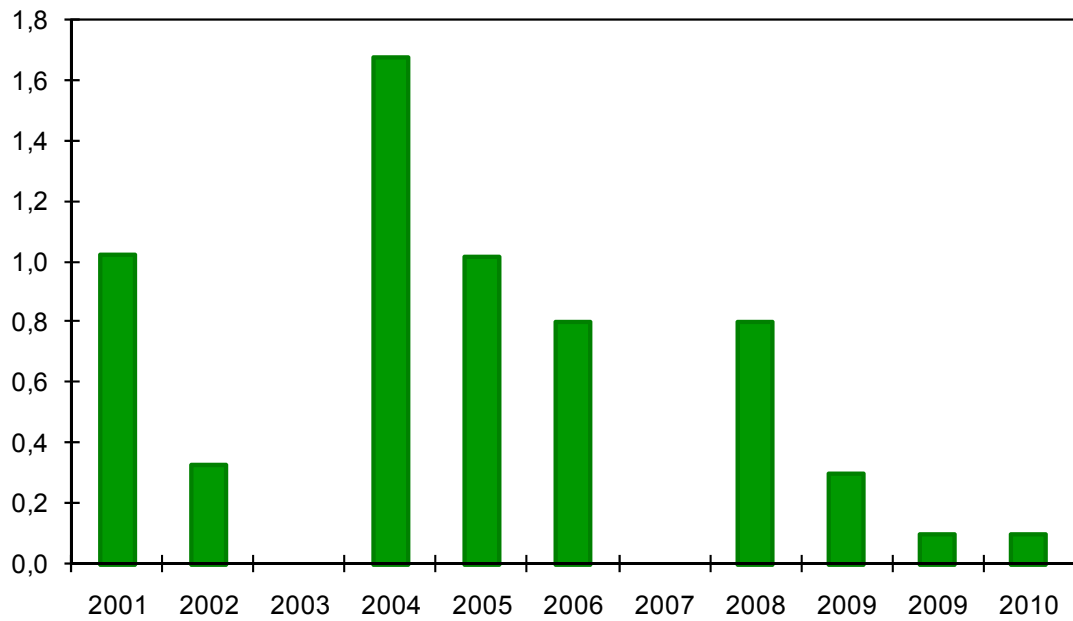
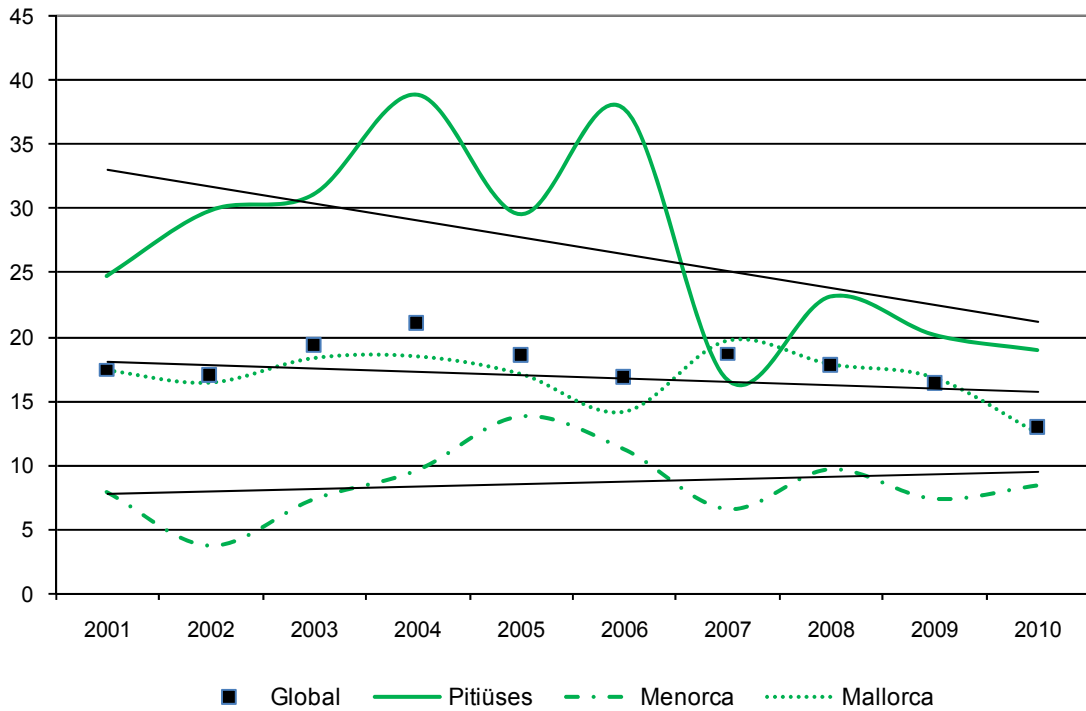
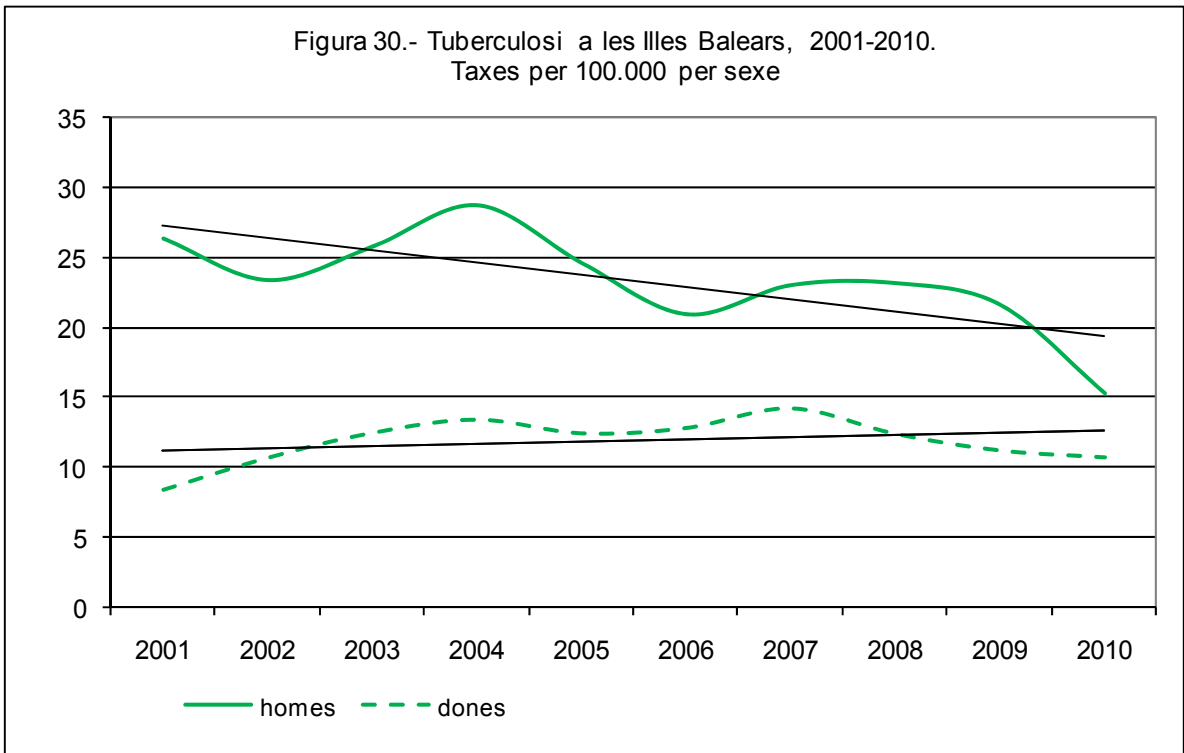
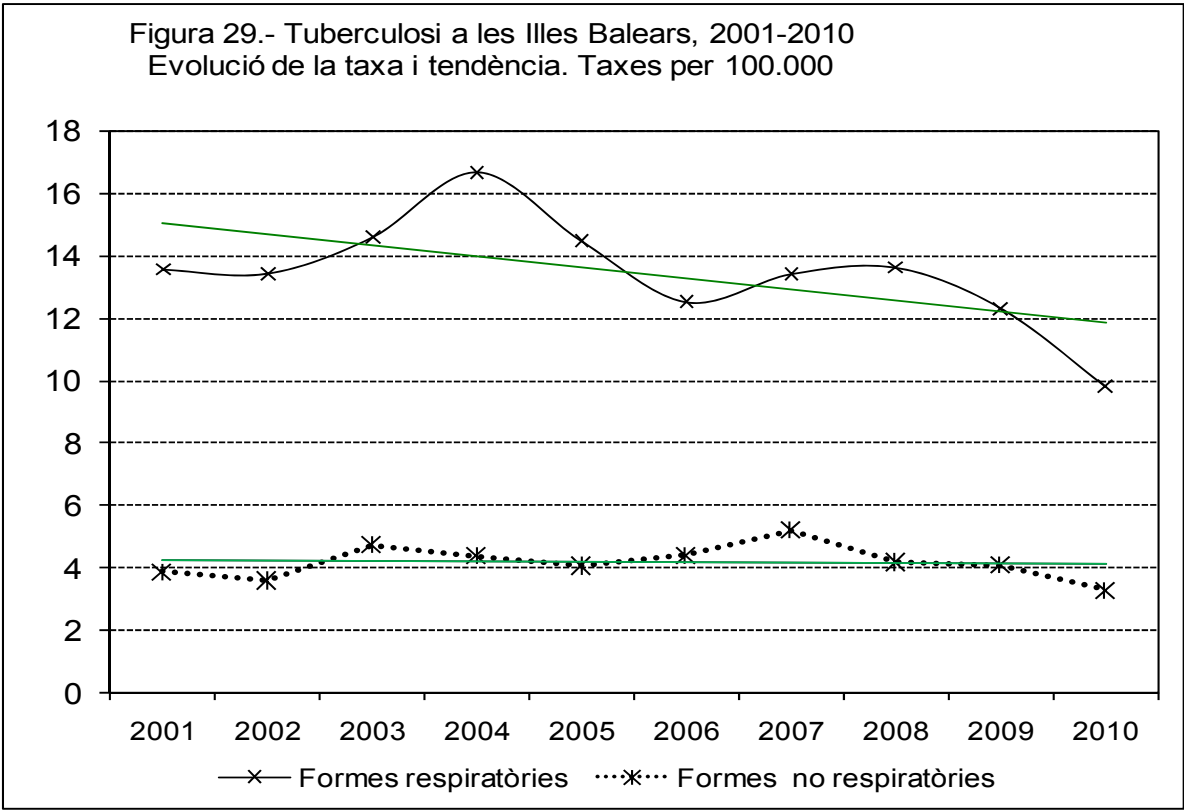


Figura 28.- Tuberculosi a les Illes Balears, anys 2001-2010.
Taxes globals i per illa (taxes per 100.000). Tendència per illa.





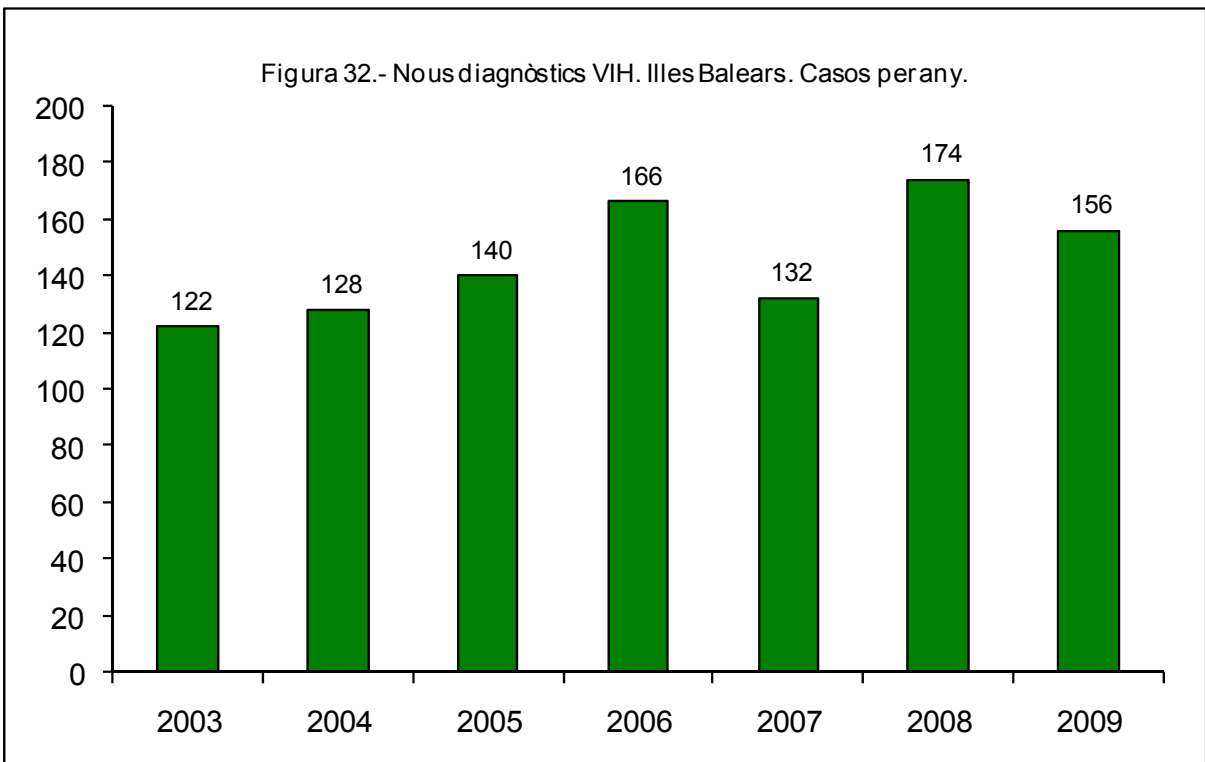
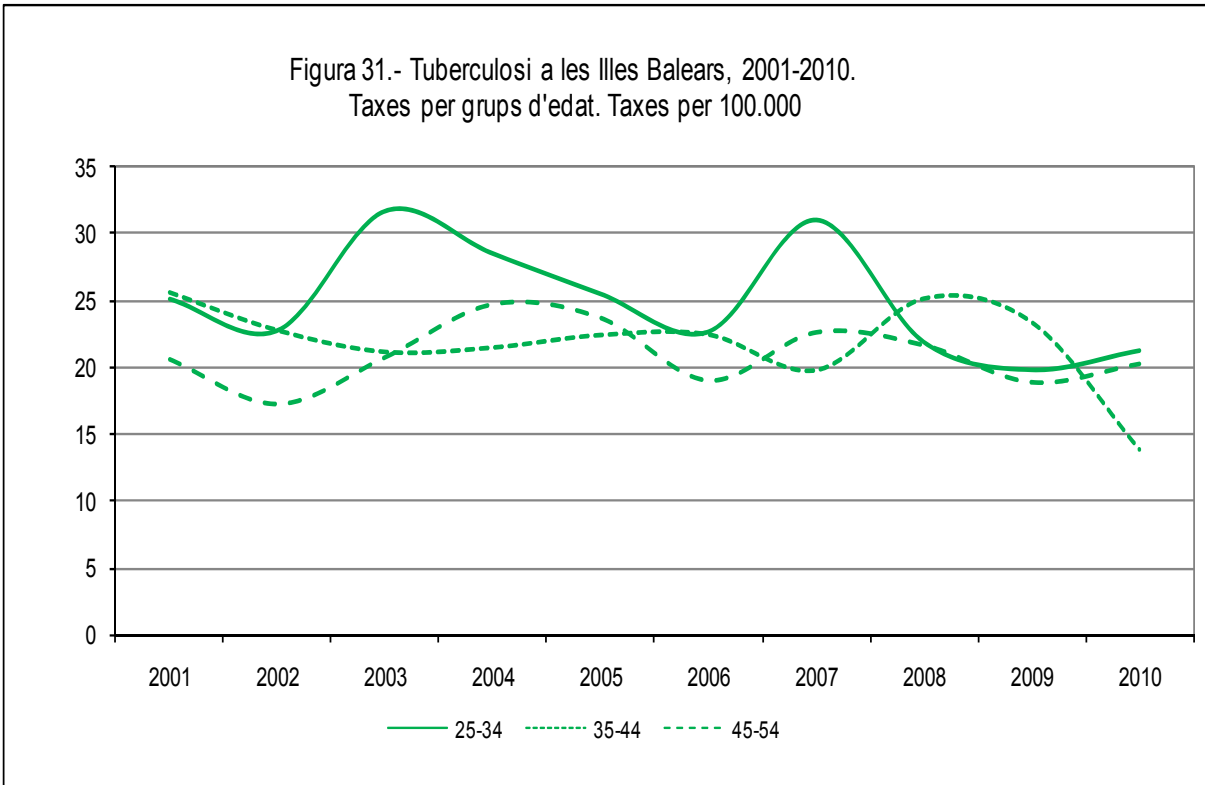


Figura 33.- - Nous diagnòstics VIH. Illes Balears. Diagnòstics tardans (DT) i Infeccions recents (IR) per any. Tendències. Casos.

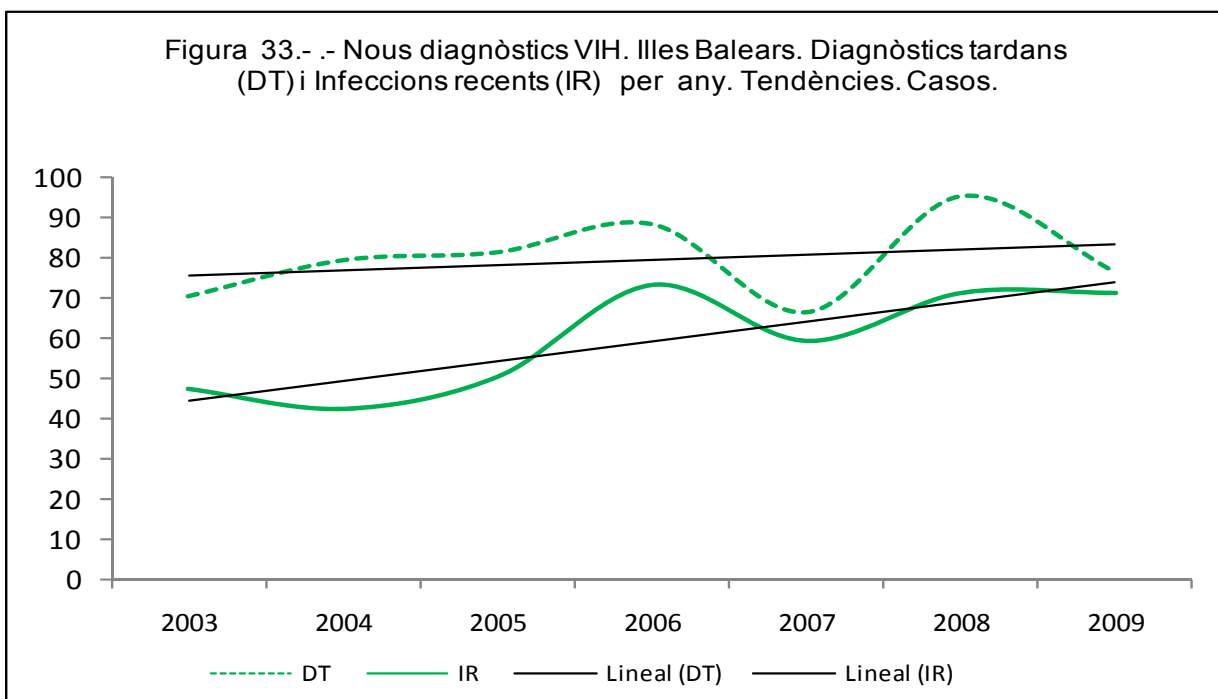


Figura 34.- Sida a les Illes Balears. Anys 2005-2009. Casos per any i sexe.

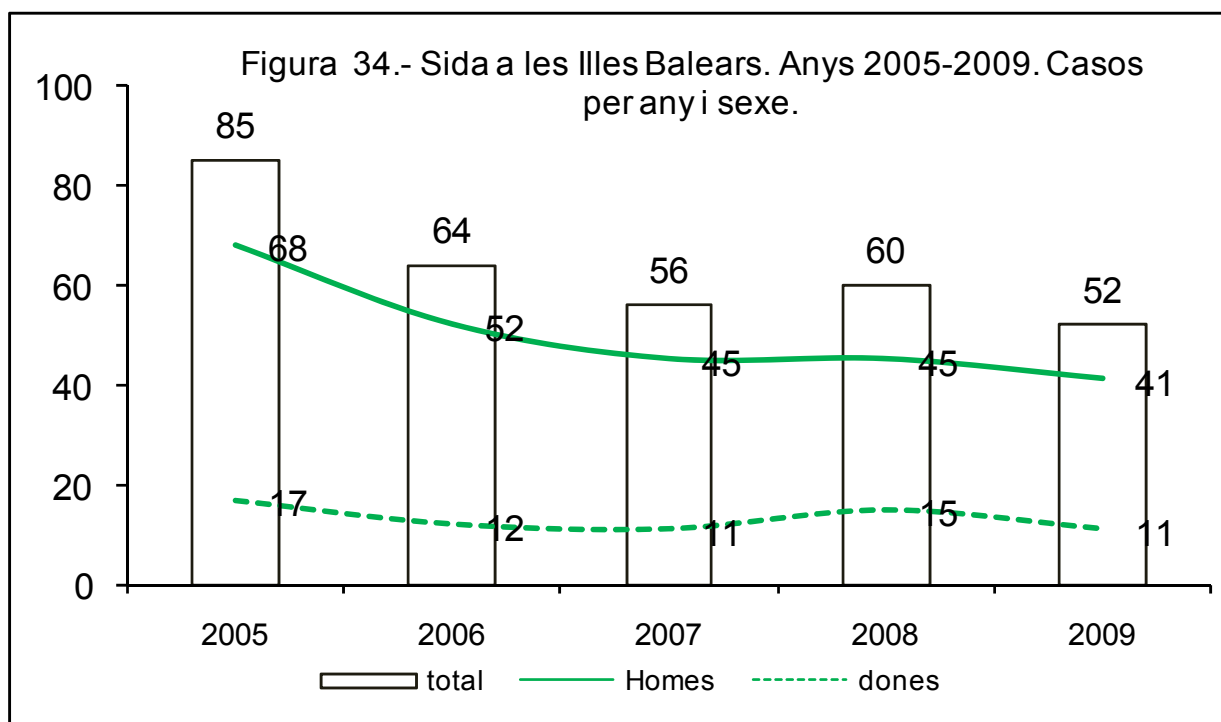


Figura 35.- Xarampió a les Illes Balears, 2000-2010. Taxes per 100.000
(anys 2003, 2005, 2007 i 2009 sense casos)

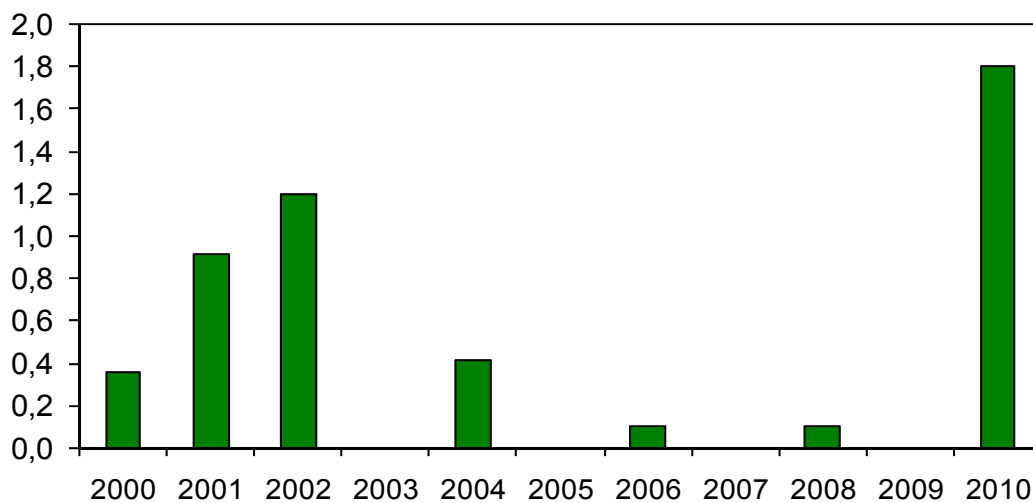
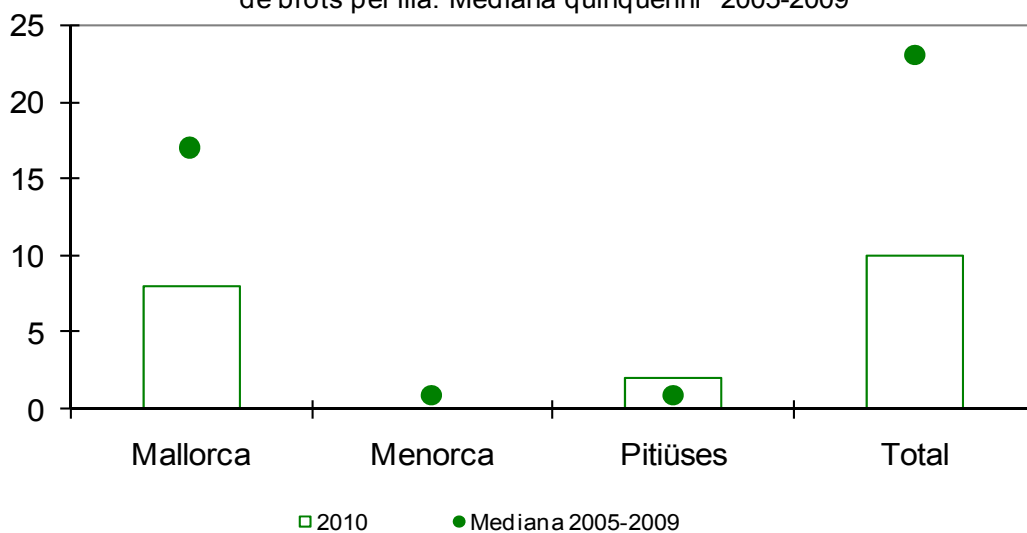


Figura 36.- Brots de transmissió alimentària, Illes Balears, 2010. Nombre de brots per illa. Mediana quinquenni 2005-2009



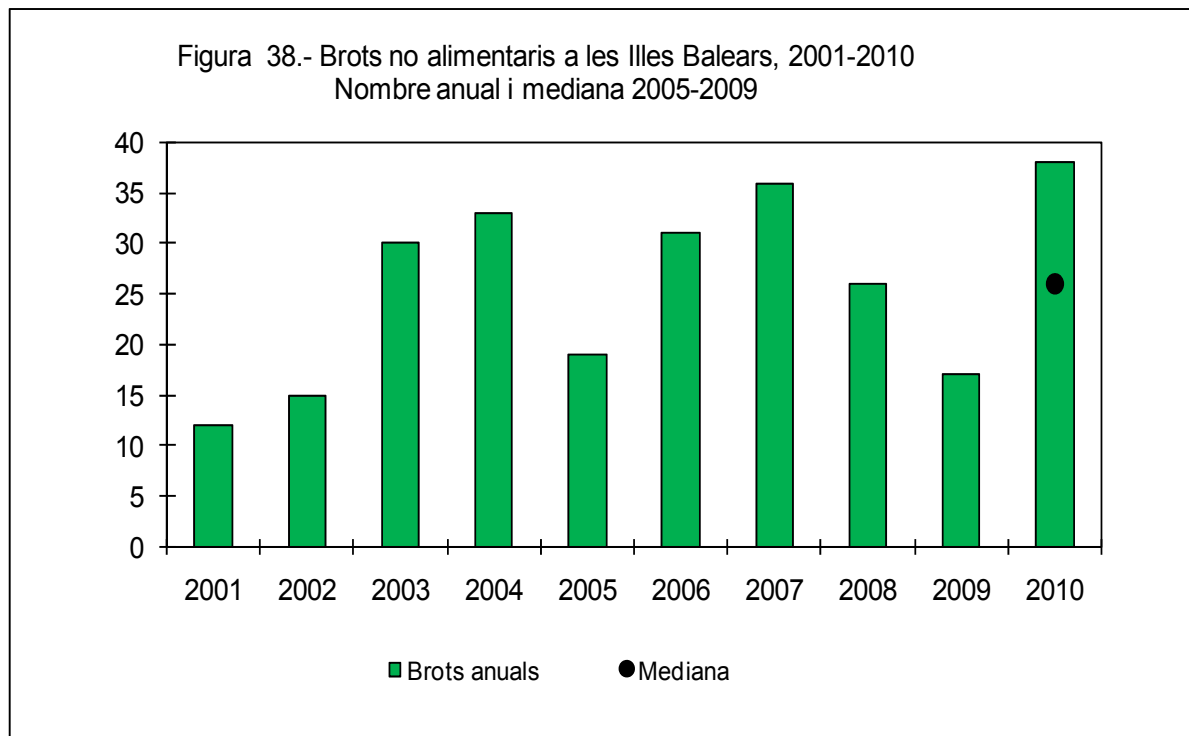
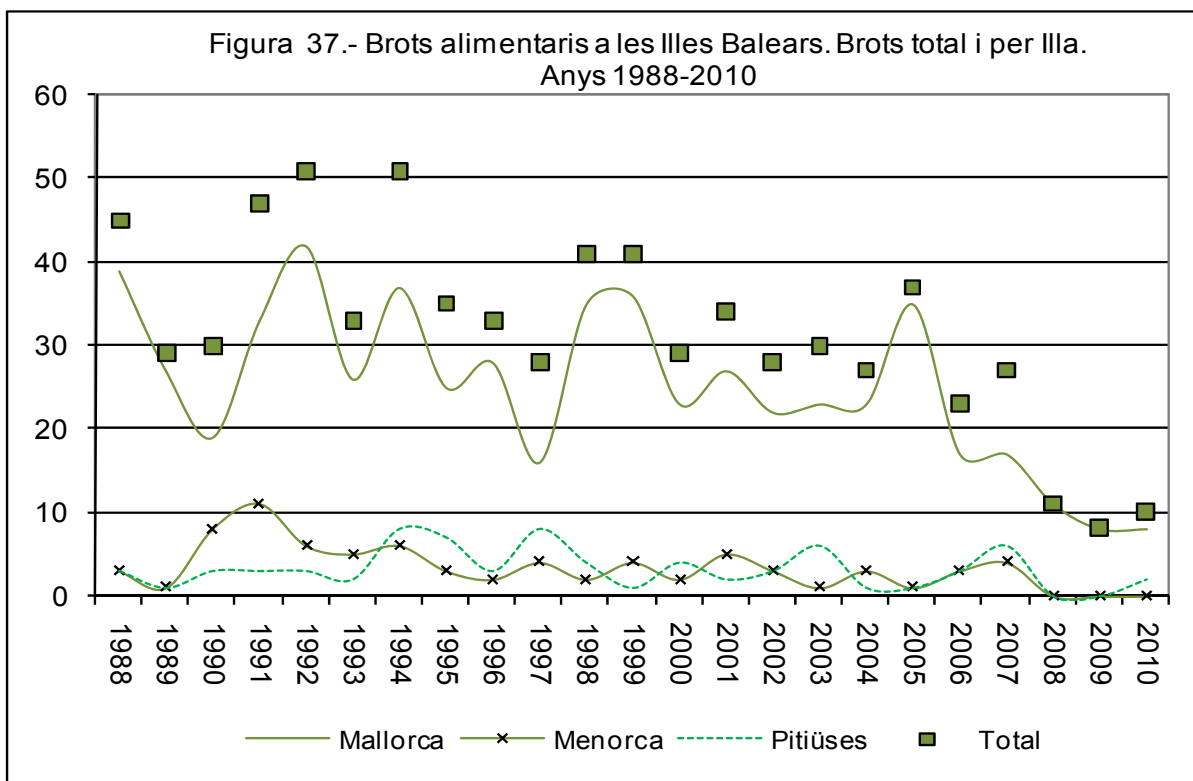


Figura 39.- Casos importats i extracomunitaris. Paludisme i Tuberculosi. Casos per any

