

Interès i utilitat dels programes d'hemovigilància.

Malalties de declaració obligatòria i declaració de microorganismes a l'SNMC. Setmanes 5 a 8.

Raó entre els casos declarats l'any 2004 i els valors històrics del quinquenni anterior. Setmanes 5 a 8.

Declaracions urgents de brots epidèmics. Setmanes 5 a 8.

Interès i utilitat dels programes d'hemovigilància*

Què és l'hemovigilància?

L'hemovigilància (HV) consisteix en un sistema que permet la detecció, registre i anàlisi de la informació relativa als efectes adversos i inesperats de la transfusió sanguínia¹⁻³.

Tot i que aquesta activitat ja s'estava realitzant, d'una forma o d'una altra, als serveis de transfusió hospitalaris i centres de transfusió, la principal aportació de la creació i desenvolupament d'un sistema d'HV rau no tant en els seus objectius com en l'estructura i funcionament necessaris per assolir-los. Els mètodes emprats fins ara no garanteixen la notificació sistemàtica dels efectes adversos, la informació registrada sovint pateix una manca de l'homogeneïtat necessària per a una valoració objectiva, i els resultats finals difícilment es poden interpretar com a reflex real de l'activitat transfusional del nostre entorn, i encara menys del nostre país ni del conjunt de l'Estat. Aquesta situació dificulta la introducció de mesures correctores destinades a millorar els nostres procediments de treball o a evitar la repetició d'errades i la recurrència de certes complicacions.

Per a què serveix un programa d'HV?

Els programes d'HV apareixen amb la intenció d'optimitzar l'esforç que ja estem realitzant, mitjançant la implantació d'un sistema que permeti que la informació obtinguda sobre els efectes adversos i inesperats de la transfusió sanguínia sigui completa, rigorosa i

objectiva. Només sobre aquests fonaments és possible analitzar les causes responsables de les possibles complicacions de la transfusió i introduir-hi les accions correctores o preventives pertinents. A més, una informació d'aquestes característiques suposa disposar d'un document de referència per a la comunitat científica elaborat amb dades objectives per saber quines són en cada moment les necessitats i les prioritats reals de la transfusió sanguínia.

L'objectiu final de l'HV és augmentar el nivell de qualitat i de seguretat transfusional en l'àmbit de l'aplicació de cada programa, posant els recursos humans, tècnics i econòmics allà on la cadena transfusional s'hagi mostrat més fràgil.

Quins aspectes de la transfusió sanguínia abasta un programa d'HV?

Malgrat que sovint es relaciona l'HV amb l'acte transfusional i les complicacions immediates i tardanes que poden sorgir, el marc d'actuació abasta tota la cadena transfusional, començant per la selecció dels donants, l'extracció de sang, les complicacions de la donació, el processament i l'anàlisi dels components sanguinis i, finalment, la transfusió i els efectes adversos i inesperats que pot presentar el receptor.

De què depèn l'eficàcia d'un programa d'HV?

1. Per tal que el sistema d'HV resulti plenament eficaç ha de tenir incorporat

* Informe elaborat pel Dr. Eduardo Muñoz-Díaz, cap clínic del Servei de Transfusions de l'Hospital de Sant Pau/Dos de Maig, coordinador del Grup de Treball d'Hemovigilància del Ministeri de Sanitat i coordinador del Grup de Treball d'Hemovigilància de Catalunya.

- un **mecanisme d'alerta** que permeti la comunicació ràpida d'aquells efectes indesitjables que puguin afectar més d'un donant o receptor, per tal d'actuar, en cada cas, amb la màxima rapidesa i eficàcia. Un exemple paradigmàtic de la necessitat d'un mecanisme d'alerta correspon als casos de receptors que han adquirit una infecció suposadament transmesa per un component sanguini i que ens obliguen a localitzar els restants receptors o els components sanguinis, si encara no s'haguessin transfós. Un altre exemple possible seria relatiu als problemes, provats o potencials, associats als materials emprats en el processament dels components sanguinis que obligarien a comunicar aquesta informació a tots els centres que els emprem per a la seva retirada provisional.
2. El sistema ha d'assegurar, a més, la **traçabilitat** dels components sanguinis. S'entén per traçabilitat la capacitat per identificar el receptor de cada component sanguini i, a l'inrevés, tots els donants que han intervingut en la transfusió d'un determinat pacient. La traçabilitat no queda garantida pel fet de conèixer el destinatari teòric d'un component sanguini: es requereix la confirmació en el punt de destinació que el pacient ha estat finalment transfós amb el component previst per a ell. També es requereix que en els documents emprats durant el procés s'inclouï la informació adequada i suficient de qualsevol efecte advers immediat que pogués produir-se després de la transfusió.
 3. La **notificació** d'incidents pot ser **voluntària o obligatòria** i la relació d'aquests pot ser tan extensa i detallada com es desitgi, però cal incloure necessàriament les consideracions més greus en cada un dels moments de la cadena transfusional. Els dos països europeus amb més dilatada experiència en HV han adoptat opcions diferents. A França es notifiquen amb caràcter obligatori tots els possibles incidents i, contràriament, al Regne Unit només es comuniquen de forma voluntària els més greus. Malgrat aquestes diferències i d'altres que afecten l'estructura del programa, tots dos sistemes han demostrat la seva validesa i eficàcia, per bé que es tendeix a comunicar els incidents més greus, atesa la complexitat que representa la gestió de la informació generada per la comunicació de qualsevol incident.
 4. El sistema d'HV s'ha d'**adaptar a les característiques sanitàries, organitzatives, geogràfiques i institucionals de cada país**.
 5. Resulta fonamental l'estreta **cooperació entre les diverses parts participants**: centres de transfusió, serveis de transfusió hospitalaris i usuaris de la transfusió. Aquesta col·laboració és indispensable per tal que la notificació d'incidents es faci de forma sistemàtica, s'investiguin amb detall les causes desencadenants i es reuneixin les dades suficients per establir la relació causal entre la transfusió i les conseqüències atribuïdes a aquesta. Per al bon funcionament es requereix que en cadascun dels nivells implicats hi hagi un responsable del programa d'HV. En l'àmbit hospitalari, el comitè hospitalari de transfusió pot desenvolupar un paper important com a dinamitzador del programa i com a impulsor de les mesures correctores i preventives adoptades.
 6. **Homogeneïtat en l'obtenció de les dades**. El sistema de notificació ha de ser comú a totes les parts implicades en el programa, que treballaran amb els mateixos documents (fitxes de notificació d'incidents, qüestionaris). És important que els criteris emprats en el diagnòstic dels diferents efectes adversos siguin al més homogenis possible, així com els criteris de gravetat i d'imputabilitat de cada incident. En aquest sentit, els responsables del programa en les diferents àrees i, especialment, el responsable en el banc de sang hospitalari, s'han d'ocupar de la formació mínima necessària dels usuaris del seu entorn (sessions clíniques, redacció de protocols, distribució de bibliografia específica) i de consensuar els diferents criteris que s'hauran de fer servir.
 7. L'anàlisi de la informació ha de garantir la **confidència i l'anonimat de les dades i dels centres remittents**. Tots els components del programa han de tenir la seguretat que la informació facilitada no podrà ser utilitzada en una acció legal o disciplinària. Les dades remeses s'han d'examinar abans de la seva introducció en la base general perquè l'entrada i el registre també siguin homogenis.
 8. És fonamental que tota la informació generada es tradueixi, un cop analitzada, en **informes periòdics** que hauran de tenir la màxima difusió possible. Els informes han de conduir a la introducció de **mesures correctores i preventives** d'una eficàcia que s'haurà de

contrastar regularment. Juntament amb l'informe periòdic s'aniran elaborant guies, protocols de diagnòstic o recomanacions per millorar o modificar determinats procediments.

L'hemovigilància als països del nostre entorn

Actualment tots els estats de la Unió Europea disposen d'un programa estatal d'HV, amb l'excepció d'Espanya, Portugal, Grècia i Itàlia, que no en tenen^{3,4}. França i el Regne Unit són estats europeus pioners en HV. Tots dos programes difereixen en algunes característiques (tipus d'incidents comunicats, obligatorietat del sistema, esquema d'organització), però tots dos han demostrat ser vàlids, com demostren els informes que es publiquen cada any i els diferents documents que amb finalitat educativa i de millora de l'activitat transfusional han estat elaborats a partir de l'anàlisi dels seus resultats⁴⁻⁶.

Fa cinc anys que se celebra de forma itinerant un Seminari europeu d'HV que ha donat lloc a la creació de la Xarxa Europea d'HV, que aspira a ser el líder que aglutini tota la informació generada per cadascun dels estats membres. La darrera reunió es va celebrar a Zuric el febrer de 2004 amb l'assistència massiva dels estats que ja formen part d'aquesta xarxa i dels que aspiren a integrar-s'hi. Els 15 estats de la Unió van exposar el funcionament dels seus sistemes i van presentar dades relatives als incidents detectats des de la posada a punt del sistema⁷.

El Consell d'Europa ha donat suport i ha impulsat la creació dels programes d'HV als estats del seu àmbit d'influència. Una de les primeres passes va ser la introducció d'un capítol a la darrera edició de la *Guia per a la preparació, ús i garantia de qualitat dels components sanguinis* dedicat a l'HV. Aquesta acció reconeix l'HV com una de les activitats capitals a implementar i desenvolupar als serveis i centres de transfusió els propers anys.

Per la seva banda, la Unió tot just va aprovar a finals de gener de 2003 la Directiva del Parlament Europeu i del Consell per la qual s'estableixen les normes de qualitat i de seguretat per a l'extracció, verificació, tractament, emmagatzematge i distribució de la sang humana i dels seus components, en la qual s'insta a instaurar programes d'HV als estats membres i a la creació d'un sistema comú de notificació de reaccions i d'efectes adversos greus relacionats amb l'extracció, tractament, verificació, emmagatzematge i distribució de

la sang i dels components sanguinis⁸. La Directiva europea, per tant, ens compromet de forma ineludible a posar a punt el nostre propi programa d'HV. Està obert en aquest moment un període que finalitzarà el febrer de 2005 perquè tots els estats membres de la Unió acabin de posar a punt els seus sistemes d'HV i estiguin en condicions de transmetre la seva informació al futur registre europeu.

La situació a Espanya

En el mes d'octubre de 2003 la Societat Espanyola de Transfusió Sanguínia (SETS) i l'Associació Espanyola d'Hematologia i Hemoteràpia (AEHH) van subscriure un acord de col·laboració amb el Ministeri de Sanitat (MS), per tal d'impulsar la implantació a Espanya d'un sistema d'hemovigilància d'àmbit estatal. Ambdues societats aporten el seu suport científic, logístic i financer, i el Ministeri, per la seva banda, el suport administratiu, logístic i polític. Fins ara, les dificultats per a la posada en funcionament d'aquest programa han estat diverses. La primera dificultat neix de la peculiar distribució política i administrativa de l'Estat espanyol, entès com un conjunt de 17 comunitats autònomes a qui han estat transferides les competències sanitàries per part de l'Administració central. En el tema de l'HV, per tant, és cada administració sanitària autonòmica qui ha de definir l'organització, el desenvolupament i la normativa necessària per a l'establiment del programa autonòmic d'HV. A l'Administració central, per la seva banda, li correspon dictar la legislació bàsica, així com la coordinació i el seguiment del funcionament dels diferents programes, i la connexió amb les xarxes europees o mundials que es poguessin crear a aquest efecte al moment oportú.

El desembre del 1998, el Ministeri de Sanitat va crear el Grup de Treball d'HV, constituït per 7 especialistes en transfusió sanguínia, amb l'objectiu de definir un programa d'HV adaptat a les particularitats territorials i administratives de l'Estat espanyol⁹. Fins ara, aquest grup s'ha encarregat de definir els efectes adversos a declarar i de confeccionar el material necessari (formularis) per a la comunicació homogènia dels diferents incidents i de les dades de pacients, donants o components sanguinis de què convé disposar en cada cas. Un cop examinats els programes existents en aquell moment, els seus avantatges i inconvenients, s'escull un model similar al del programa anglès SHOT, que s'havia començat a aplicar dos anys abans. La inclusió dels

efectes adversos i dels incidents més greus relacionats amb la transfusió sanguínia, el caràcter voluntari de les notificacions i una estructura més senzilla que la del programa francès, iniciat l'any 1994, van ser els aspectes més rellevants per proposar un sistema d'hemovigilància similar al del programa anglès SHOT¹⁰.

Els dos darrers anys el nombre de jornades dedicades al tema de l'hemovigilància a tot l'Estat ha augmentat de manera geomètrica, la qual cosa prova el creixent interès de les persones que ens dediquem a la transfusió sanguínia de forma quotidiana. Aquest interès s'ha produït en paral·lel a una progressiva disminució de la por infundada a accions disciplinàries o punitives que pogués propiciar el futur sistema estatal d'HV. La reticència inicial per part d'alguns professionals ha anat desapareixent en la mesura que s'ha anat entenent quina és la veritable intenció dels sistemes d'HV, com avalen les experiències dels programes francès i anglès, adquirides en el decurs d'una llarga trajectòria de 8 i 10 anys, respectivament, en els quals no s'han adoptat mesures de caràcter punitiu en cap cas.

El juliol de 2004 la situació és la següent:

- Està funcionant de manera oficial un sistema d'HV al País Basc (1999), Madrid (des de l'any 2000, però de forma incompleta), la Comunitat Valenciana (amb caràcter obligatori des de 2003), Navarra i Balears (2003), i Andalusia va iniciar el seu programa al final del darrer any. A Catalunya, on la posada en funcionament està prevista per al primer trimestre del 2005, el grup de treball d'HV català ha impulsat l'informe "0", en el qual es recullen els incidents i quasi incidents detectats a Catalunya l'any 2003, tot just abans que el sistema d'HV arrenqui de manera oficial.
- A 8 de les 11 comunitats autònomes restants, ja existeix una comissió i/o una persona responsable del disseny del sistema d'HV (Andalusia, Astúries, Canàries, Cantàbria, Castella-Lleó, Extremadura, Galícia i Múrcia) que ha manifestat la seva intenció de posar-lo en marxa al final del 2004 o en el decurs del primer trimestre del 2005.
- A les 3 darreres comunitats autònomes (Aragó, Castella-La Manxa i La Rioja), mentre no es creï un sistema d'HV autonòmic, hi ha la possibilitat que les notificacions es realitzin direc-

tament des dels serveis hospitalaris de transfusió a l'oficina estatal d'hemovigilància.

Fruit de l'acord entre les dues societats científiques i el Ministeri de Sanitat, el darrer mes de març es va crear la Unitat estatal d'HV, al front de la qual hi ha un especialista en hematologia i hemoteràpia, responsable de la recepció i de la gestió de les dades. Paral·lelament, el Grup de Treball d'HV seguirà treballant d'acord amb les directrius que sobre aquest tema vagi establert la UE, alhora que es consolida la representació espanyola a Europa (EHN) en la persona del coordinador del Grup d'HV. Coincidint amb aquests avenços, també cal assenyalar la recent creació, per part del Ministeri de Sanitat, del Sistema de coordinació d>alertes i emergències, que permetrà la connexió oficial amb la Xarxa d'Alerta Europea, ubicada a Luxemburg.

En conjunt, es pot afirmar que el programa estatal d'HV està a punt tant per a la recepció de notificacions procedents dels programes autonòmics vigents com d'aquelles comunitats autònomes en les quals, no havent-hi programa oficial, els serveis hospitalaris de transfusió i/o centres de transfusió que ho desitgin puguin notificar els seus efectes adversos al registre estatal.

La situació a Catalunya

La Comissió assessora sobre la promoció, donació i transfusió sanguínia va nomenar l'octubre de 2002 un grup de treball encarregat de dissenyar el pla d'hemovigilància per a Catalunya. Amb aquesta finalitat, el desembre de 2002 va tenir lloc la primera reunió d'aquest grup, que va quedar constituït per 4 especialistes en transfusió sanguínia i 2 tècnics de l'Administració sanitària.

En el decurs d'aquests mesos el Grup ha desenvolupat la següent activitat i ha adoptat els següents acords:

- S'acorda la notificació dels incidents greus. S'han revisat tots els documents d'hemovigilància dissenyats pel Grup de Treball del Ministeri i s'ha estimat que, amb l'objectiu d'afavorir al màxim l'homogeneïtat de la informació generada des de les diferents comunitats autònomes, s'utilitzaran els mateixos documents, amb petites modificacions. La relació de documents a utilitzar serà, doncs, la següent:
 - Notificació de reacció transfusional. Aquest document correspon al que

habitualment s'utilitza als hospitals per posar en coneixement del banc de sang l'aparició d'un determinat efecte advers. Es tracta, doncs, d'un document d'ordre intern. Per contra, els documents que a continuació es detallen serviran per notificar els diversos incidents al responsable autonòmic i/o estatal.

- Notificació d'un incident relacionat amb la transfusió.
- Notificació d'un incident relacionat amb la donació.
- Notificació d'un incident relacionat amb la preparació de components sanguinis.
- Un total de 12 qüestionaris per a cadascun dels següents efectes adversos: Error en l'administració de components, Incidents sense efecte (quasi incidents), Reaccions hemolítiques, Reacció al·lèrgica/anafilàctica, Infecció bacteriana, Edema pulmonar: cardiogènic i no cardiogènic, Púrpura posttransfusional, Malaltia de l'empelt contra l'hoste, Infecció posttransfusional, Reacció febril i/o hipotensiva, Hemosiderosi transfusional, Reacció inclassificable.
- En relació amb la donació de sang, a més de la notificació dels diferents incidents, el programa d'HV vol incloure altres aspectes d'interès com pot ser la freqüència i les causes d'exclusió dels donants, així com les dades epidemiològiques d'aquells donants en qui es detecten marcadors serològics positius o bé altres anomalies. Respecte al processament dels components sanguinis, el programa d'HV servirà per notificar de la forma més ràpida possible (mecanisme d'*alerta*) la detecció de bosses defectuoses (porus, contaminació, esterilitat insuficient), o d'anomalies en les solucions contingudes en aquestes o en el material emprat en el fraccionament (màquines, equips, filtres).
- S'ha elaborat el Manual de notificació, en el qual es donen instruccions concretes per emplenar els diferents for-

mularis, alhora que es revisen els diferents efectes adversos de la transfusió, aportant els criteris clínics i de laboratori necessaris per a la seva correcta codificació.

- S'ha definit el circuit per a la notificació d'efectes adversos i el circuit especial a seguir en les situacions considerades urgents (circuit d'*alerta*). En el primer cas, el Grup de treball proposa que siguin els 3 bancs de sang de sector existents, Centre de Transfusió i Banc de Teixits, Banc de Sang de l'Hospital Clínic i Provincial i Banc de Sang de l'Hospital de Sant Pau/Dos de Maig, els centres de referència encarregats de recollir tota la informació. Els responsables d'HV d'aquests centres remetrien aquesta informació a la oficina central on hi hauria ubicat el Registre d'HV de Catalunya. Respecte al circuit d'*alerta*, hi ha la possibilitat que sigui la seu de l'OCATT (Organització Catalana de Trasplantaments) qui es faci càrrec de la recepció d'aquest tipus de notificació, ja que hi ha una persona de guàrdia permanent per a temes de coordinació de la donació d'òrgans.
- En aquest moment, el Grup treballa en el disseny i la creació del registre d'efectes adversos, així com en la preparació de la Jornada que donarà inici oficial al programa d'HV de Catalunya. En el decurs d'aquesta es presentarà l'informe "0", que com s'ha explicat anteriorment pretén dibuixar la situació de l'HV a Catalunya just abans que sigui oficial la posada a punt del seu programa.

L'objectiu de conèixer periòdicament els incidents que es produeixen en el decurs de la cadena transfusional amb els components sanguinis que s'obtenen i transfonen als pacients no és l'únic ni el més important dels objectius que persegueix l'HV. Quan es generi aquesta informació de forma natural i sistemàtica, s'estarà en condicions d'abordar de ple altres objectius tant o més rellevants, com és el d'aconseguir un ús més racional i adient dels components sanguinis.

Bibliografia

- Muñiz-Diaz E. Hemovigilància: un concepte modern per a una antiga activitat. *Boletín de la SETS* 2002 (3); 45: 10-14.
- Muñiz-Diaz E. Los riesgos de la transfusión en su punto justo. *Boletín de la SETS* 2003 (3); 49: 1-2.
- Faber JC. Haemovigilance: Definition and overview of current Hemovigilance systems. *Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine* 2003; 5: 237-45.
- Faber JC. Haemovigilance in Europe: the European haemovigilance network. *Transf Clin Biol* 2001; 8: 285-90.
- Williamson L, Cohen H, Love E et al. The serious hazards of transfusion (SHOT) initiative: The UK approach to Haemovigilance. *Vox Sang* 2000; 78: 291-5.
- Love E, Jones H, Williamson LM et al. SHOT - A voluntary system for the reporting of serious hazards of transfusion in the UK. *Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine* 2003; 5: 249-55.
- Muñiz-Diaz E. The slow but steady progress towards the implementation of a national haemovigilance programme in Spain. 6th European Haemovigilance Seminar. Zurich (Switzerland). 19-21 February, 2004.
- Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeu y del Consejo, de 27 de enero de 2003, por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes y por la que se modifica la Directiva 2001/83/CE. *Diario Oficial de la Unión Europea* L 33, 8.2.2003.
- Aranburu E, Hernández JM, Muñiz-Diaz E et al. Programas de Hemovigilancia en España. Resultados y direcciones futuras. XI Congreso de la SETS. Bilbao 2000: 120-8.
- Vesga MA, Ibarra A, Barbarín I. La experiencia en hemovigilancia del País Vasco en el periodo 1999-2001. *Boletín de la SETS* 2002 (3); 45: 18-21.

Agraïments

Al Grup de Treball d'Hemovigilància de Catalunya (L. Amado, M. A. Bosch, M. Clèries, M. Lozano, J. M. Hernández) per la seva feina i el seu suport, i a l'Amaranta Fuenmayor per la seva col·laboració en la preparació d'aquest manuscrit.

Notificació microbiològica a Catalunya¹. Setmanes 5 a 8

Malaltia infecciosa/agent microbià	Nombre de casos	Total de casos acumulats			
		2003		2004	
		Nombre %*	Nombre %*	Nombre %*	Nombre %*
INFECCIONS RESPIRATÒRIES					
Pneumococ	170	299	28,6	312	34,8
<i>H. influenzae</i>	9	23	2,2	15	1,7
<i>M. pneumoniae</i>	18	15	1,4	27	3,0
<i>C. psittaci</i>	0	0	0,0	0	0,0
Altres clamidies	5	17	1,6	5	0,6
<i>C. burnetii</i>	2	4	0,4	3	0,3
<i>L. pneumophila</i>	6	22	2,1	14	1,6
Altres legionel·les	2	6	0,6	6	0,7
<i>B. pertussis</i>	1	4	0,4	5	0,6
V. gripal	4	17	1,6	10	1,1
V. parainfluença	5	0	0,0	12	1,3
Virus respiratori sincicial	93	597	57,1	465	51,8
Adenovirus	12	42	4,0	23	2,6
TOTAL	327	1.046	100,0	897	100,0
ENTERITIS					
<i>S. enterica</i>	159	325	20,5	352	21,7
<i>S. sonnei</i>	1	2	0,1	4	0,2
<i>S. flexneri</i>	2	8	0,5	4	0,2
Altres shigel·les	0	1	0,1	1	0,1
<i>C. jejuni</i>	209	398	25,1	405	25,0
Altres campilobacteris	56	108	6,8	95	5,9
<i>Y. enterocolitica</i>	0	3	0,2	0	0,0
Altres yersínies	0	0	0,0	1	0,1
<i>E. coli</i> verotoxigènic	0	0	0,0	0	0,0
<i>Vibrio</i>	0	0	0,0	0	0,0
Rotavirus	272	713	45,0	718	44,3
Adenovirus	18	25	1,6	39	2,4
TOTAL	717	1.583	100,0	1.619	100,0
MENINGOENCEFALITIS					
Meningococ grup B	2	12	44,4	8	24,2
Meningococ grup C	2	1	3,7	2	6,1
Altres meningococs i sense grup	2	3	11,1	3	9,1
<i>H. influenzae</i>	1	4	14,8	1	3,0
Pneumococ	10	6	22,2	13	39,4
Altres agents	4	1	3,7	6	18,2
TOTAL	21	27	100,0	33	100,0

¹ Els laboratoris que participen en aquest sistema estan referenciats al BEC núm. 6 de 2002.

* El percentatge està referit al nombre d'agents declarats en cada entitat clínica.

Malaltia infecciosa/agent microbià	Nombre de casos	Total de casos acumulats			
		2003		2004	
		Nombre %*	Nombre %*	Nombre %*	Nombre %*
MALALTIES DE TRANSMISSIÓ SEXUAL					
Gonococ	8	21	21,0	17	17,5
<i>C. trachomatis</i>	1	9	9,0	3	3,1
<i>T. pallidum</i>	21	22	22,0	37	38,1
<i>H. ducreyi</i>	0	0	0,0	0	0,0
<i>T. vaginalis</i>	13	39	39,0	26	26,8
V. herpes simple	7	9	9,0	14	14,4
TOTAL	50	100	100,0	97	100,0
MICOBACTERIOSIS					
<i>M. tuberculosis</i> (complex)	110	158	89,3	173	93,0
<i>M. avium</i> - <i>M. intracellulare</i>	2	6	3,4	3	1,6
<i>M. kansasii</i>	0	5	2,8	2	1,1
<i>M. xenopi</i>	0	7	4,0	5	2,7
Altres micobacteris	2	1	0,6	3	1,6
TOTAL	114	177	100,0	186	100,0
AGENTS CAUSANTS DE BACTERIÈMIES SENSE FOCUS					
Meningococ	1	8	10,5	3	5,0
<i>H. influenzae</i>	8	5	6,6	9	15,0
Pneumococ	12	48	63,2	31	51,7
<i>S. Typhi</i> / <i>Paratyphi</i>	0	1	1,3	0	0,0
<i>L. monocytogenes</i>	0	7	9,2	3	5,0
<i>S. agalactiae</i>	8	7	9,2	14	23,3
TOTAL	29	76	100,0	60	100,0
ALTRES MALALTIES INFECCIOSES					
<i>Brucella</i>	2	1	2,9	3	7,0
<i>R. conorii</i>	0	2	5,9	2	4,7
V. hepatitis A	10	4	11,8	18	41,9
V. hepatitis B	0	9	26,5	5	11,6
V. xarampió	0	1	2,9	0	0,0
V. rubèola	0	—	0,0	0	0,0
<i>P. falciparum</i>	2	11	32,4	9	20,9
<i>P. vivax</i>	3	1	2,9	3	7,0
Altres plasmodis	0	0	0,0	0	0,0
<i>Leishmania</i>	1	5	14,7	3	7,0
<i>Leptospira</i>	0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	18	34	100,0	43	100,0

Percentatge de laboratoris declarants de la quadrisetmana: 86,8%.

Malalties de declaració numèrica. Setmanes 5 a 8

(Del 26 de gener de 2003 al 22 de febrer de 2003

i de l'1 de febrer de 2004 al 28 de febrer de 2004)

Codi	Comarques	07 Enteritis i diarrees		08 Escarlatina		13 Grip		17 Leptospirosi		33 Varicel·la		34 Infecció genital per clamídies		36 Sífilis	
		2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
01	ALT CAMP	148	192	–	2	13	17	–	–	–	71	–	–	–	–
02	ALT EMPORDÀ	772	682	3	12	273	126	–	–	47	47	–	–	–	–
03	ALT PENEDÈS	996	682	5	3	334	184	–	–	28	40	–	–	1	1
04	ALT URGELL	155	115	–	–	306	141	–	–	12	4	–	–	–	–
05	ALTA RIBAGORÇA	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
06	ANOIA	334	259	–	–	89	84	–	–	31	11	–	–	–	–
07	BAGES	822	880	53	9	308	142	–	–	30	73	–	–	–	–
08	BAIX CAMP	760	896	2	8	135	94	–	–	160	84	–	–	–	–
09	BAIX EBRE	611	519	–	–	814	467	–	–	4	43	–	–	–	–
10	BAIX EMPORDÀ	734	592	–	3	211	96	–	–	31	29	–	–	–	–
11	BAIX LLOBREGAT	3.270	1.900	8	24	1.122	462	–	–	143	174	–	–	–	–
12	BAIX PENEDÈS	472	508	3	–	221	191	–	–	53	29	1	–	–	–
13	BARCELONÈS	7.334	6.480	76	101	2.897	1.450	–	–	401	865	9	10	6	18
14	BERGUEDÀ	185	188	–	–	90	51	–	–	59	26	–	–	–	–
15	CERDANYA	43	189	–	8	6	465	–	–	5	11	–	1	–	–
16	CONCA DE BARBERÀ	299	324	–	–	132	81	–	–	–	53	–	–	–	–
17	GARRAF	499	666	–	2	267	419	–	–	7	31	–	–	–	–
18	GARRIGUES	72	11	–	–	4	–	–	–	–	8	–	–	–	–
19	GARROTXA	201	167	–	–	92	118	–	–	1	21	–	–	–	1
20	GIRONÈS	815	860	5	3	150	107	–	–	85	127	2	5	2	4
21	MARESME	1.468	1.484	32	19	521	688	–	–	256	81	1	1	–	–
22	MONTSIÀ	228	418	1	3	244	159	–	–	24	–	–	–	–	–
23	NOGUERA	253	166	–	–	127	48	–	–	11	2	–	–	–	–
24	OSONA	1.284	673	4	6	408	134	–	–	21	70	–	–	1	–
25	PALLARS JUSSÀ	12	33	–	–	7	5	–	–	1	–	–	–	–	–
26	PALLARS SOBIRÀ	50	35	2	–	55	27	–	–	–	–	–	–	–	–
27	PLA D'URGELL	128	180	–	–	228	119	–	1	–	30	–	–	–	–
28	PLA DE L'ESTANY	248	150	1	–	47	20	–	–	12	15	–	–	–	–
29	PRIORAT	30	21	–	–	22	3	–	–	3	11	–	–	–	–
30	RIBERA D'EBRE	66	110	–	–	115	18	–	–	34	–	–	1	–	–
31	RIPOLLÈS	159	26	–	–	36	12	–	–	8	–	1	–	–	1
32	SEGARRA	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
33	SEGRIÀ	796	890	13	5	539	261	–	–	41	46	1	–	2	–
34	SELVA	918	622	10	6	388	266	–	–	10	10	–	–	1	–
35	SOLSONÈS	–	–	–	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
36	TARRAGONÈS	825	1.389	1	23	186	234	–	–	55	47	–	–	1	–
37	TERRA ALTA	22	–	–	–	22	–	–	–	4	–	–	–	–	–
38	URGELL	94	60	–	–	58	30	–	–	4	3	–	–	–	–
39	VAL D'ARAN	68	70	1	7	20	11	–	–	2	12	–	–	–	–
40	VALLÈS OCCIDENTAL	3.473	3.033	35	45	1.416	486	–	–	106	385	–	2	1	–
41	VALLÈS ORIENTAL	1.989	1.129	8	7	568	377	–	–	45	33	–	–	–	–
TOTAL CATALUNYA		30.633	26.599	263	297	12.477	7.593	–	1	1.734	2.492	15	20	15	25

(continua a la pàg. 160)

Nombre de casos comunicats de malalties de declaració numèrica. Distribució setmanal

Codi	Malalties	Setmana 5		Setmana 6		Setmana 7		Setmana 8		Setmana 1 a 8	
		2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
07	Enteritis i diarrees	7.007	6.945	7.713	6.321	8.360	6.932	7.553	6.401	51.507	52.752
08	Escarlatina	55	74	46	70	68	78	94	75	494	514
13	Grip	2.901	1.894	2.791	1.845	3.133	2.104	3.652	1.750	24.034	19.018
17	Leptospirosi	–	1	–	–	–	–	–	–	1	1
33	Varicel·la	295	507	391	492	484	723	564	770	3.047	3.922
34	Infecció genital per clamídies	3	3	3	6	4	7	5	4	28	67
36	Sífilis	4	9	4	3	5	6	2	7	27	41
37	Oftàlmia neonatal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1
38	Infecció gonocòccica	9	7	9	11	5	7	8	6	56	49
39	Altres malalties de transmissió sexual	69	79	67	101	90	93	70	74	547	620

Malalties de declaració numèrica. Setmanes 5 a 8

(Del 26 de gener de 2003 al 22 de febrer de 2003
i de l'1 de febrer de 2004 al 28 de febrer 2004)

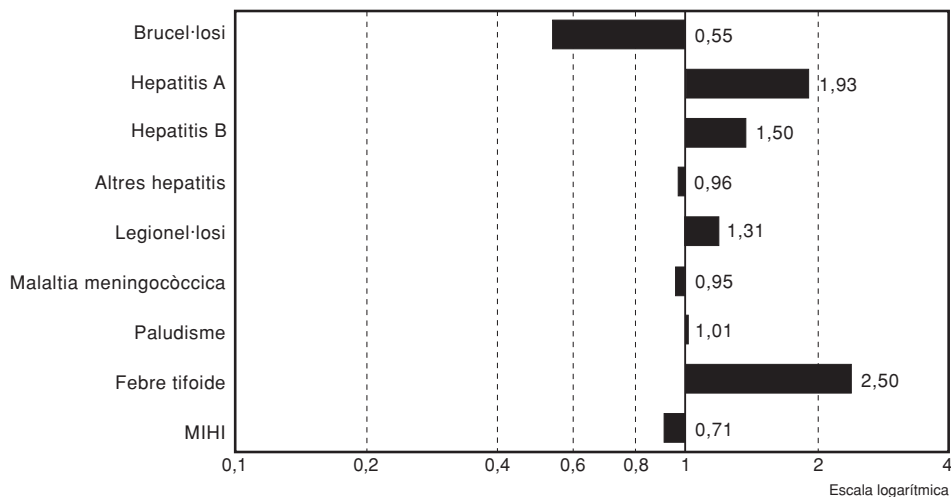
Codi	Comarques	37 Oftàlmia neonatal		38 Infecció gonocòccica		39 Altres malalties de transmissió sexual	
		2003	2004	2003	2004	2003	2004
01	ALT CAMP	-	-	-	-	1	5
02	ALT EMPORDÀ	-	-	-	1	7	4
03	ALT PENEDÈS	-	-	1	-	1	-
04	ALT URGELL	-	-	-	-	4	-
05	ALTA RIBAGORÇA	-	-	-	-	-	-
06	ANOIA	-	-	-	-	-	-
07	BAGES	-	-	-	-	1	1
08	BAIX CAMP	-	-	-	1	10	5
09	BAIX EBRE	-	-	-	-	1	-
10	BAIX EMPORDÀ	-	-	-	-	20	23
11	BAIX LLOBREGAT	-	-	11	1	17	25
12	BAIX PENEDÈS	-	-	-	-	1	-
13	BARCELONÈS	-	-	14	21	143	179
14	BERGUEDA	-	-	-	-	-	-
15	CERDANYA	-	-	-	3	-	-
16	CONCA DE BARBERÀ	-	-	-	-	-	-
17	GARRAF	-	-	-	-	-	-
18	GARRIGUES	-	-	-	-	-	-
19	GARROTXA	-	-	-	-	-	3
20	GIRONÈS	-	-	-	-	45	50
21	MARESME	-	-	1	-	3	13
22	MONTSIÀ	-	-	-	-	1	-
23	NOGUERA	-	-	-	-	-	-
24	OSONA	-	-	-	1	25	24
25	PALLARS JUSSÀ	-	-	-	-	-	-
26	PALLARS SOBIRÀ	-	-	-	-	-	-
27	PLA D'URGELL	-	-	-	1	-	2
28	PLA DE L'ESTANY	-	-	-	-	-	-
29	PRIORAT	-	-	-	-	-	1
30	RIBERA D'EBRE	-	-	-	-	-	1
31	RIPOLLÈS	-	-	-	-	-	-
32	SEGARRA	-	-	-	-	-	-
33	SEGRÌA	-	-	2	-	4	2
34	SELVA	-	-	1	-	4	2
35	SOLSONÈS	-	-	-	-	-	-
36	TARRAGONÈS	-	-	-	-	-	-
37	TERRA ALTA	-	-	-	-	-	-
38	URGELL	-	-	-	-	-	-
39	VAL D'ARAN	-	-	-	-	5	1
40	VALLÈS OCCIDENTAL	-	-	-	1	3	5
41	VALLÈS ORIENTAL	-	-	1	1	-	1
TOTAL CATALUNYA		-	-	31	31	296	347

Percentatge de declaració al sistema MDO

Comarques	Població*	Percentatge (%)	
		2003	2004
Alt Camp	35.635	94	75
Alt Empordà	99.321	100	100
Alt Penedès	80.976	37	33
Alt Urgell	19.105	67	50
Alta Ribagorça	3.477	-	-
Anoia	93.529	25	17
Bages	155.112	47	51
Baix Camp	145.675	89	81
Baix Ebre	66.369	100	78
Baix Empordà	102.566	100	100
Baix Llobregat	692.892	46	45
Baix Penedès	61.256	100	100
Barcelonès	2.093.670	34	28
Berguedà	37.995	55	50
Cerdanya	14.158	75	100
Conca de Barberà	18.766	100	100
Garraf	108.194	40	36
Garrigues	18.999	87	50
Garrotxa	47.747	100	100
Gironès	136.543	79	80
Maresme	356.545	38	50
Montsià	57.550	75	42
Noguera	34.744	50	50
Osona	129.543	73	59
Pallars Jussà	12.057	56	42
Pallars Sobirà	6.174	100	100
Pla d'Urgell	29.723	75	75
Pla de l'Estany	24.347	100	100
Priorat	9.196	100	67
Ribera d'Ebre	21.656	100	92
Ripollès	25.744	83	100
Segarra	18.497	-	-
Segrià	166.090	33	38
Selva	117.393	100	100
Solsonès	11.466	100	-
Tarragonès	181.374	84	70
Terra Alta	12.196	100	100
Urgell	31.026	67	33
Val d'Aran	7.691	100	100
Vallès Occidental	736.682	48	38
Vallès Oriental	321.431	39	41
Total Catalunya	6.343.110	51	47

* Estadística de població de Catalunya, 2001.

Raó entre els casos declarats l'any 2004 i els valors històrics del quinquenni anterior. Setmanes 5 a 8



La figura representa la raó del valor observat durant la quadrisetmana de l'any en curs i la mitjana dels 15 totals de 4 setmanes (l'anterior, el mateix i el següent període quadrisetmanal) dels darrers 5 anys. El punt de començament de l'àrea ombrejada -quan aquesta es representa- indica la mitjana i dues desviacions estàndard d'aquests totals de quadrisetmanes.

Malalties de declaració individualitzada. Setmanes 5 a 8*

Codi	Comarques	01 Brucel·losi	02 Carboncle	03 Tos ferina	04 Còlera	06 Shigel·losi	12 Febre tifoide i paratifoide	14 Altres hepatitis viriques	15 Leishma- niosi	16 Lepra	18 Malaltia me- ningocòccica
01	ALT CAMP	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
02	ALT EMPORDÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
03	ALT Penedès	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
04	ALT URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05	ALTA RIBAGORÇA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06	ANOIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
07	BAGES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
08	BAIX CAMP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
09	BAIX EBRE	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	BAIX EMPORDÀ	-	-	1	-	-	-	2	-	-	1
11	BAIX LLOBREGAT	-	-	2	-	-	-	-	1	-	2
12	BAIX Penedès	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	BARCELONÈS	-	-	9	-	4	3	10	1	-	17
14	BERGUEDÀ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
15	CERDANYA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	CONCA DE BARBERÀ	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
17	GARRAF	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-
18	GARRIGUES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	GARROTXA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	GIRONÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
21	MARESME	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1
22	MONTSIÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	NOGUERA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	OSONA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	PALLARS JUSSÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	PALLARS SOBIRÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	PLA D'URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
28	PLA DE L'ESTANY	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
29	PRIORAT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	RIBERA D'EBRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	RIPOLLÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
32	SEGARRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	SEGRÍÀ	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
34	SELVA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
35	SOLSONÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	TARRAGONÈS	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
37	TERRA ALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38	URGELL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
39	VAL D'ARAN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	VALLÈS OCCIDENTAL	-	-	4	-	-	-	-	1	-	5
41	VALLÈS ORIENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL CATALUNYA		5	-	23	-	4	3	14	6	-	40

* No s'hi inclou la notificació dels pacients de fora de Catalunya.

(continua a la pàg.162)

Distribució per grups d'edat i sexe de les malalties de declaració individualitzada*

Malalties	Homes										Dones									
	<5	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Total	<5	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Total
01 Brucel·losi	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3
02 Carboncle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03 Tos ferina	7	-	1	-	-	1	-	-	-	9	6	2	3	1	1	1	-	-	-	14
04 Còlera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06 Shigel·losi	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	3
12 Febre tifoide i paratifoide	2	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
14 Altres hepatitis viriques	-	-	-	-	2	4	1	-	1	8	-	-	-	-	2	-	1	1	2	6
15 Leishmaniosi	-	-	-	-	1	1	4	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16 Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18 Malaltia meningocòccica	7	1	1	2	1	3	1	2	4	22	5	2	1	-	-	-	1	1	8	18
20 Paludisme	-	-	-	-	2	5	1	-	-	8	-	-	-	2	5	1	2	1	-	11
21 Parotiditis	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	1	3	1	-	-	6
25 Rubèola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28 Febre botonosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2
30 Triquinosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31 Tuberculosi pulmonar	4	3	2	2	22	27	28	10	23	121	6	-	1	3	13	12	7	1	13	56
32 Altres tuberculosi	-	-	1	-	7	4	6	-	10	28	1	-	-	1	6	4	5	3	8	28
35 Xarampió	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
40 Tètanus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41 Hidatidiosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 Sida**	-	-	-	-	1	12	11	3	-	27	1	-	-	-	1	13	3	1	-	19
46 Legionel·losi	1	-	-	1	2	2	6	4	6	22	-	-	-	-	2	1	2	4	-	9
47 Amebiassi	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
48 Hepatitis A	2	-	-	-	14	17	2	-	1	36	3	1	-	-	2	3	-	-	-	9
49 Hepatitis B	-	-	1	-	4	7	3	1	-	16	-	-	-	-	-	2	-	1	-	3
50 Meningitis tuberculosa	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
51 Rubèola congènita	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
52 Sifilis congènita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
53 Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54 Mal. inv. per <i>H. influenzae</i> b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
55 Tètanus neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56 Gastroenteritis per <i>E. coli</i> O157:H7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
57 Síndrome hemolítico-urèmica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* No s'inclouen els casos en què falta l'edat i/o el sexe, com tampoc no s'hi inclou la notificació dels pacients de fora de Catalunya.

** Nombre de casos declarats.

Malalties de declaració individualitzada. Setmanes 5 a 8*

Codi	Comarques	20 Paludisme	21 Parotiditis	25 Rubèola	28 Febre botonosa	30 Triquinosi	31 Tuberculosi pulmonar	32 Altres tuberculosi	35 Xarampió ⁹	40 Tètanus	41 Hidatidosi	46 Legionel·losi
01	ALT CAMP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
02	ALT EMPORDÀ	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
03	ALT Penedès	-	-	-	-	-	4	1	-	-	-	1
04	ALT URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05	ALTA RIBAGORÇA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
06	ANOIA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
07	BAGES	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
08	BAIX CAMP	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	1
09	BAIX EBRE	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	2
10	BAIX EMPORDÀ	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
11	BAIX LLOBREGAT	1	-	-	-	-	18	4	-	-	-	1
12	BAIX Penedès	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
13	BARCELONÈS	12	5	-	-	-	87	35	-	-	-	14
14	BERGUEDÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	CERDANYA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
16	CONCA DE BARBERÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	GARRAF	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
18	GARRIGUES	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
19	GARROTXA	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	1
20	GIRONÈS	3	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-
21	MARESME	1	1	-	-	-	3	1	1	-	-	1
22	MONTSIÀ	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
23	NOGUERA	-	-	-	-	-	4	1	-	-	-	1
24	OSONA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	PALLARS JUSSÀ	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
26	PALLARS SOBIRÀ	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
27	PLA D'URGELL	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
28	PLA DE L'ESTANY	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
29	PRIORAT	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
30	RIBERA D'EBRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	RIPOLLÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	SEGARRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	SEGRIÀ	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	2
34	SELVA	1	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
35	SOLSONÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	TARRAGONÈS	-	-	-	-	-	6	3	-	-	-	-
37	TERRA ALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38	URGELL	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
39	VAL D'ARAN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
40	VALLÈS OCCIDENTAL	1	-	-	2	-	5	3	-	-	-	2
41	VALLÈS ORIENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL CATALUNYA		19	7	-	2	-	174	54	1	-	-	30

* No s'hi inclou la notificació dels pacients de fora de Catalunya.

(continua a la pàg. 163)

⁹ Es tracta d'un cas importat confirmat

Distribució quadrisetmanal de les malalties de declaració individualitzada

	01 Brucel·losi	02 Carboncle	03 Tos ferina	04 Còlera	06 Shigel·losi	12 Febre tifoide i paratifoide	14 Altres Hepatitis víriques	15 Leishmaniosi	16 Lepra	18 Malaltia meningocòccica	20 Paludisme
Setmanes 1-4	2	-	10	-	4	1	8	4	-	19	10
Setmanes 5-8	3	-	13	-	-	3	6	2	-	21	9
Setmanes 9-12											
Setmanes 13-16											
Setmanes 17-20											
Setmanes 21-24											
Setmanes 25-28											
Setmanes 29-32											
Setmanes 33-36											
Setmanes 37-40											
Setmanes 41-44											
Setmanes 45-48											
Setmanes 49-52											
Total	5	-	23	-	4	4	14	6	-	40	19

	21 Parotiditis	25 Rubeòla	28 Febre Botonosa	30 Triquinosi	31 Tuberculosi pulmonar	32 Altres tuberculosi	35 Xarampió ⁹	40 Tètanus	41 Hidatidosi	45 Sida*	46 Legio-nel·losi
Setmanes 1-4	4	-	2	-	70	23	-	-	-	22	12
Setmanes 5-8	3	-	-	-	107	33	1	-	-	24	19
Setmanes 9-12											
Setmanes 13-16											
Setmanes 17-20											
Setmanes 21-24											
Setmanes 25-28											
Setmanes 29-32											
Setmanes 33-36											
Setmanes 37-40											
Setmanes 41-44											
Setmanes 45-48											
Setmanes 49-52											
Total	7	-	2	-	177	56	1	-	-	46	31

Malalties de declaració individualitzada. Setmanes 5 a 8*

Codi	Comarques	47 Amebiasi	48 Hepatitis A	49 Hepatitis B	50 Meningitis tuberculosa	51 Rubèola congenita	52 Sifilis congenita	53 Botulisme	54 Mal. inv. per <i>H.</i> <i>influenzae b</i>	55 Tètanus neonatal	56 Gastroente- ritis per <i>E.</i> <i>coli</i> O157:H7	57 Síndrome hemolítico- urèmica
01	ALT CAMP	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
02	ALT EMPORDÀ	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
03	ALT PENEDEès	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
04	ALT URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05	ALTA RIBAGORÇA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06	ANOIA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07	BAGES	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
08	BAIX CAMP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
09	BAIX EBRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	BAIX EMPORDÀ	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	BAIX LLOBREGAT	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-
12	BAIX PENEDEès	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	BARCELONÈS	-	17	8	1	1	-	-	-	-	-	-
14	BERGUEDÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	CERDANYA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	CONCA DE BARBERÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	GARRAF	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	GARRIGUES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	GARROTXA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	GIRONÈS	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	MARESME	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	MONTSIÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	NOGUERA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	OSONA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	PALLARS JUSSÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	PALLARS SOBIRÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	PLA D'URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	PLA DE L'ESTANY	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	PRIORAT	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
30	RIBERA D'EBRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	RIPOLLÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	SEGARRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	SEGRIÀ	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34	SELVA	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
35	SOLSONÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	TARRAGONÈS	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
37	TERRA ALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38	URGELL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
39	VAL D'ARAN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	VALLÈS OCCIDENTAL	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	VALLÈS ORIENTAL	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL CATALUNYA		1	45	19	2	1	-	-	1	-	-	-

* No s'hi inclou la notificació dels pacients de fora de Catalunya.

Distribució quadrisetmanal de les malalties de declaració individualitzada

	47 Amebiasi	48 Hepatitis A	49 Hepatitis B	50 Meningitis tuberculosa	51 Rubèola congenita	52 Sifilis congenita	53 Botulisme	54 Mal. inv. per <i>H.</i> <i>influenzae b</i>	55 Tètanus neonatal	56 Gastroente- ritis per <i>E.</i> <i>coli</i> O157:H7	57 Síndrome hemolítico- urèmica
Setmanes 1-4	-	18	9	1	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 5-8	1	27	10	1	1	-	-	1	-	-	-
Setmanes 9-12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 13-16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 17-20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 21-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 25-28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 29-32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 33-36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 37-40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 41-44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 45-48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Setmanes 49-53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1	45	19	2	1	-	-	1	-	-	-

* Nombre de casos declarats.

º Es tracta d'un cas importat confirmat.

Declaracions urgents de brots epidèmics. Setmanes 5 a 8. Distribució geogràfica

	Tipus de brot	Població	Àmbit	Nombre de casos	Taxa d'atac	Vehicle sospitos
Barcelona província (excepte Barcelona ciutat):						
UVE** Regió Centre						
	TIA	Rubí	Restaurant	3	–	Tiramisú
	TIA	Manlleu	Familiar	3	75,0	Ou ferrat
	Escarlatina	Manresa	Escolar	10	–	–
	Varicel·la	Manresa	Escolar	10	–	–
	Escarlatina	Cornellà de Llobregat	Escolar	2	–	–
	TIA	Alella	Escolar	30	6,3	–
UVE Regió Barcelonès Nord i Maresme						
	Escarlatina	Badalona	Escolar	6	18,2	–
Barcelona ciutat						
	Gastroenteritis aguda	Barcelona	Residència d'avis	46	32,9	–
	Gastroenteritis aguda	Barcelona	Residència d'avis	6	24,0	–
	Pneumònia	Barcelona	Escolar	3	14,3	–
Girona						
	Gastroenteritis aguda	Lloret de Mar	Hotel	12	3,7	–
	Gastroenteritis aguda	Lloret de Mar	Familiar	2	–	–
Lleida						
	Intoxicació per gas Monòxid de carboni	Lleida	Familiar	4	100,0	–
Tarragona						
	Hepatitis aguda	Almòster	Familiar	2	–	–
	Hepatitis aguda	Reus	Familiar	3	–	–
	Escarlatina	Cambrils	Escolar	6	–	–

* TIA: Toxiinfecció alimentària.

** UVE: Unitat de vigilància epidemiològica.

Consell de redacció: Àngela Domínguez, Rosa Gispert, Vicenç Martínez, Eduard Mata, Anna Puigdefàbregas, Neus Rams, J. Lluís Taberner, Àngel Teixidó.

Correcció de textos: David Ballabriga.

Coordinació del contingut temàtic i supervisió editorial: Maria Bueno.

Subscripcions: Direcció General de Salut Pública (Tel: 93 556 62 79).