

L'estudi de contactes com a estratègia de prevenció i control de les infeccions de transmissió sexual

Pàgina 80

Malalties de declaració obligatòria: numèrica i individualitzada. Setmanes 13 a 16.

Pàgina 87

Declaració de microorganismes al Sistema de notificació microbiològica de Catalunya. Setmanes 13 a 16.

Pàgina 96

L'estudi de contactes com a estratègia de prevenció i control de les infeccions de transmissió sexual

José Luis Martínez i Alonso,¹ Rosa Mansilla i Lou,¹ Mireia Jané i Checa.¹

1 Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut.

Adreça postal: Agència de Salut Pública de Catalunya. Roc Boronat, 81-95, 08005 Barcelona.

Adreça electrònica: joseluis.martinez@gencat.cat

RESUM. En l'abordatge de les malalties infectocontagioses es recomana implementar estratègies per a la detecció de nous casos entre els contactes de les persones diagnosticades, atesa la seva transcendència en la comunitat i la possibilitat de fer una detecció i un tractament precoç en aquestes persones. Les infeccions de transmissió sexual són un grup de patologies que tenen una prevalença elevada en la comunitat i una incidència anual creixent. En aquest article es fa una revisió de l'aplicació de l'estudi de contactes en els països del nostre entorn i es presenta el Protocol que s'acaba d'elaborar a Catalunya.

RESUMEN. En el abordaje de las enfermedades infectocontagiosas se recomienda implementar estrategias para la detección de nuevos casos entre los contactos de las personas diagnosticadas, dada su trascendencia en la comunidad i la posibilidad de realizar una detección y un tratamiento pre-

coz en estas personas. Las infecciones de transmisión sexual son un grupo de patologías que tienen una elevada prevalencia en la comunidad y una incidencia anual creciente. En este artículo se hace una revisión de la aplicación del estudio de contactos en los países de nuestro entorno y se presenta el Protocolo que se acaba de elaborar en Catalunya.

ABSTRACT. *In the management of infectious diseases, it is recommended implementing strategies for the detection of new cases among the contacts of people diagnosed, due to their importance in the community and the possibility of early detection and treatment in these people. Sexually transmitted infections are a group of pathologies with a high prevalence in the community and an increasing annual incidence. This article reviews the application of the contact tracing in the countries of our environment and the Catalan Protocol recently created is presented.*

Paraules clau: infeccions de transmissió sexual, estudi de contactes, notificació a la parella.

Declaració de conflicte d'interessos: Els autors declaren que no hi ha cap conflicte d'interessos relacionat amb la publicació de l'article.

1. IMPORTÀNCIA DE LA REALITZACIÓ DE L'ESTUDI DE CONTACTES EN LA DETECCIÓ, LA PREVENCIÓ I EL CONTROL DE LES INFECCIONS TRANSMISSIBLES

En moltes malalties infectocontagioses, els contactes dels casos diagnosticats presenten una incidència i una prevalença de la malaltia molt superiors a les de la població general com a conseqüència de la transmissió de la infecció entre els casos índex i el seu entorn. Aquest fet es veu influenciat per una sèrie de factors que al llarg del temps han anat afavorint el desenvolupament de la malaltia com són els hàbits de conducta, els factors socioeconòmics i la no utilització, o la utilització inadequada, de mesures de prevenció i control de la malaltia, entre d'altres.¹

Per aquest motiu, al llarg de la història s'han anat desenvolupant estratègies amb la finalitat de limitar l'expansió epidèmica d'aquestes infeccions en la població, mitjançant el diagnòstic precoç i el tractament dels casos infectats, i la detecció, el diagnòstic i el tractament, si cal, de les persones del seu entorn que puguin presentar la infecció. Una d'aquestes estratègies és la que s'anomena "estudi de contactes" (EC) que, tal com es fa en altres malalties transmissibles, consisteix a identificar, a partir del cas detectat, les persones de l'entorn que puguin estar també infectades i oferir-los diagnòstic i tractament.

En el marc de la Xarxa de Vigilància Epidemiològica i en funció del microorganisme responsable de la infecció i del grau de transmissibilitat, el responsable de realitzar l'EC ha d'identificar els contactes corresponents dins del període d'infecciositat (sexuals, familiars, escolars, hospitalaris, de l'empresa i altres) i d'implementar les accions derivades de la detecció sobre els contactes: activitats d'educació sanitària per evitar la transmissió de la infecció i reinfeccions del cas índex, i activitats preventives i curatives com poden ser l'aïllament dels casos (malalties nosocomials), l'administració de vacunes i gammaglobulines (hepatitis), la profilaxi mitjançant antibiòtics (tuberculosi, meningitis, ITS) o el tractament precoç de la infecció, que de vegades es produeix en fase asimptomàtica (tuberculosi i ITS).

Quan es diagnostica un cas d'ITS, bé sigui per diagnòstic clínic bé per cribratge, és molt important investigar entre els seus contactes sexuals si hi ha altres persones que estan també infectades amb la finalitat de poder-les tractar adequadament i promoure la utilització de mesures per evitar la transmissió de la infecció cap a altres membres de la comunitat, i també per prevenir reinfeccions futures, atès que aquestes malalties no deixen una immunitat duradora.

2. MARC EPIDEMIOLÒGIC

Les infeccions de transmissió sexual (ITS) són les malalties transmissibles més freqüents en el nostre entorn, unes patologies molt sovint asimptomàtiques i amb una incidència que va en augment.^{2,3,4,5} Les infeccions per clamídies (inclòs el limfogranuloma veneri o LGV), per gonococ, per sífilis i pel VIH són les ITS més freqüents a Catalunya^{6,7} i també les que tenen una major repercussió individual i social.

S'estima que al món més d'un milió de persones adquireixen una ITS cada dia, que cada any 500 milions de persones emmalalteixen per una d'aquestes quatre ITS: clamídia, gonocòccia, sífilis i tricomoniasi,⁸ i que 2,1 milions de persones es van infectar pel VIH durant l'any 2015.⁹

A l'Espai Econòmic Europeu, format pel països de la Unió Europea, Islàndia, Liechtenstein, Noruega i Suïssa, les infeccions per clamídies (amb exclusió del LGV), la gonocòccia i la sífilis són les infeccions bacterianes i, per tant, tractables, més freqüents amb taxes d'incidència per 100.000 habitants durant l'any 2012 de 199, 13 i 4 casos, respectivament.² L'última taxa d'incidència disponible d'infecció pel VIH és de l'any 2014 i s'han notificat 29.992 casos nous d'infecció pel VIH (5,9 per 100.000 habitants).³

A Catalunya, durant l'any 2015, la infecció bacteriana diagnosticada amb més freqüència ha estat la infecció per clamídies (amb exclusió del LGV), seguida de la gonocòccia i la sífilis (taula 1). L'evolució dels últims anys d'aquests tres processos i la infecció pel VIH en mostra un increment sostingut de la totalitat, amb excepció de la infecció pel VIH que es manté estable, ja que l'increment de casos nous dins del col·lectiu d'homes que tenen relacions sexuals amb homes es veu compensat per la reducció en la resta de segments de la població (figura 1).^{6,7}

3. ESTUDI DE CONTACTES EN INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

El període que ha d'incloure l'estudi dels contactes sexuals varia segons la ITS de què es tracta: entre alguns mesos en el cas de clamídia i gonococ, i diversos anys en el cas de la infecció pel VIH (taula 2). Hi ha disponibles diversos protocols sobre com fer l'EC i determinar el període de temps a estudiar. Els més utilitzats a escala internacional són els elaborats per la BASHH d'Anglaterra,¹⁰ el CDC dels Estats Units,¹¹ la IUSTI a Europa¹² i la Public Health Agency de Canadà.¹³ A Catalunya, el Departament de Salut acaba d'elaborar el *Protocol per a l'estudi dels contactes de les persones diagnosticades d'ITS a Catalunya*¹⁴ en la mateixa línia que les referències internacionals.^{11,12}

Taula 1
Infeccions de transmissió sexual declarades a la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya durant l'any 2015

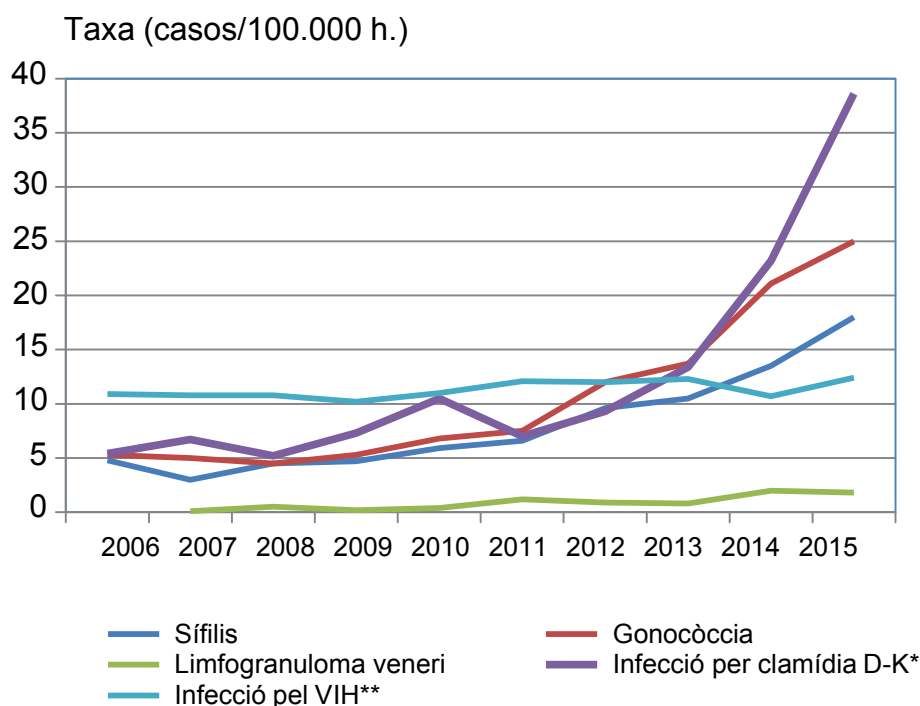
	Nombre de casos	Taxa (casos per 100.000h.)
Condiloma acuminat (VPH)	7.629	104,0
Herpes genital	3.462	47,3
Infecció per clamídia D-K**	2.825	38,6
Gonocòccia	1.833	25,0
Sífilis infecciosa	1.355	18,0
Tricomoniàsis	907	12,4
Infecció pel VIH	865*	12,0
Limfogranuloma veneri	132	1,8

* Corregit per retard en la notificació.

** Declaració al Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC).

Font: Sistema de MDO i SGVRESP-CEEISCAT

Figura 1
Evolució dels nous casos de sífilis, gonocòccia, limfogranuloma veneri, clamídia D-K i infecció pel VIH (Catalunya, 2006-2015)



* Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC).

** Corregit per retard en la notificació.

Font: SGVRESP-CEEISCAT

Taula 2

Període retrospectiu d'identificació de parelles sexuals segons ITS des de l'inici dels símptomes en el cas índex

		Període
Gonocòccia		2 mesos
Infecció pel VIH		3 mesos en cas d'infecció recent o bé des de l'última prova del VIH negativa del cas índex*
Limfogranuloma veneri		2 mesos
Sífilis	Sífilis primària	3 mesos
	Sífilis secundària	6 mesos
	Sífilis latent precoç	1 any
Infecció per clamídia D-K		2 mesos

* Aquest període serà més llarg (com a màxim, d'un any), si el cas no ha estat testat. Acord dels autors.

Font: Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol per a l'estudi dels contactes de les persones infectades d'ITS a Catalunya.

En l'àmbit internacional s'utilitzen diferents mètodes per fer l'EC: la notificació a la parella la pot realitzar el mateix cas índex (**notificació per part del pacient** o *patient referral*), l'Administració sanitària mitjançant el professional que diagnostica el cas o el sistema de vigilància epidemiològica (**notificació per part del personal sanitari** o *provider referral*) o bé mitjançant una combinació de totes dues modalitats, en què es deixa un temps al cas índex perquè faci la notificació i, si no la fa, la realitza el professional sanitari (**notificació condicional**, *conditional referral* o *contract referral*), o bé el cas índex fa la notificació amb la col·laboració del professional sanitari (**notificació dual** o *dual referral*).

En les ITS d'origen bacterià, amb excepció de la sífilis, hi ha països on, pel que fa al tractament epidemiològic, es facilita que el pacient administri el tractament antibiòtic als seus contactes (tractament epidemiològic, *patient delivered partner therapy*).¹⁵ A Catalunya no es preveu aquesta possibilitat, ja que legalment només es pot facilitar un tractament antibiòtic a un pacient després d'haver efectuat la visita mèdica corresponent.

Darrerament, s'estan començant a utilitzar noves tecnologies per realitzar la notificació de contactes per reforçar les estratègies clàssiques de l'EC i, en molts casos, com a únic recurs per contactar amb parelles que realitzen sexe anònim, en saunes o contactant amb les seves parelles per geolocalització. Alguns d'aquests nous mecanismes utilitzats són la introducció de missatges o bàners en pàgines web de contactes com poden ser Tinder, Grindr, PlanetaRo-

meo o Fuckbook, i la tramesa de missatges SMS, de whatsapp o de correu electrònic als contactes que ha facilitat el cas índex.

4. SITUACIÓ A L'ESPAI ECONÒMIC EUROPEU

En els països del nostre entorn habitualment l'EC no el fan els professionals sanitaris, excepte en aquelles infeccions que són greus per la seva clínica o les seves possibles complicacions com la sífilis o la infecció pel VIH. En els altres casos, s'utilitza la notificació a través del pacient i, a partir de la informació rebuda, és el contacte qui decideix lliurement si va a un centre sanitari a descartar la infecció. En aquests casos el professional sanitari fa el seguiment d'aquest procediment amb la finalitat de facilitar que el màxim nombre de contactes accedeixin als serveis sanitaris a descartar ITS.

Molt sovint, el metge o un altre professional sanitari proporcionen fullets i material gràfic al cas índex amb la finalitat de facilitar-li la realització de la notificació a les seves parelles (**notificació per part del pacient reforçada** o *enhanced patient referral*) i aquest fet fa que augmenti el nombre de contactes que es visiten en els serveis sanitaris.

Atesa la variabilitat en els mètodes utilitzats en l'EC i que molt sovint aquest procés es fa a través del cas índex, la literatura internacional a aquest procés acostuma a anomenar-lo "**notificació a les parelles**" o *partner notification*,¹⁰⁻¹³ però a Catalunya s'ha optat per seguir utilitzant la forma "estudi de contactes", ja que la forma "notificació a les parelles" es refereix només a un dels elements del procés.

Una altra qüestió que cal plantejar és l'obligatorietat o no obligatorietat de fer la notificació a la parella. Les guies de la majoria dels estats recomanen la notificació voluntària als contactes, sense coaccions i preservant la confidencialitat tant del cas índex com dels contactes, i es reserva la notificació sense permís del pacient per als casos penals (violació, sexe amb menors i d'altres situacions) i, en alguns països, per a la parella habitual quan el cas índex es nega repetidament a fer la notificació i es preveu que no pensa utilitzar cap mesura preventiva amb aquesta. A Europa,¹⁵ 11 dels 24 països consultats pel Centre Europeu de Prevenció i Control de Malalties (ECDC) tenen lleis i reglaments que obliguen que la notificació a la parella la faci el proveïdor sanitari, el pacient o tots dos (taula 3), però tan sols hi ha tres països on la legislació penalitza la no notificació per part del pacient: Noruega i Suècia, en les infeccions per clamídia, gonocòccia, sífilis i VIH, i Estònia, en la infecció pel VIH i la sífilis.

En relació amb l'obligatorietat de la realització de l'EC, a Catalunya hi ha jurisprudència suficient i recomanacions en el codi deontològic del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el sentit que el dret a la salut predomina sobre el dret a la intimitat de les dades de la història clínica. Això vol dir que, quan es pugui preveure que el pacient no comunicarà a les seves parelles el diagnòstic i que no té intenció de prendre cap mesura per evitar la transmissió de la infecció a altres persones, el metge o metgessa té l'obligació de fer aquesta comunicació d'ofici amb la finalitat de protegir la salut i la vida de la població, preservant sempre la identitat del pacient. En el Protocol

per a l'estudi dels contactes de les persones diagnosticades d'ITS a Catalunya¹⁴ s'explica aquest punt amb més detall.

5. EFICÀCIA DE L'ESTUDI DE CONTACTES

No hi ha prou evidència sobre quins són els mètodes més eficaços de notificació a la parella en la infecció pel VIH o la sífilis. Algunes revisions sistemàtiques afirmen que el mètode de **notificació per part del professional sanitari** és més eficaç que el de **notificació per part del pacient**, atès que s'asseguren la notificació i el tractament del VIH i de les altres ITS, però hi ha pocs estudis aleatoritzats relacionats amb l'efectivitat dels diversos mètodes.^{15,16}

Per al VIH, l'únic assaig aleatoritzat identificat va trobar que els pacients índex a qui s'ha permès elegir el mètode de notificació a les seves parelles (entre realitzar-la ells mateixos o bé deixar que la faci un professional sanitari) han tingut més parelles testades del VIH a partir de la notificació del pacient que aquells en què s'ha utilitzat tan sols el mètode de notificació per part del pacient sense possibilitat d'elecció.¹⁵

Per a la sífilis, un assaig aleatoritzat ha trobat que hi havia poca diferència en el nombre de parelles tractades per pacient índex entre els mètodes notificació per part del pacient i notificació per part del professional sanitari. L'eficàcia del mètode de notificació per part del pacient per a la sífilis no ha estat avaluada, tot i que aquest és el mètode preferit en molts països europeus.^{15,16}

Taula 3

Lleis i regulacions relacionades amb l'obligatorietat de la notificació rutinària a les parelles per infeccions específiques (resposta en 24 països)

	Notificació obligatòria a les parelles per part del professional sanitari	Notificació obligatòria a les parelles per part del pacient	Cribatge / tractament obligatori de les parelles	Notificació a la parella de manera rutinària
Infecció pel VIH	9	4	1	20
Sífilis	9	4	3	21
Gonocòccia	8	4	1	21
Infecció per clamídia D-K	8	4	2	21
Mycoplasma genitalium	0	0	0	5
Tricomonosi	0	0	0	11
Berrugues genitals	1	0	0	9
Herpes genital	2	0	0	9
Hepatitis B	7	3	1	15
Hepatitis C	7	3	1	14

Font: European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC, 2013

Hi ha evidència que l'augment en la notificació mitjançant el mètode de notificació per part del pacient i la teràpia de parella accelerada pot ser més eficaç en la reducció de la reinfecció per clamídia, per gonococ, per tricomonos i pels microorganismes responsables de les uretritis no gonocòcciques (UNG).¹⁵

6. PROTOCOL PER A L'ESTUDI DELS CONTACTES DE LES PERSONES DIAGNOSTICADES D'ITS A CATALUNYA

En aquest Protocol, aprovat per la Comissió de Vigilància Epidemiològica de Catalunya, es recull el procediment que cal seguir per realitzar l'EC de les persones diagnosticades d'una ITS a Catalunya. Se centra en les tres infeccions bacterianes més freqüents i amb tractament eficaç (clamídies, gonocòccia i sífilis) i en la infecció pel VIH, per la seva gravetat i l'especial transcendència que té en la població la no prevenció de la transmissió; si bé el metge o metgessa assistencial pot realitzar-la en altres infeccions bacterianes amb tractament eficaç, com és el cas de la tricomonosi o de les uretritis no específiques.

El mètode elegit és el de notificació per part del pacient i es reserva el de notificació per part del professional sanitari per a aquells casos en què es prevegi que el pacient no en farà la notificació i no adoptarà les mesures preventives corresponents. S'haurà de notificar el risc d'infecció a tots els contactes del cas índex dels últims temps, d'acord amb les recomanacions del Centre per al Control i la Prevenció de Malalties (CDC) dels EUA¹² parcialment modificades i que són recollides a la taula 2 d'aquest article i en el document esmentat.¹⁴

L'EC de les ITS s'estructura en les fases següents:

- El professional sanitari recull informació en relació amb els contactes sexuals del cas índex en el període de transmissibilitat. El metge o metgessa que ha diagnosticat la ITS al pacient li explica el risc que hi ha de transmissió de la ITS i la importància de notificar-ho a les seves parelles dels últims temps, i li demana les dades necessàries per fer la notificació (cens de contactes).
- El professional sanitari pacta amb el cas índex el model de notificació escollit per a l'estudi de cadascun dels contactes identificats. Una opció és que sigui el mateix pacient qui faci la notificació a les seves parelles; i, en el cas que el pacient no se senti capaç de fer-la ell mateix, una altra opció és que la notificació la facin els professionals sanitaris.
- La notificació als contactes la fa habitualment el pacient amb el suport dels professionals sanitaris, que li faci-

ten material informatiu. Està comprovat que, en l'EC, la notificació per part del pacient amb material de suport (notificació per part del pacient reforçada) és molt més efectiva que la notificació per part del pacient simple.^{15,16}

- Diagnòstic i control dels contactes que acudeixen a la consulta, amb la realització de les exploracions complementàries corresponents, la facilitació del tractament, si s'escau, i de controls posteriors per comprovar-ne la curació. Els nous diagnòstics d'ITS detectats en aquest procés s'han de notificar a la Unitat de Vigilància Epidemiològica corresponent. A partir d'aquests diagnòstics es faran els EC que pertoquin.

A més, sempre s'ha de fer consell assistit, tant al cas índex com a les parelles, per evitar noves ITS en un futur,

7. CONCLUSIÓ

Les ITS són patologies amb una prevalença en augment que poden produir, a part de la clínica aguda, complicacions a llarg termini, ja que moltes ITS poden romandre asintomàtiques durant llargs períodes de temps.

Als països del nostre entorn hi ha una llarga tradició en la realització de l'EC entre les parelles de les persones que presenten ITS, amb la finalitat de reduir la prevalença i l'impacte d'aquestes patologies. La realització de l'EC és fonamental per reduir la cadena de transmissió de les ITS (inclosa la infecció pel VIH), millorar la qualitat de vida i el pronòstic de la població infectada, mitjançant el diagnòstic i tractament precoç, i reduir futures reinfeccions quan es mantenen relacions sexuals amb parelles amb ITS no detectades ni tractades.

La Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya de l'Agència de Salut Pública de Catalunya ha elaborat el Protocol per a l'estudi dels contactes de les persones diagnosticades d'ITS a Catalunya¹⁴ per orientar els professionals en la realització d'aquest procés.

Agraïments

Als membres del Grup de Treball per l'Elaboració del Protocol per a l'Estudi dels Contactes de les Persones Diagnosticades d'ITS a Catalunya –Mireia Alberny, Irene Barrabeig, Neus Camps, Dolors Carnicer, Jordi Casabona, Joan Caylà, Montserrat Danès, Patricia Garcia de Olalla, Pere Godoy, Mireia Jané, Rosa Mansilla, José Luis Martínez, Àngels Orcau, Maribel Pasarín i Núria Vives–, del Grup de Treball del Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC), i a tots els professionals de la xarxa assistencial.

Referències bibliogràfiques

- 1 Caylà JA, Orcau A. Estudio de contactos en el siglo XX: se precisan innovaciones. *Med Clin (Barc)*. 2003;121(13):494-5. Disponible en línia a: <<http://193.146.189.69/uitb/docs/EditMedClinEC.pdf>>
- 2 ECDC. Annual epidemiological report Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses 2014. Stockholm: ECDC; 2015. Disponible en línia a: <<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-HIV-AIDS-blood-borne-annual-epi-report-2014.pdf>>
- 3 ECDC HIV/AIDS Surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016. Disponible en línia a: <<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>>
- 4 CDC. 2015 sexually transmitted disease surveillance. Atlanta: CDC; 2015. Disponible en línia a: <<https://www.cdc.gov/std/stats15/std-surveillance-2015-print.pdf>>
- 5 CDC. Diagnosis of HIV infection in the United States and Dependent Areas, 2015. Disponible en línia a: <<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report-2015-vol-27.pdf>>
- 6 CEEISCAT. Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya a partir del sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica. Informe anual 2015. Disponible en línia a: <<http://www.ceeiscat.cat/documents/anual ITS.pdf>>
- 7 CEEISCAT. Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida a Catalunya. Informe anual 2015. Disponible en línia a: <<http://www.ceeiscat.cat/documents/anual VIH.pdf>>
- 8 OMS. Infeccions de transmissió sexual al món. Nota descriptiva úm. 110. Actualització de la del novembre de 2013. Disponible en línia a: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>>
- 9 AIDS by the numbers. UNAIDS 2016. Disponible en línia a <<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/AIDS-by-the-numbers>>
- 10 McClean H, Radcliffe K, Sullivan A, Ahmed-Jushuf I. 2012 BASHH Statement on Partner Notification for Sexually Transmissible Infections. *Int J STD AIDS*. 2013;24(4):253-61. Disponible en línia a: <<https://www.bashh.org/documents/4445.pdf>>
- 11 CDC. 2015 sexually transmission diseases treatment guidelines. Disponible en línia a: <<https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>>
- 12 IUSTI. 2013 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. Disponible en línia a: <http://www.iusti.org/regions/europe/word_docs/17.1_European_guideline_on_PN.doc>
- 13 Public Health Agency of Canada. Canadian guidelines on sexually transmitted infections. Disponible en línia a: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/>>
- 14 Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol per a l'estudi dels contactes de les persones diagnosticades d'ITS a Catalunya. Disponible en línia a: <http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responsiu/salutAZ/1/infeccions_transmissio_sexual/recursos_prof/documents/protocol_ec_its.pdf>
- 15 ECDC. Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV. Stockholm: ECDC; 2013;. Disponible en línia a: <<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Partner-notification-for-HIV-STI-June-2013.pdf>>
- 16 Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Cochran Database for a systematic reviews. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochran Database Syst Rev*. 2013. (10):CD002843. Disponible en línia a: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002843.pub2/abstract;jsessionid=35B0801086DD3E818140EC1BC59A3D04.f04t01>>

Malalties de declaració individualitzada 2017. Setmanes 1 a 16*

Codi	Comarques	01 Brucel·losi	02 Carboncle	03 Tos ferina	04 Còlera	06 Shigel·losi	12 Febre tifoide i paratifoide	15 Leishmaniosi	16 Lepra	17 Leptospirosi	18 Malaltia meningocòcica
01	ALT CAMP	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
02	ALT EMPORDÀ	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
03	ALT PENEDÈS	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-
04	ALT URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05	ALTA RIBABORÇA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06	ANOIA	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-
07	BAGES	-	-	11	-	-	-	-	-	-	1
08	BAIX CAMP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
09	BAIX EBRE	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
10	BAIX EMPORDÀ	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-
11	BAIX LLOBREGAT	-	-	53	-	-	-	2	-	-	3
12	BAIX PENEDÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	BARCELONÈS	-	-	76	-	21	3	4	-	-	10
14	BERGUEDÀ	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
15	CERDANYA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	CONCA DE BARBERÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	GARRAF	1	-	2	-	-	-	2	-	-	1
18	GARRIGUES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	GARROTXA	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
20	GIRONÈS	-	-	108	-	1	-	-	-	-	2
21	MARESME	-	-	14	-	1	-	1	-	-	3
22	MONTSIÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	NOGUERA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
24	OSONA	-	-	6	-	-	-	1	-	-	-
25	PALLARS JUSSÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	PALLARS SOBIRÀ	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
27	PLA D'URGELL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
28	PLA DE L'ESTANY	-	-	14	-	-	-	-	-	-	1
29	PRIORAT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	RIBERA D'EBRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	RIPOLLÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	SEGARRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	SEGRÍÀ	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
34	SELVA	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
35	SOLSONÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	TARRAGONÈS	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-
37	TERRA ALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38	URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
39	VAL D'ARAN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	VALLÈS OCCIDENTAL	-	-	63	-	-	-	3	-	-	5
41	VALLÈS ORIENTAL	-	-	12	-	1	-	-	-	-	2
42	MOIANÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL CATALUNYA	-	-	386	-	25	4	16	-	-	34

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

Font: Subdirecció General de vigilància i resposta a emergències de salut pública. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Registre de malalties de declaració obligatòria, malalties de declaració individualitzada (MDI), Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (CEEISCAT).

Malalties de declaració individualitzada 2017. Setmanes 1 a 16*

Codi	Comarques	20 Paludisme	21 Parotíditis	25 Rubéola	28 Febre botonosa	30 Triquinosi	31 Tuberculosi pulmonar	32 Altres tuberculosis	33 Varicel·la	34 Infecció per Chlamydia trachomatis	35 Xarampió
01	ALT CAMP	-	13	-	-	-			61	-	-
02	ALT EMPORDÀ	-	1	-	-	-			52	2	-
03	ALT PENEDÈS	-	1	-	-	-			133	6	-
04	ALT URGELL	1	-	-	-	-			4	-	-
05	ALTA RIBABORÇA	-	-	-	-	-			58	-	-
06	ANOIA	-	17	-	-	-			475	1	-
07	BAGES	-	35	-	-	-			82	4	2
08	BAIX CAMP	-	19	-	-	-			108	3	-
09	BAIX EBRE	-	22	-	-	-			20	-	-
10	BAIX EMPORDÀ	1	6	1	-	-			237	1	-
11	BAIX LLOBREGAT	1	82	-	-	-			484	13	22
12	BAIX PENEDÈS	-	1	-	-	-			11	-	-
13	BARCELONÈS	12	261	4	1	-			1.636	102	28
14	BERGUEDÀ	-	1	-	-	-			17	-	-
15	CERDANYA	-	-	-	-	-			5	-	-
16	CONCA DE BARBERÀ	-	2	-	-	-			84	-	-
17	GARRAF	-	8	-	-	-			168	9	-
18	GARRIGUES	-	5	-	-	-			14	-	-
19	GARROTXA	-	2	-	-	-			25	2	-
20	GIRONÈS	1	31	-	1	-			353	11	1
21	MARESME	-	36	-	1	-			433	14	-
22	MONTSIÀ	-	-	-	-	-			20	-	-
23	NOGUERA	-	-	-	-	-			31	-	-
24	OSONA	1	15	-	-	-			177	4	1
25	PALLARS JUSSÀ	-	1	-	-	-			7	-	-
26	PALLARS SOBIRÀ	-	-	-	-	-			2	-	-
27	PLA D'URGELL	-	4	-	-	-			59	3	-
28	PLA DE L'ESTANY	-	-	-	-	-			31	1	-
29	PRIORAT	-	1	-	-	-			40	-	-
30	RIBERA D'EBRE	-	1	-	-	-			18	-	1
31	RIPOLLÈS	-	-	-	-	-			8	-	-
32	SEGARRA	1	1	-	-	-			106	1	-
33	SEGRÍÀ	-	3	-	-	-			248	-	-
34	SELVA	-	2	-	-	-			187	1	-
35	SOLSONÈS	-	-	-	-	-			-	-	-
36	TARRAGONÈS	3	25	-	-	-			147	6	-
37	TERRA ALTA	-	-	-	-	-			1	-	-
38	URGELL	-	13	-	-	-			148	-	-
39	VAL D'ARAN	-	-	-	-	-			-	-	-
40	VALLÈS OCCIDENTAL	5	27	1	1	-			441	11	1
41	VALLÈS ORIENTAL	2	3	-	-	-			503	4	-
42	MOIANÈS	-	3	-	-	-			21	-	-
	TOTAL CATALUNYA	28	642	6	4	-			6.655	199	56

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

Font: Subdirecció General de vigilància i resposta a emergències de salut pública. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Registre de malalties de declaració obligatòria, malalties de declaració individualitzada (MDI), Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (CEEISCAT).

Malalties de declaració individualitzada 2017. Setmanes 1 a 16*

Codi	Comarques	36 Sífilis	38 Gonocòccia	40 Tètanus	41 Hidatidosi	45 Sida	46 LegioneHosi	47 Amebiasi	48 Hepatitis A	49 Hepatitis B	50 Meningitis tuberculosa
01	ALT CAMP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
02	ALT EMPORDÀ	-	3	-	-	2	-	-	-	-	-
03	ALT PENEDÈS	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-
04	ALT URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05	ALTA RIBABORÇA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06	ANOIA	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-
07	BAGES	-	2	-	-	-	1	-	3	-	-
08	BAIX CAMP	1	2	-	-	-	1	-	-	-	-
09	BAIX EBRE	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-
10	BAIX EMPORDÀ	3	1	-	2	-	1	-	1	-	-
11	BAIX LLOBREGAT	6	20	1	-	1	3	-	10	1	-
12	BAIX PENEDÈS	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-
13	BARCELONÈS	72	136	-	1	-	18	-	61	9	-
14	BERGUEDÀ	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
15	CERDANYA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	CONCA DE BARBERÀ	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
17	GARRAF	2	3	-	-	-	-	-	2	-	-
18	GARRIGUES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	GARROTXA	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
20	GIRONÈS	3	11	-	1	-	-	-	-	-	-
21	MARESME	10	12	-	-	-	3	-	4	-	-
22	MONTSIÀ	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
23	NOGUERA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	OSONA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
25	PALLARS JUSSÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	PALLARS SOBIRÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	PLA D'URGELL	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
28	PLA DE L'ESTANY	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	PRIORAT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	RIBERA D'EBRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	RIPOLLÈS	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
32	SEGARRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	SEGRÌÀ	-	4	-	-	-	1	-	2	-	-
34	SELVA	6	2	-	-	-	1	-	1	-	-
35	SOLSONÈS	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
36	TARRAGONÈS	1	2	-	-	-	-	-	2	-	-
37	TERRA ALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38	URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	VAL D'ARAN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	VALLÈS OCCIDENTAL	23	14	-	-	-	4	-	9	1	-
41	VALLÈS ORIENTAL	3	5	-	-	-	1	-	4	-	-
42	MOIANÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL CATALUNYA	132	224	2	4	3	39		106	12	

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

Font: Subdirecció General de vigilància i resposta a emergències de salut pública. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Registre de malalties de declaració obligatòria, malalties de declaració individualitzada (MDI), Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (CEEISCAT).

Malalties de declaració individualitzada 2017. Setmanes 1 a 16*

Codi	Comarques	51 Rubèola congènita	52 Sífilis congènita	53 Botulisme	54 Mal. Inv. per H. influen- zae b	55 Tètanus neonatal	56 Gastroenteri- tis per E. coli O157:H7	65 Limfograngu- loma veneri	66 VIH	67 Hepatitis C	68 Dengue
01	ALT CAMP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
02	ALT EMPORDÀ	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
03	ALT PENEDÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
04	ALT URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05	ALTA RIBABORÇA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06	ANOIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07	BAGES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08	BAIX CAMP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
09	BAIX EBRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	BAIX EMPORDÀ	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
11	BAIX LLOBREGAT	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
12	BAIX PENEDÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	BARCELONÈS	-	-	-	3	-	-	19	-	4	3
14	BERGUEDÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	CERDANYA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	CONCA DE BARBERÀ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	GARRAF	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
18	GARRIGUES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	GARROTXA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	GIRONÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	MARESME	-	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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	PRIORAT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	RIBERA D'EBRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	RIPOLLÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	SEGARRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	SEGRÍÀ	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
34	SELVA	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
35	SOLSONÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	TARRAGONÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37	TERRA ALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38	URGELL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	VAL D'ARAN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	VALLÈS OCCIDENTAL	-	1	-	1	-	1	-	-	-	1
41	VALLÈS ORIENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42	MOIANÈS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL CATALUNYA	-	2	-	6	-	2	20	6	5	6

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

Font: Subdirecció General de vigilància i resposta a emergències de salut pública. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Registre de malalties de declaració obligatòria, malalties de declaració individualitzada (MDI), Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (CEEISCAT).

Malalties de declaració individualitzada 2017. Setmanes 1 a 16*

Codi	Comarques	69 Encefalitis per paparres	70 Mal. pel virus del chikun- gunya	71 Febre del Nil occidental	72 Febre transmesa per paparres	73 Febres hemor- ràgiques**	75 Toxoplasmosi congenita	80 Oftàlmia neonatal per clamídia	81 Pneumònia neonatal per clamídia	82 Oftàlmia neonatal per gonococ
01	ALT CAMP	-	-	-	-		-	-	-	-
02	ALT EMPORDÀ	-	-	-	-		-	-	-	-
03	ALT PENEDÈS	-	-	-	-		-	-	-	-
04	ALT URGELL	-	-	-	-		-	-	-	-
05	ALTA RIBABORÇA	-	-	-	-		-	-	-	-
06	ANOIA	-	-	-	-		-	-	-	-
07	BAGES	-	-	-	-		-	-	-	-
08	BAIX CAMP	-	-	-	-		-	-	-	-
09	BAIX EBRE	-	-	-	-		-	-	-	-
10	BAIX EMPORDÀ	-	-	-	-		-	-	-	-
11	BAIX LLOBREGAT	-	-	-	-		-	-	-	-
12	BAIX PENEDÈS	-	-	-	-		-	-	-	-
13	BARCELONÈS	-	-	-	-		-	-	-	-
14	BERGUEDÀ	-	-	-	-		-	-	-	-
15	CERDANYA	-	-	-	-		-	-	-	-
16	CONCA DE BARBERÀ	-	-	-	-		-	-	-	-
17	GARRAF	-	-	-	-		-	-	-	-
18	GARRIGUES	-	-	-	-		-	-	-	-
19	GARROTXA	-	-	-	-		-	-	-	-
20	GIRONÈS	-	-	-	-		-	-	-	-
21	MARESME	-	-	-	-		-	-	-	-
22	MONTSIÀ	-	-	-	-		-	-	-	-
23	NOGUERA	-	-	-	-		-	-	-	-
24	OSONA	-	-	-	-		-	-	-	-
25	PALLARS JUSSÀ	-	-	-	-		-	-	-	-
26	PALLARS SOBIRÀ	-	-	-	-		-	-	-	-
27	PLA D'URGELL	-	-	-	-		-	-	-	-
28	PLA DE L'ESTANY	-	-	-	-		-	-	-	-
29	PRIORAT	-	-	-	-		-	-	-	-
30	RIBERA D'EBRE	-	-	-	-		-	-	-	-
31	RIPOLLÈS	-	-	-	-		-	-	-	-
32	SEGARRA	-	-	-	-		-	-	-	-
33	SEGRÍÀ	-	-	-	-		-	-	-	-
34	SELVA	-	-	-	-		-	-	-	-
35	SOLSONÈS	-	-	-	-		-	-	-	-
36	TARRAGONÈS	-	-	-	-		-	-	-	-
37	TERRA ALTA	-	-	-	-		-	-	-	-
38	URGELL	-	-	-	-		-	-	-	-
39	VAL D'ARAN	-	-	-	-		-	-	-	-
40	VALLÈS OCCIDENTAL	-	-	-	-		-	-	-	-
41	VALLÈS ORIENTAL	-	-	-	-		-	-	-	-
42	MOIANÈS	-	-	-	-		-	-	-	-
	TOTAL CATALUNYA	-	-	-	-		-	-	-	-

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

** Inclou Ebola, Marburg, Lassa i altres.

Font: Subdirecció General de vigilància i resposta a emergències de salut pública. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Registre de malalties de declaració obligatòria, malalties de declaració individualitzada (MDI), Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (CEEISCAT).

Distribució quadrisetmanal de les malalties de declaració obligatòria individualitzada 2017

	01 Brucehosi	02 Carboncle	03 Tos ferina	04 Còlera	06 Shigehosi	12 Febre tifoide i paratifoide	15 Leishmaniosi	16 Lepra	17 Leptospirosi	18 Malaltia meningocòccica
Setmanes 1 - 4	–	–	16	–	5	–	3	–	–	10
Setmanes 5 - 8	–	–	82	–	4	–	6	–	–	9
Setmanes 9 - 12	1	–	145	–	7	2	6	–	–	5
Setmanes 13 - 16	–	–	144	–	10	2	2	–	–	10
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	1	–	390	–	26	4	17	–	–	34

	20 Paludisme	21 Parotiditis	25 Rubéola	28 Febre botonosa	30 Triquinosi	31 Tuberculosi pulmonar	32 Altres tuberculosi	33 VariceHa	34 Infecció per Chlamydia trachomatis	35 Xarampió
Setmanes 1 - 4	11	136	–	–	–			1.207	130	8
Setmanes 5 - 8	7	185	1	–	–			1.585	178	21
Setmanes 9 - 12	10	175	5	2	–			1.827	211	30
Setmanes 13 - 16	3	149	1	2	–			2.038	199	1
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	31	645	7	4	–			6.657	718	60

	36 Sifilis	38 Gonocòccia	40 Tètanus	41 Hidatidosi	45 Sida	46 LegioneHosi	47 Amebiasi	48 Hepatitis A	49 Hepatitis B	50 Meningitis tuberculosa
Setmanes 1 - 4	145	264	1	–	3	10		16	–	
Setmanes 5 - 8	142	295	1	1	1	13		34	3	
Setmanes 9 - 12	141	271	–	3	2	11		31	5	
Setmanes 13 - 16	132	224	–	–	3	6		30	4	
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	560	1.054	2	4	9	40		111	12	

Distribució quadrisetmanal de les malalties de declaració obligatòria individualitzada 2017

	51 Rubèola congènita	52 Sífilis congènita	53 Botulisme	54 Mal. Inv. per H. influen- zae b	55 Tètanus neonatal	56 Gastroenteri- tis per E. coli O157:H7	65 Limfogranu- loma veneri	66 VIH	67 Hepatitis C	68 Dengue
Setmanes 1 - 4	-	-	-	1	-	-	13	4	-	1
Setmanes 5 - 8	-	-	-	-	-	1	15	14	1	1
Setmanes 9 - 12	-	-	-	3	-	-	8	13	3	1
Setmanes 13 - 16	-	2	-	2	-	1	20	6	1	3
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	-	2	-	6	-	2	56	37	5	6

	69 Encefalitis per paparres	70 Mal. pel virus del chikun- gunya	71 Febre del Nil occidental	72 Febre transmesa per paparres	73 Febres hemor- ràgiques víriques***	75 Toxoplasmosi congènita	80 Oftàlmia neonatal per clamídia	81 Pneumònia neonatal per clamídia	82 Oftàlmia neonatal per gonococ
Setmanes 1 - 4	-	-	-	-		-	-	-	-
Setmanes 5 - 8	-	-	-	-		-	-	-	-
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	-	-	-	-		-	-	-	-

* Nombre de casos declarats.

** Inclou Ebola, Marburg, Lassa i altres.

Distribució per grups d'edat i sexe de les malalties de declaració individualitzada 2017*

Malalties	HOMES										
	< 5	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	≥ 60	TOTAL	
01	BruceHosi	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
02	Carboncle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03	Tos ferina	9	17	11	3	-	1	5	3	3	52
04	Còlera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06	Shigehosi	-	-	-	-	1	5	2	-	-	8
12	Febre tifoide i paratifoide	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
15	Leishmaniosi	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
16	Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	Leptospirosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	Malaltia meningocòccica	1	-	-	-	1	1	-	-	-	3
20	Paludisme	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
21	Parotiditis	6	5	21	11	20	13	4	2	1	83
25	Rubèola	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
28	Febre botonosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	Triquinosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	Tuberculosis pulmonar										
32	Altres tuberculosi										
33	VariceHa	535	373	44	13	25	32	26	3	5	1.056
34	Infecció per <i>Chlamydia trachomatis</i>	-	-	-	1	31	19	11	3	1	66
35	Xarampió	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	Sífilis	-	-	-	1	20	31	32	16	17	117
38	Gonocòccia	-	-	-	8	79	70	21	8	3	189
40	Tètanus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	Hidatidosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45	Sida**	-	-	-	-	-	1	-	1	1	3
46	LegioneHosi	-	-	-	-	-	-	1	1	4	6
47	Amebiasi										
48	Hepatitis A	-	-	-	1	4	8	8	5	-	26
49	Hepatitis B	-	-	-	-	-	1	3	-	-	4
50	Meningitis tuberculosa										
51	Rubèola congènita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
52	Sífilis congènita	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
53	Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54	Mal. inv. per <i>H. influenzae b</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
55	Tètanus neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56	Gastroenteritis per <i>E. coli</i> O157:H7	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
65	Limfogranuloma veneri	-	-	-	-	5	7	4	2	1	19
66	VIH	-	-	-	-	-	-	3	1	1	5
67	Heptatitis C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
68	Dengue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
69	Encefalitis transmesa per paparres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70	Malaltia pel virus del chikungunya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	Febre del Nil Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
72	Febre recurrent per paparres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73	Febres hemorràgiques víriques***										
75	Toxoplasmosi congènita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80	Oftàlmia neonatal per clamídia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
81	Pneumònia neonatal per clamídia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
82	Oftàlmia neonatal per gonococ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* No s'hi 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.

*** Inclou Ebola, Marburg, Lassa i altres.

Distribució per grups d'edat i sexe de les malalties de declaració individualitzada 2017*

Malalties	DONES										
	< 5	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	≥ 60	TOTAL	
01	BruceHosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
02	Carboncle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03	Tos ferina	17	34	17	1	3	4	11	3	2	92
04	Còlera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06	ShigeHosi	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
12	Febre tifoide i paratifoide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	Leishmaniosi	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
16	Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	Leptospirosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	Malaltia meningocòccica	2	1	-	1	-	-	-	1	2	7
20	Paludisme	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
21	Parotiditis	3	3	18	5	20	7	6	2	2	66
25	Rubèola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	Febre botonosa	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2
30	Triquinosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	Tuberculosis pulmonar										
32	Altres tuberculosis										
33	VariceHa	485	378	38	9	26	28	9	2	7	982
34	Infecció per <i>Chlamydia trachomatis</i>	-	-	1	23	73	23	11	2	-	133
35	Xarampió	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
36	Sífilis	-	-	-	-	2	4	5	3	1	15
38	Gonocòccia	-	-	-	6	17	7	1	4	-	35
40	Tètanus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	Hidatidosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45	Sida**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
46	LegioneHosi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
47	Amebiasi										
48	Hepatitis A	-	-	-	-	-	-	3	1	-	4
49	Hepatitis B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50	Meningitis tuberculosa										
51	Rubèola congènita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
52	Sífilis congènita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
53	Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54	Mal. inv. per <i>H. influenzae b</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
55	Tètanus neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56	Gastroenteritis per <i>E. coli</i> O157:H7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65	Limfogranuloma veneri	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
66	VIH	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
67	Heptatitis C	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
68	Dengue	-	-	-	-	-	1	2	-	-	3
69	Encefalitis transmesa per paparres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70	Malaltia pel virus del chikungunya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	Febre del Nil Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
72	Febre recurrent per paparres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73	Febres hemorràgiques víriques***										
75	Toxoplasmosi congènita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80	Oftàlmia neonatal per clamídia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
81	Pneumònia neonatal per clamídia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
82	Oftàlmia neonatal per gonococ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* No s'hi 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.

*** Inclou Ebola, Marburg, Lassa i altres.

Declaració de microorganismes al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC).¹ Setmanes 13 a 16

Malalties	Microorganismes	Selecció		Acumulat 2016		Acumulat 2017	
		Número	%	Número	%	Número	%
Tuberculosis	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex	48	100,00	206	100,00	210	100,00
	Total	48	100,00	206	100,00	210	100,00
Infeccions de transmissió sexual	Gonococ	215	24,43	623	19,71	924	25,13
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	389	44,20	1.271	40,21	1.457	39,62
	<i>Treponema pallidum</i>	150	17,05	771	24,39	726	19,74
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	58	6,59	243	7,69	260	7,07
	herpes simple	68	7,73	253	8,00	310	8,43
	Total	880	100,00	3.161	100,00	3.677	100,00
Meningoencefalitis	Meningococ	5	10,00	5	3,73	10	6,99
	Meningococ grup B	1	2,00	8	5,97	10	6,99
	Meningococ grup C	1	2,00	1	0,75	1	0,70
	<i>Haemophilus influenzae</i>	1	2,00	4	2,99	2	1,40
	<i>Haemophilus influenzae</i> serotipus b	0	0,00	0	0,00	1	0,70
	Pneumococ	9	18,00	46	34,33	30	20,98
	Altres agents meningoencefalitis	5	10,00	19	14,18	16	11,19
	<i>Cryptococcus neoformans</i>	0	0,00	1	0,75	2	1,40
	Enterovirus	24	48,00	35	26,12	50	34,97
	<i>Streptococcus agalactiae</i>	0	0,00	0	0,00	2	1,40
	<i>Listeria monocytogenes</i>	2	4,00	5	3,73	5	3,50
	Virus variceHa zòster	2	4,00	10	7,46	14	9,79
	Total	50	100,00	134	100,00	143	100,00
Infeccions vies respiratòries	<i>Haemophilus influenzae</i>	23	7,52	345	4,49	123	2,88
	<i>Haemophilus influenzae</i> serotipus b	0	0,00	0	0,00	1	0,02
	Pneumococ	110	35,95	1.138	14,80	541	12,65
	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	27	8,82	152	1,98	101	2,36
	<i>Chlamydia pneumoniae</i>	0	0,00	3	0,04	0	0,00
	<i>Chlamydia psittaci</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<i>Chlamydia</i> spp	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<i>Coxiella burnetii</i>	4	1,31	6	0,08	17	0,40
	Legionella	11	3,59	39	0,51	46	1,08
	Virus gripal	0	0,00	16	0,21	2	0,05
	Virus gripal A	4	1,31	2.726	35,46	2.428	56,76
	Virus gripal B	1	0,33	2.126	27,65	29	0,68
	Virus parainfluenzae	10	3,27	12	0,16	27	0,63
	Virus respiratori sincicial	11	3,59	877	11,41	652	15,24
	Adenovirus	39	12,75	84	1,09	131	3,06
	Bordetella pertussis	66	21,57	164	2,13	180	4,21
	Total	306	100,00	7.688	100,00	4.278	100,00
Enteritis	Adenovirus	33	4,50	156	5,24	105	4,23
	<i>Salmonella</i> no tifòdica	97	13,23	481	16,16	305	12,28
	Shigella	4	0,55	5	0,17	5	0,20
	<i>Shigella flexneri</i>	5	0,68	8	0,27	20	0,81
	<i>Shigella sonnei</i>	6	0,82	9	0,30	12	0,48
	<i>Campylobacter</i>	13	1,77	51	1,71	50	2,01
	<i>Campylobacter coli</i>	25	3,41	52	1,75	62	2,50
	<i>Campylobacter jejuni</i>	264	36,02	1.086	36,48	1.043	41,99
	<i>Yersinia enterocolitica</i>	5	0,68	21	0,71	19	0,76
	<i>Escherichia coli</i> enterotoxigènica	5	0,68	11	0,37	16	0,64
	<i>Vibrio</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<i>Vibrio cholerae</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Rotavirus	237	32,33	1.064	35,74	694	27,94
	<i>Cryptosporidium</i> spp	2	0,27	1	0,03	11	0,44
	<i>Giardia lamblia</i>	37	5,05	32	1,07	142	5,72
	Total	733	100,00	2.977	100,00	2.484	100,00

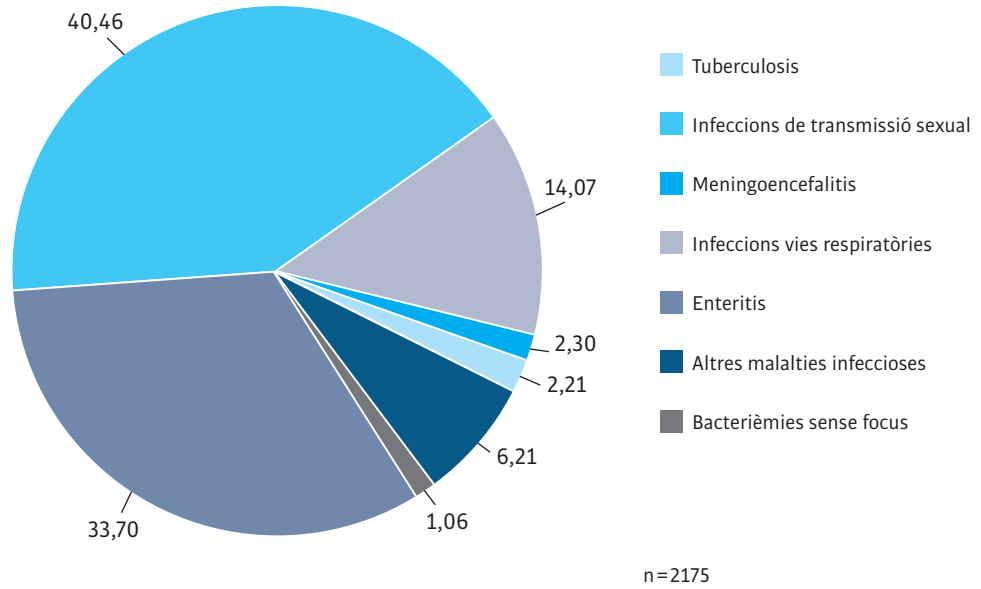
Declaració de microorganismes al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC).¹ Setmanes 13 a 16

Malalties	Microorganismes	Selecció		Acumulat 2016		Acumulat 2017	
		Número	%	Número	%	Número	%
Altres malalties infeccioses	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (Complex)	0	0,00	1	0,32	0	0,00
	Meningococ	0	0,00	0	0,00	1	0,18
	Meningococ grup B	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<i>Haemophilus influenzae</i>	1	0,74	2	0,64	2	0,35
	<i>Haemophilus influenzae</i> serotipus b	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Pneumococ	1	0,74	15	4,79	9	1,59
	<i>Brucella</i>	0	0,00	1	0,32	2	0,35
	<i>Rickettsia conorii</i>	5	3,70	8	2,56	10	1,77
	Virus hepatitis A	28	20,74	11	3,51	100	17,67
	Virus hepatitis B	6	4,44	22	7,03	17	3,00
	Virus xarmpió	1	0,74	2	0,64	58	10,25
	Virus rubèola	0	0,00	3	0,96	4	0,71
	<i>Plasmodium</i>	2	1,48	20	6,39	15	2,65
	<i>Plasmodium falciparum</i>	1	0,74	23	7,35	22	3,89
	<i>Plasmodium malariae</i>	0	0,00	1	0,32	2	0,35
	<i>Plasmodium ovale</i>	0	0,00	2	0,64	0	0,00
	<i>Plasmodium vivax</i>	0	0,00	2	0,64	0	0,00
	<i>Leishmania</i>	1	0,74	17	5,43	26	4,59
	<i>Leptospira</i>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<i>Listeria monocytogenes</i>	1	0,74	6	1,92	4	0,71
	Altres agents	1	0,74	10	3,19	7	1,24
	Virus de la Parotiditis	79	58,52	119	38,02	241	42,58
	Dengue	0	0,00	6	1,92	8	1,41
	Virus Chikungunya	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Virus varicella zòster	1	0,74	15	4,79	12	2,12	
<i>Trypanosoma cruzi</i>	7	5,19	27	8,63	26	4,59	
Total		135	100,00	313	100,00	566	100,00
Bacterièmies sense focus	Meningococ	4	17,39	1	0,65	10	10,10
	Meningococ grup B	0	0,00	1	0,65	4	4,04
	Meningococ grup C	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<i>Haemophilus influenzae</i>	0	0,00	10	6,49	10	10,10
	<i>Haemophilus influenzae</i> serotipus b	2	8,70	0	0,00	5	5,05
	Pneumococ	10	43,48	96	62,34	44	44,44
	<i>Salmonella</i> Typhi/Paratyphi	2	8,70	8	5,19	3	3,03
	<i>Streptococcus agalactiae</i>	5	21,74	18	11,69	12	12,12
	<i>Listeria monocytogenes</i>	0	0,00	20	12,99	11	11,11
	Total		23	100,00	154	100,00	99
Total		2.175		14.633		11.457	

El percentatge de laboratoris declarants de la quadrisetmana: 88,2%

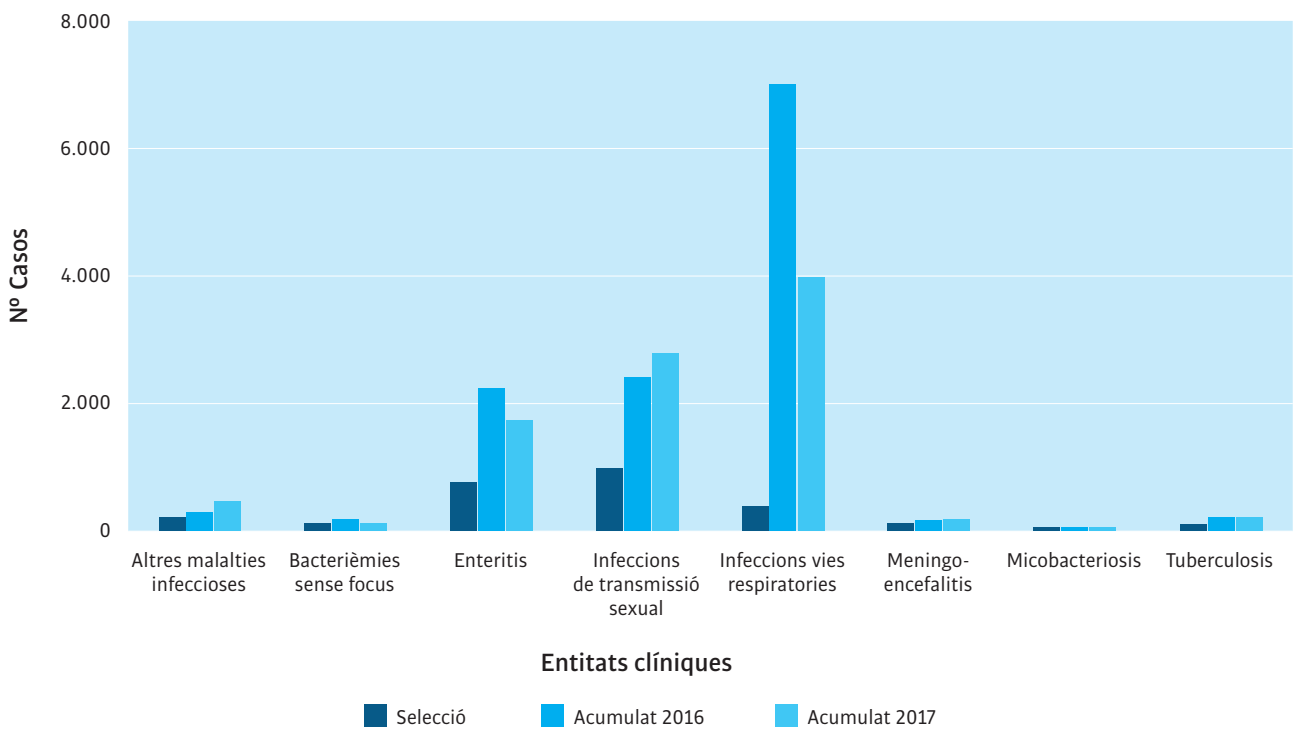
¹ Laboratoris participants: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2088/labs_notif_microb.pdf

Distribució per entitat clínica segons selecció. Any 2017



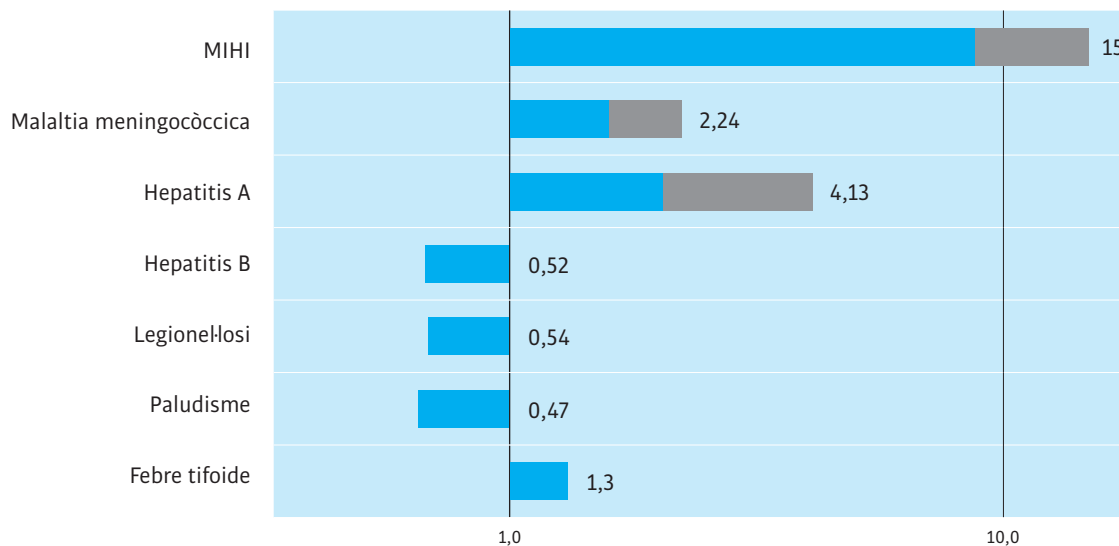
Font: SNMC, SGVRESP, ASPCAT

Comparativa N° de casos. Any 2016 i 2017



Font: SNMC, SGVRESP, ASPCAT

Raó entre els casos declarats l'any 2017 i els valors històrics del quinquenni anterior. Setmanes 13 a 16



Durant la quadrisetmana 13 a 16 no hi ha hagut casos de bruce·losi.

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.

Font: Subdirecció de Vigilància i Respostes a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Registre de malalties de declaració obligatòria, malalties de declaració individualitzada (MDI), sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (CEEISCAT).

4

Director: Pere Godoy.

Adjunta de direcció: Glòria Carmona.

Coordinador del consell de redacció: Albert Franquès.

Consell de redacció: Eva Borràs, Mireia Jané, Mar Maresma, Pere Plans, Anna Puigdefàbregas, Manuel Rabanal, Esteve Saltó i Josep Maria Suelves.

Revisió de textos: Servei de Planificació Lingüística.

Subscripcions: Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública (tel. 935513674) / bec.salut@gencat.cat

© Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya.

<http://canalsalut.gencat.cat>

Butlletí Epidemiològic de Catalunya (BEC)