

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

SEMANAS: 50-53

Del 07/12 de 2020
al 03/01 de 2021
2020 Vol.28 n°4 / 49-58

ISSN: 2173-9277
ESPAÑA



SUMARIO

Situación de la Sífilis Congénita en España 2010-2019.....	49
Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.....	55

SITUACIÓN DE LA SIFILIS CONGÉNITA EN ESPAÑA 2010-2019

Victoria Hernando (1), Oliva Díaz (2), Marta Ruiz Algueró (1) y Asunción Díaz (1)

(1) Unidad de Vigilancia de VIH y comportamientos de riesgo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

(2) Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Resumen

La sífilis congénita es una enfermedad causada por la infección en el útero del *Treponema pallidum*. En 2016, la Organización Mundial de la Salud marcó el objetivo global de eliminar los casos de sífilis congénita para 2030. En este estudio se ha analizado la situación de la sífilis congénita en España en el periodo 2010-2019. Se realizó un análisis descriptivo a partir de los casos confirmados de sífilis congénita precoz notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Se incluyeron 32 casos confirmados, lo que supone una tasa global de 0,76 por 100.000 nacidos vivos. En 9 Comunidades Autónomas no se notificó ningún caso entre 2010 y 2019. La mediana de edad al diagnóstico fue de 2 días y el 53,1% eran niñas. La mayoría de los casos se encontraban asintomáticos y la manifestación clínica más frecuente fue la hepatoesplenomegalia. El 65,6% de las madres eran inmigrantes, situación similar a la observada en los países de la Unión Europea. Aunque los casos que se producen en nuestro entorno son muy pocos, es fundamental poder conocer e identificar en qué situación se han producido, de manera que se puedan establecer todas las medidas de prevención y control necesarias y oportunas para poder eliminar totalmente los casos de sífilis congénita en España.

Summary

Congenital syphilis is a disease caused by *Treponema pallidum* infection in the uterus. In 2016, the World Health Organization launched the goal to eliminate the cases of congenital syphilis by 2030. This study has analyzed the situation of congenital syphilis in Spain in the period 2010-2019. A descriptive analysis was carried out from the early congenital syphilis confirmed cases notified to the National Epidemiological Surveillance Network. Thirty-two confirmed cases were included, which represents an overall rate of 0.76 per 100.000 live births. In 9 Autonomous Communities, no case was reported between 2010 and 2019. The median age at diagnosis was 2 days and 53.1% were girls. Most of the cases were asymptomatic and the most frequent clinical manifestation was hepatosplenomegaly. A 65.6% of the mother were migrants, a situation similar to that observed in the countries of the European Union.

Although there are very few cases in our setting, it is essential to be able to know and identify how transmission occur to establish all necessary and timely prevention and control measures to enable eliminate congenital syphilis in Spain.

1. INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual producida por *Treponema pallidum* y que puede también transmitirse de madre a hijo durante el embarazo. En aquellos casos en los que la infección por sífilis en la madre no sea tratada pueden producirse abortos espontáneos, muerte neonatal, parto prematuro y transmitirse al recién nacido, produciendo bajo peso al nacer, retraso del crecimiento y secuelas a largo plazo, que incluyen sordera, deterioro neurológico y deformidades óseas (1, 2).

En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una iniciativa para la eliminación mundial de la sífilis congénita mediante la publicación de la guía: “Fundamentos y estrategia para la acción” (3). En 2016, la Asamblea de Naciones Unidas aprobó nuevas estrategias de salud global en VIH, en infecciones de transmisión sexual y en hepatitis, entre las cuales está incluida la eliminación de la sífilis congénita (definida como menos de 50 casos por 100.000 nacidos vivos) como problema de salud pública para 2030 (4).

Según datos del European Center for Diseases Prevention and Control (ECDC), la tasa de sífilis congénita en los países de la Unión Europea (UE) y el Área Económica Europea (AEE) ha descendido desde 3,1 casos por 100.000 nacidos vivos en 2007 a 1,1 casos en 2017 (5), aunque en 2018 se ha observado un aumento debido al incremento de casos en algunos de los países de la UE (6). Los casos de sífilis congénita en países occidentales son muy infrecuentes, pero no así en países de América Latina y en África Subsahariana donde se alcanzan mayores prevalencias (7, 8).

La sífilis congénita es una enfermedad de declaración obligatoria de forma individualizada en España desde el año 1997. En los protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de 2015 se incluyeron nuevas variables relacionadas con la situación de las madres. El objetivo de este trabajo es analizar la situación epidemiológica de la sífilis congénita precoz en España durante el periodo 2010-2019.

2. MÉTODOS

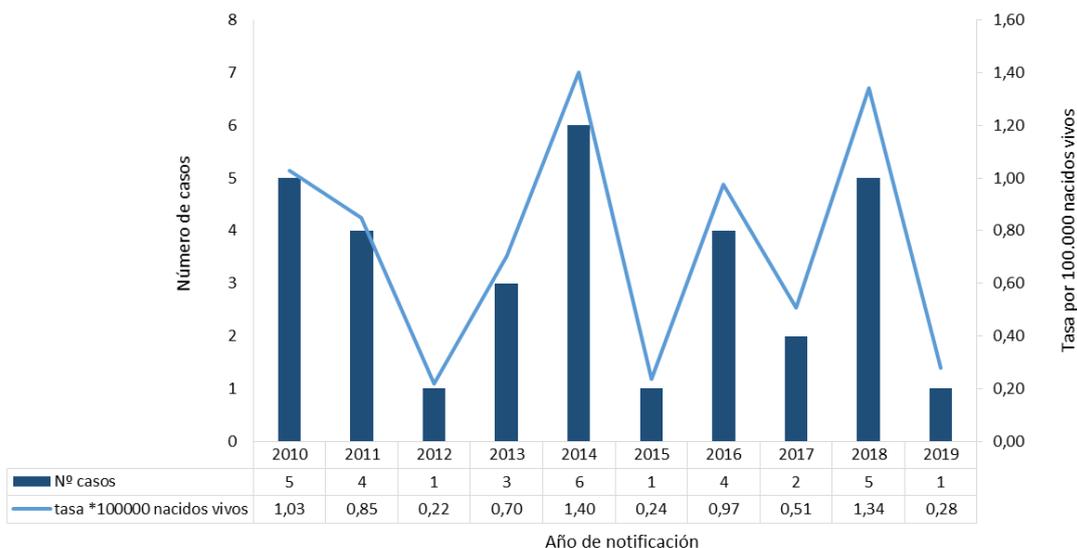
La información sobre sífilis congénita en España se recoge a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)(9). La notificación de casos de sífilis incluye casos probables y casos confirmados, aunque en este trabajo sólo se analizaron los casos confirmados. Un caso de sífilis congénita precoz confirmado se define como niño menor de 2 años con criterio analítico confirmado siguiendo la definición de caso en la Unión Europea (10).

Se han analizado los casos de sífilis congénita declarados a RENAVE entre 2010-2019, describiendo tanto las variables epidemiológicas recogidas de los niños como de las madres. Para evaluar la tendencia de las tasas de incidencia globales en el periodo de estudio se ha utilizado el programa Joinpoint Regression Program versión 4.5.01.

3. RESULTADOS

En el periodo 2010-2019 se notificaron un total de 32 casos confirmados de sífilis congénita precoz, lo que supone una tasa de incidencia global de 0,76 por 100.000 nacidos vivos. La mediana de casos fue de 3,5, con un mínimo de 1 caso en 2012, 2015 y en 2019 y un máximo de 6 casos en 2014. En la [figura 1](#) se muestra el número de casos por año de diagnóstico y la tasa por 100.000 nacidos vivos. No se observa tendencia estadísticamente significativa en la incidencia en el periodo analizado.

Figura 1. Incidencia de sífilis congénita. Número de casos y tasas por 100.000 nacidos vivos. España, 2010-2019



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Por comunidades autónomas, la tasa de incidencia varió desde 18,54 casos por 100.000 nacidos vivos en Ceuta, a 0,28 casos por 100.000 nacidos vivos en Cataluña (Tabla 1). En las comunidades autónomas de Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Galicia, La Rioja y Navarra, País Vasco y Melilla no se notificó ningún caso de sífilis congénita en el periodo de estudio.

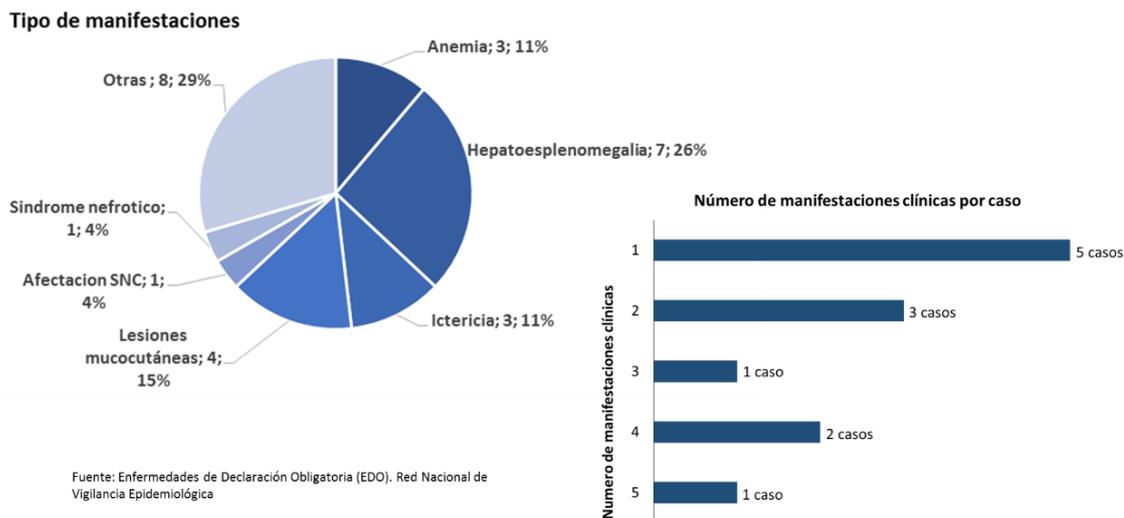
Tabla 1. Incidencia de sífilis congénita. Tasas por 100.000 nacidos vivos por Comunidad Autónoma. España, 2010-2019

Comunidad Autónoma	Casos	Tasa por 100.000 nacidos vivos
Andalucía	9	1,12
Aragón	3	2,65
Cataluña	2	0,28
Castilla La Mancha	1	0,54
Castilla y León	3	1,72
Extremadura	2	2,24
Madrid	3	0,46
Murcia	2	1,25
Comunidad Valenciana	6	1,37
Ceuta	2	18,54

La mediana de edad al diagnóstico fue de 2 días (rango intercuartílico RIC: 1 -7,5 días), con un máximo de 3,5 meses, sin diferencias entre sexos. El número de casos según sexo fue similar, 15 niños (el 46,9%) y 17 niñas (el 53,1%). Todos los casos habían nacido en España.

Se dispuso de información sobre manifestaciones clínicas del recién nacido en 19 de los casos (en un 59,4%). De ellos, la mayoría se encontraban asintomáticos (7 casos) o presentaban una sola manifestación clínica (5 casos) en el momento del diagnóstico (Figura 3). La hepatoesplenomegalia fue la manifestación clínica más frecuente y, en todos los casos, se presentó de manera simultánea con otra afectación. La anemia y la ictericia afectó a 3 casos cada una respectivamente (Figura 2).

Figura 2. Número y tipo de manifestaciones clínicas.



En 16 casos (50%) fue necesaria la hospitalización del recién nacido, en 2 casos se presentaron complicaciones y en un caso secuelas. Uno de los casos diagnosticado en 2018 falleció a los 2 días de vida (letalidad: 3.1%). Presentaba hepatoesplenomegalia, anemia, afectación del sistema nervioso central y síndrome nefrótico.

Características de las madres

En total se identificaron 31 madres, ya que hubo una gestación gemelar. La mediana de edad de las madres en el momento del parto fue de 31,5 años (RIC: 24,5-33,5), aunque este dato solo estuvo disponible para el 51,6% de los casos. Respecto al país de nacimiento de las madres, veintiuna (65,6%) procedía de países diferentes de España; 9 de Europa del Este (8 habían nacido en Rumania y 1 en Lituania), 6 de Marruecos, 4 de países latinoamericanos (2 de Paraguay, 1 de Brasil y 1 de Ecuador). En 4 (12,9%) casos no se dispuso de información sobre el país de nacimiento de la madre.

En 11 madres (un 35,5% de los casos) no se disponía de datos sobre el seguimiento prenatal, en 4 madres (12,9%) la gestación no fue controlada y en otras 4 madres (12,9%) no se tiene información documentada del seguimiento recibido. De las 12 restantes, en 6 (50%) se realizó cribado de la sífilis en el primer trimestre del embarazo, en 3 (25%) en el tercer trimestre y en otras 3 (25%) tenía un test para sífilis en el primer y en el tercer trimestre del embarazo. Respecto al tratamiento de sífilis en las madres, 8 (25,8%) no recibieron ningún tratamiento, 4 (12,8%) recibieron tratamiento con penicilina (dos de ellas en el momento del parto), 2 (6,4%) tratamientos sin penicilina, en 3 (9,7%) el tratamiento no estaba documentado y en 14 (45,2%) esta información no estaba consignada.

Sólo en 3 mujeres se disponía de información sobre factores de riesgo, dos de las cuales eran usuarias de drogas y otra estaba en situación desfavorecida.

4. DISCUSIÓN

El número de casos de sífilis congénita precoz en España en el periodo 2010-2019 es bajo, continuando la tendencia observada entre 2000 y 2010 (11). Las tasas observadas en este análisis estarían en el marco de eliminación propuesto por la OMS de menos de 50 casos por 100.000 nacidos vivos (4). Sin embargo, hay que considerar que la transmisión de la sífilis de la madre al recién nacido es evitable si la madre es diagnosticada de manera precoz durante el embarazo, y recibe, y completa el tratamiento adecuado para la infección. Por este motivo, se debe avanzar hacia el objetivo de cero infecciones por esta causa.

El cribado de sífilis maternal está incluido dentro del cribado antenatal obligatorio que se hace a todas las embarazadas en la primera visita médica del embarazo, recomendándose repetir el cribado de sífilis en el tercer trimestre si se sospecha de conductas de riesgo durante el embarazo en la madre o en su pareja sexual, o si desarrolla sintomatología, ya que el riesgo de infección fetal aumenta con la edad gestacional (1). Conocer el diagnóstico de la madre es primordial para poder establecer su tratamiento así como para el diagnóstico y tratamiento correcto en el recién nacido (12). No obstante, en la serie analizada sólo 4 madres habían recibido tratamiento con penicilina.

La evolución de la sífilis congénita está directamente relacionada con la situación de la sífilis en las mujeres. En Europa se ha observado un descenso continuo en los casos de sífilis en mujeres desde 2007 (5). Desafortunadamente, en este análisis no hemos podido evaluar la correlación epidemiológica entre los casos de sífilis congénita y los casos de sífilis en mujeres. En la RENAVE sólo se recogen datos individualizados de los casos de sífilis tras la modificación de los protocolos de vigilancia epidemiológica en el año 2015, por lo que no se dispone de información de los casos de sífilis desagregada por sexo para todo el periodo analizado en este estudio.

Al igual que ocurre en los otros países de la Unión Europea, la mayor parte de los casos de sífilis congénita declarados se produjeron en niños nacidos de madres migrantes, principalmente de países de Europa del Este y Latinoamérica (13). Aunque no se dispone de información ampliada sobre las circunstancias del embarazo y parto de estas mujeres, este hecho podría indicar dificultades a la hora de acceder al sistema sanitario por lo que sería necesario reforzar el cuidado antenatal en estas mujeres.

La sífilis congénita se suele clasificar como sífilis congénita precoz si se diagnostica en los dos primeros años de vida y como sífilis congénita tardía, si el diagnóstico ocurre con más de dos años, habitualmente en las dos primeras décadas de la vida. En el periodo analizado se pudo identificar el caso de un niño con sífilis congénita tardía.

Estos casos son muy raros, se producen en aproximadamente el 40% de los niños no tratados y presentan sintomatología diferente a los casos de sífilis congénita precoz (1). Este caso correspondía a un niño en adopción de 3 años y 10 meses de edad, procedente de Hungría, al que se diagnosticó la enfermedad en el momento de la acogida en España en 2015. La RENAVE sólo incluye los casos de sífilis congénita precoz, por lo que desconocemos las cifras de casos de sífilis congénita tardía y por lo tanto, de lo que estos casos podrían suponer en el marco global de la eliminación de la sífilis congénita propuesto por la OMS.

La principal limitación de este estudio es la falta de información existente en alguna de las variables analizadas, tanto en el niño como en la madre. En 2015, la introducción de variables referidas a la madre supuso un avance en el conocimiento de los casos que se producen en nuestro país, pero se debe continuar trabajando para que la información que se recoge de manera rutinaria en la RENAVE sea mayor en calidad y cantidad.

Aunque son muy pocos los casos que tenemos en nuestro entorno, es fundamental poder conocer e identificar en qué situación se han producido, de manera que se puedan establecer todas las medidas de prevención y control necesarias para poder eliminar totalmente los casos de sífilis congénita en España.

5. AGRADECIMIENTOS

A los profesionales que trabajan en los distintos niveles de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

6. REFERENCIAS

1. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Straface G, et al. Syphilis Infection during pregnancy: fetal risks and clinical management. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*. 2012;2012:430585.
2. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(3):217-26.
3. World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Geneva: World Health Organization; 2007. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789241595858_eng.pdf;jsessionid=0C8BE50FEC66BA5C6757EE8431655925?sequence=1]
4. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: World Health Organization; 2017. [<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf?sequence=1>]
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis and congenital syphilis in Europe. A review of epidemiological trends (2007-2018) and options for response. Stockholm: ECDC; 2019. [<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-and-congenital-syphilis-in-Europe.pdf>]
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Congenital syphilis. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2020. [AER for 2018 (europa.eu)]
7. Kanyangarara M, Walker N, Boerma T. Gaps in the implementation of antenatal syphilis detection and treatment in health facilities across sub-Saharan Africa. *PloS one*. 2018;13(6):e0198622.
8. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes-Estimates for 2016 and progress since 2012. *PloS one*. 2019;14(2):e0211720.
9. Centro Nacional de Epidemiología. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2013. [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf]
10. Commission decision of 28 April 2008 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council.: European Union; 2008. [<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:159:0046:0090:EN:PDF>]
11. Ortiz-Lopez N, Diez M, Diaz O, Simon F, Diaz A. Epidemiological surveillance of congenital syphilis in Spain, 2000-2010. *The Pediatric infectious disease journal*. 2012;31(9):988-90.
12. Ramis Fernández SM, Alsina-Casanova M, Herranz-Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Borràs-Novell C, Salvia-Roges D. Hydrops fetalis caused by congenital syphilis: An ancient disease? *International journal of STD & AIDS*. 2019;30(14):1436-9.
13. Spiteri G, Unemo M, Mårdh O, Amato-Gauci AJ. The resurgence of syphilis in high-income countries in the 2000s: a focus on Europe. *Epidemiology and infection*. 2019;147:e143.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA CASOS POR SEMANAS (50 A 52/2020)

ENFERMEDADES	Semana 50 - 2020	Semana 51 - 2020	Semana 52 - 2020
Enfermedades de transmisión alimentaria			
Botulismo	2	0	1
Cólera	0	0	0
Hepatitis A	1	7	2
Shigelosis	1	0	6
Triquinosis	0	0	0
Enfermedades de transmisión parenteral			
Hepatitis B	4	7	4
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	301	352	318
Legionelosis	19	14	10
Lepra	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	11	12	5
Tuberculosis, meningitis	0	0	0
Tuberculosis, otras	5	1	1
Enfermedades de transmisión vectorial			
Fiebre Amarilla	0	0	0
Paludismo	2	1	2
Enfermedades de transmisión zoonótica			
Brucelosis	0	1	0
Peste	0	0	0
Rabia	0	0	0
Tularemia	0	0	0
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Difteria	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	1	1	1
Parotiditis	15	17	10
Poliomielitis	0	0	0
Rubéola (excluye rubéola congénita)	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0
Sarampión	0	0	0
Tétanos (excluye tétanos neonatal)	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0
Tos ferina	0	1	1
Varicela	108	116	103
Infecciones de transmisión sexual			
Infección Gonocócica	44	84	51
Sífilis (excluye sífilis congénita)	20	43	17
Sífilis congénita	0	0	0

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA SEMANA 53 QUE TERMINÓ EL 03/01/2021

ENFERMEDADES	CASOS DECLARADOS Sem. 53		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2019 - 2015		ÍNDICE EPIDÉMICO (1)		CÁLCULO ESPECIAL (2)
	2020	2019	2020	2019	Sem. 53	Acum. C.	Sem. 53	Acum. C.	
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	24	57		55			0,28
Hepatitis A	5	0	272	1.053		1.249		0,22	
Shigelosis	1	0	184	461		336		0,55	
Triquinosis	1	0	14	54		7			0,20
Enfermedades de transmisión parenteral									
Hepatitis B	6	0	406	594		669		0,61	
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Gripe	320	0	477.424	563.713		622.733		0,77	
Legionelosis	14	0	1.169	1.497		1.409		0,83	
Tuberculosis respiratoria	3	0	1.151	1.846		2.938		0,39	
Tuberculosis, meningitis	0	0	15	18		40			0,20
Tuberculosis, otras	1	0	275	430		630		0,44	
Enfermedades de transmisión vectorial									
Paludismo	1	0	147	695		695		0,21	
Enfermedades de transmisión zoonótica									
Brucelosis	0	0	15	37		49			0,12
Tularemia	0	0	23	184		16			0,12
Enfermedades prevenibles por vacunación									
Enfermedad Meningocócica	0	0	209	375		307		0,68	
Parotiditis	5	0	6.364	12.089		8.927		0,71	
Rubéola (excluye rubéola congénita)	0	0	3	10		8			0,12
Sarampión	0	0	72	296		137		0,53	
Tétanos (excluye tétanos neonatal)	0	0	2	5		7			0,04
Tos ferina	0	0	549	2.935		4.772		0,12	
Varicela	78	0	13.361	44.309		82.965		0,16	
Infecciones de transmisión sexual									
Infección Gonocócica	31	0	3.891	6.142		4.802		0,81	
Sífilis (excluye sífilis congénita)	10	0	2.117	3.448		3.165		0,67	

COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

* Un I.E. semanal superior o igual a 1,25:

* Un I.E. acumulado superior o igual a 1,25:

* Las restantes rúbricas han presentado una incidencia normal

(1) Índice epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata de I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta.

(2) Cálculo especial: En enfermedades de baja incidencia (<150 casos anuales en España) no se usa el índice epidémico.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

Enfermedades vigiladas en las que es excepcional la declaración de algún caso: Botulismo, Cólera, Difteria, Encefalitis Transmitida por Garrapatas, Fiebre Amarilla, Fiebre de Ébola, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica Vírica (excluye fiebre amarilla y dengue hemorrágico), Lepra, Peste, Poliomiélitis, Rabia, Rubéola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal.

Excepcionalmente se han declarado casos en la semana 53/2020 en curso: NO

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR CCAA EN LA SEMANA 53/2020

ENFERMEDADES	ESPAÑA														
	Andalucía	Aragón	Asturias	Canarias	Cantabria	Castilla La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Ceuta	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Rioja (La)	TOTAL
	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS
Botulismo		0	0			0		0						0	0
Cólera		0	0			0		0						0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea		0	0			0		0						0	0
Hepatitis A		1	0		2	0		0						1	4
Shigelosis		0	0			0		1						0	1
Triquinosis		0	0			0	1	0						0	1
Hepatitis B		1	0		2	0		0						2	5
Gripe		4	43	46		30	20	118	0		16	36	6	1	320
Legionelosis		1	0	1	1	1		4						3	11
Lepra		0	0			0		0						0	0
Tuberculosis respiratoria		0	3			0		0							3
Tuberculosis, meningitis		0	0			0		0							0
Tuberculosis, otras		1	0			0		0							1
Fiebre Amarilla		0	0			0		0						0	0
Paludismo		0	0			0		0				1	0	0	1
Brucelosis		0	0			0		0						0	0
Peste		0	0			0		0						0	0
Rabia		0	0			0		0						0	0
Tularemia			0												0
Difteria		0	0			0		0						0	0
Enfermedad Meningocócica		0	0			0		0						0	0
Parotiditis	1	0	1	1	1	0		0						0	4
Poliomielitis		0	0			0		0						0	0
Rubéola (excluye rubéola congénita)		0	0			0		0						0	0
Rubéola congénita		0	0			0		0						0	0
Sarampión		0	0			0		0						0	0
Tétanos (excluye tétanos neonatal)		0	0			0		0						0	0
Tétanos neonatal		0	0			0		0						0	0
Tos ferina		0	0			0		0						0	0
Varicela		5	4	14	1	9		14				13	4	0	64
Infección Gonocócica	3	1	1		2	3	1			1		3	3		18
Sífilis (excluye sífilis congénita)	3	2	0		1	0								2	8
Sífilis congénita		0	0			0		0						0	0



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL (BES)

El BES es una publicación gratuita editada por el *Centro Nacional de Epidemiología*.

Dirección y Redacción: *Carmen Martín Mesonero*

El BES está disponible en formato electrónico en las direcciones:
<http://revistas.isciii.es/revistas.jsp?id=BES>

Dirección postal:
Centro Nacional de Epidemiología.
Instituto de Salud Carlos III.
C/ Monforte de Lemos, 5
28029 - Madrid, España

NIPO en línea: 834-20-003-9
NIPO libro electrónico: 834-20-004-4

Diseño y maquetación: Editorial MIC

