Zika en Colombia

Martha Lucia Ospina Martinez MD, MPH
Directora General – INS Colombia
Junio 26, 2017

Abril 1947
Se identifica virus ZIKA en Uganda

Febrero 2014
Se confirma 1er caso en Isla de Pascua, Chile

1951-1961
Evidencia de infección en humanos en África y Asia

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

2015 inminencia de llegada a Colombia

Fuente: Universidad de Lancaster

BBC

Abril 1947
Se identifica virus ZIKA en Uganda

Febrero 2014
Se confirma 1er caso en Isla de Pascua, Chile

Mayo 14, 2015
Análisis de alerta epidemiológica en Comité Estratégico, MinSalud

Mayo 23, 2015
Confirmación de circulación del Zika en Brasil

Mayo 7, 2015
Alerta epidemiológica sobre ZIKA, OPS-OMS

1951-1961
Evidencia de infección en humanos en África y Asia

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Distribuciòn mundial de *Aedes aegypti*

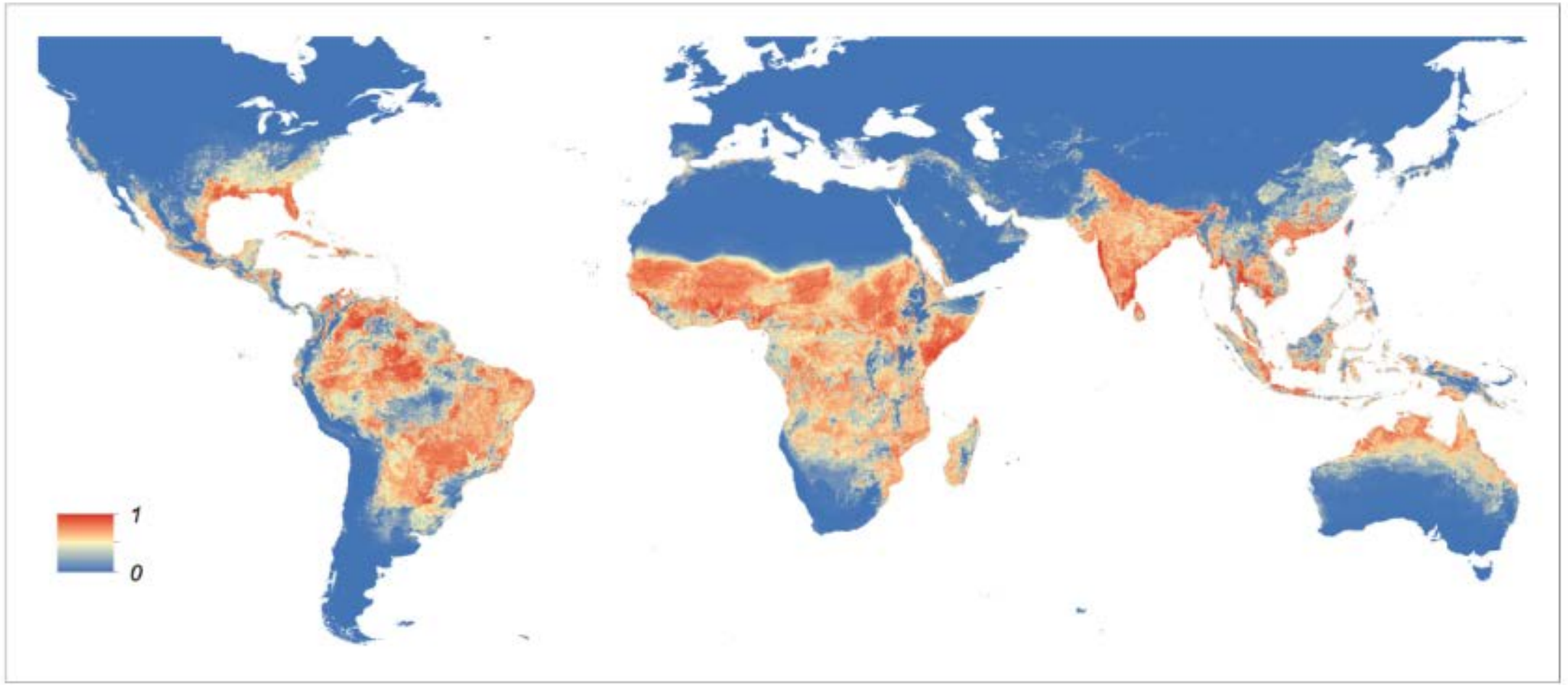
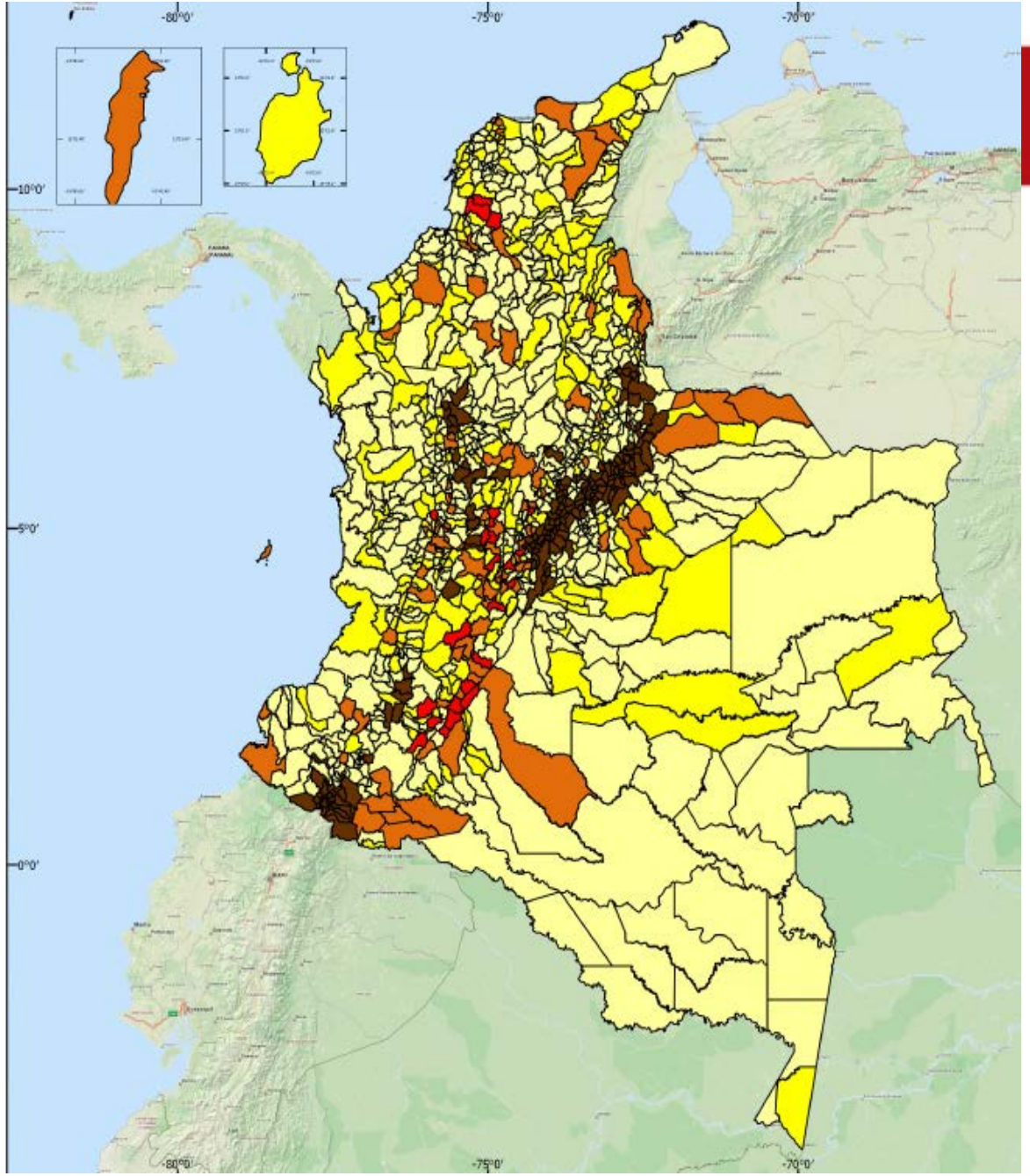


Figure 1. Global map of the predicted distribution of *Ae. aegypti*. The map depicts the probability of occurrence (from 0 blue to 1 red) at a spatial resolution of 5 km × 5 km.

FUENTE: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493616/

Situación de riesgo de endemicidad de *aedes aegypti* en Colombia



Muy grave = 27 municipios

Grave = 94 municipios

Moderada = 233 municipios

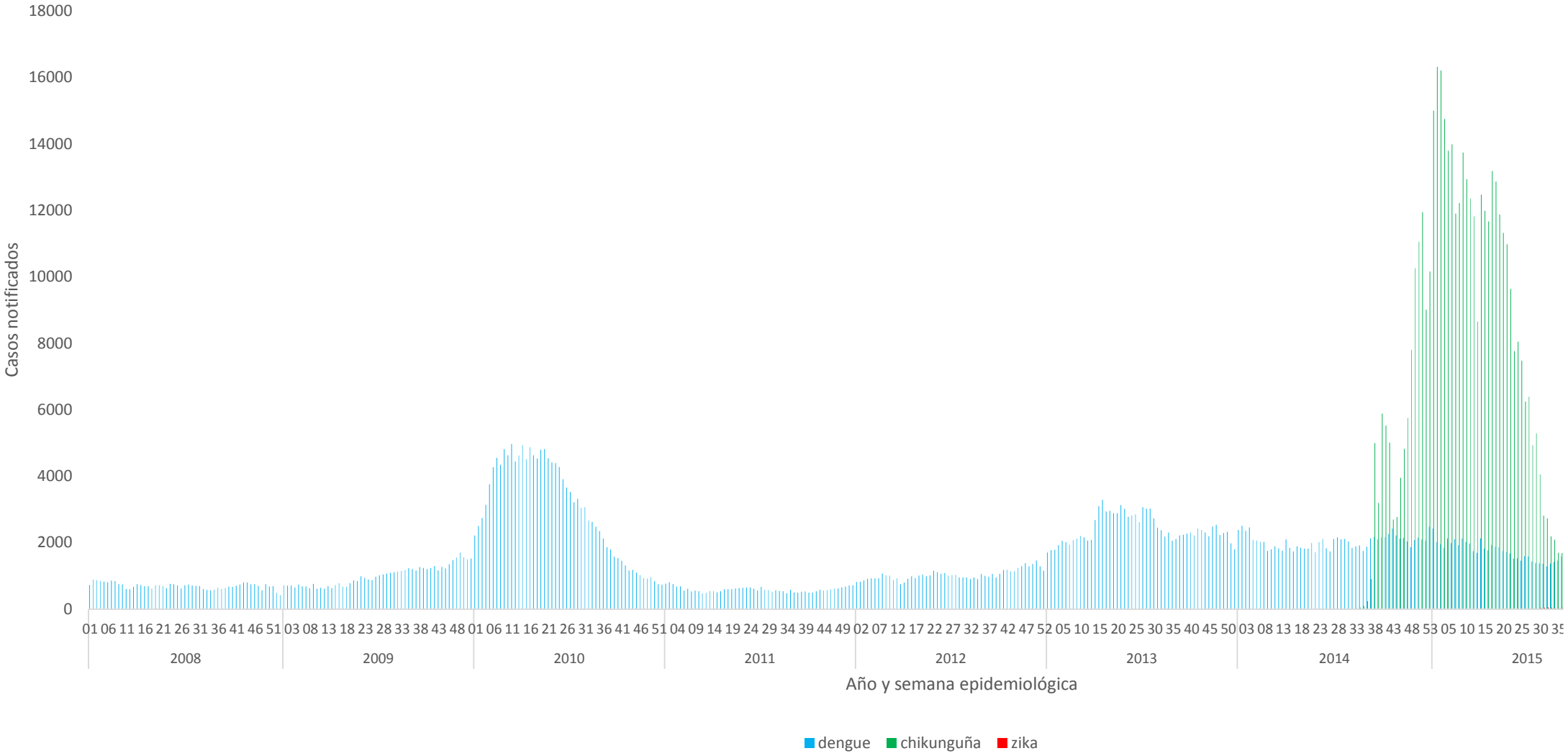
Tolerable = 597 municipios

> 2.200 msnm = 171 municipios

Elaborado por: Grupo ETV – INS DEYD – Minsalud

Notificación de casos Dengue, Chikungunya y Zika, Colombia, 2008-2015

Notificación de casos dengue, chikunguña y zika, Colombia, 2014-2017



* casos semana epidemiológica 01 a 45 de 2016

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

ESCENARIOS INICIALES PARA COLOMBIA

ESTIMACIONES EPIDEMIA POR ZIKA VIRUS COLOMBIA	
Total de personas que viven en municipios susceptibles en Colombia	26.294.312
Incidencia observada en la isla Yap	2,50%
Casos estimados esperados de Zika en Colombia	657.358

GESTION DE EVENTOS EMERGENTES

1. MONITOREO Y SEGUIMIENTO ALERTAS INTERNACIONALES

2. EVALUACION DEL RIESGO

3. COMUNICACIÓN DEL RIESGO

4. RESPUESTA E INTERVENCION

1) LINEAMIENTOS (G. CONOCIMIENTO)

- DIRECTRICES DE VIGILANCIA
- PROTOCOLOS DE LABORATORIO
- PROTOCOLOS CLINICOS
- PROTOCOLOS ADMINISTRATIVOS
- LINEAMIENTOS DE SALUD PUBLICA

2) INSUMOS

3) CAPACITACION TH

Abril 1947
Se identifica virus ZIKA en Uganda

Febrero 2014
Se confirma 1er caso en Isla de Pascua, Chile

Mayo 14, 2015
Análisis de alerta epidemiológica en Comité Estratégico, MinSalud

Junio 3, 2015 MinSalud posible llegada a Colombia del Zika

Octubre 16, 2015
Confirmación del 1er caso en Colombia

12. Diciembre 1, 2015
Alerta epidemiológica de OPS-OMS sobre anomalías congénitas

10. Noviembre 17, 2015
OPS-OMS alerta por incremento de microcefalia

11. Noviembre 25, 2015
FioCruz, Brasil, informa de Zika y alteraciones neurológicas

Sept. 29, 2015
Presencia de casos con síndrome febril con etiología desconocida en Turbaco

Mayo 23, 2015
Confirmación de circulación del Zika en Brasil

Mayo 7, 2015
Alerta epidemiológica sobre ZIKA, OPS-OMS

1951-1961
Evidencia de infección en humanos en África y Asia

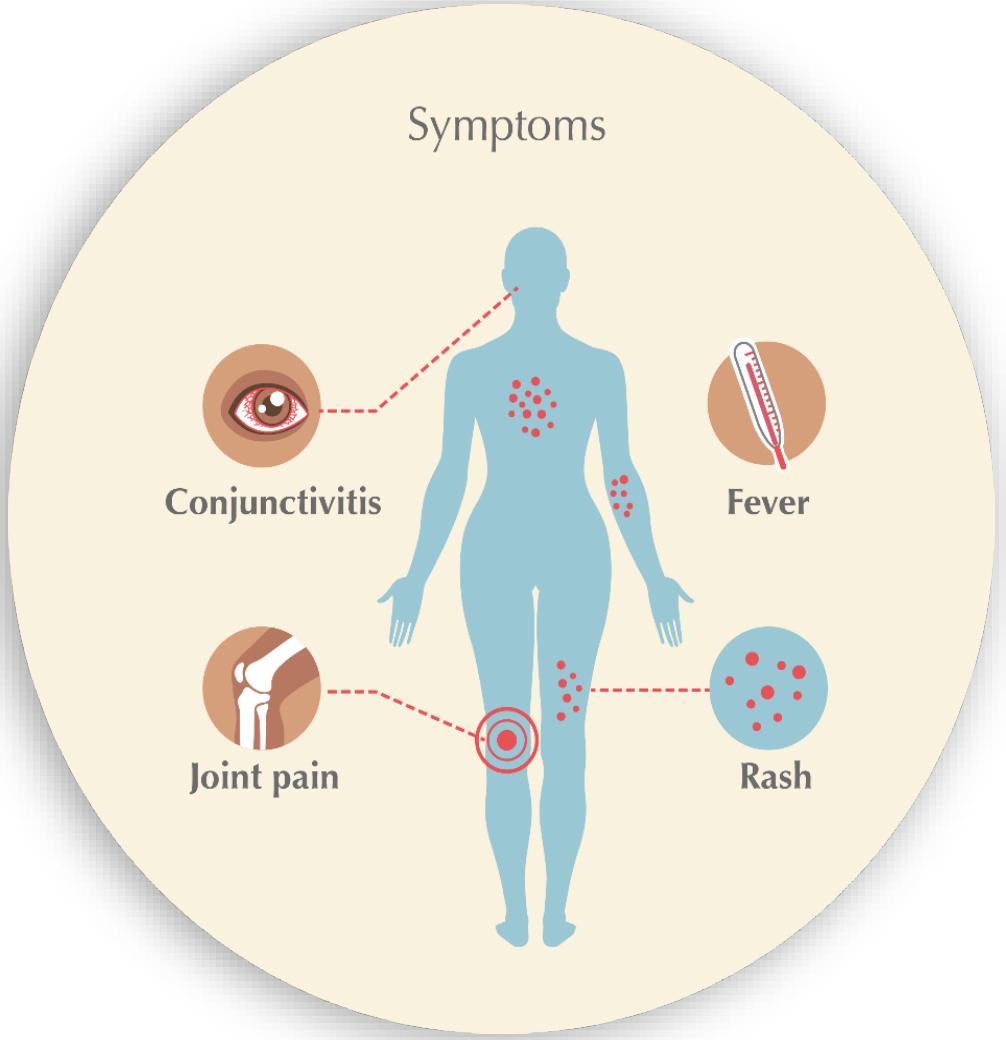
MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Desenlaces en la infección por virus Zika

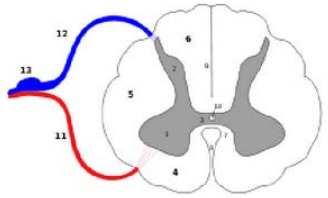
Rutas de infección

?

Infección en adultos

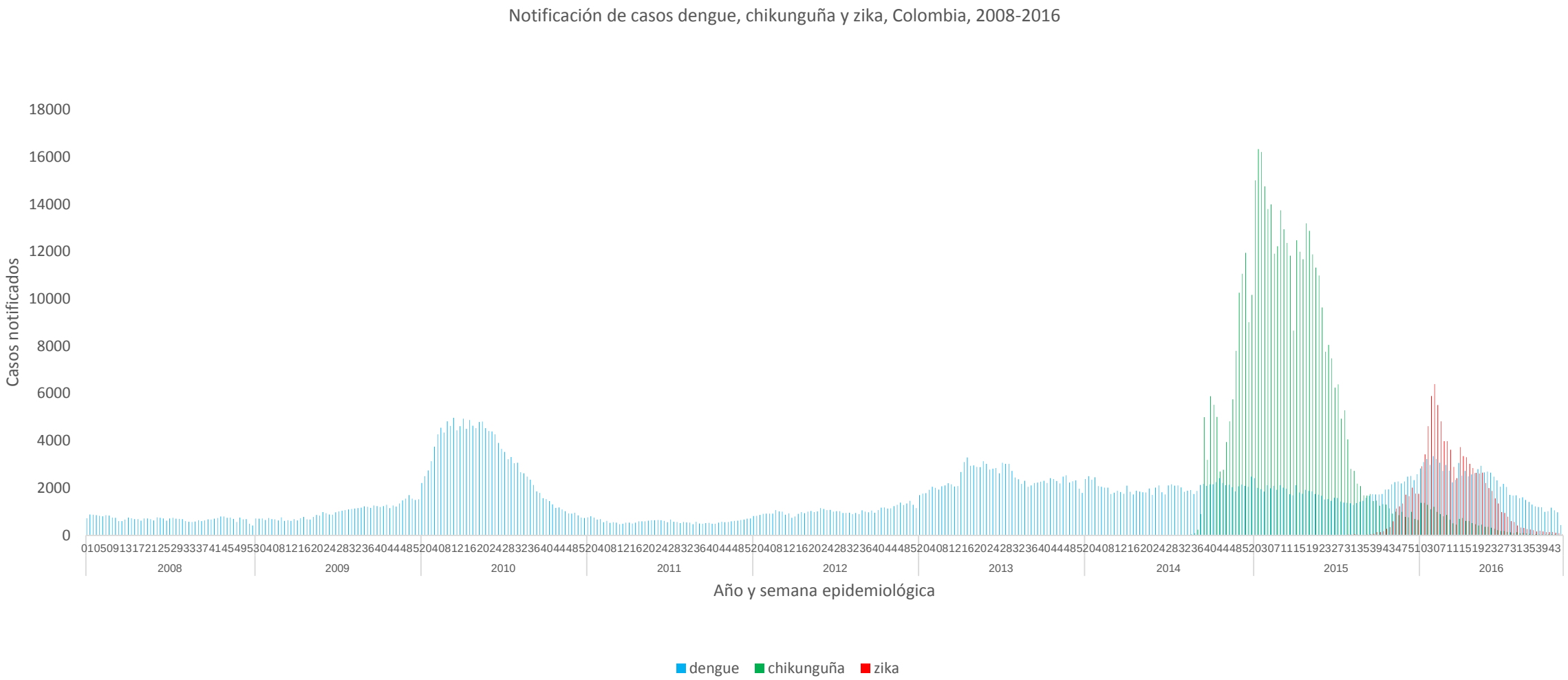


Complicaciones



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

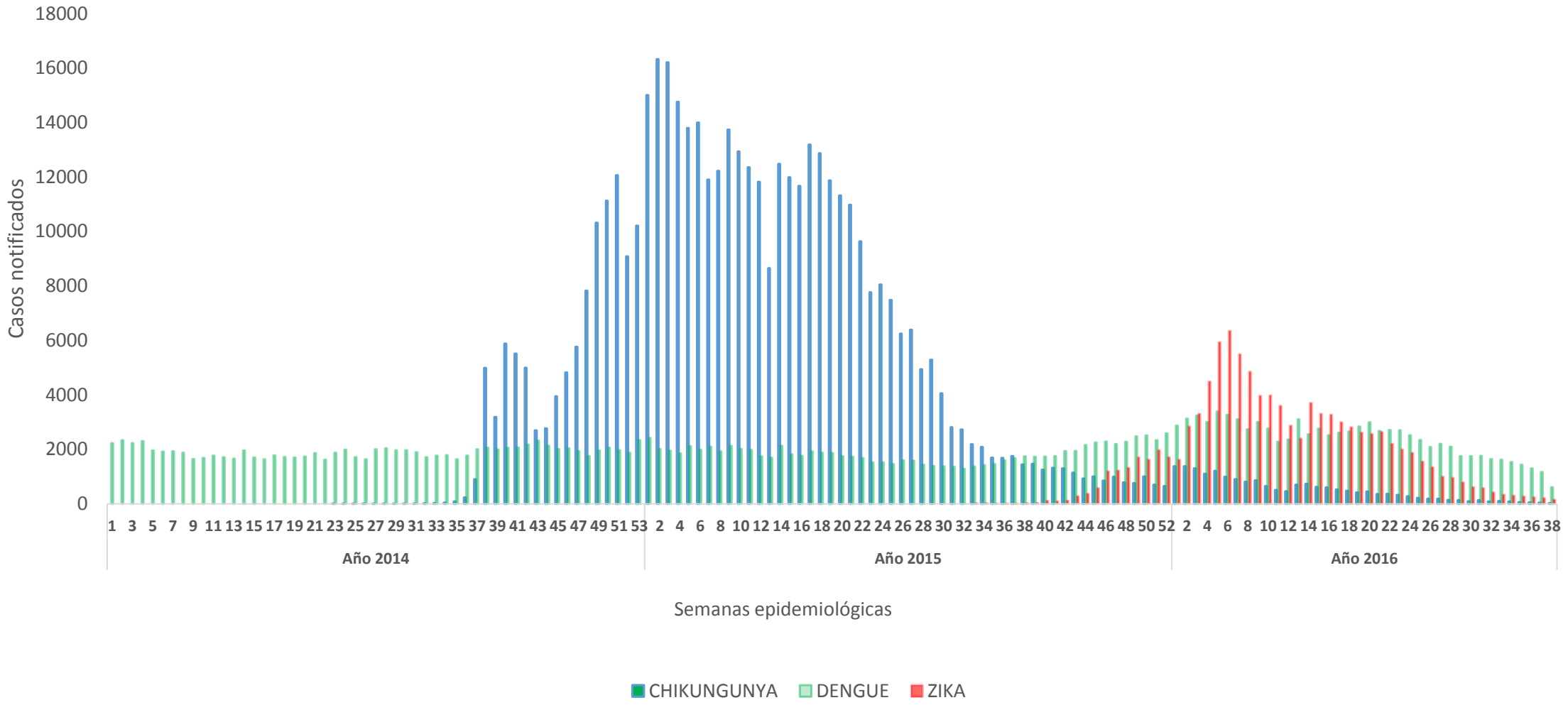
Notificación de casos Dengue, Chikungunya y Zika, Colombia, 2008-2016*



* casos semana epidemiológica 01 a 45 de 2016

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

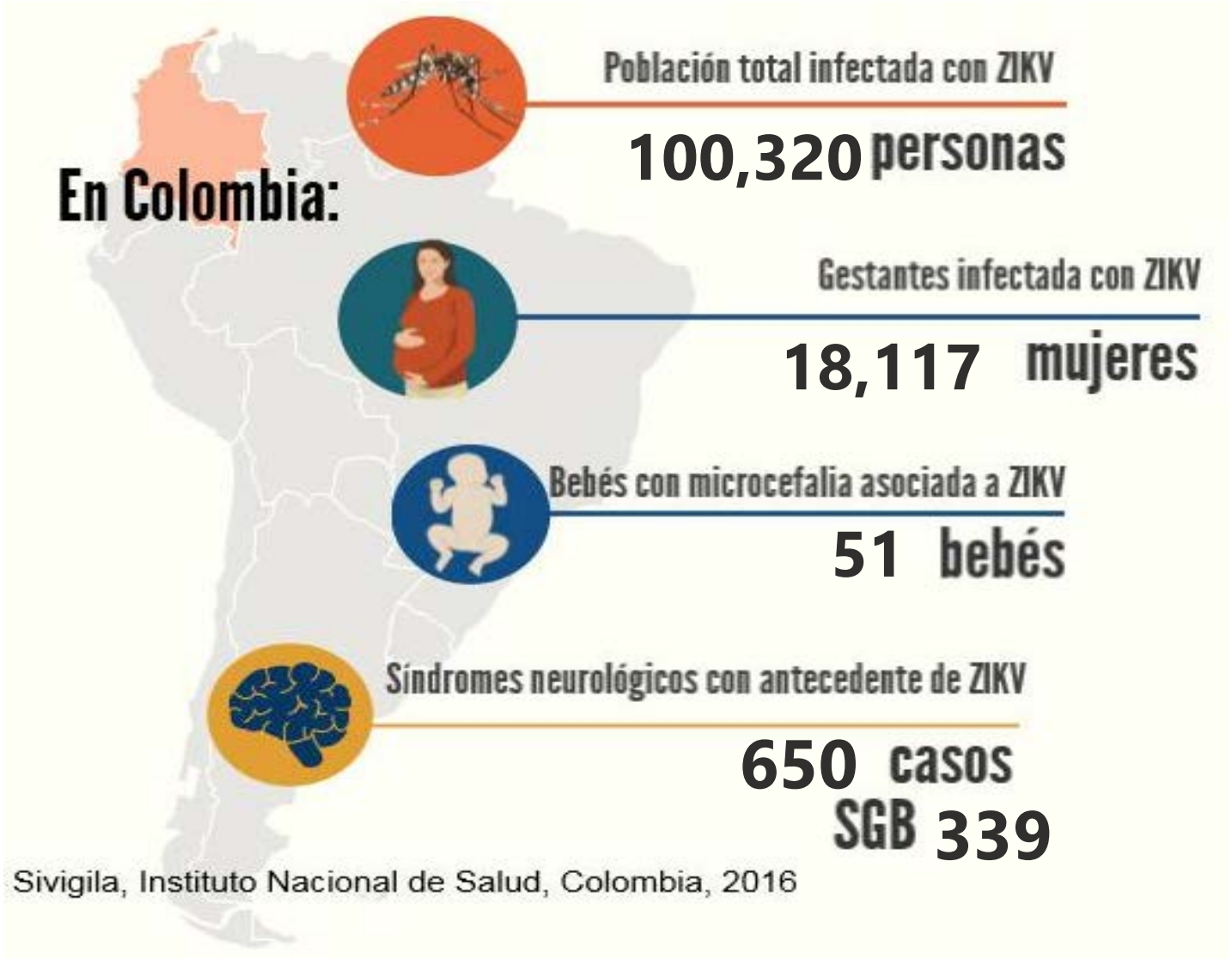
Notificación de casos Dengue, Chikungunya y Zika, Colombia, 2014-2016 p



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

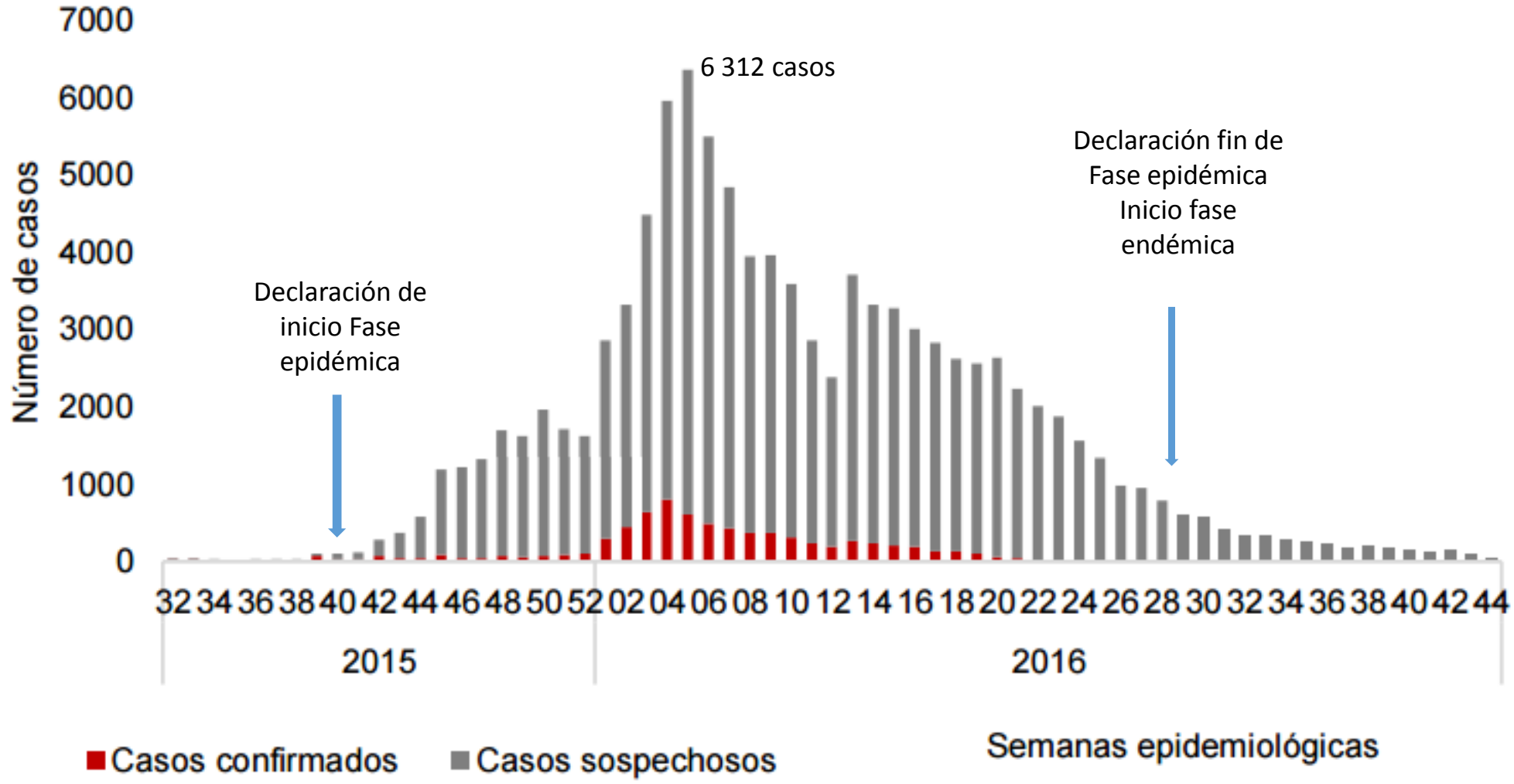
Epidemia



30% adicional asintomático: 30.096
Total: 130.416

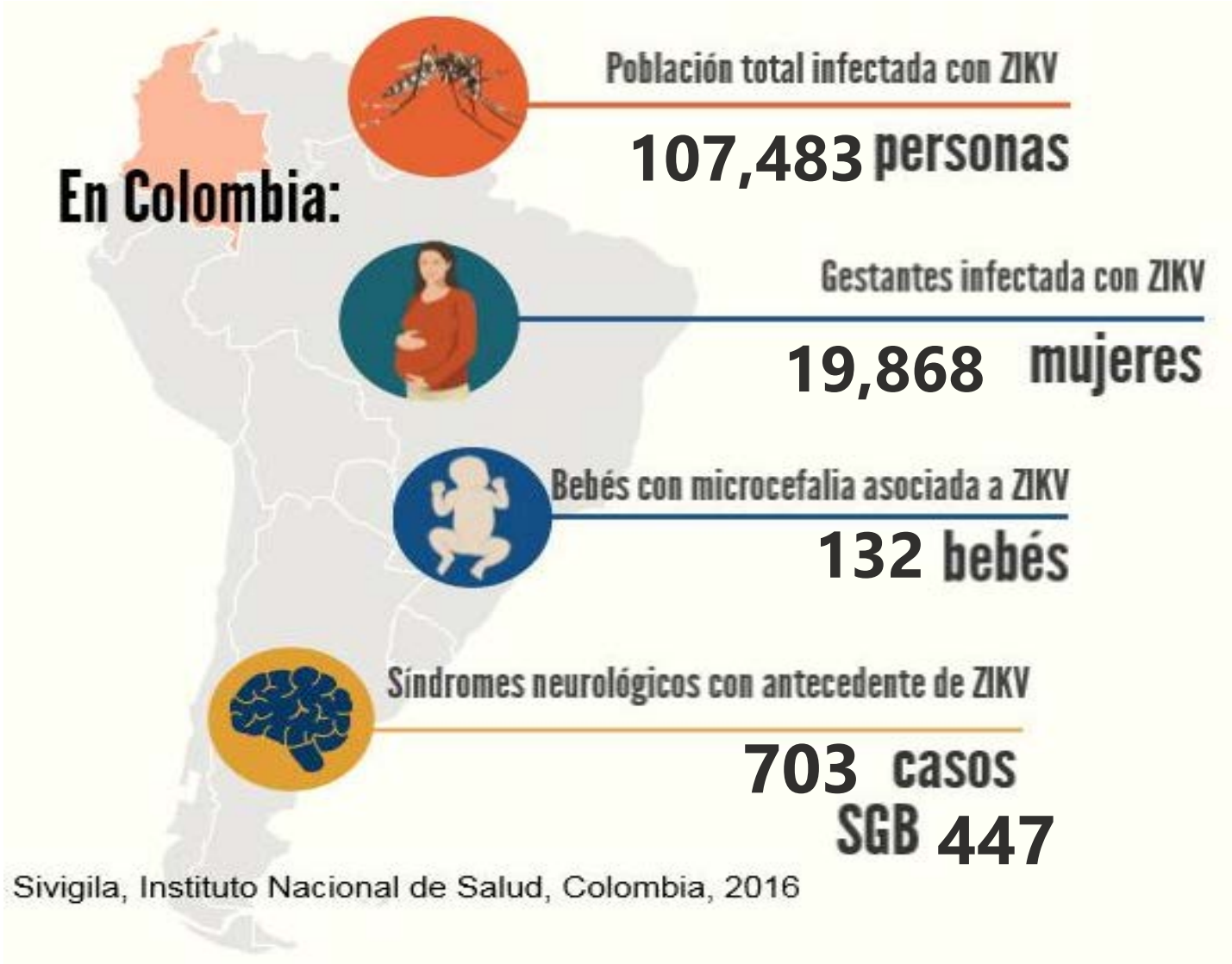
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CASOS NOTIFICADOS ENF ZIKA VIRUS COLOMBIA, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 44 de 2016

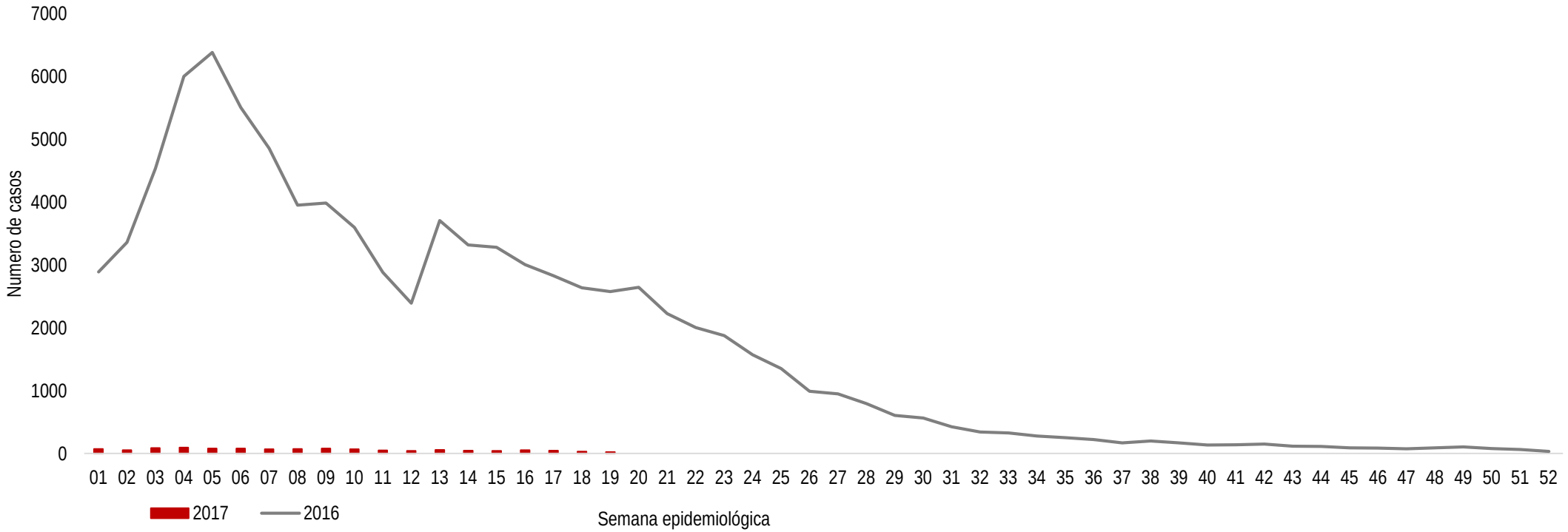


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Acumulado semana 10 - 2017



Casos notificados de enfermedad por virus Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 01-19, 2016 - 2017



Año	Casos SE 19	Acumulado SE 19	Variación
2016	2 577	71 731	98,3 % ↓
2017	23	1 163	

Confirmados laboratorio	Confirmados clínica	Sospechosos
3	1 070	90

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2017

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

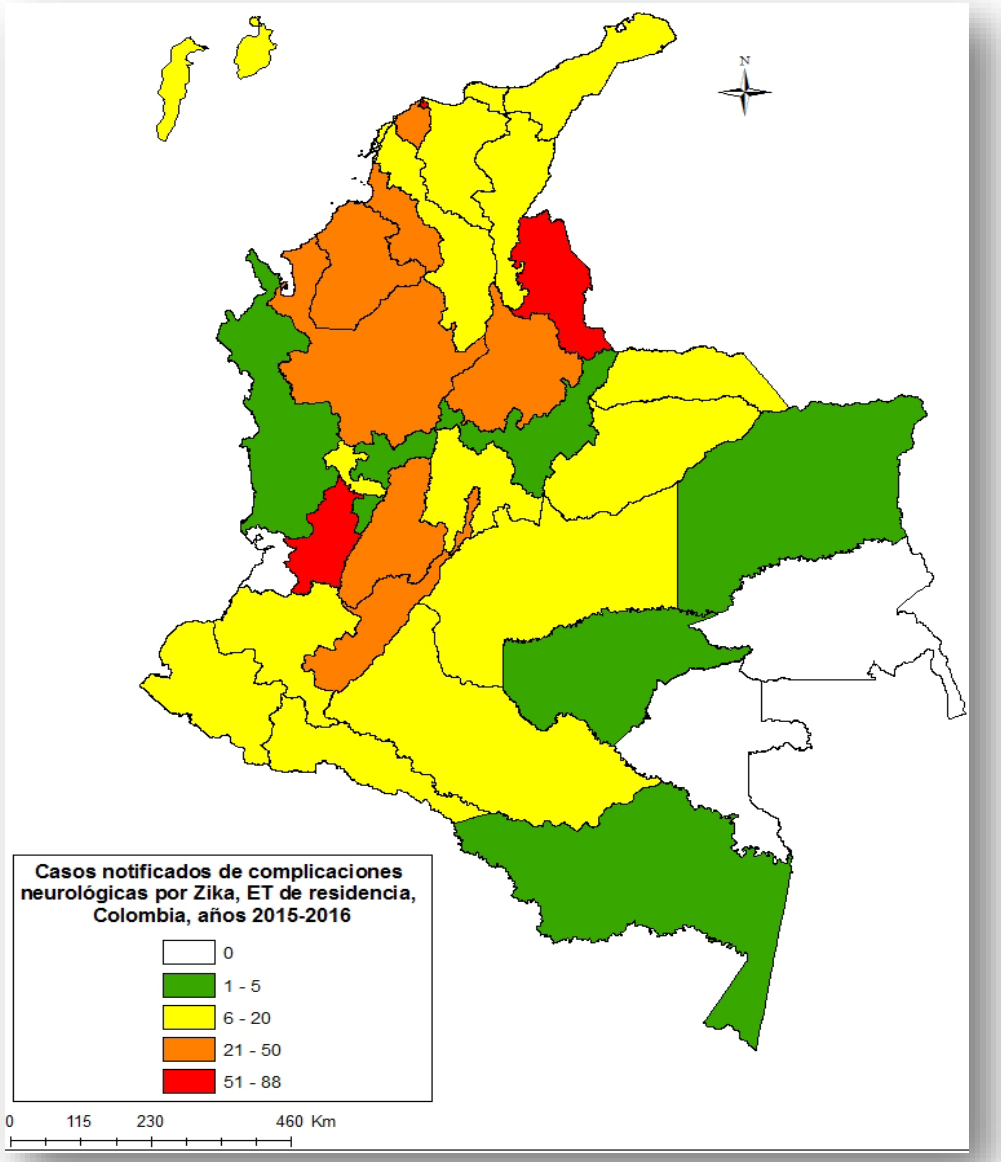
Incidencias de Epidemia y Endemia

Periodo epidemiológico	Evento	Incidencia (casos X 100 000 habitantes en riesgo)
SE 32 de 2015 a 28 de 2016	**Zika** epidemia	376,8
SE 29 a 46 de 2016	**Zika** en endemia	16,2
SE 01 a 52 de 2010	**Dengue** epidemia	664,4
SE 01 a 46 de 2016	**Dengue** endemia	347, 2
SE 01 a 53 2015	**Chikungunya** epidemia	1 359
SE 01 a 46 de 2016	**Chikungunya** endemia	72,2

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Arbovirus, Instituto Nacional de Salud, 2016

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

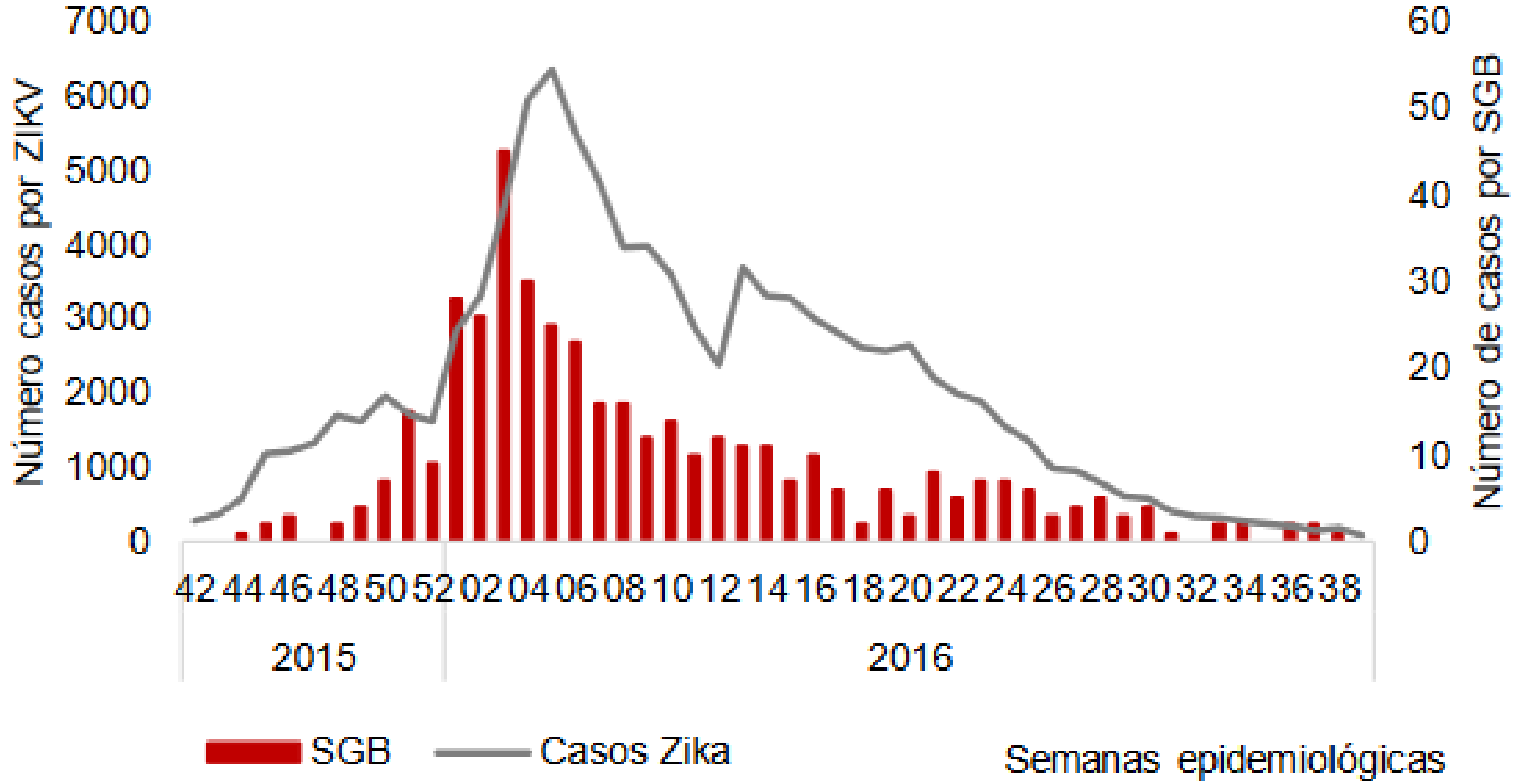
Síndromes Neurológicos asociados a Zika sem 42 de 2015 a 46 de 2016 - Colombia



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2016

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

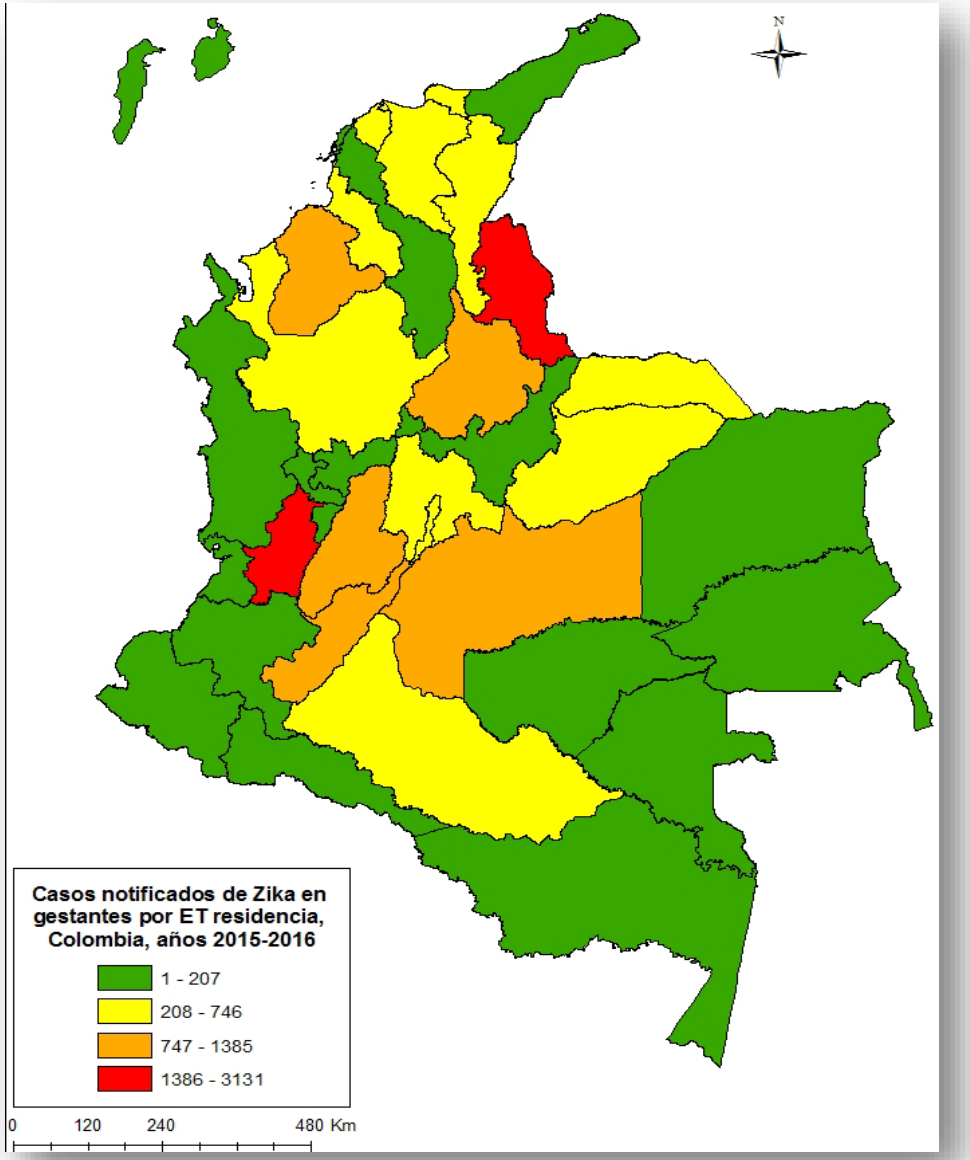
Síndrome neurológico con antecedente probable virus Zika, Colombia, semanas epidemiológicas 42 de 2015 a 39 de 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2016

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

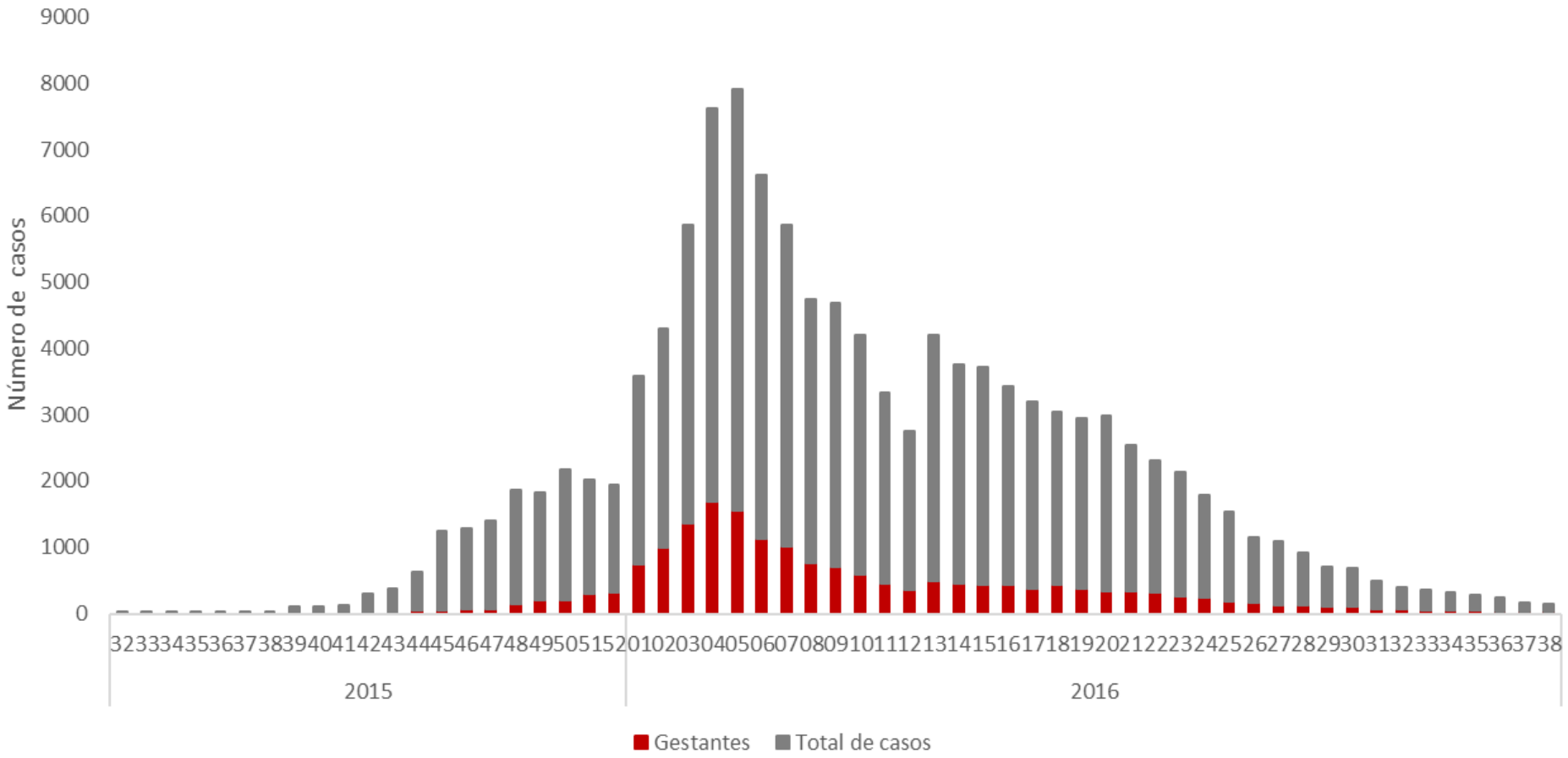
Gestantes con antecedente Zika Colombia, sem 32 de 2015 a 46 de 2016



Fuente: Sivigila, Laboratorio de Arbovirus, Instituto Nacional de Salud, 2016

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Casos notificados de enfermedad por virus Zika, en gestantes, Colombia, semanas epidemiológicas 32 de 2015 a 38 de 2016



Porcentaje gestantes: 18,0 %

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2016

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

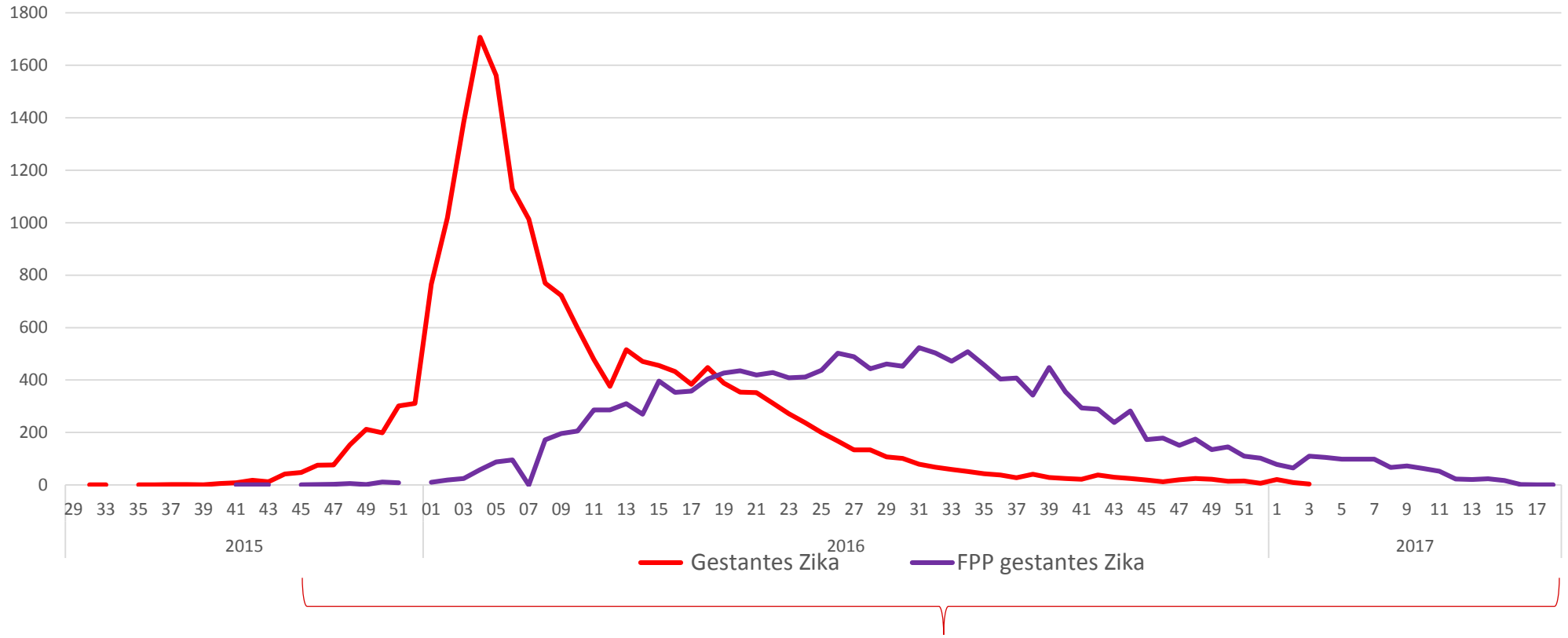
Vigilancia rutinaria Embarazadas con ZIKAV Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2016

Trimestre de infección Zika	Condicion producto	total	%
I	Nacido vivo sin defecto congenito	3210	89,6
	Muerte sin defecto congenito	63	1,8
	Nacido vivo con defecto congenito	42	1,2
	Muerte con defecto congenito	5	0,1
	Abortos/IVE	264	7,4
	Total	3584	100 / 23
II	Nacido vivo sin defecto congenito	5569	96,7
	Muerte sin defecto congenito	90	1,6
	Nacido vivo con defecto congenito	31	0,5
	Muerte con defecto congenito	10	0,2
	Abortos/IVE	61	1,1
	Total	5761	100 / 37
III	Nacido vivo sin defecto congenito	5147	97,4
	Muerte sin defecto congenito	93	1,8
	Nacido vivo con defecto congenito	43	0,8
	Muerte con defecto congenito	4	0,1
	Abortos/IVE	0	0,0
	Total	5287	100 / 34
SD	Nacido vivo sin defecto congenito	847	94,8
	Muerte sin defecto congenito	14	1,6
	Nacido vivo con defecto congenito	6	0,7
	Muerte con defecto congenito	1	0,1
	Abortos/IVE	25	2,8
	Total	893	100 / 5,7
Total terminaron embarazo		15 525	

Fuente: Base de datos, seguimiento cohorte de gestantes con Zika, año 2016

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Estimación de nacimientos según Fecha Probable de parto de gestantes durante Fase epidémica de Zika en Colombia

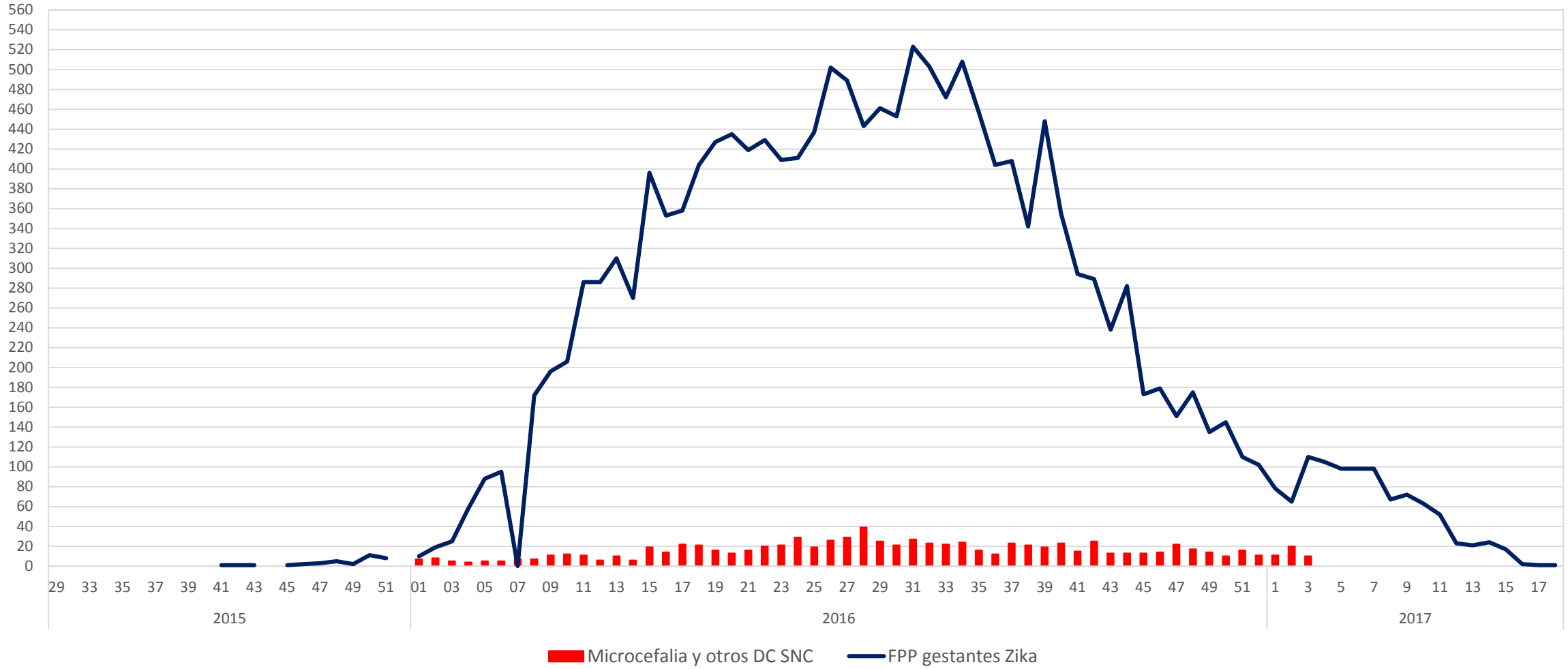


Septiembre 2015 -30 de abril 2017

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2015, 2016 - 2017

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

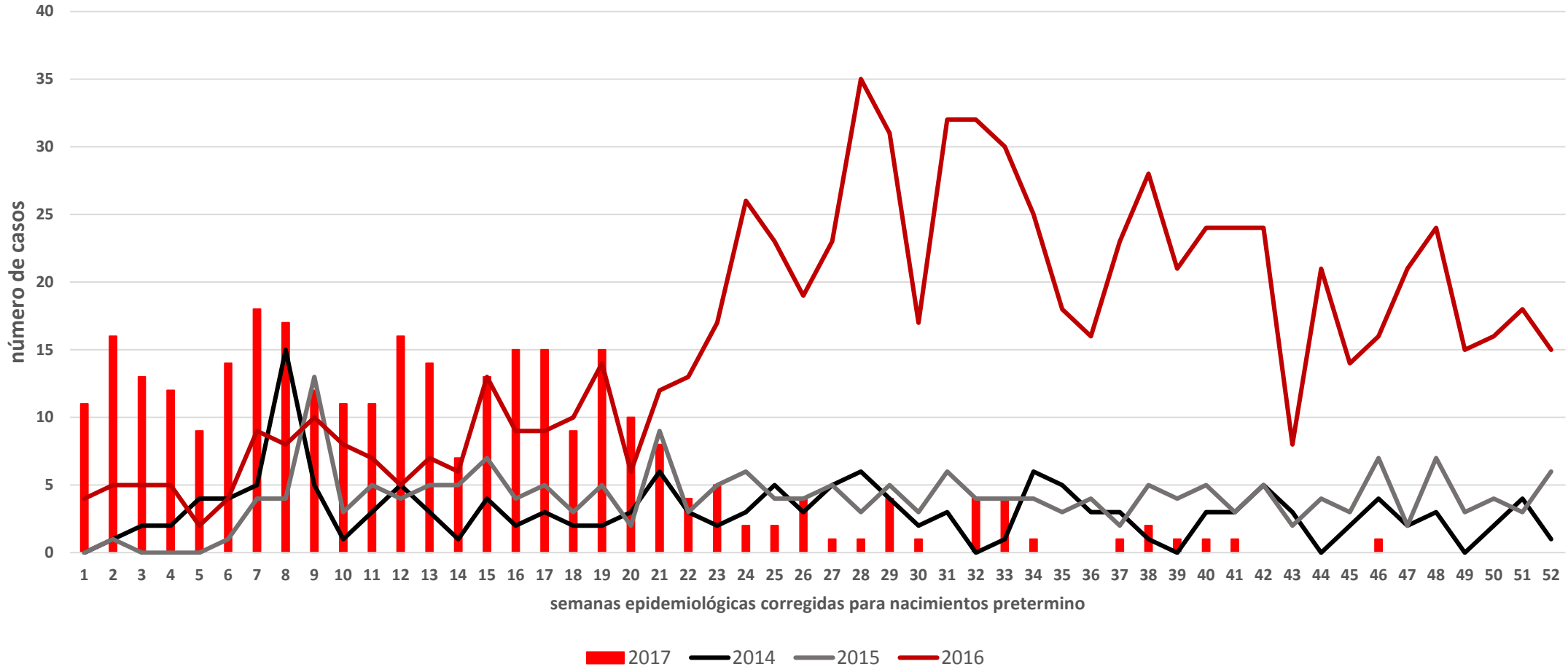
Comparativo Nacimientos vs Defectos Congénitos del SNC SE 01 –52 2016 y 01-03 de 2017. Colombia



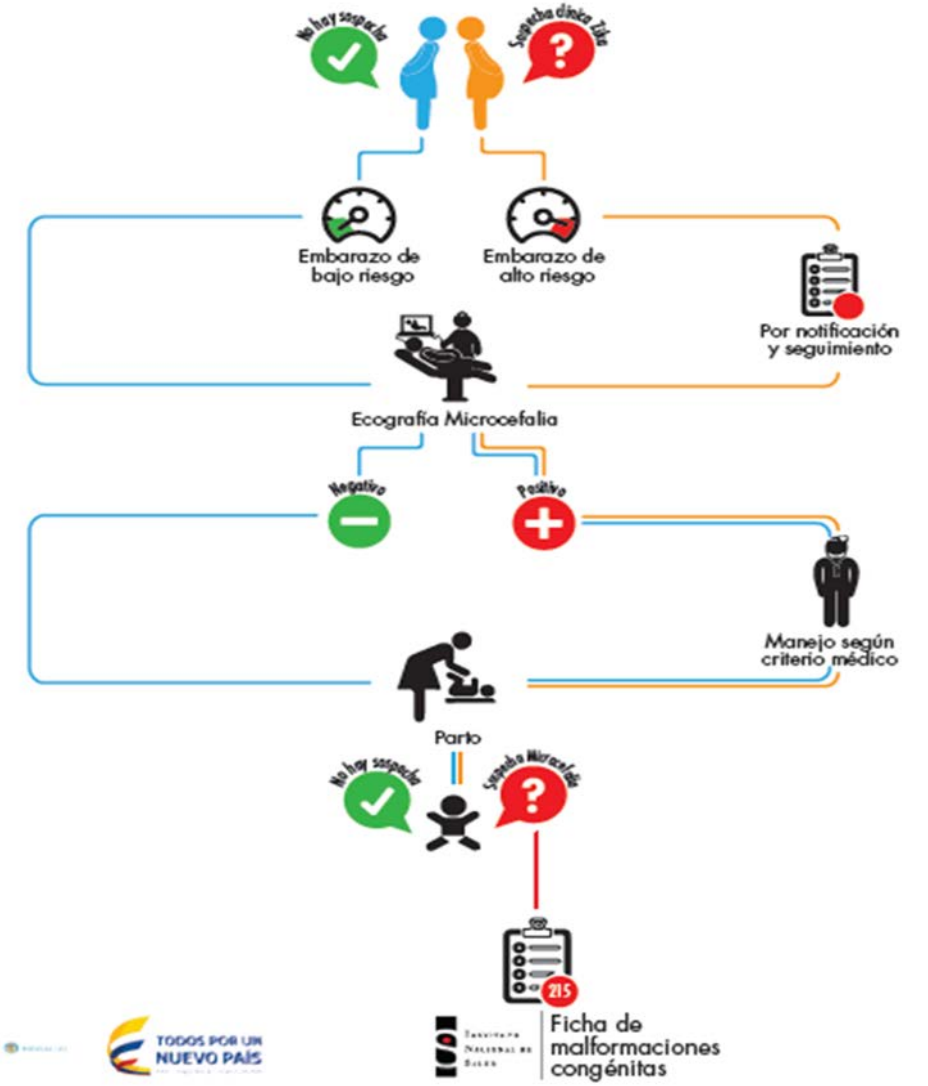
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2015, 2016 - 2017

Nacimientos con microcefalia y otros defectos congénitos del SNC, SE 01 –52 2014, 2015 2016 y 2017. Colombia

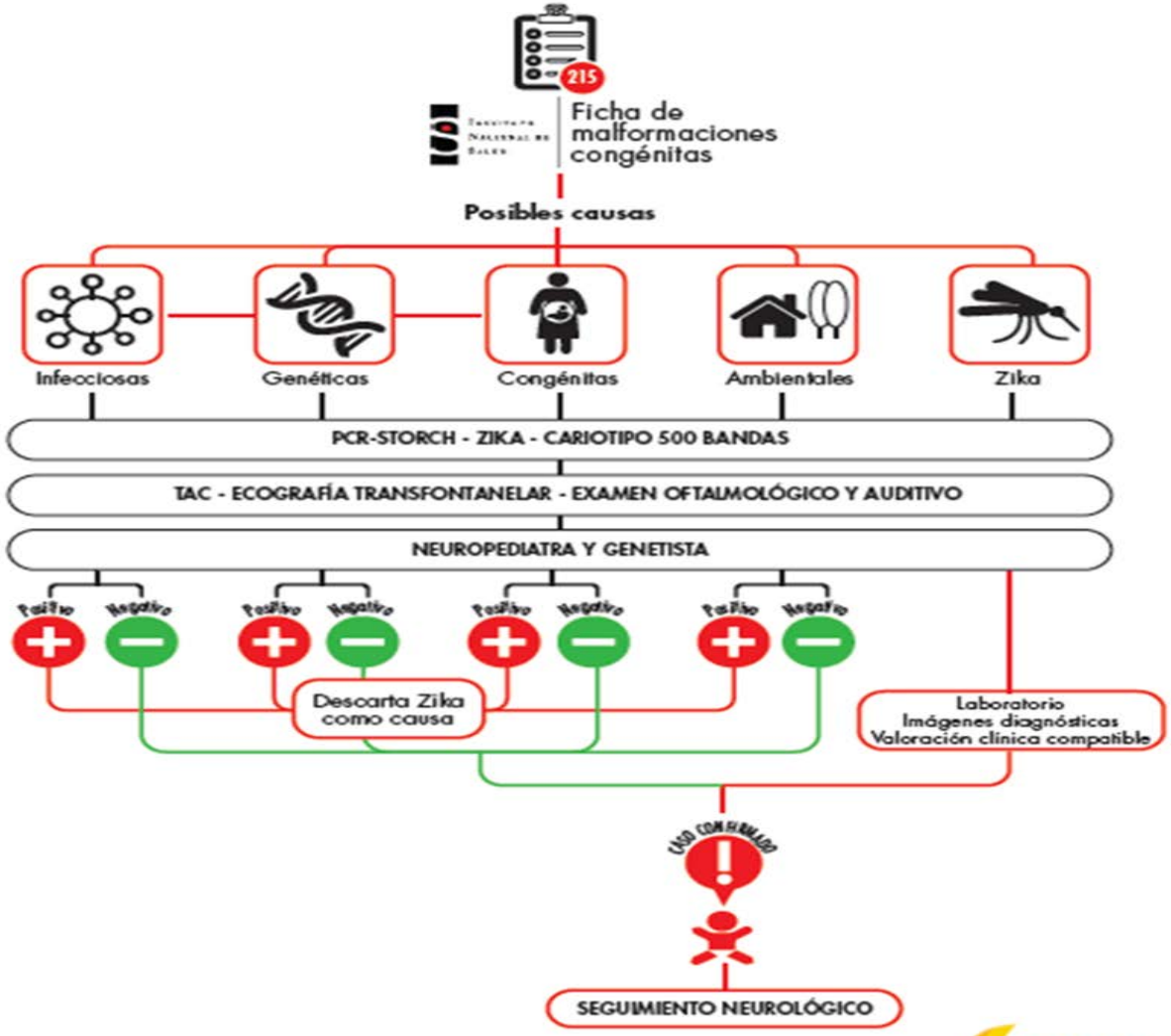
Versión 2



PROTOCOLO EVALUACIÓN MICROCEFALIA EN ZIKA



PROTOCOLO EVALUACIÓN MICROCEFALIA EN ZIKA



Definición defectos congénitos

Anormalidades estructurales o funcionales de los órganos, sistemas o partes del cuerpo que se producen durante la vida intrauterina.

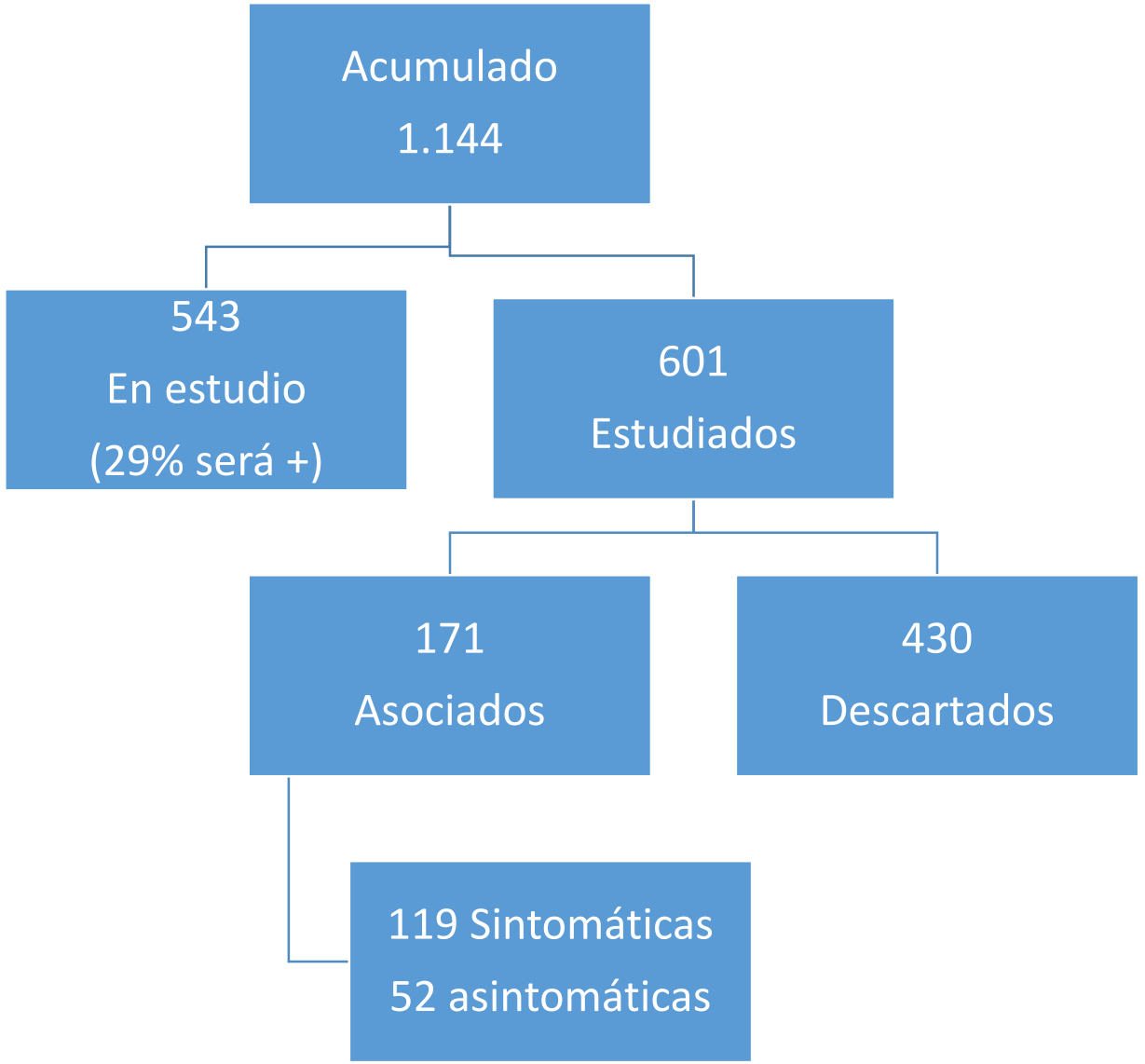
Pueden deberse a factores genéticos, factores ambientales o carencia de micronutrientes o ambos, los cuales pueden ser evidentes antes del nacimiento, en el nacimiento o más tarde en la vida.

- *50% DC causa desconocida*
- *15% DC origen teratogénico asociado a la exposición prenatal a factores ambientales que afectan la embriogénesis*
- *10% DC causa genética*
- *25% DC son de origen multifactorial*

Aviña J, Tastekin A. Malformaciones congénitas: clasificación y bases morfogénicas. Revista Mexicana de Pediatría 2008; 75 (2): 71-74

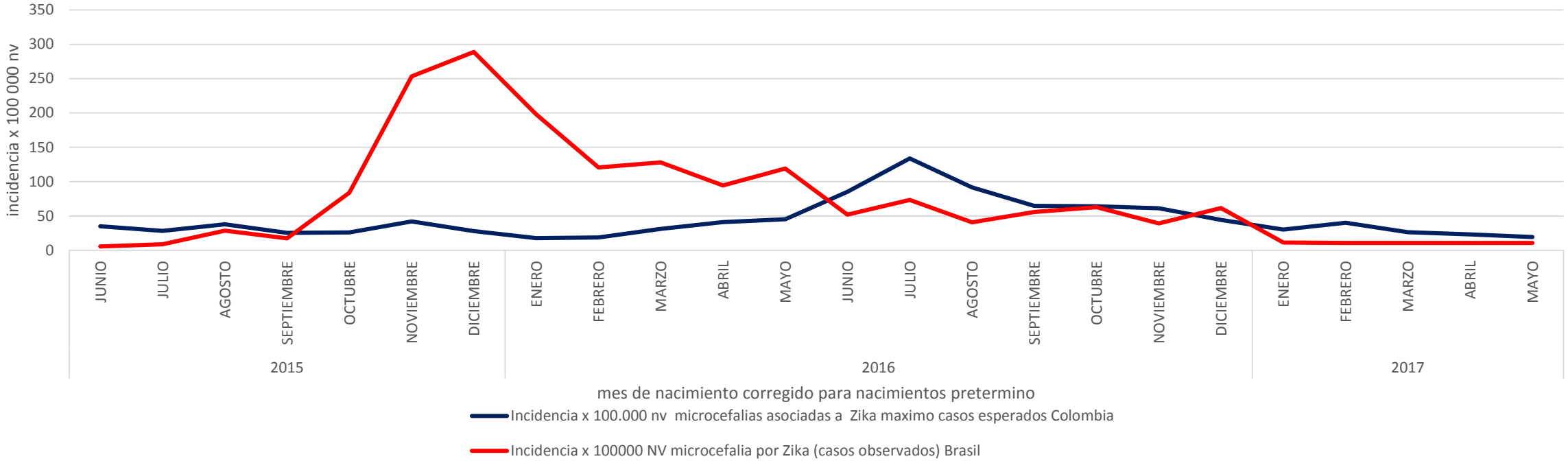
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

causa etiológica microcefalias y otros DC del SNC. Colombia, semanas 01 a la 52 de 2016 y la semana 24 de 2017



Fuente: Sivigila 2016

Curva de incidencia microcefalia y otros defectos congénitos del SNC asociadas al virus del Zika, fase epidémica (enero 2016 a abril de 2017) Colombia y Brasil

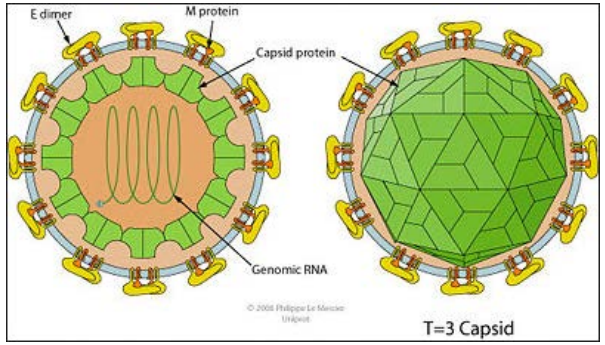


microcefalias asociadas a ZikaV fase epidémica, Colombia	microcefalias asociadas a ZikaV fase epidémica, Colombia	NV enero 2016 - abril 2017	Incidencia x 100 000 nv Colombia enero 2016 a abril 2017	Incidencia x 100 000 nv Colombia enero 2016 a abril 2017	Incidencia X 100 000 NV junio 2015 a mayo 2017 Brasil
N° MINIMO CASOS 276	N° MAXIMO CASOS 434	848807	incidencia mínima **32,5**	incidencia máxima **51,13**	**75** N° Microcefalias: 4383 Nacidos Vivos: 5880000

Fuente: Sivigila 2016 – 2017 INS /Prevenção e combate Dengue, Chikungunya e Zika. Informes Epidemiológicos - Microcefalia. Brasil [Internet]. 2016-2017. [Fecha de consulta: 07/06/2017]. Disponible en: http://combateaedes.saude.gov.br/pt/situacao-epidemiologica

Fuente: Microcefalia en Brasil 2000 – 2015 http://www.scielo.br/pdf/ress/2016nahead/es_2237-9622-ress-S1679_49742016000400004.pdf

Preguntas por contestar



Proyectos de investigación

Vigilancia de embarazadas con Zika

"VEZ"

Zika en embarazadas y sus niños

"ZEN"

Seguimiento a los pacientes con Síndrome de Guillain Barre asociados a Zika en Barranquilla, Colombia 2017

Fortalecimiento de la vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* en Colombia

Estudio del efecto del virus Zika sobre sobre la citomorfologìa, la neurobioquìmica y el neurodesarrollo en modelos in vivo e invitro

Resultados preliminares

Proyecto VEZ

Primer trimestre

Sin hallazgos evidentes

Segundo trimestre

Intracraneales

- Disminución del volumen cerebral: microcefalia - microencefalia, anencefalia y ausencia de huesos craneales
- Ventriculomegalia
- Perímetro cefálico normal
- Esquizencefalia
- Disgencia de cuerpo calloso
- Alteraciones de fosa posterior disgenesia de vermis

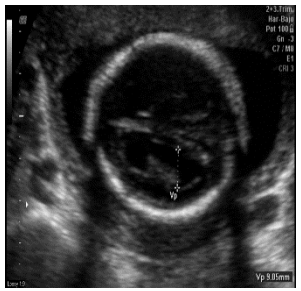
Extracraneales

- Foco cardiaco hiperecogénico
- Alteraciones en extremidades
- Artrogriposis (manos contracturadas)
- Pie equino varo
- Postura fetal (hiperflexión de miembros superiores e hiperextensión de miembros inferiores)
- Calcificaciones pulmonares

RT-PCR Positivo en LA

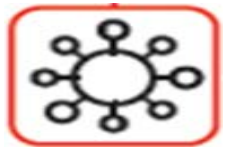
Tercer trimestre

- Sinequias ventriculares
- Calcificaciones periventriculares
- lisencefalia
- **RT-PCR Positivo en LA**



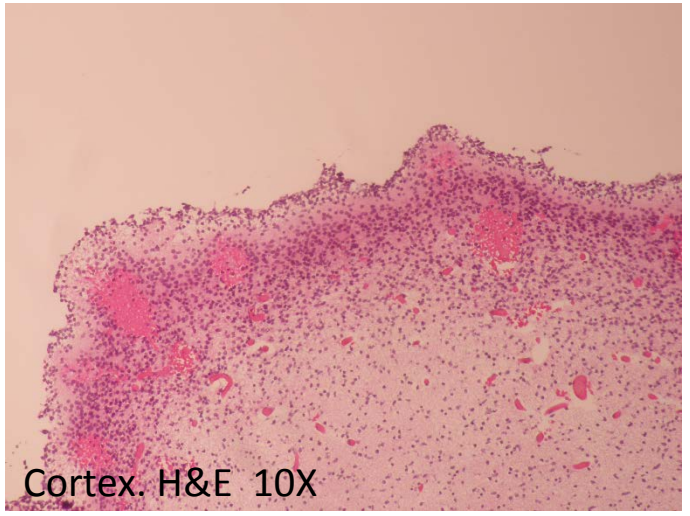
Efectos posnatales

Diagnósticos diferenciales

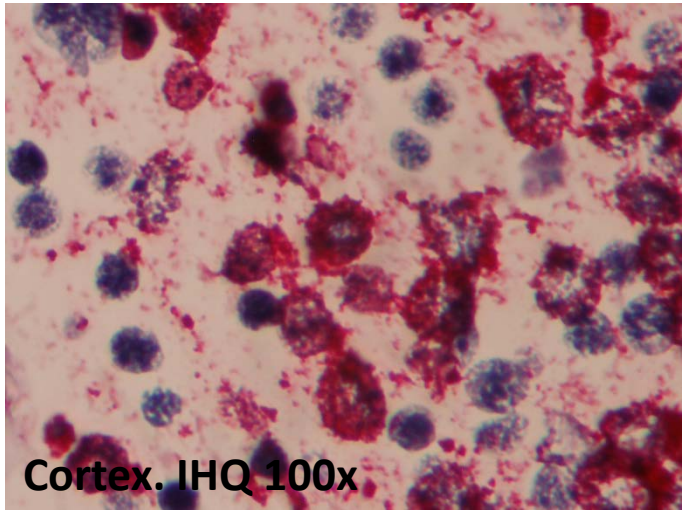


Hallazgos clínicos e histopatológicos

http://www.prnewswire.com/



Tejido: Cortesa cerebral IVE 19 SG
Notorio adelgazamiento cortical con pérdida de neuroblastos



Tejido: Cortesa cerebral
Prueba IHQ 10X: Positiva
Anticuerpo primario CDC 1:1000

Nuevo conocimiento

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Zika Virus Disease in Colombia — Preliminary Report

Oscar Pacheco, M.D., Mauricio Beltrán, M.S., Christina A. Nelson, M.D., Diana Valencia, M.S., Natalia Tolosa, M.D., Sherry L. Farr, Ph.D., Ana V. Padilla, M.D., Van T. Tong, M.P.H., Esther L. Cuevas, M.S., Andrés Espinosa-Bode, M.D., Lissethe Pardo, B.S., Angélica Rico, B.S., Jennita Reefhuis, Ph.D., Maritza González, M.D., Marcela Mercado, M.S., Pablo Chaparro, M.D., Mancel Martínez Duran, M.D., Carol Y. Rao, Sc.D., María M. Muñoz, M.D., Ann M. Powers, Ph.D., Claudia Cuéllar, M.D., Rita Helfand, M.D., Claudia Huguett, M.S., Denise J. Jamieson, M.D., Margaret A. Honein, Ph.D., and Martha L. Ospina Martínez, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Colombia began official surveillance for Zika virus disease (ZVD) in August 2015. In October 2015, an outbreak of ZVD was declared after laboratory-confirmed disease was identified in nine patients.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 OCTOBER 20, 2016 VOL. 375 NO. 16

Guillain–Barré Syndrome Associated with Zika Virus Infection in Colombia

Beatriz Parra, Ph.D., Jairo Lizarazo, M.D., Jorge A. Jiménez-Arango, M.D., Andrés F. Zea-Vera, M.D., Ph.D., Guillermo González-Manrique, M.D., José Vargas, M.D., Jorge A. Angarita, M.D., Gonzalo Zuñiga, M.D., Reydmar Lopez-Gonzalez, M.D., Cindy L. Beltran, M.D., Karen H. Rizcala, M.D., Maria T. Morales, M.D., Oscar Pacheco, M.D., Martha L. Ospina, M.D., Anupama Kumar, M.B., B.S., David R. Cornblath, M.D., Laura S. Muñoz, M.D., Lyda Osorio, M.D., Ph.D., Paula Barreras, M.D., and Carlos A. Pardo, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Zika virus (ZIKV) infection has been linked to the Guillain–Barré syndrome. From November 2015 through March 2016, clusters of cases of the Guillain–Barré syndrome were observed during the outbreak of ZIKV infection in Colombia. We characterized the clinical features of cases of Guillain–Barré syndrome in the context of this ZIKV infection outbreak and investigated their relationship with ZIKV infection.

METHODS

A total of 68 patients with the Guillain–Barré syndrome at six Colombian hospitals were evaluated clinically, and virologic studies were completed for 42 of the patients. We performed reverse-transcriptase–polymerase-chain-reaction (RT-PCR) assays for ZIKV in blood, cerebrospinal fluid, and urine, as well as antiflavivirus antibody assays.

From the Department of Microbiology (B.P., A.F.Z.-V.), the Department of Internal Medicine, Hospital Universitario del Valle (A.F.Z.-V., G.Z.), and Escuela de Salud Publica (L.O.), Universidad del Valle, Cali, Hospital Universitario Erasmo Meoz, Universidad de Pamplona, Cucuta (J.L.), Universidad de Antioquia, Clinica Leon XIII, Neuroclinica, Medellin (J.A.J.-A., R.L.-G.), Universidad Surcolombiana, Hospital Universitario de Neiva (G.G.-M., C.L.B.), and Clinica Medilaser (J.A.A.), Neiva, Clinica La Misericordia Internacional, Barranquilla (J.V., K.H.R., M.T.M.),

Nuevo conocimiento

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Zika Virus and the Guillain–Barré Syndrome — Case Series from Seven Countries

TO THE EDITOR: Zika virus (ZIKV) disease had been described as a mild, self-limiting illness associated with fever, rash, joint pain, and conjunctivitis.[1] However, during the outbreak in French Polynesia, 42 patients with ZIKV disease were found to have the Guillain–Barré syndrome, which represented a marked increase from the approximately 5 cases detected annually during the previous 4 years.[2] A connection with the Guillain–Barré syndrome had previously been described in association with other flavivirus illnesses[3,4] but not with ZIKV infection.

From April 1, 2015, to March 31, 2016, a total of 164,237 confirmed and suspected cases of ZIKV disease and 1474 cases of the Guillain–Barré syndrome were reported in Bahia, Brazil; Colombia; the Dominican Republic; El Salvador; Honduras; Suriname; and Venezuela. To examine the temporal association between ZIKV disease and the Guillain–Barré syndrome, graphical and time-series analyses were applied to these two independent data sets, which were collected through official International Health Regulations channels or from ministry of health websites (see the Supplementary Appendix, available with the full text of this letter at NEJM.org). The data vador (100%), Honduras (144%), Suriname (400%), and Venezuela (877%) (Table 1). When the incidence of ZIKV disease increased, so did the incidence of the Guillain–Barré syndrome (Fig. 1A). In the six countries that also reported decreases in the incidence of ZIKV disease, the incidence of the Guillain–Barré syndrome also declined. When the seven epidemics of ZIKV disease are aligned according to week of peak incidence, the total number of cases of ZIKV disease and the Guillain–Barré syndrome are closely coincident (Fig. 1B), although the period from acquiring infection to reporting disease is approximately 2 weeks longer for ZIKV than for the Guillain–Barré syndrome, a pattern that is especially visible in data from Colombia and Venezuela. Whether the 2-week difference can be explained in terms of incubation periods or reporting delays is not yet known. We explored the potential effect of dengue virus circulation on the incidence of the Guillain–Barré syndrome and found no link (see the Supplementary Appendix). In any event, we infer from these two series of cases, which were collected independently of each other, that ZIKV infection and the Guillain–Barré syndrome are strongly associated. Addi-

EMERGING INFECTIOUS DISEASES®

Emerg Infect Dis. 2017 Jun; 23(6): 982–984. PMCID: PMC5443437
doi: 10.3201/eid2306.161702

Severe Neurologic Disorders in 2 Fetuses with Zika Virus Infection, Colombia

Jorge Acosta-Reyes, Edgar Navarro, Maria José Herrera, Eloina Goenaga, Martha L. Ospina, Edgar Parra, Marcela Mercado, Pablo Chaparro, Mauricio Beltran, Maria Luz Gunturiz, Lissethe Pardo, Catalina Valencia, Sandra Huertas, Jorge Rodríguez, Germán Ruiz, Diana Valencia, Lisa B. Haddad, Sarah C. Tinker, Cynthia A. Moore, and Hernando Baquero

Author information ▶ Copyright and License information ▶

Abstract

Go to:

We report the results of pathologic examinations of 2 fetuses from women in Colombia with Zika virus infection during pregnancy that revealed severe central nervous system defects and potential associated abnormalities of the eye, spleen, and placenta. Amniotic fluid and tissues from multiple fetal organs tested positive for Zika virus.

Keywords: Zika virus, congenital Zika virus infection, pediatric infections, neurologic disorders, viruses, Colombia

Nuevo conocimiento

LB-3. A Case-Control Investigation of Guillain-Barré Syndrome During an Outbreak of Zika Virus Infection—Barranquilla, Colombia, 2015–2016

Jorge Salinas, MD[1]; Diana Walteros, MD[2]; Ashley Styczynski, MD, MPH[1]; Flavio Garzon, MD[2]; Hernan Quijada, DDS[2]; Elsa Bravo, BSc[3]; Javier Madero, RN[2]; Jorge Acosta-Reyes, MD, MSc[4]; Christina Renquist, MPH[1]; Marcela Mercado, BSc[2]; Ibrahim Zaganjor, MPH[1]; Maritza Gonzalez, MD, MPH[2]; Alma Solano, MD[3]; Martha Ospina, MD, MSc[2]; James Sejvar, MD[1]; Pablo Chaparro, MD, PhD[2]; [1]Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; [2]Instituto Nacional de Salud, Bogota, Colombia; [3]Secretaria de Salud, Barranquilla, Colombia; [4]Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

Session: 217. Late Breaker Oral Abstracts
Saturday, October 29, 2016: 10:30 AM

Background. Guillain-Barré syndrome (GBS) is an autoimmune disorder characterized by weakness and sensory abnormalities due to peripheral nerve damage. Symptomatic Zika virus (ZIKV) infection is often characterized by fever and rash, and has been temporally associated with GBS. After the introduction of ZIKV in Barranquilla, Colombia in 2015, an increase in GBS cases was reported. We reviewed clinical data for

Morbidity and Mortality Weekly Report (*MMWR*)

CDC > MMWR

Preliminary Report of Microcephaly Potentially Associated with Zika Virus Infection During Pregnancy – Colombia, January–November 2016

Weekly / December 16, 2016 / 65(49);1409–1413

Format: Select

On December 9, 2016, this report was posted online as an MMWR *Early Release.*

Esther Liliana Cuevas, MS, MPH[1]; Van T. Tong, MPH[2]; Nathaly Rozo[1]; Diana Valencia, MS[2]; Oscar Pacheco, MD[1]; Suzanne M. Gilboa, PhD[2]; Marcela Mercado, MS[1]; Christina M. Renquist, MPH[2]; Maritza González, MD[1]; Elizabeth C. Ailes, PhD[2]; Carolina Duarte[1]; Valerie Godoshian, MPH[2]; Christina L. Sancken, MPH[2]; Angelica Maria Rico Turca[1]; Dinorah L. Calles, PhD[2]; Martha Ayala[1]; Paula Morgan, MPH[2]; Erika Natalia Tolosa Perez, MD[1]; Hernan Quijada Bonilla[1]; Ruben Caceres Gomez[1]; Ana Carolina Estupiñan[3]; Maria Luz Gunturiz[1]; Dana Meaney-Delman, MD[2] Denise J. Jamieson, MD[2]; Margaret A. Honein, PhD[2]; Martha Lucia Ospina Martínez, MD[1] (View author affiliations)

View suggested citation

Nuevo conocimiento

OBSTETRICS & GYNECOLOGY

Articles & Issues | CME | Collections | ABOG MOC II | Podcasts | Videos | Journal Info

Log in to view full text. If you're not a subscriber, you can:

Buy This Article > | Become a Subscriber > | Become a Society Member > | Request Permissions >

Ovid® Institutional members access full text with Ovid®

< Previous Abstract | Next Abstract >

Serial Head and Brain Imaging of 17 Fetuses With Confirmed Zika Virus Infection in Colombia, South America

Parra-Saavedra, Miguel MD, PhD; Reefhuis, Jennita PhD; Piraquive, Juan Pablo MD; Gilboa, Suzanne M. PhD; Badell, Martina L. MD; Moore, Cynthia A. MD, PhD; Mercado, Marcela MS; Valencia, Diana MS; Jamieson, Denise J. MD, MPH; Beltran, Mauricio MS; Sanz-Cortes, Magda MD; Rivera-Casas, Ana Maria MD; Yepez, Mayel MD; Parra, Guido MD; Ospina Martinez, Martha MD; Honein, Margaret A. PhD, MPH

Historia

From N. M. Gregg (1941). Trans. Ophthalmol. Soc. Aust., **3**, 35–46. *Copyright* (1941), *by kind permission of the author and the Australasian Medical Publishing Co. Ltd*

CONGENITAL CATARACT FOLLOWING GERMAN MEASLES IN THE MOTHER

By N. McAlister Gregg.
Sydney

In the first half of the year, 1941, an unusual number of cases of congenital cataract made their appearance in Sydney. Cases of similar type, which appeared during the same period, have since been reported from widely separated parts of Australia. Their frequency, unusual characteristics and wide distribution warranted closer investigation, and this report is an attempt to bring to notice some of the more important features of what might almost be regarded as a mild epidemic.

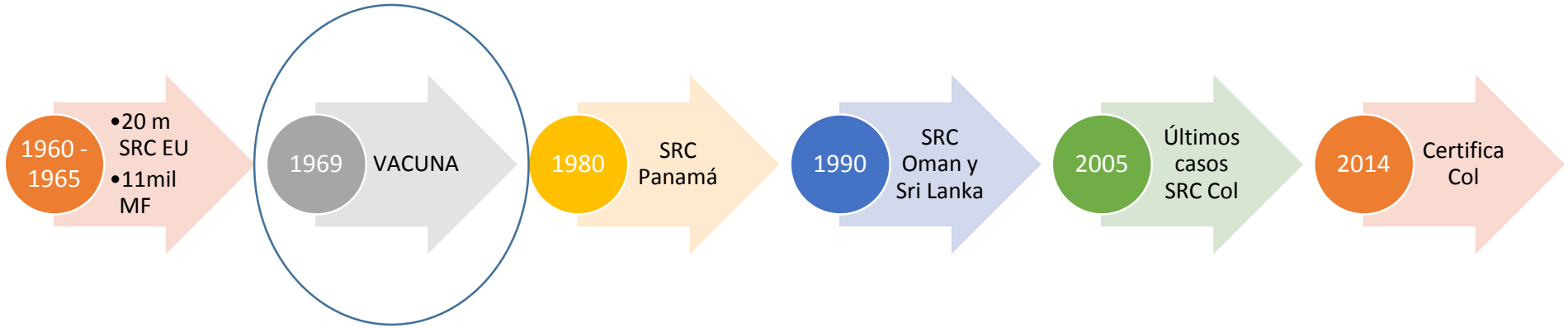
I am indebted to many of my colleagues in New South Wales, Victoria and Queensland for particulars of very many of the cases reviewed. These, for the most part, conform very closely to the general features noted in my own series of cases on which the following description is based. The total number of cases included in this review is seventy-eight. My own cases total thirteen, and in addition I have seen seven others included in my colleagues' lists.

Fuente: Dr Hernando Baquero- Neonatologo

Síndrome de Rubeola congénita

Ruebola Congenita	riesgo de trasmision vertical	defectos graves
menos de 8 semanas	100%	85%
8 a 12 semanas	80%	52%
13 a 20 semanas	50%	16%
> 20 semanas	0%	0%

Historia



Fuente: Dr Hernando Baquero- Neonatologo- Minsalud- SIVIGILA


darte y crece

Gracias

Martha Lucia Ospina Martínez
mospina@ins.gov.co
Directora General

Instituto Nacional de Salud
Correo electrónico: contactenos@ins.gov.co
Teléfono: (1) 220 77 00 Ext.
Bogotá, COLOMBIA
www.ins.gov.co
Línea gratuita nacional: 01 8000 113 400