



# WELLCOLEX COLOUR SHIGELLA



Kit rápido de aglutinación para la detección de serotipos de Shigella

#### PRINCIPIO

Partículas de látex coloreadas para la detección cualitativa y la identificación de especies de Shigella a partir de cultivos.

1. Shigella flexneri.
2. Shigella boydii.
3. Shigella sonnei.
4. Shigella disenteriae.

#### VENTAJAS

- Látex coloreados para la identificación de las especies de Shigella.
- Fácil identificación. Cada partícula coloreada de látex, esta recubierta de anticuerpos específicos para diferentes especies de Shigella.
- Económico.
- Fácil de manejar.

**Principal** Avenida Calle 24 No. 95 - 12 Bodega 8, Parque Industrial Portos, Bogotá  
PBX: 428 42 77 – FAX: 428 42 55 \* email: [quimicos@quimirel.com.co](mailto:quimicos@quimirel.com.co)  
A.A. 54400 \* Pagina web: [www.quimirel.com.co](http://www.quimirel.com.co)

**Cali** Juan Hernández - Calle 69 No. 1-152 Torre 3 Apto. 501  
Telefax: 449 44 97 \* Celular: 310 779 20 26



*Que esta Navidad convierta cada tristeza en sonrisa,  
cada deseo en realidad y cada corazón en una dulce morada  
para el Niño Jesús, Nuestro Salvador.*



*COLBAY les desea una Feliz Navidad y un Prospero Año Nuevo  
a todos sus colegas y asociados.  
Igualmente a QUIMIREL LTDA, a quienes damos  
infinitos agradecimientos por un año más de apoyo.*

# FELIZ CUMPLEAÑOS

les desea el COLBAV a sus asociados:

## ENERO

Mario Duque Masso	3
María Victoria Muñoz Chaparro	4
Andrey Payan	5
Libia Torres	5
Martha Beilrán	5
Bernarda Arroyo	7
Gloria Clemencia Serna Hurtado	8
Sandra Lorena Román	11
Esperanza Andrade	14
Marisol Fernández	15
María Stalla Hurtado	18
María del Rosario González	19
Monica Vásquez	19
Paulina Jimeno	19
Beatriz Eugenia Vélez	20
Angela María Morales	21
Angélica María Donneys	21
Luz Dary Salas	22
Gladya Eugenia Arango	23
Ricardo de la Rosa	26
Magnolia Arango Ossa	31

## FEBRERO

Adriana Giraldo	1
Constanza Torres	1
Jenny Parra	1
Claudia Patricia Santa	3
Nancy Perdomo de Trujillo	3
María Mabel Capote	5
Marta Lucía Murgueitio	5
Luz Edith Zamora	9
Rosa Amalia Correa	9
Yolima Romero	11
Carolina Cabrera	12
María Fernanda Escobar	17
Esperanza Giraldo	18
Luz Elena Porras	18
Angela María Sánchez	20
Maríaela Hurtado	23
María Fernanda Saavedra	24
Luz María Pedrosa	28

## MARZO

Nury Vivas Galindo	1
Esperanza Muñoz R.	4
Zorayda Satizabal	4
Ximena Solís	6
Julia Clemencia Cheng	9
Carlos Alberto Reyes	15
Alba Aides Alvarez	20
Marta Lucía Torres	20
Luz Enith Sua Bolívar	27
Carolina Muriel	28



**COLBAV**  
Colegio de Bacteriología  
y Laboratorio Clínico  
del Valle del Cauca



# Boletín del BACTERIOLOGO

Teléfono: (2) 552 37 89 | E-MAIL: colbav@cncbcolombiana.org

EDICIÓN 84  
OCTUBRE  
NOVIEMBRE  
DICIEMBRE  
2010

## EDITORIAL

Ser sede de una de las cinco Jornadas académicas organizadas por el Colegio Nacional de Bacteriología, CNB, fue un privilegio administrado por COLBAV de manera concienzuda y futurista con balance positivo y grandes logros.

En entusiasta comunión de ideales aunaron esfuerzos Directivas y COLBAV: conferencistas, patrocinadores y expositores para ofrecer a los asistentes una programación polifacética y de absoluta transcendencia académica.

Se dieron cita en la capital azucarera para presidir este encuentro la Dra. Stella Páez de Bolívar presidenta del Colegio Nacional de Bacteriología, el Dr. Luis Guillermo Deaza tesorero CNB, la Dra. Sonia Rojas presidenta del Colegio de Bacteriólogos de Bogotá, la Dra. María Eugenia González Rodríguez presidenta de COLBAV y la Dra. Ana Leticia de Maselli de Guatemala invitada internacional.

Con un taller sobre "Como aplicar las Herramientas Estadísticas en el Control Interno del Laboratorio" como preámbulo se dio comienzo el viernes 12 de noviembre a la **Primera Jornada Académica del Sur Occidente colombiano**.

Se evidenció la magnificencia de este evento en la cuidadosa organización, lo novedoso de los temas tratados, la calidad de los conferencistas y la muestra comercial.

Este encuentro fue marco de la presentación de la página Web del Colegio de Bacteriólogos del Valle actualizada y renovada. Los(as) colegas que quieran revisar sus opiniones y profundizar los temas tratados en la jornada, pueden consultar las memorias en la página Web de COLBAV a partir de la primera semana de diciembre.

La generosidad de los expositores brindó momentos de expectativa y regocijo a los asistentes. Alegría desbordante demostraron los favorecidos en los

sorteos realizados. Biosystems S.A. rificó dos computadores portátiles y Comprolab Ltda. uno. Ángel Diagnóstica distribuyó lapiceros y rificó una cámara fotográfica.

La despedida estuvo amenizada por la presentación de "Los Niños de la Salsa" ofrecidos por COLBAV y cerrando "Los Mariachis Oro y Plata" contratados por Comprolab Ltda.

La capacitación y actualización impartidas, la excelente atención gastronómica en la agradable y acogedora terraza y el evento social de despedida, son realizaciones que merecieron el reconocimiento de todas las personas que tuvieron la oportunidad de disfrutar este banquete del saber, la fraternidad y la armonía grameal.

Estos logros son motivación suficiente para pedir que Cali con su Centro de Convenciones sea la Sede del Congreso del CNB a realizarse en el 2011.

Gratitud eterna a Biosystems S.A., Abbott, Distriquímicos Aldir, Comprolab Hunan Ltda., Quik Ltda., Becton Dickinson Ltda., Annar Diagnóstica, Dinámica IPS, La Casa de la Diabetes, Zoolab, Insulab y Ángel Diagnóstica.

Loable es el esfuerzo y el dinamismo demostrado por el Comité Organizador, el Colegio Nacional de Bacteriología y COLBAV para cumplir este compromiso regional. A todos estos(as) líderes, un inmenso ¡Gracias!

Apreciadas(os) colegas: El 2011 ya pisa los umbrales. Reclamamos este Nuevo Año, con la satisfacción de los sueños alcanzados y el corazón abierto al amor, la paz y la armonía.

¡Para todos  
¡Un maravilloso 2011!

Silia Rojas de Molano  
Bogotá, diciembre de 2010

## PROTEINURIA Y PREECLAMPSIA

Preeclampsia es una enfermedad de las mujeres en gestación caracterizada por hipertensión, proteinuria y edemas, que se presenta después de las 20 semanas de gestación y se resuelve después del parto y la expulsión de la placenta. Esta enfermedad multististémica y heterogénea cuya fisiopatología no está completamente entendida, puede ser debida a una remodelación vascular de la placenta y factores maternos (genéticos, ambientales y del comportamiento), con un gran espectro de presentación, desde una condición fálica de controlar hasta producir serias complicaciones en la madre y el feto como desprendimiento de placenta, eclampsia y síndrome HELLP, pudiendo causar la muerte materna y/o fetal. (Campbell & Jenkins, 2009)

### LA PROTEINURIA EN PREECLAMPSIA

En mujeres con preeclampsia, la cuantificación de la proteinuria en orina de 24 horas ha sido Gold Standard por muchas décadas; recientemente otros métodos como recolección de orina en 12 horas o en 2 horas e incluso proteinuria en 2 muestras de orina aisladas, han sido validados y estandarizados para el diagnóstico de preeclampsia.

La proteinuria es considerada por muchos uno de los criterios que definen la preeclampsia, un indicador de la severidad de la enfermedad y un predictor del desenlace materno-fetal. Sin embargo, estudios recientes sugieren que la medición de la proteinuria es un pobre marcador o productor de la morbilidad y mortalidad materno-fetal y posiblemente cambie el manejo de preeclampsia y la forma en que la proteinuria es utilizada como marcador de sus complicaciones; la correlación entre el nivel de proteinuria y la severidad de la preeclampsia es insuficiente para tener utilidad clínica. (Thangaratinam, et al., 2009) (Hofmeyr & Balfort, 2009)

Para algunos protocolos la presencia de proteinuria no es necesaria en el diagnóstico de preeclampsia; el estudio "Role of proteinuria in defining preeclampsia: Clinical outcomes for women and babies", concluyó que la presencia de proteinuria se presenta en un grupo de mujeres con hipertensión antes del nacimiento, quienes tienen partos prematuros y requieren más cuidados posparto, pero la proteinuria no representa un indicador o otra clase de marcador de morbilidad o mortalidad perinatal. (Thornton, Makris, Ogle, Toother, & Hennesy, 2010)

**Epidemiología.** La preeclampsia ocurre entre el 5 y 8% de todas las embarazadas y es la mayor causa de morbilidad materna y neonatal. En Estados Unidos la preeclampsia afecta entre el 12 y 22% de todas las gestaciones, en los países desarrollados es responsable del 16% de las muertes fatales, análisis de la Organización Mundial de la Salud revelan que los desórdenes hipertensivos durante el embarazo complican el 15% de todas las gestaciones y es responsable del 25,7% de muertes maternas en América Latina y el Caribe, 9,1% en África y Asia.

**Fisiopatología.** Es una enfermedad multististémica caracterizada por vasoconstricción, cambios metabólicos, disfunción endotelial y activación de la cascada de la coagulación, con aumento de la respuesta inflamatoria. El segundo paso es caracterizado por falla en la remodelación vascular de la placenta que resulta en reducción de su perfusión e inicia una serie de complicaciones maternas y fetales con significativa morbilidad perinatal. (Campbell & Jenkins, 2009).

Entre las semanas 18 y 20 de gestación se presenta normalmente la remodelación de las arterias espirales con pérdida del tejido muscular en estas arterias, necesario para incrementar en un 25% el flujo sanguíneo placentario; es en este momento cuando se presentan las alteraciones del endotelio vascular por un desbalance entre los factores que promueven la angiogénesis (factor de crecimiento vascular endotelial VEGF y factor de crecimiento placentario PlGF) y los factores antiangiogénicos de la angiogénesis (FMS-like-tirosine quinasa sFlt1) y la endoglin soluble), genera la liberación de factores placentarios en respuesta a la isquemia placentaria alterando la resistencia vascular periférica, la presión arterial y el flujo sanguíneo en las arterias espirales que alimentan el espacio intervello placentario, y finalmente con disfunción del endotelio vascular materno. (Campbell & Jenkins, 2009)

La isquemia placentaria genera factores angiogénicos circulantes que producen disfunción del endotelio vascular materno, responsable de las manifestaciones sistémicas de la preeclampsia.

El primer evento responsable de la hipertensión arterial se presenta por el incremento de la resistencia vascular periférica, al contrario que en gestaciones sin preeclampsia en quienes hay una disminución de la resistencia vascular periférica por la importante vasodilatación que promueven los factores placentarios, seguido por una pobre tolerancia al aumento del 30% al 50% en el gasto cardíaco y un aumento en la sensibilidad a las hormonas endógenas presoras como (angiotensina II, vaso-

presina y catecolaminas) mediado por el daño del endotelio vascular y una disrupción del balance de las prostaglandinas. (Campbell & Jenkins, 2009).

Estas anomalías son responsables de una redistribución del líquido extracelular dando origen a edema y aumento del hematocrito. Se mantiene el volumen circulante por vasoespasmo resultando en la hemolisis microangiopática y la coagulación intravascular diseminada que se observan en preeclampsia severa.

El incremento en el volumen circulante y el gasto cardíaco presentes en la gestación normal, resultan en un incremento en el flujo sanguíneo renal y en la tasa de filtración glomerular. En mujeres con preeclampsia hay una marcada disminución del flujo vascular renal y la tasa de filtración glomerular, las biopsias renales de estas pacientes muestran endoteliosis glomerular y capilar con características patognómicas de edema del endotelio capilar-glomerular, acompañado de depósitos de productos de degradación del fibrinógeno entre y debajo de las células endoteliales.

La presencia de proteinuria diferencia la preeclampsia de la hipertensión gestacional. El grado de proteinuria que acompaña estas alteraciones renales varía, presentando excreción de proteínas en orina de 300 mg/24 h o 1+ de proteinuria en dos muestras aisladas de orina tomadas por lo menos con 4 horas de diferencia.

La hipertensión y la proteinuria se resuelven entre 1 mes y 2 años después de la terminación del embarazo y expulsión de la placenta. A los 3 meses de puerperio el 39% todavía tienen hipertensión y el 14% proteinuria. A los 2 años de postparto el 19% aun presentan hipertensión y 2% proteinuria. El 31% de las mujeres con historia de preeclampsia tienen microalbuminuria comparado con el 7% de mujeres con gestación normal. La tasa filtración glomerular no se altera en forma significativa en mujeres con o sin preeclampsia. (Donald, Han Z, Walsh, Gerstein, & Devereux, 2010). El estudio invasivo de la función renal en las mujeres con proteinuria y preeclampsia debe posponerse hasta 2 años después del postparto. (Berks, Steegers, Molas, & Visser, 2009).

Artículo tomado de:

### PROASECAL Area de Microbiología

Dra. Doris Ríos  
Dra. Sonia Vélez  
Dra. Germán Esparza  
Julia 2010

