



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD VERACRUZANA
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**DIRECCIÓN REGIONAL SUR
DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 73**

TESIS

**“INFECCION URINARIA ASOCIADA EN AMENAZA DE
PARTO PRETERMINO”**

**QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DR. LUIS CISNEROS MORALES

Asesores:

DRA. ROSALBA STRAFFON VINCENT

DR. FELIX GILBERTO ISLAS RUZ

AGRADECIMIENTOS

La gratitud es una virtud que nos vuelve más humanos, gracias a ello se alimenta el amor, la bondad y los buenos recuerdos. Es por eso que hoy quiero agradecer.

A Dios y a la Virgen de Juquila en primer lugar quienes me dieron la Vida y la han llenado de bendiciones en todo este tiempo.

A mis padres Guadalupe Cisneros (+) y Esperanza Morales quienes supieron guiarme por el camino correcto y de los cuales me siento orgulloso a mis hermanos Esperanza, Aquiles, Javier, Nahúm (+) Guadalupe, Gema, Hugo y Josué; quienes con su amor, apoyo y comprensión estuvieron siempre conmigo.

A mi suegra Sra. Ángeles y comadre Erika por su apoyo incondicional.

A mi esposa Fabiola de la Cruz que ha sido el impulso en mi carrera y el pilar Principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amiga y compañera inseparable.

A mis preciosas hijas Aranza Monserrath y Cynthia para quien ningún sacrificio fue suficiente, que con su luz han iluminado mi camino y vida, de las cuales estoy orgulloso por su dedicación en sus estudios pues son el tesoro más grande que tengo.

A mis asesores Dr. Islas y Dra. Traffon por su apoyo incondicional en la elaboración de mi tesis por ser grandes amigos.

A mis maestros, y compañeros quienes con su experiencia y conocimientos han sembrado el deseo constante de superación.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

INDICE

I.	RESUMEN ESTRUCTURADO	4
II.	ABSTRACT	5
III.	MARCO TEORICO	6
IV.	MATERIAL Y METODOS	9
V.	RESULTADOS	10
VI.	ETICA	15
VII.	DISCUSION Y CONCLUSIONES	17
VIII.	BIBLIOGRAFIA	19
IX.	ANEXOS	20

RESUMEN

Cisneros Morales L, Straffon Vincent R, Islas Ruz F.

Título: Infección urinaria asociadas en amenaza de parto pretérmino.

Antecedentes: la infección urinaria se considera la patología más frecuente asociada al embarazo y que origina abortos y además amenaza de parto prematuro, se cuenta con una prevalencia del 6 al 12% entre el total de embarazos, entre sus presentaciones más comunes se hallan la cistitis, pielonefritis y la bacteriuria asintomática.

Objetivos. Determinar que las infecciones de vías urinarias es la causa de amenaza de parto pretérmino.

Material y métodos. Mediante un diseño transversal, retrospectivo y analítico, con criterios de inclusión de Embarazadas con amenaza de parto pre término, expediente completo que diagnostique la infección urinaria; un muestreo no probabilístico y muestra de 162 pacientes, que acudieron al servicio de urgencias de Ginecoobstetricia de H.G.Z. 24 determinando la característica de cada infección urinaria, de manera retrospectiva desde el presente mes, hasta completar la muestra. Su análisis fue representado por media, desviación estándar e inferencial con Chi cuadrada, con $p < 0.05$ para su significancia.

Resultados. Se revisaron 163 expedientes completos, con edad promedio de 26 ± 5 años de edad, semanas de gestación de 31 ± 4 ; se dedicaban al hogar 56% (91), con nulíparas 64% (105), se observó 60% (97) con bacteriuria asintomática, Historia de Infección Urinaria presente en 66% (100), infección urinaria presente en 73% (119); todos ellos con significancia de $p < 0.000$.

Conclusión. Se encontró asociada la bacteriuria asintomática, antecedentes de Infección urinaria y la infección urinaria como tal asociados a la amenaza de parto pretérmino.

Palabras claves. Infección urinaria-Amenaza de parto pretermino - Parto pretermino.

SUMMARY

Title: Urinary tract infection associated in preterm labor.

Background: Urinary tract infection is considered the most common disease associated with pregnancy and also causes abortions and preterm delivery, has a prevalence of 6 to 12% among the total number of pregnancies among its most common presentations are cystitis, pyelonephritis and asymptomatic bacteriuria , which are in turn associated with low socioeconomic status, Multiparity , including kidney stones , and in Poza Rica studies have shown a much higher prevalence of this entity.

Objectives . Determine that urinary tract infections are the cause of preterm labor .

Material and methods. Using a cross-sectional retrospective , analytical study with inclusion criteria Pregnant with threatened preterm delivery, complete records diagnose UTI , a non-probability sampling and sample of 162 patients who attended the emergency department of Gynecology and Obstetrics of HGZ 24 determining the characteristic of each UTI , retrospective from this month so , to complete the sample. Their analysis was represented by mean, standard deviation and inferential Chi square , $p < 0.05$ for significance .

Results. 163 complete records , mean age 26 ± 5 years old , 31 weeks gestation ± 4 were reviewed ; were engaged in household 56 % (91), nulliparous 64 % (105) , 60 % was observed (97) with asymptomatic bacteriuria, History of urinary infection in 66 % (100) , urinary tract infection present in 73 % (119) , all with significance of $p < 0.000$.

Conclusion. Was found associated asymptomatic bacteriuria, history of urinary tract infection and urinary infection as such associated with preterm labor.

MARCO TEORICO

La infección urinaria se define como la colonización de bacterias en el tracto urinario, microbiológicamente catalogado como un recuento de más de 100.000 UFC/MI en urocultivo, asumiendo la correcta recolección de la muestra. Cabe precisar que se han reportado casos de gestantes con infección de vías urinarias con recuentos de 20.000 a 50.000 UFC, las cuales han requerido tratamiento debido a la presencia de sintomatología (1, 2). La infección de vías urinarias, afecta al 6-12% de todas las gestaciones, en sus diferentes presentaciones como bacteriuria asintomática, cistitis y Pielonefritis. La gestación produce cambios fisiológicos en la mujer entre ellos tenemos: Dilatación del sistema colector, aumento del flujo plasmático renal, aumento del índice de filtración glomerular (lo cual puede producir glucosurias no significativas), alteraciones de la reabsorción de electrolitos, cambios hormonales generados por la progesterona al disminuir el tono de la vejiga aumentando su capacidad de llenado, favoreciendo así la ectasia vesical (3, 4). Otros factores predisponentes son: la uretra femenina corta que mide solo de 4 a 6 cm comparada con la masculina que mide de 14 a 16 cm. El trauma vesical generado durante el coito lo cual favorece la colonización por gérmenes de la flora rectal y vaginal. Dextrorrotación del útero por el colón-sigmoides origina una compresión del uréter derecho dando lugar a estasis y reflujo vesiculo-ureteral (5, 6).

En cuanto a la forma de presentación, la bacteriuria asintomática cumple con el criterio de urocultivo positivo en recuento ya descrito, pero no presenta síntomas o signos clínicos. Del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratamiento, el 30 al 50% evolucionarán a Pielonefritis, ésta por su parte puede asociarse insuficiencia renal aguda, sepsis y shock séptico (7). Aumenta el riesgo de parto prematuro y de recién nacido de

bajo peso al nacer. De hecho en gestantes que cursan con infección de vías urinarias, la tasa de prematuridad se ha asociado desde un 20 a 50% demostrándose una correlación más baja con infecciones de vías urinarias bajas y más altas con las infecciones del parénquima renal (8). Existe un mayor riesgo para el desarrollo de pielonefritis, siendo la incidencia durante la gestación de 1-4%, mientras que entre las mujeres no gestantes la ITU de vías bajas rara vez progresa a pielonefritis. Esto hace que la infección urinaria en el embarazo constituya un problema que debe ser estrechamente vigilado (9, 10).

La mortalidad fetal más alta se presenta cuando la infección ocurre durante los 15 días que anteceden al parto (11).

La cistitis se caracteriza por síntomas circunscritos a la vejiga, tales como disuria, polaquiuria, urgencia miccional y dolor supra púbico. En el caso de a pielonefritis, la cual es la complicación más temida de la infección urinaria en gestantes, ya que es la más directamente relacionada a casos de Amenaza y Parto pre términos, la paciente manifiesta síntomas de cistitis y síntomas de compromiso general tales como fiebre, sudoración, escalofríos y dolor lumbar constante (12). Es la complicación médica grave más frecuente durante la gestación. Su incidencia máxima se presenta entre las semanas 20 y 28.

Dado que en la mayoría de las gestantes la pielonefritis aguda va precedida por una bacteriuria asintomática, la detección de estas pacientes con bacteriuria y su tratamiento precoz debe de hacer descender la incidencia de pielonefritis. Sin embargo, la valoración selectiva de las gestantes para detectarla bacteriuria asintomática no goza de aceptación universal. El argumento para ello es que la valoración selectiva realizada una sola vez en etapas precoces de la gestación sólo detecta un tercio de las mujeres con posibilidad de desarrollar una pielonefritis (13, 14). Es probable que la bacteriuria sea uno de los factores desencadenantes de parto pretérmino y consecuentemente de prematuridad, bajo peso e inmadurez orgánica. Después del tratamiento, las pacientes con bacteriuria terminaron la gestación sin problemas ni recaídas, como también han indicado otros autores (15, 16, 17).

En primigestas y en múltiparas, la bacteriuria asintomática es común, por ello, es muy importante que en todas las pacientes embarazadas, sobre todo en aquellas con más de una gestación, se incluya cuando menos un urocultivo de rutina durante el primer trimestre (18).

Entre los factores de riesgo asociados a infección urinaria en las gestantes con amenaza de parto prematuro son: nivel socioeconómico bajo, multiparidad, diabetes mellitus, infección por Chlamydia, historia de infección urinaria, litiasis renal, malformaciones urogenitales y reflujo vesicoureteral (19).

Otros autores relacionan asociación de infecciones del tracto urogenital como una prevalencia aun mayor de las que se presentan por si solas que es de un 20-25% y se constituye así una mayor amenaza al combinarse ambas (20, 21). E incluso señalan otros autores que uno de los motivos de asociación entre inadecuada atención prenatal y la presencia de amenaza de parto prematuro es el riesgo de no llevar una vigilancia estrecha del desarrollo de infección urinaria al no vigilar adecuadamente el Examen General de orina cada mes (22, 23). El 25% de las bacteriurias asintomáticas no tratadas desarrollaran una pielonefritis aguda vs el 3% de las tratadas. Hasta un 30% de las bacteriurias asintomáticas tratadas presentan una recaída a pesar del correcto tratamiento antibiótico. De ahí la importancia del cribado gestacional (24, 25).

MATERIAL Y METODOS

Mediante un diseño observacional, retrospectivo, transversal y analítico; en base a revisión de expedientes clínicos de manera retroactiva, que se inicio por el presente mes, se estudiaron así, pacientes femeninos de cualquier edad que acudieron al servicio de urgencias de Ginecoobstetricia de H.G.Z. 24 con amenaza de parto pre término y que presentaron cuadro de infección urinaria durante la gestación y las semanas correspondientes a la amenaza de parto pre termino, o sea, de la 22 a la 37 semana, determinando la característica de cada infección urinaria, previa lista otorgada por el Jefe de Servicio y con la autorización del mismo hasta completar la muestra. Con inclusión de Embarazadas con amenaza de parto pre término. Embarazos en edad gestacional de la 22 y antes de la 37 SDG. Expediente completo, que sugiera o diagnostique la infección urinaria. De no inclusión: pacientes que fueron trasladadas a un tercer nivel de atención o a otra institución de salud, que ingirieron medicamentos o sustancias ya sean químicas o naturales para provocar actividad uterina y de eliminación expediente clínico incompleto o ilegible. El muestreo fue no probabilístico y un tamaño de muestra de 162 pacientes. Posteriormente se codifico en Excel 2010 y el análisis estadístico se realizó mediante la medición de las variables categóricas con números absolutos y relativos; y las cuantitativas con medidas de tendencia central como media y desviación estándar y análisis para buscar asociación de las diferentes características de la Urosepsis con Chi cuadrada, Oportunidad de riesgo (OR) con IC al 95% y con una significancia $p < 0.05$

RESULTADOS

Se revisaron 163 expedientes completos, con gestantes con edad promedio de 26 ± 5 años de edad, semanas de gestación de 31 ± 4 ; los aspectos socio demográficos de este grupo de pacientes se observaron con que se dedicaban al hogar 56% (91), con nulíparas 64% (105), Con Cesárea 28% (45); el resto se puede observar en el Cuadro I.

De las características de la Infección de vías urinarias en las pacientes con amenaza de parto pretérmino se observó 60% (97) con bacteriuria asintomática, Historia de Infección Urinaria presente en 66% (100), infección urinaria presente en 73% (119); todos ellos con significancia de $p < 0.000$; los detalles se pueden observar en el cuadro II.

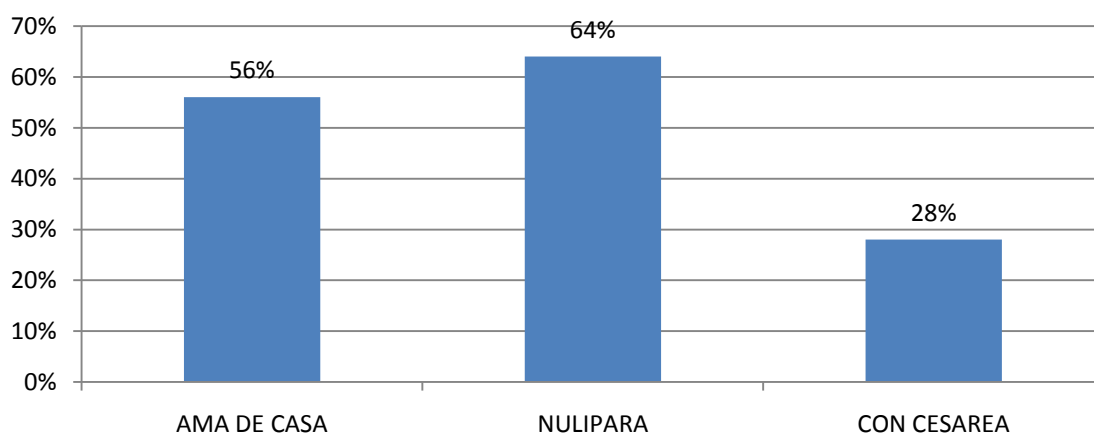
CUADRO I**ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO DEL ESTUDIO**n= 163

CARACTERISTICAS	ABSOLUTO	RELATIVO
OCUPACION		
HOGAR	91	56
TRABAJA	72	44
PARIDAD		
NULIPARA	105	64
MULTIPARA	98	36
CESAREA		
CON CESAREA	45	28
SIN CESAREA	118	72

Fuente: expedientes del HGZ 24 de Poza Rica de Hidalgo, Ver.

GRAFICA 1

**ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE
PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO DEL ESTUDIO**



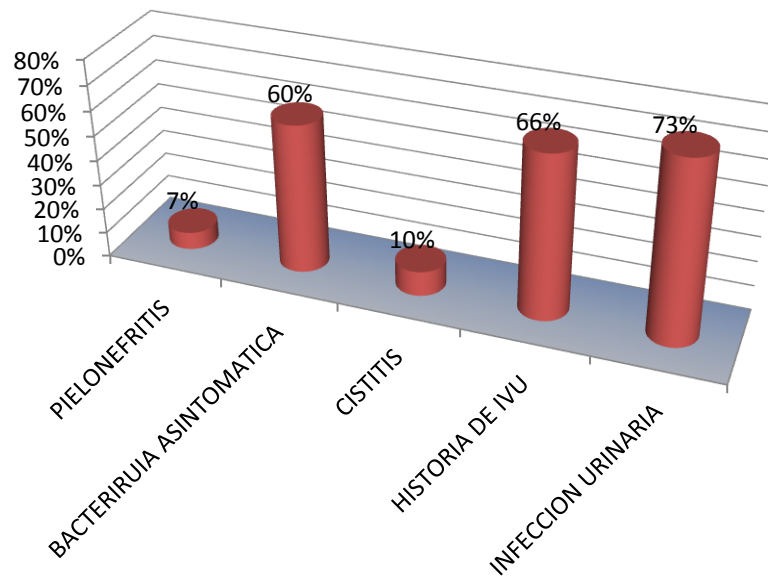
Fuente: expedientes del HGZ 24 de Poza Rica de Hidalgo, Ver.

CUADRO II**CARACTERISTICAS DE LA INFECCION URINARIA EN PACIENTES
CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**n= 163

CARACTERISTICA	ABSOLUTO	RELATIVO	P
PIELONEFRITIS			
PRESENTE	12	7	<0.029
AUSENTE	151	93	
BACTERIURIA ASINTOMATICA			
PRESENTE	97	60	<0.000
AUSENTE	66	40	
CISTITIS			
PRESENTE	16	10	<0.049
AUSENTE	147	90	
HISTORIA DE IVU			
PRESENTE	100	66	<0.000
AUSENTE	55	34	
IVU			
PRESENTE	119	73	<0.000
AUSENTE	44	27	

GRAFICA 2

INFECCION URINARIA EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO



ETICA

El presente estudio de investigación cumple con la Ley General de Helsinki, con sus modificaciones del 2008, además con los artículos: 15, 20, 33, que recomiendan la privacidad del estudio; y con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, en su artículos 3ro, la cual informa que toda investigación se someterá a un Comité para su aprobación y que la investigación contribuya a acciones preventivas y al uso de procedimientos técnicos y diagnósticos para mejorar el proceso de salud. El artículo 14 en su fracción I, VI, VII y VIII; al artículo 16 que mencionan que se someterá a los principios éticos y científicos que debe ser realizado por profesionales de Salud. Y al artículo 17 en su fracción I mencionando que se investigará sin riesgo alguno.

Este proyecto quedo registrado

No. De registro 2013300518

No. Folio 2013300520

DISCUSION

En este estudio, encontramos en expedientes de 163 gestantes con presencia de infección urinaria, edad promedio de 26 ± 5 años de edad y semanas de gestación de 31 ± 4 ; la mitad de ellas se dedicaban al hogar y la otra mitad trabajaba. Las características basales y los antecedentes obstétricos en pacientes con presencia de infección urinaria en algunos estudios fueron con edad promedio de 25 años, cesáreas previas de 28% y promedio de dos gestas. También ha sido descrito un perfil epidemiológico similar en pacientes con y sin infección urinaria (26, 27) que en nuestro estudio se mostraron de manera semejante aunque dominaron las nulíparas. La asociación a la Multiparidad y a abortos previos no son considerados en varios estudios, pero en uno efectuado en México, hallaron asociación con ambas (28), aunque en nuestra población no se demostró esta asociación, ya que el tipo de población estudiada no tuvo esas características. De gran relevancia resalta el tipo de infección urinaria que se presentó en nuestro estudio, lo cual lo asocia a antecedentes de historia de infección de vías urinarias, que de acuerdo con otros autores mencionan que las pacientes en su estudio presentaron antecedente de infección urinaria en una alta cifra 64,63% (190/294); se conoce que este antecedente es importante detectarlo, nos indica que hay factores añadidos a los conocidos del embarazo que pudieran favorecer la instalación de un proceso infeccioso (29). Sin embargo la bacteriuria asintomática mostro encontrarse más asociada entre los diagnósticos de Urosepsis en nuestro estudio, de ahí que cobra la importancia de detectarla de acuerdo con estudios publicados que mencionan que la bacteriuria asintomática no tratada es capaz de originar cistitis sintomática hasta 30% de las pacientes y pielonefritis el 50%. Hay múltiples estudios que sustentan que ella está relacionada con la Amenaza de Parto Prematuro, prematurez, y trastornos del crecimiento fetal. Esto justifica su pesquisa de rutina en prenatal, tratarla es prevenir el parto prematuro (30, 31).

Sin embargo nuestro estudio está centrado a hallar las presentaciones clínicas de Infección urinaria y se encontró una asociación de Infección de vías urinarias propiamente dicha presente en el 73% de las pacientes, por ello diversos autores lo consideraron como factor de riesgo, notando una alta incidencia de partos prematuros en relación a la presencia de infección urinaria (32).

Conclusión. La presencia de infección urinaria en este grupo de pacientes con amenaza de parto prematuro mostro como la historia de infección urinaria en la paciente y la bacteriuria asintomática como asociaciones mas significativas, semejante a la literatura expuesta.

BIBLIOGRAFIA

1. Pappas PG. El laboratorio en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de las vías urinarias. ClinMedNorteamérica. 1991; 2:319-32.
2. Andriole VT. Epidemiología, evolución natural y tratamiento de las infecciones urinarias durante el embarazo. ClinMed Norteamérica. 1991; 2:267-82.
3. Taylor R.-F., Sprienger-Verlac F. “Fundamentos de Medicina Familiar”. Edir. Iberica 2000 pp. 143-144
4. Lancijares-Pérez J.L. Infección Urinaria y Gestación. Protocolos asistenciales en Ginecología Y Obstetricia. S.E.G.O. Tomo XVIII. 1-18
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo de la infección urinaria durante el embarazo. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. [en línea] 2005 [fecha de acceso 10 de diciembre de 2005]; 29 (2).
6. Cárdenas Cejudo A, Figueroa DM, Domínguez Jiménez B, Guzmán de la Garza L, AyorroKuribreña C. Guía para el tratamiento de las IVU en embarazadas.
7. Yomayusa N, Altahona H. Infección de la vía urinaria inferior. Guías para manejo de urgencias, 2004.
8. Huamán Elera, José. Parto prematuro. Tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro. La Revista Médica. Vol. 6. Edición N°1. Pág. 32-34.
9. Sweet RL. Bacteriuria and pyelonephritis during pregnancy. SeminPerinatol1977; 1:25-40.
10. Maranchie JK, Capelouto CC, Loughlin KR. Urinary tract infections during pregnancy. Infect Urol1997; 10:152-157.
11. G. Lorena-Alvarez, j. Cruz-Echeverria, A.A. Garau, V. A. Lens. Infección Urinaria y Embarazo. Diagnóstico y terapéutica. Revista de Posgrado de Vía Cátedra de Medicina - N° 155 – Marzo 2006.
12. Sobel JD, Kaye D. Urinary tract infections. En:Principles and Practice of Infectious Diseases. Editadopor GL Mandell, JE Bennett, R Dolin. 5th edition, Churchill Livinstone. New York, 2000.
13. Carrera María J. Al. *et al*: «Procolos de Obstetricia y ~y Medicina perinatal del Insituto Dexeus» Barcelona-MassonSalvat 1992.
14. Arias F., “Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo” Doyma. 3ra edición 2000.
15. A Rabanal, T Cobo, H Arce, O Coll, M Palacio. Guía Clínica Infección de Vías Urinarias. Hospital clínico de Barcelona. 2008.

16. Byrne B, Morrison JJ. Preterm birth. *ClinEvid* 2004;12:2032–2051
17. Chandiramani M, Shennan A. Preterm labour: update on prediction and prevention strategies. *CurrOpinObstet Gynecol.* 2006; 18:618–624.
18. Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, Meis PJ, Iams JD, Das AF, et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *Am J ObstetGynecol* 1999; 181:1216-21.
19. Meis PJ, Michielutte R, Peters TJ, Wells HB, Sands RE, Coles EC, et al. Factors associated with preterm birth in Cardiff, Wales: II. Indicated and spontaneous preterm birth. *Am J ObstetGynecol* 1995; 173:597-602.
20. Connolly A, Thorp JM. Urinary tract infections in pregnancy. *UrolClin North Am* 1999; 26:779-787.
21. Sobel JD, Kaye D. Urinary tract infections. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and practice of infectious diseases.* Fifth edition. New York: Churchill Livingstone; 2000.
22. Delzell JE Jr, Lefevre ML. Urinary tract infection during pregnancy. *AmFam Physician* 2000; 61:3567.
23. Quiroga-Feuchter G., Robles Torres R.E., Ruelas-Moran A., Gómez Alcalá A.V. Bacteriuria Asintomática en mujeres embarazadas. *Medigraphic Artemisa RevMedInstMex Seguro Soc* 2007; 45 (2): 169-172.
24. Lomanto A., Lomanto M., Sánchez J.. “Infección urinaria gestacional”. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia* 1994; 45:101-106.
25. Bachman J. W., Heise R. H, Naessens J., Timmerman M. G. “A Study of various test to detect asymptomatic urinary tract infections in an obstetrics population”. *JAMA* 1993; 270:1971-1974.
26. Gebre-Selassie S. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy: epidemiological, clinical and microbiological approach. *Ethiop Med J* 1998; 36 (3): 185-192.
27. Delzell JE Jr, Lefevre ML. Urinary tract infections during pregnancy. *Am Fam Physician.* 2000 15; 61 (12): 3567
28. Julián Delgado, Mauricio Gutiérrez, Sandra Rodríguez, Adriana Rosero, Elizabeth Rúa, Catalina Ruiz. Identificación de factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en la Clínica Rafael Uribe Uribe. Cali, Colombia. *Revista Colombiana Salud Libre.* Volumen 2 • Número 1 • Enero - Junio de 2007.
29. Romero M, Oyarzun E, Mazor M, Sirtori M, Hobbins JC, Bracken M. Meta analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/birth weight. *Obstet Gynecol.* 1999; 73:576-582.
30. Gibbs RS, Romero R, Hillier SL, Eschenbach DA, Sweet RL. A review of premature birth and subclinical infection. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 166: 1515-1528.
31. Pedro Faneite, Ramón Gómez, Marisela Guninad, Josmery Faneite, Milagros Manzano, Arturo Marti, Ender Urdaneta. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. *Rev Obstet Ginecol Venez* v.66 n.1 Caracas mar. 2006.

32. M. P. Arango, A.M. Aroca-González, C.L. Caicedo Pastrana, R.L. , Castaño Bardawil, J.J. Castaño-Castrillón, V.A. Cifuentes-Navas. Factores de riesgo para parto pretérmino en el departamento de Caldas entre el 2003-2006. Archivos de Medicina. Volumen 8 No. 1-Junio 2008.

ANEXOS

Recolección de Variables

Socios demográficos

1. Nombre abreviado _____
2. Edad-----
3. Ocupación _____
4. Edad Gestacional _____
5. Multigesta _____ Nulípara _____
6. Con Cesárea anterior _____ Sin Cesárea anterior _____

Antecedentes

1. Diabetes Gestacional

Si _____ No _____

2. Pielonefritis

Si _____ No _____

3. Bacteriuria asintomática

Si _____ No _____

4. Cistitis

Si _____ No _____

5. Historia de infección urinaria

Si _____ No _____

6. Litiasis renal

Si _____ No _____

7. Malformaciones congénitas



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**



Si_____ No_____

