

Perfil de gestantes con parto prematuro portadoras de uretritis no gonocócica del Hospital San José del Carmen de Copiapó, año 2018.

Profile of pregnant women with preterm delivery carrying non-gonococcal urethritis at the Hospital San José del Carmen de Copiapó, year 2018.

Dayane Constanza Belén Casanga Toledo¹, David San Martín Roldán²

¹Matrona, Lic. Obstetricia y Puericultura. Hospital San José del Carmen, Los Carrera #1320, Copiapó, Chile.

²Matrón, Lic. Obstetricia y Puericultura. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Angamos #655, Viña del Mar, Chile.

*Autor para correspondencia: dayane.Casanga@gmail.com

RECIBIDO: 14 de Octubre de 2020
APROBADO: 03 de Marzo de 2021



DOI: 10.22370/rev.mat.1.2021.2465

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Uretritis no gonocócica, Parto Prematuro, Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia.

Key words: Non-gonococcal urethritis, Preterm Birth, Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia.

RESUMEN

Introducción: El parto prematuro es considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Existen múltiples factores que lo pueden desencadenar entre ella se encuentran las Infecciones de transmisión sexual. Dentro de la diversidad de microorganismos que las producen se encuentra la uretritis no gonocócica compuesta por microorganismos llamados *Chlamydia*, *Ureaplasma* y *Mycoplasma*. Resulta vital identificarlas y tratarlas adecuadamente especialmente durante la gestación debido a que es un determinante de la mortalidad y morbilidad perinatal, ya que la prematurez ocasiona la mayor parte de las defunciones en recién nacidos y aquellos que sobreviven es posible que conlleven algún tipo de secuela o discapacidad de por vida. El presente escrito plantea identificar cuáles son las características biosociodemográficas que presentan las gestantes con parto prematuro que son portadoras de uretritis no gonocócica.

Objetivos: Describir el perfil de las gestantes con parto prematuro portadoras de uretritis no gonocócica del Hospital San José del Carmen de Copiapó año 2018, según variables biosociodemográficas, gineco-obstétricas, perinatales y según agente no gonocócico causal.

Metodología: Estudio transversal que describe el perfil de gestantes con parto prematuro portadoras de uretritis no gonocócica del Hospital San José del Carmen de Copiapó el año 2018. Se consideraron registros clínicos de gestantes entre 22 y 36+6 semanas de edad gestacional portadoras de uretritis no gonocócica que terminaron en parto prematuro.

Se realizó un análisis univariado para determinar la frecuencia del agente causal de la uretritis no gonocócica en la población de estudio (variable dependiente) en las variables independientes que fueron biosociodemográficas, gineco-obstétricas y perinatales. Todos los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS v.18.

Resultados: Algunas de las condiciones más frecuentes fueron edad materna promedio de 27,13 años, una edad gestacional promedio de 33+5 semanas, con rotura prematura de membranas de tipo espontánea, sin antecedentes previos de abortos o partos prematuros, finalizando la gestación por vía vaginal. Además presentan una alta frecuencia de recién nacidos hospitalizados en la unidad de neonatología, con diagnóstico de prematuridad. Se observa una elevada prevalencia de *Ureaplasma* en la población estudiada.

Conclusión: Los índices arrojados son preocupantes, por lo que es de suma relevancia determinar estrategias con el fin de disminuir la cifra de partos prematuros y uretritis no gonocócica. Se desconoce la frecuencia real de esta problemática, ya que los cultivos cervico-vaginales no fueron tomados en la totalidad de la población estudiada, por lo que sería relevante tomar este examen a toda gestante con síntoma de parto prematuro y poder implementarlo en atención primaria de salud para gestantes en control prenatal, con el propósito de tratar a tiempo las complicaciones y mejorar la atención brindada tanto a gestantes como a recién nacidos.

ABSTRACT

Introduction: Preterm birth is considered a public health problem worldwide. There are multiple factors that can trigger it, including sexually transmitted infections. Within the diversity of microorganisms that produce them is non-gonococcal urethritis composed of microorganisms called *Chlamydia*, *Ureaplasma* and *Mycoplasma*. It is vital to identify and treat them appropriately, especially during pregnancy because it is a determinant of perinatal mortality and morbidity, since prematurity causes the majority of deaths in newborns and those that survive may carry some type of sequela or lifelong disability. This paper proposes to identify what are the biosociodemographic characteristics of pregnant women with preterm birth who are carriers of non-gonococcal urethritis.

Objectives: Describe the profile of pregnant women with preterm birth with non-gonococcal urethritis of the Hospital San José del Carmen de Copiapó in 2018, according to biosociodemographic, gynecological-obstetric, perinatal variables and according to non-gonococcal causal agent.

Methodology: Cross-sectional study that describes the profile of pregnant women with non-gonococcal urethritis at Hospital San José del Carmen in Copiapó in 2018. Clinical records of pregnant women between 22 and 36 + 6 weeks of gestational age with non-gonococcal urethritis were considered. They ended in premature labor. A univariate analysis was performed to determine the frequency of the causative agent of non-gonococcal urethritis in the study population (dependent variable) in the independent variables that were biosociodemographic, gynecological-obstetric and perinatal. All analyzes were carried out with the SPSS v.18 statistical package.

Results: Some of the most frequent conditions were mean maternal age of 27.13 years, an average gestational age of 33 + 5 weeks, with spontaneous premature rupture of membranes, no previous history of abortions or premature births, ending the pregnancy vaginally. They also have a high frequency of newborns hospitalized in the neonatology unit, with a diagnosis of prematurity. A high prevalence of *Ureaplasma* is observed in the population studied.

Conclusions: The rates obtained are worrying, so it is extremely important to determine strategies in order to reduce the number of preterm births and non-gonococcal urethritis. The real frequency of this problem is unknown, since the cervico-vaginal cultures were not taken in the entire population studied, so it would be relevant to take this test to all pregnant women with symptoms of premature labor and to be able to implement it in primary care of health for pregnant women in prenatal control, in order to treat complications in time and improve the care provided to both pregnant women and newborns.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles, causadas por diversos microorganismos, cuyo elemento en común es el compartir la vía sexual como principal mecanismo de transmisión incluyendo no sólo el contacto genital, sino que también oral y anal.(1)

Dentro de la gran gama de ITS que existen, encontramos a las uretritis, que son inflamaciones del conducto que transporta orina desde la vejiga al exterior del cuerpo. Cuando en la inflamación e infección se detecta *Neisseria gonorrhoeae* se deno-

minan uretritis gonocócicas, en cambio, cuando se producen por agentes bacterianos como *Chlamydia*, *Mycoplasma* y *Ureaplasma* se denominan uretritis no gonocócicas (UNG) (2). Estos tres organismos mucosos genitourinarios se transmiten por contacto sexual directo y se han identificado como una causa de morbilidad urológica, ginecológica y obstétrica con complicaciones asociadas en hombres, mujeres y recién nacidos (3). En distintas literaturas, se menciona que *Mycoplasma*, *Ureaplasma* y *Chlamydia* durante el embarazo pueden conducir a complicaciones graves como la rotura prematura de membranas y los partos prematuros (4).

De acuerdo con la Organización mundial de la Salud (OMS), prematuridad es un recién nacido vivo antes de que se cumplan 37 semanas de gestación. A la vez, considera que los recién nacidos prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: nacidos antes de las 28 semanas se consideran prematuros extremos, entre las 28 y 31 semanas se denominan prematuros severos y los que nacen entre las 32 y antes de las 37 semanas se clasifican como prematuros moderados a tardíos. Desde el punto de vista epidemiológico, a nivel mundial, la incidencia de parto prematuro oscila entre 8-10% del total de partos. Además, es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años (5).

La OMS estima que cada día más de un millón de personas contraen una ITS en el mundo. En la mayoría de los casos, las ITS son asintomáticas o presentan síntomas inespecíficos que no permiten un diagnóstico certero (6). Los partos prematuros, las infecciones neonatales entre otros factores ocasionan la mayor parte de las defunciones de recién nacidos (7). Por otra parte, muchos de los prematuros que sobreviven, sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (8).

La mayoría de las gestantes que tenían el antecedente de rotura prematura de membranas estaban colonizadas con *Ureaplasma* y colonizaron a sus recién nacidos, lo que apoya la asociación de este microorganismo con una corioamnionitis histológica (subclínica), que da como resultado una rotura prematura de membranas y parto prematuro (9). En Chile, se investigó a recién nacidos prematuros entre 22 a 34 semanas con el fin de clasificar factores de riesgo de parto prematuro como rotura pre-

maturo de membranas. La infección bacteriana ascendente fue el factor más frecuentemente asociado al parto prematuro espontáneo (10).

Existen distintos factores biosociodemográficos que pueden estar asociados a alta prevalencia de UNG y/o riesgo de parto prematuro, como edad materna, estados nutricionales, estado civil, nivel educacional, previsión/seguro de salud, inmigración, consumo de alcohol y tabaco. Esto reafirma la potencia de los determinantes sociales de salud en los efectos o resultados en salud (11, 12, 13, 14, 15).

En la misma línea, existen factores ginecoobstétricos que también se asocian al riesgo de parto prematuro y/o prevalencia de UNG: antecedente de parto prematuro, período intergenésico (PIG), número de gestaciones, número de partos, antecedentes de aborto, número de controles prenatales (16,17,18,19,20).

Las morbilidades vinculadas a la prematuridad son múltiples. Precisamente en los casos de prematuridad con presencia de UNG, no existieron complicaciones maternas relevantes, sin embargo, en los neonatos se halló predominio de infecciones respiratorias y sistémicas, lo que implicaba mayor uso de las unidades de neonatología (21). Las complicaciones neonatales fueron más frecuentes y perjudiciales en aquellas madres que presentaron más de un agente (22).

Este documento plantea identificar cuáles son las características que presentan las gestantes con parto prematuro que son portadoras de UNG (*Chlamydia*, *Ureaplasma* y *Mycoplasma*) del Hospital Regional de Copiapó (HRC) en el año 2018, desglosando las variables biosociodemográficas, de las ginecoobstétricas y perinatales e identificando el agente causal. Este estudio contribuye a la salud pública de Chile, ya que expone el perfil de las gestantes que cursaron un parto prematuro asociado a UNG, con el fin de buscar factores de riesgo en común y plantear a futuro estrategias de prevención enfocadas en la población local, con el propósito de disminuir la cifra de parto prematuro consistentemente en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de diseño transversal. Se utilizaron registros clínicos y estadísticos del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San José del Carmen

de Copiapó, año 2018. La población incluye gestantes portadoras de *Mycoplasma*, *Ureaplasma* y *Chlamydia* con parto prematuro y que fueron atendidas en el hospital. Sin criterios de muestreo. La recolección de información se realizó desde los registros clínicos del Servicio de Obstetricia y Ginecología, para todos los efectos, el Servicio eliminó los identificadores al momento de solicitud de los datos, resguardando identidad|des. Se excluyeron gestantes enmarcadas en la Ley IVE, siempre y cuando se hayan tratado de patologías que no estén relacionadas a infecciones. Se excluyeron los datos donde las variables críticas: edad gestacional y agente causal de uretritis no gonocócica, no estaban presente.

Se realizó un perfil de la población en estudio en vista de variables ginecobstétricas en un análisis univariado. Se describió la distribución y la prevalencia del agente causal de UNG (variable dependiente) en las variables independientes, que fueron: biosocio-demográficas, gineco-obstétricas y perinatales. Finalmente, se realizó un análisis univariado para determinar la frecuencia del agente causal de UNG en la población de estudio. Todos los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS v.18.

RESULTADOS

Durante el periodo de 1 de enero a 31 de diciembre del año 2018 en el Hospital regional San José del Carmen de Copiapó, hubo un total de 260 partos prematuros entre las 22 y 36+6 semanas de gestación. Se analizaron 72 fichas y de ellos se registraron 41 partos prematuros con uretritis no gonocócica.

La edad gestacional promedio fue de 33+3 semanas. La edad materna promedio fue 27 años. El número de controles prenatales promedio fue 8. En relación al periodo intergenésico, el promedio fue de 4 años. El número de gestaciones promedio fue de 2. El número de partos promedio fue de 1. El número de abortos promedio fue de 0 (Tabla 1).

En la edad gestacional un 75,60% correspondieron a recién nacidos prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas); de estos, el 80,64% correspondieron a casos de *Ureaplasma*, 12,9% a *Mycoplasma*, y un 6,45% a *Ureaplasma* más *Mycoplasma*. El 12,19% del total fueron recién nacidos prematuros severos (28 a <32 semanas); de estos, el 60% correspondieron a casos de *Mycoplasma*, y un 40% a

Ureaplasma más *Mycoplasma*. Por último, un 12,19% del total fueron recién prematuros extremos (menor a 28 semanas); de estos, el 100% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. (Tabla 2)

Tabla 1: Perfil parto prematuro con uretritis no gonocócica.

Perfil gineco-obstétrico	Media (D.S)	M _o	M _e	M _{in}	M _{ax}
Edad gestacional	33,36 (3,75)	36,57	34,92	23,14	36,57
Edad materna	27,13 (6,82)	26	26	17	45
Número de controles prenatales	7,83 (5,83)	7	7	0	29
Periodo intergenésico (PIG)	3,6 (4,09)	0	2	0	20
Gestaciones	1,75 (1,79)	0	1	0	6
Partos	1,25 (1,38)	0	1	0	5
Abortos	0,45 (1,08)	0	0	0	5

Fuente: Base de datos clínicos y estadísticos del HRC. Elaboración propia.

La rotura prematura de membranas espontánea ocurrió en el 56,09% de los casos; de estos, el 78,26% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. Por el contrario, el 43,90% restante fueron roturas de membranas artificiales; de los cuales, el 83,33% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. En la edad materna se observó que en el grupo etario de 19 a 34 años de edad se concentró el mayor porcentaje de datos con un 78,04%, de los cuales, el 84,37% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. El grupo de usuarias con 35 años o más arrojó un 14,63% de estos, el 66,66% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. Sólo un 7,31% tenía 18 años o menos, de los cuales, el 66,66% correspondieron a casos de *Ureaplasma* y un 33,33% a *Mycoplasma*. (Tabla 2)

En relación al estado nutricional, la mayor parte de la población se agrupó en la categoría normal correspondiente a un 39,02%; de los cuales, el 81,25% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. Lo sigue obesidad con un 29,26%; de los cuales, el 83,33% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. Luego sobrepeso con un 21,95%; siendo el 77,77% casos de *Ureaplasma*. En cuanto al estado civil la categoría conviviente reportó un 43,90% del total; siendo el 83,33% casos de *Ureaplasma*. La categoría soltera

correspondió a un 36,58%; de los cuales, el 80% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. La categoría casada arrojó un 17,07%; siendo el 85,71% casos de *Ureaplasma*. En relación al nivel educacional, resultó predominante la educación media correspondiente a un 50%; siendo el 90,47% casos de *Ureaplasma*. Lo sigue enseñanza básica con un 29,26%; de los cuales, el 66,66% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. Finalmente, enseñanza superior arrojó un 19,51%; siendo el 75% casos de *Ureaplasma*. El mayor número de pacientes de situación previsional se encuentran concentrada en Fonasa A con un 48,78%; siendo el 75% casos de *Ureaplasma*. Seguida por Fonasa B con un 24,39%; obteniendo un 80% de casos de *Ureaplasma*. Luego Fonasa D con 9,75%; siendo el 100% casos de *Ureaplasma*. En cuanto a nacionalidad, el mayor porcentaje de mujeres son chilenas con un 82,92%; siendo el 82,92% casos de *Ureaplasma*. En cambio, las extranjeras arrojaron un 17,07%; siendo el 100% casos de *Ureaplasma*. De las fichas analizadas, un 85,36% manifestó no haber mantenido hábitos nocivos durante el embarazo; de los cuales, el 82,85% fueron casos de *Ureaplasma*. Por otro lado, un 4,87% señalaron haber mantenido hábitos nocivos durante el embarazo, de ellas el 50% correspondieron a casos de *Ureaplasma* y 50% a *Mycoplasma*. (Tabla 2)

Tabla 2: Agente causal de uretritis no gonocócica según variables biosociodemográficas

	Tipo de UNG		
	Mycoplasma n (%)	Ureaplasma n (%)	Ureaplasma y Mycoplasma n (%)
Edad gestacional			
< 28 semanas	0 (-)	5 (100)	0 (-)
28 - < 32 semanas	0 (-)	3 (60)	2 (40)
32 - < 37 semanas	4 (12,90)	25 (80,64)	2 (6,45)
RPM espontáneo			
Sí	3 (13,04)	18 (78,26)	2 (8,69)
No	1 (5,55)	15 (83,33)	2 (11,11)
Edad materna			
≤ 18 años	1 (33,33)	2 (66,66)	0 (-)
19 - 34 años	2 (6,25)	27 (84,37)	3 (9,37)
≥ 35 años	1 (16,66)	4 (66,66)	1 (16,66)

	Tipo de UNG		
	Mycoplasma n (%)	Ureaplasma n (%)	Ureaplasma y Mycoplasma n (%)
Estado nutricional			
Enflaquecida	0 (-)	1 (50)	1 (50)
Normal	2 (12,5)	13 (81,25)	1 (6,25)
Sobrepeso	1 (11,11)	7 (77,77)	1 (11,11)
Obesidad	1 (8,33)	10 (83,33)	1 (8,33)
Desconocido	0 (-)	2 (100)	0 (-)
Estado civil			
Soltera	3 (20)	12 (80)	0 (-)
Casada	0 (-)	6 (85,71)	1 (14,28)
Conviviente	1 (5,55)	15 (83,33)	2 (11,11)
Unión civil	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Divorciada	0 (-)	0 (-)	1 (100)
Viuda	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Desconocido	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Nivel educacional			
Ninguna	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Básica	2 (16,66)	8 (66,66)	2 (16,66)
Media	1 (4,76)	19 (90,47)	1 (4,76)
Superior	1 (12,5)	6 (75)	1 (12,5)
Situación previsional			
Fonasa A	1 (5)	15 (75)	4 (20)
Fonasa B	2 (20)	8 (80)	0 (-)
Fonasa C	1 (25)	3 (75)	0 (-)
Fonasa D	0 (-)	4 (100)	0 (-)
Fonasa Prais	0 (-)	1 (100)	0 (-)
Isapre	0 (-)	1 (100)	0 (-)
Desconocido	0 (-)	1 (100)	0 (-)
Nacionalidad			
Chilena	4 (11,76)	26 (76,47)	4 (11,76)
Extranjera	0 (-)	7 (100)	0 (-)
Hábitos nocivos			
Sí	0 (-)	2 (100)	0 (-)
No	2 (5,71)	29 (82,85)	4 (11,42)
Desconocido	2 (50)	2 (50)	0 (-)

Fuente: Base de datos clínicos y estadísticos del HRC. Elaboración propia.

En relación al antecedente de parto prematuro, un 90,24% de la fichas señalaban no poseer dicho antecedente; siendo el 83,78% casos de *Ureaplasma*. Por otra parte, un 9,75% señaló un parto prematuro; anterior, de los cuales, el 50% correspondieron a casos de *Ureaplasma* y el 50% a *Ureaplasma* más *Mycoplasma*. En tipo de parto, la vía vaginal correspondió a un 53,65%; siendo el 86,36% casos de *Ureaplasma*. Por otra parte, el 43,90%; de los cuales, el 72,22% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. Con respecto al periodo intergenésico, el mayor porcentaje se concentra en el periodo intergenésico corto (< 2 años) correspondiente a un 51,21%; siendo el 71,42% casos de *Ureaplasma*. Lo sigue el periodo intergenésico largo (> 5 años) correspondiente a un 36,58%; siendo el 86,66% casos de *Ureaplasma*. Finalmente, la categoría PIG de 3 a 4 años arrojó un 9,75% donde el 100% correspondió a casos de *Ureaplasma*. En cuanto al número de gestaciones de las usuarias, se aglomeran en 2 grupos: gestas de 2 a 4 correspondiente a 31,70%; siendo el 84,61% casos de *Ureaplasma* y el grupo de primigestas también presentaron un 31,70%; siendo el 69,23% casos de *Ureaplasma* y un 30,76% de *Mycoplasma*. En relación a los partos, la mayoría de la población se concentró en nulíparas siendo el 41,46%; de los cuales, el 76,47% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. Seguido por la categoría multipara de 2 a 4, correspondiente a un 31,70%; siendo el 84,61% casos de *Ureaplasma*. Luego sigue la de multipara de 1 correspondiente a un 24,39%; siendo el 90% casos de *Ureaplasma*. (Tabla 3)

En la cantidad de abortos anteriores, quienes nunca cursaron un aborto correspondieron a un 80,48%; siendo el 75,75% casos de *Ureaplasma*. Por otra parte quienes cursaron 1 aborto anterior correspondieron a un 9,75%; siendo el 100% casos de *Ureaplasma*. Quienes fueron abortadoras habituales (≥ 3 abortos) arrojaron un 7,31% siendo el 100% casos de *Ureaplasma*. En el número de controles prenatales, el mayor porcentaje de pacientes analizadas se concentró en mujeres que tuvieron de 1 a 7 controles correspondiente a un 53,65%; siendo el 90,90% casos de *Ureaplasma*; quienes tuvieron 8 o más controles prenatales arrojaron un 39,02%; siendo el 68,75% casos de *Ureaplasma*. (Tabla 3)

Respecto a la ley IVE, en el mayor porcentaje de las pacientes no se produjo una interrupción voluntaria del embarazo, correspondiendo a un 97,56%, siendo el 80% casos de *Ureaplasma*. Por el contrario,

sólo en un 2,43% del total de casos se cumplía con los criterios de la ley IVE; de los cuales, el 100% correspondieron a casos de *Ureaplasma*. (Tabla 3)

En relación al destino del recién nacido, el mayor porcentaje quedó hospitalizado en la unidad de neonatología correspondiente a un 62,22%; siendo el 71,42% casos de *Ureaplasma*. Luego sigue puerperio, correspondiente a un 36,58%; siendo el 86,66% casos de *Ureaplasma*. Finalmente, un 4,87% de los casos fueron enviados a anatomía patológica siendo el 100% positivos para *Ureaplasma*. Para la causa de ingreso del recién nacido a neonatología, el mayor porcentaje quedó hospitalizado debido a prematuridad correspondiente a un 57,14%; siendo el 57,14% casos de *Ureaplasma*. En la misma línea, un 12,19% correspondió a hospitalización por prematuridad extrema; de ellos el 100% cursó con *Ureaplasma*. El mismo porcentaje arrojó la causa de trastornos metabólicos correspondiente a un 12,19%; de ellos el 80% correspondieron a *Ureaplasma*. (Tabla 3).

Tabla 3: Agente causal de uretritis no gonocócica según variables gineco-obstétricas y perinatales.

	Tipo de UNG		
	Mycoplasma n (%)	Ureaplasma n (%)	Ureaplasma y Mycoplasma n (%)
Antecedente de parto prematuro			
Si	0 (-)	2 (50)	2 (50)
No	4 (10,81)	31 (83,78)	2 (5,40)
Tipo de parto			
Vaginal	2 (9,09)	19 (86,36)	1 (4,54)
Cesárea	2 (11,11)	13 (72,22)	3 (16,66)
Cesárea y Vaginal	0 (-)	1 (100)	0 (-)
Periodo intergenésico (PIG)			
≤ 2 años	4 (19,04)	15 (71,42)	2 (9,52)
3 - 4 años	0 (-)	4 (100)	0 (-)
≥ 5 años	0 (-)	13 (86,66)	2 (13,33)
Desconocido	0 (-)	1(100)	0 (-)
Gestas			
0	4 (30,76)	9 (69,23)	0 (-)
1	0 (-)	10 (90,90)	1 (9,09)

	Tipo de UNG				Tipo de UNG		
	Mycoplasma n (%)	Ureaplasma n (%)	Ureaplasma y Mycoplasma n (%)		Mycoplasma n (%)	Ureaplasma n (%)	Ureaplasma y Mycoplasma n (%)
2 a 4	0 (-)	11 (84,61)	2 (15,38)	Causa de destino del recién nacido a la neonatología			
≥ 5	0 (-)	3 (75)	1 (25)	Prematurez	1 (7,14)	8 (57,14)	5 (35,71)
Partos				Prematurez extrema	0 (-)	5 (100)	0 (-)
0	4 (23,52)	13 (76,47)	0 (-)	Trastornos metabólicos	1 (20)	4 (80)	0 (-)
1	0 (-)	9 (90)	1 (10)	Trastornos respiratorios	0 (-)	1 (50)	1 (50)
2 a 4	0 (-)	11 (84,61)	2 (15,38)	Sepsis neonatal	0 (-)	2 (100)	0 (-)
≥ 5	0 (-)	0 (-)	1 (100)	Fuente: Base de datos clínicos y estadísticos del HRC. Elaboración propia.			
Abortos				* Dentro de los 41 casos observados se encontraron partos gemelares, por lo tanto, se aumentó el total de casos a 45, ya que cada recién nacido se contabilizó por separado.			
0	4 (12,12)	25 (75,75)	4 (12,12)	** Para la causa de destino del recién nacido a la neonatología, solo se tomaron en cuenta los 28 casos de los recién nacidos hospitalizados en esta unidad.			
1	0 (-)	4 (100)	0 (-)	Del total de las pacientes estudiadas el 93,18% presentó uretritis no gonocócica, donde el mayor porcentaje se concentró en <i>Ureaplasma</i> correspondiente a un 75%, compartiendo el mismo lugar <i>Mycoplasma</i> y <i>Ureaplasma</i> más <i>Mycoplasma</i> con un 9,09% del total de casos. Cabe destacar que no hubo casos de <i>Chlamydia</i> reportados en las fichas analizadas (Tabla 4).			
2	0 (-)	1 (100)	0 (-)	Tabla 4: Frecuencia de partos prematuros con uretritis no gonocócica			
≥ 3	0 (-)	3 (100)	0 (-)				
Número de controles prenatales							
0	0 (-)	1 (50)	1 (50)				
1 a 7	0 (-)	20 (90,90)	2 (9,09)				
> 8	4 (25)	11 (68,75)	1 (6,95)				
Desconocido	0 (-)	1 (100)	0 (-)				
Ley IVE							
Si	0 (-)	1 (100)	0 (-)				
No	4 (10)	32 (80)	4 (10)				
Destino del recién nacido							
Puerperio	2 (13,33)	13 (86,66)	0 (-)				
Neonatología	2 (7,14)	20 (71,42)	6 (21,42)				
Anatomía patológica	0 (-)	2 (100)	0 (-)				

Agente causal de uretritis no gonocócica	n (%)
<i>Chlamydia</i>	0 (-)
<i>Mycoplasma</i>	4 (9,09)
<i>Ureaplasma</i>	33 (75,00)
<i>Ureaplasma</i> más <i>Mycoplasma</i>	4 (9,09)

Fuente: Base de datos clínicos y estadísticos del HRC. Elaboración propia.

DISCUSIÓN

En la actualidad, en el HRC existe un protocolo para la toma de cultivos vaginales en gestantes con factores de riesgo para parto prematuro con el fin de detectar microorganismos que pudieran estar desencadenando contracciones cervico-vaginales como los agentes causales de UNG.

En relación al agente causal de la UNG, en la presente investigación la cervicitis no gonocócica fue causada principalmente por *Ureaplasma* en pacientes embarazadas (1), mismo resultado fue recabado en Colombia donde un estudio concluye que los *Ureaplasmas* son los gérmenes que se aíslan con mayor frecuencia en el líquido amniótico (17). En Corea, se tomaron cultivos a embarazadas de 15 a 19 años portadoras de UNG, sus resultado evidenciaron mayor prevalencia de *Ureaplasma* en comparación a *Mycoplasma* (23). Resultados que difieren con la literatura, ya que la Norma de ITS del Ministerio de Salud, indica que dicha patología es causada principalmente por la *Chlamydia*.

En cuanto a la edad gestacional, se evidenció que al igual que en los resultados recabados en Cuba, son más frecuentes los prematuros moderados a tardíos. Además, se observó que en las pacientes que tuvieron partos prematuros, el mayor porcentaje presentó rotura prematura de membranas espontánea. En una investigación publicada en México y otra realizada en Chile, obtuvieron porcentajes similares, asegurando que la rotura prematura de membranas espontánea es predominante en partos prematuros (10, 24).

Respecto a la edad materna la mayor parte de la población estudiada bordea los 19 a 34 años de edad y un pequeño porcentaje tiene 18 años o menos. Esto concuerda con la literatura, en una investigación realizada en Chile, 10 señala que la mayor parte de la población estudiada en relación al parto prematuro fue agrupada entre los 20 y 34 años. Estos datos son opuestos a lo presentado en Corea, 25 donde el mayor número de gestantes con UNG resultó ser el grupo etario menor de 19 años.

Respecto al nivel educacional la bibliografía señala que el bajo nivel de escolaridad facilita el riesgo de contraer microorganismos que generan ITS, dado por un menor conocimiento de ellas y por el no uso

de las medidas de protección. Además afirma que la baja escolaridad materna se presenta como factor de riesgo para el parto prematuro. El presente estudio difiere con los resultados entregados, ya que la mitad de las usuarias estudiadas presenta educación media cursada y no se obtuvieron usuarias sin escolaridad. Asimismo, los datos obtenidos para la variable situación previsional, el mayor número de gestantes que presentaron parto prematuro pertenecían a una cobertura de FONASA A, resultado que se contrapone con lo reportado en la literatura que concluye que existe mayor frecuencia de FONASA B (16, 26).

En cuanto a la nacionalidad, el mayor porcentaje de mujeres corresponde a la categoría chilena. Mientras que la categoría extranjera presentó baja cantidad de usuarias, no obstante, hay que resaltar que todas las usuarias extranjeras fueron positivas para UNG. Existen escasos estudios relacionados a esta variable, empero la Revista chilena de ginecología y obstetricia, indica que “el desplazamiento y la migración afectan principalmente a comunidades en situaciones socioeconómicas pobres y de violencia. Son estas poblaciones, donde coloca a las gestantes en posiciones de riesgo social y vulnerabilidad, afectando los resultados neonatales” (17).

En relación a hábitos nocivos, en el estudio se evidenció que el mayor porcentaje de las mujeres manifestó no haber mantenido hábitos nocivos durante el embarazo, hecho que se asemeja a lo que expone la literatura (24), ya que las gestantes evitan los hábitos nocivos durante la gestación.

Existe extensa bibliografía que explica como el antecedente de parto prematuro es considerado uno de los mayores factores de riesgo para presentar un nuevo parto prematuro (18, 27). Los resultados obtenidos no muestran una clara relación, ya que la mayor concentración se obtuvo en aquella población que señalaban no poseer un antecedente de parto prematuro.

Respecto al tipo de parto, el estudio realizado en Perú (28), demuestra que la vía de culminación del parto más utilizada en gestantes con parto prematuro es la cesárea. Resultados muy diferentes arrojó el presente estudio, ya que el mayor porcentaje culminó su parto por vía vaginal.

En el periodo intergenésico, se evidenció que el mayor porcentaje de la población estudiada se concentró en la categoría PIG corto (< 2 años), presentando también mayor prevalencia de UNG. La bibliografía analizada comparte estos resultados, como afirman investigaciones realizadas en Perú y Colombia (17, 29).

Resulta relevante diferenciar los términos de gestas y partos, ya que si bien estos dos conceptos son similares, no definen lo mismo y puede llevar a la confusión. El término gestas hace referencia al número de embarazos cursados por la mujer, independiente si estos embarazos llegaron a término o no. En cambio parto considera sí o sí la culminación del embarazo humano hasta el período de la salida del bebé del útero.

Con respecto a gestación y parto prematuro el estudio difiere con los resultados obtenidos en la literatura (19,29), ya que se reportó que la población con parto prematuro tiene igual número de mujeres multigestas y primigestas. En relación a esta variable y UNG, estudios señalan que existe mayor riesgo de contraer estos microorganismos en primigestas (16), no obstante, en los resultados obtenidos la mayor frecuencia de casos positivos fue dada en el grupo de multigestas.

La bibliografía que asocia paridad y parto prematuro indica que la multiparidad es un factor de riesgo para presentar un parto prematuro (20,29), lo cual difiere con los resultados obtenidos, ya que el mayor número de la población con parto prematuro fueron nulíparas. Asimismo, la literatura indica que existe mayor riesgo de contraer UNG en múltiparas (23), sin embargo, los resultados obtenidos muestran que el mayor número de casos positivos se concentró en nulíparas.

En lo que concierne al antecedente de aborto, los datos recopilados discrepan de otros, donde se relaciona dicho antecedente como factor de riesgo para presentar un parto prematuro. En el presente estudio el mayor porcentaje de la población declaró no poseer antecedentes de aborto. De igual manera, en Cuba se señaló que existe una asociación entre abortadoras y presencia de UNG, sin embargo, los resultados obtenidos se contraponen, ya que el mayor porcentaje de UNG se encontró en la población que nunca había presentado un aborto (30).

En relación a la frecuencia de los controles prenatales, la bibliografía afirma que, a menor número de controles prenatales, mayor es la prevalencia de parto prematuro (18,19), no obstante, los resultados obtenidos indican que el mayor número de casos con partos prematuros se concentró en usuarias que asistieron entre 1 a 7 controles prenatales.

En cuanto a la Ley IVE, existe escasa bibliografía nacional debido a que es una ley que entró en vigencia en el año 2017, por lo tanto, al ser reciente no se han encontrado estudios relacionados al respecto. Esta variable fue incluida debido a que en el estudio existe 1 caso que se ampara bajo esta ley; puntualmente la gestante cursó un cuadro infeccioso denominado corioamnionitis que fue producida por *Ureaplasma*. Según la literatura, los gérmenes más frecuentemente encontrados en corioamnionitis son: *Ureaplasma urealiticum* (47%) y *Mycoplasma hominis* (30%) (31).

En lo que concierne al destino del recién nacido la literatura (32, 33) concuerda con los resultados obtenidos que indican que en gran parte de la población estudiada el recién nacido quedó hospitalizado en la Unidad de Neonatología, existiendo entre estos una gran tasa de UNG. Es importante mencionar que todos los casos donde existió presencia de *Ureaplasma* más *Mycoplasma* terminaron hospitalizado en Neonatología. Existen 2 casos que resultaron con destino en anatomía patológica, ya que el recién nacido falleció y en ambos fueron positivos para dichos microorganismos.

Existe literatura que afirma que los recién nacidos de madres portadoras de UNG presentan patologías neonatales y manifestaciones clínicas.²⁸ Al igual que en dicho estudio, la mayor causa de destino del recién nacido a la neonatología fue por prematuridad. Otras de las manifestaciones clínicas mencionadas son trastornos respiratorios y sepsis.²¹ No obstante, respecto a los resultados obtenidos, se observó que los trastornos metabólicos fueron más frecuentes, que los mencionados anteriormente.

Sin embargo, una de las limitaciones existentes en la presente investigación fue que no se le tomaron cultivos cervicovaginales a la totalidad de la población que presentó síntomas de parto prematuro, por lo que este estudio se realizó con una muestra de 41 casos, si bien el tamaño de población estudiado

es reducido, esto se explica entendiendo que es un estudio local en la que su validez interna es potente. Por supuesto este estudio, colabora y contribuye para una futura investigación de las UNG y sus patrones de riesgo hacia el parto prematuro, en términos de medición y cuantificación de este riesgo.

CONCLUSIÓN

En relación a la recopilación de datos expuestos, es posible concluir que entre las condicionantes biosociodemográficas más frecuentes descritas de las gestantes estudiadas se encuentra la edad con un promedio de 27 años, una edad gestacional promedio de 33+3 semanas, un nivel educacional alto, cursando en su mayoría la Enseñanza media completa, adscritas a Fonasa A como previsión de salud, a la cual pertenece la población más vulnerable ya que carecen de recursos económicos, durante la gestación cursaron comunmente con una rotura prematura de membranas espontánea y no presentaron hábitos nocivos.

En cuanto a las condicionantes gineco-obstétricas y perinatales identificadas con alta frecuencia fueron no poseer antecedente de parto prematuro, con 2 gestaciones promedio y 1 parto en la media, sin haber cursado un aborto y una vez ocurrido el parto fue culminado por vía vaginal, donde la mayoría de los recién nacidos fue hospitalizado en Neonatología y la causa más frecuente fue prematuridad.

Los datos analizados mostraron una alta prevalencia de gestantes con parto prematuro portadoras de *Ureaplasma* alcanzando un 75%, por el contrario, no se contabilizó ningún caso *Chlamydia* pese a ser el agente causal más mencionado por la bibliografía.

A pesar de que se desconoce la frecuencia real de esta problemática, debido a que no se le tomó el cultivo cervico-vaginal a la totalidad de la población que cursó con parto prematuro, los índices recabados son preocupantes, por lo que se requiere una mirada especial de los profesionales de la salud para intervenir de manera efectiva con el objetivo de disminuir dicho porcentaje. Para esto, es importante enfatizar la toma de cultivos vaginales a todas las pacientes con factores de riesgo de parto prematuro con el fin de detectar y tratar a tiempo los agentes causales de la UNG y así prevenir complicaciones. Por lo tanto es necesario la elaboración de estrategias y políticas

de salud tanto en promoción de la salud, prevención, normativas e instrumentos de evaluación oportunos, de manera intersectorial, dirigidas a esta población para mejorar la calidad de la atención brindada tanto a la gestante como al recién nacido.

REFERENCIAS

1. **Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud.** Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Santiago: Ministerio de Salud; 2016. ISBN: 978-956-348-103-7 Disponible en: <https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2016/Norma%20de%20Profilaxis%20Diagnostico%20y%20Tratamiento%20de%20las%20Infecciones%20de%20Transmision%20Sexual.pdf>
2. **Moi, H., Blee, K. & Horner, P.J.** Management of non-gonococcal urethritis. *BMC Infect Dis* 15, 294 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1043-4>
3. **Donders GGG, Ruban K, Bellen G, Petricevic L.** Mycoplasma/Ureaplasma infection in pregnancy: to screen or not to screen. *J Perinat Med.* 2017 Jul 26;45(5):505-515. doi: 10.1515/jpm-2016-0111. PMID: 28099135.
4. **López-Hurtado Marcela, García-Romero Selene, Escobedo-Guerra Marcos R., Bustos-López David, Guerra-Infante Fernando M.** Prevalencia de infección genital por *Chlamydia trachomatis* en mujeres que asisten al Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. Agosto de 2018; 35 (4): 371-376. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000400371&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000400371>.
5. **Preterm birth [Internet].** World Health Organization . 2018 [citado 18 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>

6. **Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. World Health Organization . 2019** [citado 18 noviembre 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
7. **Newborns: improving survival and well-being [Internet]. World Health Organization . 2018** [citado 18 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
8. **Aguilar Cueva SR.** Parto pretérmino en gestantes con edad materna avanzada, Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima, Perú. Revista Internacional de Salud Materno Fetal [Internet]. 2017 [citado 18 noviembre 2019];(Vol.2. Núm.4). Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RIS-MF/issue/view/6>
9. **Chang JY, Park YS, Shim GS, Bae CW, Seol HJ.** The Clinical Features of the Infants Born from Mothers with Genital Ureaplasma urealyticum Colonization. Korean Journal of Perinatology [Internet]. 2010 [citado 18 noviembre 2019];(21(3):288-297. Disponible en: <http://wprim.whocc.org.cn/admin/article/articleDetail?WPRIMID=20894&articleId=20894>
10. **Ovalle Alfredo, Kakarieka Elena, Rencoret Gustavo, Fuentes Ariel, del Río María José, Morong Carla et al.** Factores de riesgo de partos prematuros en un hospital público. Rev. méd. Chile [Internet]. Enero de 2012 [consultado el 18 de noviembre de 2020]; 140 (1): 19-29. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100003>.
11. **Donoso Enrique, Carvajal Jorge A, Vera Claudio, Poblete José A.** La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Feb [citado 2019 Abril 22] ; 142(2): 168-174. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>.
12. **Ugalde-Valencia Diana, Hernández-Juárez María Guadalupe, Ruiz-Rodríguez Martha Adriana, Villarreal-Ríos Enrique.** Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 22] ; 77(5): 338-341. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500003>.
13. **Obesity and overweight [Internet]. World Health Organization . 2018** [citado 25 julio 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
14. **Carvajal C Jorge, Vera P-G Claudio.** Maternal obesity and risk of preterm delivery. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 22] ; 79(1): 64-66. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000100011>.
15. **Thomazini Isabela Fleury Skaf, Wysocki Anneliese Domingues, da Cunha Maria Carolina Belo, da Silva Sueli Riul, Ruiz Mariana Torreglosa.** Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Oct [citado 2020 Nov 22] ; 15(44): 416-427. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400017&lng=es.
16. **Miranda Guerra Amauri de Jesús, Hernández Vergel Lázaro Luís, Romero Rodríguez Celia.** Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 Jun [citado 2020 Nov 22] ; 26(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200009&lng=es.

17. **Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Mendoza Tascón Laura Isabel, Arias Guatibonza Martha Deyfilia, Peñaranda Ospina Claudia Bibiana.** Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Mayo 02]; 81(4): 330-342. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>.
18. **Ahumada-Barrios Margarita E., Alvarado German F.** Risk Factors for premature birth in a hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2019 Mayo 22]; 24: e2750. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100350&lng=en. Epub July 25, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>
19. **Zerna Bravo C, Fonseca Tumbaco R, Viteri Rojas AM, Zerna Gavilanes C.** Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. *Revista Ciencia UNE-MI* [Internet]. 2016 [citado 18 mayo 2019];(Vol. 11, N° 26):134-142. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6892848>
20. **Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO** [Internet]. **World Health Organization** . 2016 [citado 18 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
21. **Cornejo-García K, García-Cruz ME, Huerta-Alvarado S, Cortes-Reyes C, Castro-Herrera GA, Hernández PR.** Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel. *Rev Esp Med Quir* 2014;19:308-315.
22. **García-Subirats, I., Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M. et al.** Recent Immigration and Adverse Pregnancy Outcomes in an Urban Setting in Spain. *Matern Child Health J* 15, 561-569 (2011). <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0614-7>
23. **Alzahrani AJ, Obeid OE, Hassan MI, Almulhim AA.** Screening of pregnant women attending the antenatal care clinic of a tertiary hospital in eastern Saudi Arabia for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections. *Indian J Sex Transm Dis* [serial online] 2010 [cited 2019 Nov 02];31:81-6. Available from: <https://www.ijstd.org/text.asp?2010/31/2/81/74976>
24. **Cedeño Donet Marisel, Rodríguez Betancourt Marco, Peraza Morelles Dayamí, Peraza Morelles Reina.** Hábitos tóxicos y embarazo: Resultados perinatales. *AMC* [Internet]. 2006 Oct [citado 2019 Mayo 22]; 10(5): 14-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500003&lng=es.
25. **Lee MY, Kim MH, Lee WI, Kang SY, Jeon YL.** Prevalence and Antibiotic Susceptibility of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in Pregnant Women. *Yonsei Med J.* 2016 Sep;57(5):1271-1275. <https://doi.org/10.3349/ymj.2016.57.5.1271>
26. **Escobar-Padilla B, Gordillo-Lara LD, Martínez-Puon H.** Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(4):424-428.
27. **Retureta-Milán S, Rojas-Álvarez L, Retureta-Milán M.** Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Medisur* [revista en Internet]. 2015 [citado 2020 Nov 22]; 13(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2972>
28. **Miranda-Flores Alan Francis.** Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2014 Abr [citado 2020 Nov 22]; 31(2): 84-89. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000200004&lng=es.
29. **Chira Sosa JL, Sosa Flores JL.** Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del hospital Provincial docente Belen de Lambayeque. *Revista Científica Salud & Vida Sipanense* [Internet]. 2015 [citado 21 mayo 2019];(Vol. 2 Núm. 2). Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201/222>

30. Ortiz Rodríguez E Cecilia E., Hechavarría Calderín Clara E., Ley Ng Mirta, Álvarez Medina Georgina, Hernández Ortiz Yosmel. Estudio de Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma hominis en pacientes infértiles y abortadoras habituales. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Dic [citado 2020 Nov 22] ; 36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400011&lng=es.

31. Marcia Venegas N, Angélica Diaz R, Axel Pa-redes V. Antibioticoterapia en corioamnionitis. Revista de Obstetricia y Ginecología, Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. [Internet]; 8(1), 49-54. Disponible en: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/663>

32. Villanueva Egan LA, Contreras Gutiérrez AK, Pichardo Cuevas M, Rosales Lucio J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Revista Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. 2008 [citado 18 mayo 2019];(76(9):542-548. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089h.pdf>

33. Castellanos MT, Poveda MA, Rivero SV, et al. Microorganismos patógenos y potencialmente patógenos en secreciones genitales de gestantes a término asociados a complicaciones posnatales. MediSan. 2013;17(09):4096-5003

