

11217
19
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
Servicio de Ginecología y Obstetricia

CERVICO - VAGINITIS Y PARTO PRETERMINO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. JEAN PAUL ERNST BRUTUS LUCAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO. D. F.

FEBRERO DE 1991



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

	PAGS.
1.- INTRODUCCION.	4
a) ANTECEDENTES.	
b) SITUACION ACTUAL.	
c) HIPOTESIS.	
d) OBJETIVOS.	
e) JUSTIFICACION.	
2.- MATERIAL Y METODO.	13
3.- RESULTADOS.	17
4.- DISCUSION.	22
5.- CONCLUSION.	24
6.- ANEXOS.	
7.- BIBLIOGRAFIA.	25

RESUMEN

Las condiciones que causan ruptura lisosomal, abren el paso al mecanismo de producción de las prostaglandinas. De éstas, para citar algunas, el embarazo gemelar, el polihidramnios y las infecciones cervicovaginales parecen actuar través de la misma vía. En base a este conocimiento se pretende estudiar dos grupos de pacientes con la finalidad de demostrar la participación del proceso infeccioso como causa de parto pretérmino. Esta entidad se define como el nacimiento del producto de concepción entre 20 y 36 semanas de gestación, con un peso al nacer menor de 2.500 Kgs.

El Grupo I consta de 22 pacientes con edad promedio de --- 23.3 años, en trabajo de parto pretérmino, con un índice de Bishop mayor de 5, sin ruptura prematura de membrana, sin ultrasonografía y con embarazo entre 20 y 36 semanas.

Se obtuvieron los siguientes resultados: el frotis mostró la presencia de microorganismos no patógenos: gram positivo 19, gram negativo 8; y como patógeno: cándida 6. El -- papanicolaou muestra alteraciones inflamatorias en 17 pacientes, cándida en 4, tricomonas en 1, que representan un -- porcentaje en orden sucesivo de 77.2%, 18.1 % y 4.5 %.

El cultivo nos proporcionó los siguientes datos: E. Coli - 10 pacientes; Estaphilococcus aureus 6; Klebsiela oxytoci-- ca 2; Estreptococcus vidrians 2; y con un solo caso Klebsie la pneumoniae, fusobacterium, proteus mirabilids, estaphi- lococcus alfa hemoliticus, lactobacilus, estreptococcus alfa hemoliticus y corinebacterium; 4 con gérmenes que se consi- deran como parte de la flora normal. De estas pacientes, 8 son primigestas y el restante han tenido dos o más emba- razos.

El Grupo II comprende 34 pacientes, elegidas de manera -- aleatoria, en la Consulta Externa, con escurrimiento geni- tal y embarazo; entre 20-36 semanas sin trabajo de parto, con una edad promedio de 22.4 años. El frótis se interpre- tó como: no germen 4 (11.7%), gram positivo 26 (32.3 %), gran negativo 4 (11.7 %), candida 7 (20.5%) y tricomonas - 4 (11.7%). En 22 resultó el cultivo negativo. El cultivo aisló: E. Coli en 3 pacientes, estaphilococcus 3, Klebsiela oxytoci-- ca 2, estreptococcus vidrians 2; y con un solo caso Klebsiela pneumoniae, pseudomonas, neisseria y candida. La citología vaginal reportó alteraciones inflamatorias en -- 27 (79.4 %), tricomonas en 4 (11.7%), torulopsis en uno -- (2.9%).

El análisis de los dos grupos muestra la asociación de mi-

croorganismos patógenos en el grupo problema y evidencia - el hecho de que las pacientes de la consulta externa, con cultivos positivos, recibieron tratamiento y todas llegaron a término, al igual que las 22 con cultivos negativos, que no requirieron tratamiento.

CERVICOVAGINITIS Y PARTO PRETERMINO.

INTRODUCCION.

La génesis y el desarrollo de un nuevo ser dependen de factores, tanto internos como externos. La mayoría de ellos desgraciadamente permanecen desconocidos. Sin embargo, -- ello despierta la curiosidad científica de la búsqueda de una explicación razonable.

El parto pretérmino sigue siendo una entidad enigmática -- que como la Diabetes mellitus conlleva una etiología multi factorial. La pregunta, a pesar de múltiples estudios, - sigue siendo la misma: ¿Cuál es la causa?!. Numerosos - autores parecen estar de acuerdo que en el mayor porcentaje de los casos no existe una explicación lógica.

El parto pretérmino es la complicación más común del tercer trimestre del embarazo con la expulsión de un producto de bajo peso, no completamente maduro; (1) situación que - constituye una amenaza a la vida y salud del recién nacido.

Este recién nacido se encuentra bajo la amenaza de diversos padecimientos. Los más frecuentes son: el síndrome de

distress respiratorio, membrana hialina y hemorragia intracraneal. También se ha mencionado una alta frecuencia de parálisis cerebral, deficiencia mental, etc. Estas condiciones hablan a favor de la magnitud del problema, razón por la cual la consulta prenatal debe ser promovida y realizada con conocimiento. Es menester hacer énfasis en los peligros que puede acarrear el ausentismo a sus citas y hacer entender el porqué ésta es la condición fundamental para lograr un producto sano. El hecho de que algunos productos pretérmino nacen y sobreviven, no justifica un descuido en la atención que se les debe proporcionar. Se ha mencionado una gran cantidad de factores predisponentes, como: gestación a temprana o tardía edad, condiciones socioeconómicas bajas, mala nutrición, baja estatura, parto pretérmino previo, enfermedades sistémicas, hipertensión, toxemia, bacteriuria asintomática, etc.

El parto pretérmino definido por la OMS es: el nacimiento del producto de la gestación entre las semanas 20-36, con un peso al nacer menor de 2.500 Kgs. Tiene frecuencia de 5-15 % en países desarrollados. (1. 4). Las condiciones predisponentes ocasionan que esta entidad sea más frecuente en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Aunque la relación entre el peso y la edad del recién nacido pretérmino no siempre coinciden los investigadores, conservan y siguen este criterio.

De 40 % de causas aparentemente explicables (7), a pesar de las discordancias, un cierto porcentaje parece ser ocupado por la etiología infecciosa. Aunque ésta puede representar el mínimo, nos debe llamar la atención, ya que es prevenible gracias a la antibioterapia. Se ha observado en la práctica clínica diaria una pobre respuesta a la uteroinhibición que parece tener su base en esta posibilidad. Mencionan que la infección asintomática puede ser responsable y citan casos de bacteriuria asintomática (1, 2, 4). Si este factor es digno de consideración cobra importancia analizarlo en relación a la gran afluencia de pacientes que acuden a esta institución. De antemano sabemos el nivel de vida y las precarias condiciones económicas que prevalecen en este grupo. Eso condiciona malos hábitos higiénicos, promiscuidad sexual, condiciones predisponentes para la aparición del proceso infeccioso en esta población desamparada. Además un alto porcentaje de estas mujeres viven en unión libre y el compañero sexual sin compromiso definido convive con otras mujeres y crea un círculo vicioso que no facilita una recuperación completa de ellas. Así mismo el aparato inmunitario de ellas no es óptimo para conferir una resistencia adecuada contra esta situación. Sin lugar a dudas la prevención sería más fácil si se conociera con seguridad cómo se desencadena el trabajo de parto normal. --

Esta entidad, como otras, parece alterar este reloj genético preconizado por Sappo y otros autores (1, 4), para explicar el desencadenamiento del parto, al funcionar en -- tiempo inapropiado o inesperado. La participación de las prostaglandinas y su mecanismo de acción, permite encontrar una explicación, aunque ésta no sea la principal. (1, 4, 14). Parecen actuar de la misma forma que el embarazo gemelar y el polihidramnios, (1), etc.

Los autores preconizan dos vías de entrada de los microorganismos a la cavidad uterina y/o amniótica: la vía hematógica y la vía ascendente. (1, 3, 7). Independientemente de cual sea la vía de propagación, se cree que la cascada que inicia el trabajo de parto pretérmino, en los casos en que éste se asocia con un proceso infeccioso, parte de una ruptura lisosomal, lo cual libera fosfolipasa A2 inactiva, que en presencia de estrógenos se convierte en fosfolipasa A2 activa, lo cual cataliza la conversión de los fosfolípidos en ácido araquidónico. La sintetasa de prostaglandinas convierte este último en endoperoxidasa de prostaglandinas, que por la vía del trombozano y de las prostaciclina, originan PGE, PGF, PGD, las cuales liberan calcio del retículo sarcoplásmico y la concentración elevada de este ión desencadena el trabajo de parto. (1, 4).

Situación Actual.

Independientemente de la causa, desde hace dos décadas, se ha observado una disminución en la frecuencia de parto pre término y por ende, de morbi-mortalidad fetal por esta causa. Eso indiscutiblemente se debe a la introducción en el tratamiento de agentes uteroinhibidores. Existen diferentes grupos, desde inhibidores de prostaglandinas (indometacina y naproxen sódico), bloqueadores de calcio (verapamil y nifedipina); y los más utilizados en la actualidad, los betamiméticos (terbutalina y solbutamol). Conjuntamente se debe por lo menos tratar de corregir la causa cuando ésta es aparente. Como principio de acción de esos medicamentos, recordamos que el AMPc es un antagonista de la -contracción muscular, por competir con el ión Ca^{++} , actuando en diversas formas, ya que estimula la unión del calcio a las proteínas intracelulares, inactiva la miosina-cinasa y participa en el transporte del calcio al exterior de la célula, a su vez, el AMPc es incrementado por los fármacos betamiméticos, lo cual es el principio fisiológico en el -que se fundamenta el empleo de éstos como agentes tocolítics, surgiendo el inconveniente de no ser específicos y -presentar efectos farmacológicos a diferentes niveles, de los cuales las alteraciones metabólicas y cardiovasculares

son los más importantes, por lo que en ocasiones propicia la interrupción del tratamiento, o bien, contraíndica su uso, como es el caso de las pacientes diabéticas y cardiopatas, en las cuales habrá de ser necesaria la búsqueda de una alternativa terapéutica eficiente. (12)

Si fuese la cervicovaginitis infecciosa la única o la principal causa el pronóstico no sería tan sombrío. Esto explica el interés de los investigadores encaminados a la búsqueda de medidas terapéuticas benéficas. Existen muchos trabajos retrospectivos y prospectivos que analizan esta situación. (1, 7, 9, 11). En su mayoría no logran aclarar el factor causal. Este hecho permite la existencia de una ventana abierta para persistentes investigaciones. Con la finalidad de demostrar la participación de la cêrvico-vaginitis infecciosa en la génesis del parto pretérmino, se presenta este estudio realizado en el Servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital General de México.

Con respecto a las normas éticas y con la aceptación de las pacientes, se pretende estudiar dos grupos. Uno, el grupo problema será captado en la unidad 503, del Servicio de Gineco-Obstetricia. Y el otro grupo control en el

Servicio de Consulta Externa, con embarazo entre 20 y 36 semanas, explicándoles los beneficios de su participación y la necesidad de seguir las indicaciones.

H I P O T E S I S

La c ervico-vaginitis infecciosa, a través de la vía ascendente, puede desencadenar trabajo de parto pretérmino.

O B J E T I V O S

- 1.- Investigar los gérmenes patógenos de la c ervico-vaginitis infecciosa y su relación con el trabajo de parto - pretérmino.
- 2.- Establecer la importancia de la c ervico-vaginitis infecciosa en el trabajo de parto pretérmino.

J U S T I F I C A C I O N

1. Se pretende investigar en qué porcentaje de casos de parto pretérmino es posible demostrar la c ervico-vaginitis como patología de fondo.
2. Debido a que un buen porcentaje de pacientes obstétricas que acuden a este Hospital, son portadoras de infecciones c ervico-vaginales y de ellas un número considerable presenta trabajo de parto pretérmino, se consi

deró conveniente investigar su participación como -
factor etiológico.

3. Establecer detección oportuna y prevención específica como medidas encaminadas a disminuir la morbi-mortalidad fetal.

TIPO DE INVESTIGACION

Investigación clínica, descriptiva, longitudinal y prospectiva.

MATERIAL Y METODO

Las pacientes fueron seleccionadas en dos grupos: Grupo I las que acuden a la Unidad 503, Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital General de México, en el periodo comprendido entre el primero de diciembre de 1990 al primero de febrero de 1991; con una edad gestacional de 20 a 36 semanas. Este grupo consta de 22 pacientes con edad promedio de 23.4 y desviación estándar 5.4, 15 (68.1%) viven en unión libre; 7 (31.8%) eran casadas; 8 (36.3%) eran primigestas y el restante tenían dos o más gestas. El parto pretérmino, al ingreso, fue definido por la presencia de dos o más contracciones uterinas dolorosas, en diez minutos antes de las 37 semanas de gestación, con borramiento y dilatación cervical compatible con un índice de Bishop mayor de 5. La edad gestacional fue determinada en base a FUR, altura del fondo uterino y USG.

Criterios de Inclusión.

Son: pacientes entre 15 y 40 años, primigestas y multigestas, embarazo entre 20 y 36 semanas, ausencia de enfermedades sistémicas, ausencia de alteraciones placentarias, ausencia de embarazo gemelar, ausencia de polihidramnios,

malformaciones congénitas, neoplasias cervicales o cervicesaginales, con o sin escurrimiento genital, con índice de Bishop mayor de 5, sin tratamiento previo y que el peso y capurro de los productos cumplen con lo estipulado por la OMS. (Menor de 2.500 kgs.).

Criterios de Exclusión.

Comprenden: edad menor de 15 años o mayor de 40, malformaciones congénitas, alteraciones placentarias, embarazo gemelar, polihidramnios, neoplasias cervicales, pacientes sin trabajo de parto.

Criterios de Eliminación.

Edad por capurro menor de 20 semanas y mayor de 36, patología sistémica concomitante, productos con malformaciones congénitas.

Grupo II: Este grupo de control está formado por 34 pacientes de la consulta externa, que asisten a control prenatal, con embarazo entre 20 y 36 semanas. Con una edad promedio de 22.4 años y desviación estándar de 4.6.; --- 21 (61.7%) viven en unión libre, 11 (32.3%) casadas; ---

2 (5.8 %) solteras; 12 eran primigestas y el restante tenían 2 o más gestas.

Criterios de Inclusión.

Embarazo entre 20 y 36 semanas, ausencia de enfermedades sistémicas, ausencia de alteraciones placentarias, embarazo gemelar, polihidramnios, malformaciones congénitas detectadas por ultrasonografía, sin ruptura prematura de membranas, sin trabajo de parto.

Criterios de Exclusión.

Edad menor de 15 años o mayor de 40, con enfermedades sistémicas, alteraciones placentarias, embarazo gemelar, polihidramnios, malformaciones congénitas y trabajo de parto pretérmino.

Criterios de Eliminación.

Inasistencia, presencia de patologías durante el embarazo y malformaciones congénitas.

Variables.

Serán: edad de las pacientes, edad gestacional, frecuencia en primigestas y multigestas, tipo de gérmenes más comunes y tipo de tratamiento administrado.

Las muestras fueron tomadas después de colocar un espejo - estéril en vagina. Se tomó con isopos estériles del laboratorio, material del endo, exo cērvix y vagina. Dos de ellos se introducen en el medio portador y con otros dos - se toman las muestras de Papanicolaou y frotis. La muestra fue entregada al laboratorio entre una y dos horas de obtención. El Papanicolaou se realizó según las técnicas convencionales. El frotis con tinción de gram y los cultivos en medios para aerobios y anaerobios: Agar sangre, --- Agar chocolate, Manitol 110, Mackonkey, Caldo de Tioglicolato y Agar tergitol. Se procesó en 48 horas y después se lee.

R E S U L T A D O S

Un análisis multifactorial de este estudio prospectivo se orienta a identificar los microorganismos patógenos aislados, mencionar la flora bacteriana normal encontrada. Se muestran las tablas comparativas de ambos grupos.

Primer grupo: la citología vaginal mostró alteraciones - inflamatorias en 17 pacientes, (77.2 %); candida en 4 -- (18.1 %) y tricomonas en 1 (4.5%). El frotis se interpretó como: no gérmen = 0; gérmen gram + = 19; gérmen gram - = 8 y candida = 6. Las pacientes con un solo gérmen = 11. En este grupo excepto candida, todos los gérmenes identificados por la técnica de gram, representan la flora normal de la vagina. El cultivo se lee a continuación como: no gérmen: 3, un solo gérmen: 11, dos gérmenes: 8; y las bacterias aisladas en orden de frecuencia son: E. Coli: - 10, estafilococcus aureus: 6, estreptococcus vidrians: 2, - Klebsiela oxytocolica: 2; Klebsiela pneumoniae: 1, fusobacterium: 1, proteus mirabilis: 1. Se obtuvo crecimiento de los siguientes, considerados como flora normal: lactobacillus: 1, estreptococcus alfa hemoliticus: 1 y coribacterium: 1.

La característica fundamental de este grupo es que todas (100 %) desarrollaron trabajo de parto pretérmino y en un 95.4 % se identificaron microorganismos patógenos en genitales.

Segundo grupo: La citología vaginal se interpretó: alteraciones inflamatorias: 27(79.4%); tricomonas: 4 (11.4 %) torulopsis: 1 (2.9 %); no gérmenes: 27 (79.4%); un sólo - germen: 7 (20.5%); dos gérmenes: 0. El frotis reportó: - no germen: 4 (11.7 %); gram +: 26 (32.3 %); gram - : ---- 4 (11.7 %). Aparte de la troulopsis y la tricomona en la citología vaginal, el resto fue flora normal.

El cultivo reportó: no desarrollo de gérmenes: 22 (64.7 %) un germen: 10 (29.4 %) y dos gérmenes: 2 (5.8 %). Las pa- cientes con un solo germen: 10 y con dos: 2. Los micro- organismos más frecuentes son: E. Coli: 3, estaphilococcus aureus: 3; K. oxycocica: 2, estreptococcus vidrians: 2; K. penumoniae: 1, pseudomonas: 1: neisseria gonorrhoea: 1, - candida: 1. Dos pacientes con un solo microorganismo y - 10 con dos.

Los recién nacidos del grupo problema, todos prematuros, con pesos entre 1.500 y 2.400 Kgs.

TABLA I

RESULTADO DEL FROTIS DE SECRECIONES CERVICOVAGINALES EN
LOS DOS GRUPOS

	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZADAS
NO GERMEN	4	0
GERMEN GRAM +	26	19
GERMEN GRAM -	4	8
CANDIDA	7	6
TRICOMONA	4	0

TABLA II

RESULTADO DE PAPANICOLAOU EN LOS DOS GRUPOS

	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZADAS
ALTERACIONES INFLAMATORIAS	27	17
CANDIDA	0	4
TRICOMONA	4	1
TORULOPSIS	1	0

TABLA III

RESULTADO COMPARATIVO DEL CULTIVO EN LOS DOS GRUPOS

MICROORGANISMOS	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZADAS
E. COLI	3	10
STAPHILOCOCCUS AUREUS	3	6
ESTREPTOCOCCUS VIDRIANS	2	2
KLEBSIELA OXYTOCICA	2	2
KLEBSIELA PNEUMONIAE	1	1
FUSOBACTERIUM	0	1
PROTEUS MIRABILIS	0	1
PSEUDOMONA	1	0
NEISSERIA GONORROEA	1	0

D I S C U S I O N

Los resultados obtenidos a lo largo de este estudio son demostrativos, ya que en la literatura revisada no se encontró una asociación tan evidente de microorganismos con el trabajo de parto pretérmino. Se puede observar que un alto porcentaje son primigestas (9); el restante tiene dos o más gestaciones; lo que hace equiparable ambos grupos; si se considera las gestas en forma acumulativa. La diferencia no es tan manifiesta, quizás debido a que las condiciones de vida son similares. Estos datos van de acuerdo a la observación de diversos autores (1, 5). A través de los diferentes medios de estudio (citología vaginal, frotis y cultivo) de este grupo, se puede observar la presencia de patógenos en casi todas; algunas en combinación con otras. 21 pacientes (95.4%) tenían microorganismos patógenos y de este número 2 (9 %) tenían candida sólomente, 4 (18.2 %) candida combinada con otras bacterias y 1 (4.5 %) tricomona combinada con otras bacterias y 1 (4.5 %) tricomona combinada. Estas pacientes no tuvieron un proceso infeccioso previo, como infección de vías urinarias -- descartadas por estudios prenatales, además de no contar con otra patología que pudiera explicar la apari---

ción del proceso, eso nos lleva a suponer que esta asociación no es puramente casual. Lo apoya el hecho de - que el grupo de pacientes de control, al cual se dió tra tamiento según el resultado del cultivo y de los microor ganismos; no presentan este problema y llegan a las 37 - semanas, tiempo en que se excluye del estudio al conside rar maduro el producto de concepción.

C O N C L U S I O N E S

Este estudio concluye que la cêrvico-vaginitis infecciosa puede ser causa de parto pretérmino. Si no fuese así cómo se explicaría el desencadenamiento de este evento en estas pacientes que no muestran patología alguna asociada al embarazo. Esta observación no concuerda con la afirmación de D. Danfort, que menciona que el hallazgo de una patología asociada al parto pretérmino, no establece etiología, (1). De ser así, los resultados obtenidos en la consulta externa no servirían de apoyo a esta investigación. Sin embargo, de no tener una plena seguridad de la etiología del padecimiento, es conveniente no menospreciar ninguna información que pueda beneficiar el pronóstico del binomio materno/fetal.

El tratamiento específico de la infección cêrvico-vaginal detectada en la consulta externa, logró la curación y permitió alcanzar el término del embarazo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ralph C. Benson: Preterm Labor and the Low Birth Weight Infant. D. Danfort 4th Edition Obstetrics and Gynecology 86. Ch. 33 -682-93.
- 2.- Dr. Carlos David Angeles Weintraub: Ruptura Prematura de Membranas en el Embarazo Menor de 35 Semanas. IX Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia 1986, 24-33.
- 3.- Roberto Romero - P. Polansky: Bacterial Endotoxin in Amniotic Fluid and its Relationship to the Onset of Preterm Labor. Am. J. Obstet-Gynecology 1988-158; - - 5:1044-48.
- 4.- Raja W. Abdul -Karim- S.N. Beydoun. Parto Prematuro IFFY - Kaminetzky Obstetricia y Perinatología. Tomo 2. Editorial Panamericana. Capitulo 86. 1460-72.
- 5.- Melvin G. Dodson, S.J. Fortunato. Microorganisms and Premature Labor. The Journal of Reproductive Medicine. January 1988. 33:87-96.
- 6.- Miklos Toth-s S. Witkin: The Role of Infection in the Etiology of Preterm Birth-Obstetrics and Gynecology May 88 71 5:723-26.
- 7.- Joachin.Martius-M. A. Krohn: Relationship of Vaginal Lactobacillus Species, Cervical Chlamydia Trachomatis and Bacterial Vaginosis to Preterm Birth. Jan. 88 71 1:89-95.

- 8.- Susan M. Cox P. C. Macdonald: Assay of Bacterial Endotoxin (Lipopolisaccharides) in Human Amniotic Fluid: Potential Usefulness in Diagnosis and Manegment of - Preterm Labor- Am. J. Obstet-Gynecol. Feb 89 159 1: - 99-106.
- 9.- Ronald K Potkul-A H Moaward: The Asociation of Subcli nical Infection with Preterm Labor the Role of C Reac tive Protein, A. J. Obstet-Gynecol. 85 153:642-4.
- 10.- Michael G Gravett, D Hummel, Preterm Labor Asociated with Subclinical Amniotic Fluid Infection and with - Bacterial Vaginosis, Obstet-Gynecol 86 67 2:229-37.
- 11.- R. F. Lamont D. T. Robinson, Spontaneous Early Pre--- term Labor Associated with Abnormal Genital Bacterial Colonization, British Journal of Obstetric and Gyneco-logy, 86 93 804-10.
- 12.- Dr. G. Magaña, Tocolisis con un Calcio Antagonista -- (Nifedipina) Tesis 1990 p4.
- 13.- R. F. Lamont D, T. Robinson, The Role of Mycoplasma, Ureaplasma and Clamidia in the Genital Tract of Women Presenting in Spontaneous Preterm Labour, J. M. Micro biol 1987 24 253-57.
- 14.- David R. White, M. H. Hall, The Aetiologiogy of Pre-- term Labour, British Journal of Obstetrics and Gyneco-logy 87 93 733-38.

- 15.- Dunlow Sg. Duff P. Microbiology of the Lower Genital Tract and Amniotic Fluid in Asymptomatic Preterm with Intact Membranes and Moderate to Advanced Degree of Cervical Effacement and Dilation. J. Perinatol; 1990 7 3; 235-8.
- 16.- Elliott B; Brunham R.C.; Maternal Gonococcal Infection as a Preventable Risk Factor for Low Birth Weight. J. Infect. Dis.; 1990 6 3; 531-6.
- 17.- Romero R.; Sirtori M.; Infection and Labor V. Prevalence, Microbiology and Clinical Significance of Intraamniotic Infection in Women with Preterm Labor and Intact Membranes. J. Obstet-Gynecology; 1989; 161 3; 817-4.
- 18.- Romero R.; Brody D.T.; Infection and Labor. III Interleukin-1: A Signal for the Onset of Parturition. J. Obstet-Gynecol; 1989; 160 (5 PT 1); 1117-3.
- 19.- Martius J. Ascending Infection in Pregnancy as a Cause of Premature Labor. Z. Geburtshilfe Perinatol; 1989 193 1; 1-7.
- 20.- Romero R. Mazo M. Infection in the Pathogenesis of Preterm Labor; Semin Perinatol; 1988; 12 4; 262-9.
- 21.- Drazancic A.; Alud I.; Chlamydia Infections and its Treatment in Women in Spontaneous Abortion and Premature Labor. Jugos Ginekol Perinatol; 1988; 28 3-4 ; P 67-1.

- 22.- Tinenbaum A.; Cohen I; Premature Contractions and Chamydia Trachomatis Infection. Harefuah 1988 15; 114 6 ; 273-5.
- 24.- Lamont R.F.; I Robinson D. Spontaneous Early Pre-term Labour Associated with Abnormal Genital Bacterial Colonization. Br. J. Obstet-Gynecol; 1986; 93 8; 804-10.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA