



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE BOLIVAR
CONSEJO DE ESTUDIO DE POSTGRADO NUCLEO BOLIVAR
COMISION DEL PROGRAMA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



CPGO- TG-02-2024

ACTA DE DEFENSA DEL TRABAJO DE GRADO

Nosotros, DR. JOSE ANTONIO D JOUAYED, DR. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO y DRA. MARIANA LUNA la Comisión Coordinadora del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, para examinar el Trabajo Especial de Grado Titulado: "Trabajo de Grado intitulado: VALOR PREDICTIVO DE LA CERVICOMETRIA EN AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES ENTRE LA SEMANA 16 Y 22 DE GESTACION. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PAEZ" ESTADO BOLIVAR-CIUDAD BOLIVAR. Presentado por la ciudadana: Dra. ANA PATRICIA PAMPFIL CASTILLO, portador(a) de la Cédula de Identidad N° 20.207.773, a los fines de cumplir con el requisito legal para optar al título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA; hacemos constar que se realizó la evaluación del mencionado trabajo, además se procedió al examen público, exposición e interrogatorio del aspirante hoy 04 de Diciembre de 2024 a las 07:00 a.m. en el Salón de Clases de Ginecología y Obstetricia ubicada en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar-Estado Bolívar.

Finalizada la Defensa del Trabajo de Grado por parte del Postulante, el Jurado Examinador deliberó en privado y emitió por UNANIMIDAD el veredicto de: Aprobado por considerar que se ajustó a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrados dictado en uso de sus atribuciones legales por el Consejo Universitario de la Universidad de Oriente-Venezuela.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que avalamos y firmamos conformes conjuntamente con el Coordinador del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, en Ciudad Bolívar a los 04 de Diciembre de 2024.

Jurado Examinador:

DR. JOSE ANTONIO D JOUAYED. (Tutor)

DR. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO

DRA. MARIANA LUNA

DR. CARLOS RODRÍGUEZ SOTILLO
(Coordinador del Postgrado de Ginecología y Obstetricia)



"CUIDAMOS A LA MUJER, PROTEGEMOS LA VIDA"

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Av. Germania - Hospital "Dr. Julio Criollo" (Tórax) 7mo Piso. Parroquia La Catedral/Ciudad Bolívar /Edo. Bolívar -
Venezuela; Cód. Postal 8001; correo: postginecologiaobstetricia@gmail.com ;www.bolivar.udo.edu.ve;



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
CONSEJO DE ESTUDIO DE POSTGRADO
NÚCLEO BOLÍVAR
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**VALOR PREDICTIVO DE LA CERVICOMETRÍA EN
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ENTRE
SEMANA 16 Y 22 DE GESTACIÓN. COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ.CIUDAD
BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR.**

Asesor:

Dr. José Antonio D Jouayed

Presentado por:

Dra: Ana Patricia, Pamphil Castillo

C.I: 20.207.773

**Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de especialista en
Ginecología y Obstetricia**

Ciudad Bolívar, diciembre 2024

ÍNDICE

ÍNDICE	iii
AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
METODOLOGÍA	11
Diseño de estudio	11
Tipo de estudio	11
Universo	12
Población	12
Muestra	12
Criterios de inclusión	12
Criterios de exclusión	13
Hipótesis del estudio	13
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	13
Validación en la investigación	14
Técnica de procesamiento y análisis de datos	15
RESULTADOS	16
Tabla 1	18
Tabla 2	19
Tabla 3	20
Tabla 4	21

Tabla 5.....	22
Tabla 6.....	26
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
APÉNDICES	41
Apéndice A.....	42
Apéndice B	43
Apéndice C	44

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiar cada uno de nuestros pasos, y ser nuestra fortaleza en todo momento.

A tan inigualable y dedicado tutor de tesis, Dr. José Antonio D Jouayed, por la gran paciencia y amabilidad con la que nos impartió valiosos conocimientos a lo largo de este recorrido.

A Milangys Mujica, por acompañarme desde el primer día, por estar en momentos de tormenta, pero también cuando llega la calma.

Agradezco a todos mis maestros del Postgrado, en especial a la Dra. Mariana Luna por siempre ayudarme a ver más allá y creer en mi hasta cuando yo dudaba.

.

Ana Patricia Pamphil Castillo

DEDICATORIA

Mis padres y ángeles en la tierra y en el cielo, Aida y Elio.

Mis hermanas Shaneyfeth, Eliaid y Ana María por siempre apoyarme y ser mi ejemplo a seguir.

Angelica y Hanna, por inspirarme a ser cada día mejor.

Mi novio José Daniel por siempre tener la frase adecuada en los momentos difíciles.

Ana Patricia, Pamphil Castillo

VALOR PREDICTIVO DE LA CERVICOMETRÍA EN AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ENTRE SEMANA 16 Y 22 DE GESTACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR.

Universidad de Oriente; Vice-Rectorado Académico; Consejo de Estudio de Postgrado; Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia Núcleo Bolívar

Autor: Dra. Ana Patricia, Pamphil Castillo

Tutor: Dr. José Antonio D Jouayed

Fecha: diciembre, 2024

RESUMEN

Introducción: Uno de los problemas actuales de mayor importancia en medicina perinatal lo constituye el parto pretérmino, pues además de elevar la morbilidad y mortalidad perinatales, causa daño neurológico y afecta el desarrollo en los recién nacidos. En este trabajo de investigación no solo se destaca el valor de la cervicometría como método de predictivo de parto pretérmino sino su importancia para pronosticar la amenaza de ocurrencia de esto último cuando existe disminución de la longitud cervical. **Objetivo:** Determinar el valor predictivo de la cervicometría en amenaza de parto pretérmino en pacientes entre semana 16 y 22 de gestación atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024. **Metodología:** tipo correlacional, longitudinal, descriptivo y de campo, cuya población estará conformada por pacientes con edad gestacional comprendida 16 y 22 semanas y que cumplan con los criterios de inclusión. **Resultados:** en cuanto a las gestantes estudiadas se obtuvo que las de mayor frecuencia fueron las de 16 semanas con 22,16%, la longitud cervical que predominó en el grupo control fue de 2,5 cm a 3cm con 50,57%, se demostró que las pacientes que presentaron longitud cervical <2,5cm presentaron amenaza de parto pretérmino en un 31,82%, el 68,75% de las pacientes presentaron embarazo no controlado, 17,61% antecedentes de parto pretérmino, 19,89% antecedentes de RPM, 48,30% presento infección vaginal, 20,45% infección del tracto urinario. Valor predictivo positivo 4%, valor predictivo negativo 18,75% con una especificidad 25% y sensibilidad 89%. **Conclusiones:** la cervicometría demuestra ser un método eficaz para predecir la amenaza de parto pretérmino.

Palabras claves: Cervicometría, parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto pretérmino (TPP) se define como la presencia de contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales que acontecen después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación; se considera como inicial cuando se detecta en fase latente (en nuestro medio se denomina “amenaza de parto pretérmino)”¹

El nacimiento pretérmino, antes de las 37 semanas es la primera causa que un recién nacido, presente alteraciones al nacer, en sus etapas siguientes o que conlleve al fallecimiento. La ecografía puede detectar cambios tempranos en el cuello uterino, como el acortamiento de la longitud cervical, para predecir un parto pretérmino. Al identificar una longitud cervical corta, se pueden aplicar intervenciones para prevenir el parto pretérmino; estas intervenciones incluyen administrar progesterona para disminuir las contracciones uterinas, y un posible cerclaje si lo amerita.²

Se ha descrito, además, que el acortamiento del cuello uterino antes del término representa un marcador cuantificable de parto pretérmino espontáneo. Se han identificado varias causas o vías de este acortamiento cervical: alteraciones congénitas, iatrogénicas (cerclajes previos, conización u otros procedimientos) y causas patológicas como, por ejemplo, el inicio pretérmino de trabajo de parto.³

La fisiopatología del TPP no es bien conocida, siendo aún controversial los mecanismos que desencadenan este fenómeno. Sin embargo, existen 3 posibles explicaciones: La repentina disminución de los niveles circulantes de progesterona está relacionado con el inicio del parto: El aumento de cortisol fetal estimula la actividad 17 alfa-hidroxilasa placentaria, lo que a su vez disminuye la secreción de progesterona y aumenta la producción de estrógeno que culminan en TPP. Esta teoría

nunca se ha confirmado en la especie humana. La oxitocina intravenosa aumenta la frecuencia y la intensidad de las contracciones uterinas. La activación prematura de los mecanismos de la decidua: parece ser el mecanismo más consistente para explicar el principio del TPP.⁴

El parto prematuro es uno de los “grandes síndromes obstétricos” caracterizado por tener múltiples etiologías, una larga fase preclínica o asintomática, compromiso fetal frecuente, manifestaciones clínicas que son adaptativas, y una compleja interacción entre el genoma materno-fetal y el ambiente que puede favorecer una predisposición a este síndrome.⁵

Históricamente la evaluación de la cervicometría mediante el tacto vaginal se realizó durante mucho tiempo con reiterados reconocimientos desde el final del segundo trimestre del embarazo hasta aproximadamente las 35 semanas, a fin de identificar a las gestantes con riesgo de parto pretérmino; más aún esta técnica presentó una gran variabilidad entre diferentes observadores, ya que no se puede documentar, y proporciona una limitada información sobre el orificio cervical interno. A lo largo de la historia se ha demostrado que mediante el tacto vaginal se infraestima la longitud del cérvix entre 0,49 y 1,41 cm. Es a partir del año 1981 que se empezó a valorar el cérvix usando el ultrasonido, inicialmente se utilizó la valoración transabdominal. Esta es una técnica simple pero la medición del cérvix se puede modificar por el ángulo de observación utilizado, el volumen vesical y la edad gestacional, sin embargo, la cervicometría por medio de ecografía transvaginal es un procedimiento sencillo, que posee una variabilidad entre observador y observador de solo 3 % cuando se realiza una técnica correcta.⁶

La ecografía transvaginal fue descrita por primera vez a finales de los años 1980, como un método disponible para estudiar el cuello uterino en la mujer

embarazada y se ha convertido en el estándar de oro para la medición de la longitud cervical.⁷

La longitud cervical de la ecografía transvaginal ha sido evaluada en distintas poblaciones, por ejemplo, en mujeres con y sin síntomas de parto prematuro o de ruptura prematura de membranas en donde las gestaciones gemelas presentan un mayor riesgo de parto prematuro, por ello, la longitud cervical se mide por medio de una ecografía a través de la vagina (Transvaginal o ETV), el abdomen (transabdominal) o el perineo (Transperineal).⁸

Se define a la cervicometría, como la evaluación del cérvix, cuyo método mayormente utilizado es el tacto vaginal, mediante la exploración digital, determinando la longitud, la dilatación, la consistencia y la posición del cérvix. Otra manera de evaluar la longitud del cérvix es mediante la especuloscopia, pero es un método muy limitado, ya que va a depender de la experiencia del examinador. Ambas técnicas: tacto vaginal y especuloscopia se consideran subjetivas y limitadas, existen muchas diferencias entre un observador y otro; además de que al realizarse el tacto vaginal se puede invadir y manipular el tapón mucoso, exponiendo las membranas.⁹

La implementación del uso de la longitud cervical por ecografía transvaginal requiere el momento y el método óptimos para su realización, a fin de determinar un valor de corte correcto que justifique una intervención y que contribuya a reducir la iatrogenia generada por tocólisis excesiva e innecesaria o por estancia hospitalaria prolongada. Para realizar la evaluación, la ecográfica transvaginal, a las pacientes se les pide que miccionen antes del procedimiento y luego se la coloca en posición de litotomía.¹⁰

La vejiga debe estar vacía y la mujer colocada en posición de litotomía dorsal. Se introduce el transductor intravaginal y se dirige al fórnix anterior. Se debe evitar

ejercer presión sobre el cérvix, porque podría aumentar la longitud artificialmente. Se obtiene un corte sagital del cérvix, se debe aumentar la imagen hasta 2/3 o el 75% de la pantalla y se localizan los puntos de referencia utilizando la mucosa endocervical como guía para identificar el orificio cervical interno y el orificio cervical externo. Evitando confusiones con el segmento inferior del útero. Se utilizan los calíper para medir la distancia lineal entre la zona triangular eco densa del orificio cervical externo y la zona en forma de V del orificio cervical interno. Se realizan varias mediciones (mínimo 3) con el objetivo de que entre las mismas haya una diferencia menor al 10%. Se debe informar el valor de la longitud en mm basándose en la regla de “entre más corto mejor” y de esta manera reportar la medición con menor longitud. Cada ecografía debería durar 2-3 minutos.¹¹

La edad gestacional es un factor sumamente esencial en la eficacia de la longitud cervical como predictor de parto pretérmino, considerándose el hecho que el cérvix sufre un acortamiento fisiológico a medida que el embarazo en la mujer avanza, por ende, es razonable asumir que la eficacia de la cervicometría está relacionada con la edad gestacional. En base al acortamiento fisiológico observado en algunas investigaciones en el tercer trimestre en gestantes con riesgo de parto pretérmino presentan: Longitud cervical < 25 mm antes de las 28 semanas, longitud cervical < 20 mm entre las 28 y 31,6 semanas longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más definiéndose que las pacientes de alto riesgo son con cérvix menor de 15 mm, los que manifiestan riesgo intermedio con cuello entre 20 y 15 mm y riesgo bajo con cérvix mayor de 25mm.³

Hace ya 30 años que Andersen et al. publico uno de los estudios más importantes en esta área al demostrar que la longitud cervical menor al percentil 50 a las 30 semanas de gestación - medida por vía transvaginal se asociaba a un riesgo 3,7 veces mayor de parto prematuro comparado con pacientes embarazadas que tenían una cervicometria igual o mayor al percentil 50. Luego de este, muchos otros estudios

claves en nuestra especialidad han explorado el rol de la cervicometría ecográfica transvaginal en la predicción de parto prematuro (Lams et al 1988), demostrando que mientras más corto es el cuello del útero, mayor es el riesgo de un parto prematuro y, también, de infección intra-amniótica.^{12,13}

Las mujeres con antecedentes de parto prematuro previo tienen un mayor riesgo de parto prematuro en el embarazo posterior. En un estudio de Lams. et al, el riesgo de parto prematuro recurrente (<35 semanas) fue del 14 -15%, mientras que las mujeres con antecedentes de parto a término sin complicaciones, tuvieron un 3% de riesgo de parto espontáneo a término. Estudios globales recientes mostraron que el antecedente de aborto espontáneo y la pérdida recurrente de embarazos se asociaron con mayor riesgo de un parto pretérmino subsiguiente.¹³

Por otro lado, se ha demostrado que las infecciones urogenitales aumentan el riesgo de parto prematuro. Se estima que al menos 40% de todos los partos pretérmino ocurren en madres con infección intrauterina, la mayoría subclínica; los microorganismos más comúnmente aislados son Ureaplasma, Fusobacterium y Mycoplasma.¹³

En la investigación efectuada para optar al título de Licenciada en Obstetricia, en el análisis estadístico se encontraron que el 12% refirieron infección del tracto urinario en el embarazo actual, 23 (46%) pacientes ingresaron al hospital por amenaza de parto pretérmino y presentaron una cervicometría media de 30,48 mm, el 27 (54%) pacientes terminaron en parto a término encontrándose con una cervicometría media de 38.56mm. En la determinación del valor predictivo de la cervicometría para la amenaza de parto pretérmino, se determinó el 82,60% de sensibilidad, el 100,00% de especificidad lo que demuestra que la prueba es más específica y es menos sensible. En cuanto al valor predictivo positivo y negativo la prueba tiene un 100% de eficacia.¹⁴

En un metaanálisis se incluyeron tres ensayos con un total de 287 embarazos con feto único y riesgo de parto pretérmino entre 24 y 35 + 6 semanas, de los cuales 145 fueron asignados al azar a un cribado mediante la longitud cervical (LC) con conocimiento de los resultados y 142 a aquellos para los que se desconocía la LC. En comparación con el grupo control, las mujeres que fueron asignadas aleatoriamente al grupo en el que se conocía la LC tuvieron una tasa de parto prematuro a < 37 semanas significativamente menor (22,1% vs. 34,5%; RR 0,64 (IC 95%, 0,44-0,94); 3 ensayos; 287 participantes) y una edad gestacional al momento del parto más tardía (DM 0,64 (IC 95%, 0.03-1.25) semanas; DM 4,48 (IC 95%, 1,18-8,98) días; 3 ensayos; 287 participantes). El resto de los resultados para los cuales había datos disponibles fueron similares en ambos grupos.¹⁵

La cervicometría tiene utilidad como predictor de fracaso de inducción de labor de parto en gestantes mayores de 41 semanas de gestación con una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y valor global de la prueba de 88%; 38%; 65%, 71% y 67 % respectivamente.¹⁶

En una revisión de la Biblioteca Cochrane se determinó que la medición de la longitud del cuello del útero mediante ecografía es un factor predictivo del parto prematuro. La longitud del cuello uterino medida por ecografía transvaginal es una prueba de cribado relativamente nueva y se ha asociado con una mejor predicción del parto pretérmino que las pruebas anteriormente disponibles, aunque no está claro si la longitud cervical medida por ecografía es efectiva para prevenir el parto prematuro.²

Valle, M (2021) en un trabajo de investigación, la evaluación de la cervicometría para diagnóstico de amenaza de parto prematuro tiene una sensibilidad de 66,0%, especificidad 94,8%, valor predictivo (+) 82,5%, y valor predictivo (-) 88,3%. La evaluación del índice de Bishop una sensibilidad de 4,0%, especificidad 99,3%, valor predictivo (+) 66,7% y valor predictivo (-) 73,6%. El índice de

concordancia entre la cervicometría y el índice de Bishop es ínfima de 0,017. El área bajo la curva ROC para cervicometría en relación al diagnóstico final de parto prematuro fue de 0,905, con un mejor punto de corte 30,5 mm que corresponde a una sensibilidad de 90,4 % y una especificidad de 78,0 % Se concluye en el estudio que la concordancia entre la cervicometría y el índice de Bishop para diagnóstico de amenaza de parto prematuro es ínfima.¹⁷

Vojvodic, I (2021) en su estudio encontró entre las características sociodemográficas la edad materna fue de $27,2 \pm 7,2$ años, el 66,1% eran convivientes y un 72,7% contaban con educación secundaria. Entre las características obstétricas el 39,3% eran primíparas, el 62,3% tuvieron un control prenatal inadecuado; en cuanto a las morbilidades se identificó infección de tracto urinario en un 48,6% y un 19,1% tuvieron infección vaginal, el 20,8% manifestó haber tenido un parto pretérmino previo .La edad gestacional al nacimiento fue de $34,4 \pm 3,3$ semanas , el 68,9% tuvo un parto pre termino y un 31,1% tuvo un parto a término, la vía del parto fue en el 51,4% vaginal, el promedio de cervicometría fue de $25,4 \pm 9,0$ mm para los partos pretérmino y de $30,5 \pm 7,9$ mm para los partos a término ($p < 0,05$), la sensibilidad fue de 82%, la especificidad de 45%, el valor predictivo positivo fue de 62% y el valor predictivo negativo de 45%. Tener una cervicometría menor de 25,4 mm se relaciona con la presentación de parto pretérmino. Además, la cervicometría presenta una sensibilidad de 82 %, especificidad de 45%, un valor predictivo positivo de 62% y un valor predictivo negativo de 45%.¹⁸

Henríquez et al. (2015), en su publicación “Cervicometría Ecográfica como Predictor de Parto Pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Alemán – nicaragüense, Managua. Concluyeron que se acepta la hipótesis alternativa que refiere que la cervicometría ecográfica transvaginal permite identificar exponencialmente cambios de la longitud cervical relacionados con parto pretérmino hasta 4 veces más alcanzando una sensibilidad de 90% cuando la longitud es menor o

igual a 39mm. También afirma que los antecedentes personales de las mujeres que tuvieron parto pretérmino se relacionaba hasta 4 veces más con la terminación antes de término del embarazo actual. La sensibilidad es alta y la especificidad baja cuando la longitud cervical tiene menos o igual de 39 mm y si la medición es de 27mm disminuye la sensibilidad a 70% para parto pretérmino.¹⁹

La medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal es el método más rentable en mujeres con historia de parto prematuro o síntomas de amenaza de parto prematuro; la predicción del riesgo de parto pretérmino puede hacerse en 2 momentos: primer trimestre (entre 11 y 13,6 semanas) y segundo trimestre (entre 18 y 23,6 semana de gestación). En pacientes de alto riesgo se recomienda cervicometría seriada, se debe realizar cada 2 semanas entre las 14 y 28 semanas.⁹

En base a todo lo antes descrito es importante investigar: ¿Cuál es el valor predictivo de la cervicometría en amenaza de parto pretérmino en pacientes entre semana 16 y 22 de gestación. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024? para así determinar cómo se relaciona la longitud cervical con el parto pretérmino.

JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino (PP) es una entidad de gran importancia en salud pública por su relación con la morbilidad y mortalidad perinatal. Se define como aquel parto que ocurre después de la semana 22 y antes de las 37 semanas o 259 días de gestación. Dentro de los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de esta entidad, se encuentran: el antecedente de parto pretérmino, cirugías cervicales previas, anomalías uterinas, infección del tracto urinario, infecciones vaginales.

La cervicometría es una herramienta en la medicina Obstétrica objetiva que determina la longitud cervical mediante la ecografía transvaginal, es útil para determinar el acortamiento del mismo según factores maternos, fetales y ambientales.

Desarrollar un estudio en relación al valor predictivo de la cervicometría en amenaza de parto pretérmino, es de vital importancia, ya que permite aumentar los niveles de conocimiento en relación a este tema.

En la praxis de la aplicación de los resultados del presente estudio es posible contribuir a la disminución los índices de morbimortalidad neonatal, ya que el riesgo de un prematuro de morir es superior. Según el registro y estadística de salud del complejo universitario Ruiz y Páez para el año 2023 se presentaron 413 muertes infantiles y el 27,84% su causa básica fue prematurez, Por otra parte, como los recién nacidos con prematuridad extrema, generan un elevado costo al sistema de salud, por la necesidad de cuidados intensivos, largas permanencias en UCI neonatales, se pueden disminuir costos aunado a una adecuada calidad de atención al servicio materno perinatal.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el valor predictivo de la cervicometría en amenaza de parto pretérmino en pacientes entre semana 16 y 22 de gestación. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024.

Objetivos Específicos

1. Identificar el número de gestantes que cursen con embarazos de 16 a 22 semanas.
2. Clasificar a las gestantes con embarazos de 16 a 22 semanas según los factores de riesgo para parto pretérmino.
3. Determinar la longitud cervical en pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas a través de la cervicometría mediante de la ecografía transvaginal.
4. Correlacionar la longitud cervical con el parto pretérmino.
5. Correlacionar la amenaza de parto pretérmino en pacientes según factores de riesgo.
6. Establecer en población local el rendimiento de la cervicometría como predictor de amenaza de parto pretérmino en términos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El diseño del estudio fue de campo no experimental, debido a que se recolectó información directamente de las pacientes que acuden al Complejo Hospitalario Ruiz y Páez. Según el manual UPEL 2006, señala que la investigación de campo consiste en el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios.²⁰

Tipo de estudio

De tipo correlacional, porque son procedimientos investigativos en los cuales se trata de determinar la relación existente entre dos o más variables de estudio, es decir, se busca concluir si la longitud cervical tiene relación con el parto pretérmino. Es longitudinal, ya que, se analizó cambios referidos por las pacientes en sintomatología de amenaza de parto pretérmino a lo largo de un tiempo determinado, la recolección fue en un solo momento de observación. Su diseño es de campo, debido a que se diseña y comienza a realizarse en el presente; los datos se analizaron transcurridos un determinado tiempo, y se fundamenta en la recolección gradual y en tiempo actual de los datos. El inicio es anterior a los hechos estudiados, y los datos se recogerán a medida que vayan ocurriendo.²⁰

Universo

Estuvo constituido por 3885 gestantes que fueron atendidas en los diferentes servicios de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el periodo noviembre 2023 – agosto 2024.

Población

Constituido por 314 gestantes entre 16 y 22 semanas, que acudieron a los diferentes servicios de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el periodo noviembre 2023 – agosto 2024

Muestra

Se aplicó un muestreo de tipo intencional mediante el uso de criterios de inclusión y exclusión. Quedando la muestra constituida por 176 gestantes entre 16 y 22 semanas, que acudieron a los diferentes servicios de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el periodo noviembre 2023 – agosto 2024.

Criterios de inclusión

- Embarazo único
- Edad gestacional entre 16 y 22 semanas que acudan al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el periodo noviembre 2023 – agosto 2024.
- Paciente asintomática
- Pacientes que aceptan participar en este estudio.

Criterios de exclusión

- Malformación uterina.
- Portadora de cerclaje en gestación actual.
- Paciente con incompetencia cervical documentada.
- Portadora de colonización cervical.
- Ruptura prematura de membrana.
- Gestante con amenaza de parto pretérmino.
- Tener alteraciones que disminuyan su capacidad mental para decidir su participación en el estudio.

Hipótesis del estudio

Hipótesis Alternativa (H1) La longitud cervical por ecografía transvaginal realizada de forma rutinaria a las pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas es útil para identificar a las pacientes en riesgo de finalizar en parto pretérmino.

Hipótesis Nula (H0) La longitud cervical por ecografía transvaginal realizada de forma rutinaria a las pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas no es útil para identificar a las pacientes en riesgo de finalizar en parto pretérmino.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Prevía autorización del jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia de dicho centro de salud se leyó el consentimiento informado a cada paciente y posterior a ser firmado, se estableció las semanas de gestación, se llena ficha de recolección de datos donde se interrogó factores de riesgo para parto pretérmino y se realizó

medición de la longitud cervical mediante ecografía transvaginal a través de la observación directa el cual se basa en examinar a la paciente en posición ginecológica, se coloca el transductor en el fondo de saco anterior para facilitar una vista sagital, se efectúa 3 movimientos: anteroposterior para lograr centrar el cuello, laterales para identificar el canal cervical y rotatorio para visualizar completamente el conducto cervical, se realizan 3 mediciones como mínimo en cada exploración, puesto que la posible variación entre estas debe oscilar entre 2-3 mm aproximadamente, se debe explorar en cada medición durante alrededor de 3 minutos, aunque algunos autores la prolongan hasta los 5 minutos, se debe ejecutar al menos una medición con estrés, ya sea durante un pujo sostenido, una contracción uterina o el empuje del fondo uterino por 15 segundos, con el fin de apreciar mejor la competencia del OCI; también se considerará el ancho de la protrusión de las membranas cuando se produzca, se debe Identificar bien el orificio cervical interno, el externo y la mucosa endocervical, muy importante en la afirmación de la presencia del orificio cervical interno, se debe evaluar cambios dinámicos en el cuello uterino y medir en una línea recta o por la curva del canal, tomando varias líneas rectas y sumarlas, pues ambos métodos son correctos, se realizó seguimiento hasta finalización de embarazo.

Validación en la investigación

Para obtener la información de el estudio se procedió a la elaboración del instrumento de recolección de datos, se contó con el juicio de expertos, el Tutor, un Ginecólogo Obstetra y un metodólogo, a través del cual, se revisó los objetivos del estudio y el protocolo de investigación.

Técnica de procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada toda la información necesaria, se presentan los resultados en correlación de Pearson y Spearman ya que son métodos estadísticos que se utilizan para analizar la relación entre dos variables, en este estudio las variables a documentadas son la correlación entre la longitud cervical y la amenaza de parto pretermino, también tablas de distribución absoluta y porcentual. Se empleó la estadística descriptiva al presentar la media y desviación típica en valores cuantitativos. Para el manejo estadístico, se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 18.0.

El Coeficiente de correlación de Pearson (r) nos dice que si “ r ” es igual a 1, existe una correlación directa fuerte, si “ r ” es igual a -1, existe una correlación inversa fuerte, si “ r ” está entre 1 y -1 hay una correlación funcional, si “ r ” es igual a 0, no existe una correlación lineal. Se calcula el nivel de significancia del estudio el cual es una medida exacta de la existencia o no de correlación entre dos variables, este varía de 0 a 1, si es mayor a 0,05 significa que no existe una relación entre las variables, si es igual o menor a 0,05 significa que hay una relación significativa (95%) entre las variables, si es igual o menor a 0,01 significa que hay una relación muy significativa (99%) entre las variables

$$r = \frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2 \sum (y_i - \bar{y})^2}}$$

$$\text{Valor predictivo positivo} = \frac{\text{VP}}{\text{VP} + \text{FP}}$$

$$\text{Valor predictivo negativo} = \frac{\text{VN}}{\text{FP} + \text{VN}}$$

RESULTADOS

En cuanto a las gestantes estudiadas entre semana 16 y 22 de gestación. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024, de 16 semanas 22,16% (n=39/176), de 17 semanas 10,23% (n=18/176, de 18 semanas 15,34% (n=27/176), de 19 semanas 11,36% (n=20/176), de 20 semanas 13,07% (n=23/176), de 21 semanas 18,18% (n=32/176) y 22 semanas 9,66% (n=17/176). (Ver tabla 1)

Gestantes entre semana 16 y 22 de gestación según factores de riesgo para parto pretérmino. Embarazo no controlado 68,75% (n=121/176), embarazo controlado 31,25% (n=55/176), sin antecedente de parto pretérmino 82,39% (N=145/176) y con antecedente de parto pretérmino 17,61% (n=39/176). Sin antecedente de RPM 80,11% (n=137/176) con antecedente de RPM 19,89% (n=35/176). Sin infecciones 31,25% (n=55/176), infección vaginal 48,30% (n=85/176) e infección del tracto urinario 20,45% (n=36/176). Nuliparidad 25% (n=44/176) multiparidad 75% (n=132/176). (Ver tabla 2)

La longitud cervical en pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas a través de la cervicometría mediante de la ecografía transvaginal. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024. Con una longitud cervical menor a 2,5cm 24,43% (n=43/176), de 2,5cm a 3,0cm 50,57% (n=89/176), de 3,10cm a 3,60cm 18,18% (n=32/176) y de 3,70cm a 4,30cm 6,82% (n=12/176). (Ver tabla 3)

Correlación de longitud cervical en pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas a través de la cervicometría mediante de la ecografía transvaginal, amenaza un total de 31,82% (n=56/176), distribuidos en menos de 2,5cm 23,30%

(n=41/176), de 2,5cm a 3,0cm 8,52% (n=15/176). Pretérmino un total de 22,16% (n=39/176), distribuidos de la siguiente forma: menos de 2,5cm 18,18% (n=32/176) y de 2,5cm a 3,0cm 3,98% (n=7/176). A termino un total de 77,84% (n=137/176) distribuidos así: menos de 2,5cm 6,25% (n=11/176), de 2,5cm a 3,0cm 46,59% (n=82/176), de 3,10cm a 3,60cm 18,18% (n=32/176) y 3,70cm a 4,30cm 6,82% (n=12/176). (Ver tabla 4)

Al Correlacionar amenaza de parto pretérmino en pacientes según factores de riesgo, se obtuvo: embarazo controlado 35,71% (n=20/56) embarazo no controlado 64,28% (n=36/56), con antecedente de parto pretérmino 42,85% (n=24/56) sin antecedentes de parto pretérmino 57,14% (n=32/56) ,con antecedente de RPM 33,92% (n=19/56), sin antecedente de RPM 66,07% (n=37/56) sin infecciones 16,07% (n=16/56), infección vaginal 44,64% (n=25/56), infección del tracto urinario 39,28% (n=22/56), nulíparas 25%(n=14/56), multíparas 75%(n=42/56). (Ver tabla 5)

La cervicometría como predictor de amenaza de parto pretérmino en términos de Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo positivo y Valor predictivo se obtuvo un valor predictivo positivo de 94% y un valor predictivo negativo de 18,75%, Una especificidad de 25,00 %, una sensibilidad de 89,00%.

Tabla 1

Gestantes estudiadas entre semana 16 y 22 de gestación. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024.

Gestantes estudiadas/semanas	n	%
16	39	22,16
17	18	10,23
18	27	15,34
19	20	11,36
20	23	13,07
21	32	18,18
22	17	9,66
Total	176	100,00

Fuente: Lista de chequeo de recolección de datos.

Tabla 2

Gestantes entre semana 16 y 22 de gestación según factores de riesgo para parto pretérmino. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024.

Embarazo controlado	n	%
Si	55	31,25
No	121	68,75
Total	176	100,00
Antecedente de Parto Pretérmino		
Si	78	44,61
No	98	55,39
Total	176	100,00
Antecedente de RPM		
Si	35	19,89
No	137	80,11
Total	176	100,00
Infecciones		
No	55	31,25
Vaginales	85	48,30
Tracto Urinario	36	20,45
Total	176	100,00
Paridad		
Nulíparas	44	25,00
Multíparas	132	75,00
Total	176	100,00

Fuente: Lista de chequeo de recolección de datos.

Tabla 3

Longitud cervical en pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas a través de la cervicometría mediante de la ecografía transvaginal. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024.

Sem/LongCervical	< 2,5		2,5- 3,0		3,10- 3,60		3,70- 4-30		> 4,40	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16	11	6,25	21	11,93	4	2,27	2	1,14	0	0,00
17	4	2,27	10	5,68	1	0,57	2	1,14	0	0,00
18	7	3,98	12	6,82	8	4,55	2	1,14	0	0,00
19	1	0,57	12	6,82	6	3,41	1	0,57	0	0,00
20	7	3,98	12	6,82	2	1,14	2	1,14	0	0,00
21	9	5,11	12	6,82	9	5,11	2	1,14	0	0,00
22	4	2,27	10	5,68	2	1,14	1	0,57	0	0,00
Total	43	24,43	89	50,57	32	18,18	12	6,82	0	0,00

Fuente: Lista de chequeo de recolección de datos.

Tabla 4

Correlación de longitud cervical en pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas a través de la cervicometría mediante de la ecografía transvaginal, con parto pretérmino. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024.

Amenaza/Cervicometria	< 2,5		2,5- 3,0		3,10- 3,60		3,70- 4- 30		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amenaza de parto pretérmino	41	23,30	15	8,52	0	0,00	0	0,00	56	31,82
Parto pretérmino	32	18,18	7	3,98	0	0,00	0	0,00	39	22,16
Parto a termino	11	6,25	82	46,59	32	18,18	12	6,82	137	77,84

Fuente: Lista de chequeo de recolección de datos.

Tabla 5

Correlacionar amenaza de parto pretérmino en pacientes según factores de riesgo

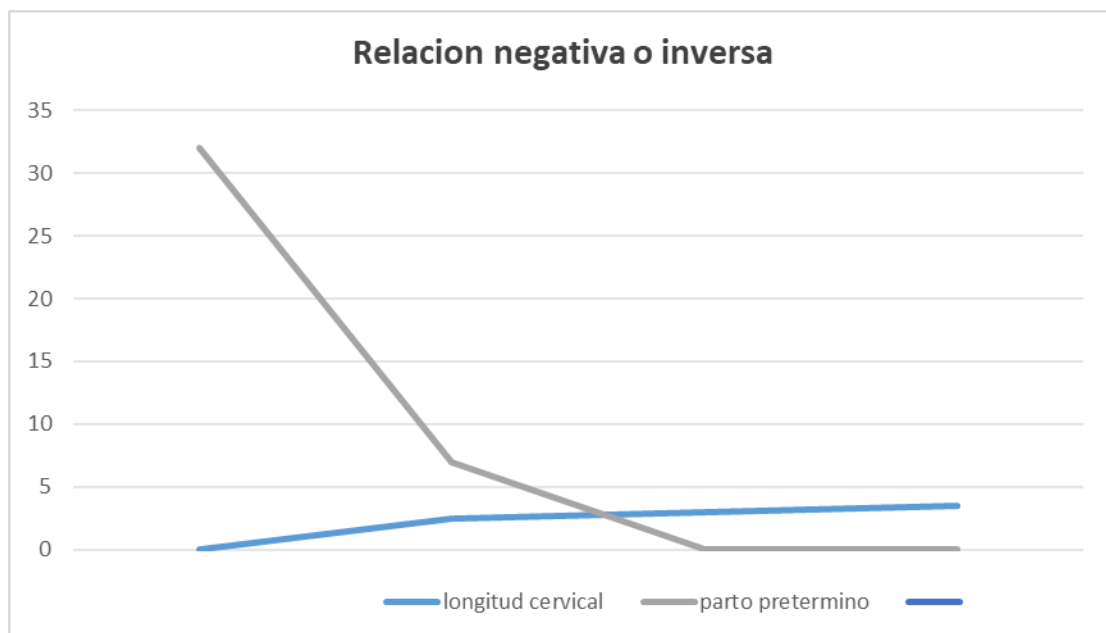
Embarazo controlado/amenaza de parto pretérmino	n	%
Si	20	35,71
No	36	64,28
Total pretérmino	56	100%
Antecedente de Parto Pretérmino /amenaza de parto pretérmino		
Si	32	57,14
No	24	42,85
Total	56	100%
Antecedente de RPM/amenaza de parto pretérmino		
Si	19	33,92
No	37	66,07
Total	56	100%
Infecciones/amenaza de parto pretérmino		
No	9	16,07
Vaginales	25	44,64
Tracto Urinario	22	39,28
Total	56	100%
Paridad/amenaza de parto pretérmino		
Nulíparas	14	25
Multíparas	42	75
Total	56	100%

Fuente: Lista de chequeo de recolección de datos.

Correlaciones

		var00010	var00021
var00010	Correlación de Pearson	1	-,400**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	176	176
var00021	Correlación de Pearson	-,400**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	176	176

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



Correlaciones

			var00010	var00021
Rho de Spearman	var00010	Coeficiente de correlación	de 1,000	-,392**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	176	176
	var00021	Coeficiente de correlación	de -,392**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	176	176

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

	Prueba patrón +	Prueba patrón -
Prueba en estudio +	VP	FP
Prueba en estudio -	FN	VN

	Prueba patrón +	Prueba patrón -
Prueba en estudio +	151	9
Prueba en estudio -	13	3

	Prueba patrón +	Prueba patrón -
Prueba en estudio +	151	9
Prueba en estudio -	13	3

$$\text{Sensibilidad} = \text{VP} / \text{VP} + \text{FN} = 151 / 151 + 17 = 0,89 \times 100 = 89,00 \%$$

$$\text{Especificidad} = \text{VN} / \text{VN} + \text{FP} = 3 / 3 + 9 = 0,25 \times 100 = 25,00 \%$$

$$\text{VPP} = \text{VP} / \text{VP} + \text{FP} = 151 / 151 + 9 = 0,94 \times 100 = 94,00 \%$$

$$\text{VPN} = \text{VN} / \text{FN} + \text{VN} = 3 / 13 + 3 = 0,1875 = 18,75\%$$

Tabla 6

Establecer en población local el rendimiento de la cervicometría como predictor de amenaza de parto pretérmino en términos de Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo positivo y Valor predictivo negativo.

Índice diagnóstico	%
Sensibilidad	89
Especificidad	25
Valor predictivo positivo	94
Valor predictivo negativo	18,75

DISCUSIÓN

En cuanto a las gestantes estudiadas entre semana 16 y 22 de gestación. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024, las de mayor frecuencia fueron de 16 semanas representados por 22,16%. El parámetro edad gestacional refleja concordancia con los resultados Godoy P. et al²¹ en su estudio que se titula medición ultrasonografía de la longitud cervical entre 16 a 24 semanas de gestación como predictor de parto pretérmino espontáneo en una población de mujeres latinas asintomáticas, siendo su semana de gestación promedio 16 ± 5 días con un 24,3%.

Cuando se analizaron las gestantes entre 16 y 22 semanas, según factores de riesgo para parto pretérmino, se obtuvo que el 68,75% presentó embarazo no controlado, el 31,25% un embarazo controlado, sin antecedente de parto pretérmino 44,61% con antecedente de parto pretérmino 53,39%, sin antecedente de RPM 80,11% con antecedente de RPM 19,89%. Sin infecciones 31,25%, infección vaginal 48,30% e infección del tracto urinario 20,45%, nuliparidad 25% multiparidad 75% estos resultados son similares a los obtenidos por Vasquez J²⁸ en su trabajo titulado “Relación entre Cervicometría y Parto Prematuro en pacientes con trabajo de parto pretérmino” donde el 59,14% de las pacientes estudiadas presentaron embarazo no controlado, y el 33,42% presentó infección vaginal 62,44% eran multiparas, asimismo dichos resultados discrepan con Espinoza J.¹⁶ en su trabajo titulado “Valor predictivo de la cervicometría en el fracaso de la inducción de parto en gestantes mayores de 41 semanas” donde el 34,30% presentó antecedentes de amenaza de parto pretérmino, y 5,22% presento infección del tracto urinario.

La longitud cervical en pacientes que cursaban con gestaciones entre 16 a 22 semanas a través de la cervicometría. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y

Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024. El dato de medición más frecuente fue de 2,5cm a 3,0cm representando 50,57%, seguido de menor de 2,5cm 24,43%. Datos que concuerdan con el estudio de Mejias Z.²⁵, la longitud cervical promedio fue de 3,21cm, caso contrario en el estudio de Castillo E. et al²², quienes mencionan que la longitud cervical promedio de su población fue de 2,43 cm y $2,43 \pm 0,739$ cm respectivamente.

La correlación de longitud cervical con el parto pretérmino en pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas a través de la cervicometría. Se realiza un coeficiente de correlación de Pearson donde se obtiene un nivel de significancia de 0,01 el cual representa una relación del 99% significativa entre la longitud cervical y el parto pretermino, además un valor de -0,400 lo que significa que hay una relación inversa entre las variables, a medida que disminuye la longitud cervical, aumenta el parto pretermino. Se obtuvo que 41 gestantes 23,30% con cervicometría <2,5cm y 15 gestantes 8,52% con cervicometría 2,5cm – 3cm (n=56/176) presentaron amenaza de parto pretérmino, 32 gestantes 18,18% con cervicometría <2,5cm y 7 gestantes 3,98% con cervicometría 2,5cm-3cm culminaron su embarazo en parto pretérmino (n=39/176), correspondiéndose con Parodik K. et al¹³ en su evaluación de la longitud cervical como predictor del parto pretérmino, en pacientes asintomáticas, que concluye que el acortamiento del cuello uterino (menor o igual a 2,5 cm) determinado a través de ecografía transvaginal entre las 24 y 28 semanas, está asociado de manera significativa a parto pretérmino en pacientes asintomáticas con alto riesgo. Datos similares se encontraron en el estudio realizado por García J. En España, Zaragoza²⁴; donde se encontró que la cervicometría inferior a 2,5cm se presentó como factor de riesgo para parto pretérmino representando el 27,2%.

Al correlacionar amenaza de parto pretérmino en pacientes según factores de riesgo, se evidencio que el embarazo no controlado representó el 64,28%, antecedente de parto pretérmino 57,14%, antecedente de RPM 33,92%,pacientes sin infecciones 16,07%, infecciones vaginales 44,64%, infección del tracto urinario 39,28%, nulíparas 25%, multíparas 75%, el cual difiere con el estudio de Barreto, B. y Michelini, K.¹⁴ donde las mujeres con antecedentes de parto prematuro previo tienen un mayor riesgo de parto prematuro en el embarazo posterior. Kagan K. Sonek J.¹¹ en su estudio estableció que entre las características obstétricas el 39,3% eran primíparas, el 60,7% multíparas y el 62,3% tuvieron un embarazo no controlado; en cuanto a las morbilidades se identificó infección de tracto urinario en un 48,6% y un 19,1% tuvieron infección vaginal, el 20,8% manifestó haber tenido un parto pretérmino previo, dato que discrepa con el investigador Mejía et al²⁵ donde un 52% de su población fue nulípara, no obstante el investigador Navarrete et al²⁶ menciona que el 68% de su muestra expuesta fue multípara y para Estrada et al²⁷ lo fue en un 54%; respecto al control prenatal 62,3%(114) fue inadecuada, los datos concuerdan con los estudios de Navarrete et al²⁶ y Vásquez A. et al²⁸ donde el 90% y 55,6% respectivamente contaron con una atención prenatal inadecuada.

Para el presente estudio se obtuvo un valor predictivo positivo de 94% y un valor predictivo negativo de 18,75%, Una especificidad de 25,00 %, una sensibilidad de 89,00%. Datos que concuerdan con Castañeda J.² en Lima, durante el año 2008, se reportó que el mayor porcentaje de 22 casos de partos pretérmino es de 2,6 a 3,5 cm de valoración cervical ,tiene una sensibilidad de 88%, una especificidad de 26%, un valor predictivo positivo de 100.0% y el valor predictivo negativo de 42%. En este sentido los resultados de este estudio difieren de Kumari A. Jain P, Gupta M (2017)¹⁰ donde la evaluación de la cervicometría para diagnóstico de amenaza de parto prematuro tiene una sensibilidad de 66.0%, especificidad 94.8%, Valor Predictivo (+) 82.5%, y Valor Predictivo (-) 88.3%. La evaluación del índice de Bishop una sensibilidad de 4.0%, especificidad 99.3%, Valor Predictivo (+) 66.7% y

Valor Predictivo (-) 73.6%. El estudio de Mejía et al.²⁵ menciona que la cervicometría como criterio predictivo del parto pretérmino cuenta con una sensibilidad 61%, especificidad al 100% dato no concordante con nuestra investigación, valor predictivo positivo 100%, valor predictivo negativo es de 56%, es decir que de las pacientes con cervicometría negativa no tuvieron parto pretérmino.

CONCLUSIONES

1. Se realizó un estudio con 176 pacientes entre semana 16 y 22 de gestación que acudieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre Noviembre 2023 y Agosto 2024. Mayoría de 16 semanas 22,16%.
2. Los factores de riesgo en general fueron: riesgo para amenaza de parto pretérmino: embarazo no controlado 68,75%, antecedente de parto pretérmino 53,39%, antecedente de RPM 33,92%, infección vaginal 44,64% e infección del tracto urinario 39,28% múltipara 75% y nulíparas 25%.
3. La longitud cervical en pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas a través de la cervicometría mediante de la ecografía transvaginal. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024, se apreció mayor frecuencia entre 2,5 a 3,0 representado por 50,57%.
4. La correlación de longitud cervical en pacientes que cursan con gestaciones entre 16 a 22 semanas a través de la cervicometría mediante de la ecografía transvaginal, se obtuvo que 41 gestantes 23,30% con cervicometría <2,5cm y 15 gestantes 8,52% con cervicometría 2,5cm – 3cm (n=56/176) presentaron amenaza de parto pretérmino, 32 gestantes 18,18% con cervicometría <2,5cm y 7 gestantes 3,98% con cervicometría 2,5cm-3cm culminaron su embarazo en parto pretérmino(n=39/176),

5. El rendimiento de la cervicometría como predictor de amenaza de parto pretérmino se obtuvo un valor predictivo positivo de 94% y un valor predictivo negativo de 18,75%, Una especificidad de 25,00 %, una sensibilidad de 89,00%.
6. Asimismo, existe una correlación entre la cervicometria de inicio con la amenaza de parto pretérmino, corroborada con correlación de Pearson y Spearman 0,01 de significancia.

RECOMENDACIONES

La identificación de una correlación significativa entre longitudes cervicales más cortas y el aumento en la tasa de parto prematuro resalta la necesidad de un monitoreo más riguroso en aquellas pacientes con longitudes cervicales inferiores a 2,5 cm, donde se observó una tasa de parto prematuro del 22,16%. Además, los factores de riesgo identificados, como la atención prenatal inadecuada y antecedente de parto prematuro, son cruciales para la planificación de intervenciones preventivas. La alta prevalencia de infecciones vaginales y del tracto urinario, sugiere que estas condiciones deben ser abordadas de manera proactiva en la atención prenatal para mitigar el riesgo de complicaciones. La conclusión de que la medición transvaginal de la longitud cervical es una herramienta útil para identificar a las pacientes en riesgo de parto prematuro refuerza la necesidad de implementar esta práctica de manera rutinaria en la atención prenatal. La detección temprana y el manejo de los factores de riesgo pueden ser estrategias efectivas para reducir la incidencia de parto prematuro, mejorando así los resultados perinatales.

Mantener en el esquema rutinario de atención a la paciente estudios ultrasonográficos durante la evaluación del segundo trimestre de medición de longitud cervical para detectar pacientes en riesgo a desarrollar trabajo de parto pretérmino.

Formación permanente a residentes de Ginecología y Obstetricia en la realización de estudios de ultrasonografía, especialmente evaluación de longitud cervical, para detectar a pacientes en riesgo de desarrollar trabajo de parto pretérmino.

Continuar con la línea de investigación de medición de longitud cervical y amenaza de parto pretérmino, a fin de comparar resultados de especificidad, sensibilidad y predicción.

Orientar a las pacientes que acuden a la consulta para que mantengan el control del embarazo como un factor de minimizar riesgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vergara S. et al. Protocolo Parto Pretérmino: ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. [Online]; 2009 [cited 2015 7 19. Available from:
[http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PAR TO_PRETERMINO.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PAR_TO_PRETERMINO.pdf).
2. Berghella V, Saccone G. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2019 [citado 30/04/2020];9(9):CD007235. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6953418/>.
<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007235.pub4> [Links]
3. Parodi K. et al. Acortamiento cervical y su relación con parto pretérmino. Rev Fac Cienc Méd [Internet]. 2018 [citado 30/04/2020];15(1):26-35. Disponible en:
<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2018/pdf/RFCMVol15-1-2018-5.pdf> [Links]
4. Akerlund M, Vargas IA, et al. Parto Prematuro. Primera ed. Cabrero L, editor. Buenos Aires: Medica panamericana; 2004.
5. Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, et al. The preterm parturition syndrome. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2006,113 Suppl 3:17-42.

6. Cuartas. Predicción de trabajo de parto pretérmino espontáneo. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2002 [citado 18 Abr 2016];53(4):341-354. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v53n4/v53n4a06.pdf>
7. Mella M, Berghella V. Prediction of Preterm Birth: Cervical Sonography. Semin Perinatol. 2009;33(5):317-24
8. Mendoza L, Claros D, Mendoza I, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016, 81(4).
9. Nápoles M. La cervicometría en la valoración del parto pretérmino. Medisan [revista en Internet]. 2012 [citado 20 Abr 2016];16(1):81-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000100012&lng=es.
10. Kumari A, Jain P, Gupta M. Predicción del parto en mujeres con trabajo de parto prematuro amenazador utilizando proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina fosforilada-1 y longitud cervical mediante ultrasonido transvaginal. Journal of Clinical & Diagnostic Research. 2017;22(1):27–68.
11. Kagan K, Sonek J. How to measure cervical length. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2015;45(3):358–62

12. Andersen H, Nugent C, Wanty S, Hayashi R. Prediction of risk for preterm delivery by ultrasonographic measurement of cervical length. *Am J Obstet Gynecol.* 1990,163(3):859-67.
13. Gómez R, Romero R, Nien JK, Chaiworapongsa T, Medina L, Kim YM, et al. A short cervix in women with preterm labor and intact membranes: a risk factor for microbial invasion of the amniotic cavity. *Am J Obstet Gynecol.* 2005,192(3):678-89.
14. Barreto B, Michelini K, Valor predictivo de la cervicometria para la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Saúl Garrido Rosillo. Tumbes 2016. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Tumbes. Perú.
15. Berghella V, Palacio M, Ness A, Alfirevic Z, Nicolaides KH, Saccone G. Cervical length screening for prevention of preterm birth in singleton pregnancy with threatened preterm labor: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Mar;49(3):322-329. doi: 10.1002/uog.17388. Epub 2017 Feb 8. PMID: 27997053.
16. Espinoza J. Valor predictivo de la cervicometría en el fracaso de la inducción de parto en gestantes mayores de 41 semanas, en el Hospital Belén de Trujillo (2017). Tesis de Grado. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú.
17. Valle M. Evaluación de la cervicometría e índice de Bishop para diagnóstico de amenaza de parto prematuro servicio de alto riesgo obstétrico

Hospital de la Mujer, enero – marzo de 2019. Tesis Maestría en Salud Pública. Universidad Mayor de San Andrés. Bolivia.

18. Vojvodic I. Valor de la cervicometría como prueba diagnóstica del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2021. Universidad San Martín de Porres. Perú.

19. Henríquez M. Orozco R. Cervicometría como predictor de parto pretérmino en mujeres atendidas en el hospital alemán- Nicaraguense. Managua enero a octubre 2015. CORE [serie en línea]. 43 (1): 3-13.

20. Hernández, M. 2006. Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales. Edit. Pedagógica De Venezuela, Caracas. 3a Ed.

21. Godoy P. Medición ultrasonografía de la longitud cervical entre 16 a 24 semanas de gestación como predictor de parto pretérmino espontáneo en una población de mujeres latinas asintomáticas. Universidad Autónoma de Bucaramanga. 2023. Redacyl. [serie en línea] 81(2): 4-12.

22. Castillo E. Relación entre la cervicometría ultrasonográfica y el parto pretérmino en pacientes con amenaza de parto pretérmino [Internet]. Trujillo: Repositorio UNT 2014. [Consultado 10 de junio del 2019]. Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/10242/CastilloCastro_E.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Vásquez J. Relación entre Cervicometría y Parto Prematuro en pacientes con trabajo de parto pretérmino [Internet]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala; 2018[Consultado 20 de setiembre del 2018]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11021.pdf

24. García J. Pronóstico de la Medición de la Longitud Cervical En La Amenaza de Parto Prematuro [tesis]. Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz 2008. España. Zaragoza.

25. Mejía Z. Validez diagnóstica de la cervicometría ultrasonografía en parto pretérmino [Internet]. San Pedro Sula: Repositorio Universidad Nacional Autónoma De Honduras Valle De Sula; 2017[Consultado 10 de mayo del 2019] Disponible en: <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS64/pdf/TMVS64.pdf>

26. Navarrete C. Cervicometría vaginal como predictor de parto en pacientes con diagnóstico amenaza de parto prematuro entre la semanas 22 a 34 de gestación, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense Enero – Diciembre del 2016[Internet]. Nicaragua: Repositorio UNAN; 2016[Consultado 10 de setiembre del 2018]: <http://repositorio.unan.edu.ni/4534/1/96682.pdf>

27. Estrada B. Longitud cervical ecográfica en la predicción del parto pretérmino en el servicio de obstetricia. Hospital de Tingo María 2017 [Internet]. Huánuco: Repositorio UNHEVAL; 2017[consultado 13 de abril del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/5305>

28. Vázquez J. Relación entre Cervicometría y Parto Prematuro en pacientes con trabajo de parto pretérmino [Internet]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala; 2018[Consultado 20 de setiembre del 2018]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11021.pdf
29. Castañeda J, Factores de Riesgo Clínicos y Prevención del Parto Pretérmino, Servicio de Embarazo Pretérmino, Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev. Per Gineco-Obstetra, Lima-Perú 2008

APÉNDICES

Apéndice A

VALIDACION DEL INSTRUMENTO EXPERTO

Yo, DR. JOSÉ ANTONIO D JOUAYED, CI:19.729.076, en mi carácter como especialista en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, certifico que he leído, corregido y validado el instrumento de recolección de Datos del trabajo de grado que realiza la DRA. ANA PATRICIA PAMPHIL CASTILLO, con el título de VALOR PREDICTIVO DE LA CERVICOMETRIA EN AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES ENTRE SEMANA 16 Y 22 DE GESTACION. COMPLEJO HOPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR. El cual según mi juicio de experto cumple con las características de validez de contenido, constructo y criterio para ser aplicada en dicha población según los objetivos de la investigación. Certifico mediante la apreciación cualitativa y doy visto bueno de los criterios de presentación del instrumento, calidad de redacción de los ítems, pertinencias de las variables con los indicadores de relevancia del contenido y factibilidad de aplicación. Finalizada la revisión, como experto decido VALIDARLO por considerar que el mismo se ajusta a lo exigido en el instructivo para la elaboración y presentación final del trabajo de grado para obtención de título de postgrado dispuesto en el reglamento de postgrado dictado en uso de sus atribuciones legales por el consejo universitario de la Universidad De Oriente. En fe de lo anterior, firmo en Ciudad Bolívar, octubre 2024.

DR. JOSÉ ANTONIO D JOUAYED. C.I: V-.19.729.076
GINECOLOGO Y OBSTETRA

Apéndice B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad Bolívar ____enero 2019.

Habiendo recibo y entendido las explicaciones pertinentes y el objetivo de lo que _____ me _____ propone, Yo, _____ con Cedula de identidad No: _____, acepto voluntariamente participar en el trabajo de grado del DRA. ANA PATRICIA PAMPHIL CASTILLO, titulado VALOR PREDICTIVO DE LA CERVICOMETRIA EN AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES ENTRE SEMANA 16 Y 22 DE GESTACION. COMPLEJO HOPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR y estoy dispuesta a responder todas las preguntas del instrumento de recolección de datos. Toda la información suministrada será confidencial y solo podrá ser conocida por las personas que participen en este estudio y mi identidad no podrá ser revelada. Se me dio la oportunidad de hacer todas las preguntas necesarias para disipar cualquier duda, estando satisfecha con la información suministrada y las he comprendido. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntaria y a la realización de la anamnesis y examen físico.

FIRMA Y CEDULA DE LA PACIENTE

Apéndice C

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No de ficha:

Fecha:

Nombre del encuestador:

CASO.....

Antecedentes Gineco- obstétricos:

Gestas: I (), II (), III (), IV (), >IV ()

Edad gestacional actual:_____

Control prenatal: Si___ No___ Antecedentes de parto pretérmino: Si___

No___ Antecedentes de ruptura prematura de membrana: Si___ No___

Infección vaginal en embarazo actual Si___ No___ tratado: Si___ No___

infección del tracto urinario: Si___ No___ tratado: Si___ No___

Características de la evaluación ecográfica:

Longitud cervical

Primera medida_____ segunda medida _____ tercera medida _____

Resultados final:

Edad Gestacional al finalizar embarazo: _____SG

Parto Pretérmino Si___ No___ Amenaza de parto pretérmino Si___ No___

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Valor predictivo de la cervicometría en amenaza de parto pretérmino en pacientes entre semana 16 y 22 de gestación. complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez. ciudad Bolívar-estado Bolívar.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Pamphil Castillo Ana Patricia	ORCID	
	e-mail:	anapamphil91@gmail.com

Palabras o frases claves:

cervicometría
parto pretérmino
amenaza de parto pretérmino

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia	Dpto. de Ginecología y Obstetricia
Línea de Investigación: Ginecología y Obstetricia	

Resumen (abstract):

Introducción: Uno de los problemas actuales de mayor importancia en medicina perinatal lo constituye el parto pretérmino, pues además de elevar la morbilidad y mortalidad perinatales, causa daño neurológico y afecta el desarrollo en los recién nacidos. En este trabajo de investigación no solo se destaca el valor de la cervicometría como método de predictivo de parto pretérmino sino su importancia para pronosticar la amenaza de ocurrencia de esto último cuando existe disminución de la longitud cervical. **Objetivo:** Determinar el valor predictivo de la cervicometría en amenaza de parto pretérmino en pacientes entre semana 16 y 22 de gestación atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez entre noviembre 2023 y agosto 2024. **Metodología:** tipo correlacional, longitudinal, descriptivo y de campo, cuya población estará conformada por pacientes con edad gestacional comprendida 16 y 22 semanas y que cumplan con los criterios de inclusión. **Resultados:** en cuanto a las gestantes estudiadas se obtuvo que las de mayor frecuencia fueron las de 16 semanas con 22,16%, la longitud cervical que predominó en el grupo control fue de 2,5 cm a 3cm con 50,57%, se demostró que las pacientes que presentaron longitud cervical <2,5cm presentaron amenaza de parto pretérmino en un 31,82%, el 68,75% de las pacientes presentaron embarazo no controlado, 17,61% antecedentes de parto pretérmino, 19,89% antecedentes de RPM, 48,30% presento infección vaginal, 20,45% infección del tracto urinario. Valor predictivo positivo 4%, valor predictivo negativo 18,75% con una especificidad 25% y sensibilidad 89%. **Conclusiones:** la cervicometría demuestra ser un método eficaz para predecir la amenaza de parto pretérmino.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dr. José Antonio D Jouayed	ORCID				
	e-mail	josedjouayed@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Carlos Rodríguez	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	crr506@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Mariana Luna	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	lmariana1987@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación: 2024/12/04

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

NBOTES_PCAP2024

Alcance:

Espacial:

Servicios de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez

Temporal:

Noviembre 2023 – Agosto 2024

Título o Grado asociado con el trabajo:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Nivel Asociado con el Trabajo:

Postgrado - Especialista en Ginecología y Obstetricia

Área de Estudio:

Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

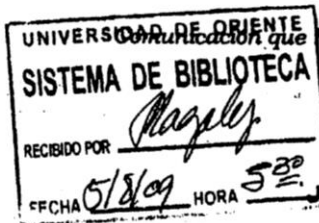
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,


JUAN A. BOLANOS CUNEO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.



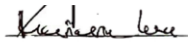
Tutor

Dr. José Antonio D Jouayed



Jurado

Dr. Carlos Rodríguez Sotillo



Jurado

Dra. Mariana Luna



Tesista

Dra. Ana Patricia, Pamphil Castillo

