



## **Titulo. Pesario cervical como prevención primaria de la prematuridad. Cervical pessary as primary prevention of prematurity.**

Dr. MsC. Luis Gustavo García Baños.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Policlínico José Manuel Seguí Jiménez. Artemisa. Cuba. Email: luisgustavo@infomed.sld.cu.  
<https://orcid.org/0000-0003-3054-3500>

Dra. Marilín Alonso Sicilia.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Policlínico José Manuel Seguí Jiménez. Artemisa. Cuba. Email: marilinalonso@infomed.sld.cu.  
<https://orcid.org/0000-0001-6419-5992>

### **Resumen:**

**Introducción.** El parto pretérmino es complejo y multifactorial. La cervicometría, como predictor de parto pretérmino, se basa en la premisa de que existe relación entre la longitud cervical y el desencadenamiento del trabajo de parto.

**Objetivo:** Describir la utilización del pesario cervical en la prevención de la prematuridad.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo en una serie de casos. La muestra, 42 gestantes con embarazos simples y cervicometría patológica, se les colocó pesario cervical. Las variables: edad gestacional al colocar el pesario, longitud cervical funcional, permeabilidad del orificio cervical interno y edad gestacional al parto. Los datos recopilados y procesados utilizando el programa estadístico SPSS versión 21® para Windows, con el que se realizaron los cuadros y análisis correspondientes a las variables estudiadas. Se utilizó estadística descriptiva, con medidas de frecuencias absolutas, porcentos, tendencia central y mínimo-máximo.

**Resultados.** Se colocaron 42 pesarios, 17 durante el año 2022. La edad gestacional que predominó al colocar el pesario fue en menores de 28 semanas con un 69 %, la mínima de 23,4 semanas y una máxima de 32. El mayor número de gestantes 31, tenían una longitud cervical

funcional entre 20,1 mm y 25 mm. Solamente 7 pacientes presentó un orificio cervical mayor o igual a 5 mm. El 76 % de las gestantes presentó un parto después de las 37 semanas.

**Conclusiones.** Este estudio asociado a los resultados de otros similares arroja que el pesario cervical puede ser utilizado como herramienta de prevención primaria del parto prematuro en pacientes de cuello corto.

**Palabras clave:** Parto prematuro, mujeres embarazadas, permeabilidad cervical, cervicometría, pesario cervical.

### **Summary:**

**Introduction.** Preterm birth is complex and multifactorial. Cervicometry, as a predictor of preterm labor, is based on the premise that there is a relationship between cervical length and the onset of labor.

**Objective:** To describe the use of the cervical pessary in the prevention of prematurity.

**Methods:** Descriptive observational study in a series of cases. The sample, 42 pregnant women with singleton pregnancies and pathological cervicometry, had a cervical pessary placed. The variables: gestational age when placing the pessary, functional cervical length, patency of the internal cervical os, and gestational age at delivery. The data collected and processed using the statistical program SPSS version 21® for Windows, with which the tables and analyzes corresponding to the variables studied were made. Descriptive statistics were used, with measurements of absolute frequencies, percentages, central tendency, and minimum-maximum.

**Results.** 42 pessaries were placed, 17 during the year 2022. The gestational age that prevailed when placing the pessary was in children under 28 weeks with 69%, the minimum of 23.4 weeks and a maximum of 32. The largest number of 31 pregnant women had a functional cervical length between 20.1 mm and 25 mm. Only 7 patients presented a cervical orifice greater than or equal to 5 mm. 76% of pregnant women gave birth after 37 weeks.

**Conclusions.** This study, associated with the results of other similar ones, shows that the cervical pessary can be used as a primary prevention tool for preterm birth in patients with a short neck.

**Key words.** Preterm labor, pregnant women, cervical patency, cervicometry, cervical pessary

## I. INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es el que ocurre antes de las 37 semanas de embarazo; su incidencia es de entre 7 y 10 % siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal, con exclusión de las malformaciones congénitas.<sup>1</sup> En la actualidad, los marcadores que permiten evaluar de forma más objetiva y con alta especificidad el riesgo de parto prematuro son: la medición ecográfica transvaginal de la longitud cervical y la determinación de la fibronectina fetal en la secreción vaginal.<sup>2</sup>

El origen del parto pretérmino es complejo y multifactorial; por eso el primer paso consiste en integrar una detallada historia clínica que permita identificar a las embarazadas de riesgo. Entre los factores de riesgo están: antecedente de dos o más pérdidas fetales en el segundo o tercer trimestre, la rotura prematura de membranas antes de la semana 34, cirugía uterina previa o anomalías uterinas congénitas y factores que supongan distensión uterina, como los embarazos múltiples y el polihidramnios. La causa conocida más frecuente es la infección o la inflamación intraamniótica subclínica.<sup>3</sup>

El parto pretérmino es responsable de más del 70% de todas las muertes neonatales e infantiles. Además, el riesgo de parálisis cerebral en niños prematuros es 10 veces mayor que entre los nacidos a término. Los riesgos de mortalidad y morbilidad perinatal están inversamente relacionados con la edad gestacional al nacimiento. El riesgo de parto pretérmino está inversamente relacionado con la longitud cervical, medido por ecografía entre las 20 y 24 semanas.<sup>4</sup>

La cervicometría, como predictor de parto pretérmino, se basa en la premisa de que existe relación entre la longitud cervical y el desencadenamiento del trabajo de parto; el cuello uteri-

no corto (menor de 15 mm) es un fuerte predictor de parto pretérmino. Por su parte, el cuello largo (mayor de 30 mm) tiene un valor predictivo negativo de 95 %.

En cuanto a los métodos potenciales para prevenir el parto pretérmino, se dispone de la progesterona, el cerclaje cervical y el pesario.

El pesario cervical se ha probado para el tratamiento de la insuficiencia cervicouterina desde la década de 1950.<sup>5, 6</sup> Es un dispositivo flexible, de silicona, con forma de anillo que se coloca por vía vaginal, alrededor del cuello. Su mecanismo de acción, sin ser bien conocido, puede modificar el eje del canal cervical y dirigirlo hacia el sacro, por lo que el peso del embarazo descansa sobre el segmento uterino anterior, en vez de hacerlo directamente sobre el canal cervical; así se evita que el exceso de presión favorezca la dilatación o la rotura prematura de membranas.<sup>7</sup>

Arabin y Alfirevic, publicaron que la colocación de pesario en los casos de cérvix corto detectado ecográficamente en gestaciones de riesgo de parto pretérmino, disminuía la tasa de prematuridad tanto en embarazos simples como múltiples.<sup>8</sup>

El pesario cervical es relativamente no invasivo, no depende del operador, es fácil de usar, no requiere anestesia, puede usarse en el ámbito de consultorios ambulatorios y se extrae fácilmente cuando es necesario.

El parto pretérmino, constituye un problema de salud en incremento en el municipio de Güira de Melena, incrementando la morbimortalidad de los recién nacidos. Ante esta problemática se plantea como objetivo, describir la utilización del pesario vaginal en la prevención del parto pretérmino.

## **II. MÉTODO**

### **I. TIPO DE ESTUDIO.**

Se realizó un estudio observacional descriptivo en una serie de casos, en el municipio de Güira de Melena, provincia de Artemisa, Cuba, desde enero de 2019 hasta septiembre 2022.

### **II. UNIVERSO**

El universo quedó constituido por 42 gestantes con embarazos simples, a las cuales durante la realización de la cervicometría realizada a las 22 y hasta las 32 semanas de gestación dió resultado patológico y se les colocó pesario cervical, las cuales constituyeron la muestra al cumplir los criterios de selección (inclusión y exclusión).

*A. Criterios de inclusión.*

- Gestantes que estén de acuerdo en colocarse el pesario.
- Gestantes con cuello menor de 25 mm y/o orificio cervical interno mayor o igual de 5 mm o tunelización mayor de 6 mm en la cervicometría.

- No presentar colporeea patológica y urocultivo negativo.

- Feto vivo.

- No hemorragia uterina.

- No útero irritable.

*B. Criterios de exclusión.*

- Embarazos múltiples.

*C. Criterios de salida.*

- Gestantes que no se les pudo recoger su información.

### III. DINÁMICA DE TRABAJO.

Previo a la inserción del pesario se realizó una ecografía transvaginal, utilizando un equipo de ultrasonido Philips Affiniti 30, se utilizó transductor transvaginal de 5 y 7,5 MHZ con ángulo panorámico de 180°, para definir las modificaciones cervicales, todas las gestantes con resultados patológicos de la cervicometría se ingresaron en el hogar materno del municipio para su valoración. Las que cumplieron los criterios de inclusión se les obtuvo su consentimiento informado de participación, previo a colocarle el pesario cervical.

### IV. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Los datos recolectados se vertieron en una base de datos como hoja de cálculo en Microsoft Office® Excel, que dominó los datos de las gestantes.

Se llevó a cabo el proceso de depuración de la información, de todas las variables de estudio para su posterior análisis.

*A. Variables en estudio.*

- Edad gestacional al colocar el pesario. Menos de 28 semanas, entre 28 y 32 semanas
- Longitud cervical funcional. Menor de 15 mm, 15 mm a 20 mm y de 20,1 a 25 mm
- Permeabilidad del orificio cervical interno. Menos de 5 mm, 5 a 9 mm y 10 mm y más.
- Edad gestacional al parto. Menor de 28 sem. Entre 28 y 33,6 sem. Entre 34 y 36,6 sem. Mayor de 37 sem.

**V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

Los datos fueron recopilados y procesados utilizando el programa estadístico SPSS versión 21® para Windows, con el que se realizaron los cuadros y análisis correspondientes a las variables estudiadas y que siguieron la lógica de su distribución y clasificación. De forma general para dar salida a los objetivos planteados se utilizó la estadística descriptiva, con medidas de frecuencia absolutas, porcentos, tendencia central y mínimo-máximo.

**VI. ASPECTOS ÉTICOS.**

El estudio se realizó en concordancia con la Declaración de Helsinki, 2013 y la International Ethical Guide lines on Epidemiological Studies.<sup>9</sup> La investigación comenzó luego de la aprobación de las solicitudes al Consejo Científico del Policlínico y el Comité de Ética de las Investigaciones Científicas (CEIC). Todos los datos recolectados se llevaron a una base de estos, se mantuvo el principio de privacidad y confidencialidad.

**III. RESULTADOS**

En el período comprendido entre enero 2019 a septiembre 2022 en el municipio de Güira de Melena, provincia Artemisa a 42 pacientes que cumplieron los criterios de selección; se les colocó pesario cervical para prevenir parto pretérmino en gestantes con cuello uterino corto

detectado por ultrasonido transvaginal. En el grafico 1, se muestra la distribución por años del número de pacientes a las cuales se les colocó el pesario. Siendo durante el transcurso del año 2022 el mayor número de pesarios colocados, 17 de ellos.

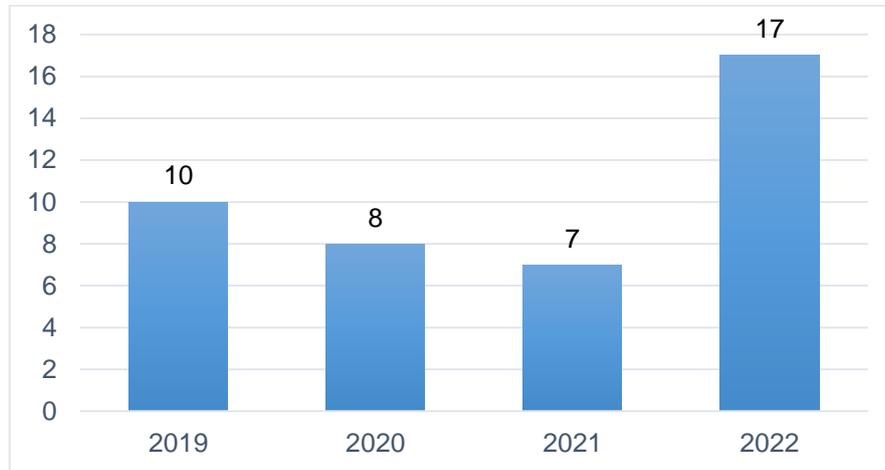


Fig. 1, Pesarios cervicales colocados desde 2019 a 2022

La prematuridad es responsable de un alto porcentaje de la morbilidad y mortalidad perinatal. La tendencia en los últimos años ha sido actuar en la identificación de los factores de riesgo del parto pretérmino para establecer medidas o estrategias de prevención que se puedan realizar en función del momento de actuación.<sup>10</sup>

El uso del pesario cervical en la prevención de la prematuridad en embarazos únicos aún no está completamente establecido. Si bien se utiliza desde 1959, no existen suficientes estudios que avalen su eficacia.<sup>11</sup>

A pesar de lo anterior es una de las opciones terapéuticas en la prevención del parto pretermo, que están protocolizadas en países como España.<sup>12</sup> En Cuba con la instauración de los protocolos de actuación se ha venido utilizando como una opción terapéutica.<sup>13, 14</sup>

La diferencia encontrada en este estudio en los primeros años en los que se utilizó el pesario cervical como opción terapéutica con respecto al 2022, donde se colocaron alrededor del do-

ble de este dispositivo, estuvo en relación con la pandemia de COVID-19. Lo cual trajo consigo dificultad para el seguimiento de las gestantes al mantenerse los protocolos de aislamiento.

El número mundial de casos de COVID-19 aumentó exponencialmente en 2020, tanto que, hasta el 6 de marzo de 2021, había ya más de 116 millones de casos y más de 2,5 millones de muertes causadas por COVID-19. Hasta el 16 de mayo de 2021 en la región de las Américas se habían confirmado 64 934 163 casos de COVID-19 y 1 587 859 muertes desde enero de 2020.<sup>15, 16, 17</sup>

En la tabla 1, muestra la edad gestacional de las gestantes al momento de colocar el pesario cervical, encontrando que 29 de ellas para un 69,0 % tenían menos de 28 semanas de gestación. El resto 13 para un 30,9 % tenían entre 28 y 32 semanas de gestación al momento de colocarse el pesario. La edad gestacional media fue de 23.4 semanas con una mínima de 22 semanas y una máxima de 32.

Tabla 1. Edad gestacional al colocar los pesarios.

Edad Gestacional	número	por ciento
Menos 28 sem.	29	69,0
28 – 32 sem	13	30,9
Total	42	100.0

En los últimos años se ha optado por la colocación de pesarios para prevenir el parto pretérmino, pues representa un método más sencillo de cerclaje cervical.<sup>7, 18</sup>

Su mecanismo de acción se basa en modificar el eje del canal cervical y desplazar el peso uterino, reorientando el canal cervical hacia la cara posterior y de esta forma hacer que el peso del feto recaiga en el segmento uterino anterior, para así evitar que el exceso de presión favorezca la dilatación o rotura de las membranas.

Además, al cambiar el ángulo del cuello uterino, el pesario también obstruye el orificio cervical interno y puede prevenir infecciones ascendentes. El pesario se coloca de forma ambulatoria y puede retirarse de la misma manera, en cualquier momento si existiera alguna complicación.

A pesar de sus ventajas, no está exento de complicaciones, la mayor parte de escasa importancia y relacionadas con la técnica de colocación. El principal efecto adverso incluye aumento de la secreción vaginal, con subsiguiente leucorrea asintomática provocada por la colección de flujo retenido en el pesario. Las pacientes deben recibir información al respecto y expresarles que no supone una necesidad de retiro.<sup>19, 20</sup>

La longitud cervical funcional se muestra en la tabla 2. Las gestantes se dividieron según la medición cervical en menor de 15 mm, que aportó 6 gestantes para un 14,2 %. Entre 15 y 20 mm, con 5 para un 11,9 % y de 20,1 mm hasta 25 mm, la cual aportó el mayor número de gestantes con 31 para un 73,8 %.

La media de la longitud cervical funcional fue de 22,5 mm con un mínimo de 13 mm y un máximo de 25 mm.

Tabla 2. Longitud cervical funcional.

Longitud Cervical	número	por ciento
menor 15 mm	6	14,2
15 – 20 mm	5	11,9
20,1 – 25 mm	31	73,8
Total	42	100,0

Guzmán y otros, indican que la mejor variable para determinar el riesgo de parto prematuro en pacientes con alto riesgo, es la medición de la longitud cervical y recomiendan restricción

de la actividad física si la longitud es menor de 25 mm y prevención quirúrgica con cerclaje cuando la longitud es menor de 20 mm.<sup>18</sup>

Se ha propuesto que la medida del canal cervical durante el embarazo va disminuyendo progresivamente a partir de las 20 sem, este acortamiento todavía no está bien dilucidado, y al parecer es una regresión fisiológica.

Por medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal combinada con la historia obstétrica, Según la Fundación de Medicina Fetal de Londres, Inglaterra, se puede detectar hasta 82,2% de partos pretérmino antes de las 28 semanas y hasta 29,3% de los partos pretérmino entre 34 y 36 semanas.<sup>11</sup>

Estudios realizados por otros autores en relación con la utilización del pesario cervical en la prevención del parto pretérmino, concluyen que la utilización del mismo, permite que el embarazo progrese al término con resultados beneficiosos y sin evidencia de efectos adversos.<sup>19, 20, 21</sup>

También en el 2019, Daskalakis y otros, determinaron que una longitud cervical de 15 mm o menos tiene un alto riesgo de parto pretérmino antes de las 33 sem; esto puede encontrarse en el 1 % de la población. Además se ha demostrado que la longitud cervical menor de 20 mm está presente en el 100 % de las pacientes con amenaza de parto pretérmino, se encuentra una fuerte relación entre la reducción de la longitud y esta enfermedad obstétrica.<sup>22</sup>

La incompetencia cervical se considera en forma tradicional como causa de aborto durante el segundo trimestre, hay evidencias que sugieren variaciones de la enfermedad. El espectro de las presentaciones abarca la pérdida recurrente de embarazo durante el segundo trimestre, que es la más reconocida, algunas formas de trabajo de parto pretérmino que pueden acompañarse de prolapso de las membranas en ausencia de contractilidad uterina significativa o ruptura de membranas y probablemente trabajo de parto muy rápido en embarazos a término.

La incompetencia cervical durante el segundo trimestre es una forma de síndrome en el que la característica predominante es la maduración del cuello uterino. Sin embargo algunos casos de incompetencia cervical que se producen en el segundo trimestre podrían no deberse a

enfermedades cervicales primarias que estimulan la madurez prematura, sino que tal vez se asocien con otros procesos patológicos.

La tabla 3, nos muestra la permeabilidad del orificio cervical interno. La mayor cantidad de pacientes presento una permeabilidad menor de 5 mm que representó el 83,3 % del total, 6 de ellas un orificio entre 5 y 9 mm y solamente 1 presentó 10 mm y más.

Tabla 3. Permeabilidad del orificio cervical interno.

Permeabilidad del OCI	No.	%
Menos de 5 mm	35	83,3
5 – 9 mm	6	14,2
10 mm y más.	1	2,3
Total	42	100,0

No hemos encontrado publicaciones que reflejen solamente la permeabilidad del orificio cervical interno en el resultado de la cervicometría. La relación de la longitud cervical y la permeabilidad del orificio cervical interno son directamente proporcional al riesgo de prematuridad. Estudios reflejan como la relación de estos parámetros cuando tienen resultados patológicos tienen una especificidad del 86 % y una sensibilidad del 80 % para la predicción del parto pretérmino.<sup>23, 24</sup>

La distribución de las pacientes según la edad gestacional alcanzada al momento del parto, tabla 4, muestra que 32 de las gestantes, para un 76,1 % alcanzaron el término de la gestación, 7 de ellas 16,6 % se incluyó en el grupo de pretérmino leve 34-36,6 y solo 3 del total de las pacientes 7,1 % obtuvieron un parto entre las 28 y 33,6 sem. A todas las pacientes que alcanzaron la edad gestacional de 37 semanas se les retiro el pesario, para minimizar el riesgo potencial de infección por el uso de este dispositivo.

Tabla 4. Edad gestacional de las embarazadas al parto.

Edad gestacional	No.	%
Menor de 28 sem.	0	0,0
28 – 33.6 sem.	3	7,1
34 – 36.6 sem.	7	16,6
Mayor de 37 sem	32	76,1
Total	42	100,0

En este estudio la tasa de parto pretérmino entre las 34 semanas y las 36,6 semanas estuvo acorde a la literatura revisada donde encontramos resultados de 17,5 % según sus autores.<sup>25, 26</sup>

El parto pretérmino, continúa siendo un una cuestión de suma importancia para la práctica obstétrica contemporánea. En años recientes se produjeron avances en las herramientas utilizadas para la predicción y prevención, especialmente con respecto a la evaluación del riesgo en el lugar de atención.

Si bien todavía hay aspectos inciertos con respecto a la mejor intervención, el cerclaje, la progesterona y el pesario de Arabin se muestran promisorios y las investigaciones sobre cada una de estas modalidades están en curso. Sigue siendo un desafío poder aplicar la intervención adecuada a la paciente correcta.<sup>27, 28</sup>

La principal fortaleza de esta investigación es que para la predicción del parto pretérmino utiliza una herramienta ecográfica estandarizada en nuestro país. Como potencial desventaja es la selección de una muestra relativamente baja lo cual puede llevar a sesgos en la investigación.

#### IV. CONCLUSIONES

La información de este estudio, asociado a los resultados de otras investigaciones similares, sugiere que el pesario cervical, puede ser utilizado como herramienta de prevención primaria del parto prematuro en mujeres con cuello corto.

#### REFERENCIAS

1. Frey H A., Klebanoff M A. The epidemiology, etiology and cost of preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2016; [citado 2023 Ene 28]; 21 (2): 68-73. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.011>
2. Nicolaides KH, Syngelaki A, Poon LC, Picciarelli G, Tul N, Zamprakou A, Skyfta E, Parra-Cordero M, Palma-Dias R, Rodriguez-Calvo J. A randomized trial of a cervical pessary to prevent preterm singleton birth. *N Engl J Med.* [Internet]. 2016; [citado 2023 Ene 28]; 374(11):1044-52. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1511014>
3. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018; [citado 2023 Ene 28]; 218(2): -180. DOI: 10.1016/j.ajog.2017.11.576. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937817323438>
4. Brandt B, Hendler I, et al. Quantitative assessment of physical activity in pregnant women with sonographic short cervix and the risk for preterm delivery: A prospective pilot study. *PLoS One* [Internet]. 2018; [citado 2023 Ene 28]; 13(6):e0198949. DOI: 10.1371/journal.pone.0198949. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0198949>
5. Pacagnella R, Mol B, Borovac-Pinheiro, A. et al. A randomized controlled trial on the use of pessary plus progesterone to prevent preterm birth in women with short cervical length (P5 trial). *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019; [citado 2023 Ene 28]; 19(1): 1-9. Available

from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2513-2.pdf>

6. Daskalakis G, Goya M, Pergialiotis V, et al. Prevention of spontaneous preterm birth. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2019; [citado 2023 Ene 28]; 299: 1261–1273. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05095-y>.

7. Valdés V Rafael, Carvajal C Jorge A. Ensayo randomizado del uso de pesario cervical para prevenir parto prematuro en embarazos únicos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Jun [citado 2023 Ene 28]; 81(3): 262-264. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262016000300014&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262016000300014&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300014>.

8. Arabin B, Alfirevic Z. Cervical pessaries for prevention of spontaneous preterm birth: Past, present and future. Ultrasound Obstet Gynecol [Internet]. 2013; [citado 2023 Ene 28]; 42(4):390–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282542/pdf/uog0042-0390.pdf>

9. Asociación Médica Mundial AMM. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 64<sup>a</sup> Asamblea General. Fortaleza, Brasil: AMM; 2013 Oct [citado 2023 Ene 14]. 8 p. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>

10. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y Ginecología. [internet]. 4<sup>a</sup>. Ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecología-cuarta-edición/>

11. Huertas Tacchino Erasmo. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Jul [citado 2023 Ene 28]; 64(3): 399-404. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S230451322018000300013&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322018000300013&lng=es). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>.

12. Ferrero S, Cobo T, Murillo C, Palacio M. Protocolo: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino. Protoc Med Fetal I Perinat Hosp Clinic- Hosp St Joan D u- Univ Barcelona [Internet]. 2019; [citado 2023 Ene 28]; 3. Available from: <http://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/manejo-de-la-paciente-con-riesgo-de-parto-prematuro.html>
13. Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes/ rev. Técnica. Andrés Breto García y Mercedes Piloto Padrón. – La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017.: il., tab. ISBN 978-959-313-43-7
14. Cambero Martinez, Y. Temas de obstetricia para la atención primaria de salud/colectivo de autores; rev. Técnica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019. 253 p.: il., tab.-- (Ginecología y Obstetricia) Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/>
15. Capobianco G, Saderi L, Aliberti S, Mondoni M, Piana A, Dessolet F, et al. COVID 19 in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020 [acceso 11/07/2021];252:543-58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7363619/>
16. Galang RR, Chang K, Strid P, Snead MC, Woodworth KR, House LD, et al. Severe Coronavirus Infections in Pregnancy: A Systematic Review. Obstetrics & Gynecology. 2020 [acceso 11/07/2021];136(2):262-72. Disponible en: [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/08000/Severe\\_Coronavirus\\_Infections\\_in\\_Pregnancy\\_A.8.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/08000/Severe_Coronavirus_Infections_in_Pregnancy_A.8.aspx)
17. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) 18 de mayo 2021. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud; 2021 [acceso 11/07/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-porcoronavirus-COVID-19-18-mayo-2021>
18. Guzmán Parrado. R, Nodarse Rodríguez. A, Guerra Chang. E, Sanabria Arias. A M, Couret Cabrera. M P, Díaz Garrido. D. Caracterización del uso de pesario cerclaje como preven-

ción del parto pretérmino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013 Jun [citado 2023 Ene 28]; 39(2): 87-97. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2013000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2013000200004&lng=es).

19. Amanda. J. Uso de pesario cervical y prevención de parto pretérmino. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito) [Internet]. 2020, [citado 2023 Ene 28]; Vol. 45 Núm. 1: Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v45i1.3399>

20. Serrano-Diana C, Amezcua-Recover AN, Gil-Martínez Acacio L, Roque-Fernández MA, González-Mirasol E. Parto a través de rotura uterina posterior en una paciente con pesario de Arabin. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. 2019 marzo [citado 2023 Ene 28]; 87(3):208-212. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2652>

21. Dugoff L, Berghella V, Sehdev H, Mackeen AD, Goetzl L, Ludmir J. Prevention of preterm birth with pessary in singletons (PoPPS): randomized controlled trial. Ultrasound Obstet Gynecol [Internet]. 2018; [citado 2023 Ene 28]; 51(5):573-579. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/uog.18908>

22. Daskalakis G, Goya M, Pergialiotis V, et al. Prevention of spontaneous preterm birth. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2019; [citado 2023 Ene 28]; 299: 1261–1273. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05095-y>.

23. Boelig RC, Schoen CN, Frey H, Gimovsky AC, Springel E, Backley S, et al. Vaginal progesterone vs intramuscular 17-hydroxyprogesterone caproate for prevention of recurrent preterm birth: a randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2022; [citado 2023 Ene 28]; 226(5): [722.e1-.e12 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.02.012>.

24. Reyna-Villasmil E, Mejía-Montilla J, Reyna-Villasmil N, Torres-Cepeda D, Rondón-Tapia M, Briceño-Pérez C. Índice de consistencia cervical o longitud cervical en la predicción de parto pretérmino inminente en pacientes sintomáticas. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2021; [citado 2023 Ene 28]; 86: [274-81 pp.]. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262021000300274&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262021000300274&nrm=iso).

25. Coloma M, Gallardo Arozena M, Goya M, Nandwani C, Rosa MÁdl. Evolución y costes de la prematuridad por indicación médica en un hospital de tercer nivel. Revista chilena de obste-

tricia y ginecología [Internet]. 2021; [citado 2023 Ene 28]; 86:[3-13 pp.]. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262021000100003&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262021000100003&nrm=iso).

26. Pratcorona L, Goya M, Merced C, Rodó C, Llurba E, Higuera T, et al. Cervical pessary to reduce preterm birth & lt; 34 weeks of gestation after an episode of preterm labor and a short cervix: a randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2018; [citado 2023 Ene 28]; 219(1): [99.e1-.e16 pp.]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.031>.

27. Abdel-Aleem, H., Shaaban, O. M., Abdel-Aleem, M. A., & Aboelfadle Mohamed, A. Cervical pessary for preventing preterm birth in single-ton pregnancies. The Cochrane database of systematic reviews, [Internet]. 2022; [citado 2023 Ene 28]; 12(12), CD014508. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014508>

28. Alfircic, Z., Stampalija, T., & Medley, N. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. The Cochrane data-base of systematic reviews. [Internet]. 2017; [citado 2023 Ene 28]; 6(6), CD008991. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008991.pub3>

- **Conflictos de intereses:** Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto y no tener conflictos de interés.
- **Contribución de los autores:**

Dr. Luis Gustavo García Baños. Contribuyó en la redacción, realizó procesamiento estadístico, edición y revisión del trabajo.

Dra. Marilín Alonso Sicilia. Seleccionó la muestra del estudio y la redacción del trabajo.