



CÓMO CITAR

Quintero-Paredes PP, Chacón-Alpí AO. Prematuridad, uso de cerclaje profiláctico y pesario en su prevención. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e6801. Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6801/6456>

*Autor para correspondencia:

ppablo.quinte@gmail.com

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas
y Sandra García-González.

Palabras clave:

prematuridad, cerclaje profiláctico, pesario, prevención.

Key words:

prematurity, prophylactic cerclage, pessary, prevention.

Recibido: 18/07/2025.

Aceptado: 13/11/2025.

Publicado: 14/01/2026.

Artículo de Investigación

Prematuridad, uso de cerclaje profiláctico y pesario en su prevención

Prematurity, use of prophylactic cerclage and pessary in its prevention

Pedro Pablo Quintero-Paredes^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8584-5587>

Ángel Oshumaré Chacón-Alpí¹ <https://orcid.org/0009-0007-6867-6882>

Afiliación:

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La prematuridad constituye la causa más frecuente e importante de morbilidad perinatal.

Objetivo: Caracterizar las gestantes tributarias de cerclaje profiláctico y el pesario, según protocolos de actuación en la prevención de la prematuridad en el Policlínico Pedro Borrás Astorga, del municipio Pinar del Río.

Métodos: Se realizó un estudio analítico, descriptivo y retrospectivo, con el propósito de caracterizar a las gestantes tributarias de cerclaje profiláctico y el pesario, según protocolos de actuación en la prevención de la prematuridad, durante los años 2023 y 2024. La población de estudio estuvo compuesta por 404 gestantes y la muestra por 41.



Resultados: Primaron las gestantes mayores de 30 años de edad y el nivel educacional preuniversitario. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: antecedentes de parto pretérmino y de abortos provocados y espontáneos previos al segundo trimestre. Se halló un predominio de gestantes con un acortamiento de la longitud cervical, orificio cervical interno abierto, índice de consistencia cervical entre los percentiles 5 y 10, y la utilización del cerclaje. La negatividad de las gestantes y la edad avanzada fueron las causas para no utilizar el cerclaje y el pesario como métodos preventivos.

Conclusiones: Conocer las esencialidades de la muestra estudiada permitió actuar de manera precoz sobre los factores de riesgo. Además, se fomentó la prevención de los partos pretérminos o la reducción del bajo peso al nacer como estrategias encaminadas a reducir la incidencia y mejorar la salud materno-infantil.

ABSTRACT

Introduction: Prematurity is the most common and important cause of perinatal morbidity and mortality.

Objective: To characterize pregnant women tributary to prophylactic cerclage and pessary, according to action protocols in the prevention of prematurity at the Polyclinic Pedro Borras Astorga, of the municipality of Pinar del Río.

Methods: An analytical, descriptive, and retrospective study was conducted to characterize pregnant women tributary to prophylactic cerclage and pessary, according to protocols of action in the prevention of prematurity, during the years 2023 and 2024. The study population consisted of 404 pregnant women and the sample of 41.

Results: Pregnant women over 30 years of age and pre-university educational level prevailed. The most frequent risk factors were: a history of previous preterm birth, induced and spontaneous abortions, prior to the second-trimester. A predominance of pregnant women was found with a shortening of cervical length, an open internal cervical os, a cervical consistency index between the 5th and 10th percentiles, and the use of cerclage. The negativity of pregnant women and advanced age were the causes for not using the cerclage and the pessary as preventive methods.

Conclusions: Understanding the essential characteristics of the studied sample allowed early action on risk factors. Furthermore, the prevention of preterm births or the reduction of low birth weight were promoted as strategies aimed at reducing the incidence and improving maternal and child health.



INTRODUCCIÓN

La prematuridad constituye la causa más frecuente e importante de morbimortalidad perinatal. Los nacimientos prematuros representan el 11,1 % de los nacimientos vivos del mundo. El parto prematuro, aquel que se produce antes de las 37 semanas, es una de las principales causas de morbimortalidad perinatal, especialmente en el grupo menor de 32 semanas de gestación. Los recién nacidos prematuros presentan mayores complicaciones a corto, mediano y largo plazo, lo cual resulta en enormes costos físicos, psicológicos y económicos en cada país.⁽¹⁾

Existen diversos factores de riesgo de parto pretérmino: los obstétricos (historia de parto pretérmino previo, antecedente de aborto en segundo trimestre de la gestación, embarazo múltiple sobredistensión uterina y alteraciones vasculares), los maternos (cirugía cervical, anomalía uterina congénita, dilatación cervical, legrado uterino y antecedente de cesárea anterior en dilatación completa prolongada), sociodemográficos (tabaquismo, bajo peso materno pregestacional, período intergenésico corto, raza afroamericana y afrocaribeña y estrés materno), y otros mecanismos (infección intraamniótica, infecciones extrauterinas, senescencia celular, disminución de la acción de la progesterona).^(2,3)

La detección de modificaciones cervicales (orificio cervical interno dilatado) mediante tacto vaginal en el segundo trimestre del embarazo es considerado el factor de riesgo único más importante para parto prematuro.⁽⁴⁾ En años recientes, se ha agregado la medición ultrasonográfica de la longitud cervical porque ha demostrado ser un predictor de parto prematuro. La cervicometría se basa en la premisa de que existe relación entre la longitud cervical y el desencadenamiento del trabajo de parto; el cuello uterino corto (menor de 15 mm) también es un fuerte predictor de parto pretérmino.⁽⁴⁾

En cuanto a los métodos potenciales para prevenir el parto pretérmino, se dispone del cerclaje cervical, el pesario, entre otros. La utilización de cerclaje o la inserción del pesario en gestantes asintomáticas con alto riesgo, contribuye a prolongar la edad gestacional al momento del parto y a evitar la prematuridad extrema, con un bajo índice de complicaciones maternas y neonatales.

El cerclaje cervical se introdujo inicialmente en la década de 1950, y constituye la intervención quirúrgica donde se aplica una sutura en el cuello del útero, con la finalidad de mantener el orificio cervical cerrado. Su principal indicación es la incompetencia cervical, que se define como la incapacidad del cérvix de retener una gestación en ausencia de síntomas y signos de contracciones uterinas o trabajo de parto en el segundo trimestre.^(4,5)

Por su parte, el pesario es un dispositivo de silicona que se introdujo como soporte del cérvix en pacientes con insuficiencia cervical en 1960. El mecanismo de acción, en teoría, se basa en su capacidad mecánica para doblar el cuello del



útero hacia atrás, no solo alargándolo ligeramente, sino cambiando el ángulo úterocervical, que no solo refuerza el canal cervical, sino también disminuye el contacto de las membranas intactas con la vagina, preservando de alguna manera su integridad.^(6,7)

Variados son los estudios que han abordado la identificación, determinación y evaluación de los factores de riesgo del parto pretérmino y su prevención, lo que constituye un importante paso hacia en el descenso de la mortalidad por esta causa. No obstante, se considera necesario identificarlos, ya que no se han detallado de manera explícita desde lo local. Ello facilita realizar intervenciones específicas, como la que justifica la presente investigación, que tiene el objetivo de caracterizar las gestantes tributarias de cerclaje profiláctico y el pesario, según protocolos de actuación en la prevención de la prematuridad en el Policlínico Pedro Borrás Astorga, del municipio Pinar del Río.

MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, descriptivo y retrospectivo, con el propósito de caracterizar las gestantes tributarias de cerclaje profiláctico y el pesario, según protocolos de actuación en la prevención de la prematuridad en el Policlínico Pedro Borrás Astorga, del municipio Pinar del Río, durante los años 2023 y 2024.

La población de estudio estuvo compuesta por 404 gestantes, y la muestra no probabilística intencional por 41 gestantes que tuvieron riesgos de prematuridad. Estas fueron remitidas por el equipo básico de salud y el obstetra del grupo básico de trabajo, en conjunto, a la consulta de prematuridad.

Entre los factores de riesgo de prematuridad analizados figuraron: edad, nivel educacional, modificaciones cervicales en el examen físico ginecológico y/o ecografía transvaginal realizada durante las semanas 13 y 22 de gestación, evaluación en consulta de prematuridad, realización de cerclaje y/o colocación de pesario cervical, y las razones para la no realización de cerclaje o uso de pesario cervical.

Se aplicó una encuesta y se revisaron las historias clínicas de las gestantes con previo consentimiento de estas. Se utilizaron métodos de estadística descriptiva y los resultados fueron expresados en tablas. El protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el correspondiente comité de ética del policlínico.

Se elaboró un fichero de datos con la utilización del programa estadístico SPSS versión 1, y los resultados fueron expresados en tablas para su mejor comprensión.

Además, se tuvieron en cuenta los principios éticos para la investigación médica con datos provenientes de seres humanos, según la Declaración de Helsinki, de



la Asociación Médica Mundial, y la guía de la Organización Mundial de la Salud para el Comité de Ética de las Investigaciones, establecida por el Council for International Organizations of Medical Sciences en 2002. Se solicitó a cada participante su consentimiento informado.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de las gestantes según nivel educacional y edad. Primaron las gestantes del grupo de edad mayor de 30 años (51,2 %) y el nivel educacional preuniversitario (43,9 %).

Tabla 1. Gestantes según nivel educacional y grupos de edades

Nivel educacional	Grupo de edades							
	Menor de 20 años		20-30 años		Mayor de 30 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Secundaria	2	4,9	-	-	3	7,3	5	12,2
Preuniversitario	-	-	11	26,8	7	17,1	18	43,9
Técnico medio	-	-	4	9,8	4	9,7	8	19,5
Universitario	-	-	3	7,3	7	17,1	10	24,4
Total	2	4,9	18	43,9	21	51,2	41	100

En la tabla 2 se observan los factores de riesgo de prematuridad presentes en la muestra estudiada. Las gestantes se distribuyeron según el factor de riesgo, los antecedentes de parto pretérmino anterior, los abortos provocados y los espontáneos previos al segundo trimestre, la anemia, los polihidramnios, el embarazo gemelar y los abortos espontáneos previos al segundo trimestre. Se observó una prevalencia de los antecedentes de parto pretérmino anterior (31,7 %) y los abortos provocados (26,8 %).



Tabla 2. Gestantes según factores de riesgo de prematuridad

Factores de riesgo de prematuridad	No.	%
Antecedentes de parto pretérmino anterior	13	31,7
Abortos provocados	11	26,8
Abortos espontáneos previos al segundo trimestre	6	14,6
Anemia	6	14,6
Polihidramnios	4	9,8
Embarazo gemelar	2	4,9
Fibroma uterino	2	4,9
Trastornos hipertensivos del embarazo	2	4,9
Otros	4	9,8

La tabla 3 expone las modificaciones cervicales en ecografía transvaginal de las gestantes estudiadas. Se tuvo en cuenta que la longitud cervical normal en una gestante nulípara es de aproximadamente 3 a 4 cm de largo y de 2,5 a 3 cm de diámetro; oscila entre 2,5 y 3,5 cm. En relación a esta variable, se halló un predominio de las gestantes con un acortamiento de la longitud cervical (46,3 %), y el orificio cervical interno abierto (29,3 %) y el índice de consistencia cervical entre los percentiles 5 y 10 (24,4 %).

Tabla 3. Gestantes con modificaciones cervicales en ecografía transvaginal

Modificaciones cervicales en ecografía transvaginal	No.	%
Acortamiento de la longitud cervical	19	46,3
Orificio cervical interno abierto	12	29,3
Índice de consistencia cervical 5-10 percentil	10	24,4
Índice de consistencia cervical menor de 5 percentil	8	19,5

En la tabla 4 se relacionan las gestantes con criterios de cerclaje y/o pesario remitidas por el equipo básico de salud y el obstetra del grupo básico de trabajo a la consulta de prematuridad; fueron evaluadas el 100 %. Predominaron las gestantes con cerclaje, seguidas de aquellas con pesario cervical; en ocasiones hubo necesidad del uso de los dos métodos en una misma gestante. La realización del cerclaje prevaleció en las que tenían antecedentes de parto pretérmino anterior (24,4 %), mientras que la colocación del pesario cervical se observó, principalmente, en gestantes con acortamiento de la longitud del cuello y las que tenían orificio cervical interno abierto (19,5 % en cada caso).



Tabla 4. Embarazadas evaluadas en consulta de prematuridad según criterios de realización de cerclaje y/o colocación de pesario, y la ejecución o no de ambos procederes preventivos

Criterios de realización de cerclaje o colocación de pesario cervical	Cerclaje	Pesario	No cerclaje ni pesario
Antecedentes de parto pretérmino anterior	10 24,4	3 4,9	- -
Abortos provocados	4 9,8	5 4,9	2 4,9
Abortos espontáneos previos al segundo trimestre	5 12,2	1 2,4	- -
Acortamiento de la longitud cervical	8 19,5	11 26,8	- -
Orificio cervical interno abierto	8 19,5	4 9,8	- -
Índice de consistencia cervical 5-10 percentil	2 4,9	8 19,5	- -
Índice de consistencia cervical menor de 5 percentil	2 4,9	6 14,6	- -

En la tabla 5 se observa que, de las gestantes evaluadas en la consulta de prematuridad a quienes no se les realizó cerclaje ni colocó pesario, las causa fueron la negativa a dichos procedimientos y la avanzada edad gestacional.

Tabla 5. Gestantes según la causa de la no realización de cerclaje o colocación de pesario cervical

Causa de la no realización del cerclaje o colocación de pesario cervical	No.	%
Negación	1	50
Avanzada edad gestacional	1	50
Total	2	100

DISCUSIÓN

Los partos prematuros espontáneos son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal, y tienen un gran impacto en el desarrollo normal de la vida ulterior del niño. Hay 12,9 millones de nacimientos prematuros anualmente en el mundo y la tasa está en aumento, principalmente en países desarrollados.⁽⁸⁾

Se revela en estudios a nivel internacional y nacional que la edad extrema y la baja escolaridad son factores de riesgo relevantes en el origen de la prematuridad. Sin embargo, Tshotetsi et al.⁽⁹⁾ comprobaron que el 77 % de las



gestantes estudiadas estaba en el rango de 20 a 35 años (edades de reproducción óptima), lo cual se corresponde con los resultados de esta investigación. Por su parte, Ramos Gonzales,⁽¹⁰⁾ en Perú, también encontró una supremacía de 79,1 % en el rango de 18 a 35 años de edad, aunque no reveló la misma tendencia respecto al predominio del nivel escolar. García Otero et al.,⁽¹¹⁾ en Santiago de Cuba, reportaron que el grupo de edad fue el de mayor de 30 años (51,6 %) y el nivel educacional preuniversitario (43,5 %), resultados que se corresponden con los de este estudio.

Milián Espinosa et al.⁽¹²⁾ hallaron una alta asociación entre prematuridad y los antecedentes de abortos provocados, lo que coincide con los hallazgos de esta investigación. Marrero González et al.,⁽¹³⁾ en Ecuador, reportan un elevado número de gestantes con abortos previos, donde predominaron los abortos espontáneos en el segundo trimestre (53,5 %) sobre los inducidos (28,5 %). Además, García Otero et al.,⁽¹¹⁾ plantean como factores de riesgo de prematuridad la prevalencia de las gestantes con abortos inducidos (76,4 %), seguido de los abortos espontáneos (17,6 %). A pesar de que en la investigación realizada el factor que prevaleció fue los antecedentes de parto pretérmino anterior, estuvo seguido de los abortos provocados y espontáneos previos al segundo trimestre.

En la Atención Primaria de Salud (APS) existen consultas de planificación familiar, donde se ofertan diversos métodos anticonceptivos con el propósito de la pareja planee cuándo es el mejor momento para tener los hijos. No obstante, continúa siendo un problema los embarazos no deseados y el uso repetido del aborto provocado. De aquí que se deben aunar esfuerzos entre todos los miembros de la comunidad, con el propósito de disminuir la utilización de estas técnicas de control de la natalidad por los daños que puede provocar para la salud reproductiva de las mujeres.

La medición ecográfica del cuello uterino durante la gestación permite determinar que el borramiento cervical se inicia semanas anteriores al parto. Se plantea que si este se produce entre las semanas 16 y 24 puede presentarse un parto pretérmino. La utilización de la ecografía transvaginal durante la gestación constituye una técnica importante para valorar los riesgos de presentarse un parto pretérmino.

Mogrovejo Gavilanes et al.,⁽¹⁴⁾ determinaron en su estudio que la presencia de un cuello uterino acortado es útil para identificar a las gestantes con riesgo incrementado de parto prematuro. Otros autores consultados plantean la existencia de una relación entre la longitud cervical y el orificio cervical interno abierto, por presentar una especificidad de 86 % y una sensibilidad de 8 % para predecir el parto prematuro.^(15,16)

En este sentido, Baños N et al.⁽¹⁷⁾ encontraron resultados similares a los del presente estudio, ya que predominaron las gestantes con índice de consistencia cervical entre el 5 y el 10 percentil. Plantean, además, que cuanto más bajo sea



este valor, mayor es la compresibilidad y la elasticidad del cuello uterino, lo cual ofrece la posibilidad de identificar a las gestantes con mayor riesgo de prematuridad.

El orificio cervical interno (OCI) abierto es otro de los elementos a vigilar en el ultrasonido transvaginal, ya que existe una estrecha relación entre su medida y el parto pretérmino. Por su parte, Cairo González et al.⁽¹⁸⁾ encontraron que 25,8 % de las gestantes con OCI entre 5 y 10 mm experimentaron parto prematuro, así como 50 % de aquellas con OCI mayor de 10 mm.

Se considera que la medición por ecografía de la longitud del cuello uterino durante la gestación es útil para la predicción del parto pretérmino. Diversos son los estudios que refieren la relevancia que tiene la valoración del cuello uterino mediante tacto vaginal, por ser un predictor para diagnosticar a una gestante con amenaza de parto pretérmino.⁽¹⁹⁻²³⁾

La incompetencia cervical afecta al 1 % de las gestaciones y representa el 10 % de que se desencadene el parto pretérmino espontáneo, que se asocia a una morbitmortalidad neonatal elevada. El cerclaje uterino está indicado para el tratamiento de gestantes con esta condición. Se puede detectar al encontrar un acortamiento progresivo asintomático de la longitud del cuello uterino, o por dilatación del canal cervical durante el segundo trimestre.^(22,25,26)

Ribero et al.⁽²⁴⁾ observaron un predominio en gestantes con cerclaje uterino, y advirtieron que 14,6 % presentaban como antecedentes los abortos espontáneos tardíos, así como 11 % de partos prematuros. Estos resultados difieren de los que se reportan en este estudio, donde prevalecieron los antecedentes de parto pretérmino anterior y los abortos provocados y espontáneos previos al segundo trimestre.

Ferrales et al.⁽²²⁾ plantearon un predominio de la indicación del cerclaje de cuello uterino, con una longitud cervical menor de 25 mm por ecografía. El cerclaje representó el procedimiento preventivo más empleado en el estudio (65,9 %) del total de gestantes evaluadas en la consulta de prematuridad, las cuales cumplían con los criterios para su implementación.

En relación con el uso del pesario en gestantes con riesgos de parto pretérmino, Abdel Aleem et al.⁽²⁷⁾ plantean un predominio de las que tenían un OCI abierto, resultados que no coinciden con los de esta investigación, donde se comportó el predominio de su uso cuando el índice de consistencia cervical fuera de 5-10 percentil. García Baños et al.⁽²⁸⁾ reportaron que 31 presentaron un largo de cuello uterino funcional entre 20,1 y 25 mm, y solo 7 presentaron un orificio cervical de 5 mm o más.

Los autores consultados coinciden en plantear el valor del cerclaje cervical y el uso del pesario en las gestantes con riesgo de prematuridad, por los resultados



perinatales favorables que se han logrado, debido al incremento de la edad gestacional al momento del nacimiento.⁽²⁸⁻³⁰⁾

Es importante señalar que la identificación precoz de los diferentes factores de riesgo de prematuridad en las gestantes en la APS, facilitó la toma de conductas tempranas, ya sea para utilizar el cerclaje o el pesario, lo que favoreció la prolongación de los embarazos, el término o cercanos a este.

Resulta importante señalar que 2 (4,9 %) de las gestantes evaluadas en la consulta de prematuridad no consintieron en la utilización de estos dos métodos. Se considera que esto puede ser causado por el temor que les profesan a estos procederes, ya sea por las complicaciones que puedan presentarse o por el propio proceder en sí. Además, el uso del pesario cervical, a pesar de ser más fácil su colocación en la cavidad vaginal, puede generar inquietud y, en ocasiones, aumento del flujo vaginal. Se debe hacer hincapié en la labor educativa sobre la utilidad de estos métodos en la prevención de la prematuridad.

Es importante señalar que, para reducir la prematuridad, la prevención primaria tiene como objetivo disminuir la ocurrencia de parto prematuro. Debe incluir la determinación de factores de riesgo en la población general y el control prenatal adecuado, así como la consejería y la educación que correspondan.

En cuanto a la prevención secundaria, corresponde implementar las medidas en la población de alto riesgo de parto prematuro, seleccionada así por la presencia de factores de riesgo. Las medidas generales incluyen control especializado, educación pertinente, reducción de actividad física y laboral, y control de los factores de riesgo presentes y susceptibles de ser modificados.⁽³⁾

CONCLUSIONES

Conocer las esencialidades de la muestra estudiada con el objetivo de caracterizar las gestantes tributarias de cerclaje profiláctico y el pesario cervical, según protocolos de actuación en la prevención de la prematuridad, en el Policlínico Pedro Borrás Astorga, del municipio Pinar del Río, permitió actuar de manera precoz sobre estos factores de riesgo. Además, se fomentó la prevención de los partos pretérminos y/o la reducción del bajo peso al nacer como estrategias encaminadas a reducir la incidencia y mejorar la salud materno-infantil.

Primaron las gestantes mayores de 30 años de edad y el nivel educacional preuniversitario. Los factores de riesgos más frecuentes fueron los antecedentes de parto pretérmino anterior, los abortos provocados y los espontáneos previos al segundo trimestre. Se halló un predominio de gestantes con un acortamiento de la longitud cervical, con orificio cervical interno abierto, con índice de consistencia cervical entre los percentiles 5 y 10 y la utilización del cerclaje. La



negatividad de las gestantes y la edad avanzada de gestación fueron las causas para no utilizar estos como métodos preventivos en la muestra estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zorrilla Quiñones AM, de la Cruz Pérez D. Factores asociados al bajo peso al nacer en el municipio Pinar del Río. Rev Cienc Méd Pinar Río [Internet]. 2020 [citado 09/01/2025];24(5). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000500013
2. Durán Bidopia Y, Mora Betancourt RL, Almaguer Cruz NN, et al. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Cacocum, Holguín. 2020-2023. Rev Méd Electrón [Internet]. 2025 [citado 09/01/2025];47:e5782. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v47/1684-1824-rme-47-e5782.pdf>
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia práctica parto pretérmino. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 09/01/2025];63:283-321. Disponible en:
https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermeno_2020.pdf
4. Gómez García V, Gallego De Largy C, Ceballos-Medina A, et al. Amputación cervical por pesario en gestación gemelar como prevención de parto pretérmino. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2021 [citado 09/01/2025];89(9):715-20. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2021/gom219q.pdf>
5. Centre de Medicina Fetal / Neonatal de Barcelona. Protocolo incompetencia cervical. Cerclaje uterino [Internet]. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu y Universidad de Barcelona; 2024 [citado 01/10/2025]. Disponible en:
<https://www.fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Cerclaje-Uterino.-Incompetencia-cervical.pdf>
6. Cedeño Marín CL, Barzallo Pazhar MR, Velásquez Pesáñez JM, et al. Incompetencia cervical: presentación de un caso. Rev Metrop Cienc Apl [Internet]. 2023 [citado 09/01/2025];6(1):134-9. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/7217/721778122017.pdf>
7. Ravelo Quesada RD, Dopazo Companioni A, Isaac Rodríguez M, et al. Efectividad del tratamiento del pesario y el cerclaje en la profilaxis de la prematuridad [Internet]. Villa Clara: XXII Jornada Científica Provincial de Medicina Familiar; 2024 [citado 09/01/2025]. Disponible en:
<https://apsgibara2023.sld.cu/index.php/medfamiliarhl2024/2024/paper/viewFile/547/903>



8. Centre de Medicina Fetal / Neonatal de Barcelona. Protocolo: Manejo de la paciente con riesgo de parto prematuro [Internet]. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu y Universidad de Barcelona; 2023 [citado 02/05/2024]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/protocolos/protocolo-manejo-de-la-paciente-con-riesgo-de-parto-prematuro/>
9. Tshotetsi L, Dzikiti L, Hajison P, et al. Maternal factors contributing to low birth weight deliveries in Tshwane District, South Africa. PLoS One [Internet]. 2019 [citado 06/06/2023];14(3):e0213058. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6396915/>
10. Ramos Gonzales PL. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino, hospital nacional Hipólito Unanue, enero - julio 2018 [tesis en Internet] [Internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019 [citado 10/12/2024]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3039/UNFV_RAMOS_GONZALES_PAMELA_LIZ_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. García Otero A, Sanamé Savigñón M, Laffita Silva CM, et al. Caracterización de gestantes con criterios para la realización de cerclaje y uso de pesario cervical. MEDISAN [Internet]. 2025 [citado 12/04/2025];29:e4764. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4764>
12. Milián Espinosa I, Cairo González VM, Silverio Negrín M, et al. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. Acta Méd Cent [Internet]. 2019 [citado 10/02/2025];13(3):354-66. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1080/1315>
13. Marrero González D, Álava Bermúdez SL, Lange García KZ. El aborto previo como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes del Hospital Básico Jipijapa. QhaliKay [Internet]. 2019 [citado 26/10/2025];3(3):16-22. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/2707/2798>
14. Mogrovejo Gavilanes MF, Ordóñez Castro ER, Molina Romero CE. Minireview: Utilidad de las pruebas predictivas para parto pretérmino utilizadas en la práctica clínica. Rev Med HJCA [Internet]. 2021 [citado 20/06/2023];13(2):112-6. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/661/579>



15. Boelig RC, Schoen CN, Frey H, et al. Vaginal progesterone vs intramuscular 17-hydroxyprogesterone caproate for prevention of recurrent preterm birth: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2022 [citado 28/02/2025];226(5). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937822001156?via%3Dihub>
16. Reyna Villasmil E, Mejía Montilla J, Reyna Villasmil N, et al. Índice de consistencia cervical o longitud cervical en la predicción de parto pretérmino inminente en pacientes sintomáticas. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2021 [citado 28/02/2025];86(3):274-81. Disponible en: <https://scielo.cl/pdf/rchog/v86n3/0048-766X-rechog-86-3-274.pdf>
17. Baños N, Julià C, Lorente N, et al. Mid-Trimester Cervical Consistency Index and Cervical Length to Predict Spontaneous Preterm Birth in a High-Risk Population. AJP Rep. 2018;8(1):e43-50. DOI: 10.1055/s-0038-1636993.
18. Cairo González VM, Jiménez Puñales S, Machado Benavides HL, et al. Factores de riesgo y características de la cervicometría en pacientes con parto pretérmino. Acta Méd Cent [Internet]. 2021 [citado 28/12/2024];15(4):531-41. Disponible en: <https://www.medicadelpcentro.mec-2021/mec214f.pdf>
19. Yovera-Aldana M, Reátegui-Estrada X, Acuña-Hualpa E. Relación entre anemia del primer trimestre y bajo peso al nacer en cuatro Centros de Salud Materno-Infantiles de Lima Sur durante el 2019. Acta Med Peru. 2021;38(4):264-72. DOI: 10.35663/amp.2021.384.2159.
20. Iams JD. Prediction and early detection of preterm labor. Obstet Gynecol [Internet]. 2003 [citado 09/01/2025];101(2):402-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12576267/>
21. Reyes Sánchez MR, Flores y Flores AT, Herrera Ortiz A, et al. Longitud cervical por ultrasonido como predictor de inicio de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2024 [citado 09/01/2025];91(10):415-21. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/longitud-cervical-por-ultrasonido-como-predictor-de-inicio-de-trabajo-de-parto-en-pacientes-con-cesarea-previa>
22. Ferrales Fonseca A, Johnson Quiñones M, Meriño Pompa Y, et al. Efectividad del cerclaje en la prevención de la prematuridad. Hospital Ginecobstétrico "Fe del Valle Ramos" [Internet]. Villa Clara: Feria de Innovación y Aplicación Científica "Eureka 2023"; 2023 [citado 09/03/2025]. Disponible en: <https://eureka2023.sld.cu/index.php/ucmvc23/2023/paper/download/149/11>



23. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 01/10/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
24. Ribero L, Corradi L, Simonatto P, et al. Cerclaje cervical transvaginal. Experiencia de 10 años. Rev FASGO [Internet]. 2025 [citado 02/08/2025];24(3). Disponible en: <https://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/124-revista-fasgo/n-11-2021/2487-cerclaje-cervical-transvaginal-experiencia-de-10-anos>
25. Yoshida K. Bioengineering and the cervix: The past, current, and future for addressing preterm birth. Curr Res Physiol [Internet]. 2023 [citado 09/01/2025];6:100107. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10724223/>
26. García Castillo A, Peña de Buen S, Llorente González C, et al. El cerclaje cervical como método de elección en el tratamiento de la incompetencia cervical. Rev Sanit Investig [Internet]. 2020 [citado 09/01/2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-cerclaje-cervical-como-metodo-de-eleccion-en-el-tratamiento-de-la-incompetencia-cervical/>
27. Abdel Aleem H, Shaaban OM, Abdel Aleem MA, et al. Cervical pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2022 [citado 09/01/2025];12:CD014508. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014508/e_pdf/full
28. García Baños LG, Alonso Sicilia M. Pesario cervical como prevención primaria de la prematuridad [Internet]. La Habana: XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia; 2023 [citado 29/03/2025]. Disponible en: <https://ginecobs.sld.cu/index.php/ginecobs/2023/paper/view/134/47>
29. Conde Agudelo A, Romero R, Nicolaides KH. Cervical pessary to prevent preterm birth in asymptomatic high-risk women: A systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2020 [citado 25/05/2023];223(1):42-65. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9359001/>
30. Ibarra Fortes MA, Ortega Martín del Campo E, Carrera Lomas E, et al. Días de gestación ganados con diferentes técnicas de cerclaje en pacientes con insuficiencia cervical. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2020 [citado 20/05/2023];88(2):71-9. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000200071&lng=es&nrm=iso&tlang=es



Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Pedro Pablo Quintero-Paredes: conceptualización, análisis formal, metodología, investigación, supervisión, visualización, redacción, revisión y edición.

Angel Oshumaré Chacón-Alpí: análisis de datos, investigación, *software*, redacción, revisión y edición.

