

Efectividad del tratamiento del pesario y el cerclaje en la profilaxis de la prematuridad.

Effectiveness of pessary and cerclage treatment in the prophylaxis of prematurity.

Dr. Randy Daniel Ravelo Quesada. Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Antonio Luaces Iraola. Ciego de Ávila

Dra. Ariane Dopazo Companioni. Especialista en 1er grado en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. arianedopazocompanioni@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0005-1641-3832>

Dra. Marvely Isaac Rodríguez. Especialista de 1er Grado de Medicina Familiar. Dirección General de Salud. Provincia Ciego de Ávila

Email : isaacmarvely@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-4482-9916>

RESUMEN

El parto prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en todo el mundo. Siendo responsable del 75 a 80% de la mortalidad perinatal y de más de la cuarta parte de la morbilidad a largo plazo dado por las complicaciones neurológicas, respiratorias y gastrointestinales en los neonatos. Por lo que se pretende describir la efectividad del tratamiento del pesario y el cerclaje en la profilaxis de la prematuridad. Para ello se realiza una búsqueda exhaustiva en las bases de datos del portal de salud en Cuba Infomed. La búsqueda se realizó en las de las bases de datos MEDLINE, PUDMED, de los últimos 10 años. El pesario y el cerclaje son efectivos dado que pueden ser una opción terapéutica valida en aquellas mujeres con antecedentes de parto prematuro y cérvix corto asintomático en la profilaxis de la prematuridad.

Palabras Clave: Pesario vaginal, Cerclaje, prematuridad, incompetencia cervical; cerclaje de emergencia;

INTRODUCCION

La prematuridad constituye un problema de salud mundial que afecta tanto a la sociedad como a la economía de cada país, a pesar de los progresos alcanzados en los últimos años en la medicina materna y perinatal para incrementar su supervivencia. Cuando se analizan las tasas de nacidos vivos prematuros, estas oscilan entre un 6 y un 10 % de todas las gestaciones, aunque en los últimos dos decenios ha experimentado un aumento progresivo.¹

El incremento de la prematuridad se ha producido a expensas de los prematuros extremos, ha aumentado el nivel de riesgo neonatal, la morbilidad, la mortalidad y demanda de servicios sanitarios obstétricos y perinatales. Entre los factores que pueden explicar este incremento están: el importante aumento experimentado por las gestaciones múltiples, la mayor utilización de la ecografía para la datación gestacional, mayor supervivencia, mayor registro de los prematuros menores de 26 semanas, el incremento de las intervenciones obstétricas en los servicios de medicina materno fetal, así como mayor edad de las primíparas.²

El parto prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en todo el mundo. Siendo responsable del 75 a 80% de la mortalidad perinatal y de más de la cuarta parte de la morbilidad a largo plazo y de la mayoría de las complicaciones neurológicas, respiratorias y gastrointestinales en los neonatos. La OMS, según las tasas de prematuridad reportadas, espera cerca de 14 millones de partos pretérmino al año. En Europa las tasas se han elevado en los últimos años y en las últimas 3 décadas casi se han duplicado, hasta alcanzar indicadores entre 7 y 8 % en algunos centros. En América Latina el comportamiento es diferente, así Argentina reporta tasas de 9,3 %, Uruguay de 8,7 % y Chile en 5 %, similares a Europa, aunque en los países en vías de desarrollo puede alcanzar hasta un 20 %.²⁻⁴

En Cuba, aunque la tendencia es al aumento, la incidencia continúa por debajo del 3 % del total de nacidos vivos. En el hospital Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila entre los años 2010 a 2020, la incidencia del pretérmino extremo constituyó el 1 % del total de nacidos vivos, con una sobrevivencia alrededor del 82 %. La importancia clínica de la prematuridad radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal total.

.Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos del portal de salud en Cuba Infomed. La búsqueda se realizó en las de las bases de datos MEDLINE, PUDMED, sirvió para la revisión del tema en las revistas médicas nacionales e internacionales, permitió acceder a libros de autores cubanos y extranjeros que abordan sobre el tema. Además, revisiones en sitios Web de reconocido prestigio científico; trabajos originales, artículos de revisión, monografías, guías de práctica clínica en español e inglés de los últimos 10 años

DESARROLLO

La importancia clínica de la prematuridad radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal total, así como sobre la morbilidad perinatal e infantil, condicionando más de un 70 % de la mortalidad neonatal precoz, y en su conjunto el 69 % de la mortalidad perinatal. Por otro lado, constituye la principal causa de muerte en el primer mes de vida, la segunda causa de morbilidad fetal o neonatal son las malformaciones congénitas.⁴⁻⁷

El pesario cervical se ha probado para el tratamiento de la insuficiencia cervicouterina desde la década de 1950. Podría cambiar la inclinación del canal cervical dirigiéndolo hacia la pared posterior, de esta forma, el peso de la gestación se desplazaría hacia el segmento anterior, puede prevenir la dilatación cervical e incluso la rotura prematura de membrana (RPM).⁸⁻⁹

La incidencia aumenta con rapidez si se incluyen casos con abortos previos en el segundo trimestre, independiente del tipo, ya sea inducido o espontáneo, aumentando esto la probabilidad de parto pretérmino, para estos autores fue menos significativa la

correlación entre historia previa de parto pretérmino que entre aborto previo y parto pretérmino.^{10,11}

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.^{10,11}

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.^{10, 11}

La bibliografía afín ha determinado que una longitud cervical de 15 mm o menos tienen un alto riesgo de parto pretérmino antes de las 33 semanas; 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.^{10,11} Se concluye que, el riesgo de nacimiento pretérmino espontáneo está inversamente relacionado con la longitud cervical medida por ecografía transvaginal entre las 20 y las 24 sem.¹²⁻¹⁴

La presencia de tunelización o funneling, que es fácilmente observado por la ultrasonografía transvaginal se orienta hacia la determinación de la longitud del túnel, su ancho y la longitud funcional del cuello. Se han evaluado a pacientes nulíparas y observaron un acortamiento del cuello de 1 mm por semana a partir de las 24 sem y 2,2 mm. Así Lams y otros determinaron que la longitud media a las 24 sem es de 35,2 +/- 8,3 mm, y a las 28 sem de 33,7 +/- 8,5 mm, los valores de 30 mm, 25 mm y 20 mm de longitud cervical se pueden correlacionar con los percentiles 25, 10 y 5 respectivamente, con riesgo relativo para parto prematuro antes de las 35 sem de 3,79

para las pacientes con longitud cervical en el percentil 25p'; de 6,19 de riesgo relativo para las que se encuentran en el 10mo. percentil, y de 9,49 para las medidas ubicadas en el 5to. Percentilo.¹²⁻¹⁴

Cuando existe un cuello corto asintomático, este puede estar relacionado con un proceso biomecánico pasivo, que involucra al cérvix, pero no al útero, conociéndose que el cambio dinámico del cérvix es común en mujeres que inicialmente tenían cuello corto, por otra parte, han mostrado que existe una disociación funcional entre el cérvix y el útero. Algunos autores refieren que la colocación de pesario en los casos de cérvix corto detectado ecográficamente en gestaciones de riesgo, disminuye la tasa de prematuridad tanto en embarazos simples como múltiples en casos de cérvix <25 mm. El pesario cerclaje 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.^{8, 15,16}

La edad gestacional al momento de colocación del pesario está en correspondencia con el momento previo de realización de la ecografía transvaginal, que hace confirmación temprana de las modificaciones cervicales y que permite la aplicación de un tratamiento apropiado el cual puede ayudar a prevenir el parto pretérmino, al 40 % de las pacientes con amenaza de parto pretérmino se les colocó el pesario con 26 sem.^{15, 16}

Se define incompetencia ístmico-cervical como la incapacidad funcional de retener una gestación antes de que el útero alcance tamaño a término, con expulsión del contenido en el segundo o al inicio del tercer trimestre. Por lo tanto, se trata de abortos tardíos que se producen de forma indolora y en ausencia de hemorragia vaginal.¹⁷⁻¹⁹

Su etiología se supone multifactorial, y hasta en un 90% de los casos aparecen antecedentes obstétricos (partos previos traumáticos, legrados con dilatación forzada, etc.), traumatismos cervicales (conizaciones), infecciones o anomalías uterinas congénitas. El 10% restante que aparece en la primera gestación o no se describe antecedente de ningún tipo, representa la incompetencia cervical primaria o idiopática, cuya causa se atribuye a alteraciones histoquímicas y de las fibras del colágeno en el tejido cervical. Uno de los problemas clínicos fundamentales que presenta esta afección es su diagnóstico, ya que éste se plantea en la mayor parte de las ocasiones de modo

empírico y retrospectivo, cuando la paciente ha presentado ya una o más pérdidas gestacionales.¹⁷⁻¹⁹

En estos casos es en los que existe la indicación clara de realizar en las pacientes que presentan historia clínica compatible un cerclaje cervical electivo o programado temprano en las futuras gestaciones, para evitar nuevas pérdidas. Sin embargo, los casos de incompetencia cervical que se inicia de manera tardía suponen para el clínico un caso difícil de resolver, con escasas estrategias terapéuticas a su alcance para solventarlos.¹⁷⁻¹⁹

El cerclaje cervical de emergencia o terapéutico es el que se aplica en condiciones variables de edad gestacional, canal cervical y membranas amnióticas, ante estos casos de incompetencia cervical tardía. El éxito de esta técnica es muy variable y sus indicaciones muy discutidas, por lo que hay una discrepancia de resultados extraordinaria entre los distintos informes, estudios y publicaciones acerca de esta técnica. Asimismo, en la bibliografía, de forma frecuente no se describen los criterios diagnósticos empleados y la casuística se define en función de las distintas etiologías que motivan la aplicación del cerclaje, y no constan los resultados perinatales obtenidos.¹⁷⁻¹⁹

El cerclaje del cuello del útero es una técnica quirúrgica que se utiliza desde hace más de 50 años en el tratamiento de las amenazas de aborto tardío o en la prevención de las recidivas de partos prematuros en las pacientes con incompetencia cervical (dilatación cervicóstmica). Las principales indicaciones de los distintos cerclajes (preventivo, terapéutico, en caliente y cervicóstmico) comienzan a aclararse gracias a los diversos ensayos terapéuticos y a los metaanálisis realizados sobre el tema.^{20, 21}

En el tratamiento quirúrgico por cerclaje del cuello uterino se utilizó primero la vía transabdominal en pacientes no embarazadas y después la vía transvaginal durante el embarazo mediante las técnicas de Shirodkar y de McDonald. Entre los cerclajes por vía vaginal, las técnicas de McDonald y Hervet son las más utilizadas como método preventivo, al principio del segundo trimestre o como cerclajes en caliente, en ocasiones con la ayuda de un balón que permite rechazar las membranas de forma

atraumática, en caso de dilatación cervical o de protrusión de las membranas en el cuello o en la vagina.^{20,21}

Las técnicas de Shirodkar y sus variantes permiten realizar un cerclaje en las pacientes en quienes han fracasado los cerclajes estándar, utilizando la fascia lata de la paciente como sutura (según Shirodkar) o una bandeleta de poliamida que simplemente se entierra de forma submucosa. Algunos autores recomiendan realizar un despegamiento anterior y posterior más extenso (Mann) para colocar el cerclaje más cerca del istmo. Estos tipos de cerclaje (Shirodkar y sus variantes, Mann) siguen siendo técnicas quirúrgicas bastante laboriosas, tanto por la duración de la disección paracervical, que puede causar complicaciones hemorrágicas, como también por la necesidad de un parto por cesárea si se realiza un cerclaje con una bandeleta de poliamida.^{20,21}

Los cerclajes cervicoístmicos consisten en colocar un cerclaje entre las ramas ascendente y descendente de la arteria uterina a nivel de la unión entre el cérvix y el cuerpo uterino. Pueden realizarse por vía alta (laparoscopia o laparotomía según Benson) o por vía vaginal (Fernandez), antes del embarazo o al principio de éste. Están indicados en las pacientes que hayan tenido un aborto tardío o un parto prematuro a pesar de haberse realizado un cerclaje de McDonald-Hervet. Este tipo de cerclaje presenta los inconvenientes de tener que recurrir a un parto por cesárea de forma sistemática y poder crear dificultades en caso de aborto espontáneo precoz o tardío. Se han descrito otras técnicas reparadoras de las lesiones del cérvix o de cierre cervical tras traquelectomía.^{20,21}

Las complicaciones inmediatas de los cerclajes son la hemorragia (más frecuente en las técnicas con despegamiento como la de Shirodkar) y la ruptura de membranas (traumática o reactiva), que se produce en el 1-9% de los casos y hasta en el 30% en los cerclajes en caliente. De las complicaciones tardías, la más frecuente es el riesgo infeccioso (corioamnionitis, septicemias, endometritis).^{20, 21}

Mac Donald ha señalado que la historia obstétrica constituye el factor de mayor importancia para corroborar el diagnóstico. Sin embargo, un número importante de mujeres con insuficiencia cervical sufren dolor y muestran actividad uterina antes del parto, otras no presentan este cuadro clásico.²²

En 1979 Sarti y cols. describieron el empleo del ultrasonido para visualizar el segmento uterino inferior y el conducto cervical. Por medio de su procedimiento se identificó la dilatación a nivel del orificio interno antes de la pérdida del embarazo; también advirtió que el hallazgo de líquido en el conducto endocervical a mitad del embarazo, debe alertar al obstetra hacia la posibilidad de insuficiencia. Esto abrió la puerta a un campo de investigación del segmento uterino y del cuello durante la gestación con el cual se ayuda a prevenir el parto pretérmino y la conducta que se deberá seguir, ya sea médica o quirúrgica.^{23,24}

Son diversas las intervenciones médicas realizadas durante el embarazo para prevenir el parto prematuro, por infección ascendente, y para reducir la morbilidad y la mortalidad perinatal asociada. Pesquisa y tratamiento en población de riesgo de infecciones cérvicovaginales (vaginosis bacteriana, *Streptococcus agalactiae*) y urinarias; detección de fibronectina fetal y pesquisa rutinaria del acortamiento cervical en el segundo trimestre. Sin embargo, las tasas de prematurez no se han reducido con estas medidas.^{20, 21}

La infección bacteriana ascendente (IBA) según algunos autores es muy frecuente entre las 20 y 32 semanas de gestación. Está presente como factor de riesgo de nacimiento espontáneo, en 90% a las 24 semanas y 60% a las 32 semanas. Representó el 33% de las muertes fetales entre 22 y 30 semanas principalmente por neumonía y se presentó como factor de riesgo en el 51% de los partos prematuros espontáneos entre 22 y 34 semanas en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Por otro lado, está descrito que mientras menor es la longitud cervical, el riesgo de infección e inflamación intraamniótica es mayor.¹⁴⁻¹⁹

La prematurez es el resultado de tres entidades clínicas, cada una de las cuales es responsable de alrededor de un tercio del total de partos prematuros: Parto prematuro idiopático que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto, rotura prematura de membranas (RPM), parto prematuro por indicación médica o iatrogénico, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal.

La evidencia clínica y de laboratorio sugiere que distintos procesos patológicos llevan a una vía final común que resulta en un parto prematuro. Los procesos mejor

identificados son: Activación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal materno (el stress se asocia a este proceso). Infección intraamniótica (es el factor causal mejor estudiado y que ha servido de modelo para el estudio de los otros procesos identificados). Hemorragia decidual o isquemia (reducción del flujo sanguíneo a la unidad uteroplacentaria). Sobre distensión uterina. Disfunción del cuello uterino. Anormalidad inmunológica que altera la compatibilidad antigénica feto-materna. Drogas y toxinas.

A continuación, una serie de condiciones que constituyen factores predisponentes para parto prematuro.²⁷

Factores de riesgo*	Condiciones*
Stress	Soltera Bajo nivel socioeconómico y/o educacional Ansiedad o depresión Eventos estresantes (divorcio, muerte, etc.) Cirugía abdominal durante el embarazo
Fatiga ocupacional	Trabajo de pie Uso de maquinaria industrial Agotamiento físico
Sobredistensión uterina	Embarazo múltiple Polihidroamnios Malformaciones uterinas o miomas Diethylstilbestrol
Factores cervicales	Historia de aborto del segundo trimestre Historia de cirugía cervical Dilatación o borramiento cervical prematuro
Infección	Enfermedades de transmisión sexual Pielonefritis Infección sistémica Bacteriuria Enfermedad periodontal

Patología placentaria	Placenta previa Abruptio placentae Sangrado vaginal
Misceláneas	Parto prematuro previo Abuso de sustancias y/o tabaquismo Edad materna (< 18 o > 40 años) Raza afroamericana Desnutrición Control prenatal inadecuado Anemia (hemoglobina < 10g/dl) Excesiva contractibilidad uterina
Factores fetales	Malformaciones congénitas Restricción del crecimiento intrauterino

* Donoso B, Oyarzún E. Premature delivery

El síntoma o amenaza de parto prematuro es una de las causas más frecuentes de hospitalización durante el embarazo, pero identificar dentro de este grupo de pacientes al subgrupo que efectivamente tendrá un parto de pretérmino es un gran desafío. En una revisión sistemática se encontró que en alrededor del 30% de los casos las contracciones cesaban espontáneamente. Otros autores han reportado que alrededor del 50% de los ingresos por este diagnóstico terminan en un parto de término.²⁵⁻²⁷

Los criterios diagnósticos de trabajo de parto prematuro según las guías conjuntas de cuidado perinatal de la American Academy of Pediatrics y American College of Obstetricians and Gynecologists son: contracciones uterinas dolorosas (4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos), acompañadas de cambios cervicales (borramiento cervical de al menos 80% o dilatación mayor o igual a 2 cm).²⁸

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. En años recientes, la medición ultrasonográfica de la longitud cervical ha reemplazado a la evaluación digital, porque ha demostrado ser un mejor predictor de parto prematuro y porque permite su

comparación entre diferentes observadores, así como evaluar sus cambios a lo largo del tiempo.^{25-27,28}

La longitud cervical ha demostrado tener mejor valor predictivo para parto prematuro en todas las poblaciones estudiadas, incluso en mujeres asintomáticas, con conizaciones previas, malformaciones müllerianas o legrados uterinos en embarazos anteriores²⁷

Distintos valores se han utilizado para definir un cérvix como corto:

Fuente *	Corte (mm)	Porcentaje	Odds ratio
Iams, 1994	< 20	26%	7
Taipale, 1998	< 25	15%	20
Hassan, 2000	< 15	50%	25
Heath, 2002	< 15	31%	46
Gómez, 2002	< 20	25%	25

*Donoso B, Oyarzún E. Premature delivery

La prevención primaria representa lo que debe hacerse en toda la población de embarazadas con el objetivo de reducir la ocurrencia de parto prematuro. Ella incluye la determinación de factores de riesgo en la población general y el control prenatal adecuado, así como la consejería y la educación que correspondan.²⁷

En cuanto a exámenes complementarios la práctica de urocultivo para el diagnóstico de infección urinaria asintomática o bacteriuria asintomática es fundamental. A partir del año 2011 algunos autores han propuesto la realización de ultrasonografía transvaginal para medir rutinariamente la longitud del cuello uterino. Esto es discutible y no todos participamos de esta idea.¹⁸⁻²¹

En cuanto a la prevención secundaria, corresponde a las medidas a implementar en la población de alto riesgo de parto prematuro, seleccionada así por la presencia de factores de riesgo. Las medidas generales incluyen control especializado (especialistas

en medicina materno-fetal), educación pertinente, reducción de actividad física y laboral, y control de los factores de riesgo presentes susceptibles de ser modificados. En este grupo se han evaluado la utilización de marcadores bioquímicos (fibronectina cérvico-vaginal) y la monitorización electrónica de la actividad uterina, pero ellos no constituyen parte del manejo habitual y su utilidad real ha sido discutida en la literatura de la especialidad.³⁷⁻⁴⁰

Para el uso de antibióticos, deben usarse antibióticos en casos de: infección urinaria, vaginosis bacteriana, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum. El tratamiento de la enfermedad periodontal forma parte de los programas de salud vigentes en Chile, si bien la asociación de ella con parto prematuro y la eventual reducción de éste con su tratamiento, son hoy discutidos y considerados inciertos.⁴¹

Clásicamente la incompetencia cervical es tratada con la colocación de una sutura circular en el cuello uterino (cerclaje), por vía vaginal, entre las 12 y 14 semanas de embarazo (técnicas Shirodkar, 1951, y de McDonald, 1957).^{20, 21}

Son dos las situaciones en que el diagnóstico de incompetencia cervical parece inequívoco. Primero, una historia de abortos o partos prematuros repetidos, sin actividad uterina significativa, durante el segundo trimestre del embarazo. En segundo lugar, la dilatación progresiva y pasiva del cuello uterino en el embarazo actual, habitualmente demostrada por la protrusión de las membranas ovulares a través del orificio cervical externo. Cuando el diagnóstico no es tan evidente, adquiere importancia la ultrasonografía transvaginal, porque ella puede adelantarse a la aparición de modificaciones mayores del cuello uterino, tales como acortamiento y dilatación cervical.³⁷⁻⁴⁰

El cerclaje cervical de emergencia o terapéutico es el que se aplica en condiciones variables de edad gestacional, canal cervical y membranas amnióticas, ante estos casos de incompetencia cervical tardía. El éxito de esta técnica es muy variable y sus indicaciones muy discutidas, por lo que hay una discrepancia de resultados extraordinaria entre los distintos informes, estudios y publicaciones acerca de esta técnica. Asimismo, en la bibliografía, de forma frecuente no se describen los criterios

diagnósticos empleados y la casuística se define en función de las distintas etiologías que motivan la aplicación del cerclaje, y no constan los resultados perinatales obtenidos.^{15, 16}

El cerclaje no ha mostrado beneficios en mujeres con sólo nacimientos prematuros, sólo la longitud cervical acortada u otros factores de riesgo para parto prematuro. Los primeros estudios que evaluaron la eficacia del cerclaje indicado por ultrasonido mostraron resultados contradictorios. Recientemente se demostró que en embarazadas con partos prematuros previos y longitud cervical <25 mm, el cerclaje previno el nacimiento prematuro y redujo la mortalidad perinatal y la morbilidad compuesta. No existe información relacionada con la indicación de cerclaje en embarazos únicos con partos prematuros previos asociados con IBA y cérvix >25 mm²⁹⁻³³

Arabin y otros⁹, publicaron que la colocación de pesario en los casos de cérvix corto detectado ecográficamente en gestaciones de riesgo, disminuía la tasa de prematuridad tanto en embarazos simples como múltiples en casos de cérvix <25 mm. El pesario cerclaje 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.²⁰⁻²⁴

La inserción del pesario cerclaje en pacientes asintomáticas con alto riesgo contribuye a prolongar la edad gestacional al momento del parto y evitar la prematuridad extrema, con un bajo índice de complicaciones maternas y neonatales.

Existe consenso de tres situaciones diferentes en las cuales el cerclaje estaría indicado:
27, 34,36

1. Cerclaje electivo o por historia: se realiza en mujeres asintomáticas antes de que el cuello uterino se haya dilatado, entre las 12 a 14 semanas de EG. La evidencia señala que las únicas pacientes que se beneficiarían serían las con historia de tres o más pérdidas fetales del segundo trimestre o de partos de pretérmino. En este grupo el cerclaje reduciría en un 40% los partos prematuros
2. Cerclaje terapéutico o indicado por ultrasonido: se realiza en mujeres asintomáticas, en quienes durante el segundo trimestre de la gestación se pesquisa un acortamiento progresivo y significativo del cuello uterino.

3. Cerclaje de emergencia o indicado por el examen físico: se realiza en mujeres con cambios cervicales avanzados, es decir, membranas expuestas. Existe un sólo estudio randomizado, con sólo 23 pacientes entre 20 y 24 semanas de EG, en las que se evidenció una ganancia de 1 mes en el grupo que utilizó cerclaje.

En la actualidad, la indicación de realizar un cerclaje cervical debe evaluarse de forma individual, ya que no se ha establecido con seguridad una conducta estandarizada ante la incompetencia cervical. No hay estudios clínicos aleatorizados de calidad que indiquen la actitud más apropiada ante estos casos.^{37, 38,39}

Olalla Ouviaña Millán en estudio realizado en el 2011 hace referencia a que Cabero y Saldivar establecen 3 categorías de pacientes con incompetencia cervical: a) según presenten antecedentes compatibles, que son subsidiarias de un cerclaje electivo; b) pacientes que en algún examen digital o ecográfico durante el embarazo se aprecia un cérvix inusualmente corto o tunelización de éste, por lo que pueden ser candidatas a un cerclaje cervical urgente, y c) en la tercera categoría es donde se encuentran las pacientes con las características descritas en el estudio, para las cuales plantean un algoritmo terapéutico, en el que se establece la opción de realizar un cerclaje cervical de emergencia si reúnen las condiciones enumeradas anteriormente.⁴²

CONCLUSIONES

El uso del pesario y el cerclaje es base fundamental en la profilaxis de la prematuridad ya que en la literatura revisada se observa que muestra altos niveles de efectividad, evitando así el parto pretermino y toda la morbimortalidad de un recién nacido prematuro.

Referencias Bibliograficas

1. Aguilar MT, Bajo J, Manzanares S. Medicina Materno-Fetal. Parto Pretérmino y Prematuridad. Tratamiento de la Amenaza y Parto Pretérmino. Fundamentos de Obstetricia. SEGO. 2014;III(51):425-30.
2. Cabero L, Ingermarsson I. Parto prematuro. Aspectos de géneros del nacimiento pretérmino. XIV Curso Intensivo de Formación Continuada de Medicina Materno Fetal. Ed. Med Panamericana S.A., 2014;30(5):47-51.

3. Buitendijk S, Zeittin J, Cuttini M, Langhoff Ross J, Bottu J. Indicator of fetal and infant health outcomes. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2014;33-44.
4. Cabero Roura JM, Lailla Vicens. XVI Curso intensivo de formación continuada. Centro Español de Derechos Reprográficos. *Medicina Materno fetal*; 2013.
5. Ministerio de Salud Pública. Registro de datos estadísticos continuos del hospital "Ramón González Coro". 2000-2012. La Habana: MINSAP.
6. Goldenberg RL, Colhane JF, Jams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2013;371:164-75.
7. Salcedo A, Ruiz C. Repercusiones neonatales de la prematuridad. En: Cabero R. *Parto Pretérmino*. XIV Curso Intensivo de Formación Continua de Medicina Materno Fetal. Ed. Med Panamericana S.A. 2014;30(3):19-30.
8. Grzonka DT, KaŹmierczak W, Cholewa D, Radzioch J. Herbich cervical pessary-method of therapy for cervical incompetence and prophylaxis of prematurity. Polish. 2014;57(1):105-7.
9. Arabin B, Halbesma JR, Vork F, Hubener M, et al. Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with a sonographically detected short cervix?. *J Perinat Med*. 2013;31:122-33.
10. Berghella V. Novel developments on cervical length screening and progesterone for prevent preterm birth. *BJOG*. 2013;116:182-7.
11. Freak R, Poli A, Comb. Previous abortion and risk of preterm birth, a population study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;1:1-7.
12. Iams JD, Romero R, Colhane JF, and Goldenberg RL. Primary, secondary and Tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet*. 2008;371:164-75.
13. Grimes-Dennis J, Berghella V. Cervical length and prediction of preterm delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013;19:191-5.
14. Celik E, To M, Gajewska, Smith GC, Nicolaidis KH. Cervical length and obstetric history predict spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;31:549-54.

15. Khanam, Dawlatly D, Khan K, Paepre-Rohrith, Jagaprakasan K. Is Cervical pessary an answer to preterm delivery? Obstetric case reports. Whipps Cross University Hospital, Department of fetal Medicine, London, UK. 2013;44(17):9-44.
16. Gary A. Dildy III. Clinical Management Guidelines for Obstetrician gynecologist. Menachem. Journal Obstet Gyn. 2014;109(4):863-9.
17. Carazo MJ, Serna R, Del Carpio DE. El cerclaje de urgencia en la incompetencia ístmico-cervical con membranas protuyentes. Clin Invest Gin Obst. 2003;30:185—90.
18. Olmos C, Gallego M, Escribano D, De la Fuente P. Insuficiencia ístmico-cervical y cerclaje. Ginecol Obst Clin. 2012;3:122—8.
19. Menocal-Tobías G, Herrerías Canedo T, Neri Méndez C. Cerclaje de urgencia: experiencia institucional. Perinatol Reprod Hum. 2012;15:188—94.
20. Grzonka DT, KaŹmierczak W, Cholewa D, Radzioch J. Herbich cervical pessary-method of therapy for cervical incompetence and prophylaxis of prematurity. Polish. 2014;57(1):105-7.
21. Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Jul;38(1):18-31.
22. Sosa Olavarria A. Ultrasonografía y Clínica Embrio Fetal. Cap 1. Venezuela: Editorial Tatum; 1994:13.
23. Taipale P, Hulesman V. Sonographic measurement of uterine cervix at 18-22 w gestation and the risk of preterm delivery. Obstet Gynecol 1998;902.
24. Crespo Guzmán N, Alonso Pellico H, Delgado Jiménez T. Diagnóstico de la incompetencia cervical por ultrasonido. Rev Cubana Obstet Ginecol 1992; 18 (1):39-46.
25. King JF, Grant A, Keirse MJ, Chalmers I. Beta-mimetics in preterm labour: an overview of the randomized controlled trials. Br J Obstet Gynaecol. 1988 Mar;95(3):211-22.

26. Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD, et al. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol.* 2015 Jul;100(1):94-100.
27. Donoso B, Oyarzún E. Premature delivery. *Medwave* 2012 Sep;12(8):e5477 doi: 10.5867/medwave.2012.08.5477 Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>
28. Guidelines for Perinatal Care, 5th edition. Washington, DC: American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002.
29. Ganfong Elias A, Andino N, Simono Bill NM, Gonzalez Pérez JM, Ferreira Fernandez L, Díaz Pérez MC. Influencia de la ruptura prematura de membrana en algunos resultados perinatales. *Rev Cub Obstet Ginecol* 2007;33(2).
30. Neufeld MD, Frigon C, Graham AS, Mueller BA. Maternal infection and risk of cerebral palsy in term and preterm infants. *J Perinatol.* 2015;25:108-43.
31. Helen Y, Khoun JC, Sibai. Cervical dilatation on presentation for preterm labor and subsequent preterm birth. *Am J Perinatol.* 2014;26:1-6.
32. Visintine J, Berghella V, Henning D, Baxter J. Cervical length for prediction of preterm birth in women with multiple prior induced abortions. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;31:198-200.
33. Fachinetti F, Dante G, Venturini P, Paganelli S, Volpe A. 17 alpha hidroxyprogesterone effects on cervical proinflammatory agents in women at risk for preterm delivery. *Am J Perinatol.* 2014;25:503-6.
34. Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomised trial of cervical cerclage. MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. *Br J Obstet Gynaecol.* 1993 Jun;100(6):516-23.
35. Berghella, V., Odibo, A. O., To, M. S., Rust, O. A., & Althuisius, S. M. (2005). Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. *Obstetrics and gynecology*, 106(1), 181–189. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000168435.17200.53> [citado 2020 Nov 16] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14586323/>
36. Althuisius, S. M., Dekker, G. A., Hummel, P., van Geijn, H. P., & Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial (2003). Cervical incompetence

prevention randomized cerclage trial: emergency cerclage with bed rest versus bed rest alone. American journal of obstetrics and gynecology, 189(4), 907–910. [https://doi.org/10.1067/s0002-9378\(03\)00718-x](https://doi.org/10.1067/s0002-9378(03)00718-x) [citado 2020 Nov 16] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14586323/>

37. Fontán Atalaya Isabel María, Tato Varela Sara, PereaCruz Almudena, Fernández Torres Bartolomé, Dueñas Díez José Luis. Insuficiencia cervical y prolapso de bolsa amniótica “en reloj de arena” en gestante pretérmino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019 Sep [citado 2020 Nov 16] ; 45(3): e489. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000300013&lng=es. Epub 01-Sep-2019.
38. Blanca Paredes Ros. Progesterona, pesario y cerclaje en la prevención del parto pretérmino [Internet]. 2018 mar [citado 2020 Nov 16] Disponible en: <https://es.slideshare.net/jornadasgmv/progesterona-pesario-y-cerclaje-en-la-prevencion-del-parto-pretmino>
39. Castro Guadalupe AM, Flores Moscoso GS. Factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Procel. Tesis [Internet]. 2018 [citado el 17 de Noviembre de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30536>
40. L.R. López-Ocaña, F. Palacios-Torres, M.O. Coreño-Juárez, D.A. Obando-Izquierdo, E. Krug-Llamas, R.R. Villanueva-Romero, M. Rodríguez-Gutiérrez, Y.M. Gómez Alegre, M.L. Martínez Morgado, Utilidad de una prueba cualitativa para la detección de fibronectina fetal en secreción cervicovaginal como predictor de parto prematuro, Perinatología y Reproducción Humana, Volume 29, Issue 4, 2015, Pages 136-142, ISSN 0187-5337, [citado el 17 de Noviembre de 2020] Disponible en: [https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.02.002.\(http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533716000042\)](https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.02.002.(http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533716000042))

41. Bernardita Donoso Bernales, Enrique Oyarzún Ebersperger. Parto prematuro. Práctica clínica. Medwave 2012 Sep;12(8): e5477 doi: 10.5867/medwave.2012.08.5477. [citado el 17 de Noviembre de 2020] Disponible en:

<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477?ver=sindiseno>

42. Ouviaña Millán, Olalla, López Portela, Antonio González Rodríguez, M. Montserrat. Cerclaje cervical de emergencia: nuestra experiencia. Elsevier Vol. 54. Núm. 4. Pág 168-172. Abril 2011 DOI: 10.1016/j.pog.2010.12.005 [citado 2020 Nov 17] Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-cerclaje-cervical-emergencia-nuestra-experiencia-S0304501311000616>