

## El pesario cervical como método de prevención primaria de la prematuridad Cervical pessary as a method of primary prevention of prematurity

<sup>I</sup>Dr. Luis Gustavo García Baños  


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

<sup>III</sup>MSc. Olga Lidia Baños Carmona  

<sup>I</sup>Especialista de II grado en Ginecología y Obstetricia Investigador y Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral a la Mujer y Cirugía de Mínimo Acceso. Policlínico Docente "José Manuel Seguí Jiménez". Güira de Melena, Cuba.

<sup>II</sup>Especialista de I grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Policlínico Docente "José Manuel Seguí Jiménez". Güira de Melena, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista de I grado en Enfermería Materno Infantil. Máster en Atención Integral al niño. Licenciada en Enfermería. Investigador Agregado. Asistente. Hospital General Docente "Iván Portuondo". Güira de Melena, Cuba.

Autor para correspondencia: Dr. Luis Gustavo García Baños 

### RESUMEN

**Introducción:** El parto pretérmino es complejo y multifactorial. La cervicometría, 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 como método de prevención de la prematuridad. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, en una serie de casos, municipio de Güira de Melena, provincia de Artemisa, Cuba, de enero 2019, hasta septiembre 2022. La muestra fueron 42 gestantes con embarazos simples y cervicometría por enfermedad, se les colocó pesario cervical. Las variables fueron: la edad gestacional al colocar el pesario, longitud cervical funcional; permeabilidad del orificio cervical interno y edad gestacional al parto. Para los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21<sup>®</sup> para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva, con medidas de frecuencias absolutas, porcentajes, la tendencia central y mínimo-máximo. **Resultados.** La edad gestacional que predominó al colocar el pesario fue en menores de 28 semanas con un 69 %, la edad gestacional media 23.4 semanas con una mínima de 22 y una máxima de 32. El 73.8 % de gestantes, tenían una longitud cervical funcional entre 20.1 mm hasta 25 mm. El 83.3 % de pacientes presentó una permeabilidad menor de cinco mm. El 76 % de las gestantes presentó un parto después de las 37 semanas y solo el 7.1 % parieron entre las 28 y 33.6 semanas. **Conclusiones:** El pesario cervical se utiliza como método de prevención primaria del parto pretérmino, con cuello corto.

### ABSTRACT

**Introduction:** Preterm birth is complex and multifactorial. Cervicometry is based on the premise that there is a relationship between cervical length and the onset of labor. **Objective:** Describing the use of the cervical pessary as a method of preventing prematurity. **Methods:** A descriptive observational study was carried out in a series of cases, municipality of Güira de Melena, province of Artemisa, Cuba, from January 2019 to September 2022. Cervical pessary were placed to a sample of 42 pregnant women with single pregnancies and risk cervicometry. The variables analyzed were: gestational age at insertion of the pessary, functional cervical length; patency of the internal cervical orifice and gestational age at the delivery. The statistical program SPSS version 21<sup>®</sup> for Windows was used for the data. Descriptive statistics were used, with measurements of absolute frequencies, percentages, central tendency and minimum-maximum. **Results:** The gestational age that predominated when placing the pessary was less than 28 weeks with 69%, the average gestational age was 23.4 weeks with a minimum of 22 and a maximum of 32. 73.8 % of pregnant women, had a functional cervical length between 20.1 mm and 25 mm. 83.3 % of patients had a patency of less than five mm. 76 % of pregnant women gave birth after 37 weeks and only 7.1 % gave birth between 28 and 33.6 weeks. **Conclusions:** The cervical pessary is used as a method of primary prevention of preterm birth, with a short neck.

Recibido: 01/04/2023 | Aprobado: 22/01/2024 | Publicado: 24/06/2024

**Palabras clave:** parto prematuro, embarazo, permeabilidad cervical, cervicometría, pesario cervical

**Descriptores:** parto prematuro; embarazo; pesarios; cuello del útero; prevención primaria; métodos

**Key words:** premature birth, pregnancy, cervical patency, cervicometry; cervical pessary

**Descriptors:** obstetric labor, premature; pregnancy; pessaries; cervix uteri; primary prevention; methods

## INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es el que ocurre antes de las 37 semanas de embarazo, su incidencia es de entre siete y 10 % es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal, con exclusión de las malformaciones congénitas. En la actualidad, los marcadores que permiten evaluar de forma más objetiva y con alta especificidad el riesgo de parto prematuro es la medición ecográfica transvaginal de la longitud cervical y la determinación de la fibronectina fetal, en la secreción vaginal.<sup>(1)</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 intramniótica subclínica.<sup>(2)</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 diez veces mayor que entre los nacidos a término. Los riesgos de mortalidad y morbilidad perinatal están relacionados con la edad gestacional al nacimiento. El riesgo de parto pretérmino está relacionado con la longitud cervical, medido por ecografía entre las 20 y 24 semanas.<sup>(3)</sup>

La longitud cervical, medida por ecografía transvaginal entre las 20 y 24 semanas de gestación tanto en embarazos de riesgo bajo como alto de parto pretérmino es un método útil para predecir la probabilidad de este.

El valor promedio es 34 mm entre las 20 y 24 semanas. En embarazos con parto pretérmino espontáneo antes de las 34 semanas existe una distribución bimodal del cérvix: el 1 % de la población tiene LC < 15 mm, aquí se produce el 20 % de los partos pretérmino espontáneos de

< 34 semanas y el 10 % de la población tiene LC < 25 mm, aquí se produce el 40 % de los partos pretérmino espontáneos de < 34 semanas. A menor longitud cervical, mayor riesgo de parto pretérmino.

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 uterino 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 %.

Las intervenciones recomendadas para la prevención primaria del parto pretérmino se centran en tres medidas: progesterona vaginal, cerclaje cervical y el pesario de Arabin.

El pesario cervical se ha probado para el tratamiento de la insuficiencia cervicouterina desde la década de 1950.<sup>(4,5)</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 sobre el canal cervical, así se evita que el exceso de presión favorezca la dilatación o la rotura prematura de membranas.<sup>(6)</sup>

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

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

## MÉTODOS

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.

El universo de estudio estuvo constituido por 45 gestantes con embarazos simples, a las cuales durante la realización de la cervicometría realizada a las 22 y hasta las 32 semanas de gestación se encontró un resultado de riesgo de parto pretérmino, motivo por el cual se les colocó pesario cervical, como prevención primaria de parto pretérmino. A través de un muestreo no probabilístico, intencional la muestra quedó constituida por 42 gestantes que se ajustaron a los criterios de selección.

Criterios de inclusión.

- Gestantes con cuello menor de 25 mm y orificio cervical interno mayor o igual de cinco mm o tunelización mayor de seis mm en la cervicometría.
- Gestantes que estuvieron de acuerdo en colocarse el pesario.
- No presentar colporrea excesiva y urocultivo negativo.
- Feto vivo.
- No hemorragia uterina.
- No útero irritable.

Criterios de exclusión.

- Embarazos múltiples.

Criterios de salida.

- Gestantes que no se les pudo recoger su información.

Previo a la inserción del pesario se realizó una ecografía transvaginal, se utilizó un equipo de ultrasonido Philips Affiniti 30, se utilizó transductor transvaginal de cinco y 7.5 MHZ con ángulo panorámico de 180°, para definir las modificaciones cervicales, todas las gestantes que los resultados de la cervicometría mostraron riesgo de parto pretérmino, 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.

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

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 cinco mm, de cinco a nueve mm y 10 mm y más.

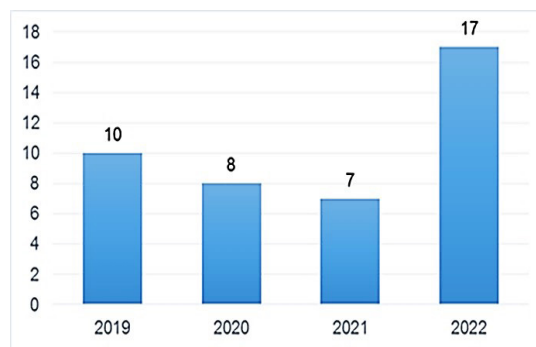
- Edad gestacional al parto, menor de 28 semanas, entre 28 y 33.6 semanas, de 34 a 36.6 y mayor de 37 semanas.

Los datos fueron recopilados y procesados se utilizó 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.

El estudio se realizó en concordancia con la Declaración de Helsinki, 2013 y la International Ethical Guide lines on Epidemiological Studies. 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 se llevaron a una base de estos, se mantuvo el principio de privacidad y confidencialidad.

## RESULTADOS

En el periodo comprendido entre enero 2019 a septiembre 2022, en el municipio de Güira de Melena, predominó en la distribución por años del número de gestantes con pesarios cervicales colocados, el año 2022 con 17 pacientes, gráfico 1.



**Gráfico 1.** Pesarios cervicales colocados a gestantes desde el año 2019 al 2022

La edad gestacional al momento de colocar el pesario cervical que sobresalió fue menos de 28 semanas de gestación en el 69 %. El 31 % tuvieron 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 y una máxima de 32, tabla 1.

**Tabla 1.** Edad gestacional de las gestantes al colocar los pesarios

Edad gestacional	No.	%
Menos 28 sem	29	69.0
De 28 a 32 sem	13	30.9
Total	42	100

Las gestantes se dividieron, según la medición cervical en menor de 15 mm que aportó un 14.2 %. Entre 15 y 20 mm, un 11.9 % y de 20.1 mm hasta 25 mm, con 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.

**Tabla 2.** Longitud cervical funcional

Longitud Cervical	No.	%
Menor 15 mm	6	14.2
15 a 20 mm	5	11.9
20.1 a 25 mm	31	73.8
Total	42	100

La mayor cantidad de pacientes presentó una permeabilidad menor de cinco mm que representó el 83.3 %, el 14.2 % entre cinco y nueve mm y solo una para el 2.3 % con 10 mm y más, tabla 3.

**Tabla 3.** Permeabilidad del orificio cervical interno (OCI)

Permeabilidad del OCI	No.	%
Menos de 5 mm	35	83.3
5 a 9 mm	6	14.2
10 mm y más	1	2.3
Total	42	100

Predominó el 76.1 % de las gestantes que alcanzaron el término de la gestación, el 16.6 % se incluyó en el grupo de pretérmino leve, de 34 a 36.6 y solo el 7.1 % tuvieron un parto entre las 28 y 33.6 semanas. A todas las pacientes que consiguieron la edad gestacional de 37 semanas se les retiró el pesario, para minimizar el riesgo potencial de infección por el uso de este dispositivo, tabla 4.

**Tabla 4.** Edad gestacional de las embarazadas al parto

Edad gestacional	No.	%
Menor de 28 sem	0	0
28 a 33.6 sem	3	7.1
34 a 36.6 sem	7	16.6
Mayor de 37 sem	32	76.1
Total	42	100

## DISCUSIÓN

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>(7)</sup>

El uso del pesario cervical en la prevención de la prematuridad, en embarazos únicos, aún no está establecido. Si bien se utiliza desde 1959, no existen suficientes estudios que avalen su eficacia.<sup>(8)</sup>

A pesar de lo anterior es una de las opciones terapéuticas en la prevención del parto pretérmino, que están protocolizadas en países como España. En Cuba, con la instauración de los protocolos de actuación, se utiliza como una opción terapéutica.<sup>(9)</sup>

La diferencia encontrada en este estudio, en los primeros años en los que se utiliza el pesario cervical como opción terapéutica con respecto al 2022, donde se colocan alrededor del doble de este dispositivo, está con relación a la pandemia de COVID-19. Lo cual trae consigo, la dificultad para el seguimiento de las gestantes, al mantenerse los protocolos de aislamiento.

El número mundial de casos de COVID-19, aumenta en el 2020, tanto que hasta el 6 de marzo de 2021, hay 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 confirman 64 934 163 casos de COVID-19 y 1 587 859 de muertes desde enero de 2020.<sup>(10)</sup>

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>(7,9,11)</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.

Al cambiar el ángulo del cuello uterino, el pesario obstruye el orificio cervical interno y previene infecciones ascendentes, este se coloca de forma ambulatoria y se retira en cualquier momento, si existe 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 el aumento de la secreción vaginal, con subsiguiente leucorrea asintomática provocada por la colección de flujo retenido en el pesario. Los pacientes deben recibir información al respecto y expresarles que no supone una necesidad de retiro.<sup>(12)</sup>

No obstante, es necesario establecer el diagnóstico diferencial, sobre todo si existen datos clínicos relacionados con vulvovaginitis u otros procesos infecciosos, además de plantear la sospecha diagnóstica de rotura prematura de membranas. Otros efectos adversos descritos en la bibliografía comprenden los relacionados con la técnica de inserción y colocación del pesario, leves molestias que ceden a corto plazo. El desgarro cervical representa una complicación excepcional, reportado muy poco en la bibliografía.<sup>(13)</sup>

Autores,<sup>(14)</sup> 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 la restricción de la actividad física, si la longitud es menor de 25 mm y la prevención quirúrgica con cerclaje, cuando la longitud es menor de 20 mm.

Se ha propuesto que la medida del canal cervical durante el embarazo, disminuye a partir de las 20 semanas, este acortamiento 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,<sup>(9)</sup> Inglaterra, se detecta hasta 82.2 % de partos pretérmino antes de las 28 semanas y hasta 29.3 % de los partos pretérmino entre 34 y 36 semanas.

Estudios<sup>(15-17)</sup> realizados por otros autores, en relación con la utilización del pesario cervical en la prevención del parto pretérmino, concluyen que su utilización, permite que el embarazo progrese al término, con resultados beneficiosos y sin evidencia de efectos adversos.

En el 2019, autores<sup>(16)</sup> determinan 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.

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.

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 trabajo de parto 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. Algunos casos de incompetencia cervical se producen en el segundo trimestre, estos se deben a enfermedades cervicales primarias que estimulan la madurez prematura, estas se asocian con otros procesos de enfermedad.

En las referencias bibliográficas consultadas no se han encontrado artículos que reflejen solo 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 proporcionales al riesgo de prematuridad. La presencia de tunelización o funneling que es observado por la ultrasonografía transvaginal se orienta a la determinación de la longitud del túnel, su ancho y la longitud funcional del cuello.

Estudios,<sup>(16)</sup> reflejan como la relación de estos parámetros cuando tienen resultados de riesgo para prematuridad, tienen una especificidad del 86 % y una sensibilidad del 80 % para la predicción del parto pretérmino.

En la investigación la tasa de parto pretérmino está entre las 34 semanas y las 36.6, acorde a la literatura revisada, que reflejan resultados similares al presente estudio.<sup>(16,17)</sup>

El parto pretérmino, es muy importante para la práctica obstétrica contemporánea. En años recientes, se producen avances en las herramientas utilizadas para la predicción y prevención, con respecto a la evaluación del riesgo en el lugar de atención.

Hay aspectos inciertos con respecto a la mejor intervención, sin embargo, el cerclaje, la pro-

gesterona y el pesario de Arabin se muestran promisorios y las investigaciones sobre cada una de estas modalidades están en curso. Es un desafío poder aplicar la intervención adecuada a la paciente correcta.<sup>(18,19)</sup>

La principal fortaleza de esta investigación es que para la predicción del parto pretérmino se utiliza una herramienta ecográfica estandarizada, en Cuba. Como potencial desventaja, es la selección de una muestra pequeña, lo que puede llevar a sesgos, en los resultados de la investigación.

Se concluye que el pesario cervical puede ser utilizado como método en la prevención primaria del parto pretérmino, en mujeres con cuello uterino corto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nicolaidis KH, Syngelaki A, Poon LC, Picciarelli G, Tul N, Zamprakou A, et al. A randomized trial of a cervical pessary to prevent preterm singleton birth. *N Engl J Med*. [Internet]. 2016[citado 28 Ene 2023];374(11):1044-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1511014>
2. 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 28 Ene 2023]; 218(2):80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937817323438>
3. Zemet R, Schiff E, Manovitch Z, Cahan T, Yoeli-Ullman R, Brandt B, 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 28 Ene 2023];13(6):e0198949. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29889906/>
4. Arabin B, Alfirevic Z. Cervical pessaries for prevention of spontaneous preterm birth: Past, present and future. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2013; [citado 28 Ene 2023];42(4):390–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282542/pdf/uog0042-0390.pdf>
5. Pacagnella R, Mol B, Borovac-Pinheiro A. 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 28 Ene 2023]; 19(1):1-9. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2513-2.pdf>
6. Daskalakis G, Maria Goya, Pergialiotis V, Luis Cabero, Kyvernitakis L, Antsaklis A et al. Prevention of spontaneous preterm birth. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019[citado 28 Ene 2023];299:1261–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30761417/>
7. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. *Obstetricia y Ginecología*. [Internet]. 4ªed. La Habana: Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecologia-cuarta-edición/>
8. Huertas Tacchino Erasmo. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev peru Ginecol Obstet*. [Internet]. 2018 Jul [citado 28 Ene 2023]; 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>.
9. 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 28 Ene 2023];(3). Disponible en: <http://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/manejo-de-la-paciente-con-riesgo-de-parto-prematuro.html>
10. Capobianco G, Saderi L, Aliberti S, Mondoni M, Piana A, Dessole F, et al. COVID 19 in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 [citado 11 Jul 2021];252:543-58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7363619/>
11. Cambero Martínez Y. *Temas de obstetricia para la atención primaria de salud*. La Habana: Ciencias Médicas; 2019. 253 p. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/>
12. Amanda. J. Uso de pesario cervical y prevención de parto pretérmino. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* [Internet]. 2020 [citado 28 Ene 2023];45(1). Disponible en: <https://doi.org/10.29166/rfcmqv45i1.3399>
13. 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 Mar [citado 28 Ene 2023]; 87(3):208-12. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2652>

14. Guzmán Parrado. R, Nodarse Rodríguez. A, Guerra Chang. E, Sanabria Arias AM, Couret Cabrera MP, Díaz Garrido D. Caracterización del uso de pesario cerclaje como prevención del parto pretérmino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 Jun [citado 28 Ene 2023];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).

15. 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 28 Ene 2023];51(5):573-79. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/uog.18908>

16. 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 28 Ene 2023];226(5):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.02.012>.

17. 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 28 Ene 2023];86:274-81. Disponible en: [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).

18. Coloma M, Gallardo Arozena M, Goya M, Nandwani C, Álvarez de la Rosa M. Evolución y costes de la prematuridad por indicación médica en un hospital de tercer nivel. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2021 [citado 28 Ene 2023];86:3-13. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v86n1/0717-7526-rchog-86-01-0003.pdf>

19. Abdel-Aleem H., Shaaban OM., Abdel-Aleem MA, Aboelfadle-Mohamed A. Cervical pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies. *The Cochrane database of systematic reviews* [Internet]. 2022 [citado 28 Ene 2023];12(12);CD014508. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014508>

#### **Conflicto de intereses**

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto y no tener conflictos de interés.

**Citar como:** García-Baños LG, Alonso-Sicilia M, Baños-Carmona OL. El pesario cervical como método de prevención primaria de la prematuridad. *Medimay* [Internet]. 2024 [citado: fecha de citado];31:e2444. Disponible en: *Medimay* [Internet]. 2024 [citado: fecha de citado];31:e-. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2444>

#### **Contribución de autoría.**

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

##### **Autor**

Dr. Luis Gustavo García Baños

Dra. Marilín Alonso Sicilia

Lic. Olga Lidia Baños Carmona

##### **Contribución**

Conceptualización, redacción (borrador original, revisión y edición).

Conceptualización, curación de datos análisis formal.

Conceptualización, curación de datos análisis formal.



Este artículo se encuentra protegido con una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.