

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
FÉLIX PENA DÍAZ
SAN ANTONIO DEL SUR**

VALOR PRONÓSTICO DE CERVICOMETRÍA TRANSVAGINAL EN PARTO PRETÉRMINO

Dr. Adrián Salvent Tames¹, Dr. Osvaldo Rodríguez Lara.²

1 Especialista de I Grado en Ginec Obstetricia. Instructor.

2 Máster en Oncoginecología. Especialista de II Grado en Ginec Obstetricia. Instructor.

RESUMEN

Se realiza un estudio de intervención para determinar el valor pronóstico de la cervicometría transvaginal en el parto pretérmino en el área de salud del policlínico "Félix Pena Díaz", municipio San Antonio del Sur, de provincia Guantánamo, en el periodo de enero a diciembre de 2010. El universo de estudio está constituido por 149 gestantes que se encontraban entre 26 y 30 semanas. Los datos obtenidos se presentan en tablas y gráficos. Se concluye que el bajo peso materno y la adolescencia ocupan espacios importantes en este estudio, predomina la ganancia insuficiente de peso como factor de riesgo más importante seguido de parto pretérmino previo y bacteriuria asintomática, se identifican la mayoría de las pacientes en el grupo I, el índice de prematuridad disminuye notablemente luego de aplicada esta herramienta.

Palabras clave: cervicometría transvaginal, parto pretérmino.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto pretérmino como aquel que ocurre entre las 20 semanas completas de gestación y antes de las 37 semanas. Millones de bebés mueren cada año por ser prematuros, un problema que se da sobre todo en países pobres. Casi 1

de cada 10 bebés en el mundo nace de forma prematura y aproximadamente un millón de ellos muere cada año como resultado de la prematuridad, según informe difundido por la organización de beneficencia March of Dimes, es un problema que se concentra en países pobres.

La gran mayoría de los casi 13 millones de bebés prematuros que nacen en el mundo cada año lo hacen en África y Asia. La prematuridad continúa siendo el centro de atención de la Perinatología contemporánea, las medidas basadas en tecnología relacionada con la prevención del parto prematuro, tienen poco impacto en la reducción de la incidencia del nacimiento del niño de pretérmino. El progreso de la Neonatología es tan novedoso y las cifras en el mundo de prematuros no se modifican; existe el riesgo de que no se pueda reducir lo que resulta desalentador.¹⁻⁵

En Cuba, aunque existe tendencia al aumento de la incidencia de la prematuridad en los últimos 2 años, esta continúa por debajo de 3.0 % de los nacidos vivos, como resultado de las acciones preventivas encaminadas a disminuir este indicador. Guantánamo exhibe un incremento de la prematuridad en los últimos 2 lustros en los cuales la incidencia es del 4.0 % a pesar de las medidas tomadas en la atención prenatal para la identificación oportuna de los factores de riesgo que pudieran desencadenar el parto pretérmino, es apreciable también el porcentaje de niños que asiste hoy a las consultas de neurodesarrollo en su mayoría por trastornos neurológicos, secuelas de la prematuridad.^{6,7}

El municipio San Antonio del Sur se presenta en el 8vo lugar en la provincia en cuanto a la incidencia de la prematuridad, con 3.8 %, dentro de este el área de salud "Félix Pena Díaz" que mantiene un 3.6 % con tendencia al aumento en el pasado 2009, manteniendo así una tendencia desfavorable de este flagelo en el municipio con la alta repercusión y costo social que implica el advenimiento de un bebé prematuro que se podría evitar, es por todo lo anterior y en beneficio de la esforzada familia cubana y guantanamera que se propone realizar este estudio, para disminuir el índice de prematuridad del municipio y así mejorar la calidad de vida de los niños que son el futuro del país.⁸⁻¹⁰

MÉTODO

Se realiza un estudio de intervención sin grupo control para determinar el valor pronóstico de la cervicometría transvaginal en el parto pretérmino y algunos factores de riesgo del mismo en el área de salud del policlínico "Félix Pena Díaz" en el municipio San Antonio del Sur en el año 2010.

El universo queda constituido por las gestantes del área que se encuentran entre 26 y 30 semanas en este período n= 149.

El dato primario es recogido del carné obstétrico de cada gestante y a través del interrogatorio a las pacientes, los datos de ultrasonografía transvaginal son aportados por la observación y medición de los diferentes aspectos que se tienen en cuenta en este estudio, los datos se llevan a una planilla de vaciamiento y los resultados se expresan en números absolutos y porcentajes representados en tablas y gráficos.

Para evaluar a las gestantes según los datos obtenidos por ultrasonografía transvaginal y la presencia o no de factores de riesgo se realiza el siguiente diseño

Parámetros	Bajo Riesgo	Riesgo Incrementado	Alto Riesgo
Clínicos	No tiene	<ul style="list-style-type: none"> • RPM o Parto pretérminos previos • Trastornos Hipertensivos • Bacteriuria asintomático • BP materno + GIP 	<ul style="list-style-type: none"> • RPM o Parto pretérminos previos • Trastornos Hipertensivos • Bacteriuria asintomático • BP materno + GIP • Placenta Previa • Incompetencia Istmo/cervical (confirmada o sospechada)
Inf. cervical	No tiene	Si	Si
U/S vaginal	OCI cerrado ó > 6mm Long: 35-55 mm Seg. Inf. > 7mm	OCI 6 – 10 mm Long: 25 – 35 mm Seg. Inf. > 7 mm	OCI >10 mm Long: < 25 mm Seg. Inf. < 7 mm

Se considerara como inminencia de parto pretérmino las gestantes que cumplan las siguientes condiciones detectadas por ultrasonido transvaginal.

- OCI: > 20 mm
- Long. < 15 mm
- Seg. Inf. < 5 mm
- Grosor cervical < 28 mm

Se clasificaran en los siguientes grupos:

- Bajo riesgo para la prematuridad Grupo I
- Riesgo incrementado para la prematuridad Grupo II
- Alto riesgo para la prematuridad Grupo III
- Inminencia de parto pretérmino Grupo IV

Se tomaron las siguientes conductas con cada grupo:

- Grupo I: Manejo en la comunidad.
- Grupo II y III: Ingreso en hogares maternos del área se realizará intervención sobre factores de riesgos modificables
- Grupo IV: Se realizará traslado inmediato al Hospital General Docente "Agostinho Neto" del municipio Guantánamo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Tabla 1 muestra que 76 (51.0 %) gestantes eran menores de 19 años de ellas 57 (38.2 %) estaban por debajo del peso necesario para embarazarse, hecho que continúa apareciendo con frecuencia y con cierta tendencia al aumento en las áreas de salud, la paciente adolescente muchas veces no presenta el desarrollo pondoestatural que necesita para enfrentar una gestación y evitar el nacimiento de un bebé prematuro.¹¹⁻¹⁴

En la Tabla 2 se aprecia que más de la mitad de las pacientes tenían al menos un factor de riesgo de parto pretérmino 87 (58.3 %), continúa siendo en materia de salud la ganancia insuficiente de peso materno 35 (23.4 %) el factor de riesgo que más influye en la aparición del parto pretérmino, seguido del parto pretérmino previo y la bacteriuria asintomática, hecho que no coincide con otros estudios en los cuales lleva la delantera el parto pretérmino previo.^{15, 16}

La Tabla 3 deja ver que 111 (74.4 %) estuvo en el grupo I de riesgo, las gestantes que se incluyeron en el grupo IV llegaron en trabajo de parto pretérmino avanzado al Hospital. Esta clasificación por grupos de riesgo fue de vital importancia ya que a todas las gestantes del área que

asistieron a esta consulta se les orientó la conducta que se tomaría en cada caso y permitió el ingreso de 35 gestantes en el hogar materno del área de salud para trabajar con los factores de riesgo modificables de las mismas y establecer seguimiento ultrasonográfico quincenal, se consultaron los trabajos de algunos autores en cuanto a elementos de ultrasonografía transvaginal y se obtuvieron similares resultados, no se encontraron referencias en cuanto a conducta y manejo por grupos.^{17,18}

En el Gráfico 1 se puede observar la disminución marcada del índice de prematuridad luego de aplicada la herramienta, aunque ya en el mundo la ultrasonografía transvaginal lleva varios años de uso, para el personal médico resulta muy alentador este resultado obtenido ya que es un arma eficaz en la prevención del parto pretérmino, mucho más si se tienen en cuenta las características de esta área de salud que se encuentra en una zona montañosa de difícil acceso y con una población de un nivel cultural que en algunas comunidades no sobrepasa la secundaria básica y con arraigos culturales difíciles de cambiar.

Otros autores tienen resultados similares en la utilización de este método aunque ya se acompaña con marcadores biológicos lo que lo hace más predictivo.¹⁹⁻²¹

CONCLUSIONES

1. El bajo peso materno y la adolescencia, acompañados de la ganancia insuficiente de peso continúan favoreciendo la aparición del parto pretérmino en este municipio.
2. Predominó el bajo riesgo de parto pretérmino en este estudio.
3. El índice de prematuridad disminuyó notablemente con respecto a años anteriores luego de aplicada la herramienta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Consenso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2010.
2. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2002; 100:1020-37.
3. Premature Birth Rate in U.S. Reaches Historic High; Now Up 29 Percent Since 1981. *March of Dimes. Press Release.* [citado February 3 2004]. Available at: http://www.marchofdimes.com/aboutus/10651_10763.asp

4. Rates of Preterm Birth by State, 1992 and 2002[internet]. [Accessed June 29 2004]. Available at: http://www.marchofdimes.com/files/ptbrates_bystate_2002_final2.pdf
5. Centers for Disease Control and Prevention. Use of assisted reproductive technology—United States 1996 and 1998. MMWR Weekly[internet]. 2002[citado 29 junio 2004]; 51:97-101. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5105a2.htm>
6. Russell RB, Petrini JR, Damus K, Mattison DR, Schwarz RH. The changing epidemiology of multiple births in the United States. *Obstet Gynecol.* 2003; 101:129-135.
7. Zhang J, Meikle S, Grainger DA, Trumble A. Multifetal pregnancy in older women and perinatal outcomes. *Fertil Steril.* 2002; 78:562-568.
8. Oliva JA. Temas de obstetricia [internet]. [citado 20 junio 2006]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/libros/obstetricia/indice.html>
9. Martínez Camilo V, Álvarez Ponce V. Uso de antimicrobianos en pacientes con rotura prematura de membranas y embarazo pretérmino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [internet]. 2002[citado 20 junio 2006]; 28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2002000200002&script=sci_abstract
10. Manzanares S, Pérez Herrezuelo I, López Moreno ME, Santiago C, Montoya F. Diagnóstico de la amenaza de parto prematuro. *Cienc ginecol.* 2005; 4: 221-6.
11. Wadhwa PD, Culhane JF, Rauh V. Stress, infection and preterm birth: a biobehavioural perspective. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001[citado; 15(suppl 2):17-29.
12. http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/mgi09300.htm
13. Manzanares S, Pérez Herrezuelo I, López Moreno ME, Santiago C, Montoya F. Diagnóstico de la amenaza de parto prematuro. *Cienc ginecol.* 2005; 4: 221-6.
14. National guideline clearinghouse. Management of preterm labor[internet]. Julio 2004[citado 23 nov 2009]. Disponible en:

http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=3993&stat=1&string=

15. Chao AS, Chao A, Ching Chang P. Ultrasound assessment of cervical length in pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2008; 47(3); 291-5.
16. Vendittelli F, Mamelle N, Munoz F, Janky E. Transvaginal ultrasonography of the uterine cervix in hospitalized women with preterm labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 72:117-25.
17. National guideline clearinghouse. Management of labor[internet]. Marzo 2007[citado 23 nov 2009]. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=10725&nbr=5587
18. Institute for Clinical Systems improvement. Technology assessment report: Ultrasound cervical length for the prediction of preterm labor. Mayo 2003[citado 23 nov 2009]. Disponible en: http://www.icsi.org/technology_assessment_reports__active/ta_ultrasound_cervical_length_for_the_prediction_of_preterm_labor.html
19. Sánchez M, Sanin J, Cobo T, Palacio M, Carreras E, Crispi E, et al. Utilización de la longitud cervical para la reducción de la estancia hospitalaria en pacientes ingresadas por amenaza de parto pretérmino. *Prog Obstet Ginecol*. 2005; 48(7):327-32.

Tabla1. Edad y peso de la gestante en la captación.

GRUPO DE EDAD	PESO EN LA CAPTACIÓN				TOTAL	
	< 54 kg		≥ 54 kg		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
<19 años	57	38.2	19	12.7	76	51.0
19 – 34 años	23	15.4	24	16.1	47	31.5
≥ 35 años	5	3.3	21	14.0	26	17.5
<i>TOTAL</i>	<i>85</i>	<i>56.9</i>	<i>64</i>	<i>42.8</i>	<i>149</i>	<i>100</i>

Tabla 2. Factores de riesgo del parto pretérmino.

FACTORES DE RIESGO	No.	%
Ganancia insuf. de peso	35	23.4
Parto pretérmino previo	17	11.4
Bacteriuria asintomática	16	10.7
RPM anterior	10	6.7
Trastornos hipertensivos	6	4.0
Placenta previa	3	2.0
Subtotal	87	58.3
Sin factores de riesgo	62	41.6
<i>TOTAL</i>	<i>149</i>	<i>100</i>

Tabla 3. Gestantes clasificadas en grupos de riesgo de parto pretérmino.

GRUPO DE RIESGO	No.:	%
Grupo I	111	74.4
Grupo II	21	14.2
Grupo III	14	9.3
Grupo IV	3	2.1
<i>TOTAL</i>	<i>149</i>	<i>100</i>

Gráfico1. Comportamiento de la prematuridad en los últimos cinco años.

