

**CERVICOMETRIA COMO PREDICTOR DEL PARTO PRETERMINO
EN PRIMIGESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
EN LA CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO**

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CARTAGENA DE INDIAS - COLOMBIA

2008

**CERVICOMETRIA COMO PREDICTOR DEL PARTO PRETERMINO
EN PRIMIGESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
EN LA CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO**

DR. DARIO BARRETO MARTELO

RESIDENTE DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. III AÑO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

DR. BENJAMIN RODRIGUEZ YANCES

GINECOOBSTETRA - ECOGRAFISTA. ASESOR CLÍNICO

PROFESOR TITULAR. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

DR. DAVID RODRIGUEZ DE AVILA

GINECOOBSTETRA. PROFESOR TITULAR

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CARTAGENA DE INDIAS – COLOMBIA

2008

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN
2. INTRODUCCION
3. OBJETIVO GENERAL
4. OBJETIVOS ESPECIFICOS
5. METODOLOGIA
6. RESULTADOS
7. CONCLUSIONES
8. ANEXOS
9. BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar en las primigestantes que fueron atendidas con diagnóstico clínico de amenaza de parto pretérmino y con embarazo único entre las 22 y 32 semanas de gestación, con membranas íntegras, la utilidad de la cervicometría como predictor de parto pretérmino y describir algunos factores de riesgo asociados a parto pretérmino en nuestra comunidad.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de serie de casos. Realizado en el servicio de urgencias de la clínica maternidad Rafael Calvo en el distrito turístico de Cartagena de Indias, en el caribe colombiano, durante el periodo comprendido entre noviembre 2006 – noviembre de 2007. Las pacientes fueron divididas en dos grupos: primigestantes adolescente y un segundo grupo de primigestantes adultas, con cervicometrías menor o igual a 30 mm y mayor a 30 mm. se determinó la vía del parto y la edad gestacional que alcanzó el embarazo. Igualmente se determinaron factores de riesgo más frecuentemente encontrados en las pacientes con parto pretérmino.

RESULTADOS: Se estudiaron 58 pacientes primigestantes, las cuales estuvieron de acuerdo en pertenecer a este estudio, se excluyeron 3 pacientes por no tener información acerca del resultado de la gestación.

Con un total de 55 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión, con sintomatología relacionada con amenaza de parto pretérmino (dolor pélvico tipo contracción uterina, sin cambios cervicales al examen ginecológico), con edad gestacional comprendida entre las 22 y 32 semanas. De los resultados de cervicometría, cuatro fueron igual o menor a 30 mm. Con respecto al parto pretérmino, 4 embarazos lo presentaron, uno con cervicometría de 29 mm y tres con cervicometrías normales. Ninguno de los partos pretérminos tuvo menos de 35 semanas. La prevalencia de parto pretérmino en nuestra población fue de 7.2%. No hubo diferencias en la cervicometría según edad. Las infecciones urogenitales estaban implicadas en más de la mitad de los embarazos con amenaza de parto pretérmino. Con mayor frecuencia la vulvovaginitis y más en el grupo de adolescente.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio se presentaron más casos de primigestantes adolescente, demostrando que este grupo es más vulnerable de tener amenaza de parto pretérmino. Y podría estar relacionado con más bajo nivel educativo y socioeconómico, como lo describe la literatura universal.

La mayoría de las pacientes con amenaza de parto pretérmino presentaron infecciones que están implicadas en su etiología, el tratamiento adecuado de las infecciones, más las medidas pertinentes, en primigestantes con una cervicometría normal permitieron que los embarazos llegaran al término.

Se puede anotar que la cervicometría transvaginal tiene un gran valor predictivo negativo. Sin embargo se necesitan estudios con mayor número de pacientes para resultados más significativos.

PALABRAS CLAVE: Amenaza de parto pretérmino, cuello uterino, ultrasonografía, parto pretérmino.

SUMMARY

OBJECTIVES: To determine the first pregnancy who were served with a clinical diagnosis of threat of preterm birth and pregnancy only between 22 and 32 weeks gestation, with intact membranes, the usefulness of cervical length as a predictor of premature labor and describe some risk factors associated with preterm birth in our community.

METHODOLOGY: A descriptive study of number of cases. Done in the emergency department of the maternity clinic Rafael Calvo in the district Cartagena de Indias, Colombia in the caribbean, during the period between november 2006 - november 2007. Patients were divided into two groups: teen first pregnancy and a second group of first pregnancy adult, with equal or less than 30 mm cervical length and more 30 mm cervical length. Determine the path of birth and gestational age who achieved pregnancy. identified risk factors associated with preterm birth.

RESULTS: We studied 58 patients first pregnancy, which agreed to belong to this study, 3 patients were excluded because they have no information about the outcome of pregnancy. With a total of 55 patients who met the inclusion criteria, with symptoms related threat of preterm birth (pelvic pain uterine contraction rate unchanged at cervical gynecological examination), with gestational age including

between 22 and 32 weeks. the results of cervical length four were equal to or less than 30 mm. With respect a preterm birth four pregnancies were preterm birth, one with cervical length 29 mm and three of whom with normal cervical length. The prevalence of preterm birth in our population was 7.2 The urogenital infections were involved in more than half of pregnancies with threatened preterm birth. More often vulvovaginitis and more at the group of adolescents. There were no differences in cervical length according to age.

CONCLUSIONS: In our study were presented more cases first pregnancy of adolescents, showing that this group is more vulnerable to take threat of preterm birth. Could be related to lower socioeconomic and educational level, as described by the literature. Most patients with threatened preterm birth infections that are involved in their etiology, adequate treatment of infections, more action, in first pregnancy with a normal allowed cervical length that the pregnancy came to term. you can write that cervical length transvaginal has a large negative predictive value. But studies are needed with the highest number of patients to more significant results.

KEYWORD: Threat premature labor, cervix, ultrasonography, preterm delivery.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es la principal causa de resultados perinatales adversos. Está asociado con 75% de morbilidad y mortalidad en neonatos sin anomalías congénitas. La incidencia de parto pretérmino no ha cambiado apreciablemente en los últimos 20 años. Más partos pretérminos son espontáneos y no indicados por complicaciones maternas, fetales o de ambos. 1

El parto pretérmino espontáneo es reconocido como un síndrome. Los tres principales componentes del síndrome de parto pretérmino son: activación decidual y pérdida de la integridad corioamnionica, actividad miometrial y acortamiento cervical prematuro. 1,2

La prevención del parto pretérmino es el más importante problema en obstetricia. Las investigaciones sobre la etiología y prevención de parto pretérmino han sido enfocadas en la actividad uterina y ruptura prematura de membranas. Recientes estudios han incluido el cérvix e investigan el rol que juega en la prematuridad. 3

El ultrasonido para la medición de la longitud cervical es útil como predictor de parto pretérmino en pacientes con amenaza de parto pretérmino. El acortamiento del cérvix incrementa el riesgo de parto pretérmino. Los factores de riesgo demográficos como el origen afrocaribeño y la adolescencia entre otros asociados a parto pretérmino lo hacen a través de un acortamiento cervical.

Otros factores asociados al TPP son las edades extremas, el tabaquismo, las infecciones vaginales bacterianas, la infección del tracto urinario. 2, 4 ,5

Tradicionalmente los médicos evalúan el cérvix por examen visual y palpación, sin embargo, su uso clínico ha tenido limitaciones por ser muy variable su interpretación interobservador y pobre sensibilidad y especificidad, limitaciones que no posee el ultrasonido en la medición cervical. 6

La determinación del riesgo de parto pretérmino, resulta del interés clínico, ya que puede influenciar en la toma de importantes decisiones clínicas como la administración de tocolíticos y esteroides.

El examen del cervix en pacientes con amenaza de parto pretérmino, esta respaldada en los estudios realizados por investigadores como Murakawa 1993 (32 pacientes), Iams 1994 (60), Gomez 1994 (59), Rizzo 1996(108), Rozemberg 1997(76), entre otros autores.

Este estudio descriptivo se realizó en la Clínica Maternidad Rafael Calvo institución de segundo nivel, en la ciudad de Cartagena de Indias, donde diariamente evidenciamos la alta prevalencia de amenaza de parto pretermino, como también la alta tasa de hospitalizaciones por falsos trabajos de parto pretermino. Por todo lo descrito se evaluó la utilidad de la cervicometría como predictor de parto pretérmino en amenaza de parto pretérmino, con el fin de fomentar la utilización de la cervicometría como herramienta importante en la predicción del parto pretérmino, y convertirse en el primer estudio que se lleva cabo en nuestra ciudad de esta naturaleza, despertando el interés para futuras investigaciones.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la utilidad de la cervicometría como predictor de parto pretérmino en primigestantes con amenaza de parto pretérmino que consultan a la clínica maternidad Rafael calvo durante el periodo noviembre 2006 - 2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la sensibilidad y especificidad de la medición cervical - cervicometría como predictor de parto pretérmino en primigestantes con amenaza de parto pretérmino entre las semanas 22 y 32 de gestación en la Clínica Maternidad Rafael Calvo.
2. Conocer el valor predictivo positivo y negativo de la cervicometría en la predicción de parto pretérmino en primigestantes con amenaza de parto pretérmino que consultan a la Clínica Maternidad Rafael Calvo.
3. Describir las características epidemiológicas y clínicas de las primigestantes del estudio.
4. Identificar las posibles causas de amenaza de parto pretérmino y su oportuno tratamiento.
5. Determinar la proporción de pacientes con parto pretérmino y a término comparado con los resultados de cervicometría.

METODOLOGIA

DISEÑO UTILIZADO:

Estudio descriptivo de serie de casos.

POBLACIÓN MARCO O REFERENCIA:

Mujeres embarazadas de Cartagena

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Mujeres primigestantes que consultaron al servicio de urgencias de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo II nivel.

SUJETOS DE ESTUDIO:

Mujeres primigestantes que consultaron a la Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Y que cumple con los siguientes criterios de selección:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Primigestantes con edad gestacional de 22 a 32 semanas que aceptaron pertenecer al estudio, que presentaron sintomatología de amenaza de parto pretermino, (dolor en hipogastrio sin cambios cervicales), a las cuales se le realizó encuesta y cervicometría en la Clínica Maternidad Rafael Calvo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Primigestantes con edad gestacional menor de 22 y mayor 32 semanas, no aceptación de incluirse en el estudio y comorbilidades (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Anemias, Colagenosis).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variables	Categorías	Rango
Numero Registro	Numero consecutivo Asignado por el investigador	Numérica		
Identificación del Sujeto	Número Historia Clínica.	Numérica		
Nombre	Nombre del sujeto de estudio	Texto		
Edad	Edad del paciente al parto			
Infeccion de vías Urinarias	Documentada por citológico de orina anormal y/o urocultivo patológico.	Categóricas	0. No 1. Si	0 a 1
Vulvovaginitis	Documentada con examen directo y gram de flujo vaginal definido como normal o anormal (o positivo para vaginitis y/o vaginosis y/o infección mixta).	Categóricas	0. No 1. Si	0 a 1
Edad gestacional a la amenaza		Numérica		22 a 32
Cervicomtría	Medida por ecografía transvaginal de orificio interno a orificio externo en un corte longitudinal del mismo que incluya la totalidad del conducto cervical	Numérica		
Edad gestacional al parto		Numérica		20 a 42
Vía del parto		Categóricas	1. Vaginal 2. Cesárea	1 a 2
Clasificación Neonatal		Categóricas	1. A término 2. Pretérmino 3. Postérmino	1 a 3

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Se utilizaron fuentes primarias para obtener los datos debido a que se accedió al formato de encuesta de la paciente. Los datos se consignaron en un formulario de recolección.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de los datos de las pacientes se inició en el servicio de urgencias de la CMRC teniendo en cuenta los criterios de inclusión, con la previa aceptación de pertenecer a la investigación. Los datos iniciales correspondientes a la amenaza se consignaron inmediatamente en el formato para posteriormente confirmar por medio de contacto telefónico la fecha real del parto y determinar la prematurez del mismo. Lo anterior se debe a que no todas las pacientes que consultan por amenaza de parto pretérmino a la CMRC culminan su embarazo en dicha institución.

PLAN DE ANÁLISIS:

Se realizaron tablas de frecuencia para las variables cualitativas además medidas de tendencia central y de dispersión para variables continuas.

ESTRATEGIAS DE DIVULGACIÓN:

Revista y página Web de la Universidad de Cartagena.

RESULTADOS

Se analizaron 55 pacientes todas pertenecientes a la clínica maternidad Rafael Calvo y al distrito turístico de Cartagena. La distribución por edades tuvo una mediana de 18 años, con un rango intercuartilico de 16 a 21, con una edad mínima de 14 años y una máxima de 27 años. **TABLA Y GRAFICO 1.**

La mediana de la edad gestacional al momento de la amenaza de parto pretérmino fue 26, con un rango intercuartilico de 23 semanas y 30 semanas. Con una edad mínima de 22 semanas y una máxima de 32 semanas. **TABLA Y GRAFICO 2.**

Al discriminar por edad cronológica, 34 fueron adolescentes y 21 fueron adultas. **TABLA 1.**

En las adolescentes la edad mas frecuente de presentación fue a los 18 años con un número de 10 embarazadas, seguidas por las de 16 semanas con 8 pacientes. En las adultas la edad donde se presentó mayor número de amenaza de parto pretermino fue los 23 años, con 5 embarazadas.

Discriminando por edad gestacional, en las primigestantes adolescentes las 22 semanas fue la edad mas frecuente de amenaza de parto pretermino. En las primigestantes adultas la amenaza de parto pretermino se presento con mayor frecuencia a las 31 semanas. Considerando los dos grupos, la edad gestacional mas frecuente fueron las 22 semanas. **TABLA 2.**

La cervicometría en las 55 pacientes tuvo una mediana de 33 mm, con un rango intercuartilico de 31 a 39 mm. Hubo solo 4 reportes menor o iguales a 30 mm.

TABLA 3.

No hubo diferencia entre las cervicometrías reportadas para adultas, como para adolescentes. **TABLA 7.**

La infección urinaria se presentó en 29 pacientes (52.7%), mientras la vulvovaginitis se presento en 47 (85.5%). Demostrándose que las infecciones urogenitales son frecuentes en la población sujeta al estudio. **TABLA 4.**

De las 55 pacientes, 4 presentaron parto pretermino, uno con cervicometría menor o igual a 30 mm, 3 tuvieron parto pretérmino con cervicometría mayor a 30 mm, 2 de los cuales tenían concomitantemente infección urinaria y vulvovaginitis que a su vez estuvo asociada a la ruptura prematura de membranas ovulares a las 35 semanas. **TABLA 5.**

51 pacientes tuvieron parto a término a pesar de las infecciones que cursaban.

TABLA 6.

El 69% de los embarazos llegaron a las 39 semanas. No hubo postérminos y solo 4 embarazos fueron preterminos. **TABLA 8.**

El 74% de los embarazos terminaron por vía vaginal. **TABLA 9.**

La prevalencia de parto pretermino en este estudio fue de 7.2%, teniendo la cervicometría una sensibilidad del 25% y una especificidad del 94%, con un VPP de 25% y un VPN de 94%. La exactitud de la prueba fue del 89%. **TABLA 10.**

CONCLUSIONES

Uno de los principales retos diagnósticos en la práctica obstétrica moderna es el de la amenaza de parto pretermino.

En la amenaza de parto pretermino documentar los cambios cervicales por tacto vaginal es impreciso. Para evitar esta dificultad, varios autores han señalado la utilidad de la cervicometría en pacientes sintomáticas. **IAMS** evaluó 60 pacientes con amenaza de parto pretérmino entre las 24 y 34 semanas, y en todos los casos las gestaciones que lograron el término tenían una cervicometría mayor a 30 mm. Los resultados de esta investigación coinciden con estos hallazgos ya que se observó que una medida mayor de 30 mm en la longitud cervical lograron llegar al término. En los 4 casos de parto pretérmino una sola paciente presentó cervicometría menor o igual a 30 mm, los tres restantes estuvieron asociados a ruptura prematura de membranas y a preeclampsia con cervicometrias normales, a las 35 semanas (2) y 36 semanas respectivamente. Con un solo caso en este estudio no se puede establecer una relación directa entre el acortamiento cervical y el parto pretérmino. El presente estudio es el primero que se realiza en nuestro medio sobre el uso de la cervicometría para determinar el riesgo de parto prematuro en pacientes con amenaza de parto pretérmino. Esto es consistente con la literatura publicada hasta hoy, que señala que es poco probable que se presente un parto prematuro en pacientes sintomáticas, con membranas íntegras antes de las 35 semanas de gestación en los 14 días posteriores a la observación

mediante ecografía transvaginal de un cérvix con longitud mayor de 30 mm. En caso contrario permite aplicar una de las medidas más eficaces que ha logrado incidir sobre el pronóstico de los recién nacidos prematuros, la aplicación de esteroides con el fin de obtener una maduración pulmonar. También tratar con mayor énfasis las infecciones que cursan con el embarazo que se sumarían al cervix corto para provocar parto pretérmino y peores resultados perinatales. Todas estas conductas médicas ahorran cuantiosos recursos económicos, como humanos a países en desarrollo como el nuestro.

Este estudio demostró nuevamente el gran valor predictivo negativo de una cervicometría > 30 mm en gestantes con amenaza de parto pretermino. Además de la valiosa medida de tratar las infecciones urogenitales para mejores resultados perinatales.

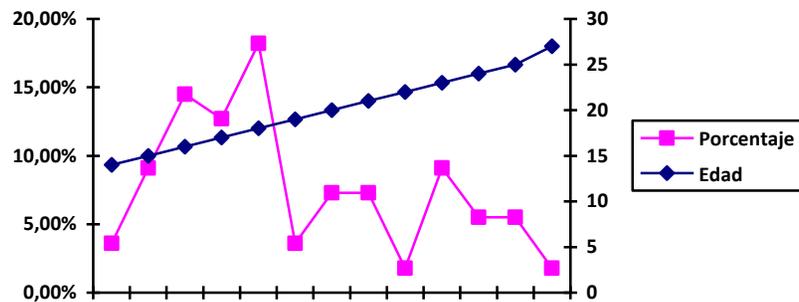
TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1.

**DISTRIBUCION DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO SEGÚN EDAD
DE LA GESTANTE**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	2	3,6%
15	5	9,1%
16	8	14,5%
17	7	12,7%
18	10	18,2%
19	2	3,6%
20	4	7,3%
21	4	7,3%
22	1	1,8%
23	5	9,1%
24	3	5,5%
25	3	5,5%
27	1	1,8%
TOTAL	55	100,0%

GRAFICO 1.



En la tabla y grafico 1 se puede observar que la distribución por edades tuvo una mediana de 18 años, con un rango intercuartilico de 16 a 21, con una edad mínima de 14 años y una máxima de 27 años. Con una población adolescente de 32 pacientes que superó a la población de mujeres adultas, que fué de 23 primigestantes.

TABLA 2.

DISTRIBUCION POR EDAD GESTACIONAL DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

EG A LA AMENAZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
22	13 (9 + 4)	23,6%	23,6%
23	6 (4 + 2)	10,9%	34,5%
24	5 (3 + 2)	9,1%	43,6%
25	3 (1 + 2)	5,5%	49,1%
26	2 (1 + 1)	3,6%	52,7%
27	2 (1 + 1)	3,6%	56,4%
28	4 (3 + 1)	7,3%	63,6%
29	6 (3 + 3)	10,9%	74,5%
30	3 (2 + 1)	5,5%	80,0%
31	7 (2 + 5)	12,7%	92,7%
32	4 (3 + 1)	7,3%	100,0%
TOTAL	55	100,0%	100,0%

La edad gestacional más frecuente de amenaza de parto pretérmino fueron las 22 semanas con 13 pacientes, 9 casos eran adolescentes y 4 casos eran adultas.

GRAFICO 2.

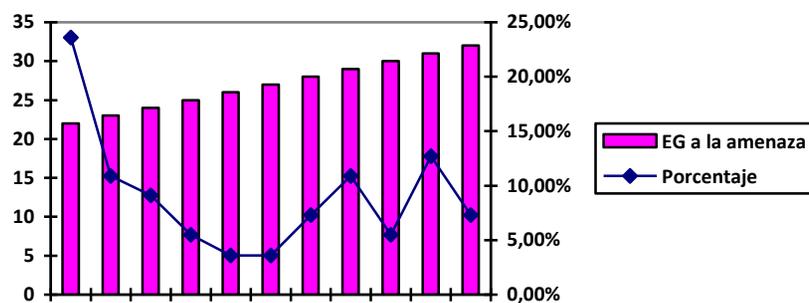
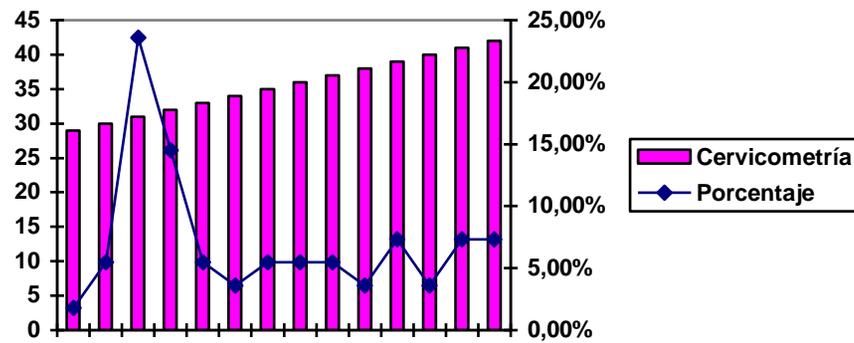


TABLA 3.

RESULTADO DE LA CERVICOMETRIA EN LAS GESTANTES DEL ESTUDIO

CERVICOMETRÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
29	1	1,8%
30	3	5,5%
31	13	23,6%
32	8	14,5%
33	3	5,5%
34	2	3,6%
35	3	5,5%
36	3	5,5%
37	3	5,5%
38	2	3,6%
39	4	7,3%
40	2	3,6%
41	4	7,3%
42	4	7,3%
TOTAL	55	100,0%

GRAFICO 3.



En la tabla y gráfico 3 la cervicometría en las 55 pacientes tuvo una mediana de 33 mm, con un rango intercuartilico de 31 a 39 mm. Con un solo valor menor de 30 mm y el resto por encima de 30 mm, con un máximo valor de 42 mm.

TABLA 4.

FRECUENCIA DE INFECCIONES UROGENITALES DURANTE EL EMBARAZO

	IVU		VULVOVAGINITIS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	29	52,7%	47	85,5%
NO	26	47,3%	8	14,5%
TOTAL	55	100,0%	55	100,0%

En la tabla 4 se evidencia que la infección urinaria se presentó en 29 pacientes (52.7%), mientras la vulvovaginitis se presentó en 47 (85.5%), demostrándose que las infecciones urogenitales son frecuentes en la población sujeta al estudio.

TABLA 5.

**EDAD DE FINALIZACION DEL EMBARAZO Y CURSO DE INFECCIONES,
AL COMPARAR LOS VALORES DE CERVICOMETRIA**

CERVICOMETRIA	PRETERMINO				A TÉRMINO			
	> 30		≤ 30		> 30		≤ 30	
INFECCIONES	No	%	No	%	No	%	No	%
IVU					7	12.7	1	1.8
VULVOVAGINITIS	1	1.8	1	1.8	24	43.6		
IVU + VV	2	3.6			17	30.9	2	3.6
TOTAL	3	5.4	1	1.8	48	87.2	3	5.4

En la tabla 5 se concluye que de las 55 pacientes, 4 tuvieron parto pretermino, 3 con cervicometría mayor a 30 mm, 2 de los cuales tenían concomitantemente infección urinaria y vulvovaginitis.

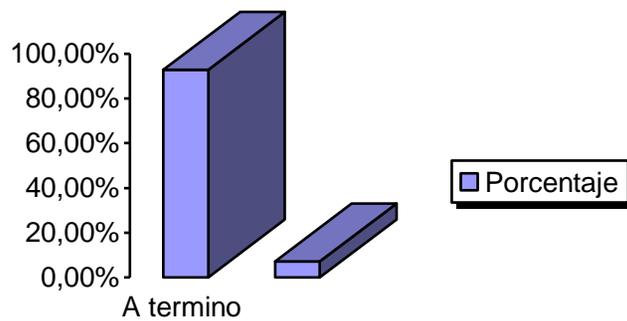
Una sola paciente presentó parto pretérmino con cervicometría menor o igual a 30 mm.

TABLA 6.

**DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES CON RELACION AL TERMINO
DE SUS EMBARAZOS**

RECIÉN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A TERMINO	51	92,7%
PRETERMINO	4	7,3%
TOTAL	55	100,0%

GRAFICO 6.



La tabla y grafico 6 concluyen que del total de 55 pacientes 51 (92.7) llegaron a término.

TABLA 7.

COMPORTAMIENTO DE LA CERVICOMETRIA EN LA POBLACION DE GESTANTES

	ADULTAS		ADOLESCENTES	
PROMEDIO DE CERVICOMETRÍA (MEDIA ± DE)	34 ± 3,9		35 ± 4,0	
PARTO PRETERMINO	2		2	
IVU	NO	%	NO	%
SI	12	57,1%	17	50,0%
NO	9	42,9%	17	50,0%
VULVOVAGINITIS				
SI	18	85,7%	29	85,3%
	3	14,3%	5	14,7%

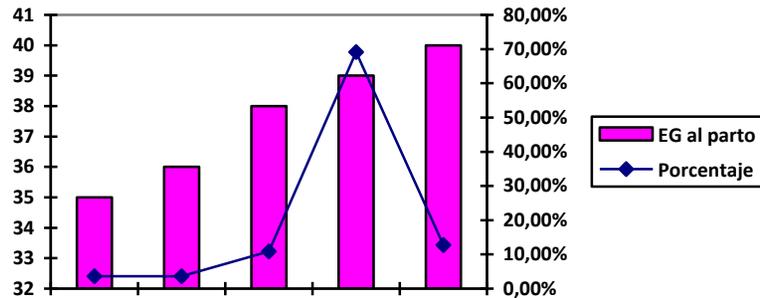
En la tabla 7 se demostró que no hubo diferencia entre las cervicometrías reportadas para adultas, como para adolescentes. Tampoco en cuanto a la incidencia de parto pretérmino entre unas y otras. La vulvovaginitis comprometió mucho más a las adolescentes.

TABLA 8.

EDAD GESTACIONAL CUMPLIDA AL MOMENTO DEL PARTO

EG AL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
35	2	3,6%
36	2	3,6%
38	6	10,9%
39	38	69,1%
40	7	12,7%
TOTAL	55	100,0%

GRAFICO 8.



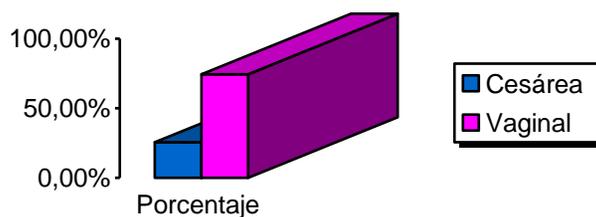
La tabla y gráfico 8 muestran que la edad de finalización del embarazo, tuvo una mediana de 39 semanas, con una mínima de 35 semanas y una máxima de 40 semanas. Ningún parto pretérmino se presentó en una edad inferior a las 35 semanas, incluidas las pacientes con ruptura de membranas que habían tenido cervicometría normal, como tampoco la de cervicometría acortada – 29 mm.

TABLA 9.

FORMA DE TERMINACION DEL EMBARAZO - VIA DEL PARTO

VÍA DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CESÁREA	14	25,5%
VAGINAL	41	74,5%
TOTAL	55	100,0%

GRAFICO 9.



En la tabla y grafico 9 se evidenció que el 74,5% de las embarazadas terminaron su embarazo por la vía vaginal.

TABLA 10.

SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y VALORES PREDICTIVOS DE LA CERVICOMETRIA EN LA POBLACION ESTUDIADA

SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	PREVALENCIA DE PARTO PRETERMINO	VPP	VPN
25 %	94 %	7.2%	25%	94%

EXACTITUD DE LA PRUEBA 89%.

RAZON DE PROBABILIDAD POSITIVA 4.16

RAZON DE LA PROBABILIDAD NEGATIVA 0.79

BIBLIOGRAFIA

1. CREASY RK, RESNIK R. MATERNAL – FETAL MEDICINE. PRINCIPLES AND PRACTICES. PRETERM LABOR AND DELIVERY. 5ED, 2004.
2. GOLDENBERG R, DAVIS RO. ETIOLOGIES OF PRETERM BIRTH IN AN INDIGENT POPULATIONS: IS PREVENTION A LOGICAL EXPECTATION?. OBSTET GYNECOL 1991; 77: 343-347.
3. IAMS JD. PARASKOS J. CERVICAL SONOGRAFY IN PRETERM LABOR. OBSTET GYNECOL 1994. 84.
4. MEIS PJ. GOLDENBERG. THE PRETERM PREDICTION STUDY: RISK FACTOR FOR INDICATED PRETERM BIRTH. AM JOURNAL OBSTET GYNECOL 1998. 178, 562- 565.
5. NEWMAN RB. THE PRETERM PREDICTION STUDY. COMPARISON OF THE CERVICAL SCORE AND BISHOP SCORE FOR THE PREDICTION OF THE SPONTANEOUS PRETERM BIRTH. J SOC GYNECOL INVESTIG. 1997. 4: 152- 158.
6. HOLCOMB W JR. CERVICAL EFFICEMENT: VARIATIONS IN BELIEF AMONG CLINICIANS. OBSTET GYNECOL 1991; 78: 43-47.
7. CABERO ROURA, L. PARTO PREMATURO. 2004.
8. FLEISHER. ECOGRAFIA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. 2004.
9. HERRERA, MAURICIO. EVALUACION DEL CÉRVIX – CERVICOMETRIA.

10. YOST N, OWEN J. NUMBER AND GESTATIONAL AGE OF PRIOR PRETERM BIRTHS DOES NOT MODIFY THE PREDICTIVE VALUE OF A SHORT CERVIX. AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (2004) 191, 241E6
11. DOYLE N, MONGA M. ROLE OF ULTRASOUND IN SCREENING PATIENTS AT RISK FOR PRETERM DELIVERY. OBSTET GYNECOL CLIN N AM 31 (2004) 125 -139.
12. OWEN J. EVALUATION OF THE CERVIX BY ULTRASOUND FOR THE PREDICTION OF PRETERM BIRTH. CLIN PERINATOL 30 (2003) 735-755.
13. BERGHELLA V, NESS A, BEGA G. CERVICAL SONOGRAPHY IN WOMEN WITH SYMPTOMS OF PRETERM LABOR. OBSTET GYNECOL CLIN N AM 32 (2005) 383-396.
14. BERGHELLA V, IAMS D, NEWMAN R. FREQUENCY OF UTERINE CONTRACTIONS IN SYMPTOMATIC PREGNANT WOMEN WITH OR WITHOUT A SHORT CERVIX ON TRANSVAGINAL ULTRASOUND SCAN. AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (2004) 191, 1253-6
15. TEKESIN I, HELLER G, SCHMIDT S. EVALUATION OF QUANTITATIVE ULTRASOUND TISSUE CHARACTERIZATION OF THE CERVIX AND CERVICAL LENGTH IN THE PREDICTION OF PREMATURE DELIVERY

FOR PATIENTS WITH SPONTANEOUS PRETERM LABOR. AM J OBSTET GYNECOL 2003;189: 532-9.

- 16.ROMAN H, VERSPYCK E, VERCOUSTRE I. DOES ULTRASOUND EXAMINATION WHEN THE CERVIX IS UNFAVORABLE IMPROVE THE PREDICTION OF FAILED LABOR INDUCTION?. ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2004; 23: 357–362
- 17.ROVAS L, SLADKEVICIUS P, STROBEL E AND VALENTIN I. INTRAOBSERVER AND INTEROBSERVER REPRODUCIBILITY OF THREE-DIMENSIONAL GRAY-SCALE AND POWER DOPPLER ULTRASOUND EXAMINATIONS OF THE CERVIX IN PREGNANT WOMEN. ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2005; 26: 132–137.
- 18.COOK M, AND D ELWOOD. THE CERVIX AS A PREDICTOR OF PRETERM DELIVERY IN 'AT-RISK' WOMEN. ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2000; 15: 109–113.
- 19.BERGHELLA V, TALUCCI M AND DESAI A. DOES TRANSVAGINAL SONOGRAPHIC MEASUREMENT OF CERVICAL LENGTH BEFORE 14 WEEKS PREDICT PRETERM DELIVERY IN HIGH-RISK PREGNANCIES?. ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2003;21:140–144
- 20.BERGHELLA V, PEREIRA L, GARIEPY A, SIMONAZZI. PRIOR CONE BIOPSY: PREDICTION OF PRETERM BIRTH BY CERVICAL

ULTRASOUND. AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (2004) 191, 1393–7

21. VAZICI G, VILDIZ G. COMPARISON OF TRANSPERINEAL AND TRANSVAGINAL SONOGRAPHY IN PREDICTING PRETERM DELIVERY. J CLIN ULTRASOUND 32:225–230, 2004
22. ROVAS L, SLADKEVICIUS P. REFERENCE DATA REPRESENTATIVE OF NORMAL FINDINGS AT THREE-DIMENSIONAL POWER DOPPLER ULTRASOUND EXAMINATION OF THE CERVIX FROM 17 TO 41 GESTATIONAL WEEKS. ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2006; 28: 761–767
23. HOLST RM, JACOBSSON B, AND WENNERHOLM U. CERVICAL LENGTH IN WOMEN IN PRETERM LABOR WITH INTACT MEMBRANES: RELATIONSHIP TO INTRA-AMNIOTIC INFLAMMATION/MICROBIAL INVASION, CERVICAL INFLAMMATION AND PRETERM DELIVERY. ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2006; 28: 768–774
24. ROZENBERG P, GILLET A. TRANSVAGINAL SONOGRAPHIC EXAMINATION OF THE CERVIX IN ASYMPTOMATIC PREGNANT WOMEN: REVIEW OF THE LITERATURE. ULTRASOUND OBSTET GYNECOL 2002; 19: 302–311.

