

Longitud cervical en el II trimestre como predictor de parto pretérmino espontáneo: determinación de un punto de corte local

id Luis Urbina,¹ id María V Chirinos,² id Isangel Véliz,³ id Verónica Mora.²

RESUMEN

Objetivo: Determinar la longitud cervical en el segundo trimestre que mejor predice el desarrollo de parto pretérmino espontáneo en gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Coro periodo enero-agosto 2025.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, que incluyó una muestra de 335 gestantes a quienes se les midió la longitud cervical en el segundo trimestre y se relacionó con el desarrollo de parto pretérmino.

Resultados: El promedio de longitud cervical fue $29,68 \pm 2,42$ mm (mínimo de 24 mm y máximo de 34 mm). Ochenta mujeres (23,9%) tuvieron parto pretérmino espontáneo. Cuatro mujeres con bajo peso tuvieron parto pretérmino, lo que representa el 1,2 % del total de gestantes y el 15,4 % de las de bajo peso, mientras que 16 gestantes obesas tuvieron parto pretérmino, lo que representó 4,8 % del total, pero 69,6 % de las obesas. Según la curva característica operativa del receptor y el índice de Youden, el valor de longitud cervical que predice parto pretérmino espontáneo con mejor sensibilidad y menos falsos positivos fue 27,50 mm. Con esta medida, la sensibilidad fue de 78,8 %, la especificidad de 99,6 %, el valor predictivo positivo fue 98,4 % y negativo fue 93,7 %. El cálculo del índice de riesgo fue igual a 15,69.

Conclusiones: La longitud cervical que mejor predice la ocurrencia de parto pretérmino es 27,5 mm; una paciente con longitud cervical menor a 27,50 mm, tiene aproximadamente 16 veces más de riesgo de presentar parto pretérmino, que aquellas pacientes con valores mayores.

Palabras clave: Longitud cervical, parto pretérmino, cervicometría.

Cervical length in the second trimester as a predictor of spontaneous preterm delivery: determination of a local cut-off point

SUMMARY

Objective: To determine the cervical length in the second trimester that best predicts the development of spontaneous preterm delivery in pregnant women treated at the University Hospital of Coro for the period January-August 2025.

Methods: A prospective, observational, and descriptive study was conducted, including a sample of 335 pregnant women. Cervical length was measured during the second trimester and correlated with the occurrence of preterm delivery.

Results: The mean cervical length was 29.68 ± 2.42 mm (range: 24 mm to 34 mm). Eighty women (23.9%) had a spontaneous preterm delivery. Four underweight women had a preterm delivery, representing 1.2% of the total sample and 15.4% of all underweight participants. Meanwhile, 16 obese pregnant women had a preterm delivery, representing 4.8% of the total sample and 69.6% of all obese participants. According to the Receiver Operating Characteristic (ROC) curve and Youden's index, the cervical length value that predicts spontaneous preterm delivery with the highest sensitivity and fewest false positives was 27.50 mm. At this threshold, sensitivity was 78.8%, specificity was 99.6%, the positive predictive value was 98.4%, and the negative predictive value was 93.7%. The calculated relative risk (risk index) was 15.69.

Conclusions: The cervical length that best predicts the occurrence of preterm delivery is 27.5 mm; A patient with a cervical length of less than 27.50 mm has approximately 16 times the risk of having preterm delivery than those patients with higher values.

Keywords: Cervical length, preterm delivery, cervicometry.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza el parto pretérmino (PP) como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación (1). La entidad se asocia a mayor morbilidad y mortalidad neonatal, prematuridad y restricción de crecimiento intrauterino (2).

¹Perinatólogo, Medico Materno Fetal, PhD en Ciencias Gerenciales, MsG en salud Pública.

²Ginecólogo - Obstetra. ³Perinatólogo Medico Materno Fetal. Correo para correspondencia: luisurbinaguardia89@gmail.com

Forma de citar este artículo: Urbina L, Chirinos MV, Véliz I, Mora V. Longitud cervical en el II trimestre como predictor de parto pretérmino espontáneo: determinación de un punto de corte local. Rev Obstet Ginecol Venez. 2026;86(1):4-12. DOI: 10.51288/00860104

Etiológicamente el PP encierra diversos factores, entre ellos enfermedades de la madre, entre las que destacan la diabetes, cardiopatías y nefropatías, insuficiencia cérvico-uterina, anomalías congénitas del útero, antecedentes de parto pretérmino, inadecuada nutrición antes o durante la gestación, preeclampsia, rotura prematura de membranas (RPM), edades extremas (menos de 16 o más de 35 años), embarazos múltiples, carentes cuidados prenatales y consumo de tabaco u otras sustancias (3).

A nivel mundial, la tasa de nacimientos pretérmino se estima en alrededor del 11 % (5 % en Europa, 18 % en África) (4). Cada año, aproximadamente, 15 millones de recién nacidos nacen antes de las 37 semanas de gestación, eso es más de 1 de cada 10 nacidos vivos. Más de 1 millón de niños mueren cada año debido a complicaciones del nacimiento prematuro (1). En América latina y el Caribe la tasa estimada de nacimiento prematuro es del 9,8 %, entre ellos, el parto ocurre entre las 32 - 37 semanas en un 81,2 % (5).

La prematuridad es la principal causa de muerte en niños menores de 5 años en el mundo (1). Además, los que sobreviven presentan consecuencias a largo plazo, incluidas discapacidades neurológicas y del desarrollo, en comparación con los nacidos a término. De ahí que se considera uno de los principales indicadores de salud de una nación (6).

El PP puede ser espontáneo en el 75 % - 80 % de los casos (después de trabajo de parto pretérmino, RPM o insuficiencia cervical), o puede estar indicado por una complicación materna o fetal específica en el 20 % - 25 % de los casos. Se divide en períodos temprano y tardío; el temprano ocurre antes de las 34 semanas de gestación, y el tardío entre las 34 y las 36 semanas de gestación (7). Entre el 70 % y el 80 % de los nacimientos prematuros son espontáneos y se deben a un trabajo de parto pretérmino (40 % a 50 %) o resultan de una RPM (20 % a 30 %). El 20 % a 30 % restante de los nacimientos prematuros son pretérmino indicados (4).

No se pudieron obtener cifras oficiales públicas del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) sobre la tasa de supervivencia neonatal en Venezuela, sin embargo, la prematuridad se sigue considerando un problema de salud pública por la poca accesibilidad, de manera universal, a las unidades de cuidados intensivos neonatales (8). Sin duda alguna, la prematuridad constituye uno de los grandes problemas por resolver en este siglo XXI, con el aporte que corresponde al desarrollo de la medicina perinatal. El avance en este campo de las ciencias médicas ha permitido alcanzar mejoras en los índices de supervivencia; aunque continúan presentándose complicaciones después del nacimiento (9), las más frecuentes son la enfermedad de membrana hialina, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante, la sepsis y los trastornos metabólicos, entre otros (10).

El ultrasonido se ha convertido en un instrumento de suma importancia en el campo de la obstetricia, y la introducción de la ecografía transvaginal vino a darle un nuevo empuje, y a expandir el campo de estudio y aplicación en obstetricia. Dentro de esta materia, la cervicometría (11) proporciona información de gran utilidad. Recientes estudios señalan que la cervicometría es el estándar de oro en la medición de la longitud cervical (LC) permitiendo predecir parto pretérmino en el segundo trimestre y ofrecer un tratamiento precoz y oportuno a la gestante, considerar la colocación de cerclaje uterino, o la administración de progesterona, y referir a la consulta de alto riesgo obstétrico, con manejo multidisciplinario. Sin embargo, la medición cervical por vía transvaginal puede tener variaciones interobservador lo que conlleva a la necesidad de una curva de aprendizaje para el mismo (12).

Los cambios en la cervicometría muestran un patrón fisiológico, observándose un acortamiento progresivo a partir de las 28 semanas. No obstante, los cambios iniciales en la maduración cervical no afectan la longitud, sino la consistencia, ya que el cuello uterino

*LONGITUD CERVICAL EN EL II TRIMESTRE COMO PREDICTOR DE PARTO PRETÉRMINO ESPONTÁNEO:
DETERMINACIÓN DE UN PUNTO DE CORTE LOCAL*

primero debe reblandecerse y luego acortarse (11). La LC es generalmente estable entre las 14 y 28 semanas. El cuello uterino es más corto en mujeres de origen africano o asiático, en mujeres jóvenes (< 20 años) y en aquellas con índice de masa corporal más bajo (13).

El tamizaje para el PP se basa principalmente en la medición de la longitud del cuello uterino mediante una ecografía transvaginal (ETV), especialmente en embarazos de alto riesgo o en la semana 20-24 de gestación, este método detecta un cuello uterino acortado, un indicador clave de riesgo. En embarazadas asintomáticas, se puede combinar la cervicometría con el historial obstétrico para mejorar la detección. De igual forma, se debe señalar que debe ser realizado por un perinatólogo, quien es el profesional indicado para realizar el tamizaje y el manejo del parto prematuro (14).

La *Fetal Medicine Foundation* (FMF) ha establecido como punto de corte en la medición de la longitud cervical en el tamizaje del parto prematuro, una medida de 25 mm a las 20-24 semanas de gestación, lo que se considera un cérvix corto e indica un riesgo aumentado de parto pretérmino (15), sin embargo, no hay uniformidad entre las diferentes investigaciones en la medida que mejor predice el desarrollo del mismo.

Diversos son los estudios que se han realizado sobre el tema de la cervicometría como predictor de parto pretérmino. En 2010, Huertas y cols. (16) establecieron riesgos relativos de parto pretérmino espontáneo para pacientes con longitud cervical ≤ 15 mm y ≤ 25 mm, de 10,9 (IC 95 % 8,3 a 14,2; $p \leq 0,0001$) y 9,0 (IC 95 % 7,7 a 10,6; $p \leq 0,0001$), respectivamente. Otros autores han reportado alta frecuencia de cervicometría ≤ 30 mm en pacientes con parto pretérmino (17), incluso, con la mitad de los casos midiendo 15 mm (18), además de una asociación altamente significativa entre la LC y la edad gestacional al parto ($p = 0,000$) y que la embudización incrementa en 5,95 veces más el riesgo de tener un parto pretérmino (19). A nivel nacional,

en Caracas, De Ponte y cols. (14) encontraron, para una longitud cervical de 25 mm, una especificidad de 98 % y un valor de predicción negativo de 96 % para desarrollar trabajo de parto pretérmino.

En la estandarización de la cervicometría como predictor de parto pretérmino, resulta de vital importancia la aplicación de una técnica adecuada. En el protocolo de medición de la LC por ETV, la paciente debe tener la vejiga urinaria vacía antes del examen, ya que una vejiga llena puede comprimir el cérvix y alterar falsamente su longitud (alargándolo), se coloca en posición de litotomía, se utiliza una sonda ecográfica transvaginal con una funda protectora y gel estéril. Se introduce suavemente en la vagina, dirigiéndola hacia el fórnix anterior. Es crucial no ejercer presión excesiva sobre el cérvix, ya que esto puede distorsionarlo y alargar la medida artificialmente, se manipula la sonda hasta obtener una imagen sagital media clara de todo el cérvix. Se deben identificar claramente el orificio cervical interno (OCI), el orificio cervical externo (OCE) y el canal cervical. Para la medición se coloca el primer marcador en el borde del OCI y el segundo en el borde del OCE. La longitud cervical se mide como la distancia lineal entre el OCI y el OCE. Es importante observar el cérvix durante un período de 2 a 3 minutos para detectar cambios dinámicos (acortamiento o aparición de embudización) y se recomienda realizar tres mediciones a lo largo del período de observación y registrar la medida más corta como el valor final (20).

Dado que el contexto del parto pretérmino es una realidad que no escapa a nivel regional, específicamente en el Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken, ya que no se realiza de manera protocolizado a todas las gestantes atendidas en los servicios de atención a las embarazadas, se realizó la presente investigación para determinar la utilidad de la LC en el segundo trimestre como predictor de parto pretérmino espontáneo, desarrollando un sistema de puntuación local en gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Coro, en 2025.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, correlacional. La población estuvo conformada por todas las gestantes atendidas por el servicio de obstetricia del Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken, durante el período enero-agosto 2025. La muestra incluyó 335 gestantes con embarazo único atendidas en el segundo trimestre (14–28 semanas) a quienes se les hubiera realizado la medición estandarizada de la longitud cervical por ultrasonido transvaginal. Se excluyeron embarazos múltiples, partos antes de 24 semanas, embarazos con indicación explícita de parto antes de 37 semanas no relacionada con pretérmino espontáneo, la falta de registro completo de parto o egreso por parto y las gestantes con diagnósticos ya establecidos de insuficiencia cervical.

Todas las pacientes incluidas firmaron un formulario de consentimiento informado para participar y para el uso de sus datos. Se contó con la aprobación del Centro de Investigación Materno Infantil del Área Ciencias de la Salud y del comité de bioética, ambos de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” (UNEFM).

A todas las participantes se les realizó la medición de la LC, con un ultrasonido transvaginal Sonoescape P9, 75 Mhz, siguiendo la técnica estandarizada según la FMF (15): vejiga vacía, paciente en posición de litotomía, introducción de la sonda transvaginal, suavemente en la vagina, dirigiéndola hacia el fómex anterior. Se visualizaba el cuello uterino a menor presión, se tomaban 3 mediciones y se consideró la menor de ellas, después de haber identificado claramente todo el canal cervical en un corte sagital desde el orificio cervical interno al orificio cervical externo. Se estableció 25 mm como punto de corte según recomendaciones internacionales (figuras 1 y 2). La duración de la evaluación fue de 5 a 10 minutos.



Figura 1: Ecografía transvaginal en la que se evidencia corte longitudinal de cuello uterino, se observa el trayecto cervical, con una longitud de 23 mm entre el orificio cervical externo y el orificio cervical interno.

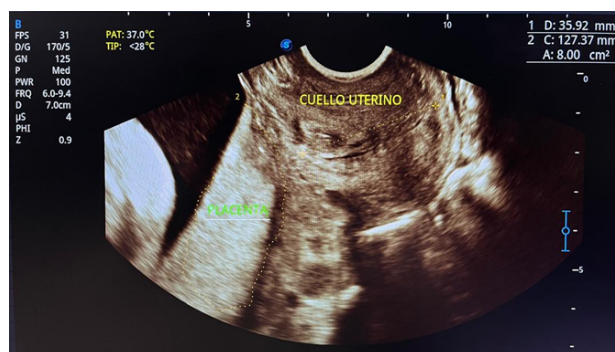


Figura 2: Ecografía transvaginal en la que se evidencia corte longitudinal de cuello uterino, se observa el trayecto cervical, con una longitud de 35 mm entre el orificio cervical externo y el orificio cervical interno

Para el procesamiento estadístico de los datos se empleó el programa IBM-SPSS versión 21. El análisis de las variables cualitativas se realizó a través de frecuencias absolutas y relativas (%), y para las variables cuantitativas se calculó medidas de tendencia central (promedio). Por otro lado, para establecer la correlación entre las variables en estudio se utilizó el Chi Cuadrado de Pearson, estableciendo un valor $p < 0,05$ para significancia.

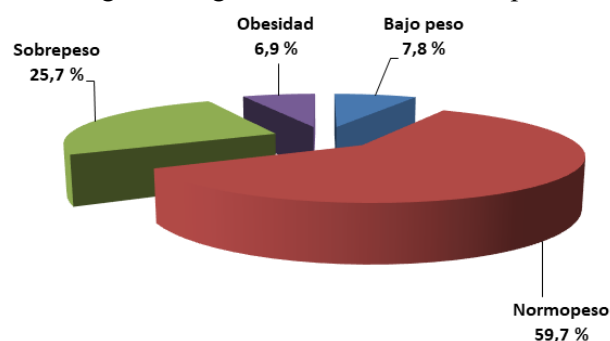
RESULTADOS

Con respecto a las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes, en la tabla 1 se registró la siguiente información: la edad media de las pacientes fue $24,60 \pm 4,99$ años, con una edad mínima de 15 y una edad máxima de 38 años, y el 72,8 % con edad comprendida entre 20 y 30 años ($p < 0,05$); el 57,6 % eran primigestas, entre las multíparas, el 55,6 % tenían cesárea anterior. El 62,1 % eran gestantes sanas, sin antecedentes patológicos.

Como parámetros antropométricos, se obtuvieron los siguientes: una media del peso de $62,349 \pm 10,79$ Kg (mínimo de 40 Kg y máximo de 105 Kg), una talla de

$1,6 \pm 0,08$ m (mínimo de 1,40 y máximo de 1,80 m) y un índice de masa corporal de $23,71 \pm 4,12$ Kg/m² de superficie corporal (mínimo 13,84 Kg/m² y máximo de 39,80 Kg/m²). En el gráfico 1, se observa que 59,7 % tenían normopeso, con 32,6 % de sobrepeso u obesidad.

Gráfico 1. Distribución de las gestantes por categorías, según el índice de masa corporal



Con respecto a las características ecográficas de la LC, se registró un promedio de $29,68 \pm 2,42$ mm, con una longitud mínima de 24 mm y una máxima de 34 mm. La mayoría tenía LC mayor a 25 mm (315 gestantes/94 %). Solo 20 gestantes (6 %) tuvieron 25 mm o menos de LC (Gráfico 2). Ochenta mujeres (23,9 %) tuvieron parto pretérmino espontáneo.

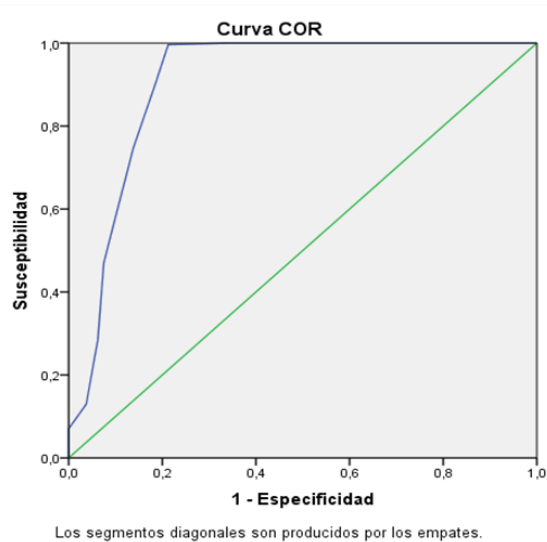
En la tabla 2 se observa que 4 mujeres con bajo peso tuvieron parto pretérmino, lo que representa el 1,2 % del total de gestantes y el 15,4 % de las de bajo peso, mientras que 16 gestantes obesas tuvieron parto pretérmino, lo que representó 4,8 % del total, pero 69,6 % de las obesas.

Según la curva ROC (curva característica operativa del receptor) y el índice de Youden, el valor de la LC que tiene más sensibilidad con menos falsos positivos es 27,50 mm y se consideró el punto de corte de la longitud cervical que se asocia a mayor riesgo para el parto pretérmino espontáneo. Doscientas setenta y una pacientes (80,9 %) tuvieron LC mayor a 27,5 mm y en 64 (19,1 %) la LC fue de 27,5 mm o menor (Gráfico 3).

Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas de las gestantes

	f	%
Edad (años)		
< 20 años	47	14,1
20 – 30 años	244	72,8
> 30 años	44	13,1
Paridad		
Primigesta	193	57,6
Multípara	142	42,4
Tipo de parto		
Vaginal	63	44,4
Cesárea	79	55,6
Antecedente de parto pretérmino		
Si	51	15,2
Antecedentes de abortos		
Si	1	0,3
Antecedentes de infecciones		
Si	48	14,3
Infección del tracto urinario	28	8,4
Otras	20	5,9
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	115	34,3
Diabetes mellitus tipo 2	9	2,7
Otros	3	0,9
Ninguna	208	62,1

Gráfico 2. Curva ROC para obtener el mejor punto de corte de la longitud cervical para predecir parto pretérmino



Coordenadas de la curva		
Variables resultado de contraste: LONGITUD CERVICAL		
Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - Especificidad
23,00	1,000	1,000
24,50	1,000	0,925
25,50	1,000	0,750
26,50	1,000	0,338
27,50	0,996	0,213
28,50	0,910	0,188
29,50	0,745	0,138
30,50	0,471	0,075
31,50	0,286	0,063
32,50	0,129	0,038
33,50	0,071	0,000
35,00	0,000	0,000

Tabla 2. Distribución de pacientes según la relación entre el índice de masa corporal y el desarrollo de parto pretérmino

Categoría según el índice de masa corporal	Parto pretérmino			Parto a término		
	n 80	% del total	% del grupo	n 255	% del total	% del grupo
Bajo peso	4	1,2	15,4	22	6,6	84,2
Normopeso	32	9,6	16	168	50,1	84
Sobrepeso	28	8,4	32,6	58	17,3	67,4
Obesidad	16	4,8	69,6	7	2,1	30,4

Gráfico 3. Distribución de pacientes según la categorización de la longitud cervical (con el valor propuesto: 27,50 mm)

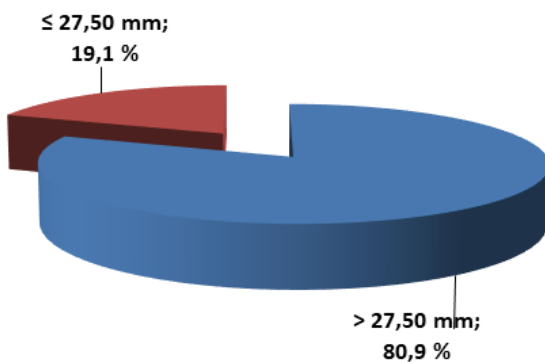


Tabla 3. Rendimiento de la longitud cervical como predictor de parto pretérmino (con valor propuesto: 27,50 mm)

Variable predictora	Estadísticos predictivos				
	Sensibilidad	Especificidad	Valor de predicción positivo	Valor de predicción negativo	O/R
Longitud cervical (27,50 mm)	78,8 %	99,6 %	98,4 %	93,7 %	15,69

LONGITUD CERVICAL EN EL II TRIMESTRE COMO PREDICTOR DE PARTO PRETÉRMINO ESPONTÁNEO: DETERMINACIÓN DE UN PUNTO DE CORTE LOCAL

Considerando esta premisa se realizaron los cálculos de los valores predictivos de la LC propuesta para síndrome de parto pretérmino y los resultados fueron los siguientes:

Se puede indicar, de acuerdo a estos resultados, que la LC inferior a 27,50 mm tiene una sensibilidad de 78,8 % y una especificidad de 99,6 %. Se obtuvo un valor predictivo positivo de 98,4 % y negativo de 93,7 % y un índice de riesgo (Odds Ratio) igual a 15,69.

DISCUSIÓN

Los resultados en cuanto a la edad promedio son similares a los presentados por Castillo y cols. (17) y por Marchena (18), en cuyas investigaciones se determinó que la edad materna promedio fue de 28,5 años.

En cuanto a los valores de la LC, se tiene que los valores obtenidos tuvieron un promedio de 29,68 mm, con el 80,9 % de la representación muestral categorizada con LC normal (>25 mm) según la FMF (15) y el 19,1 % con < 25 mm. Los valores medios obtenidos son distintos a los presentados por Cairo y cols. (19), cuyo valor promedio de longitud cervical fue de 25,7 mm. De igual forma, los resultados son opuestos a los obtenidos por Marchena (18) en cuya investigación los resultados promedios de cervicometría correspondían a valores entre 15 y 17 mm. Por su parte, Sevilla (21) y Duarte y Requena (22), determinaron que la longitud cervical fue de 32,7 mm. y 37,7 mm, respectivamente. De ahí la importancia de obtener puntos de corte locales, ya que la medida pudiera estar influenciada por características específicas de la población involucrada.

Al relacionar la LC con el desarrollo de parto pretérmino, se obtuvo que el valor de la LC que tiene más sensibilidad con menos falsos positivos

es 27,50 mm por lo que se consideró el punto de corte de la longitud cervical que se asocia a mayor riesgo para el parto pretérmino espontáneo. De acuerdo a estos resultados, que la LC inferior a 27,50 mm tiene una capacidad para determinar que la paciente presente parto pretérmino espontáneo de 78,8 % y los valores superiores a 27,50 mm tienen una capacidad para determinar que la paciente no presente parto pretérmino espontáneo de 99,6 %. También se estableció que la longitud cervical tiene un valor predictivo positivo de 98,4 %, esto indica que hay un 98,4 % de probabilidad de que una paciente presente parto pretérmino espontáneo si registra cifras de longitud cervical por debajo de 27,50 mm. Estos hallazgos pueden relacionarse con las conclusiones derivadas del estudio de Castillo y cols. (17) quienes argumentan que las gestantes con cervicometría ≤ 30 mm presentaron mayor frecuencia de parto pretérmino (74 %).

El cálculo del índice de riesgo (Odds Ratio) de 15,69 indica que una paciente con LC $< 27,50$ mm, tiene aproximadamente 16 veces más de riesgo de presentar parto pretérmino, que aquellas pacientes con valores de LC $> 27,50$ mm.

Se concluye que el punto de corte local para predicción de parto pretérmino espontáneo a partir de la longitud cervical del segundo trimestre según la curva ROC y el índice de Youden, con más sensibilidad y menos falsos positivos fue 27,50 mm. Dicha LC tiene una sensibilidad de 78,8 %, especificidad de 99,6 %, valor predictivo positivo de 98,4 % y negativo de 93,7 %, con un OR de 15,69.

Se recomienda implementar la medición en la práctica clínica habitual, utilizando el punto de corte aquí obtenido en la evaluación rutinaria de las gestantes en el segundo trimestre, y considerar la incorporación de otros marcadores y antecedentes clínicos relevantes junto con la LC para mejorar la capacidad predictiva del modelo y optimizar la identificación de pacientes

en riesgo. permitiendo una identificación temprana de aquellas en riesgo de parto pretérmino espontáneo y facilitando la toma de decisiones clínicas oportunas.

Así mismo, se recomienda validar el punto de corte de longitud cervical en diferentes poblaciones y contextos para garantizar la aplicabilidad y precisión del mismo en diversas realidades clínicas, enriqueciendo así su utilidad.

Se sugiere exponer y dar a conocer la utilidad de la medición estandarizada de la longitud cervical, asegurando una aplicación consistente y confiable en la práctica clínica.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [consultado septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Parodi K, José S. Acortamiento cervical y su relación con parto pretérmino. *Rev Fac Cienc Méd* [Internet]. 2018 [consultado septiembre de 2025]; 15(1):26-35. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-947013>
3. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Bebe Prematuro [actualizado 20 de octubre de 2024; consultado septiembre de 2025]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001562.htm>
4. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro [Internet]. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud de Uruguay; 2019 [consultado septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/manual-recomendaciones-embarazo-parto-prematuro>
5. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, *et al.* Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e37-e46. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0.
6. Frey HA, Klebanoff MA. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2016;21(2):68-73. DOI: 10.1016/j.siny.2015.12.011.
7. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. *Obstet Gynecol*. 2021;138(2):e65-e90. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004479.
8. Faneite P, Rivera C, González M, Linares M, Faneite J. Prematurez: problema actual. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. 1995-1999. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2001 [consultado septiembre de 2025]; 61(3): 157-161. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2001_vol61_num3_5.pdf
9. National Institutes of Health Consensus Development Panel. Antenatal corticosteroids revisited: repeat courses - National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, August 17-18, 2000. *Obstet Gynecol*. 2001;98(1):144-50. DOI: 10.1016/s0029-7844(01)01410-7.
10. Vásquez D. Cervicometría por ecografía transvaginal como predictor de parto pretérmino en gestantes con amenaza de parto pretérmino en el hospital MINSA II- 2 Tarapoto, periodo enero - agosto 2016 [tesis en Internet]. Tarapoto (Perú): Universidad Nacional de San Martín; 2017 [consultado septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/c99c3cb9-0dc2-4bf4-84dc-9d2ec33e0ed2/content>
11. Parra-Saavedra M, Gómez L, Barrero A, Parra G, Vergara F, Díaz-Yunez I, *et al.* Cervical Consistency Index: A New Concept in uterine Cervix Evaluation. *Donald Sch J Ultras Obstet Gynecol*. 2011; 5(4):411-415. DOI: 10.5005/jp-journals-10009-1218.
12. Oliva JA. Parto pretérmino. Valor de la ultrasonografía vaginal. En: Oliva JA editor. *Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica*. La Habana: Ciencias Médicas; 2010. p. 289-300.
13. Bortoletto TG, Silva TV, Borovac-Pinheiro A, Pereira CM, Silva AD, França MS, *et al.* Cervical length varies considering different populations and gestational outcomes: Results from a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(2):e0245746. DOI: 10.1371/journal.pone.0245746.
14. De Ponte A, Díaz ID, Morales J. Cervicometría en el segundo trimestre del embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2016 [consultado 30 de octubre de 2025].

*LONGITUD CERVICAL EN EL II TRIMESTRE COMO PREDICTOR DE PARTO PRETÉRMINO ESPONTÁNEO:
DETERMINACIÓN DE UN PUNTO DE CORTE LOCAL*

- 2025];76(Suppl 1):152-158. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000300002&lng=es.
15. Owen J, Yost N, Berghella V, Thom E, Swain M, Dildy GA 3rd, *et al.*; National Institute of Child Health and Human Development, Maternal-Fetal Medicine Units Network. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. *JAMA*. 2001;286(11):1340-8. DOI: 10.1001/jama.286.11.1340.
 16. Huertas E, Valladares E, Gómez C. Longitud cervical en la predicción del parto pretérmino espontáneo. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [consultado 10 de noviembre de 2025];56(1):50-56. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428195009.pdf>.
 17. Castillo E, Espínola M, Sanca S, Ayala F, Mascaro P. Cervicometría menor o igual a 30 mm como predictor de parto pretérmino en mujeres embarazadas peruanas. *Medisur* [Internet]. 2020 [consultado 30 de octubre de 2025];18(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000100096
 18. Marchena C. Implicancia de la cervicometría en el trabajo de parto pretérmino en el Hospital II-1 Rioja, enero 2019 – diciembre 2020 [tesis en Internet]. Tarapoto (Perú): Universidad Nacional de San Martín; 2022 [consultado 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/item/6cdfde87-7d16-42c9-a353-ladcel124cf6>
 19. Cairo VM, Jiménez S, Machado HL, Marín Y, Cardet Y, Ocenés R. Factores de riesgo y características de la cervicometría en pacientes con parto pretérmino. *Acta Méd Centro* [Internet]. 2021 [consultado 30 de octubre de 2025];15(4):531-541. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000400531.
 20. Brown JE, Thieme GA, Shah DM, Fleischer AC, Boehm FH. Transabdominal and transvaginal endosonography: evaluation of the cervix and lower uterine segment in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1986;155(4):721-6. DOI: 10.1016/s0002-9378(86)80006-0.
 21. Sevilla M. Índice de Consistencia Cervical del Segundo Trimestre como Predictor de Parto Pretérmino Espontáneo [tesis]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2023.
 22. Duarte D, Requena J. Cervicometría por Ultrasonido Transvaginal en el Segundo Trimestre del Embarazo como Factor Predictivo de Parto Pretérmino [tesis]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2013.

Recibido 15 de diciembre de 2025
Aprobado para publicación 10 de enero de 2026