



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO MONAGAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR"
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**EVALUACIÓN DE CERVICOMETRÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO INGRESADAS EN EL
HOSPITAL "DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR" JULIO - DICIEMBRE 2024.**

Tutor:
Dra. Elena Oleaga

Presentado por:
Dra. Isabel Rodríguez

Trabajo especial de grado como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Maturín, febrero del 2025



**EVALUACIÓN DE CERVICOMETRÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO INGRESADAS EN EL HOSPITAL "DR.
MANUEL NÚÑEZ TOVAR" JULIO-DICIEMBRE 2024.**

ISABEL DANIELA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

**APROBADO EN NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE POR EL
SIGUIENTE JURADO EXAMINADOR :**

DRA. ELENA OLEAGA

TUTOR

DRA. ANELSIE MONTSERRAT

JURADO

DRA. YALITZA VELÁZQUEZ

JURADO

ACTA DE APROBACION



VICERRECTORADO ACADÉMICO
CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ACTA N°

Núcleo de: MONAGAS
Postgrado en: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO DE GRADO

Nosotros, ANELSIE MONTERRAT, YALITZA VELASQUEZ integrantes del jurado por la Comisión Coordinadora del Postgrado en: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Para examinar el Trabajo de Grado titulado EVALUACIÓN DE CERVICOMETRÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO INGRESADAS EN EL HOSPITAL "DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR" JULIO - DICIEMBRE 2024.

Presentado por el (la) ISABEL DANIELA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

Con cédula de identidad N° 20.774.194 a los fines de cumplir con el registro legal para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Hacemos constar que hemos examinado al mismo e interrogado al postulante en sesión privada celebrada hoy, a las 8:00 AM en EL SALÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Finalizada la defensa del trabajo por parte del postulante, el jurado decidió APROBARLO (Aprobarlo o Improbarlo) por considerar, sin hacerse solidario de las ideas expuestas por el autor, que el mismo SE (Se/no se) ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Institución.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que firmamos conjuntamente con el Coordinador del Postgrado en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

En la ciudad de MATURÍN, a los DIECINUEVE días

Del mes de FEBRERO del año 2025.

Jurado Examinador

Prof. ANELSIE MONTERRAT
C.I. 12.151.368

Prof. YALITZA VELASQUEZ
C.I. 12.791.489

Coordinador del Programa de Postgrado:
Prof. ANELSIE MONTERRAT
C.I. 12.151.368

ÍNDICE

ACTA DE APROBACION	iii
ÍNDICE.....	iv
INDICE DE TABLAS	v
AGRADECIMIENTOS	vi
DEDICATORIA	viii
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
MATERIALES Y MÉTODOS	10
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	10
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN.....	10
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	11
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y TABULACIÓN	11
RESULTADOS	12
RECOMENDACIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS.....	23
HOJAS METADATOS	25

INDICE DE TABLAS

Tabla N ^a 1.....	12
Relación entre la cervicometría y la edad gestacional en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.....	12
Tabla N ^a 2.....	12
Cervicometría en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.	12
Tabla N ^a 3.....	13
Distribución según la edad gestacional de las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.....	13
Tabla N ^a 4.....	13
Factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.	13
Tabla N ^a 5.....	14
Evaluar la cervicometría y su relación con parto pretérmino en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.	14
Tabla N ^a 6.....	14
Evidenciar la cervicometría en pacientes con finalización del embarazo ≥ 37 semanas en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.	14
Tabla N ^a 7.....	15
Evaluar la finalización del embarazo según la cervicometría, a los 7 días posterior al ingreso en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.....	15

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme salud, fortaleza y determinación, para encaminarme a cumplir esta meta, por llenarme de la paciencia y tolerancia, que me han ayudado a superar cualquier adversidad, por bendecirme con la compañía de personas maravillosas.

A mis padres, Betsy Rodríguez y Jorge Rodríguez, los pilares de mi vida y mi ejemplo a seguir, por su apoyo incondicional, sus palabras de aliento y por demostrarme que cualquier obstáculo puede ser superado con mente positiva, si te lo propones y te rodeas de las personas adecuadas.

A Andreina, mi fiel compañera, gracias por ser mi apoyo, por estar presente en cada momento con la paciencia y el cariño necesario, por ayudarme y motivarme a ser cada día mejor y por no abandonarme en el camino.

A Sara y Nayrobis, por ser mis angelitos de la guarda y mis compañeras de batallas, por hacer de este camino más fácil, llevadero y divertido, por regalarme su amistad.

A la Dra. Elena Oleaga, a quien admiro y respeto, por su confianza en mí, por tener siempre la disposición para ayudar y enseñar, también por ser parte primordial en la realización de este trabajo.

A mis profesores y maestros, por compartir su tiempo y conocimiento, por confiar y exigir siempre que fue necesario.

A la Universidad De Oriente, la casa más alta, mi alma mater.

Al Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar”, al personal que le da vida y que han colaborado en mi formación.

A ustedes Gracias.



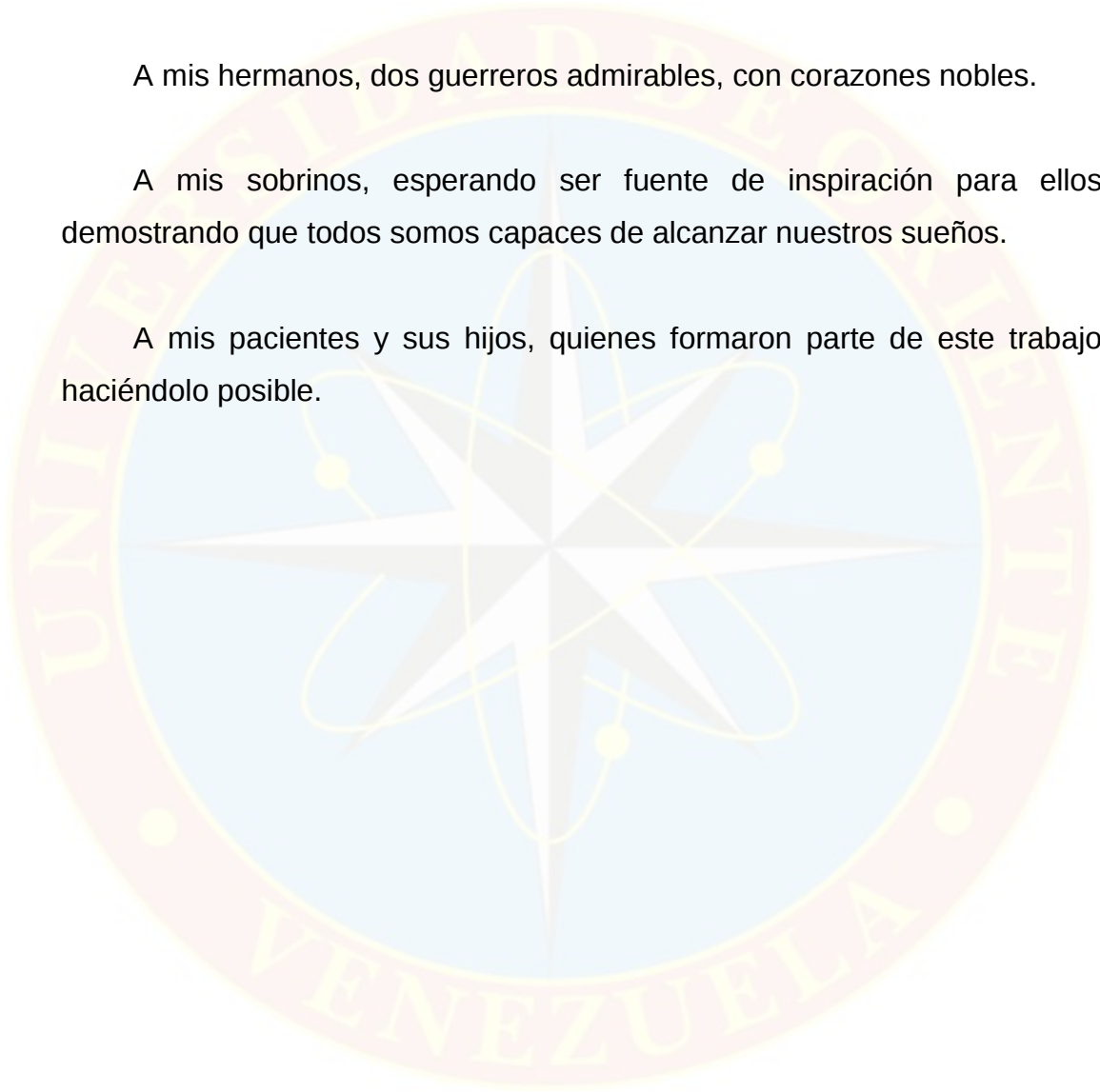
DEDICATORIA

Dedicado a mis padres, cada uno de mis logros son por ellos y para ellos.

A mis hermanos, dos guerreros admirables, con corazones nobles.

A mis sobrinos, esperando ser fuente de inspiración para ellos, demostrando que todos somos capaces de alcanzar nuestros sueños.

A mis pacientes y sus hijos, quienes formaron parte de este trabajo, haciéndolo posible.





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO MONAGAS
COORDINACIÓN DE POSTGRADO
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR”

EVALUACIÓN DE CERVICOMETRÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO INGRESADAS EN EL HOSPITAL
“DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR” JULIO - DICIEMBRE 2024.

Autor: Rodríguez Rodríguez, Isabel Daniela.

Tutor: Dra. Elena Oleaga

Año: 2024.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la cervicometría en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” julio - diciembre 2024. **Métodos:** estudio longitudinal, prospectivo donde se incluyeron 50 pacientes a las cuales se les realizó cervicometría con la técnica establecida a través de ecografía transvaginal. **Resultado:** la cervicometría más frecuente fue $>25\text{mm}$ con 76% ($n=38$) de la muestra y la edad gestacional más frecuente relacionada con ésta medida fue ≥ 32 semanas, la mayoría de las pacientes tenían una edad gestacional entre 34 y 36,6 semanas, la causa de amenaza de parto pretérmino más frecuente fue idiopática 24% ($n=12$). Culminaron en un parto pretérmino un 26% ($n=13$) con cervicometría $>25\text{mm}$, las que tuvieron la finalización del embarazo >37 semanas de gestación en su mayoría tuvieron cervicometría $>25\text{mm}$ al momento del ingreso y finalización del embarazo después de los 7 días del ingreso representó 84% ($n=42$) de las pacientes, de las cuales, en su mayoría, la longitud cervical fue $>25\text{mm}$. **Conclusiones:** el acortamiento cervical, en pacientes sintomáticas, se asocia con riesgo significativo de parto pretérmino, sin embargo, en este estudio se encontró asociación hasta con longitud cervical $>25\text{mm}$.

Palabras clave: cervicometría, longitud cervical, pretérmino, parto pretérmino.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO MONAGAS
COORDINACIÓN DE POSTGRADO
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR"

EVALUATION OF CERVICOMETRY IN PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF
THREATENED PRETERM LABOR ADMITTED IN THE HOSPITAL "DR. MANUEL
NÚÑEZ TOVAR" JULY - DECEMBER 2024.

Author: Rodríguez Rodríguez, Isabel Daniela.
Tutor: Dra. Elena Oleaga
Year: 2024.

SUMMARY

Objective: evaluate cervicometry in patients with a diagnosis of threatened preterm labor admitted in the Hospital "Dr. Manuel Núñez Tovar" July - December 2024. **Methods:** longitudinal, prospective study, 50 patients were included, cervicometry with the established technique through transvaginal ultrasound. **Result:** the most frequent cervicometry was $>25\text{mm}$ with 76% ($n=38$) of the sample and the most frequent gestational age related to this measurement was ≥ 32 weeks, the majority of patients had a gestational age between 34 and 36.6 weeks, the most frequent cause of threatened preterm labor was idiopathic 24% ($n=12$). 26% ($n=13$) culminated in a preterm delivery with a cervicometry $>25\text{mm}$, those who had the termination of pregnancy >37 weeks of gestation mostly had a cervicometry $>25\text{mm}$ at the time of admission and termination of pregnancy after 7 days of admission represented 84% ($n=42$) of the patients, of whom, for the most part, the cervical length was $>25\text{mm}$. **Conclusions:** cervical shortening, in symptomatic patients, is associated with a significant risk of preterm delivery; however, in this study an association was found even with cervical length $>25\text{mm}$.

Keywords: cervicometry, cervical length, preterm, preterm delivery.

INTRODUCCIÓN

La prematuridad es una de las principales causas de morbilidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces. Es una patología de gran interés en salud pública, pues también genera elevados costos económicos, sanitarios y sociales, al relacionarse con estancias hospitalarias prolongadas, requerimiento de unidades de cuidado intensivo neonatal, así como déficit cognitivo, entre otras secuelas a largo plazo¹⁻².

En todo el mundo, la tasa de nacimientos prematuros se estima alrededor del 11% (5% en zonas de Europa, 18% en zonas de África), que equivale a que alrededor de 15 millones de niños nacen prematuros cada año. De estos, el 84% ocurre entre las 32 a 36 semanas de edad gestacional, el 10% ocurre entre 28 y 32 semanas y el 5 % ocurre antes de las 28 semanas³. La OMS registró en 2012 unos 14 millones de partos pretérmino, siendo más de 1 por cada 10 nacidos a término. En Venezuela, según el Instituto Nacional de Estadística (1990 - 2008) entre 9,7 – 14 por mil nacidos vivos y se considera que el neonato pretérmino es la causa de casi el 70 % de la mortalidad perinatal⁴.

En una amenaza de parto pretérmino se detecta la presencia de una actividad uterina, regular o irregular, que supone la existencia de una o más contracciones en 10 minutos, durante un tiempo mínimo de una hora. Algunos exigen para hacer el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que existan contracciones regulares, dolorosas, con una duración superior a los 30 segundos y una frecuencia de una o más en diez minutos, con borramiento y dilatación cervical progresivos⁵. Es un cuadro clínico caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares con modificaciones cervicales

que se produce entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación en gestantes con membranas amnióticas íntegras. Mientras que el parto pretérmino es aquel que se produce antes de las 37.0 semanas de gestación y puede ser de inicio espontáneo representa el 31-45% de los partos pretérmino o iatrogénico inducido por indicación médica secundaria a patología materna o fetal⁶.

Tradicionalmente el diagnóstico de la amenaza de parto pretérmino se basa en la presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales. Definimos contracciones uterinas como aquellas que son persistentes (al menos 4 en 20-30 minutos u 8 en una hora) y se consideran modificaciones cervicales, la presencia de un borramiento $\geq 80\%$ o una dilatación cervical ≥ 2 cm¹.

El parto pretérmino es un síndrome multifactorial, en el que participan múltiples agentes causales destacando, entre otros, procesos infecciosos, inflamatorios, genéticos, rotura prematura de membranas. Es necesario enfocar y aplicar los diferentes métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento mucho antes de la instauración de los síntomas y, de este modo, lograr un impacto en las altas tasas de parto pretérmino que persisten en la actualidad⁷.

Los factores de riesgo socio-demográficos para un parto pretérmino son el hábito tabáquico, bajo peso materno pre gestacional (índice de masa corporal $< 19,8$) y periodo intergenésico corto, definido como el intervalo entre el parto y la concepción de la siguiente gestación < 18 meses. Se han descrito tasas de parto pretérmino de 16-18% en gestantes de raza afroamericana y afrocaribeña, comparado con 5-9% en otros grupos raciales o étnicos. Las gestantes de Asia del este e hispánicas tienen típicamente bajas tasa de parto pretérmino. Otros mecanismos que han sido implicados en el parto pretérmino

espontáneo son la infección intraamniótica, infecciones extrauterinas (por ejemplo: pielonefritis, malaria, neumonía), sobredistensión uterina (por ejemplo por polihidramnios), alteraciones vasculares (por ejemplo: desprendimiento prematuro de placenta), senescencia celular o envejecimiento prematuro, alteración de la tolerancia materno-fetal, disminución de la acción de la progesterona, estrés materno y antecedente de cesárea previa en dilatación completa prolongada⁶.

Los embarazos múltiples constituyen el 15-20% de todos los partos pretérmino. Aproximadamente el 60% de los embarazos gemelares tienen un parto antes de las 37 semanas de gestación, habiéndose descrito un riesgo hasta 9 veces mayor de parto pretérmino en embarazos gemelares en comparación con únicos. La mayoría de estudios que criban la longitud cervical en el segundo trimestre en gestantes asintomáticas con embarazos únicos o gemelares aplican el mismo punto de corte⁶.

En el embarazo, el cérvix mantiene su forma anatómica a pesar del sustancial crecimiento uterino; existe un remodelamiento cervical antes del trabajo de parto el cual comprende dos fases, una de ablandamiento y otra de madurez cervical. Lo que caracteriza la primera fase es la reorganización en la matriz extracelular que ocurre de forma lenta, pero progresiva a lo largo del embarazo, antes del borramiento y dilatación cervical. La segunda fase se caracteriza por los cambios en el soporte de la carga estructural del cérvix, asociándose con la habilidad que tiene esta estructura para mantenerse cerrada⁷.

El problema del examen digital para valorar los cambios cervicales es que tiene una gran variabilidad interobservador y un bajo poder predictivo, lo que conlleva un sobre diagnóstico de las amenazas de parto pretérmino y el

inicio de tratamientos en gestantes que en realidad tienen pocas probabilidades de tener un parto pretérmino, con el consiguiente riesgo por la medicación empleada, por el incremento de hospitalizaciones innecesarias e incluso por la restricción de la actividad física que conllevan estas actuaciones¹. Como complemento a la valoración del cérvix mediante tacto vaginal y para aumentar su sensibilidad diagnóstica, disponemos de marcadores del parto pretérmino como son la longitud cervical medida por ecografía transvaginal y el test de la fibronectina¹.

La longitud cervical es considerada un factor predictor independiente de parto pretérmino. Se ha reportado en numerosos estudios la relación curvilínea inversamente proporcional entre longitud cervical en el segundo trimestre de la gestación y la probabilidad de parto pre término, tanto en gestantes de bajo como de alto riesgo de parto pretérmino⁶. En la actualidad, se recomienda medir la longitud cervical mediante ecografía transvaginal. La medición transperineal asocia menor precisión y se ha descrito una diferencia $\pm 5\text{mm}$ comparada con la medición realizada vía transvaginal. La ecografía transabdominal, por otra parte, sobreestima la medida de la longitud cervical, siendo la diferencia media de 8mm. Además, se ha descrito que no identifica el 57% de cérvix cortos ($\leq 25\text{ mm}$)⁶.

La técnica ideal para medir la longitud cervical incluye: posición ideal de la gestante en litotomía dorsal, la vejiga debe estar vacía, se realiza la medición del cérvix en su eje longitudinal, el cérvix debe ocupar aproximadamente el 50-75% de la imagen, debe evitar la presión excesiva en el cérvix con la sonda ecográfica, puesto que ello alarga artificialmente el cuello del útero y, además, dificulta la visualización de funneling, debe visualizar el canal cervical y la mucosa cervical circundante, el examen debe durar entre 3 y 5 minutos, siendo recomendable realizar varias (al menos tres)

medidas de la longitud cervical y emplear la de menor tamaño para aconsejar a la embarazada y decidir el manejo de la gestación⁶.

La embudización del cuello uterino o funneling, definida como la protrusión de las membranas amnióticas en el canal cervical, es considerada por algunos autores como un factor de riesgo adicional de parto pretérmino, aunque no se ha demostrado que sea un factor independiente. La longitud cervical es el método de elección para el cribado ecográfico del parto pretérmino. No obstante, se ha descrito que el funneling asociado a cérvix corto conlleva mayor riesgo de parto pretérmino que el cérvix corto sin funneling⁶. La realización de ecosonograma transvaginal cervical ha mostrado ser una forma confiable y reproducible de medir la longitud del cérvix, porque disminuye la variabilidad inter-observador hasta un 3 %. La cervicometría es más útil descartando el diagnóstico de parto pre término que confirmándolo⁴.

El uso de tocolíticos se asocia con una prolongación del embarazo de hasta 7 días, pero sin un efecto claro en la reducción de las tasas de prematuridad. Las pacientes que se benefician en mayor medida de los tocolíticos son aquellas con un trabajo de parto muy prematuro, las que necesitan ser trasladadas a un centro de referencia con adecuados cuidados neonatales y aquellas que aún no han completado la dosis de corticoides¹.

El tipo de prevención puede clasificarse como: primaria (sobre todas las gestantes), se identifican los factores de riesgo de interés para el clínico que son modificables, como puede ser el hábito tabáquico, la adicción a drogas, la anemia, la ausencia de cuidados prenatales, el periodo intergenésico corto (principalmente < 6 meses) y, posiblemente, el estrés laboral o personal. Secundaria (actuando sobre aquellas con factores de riesgo) se recomienda la administración de progesterona natural micronizada (200 mg/24h vaginal)

en gestantes asintomáticas con embarazos únicos y un cérvix corto (≤ 25 mm) para prevenir el parto pre término, el cerclaje cervical podría ser de utilidad en casos de acortamiento progresivo del cérvix a pesar del tratamiento con progesterona y la prevención terciaria que se realiza sobre los niños prematuros⁶.

La edad gestacional es un factor sumamente esencial en la eficacia de la longitud cervical como predictor de parto pretérmino, considerándose el hecho que el cérvix sufre un acortamiento fisiológico a medida que el embarazo en la mujer avanza, por ende, es razonable asumir que la eficacia de la cervicometría está relacionada con la edad gestacional. En base al acortamiento fisiológico observado los criterios ecográficos de riesgo de Parto pretérmino son:

Longitud cervical < 25 mm antes de las 28 semanas.

Longitud cervical < 20 mm entre las 28 y 31.6 semanas.

Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más⁸.

El riesgo de parto pretérmino es mayor a medida que disminuye la longitud cervical, una longitud cervical < 25 mm entre las 22 y 24 semanas de gestación se asocia con un riesgo de parto pretérmino, antes de las 35 semanas 6 veces superior respecto a una longitud cervical > 45 mm. En gestantes de alto riesgo, la predicción de parto pretérmino mediante longitud cervical ≤ 25 mm es más precisa en las formas más tempranas de prematuridad (< 32 semanas) que, en las formas tardías, donde la asociación es menos estrecha. Por lo que el valor de la longitud cervical para predecir trabajo de parto espontáneo pretérmino dependerá de la edad gestacional: a mayor edad gestacional en el momento del diagnóstico, menor será el umbral de longitud cervical predictivo⁹.

La realización de este trabajo de investigación nos permitirá evaluar cervicometría y su relación con la edad gestacional, factores de riesgo, en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” en el periodo comprendido ente julio - diciembre 2024 y determinar el desarrollo de parto pretérmino o a término en las mismas.



JUSTIFICACIÓN

La amenaza de parto pretérmino, supone gran parte de los gastos asociados al cuidado prenatal y es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto.

El parto pretérmino simboliza una complicación obstétrica y de salud pública, teniendo una alta mortalidad neonatal y una morbilidad tanto inmediata como a un largo plazo, presentándose esta última por secuelas (neurológicas) que provocan un alto costo para las instituciones, los gobiernos, sociedad y en especial para las familias.

A nivel mundial se han realizados numerosos estudios que describen técnicas diagnósticas y predictores de trabajo de parto pretérmino entre las que tenemos la medición de la longitud cervical que nos ofrece una herramienta sumamente útil y sencilla predictora de parto pretérmino, realizando esta medición a través de ecografía transvaginal permitiendo observar la relación entre la longitud cervical y el riesgo de parto pretérmino, así como entre éste y la edad gestacional a la que se observa este acortamiento cervical.

La realización de este trabajo de investigación nos permitirá evaluar cervicometría y su relación con la edad gestacional, factores de riesgo, en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” en el periodo comprendido ente julio - diciembre 2024 y determinar el desarrollo de parto pretérmino o a término en las mismas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la cervicometría en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Relacionar la cervicometría con la edad gestacional en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
2. Determinar el valor de la cervicometría en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
3. Estudiar la edad gestacional que presentan las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
4. Determinar la frecuencia de los factores de riesgos en pacientes con amenaza de parto pretérmino.
5. Evaluar la cervicometría y su relación con parto pretérmino en pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino.
6. Evidenciar la cervicometría al momento del ingreso en las pacientes con finalización del embarazo ≥ 37 semanas en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
7. Evaluar la finalización del embarazo según la cervicometría, a los 7 días posterior al ingreso en pacientes con amenaza de parto pretérmino.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La estrategia utilizada para la realización de este trabajo será un diseño de estudio longitudinal con un enfoque prospectivo, donde por medio de la observación, se evaluaron un grupo de pacientes en un periodo de tiempo y descriptivo ya que tiene el propósito de describir un objeto de estudio por medio de la indagación y análisis de la realidad.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está determinada por las pacientes embarazadas que acudieron al hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” en el periodo comprendido entre julio – diciembre 2024.

La muestra, por su parte, es representada por 50 pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que ingresaron al hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” en el periodo comprendido entre julio – diciembre 2024.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Se consideran con criterios de inclusión todas las pacientes con embarazos únicos, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y criterios de hospitalización que acuden al hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” en el periodo comprendido entre julio – diciembre 2024, que colaboren con la realización de la medición de la longitud cervical y se encuentren hemodinámicamente estables.

Criterios de exclusión todas aquellas pacientes, que se nieguen a participar en el estudio, con embarazos gemelares y con patologías asociadas al embarazo que comprometan el bienestar materno o fetal que amerite atención urgente.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos serán recolectados por medio de una ficha de recolección de datos, la cual consta de datos de identificación de la paciente, datos obstétricos como la edad gestacional y paridad, antecedentes personales y gineco-obstétricos, descripción ecográfica de la longitud cervical.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y TABULACIÓN

Los datos serán analizados por medio del programa Microsoft Excel, aplicando estadística descriptiva, para luego ser presentados en tablas o gráficos para una correcta y resumida interpretación, así como también el uso de la prueba Chi cuadrado en caso de presentar diferencias estadísticamente significativas.

RESULTADOS

Tabla N° 1
Relación entre la cervicometría y la edad gestacional en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.

Edad gestacional (semanas)	Cervicometría (mm)									
	< 15		15 – 20		21 – 25		> 25		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 28	-	-	-	-	-	-	4	8	4	8
28 – 31.6	-	-	-	-	2	4	13	26	15	30
≥ 32	-	-	6	12	4	8	21	42	31	62
Total	-	-	6	12	6	12	38	76	50	100

Fuente: Protocolo del autor.

Fueron evaluadas 50 pacientes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino de las cuales tenían en su mayoría una cervicometría >25mm representando un 76% (n=38) de la muestra y la edad gestacional más frecuente relacionada con ésta medida fue ≥32 semanas siendo el 42% (n=21) de la muestra.

Tabla N° 2
Cervicometría en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.

Cervicometría (mm)	N	%
< 15	-	-
15 – 20	6	12
21 – 25	6	12
> 25	38	76
Total	50	100

Fuente: Protocolo del autor.

En cuanto al valor de la cervicometría, se concluye que la cervicometría más frecuente que se presentó en la muestra estudiada, corresponde a >25mm con un 76% (n=38) de las pacientes.

Tabla N^a 3
Distribución según la edad gestacional de las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.

Edad gestacional (semanas)	N	%
< 28	4	8
28 – 31.6	15	30
32 – 33.6	14	28
34 – 36.6	17	34
Total	50	100

Fuente: Protocolo del autor.

De acuerdo a la distribución según la edad gestacional se concluye que la mayoría de las pacientes evaluadas se localizan entre las 34 y 36.6 semanas de gestación, lo que corresponde al 34% (n=17) de las pacientes.

Tabla N^a 4
Factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.

Factores de riesgo	N	%
Miomatosis uterina	1	2
Multiparidad	4	8
ITU*	8	16
Infecciones vaginales	4	8
Cesárea anterior	9	18
HIV	1	2
Polihidramnios	1	2
Multiparidad + infecciones vaginales	2	4
Multiparidad + ITU	2	4
Infecciones vaginales + ITU	3	6
Cesárea anterior + ITU	3	6
Ninguno	12	24
Total	50	100

*ITU: Infección del tracto urinario

Fuente: Protocolo del autor.

En cuanto a los factores de riesgo, se evidenció que la mayoría de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino no presentaron ningún factor de riesgo siendo el 24% (n=12) de las pacientes.

Tabla N^a 5
Evaluar la cervicometría y su relación con parto pretérmino en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.

Cervicometría (mm)	Parto Pretérmino				Total	
	Si		No			
	N	%	N	%	N	%
<15	-	-	-	-	-	-
15 – 20	4	8	2	4	6	12
21 – 25	3	6	2	4	5	10
> 25	13	26	26	52	39	78
Total	20	40	30	60	50	100

Fuente: Protocolo del autor.

Se concluye que de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, posterior a su ingreso, culminaron en un parto pretérmino un 26% (n=13) y a su vez, éstas presentaron cervicometría >25mm.

Tabla N^a 6
Evidenciar la cervicometría en pacientes con finalización del embarazo ≥37 semanas en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.

Cervicometría (mm)	Edad gestacional de finalización del embarazo (semanas)			
	< 37		≥ 37	
	N	%	N	%
< 15	-	-	-	-
15 – 20	4	8	2	4
21 – 25	3	6	2	4
> 25	13	26	26	52
Total	20	40	30	60

Fuente: Protocolo del autor.

Las pacientes que fueron ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, que tuvieron la finalización del embarazo posterior a las 37 semanas de gestación en su mayoría tuvieron cervicometría >25mm correspondiendo al 52% (n=26) de las pacientes.

Tabla N^a 7
Evaluar la finalización del embarazo según la cervicometría, a los 7 días posterior al ingreso en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” Julio - Diciembre 2024.

Cervicometría	≤ 7 días		> 7 días		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 15	-	-	-	-	-	-
15 – 20	3	6	3	6	6	12
21 – 25	1	2	4	8	5	10
> 25	4	8	35	70	39	78
Total	8	16	42	84	50	100

Fuente: Protocolo del autor.

De las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, la finalización del embarazo fue más frecuente después de los 7 días del ingreso con el 84% (n=42) de las pacientes, de las cuales, en su mayoría, la longitud cervical fue >25mm representando el 70% (n=35) de las pacientes.

DISCUSIÓN

Fueron incluidas en este estudio 50 pacientes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino de las cuales tenían, en su mayoría, una cervicometría $>25\text{mm}$ representando un 76% ($n=38$) de la muestra y la edad gestacional más frecuente relacionada con esta medida fue ≥ 32 semanas siendo el 21% ($n=42$) de la muestra. Según Sotiriadis., A. y cols, el 4% de las mujeres sintomáticas que se presentaron antes de las 34 semanas de gestación, culminarían su embarazo a la semana siguiente si la longitud cervical era $<15\text{mm}$, lo que demostró que la longitud cervical $>15\text{mm}$ es suficiente para excluir un nacimiento en una semana en el 95-96% de los casos. También Según Mora-Hervás coincide en su estudio, dentro del grupo de gestantes con parto a término ($n=92$), el 83,7% de las pacientes con parto a término presentaron longitud cervical $> 22\text{mm}$.

En cuanto al valor de la cervicometría, la más frecuente que se presentó en la muestra estudiada, corresponde a $>25\text{mm}$ con un 76% ($n=38$) de las pacientes. Lo que coincide con el trabajo de investigación realizado por González, A., y cols, donde la longitud de cuello por cervicometría tuvo una mediana de 36mm con un rango entre $27,45\text{mm}$ y $41,30\text{mm}$. Y coincidiendo también con Figueredo *et al* quienes determinaron que la longitud cervical se encontró con una media de $39,4 \pm 8,3 \text{ mm}$. Sin embargo, difiere con Torres, A. quienes obtuvieron en cuanto a longitud cervical un 51.2% fue menor o igual a 15 mm , el 29.1% de 15 a 20 mm y el 19.8% de 21 a 25 mm .

De acuerdo a la distribución según la edad gestacional, la mayoría de las pacientes evaluadas se localizan entre las 34 y 36.6 semanas de gestación, lo que corresponde al 34% ($n=17$) de las pacientes. González, A. y cols, difiere

en su estudio donde obtuvieron una mediana de edad gestacional al ingreso de 32 semanas, encontrando que la menor edad gestacional fue de 23 semanas y la máxima de 36 semanas. Mientras que el trabajo de Torres A. coincide con el nuestro, encontró que la edad gestacional en el 51.2% eran de 34 a 36.6 semanas de gestación.

En cuanto a los factores de riesgo, se evidenció que la mayoría de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino no presentaron ningún factor de riesgo en el 24% (n=12) de las pacientes, siendo la causa idiopática, la más frecuente de amenaza de parto pretérmino en nuestros pacientes. Con respecto a la población de estudio de Torres, A., el 50% fueron pacientes sanas y el otro 50% presentaron algún tipo de infección con mayor frecuencia infecciones vaginales en un 32% e infecciones urinarias en el 11%, Ambas patologías encontradas con mayor frecuencia en este estudio se consideran las principales causas de parto pretérmino y son prevenibles desde atención primaria.

De las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, el 40% (n=20) culminaron con parto pretérmino posterior a su ingreso y en su mayoría, presentaron cervicometría >25mm representando un 26% (n=13) de la muestra estudiada. Un resultado similar obtuvo Calva, D., donde el 44,33% de gestantes terminaron su embarazo con parto pretérmino, de estas el 76,74% fueron gestantes con cérvix menor a 25mm, el 16,28% entre 26 a 33mm y en el 6,98% en gestantes con cérvix mayor a 33mm. Según Huertas el 6,4% de pacientes con parto pretérmino tuvo una longitud cervical $\leq 14,5$ mm. El 6,4% y el 52,5% de pacientes con parto pretérmino espontáneo tuvieron cérvix muy corto (≤ 15 mm) y cérvix corto (≤ 25 mm), respectivamente. Castillo *et al.*, determinó que de las pacientes que ingresaron con amenaza de

parto pretérmino el 80,4% con una cervicometría $\leq 30\text{mm}$ culminaron en parto pretérmino.

Por el contrario, tuvieron la finalización del embarazo posterior a las 37 semanas de gestación correspondiendo al 52% (n=26) de las pacientes. En concordancia con el trabajo de investigación realizado por Torres, A., donde el 44.2% fueron parto pretérmino y el 55.8% de las pacientes llegaron al término de la gestación. También, en el trabajo de Calva D., las 97 gestantes, 54 casos (55,67%) no llegaron a presentar parto pretérmino.

En nuestro estudio, la finalización del embarazo fue más frecuentes después de los 7 días del ingreso con el 84% (n=42) de las pacientes, de las cuales, en su mayoría, la longitud cervical fue $>25\text{mm}$ representando el 70% (n=35) de las pacientes. Los resultados obtenidos por Tsoi, E. y cols., en su estudio, demuestran que menos del 10 % de las mujeres que presentan amenaza de parto pretérmino culminan su embarazo dentro de los 7 días. El parto posterior a los 7 días ocurrió en aproximadamente 40% de las mujeres con longitud de 0-14 mm y en menos del 1% en las mujeres con longitud cervical $\geq 15\text{mm}$.

CONCLUSIONES

Estudios previos demuestran que el acortamiento cervical, tomando distintos puntos de corte como $<25\text{mm}$ o $<30\text{mm}$, en pacientes sintomáticas, se asocia con riesgo significativo de parto pretérmino, sin embargo, en este estudio se encontró asociación hasta con longitud cervical $>25\text{mm}$, donde las pacientes ingresadas en su mayoría presentaron edad gestacional por encima de las 32 semanas y longitud cervical por encima de 25mm .

Entre los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino encontramos que la idiopática es una de las principalmente encontrada, sin embargo, deben tomarse en cuenta que otros factores de riesgo más asociados a disminución de la longitud cervical son los infecciosos como las infecciones vaginales y del tracto urinario.

En cuanto a la edad de culminación de la gestación la mayoría fue con embarazo a término por encima de las 37 semanas. El parto pretérmino se presentó en pacientes con cervicometría $>25\text{mm}$ en un menor porcentaje. Estos resultados demuestran que la medición del canal cervical por eco transvaginal es un instrumento eficaz para detectar el riesgo de presentarse un parto pretérmino mucho más si está asociado a factores de riesgo.

La mayoría de las pacientes con amenaza de parto pretérmino que fueron ingresadas, tuvieron finalización de la gestación posterior a los 7 días del ingreso. La falta de relación en nuestro estudio entre la cervicometría y el parto pretérmino con respecto a los parámetros establecidos y aceptados a nivel internacional, nos sugiere la posibilidad de la realización de sobre diagnósticos e ingresos hospitalarios innecesarios.

RECOMENDACIONES

Promover la realización de control prenatal adecuado para prevenir la aparición de amenaza de parto pretérmino, principalmente, en pacientes con factores de riesgo y hacer diagnóstico de forma oportuna.

Concientizar a las pacientes sobre la importancia de llevar a cabo un adecuado control prenatal.

Realizar capacitación ecográfica del personal médico para la aplicación de la cervicometría con la técnica adecuada.

Implementar el uso de protocolos de atención de pacientes con amenaza de parto pretérmino para disminuir el índice de ingresos y estancia hospitalaria.

Identificar a las pacientes con factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino o parto pretérmino y realizar seguimiento de las mismas en una unidad de alto riesgo obstétrico.

La mayor limitación de esta investigación, la representó la muestra, por lo cual es recomendable mantener la línea de investigación, aumentando el número de pacientes en las distintas edades de gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amenaza de parto pretérmino. Medicina perinatal. Pro SEGO. Mayo 2014.
2. González, D., Henao, L., Aristizábal, B., Ruiz, F., Exposición antenatal a contaminantes vehiculares y asociación con parto pretérmino en Colombia. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2023; 83 (2): 160-168.
3. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud, OPS 2019.
4. De Ponte, A., Díaz, I., Morales, J. Cervicometría en el segundo trimestre del embarazo. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2016;76(3):152-158.
5. Usandizaga, J., De la Fuente P., Tratado de obstetricia. Editorial Marban.
6. Guía de Asistencia Práctica Parto pretérmino. Prog. Obstet. Ginecol. 2020;63:283-321.
7. Figueredo, C., Alcala, O., Utrera, M., Guilarte, O., Bracamonte, L., Veroes, J. Índice de consistencia cervical en la detección del riesgo de parto pretérmino espontáneo. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2022; 82 (4): 420 – 428.
8. Consenso de Parto pretérmino. FASGO. Vol. 13. Nº 1. Mayo 2014.
9. Mora-Hervás, I., et al. Valor de la medición ecográfica de longitud cervical en gestantes con amenaza de parto prematuro para predecir un parto pretérmino. Prog. Obstet. Ginecol. 2006; 49 (1): 5-11.
10. Sotiriadis, A., Papatheodorou, S., Kavvadias, A., Makrydimas, G. Transvaginal cervical length measurement for prediction of preterm birth in women with threatened preterm labor: a metanalysis. Ultrasound. Obstet. Gynecol 2010;35: 54 – 64.
11. Tsoi, E, Akmal, S., Rané S., Otigbah, C., Nicolaidis, KH., Ultrasound assessment of cervical length in threatened preterm labor. Ultrasound. Obstet. Gynecol. 2003; 21: 552 – 555.
12. Torres, A., Padilla, I., Evolución clínica de las pacientes con amenaza de parto pretérmino con longitud cervical menor de 25 mm. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2020.
13. Calva, D., Román, B. Longitud cervical como predictor precoz de amenaza y parto pretérmino, en diferentes grupos poblacionales de embarazadas. Ecuador. 2014.
14. González, A., Donado, J., Aguado, D., Mejia, H., Peñarada, C. Asociación entre la cervicometría y el parto prematuro en pacientes con sospecha de trabajo de parto pretérmino inicial. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2005; 56 (2): 127 – 33.
15. Huertas-Tacchino, E., Valladares, E., Gómez, M., Longitud cervical en la predicción del parto pretérmino espontáneo. Rev Peru Ginecol obstet. 2010;56(1): 50 – 56.

16. Castillo – castro, E. et al. Perfil clínico de gestantes con amenaza de parto pretérmino que concluyen en parto pretérmino. Rev. Peru Investig. Matern. Perinat. 2017; 6 (2): 180 – 21.





ANEXOS

Ficha de recolección de datos									
Datos de identificación									
Nombre y Apellido				Edad		Teléfono		Ocupación	
				CI					
Dirección				FUR		Gestas		Peso	Talla
				EG		P	C		
Antecedentes Personales				Antecedentes Gineco-obstétricos					
Asma	Diabetes	Hipertensión	Otra	Menarquia	Sexarquia	NPS	Citología		
Datos Ecográficos				Síntomatología al momento de la evaluación					
Edad gestacional				No	Si	Cual			
Longitud cervical									
Factores de riesgo asociado		Infección vaginal		ITU		Miomatosis uterina		Otro	

HOJAS METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 1/6

Título	Evaluación de cervicometría en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” julio - diciembre 2024.
---------------	---

El Título es requerido. El subtítulo o título alternativo es opcional.

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Rodríguez Rodríguez. Isabel Daniela	ORCID	20774194
	e-mail	Isabeldaniela02@gmail.com

Se requiere por lo menos los apellidos y nombres de un autor. El formato para escribir los apellidos y nombres es: “Apellido1 InicialApellido2., Nombre1 InicialNombre2”. Si el autor esta registrado en el sistema ORCID (Open Researcher and Contributor ID) se anota el código respectivo (para ciudadanos venezolanos dicho código coincide con el numero de la Cedula de Identidad). El campo e-mail es completamente opcional y depende de la voluntad de los autores.

Palabras o frases clave:

cervicometría
longitud cervical
pretérmino
trabajo de parto pretérmino
trabajo de especialización

El representante de la subcomisión de tesis solicitará a los miembros del jurado la lista de las palabras claves. Deben indicarse por lo menos cuatro (4) palabras clave.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Sub-área
Ciencias de la salud	Ginecología y Obstetricia
Línea de Investigación:	

Debe indicarse por lo menos una línea o área de investigación y por cada área por lo menos un subárea. El representante de la subcomisión solicitará esta información a los miembros del jurado.

Resumen (Abstract):

Objetivo: evaluar la cervicometría en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Hospital “Dr. Manuel Núñez Tovar” julio - diciembre 2024. **Métodos:** estudio longitudinal, prospectivo donde se incluyeron 50 pacientes a las cuales se les realizó cervicometría con la técnica establecida a través de ecografía transvaginal. **Resultado:** la cervicometría más frecuente fue $>25\text{mm}$ con 76% ($n=38$) de la muestra y la edad gestacional más frecuente relacionada con ésta medida fue ≥ 32 semanas, la mayoría de las pacientes tenían una edad gestacional entre 34 y 36,6 semanas, la causa de amenaza de parto pretérmino más frecuente fue idiopática 24% ($n=12$). Culminaron en un parto pretérmino un 26% ($n=13$) con cervicometría $>25\text{mm}$, las que tuvieron la finalización del embarazo >37 semanas de gestación en su mayoría tuvieron cervicometría $>25\text{mm}$ al momento del ingreso y finalización del embarazo después de los 7 días del ingreso representó 84% ($n=42$) de las pacientes, de las cuales, en su mayoría, la longitud cervical fue $>25\text{mm}$. **Conclusiones:** el acortamiento cervical, en pacientes sintomáticas, se asocia con riesgo significativo de parto pretérmino, sin embargo, en este estudio se encontró asociación hasta con longitud cervical $>25\text{mm}$.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Dra. Elena	ROL	CA ☐ AS ☐ TU ☒ JU ☐
	ORCID	8374526
	e-mail	
Dra. Montserrat, Anelsie	ROL	CA ☐ AS ☐ TU ☐ JU ☒
	ORCID	12151368
	e-mail	
Dra. Velásquez, Yalitzá	ROL	CA ☐ AS ☐ TU ☐ JU ☒
	ORCID	12791489
	e-mail	

Se requiere por lo menos los apellidos y nombres del tutor y los otros dos (2) jurados. El formato para escribir los apellidos y nombres es: "Apellido1 InicialApellido2., Nombre1 InicialNombre2". Si el autor está registrado en el sistema ORCID (Open Researcher and Contributor ID), se anota el código respectivo (para ciudadanos venezolanos dicho código coincide con el número de la Cédula de Identidad).. La codificación del Rol es: CA = Coautor, AS = Asesor, TU = Tutor, JU = Jurado.

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2025	02	19

Fecha en formato ISO (AAAA-MM-DD). Ej: 2005-03-18. El dato fecha es requerido.

Lenguaje:
spa

Requerido. Lenguaje del texto discutido y aprobado, codificado usando ISO 639-2. El código para español o castellano es spa. El código para inglés es en. Si el lenguaje se especifica, se asume que es el inglés (en).

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
NMOTES_RRDI2024

Caracteres permitidos en los nombres de los archivos: **A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _**

Alcance:

- ✓ **Espacial:** Geográficamente al suroeste del estado Monagas, municipio Maturín, centro operativo distrito Morichal, abarca los municipios Libertador, Uracoa y Sotillo, calle principal Morichal, sede de las oficinas administrativas de La gerencia de la División Carabobo, distrito morichal.
- ✓ **Temporal:** En lo temporal, el periodo del estudio se inició en julio 2023 y se proyecta culminar a mediados de noviembre de 2023.

Título o Grado asociado con el trabajo:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Dato requerido. Ejemplo: Licenciado en Matemáticas, Magister Scientiarum en Biología Pesquera, Profesor Asociado, Administrativo III, etc

Nivel Asociado con el trabajo: Especialista

Dato requerido. Ejs: Licenciatura, Magister, Doctorado, Post-doctorado, etc.

Área de Estudio:

Ciencias de la salud

Usualmente es el nombre del programa o departamento.

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de metadatos para tesis y trabajos de Ascenso- 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0915

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Letdo el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,


JUAN A. BOLANOS CUNELE
Secretario



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR 
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YOC/manja

Hoja de metadatos para tesis y trabajos de Ascenso- 6/6

De acuerdo al Artículo 41 del reglamento de Trabajos de Grado:

Los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quién deberá participarlo previamente al Consejo Universitario, para su autorización.



Rodriguez, Isabel

Autor



Oleaga, Elena

Tutor(a)