

# Revisión de la literatura sobre el manejo del parto en presentación podálica

## Literature review on the management of breech birth

Alejandro Espinosa de la Torre

Residente de matrona. Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

### RESUMEN

**Introducción:** La presentación de nalgas es una situación presente en un 4% de los fetos a término. Desde la publicación del artículo Term Breech Trial TBT en el año 2000 la práctica de este tipo de partos ha sido progresivamente abandonada. El objetivo de esta revisión es presentar un resumen sintetizado de la evidencia existente relacionada con el manejo del parto en presentación podálica.

**Métodos:** En octubre de 2024 se realizó una revisión de la literatura, utilizando diversas bases de datos de ciencias de la salud para identificar y obtener artículos originales que cumplieran con los criterios de selección predeterminados.

**Resultados:** El manejo de la dilatación presenta semejanzas con el parto en cefálica con respecto a las indicaciones de la inducción, uso de oxitocina, amniorrexis artificial o la analgesia epidural, siendo diferentes los tiempos de duración de las fases pasiva y activa del expulsivo. Además, han sido descritas diferentes maniobras para la extracción siendo las más empleadas la de Bracht, Rojas-Löwset y Mauriceau. Los resultados perinatales mostraron que en aquellas pacientes que cumplían criterios y eran atendidas por profesionales formados en parto de nalgas los resultados de morbilidad materno-fetales a largo plazo no diferían respecto a las que eran sometidas a cesárea.

**Conclusiones:** El parto de nalgas parece ser una opción segura cuando los profesionales se encuentran formados en el manejo del mismo. La información detallada sobre beneficios y riesgos de la cesárea frente al parto vaginal es esencial para permitir que la madre tome decisiones con respecto a su parto y haga uso del consentimiento informado.

### PALABRAS CLAVE

presentación podálica, maniobras, trabajo de parto, cuidados enfermería, neonato

### ABSTRACT

**Backgrounds:** Breech presentation is a condition present in 4% of full-term pregnancies. Since the publication of the Term Breech Trial (TBT) systematic review at Lancet in 2000, the practice of this type of birth has been progressively abandoned. The objective of this review is to present a synthesized summary of the current evidence related to the management of breech presentation birth.

**Methods:** In October 2024, a literature review was carried out, using health science databases to identify and obtain original trials that met the predetermined selection criteria.

**Findings:** The management of dilation presents many similarities with birth in cephalic presentation regarding the indications for induction, the use of oxytocin, artificial amniorrhexis or epidural analgesia, with different durations of the passive and active phases of second stage. In addition, different maneuvers have been described for the extraction of the fetal cylinder, the most commonly used being Bracht, Rojas-Löwset, and Mauriceau. Perinatal results showed that in those patients who met the criteria and were cared for by professionals trained in breech delivery, the long-term maternal-fetal morbidity and mortality results did not differ from those of pregnant women who underwent cesarean section.

**Conclusions:** Breech delivery appears to be a safe option when professionals are trained in its performance and management. Detailed information about the benefits and risks of cesarean section versus vaginal birth is essential to allow the mother to make decisions regarding her birth and use informed consent.

### KEYWORDS

breech presentation; maneuver; labor, obstetrics; nursing care; infant, newborn

## INTRODUCCIÓN

La presentación pelviana es aquella en la que el polo pélvico del feto está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna<sup>1</sup>. Existen tres modalidades<sup>1,2</sup>:

- **Presentación completa:** Muslos y piernas flexionadas, manteniendo la actitud fetal de flexión.
- **Modalidad franca de nalgas o nalgas puras:** muslos flexionados pero piernas extendidas. La más frecuente (50-70% de los casos).
- **Nalgas incompletas:** uno o ambos pies avanzan en la presentación. Tiene peor pronóstico hacia la evolución espontánea.

FECHA DE RECEPCIÓN: 26/10/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 26/11/2024

**Correspondencia:** Alejandro Espinosa de la Torre

**Correo electrónico:** aedelatorre9@gmail.com

El 20% de los fetos de menos de 28 semanas se encuentran en presentación pelviana, pero solo 4% permanecerá así más allá

de la semana 36. De acuerdo con la ley de la acomodación de Pajot: "si un cuerpo sólido es contenido por otro denominado continente (útero) susceptible de alternancias de actividad y reposo, de superficies deslizables y poco angulosas, el contenido (feto) deberá acomodar su forma y dimensiones al continente"<sup>3</sup>.

Es por ello, que los fetos más jóvenes suelen presentarse en nalgas debido al mayor tamaño de la cabeza fetal, mientras que en fetos más grandes, la parte podálica predomina y favorece la rotación a presentación cefálica<sup>3</sup>.

**Existen algunos factores predisponentes que se puede relacionar con la presentación podálica, tales como<sup>2</sup>:**

- **Prematuridad:** 20-25% de los fetos de nalgas antes de la semana 28 de gestación y entre el 7-16% antes de la 32.
- **Alteraciones del útero:** malformaciones, miomas, anomalías placentarias, multiparidad, extremos en la cantidad de líquido amniótico.
- **Alteraciones fetales:** anencefalia, hidrocefalia, teratoma sacrococcígeo...
- **Movilidad fetal reducida:** gestación múltiple, cordón corto...

Al diagnóstico puede llegarse tanto a través de la exploración abdominal, del tacto vaginal o ecografía. La exploración ecográfica adquiere una gran importancia pues permite conocer la actitud de la cabeza fetal<sup>4</sup>.

Cuando la dilatación cervical es adecuada, se palpa una masa separada en dos por la presencia del surco interglúteo y en su mitad se encuentra una depresión que corresponde al ano. El surco interglúteo equivale a la sutura sagital en la presentación cefálica, siendo frecuente el asinclitismo. En uno de los extremos del surco se identifica una prominencia ósea triangular que corresponde al coxis, y por encima tres o cuatro prominencias óseas que corresponden a la cresta sacra, punto de referencia de la presentación<sup>1</sup>.

El mecanismo del parto es similar al cefálico pero con inversión del orden: parto del polo pelviano, de la cintura torácica y hombros y de la cabeza. Se deben considerar dos cuestiones importantes<sup>2</sup>:

- **La solidarización del cilindro fetal:** Normalmente, el cilindro fetal se mantiene íntegro, con la cabeza flexionada entre los hombros, el mentón tocando el esternón, los brazos flexionados y todo el feto en flexión ventral. La deflexión de la cabeza o extensión de la columna pueden alterar el mecanismo de parto.
- **Variación de la presentación:** En las nalgas puras, el diámetro mayor que ofrece el feto a la pelvis es el bitrocantéreo (9.5cm), mientras que en nalgas completas es el sacro-pretibial (12cm).

**Mecanismo del parto de nalgas con cilindro fetal único<sup>2</sup>:**

Si el cilindro está íntegro, el mecanismo es similar al parto en cefálica.

1. **Acomodación del polo pelviano al estrecho superior:** coinciden el diámetro mayor con el oblicuo de la pelvis.
2. **Descenso y rotación interna de las nalgas:** Coinciden el diámetro bitrocantéreo con el anteroposterior del estrecho inferior (rotación 45°).

3. **Desprendimiento de las nalgas:** La nalga anterior se apoya bajo el pubis y se desprende primero. En nalgas completas las extremidades inferiores se desprenden con las nalgas.

4. **Rotación externa de las nalgas y acomodación de los hombros:** Fuera de la vulva, el diámetro bitrocantéreo rota 90° de manera que el sacro fetal queda ubicado debajo de la sínfisis materna. Así, el diámetro bisacromial se posiciona en el diámetro transversal del estrecho superior.

5. **Descenso de los hombros:** Descienden en transversa con rapidez, por lo que la cabeza solo debe deflexionarse para ser expulsada.

**Mecanismo del parto de nalgas con cilindro fetal no conservado<sup>2</sup>:**

1. **Rotación interna de los hombros y acomodación de la cabeza:** Para pasar por el diámetro interespinoso, el bisacromial se reduce y rota para ajustarse al diámetro anteroposterior de la pelvis. La cabeza se acomoda en el estrecho superior con el occipucio hacia adelante y el mentón hacia atrás, siendo la posición más común la izquierda anterior. Esto facilita la flexión del cuello y el avance del parto.

2. **Desprendimiento de los hombros y descenso de la cabeza:** Se desprende primero el hombro anterior. En condiciones normales, los brazos se desprenden junto al tórax. Esto se acompaña del descenso de la cabeza.

3. **Rotación externa de los hombros e interna de la cabeza:** desprendidos los hombros, el diámetro bisacromial rota 90° para que la cabeza haga su rotación interna y la sutura sagital se coloque en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior.

4. **Desprendimiento de la cabeza:** antes de expulsar la cabeza, el mentón se orienta hacia el periné. Se emplea el occipucio como punto de apoyo, apareciendo sobre la región perineal el mentón, la boca, la nariz, la frente y finalmente el occipucio.

Cuando se presentan alteraciones en la evolución normal del mecanismo del parto de nalgas se pueden presentar diversas complicaciones que dificultan o imposibilitan la expulsión fetal o producen lesiones del mismo. Las más frecuentes son<sup>2</sup>:

- **Procidencia o descenso de un solo pie:** si es el posterior, debe realizar un giro de 180° para que se convierta en anterior. La procidencia de un miembro debe considerarse perjudicial para el parto.
- **Distocia de hombros:** se relaciona con la tracción del cuerpo fetal por el asistente. El pronóstico es desfavorable pues se suelen producir fracturas de húmero o clavículas.
- **Distocia de cabeza última:** es una causa importante de morbilidad perinatal y se produce cuando la cabeza queda retenida. Se da fundamentalmente en tres situaciones:
  - Rotación de la cabeza a occipitosacra ya que el mentón choca contra la sínfisis del pubis.
  - Actitud de la cabeza en deflexión que aumenta el riesgo de lesión medular cervical.
  - Dilatación cervical incompleta.
- **Parto rápido de la cabeza fetal:** la brusca expulsión de la cabeza fetal puede originar una hemorragia intracraneal y lesiones traumáticas en el cuello del recién nacido.

En octubre del año 2000, Hanna et al publicaron el Term Breech Trial (TBT), un ensayo multicéntrico que comparó los resultados del parto por cesárea programada y el parto vaginal. En este participaron más de cien centros hospitalarios con una muestra de más de dos mil mujeres<sup>5</sup>.

El protocolo de actuación permitía la amniotomía, el latido fetal fue monitorizado cada quince minutos en la dilatación y cada cinco en el expulsivo. En situación de hipodinamia se empleó oxitocina intravenosa<sup>5</sup>.

Los resultados mostraron menor riesgo de morbilidad perinatal en las cesáreas sin diferencias en la morbilidad materna. Tras el estudio, se realizó un seguimiento los tres primeros meses posparto, no observando mayor riesgo de consecuencias posparto en las madres sometidas a cesárea<sup>6</sup>.

Tras esto, la cesárea programada se adoptó ampliamente, disminuyendo significativamente los partos vaginales de nalgas, aunque algunos países europeos mantuvieron el parto vaginal si la selección era adecuada<sup>7,8,9</sup>.

Un estudio posterior en Irlanda mostró una disminución de los partos vaginales de nalgas tras el TBT, pero sin reducir la mortalidad<sup>10</sup>. En cambio, en países como Francia y Bélgica donde se mantenía el parto vaginal, un estudio observacional (PREMODA) no encontró diferencias significativas en la morbilidad perinatal entre cesáreas y partos vaginales<sup>11</sup>. A raíz de esto, la ACOG actualizó sus guías, sugiriendo considerar los deseos de la madre y la experiencia profesional<sup>12</sup>.

En España, los criterios de elección para el parto vaginal son estrictos (ausencia de desproporción feto-pélvica, tipo de presentación de nalgas, actitud de la cabeza fetal, peso estimado 2500g-4000g, consentimiento informado)<sup>8</sup>, y en 2012 solo el 11% de los hospitales realizaban partos vaginales de nalgas de forma rutinaria<sup>13</sup>.

A pesar de que los estudios posteriores no muestran peores resultados en morbi-mortalidad para los partos vaginales de nalgas, la tendencia hacia la cesárea programada sigue siendo predominante<sup>7,8</sup>.

Es por ello que el objetivo de esta revisión es realizar una actualización de la evidencia acerca del manejo del parto en presentación podálica.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de la biblioteca virtual del SAS "Gerión" en bases de datos electrónicas internacionales, tales como Pubmed, Web of Science, Cochrane, Scopus y Cinahl, y en bases de datos nacionales, como es el caso de Cuiden Plus. Esta búsqueda se llevó a cabo durante el mes de octubre de 2024.

Así mismo, se han realizado búsquedas en páginas web oficiales como la del Ministerio de Sanidad o el Instituto Nacional de Estadística, así como actas de congresos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

En las bases de datos se realizaron diversas cadenas de búsqueda con términos estandarizados a través del portal DeCS/MeSH, uniendo los mismos mediante el uso de los operadores

booleanos AND y OR. Los términos estandarizados a los que nos referimos son los siguientes: "breech presentation", "ma-neuver", "labor, obstetrics", "nursing care", "infant, newborn".

En la búsqueda bibliográfica realizada se han establecido los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios realizados en los últimos diez años.
- Estudios a texto completo gratuito.
- Publicaciones en español, inglés, francés o portugués.
- Estudios originales (se incluyen ensayos clínicos aleatorizados, estudios de casos y controles, de cohortes o estudios descriptivos).

## RESULTADOS

Asistencia al parto de nalgas: valoración, actuación y cuidados durante el parto

Previo a la finalización de la gestación, se debe informar adecuadamente a la gestante de los beneficios y riesgos de la vía vaginal en el parto con feto a término en presentación podálica así como proporcionar esa misma formación sobre la cesárea electiva<sup>14</sup>.

Respecto a la inducción del mismo la evidencia es escasa, aunque podría ser considerada si las condiciones personales son favorables<sup>14</sup>. No obstante, los colegios profesionales de obstetras de Canadá y Reino Unido no lo recomiendan<sup>15</sup>. Gaillard<sup>16</sup> realizó un estudio en el que el 67.4% de las inducciones de partos de nalgas fueron exitosas y no observó un aumento de la morbilidad perinatal grave en las inducciones frente a las cesáreas programadas.

En cuanto al uso de oxitocina, puede considerarse su utilización en ausencia de progresión de la dilatación con hipodinamia primaria tras haber descartado una hipodinamia secundaria a una desproporción feto-pélvica, especialmente en múltiparas<sup>14</sup>.

No parece que la amniorrexis artificial tenga influencia en los resultados perinatales, por lo que debe realizarse cuando esté indicada con los mismos criterios que en presentación cefálica<sup>14,17</sup>.

La presentación de nalgas no es en sí misma, una indicación para la monitorización electrónica fetal continua<sup>14</sup>. Sin embargo, uno de los factores evitables más importantes de la muerte perinatal en partos de nalgas en la vigilancia subóptima del bienestar fetal, diferentes publicaciones realizadas en países nórdicos como Noruega o Finlandia recomiendan la monitorización continua<sup>18,19</sup>.

Respecto de la analgesia epidural, el parto vaginal de nalgas no es una indicación ni contraindicación para el mismo. Debe por tanto individualizarse la decisión respetando los deseos de la gestante<sup>14</sup>.

Benmessaoud<sup>20</sup> realizó un estudio para describir las curvas de progresión del parto en presentación de nalgas. En el mismo, dividió la primera fase del parto en una fase de latencia de 0 a 5 cm y una fase activa de 5 a 10 cm. La dilatación fue más rápida en múltiparas que en nulíparas y se aceleró en ambas en fase activa de la dilatación (1.54 cm/h para primíparas y 2.00 cm/h para múltiparas). La dilatación cervical desde los 8cm hasta la dilatación completa fue significativamente más rápida en las nalgas completas que en las nalgas francas.

La SEGO indica la realización de cesárea cuando la dilatación se detiene durante dos o más horas con dinámica uterina regular<sup>14</sup>.

Por otro lado, una vez alcanzada la dilatación completa, la fase pasiva del expulsivo puede prolongarse hasta 90 minutos. La fase activa del mismo puede ser de hasta 60 minutos. Los pujos maternos son muy importantes y deben de ser alentados<sup>2,14</sup>.

### Maniobras en el parto de nalgas

- **Maniobra de Bracht:** Su objetivo es liberar los hombros y la cabeza en un solo movimiento<sup>21</sup>. Se espera a la expulsión del tronco hasta el ombligo, luego, con una ligera tracción, se exterioriza un asa del cordón<sup>2</sup>. Se mantiene la espera hasta ver el ángulo inferior de la escápula. El feto se toma por el tronco con las manos sobre él, los pulgares sobre los muslos y los muslos flexionados. Se bascula el cuerpo fetal sobre la sínfisis materna, mientras un ayudante presiona el fondo uterino, facilitando el descenso de la cabeza. Esta maniobra provoca la tracción de hombros y cabeza hacia el canal de parto, permitiendo el desprendimiento de hombros, brazos y cabeza<sup>21</sup>. Se considera de primera línea pues resuelve el 60% de los partos de nalgas<sup>1</sup>.
- **Maniobra de Rojas-Löwset:** Consiste en rotar 180° el hombro posterior para convertirlo en anterior<sup>21</sup>. Al visualizar el ángulo inferior de la escápula, se toma al feto por la cintura pelviana, con los pulgares en el sacro. Luego, se rota al feto sobre su plano ventral hasta que el brazo se moviliza y aparece debajo de la sínfisis del pubis. En ese momento, se toma el codo y se desprende el brazo. Después, se repite la rotación en sentido contrario<sup>1,2,21</sup>.
- **Maniobra de Mauriceau:** Es una técnica común para extraer la cabeza fetal<sup>2</sup>. Su objetivo es acomodar la cabeza al estrecho inferior para facilitar su salida. Con la cabeza en posición occipito-púbica, el cuerpo fetal se apoya sobre el antebrazo de la mano introducida en la vagina. El dedo índice y medio se colocan en la boca del feto, apoyándose sobre la base de la lengua<sup>21</sup>, mientras que otros sugieren presionar sobre las eminencias malares<sup>1</sup>. Con la otra mano, se realiza una tracción hacia abajo hasta que el occipucio pasa bajo la arcada púbica, flexionando el tronco fetal sobre el abdomen de la madre<sup>21</sup>.
- **Maniobra de Praga invertida:** Poco común, puesto que se emplea cuando la cabeza rota a posterior y esto no suele ocurrir. Con dos dedos de la mano derecha traccionamos de los pies hacia el abdomen de la madre y hacia arriba<sup>2</sup>.
- **Maniobra de Müller:** El feto se toma por la cintura pelviana con ambas manos, con los pulgares sobre el sacro. El feto se rota hacia el lado del dorso y hacia abajo para alinear el diámetro bisacromial con el anteroposterior del estrecho inferior y libera el hombro anterior bajo la arcada púbica. Luego, se alcanza el húmero fetal en el pliegue del codo y se libera el brazo anterior. Con una tracción hacia arriba, se libera el hombro posterior. Finalmente, se utiliza la maniobra de Mauriceau para la extracción de la cabeza<sup>2</sup>.
- **Fórceps en cabeza última:** Es una alternativa a la maniobra de Mauriceau para la extracción de la cabeza cuando se produce distocia de cabeza última. Algunas escuelas consideran que es una intervención que reduce los traumatismos de la cabeza y las lesiones del plexo braquial. Se rige por los mismos principios que una aplicación en presentación de vértice. Se utiliza un fórceps de Piper, con curvatura perineal<sup>2</sup>.

En un estudio realizado en Etiopía se estudió qué factores incrementan el riesgo de malos resultados perinatales en el parto de nalgas. Se encontró que el atrapamiento de la cabeza, la asfisia al nacer y el prolapso de cordón umbilical fueron las causas más comunes de mortalidad perinatal<sup>22</sup>.

Factores como el peso fetal <2500g, madres mayores de 35 años, madres con el cuello uterino no dilatado completamente y aquellas con rotura prematura de membranas tuvieron un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad perinatal<sup>22</sup>.

Un estudio multicentro comparó los resultados perinatales de dos hospitales: uno en el que el protocolo en presentación de nalgas se ofrece el parto de manera rutinaria y otro donde se opta por la cesárea. En el mismo se obtuvieron resultados obstétricos similares en ambos grupos salvo por una tasa de pérdida de sangre mayor de 1.000 ml significativamente mayor en el grupo de parto vaginal. En los resultados neonatales hubo una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ingresos en la UCI neonatal, distrés respiratorio al nacimiento y puntuación de Apgar <7 a los cinco minutos<sup>23</sup>.

Wangber<sup>24</sup> expuso que la cesárea programada en comparación con el parto vaginal de los bebés a término en presentación de nalgas puede reducir la mortalidad perinatal y morbilidad infantil a corto plazo, mientras que no hay una diferencia significativa en la morbilidad de la madre o el niño a largo plazo. La morbilidad materna a corto plazo, como los eventos tromboembólicos y la incontinencia urinaria, se pueden reducir con la cesárea programada. Es por ello que los obstetras deben brindar a la mujer embarazada información individualizada para que puedan tomar una decisión informada<sup>24</sup>.

Un estudio de cohortes enfatizó en la necesidad de un control riguroso del trabajo de parto, una decisión oportuna y una anticipación adecuada para la reanimación neonatal con el fin de reducir estas complicaciones. Se deben organizar cursos de actualización para el manejo del parto de nalgas para el personal de salud con el fin de minimizar el riesgo de lesión del plexo braquial (principal complicación en este estudio)<sup>25</sup>.

En un estudio en Alemania, se expuso que un IMC menor y la multiparidad son factores que favorecen el éxito en el parto vía vaginal cuando hay presentación de nalgas. No hubo diferencia en las puntuaciones de Apgar al minuto, 5 minutos ni 10 minutos. Tampoco hubo diferencias significativas en la aparición de lesión del plexo braquial, convulsiones, infecciones o ingreso en la UCIN. Sí que hubo diferencias significativas en el pH de arteria umbilical que fue menor en los recién nacidos por vía vaginal. Sin embargo, solo se observó acidosis grave (pH < 7,0 y EB > 12 mmol/L) en una cesárea de emergencia debido a un prolapso de cordón<sup>26</sup>.

## CONCLUSIONES

De la presente revisión narrativa se extraen las siguientes conclusiones:

- La presentación pelviana presenta diferentes modalidades en las que las nalgas puras son las más frecuentes y tienen un pronóstico favorable si no se presentan complicaciones.
- La prematuridad, las alteraciones uterinas y las malformaciones fetales son algunos factores que influyen en la probabilidad de que el feto se mantenga en posición podálica a medida que avanza el embarazo.
- El diagnóstico de la presentación pelviana se realiza mediante exploración abdominal, táctil y ecográfica. El manejo de este tipo de partos depende de factores como la dilatación cervical, el estado fetal y la actitud de la cabeza.
- El estudio TBT supuso un antes y un después en el modo de abordar la presentación de nalgas de manera que a raíz de este los partos en podálica se han reducido pro-

gresivamente pese a que existe evidencia que muestra este tipo de partos como una opción segura.

- El manejo del parto de nalgas es similar al de presentación cefálica, teniendo especial relevancia la monitorización fetal continua y la formación en maniobras obstétricas adecuadas como Bracht o Mauriceau.
- La información detallada y adecuada sobre los beneficios y riesgos de la cesárea frente al parto vaginal es esencial para permitir que la madre tome decisiones informadas respecto al parto. Los criterios de elección deben ser estrictos y se debe respetar el consentimiento informado de la madre.

En conclusión, aunque la cesárea programada sigue siendo la opción preferida en la mayoría de los casos de presentación podálica, el parto vaginal sigue siendo una opción viable en situaciones seleccionadas, siempre que se cuente con la preparación adecuada y se realice una vigilancia estrecha del bienestar fetal y materno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosa-Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2019;70(4):253–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3345>
2. Martínez Galiano JM. *Manual de Asistencia Al Parto + Acceso Online*. Martínez Galiano JM, editor. Elsevier; 2013
3. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Management of Breech Presentation, Clinical Guideline. UK 2017. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg20b/>
4. Auckland District Health Board, National Women's Hospital, Auckland New Zealand. Breech birth. Clinical Guideline. 2012. Disponible en: <http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/healthprofessionals/policies-and-guidelines>
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial: Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356:1375–83.
6. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: The international randomized term breech trial. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. 2002;57(9):556–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00006254-200209000-00006>
7. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2006;194(1):20–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.039>
8. Parto en la presentación de nalgas a término. *Prog Obstet Ginecol (Internet)* [Internet]. 2011;54(9):478–500. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2011.07.005>
9. Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah ME. Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2003;25(1):14–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)31077-5](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(16)31077-5)
10. Hehir MP, O'Connor HD, Kent EM, Fitzpatrick C, Boylan PC, Coulter-Smith S, et al. Changes in vaginal breech delivery rates in a single large metropolitan area. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2012;206(6):498.e1-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.03.029>
11. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2006;194(4):1002–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.10.817>
12. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006;108(1):235–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00006250-200607000-00058>
13. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2013;56:248–53. S0304501311003852.pdf. [citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://S0304501311003852.pdf>
15. Impey L-L, Murphy DJ, Griffiths M. en beneficio de elReal Colegio de Obstetras y Ginecólogos. *Gestión de presentación de nalgas*. *BJOG*. 2017;124:e151–77.
16. Gaillard T, Girault A, Alexander S, Goffinet F, Le Ray C. Is induction of labor a reasonable option for breech presentation? *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2019;98(7):885–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13557>
17. Vidaeff AC. Breech delivery before and after the term breech trial. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2016;49(1):198–210. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.grf.0000197545.64937.40>
18. Håheim LL, Albrechtsen S, Berge LN, Bør Dahl PE, Egeland T, Henriksen T, et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team: Breech birth at term. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2014;83(2):126–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00349.x>

19. Toivonen E, Palomäki O, Huhtala H, Uotila J. Selective vaginal breech delivery at term - still an option: Vaginal breech delivery at term. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2012;91(10):1177–83.  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01488.x>
20. Benmessaoud I, Jamey M, Monard B, Metz J-P, Bourtembourg-Matras A, Ramanah R, et al. Analysis of spontaneous labor progression of breech presentation at term. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(3):e0262002.  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0262002>
21. UVMF – Université Médicale Virtuelle Francophone. Manœuvres obstétricales. Comité éditorial de l'UVMaF 2013-2014. p. 4-29
22. Debero Mere T, Beyene Handiso T, Mekiso AB, Selamu Jifar M, Aliye Ibrahim S, Bilato DT. Prevalence and perinatal outcomes of singleton term breech delivery in wolisso hospital, oromia region, southern Ethiopia: A cross-sectional study. *J Environ Public Health* [Internet]. 2017;2017:9413717.  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2017/9413717>
23. Bevilacqua E, Jani JC, Meli F, Carlin A, Bonanni G, Rimbault M, et al. Pregnancy outcomes in breech presentation at term: a comparison between 2 third level birth center protocols. *AJOG Glob Rep* [Internet]. 2022;2(4):100086.  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100086>
24. Wängberg Nordborg J, Svanberg T, Strandell A, Carlsson Y. Term breech presentation—Intended cesarean section versus intended vaginal delivery—A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2022;101(6):564–76.  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.14333>
25. Dohbit JS, Foumane P, Tochie JN, Mamoudou F, Temgoua MN, Tankeu R, et al. Maternal and neonatal outcomes of vaginal breech delivery for singleton term pregnancies in a carefully selected Cameroonian population: a cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(11):e017198. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017198>
26. Nothelfer A, Friedl TWP, Dayan D, Beer F, Janni W, Reister F, et al. Trial and error - Outcome of breech presentation depending on birth mode and root cause analysis of severe adverse events. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2024;299:309–16.  
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.06.034>

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Espinosa de la Torre A. Revisión de la literatura sobre el manejo del parto en presentación podálica. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(3): 136-141