



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**PRESENTACIÓN PODÁLICA: ELECCIÓN ENTRE PARTO VÍA  
VAGINAL Y CESÁREA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO**

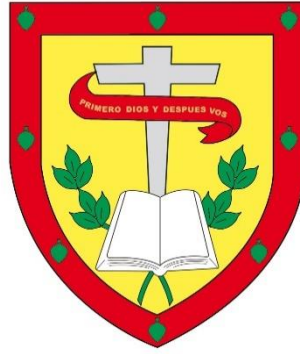
**AUTOR: FABIÁN FRANCISCO MUÑOZ ÁLVAREZ**

**DIRECTOR: DR ESTEBAN GUERRERO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**PRESENTACIÓN PODÁLICA: ELECCIÓN ENTRE PARTO VÍA  
VAGINAL Y CESÁREA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: FABIÁN FRANCISCO MUÑOZ ÁLVAREZ**

**DIRECTOR: DR ESTEBAN GUERRERO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**Fabián Francisco Muñoz Álvarez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0104719091. Declaro ser el autor de la obra: “Presentación podálica: elección entre parto vía vaginal y cesárea”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 15 de noviembre de 2021



F: .....

**Fabián Francisco Muñoz Álvarez**

**C.I. 0104719091**

## **Resumen**

**Antecedentes:** La elección del método de parto en presentación podálica, es un tema controvertido debido a diferentes criterios e información que se puede adquirir en cada región, por lo que se desea proveer un conocimiento general al personal de salud sobre beneficios y riesgos del parto vaginal y cesárea programada o emergente.

**Objetivo:** Describir la mejor elección entre un parto vaginal o cesárea en la presentación podálica.

**Materiales y métodos:** estudio bibliográfico narrativo basado en criterios de inclusión y exclusión, utilizando PubMed, ScienceDirect, identificando 30 artículos de relevancia científica para este trabajo.

**Resultados:** la presentación podálica se presenta en el 3-5% de embarazos a término. La tasa de cesáreas por una presentación podálica varía dependiendo del país, debido a protocolos que se siguen en estos, motivo por el cual en regiones como Suecia en donde el parto por vía vaginal es del 6,4% se sugiere a la cesárea como método de elección, del mismo modo en Canadá se estableció que hasta un 19,7% de los embarazos en presentación podálica pueden ser atendidos por vía vaginal, siempre que la paciente cumpla requisitos y no se identifiquen contraindicaciones.

**Conclusiones:** la presentación podálica como problema de salud se mantiene a lo largo del tiempo, por lo que es importante establecer pautas de diagnóstico y protocolos para la toma de decisiones por parte del equipo de salud y la paciente, con el objetivo de disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y fetal.

**Palabras clave:** “presentación podálica”, “cesárea”, “parto vaginal”

## **Abstract**

Background: The choice of delivery method in breech presentation, is a controversial issue due to different criteria and information that can be acquired in each region, so we wish to provide general knowledge to health personnel about the benefits and risks of vaginal delivery and scheduled or emergent cesarean section. Objective: To describe the best choice between vaginal or cesarean delivery in breech presentation. Materials and methods: a narrative bibliographic study based on inclusion and exclusion criteria, using PubMed, ScienceDirect, identifying 30 articles of scientific relevance for this work. Results: breech presentation occurs in 3-5% of pregnancies at term. The cesarean section rate for breech presentation varies depending on the country, due to the protocols followed in these, which is why in regions such as Sweden, where vaginal delivery is 6.4%, cesarean section is suggested as the method of choice. Similarly, in Canada, it was established that up to 19.7% of pregnancies with breech presentation can be delivered vaginally, provided that the patient meets the requirements and no contraindications are identified. Conclusions: breech presentation as a health problem is maintained over time, so it is important to establish diagnostic guidelines and protocols for decision making by the health team and the patient, to reduce maternal and fetal morbidity and mortality.

*Keywords:* "breech presentation", "cesarean section", "vaginal delivery".

# Índice

Resumen .....	5
Abstract.....	6
Capítulo I .....	9
Introducción .....	9
Pregunta de investigación .....	11
Justificación .....	12
Capítulo II .....	13
Objetivos .....	13
Objetivo general .....	13
Objetivos específicos.....	13
Capítulo III .....	14
Diseño general del estudio .....	14
Tipo de estudio.....	14
Criterios de inclusión y exclusión .....	14
Criterios de exclusión .....	14
Estrategia de búsqueda .....	14
Selección de estudios .....	15
Capítulo IV.....	16
Resultados.....	16
Resultados clínicos .....	16
Atención del parto.....	17
Elección del método de parto .....	19
Comparación entre parto vaginal y cesárea .....	20
Capítulo V.....	27
Discusión .....	27
Limitaciones .....	30
Capítulo VI.....	30
Conclusiones .....	30
Recomendaciones .....	31
Implicaciones en la práctica clínica .....	31
Capítulo VII.....	32
Referencias bibliográficas.....	32
Capítulo VIII.....	37
Anexos.....	37
Anexo 1. Mapa mental de los resultados de búsqueda.....	37

Anexo 2. Mapa organizacional de la revisión bibliográfica sobre “Presentación podálica: elección entre cesárea y parto vía vaginal” .....	38
Capítulo IX .....	45
Financiamiento.....	45
Aspectos éticos.....	45
Recursos humanos .....	45

## Capítulo I

### Introducción

Una presentación pélvica o podálica, hace referencia a la entrada de las nalgas en la pelvis antes que la cabeza, dicha presentación es más frecuente en embarazo lejos del término, debido a una similitud mayor en el espesor de los polos al inicio del embarazo, conforme este avanza, el feto gira hasta adquirir una presentación cefálica; se explica por un volumen mayor en las nalgas, que proceden a ubicarse en el fondo del útero, debido a un mayor espacio en dicha zona. [1] Existen tres tipos de presentación de nalgas; completa que corresponden a un 5%, franca que es la más común entre un 65-70% e incompleta entre un 25-30%.[2]

En el mundo, aproximadamente el 3-5% de los embarazos llegan a término con una presentación pelviana o podálica [3]. En Estados Unidos, un 3-4% de los embarazos terminan con una presentación podálica, lo que representa un 10-15% del total de las cesáreas, siendo un embarazo a término en presentación de nalgas una indicación para cesárea en dicho país.[4]

En un estudio realizado en el año 2014, en la ciudad de Flandes, Bélgica, la cual cuenta con una población de aproximadamente 6 millones de habitantes, y un aproximado de 62,000 partos al año, de los cuales el 99% se dan dentro de unidades de maternidad, se encontró que el 4,6% de los partos se dieron por presentación cefálica y hasta un 5,91% en pacientes con comorbilidades en el embarazo como hipertensión y diabetes gestacional. [5]

De igual manera en un estudio comparativo realizado en un hospital de España, donde entre los años 2011-2014, de un total de 7140 cesáreas realizadas, un total de 247 fueron debido a presentación podálica, lo que nos da un 3,4%, posteriormente en el mismo estudio, entre los años 2015-2018, con un total de 5626 cesáreas, un 3% fueron por presentación cefálica, orientándonos así a que sin importar la región y el año en el que se realice el estudio, el porcentaje de embarazos que llegan a término con una presentación cefálica no ha variado considerablemente, manteniéndose siempre entre el 3-4%. [6]

En Brasil, en un hospital básico, se analizó en el año 2015 las principales causas de cesárea basándose en la Clasificación o Grupo de Robson, donde se consideraron 12 771 mujeres embarazadas en el periodo entre 2011-2013, de las cuales el 4,7% llegaron a término con una presentación podálica, considerándose a 9 de cada 10 para cesárea. [7]

Según la Organización Mundial de la Salud, el 15% de los partos deben terminar por cesárea, independientemente del país o de la población, sin embargo en América del Norte hasta un 25% de partos son por cesárea, en América Latina la cifra es aún mayor, alcanzando un 40%, por lo que se ha determinado al incremento en la cantidad de cesáreas a nivel mundial como un problema de salud debido a los riesgos materno-fetales que esta provoca, debido a esto, es de vital importancia analizar las principales causas de cesárea e investigar como disminuir el exceso de las mismas. [8]

El parto por cesárea sigue siendo la ruta preferida para pacientes en trabajo de parto con presentación podálica o de nalgas, sin embargo, existen criterios para identificar embarazos de menor riesgo en los que se puede intentar un parto vaginal, de este modo se busca reducir la excesiva cantidad de cesáreas que se producen alrededor del mundo. Si bien no se recomienda en todos los embarazos con presentación de nalgas, se debe tener en cuenta siempre un parto vaginal. En un estudio realizado a más de 8000 mujeres con embarazo a término con presentación cefálica, hasta un 30% cumplieron criterios para parto por vía vaginal, lo que disminuye el riesgo de complicaciones materno-fetales que significa una cesárea. [9]

El método preferido en más del 90% de los casos es la cesárea, tasa que está aumentando alrededor del mundo, incluso existen instituciones con una política de cesárea de rutina para dicha presentación, dejando las únicas causas de parto podálico por vía vaginal a situaciones como parto fuera del hospital, parto precipitado y muerte fetal.[10]

La prevalencia de la presentación podálica, disminuye de acuerdo al aumento de la edad gestacional, desde un 25% en los fetos hasta las 28 semanas de gestación y entre un 3-4% en los embarazos a término, si a esto le añadimos que su patogénesis parece ser una ocurrencia casual, podríamos concluir que

su diagnóstico es difícil, y tan solo se lo podría realizar en controles del embarazo posterior a las 37 semanas de gestación. [11]

### **Pregunta de investigación**

¿En la presentación podálica, cuál la mejor elección, el parto vaginal o la cesárea?

## **Justificación**

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), indica que, para mantener los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, es necesario eliminar toda restricción a los servicios de educación e información referente a dicho tema, para reducir la tasa de morbilidad materna, mejorando la calidad en la atención tanto en zonas urbanas como rurales.

Por lo antes mencionado, una paciente con un embarazo en presentación de nalgas o podálico, debe ser informada y capacitada acerca de los riesgos y beneficios que tiene un parto por presentación podálica, tanto vía vaginal como cesárea, debe ser ella, con todos los datos a su alcance quien decida, con una clara recomendación y asesoramiento por parte del personal de salud.

Existen varios factores que pueden modificar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer; la falta de conocimiento, la inaccesibilidad a los servicios de salud en las zonas rurales de nuestro país, las prácticas culturales sin supervisión del Ministerio de Salud Pública, entre otras.

La elección del método de parto en una presentación podálica, sigue siendo un tema de controversia debido a los diferentes criterios e información que se puede adquirir en cada región del mundo, por lo que con esta revisión se desea proveer de un conocimiento general al personal de salud sobre los beneficios y riesgos tanto del parto por vía vaginal y una cesárea programada o de emergencia, siendo el objetivo final, una atención de calidad y apoyo en toma de decisiones a la paciente.

## **Capítulo II**

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Describir la mejor elección entre un parto vaginal o cesárea en la presentación podálica.

#### **Objetivos específicos.**

1. Definir la presentación podálica y sus distintos modos de parto
2. Determinar la prevalencia de los partos en presentación podálica realizados por cesárea y vía vaginal.
3. Analizar las contraindicaciones del parto vaginal y de la cesárea en la presentación podálica.
4. Relacionar las ventajas y desventajas entre parto vaginal y cesárea para una presentación podálica.

## Capítulo III

### Diseño general del estudio

#### Tipo de estudio

Estudio bibliográfico narrativo

#### Criterios de inclusión y exclusión

##### Criterios de inclusión

- **Población/indicaciones clínicas:** estudios sobre parto podálico.
- **Tiempo de publicación:** artículos desde el año 2016 al 2021.
- **Idioma:** artículos inglés y español.
- **Tipos de publicación:** meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios de cohortes, revisiones bibliográficas. Estudios con rango de calidad de literatura correspondientes a cuartiles del 1 al 3.

##### Criterios de exclusión

**Tipos de publicación:** cartas, editoriales, publicaciones en congresos, erratas, tesis de pregrado (literatura informal).

#### Diseño

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa, en la cual se evaluaron artículos científicos pertenecientes a revistas indexadas en referencia a “presentación podálica o de nalgas”.

#### Estrategia de búsqueda

Se llevo a cabo la recolección de datos a través de los siguientes buscadores médicos: Science Direct y PubMed.

Se revisaron artículos en español e inglés, las palabras claves utilizadas fueron las siguientes: “Parto podálico o de nalgas”; “Cesárea”

## **Selección de estudios**

Cribado de resúmenes y textos completos

Mediante el método PRISMA, se evaluará y seleccionara los diferentes artículos con rigor científico, los mismos deben cumplir un mínimo de especificaciones y criterios de inclusión y exclusión definidos anteriormente. (Anexo 1)

Tras la selección de resúmenes se procede revisar textos completos de los trabajos identificados anteriormente, en base a la lista de comprobación de los ítems para incluir la publicación según la declaración PRISMA.

## Capítulo IV

### Resultados

La presentación podálica o de nalgas en un embarazo a término, no varía independientemente de la región (tabla 1), los factores de riesgo o los cuidados que tome la madre durante el embarazo, por ejemplo según Jennewein et al [12] alrededor del mundo, la prevalencia de un embarazo a término con presentación podálica es del 4%. En estudios realizados en Francia por Loïc Sentilhes et al [13] nos indican que existe hasta un 5% de partos en presentación de nalgas. Finalmente Joudi et al [14] señala que en Estados Unidos, país donde una presentación podálica es indicación de una cesárea, existe una prevalencia del 5% de embarazos a término con dicha presentación.

**Tabla 1: prevalencia de la presentación podálica**

Estudio	Prevalencia	Región
Paul et al. 2020	4%	Alemania
Vinkenvleugel et al. 2020	4%	Países Bajos
Loïc Sentilhes et al	5%	Francia
Fonseca et al. 2017	3-4%	Portugal
Marcus et al. 2020	3-4%	India
Impey et al. 2018	3%	Reino Unido
Kotaska et al. 2018	4-5%	Canadá
Reicher et al. 2021	3-4%	Alemania
Jennewein et al	4%	Francia
Joudi et al	5%	Estados Unidos

### Resultados clínicos

La literatura estima que los fetos con una edad gestacional de 28 semanas o menos se encuentran en presentación pélvica hasta en un 20%, lo que disminuye al paso de las semanas de gestación, alcanzando el 3-5% en la semana 36, por lo que la evaluación de la presentación debe ser considerada solo en un embarazo a término. [15]

La sociedad de obstetras y ginecólogos de Canadá establece que en el tercer trimestre del embarazo se deben evaluar los signos y síntomas de una presentación podálica, la misma debe ser rutinaria en el examen prenatal, debido a que la presentación de nalgas interviene en el manejo del parto seguro. [16] Datos recolectados en el Reino Unido han demostrado que la presentación de nalgas puede incluso no ser diagnosticada hasta el momento del trabajo de parto, en aproximadamente una de cada cuatro mujeres. [17]

El Colegio Frances de Ginecólogos y Obstetras (CNGOF) considera que las mujeres con un feto en presentación podálica, refieren percibir patadas en la parte inferior del abdomen y malestar subcostal. [15]

Al examen físico, por medio de las maniobras de Leopold, utilizadas como método de evaluación de rutina, la presentación de nalgas va a presentar una masa blanda (nalgas) y la ausencia del cráneo fetal en el segmento inferior del útero. Se palpa un hueco que se relaciona con el cuello fetal en la parte superior del abdomen lo que nos determina una presentación podálica. [18]

En el examen transvaginal, puede identificarse a simple vista las extremidades inferiores en caso de expulsivo, nalgas blandas, orificio anal o extremidades al tacto si el cuello uterino se encuentra dilatado, la mano y el pie se diferencian por la palpación del talón. [18]

Jettestad et al [19] en su estudio señala que la ecografía identifica claramente la cabeza fetal en la parte superior del útero, y las nalgas en el segmento inferior, además de la extensión o flexión de las extremidades. Una extensión mayor a noventa grados de la cabeza se denomina hiperextensión, lo que significa un hallazgo de gran importancia al momento de la elección del método de parto.

### **Atención del parto**

Kotaska et al [16] en su guía revisada por la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC) recomienda la versión cefálica externa, procedimiento por el cual se rota al feto que se encuentra en presentación podálica a través del abdomen materno, si no se tiene éxito las opciones incluyen parto vaginal de nalgas planificado o cesárea planificada, decisión a tomar entre el equipo de salud y las preferencias de la paciente. Indica que la mortalidad

perinatal en el parto vaginal de nalgas es de 0,8-1,7/1000 y para cesárea es de 0,8/1000, además indica que el parto vaginal en presentación podálica requiere habilidad y apoyo del equipo de salud, de manera que el riesgo sea menor.

Liu et al [20] por medio de su estudio donde asignó al azar 2088 partos en presentación podálica encontró que la mortalidad y la morbilidad perinatal grave tienen diferencias significativas entre una cesárea (1.6%) y un parto vía vaginal (5.0%), llegando a la conclusión que el método de atención de parto para una presentación de nalgas sigue siendo un tema debatido, por lo que la decisión es del sistema de salud de cada país, respetando siempre las preferencias de la madre.

Por lo tanto, la elección del método de parto debe basarse en un asesoramiento imparcial, teniendo en cuenta los entornos de atención de cada país, la capacidad del equipo de salud y las preferencias maternas, para esto se han establecido cuatro estrategias en la literatura para un abordaje seguro. [21]

### **Versión cefálica externa, parto vaginal para pacientes seleccionadas si no se tiene éxito**

Existen mujeres que cumplen criterios y a pesar de no tener éxito en la versión cefálica externa, se puede ofrecer un parto vaginal de nalgas posterior a una prueba de trabajo de parto. Estas mujeres deben tener un riesgo bajo de complicaciones por el parto de nalgas, supervisión por un médico con experiencia en partos en presentación podálica. [22]

En un estudio observacional prospectivo realizado en Francia y Bélgica que incluyó más de ocho mil fetos en presentación podálica, se evaluó la seguridad de un parto de nalgas vía vaginal utilizando criterios estrictos, finalmente fueron seleccionadas 2502 mujeres, los hallazgos fueron: [23]

La mortalidad fetal y neonatal no fue significativamente diferente entre el parto vaginal y la cesárea. [23]

El 70% de los recién nacidos tuvieron resultados adversos, que incluyen, lesión del plexo braquial, fractura de cráneo, lesión genital, hemorragia intraventricular, convulsiones y muerte. [23]

### **Parto por cesárea sin versión cefálica externa**

Dependiendo de las normas de salud de cada país, la mujer puede optar por una cesárea planificada sin un intento de versión cefálica externa. [22]

### **Parto vaginal sin versión cefálica externa**

Algunas mujeres pueden optar por un parto por vía vaginal sin intento de versión cefálica, el medico siempre debe recomendar lo mejor tanto para la paciente como para el neonato, al final la decisión la debe tomar la madre. Puede presentarse el caso de un embarazo sin controles anteriores, que al momento de llegar a la casa de salud, ya se encuentre en etapa de expulsivo, por lo que se debe realizar un parto vaginal sin intento de versión cefálica externa. [22]

### **Elección del método de parto**

En los diferentes estudios que se revisaron, se encontraron diferencias significativas sobre la atención del parto por presentación podálica, se encuentran estadísticas donde el parto vía vaginal es del 6,4% lo que sugiere que en el país donde se realiza el estudio, la cesárea es el método de elección. Existen regiones en las que el parto por vía vaginal alcanza el 40%, tal como lo indica Martel-Santiago. Datos que nos indican que los protocolos de la atención del parto en presentación podálica son diferentes dependiendo el país. (Tabla 2)

**Tabla 2: prevalencia de partos por presentación podálica realizados por cesárea y vía vaginal.**

Estudio	Modo de parto	
	Cesárea	Parto vaginal
Ekéus et al. 2020 [24]	93,6%	6,4%
Gunay et al. 2020 [25]	70,9%	29,1%
Kotaska et al. 2019 [16]	80,3%	19,7%
Andrews et al. 2017 [26]	78,2%	21,8%
Liu et al. 2020 [20]	68,9%	31,1%
Martel-Santiago et al. 2020 [27]	60,8%	40,2%

## **Comparación entre parto vaginal y cesárea**

### **Cesárea**

Existe una alerta debido a un progresivo aumento de número de partos que se resuelven por medio de una cesárea, incluso con un conocimiento médico que evoluciona año tras año y una disminución en las complicaciones, esta técnica no deja de ser una intervención quirúrgica que puede evitarse en la mayoría de los casos. [28]

En el 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) por medio de una revisión sistemática estableció que las tasas de cesárea que reducen la mortalidad materna y neonatal han aumentado hasta un 10-15%, a partir de dicho límite, la cesárea deja de estar asociada a una reducción en la mortalidad, motivo por el cual concluyen que las cesáreas son eficaces para reducir la morbimortalidad de las madres y los neonatos solo cuando son necesarias por motivos médicos, las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas. [28]

En Estados Unidos la tasa de cesáreas se encuentra en un 25% [4], en América Latina la cifra es un 40%, en el Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública, en el 2014 se registró una tasa de cesáreas del 41%, por lo que se ha determinado al incremento en la cantidad de cesáreas a nivel mundial como un problema de salud debido a los riesgos materno-fetales que esta provoca. [8]

En cuanto a las ventajas de la cesárea en una presentación podálica, Gunay et al [25] en su estudio indica resultados de complicaciones fetales menores en cesáreas por presentación podálica, la fractura de clavícula fue significativamente menor en los nacidos por cesárea y los puntajes de APGAR se encontraron similares en los dos grupos de ruta de nacimiento, sin embargo Fonseca et al. establece que un APGAR menor a 7 se encontró 5.9% en cesárea, en el 2.8%% de los nacidos cesárea presentaron algún tipo de trauma, por lo que en ambos estudios, siendo similares, establecen un mejor resultado para los pacientes con presentación podálica nacidos por cesárea.

Ekéus et al [24] En su estudio realizado en Suecia, determinó que las tasas de todas las complicaciones neonatales estudiadas y la mortalidad neonatal fueron más bajas entre los lactantes en presentación de nalgas nacidos por cesárea que los lactantes en presentación cefálica nacidos por la misma vía.

La elección de la cesárea planificada en la presentación podálica debe ser entre las semanas 39 y 41, una cesárea no programada puede realizarse al inicio del trabajo de parto para permitir realizar maniobras previas como la versión cefálica externa, la cual minimiza riesgos de insuficiencia respiratoria e incluso agrega la posibilidad de un parto por vía vaginal en el caso de ser exitosa. Se recomienda que la presentación podálica sea confirmada momentos antes de realizarse la cesárea, debido a una posible versión espontánea. [29]

### **Parto vaginal**

A pesar de las recomendaciones que pueda dar el especialista, las mujeres pueden optar por un parto en presentación podálica por vía vaginal, por lo que existen criterios que pueden ayudar al equipo de salud a tomar la decisión. Sentilhes et al [15] para la elaboración de la guía francesa de práctica clínica de presentación podálica, evaluaron un estudio prospectivo en donde se indica que el 30% de las mujeres que desean un parto en presentación podálica por vía vaginal cumplen con los criterios recomendados, por lo que es necesario evaluar cada caso por separado, siempre que se cuente con equipo de salud entrenado y especializado en la atención del mismo.

Los criterios que se tienen en cuenta son, paciente sin contraindicaciones para parto vaginal como por ejemplo placenta previa, paciente sin cesáreas previas, edad gestacional mayor a 36 semanas debido a que el feto prematuro tiene una mayor prevalencia de presentación podálica, presentación de nalgas completa, debido a que la presentación podálica incompleta se considera una contraindicación. [15]

Kotaska et al [16] en su guía revisada por la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC) recomienda la versión cefálica externa, procedimiento por el cual se rota al feto que se encuentra en presentación podálica a través del abdomen materno, si no se tiene éxito establece que no se

debe descartar un parto vaginal, debiendo tomarse en cuenta la decisión de la paciente.

Indica que la mortalidad perinatal en el parto vaginal de nalgas es de 0,8-1,7/1000 y para cesárea es de 0,8/1000, además indica que el parto vaginal en presentación podálica requiere habilidad y apoyo del equipo de salud, de manera que el riesgo sea menor. [16]

Andrews et al [26] señala que realizar una versión cefálica antes de las 38 semanas de gestación tiene mayor probabilidad de éxito, por lo que recomienda establecer métodos de diagnóstico para una presentación podálica antes de las 38 semanas, con el objetivo de aumentar la cantidad de partos por vía vaginal.

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública recomienda la versión cefálica externa entre las semanas 35 a 37 de gestación para realizar un parto por vía vaginal, en centros de atención hospitalaria donde se disponga de gineco-obstetra con experiencia, asegurando la disponibilidad de realizar una cesárea en caso de presentarse una complicación.

Liu et al [20] por medio de su estudio donde asignó al azar 2088 partos en presentación podálica encontró que la mortalidad y la morbilidad perinatal grave tienen diferencias significativas entre una cesárea (1.6%) y un parto vía vaginal (5.0%), llegando a la conclusión que el método de atención de parto para una presentación de nalgas sigue siendo un tema debatido, por lo que la decisión es del sistema de salud de cada país, respetando siempre las preferencias de la madre.

**Tabla 3: Método de elección para el parto por presentación podálica.**

	Autor	Descripción	Método preferido
1	Martel-Santiago et al. 2020 [27]	Los recién nacidos en presentación de nalgas por vía vaginal tenían un riesgo tres veces mayor de puntuaciones de Apgar <7 al minuto, dichas diferencias desaparecieron a los 5 minutos del nacimiento. Las mujeres con parto en presentación de nalgas vía vaginal fueron más jóvenes y tenían un antecedente de embarazo anterior.	Los autores indican una cesárea como el método de elección en la presentación podálica.
2	Paul et al. 2020. [30]	Estudio en el que se busca establecer si una cesárea previa es indicación de una cesárea para una presentación podálica, los autores evalúan a 37 mujeres con una cesárea previa, presentando 19 partos por vía vaginal exitosos, sin diferencias significativas en cuanto a morbilidad y mortalidad neonatal.	Los autores establecen que la cesárea previa no es un criterio de exclusión para un parto vaginal en presentación podálica, por lo que indican controlar mejor cada caso por separado, beneficiando a la paciente.
3	Kielland-Kaisen et al. 2020.[31]	Se busca relacionar si la morbilidad neonatal es superior en partos en presentación podálica en pacientes nulíparas. Se encontró que las nulíparas presentaron tasas superiores cesáreas.	El estudio indica que una cesárea es más probable en pacientes nulíparas, sin embargo, esto no establece que se deba realizar una cesárea sin criterios que lo indiquen.
4	Möllmann et al. 2020, [1]	Estudio que como objetivo tiene, establecer si la fecha estimada de parto tiene relación con diferencias significativas en cuanto a la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en un parto con presentación podálica. Se estableció que las cesáreas fueron más comunes en pacientes que superaban la fecha estimada de parto, sin embargo, la cesárea no es obligatoria, debido a que no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos estudiados.	La cesárea no es obligatoria si la fecha de parto estimada se ha superado, se sugiere continuar con los protocolos de cada país, en busca de disminuir la cantidad de cesáreas.
5	Vinkenvleugel et al. 2020, [32]	Se realiza encuestas a pacientes con una presentación podálica, con el fin de averiguar los deseos de cada paciente, hasta un 73% de las encuestadas desearon una cesárea electiva. Sin embargo, de las pacientes que no desearon una cesárea, hasta un 71% fueron partos vaginales exitosos. La mortalidad y morbilidad tanto materno como fetal, no arrojó diferencias significativas entre los dos grupos. Existieron complicaciones maternas graves más frecuentes en pacientes que optaron por una cesárea.	Los autores, posterior a los resultados del estudio, establecen que un parto vaginal es viable en la presentación podálica, agregando los beneficios que el mismo otorga, indican que se debe optar por un parto vaginal siempre que dicho método sea viable.
6	Lauterbach et al. 2021, PubMed. [33]	Con el fin de aumentar la cantidad de partos por vía vaginal exitosos y sin complicaciones, los autores buscan establecer la seguridad y eficacia de una versión cefálica externa, encontrando que en el 61,5% de los casos, esta fue exitosa, sin embargo, tan solo un 19,6% pudieron terminar en parto por vía vaginal, lo que indica que el intento de versión cefálica externa puede incrementar la cantidad de cesáreas y partos instrumentales.	Los autores recomiendan una versión cefálica externa tan solo en pacientes que cumplan un mínimo de requisitos, de no ser así, establecen que la cesárea es más segura.

7	Bantal-Abdessalami et al. 2019. [34]	La decisión materna debe ser uno de los criterios para establecer el modo de parto en la presentación podálica, los autores, en entrevistas encontraron que el 33% de las pacientes prefieren un parto vaginal, sin embargo, solo el 48% de dichas pacientes pudieron tener un parto en presentación podálica por vía vaginal.	Los autores determinan que la decisión materna puede influir en el modo de parto en la presentación podálica, sin embargo, optan por la cesárea como método de elección.
8	Ekéus et al. 2019.[24]	Las tasas de complicaciones neonatales y mortalidad fueron más altas en los neonatos en presentación de nalgas nacidos por vía vaginal sobre los nacidos por cesárea, por otro lado, los pacientes en presentación de nalgas nacidos por cesárea no tuvieron diferencias significativas.	El estudio indica que la cesárea es el método más seguro, aunque establece que no todos los partos deben ser por dicha vía.
9	Benzekri et al. 2020. [35].	El uso de oxitocina fue más común en la presentación de nalgas que en la cefálica, de igual manera la dilatación fue más lenta en dicha presentación. Existió mayor riesgo de acidosis por frecuencia cardíaca fetal de alto riesgo en la presentación de nalgas.	Los diferentes problemas que puede causar el intento de parto por vía vaginal hacen que los autores prefieran una cesárea en la presentación podálica.
10	Duffy et al. 2019.[36]	En todas las regiones las tasas de mortalidad neonatal fueron más altas en pacientes con presentación de nalgas. Las mujeres con partos complicados por dicha presentación tuvieron tasas más altas de morbilidad y mortalidad.	La mayor cantidad de complicaciones en partos por vía vaginal encontrados en este estudio hacen que los autores indiquen que la cesárea es el método más seguro.
11	Tkachenko et al. 2016.[37]	El 33% de los partos se atendieron por cesárea por diferentes motivos, siendo una tasa más alta de lo normal en Ucrania. Si bien la cantidad de embarazos con presentación podálica fue similar en todo el país, los porcentajes de partos en dicha presentación por vía vaginal varía significativamente, desde un 13% hasta un 32% dependiendo de la ciudad, el resto de los casos fueron atendidos por cesárea.	En países como Ucrania, sigue siendo un tema debatido, por lo que este estudio establece que la diferencia de porcentajes en cuanto a el modo de parto es significativa, por lo que concluyen que se debe establecer un protocolo de atención para establecer tasas más reales en dicho país.
12	Impey et al. 2018.[38]	El objetivo del estudio es establecer si una versión cefálica tras una cesárea es perjudicial para los pacientes. La tasa de éxito de la versión cefálica externa en pacientes con una cesárea previa fue del 50%, al final el 30% fueron partos por vía vaginal.	La versión cefálica externa en pacientes con una cesárea previa es segura y permite el parto vaginal de alrededor de un tercio de los embarazos en presentación podálica. Por lo que los autores indican que se debe intentar un parto vaginal incluso si la paciente ya tuvo una cesárea previa.
13	Jennewein y Möllmann. 2019.[39]	53% de las pacientes dieron a luz un parto a término y 47% fueron partos post término. Al comparar ambos grupos no existieron diferencias significativas en cuanto a la morbilidad y la mortalidad. La tasa de cesárea sin embargo incrementó significativamente en pacientes post término.	Este estudio no proporciona evidencia de que se deba planificar una cesárea para la presentación de nalgas cuando el embarazo sea post término.
14	Paul et al. 2019 [40]	Un 60% de pacientes tuvieron un parto vaginal exitoso, el 3% se habían sometido a una cesárea previa. Al compararlas con pacientes primíparas, no se detectaron diferencias significativas en cuanto a la morbilidad y mortalidad neonatal y materna.	Una cesárea repetida no tiene influencia sobre la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Por lo tanto, una cesárea previa no debe ser un criterio de exclusión para un parto vaginal de nalgas.
15	Fonseca et al. 2017.[41]	Las mujeres nulíparas fueron más frecuentes en el grupo de cesárea electiva (69,3%). La edad gestacional al nacer fue significativamente menor en el grupo de parto vaginal al igual que el peso al nacer. Las puntuaciones de APGAR por debajo de siete al minuto uno y al cinco fueron más probables en el parto	Ambas vías de parto parecen igualmente validas, ninguna presenta una alta incidencia de complicaciones maternas o neonatales.

		vaginal: 18.5% frente a 5.9% en la cesárea. Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, hemorragia postparto materna y la incidencia de otras complicaciones obstétricas fueron similares en ambos grupos.	
16	Toijonen et al. 2020.[42]	La incidencia de la presentación de nalgas al momento del parto disminuyó del 23,5% en las semanas 24-27 de embarazo a un 2.5% en los embarazos a término. En las semanas 24 a 27 la ruptura prematura de membranas se asoció con la presentación de nalgas. En 28-31 semanas, la presentación de nalgas se asocian con trastornos hipertensivos del embarazo, ruptura prematura de membranas y peso bajo al nacer. En las semanas 32-36 los riesgos fueron la edad materna avanzada, nuliparidad, cesárea previa, ruptura prematura de membranas. En los embarazos a término, se asoció a la edad materna avanzada, nuliparidad, hipotiroidismo, diabetes, placenta previa, sexo femenino y bajo peso al nacer.	La presentación de nalgas en el trabajo de parto prematuro se asocia con factores de riesgo obstétrico en comparación con la presentación cefálica. Dichos riesgos disminuyen con la edad gestacional. Por lo que el parto vaginal puede ser viable siempre que la paciente cumpla requisitos.
17	Wang et al. 2021.[21]	21 mujeres eligieron un parto vaginal en presentación de nalgas, una paciente tuvo un parto vaginal. La mayoría de los partos se realizaron por cesárea por indicaciones obstétricas. Cinco mujeres expresaron una falta de apoyo para el parto vía vaginal.	A pesar de la disponibilidad de opciones para el parto en presentación de nalgas, la mayoría de mujeres continúan optando por cesárea. La toma de decisiones debe seguir siendo prioridad durante el proceso de asesoramiento.
18	Reicher et al. 2021. [43]	La versión cefálica externa en este estudio tuvo una eficacia del 67% (169). De ellos 28 volvieron a la presentación de nalgas, se les realizó una segunda versión cefálica externa con un 76% de efectividad, pero de estos un 33% terminaron en cesárea.	En busca de disminuir la cantidad de cesáreas, los autores indican que una segunda versión cefálica externa es viable, sin embargo, puede causar lesiones al feto, motivo por el cual establecen que debe ser decisión de la paciente.
19	Salim et al. 2021. [44]	Se realizó una exploración a 5.578 mujeres con embarazo de 36 semanas, dos años después se evaluaron 13.251 mujeres en las mismas condiciones con mayor conocimiento por parte del equipo de salud. La incidencia de la presentación de nalgas no cambió significativamente. La tasa de embarazos en presentación de nalgas diagnosticadas antes del embarazo se redujo considerablemente. Los nacimientos de nalgas vaginales se redujeron. Las cesáreas no disminuyeron significativamente.	La elección del método de parto, tiene relación con la capacidad del equipo de salud para realizar un diagnóstico precoz.
20	Gunay et al. 2020. [45]	Las tasas de complicaciones fetales fueron inferiores en la cesárea al igual que la fractura de clavícula. Los resultados de APGAR fueron similares. Las complicaciones maternas y fetales fueron levemente mayores en el parto por vía vaginal.	Tras el estudio, los autores indican que la cesárea es el método más seguro para la atención del parto por presentación podálica, sin embargo, no descartan la vía vaginal.
21	Andrews et al. 2017.[26]	El parto vaginal de nalgas fue significativamente más probable en mujeres diagnosticadas antes de las 38 semanas de gestación, debido a que se ofreció versión cefálica externa. La versión cefálica externa tuvo mayor éxito cuando la realizaron médicos con mayor experiencia.	Los autores establecen que la capacidad del equipo de salud debe ser la mejor para el diagnóstico de la presentación podálica y la atención de un parto por vía vaginal.
22	Marcus et al. 2020. [46]	Tras la versión cefálica externa, la tasa de éxito fue del 64% (128), hubo 110 partos vaginales (56.7%) incluidos cinco partos vaginales en presentación de nalgas. El 43.2% de pacientes se sometieron a cesárea que incluyeron a 24 mujeres con una versión cefálica externa satisfactoria, pero necesitaron una	Si bien el método preferido por los autores es el parto por vía vaginal, establecen que se debe evaluar cada caso para determinar si es viable o si se debe realizar una cesárea.

		cesárea de emergencia por otras indicaciones. No se encontraron diferencias significativas en puntajes de APGAR.	
23	Lawrence et al. 2021.[47]	Alrededor del 98% de los obstetras y ginecólogos creen que un embarazo a término en presentación podálica debe ser atendido vía vaginal si no existen otros factores de riesgo. El 80% de las parteras cree que se puede optar por el parto vaginal. Obstetras, ginecólogos y parteras creen que se debe realizar una formación para un parto en presentación de nalgas vía vaginal.	Ginecólogos, obstetras y parteras se sienten más cómodos realizando partos vaginales si sienten que su formación y entrenamiento es el adecuado. Por lo que el estudio establece que, para poder realizar un parto por vía vaginal en presentación podálica, el equipo de salud debe estar capacitado.
24	Fahey. 2021.[48]	Existieron 109 intentos de versión cefálica, 42 embarazos terminaron en cesárea planificada, 39 en cesárea de emergencia y 49 en partos vaginales. Se realizaron 14 cesáreas a pacientes que acudieron sin diagnóstico de embarazo a término en posición de nalgas. Del total de cesáreas. 24 fueron por otros motivos no relacionados a la presentación.	Los autores buscan disminuir la cantidad de cesáreas, pero establecen que es el método más seguro, por lo que aseguran que se debe seguir cada caso por separado.
25	Morris et al. 2021 [49]	Se observó una inconsistencia en las guías de práctica clínica, por lo que se tiene el potencial de causar problemas relacionados con el consentimiento valido y crear confusión entre los médicos y los pacientes.	Se evaluaron diferentes guías de práctica clínica, encontrando discrepancias entre estas, por lo que los autores establecen que cada país debe tomar decisiones sobre la presentación podálica y su método de parto.
26	Korb et al. 2020 [50]	De las mujeres incluidas en el análisis, 67% tuvieron una cesárea y 33% un parto vaginal, las tasas de morbilidad materna aguda grave no fueron mayores en partos vaginales en presentación podálica que en partos vaginales en presentación cefálica ni en cesáreas por presentación podálica.	Los resultados del estudio indican que el parto por vía vaginal no difiere de una cesárea, por lo que, en busca de reducir la tasa de las mismas, se debe optar por un parto vaginal.
27	Bendersky et al. 2020 [51]	El 86.9% de los nacimientos fueron por cesárea, se determinó que pacientes nacidos por esta vía tuvieron un aumento significativo en la prevalencia de patología gastrointestinal como enfermedad inflamatoria intestinal, hernias inguinales o umbilicales.	Los autores indican que la cesárea es el método más seguro en la elección del parto por presentación podálica, sin embargo, establecen que la morbilidad posterior es significativa, por lo que refieren que se debe evaluar cada caso por separado.
28	Boujenah et al. 2017 [52]	La tasa de cesáreas fue menor en pacientes a las que se les realizó una versión cefálica externa exitosa. Dependiendo de la edad gestacional los resultados fueron mejores en pacientes con un embarazo menor a las 38 semanas.	La versión cefálica externa tiene mayor probabilidad de éxito si se la realiza antes de las 38 semanas, por lo que los autores sugieren realizarla antes de tomar la decisión del método de parto.
29	Sarmiento Carrera et al. 2018 [53]	El 52% de los pacientes tuvieron una versión cefálica externa exitosa, de los 122 niños, 14 tuvieron el diagnóstico de displasia de desarrollo de cadera por medio de ecografía.	El estudio indica que se debe optar por un parto vaginal, siempre que la versión cefálica externa haya sido exitosa, con el fin de disminuir la probabilidad de displasia del desarrollo de cadera.
30	Gaillard et al. 2019 [54]	218 mujeres tuvieron inducción del trabajo de parto, 67.4% de estas mujeres tuvieron un parto por vía vaginal. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio.	Una inducción de parto puede ayudar en el parto por vía vaginal en presentación podálica por lo que los autores recomiendan realizarlo, aunque se debe tener preparado un quirófano en caso de necesitar una cesárea de urgencia.

## Capítulo V

### Discusión

La presentación podálica o de nalgas no es la principal complicación de un embarazo, sin embargo, alrededor del 3-4% de estos terminan en dicha presentación cuando llegan a término, motivo por el cual el manejo adecuado debe estar establecido con anticipación en cada casa de salud. [3] Tkachenko et al [37] establecieron que en Ucrania el 3.7% de los embarazos llegan a término con una presentación podálica, de estos, el 33% fueron atendidos por cesárea debido a diferentes motivos sin el intento de un parto por vía vaginal, lo que se consideró una cifra extremadamente alta. En casas de salud que intentaron un parto por vía vaginal, alcanzaron hasta un 32% de partos exitosos sin morbilidad materno-fetal.

En el 2001 se realizó un estudio que desde ese momento pasó a ser un documento histórico para la obstetricia, el denominado Term breech trial cambió el enfoque de la atención de un parto en presentación podálica, sobre todo en los países más desarrollados. Se concluyó que la cesárea planificada tiene un claro beneficio sobre la presentación de nalgas, debido a la reducción de mortalidad neonatal y morbilidad neonatal grave. Estableció que la morbilidad materna grave es similar entre pacientes con cesárea planificada y parto por vía vaginal. [55]

El manejo obstétrico de la presentación de nalgas al momento se basa en recomendaciones y decisiones dependiendo del país y la elección materna, debido a que sigue siendo un tema de debate. Los estudios sobre la morbilidad y mortalidad materna y neonatal son contradictorios, aunque existen estudios donde se estableció que un parto vaginal en presentación de nalgas aumenta la mortalidad y morbilidad neonatal, a pesar de resultados similares con los de un parto en presentación cefálica. [27]

Existen discrepancias en cada estudio realizado sobre la mortalidad y morbilidad materna y neonatal de un embarazo a término en presentación podálica, sin embargo, en la actualidad la gran mayoría de estudios concluyen que se debe

dar un seguimiento exhaustivo a cada caso para la elección del modo de parto y que la cesárea no es obligatoria. [1]

Basándonos en los derechos sexuales y reproductivos de la mujer establecidos por la UNESCO, se debe intentar establecer el mejor abordaje para cada caso por separado, siempre en busca del bienestar materno y fetal tanto en zonas urbanas como rurales. [56]

Martel-Santiago et al [27] comparan 130 partos en presentación podálica con 130 partos en presentación cefálica, establece que no existe mortalidad perinatal en ninguno de los dos casos. La cesárea aumento en la presentación podálica hasta un 39.2%. Los recién nacidos en presentación podálica presentaron un riesgo tres veces mayor de puntuaciones de APGAR menores a 7 en el primer minuto, posteriormente a los 5 minutos las diferencias desaparecieron. El neurodesarrollo a los 18 meses de vida no mostro ninguna diferencia en los dos grupos.

Paul et al [30] en su estudio encontró que 19 mujeres que se presentaron con una posición podálica y con una cesárea previa pudieron tener un parto vía vaginal sin complicaciones, en todos los casos con un equipo especializado y con un seguimiento cercano a cada caso, por lo que concluye que una cesárea previa no debe ser indicación de otra cesárea obligatoria en el caso de la presentación podálica, siempre y cuando se tenga un equipo de salud capacitado en atención de parto podálico por vía vaginal.

Kielland-Kaisen et al [31] indica que la morbilidad neonatal no difiere en partos de mujeres nulíparas versus multíparas con una presentación podálica, sin embargo la tasa de cesárea fue significativamente mayor en las nulíparas. Las lesiones maternas y el uso de anestesia epidural fueron de igual manera, mayores en partos vaginales de mujeres nulíparas.

Vinkenvleugel et al [32] refieren que hasta un 73% de las mujeres con un embarazo en presentación podálica eligen realizarse una cesárea. 484 mujeres optaron por un parto vaginal, de los cuales hasta el 71% fueron nacimientos exitosos. La mortalidad neonatal ocurrió en dos pacientes que optaron por parto vaginal. La morbilidad neonatal no tuvo diferencias significativas entre nacidos

por cesárea y parto vaginal. Complicaciones maternas graves fueron significativamente mayores en pacientes que optaron por la cesárea.

Ekéus et al [24] establecen que las tasas de complicaciones y mortalidad neonatales fueron significativamente mayores en los recién nacidos en presentación de nalgas por vía vaginal, teoría que acompaña Duffy et al. quienes indican que en todas las regiones estudiadas las tasas de mortalidad neonatal fueron mayores en pacientes con presentación podálica.

Fonseca et al [41] indican que las mujeres nulíparas optaron por una cesárea electiva hasta en un 69.3% de los casos. Las puntuaciones de APGAR por debajo de 7 al minuto y a los cinco minutos de nacido fueron más probables en el parto vaginal, 18.5% frente a un 5.9%. ingreso a cuidados intensivos neonatales, hemorragia postparto materna y otras complicaciones fueron similares en ambos grupos.

En cuanto a la utilidad y éxito de una versión cefálica externa (VCE) diferentes estudios determinan que es de gran ayuda siempre y cuando la paciente cumpla algunos criterios para la realización. Marcus et al [46] indican que la tasa de éxito de la VCE fue del 64%, de los cuales 56.7% pudieron ser partos por vía vaginal, incluidos 5 partos vaginales con una presentación de nalgas persistente. El 43.3% de las pacientes que terminaron por una cesárea, 12.4% tuvieron una VCE exitosa, pero por otras indicaciones terminaron en cesárea. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la morbilidad y mortalidad materno-neonatal. Impey et al [38] no difiere de estos resultados, encontrando que la VCE fue exitosa hasta en un 50% de los cuales un 30% fueron partos por vía vaginal sin complicaciones.

Reicher et al [43] en su estudio indican que la VCE tuvo una eficacia del 67% (169), de los cuales 28 pacientes tuvieron una presentación podálica persistente, se les realizó una segunda versión cefálica externa con un 76% de efectividad, llegando al final del estudio con un 33% de cesáreas, concluyen que se puede realizar una segunda VCE, aunque existen otros tipos de riesgos, como traumas fetales antes del nacimiento, motivo por el cual indican que debe ser decisión de la paciente.

## **Limitaciones**

Existieron limitaciones en cuanto al acceso a mayor cantidad de artículos de mayor poder estadístico, debido a condiciones económicas, además de limitaciones en cuanto al tiempo de publicación de los artículos, al ser un tema que se viene revisando durante mucho tiempo, la información actual no siempre es la única, al no poder utilizar datos mayores a 5 años, la información recolectada no aborda todo el panorama deseado sobre el tema.

## **Capítulo VI**

### **Conclusiones**

1. El parto por vía vaginal continúa siendo el método a elección alrededor del mundo sobre la cesárea, debido a sus múltiples beneficios tanto maternos como neonatales, del mismo modo ayuda a la prevención de posibles complicaciones causadas por la cesárea.
2. En la presentación podálica, debe ser un equipo de salud conjuntamente con la paciente quienes tomen las mejores decisiones acerca del modo de parto, si bien la cesárea, es el método más seguro, esta conlleva múltiples contraindicaciones, por lo que se debe realizar tan solo de ser necesaria, siempre descartando otras opciones como la versión cefálica externa.
3. Una cesárea previa no debe tomarse como criterio para una cesárea en un parto podálico, se puede proceder a un parto por vía vaginal si la paciente cumple los criterios.
4. Se debe intentar una versión cefálica externa en las pacientes con un embarazo a término sin otras complicaciones, de no tener éxito se considera como una presentación de nalgas persistente, las cuales tienen tasas inferiores de éxito de parto vaginal, por lo que se recomienda realizar una cesárea programada.
5. La madre debe tener al alcance la información, el personal capacitado técnicamente y la libertad de elección del modo de parto en una presentación de nalgas.

## **Recomendaciones**

1. Por parte de médicos generales y especialistas, se debe optar por un seguimiento estricto de cada paciente embarazada de la región en la que se encuentren
2. El personal de salud debe estar capacitado en la atención de un parto de nalgas en caso de no contar con especialistas en ginecología que puedan realizar una cesárea.
3. Las pacientes embarazadas deben recibir información clara y concisa acerca del parto podálico y el proceder para eliminar futuras complicaciones.

## **Implicaciones en la práctica clínica**

Se ha identificado la importancia de un protocolo más claro en el país, basado en evidencia científica de la región para la atención y el seguimiento de pacientes con una presentación podálica, de esta manera se podría reducir la cantidad excesiva de cesáreas. La capacitación de equipos de salud para la atención de partos en presentación podálica en diferentes partes del país debe ser una prioridad, lo que significaría reducción de costos, morbilidad y mortalidad tanto materno como neonatal.

## Capítulo VII

### Referencias bibliográficas

- [1] Möllmann CJ, Kielland-Kaisen U, Paul B, Schulze S, Jennewein L, Louwen F, et al. Vaginal breech delivery of pregnancy before and after the estimated due date—A prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020;252:588–93. <https://doi.org/doi: 10.1016 / j.ejogrb.2020.03.053>.
- [2] Savchenko J, Lindqvist P, Wende S. External cephalic version for breech presentation: the guideline landscape and a quest for an optimal approach. *European Journal of Obstetrics and Amp; Gynecology and Reproductive Biology* 2020;255:197–202. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.10.019>.
- [3] Brüggmann D, Jaque Jenny M, Klingelhöfer D. Breech Presentation - A scientiometric analysis of the global research output. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2020;252:576–82. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.03.047>.
- [4] Suzanne A, Lawrence L, Nicole Y. Finding the breech: Influence of breech presentation on mode of delivery based on timing of diagnosis, attempt at external cephalic version, and provider success with version. *Birth* 2017;44:222–9.
- [5] Cammu H, Noëlie D, Martens G. Common determinants of breech presentation at birth in singletons: a population-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2014;177:106–9. <https://doi.org/doi: 10.1016 / j.ejogrb.2014.04.008>.
- [6] Pinto P, Crispin P, Rojo E, Adiego B. Impact of clinical audits on cesarean section rate in a Spanish hospital: Analysis of 6 year data according to the Robson classification. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2020;254:308–14. <https://doi.org/doi: 10.1016 / j.ejogrb.2020.09.017>.
- [7] Ferreira E, Pacagnella R, Costa M, Cecatti J. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2015;129:236–9. <https://doi.org/DOI: 10.1016 / j.ijgo.2014.11.026>.
- [8] Jiangfeng Y, Betran AP, Guerrero Veja M, Souza J, Zhang Jun J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth* 2014;41:237–44. <https://doi.org/doi: 10.1111 / birt.12104>.
- [9] Goffinet F, Carayol M, Foidart J, Alexanfer S, Uzan S, Subtil D. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2016;194:1002–11. <https://doi.org/doi: 10.1016 / j.ajog.2005.10.817>.
- [10] Morton R, Burton A, Kumar P, Hyett JA, Phipps H, McGeechan K. Cesarean delivery: Trend in indications over three decades within a major city hospital network. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2020;99:909–16. <https://doi.org/10.1111/aogs.13816>.
- [11] Sekulić S, Ilincic M, Radeka G, Novakov A, Podgorac J. Breech presentation and the cornual-fundal location of the placenta. *Croat Med J* 2013;54:198–202. <https://doi.org/doi: 10.3325 / cmj.2013.54.198>.
- [12] Jennewein L, Kielland-Kaisen U, Paul B, Möllmann CJ, Klemt A-S, Schulze S, et al. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery at term of children weighing more or less than 3.8 kg: A FRABAT prospective cohort study. *PloS One* 2018;13:202–32. <https://doi.org/doi: 10.1371 / journal.pone.0202760>. eCollection 2018.

- [13] Sentilhes L, Brun S, Lorthe E, Kayem G. Preterm Breech Presentation: A Comparison of Intended Vaginal and Intended Cesarean Delivery. *Obstetrics and Gynecology* 2016;127:1170. <https://doi.org/DOI: 10.1097 / AOG.0000000000001458>.
- [14] Joudi N, Panelli DM, Leonard SA, Gilbert W, Lyell DJ. Vaginal breech delivery: maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2021;224:2–11. <https://doi.org/DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017198>.
- [15] Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, et al. Breech presentation: Clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020;252:599–604. <https://doi.org/doi: 10.1016 / j.gofs.2019.10.025>. Epub 2019 31 de octubre.
- [16] Kotaska A, Menticoglou S. Management of Breech Presentation at Term. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2019;41:1193–205. <https://doi.org/doi: 10.1016 / j.jogc.2018.12.018>.
- [17] Tsakiridis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Management of Breech Presentation: A Comparison of Four National Evidence-Based Guidelines. *American Journal of Perinatology* 2020;37:1102–9. <https://doi.org/doi: 10.1055 / s-0039-1692391>.
- [18] Superville SS, Siccardi MA. Leopold Maneuvers. *StatPearls* 2021;1:12–23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560814/>.
- [19] Jettestad MC, Schiøtz HA, Yli BM, Kessler J. Fetal monitoring in term breech labor – A review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2019;239:45–51. <https://doi.org/doi: 10.1016 / j.ejogrb.2019.05.009>.
- [20] Liu B, Sebghati M, Khalil A. Why not plan an elective Caesarean section for breech presentation at term – safety first? *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020;252:572–3. <https://doi.org/DOI: 10.1016 / j.ejogrb.2020.03.050>.
- [21] Wang XR, Cotter H, Fahey M. Women’s Selection of Mode of Birth for their Breech Presentation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2021;43:716–20. <https://doi.org/DOI: 10.1016 / j.jogc.2020.09.025>.
- [22] Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006;194:20–5. <https://doi.org/DOI: 10.1016 / j.ajog.2005.08.039>.
- [23] Macharey G, Väisänen-Tommiska M, Gissler M, Ulander V-M, Rahkonen L, Nuutila M, et al. Neurodevelopmental outcome at the age of 4 years according to the planned mode of delivery in term breech presentation: a nationwide, population-based record linkage study. *Journal of Perinatal Medicine* 2018;46:323–31. <https://doi.org/DOI: 10.1515 / jpm-2017-0127>.
- [24] Ekéus C, Norman M, Åberg K, Winberg S, Stolt K, Aronsson A. Vaginal breech delivery at term and neonatal morbidity and mortality - a population-based cohort study in Sweden. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians* 2019;32:265–70. <https://doi.org/DOI: 10.1080 / 14767058.2017.1378328>.
- [25] Gunay T, Turgut A, Dermicivi E, Hocaoglu M. Comparison of maternal and fetal complications in pregnant women with breech presentation undergoing spontaneous or induced vaginal delivery, or cesarean delivery. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2020;59:392–7. <https://doi.org/doi: 10.1016 / j.tjog.2020.03.010>.
- [26] Andrews S, Leeman L, Yonke N. Finding the breech: Influence of breech presentation on mode of delivery based on timing of diagnosis, attempt at external cephalic version, and provider success with version. *Birth* 2017;44:222–9. <https://doi.org/10.1111 / birt.12290>.
- [27] Martel-Santiago CR, Arencibia-Díaz RD, Romero-Requejo A, Valle-Morales L, Figueras-Falcón T, García-Hernández JÁ, et al. Delivery in breech presentation: Perinatal outcome

- and neurodevelopmental evaluation at 18 months of life. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020;255:147–53. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.ejogrb.2020.10.020>.
- [28] Boatin AA, Ngonzi J, Ganyaglo G, Mbaye M, Wylie BJ, Diouf K. Cesarean delivery in low- and middle-income countries: A review of quality of care metrics and targets for improvement. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2021;26:101–9. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.siny.2021.101199>.
- [29] Ortega Marcilla S, Royo Arilla B, Tejero Cabrejas EL, Savirón Cornudella R, Rodriguez Solanilla B, Castán Mateo S, et al. Resultados perinatales en 492 presentaciones podálicas: cesárea vs. parto vaginal. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2014;41:17–22. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2012.12.011>.
- [30] Paul B, Möllmann CJ, Kielland-Kaisen U, Schulze S, Schaarschmidt W, Bock N, et al. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery at term after cesarean section – a prospective cohort study of the Frankfurt breech at term cohort (FRABAT). *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020;252:594–8. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.ejogrb.2020.04.030>.
- [31] Kielland-Kaisen U, Paul B, Jennewein L, Klemm A, Möllmann CJ, Bock N, et al. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery of nulliparous versus multiparous women of singletons at term—A prospective evaluation of the Frankfurt breech at term cohort (FRABAT). *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020;252:583–7. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.ejogrb.2020.04.029>.
- [32] Vinkenvleugel DAM, Slutter TJ, Rheenen-Flach LE van, Sonnaville CMW de, Hermsen BB, Velzel J, et al. Breech deliveries in OLVG, the Netherlands: A retrospective cohort study of seven years. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020;248:37–43. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.ejogrb.2020.02.031>.
- [33] Lauterbach R, Bachar G, Ben-David C, Matanes E, Ginsberg Y, Beloosesky R, et al. Association of Persistent Breech Presentation With External Cephalic Version Success. *Obstetrics and Gynecology* 2021;137:258–62. <https://doi.org/DOI:10.1097/AOG.0000000000004231>.
- [34] Abdessalami S, Rota H, Pereira GD, Roest J, Rosman A. The influence of counseling on the mode of breech birth: A single-center observational prospective study in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2019;234:174–5. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.midw.2017.09.012>.
- [35] Benzekri C, Ghesquière L, Drumez E, Houfflin-Debarge V, Subtil D, Garabedian C. Comparaison de la prise en charge per-partum des présentations podaliques par rapport aux présentations céphaliques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2020;48:722–8. <https://doi.org/Doi:10.1016/j.gofs.2020.04.010>.
- [36] Duffy C, Moore JL, Saleem S, Tshetu A, Bose CL, Chomba E, et al. Malpresentation in low- and middle-income countries: Associations with perinatal and maternal outcomes in the Global Network. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2019;98:300–8. <https://doi.org/DOI:10.1111/aogs.13502>.
- [37] Tkachenko A, Chernov A, Wustenko V, Tepla I. Current situation with breech delivery in Ukraine or is it still possible to deliver breech vaginally? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2016;206:114–5. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.296>.
- [38] Impey Olivia, Greenwood CEL, Impey LWM. External cephalic version after previous cesarean section: A cohort study of 100 consecutive attempts. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2018;231:210–3. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.ejogrb.2018.10.036>.
- [39] Jennewein L, Möllmann CJ. Vaginal breech delivery of pregnancy before and after the estimated due date – A case–control study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2019;234:165. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.08.522>.

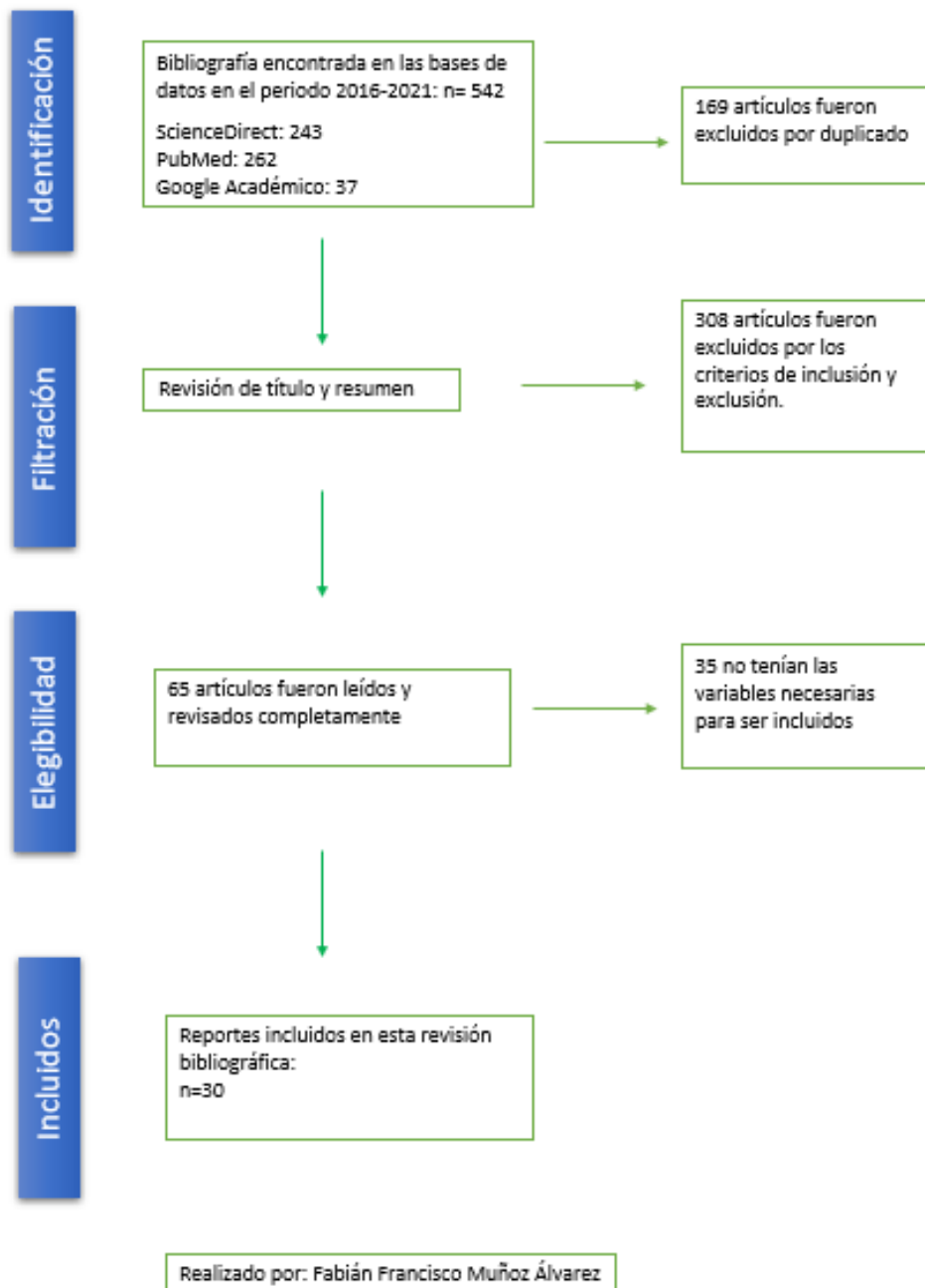
- [40] Paul B, Jennewein L, Möllmann CJ, Kielland-Kaisen U, Schulze S, Brüggmann D, et al. Vaginal birth after cesarean section (VBAC) for breech singletons at term – A prospective evaluation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2019;234:89. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.08.353>.
- [41] Fonseca A, Silva R, Rato I, Neves AR, Peixoto C, Ferraz Z, et al. Breech Presentation: Vaginal Versus Cesarean Delivery, Which Intervention Leads to the Best Outcomes? *Acta Med Port* 2017;30:479–84. <https://doi.org/10.20344/amp.7920>.
- [42] Toijonen AE, Heinonen ST, Gissler MVM, Macharey G. A comparison of risk factors for breech presentation in preterm and term labor: a nationwide, population-based case-control study. *Arch Gynecol Obstet* 2020;301:393–403. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05385-5>.
- [43] Reicher L, Lavie A, Fouks Y, Isakov O, Attali E, Yogev Y, et al. Efficacy of a second external cephalic version (ECV) after a successful first external cephalic version with subsequent spontaneous reinversion to breech presentation: a retrospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet* 2021;303:911–6. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05819-5>.
- [44] Salim I, Staines-Urias E, Mathewlynn S, Drukker L, Vatish M, Impey L. The impact of a routine late third trimester growth scan on the incidence, diagnosis, and management of breech presentation in Oxfordshire, UK: A cohort study. *PLoS Medicine* 2021;18:10–33. <https://doi.org/DOI: 10.1371 / journal.pmed.1003503>.
- [45] Gunay T, Turgut A, Demircivi Bor E, Hocaoglu M. Comparison of maternal and fetal complications in pregnant women with breech presentation undergoing spontaneous or induced vaginal delivery, or cesarean delivery. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2020;59:392–7. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.03.010>.
- [46] Marcus TA, Jeyapaul S, David SM, Jamkhandi D, Cherian AG. Outcomes of external cephalic version for antenatal women with breech presentation in a secondary hospital in Vellore, Tamil Nadu - a retrospective review. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2020;21:236–42. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2020.2020.0140>.
- [47] Lawrence Emma, Appiah-Kubi A, Konney T, Bell S, Tawiah A, Compton S. Preferences and perspectives on vaginal breech delivery in Ghana. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2021;153:307–14. <https://doi.org/DOI: 10.1002 / ijgo.13478>.
- [48] Fahey M. Outcomes of a Breech Birth Program in Canada, Quality Assurance Project. *J Obstet Gynaecol Can* 2021;43:721–5. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.11.016>.
- [49] Morris S, Geraghty S, Sundin D. Breech presentation management: A critical review of leading clinical practice guidelines. *Women and Birth* 2021;2:21–38. <https://doi.org/DOI: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.01>.
- [50] Korb D, Schmitz T, Alexander S, Subtil D, Verspyck E, Deneux-Tharaux C, et al. Association between planned mode of delivery and severe maternal morbidity in women with breech presentations: A secondary analysis of the PREMODA prospective general population study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 2020;49:101662. <https://doi.org/DOI: 10.1016 / j.jogoh.2019.101662>.
- [51] Bendersky AG, Sheiner E, Zamstein O, Landau D, Levy A. Cesarean delivery for breech presentation as a risk-factor for long-term gastrointestinal morbidity of the offspring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2020;222:88. <https://doi.org/DOI: 10.1097 / MCG.0000000000001565>.
- [52] Boujenah J, Fleury C, Bonneau C, Pharisien I, Tigaizin A, Carbillon L. Successful external cephalic version is an independent factor for caesarean section during trial of labor – a matched controlled study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 2017;46:737–42. <https://doi.org/DOI: 10.1016 / j.jogoh.2017.09.001>.
- [53] Sarmiento N, González Colmenero E, Vázquez Castelo JL, Concheiro Guisán A, Couceiro Naveira E, Fernández Lorenzo JR. Risk of developmental dysplasia of the hip in patients

- subjected to the external cephalic version. *Anales de Pediatría (English Edition)* 2018;88:136–9. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2017.03.017>.
- [54] Gaillard T, Girault A, Alexander S, Goffinet F, Le Ray C. Is induction of labor a reasonable option for breech presentation? *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 2019;98:885–93. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713804>.
- [55] Biswas A. Term breech trial. *The Lancet* 2001;357:225. [https://doi.org/doi:10.1016/S0140-6736\(00\)03602-3](https://doi.org/doi:10.1016/S0140-6736(00)03602-3).
- [56] UNESCO, UNAIDS, UNICEF, Women UN, WHO. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. UNESCO Publishing; 2018.

## Capítulo VIII

### Anexos

#### Anexo 1. Mapa mental de los resultados de búsqueda



## Anexo 2. Mapa organizacional de la revisión bibliográfica sobre “Presentación podálica: elección entre cesárea y parto vía vaginal”

	Autor, Año, Base de datos	Diseño	Objetivo	Muestra	Resultados	Conclusión
1	Martel-Santiago et al. 2020, PubMed.[27]	Retrospectivo longitudinal.	Comparar los resultados maternos y perinatales, incluyendo los resultados del neurodesarrollo a los 18 meses de vida, entre el parto a término de nalgas y cefálico.	260	Comparando 130 partos en presentación de nalgas y 130 partos en presentación cefálica, no existió mortalidad perinatal en ninguno de los dos casos. El porcentaje de cesárea fue mayor en la presentación podálica. Los recién nacidos en presentación de nalgas tenían un riesgo tres veces mayor de puntuaciones de Apgar <7 al minuto, dichas diferencias desaparecieron a los 5 minutos del nacimiento. No se observaron diferencias en la morbilidad neonatal moderada ni severa entre los dos grupos. No se observaron diferencias en cuanto al neurodesarrollo. De los embarazos en presentación podálica 79 (60.8%) fueron atendidos por vía vaginal y 51 (39.2%) fueron por cesárea planificada. Las mujeres con parto en presentación de nalgas vía vaginal fueron más jóvenes y tenían un antecedente de embarazo anterior.	La implementación de un protocolo seguro y específico, que se base en la selección de mujeres embarazadas con presentación podálica por medio de criterios médicos, podrían otorgar resultados perinatales similares a los de partos en presentación cefálica.
2	Paul et al. 2020, ScienceDirect. [30]	Prospectivo, monocéntrico.	Comparar los resultados neonatales y maternos, el modo de parto en pacientes con cesárea previa y pacientes primíparas.	604	De 37 mujeres con una cesárea previa, 19 tuvieron un parto podálico vía vaginal exitoso. La morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal no fueron significativamente diferentes en partos vaginales con cesárea previa y en partos en primíparas. La tasa de cesáreas no fue significativamente mayor en pacientes con cesárea previa en comparación con el grupo de primíparas.	La cesárea previa no debe tomarse como criterio de exclusión para un parto podálico por vía vaginal. Se necesitan estudios de casos controlados para implementar directrices internacionales.
3	Kielland-Kaisen et al. 2020, ScienceDirect.[31]	Prospectivo de casos y controles.	Comparación de resultados maternos y neonatales de partos vaginales con presentación de nalgas en mujeres nulíparas versus múltiparas a término.	1046	La morbilidad neonatal no fue significativamente diferente en partos de mujeres nulíparas versus múltiparas. Las nulíparas tenían una tasa significativamente mayor de una cesárea que las mujeres múltiparas. La tasa de lesiones maternas y el uso de anestesia epidural fueron significativamente más altos en partos vaginales de mujeres nulíparas.	No se debe tener en cuenta como criterio de exclusión para un parto vaginal en presentación podálica a la nuliparidad. Es importante informar a las mujeres que realizar una cesárea conlleva mayor riesgo. Un tratamiento clínico podría reducir las implicaciones negativas para los embarazos futuros.

4	Möllmann et al. 2020, ScienceDirect. [1]	Prospectivo	Comparación del resultado materno y fetal a corto plazo en partos vaginales con presentación podálica antes y después de la fecha de parto estimada.	827	Un 54% de los partos fueron antes o en la fecha estimada. Al comparar los grupos, no se encontraron diferencias significativas en la mortalidad y morbilidad materna ni neonatal a corto plazo. La tasa de cesáreas se incrementó en el grupo de pacientes que dieron a luz posterior a la fecha estimada de parto, además de un alza en las maniobras de entrega.	Se estableció que una cesárea electiva para presentación podálica a término no es obligatoria cuando la fecha estimada de parto no ha pasado.
5	Vinkenvleugel et al. 2020, ScienceDirect.[32]	Retrospectivo	Evaluación de partos de nalgas, resultados maternos y neonatales.	1774	El 73% de las mujeres con un embarazo en presentación podálica eligieron la cesárea. De las 484 mujeres que optaron por un parto vaginal, el 71% fueron nacimientos exitosos. La mortalidad neonatal ocurrió en dos ocasiones en pacientes que optaron por parto vaginal. La morbilidad neonatal no tuvo diferencias entre nacidos por cesárea y parto vaginal. Las complicaciones maternas graves después del parto ocurrieron con mayor frecuencia en las mujeres que eligieron la cesárea.	Existe una alta tasa de éxito en partos podálicos por vía vaginal, sin embargo, son más frecuente las complicaciones neonatales. Las complicaciones postparto graves para la madre son más frecuentes en la cesárea.
6	Lauterbach et al. 2021, PubMed. [33]	Retrospectivo	Evaluar una posible correlación entre la presentación de nalgas persistente y la tasa de éxito de la versión cefálica externa.	1271	Se intentó una versión cefálica externa en el 53.8% (684) de las pacientes, con un éxito del 61.5%. la versión cefálica externa en pacientes con presentación de nalgas persistente tuvo un éxito del 19.6%, en comparación de un 82% en pacientes con presentación de nalgas no persistente. Mujeres con presentación podálica persistente a las que se les realizó una versión cefálica externa satisfactoria tuvieron una menor tasa de parto vaginal, incrementando la cantidad de cesáreas y partos instrumentales.	Mujeres con una presentación de nalgas persistentes, experimentaron tasas significativamente inferiores de partos vaginales, por lo que en dichas pacientes se recomienda realizar cesárea programada.
7	Bantal- Abdessalami et al. 2019, ScienceDirect.[34]	Prospectivo observacional.	Evaluar la influencia de las técnicas de asesoramiento sobre las opciones de las mujeres para el modo de parto y comparar los resultados fetales y maternos del parto vaginal de nalgas frente a la cesárea planificada.	364	Se estableció que la técnica de asesoramiento y la educación materna están asociadas significativamente con la elección del modo de entrega. El 33% de las pacientes eligieron el parto vaginal, de ellas, el 52% terminaron en una cesárea. No hubo diferencias significativas en los resultados maternos y neonatales.	La elección del modo de parto en embarazos a término con presentación podálica está influenciada por la técnica de asesoramiento. Se debe tener en cuenta la decisión materna para la elección del modo de parto, siempre con información adecuada basada en pruebas.
8	Ekéus et al. 2019, PubMed.[24]	Estudio de cohorte que utilizó el registro de nacimientos de Suecia.	Comparación de la morbilidad y la mortalidad neonatal entre pacientes con embarazo en	864.851	Las tasas de complicaciones neonatales y mortalidad fueron más altas en los neonatos en presentación de nalgas nacidos por vía vaginal, por otro lado, los pacientes en presentación de nalgas nacidos por cesárea no tuvieron diferencias significativas.	Los neonatos en posición podálica tuvieron riesgos sustancialmente mayores de complicaciones neonatales graves en comparación a los nacidos

			presentación podálica y cefálica.			por cesárea, aunque se debe considerar la elección de ciertas mujeres a las que se consideren de bajo riesgo para recomendar un parto vía vaginal.
9	Benzekri et al. 2020, ScienceDirect.[35].	Retrospectivo descriptivo, comparativo, unicéntrico	Comparar el manejo del trabajo de parto en una presentación de nalgas con una presentación cefálica durante el intento de parto vaginal.	239	El uso de oxitocina fue más común en la presentación de nalgas, de igual manera la dilatación fue más lenta en dicha presentación. Existió mayor riesgo de acidosis por frecuencia cardíaca fetal de alto riesgo en la presentación de nalgas.	El manejo de un parto en presentación de nalgas es diferente al de un parto en presentación cefálica, por lo que debe ser conocido anticipadamente para un óptimo manejo en la sala de partos.
10	Duffy et al. 2019, PubMed.[36]		Comparación de los resultados entre embarazos cefálicos y podálicos.	436.112	En todas las regiones las tasas de mortalidad neonatal fueron más altas en pacientes con presentación de nalgas. Las mujeres con partos complicados por dicha presentación tuvieron tasas más altas de morbilidad y mortalidad.	La mortalidad en países de ingresos medianos y bajos, es mayor. Se debe realizar investigaciones adicionales para un mejor manejo de estos embarazos.
11	Tkachenko et al. 2016, ScienceDirect.[37]	Cohorte retrospectiva.	Evaluar el estado del modo de parto de nalgas y su secuela para la salud materna y neonatal en Ucrania.	9044	El 3.7% de los embarazos llegaron a término con una presentación de nalgas. El 33% de los partos se atendieron por cesárea por diferentes motivos, siendo una tasa más alta de lo normal en Ucrania. Si bien la cantidad de embarazos con presentación podálica fue similar en todo el país, los porcentajes de partos en dicha presentación por vía vaginal varía significativamente, desde un 13% hasta un 32% dependiendo de la ciudad, el resto de los casos fueron atendidos por cesárea.	Los resultados apoyan la tesis de que los fetos en presentación de nalgas pueden nacer por vía vaginal sin riesgo adicional, se debe tener en cuenta una cesárea en pacientes seleccionadas. El manejo debe ser realizado por un equipo profesional y calificado.
12	Impey et al. 2018, ScienceDirect.[38]	Cohorte retrospectiva de datos recolectados prospectivamente.	Documentar la seguridad y eficacia de la versión cefálica externa en mujeres con cesárea previa.	100	La tasa de éxito de la versión cefálica externa en pacientes con una cesárea previa fue del 50%, al final el 30% fueron partos por vía vaginal.	La versión cefálica externa en pacientes con una cesárea previa es segura y permite el parto vaginal de alrededor de un tercio de los embarazos en presentación podálica.
13	Jennewein y Möllmann. 2019, ScienceDirect.[39]	Prospectivo de casos y controles	Comparar los resultados a corto plazo de mujeres y recién nacidos que pretendían tener un parto vaginal en	1064	53% de las pacientes dieron a luz un parto a término y 47% fueron partos post término. Al comparar ambos grupos no existieron diferencias significativas en cuanto a la morbilidad y la mortalidad. La tasa de cesárea sin embargo incrementó significativamente en pacientes post término.	Este estudio no proporciona evidencia de que se deba planificar una cesárea para la presentación de nalgas cuando el embarazo sea post término.

			posición de nalgas antes y después de la fecha estimada de parto.			
14	Paul et al. 2019, ScienceDirect[40].	Prospectivo monocéntrico de casos y controles.	Comparación del resultado materno y neonatal de los partos vaginales en presentación podálica con una cesárea previa y los partos de nalga de primíparas.	604	Un 60% de pacientes tuvieron un parto vaginal exitoso, el 3% se habían sometido a una cesárea previa. Al compararlas con pacientes primíparas, no se detectaron diferencias significativas en cuanto a la morbilidad y mortalidad neonatal y materna.	Una cesárea repetida no tiene influencia positiva sobre la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Por lo tanto, una cesárea previa no debe ser un criterio de exclusión para un parto vaginal de nalgas.
15	Fonseca et al. 2017, PubMed.[41]	Cohorte retrospectivo multicéntrico	Comparar los resultados maternos y neonatales entre los partos de nalgas a término vaginales y por cesárea.	1327	Las mujeres nulíparas fueron más frecuentes en el grupo de cesárea electiva (693%). La edad gestacional al nacer fue significativamente menor en el grupo de parto vaginal al igual que el peso al nacer. Las puntuaciones de APGAR por debajo de siete al minuto uno y al cinco fueron más probables en el parto vaginal: 18.5% frente a 5.9% en la cesárea. Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, hemorragia postparto materna y la incidencia de otras complicaciones obstétricas fueron similares en ambos grupos.	Ambas vías de parto parecen igualmente válidas, ninguna presenta una alta incidencia de complicaciones maternas o neonatales.
16	Toijonen et al. 2020, PubMed.[42]	Casos y controles	Determinar la diferencia del riesgo de la presentación de nalgas en el trabajo de parto a término y el prematuro.	737.788	La incidencia de la presentación de nalgas al momento del parto disminuyó del 23.5% en las semanas 24-27 de embarazo a un 2.5% en los embarazos a término. En las semanas 24 a 27 la ruptura prematura de membranas se asoció con la presentación de nalgas. En 28-31 semanas, la presentación de nalgas se asocian con trastornos hipertensivos del embarazo, ruptura prematura de membranas y peso bajo al nacer. En las semanas 32-36 los riesgos fueron la edad materna avanzada, nuliparidad, cesárea previa, ruptura prematura de membranas. En los embarazos a término, se asoció a la edad materna avanzada, nuliparidad, hipotiroidismo, diabetes, placenta previa, sexo femenino y bajo peso al nacer.	La presentación de nalgas en el trabajo de parto prematuro se asocia con factores de riesgo obstétrico en comparación con la presentación cefálica. Dichos riesgos disminuyen con la edad gestacional.
17	Wang et al. 2021, PubMed.[21]	Cohorte retrospectivo.	Aclarar el proceso de toma de decisiones del parto vaginal en presentación de nalgas y las barreras que enfrentan las mujeres al tomar esta decisión	95	21 mujeres eligieron un parto vaginal en presentación de nalgas, una paciente tuvo un parto vaginal. La mayoría de los partos se realizaron por cesárea por indicaciones obstétricas. Cinco mujeres expresaron una falta de apoyo para el parto vía vaginal.	A pesar de la disponibilidad de opciones para el parto en presentación de nalgas, la mayoría de mujeres continúan optando por cesárea. La toma de decisiones debe seguir siendo prioridad durante el proceso de asesoramiento.
18	Reicher et al. 2021, PubMed. [43]	Cohorte retrospectivo.	Determinación de la eficacia de realizar una segunda	250	La versión cefálica externa en este estudio tuvo una eficacia del 67% (169). De ellos 28 volvieron a la presentación de nalgas, se les realizó	Se establece que realizar una segunda versión

			versión cefálica externa después de una primera versión cefálica externa exitosa con posterior reinversión espontánea.		una segunda versión cefálica externa con un 76% de efectividad, pero de estos un 33% terminaron en cesárea.	cefálica externa debe ser decisión de la paciente.
19	Salim et al. 2021, PubMed. [44]	Cohorte retrospectivo.	Evaluar el impacto de la introducción de una exploración de rutina a las 36 semanas sobre la incidencia de presentación de nalgas y la presentación de nalgas no diagnosticada.	27.825	Se realizó una exploración a 5.578 mujeres con embarazo de 36 semanas, dos años después se evaluaron 13.251 mujeres en las mismas condiciones. La incidencia de la presentación de nalgas no cambió significativamente. La tasa de embarazos en presentación de nalgas diagnosticadas antes del embarazo se redujo considerablemente. Los nacimientos de nalgas vaginales se redujeron. Las cesáreas no disminuyeron significativamente.	Establecer una política de exploración universal a las 36 semanas se asoció con una reducción en la incidencia, pero no en la eliminación de una presentación de nalgas.
20	Gunay et al. 2020, PubMed. [45]	Cohorte retrospectivo.	Comparar las tasas de complicaciones maternas y fetales en el parto vaginal y por cesárea en presentación de nalgas.	357	Las tasas de complicaciones fetales fueron inferiores en la cesárea al igual que la fractura de clavícula. Los resultados de APGAR fueron similares. Las complicaciones maternas y fetales fueron levemente mayores en el parto por vía vaginal.	Las tasas de complicaciones neonatales fueron mayores en los partos por vía vaginal, debe ser la madre conjuntamente con el equipo obstétrico quienes decidan la mejor vía para el parto.
21	Andrews et al. 2017, PubMed.[26]	Cohorte retrospectivo.	Establecer la edad a la que una versión cefálica tiene mayor éxito.	251	El parto vaginal de nalgas fue significativamente más probable en mujeres diagnosticadas antes de las 38 semanas de gestación, debido a que se ofreció versión cefálica externa. La versión cefálica externa tuvo mayor éxito cuando la realizaron médicos con mayor experiencia.	Los resultados respaldan la necesidad de intervenciones para aumentar el diagnóstico oportuno de la presentación de nalgas, así como un mejor asesoramiento al paciente y el uso de equipos de salud experimentados para la versión cefálica externa.
22	Marcus et al. 2020, PubMed. [46]	Cohorte retrospectivo.	Determinar el éxito de la versión cefálica externa y los resultados maternos y neonatales.	200	La tasa de éxito fue del 64% (128), hubo 110 partos vaginales (56.7%) incluidos cinco partos vaginales en presentación de nalgas. El 43.2% de pacientes se sometieron a cesárea que incluyeron a 24 mujeres con una versión cefálica externa satisfactoria, pero necesitaron una cesárea de emergencia por otras indicaciones. No se encontraron diferencias significativas en puntajes de APGAR.	Los resultados sugieren que la versión cefálica externa mejora la posibilidad de un parto vaginal con una baja tasa de complicaciones, reduciendo los riesgos neonatales asociados con el parto vaginal en

						presentación de nalgas y la morbilidad materna de una cesárea.
23	Lawrence et al. 2021, PubMed.[47]		Evaluar las perspectivas y experiencias de obstetras, ginecólogos y parteras con los partos vaginales en presentación de nalgas en Ghana.	255	Alrededor del 98% de los obstetras y ginecólogos creen que un embarazo a término en presentación podálica debe ser atendido vía vaginal si no existen otros factores de riesgo. El 80% de las parteras cree que se puede optar por el parto vaginal. Obstetras, ginecólogos y parteras creen que se debe realizar una formación para un parto en presentación de nalgas vía vaginal.	Ginecólogos, obstetras y parteras se sienten más cómodos realizando partos vaginales si sienten que su formación y entrenamiento es el adecuado. Es un gran método a ofrecer como alternativas a la cesárea o al entorno sin recursos.
24	Fahey. 2021, PubMed.[48]	Casos y controles	Informar los factores prenatales, intraparto y posnatales asociados con el parto de nalgas.	499	Existieron 109 intentos de versión cefálica, 411 embarazos terminaron en cesárea planificada, 39 en cesárea de emergencia y 49 en partos vaginales. Se realizaron 14 cesáreas a pacientes que acudieron sin diagnóstico de embarazo a término en posición de nalgas. Del total de cesáreas. 24 fueron por otros motivos no relacionados a la presentación.	A pesar del deseo de las pacientes a tener un parto vaginal, la mayoría termino en una cesárea programada. Las madres que optaron por dar a luz tuvieron éxito y resultados excelentes tanto maternos como neonatales.
25	Morris et al. 2021, Science Direct [49]	Revisión bibliográfica	Evaluar críticamente y comparar las principales guías de práctica clínica obstétrica relacionadas con el tratamiento de los fetos que presentan presentación podálica.		Se observó una inconsistencia den las guías de práctica clínica, por lo que se tiene el potencial de causar problemas relacionados con el consentimiento valido y crear confusión entre los médicos y los pacientes.	Las pautas de práctica clínica, centradas en riesgos de un parto vaginal en presentación podálica no discuten los riesgos de una cesárea cuando se diagnostica una presentación podálica. Para respetar la autonomía de una mujer embarazada, el personal de salud debe brindar asesoramiento equilibrado.
26	Korb et al. 2020, Science Direct [50]	Estudio prospectivo PREMODA	Determinar si la morbilidad materna está asociada al modo de parto planificado en la presentación podálica.	7564	De las mujeres incluidas en el análisis, 67% tuvieron una cesárea y 33% un parto vaginal, las tasas de morbilidad materna aguda grave no fueron mayores en partos vaginales en presentación podálica que en partos vaginales en presentación cefálica ni en cesáreas por presentación podálica.	En pacientes con un feto único en presentación podálica a término, el riesgo de morbilidad materna grave no es significativamente mayor según el modo de parto planificado.
27	Bendersky et al. 2020, ScienceDirect [51]	Estudio de cohorte	Evaluar la prevalencia de patología	7337	El 86.9% de los nacimientos fueron por cesárea, se determinó que pacientes nacidos por esta vía tuvieron un aumento significativo en la	Si bien existe evidencia solida que sugiere que una cesárea planificada en una

			gastrointestinal en pacientes nacidos por cesárea debido a una presentación podálica.		prevalencia de patología gastrointestinal como enfermedad inflamatoria intestinal, hernias inguinales o umbilicales.	presentación podálica es preferible en términos de reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal, en este estudio no se respalda dicha asociación, debido a un incremento en patologías gastrointestinales posterior al periodo neonatal.
28	Boujenah et al. 2017, ScienceDirect [52]	Estudio de casos y controles	Evaluar el modo de parto y la tasa de cesárea después de la versión cefálica externa exitosa.	643	La tasa de cesáreas fue menor en pacientes a las que se les realizó una versión cefálica externa exitosa. Dependiendo de la edad gestacional los resultados fueron mejores en pacientes con un embarazo menor a las 38 semanas.	Se debe realizar una versión cefálica externa en pacientes que cumplan criterios, de este modo se puede disminuir la cantidad de cesáreas.
29	Sarmiento Carrera et al. 2018, ScienceDirect [53]	Estudio de cohorte prospectivo	Evaluar la incidencia de displasia de desarrollo de cadera en pacientes que se sometieron a una versión cefálica externa por una presentación podálica.	122	El 52% de los pacientes tuvieron una versión cefálica externa exitosa, de los 122 niños, 14 tuvieron el diagnóstico de displasia de desarrollo de cadera por medio de ecografía.	La versión cefálica externa reduce el riesgo de DDC con respecto a la presentación podálica, por lo que se debe incluir en el protocolo un cribado de DDC a los pacientes con una presentación podálica.
30	Gaillard et al. 2019, PubMed [54]	Análisis de estudio observacional prospectivo multicéntrico PREMODA	Describir los resultados del embarazo en mujeres inducidas con un feto en presentación de nalgas y comparar los resultados con los que se sometieron a una cesárea programada.	4138	218 mujeres tuvieron inducción del trabajo de parto, 67.4% de estas mujeres tuvieron un parto por vía vaginal. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio.	La inducción del trabajo de parto para la presentación de nalgas no parece aumentar la mortalidad y morbilidad neonatal grave comparándolo con la cesárea programada.

## **Capítulo IX**

### **Financiamiento**

Trabajo autofinanciado.

### **Aspectos éticos**

No se tiene conflicto de intereses.

### **Recursos humanos**

**Autor:** Fabián Francisco Muñoz Álvarez

**Asesora:** Dra. Patricia Vanegas

**Tutor:** Dr. Esteban Guerrero

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

**Fabián Francisco Muñoz Álvarez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° . 0104719091. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Presentación podálica: elección entre parto vía vaginal y cesárea”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de noviembre de 2021



F: .....

**Fabián Francisco Muñoz Álvarez**

C.I. 0104719091