

COLABORACIÓN ESPECIALRecibido: 27 de mayo de 2020
Aceptado: 16 de octubre de 2020
Publicado: 30 de noviembre de 2020**ATENCIÓN AL PARTO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO****Luciano Rodríguez-Díaz (1), Francisco Javier Fernández Carrasco (2), Juan Jesús García-Iglesias (3,4), Ana María Antolí Jover (5), Juan Gómez-Salgado (3,6) y Juana María Vázquez-Lara (1)**

(1) Servicio de Partos. Hospital Universitario de Ceuta. Ceuta. España.

(2) Servicio de Partos. Hospital Punta Europa. Cádiz. España.

(3) Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Huelva. Huelva. España

(4) Escuela Superior de Salud. Universidad Atlántica. Lisboa. Portugal.

(5) Servicio de 061. Atención Primaria de Ceuta. Ceuta. España.

(6) Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Hoy en día la atención a un parto de nalgas en el medio extrahospitalario por vía vaginal puede ser un proceso frecuente ocasionado por el cambio en la literatura científica, que favorece la libre evolución del parto de una presentación podálica frente a la literatura anterior donde se llevaba a cabo la cesárea programada en la semana 37 de gestación, evitando la libre evolución del mismo. Además, entre los datos estadísticos consultados en el INE (Instituto Nacional de Estadística) existe un incremento de partos prematuros fuera del hospital que aumenta que la presentación de nalgas sea más frecuente, entre las 25-32 semanas entorno a un 42%. Por lo tanto, el objetivo de este manuscrito fue instruir a los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias extrahospitalaria ante una situación de parto inminente en presentación podálica. Este tipo de formación consistiría en mantener una actitud expectante durante el periodo expulsivo hasta que el ángulo inferior de la escápula del recién nacido sea visible, seguido de la ayuda manual desprendiendo los hombros mientras se extrae con suavidad y lentitud la cabeza fetal.

Palabras clave: Obstetricia, Urgencias, Aprendizaje, Presentación de nalgas, Complicaciones del trabajo de parto.

ABSTRACT**Outpatient breech birth attendance**

Nowadays, care for a breech delivery in the out-of-hospital environment through the vaginal route can be a frequent process caused by the change in the scientific literature favoring the free evolution of the delivery of a breech presentation compared to the previous literature where the Caesarean section scheduled at week 37 of gestation, avoiding its free evolution. Furthermore, among the statistical data consulted at the INE (Instituto Nacional de Estadística), there is an increase in preterm deliveries outside the hospital, which increases the presentation of buttocks more frequently, between 25-32 weeks, around 42%. Therefore, the objective of this manuscript was to instruct the health professionals of the out-of-hospital emergency services in the event of imminent delivery in breech presentation. This type of training would consist of maintaining an expectant attitude during the expulsion period until the lower angle of the newborn's scapula is visible, followed by manual assistance by detaching the shoulders while gently and slowly removing the fetal head.

Key words: Obstetrics, Emergencies, Learning, Breech presentation, Obstetric Labor Complications.

Correspondencia:
Juan Gómez-Salgado
Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública
Facultad de Ciencias del Trabajo
Universidad de Huelva
Avda. Tres de Marzo, s/n
21007 Huelva, España
jsalgado@uhu.es

Cita sugerida: Rodríguez-Díaz L, Fernández Carrasco FJ, García-Iglesias JJ, Antolí Jover AM, Gómez-Salgado J, Vázquez-Lara JM. Atención al parto en presentación podálica en el medio extrahospitalario. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 30 noviembre e20201143.

INTRODUCCIÓN

Este artículo recoge una puesta al día sobre la atención al parto en presentación podálica, destacando los últimos cambios que se han producido en el manejo de la urgencia obstétrica e invitando a su vez a los profesionales que atienden o pueden atender a gestantes en el medio extrahospitalario a actualizar sus conocimientos y habilidades obstétricas, a través de los recursos didácticos disponibles. Estas actualizaciones se fundamentan en las guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad⁽¹⁾.

Epidemiología. La mayoría de las publicaciones científicas describen la incidencia del parto en presentación podálica según la edad de gestación, atendiendo la Ley de Pajot, que indica la presentación podálica como la más frecuente antes de la 37 semanas de gestación, y describe la acomodación del feto a la forma del útero, de tal manera que a menor edad de gestación las dimensiones cefálicas superiores a las abdomino-pelvianas, se ven favorecidas en su ubicación hacia el fondo del uterino, donde ofrece mayor espacio⁽²⁾.

La presentación podálica aparece en un 33% de los partos de 21-24 semanas, en un 28% entre las 25-28 semanas, pasando por un 14% a las 29-32 semanas, llegando a un 9% de las 33 a 36 semanas y hasta un 6-7% a las 37 semanas. Por lo tanto, mientras menos semanas de gestación tenga el feto mayor es la incidencia de atención al parto en presentación podálica⁽³⁾.

Las estadísticas de partos prematuros recogidas según “asistencia sanitaria” por el INE entre los años 2015 y 2018⁽⁴⁾ refleja que un total de 92 partos ocurrieron fuera de un centro hospitalario en el año 2015, 91 en el año 2016, 84 en 2017 y 88 en 2018. Estas cifras arrojan un número nada desdeñable cada año de partos en el ámbito extrahospitalario en comparación con el número de partos totales anuales (tabla 1). Entre las gestantes a término existe una incidencia del parto en presentación podálica entre el 3-4% en los últimos años⁽⁵⁾.

Antecedentes. Uno de los temas más controvertidos en la obstetricia de los últimos años ha sido la discusión sobre la vía de atención a usar en el parto en presentación podálica, ¿vaginal o cesárea?

Tabla 1
Número de partos prematuros (menos de 37 semanas de gestación)
según asistencia sanitaria en España. 2015-2018 INE.

Año	Total partos	Asistencia por personal sanitario		No asistido por personal sanitario	
		En el domicilio	En otro lugar	En el domicilio	En otro lugar
2015	23.050	43	25	16	8
2016	22.198	35	27	24	5
2017	20.914	34	32	15	3
2018	17.745	25	24	34	5

Aunque es considerado un modo seguro de atención para el parto podálico, la cesárea es uno de los factores que más contribuyen a aumentar las tasas de morbi-mortalidad materna posparto en los países desarrollados y se sabe que puede causar complicaciones potencialmente graves y/o mortales⁽⁵⁾. Sin embargo, en el año 2000 los autores del *Term Breech Trial Collaborative Group* (TBT) publicaron un estudio aleatorio colaborativo multicéntrico sobre la vía de atención al parto podálico a término en el que se concluía que: “las cesáreas electivas ofrecen mejores resultados que los partos vaginales en los fetos a término con presentación podálica, las complicaciones maternas son similares entre los dos grupos”⁽⁶⁾ y, en base a ello, se promulgó la práctica de cesárea electiva en este tipo de presentaciones.

Siguiendo esta tendencia, la recomendación del TBT fue adoptada por organizaciones de calado dentro del territorio nacional, optándose por realizar una cesárea programada antes de finalizar la gestación y evitando que se desencadenara el parto espontáneo por el posible riesgo atribuible al parto vaginal podálico⁽⁷⁾.

Posteriormente, en 2006 se publicó el estudio multicéntrico del grupo PREMODA⁽⁸⁾. En base a ello, *The American College of Obstetricians and Gynecologists* ese mismo año modificó sus protocolos y recomendaba que el parto vaginal en presentación podálica y en gestación única a término podía ser una opción razonable en gestantes correctamente seleccionadas y atendidas por personal sanitario experimentado⁽⁹⁾.

Por lo tanto, el estudio TBT realizado seis años antes fue puesto en entredicho. En este sentido, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en su protocolo asistencial del parto en la presentación podálica a término, actualizado en el año 2011⁽¹⁰⁾, incluyó la opción de ofrecer un parto podálico por vía vaginal, permitiendo la libre evolución del proceso del parto, siempre

que hubiera personal específicamente entrenado en el centro. Este procedimiento tiene vigencia actualmente⁽¹¹⁾, aunque estudios recientes demuestran que las mujeres que dieron a luz en centros privados tuvieron mayor número de cesáreas que aquellas que dieron a luz en hospitales públicos, independientemente de ser primíparas o múltiparas^(12,13,14,15), lo que muestra discrepancias entre las políticas de los centros privados y las recomendaciones más aceptadas por los organismos nacionales e internacionales^(12,16).

Implicaciones para la práctica. Dado que se ha producido un giro en la atención al parto en presentación podálica, permitiendo a la gestante llegar al final de su gestación, se puede suponer que este tipo de partos aumente de forma extrahospitalaria, surgiendo la necesidad de tener personal sanitario adiestrado en los servicios de urgencias y emergencias ante esta modalidad de parto. A ello se le debe unir el aumento considerable de partos prematuros que existe actualmente y que favorece que el feto esté colocado en posición pelviana, aumentando en consecuencia que los profesionales se vean más fácilmente involucrados en la atención in situ de esta actuación obstétrica.

Si bien en la literatura científica nacional e internacional se aprecian numerosos artículos de atención al parto normal, existe escasa literatura reciente sobre la atención al parto en presentación podálica, y menos en el medio extrahospitalario⁽¹⁷⁾, donde la atención de dicho parto no está al abrigo de un centro hospitalario con especialistas e instrumental específico y especializado.

Evidentemente, hay algunos artículos que tratan de la asistencia a este tipo de parto, pero de forma insuficiente a veces y otras tantas con conceptos anticuados, por lo que, dado que el parto es un acto natural e involuntario, es recomendable conocer el mecanismo, así como las

actuaciones básicas de cara a atenderlo en un lugar diferente a un hospital, máxime siendo de presentación podálica.

MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA

La presentación podálica es aquella en la que la pelvis de un feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis de su madre. También se le conoce como presentación de nalgas o pelviana⁽¹⁸⁾.

Formas de presentación en el parto de nalgas:

- Nalgas puras, simples o francas. Los pies se encuentran a la altura de los hombros, con las piernas extendidas hacia adelante. Es la forma más frecuente, en alrededor del 70% de los casos.
- Nalgas completas. El feto está completamente sentado, con las rodillas flexionadas y los pies junto con las nalgas formando parte de la presentación y aumentando los diámetros de la misma. La prevalencia de la presentación de las nalgas completas es alrededor del 5%.
- Nalgas incompletas. El feto presenta un pie o ambos en la vagina. En el momento del parto es cuando puede producirse el prolapso de las extremidades. La prevalencia está cercana al 30%.

Causas. Hasta la semana 32 de embarazo hay probabilidades de que el feto realice una versión de forma espontánea. Pasada la semana 32 es poco probable que se produzca esta versión del feto, pero algunas veces se ha visto que en multíparas o mujeres con polihidramnios se he producido la versión justo antes del parto. Cualquier causa que entorpezca esta versión espontánea es lo que va a generar que se produzca la presentación podálica. A este respecto, son tres factores los que influyen^(18,19):

- Factores relacionados con el feto: embarazos pretérminos, bajo peso fetal, embarazos múltiples, malformaciones fetales congénitas, hipomotilidad fetal, sexo femenino, cromosomopatías.
- Factores relacionados con la madre: malformaciones en el útero, tumores previos, primiparidad, gran multiparidad, deformación pélvica.
- Factores relacionados con la placenta: anomalías en la inserción de la placenta como podría ser una placenta previa, un cordón umbilical corto, presentación de circulares de cordón en el cuello, que lo hace funcionalmente corto o alteraciones del líquido amniótico tanto por exceso (polihidramnios), como por defecto (oligoamnios).

En este sentido, se debe recordar que en el parto podálico se pueden distinguir 10 pasos:

- 1) Acomodación de las nalgas.
- 2) Descenso de las nalgas.
- 3) Rotación interna de las nalgas.
- 4) Desprendimiento de las nalgas.
- 5) Acomodación de los hombros y rotación externa de las nalgas.
- 6) Descenso de los hombros.
- 7) Rotación interna de los hombros y acomodación de la cabeza.
- 8) Desprendimiento de los hombros y descenso de la cabeza.
- 9) Rotación interna de la cabeza y rotación externa de los hombros.
- 10) Desprendimiento de la cabeza.

Estos tiempos de alguna manera pueden superponerse, ocurriendo de forma simultánea^(20,21).

VALORACIÓN DE LA GESTANTE EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Fase preliminar. Es importante identificar la etapa del parto en la que se encuentra la gestante, por lo que debe observarse si la embarazada realiza pujos espontáneos con cada contracción; también adquiere relevancia preguntar si tiene sensación de “hacer caca”, así como ver la vulva de la mujer, previo consentimiento materno, con el objetivo de confirmar que la presentación, en este caso las nalgas, asoma por la vulva. No se aconseja hacer tacto vaginal si no se tiene dominio de esta técnica.

Dado que el parto debe ser atendido en un centro sanitario, y más de estas características, solo si se constata que la parturienta está en la fase de expulsivo y ya no hay tiempo de traslado al hospital, se procederá a atenderla apropiadamente in situ. Para favorecer el confort, seguridad e intimidad se deberá instalar a la parturienta de la mejor forma posible, así como proporcionar apoyo psicológico recomendando el acompañamiento por parte de su pareja o familiar siempre que sea posible⁽²¹⁾.

Para la atención de un parto inminente se debería evaluar de forma rápida algunos datos relevantes:

- Nombre de la gestante
- Antecedentes personales
- Problemas en el embarazo actual
- Semanas de gestación
- Gestaciones anteriores
- Presentación

Estos datos son muy fáciles de obtener si la mujer va acompañada de su cartilla maternal, ya que en esta cartilla se encuentran anotados todos estos datos relevantes para el seguimiento del embarazo. Pero en un parto inminente y extrahospitalario, no es de extrañar que la gestante no tenga su cartilla a mano. En este caso, se debe obtener esta información directamente de la mujer o de su acompañante.

Existen dos puntos que cobran especial relevancia: las semanas de gestación y la paridad. Es muy importante saber si se va a recibir un recién nacido a término o si por el contrario es prematuro, puesto que un prematuro va a necesitar una atención más especializada para sobrevivir. En el caso de la paridad, su conocimiento es relevante porque normalmente los partos en las mujeres múltiparas se desencadenan de forma más rápida que en las primíparas⁽²²⁾.

Inspección visual. Cuando la mujer se encuentra en periodo expulsivo, la presentación va descendiendo por los distintos planos de Hodge hasta coronar en el cuarto plano dejando ver la presentación a simple vista. Cuando la presentación es podálica, al abrirse la vulva podremos ver las nalgas si son unas nalgas puras, las nalgas y parte de los pies en caso de que se trate de unas nalgas completas o incluso un pie o ambos si se tratara de unas nalgas incompletas⁽²⁴⁾.

Riesgos del parto en presentación podálica. El parto vaginal con presentación podálica presenta mayor riesgo de mortalidad y morbilidad que el parto en presentación cefálica. Por ello, hoy se acepta la presentación podálica como una indicación de cesárea⁽²⁵⁾. El riesgo inherente al parto podálico es la retención de la cabeza del feto, siendo ésta una situación difícil de manejar pudiendo causar al feto traumatismos, asfíxia perinatal, secuelas neurológicas o muerte.

La morbilidad y la mortalidad después de las 37 semanas de gestación parece ser mayor

en los partos podálicos que en los partos con presentación cefálica⁽²⁵⁾, aunque el riesgo de lesiones traumáticas para el feto se estima que ocurren en menos del 1% de los casos⁽²⁶⁾. Las lesiones más frecuentes son fracturas de clavículas, hematomas y lesiones en el plexo braquial. La presentación podálica también está asociada a un mayor riesgo de displasia de cadera y la cesárea no parece ser un factor protector, aunque el riesgo sea potencialmente menor. Tampoco está asociada a un mayor riesgo de parálisis cerebral en comparación con la presentación cefálica cuando se excluyen los fetos con malformaciones congénitas⁽²⁷⁾. De igual forma, no se han encontrado diferencias entre el parto vaginal y la cesárea con respecto al desarrollo neurológico del bebé a los dos años de vida, el desarrollo psicomotor entre los 5 y 8 años de vida y el nivel intelectual en la adultez.

Para la madre no parece que haya más morbilidad por hecho de tener un parto vaginal en podálica que una cesárea⁽²⁸⁾, pero un antecedente de cesárea anterior puede aumentar el riesgo de rotura uterina, anomalías de la inserción de la placenta e hysterectomía en un segundo embarazo como consecuencia de una cesárea anterior⁽²⁹⁾.

Aunque sea una situación de riesgo, si el parto es inminente y la mujer se encuentra en período expulsivo, el profesional debe mantener la calma y estar preparado para prestar asistencia. La mayoría de los partos podálicos suelen resolverse sin complicaciones.

PROCEDIMIENTO Y ACTUACIÓN IN SITU

En primer lugar, se deben realizar las correspondientes medidas de seguridad utilizando guantes limpios si no se disponen de estériles; la gestante podrá tumbarse en una camilla o cualquier otro sitio en el que pueda estar confortable.

Al observar la presentación podálica en la zona vulvar se puede animar al pujo espontáneo al ritmo de las contracciones maternas, sin tocar, o en actitud de “manos en los bolsillos”, favoreciendo la salida del bebé de forma fisiológica y evitando toda manipulación o tracción sobre el feto, porque de lo contrario se puede perder la homogeneidad del cilindro fetal y ser origen de posibles complicaciones. Más tarde comenzará la ayuda manual, cuya finalidad es facilitar la salida de los hombros y después de la cabeza.

Para la utilización de dichas maniobras es fundamental que el parto podálico y su expulsión tengan lugar espontáneamente, al menos hasta la cintura escapular, de manera que lo que tendrá que hacer el asistente es ayudar a la expulsión o extracción de hombros, brazos y cabeza.

A continuación, se describen las maniobras a aplicar, empezando por la de mayor simplicidad⁽³⁰⁾.

Maniobra de Bracht. La maniobra de Bracht tiene como finalidad el desprendimiento de los hombros y, en segundo término, de la cabeza con una sola maniobra⁽³¹⁾. Se debe esperar la expulsión de las nalgas y el tronco hasta la cintura escapular. Se toma el feto por el tronco con los muslos flexionados con las dos manos, de manera que las palmas de las manos queden sobre el tronco fetal y los dedos pulgares sobre los muslos. Tras ello, se debe bascular el cuerpo fetal sobre la sínfisis materna mientras un ayudante presiona el fondo del útero a través de las paredes abdominales facilitando el descenso de la cabeza. Con esta hiperextensión de la cabeza se pretende realizar una tracción de los hombros y de la cabeza en dirección al canal del parto, dando lugar generalmente al desprendimiento de los hombros y brazos y posteriormente de la cabeza (Figuras 1, 2 y 3).

Figura 1



Figura 2



Figura 3



En caso de fallo en la extracción fetal con esta maniobra debe recurrirse a las maniobras de Müller, Rojas o Mauriceau.

Maniobra de Müller (Deventer-Müller). Se utiliza para el desprendimiento de los hombros, bien por fracaso de la maniobra de Bracht, o como sistemática asistencial para el desprendimiento de brazos y hombros.

Para realizarla, se debe coger el feto por la cintura pelviana con las dos manos con los pulgares sobre el sacro. Posteriormente, se debe rotar ligeramente el feto hacia el lado en que se orienta el dorso, a la vez que se tracciona hacia abajo, haciendo coincidir el diámetro bisacromial con el anteroposterior del estrecho inferior, para liberar el hombro anterior que aparecerá bajo la arcada púbica. Con el dedo índice de la mano homónima al brazo fetal a desprender, se alcanza el húmero fetal por el pliegue del codo y se debe descender el brazo por la cara anterior del feto. Mediante una tracción hacia arriba, levantando el tronco fetal, y de forma semejante a la descrita anteriormente, se debe descender y liberar el brazo y el hombro posterior. Descendidos los brazos y liberados los hombros, con el dorso fetal en anterior, se procederá al desprendimiento de la cabeza (Maniobra de Mauriceau)⁽³²⁾.

Maniobra de Rojas-Löwset. Es una maniobra alternativa para el desprendimiento de los hombros transformando el hombro posterior en anterior, mediante una rotación simultánea de 180°.

Visualizado el ángulo inferior de la escápula, se coge el feto de forma semejante a la descrita en la maniobra de Müller. Se ejerce una tracción hacia abajo hasta que la escápula pase la arcada púbica, seguida de una rotación fetal de 180° y siempre hacia abajo, facilitando el descenso y desprendimiento del hombro posterior que aparecerá bajo la sínfisis del pubis. Rotando el tronco fetal 180° en sentido inverso, a la vez que se tracciona hacia abajo, se transforma el nuevo hombro posterior en anterior dando lugar al desprendimiento del segundo hombro y del brazo. Realizada la extracción de los hombros nunca se debe presentar el dorso fetal orientado hacia abajo. Esto obligaría a la extracción de la cabeza fetal en occípito-sacra, lo que resulta una situación más difícil y traumático para el feto.

Maniobra de Mauriceau (Mauriceau-Levret-Veit-Smellie). Es la maniobra más utilizada en la extracción de la cabeza fetal. Una vez realizada la maniobra de Rojas-Löwset para el desprendimiento de hombros y brazos, la cabeza

fetal se debe encajar en la pelvis con el occipucio en anterior bajo la sínfisis púbica.

Desprendidos los hombros, se introduce la mano derecha entre los muslos del feto, hasta alcanzar la boca con los dedos índice y medio, quedando el feto a horcajadas en el antebrazo. Los dedos, índice y medio de la otra mano, enganchan los hombros del feto. Con los dedos introducidos en la boca se debe flexionar la cabeza fetal, en tanto que, con la otra se realizará una tracción hacia abajo en dirección al eje pélvico hasta llevar el occipital bajo la arcada púbica, levantando el brazo sobre el que reposa el tronco fetal lo flexionamos sobre el abdomen

de la madre. Con la ayuda de una presión sobre el fondo uterino, ejercida por un ayudante, a través de la pared abdominal, da lugar a la aparición por la horquilla perineal del mentón, nariz, frente y occipucio. El desprendimiento de la cabeza no debe ser brusco. Cuando aparece la boca fetal en el periné, conviene hacer una aspiración y liberar las vías respiratorias de secreciones y/o meconio (figuras 4, 5, 6 y 7).

Maniobra de Pinard. Es una variedad de la maniobra de Mauriceau para el desprendimiento de la cabeza. En lugar de introducir los dedos índice y medio en la boca fetal, éstos se apoyan sobre la apófisis cigmática del maxilar

Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



evitando de esta forma el riesgo de luxación del maxilar inferior.

Maniobra de Praga invertida. Rara vez el dorso fetal rota a posterior y cuando se da esta circunstancia, no es posible realizar la maniobra de Mauriceau para el desprendimiento de la cabeza, por lo que se debe recurrir a la maniobra de Praga invertida.

Esta maniobra empieza con dos dedos de la mano izquierda sobre los hombros, traccionando con la mano derecha de los pies hacia el abdomen de la madre y arriba⁽³³⁾.

CONCLUSIONES

Para la asistencia al parto podálico por vía vaginal se debe mantener una prudente espera hasta que el ángulo inferior de la escápula sea visible en la vulva, momento en el que la cabeza fetal ha entrado en la pelvis. Ahora la ayuda manual consistirá en desprender los hombros (maniobra de Bracht, maniobra de Muller o Rojas-Löwset), extrayendo con suavidad y lentitud la cabeza fetal (maniobra de Bracht, de Mauriceau).

Por lo tanto, son cuatro los tiempos que es preciso recordar:

- 1) Hasta que asoma por la vulva el ángulo inferior de la escápula, se mantiene una actitud expectante y de espera.
- 2) Extracción de los hombros para favorecer el descenso de la cabeza.
- 3) Extracción de la cabeza con lentitud y suavidad.

4) Mantener siempre el dorso fetal en posición anterior.

Recomendaciones:

- Si se planifica el parto vaginal, se necesita una gestión cuidadosa por parte de un equipo cualificado, acompañada de un monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal. Cuando tales condiciones no se cumplen o no se pueden cumplir, una cesárea planificada puede ser la mejor opción.
- Activar desde el primer momento los recursos necesarios para realizar el traslado al hospital de la forma más segura posible, avisando al hospital de referencia si surgieran complicaciones durante el traslado.
- Es aconsejable que la mujer esté acompañada en todo el proceso por un familiar o persona de confianza de su elección, prestándole apoyo emocional a ambos, siempre que sea posible.
- Se debe procurar que todo el material que se utilice sea limpio (mantas, toallas...) y mantener un ambiente cálido de cara al nacimiento.
- Es necesario no cortar el cordón si no hay material estéril para tal fin, su pinzamiento puede demorarse hasta la llegada al hospital; igualmente debe evitarse la pérdida de calor del recién nacido. Siempre que sea posible, el recién nacido permanecerá con su madre, fomentando el contacto piel con piel.
- Vigilar las constantes, el sangrado posparto y la contracción del útero cada 15 minutos, durante al menos dos horas o hasta la llegada al hospital^(35,36).

BIBLIOGRAFÍA

1. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust [Internet]. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2011 [consultado el 23/05/2020]. Disponible en: <http://www.nap.edu/read/13058/chapter/1>
2. Noli SA, Baini I, Parazzini F, Mauri PA, Vignali M, Gerli S *et al*. Preterm birth, low gestational age, low birth weight, parity, and other determinants of breech presentation: results from a large retrospective population-based study. *Biomed Res Int*. 2019;2019:9581439. <https://doi.org/10.1155/2019/9581439>
3. Cuadros Bedregal PK. Factores obstétricos asociados a la presentación pelviana en gestantes en el Hospital III Goyeneche (período 1 enero–31 diciembre 2017) [Internet]. Repositorio Institucional Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa: Arequipa; 2018. [consultado el 23/05/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5586>
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Partos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, maduridad, tamaño de los municipios y capital, normalidad del parto y asistencia sanitaria. [Internet]. 2015 [consultado el 23/05/2020]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/parto/a2015/10/&file=10003.px&L=0>
5. Kim GJ. Reviving external cephalic version: a review of its efficacy, safety, and technical aspects. *Obstet Gynecol Sci*. 2019; 62(6): 371–81. <http://dx.doi.org/10.5468/ogs.2019.62.6.371>
6. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicenter trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02840-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02840-3)
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Parto en la presentación de nalgas a término. Documento de consenso. Madrid: PROSEGO; 2001.
8. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(4):1002-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.10.817>
9. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet. Gynecol*. 2006;108(1):235-7. <https://doi.org/10.1097/00006250-200607000-00058>
10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Parto en la presentación de nalgas a término. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2011;54(9):478-500. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.07.005>
11. Gallot D. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF—Information et organisation. *Gynecol. Obstet. Fertil. Senol* 2020;48(1):132-5. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.019>
12. Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Gómez-Salgado J. Evidence-based Birth Attendance in Spain: Private versus Public Centers. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(5):894. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050894>
13. Chi C *et al*. Trends and predictors of cesarean birth in Singapore, 2005–2014: A population-based cohort study. *Birth*. 2018. <https://doi.org/10.1111/birt.12341>
14. Lutomski JE, Murphy M, Devane Declan, Meaney S, Greene RA. Private health care coverage and increased risk of obstetric intervention. *BMC Pregnancy Child*. 2014; 14:13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-13>
15. Hoxha I, Syrogiannouli L, Braha M, Goodman DC, da Costa BR, Jüni P. Cesarean sections and private insurance: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7:e016600. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016600>
16. World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2(8452):436–7.

17. McLelland G, McKenna L, Morgans A, Smith K. Epidemiology of unplanned out-of-hospital births attended by paramedics. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;15. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1638-4>
18. Zsirai L, Csákány GM, Vargha P, Fulop V, Tabák AG. Breech presentation: its predictors and consequences. An analysis of the Hungarian Tauffer Obstetric Database (1996–2011). *Acta Obstet. Gyn. Scan.* 2015; 95 (2016):347–54. <https://doi.org/10.1111/aogs.12834>
19. Carvajal Cabrera JA, Barriga Cosmelli MI. Manual de Obstetricia y Ginecología. 11th Ed. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2020.
20. Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco FJ, Brieba-del Río P, Vázquez-Lara D, Rodríguez-Díaz L. Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. *Rev Esp Salud Pública.* 2018; 92: e201809063.
21. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosas-Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* [Internet]. 30 de diciembre de 2019 [citado 28 de junio de 2020];70(4):253-65. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3345>
22. Mirghani HM, Khair H, Ahmed B. Leopold's maneuvers: How common is it in our daily practice? *Gynaecologia et Perinatologia.* 2007;16(2):79-82.
23. Ressler B, O'Beirne M. Detecting Breech Presentation before Labour: Lessons from a Low-Risk Maternity Clinic. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(8):702-6. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30174-2](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30174-2)
24. Bourtembourg A, Ramanah R, Martin A, Pugin-Vivot A, Maillot R, Riethmuller D. Fetal heart rate patterns of breech presentations during expulsion. A comparative study with cephalic presentations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(6):577-86. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.08.011>
25. Sananès N. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Bénéfices et risques pour l'enfant de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;48(1):95-108. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.023>
26. Rambow A, Brüggel M, Maass N, Farrokh A. Breech presentation – is vaginal birth obsolete? *Gynakologe.* 2019;52(2019):692-6. <https://doi.org/10.1007/s00129-019-4435-5>
27. Mattuizzi A. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Épidémiologie, facteurs de risque et complications. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2020;48(1):70-80. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.10.027>
28. Begam MA, Mirghani H, Al Omari W, Khair H, Elbiss H, Naeem T *et al.* Caesarean scar pregnancy: time to explore indications of the caesarean sections? *J. Obstet. Gynaecol.* 2019;39:365-71. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1519529>
29. Cui H, Chen Y, Li Q, Chen J, Liu C, Zhang W. Caesarean Rate and Risk Factors for Singleton Breech Presentation in China. *J Reprod Med.* 2016;61(5-6):270-4.
30. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosas-Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología,* 2019;70(4):253-65. <https://doi.org/10.18597/rcog.3345>
31. Dunn P. Erich Bracht (1882–1969) of Berlin and his “breech” manoeuvre. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003;88:F76–F77. <http://dx.doi.org/10.1136/fn.88.1.F76>
32. Labhardt A. Die Extraction nach Deventer-Mueller. *Arch. Gynak.* 1908;84:695-730. <https://doi.org/10.1007/BF01907390>
33. Vázquez-Lara JM, Rodríguez-Díaz L, Palomo-Gómez R. Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2014. [consultado el 23/05/2020]. Disponible

en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/Parto_extrahospitalario.htm

34. Simon LV, Hashmi MF, Bragg BN. APGAR Score. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.

35. Carbillon L, Benbara A, Tigaizin A, Murtada R, Fermaut M, Belmaghni F *et al.* Revisiting the management of term

breech presentation: a proposal for overcoming some of the controversies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20:263. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2831-4>

36. Vázquez-Lara JM, Rodríguez Díaz L. Procedimiento para los cuidados de enfermería en la atención al parto inminente fuera del área de partos: en planta o en urgencias hospitalarias o extrahospitalarias. *Enfermería de urgencias.* 2011;1(2):37-41.