



Universidad del País Vasco  
Euskal Herriko Unibertsitatea



Medikuntza eta Odontologia Fakultatea  
Facultad de Medicina y Odontología

Trabajo Fin de Grado  
Grado en Medicina

# Asistencia actual del parto de nalgas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Cruces

Autor:

Carlos Aguilar Heras

Director/a:

Txanton Martínez Astorquiza Ortiz de Zárate

© 2017, Carlos Aguilar Heras

Leioa, 28 de marzo de 2017

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>2. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>6</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>7</b>
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>13</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>14</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

Presentación de nalgas es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna y el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. Se le denomina también presentación pelviana y, de forma menos correcta, podálica <sup>1</sup>.

En el estudio y valoración obstétrica del parto en presentación de nalgas surgen dos problemas básicos y fundamentales. El primero es la consideración que tiene como parto de alto riesgo, no sólo con relación al parto en presentación cefálica, sino per se, es decir, por la etiología de la presentación de nalgas y del desarrollo del parto. El segundo problema, de difícil respuesta, es conocer la conducta asistencial en el parto que proporcione una mayor calidad de vida no sólo perinatal, sino materna.

En este sentido el parto en presentación de nalgas presenta una mayor morbilidad y mortalidad que el parto en presentación cefálica, bien por la posible prematuridad, por la existencia de defectos congénitos y por el riesgo de hipoxia y traumatismo del parto <sup>2</sup>. Estrictamente se trata de un parto de alto riesgo materno-perinatal, bien por las causas que determinan la estática fetal, bien por el mecanismo del parto o su desarrollo y por las maniobras empleadas para su asistencia <sup>3</sup>.

Las dos preguntas fundamentales sobre la asistencia al parto de nalgas giran en torno al papel preventivo y útil de la versión externa, así como llegar a conocer la vía del parto -vaginal o cesárea- que aporte una menor morbilidad y mortalidad materno y perinatal, es decir una mejor calidad de vida materno-fetal.

Hasta el año 2000, la evidencia científica no permitía decir cuál era el mejor método asistencial para el parto de nalgas a término <sup>4</sup>, aunque en ausencia de un estudio

definitivo, la indicación de la cesárea electiva parecía una opción razonable para las gestantes con presentación de nalgas a término <sup>2,3</sup>.

Sin embargo a partir de la publicación del trabajo de Hannah et al <sup>5</sup>, en octubre de 2000 en la prestigiosa revista *The Lancet*, de los resultados del Term Breech Trial (TBT) Collaborative Group, sabemos que los fetos extraídos por cesárea electiva tienen una menor morbi-mortalidad perinatal que los asistidos por vía vaginal.

Efectivamente, en los casos de cesárea electiva, en comparación con el parto vaginal, se observó una tasa menor de mortalidad perinatal, mortalidad neonatal y grave morbilidad neonatal. Estos resultados fueron más ventajosos para los países con bajas tasas de mortalidad perinatal.

No obstante, es preciso recordar que la cesárea no va a impedir lesiones traumáticas en la cabeza y cuello fetal y que, además, se asocia a un incremento de la morbilidad materna, aunque en el trabajo ya citado <sup>5</sup> sorprendentemente no es así.

Por tanto, tras analizar sus resultados, el TBT afirma que una política de cesáreas sistémicas es claramente mejor que un intento de parto vaginal (IPV) en caso de presentación de nalgas a término.

El TBT tuvo un gran impacto sobre la asistencia al parto vaginal en presentación podálica como lo demuestra una encuesta realizada en el año 2003 en más de 80 centros de 23 países, en donde el 92.5% de los centros encuestados habían abandonado la práctica del parto vaginal de nalgas a favor de la cesárea <sup>6</sup>.

Aunque la recomendación del TBT fue adoptada por organismos de importancia relevante, tales como el ACOG <sup>7</sup>, el RCOG <sup>8</sup> y, en nuestro país, por la SEGO <sup>9</sup>, otros organismos, como el CNGOF <sup>10</sup>, el centro Noruego para las Tecnologías de la Salud <sup>11</sup> y la Dirección de Asistencia Sanitaria de la consejería de Sanidad del Gobierno Vasco <sup>12</sup>, decidieron no seguir dichas recomendaciones basándose en que los contextos sanitarios, protocolos de indicaciones y habilidades profesionales eran diferentes a la de los centros y países que habían participado en el ensayo.

En los años posteriores algunas publicaciones criticaron tanto aspectos del diseño del estudio como metodológicos, así como las conclusiones finales<sup>13,14,15</sup> y, sobre todo, la validez externa<sup>16,17,18,19</sup>. Otras concluyeron que, con adecuados criterios de selección y manejo, el parto de nalgas era una opción razonable<sup>20,21,22</sup>. El análisis del seguimiento de los recién nacidos en el TBT, mostró que las secuelas neurológicas a largo plazo no fueron diferentes entre los recién nacidos por cesárea y los nacidos por vía vaginal, incluso en aquellos casos que, a corto plazo, habían presentado morbilidad neonatal grave (NE=Ib)<sup>23</sup>.

En el año 2006, en respuesta al TBT, Goffinet publicó el estudio PREMODA<sup>24</sup> que es un estudio multicéntrico, descriptivo, cuatro veces más grande que el TBT. Incluye datos de 8.105 mujeres de 174 centros de Francia y Bélgica empleando los mismos parámetros de resultados (mortalidad perinatal y morbilidad neonatal severa) que el TBT. El estudio es descriptivo y el porcentaje de mujeres que intentaron el parto vaginal varió entre los diferentes centros (47.8-89.0%). En conjunto, la tasa de cesáreas programadas fue del 69% y se intentó el parto vaginal en el 31%. Es decir, son datos consistentes con una no-randomización. De las 2.526 mujeres que intentaron el parto vaginal, 1.796 (71%) tuvieron el parto por vía vaginal con una tasa media global de parto vaginal del 22.5%. Todos los casos fueron monitorizados durante el parto y se realizó a todas las parturientas una ecografía previa o al inicio del parto. Se hizo una radiopelvimetría en el 82% de los casos.

Aunque no son estrictamente comparables, los resultados del estudio PREMODA contrastan con los del TBT. No hubo diferencias en la mortalidad perinatal ni en la morbilidad neonatal severa entre el intento de parto vaginal y la cesárea electiva. La única diferencia fue que el intento de parto vaginal presentó una tasa más elevada de test de Apgar a los 5 minutos inferior a 4.

En definitiva, este estudio señala que en aquellos centros donde la práctica del parto vaginal de nalgas sea una práctica habitual y donde existan criterios estrictos de

selección y atención del parto, el parto vaginal de un feto a término en presentación podálica es una opción segura (NE=IIa).

Otro estudio del 2006 reveló algunas de las consecuencias del TBT: supuso un incremento de 8.500 cesáreas entre 2001 y 2004. Probablemente se evitaron 19 muertes perinatales; sin embargo, se produjeron 4 muertes maternas potencialmente evitables. A consecuencia de la cicatriz uterina, hubo 9 muertes perinatales esperables y 3 recién nacidos con daño cerebral permanente. Además 140 mujeres sufrieron complicaciones potencialmente mortales. En definitiva, se necesitan 850 cesáreas electivas adicionales para salvar la vida de un niño <sup>25</sup>.

Estas razones, entre otras, hicieron que en el año 2006, el ACOG modificara sus recomendaciones del año 2001, señalando que el parto vaginal de un feto a término en presentación podálica constituye una opción razonable en un hospital que posea protocolos específicos tanto para la selección de las candidatas como para el manejo del parto <sup>26</sup>.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

Para poder llevar a cabo este estudio, se han recogido los datos obstétricos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Cruces de 2377 mujeres con un parto de nalgas a término. Este dato corresponde al total de presentaciones podálicas en el Hospital de Cruces en 10 años (2003-2012).

De este total de pacientes, se llevó a cabo la versión cefálica externa en 1360 mujeres. Las principales características, ventajas y complicaciones de dicho proceso las expongo en el apartado de discusión.

Por otro lado, también se han estudiado aquellas pacientes en las que no se ha realizado la versión cefálica externa (1017 pacientes) y aquellas que, habiéndose realizado, no ha tenido éxito (667). En total suponen 1684 presentaciones de nalgas al nacimiento. En el punto referente a la conclusión expongo los requisitos necesarios en el Hospital de Cruces para intentar llevar a cabo un parto de nalgas vía vaginal.

Por último, se ha analizado la morbi-mortalidad de un total de 1677 partos de nalgas, clasificándolos en función de la vía de parto: vaginal o por cesárea. Los datos a estudio han sido recogidos del registro de parto del Hospital de Cruces y clasificados en seis ítems:

- pH umbilical
- Apgar 5' menor de 4
- Apgar 5' menor de 7
- Ingresos
- Morbilidad
- Mortalidad

### **3. OBJETIVOS**

El objetivo de este trabajo es revisar la bibliografía del parto de nalgas vía vaginal, así como contrastar estos datos con los resultados de un estudio retrospectivo a 10 años en el Hospital de Cruces en el que se cuantifican los partos en presentación de nalgas vía vaginal y por cesárea y se valora la morbi-mortalidad materno-fetal.

## 4. RESULTADOS

El Servicio de Ginecología del Hospital de Cruces ha realizado un estudio de cohortes retrospectivo de 10 años. Ha analizado las 2.377 presentaciones de nalgas a término, especificando a cuantas se le practicó versión cefálica externa (VCE), y finalmente, que número de mujeres dieron a luz vía vaginal y cuántas mediante cesárea. Los resultados son los siguientes:

De las 2377 presentaciones de nalgas a término, se practicó la VCE a 1360. El porcentaje de éxito fue de un 50,3%, determinando un número de fetos en cefálica de 684, y en nalgas de 676. Posteriormente se produjeron 25 versiones espontáneas a cefálica (3,7%) y 16 versiones espontáneas a nalgas (2,3%). En total, fueron 693 presentaciones en cefálica al nacimiento. De estos, 579 tuvieron un parto vaginal (83,5%), mientras que la cesárea se llevó a cabo en 114 ocasiones (16,5%).

Por otra parte, fueron 667 las presentaciones de nalgas al nacimiento después de la VCE, que sumados a las 1017 presentaciones de nalgas sin VCE, hacen un total de 1684 presentaciones de nalgas al nacimiento. De estas, en 793 se practicó una cesárea electiva (47,1%). En contrapartida, en 891 casos se intentó un parto vaginal (52,9%), de los cuales 379 finalizaron con cesárea intraparto (42,5%). Sumadas a las cesáreas electivas hacen un total de 1172 cesareas en nalgas (69,6%).

De los 891 intentos de parto vaginal se consiguió llevarlo a cabo en 512 ocasiones (57,5%), lo que finalmente supone un porcentaje de parto vaginal de nalgas del 30,4%.

Por último, sumando el total de los partos vaginales y por cesárea de los nacimientos en cefálica y de nalgas, han sido 1091 vía vaginal (45,9%) y 1286 por cesárea (54,1%).

Además de cuantificar el total de partos en presentación cefálica, también se ha analizado la morbi-mortalidad de 1677 recién nacidos, analizando seis variables diferentes y clasificándolos según la vía de parto haya sido vaginal (883) o por cesárea (794).

- pH umbilical: vía vaginal se obtuvo una media de 7,19+/- 0,09. Por cesárea fue de 7,25+/- 0,07 (p menor de 0,05).
- Apgar a los 5 minutos menor de 4: por vía vaginal se produjo en un 0,7%. Por cesárea en el 0% (p menor de 0,05).
- Apgar a los 5 minutos menor de 7: vía vaginal apareció en un 2,3%, mientras que por cesárea en un 0,4% (p menor de 0,05).
- Ingresos: vía vaginal un 2,3% y por cesárea un 2,0% (no significativo).
- Morbilidad: vía vaginal en el 0,27% y en cesárea 0,16% (no significativo).
- Mortalidad: vía vaginal fallecieron 2 recién nacidos y por cesárea 1 (no significativo).

Por último, se ha realizado un estudio acerca de cuál sería la tasa de cesáreas realizadas dependiendo del tipo de intervención previa:

- Sin ninguna intervención, la tasa de cesáreas totales sería del 15,2%, con una tasa de cesárea en los partos de nalgas del 4,9%.
- Si se atendieran los partos de nalgas intentando llevar a cabo un parto vaginal, la tasa de cesáreas totales se reduciría a 14%, bajando la tasa de cesáreas en nalgas a un 3,7%.
- Al realizar la versión cefálica externa el porcentaje total se reduciría a un 13,5%, mientras que el porcentaje en nalgas pasaría a ser del 3%.
- Y finalmente, si se llevase a cabo la VCE junto a un intento de parto vaginal, las cesáreas totales serían de un 12,8%, reduciendo la tasa de cesáreas en nalgas a un 2,2%.

## 5. DISCUSIÓN

Tras revisar los resultados obtenidos por el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Cruces en el parto de nalgas, se observa que gran parte de su éxito tanto en disminuir el número de cesáreas como el de presentaciones de nalgas es la versión cefálica externa.

Si se realiza, se recomienda que la versión se haga a partir de la semana 37 por cuanto en este momento la probabilidad de versión espontánea es reducida, la tasa de éxitos mayor y además se evita la posible prematuridad yatrógena <sup>27</sup>. Se estima que la tasa media de éxito de la versión se sitúa alrededor del 65% y probablemente el factor que más importancia tiene en el éxito o fracaso de la técnica es la experiencia de quien realiza la versión <sup>28</sup>.

Es conveniente que durante la maniobra se controle la situación fetal con el ecógrafo y la FCF con el cardiotocógrafo. El intento se debe interrumpir si se produce una bradicardia fetal o aparecen molestias maternas importantes, si la versión no se puede completar fácilmente o si no tiene éxito tras un breve periodo de tiempo <sup>29</sup>. Con independencia del éxito o del fracaso de la versión, se debe evaluar de nuevo el estado fetal después del procedimiento. Se recomienda la monitorización del feto durante 30-45 minutos. Si la cardiotocografía es normal y no hay pérdidas sanguíneas ni dolor, la paciente puede ser enviada a su domicilio, recomendando un reposo relativo de 24 horas <sup>28</sup>.

La versión externa es una técnica que no está exenta de complicaciones, aunque si se realiza de forma correcta, el riesgo es bajo <sup>28</sup>. Entre ellas están las hemorragias, rotura de membranas, circulares de cordón, desprendimiento de placenta, muerte fetal, transfusión feto-materna, rotura uterina y el inicio del parto. Por todo ello, se recomienda que la técnica se practique en un área adecuada y preparada para la atención inmediata de las citadas complicaciones <sup>30</sup>.

En el Hospital de Cruces, se ha comprobado que la VCE disminuye la tasa de nalgas en el momento del parto y la tasa de cesáreas, con un NNT para prevenir una cesárea de 2-4 <sup>31</sup>.

En el año 2002, donde se realizaron 23 VCE, el número de nalgas a término fue de 233. A partir de dicho año, se fueron incrementando progresivamente el número de VCE, alcanzando en 2012 un total de 198 versiones. El número de nalgas a término en dicho año fue de 143.

Por tanto, el porcentaje de nalgas a término en 2002 fue de un 4.5% del total de partos. En el 2012 esta cifra fue de 2.48%. De esto se desprende que mediante la VCE el Hospital de Cruces ha conseguido disminuir la tasa de partos de nalgas a término en casi un 50%.

En definitiva, la versión externa puede ser considerada como una técnica segura que disminuye la incidencia de presentaciones podálicas en el parto con un mínimo riesgo para la madre y para el feto <sup>32</sup>.

Sin embargo, como ya se ha observado en el apartado de resultados, la VCE no se realiza a todas las parturientas. Además hay un porcentaje de casos en los que se realiza sin éxito o en los que el feto se versiona de nuevo a nalgas. Es en estos casos donde se plantea la posibilidad de realizar el parto vía vaginal.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Cruces tiene una de las tasas más altas de Europa de parto vaginal en presentación de nalgas. Parte de este éxito radica en tener unos criterios establecidos para llevar a cabo dicho proceso.

En primer lugar se necesita el cumplimiento de los tres siguientes requisitos:

- Peso: mayor o igual a 2000g y menor de 4000g.

- Presentación de nalgas: completas o puras; no incompletas.
- Actitud de la cabeza fetal: flexionada o indiferente, no deflexionada.

Puesto que la seguridad debe ser máxima tanto para la madre como para el feto, se intenta disminuir las posibles complicaciones derivadas de un parto de nalgas vía vaginal. Es por esto que se exige la presencia de:

- Medios para realizar una posible cesárea urgente.
- Dos tocólogos.
- Un anestesista disponible.
- Asistencia pediátrica.

Otros dos aspectos a tener muy en cuenta en un parto de nalgas vía vaginal son la oxitocina y la anestesia.

En cuanto a la oxitocina, podrá ser utilizada para corregir una dinámica uterina inadecuada tras la administración de analgesia neuroaxial. Puede considerarse aceptable la utilización de oxitocina en casos de ausencia de progresión de la dilatación con hipodinamia primaria, tras valorar la existencia de una adecuada proporción feto-pélvica <sup>8,9</sup>.

La anestesia se utilizará con los mismos criterios que en la presentación cefálica. Sin embargo, dada la alta probabilidad de tener que practicar maniobras para la extracción de los hombros y cabeza fetal, se aconseja que llegado este momento, la mujer cuente con algún tipo de analgesia eficaz, preferiblemente neuroaxial <sup>8</sup>.

Un último aspecto muy importante en un parto de nalgas vaginal es la monitorización fetal. La presentación de nalgas a término no es una indicación por sí misma para la monitorización electrónica fetal <sup>33</sup>. Sin embargo, dado que el factor evitable más importante entre las causas de muerte perinatal en los partos de nalgas es la vigilancia subóptima durante el parto y en particular una inadecuada valoración del

bienestar fetal, la mayoría de las publicaciones recomiendan la monitorización electrónica continua de la FCF <sup>34</sup>.

En definitiva, y de acuerdo a los resultados del Hospital de Cruces y otros centros, el intento de parto vaginal en pacientes estrictamente seleccionados constituye una opción razonable <sup>35</sup>.

Un estudio distinto al anterior en el que se incluye un mayor número de mujeres vuelve a reiterar que la oferta de un parto vaginal de nalgas a pacientes estrictamente seleccionadas, constituye una opción apropiada sin comprometer los resultados maternos ni neonatales <sup>36</sup>.

Otro aspecto a tener en cuenta es si el mínimo e incierto incremento en los resultados neonatales justifican las complicaciones adversas de las cesáreas <sup>37</sup>. Y es que se ha comprobado en recientes estudios que la cesárea electiva no garantiza la mejoría en los resultados en el niño, pero puede incrementar el riesgo materno en comparación con el parto vaginal <sup>38</sup>.

Finalmente, y en vista de la insignificante diferencia en los resultados materno-fetales, la asistencia regular al parto de nalgas debe llevarse a cabo en todas las maternidades de los hospitales <sup>39</sup>.

## 6. CONCLUSIONES

1. El parto vaginal de nalgas es una opción razonable en mujeres que cumplan los criterios de selección.
2. La cesárea innecesaria implica mayor morbilidad materna a corto y largo plazo.
3. La versión cefálica externa es un método seguro para reducir la tasa de presentación podálica.
4. El entrenamiento en las maniobras del parto vaginal de nalgas es altamente recomendable.
5. Protocolizar el manejo de la presentación podálica es imprescindible para racionalizar la tasa de cesáreas.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Grallj Y, Dubois J, Moquet P, Poulain P, Blanchot J, Laurent MC. Présentation du siege. *Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris), Obstetrique* 1994;5049-L-40:1-17.
2. Izquierdo F, Almagro JM, Bermejo JA. Parto podálico. Protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia. (I). *Obstetricia. S.E.G.O.* 1994;34:195-198.
3. Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hankins G y Clark S. Distocia: Presentación, posición y desarrollo anormal del feto. En *Williams Obstetricia*, 20ª Ed, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 1998;18:407-429.
4. Cruikshank D. Presentaciones anormales y complicaciones del cordón umbilical. En Scott J, Di Saia P, Hammond C, Spellacy W. Danforth. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 8ª Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México. 2000;27:437-455.
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnet ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375- 1383.
6. Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah ME. Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003;25:14-6
7. Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion number 265, December 2001. Mode of term single breech delivery. *Obstet Gynecol.* 2001 Dec;98(6):1189-90.
8. The Management of Breech Presentation. Guideline No. 20b. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; revised 2001. December 2006.
9. Documento de consenso. Parto de nalgas. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diciembre 2001.
10. Carbonne B, Goffinet F, Bréart G, Frydman R, Maria B, Uzan S; Groupe de Travail sur le Siège et la Césarienne. The debate on breech presentation. Delivery of breech presentations: the position of the National College of French Gynecologists. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2001 Apr;30(2):191-2.
11. Senter for medisinsk Metodevurdering. Fodsels av barni setelere til termin. Assistert vaginal fodsels eller keisersnitt SMM report no 3/2003. Oslo: SINTEF Unimed; 2003.1.

12. Documento de consenso. Recomendaciones de actuación en el parto de un embarazo a término con feto único en presentación de nalgas. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Febrero 2003.
13. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Jan;194(1):20-5.
14. Yamamura Y, Ramin KD, Ramin SM. Trial of vaginal breech delivery: current role. *Clin Obstet Gynecol.* 2007 Jun;50(2):526-36.
15. Kotaska A. Inappropriate use of randomized trials to evaluate complex phenomena: Case study of vaginal breech delivery. *BMJ.* 2004;329:1039-1042.
16. Halmesmaki E. Vaginal term breech delivery – a time for reappraisal? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:187-90.
17. Keirse MJ. Evidence-based childbirth only for breech babies? *Birth.* 2002 Mar;29(1):55-9.
18. Lumley J. Any room left for disagreement about assisting breech births at term? *Lancet.* 2000;356(9239):1369-70.
19. Haheim LL, Albrechtsen S, Berge LN, Bordahl PE, Egeland T, Henriksen T, Olan P. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Feb;83(2):126-30.
20. Papp Z. Breech deliveries and cesarean section. *J Perinat Med.* 2003;31(5):415-9.
21. Uotila J, Tuimala R, Kirkinen P. Good perinatal outcome in selective vaginal breech delivery at term. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Jun;84(6):578-83.
22. Doyle NM, Riggs JW, Ramin SM, Sosa MA, Gilstrap LC 3<sup>rd</sup>. Outcomes of term vaginal breech delivery. *Am J Perinatol.* 2005 Aug;22(6):325-8.
23. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S; Term Breech Trial Collaborative Group. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Sep;191(3):917-27.
24. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al.; 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;194:1002-11.

25. Verhoeven AT, de Leeuw JP, Bruinse HW. [Breech presentation: infant versus mother]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2006 Jan 7;150(1):61-3
26. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol*. 2006 Jul;108(1):235-7.
27. Melchor JC. Epidemiología de la presentación podálica. En: Fabre E.: *Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Patológico*. Zaragoza. 1999;8:155-164.
28. Cararach V, Melchor JC, Palacio M. Versión externa e interna. En: *Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Patológico*. Fabre E (ed). Zaragoza.1999;13:205-222.
29. Coco AS, Silverman SD. External cephalic version. *Am Fam Physician* 1998;58:742-744. (publicadas erratas en *Am Fam Physician* 1998;59:1122).
30. ACOG practice bulletin. External cephalic version. *Int J Gynecol Obstet* 2001;72:198-204
31. Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2001. Oxford: Update Software.
32. Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012
33. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnet ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356(9239): 1375-83.
34. Vidaeff AC. Breech delivery before and after the Term Breech Trial. *Clin Obstet Gynecol*. 2006 Mar;49(1):198-210.
35. Hopkins LM. *J Perinatol*. 2007 Mar;27(3):141-6
36. Yamamura Y. *Clin Obstet Gynecol*. 2007 Jun;50(2):526-536
37. Schutte JM. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(2):240-3
38. Jadoon S. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2008 Sep;18(9):555-8
39. Singh A. *J Obstet Gynaecol India*. 2012 Aug;62(4):401-5