



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

Evaluación del conocimiento de la versión cefálica externa y de las preferencias sobre el manejo de la presentación podálica a término entre mujeres en edad fértil



C.S. Piñel Pérez*, C.G. Caliendo, M.J. Gómez-Roso Jareño y J.J. López Galián

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Quirónsalud San José. Obstetricia y Ginecología de la Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

Recibido el 29 de junio de 2020; aceptado el 6 de mayo de 2021

Disponible en Internet el 29 de junio de 2021

PALABRAS CLAVE

Presentación de nalgas;
Cesárea;
Versión cefálica externa;
Cuestionario

Resumen

Objetivo: Evaluar los conocimientos generales y preferencias iniciales de las pacientes en edad fértil en España sobre el manejo de la presentación podálica a término.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal basado en la administración a las participantes de un cuestionario para evaluar sus conocimientos sobre la versión cefálica externa y preferencias entre esta, la cesárea y el parto de nalgas.

Resultados: Doscientas mujeres participaron en el estudio. Cuarenta y uno (20,5%) habían oído hablar de la versión cefálica externa. El 29,27% por un ginecólogo, el 12,20% por una matrona, el 39,02% por conocidos, el 26,83% por internet o redes sociales y el 2,44% por la televisión. La edad, la formación académica y el hecho de estar embarazadas no fueron factores influyentes para conocer o no la versión cefálica externa. Las multiparas conocían mejor el procedimiento (OR = 2,1; IC 95%: 1,14-3,88). El 63,5% elegirían la versión cefálica externa frente al 35% que eligieron la cesárea programada. El 1,5% se decantaron por un parto de nalgas. La mayoría de las mujeres consideraron la técnica efectiva (58%) y segura tanto para la madre (55%) como para el feto (46,5%).

Conclusiones: El conocimiento de las pacientes sobre la versión cefálica externa y las fuentes de las que dicen tener la información demuestran una carencia en la información que reciben por parte de ginecólogos y matronas.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.s.pinel@gmail.com (C.S. Piñel Pérez).

KEYWORDS

Breech presentation;
 Cesarean section;
 External cephalic
 version;
 Survey methodology

Evaluation of knowledge of external cephalic version and term breech presentation management preferences in women of childbearing age

Abstract

Objective: To assess the knowledge and preferences for term breech management in women of childbearing age.

Material and methods: Cross-sectional study based on a survey for women to evaluate their knowledge of external cephalic version and their preferences between this procedure, vaginal breech delivery or cesarean section.

Results: 200 women participated. 41 women (20.5%) had heard of external cephalic version; 29.27% from gynecologists, 12.20% from midwives, 39.02% from acquaintances, 26.83% from the internet or social networks and 2.44% from television. Multiparous woman knew more about the procedure (OR = 2.1; 95% CI: 1.14-3.88). 63.5% would choose external cephalic version. 35% would prefer programmed cesarean section. 1.5% would opt for a breech delivery. Most of the women considered the technique to be effective (58%) and safe for both the mother (55%) and the fetus (46.5%).

Conclusions: Patients' knowledge of external cephalic version is poor. The results show a lack of information by their healthcare providers.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La prevalencia de la presentación podálica a término se estima entre un 3 y un 4%¹⁻³. Su manejo ha sido objeto de controversia en los últimos años. Desde la publicación del *Term Breech Trial* en 2000⁴, se objetivó un alarmante incremento de la tasa de cesáreas en las presentaciones podálicas a término, ya que se adoptó una política de cesárea programada como alternativa más segura⁵. Posteriormente fueron apareciendo algunas publicaciones⁶⁻¹⁸ que criticaban muchos de los aspectos metodológicos, las conclusiones y la validez externa de este estudio. En 2006, el estudio PREMODA¹⁹ no halló diferencias en la mortalidad perinatal ni en la morbilidad neonatal severa entre el intento de parto vaginal y la cesárea electiva.

Pese a estas evidencias, la tasa de cesáreas en las presentaciones de nalgas se ha mantenido elevada. La versión cefálica externa, que durante el siglo XX fue perdiendo importancia y cayó en desuso, fue retomada debido a la mejora tecnológica y de la protocolización obstétrica de finales del siglo, de modo que se acabó aceptando nuevamente la realización de esta técnica, mucho más segura y eficaz, siendo aceptada como técnica de elección por la mayoría de las sociedades científicas²⁰⁻²². Tiene una tasa de éxito de aproximadamente un 58%²³. Se puede considerar un procedimiento seguro tanto para la madre como para el feto. No obstante, existe una mínima incidencia de complicaciones que suponen un riesgo para el bienestar fetal, que obligarían a realizar una cesárea urgente (0,35-2%). El riesgo de mortalidad fetal es muy bajo (0,02-0,8%)²⁴.

Hay pocos estudios actuales que evalúen el conocimiento y la actitud de las mujeres en edad fértil hacia la versión cefálica externa. Las pacientes que no valoran o desconocen las ventajas que supone el parto vaginal frente a la cesárea, se decantan por esta última opción directamente. El motivo de este rechazo suele ser la desconfianza en la versión

cefálica externa basada en una opinión preadquirida sobre un posible perjuicio del pronóstico neonatal, ocasionada por el desconocimiento del procedimiento y sus características. Leung²⁵ en 2000 realizó un estudio sobre la actitud de las mujeres (150 embarazadas) ante la presentación de nalgas a término en Hong Kong, encontrando que solo un 57,3% optarían por una versión cefálica externa, frente a un 42% que elegirían la cesárea electiva. Sólo un 0,7% eligieron directamente un parto de nalgas. Únicamente un 15,3% de las pacientes habían oído hablar del procedimiento previamente, el 47,8% de ellas por otros médicos, el 39,1% por conocidos y el 13% por los medios de comunicación. Los motivos del rechazo fueron fundamentalmente que pensaban que era una técnica poco efectiva, insegura para la madre o insegura para el feto²⁵. Otros autores obtuvieron resultados similares en estudios del mismo tipo y en poblaciones similares a la nuestra, con un nivel de desarrollo parejo, como Say (2013)²⁶ en un estudio cualitativo en Inglaterra con 11 embarazadas, Raynes-Greenow (2004)²⁷ con 174 embarazadas en Sidney (Australia) o Yogev (2002)²⁸ con 154 embarazadas en Israel.

El objetivo del presente estudio es evaluar si las pacientes en edad fértil en España conocen la versión cefálica externa y sus preferencias sobre el manejo de la presentación podálica a término entre cesárea, parto de nalgas y versión cefálica externa (tras una breve descripción de esta última) en esta época en la que los medios, internet y las redes sociales pueden actuar como importantes canales de información para las pacientes.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio transversal. Todas las pacientes participantes fueron captadas en las consultas de obstetricia y ginecología. Los criterios de inclusión fueron: a) mujeres en edad fértil; b) mayores de 18 años; c) que sean

Tabla 1 Tabla de puntos clave

1. La versión cefálica externa es la técnica de elección ante la presentación podálica a término para la mayoría de las sociedades científicas.
2. Pocos estudios han evaluado el conocimiento de esta técnica y sus características, así como las preferencias de las pacientes sobre el manejo de la presentación podálica a término.
3. Estudio transversal basado en la aplicación de un cuestionario a 200 mujeres.
4. El conocimiento de las pacientes sobre la existencia de la versión cefálica externa es escaso y las fuentes de las que dicen tener la información demuestran una carencia en la información que reciben por parte de ginecólogos y matronas.
5. Una vez recibida una mínima información al respecto, la mayoría de las participantes en el estudio demostraron una favorable percepción hacia la efectividad de la técnica, pero mostraron dudas en cuanto a su seguridad, especialmente a nivel fetal.

capaces de comprender el idioma español tanto para la lectura y cumplimentación del cuestionario como de la hoja de información del estudio y el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: a) gestantes a término; b) mujeres con déficits intelectuales o diagnóstico previo de patología psiquiátrica; c) personal sanitario. Basado en estudios previos similares^{25,27}, se estableció un tamaño muestral deseable de 200 sujetos (tabla 1).

Se diseñó un cuestionario de preguntas cerradas a partir de otros cuestionarios previos y tras la opinión de los investigadores, así como de otros obstetras y matronas del hospital que evaluaron el cuestionario y lo consideraron adecuado y comprensible. Se realizó una prueba piloto con 10 mujeres para valorar su comprensión y opinión sobre el cuestionario. Lo consideraron un cuestionario fácil de entender y sencillo de cumplimentar en un tiempo aproximado de cinco minutos. El cuestionario se divide en tres partes. La primera parte recaba datos epidemiológicos, como la fecha de nacimiento, la fecha de realización del cuestionario, antecedentes obstétricos, estado actual (embarazada o no) y formación académica previa. La segunda parte del cuestionario pregunta sobre si la paciente conoce la versión cefálica externa y en caso afirmativo, por qué medios. Tras estas preguntas, se da una breve descripción en términos comprensibles por personal no sanitario de lo que es la versión cefálica externa. Por último, la tercera parte del cuestionario consta de preguntas sobre las preferencias de la mujer, en caso de tener su feto una presentación podálica a término y su opinión *a priori* sobre la efectividad y la seguridad de la técnica (tabla 2).

Una vez seleccionada una potencial participante, se le entregó la hoja de información sobre el mismo y el consentimiento informado. Una vez firmado este, se procedió a la aplicación del cuestionario. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética correspondiente a nuestro hospital. El reclutamiento de participantes y la administración del cuestionario fue llevada a cabo durante los meses de mayo, junio y julio de 2019 por los investigadores del estudio.

Además de las respuestas al cuestionario, se recogieron las siguientes variables: fecha de nacimiento y fecha del cuestionario (mediante las cuales se calculó la edad de la participante, que no se recogió de manera directa para evitar el sesgo de años cumplidos), la formación académica, estado actual (embarazada o no embarazada), paridad previa (número de hijos nacidos vivos que ha tenido la participante), cesáreas anteriores, partos vaginales previos y gestaciones con presentación de nalgas a término previas.

Los datos de los cuestionarios fueron registrados en una base de datos diseñada para este estudio mediante el *software* de gestión de datos de Microsoft Excel®. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa STATA® (StataCorp LLC, EE. UU.) en su versión número 13. Se utilizaron el test de χ^2 y el test exacto de Fisher para evaluar las asociaciones entre variables cualitativas y la *t* de Student y ANOVA para valorar las asociaciones entre variables cualitativas y cuantitativas. Para evaluar la significación estadística de las pruebas de hipótesis realizadas se eligió un valor alfa de 0,05. Estas pruebas se realizaron para evaluar si las características basales de la muestra (edad, formación académica, condición de embarazo actual o paridad previa) influyeron en el conocimiento sobre la versión cefálica externa y en las preferencias, con la hipótesis de que las mujeres con embarazos anteriores conocerían en mayor medida la versión cefálica externa.

Resultados

Se le entregó el cuestionario a 200 mujeres que cumplían los criterios de inclusión. Todas ellas aceptaron participar en el estudio, lo cual supone una tasa de participación del 100%. Los datos demográficos se resumen en la tabla 3. La edad media de las participantes fue de 36,75 años (desviación estándar [DE] 5,70). Sesenta y cinco mujeres estaban embarazadas en el momento de contestar el cuestionario, mientras que 135 no lo estaban. Aproximadamente la mitad de las participantes había tenido uno o más hijos (53,5%). Un 85% de las pacientes nunca habían sido sometidas a una cesárea, mientras que 19 mujeres (9,5%) habían tenido una cesárea y 11 mujeres (5,5%), dos. Siete mujeres (3,5%) se habían enfrentado a una presentación podálica a término en el pasado, de las cuales, a cinco se les informó u ofreció versión cefálica externa y una se sometió a dicho procedimiento. Esta paciente consiguió un parto vaginal. Las otras seis participantes con antecedente de presentación podálica a término optaron por una cesárea programada. La mayoría de las mujeres participantes declararon tener formación universitaria (82,5%).

De las 200 participantes, 41 (20,5%) habían oído hablar de la versión cefálica externa. Las fuentes de información por las que conocían la técnica se resumen en la figura 1. El 29,27% declaraban conocerla por un ginecólogo y el 12,20% por una matrona. La fuente de información principal fue el relato de conocidos, familiares o amigos, con un 39,02%. El 26,83% conocían la versión cefálica externa por internet o redes sociales. Una participante (2,44%) había oído hablar de ella en la televisión.

La edad no fue un factor influyente para conocer o no la versión cefálica externa ($p = 0,409$). Tampoco lo fue la formación académica ($p = 0,878$), ni el hecho de estar

Tabla 2 Cuestionario

Por favor, responda a las siguientes preguntas

1→¿Antes de realizar este cuestionario, había oído hablar de la versión cefálica externa?

- a.→No
- b.→Sí

2→Si la respuesta anterior es Sí, ¿por cuál o cuáles de los siguientes medios conocía usted esta técnica?

- a.→Un ginecólogo
- b.→Otro médico
- c.→Una matrona
- d.→Conocidos o familiares
- e.→Televisión o radio
- f.→Internet o redes sociales.
- g.→Otros. Especificar:

La versión cefálica externa es una técnica obstétrica mediante la cual, a través de una serie de maniobras manuales sobre el abdomen materno, se logra convertir una presentación fetal de nalgas, en una presentación cefálica, más favorable de cara al parto.

3→Si usted está o estuviera embarazada y, al final del embarazo su bebé estuviera de nalgas, por cuál de las siguientes opciones se decantaría, con la información de la que dispone en este momento?

- a.→Cesárea programada.
- b.→Versión Cefálica Externa.
- c.→Parto de nalgas.

4→¿Cómo de efectiva cree que es la Versión Cefálica Externa?

- a.→Efectiva
- b.→Neutral
- c.→No efectiva

5→¿Cómo de segura cree que es la Versión Cefálica Externa para la madre?

- a.→Segura
- b.→Neutral
- c.→Peligrosa

6→¿Cómo de segura cree que es la Versión Cefálica Externa para el feto?

- a.→Segura
- b.→Neutral
- c.→Peligrosa

Muchas gracias por su participación.

embarazada ($p = 0,317$). De las 107 múltiples, 29 mujeres habían oído hablar de la versión cefálica externa (27,1%), de manera que conocían mejor el procedimiento (odds ratio [OR] = 2,1; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,14-3,88) que las que no habían tenido hijos ($p = 0,013$). Así mismo, de las siete mujeres con antecedente de presentación podálica a término, cinco conocían la versión cefálica externa, por lo que conocían en mayor medida el procedimiento (OR = 3,8; IC 95%: 2,19-6,61) con respecto a las que nunca tuvieron dicho antecedente ($p = 0,001$).

Tras la breve información aportada por el cuestionario, a la pregunta de qué opción elegirían en caso de que sus fetos tuviesen al final del embarazo actual o potencial una presentación podálica, 127 mujeres (63,5%) se decantaron por la versión cefálica externa frente a 70 mujeres (35%) que eligieron la cesárea programada. Tres mujeres (1,5%) se enfrentarían a un parto de nalgas. En esta respuesta no se encontró asociación con el hecho de conocer previamente la técnica ($p = 0,078$). Tampoco con la edad materna ($p = 0,780$), la formación académica ($p = 0,471$), el hecho de estar embarazada ($p = 0,585$) ni la paridad ($p = 0,612$).

En la [figura 2](#), se resumen las respuestas a las preguntas sobre efectividad y seguridad de la versión cefálica externa.

La mayoría de las mujeres consideraron la técnica efectiva (58%) y segura tanto para la madre (55%) como para el feto (46,5%). Ni en el caso de la percepción *a priori* de la efectividad ($p = 0,968$), ni de la seguridad materna ($p = 0,761$) ni de la seguridad fetal ($p = 0,531$) se halló asociación con el hecho de conocer previamente la técnica.

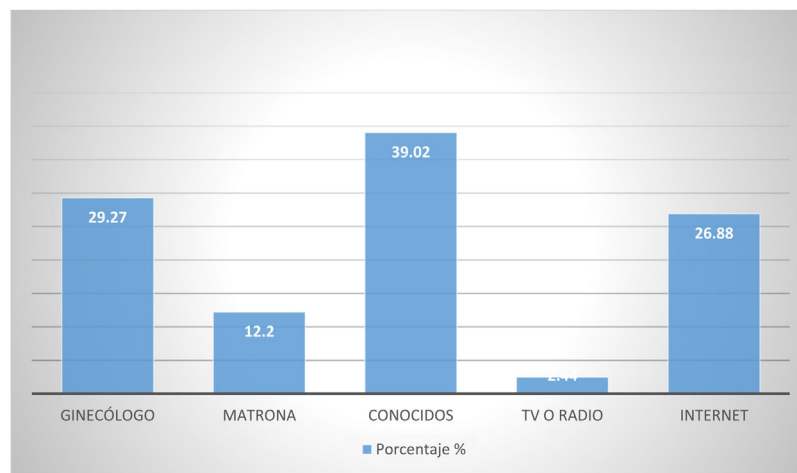
Discusión

Solamente un 20,5% de las participantes en el estudio habían oído hablar de la versión cefálica externa. No se encontró influencia de la edad, la formación académica ni del hecho de estar embarazada. Este porcentaje es similar al encontrado en el estudio de Leung²⁵ en 2000, que encontró un 15,3% de mujeres que conocían la técnica. Sin embargo, es muy inferior al resultado obtenido por Reynes-Greenow²⁷ en 2004 y al de Yogev²⁸ en 2002, que encontraron un porcentaje de conocimiento del procedimiento entre las muestras estudiadas del 66 y del 52,7%, respectivamente. Estos estudios son posteriores al *Term Breech Trial*⁴ y anteriores al estudio PREMODA¹⁹, el metaanálisis de Grootscholten²³ y a las actualizaciones de los diferentes protocolos obstétricos²⁰⁻²²

Tabla 3 Características demográficas de las participantes en el estudio

Características demográficas	Frecuencia	Porcentaje
<i>Formación académica</i>		
Ninguna	0	0
Primaria	1	0,5
Secundaria	34	17
Universitaria	165	82,5
<i>Estado actual</i>		
Embarazada	65	32,5
No embarazada	135	67,5
<i>Paridad</i>		
Múltiparas	107	53,5
Nulíparas	93	46,5
<i>Cesáreas anteriores</i>		
0	170	85
1	19	9,5
2	11	5,5
<i>Antecedente de podálica a término</i>		
No	193	96,5
Sí	7	3,5
<i>Edad</i>		
Media	DE Varianza	Asimetría Curtosis
(años)		
36,75	5,70 32,55	-0,96 2,56

DE: desviación estándar.

**Figura 1** Fuentes de información sobre la versión céfálica externa para las mujeres participantes

realizadas con el objetivo de reducir el incremento de la tasa de cesáreas que siguió a la publicación del TBT⁵. Por ello, resulta un dato llamativo el hecho de que menos de la mitad de las pacientes refirieron conocer la versión por un ginecólogo (29,27%) o una matrona (12,20%), un hallazgo similar al de los estudios previos. El relato de conocidos o familiares (39,02%) fue la fuente más comúnmente referida por las participantes. Mientras que la prensa clásica tuvo un lugar poco relevante (2,44%), la información de internet (fundamentalmente blogs, páginas web y redes sociales) se ha convertido en una fuente de información importante para las mujeres y, de hecho, tuvieron un porcentaje cercano al de la información de los ginecólogos (26,83%) para las

mujeres de nuestro estudio. El haber tenido algún embarazo a término en el pasado fue un factor que aumentó el conocimiento de las mujeres con respecto a la versión céfálica externa ($p = 0,013$), probablemente por las clases de preparación al parto y la información de los ginecólogos. Aun así, de ellas, solo un 27,1% conocían la técnica. Estos resultados ponen de manifiesto que la información emitida por ginecólogos y matronas sobre la versión céfálica externa durante los embarazos es muy escasa, probablemente, entre otras cosas, por la desconfianza en la técnica por parte de los profesionales y por la falta de tiempo. Un dato interesante en este sentido es que dos de las mujeres que habían tenido cesáreas por presentación podálica a término en el pasado

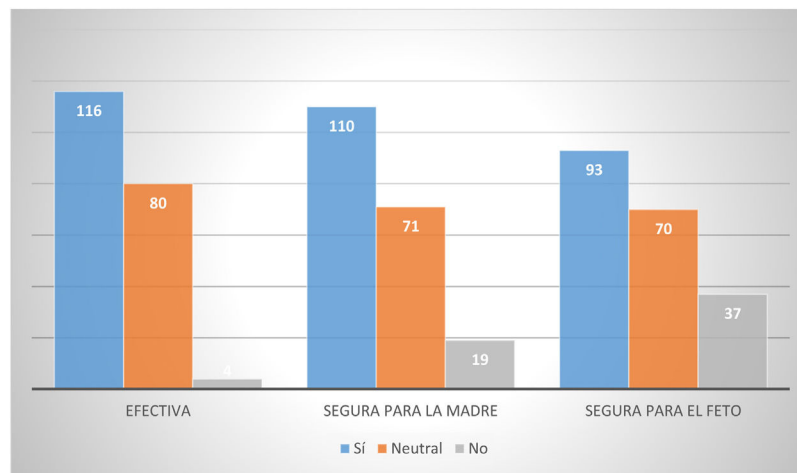


Figura 2 Percepción a priori de la efectividad y seguridad materno-fetal de la versión cefálica externa.

no habían oído hablar nunca de la técnica. Por tanto, sería interesante poner en marcha medidas para incrementar el conocimiento y la confianza en la versión cefálica externa entre los profesionales.

Una vez conocido el objetivo de la versión cefálica externa, las participantes en el estudio demostraron una favorable percepción hacia la efectividad de la técnica, y, de hecho, un 63,5% se decantarían por este procedimiento, pero mostraron más dudas en cuanto a su seguridad, especialmente a nivel fetal. Estos resultados también son acordes con estudios previos. No se objetivaron asociaciones entre ninguno de los factores estudiados y esta decisión. Probablemente sería recomendable incrementar la información sobre la versión cefálica externa y sus características para las mujeres, tanto durante el seguimiento del embarazo en la consulta y en las clases de preparación al parto como en internet, herramienta imprescindible en nuestros días y de amplio seguimiento entre las pacientes. Con estas medidas se puede ayudar a las mujeres a tomar decisiones más consensuadas y seguras en caso de enfrentarse a una presentación podálica a término en sus embarazos. Otros autores^{29,30} han puesto en marcha modelos con este objetivo, con buenos resultados.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se debe señalar un posible sesgo de selección, al tratarse de pacientes procedentes de consultas de obstetricia y ginecología. Este hecho puede limitar su validez externa. Sería interesante en el futuro llevar a cabo estudios similares en una muestra de población general para evaluar si los resultados son similares. Así mismo, probablemente tendría interés realizar una investigación sobre la opinión de ginecólogos y matronas sobre la técnica, la tasa de profesionales que la realizan, así como sus hábitos de recomendación en consulta.

Conclusiones

El conocimiento de las pacientes sobre la existencia de la versión cefálica externa es escaso y las fuentes de las que dicen tener la información demuestran una carencia en la información que reciben por parte de ginecólogos y matronas. Una vez recibida una mínima información al

respecto, la mayoría de las participantes en el estudio demostraron una favorable percepción hacia la efectividad de la técnica, pero mostraron dudas en cuanto a su seguridad, especialmente a nivel fetal. Por tanto, sería recomendable implementar medidas para favorecer que la información sea más accesible para las mujeres, tanto por parte de profesionales de la salud, como por internet, que en nuestro estudio ha demostrado ser una importante fuente de información.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Scheer K, Nubar J. Variation of fetal presentation with gestational age. *Am J Obstet Gynecol.* 1976;125:269–70, [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(76\)90609-8](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(76)90609-8).
2. Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation

- by gestational age at birth: a large population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166:851–2, [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(92\)91347-d](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(92)91347-d).
3. Acién P. Breech presentation in Spain, 1992: a collaborative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;62:19–24, [http://dx.doi.org/10.1016/0301-2115\(95\)02166-5](http://dx.doi.org/10.1016/0301-2115(95)02166-5).
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet.* 2000;356:1375–83, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02840-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02840-3).
5. 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, [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)31077-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)31077-5).
6. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194:20–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2006.02.018>.
7. Yamamura Y, Ramin KD, Ramin SM. Trial of vaginal breech delivery: current role. *Clin Obstet Gynecol.* 2007;50:526–36, <http://dx.doi.org/10.1097/GRF.0b013e31804c9d24>.
8. Kotaska A. Inappropriate use of randomized trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. *BMJ.* 2004;329:1039–42, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7473.1039>.
9. Haheim LL, Albrechtsen S, Berge LN, Bordahl PE, Ege-land T, Henriksen T, et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:126–30, <http://dx.doi.org/10.1080/j.0001-6349.2004.00349.x>.
10. Uotila J, Tuimala R, Kirkinen P. Good perinatal outcome in selective vaginal breech delivery at term. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84:578–83, <http://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00248.x>.
11. Doyle NM, Riggs JW, Ramin SM, Sosa MA, Gilstrap LC. Outcomes of term vaginal breech delivery. *Am J Perinatol.* 2005;22:325–8, <http://dx.doi.org/10.1055/s-2005-871530>.
12. Molkenboer JF, Vencken PM, Sonnemans LG, Roumen FJ, Smits F, Buitendijk SE, et al. Conservative management in breech deliveries leads to similar results compared with cephalic deliveries. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2007;20:599–603, <http://dx.doi.org/10.1080/14767050701449703>.
13. Jadoon S, Khan Jadoon SM, Shah R. Maternal and neonatal complications in term breech delivered vaginally. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2008;18:555–8, <https://doi.org/10.2008/JCPSP.555558>.
14. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. *Obstet Gynecol.* 2004;103:407–12, <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000113625.29073.4c>.
15. Samouelian V, Subtil D. Breech delivery in 2008: vaginal delivery must subsist. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008;36:3–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.11.002>.
16. Vidaeff AC. Breech delivery before and after the term breech trial. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49:198–210, <http://dx.doi.org/10.1097/01.grf.0000197545.64937.40>.
17. Molkenboer JF, Roumen FJ, Smits LJ, Nijhuis JG. Birth weight and neurodevelopmental outcome of children at 2 years of age after planned vaginal delivery for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194:624–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.09.009>.
18. Roman H, Carayol M, Watier L, Le Ray C, Breart G, Goffinet F. Planned vaginal delivery of fetuses in breech presentation at term: prenatal determinants predictive of elevated risk of cesarean delivery during labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;138:14–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.06.019>.
19. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194:1002–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.10.817>.
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 161: external cephalic version. *Obstet Gynecol.* 2016;127:e54–61, <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001312>.
21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guideline No 20.a. external cephalic version and reducing the incidence of breech presentation. 2010.
22. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Guías de Asistencia Práctica. Versión Cefálica Externa. 2011.
23. Grootscholten K, Kok M, Oei SG, Mol BW, van der Post JA. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2008;112:1143–51, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31818b4ade>.
24. Burgos J, Cobos P, Rodríguez L, Osuna C, Melchor JC, Fernández-Llebrez L, et al. External Cephalic Version: A review of the evidence. *Curr Womens Health Rev.* 2011;7:405–15, <http://dx.doi.org/10.2174/157340411799079481>.
25. Leung TY, Lau TK, Lo KW, Rogers MS. A survey of pregnant women's attitude towards breech delivery and external cephalic version. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2000;40:253–9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828x.2000.tb03331.x>.
26. Say R, Thomson R, Robson S, Exley C. A qualitative interview study exploring pregnant women's and health professionals' attitudes to external cephalic version. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-4>.
27. Raynes-Greenow CH, Roberts CL, Barratt A, Brodrick B, Peat B. Pregnant women's preferences and knowledge of term breech management, in an Australian setting. *Midwifery.* 2004;20:181–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2003.10.002>.
28. Yoge Y, Horowitz A, Ben-Haroush R, Chen R, Kaplan B. Changing attitudes toward mode of delivery and external cephalic version in breech presentations. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;79:221–4, [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(02\)00274-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00274-6).
29. Vlemmix F, Rosman AN, Fleuren MA, Rijnders MEB, Beuckens A, Haak MC, et al. Implementation of the external cephalic version in breech delivery. Dutch national implementation study of external cephalic version. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:20, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-20>.
30. Nassar N, Roberts CL, Raynes-Greenow CH, Barratt A, Peat B. Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomized controlled trial. *BJOG.* 2007;114:325–33, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01206.x>.