

PROTOCOLO CLÍNICO ASISTENCIAL

Parto de Nalgas

(Presentación podálica) · Criterios de selección y protocolo asistencial para el parto vaginal de nalgas



Servicio de Obstetricia y Ginecología

Elaborado por: Dr. F. Esteban Navarro

Documento de referencia para el equipo asistencial de GineSmart Salud

Versión 1.0 · Julio 2026

01 Fundamento científico y objetivo

El estudio Hannah, publicado en octubre de 2000, concluyó que la cesárea programada reduce la mortalidad y la morbilidad perinatal y neonatal, a expensas de un ligero aumento de la morbilidad materna.

Estudios posteriores matizaron esta conclusión, al identificar sesgos de selección y de manejo. El estudio PREMODA, publicado en 2006, demostró que el parto vaginal de nalgas es seguro y presenta tasas de mortalidad y morbilidad similares a las de la cesárea electiva, siempre que se realice con criterios de selección estrictos, por personal cualificado y con experiencia.

Por tanto, la asistencia al parto debe considerarse individual y basarse en la valoración adecuada de cada situación clínica. El parto vaginal de nalgas se considera una opción aceptable en centros que cuenten con un protocolo adecuado, que permita seleccionar a las pacientes de bajo riesgo y dispongan de personal formado en este procedimiento.

3,5%

Incidencia de presentación de nalgas en gestaciones a término

12%

Incidencia de presentación de nalgas en partos pretérmino

02 Gestación pretérmino (< 37 semanas)

1. Edad gestacional < 32 semanas o peso fetal estimado < 1.500 g: cesárea electiva.
2. Edad gestacional entre 32 y 37 semanas con peso fetal estimado > 1.500 g: mismo protocolo que en la gestación a término (sección 03 y siguientes).

03 Tipos de presentación de nalgas

La presentación de nalgas a término se produce en el 3,5 % de las gestaciones, frente al 12 % en los partos pretérmino. En la gestación a término se distinguen tres variantes clínicas:

Tipo	Frecuencia	Descripción
Nalgas puras	65%	Extremidades extendidas a lo largo del tronco, con los pies a la altura de la cabeza.
Nalgas incompletas	30%	Caderas extendidas y una o ambas rodillas flexionadas, siendo uno o ambos pies la parte más baja de la presentación fetal. Más frecuente en el parto pretérmino.
Nalgas completas	5%	Caderas y rodillas flexionadas, con ambas piernas cruzadas (posición del indio).



Fig. 1 — De izquierda a derecha: nalgas puras, nalgas completas y nalgas incompletas.

04 Criterios de selección para el parto vaginal

Antes de indicar el parto vaginal de nalgas debe confirmarse de manera sistemática el cumplimiento de todos los criterios de inclusión y descartarse cualquier criterio de exclusión. La valoración debe apoyarse en la historia clínica, la exploración y la ecografía obstétrica.

4.1 · Criterios de inclusión

1. Gestaciones gemelares bicoriales biamnióticas en las que el primer gemelo esté en presentación cefálica.
2. Peso fetal estimado < 3.500 g.
3. Diámetro biparietal (DBP) < 96 mm.
4. Circunferencia abdominal > circunferencia cefálica.
5. Presentación de nalgas puras.
6. Cabeza fetal flexionada.
7. Ausencia de circulares de cordón.

4.2 · Criterios de exclusión

1. Nulíparas.
2. Cesáreas o cirugías uterinas previas.
3. Gestaciones gemelares monoamnióticas.
4. DBP > 96 mm.
5. Circunferencia cefálica > circunferencia abdominal.
6. Peso fetal estimado > 3.500 g.
7. Cabeza fetal deflexionada.
8. Presentación de nalgas completas o incompletas.
9. Circulares de cordón.

05 Vigilancia durante la dilatación y el expulsivo

Durante el curso del parto deben vigilarse de forma continua los siguientes criterios de exclusión, que obligan a reconsiderar la vía de parto:

1. Progresión inadecuada del parto (dilatación < 2 cm/hora).
2. Duración de la fase pasiva del expulsivo superior a 60 minutos.
3. Duración de la fase activa del expulsivo superior a 7 minutos.
4. Rotación de la cabeza fetal a occípito-sacra.
5. Distocia de hombros, con actitud fetal en brazos nucales.

Señal de alarma en la evolución del parto

Tanto la rotación a occípito-sacra como la distocia de hombros suelen producirse por una mala evolución del mecanismo del parto. Debe considerarse esta posibilidad ante un parto que no progresa según lo previsto y valorar la finalización mediante cesárea.



Fig. 2 — Presentación de nalgas: el polo cefálico ocupa el fondo uterino.

Autoría del protocolo

Protocolo elaborado por el Dr. F. Esteban Navarro, para su aplicación por el equipo asistencial de Obstetricia y Ginecología de GineSmart Salud. Su contenido debe revisarse periódicamente conforme a la evidencia científica vigente y a las guías clínicas de referencia.