



Revista Internacional de Acupuntura

www.elsevier.es/acu



Original

Uso de la acupuntura y moxibustión para corregir la presentación no cefálica: estudio de intervención en un centro hospitalario de tercer nivel

Maite Miranda García^{a,*}, Cristina Domingo Gómez^a, Dolores Gómez Roig^a
y Josefina Goberna Tricas^b

^a Área de la Dona, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

^b Departamento de Enfermería, Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de octubre de 2016

Aceptado el 28 de noviembre de 2016

On-line el 30 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Acupuntura y moxibustión

Presentación no cefálica

Malposición fetal

Versión cefálica externa

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar la efectividad del tratamiento con acupuntura y moxibustión en un entorno hospitalario, en mujeres embarazadas de 33 a 38 semanas de gestación con presentación no cefálica del feto.

Método: Estudio experimental de intervención, unicéntrico, en un centro hospitalario de tercer nivel, sobre una muestra de 250 mujeres embarazadas de 33 a 38 semanas de gestación con presentación no cefálica fetal. Como variable principal se consideró la versión o no a presentación cefálica posintervención y como variables secundarias las semanas de gestación en el inicio del tratamiento, la paridad, cómo finalizó el parto, el peso del recién nacido al nacer y la edad de la madre.

Resultados: La prevalencia posintervención de reversión del feto a una presentación cefálica fue del 53,5% de todas las embarazadas que hicieron tratamiento con acupuntura y moxibustión y se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0,0001$ en el test de la χ^2) con un intervalo de confianza del 95%. El 75% finalizó en parto vaginal, mientras que en el grupo que permaneció en presentación no cefálica el 97,9% de los partos finalizó en cesárea. Durante el tratamiento no mostraron efectos adversos y hubo una gran aceptación y adherencia al tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento con acupuntura y moxibustión resultó ser efectivo y seguro practicado entre las semanas 33 a 38 de gestación en una presentación no cefálica y disminuyó el número de cesáreas. Se considera recomendable la realización de un ensayo clínico aleatorizado que pueda aportar mayor evidencia científica.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maitemirandagarcia@gmail.com (M. Miranda García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.acu.2016.11.004>

1887-8369/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Use of acupuncture and moxibustion to correct non-cephalic presentation: Intervention study in a tertiary hospital

A B S T R A C T

Keywords:

Acupuncture and moxibustion
Breech presentation
Fetal malposition
External cephalic version

Objective: To evaluate the effectiveness of treatment with acupuncture and moxibustion in a hospital setting in pregnant women from 33 to 38 weeks gestation with non-cephalic presentation of fetus.

Method: Experimental intervention study, single center in a tertiary hospital, on a sample of 250 pregnant women between 33-38 weeks of gestation. The number of fetuses that turned to a cephalic post intervention was the main variable, and secondary variables were weeks of gestation at the beginning of treatment, primiparous or multiparous, type of delivery, birth weight and maternal age.

Results: The prevalence of post-intervention reversal of a cephalic presentation fetus was 53.5% of all pregnant women who did acupuncture and moxibustion treatment, obtaining significant differences ($p < .0001$ in the chi-square test) with a 95% confidence interval. A 75% of vaginal births were obtained in those where there was twist, whereas there were a 97.9% of caesarean sections, where no rotation was obtained. They did not show adverse effects during treatment, and there was wide acceptance and adherence to treatment.

Conclusions: Treatment with acupuncture and moxibustion proved to be effective and safe for pregnant women from 33 to 38 weeks gestation with non-cephalic presentation and the number of caesarean sections decreased. Conducting a randomized clinical trial that could provide more scientific evidence is considered feasible.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Al final del embarazo, el feto suele encontrarse en presentación cefálica para encajarse en la posición más favorable para el parto. Aunque la posición cefálica es la fisiológica y la más habitual en la ecografía del tercer trimestre, la presentación no cefálica es relativamente frecuente; entre dicha ecografía y el momento del parto se produce un 30% de giros espontáneos a posición cefálica. Sin embargo, en ocasiones algunos fetos persisten en dicha presentación y se estima que la frecuencia de presentaciones no cefálicas es del 3,8-4% de todos los embarazos llegados a término¹.

Aunque la prevalencia de presentación no cefálica no es muy elevada, es un tema de gran interés por el mayor número de riesgos y complicaciones maternas fetales que conlleva el parto²⁻⁴. En estos casos habitualmente se programa una cesárea. En fetos en presentación no cefálica a término la cesárea, en comparación con el parto vaginal, reduce la muerte perinatal o neonatal y la morbilidad neonatal grave a costa de un cierto aumento de la morbilidad materna. Hay poca información disponible sobre las consecuencias a largo plazo de la cesárea en las funciones reproductivas y en el ajuste emocional⁵.

Debido a las consecuencias de la cesárea, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ se ha fijado como objetivo reducir su número. Desde 1985, las recomendaciones de las instituciones sanitarias han considerado que la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10 y el 15%. Sin embargo, desde entonces el número cesáreas se ha incrementado tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. Conviene buscar nuevas terapias e intervenciones que permitan reducir el

número de cesáreas, incluyendo los casos de fetos en presentación no cefálica.

En este sentido, se han sugerido nuevas estrategias para promover la versión del feto en presentación no cefálica a una presentación cefálica durante el último trimestre de embarazo.

La técnica más comúnmente empleada es la versión cefálica externa (VCE), maniobra que se utiliza para el giro del feto a una presentación cefálica. La VCE es un procedimiento utilizado para —manualmente, a través de la manipulación del abdomen— guiar al feto y llevarlo a la presentación cefálica⁷. No obstante, existen otras posibilidades para la versión del feto a presentación cefálica y es posible recurrir a terapias como la acupuntura y la moxibustión para lograr el giro del feto a una presentación cefálica⁸.

La moxibustión es un método de tratamiento cuyo origen proviene de la Medicina Tradicional China y que consiste en dar calor quemando un bastón de moxa de una planta (*Artemisa vulgaris*) acercándolo a 1-2 cm de distancia de la piel⁹. Cardini et al¹⁰ sugieren que la moxibustión en el punto de acupuntura Vejiga 67 (V 67) o Zhiyin, ubicado en el ángulo ungueal del quinto dedo del pie, puede corregir la presentación podálica.

Se ha demostrado que la moxibustión en el punto de acupuntura V 67, utilizada sola o en combinación con acupuntura o medidas posturales para la corrección de presentación no cefálica, produce un efecto positivo¹¹.

Respecto a la seguridad, a través de estudios en los cuales se realizaba moxibustión mientras se registraba la actividad cardíaca fetal mediante un registro cardiotocográfico externo, se ha demostrado que esta técnica no causa sufrimiento fetal ni cambios en la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal y

que tampoco provoca contracciones¹². La única molestia referida por las gestantes que reciben este tratamiento (durante al menos 1 o 2 semanas) es un aumento de la actividad fetal durante el período de tratamiento¹³.

Otro punto que hay que tener en cuenta es que aplicando el tratamiento con acupuntura y moxibustión se podría reducir el número de cesáreas por presentación no cefálica y de este modo lograr un ahorro para el sistema sanitario en los costes de la atención al parto en comparación con el tratamiento habitual¹⁴.

El objetivo de este estudio es determinar la efectividad del tratamiento con acupuntura y moxibustión en embarazadas con presentación no cefálica a partir de la semana 33 y 38 de gestación en un centro hospitalario de tercer nivel.

Método

Estudio experimental pre y posintervención en un ámbito hospitalario de tercer nivel en consultas externas de obstetricia y ginecología. Durante los meses comprendidos entre enero de 2011 a julio de 2014 se reclutó una muestra de 250 gestantes con feto en presentación no cefálica entre las semanas 33 y 38 de gestación. Un total de 48 gestantes abandonaron el estudio, por lo que se obtuvo una muestra final de 202 gestantes. Todas ellas fueron incluidas en el estudio de forma voluntaria y tras ser informadas del procedimiento firmaron el documento de consentimiento informado para participar.

Los criterios de inclusión fueron: participación voluntaria, embarazadas primíparas o múltiparas, mujeres embarazadas entre las semanas 33 y 38 de gestación, con feto único en posición de nalgas o transversa comprobado ecográficamente y firma del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: gestaciones gemelares, patología fetal, retraso de crecimiento intrauterino, macrosomía fetal, malformación fetal, sospecha de pérdida de bienestar fetal, patología materna, defecto pélvico materno, sangrado vaginal reciente, patología placentaria (placenta previa), patología uterina (miomas o malformación), riesgo de amenaza de parto prematuro, dificultad idiomática y rechazo de la gestante a la aplicación de la terapia.

Se consideró como variable principal el giro espontáneo del feto a presentación cefálica después del tratamiento y como variables secundarias la edad de la madre, las semanas de gestación al inicio del tratamiento, si es primípara o múltipara, el peso del recién nacido y el tipo de parto (cesárea o vaginal). En todas las embarazadas que realizaron el tratamiento se valoró la seguridad de la técnica y adherencia al tratamiento.

Se anotaron todos los resultados obtenidos en una hoja de recogida de datos para su posterior análisis.

Intervención

Si tras la realización de la ecografía del tercer trimestre la embarazada presentaba un feto en presentación no cefálica, se la remitía a consultas externas de obstetricia para valorar los criterios de inclusión y ofrecerle la información y la explicación del estudio. Tras la firma del consentimiento informado se procedía a la aplicación de la técnica de moxibustión y acupuntura. La duración del tratamiento era de 2 semanas.

En la primera visita se realizaba ecografía de control para verificar la presentación cefálica. Si el feto estaba en presentación no cefálica se realizaba el diagnóstico energético para la selección de los puntos de acupuntura. El diagnóstico energético se realizaba teniendo en cuenta los síntomas de la gestante durante el embarazo y los antecedentes personales, tanto quirúrgicos como de patologías, siguiendo los criterios de la Medicina Tradicional China y la teoría de los 5 elementos. Los puntos a utilizar para cada gestante dependen de la situación diagnóstica en ese momento y pueden ser diferentes para cada gestante. Como diagnóstico energético se ha constatado con mayor frecuencia Estancamiento de Yin de Estómago, Deficiencia de Yang de Vejiga y, a veces, de Riñón. Es habitual una Deficiencia de Yang de Intestino Grueso y, en la mayoría, un Exceso de Yang de Fuego. Para ello, en el tratamiento se han aplicado puntos específicos de acupuntura que regulen dichas situaciones en cada gestante. Posteriormente el acupuntor realiza la sesión de acupuntura durante 20 min. Asimismo, se efectúa la moxibustión en V 67 (Zhiyin) calentando el punto alternando cada pie, acercando y separando el bastón de moxa a 1-2 cm de distancia de la piel hasta que el calor incomoda a la gestante. El procedimiento de la moxa dura unos 15 min aproximadamente y mientras se realiza la moxa se enseña al acompañante cómo debe realizarla en casa de una manera segura, con el fin de que la embarazada se haga la moxa a domicilio para reforzar el tratamiento. Se indicará la moxa en domicilio cuando la Deficiencia de Yang de Vejiga no esté corrigiéndose con el tratamiento realizado en la consulta. En la siguiente sesión se valora de nuevo la situación energética que generalmente evoluciona favorablemente, mejorando así los resultados.

A todas las mujeres participantes en el estudio se les realizó acupuntura y moxibustión 2 días a la semana en consultas externas durante 2 semanas. En total se llevaron a cabo 4 sesiones.

En la última visita se les practicó una ecografía para comprobar la presentación fetal.

En la figura 1 se muestra el diagrama del procedimiento realizado.

Los datos se analizaron mediante el software SPSS 19.00. Para las variables cuantitativas se calcularon los estadísticos descriptivos de media $\pm$ desviación estándar y la frecuencia y el porcentaje para las cualitativas.

Se calcularon también los resultados de los tests estadísticos para la comparación de las variables de interés. Se utilizó el test de la χ^2 de Pearson o el test exacto de Fisher para las variables cualitativas y el test de la t de Student o de la U de Mann-Whitney para las variables independientes cuantitativas, según se cumpliera o no la suposición de normalidad, respectivamente (dicha condición se comprobará mediante el test de Kolmogorov-Smirnov). El nivel de significación alfa fijado para todos los tests fue del 5%.

Resultados

La muestra estaba formada por 250 pacientes, de las cuales 48 gestantes quedaron excluidas (por no acabar todo el tratamiento o por no realizar el parto en nuestro hospital).

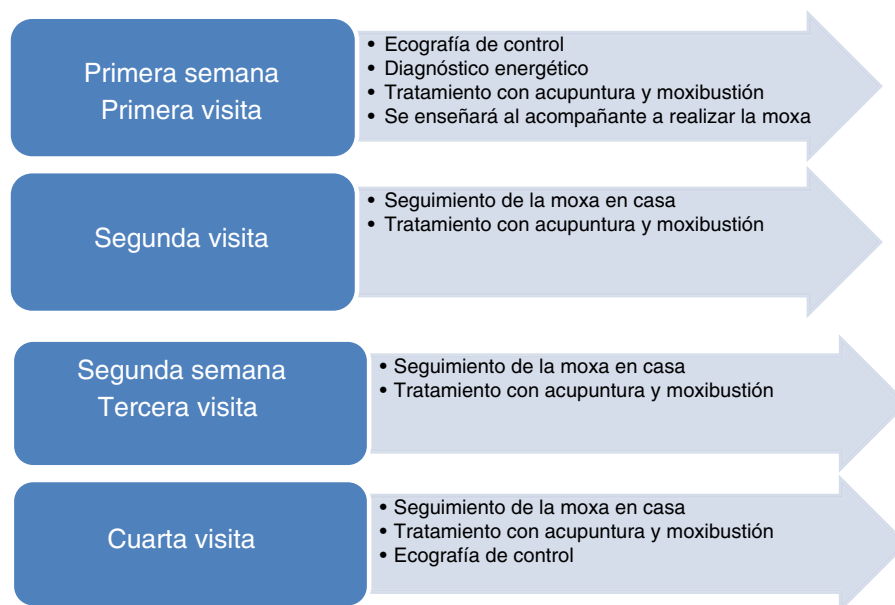


Figura 1 – Diagrama del procedimiento realizado.

Se estudió a 202 embarazadas con una presentación no cefálica, a quienes se les aplicó tratamiento con acupuntura y moxibustión para que el feto se colocara en presentación cefálica y, de esta forma, pudieran tener un parto por vía vaginal. De estas, en 108 se produjo el giro del feto a presentación cefálica después del tratamiento. Tal como se puede apreciar en la [tabla 1](#), se obtuvo una reversión del feto en un 53,5%.

Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$ en el test de la χ^2) entre el porcentaje observado de giro (53,5%) y el esperado (30%).

El intervalo de confianza del 95% de la proporción de giro en esta muestra es del 46,3-60,5%; lo que significa que, con un nivel de confianza del 5%, es posible aceptar como significativas diferencias entre el porcentaje observado y cualquier otro porcentaje que valga, como máximo, el 46,3%.

La media de edad materna se sitúa en 33,2 años con una desviación estándar de 5,3 años.

No existen diferencias significativas ($p = 0,75$) respecto a la edad de la madre según si se ha producido el giro del feto o no.

En nuestro estudio hubo más primíparas que multiparas. Se presenta una asociación altamente significativa ($p < 0,001$) entre el giro y la paridad. Es mucho más frecuente un éxito en el giro en multiparas (56 gestantes, 70%) en relación con las primíparas (52 gestantes, 42,6%).

El rango de inicio del tratamiento oscila entre las semanas 33 y 38 de gestación, aunque la mayoría de las gestantes se había reclutado entre las semanas 34 y 36 de gestación.

El porcentaje de giro a una presentación cefálica es mayor si se inicia el tratamiento en la semana 33 de gestación (71,4%) y conforme pasan las semanas de gestación disminuye el número de giros.

Existe una asociación significativa entre la semana de inicio del tratamiento y el giro del feto a presentación cefálica ($p = 0,043$ en el test gamma ordinal). Como puede observarse en la [tabla 2](#), el mayor número de éxitos se produce en la semana 33 (71,4% de giros) y conforme pasan las semanas de gestación disminuye el número de giros.

Al observar el tipo de parto se puede constatar que existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y la presencia o no de giro. Cuando se produce el giro del feto por el tratamiento con acupuntura y moxibustión acaban teniendo parto vaginal el 75% de las gestantes. En cambio, las gestantes en las que persiste una presentación no cefálica (97,9%) finalizan el embarazo mediante cesárea ([tabla 3](#)).

Tabla 2 – Porcentajes de giro según la semana de inicio del tratamiento

Semana de gestación	Giros	n (%)
33	7	5 (71,4)
34	64	37 (57,8)
35	67	39 (58,2)
36	44	19 (43,2)
37	16	6 (37,5)
38	4	2 (50,0)

Tabla 3 – Variable de parto y nacimiento

Tipo de parto	Giro del feto a presentación cefálica (n = 108)	Sin giro del feto a presentación cefálica (n = 94)
Parto vaginal	81 (75%)	2 (2,1%)
Cesárea	27 (25%)	92 (97,9%)

Tabla 1 – Giro del feto después del tratamiento

Giro del feto	n (%)
Sí	108 (53,5)
No	94 (46,5)

Tabla 4 – Relación entre giro y peso del recién nacido al nacer

Giro a presentación cefálica	Recién nacidos (n)	Peso medio al nacer (g)
Sí	107	3.556
No	94	3.100
Total	201	

Respecto al sexo del bebe, en 4 pacientes no se pudo recoger este dato. De los 198 restantes, el 51,5% eran de sexo masculino y el 48,5% femenino.

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$ en el test de la *t* de Student de comparación de medias) en el peso de los recién nacidos según si se ha producido el giro del feto o no. Tal y como se observa en la [tabla 4](#), el peso al nacer es superior cuando el feto ha girado a presentación cefálica.

No se observaron efectos adversos relacionados con el tratamiento en ninguna de las gestantes tratadas y se observa una buena adherencia al tratamiento por parte de las gestantes.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio —realizado a 202 gestantes con presentación no cefálica, con un solo feto entre las semanas 33 y 38 de gestación— mediante el tratamiento con acupuntura y moxibustión han sido favorables y el éxito obtenido es del 53,5% del total de la muestra. Cuando se inicia el tratamiento en la semana 33, el porcentaje de éxito asciende al 71%. Estos datos coinciden con los de Cardini y Weixin¹³ (75,4%), Kanakura et al¹⁵ (92,48%) y Ewies y Olah¹⁶ que en su revisión también obtuvieron un 84,6%. No obstante, se debe constatar que estos estudios se realizaron en China, donde esta técnica está más aceptada por la población y donde habitualmente se suele iniciar el tratamiento en la semana 28. En un estudio realizado en Nueva Zelanda y con unos resultados muy similares, Betts¹⁷ obtuvo un 75,4% iniciando el tratamiento en la semana 33 de gestación. En España Vas et al¹⁸ obtuvieron un éxito del 58,1% en el grupo de moxibustión verdadera iniciando el tratamiento en la semana 35 de gestación; lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio para la misma semana. Muñoz Sellés et al⁸ obtuvieron un 77,8% a presentación cefálica realizando tratamiento entre la semana 33 y la 38. Sin embargo, no todos los autores están de acuerdo en la importancia de la semana de inicio del tratamiento. En este sentido, Guittier et al¹⁹ y Bue y Lauszus²⁰ no encuentran diferencias estadísticamente significativas.

Kanakura et al¹⁵ recomiendan iniciar tratamiento a partir de la semana 28 de gestación, mejorando la eficacia terapéutica sin aumentar riesgos y proporcionando una disminución de los costes económicos.

Es importante tener en cuenta la paridad de las gestantes ya que, según algunos estudios, existe más porcentaje de giro en las múltiparas que en las primíparas. En el presente estudio hay una diferencia altamente significativa: gira un 70% en múltiparas y un 42% en las primíparas. En cambio,

en el estudio realizado por Bue y Lauszus²⁰ no se encontraron diferencias. Otros autores solo realizan tratamiento en primíparas, como sucede en el estudio de Cardini y Weixin¹³.

No se observaron diferencias significativas respecto a la edad de la madre ni en el sexo del bebe. Estos resultados también se repiten en otro estudio en el que se valoró la versión con respecto a la altura de la madre o al sexo del recién nacido¹⁸.

Como dato destacable parece ser que los recién nacidos que durante el tratamiento han girado a una presentación cefálica son de mayor peso que los bebes que no giran. Así lo destacan Bue y Lauszus²⁰ en cuyo estudio concluyen que el peso del recién nacido es mayor en las mujeres con parto vaginal que en las mujeres con cesárea electiva. En consecuencia, en sucesivos estudios se debería tenerse en cuenta la estimación del peso fetal.

Tal y como defienden otros estudios^{8-13,17,18,21,22}, no hubo efectos adversos con el tratamiento de acupuntura y moxibustión.

La mayor fortaleza de este estudio es que se llevó a cabo en un centro hospitalario mediante la realización de 4 sesiones de acupuntura y moxibustión por parte de un acupuntor especializado. Este hecho garantizó el seguimiento y el buen control de la técnica realizada. En cuanto a la adherencia al tratamiento, tal como sucede en otros estudios^{18,22}, este ha sido bien aceptado por las gestantes que participaron en el estudio y parece ser que mejora si el acompañante está involucrado²⁰. El estudio de Guittier et al¹⁹ refiere que el cumplimiento del tratamiento era excelente.

Este estudio puede considerarse una fase exploratoria con el fin de llevar a cabo un estudio previo para desarrollar un futuro ensayo clínico aleatorizado en el que se pretende reclutar una muestra representativa mediante la comparación de resultados en un grupo de intervención frente a un grupo control.

Conclusiones

El tratamiento con acupuntura y moxibustión debería ofrecerse como primera opción de tratamiento a las embarazadas con un feto en presentación no cefálica, ya que los resultados indican que si se realiza alrededor de la semana 33 se obtiene un alto porcentaje de giro. Se trata de una técnica poco invasiva segura, bien aceptada y de bajo coste sanitario que permitiría reducir los costes del sistema sanitario en la atención al parto y mejorar la satisfacción de las gestantes que podrían finalizar el embarazo mediante parto vaginal, disminuyendo por tanto el número de cesáreas. En consecuencia, se considera recomendable la realización de un ensayo clínico que pueda aportar más evidencia científica en el uso de la acupuntura y la moxibustión como tratamiento de elección para ofrecer a las embarazadas con presentación no cefálica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFIA

1. Vas J, Aranda JM, Barón M, Perea-Milla E, Méndez C, Ramírez C, et al. Correcting non cephalic presentation with moxibustion: study protocol for a multi-centre randomised controlled trial in general practice. *BMC Complement Altern Med*. 2008;21:22.
2. Grupo Técnico de Trabajo Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva Organización Mundial de la Salud; 1996.
3. Plasència Taradach A, Prats Coll R, Colet Llansana A, De la Puente Martorell ML, Costa Sampere D, Foradada Morillo C, coordinadores. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud; 2007.
4. Hutton EK, Hofmeyr GJ. Versión cefálica externa para la presentación podálica antes de termino (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008, número 4.
5. Collaris RJ, Oei SG. External cephalic versión: a safe procedure? A systematic review of versio-related risks. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83:511-8.
6. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
7. Rozas MR, Costa J. Versión externa en la presentación podálica. *Matronas Prof*. 2003;4:4-9.
8. Muñoz Sellés E, Monreal Barba M, Gauna OB, De Molina Fernández I, Casas JC. Moxibustión en la malposición fetal. *Matronas Prof*. 2011;12:104-9.
9. Budd S. Moxibustión for breech presentation. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2000;6:176-9.
10. Cardini F, Basevi V, Valentini A, Martellato A. Moxibustion and breech presentation: preliminary results. *Am J Chin Med*. 1991;19:105-14.
11. Vas J, Aranda JM, Nishishinya B, Mendez C, Martin MA, Pons J, et al. Correction of nonvertex presentation with moxibustion: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201:241-59.
12. Neri I, Fazzio M, Menghini S, Volpe A, Facchinetti F. Non-stress test changes during acupuncture plus moxibustion on BL67 point in breech presentation. *J Soc Gynecol Investig*. 2002;9:158-62.
13. Cardini F, Weixin H. Moxibustion for correction of breech presentation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998;280:1580-4.
14. García-Mochón L, Martín JJ, Aranda Regules JM, Rivas Ruiz F, Vas J. Coste-Efectividad del uso de la moxibustión para corregir la presentación no-cefálica. *Rev Int Acupuntura*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acu.2016.01.001>
15. Kanakura Y, Kometani K, Nagata T, Niwa K, Kamatsuki H, Shinzato Y, et al. Moxibustion treatment of breech presentation. *Am J Chin Med*. 2001;29:37-45.
16. Ewies A, Olah K. Moxibustion in breech version: a descriptive review. *Acupunct Med*. 2002;20:26-9.
17. Betts D. A review of research into the application of acupuncture in pregnancy. *J Chin Med*. 2006;80:50-5.
18. Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, Ramos-Monserrat M, Barón M, Aguilar I, et al. Moxibustión en atención primaria para corregir la presentación no cefálica: estudio multicéntrico controlado y aleatorizado. *Rev Int Acupuntura*. 2014;8:41-9.
19. Guittier MJ, Pichon M, Dong H, Irion O, Boulvain M. Moxibustion for breech version: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2009;114:1034-40.
20. Bue L, Lauszus FF. Moxibustion did not have an effect in a randomised clinical trial for version of breech position. *Dan Med J*. 2016;63:A 5199.
21. Li X, Hu J, Wang X, Zang H, Lui J. Moxibustion and other acupuncture point stimulation methods to treat breech presentation: a systematic reiew of clinical trials. *Chin Med*. 2009;4:1-8.
22. Cardini F, Lombardo P, Regalia AL, Regaldo G, Zanini A, Negri MG, et al. A randomised controlled trial of moxibustion for breech presentation. *BJOG*. 2005;112:743-7.