



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

EFICACIA DE LA MOXIBUSTIÓN PARA LA VERSIÓN CEFÁLICA FETAL EN MUJERES DE 32 A 37 SEMANAS DE GESTACIÓN FRENTE A LA ACTITUD EXPECTANTE

Alba Javaloyas Molina

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año académico 2020-21

EFICACIA DE LA MOXIBUSTIÓN PARA LA VERSIÓN CEFÁLICA FETAL EN MUJERES DE 32 A 37 SEMANAS DE GESTACIÓN FRENTE A LA ACTITUD EXPECTANTE

Alba Javaloyas Molina

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de les Illes Balears

Año académico 2020-21

Palabras clave del trabajo:

Moxibustión, acupuntura, malposición fetal, presentación cefálica, versión cefálica externa.

Nombre del tutor / la tutora del trabajo: Jesús Molina Mula.

Autorizo a la Universidad a incluir este trabajo en el repositorio institucional para consultarlo en acceso abierto y difundirlo en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación.

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice

Resumen	2
Introducción	4
Objetivos	7
Estrategia de búsqueda bibliográfica	8
Resultados de la búsqueda bibliográfica	9
Discusión	13
Conclusiones	19
Bibliografía	20
Anexos	25

RESUMEN

Introducción: La presentación no cefálica tiene una incidencia que constituye del 3 al 4% de las gestaciones a término, la incidencia española está situada en el 3,8%. La medicina China tradicionalmente utiliza la moxibustión, que se obtiene de la hierba *Artemisia argyi* o *Artemisia vulgaris*, para estimular los puntos tradicionales, aplicándolo cerca de la piel, en el punto de acupuntura llamado Zhiyin Blader 67 (BL 67) o vejiga 67 (V 67) situado en el ángulo ungueal externo del meñique de los pies. Se utiliza como tratamiento en embarazadas de entre 32 y 37 s. g. con feto en presentación no cefálica, para favorecer la rotación y conseguir un parto vaginal cefálico. Su efectividad se sitúa entre el 50 - 70%.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la técnica de Moxibustión en el punto V 67, en gestantes con 32 - 37 semanas, con un único feto en posición no cefálica (transversa, oblicua o podálica), versus la no administración de la Moxibustión (actitud expectante) para obtener una rotación a presentación cefálica.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica en los metabuscadores EBSCOhost y BVS, en base de datos específica como PubMed y base de datos de revisiones Cochrane y un análisis bibliográfico de los artículos seleccionados.

Resultados: Fueron identificados 21 publicaciones correspondientes al objetivo de la búsqueda bibliográfica. Al analizar los diferentes estudios se observó, que había evidencia científica sobre los efectos beneficiosos de la moxibustión en el punto V 67 para la versión fetal.

Discusión: Los diferentes autores encontrados en la revisión bibliográfica nos indican, que hay evidencia científica relacionada con la efectividad de la moxibustión para la rotación fetal a presentación cefálica frente a los grupos controles que no lo aplican.

Conclusiones: Los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica manifiestan que el método con moxibustión es una técnica segura, fácil de usar, efectiva y barata. Pero son necesarias más investigaciones sobre el tema para promover guías clínicas o protocolos de actuación en Atención Primaria u hospitales de nuestro país.

Palabras Clave: Moxibustión, acupuntura, malposición fetal, presentación cefálica, versión cefálica externa.

ABSTRACT

Introduction: The breech presentation has an incidence that constitutes 3% to 4% of the end-term gestations, in Spain is of 3,8%. Chinese medicine traditionally uses moxibustion, which is obtained from the herb *Artemisia argyi* or *Artemisia vulgaris*, to stimulate traditional points, applying it near the skin, at the acupuncture point called Zhiyin Blader 67 (BL 67) located at the outer unguis angle of the little toe of the foot. It is used as a treatment in pregnant women between 32 and 37 weeks with fetus in breech presentation, to promote rotation and achieve a cephalic vaginal delivery. Its effectiveness is between 50 - 70%.

Objective: Evaluate effectiveness of the Moxibustion technique at point BL 67, in pregnant women at 32 - 37 weeks, with only fetus in a non-cephalic position (transverse, oblique or podalic), against the absence of administration of Moxibustion (expectant attitude) to obtain a rotation at cephalic presentation.

Methodology: A bibliographic review of the scientific literature was carried out in the EBSCOhost and BVS metasearchers, in specific databases such as PubMed and Cochrane revision database and a bibliographic analysis of the items that selected.

Results: 21 publications corresponding to the objective of the bibliographic search were identified. In analyzing the different studies, it is observed that there was scientific evidence on the effects that are taken advantage of moxibustion treatment at point BL 67 for the fetal version.

Discussion: The different authors, who are used in the bibliographic review, indicate that there is scientific evidence related to the effectiveness of moxibustion for fetal rotation at cephalic presentation against control groups that do not apply it.

Conclusions: The results obtained from the bibliographic review show that the method with moxibustion is a safe, easy-to-use, effective and cheap technique. But more research is needed on the subject to promote clinical guides or protocols of action in Primary Care or hospitals in our country.

Keywords: Moxibustion, acupuncture therapy, breech presentation, cephalic version, external cephalic version.

INTRODUCCIÓN

La presentación fetal es cuando, una porción del bebé está relacionada con el estrecho superior de la pelvis de la madre. Y la presentación de nalgas, podálica o no cefálica es en la que la pelvis u otra zona del feto está en contacto con la pelvis de la madre (1).

Durante el primer trimestre, al haber una gran cantidad de líquido amniótico, el feto no tiene un espacio limitado y se puede mover con mayor facilidad, por eso es frecuente esta postura. La versión cefálica espontánea disminuye su probabilidad de que el feto cambie su postura a término a medida que avanza la gestación (a excepción de multigestas o con polihidramnios) (1).

La presentación no cefálica tiene una incidencia que constituye del 3 al 4% de las gestaciones a término, (2) la incidencia española está situada en el 3,8% (3–6). Entre las 29-32 semanas de gestación (s. g.) entre el 15-30% de los fetos se encuentran en esta actitud (7,8). Pero en las últimas s. g., el feto suele colocarse en presentación cefálica y así estar encajado correctamente para favorecer el trabajo de parto (6,9).

La presentación podálica o de nalgas, se considera una presentación distócica, debido a que la madre y el feto tienen mayor riesgo. Relacionado con edad materna, malformaciones uterinas, placenta previa, oligohidramnios, (7,10,11) fetos femeninos, fetos pequeños para la edad gestacional, malformaciones fetales (anencefalia, defectos congénitos como trisomías 13, 18 y 21, espina bífida, hidrocefalia, riñones poliquísticos y síndrome de Potter), gestaciones múltiples, primiparidad y multiparidad, hemorragia intraparenquimatosa, hipoxia (parto prematuro) y lesiones en el feto, partos pretérmino, desprendimiento precoz de placenta normoinsera, prolapso del cordón umbilical... (5,8,12)

La técnica más utilizada para finalizar la gestación en casos de presentación no cefálica es la cesárea. Según los resultados del estudio de Hannah et al., de octubre del 2000, los resultados producidos por el *Term Breech Trial Collaborative Group* y de la revisión de la Colaboración Cochrane, se sabe que los fetos nacidos gracias a la extracción mediante una cesárea o de emergencia, disminuye la morbimortalidad perinatal frente a los que nacieron vaginalmente en presentación podálica (3–6,10).

Aunque provoque una menor tasa de morbimortalidad, se multiplican por cuatro los riesgos de morbilidad severa. Aparte del riesgo relativo (RR 1,29; IC 95%: 1,03 - 1,16) de morbilidad materna grave inmediata, existe el riesgo de efectos adversos en embarazos posteriores (11). Las posibles complicaciones incluyen trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, necesidad de transfusión, infección puerperal, hemorragia postparto, dificultad respiratoria neonatal, infección del tracto uterino materno, infección de la herida y dehiscencia de la cicatriz o ruptura uterina durante el trabajo de parto posterior. Y se asocia con un mayor coste, principalmente por más días hospitalizadas tras el parto y un incremento de la tasa de reingresos (3–6).

La versión, es el movimiento del feto dentro del útero, alejándolo del estrecho superior de la porción relacionada y sustituyéndola por la cabeza o la nalga. La versión cefálica externa (VCE) es una técnica realizada por el obstetra, a partir de la 36 s. g., previo a un examen tocográfico y ecografía, mediante la realización de un maniobra externa del abdomen de la madre, de los polos fetales, donde quiere moverlo del estrecho superior de la pelvis, dirigiendo la versión del feto y desplazarlo al polo cefálico ocupando el estrecho superior de la pelvis de la madre (10,13).

La VCE está recomendada por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y el Colegio Real Británico de Obstetras y Ginecólogos (RCOG). Tiene un éxito del 50-80% de los casos (3–7,11). Según el Hospital Universitario Clínic de Barcelona (1) el porcentaje global de éxito es del 53-63%, en primíparas es del 40% y en multíparas del 80%. Haciendo que de las pacientes que se les ha realizado la técnica de un 60-80% tengan un parto vaginal.

Pero, la seguridad de la técnica no ha sido evaluada por ensayos clínicos aleatorizados (ECA), las complicaciones no suelen ocurrir según algunos estudios observacionales con mucha repercusión. Existen ensayos donde, se indica que es posible reducir los partos no cefálicos y cesáreas a término (6,8). Aunque, da lugar a costes adicionales, y las complicaciones graves son escasas y los riesgos de la versión cefálica externa pueden ser el desprendimiento placentario y la prematura rotura de membranas (7).

La medicina China tradicionalmente utiliza la moxibustión y el manejo postural entre otras. La hierba *Artemisia argyi* o *Artemisia vulgaris* se seca, se prensa y se enrolla en un papel de mora en forma de cigarro, la cual se quema produciendo calor sin llama, aunque puede ser con humo o sin (**Figuras 1 y 2**), para estimular los puntos tradicionales utilizados por acupunturistas, y aplicándolo cerca de la piel produce hiperemia debido a vasodilatación local (3–6,12,14). Se utiliza como tratamiento en embarazadas de entre 32 y 37 s. g. con feto en presentación no cefálica, para favorecer la rotación y conseguir un parto vaginal cefálico. Su efectividad se sitúa entre el 50-70% (7). Es un procedimiento inocuo y barato, que incluso mediante la explicación de la técnica por parte de la matrona se puede llegar a autorrealizar la propia embarazada. Se debe aplicar 3 veces por semana durante 30 minutos, 1 o 2 veces al día durante 1 semana (15).

En la antigua China se recomendó tratar a la paciente en decúbito supino con las rodillas y las caderas flexionadas, con una almohada colocada debajo de la región sacra para la inclinación anterior de la pelvis, permitiendo la "apertura" del meridiano de la vejiga (16).

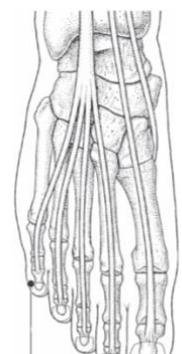


Figura 1. Moxibustión con Moxa sin humo aplicada tanto a derecha e izquierda del punto V 67 (15).



Figura 2. Moxibustión con Moxa de humo tradicional aplicada a la derecha del punto V 67 (15).

Se ha demostrado en ensayos que al aplicar la moxa en el punto de acupuntura llamado *Zhiyin Blader 67 (BL 67)* o vejiga 67 (V 67) situado en el ángulo ungueal externo de los dedos meñiques de los pies (**Figura 3**) frente al manejo expectante ([RR: 34%; IC 95%: 20 - 49%] frente al [RR: 66%; IC 95%: 55 - 77%]) puede corregir la postura en la presentación no cefálica (15).



El modo exacto de la acción de la moxibustión en la versión no cefálica no está claro, pero se cree que es debido a la estimulación nerviosa en el punto V67 que induce la secreción de hormonas suprarrenales maternas, incrementando la secreción de estrógenos y prostaglandinas F_{2a} y E₂, desarrollando el tono y la contractilidad del útero que a su vez hace aumentar el movimiento fetal activo, mejorando la probabilidad de que el bebé rote a presentación cefálica (4,8).

Figura 3. Ubicación del Punto de Acupuntura de la Vejiga 67 (V 67) (15).

OBJETIVOS

- **General:**

- Evaluar la efectividad de la técnica de Moxibustión en el punto V 67, en gestantes con 32-37 semanas, con un único feto en posición no cefálica (transversa, oblicua o podálica), versus la no administración de la Moxibustión (actitud expectante) para obtener una rotación a presentación cefálica.

- **Específicos:**

- Evaluar si el uso de la Moxibustión en el punto V 67 disminuye la tasa de versión cefálica externa / cesáreas para que sea parto vaginal cefálico.
- Evaluar si el uso de la Moxibustión en el punto V 67 mejora los resultados perinatales y maternos (pH, APGAR, vía de parto natura o instrumental...).
- Evaluar la satisfacción de las gestantes de 32-37 semanas en el uso de la Moxibustión en el punto V 67 para facilitar la colocación correcta del feto.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La estrategia de búsqueda bibliográfica fue utilizando los descriptores MESH y el operador booleano “AND”: *Moxibustion AND breech presentation* y *Moxibustion AND breech presentation AND cephalic version* en los metabuscadores EBSCOhost y BVS, en la base de datos específica PubMed y en la base de datos de revisiones Cochrane. También, se realizó una estrategia de búsqueda de bola de nieve, revisando la bibliografía de los estudios elegidos. Estos resultados de la estrategia de búsqueda bibliográfica se muestran en el **Anexo 1**.

Se impusieron como límites que las fechas de publicación se comprendieran entre los años 2008 y 2021 debido al interés para esta revisión bibliográfica y que el idioma fuese en inglés o español.

En la fase 1 y 2 se evaluaron los artículos conseguidos en la búsqueda bibliográfica empleando títulos y resúmenes. Y, por último, en la fase 3, fueron evaluados por una lectura completa y realizando la valoración de la calidad metodológica de cada uno.

Los criterios de inclusión fueron el tipo de estudio como revisiones sistemáticas y metaanálisis, y estudios controlados aleatorizados, analíticos de cohortes u observacionales. La población fueron gestantes a partir de las 32 semanas, con un único feto en presentación no cefálica confirmada por ecografía. El tipo de tratamiento donde se incluyeron los artículos donde se hubiera realizado moxibustión sola o combinada en V67 u otros métodos. Y se excluyeron aquellos estudios sin interés para el tema de investigación, como cartas al director, ya que no arrojaban la suficiente evidencia científica y por no reunir los criterios de inclusión.

El resultado principal de la búsqueda bibliográfica fueron las versiones cefálicas conseguidas en el parto y los resultados secundarios fueron versiones cefálicas en las primeras semanas de tratamiento, en la consulta de la matrona, versiones cefálicas después de 37 semanas de gestación cuando se llevaba a cabo la versión cefálica externa o cesáreas llevada a cabo por el obstetra, efectos adversos ocurridos en la paciente, partos prematuros o efectos adversos ocurridos en el feto como muerte intrauterina, APGAR a los 1 y 5 minutos o pH del cordón umbilical.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Los resultados de la búsqueda bibliográfica fueron los siguientes:

- En el metabuscador EBSCOhost se obtuvieron 61 resultados en el primer nivel de búsqueda, en los que se eligieron 15 en relación con el tema.
- En el metabuscador BVS se obtuvieron 37 resultados en el primer nivel de búsqueda, en los que se eligieron 19 en relación con el tema.
- En la base de datos específica PubMed se obtuvieron 23 en el primer nivel de búsqueda, en los que se eligieron 14 en relación con el tema.
- En la base de datos de revisiones Cochrane en el primer nivel de búsqueda se encontró un único resultado.
- Se obtuvieron 7 documentos directamente de las revistas internacional de acupuntura y matronas profesión.

Finalmente, el número de artículos para realizar la revisión bibliográfica han sido de 21, 12 en inglés y 9 en español. 3 revisión sistemática y metaanálisis, 1 revisión sistemática, 6 ensayos clínicos aleatorizados, 2 estudios de evaluación económica, 2 estudios piloto, 2 estudios observacionales, 1 estudios cualitativos fenomenológico, 3 revisiones bibliográficas, 1 estudio de protocolos.

El diagrama de flujo PRISMA se encuentra como **Anexo 2**.

Tanto las fichas de lectura crítica como la ficha técnica de los artículos elegidos se encuentran resumidos en el **Anexo 3**.

Tabla 1. Los artículos seleccionados en la revisión bibliográfica.

Autores, año, país	Tipo de Estudio	Tamaño muestral (mujeres)	Inclusión datos	Rango de edades	S.G. Paridad	Tratamiento					Resultados de la versión	Nivel de evidencia	Calidad de FLC
						Moxibustión V67	Acupuntura V67	VCE	Posición genupectoral / supina rodillas y caderas flexionadas	Actitud expectante			
Brici et al., 2019, ITA (17)	Estudio observacional longitudinal	93	U/H/AP	18-43	32-35	●	●				60 primíparas, 38 (63,3%). 33 múltiparas, 20 (60,7%)	2+	ALTA
Bue & Lauszus, 2016, DNK (16)	Ensayo clínico aleatorizado	200	H/D	>18	>33 Primíparas y múltiparas	●		●			GI+GC (RR = 1,05, IC 95%: 0,8 – 1,38). Nulíparas (RR = 1,17, IC 95%: 0,77 – 1,76) Múltiparas (RR = 1,0, IC 95%: 0,69 – 1,46)	1-	MEDIA
Coyle et al., 2012, AUS (12)	Revisión sistemática y metaanálisis	1.224	H/AP	>18	28-37 Primíparas y múltiparas	●	●	●	●	●	RR = 0,90; IC 95%: 0,67 - 1,19; T ² = 0,04, I ² = 60%	1+	ALTA
Do et al., 2011, AUS (18)	Ensayo clínico aleatorizado	68	H/D	<18	34-36	●		●		●	GI: 5/10. GC: 1/10. RR 5,0; IC 95% 0,70 - 35,5; p = 0,11	1+	MEDIA
García-Monchón et al., 2015, ESP (6)	Estudio de evaluación económica - Metaanálisis	406	H/AP/D	>18	33-35	●	●		●	●	Coste medio 65,28€. RR de 0,34 (IC 95%: 0,16 - 0,76) de presentación no cefálica.	2	ALTA

Guittier et al., 2008, CHE (19)	Estudio piloto	65	H/D	>18	34-36	●				●	-	2+	MEDIA
Guittier et al., 2009, CHE (20)	Ensayo clínico aleatorizado	212	H/AP	>18	34-36 Primíparas y multíparas	●				●	GI 18% GC 16%	1++	MEDIA
Haddad & Inácio, 2016, BRA (21)	Revisión bibliográfica	3.073 18 artículos	H/AP/H	>18	>33 Primíparas y multíparas	●	●	●	●	●	GI: 737 GC: 650	4	Likert 4*
Isidro et al., 2016, ESP (10)	Ensayo clínico aleatorizado	88	AP	>18	32-36	●				●	GI: 21 (44,7%; IC 95%: 30,50-58,90). GC: 18 (43,9%; IC 95%: 28,71-50,09).	1+	ALTA
Manyande & Grabowska, 2009, GBR (22)	Estudio observacional	76	H	22-42	32-38 Primíparas y multíparas	●				●	22 (88%) tuvieron partos normales y tres (12%) tuvieron partos por cesárea ($X^2 = 39,37$, $DF=1$, $p<0,001$).	3	BAJA
Miranda García et al., 2019, ESP (7)	Revisión sistemática	5.339	U/H/AP	18-45	32-36 Primíparas y multíparas	●	●			●	GI GC	2++	MEDIA
Miranda García et al., 2019, ESP (9)	Revisión bibliográfica	15 artículos	H/AP/D	>18	28-38 Primíparas y multíparas	●				●	PA: 96,7% PO: 53,6-75,4%	4	Likert 2*
Miranda-García et al., 2011, ESP (13)	Estudio piloto	20	H/D	21-39	34-38	●	●				-	2+	MEDIA

Mitchell & Allen, 2008, GBR (2)	Estudio cualitativo fenomenológico	8	H/D	>18	>33	●					7 de 8 mujeres tuvieron movimientos fetales.	4	Likert 4*
Muñoz et al., 2011, ESP (23)	Estudio observacional descriptivo	18	H/AP/D	>18	33-38	●					Cumplimiento y tipo de alumbramiento (x ² =12,600; gl=1; p=0,000)	3	BAJA
Van den Berg et al. 2010, NLD (11)	Revisión sistemática y metaanálisis	*	H/D	>18	33-36	●	●		●		GI: 32% / ECV: 12% GC: 53% / ECV: 19%	2	ALTA
Vas et al., 2008, ESP (5)	Estudio protocolo	492	H/AP/D	>18	32-35 Primíparas y multíparas	●				●	-	2+	Likert 3*
Vas et al., 2009, ESP (4)	Revisión sistemática y metaanálisis	1.087	H/AP	>18	32-36 Primíparas y multíparas	●	●		●	●	-	1+	ALTA
Vas et al. 2013, ESP (3)	Ensayo clínico aleatorizado	406	AP/D	>18	33-35 Primíparas y multíparas	● + SP1				●	GI V67: 58,1% GI SP1: 43,4% GC: 44,8%	1++	ALTA
Sananes et al., 2016, FRA (8)	Ensayo clínico aleatorizado	260	H/AP	>18	32-34			●			GI: 49 (37,7%). GC: 37 (28,7%). RR 1,34 (0,93 - 1,89), Pr RR > 1 = 94,3%.	1+	ALTA
Schlaeger et al., 2018, EE. UU. (15)	Revisión bibliográfica	16 artículos	H/AP/D	>18	28-37 Primíparas y multíparas	●	●	●	●	●	RR 0,95 – 1,76	4	Likert 4*

VCE: Versión cefálica externa. U: Universidad. H: Hospital. AP: Atención primaria. D: Domicilio. S.G. Semanas de gestación. GI: Grupo intervención. GC: Grupo control. RR: Riesgo relativo. IC: Intervalo de confianza. PA: Países asiáticos. PO: Países occidentales. * En las revisiones bibliográficas no se han podido realizar *fichas de lectura crítica* (FLC).

DISCUSIÓN

Evaluación de la efectividad de la moxibustión versus la no administración:

Los diferentes autores encontrados en la revisión bibliográfica nos indican, que hay una evidencia científica relacionada con la efectividad del tratamiento de moxibustión para la rotación fetal a presentación cefálica frente a los grupos controles que no lo aplican. Cuando se aplica *Artemisia vulgaris* en presentación de moxa en el punto de acupuntura V 67, que se encuentra en la zona ungueal externa de los meñique de los pies.

En el ensayo clínico aleatorizado de Bue y Lauszus (16), con una muestra de 200 mujeres, donde se comparaba el GI tratamiento con moxibustión respecto al GC donde no se administraba el tratamiento. Separando en grupos de GI y GC a nulíparas (RR = 1,17; IC 95%: 0,77 - 1,76) y multíparas (RR = 1,0; IC 95%: 0,69 - 1,46). El cual no tuvo efecto significativo en la corrección de la posición de nalgas después de la semana 33, debido al posible autotratamiento por parte de las mujeres, en el que a lo mejor no lo realizaran correctamente.

Según la revisión sistemática de la Cochrane de 2012, Coyle et al. (12) tres ensayos comparaban la moxibustión con la actitud expectante con una muestra 594 mujeres; Cardini 1998, Cardini 2005, Guittier 2009 (20). El metanálisis no mostró diferencias entre los GI y GC (RR 0,90; IC 95%: 0,67 - 1,19; $T^2 = 0,04$, $I^2 = 60\%$).

En 2011, Do et al. (18) realizó un ensayo controlado aleatorizado en Australia, donde se dividió en grupo de intervención y control, a la muestra de 20 mujeres embarazadas con un único feto en presentación no cefálica. En el G.I. donde se aplicó la moxibustión y el G.C. únicamente recibió la atención habitual (actitud expectante). El tratamiento se lo explicaba un acupunturista en la primera visita en la consulta del obstetra y lo realizaban en domicilio, autoadministrado o por el conviviente, la duración era de 10 minutos en cada pie, dos veces al día durante 10 días. En este caso solo 5 bebés de 10 del grupo de moxibustión estaban en posición cefálica al momento del parto (incluidos antes de la VCE y después de la VCE exitosa), en comparativa con 1 solo de 10 en el G. C. (RR 5,0, IC 95% 0,70 - 35,5, $p = 0,11$).

En el ensayo clínico de Isidro et al. del 2017 (10), realizó un ensayo controlado aleatorizado y multicéntrico en 9 atención primaria española en una población de 88

gestantes. Pero en este ensayo clínico no se declaró que el método de moxibustión en el punto V 67 - Ziying junto con la posición genupectoral mejore la versión fetal en presentación de nalgas, versus el grupo control, donde se aplicó el tratamiento de moxibustión en el punto SP1 – Yinbai en combinación con la posición genupectoral.

Previo al alumbramiento, en el grupo de intervención la cantidad de presentaciones cefálicas fueron de 21 (44'7%; IC 95%: 30'50–58'90) y en el grupo control 18 (43'9%; IC 95%: 28'71–59'09). Una de las posibles causas de que este ensayo no demostrara que la técnica fuera eficaz posiblemente sea por la autoaplicación de la técnica por parte de las gestantes, debido a una posible malposición de la moxa en un punto diferente al V 67 y otro de los motivos la muestra no era suficiente para que la potencia del estudio fuera necesaria.

Según la revisión sistemática de Miranda et al. (7) las cinco RS concluyeron que la moxibustión sola o en combinación con acupuntura o algunas posturas reducen la cantidad de presentaciones de nalgas en el nacimiento. Y los resultados obtenidos en todas las investigaciones deben ser interpretadas cautamente debido a la necesidad más estudios con una metodología mejor diseñada para evaluar la moxibustión. Ya que existen numerosas diferencias en los diseños, con un resultado heterogéneo. Otra de las conclusiones es que el uso de la moxibustión disminuye el uso de oxitocina en comparación con la actitud expectante. Y es mejor el no cegamiento de los participantes para asignarles el tratamiento de moxibustión, y realizar ensayos clínicos comparando el grupo de moxibustión al grupo donde se realice una versión cefálica externa para proporcionar mejores resultados.

Como indica Miranda et al. 2019 en la revisión bibliográfica, nos brinda seguridad científica conforme a la efectividad de la moxibustión en el punto de acupuntura V 67, en la rotación del bebé a una presentación cefálica. En la mayoría de los estudios se ha manifestado la corrección fetal en los G. C. donde se ha aplicado la técnica de moxibustión en V 67 versus al G. C., en el que ha sido una actitud expectante (9).

La efectividad varía según la semana de gestación en la que se inicie el tratamiento. Según los estudios orientales si se inicia previa a la 32 s. g. los resultados son más favorables para la versión cefálica. En comparación con los estudios europeos, donde se suele iniciar en las semanas 32-35 (9).

En el estudio de intervención de Muñoz et al. del 2011 (23) se estudió una muestra de 18 embarazadas que se autoadministraron el tratamiento con previa formación por parte de la matrona del Hospital de Puigcerdà. Donde los resultados de la realización adecuada del tratamiento fue 15 (93,9%) y 3 de manera ocasional (16,7%) a estas últimas se les acabó realizando una cesárea.

Como se explica en la revisión sistemática de Vas et al. del 2009 (4), se incluyeron 7 estudios, 6 de ellos compararon la moxibustión (sola o en asociación con la acupuntura o posturas) con ningún tratamiento o con medidas posturales, mientras que solo 1 comparó la moxibustión con la acupuntura. Su conclusión fue que, con respecto a la versión de la presentación de nalgas, resulta beneficioso el tratamiento de la moxibustión aplicado en el punto de acupuntura V 67, ya sea aplicándolo solo o junto con acupuntura, posturas, versus la mera observación o posturas. Esta técnica ha demostrado ser segura ya que no aumenta la tasa de complicaciones típicas de la presentación de nalgas, aun los resultados de la revisión no sean totalmente concluyentes. Debido a que se pueden ver influidos por diferentes diseños y la calidad de los estudios.

En 2013, Vas et al. (3) informaron sobre un ensayo controlado aleatorizado de la moxibustión aplicado por matronas en atención primaria española en una población de 406 embarazadas. El ensayo corroboró la efectividad del tratamiento con moxibustión en occidente sin efectos. Los resultados obtenidos en el G. I. donde se aplicaba la moxibustión verdadera, una disminución de la presentación cefálica versus el grupo de control del RR 29,7% (IC 95%: 3,1 - 55,2), el número a tratar fue de 8 (IC 95%: 4 - 72).

Disminución de la tasa de versión cefálica externa / cesáreas debido al uso de la moxibustión:

Según la revisión sistemática de la Cochrane de 2012, Coyle et al. (12) dos ensayos informaban la necesidad de de VCE con una muestra de 472 mujeres; Cardini 1998; Guittier 2009 (20). A las mujeres se les ofrecía VCE cuando el tratamiento de moxibustión no era efectivo. El metanálisis no mostró, entre los C. I. y G. C. diferencias. (RR 0,67; IC 95%: 0,34 - 1,32; $T^2 = 0,22$, $I^2 = 91\%$). Y, dos ensayos, informaban del número de cesáreas necesarios para los partos a término con el bebé en posición no cefálica, en 472 mujeres; Cardini 1998; Guittier 2009 (19). No hay evidencia en el metaanálisis (RR 1,05; IC 95%: 0,87 – 1,26).

Según el metaanálisis de García-Mochón et al., 2015, (6) para sintetizar la evidencia y calcular las variaciones en la eficacia lograda en algunos ensayos sobre el tratamiento con moxibustión en V 67, se consideró alta, la heterogeneidad, si I^2 era $>50\%$. Pero mostró un RR de 0,34 (IC 95%: 0,16 – 0,76) de presentación de nalgas después aplicar la moxibustión. Aún así, su uso hace que el ahorro sea de 414,68 €, reduciendo un 26% las cesáreas respecto al procedimiento habitual. Por otra parte, alcanzando el RR de la investigación basal, la tasa de cesáreas disminuye en comparación al procedimiento convencional, el ahorro medio sería de 240,28 €, con menos de un 12% de cesáreas.

En el ensayo clínico de Isidro et al. del 2017 (10), indica que la cantidad de cesáreas en el G. I. fue de 29 (61,7%) en comparación con el grupo control de 28 (68,3%). Y, a partir de la semana 37 de gestación, se realizaron 11 VCE en las que no había funcionado la moxibustión, 4 en el G. I. y 7 en el G. C. Se logró la versión del feto en 3 mujeres (1 del grupo intervención y 2 del grupo control).

Según una revisión publicada en Cochrane sobre la eficacia de la moxibustión en la rotación a posición cefálica teniendo en cuenta una muestra de 597 mujeres en 3 ensayos clínicos. Se concluyó que la moxibustión disminuía la realización de VCE debido a presentaciones podálicas (RR: 0,47 IC 95%: 0,33 - 0,66) además disminuye el tratamiento con oxitocina (RR: 0,28; IC 95%: 0,13 - 0,60) antes o durante el trabajo de alumbramiento, en partos vaginales y cesáreas en los partos distócicos, aunque indica que son necesarios más ensayos controlados aleatorizados mejor diseñados que aseguren, con excelencia clínica y seguridad de la intervención (10,12).

Según Manyande et al. (22), los hallazgos obtenidos en su estudio también proporcionan evidencia adicional para sugerir que, dadas las circunstancias adecuadas, el tratamiento con moxibustión tiene más probabilidades de tener éxito que la VCE en convertir espontáneamente de la presentación no cefálica a cefálica. Estos factores incluyen menos efectos secundarios, multiparidad y apoyo durante la administración del tratamiento de moxibustión. Aunque hubo un mayor número de partos por cesárea, los autores no pudieron determinar qué fetos volvieron a presentar presentación de nalgas después de la versión cefálica espontánea y por qué, ya que esto estaba más allá del alcance de este estudio. En Occidente, sería necesario realizar un trabajo de naturaleza similar sobre la aplicación de la moxibustión y determinar su eficacia mediante la realización de ensayos, por ejemplo, dentro del NHS.

Mejora de los resultados perinatales y maternos el uso de moxibustión (pH, APGAR, vía de parto natura o instrumental...):

En el ensayo clínico de Isidro et al. del 2017 (10), no fueron observadas desigualdades propias en la semana de gestación en el alumbramiento ni el tamaño del niño. El grupo intervención fueron dos partos pretérminos antes del inicio del tratamiento con moxibustión, comparándolo con el grupo control donde no hubo ninguno. Se creyó que de las 10 (11,4%) pérdidas fueron por realizarse menos de 7 sesiones: 6 (12,8%) en el G.I. y 4 (9,8%) en el G.C., incluidas ya que se realizó por intención de tratar. Solo 9 mujeres del GI refirieron efectos adversos (20,9%) y del GC 5 (12,2%), la mayoría fue aumento del dolor pélvico y movimientos del feto. No hubo ninguna mujer que refiriese otra complicación, general o local, relacionada con la aplicación de la moxa en los puntos V67 o SP1.

En el estudio de intervención de Muñoz et al. del 2011 (23), el tipo de parto fueron 12 eutócicos (66,7%), distócicos con fórceps 1 (5,6%), con espátula 1 (5,6%) y cesárea 4 (22,2%). 3 de las gestantes con parto vaginal el anterior fue por cesárea (16,7%) y 1 de las 4 gestantes que se le realizó cesárea había realizado completamente el tratamiento. En el Test de Apgar, 15 neonatos (88,2%), con una puntuación superior a siete en el minuto, y 2 (11,7%) menor a siete. A los cinco minutos en todos fue igual o mayor a nueve (100%). El peso de media fue de 3,160 kg (DE 555g). De los bebés, 9 fueron niños y 9 niñas. En el examen bivariado, afirman que existe una correlación representativa entre el cumplimiento del procedimiento y el modo de alumbramiento ($\chi^2=12,600$; $gl= 1$; $p=$

0,000). Los partos previos influyen efectivamente en el cumplimiento, debido a que las múltiparas efectúan mejor el procedimiento ($\chi^2= 12,600$; $gl= 2$; $p= 0,002$). Por el contrario, parece que no existe una correlación significativa entre el modo de alumbramiento y la edad de la gestante ($t = 0,368$; $gl = 16$; $p = 0,718$), tipo de alumbramiento y tiempo de aplicación ($t = -12,985$; $gl = 16$; $p = 0,053$), las s. g. en el alumbramiento ($t= 1,340$; $gl= 16$; $p= 0,199$) y si el bebé es niño o niña ($\chi^2= 1,275$; $gl= 1$; $p= 0,257$).

Evaluación de la satisfacción de las gestantes en el uso de moxibustión:

Según Haddad et al., Mitchell et al. y Guittier et al. (2,19–21) para los gerentes de los servicios prenatales y profesionales, ofrecer la técnica en el servicio público, sería necesaria evidencia científica sobre la eficacia y coste-beneficio de la moxibustión sobre la población a tratar. Las matronas serían las profesionales adecuadas para aplicar la técnica, se debería derivar a las gestantes antes de la semana 33.

Los autores holandeses afirman que, aunque no hay garantía de que el uso de esta técnica tenga éxito, pero el mero intento puede ser beneficioso en países de bajos ingresos o en zonas rurales alejadas de centros médicos, ya que las mujeres que viven allí tienen menos probabilidades de tener acceso a un VCE o cesárea en casos de presentación de nalgas (11).

El diagnóstico de la presentación no cefálica causa ansiedad y preocupación, principalmente con respecto a las consecuencias maternas y fetales de un parto vaginal cefálico o una cesárea, además de sentirse frustradas por no poder sentir un parto “normal” y la aprensión sobre la opción de VCE, incluso si esa fuera la única opción para probar un parto vaginal (2). Las mujeres embarazadas informaron que el VCE puede ser invasivo al "obligar" al bebé a girar, y que podría causar problemas futuros (2). Conociendo las implicaciones de un parto pélvico o una cesárea, las mujeres demostraron satisfacción al aceptar la oferta de tratamiento de moxibustión (2).

En cuanto a los sentimientos sobre el tipo de nacimiento, en el momento de la aleatorización, la mitad de las mujeres (106/212) declaró que prefería el parto vaginal, mientras que menos de una cuarta parte eligió realmente este tipo de parto (19,20). Otra información importante fue que no todas las mujeres embarazadas sometidas a moxibustión probaron la VCE (60/106) (19,20). Los autores plantean dos hipótesis para

explicarlo: la reticencia de someterse a una cesárea, pero aceptarlo como una realidad después de un intento fallido de "corrección" por medio de un método alternativo, sin importar cuál fuera ese método; o tomar decisiones después de hablar con el obstetra sobre las alternativas al final del embarazo, cuando se le informa sobre los resultados de un ensayo clínico anterior (19–21).

El profesional encargado en atender a mujeres que estén en la situación de presentación de nalgas es importante que se les pueda ofrecer diferentes alternativas. Incluidos tratamientos complementarios y convencionales, y que pueda evaluar adecuadamente las indicaciones y contraindicaciones de cada método (21). La medicina tradicional china o los profesionales homeopáticos sin antecedentes en obstetricia son incapaces de confirmar la posición de no cefálica antes de aplicar un método específico y desconocen los factores de riesgo, contraindicaciones y complicaciones obstétricas (21). Este argumento justifica la necesidad de formar a las matronas para ofrecer estas alternativas para "corregir" una presentación de nalgas, y este contenido debería formar parte de la educación continua de estos profesionales (21).

CONCLUSIONES

El principal resultado de esta revisión bibliográfica es que el método de moxibustión en V 67 incrementa la posibilidad del parto vaginal para las gestantes de entre 32-37 s. g., mejorando los resultados perinatales ya que hay menor sufrimiento fetal, si el feto rota, previo al parto, evitando la realización de la VCE o cesáreas de urgencia y con ello sus consecuencias frente a la morbimortalidad maternofetal.

Además, es una técnica efectiva, segura, rentable y fácil de usar. Es una terapia no invasiva, pudiendo ser administrada por la misma paciente o por un familiar, por ello la autonomía y satisfacción de las gestantes y de sus parejas también se tiene en cuenta. Debido a que pueden aprender hacer el tratamiento en casa y con mayor tranquilidad y comodidad que trasladarse al centro médico o al hospital para realizar los cuidados.

Pero son necesarias más investigaciones sobre el tema para promover guías clínicas o protocolos de actuación en todas las consultas u hospitales de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona., Hospital Universitari Clínic de Barcelona, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. PROTOCOLO: VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA [Internet]. 2019. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/version_externa.pdf
2. Mitchell M, Allen K. An exploratory study of women's experiences and key stakeholders views of moxibustion for cephalic version in breech presentation. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2008;14(4):264–72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388108000583?via%3Dihub>
3. Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, Ramos-Monserrat M, Barón M, Aguilar I, et al. Using moxibustion in primary healthcare to correct non-vertex presentation: A multicentre randomised controlled trial. *Acupunct Med* [Internet]. 2013;31(1):31–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23249535/>
4. Vas J, Aranda JM, Nishishinya B, Mendez C, Martin MA, Pons J, et al. Correction of nonvertex presentation with moxibustion: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2009;201(3):241–59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.12.026>
5. 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* [Internet]. 2008;8:1–8. Disponible en: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-8-22>
6. García-Mochón L, Martín JJ, Aranda-Regules JM, Rivas-Ruiz F, Vas J. Cost effectiveness of using moxibustion to correct nonvertex presentation. *Acupunct Med* [Internet]. 2015;33(2):136–41. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/home/aim>

7. Miranda-García M, Domingo Gómez C, Molinet-Coll C, Nishishinya B, Allaoui I, Gómez Roig MD, et al. Effectiveness and Safety of Acupuncture and Moxibustion in Pregnant Women with Noncephalic Presentation: An Overview of Systematic Reviews. *Evidence-based Complement Altern Med* [Internet]. 2019;2019. Disponible en: <https://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2019/7036914.pdf>
8. Sananes N, Roth GE, Aissi GA, Meyer N, Bigler A, Bouschbacher JM, et al. Acupuncture version of breech presentation: a randomized sham-controlled single-blinded trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016;204(2016):24–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.492>
9. Miranda García M, Goberna Tricas J, Allaou I, Domingo Gómez C, Roig Gómez MD. Acupuntura y moxibustión para embarazadas con presentación no cefálica. Estrategias de intervención y revisión de la literatura. *Matronas profesión* [Internet]. 2019;20(3):64–71. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/acupuntura-y-moxibustion-para-embarzadas-con-presentacion-no-cefalica-estrategias-de-intervencion-y-revision-de-la-literatura/>
10. Isidro Albaladejo M, Parellada Esquiús N, Regueiro Trabado C, Sas Sabaté G, Urbano Mármol R, Vidal Ventura C, et al. Evaluación de la eficacia de la aplicación de la moxibustión en presentaciones no cefálicas en gestantes asistidas en atención primaria. *Matronas Prof* [Internet]. 2017;18(1):27–33. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-eficacia-moxibustion.pdf> <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=122679025&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
11. van den Berg I, Kaandorp GC, Bosch JL, Duvekot JJ, Arends LR, Hunink MGM. Cost-effectiveness of breech version by acupuncture-type interventions on BL 67, including moxibustion, for women with a breech foetus at 33 weeks gestation: A modelling approach. *Complement Ther Med* [Internet]. 2010;18(2):67–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2010.01.003>

12. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(5):1–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22592693/>

13. Miranda García MT, Girabent-Farrés M, Domingo C, Marimon E. Effectivity of acupuncture and moxibustion in pregnant women with a non-cephalic presentation. A pilot study. *Rev Int Acupunt* [Internet]. 2011;5(4):135–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1887836911700333>

14. Deadman P, Al-Khafaji M, Baker K, Chippindale J, Hedger S, Hsiung A, et al. A Manual of ACUPUNCTURE. *J Chinese Med Publ* [Internet]. 1998; Disponible en: <https://amanualofacupuncture.com>

15. Schlaeger JM, Stoffel CL, Bussell JL, Cai HY, Takayama M, Yajima H, et al. Moxibustion for Cephalic Version of Breech Presentation. *J Midwifery Women's Heal* [Internet]. 2018;63(3):309–22. Disponible en: https://www.mendeley.com/catalogue/dfd49319-6357-35d4-8af3-db807c3886bd/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.4&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B23915358-977f-4fd9-aded-e20a3690c3a6%7D

16. Bue L, Lauszus FF. Moxibustion did not have an effect in a randomized clinical trial for version of breech position. *Dan Med J* [Internet]. 2016;63(2). Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/44256523/MoxaBreechRCT.pdf?1459426968=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMoxibustion_did_not_have_an_effect_in_a.pdf&Expires=1615128274&Signature=ZZ7Hxrx5tPJ9MjG-gYu2U48HiJoTCbk4Cvc90dHIWsIBlx6hIzgU2py

17. Brici P, Franconi G, Scatassa C, Fabbri E, Assirelli P. Turning foetal breech presentation at 32-35 weeks of gestational age by acupuncture and moxibustion. *Evidence-based Complement Altern Med* [Internet]. 2019;2019:5. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2019/8950924/>

18. Do CK, Smith CA, Dahlen H, Bisits A, Schmied V. Moxibustion for cephalic version: A feasibility randomised controlled trial. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2011;11. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6882-11-81?utm_source=getftr&utm_medium=getftr&utm_campaign=getftr_pilot

19. Guittier MJ, Klein TJ, Dong H, Andreoli N, Irion O, Boulvain M. Side-effects of moxibustion for cephalic version of breech presentation. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2008;14(10):1231–3. Disponible en: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/acm.2008.0134?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub_0pubmed

20. Guittier M-J, Pichon M, Dong H, Irion O, Boulvain M. Moxibustion for Breech Version. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2009;114(5):1034–40. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2009/11000/Moxibustion_for_Breech_Version__A_Randomized.12.aspx

21. Haddad Rodrigues M, Inácio Zorzim V. Use of Moxibustion and Acupuncture in Pregnant Women With Breech Presentation: an Integrative Review. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016;22(1):1–10. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=121400568&lang=pt-br&site=ehost-live>

22. Manyande A, Grabowska C. Factors affecting the success of moxibustion in the management of a breech presentation as a preliminary treatment to external cephalic version. *Midwifery* [Internet]. 2009;25(6):774–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.08.003>

23. Muñoz Sellés E, Monreal Barba M, Beatriz Gauna O, De Molina Fernández I, Casas JC. Moxibustion in fetal malposition. *Matronas Prof* [Internet]. 2011;12(4):104–9. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/104-109-art-orig-moxibaja.pdf>

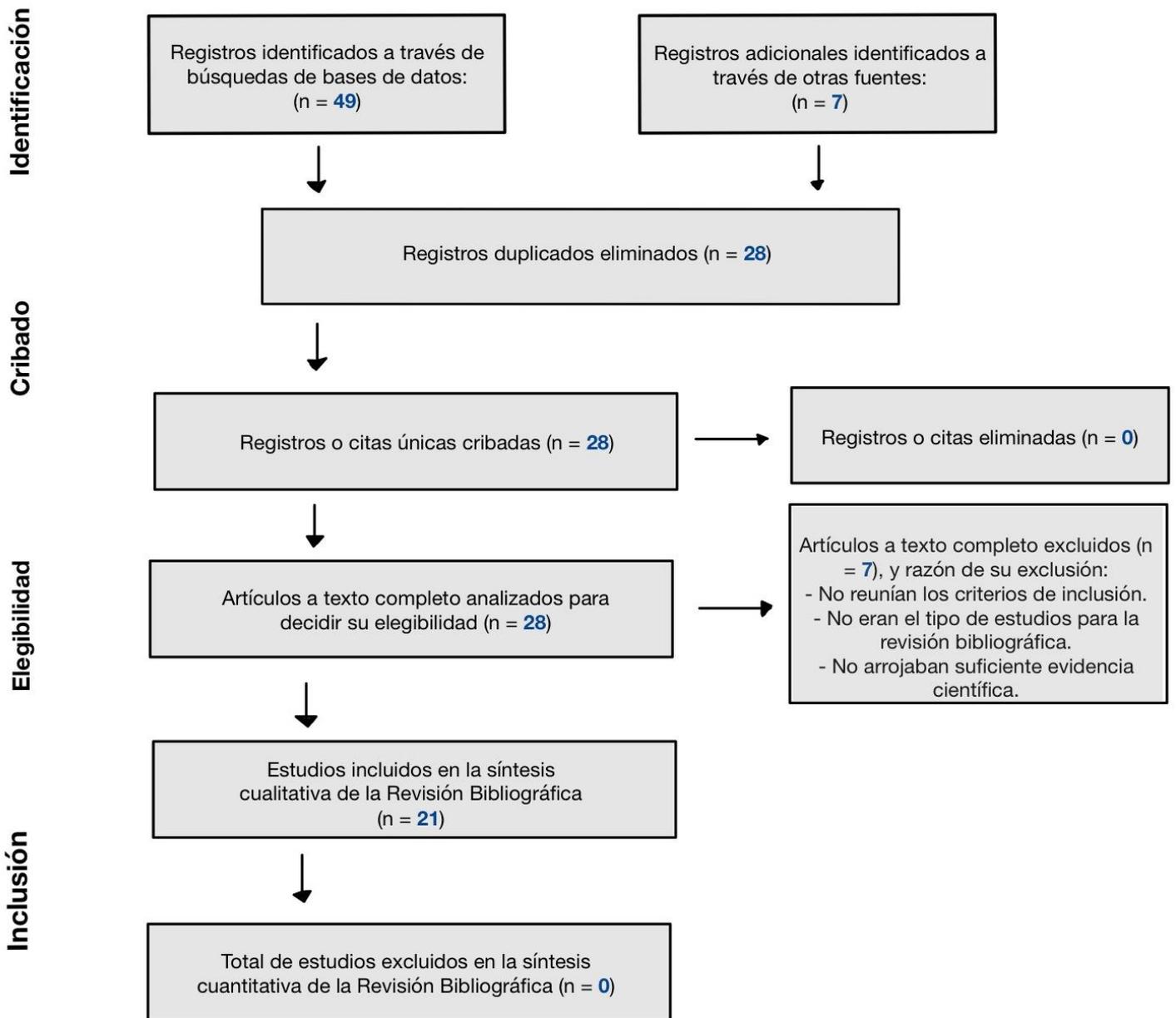
ANEXOS

Anexo 1:

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Pregunta de Investigación	<ul style="list-style-type: none"> - P (paciente o problema de interés): Gestantes con 32-37 semanas, con un único feto en presentación no cefálica (transversa, oblicua o podálica). - I (intervención): Administración de Moxibustión en V 67. - C (intervención comparar): No administración de Moxibustión (actitud expectante). - O (resultado a valorar): Rotación a presentación cefálica. <p>¿Es efectivo para la rotación a presentación cefálica, la administración de Moxibustión en V 67 frente a la no administración del fármaco (actitud expectante), en gestantes de 32-37 semanas con un único feto en presentación no cefálica (transversa, oblicua o podálica)?</p>		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - General: Evaluar la efectividad de la técnica de Moxibustión en el punto V 67, en gestantes con 32-37 semanas de gestación, con un único feto en presentación no cefálica (transversa, oblicua o podálica), versus la no administración de la Moxibustión (actitud expectante) para obtener una rotación a presentación cefálica. - Específico 1: Evaluar si el uso de la Moxibustión en el punto V 67 disminuye la tasa de versión cefálica externa / cesáreas para que sea parto vaginal cefálico. - Específico 2: Evaluar si el uso de la Moxibustión en el punto V 67 mejora los resultados perinatales y maternos (pH, APGAR, vía de parto natura o instrumental...). - Específico 3: Evaluar la satisfacción de las gestantes con 32-37 semanas en el uso de la Moxibustión en el punto V67 para facilitar la colocación correcta del feto. 		
Palabras clave	<p>Moxibustión, acupuntura, malposición fetal, presentación cefálica, versión cefálica externa.</p> <p>Moxibustion, acupuncture therapy, breech presentation, cephalic version, external cephalic version.</p>		
Descriptores		Castellano	Inglés
	Principal	Moxibustión Malposición fetal	Moxibustion Breech presentation
	Secundario/s	Presentación cefálica	Cephalic version
Operadores booleanos	1er nivel (principal)		Moxibustion AND Breech presentation.
	2do nivel (principal, secundario/s)		Moxibustion AND Breech presentation AND Cephalic version.
Áreas de conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Ciencias de la salud. - Enfermería. - Obstetricia / Matronas. - Medicina alternativa. 		
Selección de bases de datos	Metabuscadores EBSCOhost ☒ BVS ☒	Bases de datos específicas PubMed ☒	Bases de datos revisiones Cochrane ☒ ☐
Límites	Años de publicación	13 años: debido al interés para esta revisión bibliográfica de documentos del 2008 a 2021.	
	Idiomas	Inglés y español.	
	Tipos de publicación	Cartas al director (exclusión).	

Resultados de la búsqueda				
Metabuscador	EBSCOhost			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 61	15	
	2do nivel	Nº		
	Otros	Nº	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Metabuscador	BVS			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 37	19	
	2do nivel	Nº		
	Otros	Nº	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Base de Datos específica	PubMed			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 23	14	
	2do nivel	Nº		
	Otros	Nº	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Base de Datos de Revisiones	Cochrane			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 1	1	
	2do nivel	Nº		
	Otros	Nº	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Obtención de la fuente primaria				
Directamente de la base de datos			X	
Biblioteca digital de la UIB				
Otros (especificar)			Revista internacional de acupuntura: X Matronas profesión: X	

Anexo 2:



Búsqueda de literatura según diagrama de flujo Prisma-2009

Anexo 3: Ficha técnica de un estudio de protocolo: Rotación de presentación de nalgas a las 32-35 s.g. mediante moxibustión y acupuntura.

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia Interna
1		
Cita Bibliográfica	Brici P, Franconi G, Scatassa C, Fabbri E, Assirelli P. Turning foetal breech presentation at 32-35 weeks of gestational age by acupuncture and moxibustion. Evidence-based Complement Altern Med [Internet]. 2019;2019:5. Disponible en: https://www.hindawi.com/journals/ecam/2019/8950924/ (17)	
Introducción	Resumen de la introducción	La presentación de nalgas es un problema obstétrico que a menudo conduce a la cesárea. La estimulación del punto de acupuntura V67 por moxibustión puede corregir la presentación no cefálica. La mayoría de los estudios han examinado el efecto de la moxibustión administrada en mujeres embarazadas independientemente de su posición durante el tratamiento. Sin embargo, en la antigua China se recomendó tratar al paciente en posición supina con rodillas y caderas flexionadas, con una almohada colocada debajo de la región sacra para la inclinación anterior de la pelvis, permitiendo la "apertura" del meridiano de la vejiga.
	Objetivo del estudio	La efectividad de la moxibustión en el punto de acupuntura V67, con o sin aguja de acupuntura, en embarazadas para corregir la presentación de nalgas.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio observacional longitudinal.
	Año de Realización	Rimini, Italia, desde mayo de 2008 hasta abril de 2010.
	Técnica recogida de datos	Registro de datos cuantitativos: inscripción por parte de la unidad sanitaria local de Rimini de las embarazadas. Protocolo aprobado por el Comité de Ética del Área Vasta Romagna y el IRST (Instituto científico romagna para el Estudio y Tratamiento del Cáncer).
	Población y muestra	94 embarazadas: 60 primíparas y 33 multíparas de 32-35s.g., entre 18 y 45 años, diagnosticadas ecográficamente de feto en posición de nalgas.
Resultados relevantes	Después de 2 semanas de tratamiento con moxibustión, 32 (33,7%) mujeres embarazadas no presentaron reversión fetal. Doce de ellas (12,9%) continuaron el tratamiento durante 3 sesiones más con acumoxa en V65 y S11. De estas, 4 (4,3%) tuvieron trastornos fetales y parto natural con presentación de nalgas. Entre las 60 primíparas (de 18-45 años, edad media 32 años), 38 (63,3%) tenían presentación cefálica al momento del parto y parto natural. Entre las 33 mujeres multíparas (de 27-40 años, edad media 35 años), 20 (60,7%) tenían presentación cefálica al momento del parto y parto natural.	
Discusión planteada	El estudio de serie de casos mostró que en las mujeres con presentación de nalgas que se autoadministran moxibustión en V67 en una posición de rodillas y caderas flexionadas y con una inclinación anterior de la pelvis, seguida de acupuntura en caso del fracaso del primer tratamiento, dio lugar a un parto vaginal cefálico en el 100% de las mujeres tratadas. Otros autores informaron que la tasa de éxito, presentación cefálica, ocurre en el 55-70% de las mujeres tratadas. Suponen que es el resultado de la combinación de diferentes factores, como la autoadministración. Se ha demostrado que la posición en la que recibe el tratamiento y el cumplimiento es extremadamente relevante en un estudio negativo realizado por Cardini et al. [13], donde la posible combinación de factores culturales junto con la falta de confianza en el tratamiento puede haber llevado a una alta deserción del ensayo. Desde entonces, muchos estudios se han publicado sobre los efectos de la moxibustión V67 para la versión fetal, y el procedimiento puede haberse vuelto más convencional y por lo tanto más fácil de aceptar. En los artículos se sostiene que la tasa de versión espontánea es menor en nulíparas que en multíparas. El estudio encontró que los resultados de la intervención en primíparas son alentadores (63,3% tuvieron movimiento fetal y parto natural), mientras que en las multíparas (60,7%). Se observan mejores resultados del tratamiento cuando se administró en las semanas más avanzadas de gestación. Esto apoya la impresión de una inestabilidad de la presentación en la semana 35 de gestación en la población caucásica. Aunque con números demasiado pequeños para ser significativos, hemos visto resultados alentadores con retraso en el tratamiento (después de la semana 36) con acupuntura y moxibustión en V67 y S11 en el caso de moxibustión autoadministrada en V67 ineficaz.	
Conclusiones del estudio	En conclusión, los resultados obtenidos con la moxibustión autoadministrada y acupuntura de rescate pueden considerarse prometedores para aumentar la versión cefálica y facilitar la reducción de partos por cesárea, especialmente en primíparas. Este enfoque también fomenta la educación en el cuidado personal. La moxibustión autoadministrada es una técnica simple y rentable que no requiere intervención médica y debe ofrecerse a todas las mujeres con presentación de nalgas porque no es invasiva y puede ser autoadministrada por la mujer. Sugerimos comenzar a tratar las multíparas a la semana 34 o 35.	
Valoración (Escala Likert)	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión).
	Likert 2	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica.
	Likert 3	Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio.
	Likert 4	X Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico.
Bibliografía (revisión dirigida)	<p>[1] M. E. Hannah, W. J. Hannah, S. A. Hewson, E. D. Hodnett, S. Saigal, and A. R. Willan, "Planned caesarean section ver- sus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term breech trial collaborative group," The Lancet, vol.356, no. 9239, pp.1375-1383,2000.</p> <p>[2] O. Irion, P. Hirsbrunner Almagbaly, and A. Morabia, "Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations," British Journal of Obstetrics and Gynaecology, vol.105, no.7,pp. 710-717, 1998.</p> <p>[3] M. Westgren, H. Edvall, L. Nordstrom, E. Svalenius, and J. Ranstam, "Spontaneous cephalic version ofbreech presentation in the last trimester," BJOG: An International Journal of Obstet- rics & Gynaecology, vol. 92, no. 1, pp. 19-22, 1985.</p> <p>[4] C. T. Witkop, J. Zhang, W. Sun, and J. Troendle, "Natural history of fetal position during pregnancy and risk ofnonvertex delivery," Obstetrics & Gynecology, vol. 111, no. 4, pp. 875-880, 2008.</p> <p>[5] M.E. Coyle, C.A.Smith,and B.Peat, "Cephalic version by moxibustion for breech presentation," Cochrane Database of Systematic Reviews, vol.5,article CD003928, 2012.</p>	
Total de 15 referencias.		

2) Tabla resumen de ensayos clínicos: Moxibustión sin efecto en un ECA para versión no cefálica.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Bue L. & Lauszus F. F. 2016. (16)	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>Objetivos: Estimar la efectividad de la moxibustión en la semana 33 para promover la versión de nalgas y evaluar la aceptabilidad del método en las mujeres embarazadas.</p> <p>Localización y periodo de realización: Departamento de Obstetricia de Holstebro y Herning, Dinamarca. Desde octubre del 2003 a enero del 2010.</p>	<p>Población: Mujeres embarazadas de 32 semanas de gestación con único feto en presentación no cefálica diagnosticadas mediante ecografía.</p> <p>Intervención: Autoadministración del tratamiento de moxibustión a diario durante 15 a 20 minutos, preferiblemente por la noche.</p> <p>Comparación: Se realizaron cuatro grupos: dos GI, uno de nulíparas y el otro de múltiparas y dos GC de cada tipo de paridad.</p> <p>Resultados analizados: Lograr una versión cefálica espontánea antes del parto.</p> <p>Tiempo de seguimiento: El seguimiento se realizó desde la semana 33 de gestación hasta el parto.</p>	<p>Nº participantes/grupo: 200 participantes: grupo de intervención nulíparas 48 y grupo control nulíparas 44; grupo de intervención múltiparas 54 y grupo control múltiparas 54.</p> <p>Intervención grupo experimental: Se indicó a las mujeres a partir de la semana 33 de gestación de los grupos de intervención que se aplicarían moxibustión diariamente durante 15-20 minutos, durante 3 semanas hasta el análisis mediante ecografía al finalizar el estudio. A las que no habían conseguido que el feto sufriera una rotación espontánea se les ofreció la realización de VCE.</p> <p>Intervención grupo control: No recibió ningún tratamiento en lugar de la moxibustión. (actitud expectante).</p> <p>Método enmascaramiento: El resultado de la aleatorización se puso en sobres donde se separaron en dos pilas según si las mujeres eran nulíparas o múltiparas.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: Diez mujeres del grupo intervención fueron eliminadas del estudio debido a que habían realizado el tratamiento menos de cuatro días. Además de las 25 mujeres restantes de las 32, el cumplimiento se consideró insuficiente.</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: Después del ensayo (16 días) se confirmó la posición no cefálica en 68 de las 92 nulíparas y 50 de las 108 múltiparas (74% vs 46%; $p < 0,01$). La posición cefálica se confirmó en 76 mujeres y otras posiciones en 6 mujeres. GI+GC (RR = 1.05, 95% CI: 0.8-1.38); en nulíparas (RR = 1.17, 95% CI: 0.77-1.76) en múltiparas (RR = 1.0, 95% CI: 0.69-1.46); RR > 1 favorece la moxibustión.</p> <p>Efectos adversos: En el grupo de moxibustión sufrieron como efectos adversos: - Mal olor de la moxa: 21 mujeres. 5 de las cuales dejaron el tratamiento antes de 10 días. - Cefaleas: 5 mujeres. 5 de las cuales dejaron el tratamiento antes de 10 días. - Náuseas: 4. 2 de las cuales dejaron el tratamiento antes de 10 días. Y el resto cumplió el tratamiento adecuadamente.</p>	No se encontraron efectos significativos de la moxibustión en la corrección de la posición no cefálica en mujeres primíparas y múltiparas después de la semana 33 de gestación.	MEDIA

3) Tabla resumen de revisiones sistemáticas: Moxibustión para versión cefálica en presentación de nalgas.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Coyle et al., 2012. (12)	<p>Diseño: Revisión sistemática con metaanálisis.</p> <p>Objetivos: Examinar la efectividad y seguridad de la moxibustión para la versión de un feto en la posición de nalgas, la necesidad de la versión cefálica externa (VCE), el modo de nacimiento y la morbilidad perinatal en la presentación de nalgas.</p> <p>Localización y periodo de realización: La revisión sistemática y el metaanálisis se realizaron en Australia, 2012. Multicéntrico.</p>	<p>Población: Cualquier mujer embarazada con único feto en presentación de nalgas diagnosticada mediante ecografía. Tanto primíparas como multiparas desde 28s.g hasta 37s.g.</p> <p>Intervención: Se incluyeron estudios donde el Grupo intervención (GI) se les realiza moxibustión solo o junto a otro tratamiento en el punto de acupuntura V67. La duración del tratamiento es de entre 10 hasta 60 minutos, aunque la mayoría de los estudios lo realizaban en 20 minutos. La frecuencia podía ser diaria, dos veces al día, dos veces a la semana y en dos estudios no queda claro. Y la intervención se realiza entre 4 días hasta dos semanas; en uno de los estudios se realiza la intervención hasta que se realiza la versión o hasta el parto.</p> <p>Comparación: El grupo control (GC) actitud expectante u otro tipo de tratamiento.</p> <p>Resultados analizados: La principal es la versión cefálica, comportamiento fetal, cesárea, necesidad de VCE, rotura prematura de membranas, uso de oxitocina, Apgar menor de 7 a los 5 minutos, muerte</p>	<p>Tipo de estudios incluidos: Esta revisión incluyó ocho ensayos clínicos aleatorizados (Cardini 1998; Cardini 2005; Chen 2004; Guittier 2009; Lin 2002; Neri 2004; Neri 2007; Yang 2006), de calidad metodológica moderada; sin embargo, el tamaño de la muestra en algunos estudios fue bajo, por diferencias en las intervenciones y el informe fue limitado. Para los ensayos de mayor calidad, se observaron diferencias en el diseño de los estudios y los resultados de los metanálisis deben interpretarse con cautela.</p> <p>Método evaluación calidad: Esta revisión incluyó ocho ensayos con 1346 mujeres. Los ensayos incluidos fueron de calidad metodológica moderada; sin embargo, el tamaño de la muestra en algunos estudios fue pequeño, existieron diferencias en las intervenciones y el informe fue limitado. Para los ensayos de mayor calidad, se observaron diferencias en el diseño de los estudios y los resultados de los metanálisis deben interpretarse con cautela.</p>	<p>Nº estudios incluidos: Se realizan 8 estudios diferentes con 1.224 mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardini 1998: 260 mujeres. GI moxibustión GC expectante. - Cardini 2005: 123 mujeres. GI moxibustión GC expectante. - Chen 2004: 142 mujeres. GI: moxibustión + posición supina con rodillas y caderas flexionadas CG: posición supina con rodillas y caderas flexionadas. - Guittier 2009: 212 mujeres. GI: moxibustión GC: expectante. - Neri 2004: 240 mujeres. GI: moxibustión + acupuntura GC: expectante. - Neri 2007: 41 mujeres. GI: moxibustión GI: acupuntura GI: moxibustión + acupuntura. - Yang 2006: 206 mujeres. GI: moxibustión + posición supina con rodillas y caderas flexionadas CG: posición supina con rodillas y caderas flexionadas. <p>Resultados:</p> <p>Moxibustión vs actitud expectante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación no cefálica al nacer: 594 mujeres; Cardini 1998, Cardini 2005, Guittier 2009, compararon la moxibustión con actitud expectante. Metanálisis no mostró diferencias entre los GI y GC (RR 0,90; IC 95%: 0,67-1,19; T²=0,04, I²=60%). - Necesidad de VCE: 472 mujeres; Cardini 1998; Guittier 2009. A las mujeres se les ofrecía VCE cuando el resultado no era efectivo. Metanálisis no mostró diferencias entre los grupos (RR 0,67; IC 95%: 0,34 a 1,32; T² = 0,22, I² = 91%). - Cesáreas: 472 mujeres; Cardini 1998; Guittier 2009. Metanálisis no mostró diferencias (RR 1,05; IC 95%: 0,87-1,26). - Rotura prematura de membranas: 382 mujeres; Cardini 1998; Cardini 2005. Metanálisis no reveló diferencias entre los grupos (RR 0,82; IC 95%: 0,07-9,31; T² = 2,04, I² = 60%). - Uso de oxitocina en parto vaginal: 260 mujeres; Cardini 1998. La moxibustión disminuía del uso de oxitocina antes o durante el trabajo de parto (RR 0,28; IC 95%: 0,13-0,60). <p>Moxibustión vs acupuntura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación no cefálica al nacer: 226 mujeres; Neri 2004, de moxibustión + acupuntura vs actitud expectante menos mujeres en el GI vs GC (RR 0,73; IC 95%: 0,57-0,94). 	<p>Existe evidencia que sugiere que la moxibustión puede reducir el número de presentaciones no cefálicas al nacer, ya sea sola o en combinación con acupuntura o técnicas posturales. Cuando se usa en combinación con acupuntura, la moxibustión puede resultar en menos partos por cesárea. La moxibustión también puede ser útil para disminuir el uso de oxitocina por parte de las mujeres (en comparación con la actitud expectante). Existe evidencia de que la moxibustión combinada con técnicas posturales (posición supina con rodillas y caderas flexionadas) puede reducir el número de presentaciones no cefálicas al nacer. Se necesitan más pruebas para confirmar (o refutar) el beneficio de corregir la presentación de nalgas. Las matronas deben asegurarse de que haya ventilación adecuada disponible al realizar la moxibustión, para reducir los eventos adversos respiratorios informados con el procedimiento.</p> <p>Se necesitan ensayos aleatoriamente controlados, metodológicamente sólidos y con poder estadístico adecuado para evaluar esta intervención. Se deben informar las medidas de resultado clínicamente relevantes como el modo de nacimiento, la morbilidad perinatal, las complicaciones y la satisfacción maternas, así como cualquier evento adverso relacionado con la moxibustión. La paridad, la edad gestacional en el momento de la intervención y el origen étnico también deben incluirse en los análisis. También se debe considerar el momento de la intervención y las estrategias para garantizar el cumplimiento del tratamiento. Como actualmente no es posible cegar a los participantes a la asignación de grupos con moxibustión, puede ser apropiado un ensayo que compare la moxibustión con la versión cefálica externa o el manejo postural. Los ensayos futuros deben informar sobre la seguridad y las mujeres sobre la intervención y explorar el</p>	ALTA* (alta heterogeneidad)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
		intrauterina, desprendimiento de placenta, eventos adversos, estancia hospitalaria y pH de sangre de cordón.		<p>Moxibustión + acupuntura vs actitud expectante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación no cefálica al nacer: 226 mujeres; Neri 2004, moxibustión + acupuntura vs actitud expectante encontró que menos mujeres en el GI vs GC (RR 0,73; IC 95%: 0,57-0,94). - Cesárea: 226 mujeres; Neri 2004, tasa significativamente menor de cesáreas GI moxibustión + acupuntura vs actitud expectante (RR 0,79; IC 95%: 0,64-0,98). <p>Moxibustión + acupuntura vs acupuntura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación no cefálica al nacer: 24 mujeres; Neri 2007 no encontró diferencias al comparar moxibustión + acupuntura vs acupuntura (RR 0,54; IC 95%: 0,27-1,06). <p>Moxibustión + acupuntura vs moxibustión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación no cefálica al nacer: 29 mujeres; Neri 2007 no encontró diferencias al comparar moxibustión + acupuntura vs moxibustión (RR 2,14; IC 95%: 0,66-6,97). <p>Moxibustión + técnica postural versus técnica postural:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación no cefálica al nacer: 470 mujeres; Chen 2004; Lin 2002; Yang 2006 menos mujeres en la técnica de moxibustión + posición supina con rodillas y caderas flexionadas vs solo posición supina con rodillas y caderas flexionadas (RR 0,26; IC 95%: 0,12 a 0,56; T²=0,32, I²=68%). <p>Los resultados de este metanálisis deben interpretarse con cautela debido a la heterogeneidad clínica y estadística.</p>	número, la frecuencia y la duración de los tratamientos.	

4) Tabla resumen de estudios de evaluación económica: Moxibustion para versión cefálica: Un ensayo controlado aleatorizado de viabilidad.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Do et al. 2011. (18)	<p>Diseño: Estudio piloto de un ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>Objetivos: El uso de moxibustión y atención habitual en comparación con solo la actitud expectante para promover la versión cefálica en fetos en presentación de nalgas, en un contexto australiano.</p> <p>Localización y periodo de realización: Australia, diciembre 2009 a junio 2010.</p>	<p>Población: Mujeres mayores de edad, de 34-36,5s.g., único feto en presentación de nalgas confirmado por ecografía.</p> <p>Intervención: Moxibustión V67, en domicilio. Los palos de moxa utilizada son sin humo y sin olor. El hospital les facilitó el material.</p> <p>Comparación: Actitud expectante, se realizaría atención habitual.</p> <p>Resultados analizados: Moxibustión en el punto de acupuntura V67 haga versionar cefálicamente al feto previo al parto.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Desde las 34s.g. hasta el parto.</p>	<p>Nº participantes/grupo: 68 mujeres.</p> <p>Intervención grupo experimental: Enseñar a las pacientes a realizarse en casa moxibustión en el punto de acupuntura V67. Tratamientos de 10 minutos en cada pie, dos veces al día durante 10 días. Junto con una la atención habitual. Y una nueva revisión con la matrona al acabar el tratamiento para realizar una nueva ecografía. En el caso de que no haya sido efectivo, se les daría la opción de realizarse VCE.</p> <p>Intervención grupo control: Actitud expectante, se realizaría la atención habitual por parte de la matrona, y a los 10 días se le realizaría una nueva ecografía.</p> <p>Método enmascaramiento: La aleatorización se realizó mediante sistema informático. Y se pusieron los resultados en sobres opacos los cuales se entregaron a la matrona que realiza el estudio.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: Solo el 57% cumplió con los criterios de inclusión. 29 mujeres no lo cumplían (13 mujeres confirmadas con una presentación cefálica, 9 con una edad gestacional mayor de 36,3s.g, 3 no inscritas en el hospital y 4 con afecciones médicas. 11 mujeres se negaron a participar en el estudio, (2 estaban demasiado ocupadas, 5 rechazaron la asignación al azar, 2 iban a realizarse VCE o cesárea electiva y 2 no estaban interesados en la intervención). El reclutamiento fue más lento de lo previsto y se detuvo una vez que se aleatorizaron 20 mujeres.</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: 5 bebés de 10 del GI estaban cefálicos en el momento del parto (incluidos antes de la VCE y después de la VCE), en comparación con 1 de 10 del GC (RR 5,0, IC 95% 0,70- 35,5, p = 0,11). Dos mujeres en el grupo de moxibustión recibieron la VCE en comparación con ninguna mujer en el GC (RR 5,0, IC 95%: 0,27-95,62, p = 0,28), tendencia de mayor éxito de la versión.</p> <p>Efectos adversos: No se informaron efectos secundarios.</p>	Se estima que el tamaño de la muestra para un ensayo futuro es de 381 mujeres. Los hallazgos deben interpretarse con cautela ya que el estudio no tuvo el poder estadístico suficiente para detectar diferencias estadísticas entre los grupos. La aceptación por parte de las mujeres y los profesionales de la salud hacia la moxibustión sugiere que se necesitan más investigaciones.	MEDIA

5) Tabla resumen de estudios de evaluación económica: Coste-efectividad de usar la moxibustión en presentaciones no cefálicas.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
García-Mochón et al. 2015. (6)	<p>Tipo de evaluación económica: Modelo de análisis de decisiones a corto plazo.</p> <p>Objetivos: Determinar si el uso de la moxibustión es coste-efectivo para corregir la malposición fetal y así reducir el número de cesáreas realizadas a término.</p> <p>Localización y periodo de realización: Sistema sanitario andaluz, 2015. A partir del estudio realizado por Vas et al. 2013.</p>	<p>Población: Mujeres con 33-35s.g., que. presentan feto único en posición no cefálica, diagnosticadas a las 32s.g. mediante ecografía.</p> <p>Intervención: Recomendaciones posición genupectoral diaria y tratamiento acu-moxa diario durante 2 semanas.</p> <p>Comparadores: Tratamiento convencional (expectante) establecido por el Servicio de Salud Andaluz para el embarazo, parto y puerperio, e instruir a las mujeres sobre la posición genupectoral diaria; ecografía en la semana 38, y si continuaba la presentación no cefálica, se realizaría cesárea a término.</p> <p>Beneficios: La medida de resultado fue el coste del embarazo (si se logra la versión cefálica, aumenta el número de partos vaginales y reduce el número de cesáreas), con la terapia de moxibustión en comparación con la actitud expectante. El análisis se realizó en términos de beneficios potenciales para el sistema de salud. Costes fueron: tratamiento con moxibustión y los costes del parto (vaginal espontáneo, vaginal asistido o cesárea).</p> <p>Costes: Coste de tratamiento de moxibustión: 13,90€ (por paquete) para obtener las 14 barras necesarias para el tratamiento de 2 semanas (9,74€/cada mujer). Coste de la primera sesión en el centro de salud (27,68€) y la consulta de seguimiento con la matrona después de finalizar el tratamiento (27,86€). Cesárea con complicaciones (4034,88€), parto vaginal espontáneo (2179,24€) y parto vaginal asistido (2646,40€)</p>	<p>Perspectiva del análisis: Los costes incluidos son los relacionados con el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los costes incluidos en el análisis (los correspondientes al parto, así como los de las visitas al centro de salud) se han realizado según las tarifas publicadas en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) nº 210 de 200516. Todas las fuentes consultadas para los costos (obtenidos en el hospital o en otro lugar) se actualizaron a los valores de 2013 de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor.</p> <p>Horizonte temporal: Sí</p> <p>Ajuste temporal: No</p> <p>Modelización: Sí</p> <p>Análisis de sensibilidad: Se realizaron análisis de sensibilidad deterministas para evaluar la rentabilidad de una posible variación. Se incluyeron dos parámetros. El primero fue la reducción en la proporción de cesáreas realizadas debido a la aparición de presentación no cefálica entre el grupo de tratamiento de moxibustión. Por tanto, se realizó un análisis de sensibilidad en el que para ambos grupos la tasa de cesáreas se estableció en 13%, es decir, la del tratamiento convencional. El segundo parámetro fue el de la efectividad del tratamiento de moxibustión en la inducción de la versión fetal según el metanálisis.</p>	<p>Parámetros: - Tratamiento con moxibustión. - Tipo de parto.</p> <p>Análisis incremental: El coste medio del tratamiento con moxibustión fue de 65,28€ (anteriormente mencionados). Un ahorro de costes medio de 107,11€ por parto, principalmente debido a la disminución del número de cesáreas necesarias. Estos resultados sugieren que el tratamiento con moxibustión es una alternativa preferible (menor costo y mayor efectividad) al tratamiento convencional. RR de 0,34 (IC del 95%: 0,16 a 0,76) de presentación no cefálica después del tratamiento con moxibustión, ahorro de 414,68€, reducción del 26% del número de cesáreas necesarias respecto al tratamiento convencional. Disminuyendo la tasa de cesáreas a la del tratamiento convencional, el ahorro medio de coste por parto sería de 240,28€, con un 12% menos de cesáreas que con el tratamiento convencional.</p> <p>Análisis de sensibilidad: (RR 0,76), fue de 105€ (IC del 95%: 279€ a 68€) y la diferencia media en los partos vaginales fue del 8,8% (IC del 95%: 1% a 19%). Umbral de aceptabilidad de 0€, la probabilidad de que la moxibustión sea más eficaz y produzca un ahorro de costes para el sistema sanitario es del 87,8%. El segundo análisis de sensibilidad, 396€ (IC del 95%: 640€-152€) y una diferencia del 25,1% en el porcentaje de partos vaginales (IC del 95%: 11% a 39%). Suponiendo una disposición a pagar de 0€, la probabilidad de que la moxibustión sea rentable en este caso es del 99%.</p>	La aplicación de moxibustión durante 14 días en el punto de acupuntura V67 a mujeres embarazadas con presentación den algas a las 33-35s.g. es rentable, reduciendo la necesidad de cesáreas por este motivo en un 9% en comparación con el tratamiento convencional.	ALTA

6) Tabla resumen de ensayos clínicos: Efectos secundarios de la moxibustión para la versión cefálica.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Guittier et al. 2008. (19)	<p>Diseño: Estudio piloto de un estudio clínico aleatorizado.</p> <p>Objetivos: Evaluar los efectos secundarios y la aceptabilidad de la moxibustión.</p> <p>Localización y periodo de realización: Hospital Universitario de Génova, Suiza. 2008.</p>	<p>Población: Embarazadas de único feto en presentación no cefálica entre 34-36s.g.,</p> <p>Intervención: La intervención se realiza con palos de moxa elaboradas con A. vulgaris (arden sin humo). Se debe acercar al punto de acupuntura V67, en la esquina superior del quinto dedo del pie, durante 20 minutos (10 minutos en cada pie).</p> <p>Comparación: No se realiza ninguna intervención específica en el grupo de control (actitud expectante).</p> <p>Resultados analizados: Moxibustión en el punto de acupuntura V67 haga versionar cefálicamente al feto previo al parto. La presión arterial materna se midió antes y después de cada sesión de moxibustión. Y se midió cardiotocográficamente para el bienestar fetal.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Sí.</p>	<p>Nº participantes/grupo: De 65 participantes se eligieron para el grupo intervención de moxibustión a 12 mujeres y al resto no se le realizó la monitorización fetal.</p> <p>Intervención grupo experimental: - El bienestar fetal se evaluó mediante el cardiotocograma; durante 10 minutos antes, 20 minutos durante y 10 minutos después de cada sesión; - El efecto sobre la madre se evaluó mediante la presión arterial registrada antes y después de cada sesión; - Los puntos de vista maternos, las contracciones y los cambios percibidos en los movimientos fetales se evaluaron mediante un cuestionario. Se programaron un máximo de 9 sesiones en días alternos y se interrumpieron cuando se diagnosticó la versión cefálica.</p> <p>Intervención grupo control: Sin información</p> <p>Método enmascaramiento: Las grabaciones fueron evaluadas por 3 lectores independientes utilizando el sistema de puntuación de Fischer.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: De 65 participantes, se eligieron para el grupo intervención de moxibustión a 12 mujeres. De las cuales todas eran de bajo riesgo excepto 2, una de ellas se le diagnosticó hipertensión en la 5ª sesión de moxibustión y la otra informó de rotura prematura de membrana en la 3ª sesión.</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: Se analizaron un total de 65 cardiotocogramas. Todas las puntuaciones se consideraron normales, siendo 8 o más en una escala de 0 a 10. La aceptabilidad de las mujeres y el cumplimiento de la intervención fueron buenos.</p> <p>Efectos adversos: No se observaron efectos secundarios maternos o fetales significativos.</p>	No se han detectado alteraciones a corto plazo del bienestar fetal u otros efectos secundarios maternos o fetales asociados con lamoxibustión aplicada en V67 para la versión cefálica. Dado los resultados tranquilizadores de la vigilancia inicial y la falta de informes de efectos secundarios desfavorables en la bibliografía, decidimos no realizar la monitorización fetal para las otras mujeres incluidas en el ensayo. La aceptabilidad de la intervención es buena en nuestro contexto, pero aún queda por demostrar su eficacia.	MEDIA

7) Tabla resumen de ensayos clínicos: Moxibustión para la presentación no cefálica.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Guittier M. J. et al., 2009. (20)	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>Objetivos: Estimar la eficacia de la moxibustión en el punto de moxibustión V67 entre las 34 y las 38 semanas de gestación para promover la versión cefálica en la presentación no cefálica y la aceptabilidad de este método por parte de las mujeres.</p> <p>Localización y periodo de realización: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospitales Universitarios de Ginebra, Suiza entre 2004 y 2008.</p>	<p>Población: Embarazadas entre 34-36 semanas de gestación con feto en posición no cefálica diagnosticadas mediante ecografía.</p> <p>Intervención: Moxibustión en el punto de acupuntura V67.</p> <p>Comparación: Actitud expectante.</p> <p>Resultados analizados: Lograr una versión cefálica espontánea antes del parto.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Desde el inicio del tratamiento en la semana 34-36 hasta el momento del parto.</p>	<p>Nº participantes/grupo: Se reclutaron para el estudio 212 mujeres: 106 a cada grupo.</p> <p>Intervención grupo experimental: La intervención se realizó por dos matronas con experiencia en acupuntura utilizando palos de moxa sin humo. Primero se les realizó a las 12 primeras incluidas en el grupo de moxibustión, realizando 3 sesiones semanales en el hospital mediante vigilancia cardiotocográfica del feto para evaluar los efectos. Ya que no se observó ninguna versión cefálica, se aumentó la frecuencia de intervención, pidiendo a las mujeres que se lo autoadministraran en casa. En la primera sesión, la matrona les explica a las participantes cómo funciona la técnica, tanto a ellas como a sus parejas. Debían de realizar 14 sesiones durante 2 semanas. Y antes de cada sesión hospitalaria se realizaría una ecografía para verificar la posición fetal.</p> <p>Intervención grupo control: No se realizó ninguna intervención específica en el grupo control (actitud expectante).</p> <p>Método enmascaramiento: La asignación aleatoria se derivó de listas de números generadas por el sistema informático con bloques permutados aleatoriamente de cuatro, seis y ocho participantes. La aleatorización fue estratificada de acuerdo con la intención de las mujeres de intentar una VCE en caso de que el feto todavía de nalgas en la semana 37 de gestación. Para el enmascaramiento se utilizaron sobres opacos cerrados y numerados consecutivamente. Con lo que las mujeres que habían firmado el consentimiento informado se les asignó aleatoriamente uno de los grupos abriendo el sobre correspondiente. Esto se realizó por un colaborador de la unidad de investigación clínica mediante una llamada telefónica.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: 2 mujeres, una de ella debido a que le era imposible realizarlo logísticamente, y la otra mujer debido a ansiedad por el bienestar de su feto no relacionado con la moxibustión.</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: El grupo de intervención el número medio de sesiones fue 10 (54%). Una mujer no realizó ninguna sesión debido a la versión espontánea después de la aleatorización. Hubo un número similar de fetos en presentación cefálica en el parto o antes de la VCE en ambos grupos: 18% en el grupo de intervención y 16% en el grupo control (RR 1,12; IC 0,62 a 2,03). Los movimientos fetales percibidos se incrementaron en el 53% de las mujeres y sin cambios del 43%. La mayoría de las mujeres informaron que no tuvieron dolor o fue mínimo (96%). La mayoría de las mujeres describieron la sesión como agradable o relajante.</p> <p>Efectos adversos: Ninguna mujer informó de un efecto secundario perturbador durante las sesiones. Además, al utilizar los palos de moxa sin humo evitaron su intolerancia y toxicidad potencial.</p>	Según este estudio no se observa ningún efecto beneficioso de la moxibustión para facilitar la versión cefálica de los fetos en presentación no cefálica. Aunque la mitad de las mujeres del grupo de moxibustión percibieron un aumento de los movimientos fetales, a diferencia de las demás que no informaron de ningún cambio. A pesar de esta falta de eficacia comprobada, las mujeres opinaban positivamente sobre la intervención. Acaban determinando que se han llevado a cabo pocos ensayos aleatorizados para evaluar la validez de las intervenciones de medicina complementaria. A pesar de la aceptación general y la creencia de que son eficaces y no causan daño, es importante evaluar estas intervenciones antes de poner en práctica la técnica.	MEDIA

Anexo 3: Ficha Técnica para Revisiones Bibliográficas: El uso de la moxibustión y la acupuntura en mujeres embarazadas con presentación de nalgas.

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia Interna	
8			
Cita Bibliográfica	Haddad Rodrigues M, Inácio Zorzim V. Use of Moxibustion and Acupuncture in Pregnant Women With Breech Presentation: an Integrative Review. <i>Cogitare Enferm</i> [Internet]. 2016;22(1):1-10. Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=121400568&lang=pt-br&site=ehost-live (21)		
Introducción	Resumen de la introducción	La incidencia de la posición no cefálica al final del embarazo está entre el 3-4%. Multicausal. El riesgo de muerte neonatal en este tipo de presentaciones es de hasta 35%, entre dos y cinco veces mayor que en los partos cefálicos. La cesárea reduce el riesgo de mortalidad neonatal, pero aumenta las morbilidades maternas. En Brasil, la VCE no es popular entre los obstetras, debido a la falta de preparación técnica. La moxibustión y la acupuntura en el punto V67 están indicados para la versión cefálica y se han realizado algunos estudios para evaluar la eficacia de estos métodos.	
	Objetivo del estudio	Desarrollo de una revisión bibliográfica para la identificación de publicaciones sobre la acupuntura y moxibustión para la versión fetal en presentación no cefálica.	
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.	
	Año de Realización	Marzo 2016.	
	Técnica recogida de datos	Base de datos: NLM (paciente, intervención, comparación y resultados). Las palabras utilizadas para la búsqueda fueron: <i>breech, moxibustion, acupuncture y cephalic</i> .	
	Población y muestra	Danesa, australiana y neozelandesa, española, holandesa, suiza, inglesa, italiana y china. 3.073 mujeres, con único feto en posición no cefálica.	
Resultados relevantes	Todos los estudios de intervención aplican el tratamiento en el tercer trimestre del embarazo, a partir de las 33 semanas de gestación. Y si no funciona, se ofrece la VCE. De 18 estudios analizados (GI: 737 y GC: 650), 7 eran favorables para el uso de la moxibustión, identificando la eficacia del método y comparándolo con la actitud expectante; mientras que 5 no eran favorables. En otros 6 estudios, no queda claro si los investigadores están o no a favor de la técnica.		
Discusión planteada	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre las variables maternas y factores asociados a la moxibustión: comparan en un estudio del Reino Unido, sobre las gestantes primíparas y múltiparas, y llegan a la conclusión de que las múltiparas les hace mayor efecto la moxibustión porque al iniciar los movimientos fetales tienen los músculos abdominales más flexibles y tienen mayor probabilidad de presentación cefálica. - La seguridad de la terapia en embarazadas y fetos: no se ha encontrado la asociación de la moxibustión y el riesgo de un nacimiento prematuro. - Cumplimiento del tratamiento y efectos durante el uso de la moxibustión: Más del 98% de las participantes recomendarían la técnica a una amiga en la misma situación y un 95% lo volverían a intentar si fuera necesario. Entre las mujeres que informaron de efectos secundarios, la tasa de éxito de la versión cefálica fue menor, fue imposible la relajación de los músculos abdominales y por lo tanto hicieron la versión espontánea más difícil. - Métodos alternativos para la versión cefálica: musicoterapia, cambios posturales, ECV, homeopatía y moxibustión en el punto de acupuntura V67. Algunos estudios sugieren que si la técnica es efectiva la tasa de versión cefálica es del 80% y ninguno informa de efectos secundarios. - Implicaciones, beneficios y reflexión en la práctica: el punto de vista de los profesionales es el de ofrecer la técnica en los servicios públicos, aunque para ello se debe investigar sobre su eficacia y coste-beneficio. 		
Conclusiones del estudio	Los resultados encontrados en los estudios difieren de la eficacia de la moxibustión como la técnica para la versión cefálica en fetos en presentación no cefálica. Por ello, son necesarios estudios con datos más sólidos que incluyan la misma edad gestacional inicial, la duración de la aplicación de la técnica y la frecuencia para afirmar cómo se puede utilizar con mayores tasas de éxito.		
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión).
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica.
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio.
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico.
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bue L, Lauszus FF. Moxibustion did not have an effect in a randomised clinical trial for version of breech position. <i>Dan Med J</i>. [Internet] 2016;63(2) [acceso em 03 jan 2016]. Disponible en: http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2016/DMJ_2016_02/A5199. 2. Manyande A, Grabowska C. Factors affecting the success of moxibustion in the management of a breech presentation as a preliminary treatment to external cephalic version. <i>Midwifery</i>. [Internet] 2009;25(6) [acceso em 03 jan 2016]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.08.003. 3. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. <i>Femina</i>. [Internet] 2010;38(8) [acceso em 03 jan 2016]. Disponível: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v38n8_pg415-422.pdf. 4. Hofmeyr GJ, Hannah ME, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. [Internet] 2015;(7) [acceso em 12 jan 2016]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000166.pub2. 5. Van den Berg I, Kaandorp GC, Bosch JL, Duvekot JJ, Arends LR, Hunink MGM. Cost-effectiveness of breech version by acupuncture-type interventions on BL 67, including moxibustion, for women with a breech foetus at 33 weeks gestation: a modelling approach. <i>Complement Ther Med</i>. [Internet] 2010;18(2) [acceso em 03 jan 2016]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2010.01.003. 6. Haddad SMT, Cececati JG. Strategies directed to professionals for reducing unnecessary cesarean sections in Brazil. <i>Rev. Bras. Ginecol. Obstet</i>. [Internet] 2011;33(5) [acceso em 03 jan 2016]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000500008. 7. Tiran D. Breech presentation: increasing maternal choice. <i>Complement Ther Nurs Midwifery</i>. [Internet] 2004;10(4) [acceso em 05 jan 2016]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ctnm.2004.01.005. 8. Cohain JS. Turning breech babies after 34 weeks: the if, how, & when of turning breech babies. <i>Midwifery Today Int Midwife</i>. [Internet] 2007;(83) [acceso em 05 jan 2016]. Disponible en: http://europepmc.org/abstract/med/17927112. 		
Total de 25 referencias.			

9) Tabla resumen de ensayos clínicos: Evaluación de la eficacia de la aplicación de la moxibustión en presentaciones no cefálicas en gestantes asistidas en atención primaria.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
M. Isidro Albaladejo, et al. 2017. (10)	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorizado, controlado y multicéntrico.</p> <p>Objetivos: - Objetivo principal: evaluar la eficacia de la moxibustión en el punto BL67, combinada con una posición supina con rodillas y caderas flexionadas, para versionar fetos en presentaciones no cefálicas a cefálica, durante el tercer trimestre de gestación. - Objetivos secundarios: evaluar la seguridad de la técnica en cuanto a los posibles efectos secundarios o complicaciones relacionadas con la aplicación, además de identificar el perfil demográfico, obstétrico y ginecológico de las gestantes, el tipo de parto, las semanas de gestación y el peso del recién nacido.</p> <p>Localización y periodo de realización: Estudio multicéntrico. Servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de nueve centros de atención primaria de diferentes poblaciones del Baix de Llobregat, Barcelona. Fue aprobado el 20 de diciembre de 2013 hasta la fecha de aceptación el 23 de noviembre de 2016.</p>	<p>Población: Gestantes de tercer trimestre diagnosticadas mediante ecografía de presentaciones anómalas (no cefálicas), mayores de 18 años, de 32 a 36 SG, con gestación catalogada de bajo riesgo.</p> <p>Intervención: Aplicación de moxibustión en el punto BL67-ziying y posición supina con rodillas y caderas flexionadas.</p> <p>Comparación: Aplicación de moxibustión en el punto SP1-yinbai más posición genupectoral (placebo).</p> <p>Resultados analizados: La versión del feto de forma espontánea a posición cefálica, con lo que podría disminuir un número de partos con cesáreas programadas.</p> <p>Tiempo de seguimiento: 18 meses, desde abril del 2014 hasta septiembre de 2015.</p>	<p>Nº participantes/grupo: 88 mujeres: - Grupo de intervención (GI): 47. - Grupo control (GC): 41.</p> <p>Intervención grupo experimental: - Grupo de intervención: aplicación de moxibustión en el punto BL67-ziying y posición supina con rodillas y caderas flexionadas.</p> <p>Intervención grupo control: - Grupo control: aplicación de moxibustión en el punto SP1-yinbai y posición supina con rodillas y caderas flexionadas.</p> <p>Método enmascaramiento: Cada matrona (22) recibió seis sobres cerrados; tres de ellos tenían pautas para el GI y los otros tres para el GC, y el sobre se asignaba a la gestante de forma aleatoria.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: En el GI hubo 2 partos pretérmino antes de iniciar las sesiones de moxibustión, frente a ningún parto pretérmino en el GC. Hubo 10 (11,4%) de pérdidas por haber realizado menos de siete sesiones (6 [12,8%] en el GI y 4 [9,8%] en el GC).</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: En el momento del parto, el número de presentaciones cefálicas en el GI fue de 21 (44,7%; IC 95%: 30,50-58,90) y en el GC de 18 (43,9%; IC 95%: 28,71-50,09).</p> <p>Efectos adversos: Ninguna gestante refirió ningún otro tipo de complicación, de carácter general o local, relacionado con la aplicación de calor en un punto concreto.</p>	El uso de la moxibustión aplicada 2 veces al día durante 7 días en el punto BL67-ziying, junto la posición supina con rodillas y caderas flexionadas entre las 32 y 36 s.g., no ha demostrado aumentar las versiones de fetos en posiciones anómalas a cefálica.	ALTA

10) Tabla resumen de Estudio cuasiexperimental: Factores que afectan al éxito de la moxibustión en el manejo de la presentación de nalgas como tratamiento preliminar a la VCE.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Manyande A. & Grabowska C. 2009. (22)	<p>Diseño: Estudio observacional.</p> <p>Objetivos: Explorar los efectos del tratamiento de moxibustión, examinar los predictores de su uso para la conversión espontánea a una presentación cefálica en el parto vaginal y ofrecerá la VCE posteriormente si la moxibustión no ha sido efectiva y el feto permanezca en presentación de nalgas.</p> <p>Localización y periodo de realización: Se realizó por parte de Universidad Thames Valley de Brentford del Reino Unido entre los años 2004 al 2006.</p>	<p>Población: Embarazadas entre 22 y 42 años, con 32-38 semanas de gestación, con feto único en presentación de nalgas diagnosticadas previamente mediante ecografía.</p> <p>Intervención: Administración de moxibustión en el punto BL67 entre la semana 32-38 de gestación. Y en el caso de que en la semana 38 y a término estas mujeres no hubieran tenido éxito con la aplicación de la moxibustión se les ofrecía la VCE.</p> <p>Comparación: No hay intervención que comparar.</p> <p>Resultados analizados: Los resultados son la versión cefálica en el momento del parto.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Desde la semana 32 al parto.</p>	<p>Nº participantes/grupo: El tamaño de la muestra fue de 76 mujeres que consintieron participar en el estudio: 48 primíparas y 21 múltiparas.</p> <p>Intervención grupo experimental: Sí. Por parte de los acupunturistas les fueron enviados 10 sobres codificados donde a las mujeres reclutadas se les enseñó a localizar y estimular con moxibustión en el punto BL67, además de explicarles los efectos secundarios posibles. Antes de la autoadministración en casa, las participantes debían elegir un lugar y hora adecuados para poder realizar la técnica sin interrupciones. Donde debía de estar sentada y aplicarse la moxa durante 15 minutos (7 minutos en cada pie), dos veces al día, durante 7 días. En el caso de que hubiera mujeres que no pudieran realizar la técnica por sí mismas, se le explicaría a la persona que se la administrara en casa.</p> <p>Intervención grupo control: No se compara con un grupo control.</p> <p>Método enmascaramiento: Los acupunturistas revelaron a las mujeres la naturaleza del estudio, lo que se esperaba de ellas y su derecho a negarse a participar en cualquier momento durante el estudio. Garantizando el anonimato y confidencialidad.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: Sí, pero no se expresa el número concreto.</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: - Manejo de la presentación de nalgas en el modo de parto: El feto rotó a cefálica en 25 de las mujeres después del tratamiento con moxibustión, 22 (88%) tuvieron partos normales y tres (12%) tuvieron partos por cesárea ($X^2 = 39,37$, $DF = 1$, $p < 0,001$).</p> <p>Efectos adversos: - Manejo de la presentación no cefálica en el modo de parto: VCE fue ofertada a 27 mujeres durante las semanas previas al parto; solo cinco (20,8%) tuvieron un parto normal; y 22 (79,2%) tuvieron cesárea ($X^2 = 10,13$, $DF=1$; $p < 0,001$) - Pero en otros artículos hacen referencia al humo de la moxa y al acercamiento de menos de 3 cm en la piel que puede producir quemaduras. - Efectos secundarios sobre la eficacia de la moxibustión: Las mujeres que tuvieron menos efectos secundarios tuvieron más éxito en lograr una versión cefálica espontánea (52% frente a 48%). Las que experimentaron más efectos secundarios, solo el 31,3% tuvo éxito en lograr la versión cefálica y el 68,8% no. Sin embargo, la diferencia no alcanzó significación ($p > 0,05$).</p>	<p>Estos resultados apoyan el ensayo controlado aleatorio de Cardini y Weixin (1998). Los hallazgos obtenidos en este estudio también proporcionan evidencia adicional para sugerir que, dadas las circunstancias adecuadas, el tratamiento con moxibustión tiene más probabilidades de tener éxito que la VCE en convertir espontáneamente una presentación de nalgas en una presentación cefálica. Estos factores incluyen menos efectos secundarios, multiparidad y apoyo durante la administración del tratamiento de moxibustión. Aunque hubo un mayor número de partos por cesárea, los autores no pudieron determinar qué fetos volvieron a presentar presentación de nalgas después de la versión cefálica espontánea y por qué, ya que esto estaba más allá del alcance de este estudio. En Occidente, sería necesario realizar un trabajo de naturaleza similar sobre el uso de la moxibustión para cambiar la presentación de nalgas y determinar su eficacia mediante la realización de ensayos, por ejemplo, dentro del NHS.</p>	BAJA

11) Tabla resumen de revisiones sistemáticas: Eficacia y seguridad de la acupuntura y la moxibustión en embarazadas con presentación no cefálica.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Miranda M. et al. 2019. (7)	<p>Diseño: Revisión sistemática.</p> <p>Objetivos: Explorar la evidencia de revisiones sistemáticas sobre la eficacia y seguridad de la acupuntura y la moxibustión en mujeres embarazadas con presentación no cefálica.</p> <p>Localización y periodo de realización: La revisión sistemática se realizó en España, y el periodo de búsqueda fue entre el 2008 y 2013, aunque la publicación de la RS fue en 2019.</p>	<p>Población: Embarazadas con único feto en presentación no cefálica.</p> <p>Intervención: Las RS incluyen intervenciones como moxibustión, moxibustión y acupuntura, moxibustión y técnicas posturales, acupuntura, electroacupuntura, estimulación láser y acupuntura en oreja.</p> <p>Comparación: Acupuntura, actitud expectante, métodos posturales o electroacupuntura.</p> <p>Resultados analizados: Tipo de parto, ratios de cesáreas, medición de los niveles de oxitocina y eventos adversos.</p>	<p>Tipo de estudios incluidos: 5 revisiones sistemáticas: Coyle et al., Van den Berg et al., Vas et al., Li et al. y Zhang et al. 24 estudios primarios: 17 ensayos clínicos aleatorizados y 7 estudios de cohortes.</p> <p>Método evaluación calidad: La validez externa se realizó por dos revisores independientes mediante el uso de la herramienta de evaluación de calidad como AMSTAR (A Measurement Tool To Assess Systematic Reviews).</p>	<p>Nº estudios incluidos: 5 revisiones sistemáticas: Coyle et al., Van den Berg et al., Vas et al., Li et al. y Zhang et al. De los 24 estudios primarios, 17 son ensayos clínicos aleatorizados y 7 son estudios de cohortes. El número total de embarazadas con presentación no cefálica fueron 5,339.</p> <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de parto: 2 RS concluyen que son necesarios el modo de nacimiento y el resultado neonatal (seguridad y morbimortalidad). - Tasa de cesárea: RS Coyle et al. resultado de moxibustión vs actitud expectante hay menos partos por cesárea (RR 0,79; IC 95%: 0,64 a 0,98). 1 metaanálisis no mostraba diferencia (RR 1,05; IC 95%: 0,87 a 1,26), pero precaución con los resultados debidos a la heterogeneidad clínica. RS de Neri et al. realizó moxibustión y acupuntura vs actitud expectante, donde hubo una tasa menor de cesáreas (RR 0,79; IC 95%: 0,64 a 0,98). RS de Van der Berg et al. es descrita en tres estudios primarios, además es considerado este resultado como algo importante para evaluar el efecto del tratamiento. RS de Zhang et al. tres estudios consideran el número de cesáreas como resultado. - Medición de los niveles de oxitocina: 2 RS oxitocina como parámetro para evaluar la eficacia de la intervención de moxibustión. Coyle et al. muestra que la moxibustión en comparación con la actitud expectante permite la disminución de la oxitocina antes o durante el parto vaginal (RR 0,28; IC 0,13 a 0,60). La RS Zhang et al. se encontraron diferencias significativas en el uso de la oxitocina en el Grupo de tratamiento (RR 0,28; IC 0,13 a 0,60). - Efectos adversos: en las 5 RS, se destaca el estudio de Cardini y Weixin, reporta muerte fetal intrauterina en el GC (RR 0,33; IC 0,01 a 8,11) pero indica que no se produjeron eventos adversos durante el tratamiento. Aunque hubo tres casos de ruptura prematura de membrana a las 37 semanas, dos semanas antes de finalizar el tratamiento. Coyle et al. informa que mujeres en el grupo de tratamiento reportaron olor desagradable, con o sin problemas de garganta, debido al humo de la moxa y comentarios sobre la posibilidad de náuseas y dolor abdominal por contracciones. RS Neri et al. mide la frecuencia cardíaca y la presión arterial de la embarazada y la frecuencia cardíaca fetal inmediatamente después de la intervención, sin detección de cambios; y no se detectaron contracciones uterinas prematuras Van der Berg et al. informa de problemas respiratorios debido al humo de la moxa, aparición de contracciones uterinas e hipertensión. Vas et al. informa que hay una tendencia menor de complicaciones en el grupo de tratamiento. RS de Zhang et al. explica que en el estudio de Do et al. se informa de dos casos de parto prematuro y tres de ruptura prematura de membrana. Sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento con moxibustión y GC en los valores de Apgar 7 a los 5 minutos después de la realización de cesárea, partos prematuros, rotura de membranas, muerte fetal intrauterina, desprendimiento de placenta y pH de cordón umbilical. 	<p>Las cinco RS concluyeron que la moxibustión sola o en combinación con acupuntura o técnicas posturales puede reducir el número de presentaciones no cefálicas en el parto. Y los resultados deben ser interpretados con precaución ya que son necesarios más estudios con una metodología mejor diseñada para evaluar la moxibustión. Ya que existen numerosas diferencias en los diseños, con un resultado heterogéneo. Otra de las conclusiones es que el uso de la moxibustión disminuye el uso de oxitocina en comparación con la actitud expectante. Y es mejor el no cegamiento de los participantes para asignarles el tratamiento de moxibustión, y realizar ensayos clínicos comparando el grupo de moxibustión al grupo donde se realice una versión cefálica externa para proporcionar mejores resultados.</p>	MEDIA* (alta heterogeneidad)

12) Ficha Técnica para Revisiones Bibliográficas: Acupuntura y moxibustión para embarazadas con presentación no cefálica. Estrategias de intervención y revisión de la literatura.

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia Interna	
12		
Cita Bibliográfica	Miranda García M, Goberna Tricas J, Allaou I, Domingo Gómez C, Roig Gómez MD. Acupuntura y moxibustión para embarazadas con presentación no cefálica. Estrategias de intervención y revisión de la literatura. Matronas profesión [Internet]. 2019;20(3):64–71. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/acupuntura-y-moxibustion-para-embarzadas-con-presentacion-no-cefalica-estrategias-de-intervencion-y-revision-de-la-literatura/ (9)	
Introducción	Resumen de la introducción	La cesárea para la versión cefálica en feto único a término, en comparación con el parto vaginal, reduce la morbimortalidad perinatal o neonatal grave, a costa del aumento de la morbilidad de la madre. La técnica más utilizada es la VCE, consiste en ofrecer y realizar a todas las gestantes de bajo-medio riesgo. Como alternativa se están utilizando terapias complementarias en la sanidad española como la moxibustión y acupuntura, en el punto V67 para reducir el número de presentaciones de nalgas, disminuyendo a su vez las cesáreas, son necesarios ensayos controlados aleatorizados bien diseñados.
	Objetivo del estudio	Evaluación de la evidencia científica y averiguar las estrategias e intervenciones más apropiadas en la presentación no cefálica con acupuntura o moxibustión.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.
	Año de Realización	2003-2018.
	Técnica recogida de datos	Mediante las bases de datos PubMed, Cinahl, WoS, Medline y CENTRAL. <i>Acupuntura, moxibustión, presentación de nalgas, presentación no cefálica. 15 artículos seleccionados (14 artículos primarios de 5 revisiones sistemáticas y 1 artículo de 2016).</i>
	Población y muestra	China, italiana, croata, suiza, australiana y danesa. 2.697 gestantes entre 28-38s.g., primíparas y múltiparas.
Resultados relevantes	Tratamiento con acupuntura o moxibustión en V67 y grupo control actitud expectante, posición supina con rodillas y caderas flexionadas y VCE. La duración del tratamiento es variable, lo más habitual en Europa 1 vez cada día durante 2 semanas. Los resultados obtenidos en China son mayores a los realizados en países occidentales.	
Discusión planteada	La revisión bibliográfica que han obtenido a sido de muy buena evidencia de la efectividad de la moxibustión en V67 en el giro del feto a presentación cefálica. La mayoría de los estudios revisados se observa una mejora en la versión del feto en los GI que se aplicó la técnica de moxibustión en V67 respecto al GC que no se aplicaba.	
Conclusiones del estudio	La utilización de la moxibustión para la rotación cefálica de una presentación de nalgas es un procedimiento interesante para los profesionales sanitarios y para las gestantes, ya que es una técnica efectiva y segura. Es necesaria la investigación sobre este tratamiento, iniciar el tratamiento a partir de la 32s.g., e informarse y evaluar la paridad, si son primíparas o múltiparas. Además de medir y registrar el tiempo de la administración del tratamiento. Y la importancia de la autoadministración de moxa en el domicilio.	
Valoración (Escala Likert)	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 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; 8: 22 [citado el 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2412837&tool=pmcentrez&rendertype=abstract OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. 1996 [citado el 17 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf 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(9239): 1.375-83 [citado el 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052579 Collaris RJ, Oei SG. External cephalic version: a safe procedure? A systematic review of version-related risks. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004; 83(6): 511-8 [citado el 15 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330 OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. 2015 [citado el 1 de diciembre de 2018]. Robson M. Classification of caesarean sections. Fetal Matern Med Rev. 2001; 12(1): 23-39. Vogel JP, Betrán AP, Vindeoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Glob Heal. 2015; 3(5): e260-70 [citado el 29 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25866355 Ortiz Quintana L. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Cesárea y tocurgia en la obstetricia actual. Prog Obstet Ginecol. 2017; 60(5): 411-3. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet. 1999; 354(9180): 776 [citado el 15 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10475219 Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. BMJ. 2001; 322(7294): 1.089-94 [citado el 15 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=31259&tool=pmcentrez&rendertype=abstract Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Versión cefálica externa (actualizado en marzo de 2014). Prog Obstet Ginecol. 2015; 58(7): 337-40 [citado el 10 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501314002775?via=ihDihub 	
Total de 44 referencias.		

13) Tabla resumen de ensayos clínicos: Efectividad de la acupuntura y moxibustión en embarazadas con presentación de nalgas.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Miranda-García et al. 2011. (13)	<p>Diseño: Estudio piloto.</p> <p>Objetivos: Evaluación de la eficacia del tratamiento con moxibustión y acupuntura frente al tratamiento habitual para facilitar la rotación del feto en embarazadas de 34s.g. con presentación de nalgas.</p> <p>Localización y periodo de realización: Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona en consultas externas de obstetricia. Desde febrero de 2011 hasta agosto de 2011.</p>	<p>Población: Gestantes (primíparas o múltiparas) de 34s.g. con feto único en presentación de nalgas.</p> <p>Intervención: La moxibustión se realizará acercando y retirando el cigarro de artemisia en el punto de acupuntura V67 Zhiyin. El tratamiento se realizó tres días a la semana durante dos semanas.</p> <p>Comparación: No hay grupo de comparación.</p> <p>Resultados analizados: La respuesta del giro espontáneo del feto al aplicar acu-moxa.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Desde febrero de 2011 hasta agosto de 2011. Entre la 34-38 semanas de gestación.</p>	<p>Nº participantes/grupo: 22 gestantes en el grupo de intervención. No hubo grupo control. Finalmente, 20 mujeres, 16 primíparas (80%) y 4 múltiparas (40%).</p> <p>Intervención grupo experimental: La primera sesión se realizó en el hospital, donde las mujeres se debían colocar en una camilla semiincorporadas, con ropa cómoda. Primero se realizó acupuntura, durante 20 minutos. Y a continuación, moxibustión, en uno de los pies en el punto V67 Zhiyin, acercando y alejando el puro hasta que había molestias por calor intenso, el procedimiento duró 15 minutos. El tratamiento con acu-moxa se realizó 3 días a la semana durante 2 semanas en el hospital. Además de enseñarles a cómo autoadministrarse en casa la moxa de forma segura. Se debía realizar en casa 15 minutos al día durante 15 días. Y en la última visita se realizó una ecografía para observar si la rotación del feto se había logrado. Y, por último, se recogieron los datos del tipo de parto.</p> <p>Intervención grupo control: Sin información</p> <p>Método enmascaramiento: En este tipo de tratamiento, no se puede ocultar a la paciente ni a la matrona o acupuntor que realiza la técnica, ya que el objetivo que es observar que el tratamiento es efectivo.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: Dos de ellas lo hicieron por que no estaban convencidas de los tratamientos.</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: En 6 (30%) de las gestantes se produjo la rotación espontánea tras la acupuntura y moxibustión, con lo que se logró un parto vaginal; las 14 mujeres restantes fue cesárea, de las cuales sólo 1 fue espontáneo y en 13 (65%) programado.</p> <p>Efectos adversos: Sin efectos adversos.</p>	Su hipótesis es que la acupuntura y la moxibustión favorecen a la rotación del feto en gestantes con presentación no cefálica en la 34 s.g., pero es necesario realizar un estudio para corroborarla estableciendo la asociación o no del éxito de la rotación a factores como la edad materna. En próximos estudios será necesario analizar la multiparidad, el oligoamnios u otras variables influyen en el éxito del tratamiento.	MEDIA

14) Ficha Técnica para Revisiones Bibliográficas: Un estudio exploratorio de las experiencias de mujeres y los puntos de vista claves sobre la moxibustión en la versión cefálica de la presentación de nalgas.

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia Interna	
14			
Cita Bibliográfica	Mitchell M, Allen K. An exploratory study of women's experiences and key stakeholders views of moxibustion for cephalic version in breech presentation. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2008;14(4):264–72. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388108000583?via%3Dihub (2)		
Introducción	Resumen de la introducción	La presentación no cefálica puede estar asociada con anomalías feto-utero-ternias, pero por lo general es un error de orientación. El parto vaginal de nalgas se asocia con un mayor riesgo que un parto vaginal cefálico. Por ello, el método más seguro es la cesárea, pero tiene muchos riesgos maternos y en futuros embarazos. Hay otros métodos para evitarla, como técnicas posturales, ECV y moxibustión. El <i>Royal College of Obstetric and Gynaecology</i> sugiere que a todas las mujeres con un embarazo de nalgas no complicado se le ofrezca la VCE. Al conllevar riesgos materno-fetales se ofrece el uso de la moxibustión.	
	Objetivo del estudio	Ofrecer a embarazadas con fetos en presentación no cefálica a término y, sin complicaciones, la moxibustión. Y explorar sus puntos de vista sobre la presentación de nalgas, las opciones ofrecidas y documentar sus experiencias del uso de la moxibustión.	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio cualitativo fenomenológico.	
	Año de Realización	2008.	
	Técnica recogida de datos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta / cuestionario de elaboración propia antes y después del tratamiento. Con preguntas abiertas y adicionales de sondeo para aclarar puntos planteados cuando las mujeres reflexionan sobre sus experiencias. ▪ Entrevistas semiestructuradas: para explorar los puntos de vista y cuestiones prácticas para la implementación de la moxibustión en los servicios de maternidad. ▪ Registro de diario de experiencias: idea de las experiencias vividas mientras se sometía al tratamiento de moxibustión y facilitarían la comprensión de sus necesidades durante el tratamiento. ▪ Técnica cualitativa: grabar en vídeo contando su experiencia. 	
	Población y muestra	8 mujeres con único feto en posición no cefálica, sin complicaciones.	
Resultados relevantes	En la entrevista premoxibustión, todas las participantes expresaron preocupación, decepción o miedo al descubrir que su bebé se encontraba en posición de nalgas. Algunas de ellas entendieron en el mismo instante de descubrir la posición fetal el riesgo que supondría el parto para su bebé y ellas mismas. Otras no apreciaron las implicaciones de ello. Todas ellas querían un parto vaginal, por ello se les ofreció la VCE, la mitad aceptaron, aún sabiendo los efectos secundarios. Pero previo a la VCE, aceptaron el uso de la moxibustión porque percibían que este tipo de medicina complementaria es natural, no invasiva y segura. Una de las mujeres, en cambio no estaba muy segura, ya que no todos los tratamientos complementarios son seguros, pero estuvo dispuesta a realizar el tratamiento y hacer su propia evaluación de riesgos.		
Discusión planteada	El estudio reveló que, al menos para algunas mujeres, el diagnóstico de la presentación no cefálica les provocó ansiedad y preocupación. Se sintieron decepcionadas por no tener la oportunidad de experimentar un parto natural, pero expresaron preocupación adicional por la opción de la ECV. Y estaban muy contentas por que se les ofreciera y poder aceptar el tratamiento de moxibustión. 7 de las 8 mujeres tuvieron un aumento de los movimientos fetales. Tuvieron pocos efectos secundarios ya que la moxa era sin humo y el cumplimiento fue excelente, el poder realizarlo en el domicilio junto con su pareja y adaptado a un horario que les fuera bien.		
Conclusiones del estudio	Antes de poder establecer el tratamiento de moxibustión en el NHS, es necesario demostrar la eficacia y la rentabilidad. Las matronas consensuaron que, si estaban debidamente capacitadas, podrían llevar a cabo el tratamiento. Pero debían ser derivadas a ellas antes de las 33 semanas de gestación. Y era necesaria más investigación de estudios controlados aleatorizados multicéntricos, teniendo en cuenta las preferencias de las pacientes, como la asignación al azar en bloques o la técnica de Zelen que permite la asignación al azar antes del reclutamiento; para que las pacientes sepan que dan su consentimiento a realizar o no la moxibustión.		
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik R. High Risk Pregnancy, 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. 2. Daskalakis G, Anastasakis E, Papantoniou N, Mesogitis S, Thomakos N, Antsaklis A. Caesarean versus vaginal breech delivery for term breech presentation in 2 different study periods. <i>Int J Gynecol Obstet</i> 2007;96:162–6. 3. 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 multicentre trial. <i>Lancet</i> 2000;356:1375–83. 4. Royal College of Obstetrics and Gynaecology. External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation. Guideline 20a Dec. London: RCOG; 2006. 5. Hillan EM. Post-operative morbidity following caesarean delivery. <i>J Adv Nurs</i> 1995;22:1035–42. 6. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of caesarean section: review and analysis of their causes and implications. <i>Soc Sci Med</i> 2007;64:2272–84. 7. Royal College of Obstetrics and Gynaecology. National Sentinel Study of Caesarean Section. Audit report October. London: RCOG; 2001. 8. Tiran D. Breech presentation: increasing maternal choice. <i>Complement Ther Nurs Midwifery</i> 2004;10:233–8. 9. Smith C, Crowther C, Wilkinson C, Pridmore B, Robinson J. Knee–chest postural management for breech at term: a randomised controlled trial. <i>Birth</i> 1999;26:71–5. 		
Total de 54 referencias.			

15) Tabla resumen de estudio observacional: Moxibustión en la malposición fetal.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Muñoz E. et al. 2011. (23)	<p>Diseño: Estudio observacional descriptivo de intervención.</p> <p>Objetivos: - Determinar el porcentaje de fetos que han rotado a presentación cefálica mediante la moxibustión en gestantes que presenten una malposición fetal a partir de las 32 s.g. - Identificar las complicaciones maternofetales en la aplicación de la moxibustión.</p> <p>Localización y periodo de realización: Realizado en el marco del Programa de Atención Sexual y Reproductiva (PASSIR) de la comarca de la Cerdanya, Girona. Desde el año 2008 al 2010.</p>	<p>Población: Gestantes mayores de 18 años, con malposición fetal, edad gestacional de 33-38s.g., controladas en el centro de AP o derivadas de la Cerdanya francesa y Capcir, y quisieran realizar el parto en el Hospital de Puigcerdà.</p> <p>Intervención característica común: Aplicación de la moxibustión en el punto de acupuntura V67 en gestantes de entre 33-38 s.g. con malposición fetal.</p> <p>Efectos: Determinar si los fetos rotan a presentación cefálica al administrar el tratamiento y que no haya complicaciones por el uso de la técnica.</p> <p>Periodo de seguimiento: Desde la confirmación ecográfica por parte de los obstetras se derivan a las matronas para la explicación de la técnica hasta la consulta con la matrona en el postparto.</p>	<p>Nº casos: Se estudiaron 18 casos.</p> <p>Criterios casos: Los criterios de inclusión debían ser mujeres mayores de edad, gestantes entre las semanas 33-38 de embarazo, feto único en posición de nalgas o transversa, comprobado mediante ecografía y participación voluntaria en el estudio.</p> <p>Periodo de seguimiento: Desde la semana 32 al postparto.</p> <p>Nº y porcentaje perdidas: No.</p>	<p>Quince gestantes (83,9%) realizaron el tratamiento adecuadamente, y 3 (16,7%) de manera ocasional. Variables estudiadas: media de la edad materna (29,56 años; con una desviación estándar de 4,8 años), paridad (4 nulíparas [22,2%], 4 primíparas [22,2%], y 10 multíparas [55,6%]) media de las semanas de gestación (al inicio del tratamiento fue del 33,9 [DE: 1,5]), media de los días de tratamiento (8,5 [DE: 6,7]), media del Apgar al minuto (solo quince de los neonatos [88,2%] recibieron la puntuación mayor a 7, y 2 [11,7%] inferior), media del Apgar a los 5 minutos (en todos los casos fue igual o superior a 9 [100%]) y media del peso del recién nacido. (3.160 g [DE 555 g]. Y de los 18 recién nacidos, 9 fueron varones y 9 mujeres. El tipo de parto 12 (66,7%) fueron eutócicos, 1 (5,6%) con fórceps, 1 (5,6%) con espátula y 4 (22,2%) mediante cesárea por nalgas (solo 1 de las gestantes había cumplido adecuadamente el tratamiento). Y 3 gestantes con parto vaginal el anterior fue por cesárea (16,7%).</p> <p>El análisis bivariable afirma que existe una relación significativa entre el cumplimiento del tratamiento y el tipo de parto ($\chi^2=12,600$; $gI=1$; $p=0,000$). La paridad influye positivamente en la técnica del cumplimiento, las multigestas cumplen mejor ($\chi^2=12,600$; $gI=2$; $p=0,002$). Parece que no existe relación significativa entre la edad materna y el tipo de parto ($t=0,368$; $gI=16$; $p=0,718$), ni tampoco tipo de parto y días de aplicación ($t=-12,986$; $gI=16$; $p=0,053$), las s.g. en el parto ($t=1,340$; $gI=16$; $p=0,199$) y el sexo del recién nacido ($\chi^2=1,275$; $gI=1$; $p=0,257$). Ni entre el cumplimiento del tratamiento de la moxibustión y el Apgar del RN, ni al minuto ($t=-0,540$; $gI=15$; $p=0,597$) ni a los 5 minutos ($t=-1,883$; $gI=15$; $p=0,082$).</p>	<p>La moxibustión no interfiere en la versión externa del feto y no presenta efectos secundarios. Es una técnica que puede ser autoadministrada por la mujer y no invasiva. Se trata de una terapia sencilla, barata y no requiere de intervención médica. Los resultados sugieren que la moxibustión mejora la probabilidad de un parto vaginal para las gestantes. Por tanto, se debería tener en cuenta para mujeres que sufren de malposición fetal.</p>	BAJA

16) Tabla resumen de estudios de evaluación económica: Coste-efectividad de usar la moxibustión en presentaciones no cefálicas.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
van den Berg et al., 2010. (11)	<p>Tipo de evaluación económica: Estudio de evaluación económica.</p> <p>Objetivos: Evaluar, utilizando un enfoque modelado, la efectividad y costes de la versión de nalgas con intervenciones tipo acupuntura en V67 (moxibustión), en comparación con la actitud expectante en embarazadas de 33 semanas de gestación.</p> <p>Localización y periodo de realización: Holanda, multicéntrico. 2010.</p>	<p>Población: Embarazadas de 33s.g. con feto único en posición de nalgas confirmado mediante ecografía.</p> <p>Intervención: En las 33 y 36s.g. se realizaron ecografías. El parto se realizaría en hospital atendidas por una matrona en el caso de un parto eutócico o una ginecóloga en un parto distócico. Para evitar las cesáreas. En la primera sesión se explicaría cómo se realiza la moxibustión en el punto V67 para poder autorrealizarlo en casa diariamente.</p> <p>Comparadores: En el caso de que la moxibustión no llegara al objetivo de la versión cefálica antes de la 36s.g., se les ofrecía la posibilidad de realizar una VCE por parte de un ginecólogo.</p> <p>Beneficios: La VCE tiene entre el 50-60% de éxito de versión cefálica a partir de la 36s.g. La moxibustión no es un método invasivo en el que se aplica calor en el punto de acupuntura V67-Zhiyin, en los que se utilizan unos palos de moxa que son baratos, seguros y fáciles de usar, en el que, en un ECA, demostraba que en el GI donde se aplicaba la moxibustión solo el 34% (IC 95%: 20-49%) frente al GC donde se tenía una actitud expectante 66% (IC 95%: 55-77%) continuaban en posición de nalgas.</p> <p>Costes: -La realización de moxibustión (matrona explica a las pacientes como autoadministrarse la moxa), además de las consultas a las 33 y 36s.g. con la ecografía, el coste es de 158,50€. En comparación con la VCE que lo realiza una ginecóloga donde los gastos son de 885,45€. - La revisión prenatal por parte de la ginecóloga es de 518,26€, mientras que la de la matrona es de 343,00€. - El parto: si es por cesárea el coste es de 5075,67€, en el caso de un parto de nalgas el coste es de 1916,49€, en el caso de un parto cefálico por parte de la ginecóloga el coste es de 1827,93€ y por último en el caso de que sea la matrona la que realice el parto eutócico el coste es de 721,50€.</p>	<p>Perspectiva del análisis: Se realizaron dos análisis principales, sin o con implementación de la VCE. Se calcularon las proporciones de presentaciones de nalgas a término y cesáreas, y los costes de terceros pagadores para cada estrategia. Se calculó la Odds Ratio (OR) de la moxibustión en comparación con actitud expectante para la proporción de presentación de nalgas y cesáreas y se calculó la diferencia de los costes de terceros pagadores entre las estrategias. Se tomó la reducción absoluta de riesgo (RAR) para calcular el número de mujeres que se necesitaban tratar con moxibustión para prevenir una cesárea. En el caso de Holanda, es posible realizar partos en domicilio gracias a matronas encargadas de realizar partos domiciliarios (33,3%) en comparación con los partos hospitalarios (66,7%).</p> <p>Horizonte temporal: Desde la 33s.g. hasta los 8 días posteriores al parto.</p> <p>Ajuste temporal: No.</p> <p>Modelización: Sí.</p> <p>Análisis de sensibilidad: Sí.</p>	<p>Parámetros: Sin VCE a las 36s.g., presentación de nalgas a término después de la moxibustión fue del 32% (OR 0,61 IC 95%: 0,43-0,83); en comparación con la actitud expectante que fue del 52,9% (OR 0,62; IC 95%: 0,45-0,84). Con VCE 12% y 19%.</p> <p>Sin VCE, cesáreas después de la moxibustión fue del 36,7% (OR 0,73; IC 95% 0,59-0,88); en comparación con la actitud expectante que fue del 50,3%. Con VCE fueron 23,1% (OR 0,83; IC 95%: 0,67-0,98) y 27,8%, respectivamente.</p> <p>Para prevenir la cesárea, siete mujeres con feto en presentación de nalgas a las 33s.g. necesitarían ser tratadas con moxibustión en V67.</p> <p>Análisis incremental: Los costes directos medios fueron de 4.369€ después de la moxibustión versus 4.890€ después de la actitud expectante sin VCE (diferencia de costes de 520€; IC 95%, 135€ vs 883€); mientras que esto fue de 4.230€ versus 4.658€, si se realizó ECV (diferencia de costes de 428€, IC 95% de 79€ vs 941€).</p> <p>Análisis de sensibilidad: Los resultados de los análisis de sensibilidad realizados en el porcentaje de presentaciones de nalgas confirmadas por ecografía. A las 33 s.g y la tasa de aceptación de moxibustión en los costes totales esperados 4.595€ (IC 95%: 451€ (109,775€) vs 4.523€ (IC 95% 404€ (72,864€) para las estrategias sin y con VCE respectivamente. Si el 100% de las presentaciones de nalgas están confirmadas por ecografía. Y la tasa de cumplimiento de moxibustión es del 16,0% o más sin VCE, o 17,6% o más con VCE, la moxibustión fue menos costosa que la actitud expectante. Si el 20% de las presentaciones de nalgas son confirmadas por ecografía. La estrategia de moxibustión fue menos costosa en comparación con la actitud expectante a una tasa de cumplimiento moxibustión del 37,7% y 41,5% para la estrategia sin y con VCE, respectivamente.</p>	<p>Los resultados de este análisis de decisión sugirieron que, para la versión de un feto en presentación de nalgas en mujeres a las 33s.g., la moxibustión en V67 redujo el número de presentaciones de nalgas a término, el número de cesáreas y fue menos costoso en comparación con manejo expectante, incluida la VCE.</p>	ALTA

17) Tabla resumen de ensayos clínicos: Moxibustión sin efecto en un ECA para versión no cefálica.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Vas J. et al. 2009. (4)	<p>Diseño: Revisión sistemática y metaanálisis.</p> <p>Objetivos: Evaluar la evidencia científica disponible sobre la efectividad y seguridad de la moxibustión, en comparación con un control (actitud expectante, métodos posturales o acupuntura), para corregir la presentación no cefálica del feto.</p> <p>Localización y periodo de realización: La revisión sistemática y el metaanálisis se realizaron en Sevilla, España en 2008: - Cardini and Weixin: abril 1995 a agosto 1996 en China. - Cardini et al.: marzo 2001 a febrero 2003 en Italia. - Chen: 2000 en China. - Lin et al.: 2000 a 2002 en China. - Neri et al.: mayo 2000 a junio 2002 en Italia. - Neri et al.: - en Italia. - Yang: 2003 a 2004 en China.</p>	<p>Población: Mujeres embarazadas con 32 semanas de gestación o más y mujeres embarazadas menos de 32 semanas de gestación.</p> <p>Intervención: - Cardini and Weixin: Autoaplicación en casa de moxibustión en el punto BL67-Ziying (bilateral) una vez al día durante 30 minutos. - Cardini et al.: Autoaplicación en casa de moxibustión en el punto BL67-Ziying (bilateral) dos veces al día, de 1-2 semanas durante 30 minutos. - Chen: Moxibustión en el punto BL67-ziying (bilateral) una vez al día, durante 40 minutos, entre 5-15 sesiones. - Lin et al.: Aplicación en el hospital de moxibustión en el punto BL67-Ziying (bilateral) dos veces al día, durante 30 minutos además de posición genupectoral durante 10-20 minutos. - Neri et al.: Aplicación en el hospital de moxibustión y acupuntura en el punto BL67-Ziying (bilateral) durante 20 minutos, dos veces a la semana, hasta dos semanas. - Neri et al.: Aplicación en el hospital de moxibustión en el punto BL67-Ziying (bilateral) durante 20 minutos, dos veces a la semana, una semana. - Yang: Aplicación de moxibustión en el punto BL67-Ziying (bilateral) y posición genupectoral durante 15-20 minutos, dos veces al día, durante una semana.</p> <p>Comparación: - Cardini and Weixin: Autoaplicación en casa de moxibustión en el punto BL67-Ziying (bilateral) dos veces al día durante 30 minutos o Actitud expectante. - Cardini et al.: Actitud expectante. - Chen: Postura genupectoral. - Lin et al.: Posición genupectoral. - Neri et al.: Actitud expectante. - Neri et al.: Aplicación en el hospital de acupuntura en el punto BL67-Ziying (bilateral) durante 20 minutos, dos veces a la semana, una semana. - Yang: Posición genupectoral.</p> <p>Resultados analizados: Se realizó combinando los 6 estudios con un total de 1087 gestantes, con un alto grado de heterogeneidad y una tasa de versión cefálica en el grupo de moxibustión del 72.5% vs 53,2% en el grupo control (RR, 1,36; IC del 95%: 1,17-1,58). El número necesario que tratar fue de 5 con un IC del 95%: 4-7. En términos de seguridad, no se encontraron diferencias significativas en la comparación de la moxibustión con otras técnicas. Sin embargo, se encontró una tendencia a menores complicaciones en el grupo de tratamiento y uso reducido de oxitocina en el grupo experimental.</p>	<p>Tipo de estudios incluidos: Ensayos clínicos aleatorizados, controlados y multicéntricos.</p> <p>Método evaluación calidad: Se realizaron según las recomendaciones del Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas (A, B o C). La calidad global de los estudios se analiza por subgrupos (heterogéneos) en los estudios de baja calidad (RR, 1,47; IC del 95%, 1,07-2,03) y los de moderada calidad (RR, 1,30; IC del 95%, 1,06-1,59).</p>	<p>Nº estudios incluidos: Se utilizan seis estudios diferentes con 1087 sujetos. - Cardini and Weixin: 260. - Cardini et al.: 123. - Chen: 150. - Lin et al.: 122. - Neri et al.: 240. - Neri et al.: 26. - Yang: 206.</p> <p>Resultados: Alto grado de heterogeneidad y una tasa de versión cefálica en el grupo de moxibustión del 72.5% vs 53,2% en el grupo control (RR, 1,36; IC del 95%: 1,17-1,58).</p>	<p>Según la revisión realizada por Vas et al. existe un efecto beneficioso de la aplicación de moxibustión en el punto de acupuntura BL67, ya sea aplicado solo o con acupuntura o medidas posturales, en comparación con actitud expectante o únicamente métodos posturales. La técnica ha demostrado ser segura porque no aumenta la tasa de complicaciones típicas de la presentación no cefálica, aunque los resultados no son totalmente concluyentes al respecto. Ya que los resultados pueden verse incluidos por diferencias en el diseño y la calidad de los estudios.</p>	ALTA

18) Ficha Técnica de un estudio de protocolo: El uso de la moxibustión y la acupuntura en mujeres embarazadas con presentación de nalgas.

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia Interna		
18			
Cita Bibliográfica	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;8:1-8. Disponible en: https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-8-22 (5)		
Introducción	Resumen de la introducción	La presentación no cefálica en el parto implica varios riesgos tanto para la madre como para el feto. La incidencia en España es del 3,8% de todos los embarazos a término. La técnica más común es la cesárea, y aunque provoque una menor tasa de morbilidad que el parto vaginal, sigue existiendo la posibilidad de lesiones traumáticas en el feto, y la morbilidad materna. La aplicación del calor (moxibustión) en V67, con el fin de corregir la presentación no cefálica, se ha practicado en China desde la antigüedad, pero hasta ahora no hay pruebas suficientes de su eficacia real.	
	Objetivo del estudio	Evaluar los efectos de la estimulación sensorial con moxibustión en la esquina exterior de la pequeña uña del pie (V67) con el fin de producir versión en presentaciones no cefálicas.	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de protocolo.	
	Año de Realización	Abril del 2008 y diciembre del 2010.	
	Técnica recogida de datos	Registro de datos cuantitativos: documento de salud de la embarazada de Andalucía. Y datos futuros obtenidos en el nacimiento del bebé realizadas por la matrona. Cuestionario de elaboración propia: orientados por el mismo personal evaluador.	
	Población y muestra	492 embarazadas de entre 32-35 semanas de gestación con fetos únicos en presentación no cefálica, confirmado por ecografía.	
Resultados relevantes	Es un estudio de protocolo.		
Discusión planteada	Este ensayo contribuirá al desarrollo de pruebas relativas a la moxibustión en la corrección de presentaciones no cefálicas. La variable de resultados primarios sería la proporción de presentaciones cefálicas a término. Como resultados secundarios, se evaluarían la proporción de presentaciones cefálicas en la semana 38 de gestación, determinada por la ecografía, junto con la seguridad de la técnica, la especificidad de la moxibustión y el control del cegamiento.		
Conclusiones del estudio	Es un estudio de protocolo.		
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión).
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica.
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio.
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico.
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> Westgren M, Edvall H, Nordstrom L, Svalenius E, Ranstam J: Spontaneous cephalic version of breech presentation in the last trimester. Br J Obstet Gynaecol 1985, 92:19-22. Cruikshank DP: Breech presentation. Clin Obstet Gynecol 1986, 29:255-263. Acien P: Breech presentation in Spain, 1992: a collaborative study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995, 62:19-24. Melchor JC: Epidemiología de la presentación podálica. In Manual del parto y puerperio patológicos. Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Edited by: Fabre E. Zaragoza: Ino Reproducciones, S.A; 1999:155-163. Cheng M, Hannah M: Breech delivery at term: a critical review of the literature. Obstet Gynecol 1993, 82:605-618. Danielian PJ, Wang J, Hall MH: Long-term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: population based follow up. BMJ 1996, 312:1451-1453. 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, 356:1375-1383. Hutton EK, Hofmeyr GJ: External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane Database Syst Rev 2006:CD000084 Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Brand R, van Loon AJ, Van Hemel OJ, Visser GH: Term breech presentation in The Netherlands Page from 1995 to 1999: mortality and morbidity in relation to the mode of delivery of 33824 infants. BJOG 2003, 110:604-609. Moldin P, Hokegard KH, Nielsen TF: Cesarean section and maternal mortality in Sweden 1973-1979. Acta Obstet Gynecol Scand 1984, 63:7-11. Minkoff H, Chervenak FA: Elective primary cesarean delivery. N Engl J Med 2003, 348:946-950. Liu GW: Clinical Acupuncture & Moxibustion 1st edition. Tianjin: Tianjin Science & Technology Translation & Publishing Corp; 1996. Hou JL: Acupuncture and Moxibustion Therapy in Gynecology and Obstetrics 1st edition. Beijing: Beijing Science and Technology Press; 1995. Neri I, De PV, Venturini P, Facchinetti F: Effects of Three Different Stimulations (Acupuncture, Moxibustion, Acupuncture Plus Moxibustion) of BL67 Acupoint at Small Toe on Fetal Behavior of Breech Presentation. Am J Chin Med 2007, 35:27-33. Coyle ME, Smith CA, Peat B: Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD003928. Kanakura Y, Kometani K, Nagata T, Niwa K, Kamatsuki H, Shinzato Y, Tokunaga Y: Moxibustion treatment of breech presentation. Am J Chin Med 2001, 29:37-45. Neri I, Ternelli G, Facchinetti F, Volpe A: Cardiotocography analysis during the BL67 acupoint stimulus for breech presentation. Giornale Italiano di Riflessoterapia ed Agopuntura 2000, 12:11-14. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, McQuay HJ: Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials 1996, 17:1-12. 		

19) Tabla resumen de ensayos clínicos: Uso de la moxibustión en atención primaria para corregir la presentación no cefálica: ECA.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Vas et al., 2013. (3)	<p>Diseño: Ensayo controlado aleatorizado.</p> <p>Objetivos: Comparar la efectividad del tratamiento de moxibustión en el punto de acupuntura V67 con moxibustión en un punto no específico de acupuntura y la atención habitual sola para corregir la presentación no cefálica.</p> <p>Localización y periodo de realización: Entre abril 2008 y diciembre 2010, multicéntrico en centros de atención primaria de Andalucía (Sevilla, Huelva, Cádiz y Málaga).</p>	<p>Población: Mujeres en la semana 32 de gestación, con feto único en presentación de nalgas, confirmado por ecografía en el hospital.</p> <p>Intervención: Las participantes fueron asignadas al azar (1) para recibir moxibustión verdadera en el punto de acupuntura V67 y atención habitual.</p> <p>Comparación: (2) moxibustión en un punto de acupuntura no específico (moxibustión simulada) y atención habitual y (3) solo atención habitual.</p> <p>Resultados analizados: Corregir la presentación no cefálica a cefálica mediante moxibustión.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Desde la inclusión al estudio en la semana 33 de gestación hasta el postparto. Entre abril del 2008 y diciembre del 2010.</p>	<p>Nº participantes/grupo: 406 mujeres: grupo intervención 1 (moxibustión verdadera): 136, grupo control 2 (moxibustión simulada) 136 y grupo control (3) (atención habitual): 136.</p> <p>Intervención grupo experimental: El grupo intervención 1 (moxibustión verdadera): La mujer debía estar en posición decúbito supino, y aplicar calor durante 20 minutos con la barra de moxa en el punto V67 - Zhiyin, cerca del ángulo exterior de la uña del pie. Desde una distancia 1,5-3 cm. Realizado en domicilio por un familiar, previa explicación en la primera visita a la matrona. Y a las dos semanas de tratamiento que acudieran al centro de salud para una evaluación ecográfica de la posición.</p> <p>Intervención grupo control: El grupo control 2 (moxibustión simulada): el procedimiento es idéntico a la técnica de moxibustión excepto que el punto estimulado es el SP1 - Yinbai, cerca del ángulo interno de la uña del primer dedo del pie, no es un punto activo de la medicina tradicional china. Realizado en domicilio por un familiar, previa explicación en la primera visita a la matrona. Y a las dos semanas de tratamiento que acudieran al centro de salud para una evaluación ecográfica de la posición. El grupo control 3 (atención habitual): 6 visitas a la matrona y médico de comunitaria, se realiza una ecografía trimestral y una cardiotocografía en la semana 40. Recomendación del manejo postural rodilla-tórax o genupectoral. Programación de cesárea si continua la posición no cefálica en el embarazo a término.</p> <p>Método enmascaramiento: La asignación al azar del estudio fue de tres brazos, centralizado y realizado por una persona externa que solo participó de esta manera en el estudio. El esquema fue de 1:1:1 en bloques de 12 y estratificado por cada centro. Cada paquete contenía 12 sobres opacos, cada uno de los cuales fue sellado después de la introducción de una tarjeta con la letra correspondiente al grupo al que estaba asignado el paciente, de acuerdo con la secuencia generada por el software (moxibustión verdadera, moxibustión simulada o cuidados habituales). La matrona colaboradora introducía en cada sobre el consentimiento informado de la paciente que había aceptado entrar en el estudio, número de la paciente y del centro de AP. El investigador principal verificó cada tarjeta. Y las participantes y los analistas fueron cegados con respecto al tratamiento recibido.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: 2 del grupo control 3.</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: La presentación cefálica en el nacimiento presente en el 58,1% de las mujeres en el grupo de moxibustión verdadera versus con el 44,8% del grupo de atención habitual (RR 1,29; IC 95%: 1,02 - 1,64) y el 43,4% del grupo de moxibustión simulada (RR 1,34; IC 95%: 1,05 - 1,70). La reducción del RR del resultado primario en el grupo de moxibustión verdadera en comparación con el grupo de atención habitual fue del 29,7% (IC 95%: 3,1% - 55,2%) y el número necesario para tratar (NNT) fue de 8 (IC 95%: 4 - 72). No se observaron diferencias significativas con respecto al modo de nacimiento entre los grupos. Durante el período de tratamiento, el 29,4% de las mujeres informó haber sentido contracciones uterinas y el 14,6% palpaciones experimentadas. No se observaron diferencias significativas entre los grupos.</p> <p>Efectos adversos: No hubo efectos adversos graves durante el tratamiento, aunque un paciente refirió una quemadura causada durante la combustión de la moxa y otro interrumpió el tratamiento debido al dolor abdominal posterior a la moxibustión. Las quejas más frecuentes fueron alteraciones gastrointestinales (pirosis, náuseas y vómitos) (2%), mareos (1,7%), trastornos hipertensivos leves (1,7%), dolor abdominal (1,5%) e hipo fetal (1,2%), sin diferencias significativas. se observan diferencias entre los tres grupos.</p>	<p>La moxibustión en el punto de acupuntura V67 es efectiva y segura para corregir la presentación no cefálica cuando se usa entre las 32-34 semanas de gestación. La moxibustión es aceptada correctamente por las mujeres y al ser fácil de utilizar hace que pueda ser autoadministrada en casa. Por lo tanto, la moxibustión representa una opción de tratamiento que debe considerarse para lograr una versión del feto de nalgas.</p>	ALTA

20) Tabla resumen de ensayos clínicos: Acupuntura para la versión de presentación no cefálica: ECA controlado simple ciego.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Sananes et al., 2016. (8)	<p>Diseño: Ensayo clínico aleatorizado: controlado y simple ciego.</p> <p>Objetivos: Evaluar la efectividad de la acupuntura con agujas de fuego en el punto de acupuntura V67 para la versión de la presentación de nalgas.</p> <p>Localización y periodo de realización: Hospital de maternidad docente de Estrasburgo, Francia (multicéntrico). El periodo de realización fue entre el 12 de febrero del 2008 al 31 de mayo del 2014.</p>	<p>Población: Mujeres reclutadas en el tercer trimestre de embarazo diagnosticadas mediante ecografía por matrona o obstetra en la semana 20. Feto único y entre 32-34 semanas de gestación. Mayores de edad.</p> <p>Intervención: Las matronas realizaron 3 sesiones de "moxibustión con aguja caliente" entre las 32-35s.g. durante 7-10 días. Previa verificación de la postura fetal mediante ecografía. Y control de la frecuencia cardiaca fetal durante las sesiones de 30 minutos. Mujer en decúbito supino, la matrona pinchó en el punto de acupuntura V67, con agujas estériles y calentó la punta hasta que la paciente tuvo la sensación de calor. La técnica se repitió tres veces en cada pie.</p> <p>Comparación: Se utilizó la misma técnica, pero en el punto ST45, pinchado superficialmente, en el segmento distal del segundo dedo del pie, a 2mm de la esquina ungueal.</p> <p>Resultados analizados: Lograr una versión cefálica espontánea antes del parto.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Desde la 20s.g. hasta el postparto.</p>	<p>Nº participantes/grupo: 260 participantes: 130 en el grupo de investigación y 130 en el grupo de control.</p> <p>Intervención grupo experimental: La técnica fue realizada por matronas con formación, las pacientes, de entre 32-35s.g., se debían colocar en decúbito supino. En cada sesión de 30 minutos, se pinchaba en el punto de acupuntura V67 (vejiga) con agujas de acupuntura estériles, 1-2mm de profundidad, ángulo ungueal externo del quinto dedo del pie. Se calentaba la punta hasta que la paciente tuviera sensación de calor. La técnica se repetía 3 veces alternativamente en cada pie durante de 7 a 10 días. Además de control de la frecuencia cardiaca fetal durante la sesión y previo examen ecográfico.</p> <p>Intervención grupo control: En el grupo control se usó un placebo. Se realizó la técnica parecida al grupo intervención a diferencia del punto de acupuntura utilizado que fue el E45 (estómago) y la profundidad de la aguja era menor.</p> <p>Método enmascaramiento: El cegamiento era simple, solo las pacientes eran las que no sabían si estaban en el GI o GC. La secuencia de asignación al azar fue generada por un estadístico que no participó en el estudio más que para la asignación. Se dividió en 6 bloques estratificados por centro. Se sellaron y numeraron los sobres según el GI o GC. Estos sobres fueron abiertos por las matronas formadas en acupuntura e involucradas en el ensayo, durante la visita de inclusión.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: Una de las pacientes del GC se excluyó del análisis al retirar su consentimiento para el ensayo.</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: Después de las intervenciones se realizaron ecografías en las cuales, 49 fetos (37,7%) en presentación cefálica en el GI, frente a 37 fetos (28,7%) en el GC. En el análisis por intención de tratar, el riesgo relativo para versión cefálica fue del RR 1,34 (0,93-1,89), Pr RR>1=94,3%. El número de pacientes a tratar con acupuntura para obtener una versión cefálica fetal sería de 11. El análisis por protocolo fue RR 1,42 (0,97-2,03), Pr RR>1=96,2% y el análisis como tratamiento RR 1,47 (1,01-2,10), Pr RR>1=97,6%. El resultado primario fue la tasa de presentaciones cefálicas en la ecografía realizada entre las 35 y 36 semanas de gestación. Un total de 49 (37,7%) fetos estaban en presentación cefálica en el grupo de acupuntura, frente a 37 (28,7%) en el grupo de simulación: RR 1,34 [0,93-1,89], Pr RR> 1 = 94,3%. Después del ajuste de la paridad, la acupuntura no aumentó la tasa de versión cefálica fetal: OR 1,47 [0,84-2,42], Pr OR> 1 = 90,3%.</p> <p>Efectos adversos: Hubo 16 (12,3%) casos de dolor local moderado en el grupo de acupuntura y 9 (7,0%) en el grupo de simulación. Ninguno de esos pacientes interrumpió la intervención. No hubo casos de quemaduras. Un paciente (0,8%) tuvo un parto prematuro en el grupo de acupuntura, frente a 8 (6,2%) en el grupo simulado (RR 0,25 [0,03-0,79], Pr RR> 1 = 0,9%).</p>	<p>El estudio sugiere que la acupuntura con agujas de fuego en el punto de acupuntura V67 no promueve la versión cefálica fetal. Otros estudios podrían investigar la efectividad de otros protocolos de acupuntura. La aleatorización debe estratificarse para pacientes nulíparas y múltiparas.</p>	ALTA

21) Ficha Técnica para Revisiones Bibliográficas: Moxibustión para la versión cefálica en la presentación de nalgas.

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia Interna	
21		
Cita Bibliográfica	Schlaeger JM, Stoffel CL, Bussell JL, Cai HY, Takayama M, Yajima H, et al. Moxibustion for Cephalic Version of Breech Presentation. J Midwifery Women's Heal [Internet]. 2018;63(3):309–22. Disponible en: https://www.mendeley.com/catalogue/dfd49319-6357-35d4-8af3-db807c3886bd/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.4&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B23915358-977f-4fd9-adec-e20a3690c3a6%7D (15)	
Introducción	Resumen de la introducción	Las cesáreas estaban estandarizadas en el caso de que el feto estuviera en presentación de nalgas en los Estados Unidos, alta tasa de partos, en 2015 fue del 32%. Las estrategias identificadas para reducir la prevalencia de la presentación de nalgas a términos, la Medicina Tradicional China, utiliza la moxibustión para la versión cefálica. El artículo revisa la historia de la moxibustión, su aplicación, la teoría de la MTC y los posibles mecanismos fisiológicos occidentales a través de los cuales la moxibustión puede ejercer su efecto.
	Objetivo del estudio	Síntesis de la literatura existente para establecer las recomendaciones en el uso de la moxibustión para la versión cefálica en la presentación no cefálica.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.
	Año de Realización	2018.
	Técnica recogida de datos	Mediante las bases de datos PubMed. <i>Moxibustión, moxa, moxibustión Y posición no cefálica, y versión cefálica de nalgas</i> . La revisión final estuvo compuesta por 16 estudios publicados entre 1998 y 2016.
	Población y muestra	China, italiana, suiza, australiana, española y danesa. 2.300 mujeres. Gestantes entre 28-37s.g., primíparas y múltiparas.
Resultados relevantes	<p>Una revisión de Cochrane del 2012 examinó un total de 8 ECAs sobre el uso de moxibustión para la versión cefálica en presentación no cefálica. En general, la moxibustión en comparación con ningún tratamiento no se asoció significativamente con una mayor tasa de versión cefálica (P = .45).</p> <p>Se han publicado cuatro estudios desde la publicación de la revisión de Cochrane de 2012. Do et al publicó un ECA de viabilidad en 2011 de usar moxibustión para la versión cefálica en Australia.</p> <p>En 2013, Vas et al llevó a cabo un ECA multicéntrico en España. La moxibustión tuvo más éxito en comparación con la atención habitual (44,8%; RR, 1,29; CI 95%, 1,02- 1,64).</p> <p>Un ECA con placebo de 2014, realizado en Francia, examinó a 328 mujeres primíparas y múltiparas con presentación de nalgas que estaban entre 33 4/7 y 35 semanas y media de gestación. No se encontró ninguna diferencia significativa en la versión exitosa por 37 2/7 semanas de gestación para el grupo de moxibustión y acupuntura (72,0%) en comparación con el grupo placebo (63,4%; RR, 1,13; IC 95%, 0,98-1,32; P = .10).</p> <p>Una revisión sistemática y metanálisis realizado en 2013 incluyó 7 estudios publicados hasta febrero de 2013, que incluyeron un total de 1387 participantes. El metanálisis encontró que la moxibustión aumentó significativamente la versión cefálica a partir de la presentación de la no cefálica en comparación con otras intervenciones (RR, 1,29; IC del 95%, 1,12-1,49).</p>	
Discusión planteada	Las recomendaciones para estudios futuros deben probar de la administración de moxa para la versión cefálica entre las 33-36s.g., una vez al día durante 7 días durante 30 minutos y la evaluación de la presentación fetal después de 7 días; si el feto todavía está de nalgas, el protocolo debe realizarse durante una semana más.	
Conclusiones del estudio	El uso de la moxibustión para la versión cefálica en la presentación de nalgas es prometedor, pero se necesita una investigación más rigurosa para establecer su efectividad y desarrollar protocolos basados en la evidencia para su uso. Mientras tanto, es posible que haya pruebas limitadas recopiladas en ensayos clínicos existentes y evidencia empírica pudiendo obtenerse de la opinión de expertos.	
Valoración (Escala Likert)	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> Andrews S, Leeman L, Yonke N. Finding the breech: influence of breech presentation on mode of delivery based on timing of diagnosis, attempt at external cephalic version, and provider success with version. Birth. 2017;44(3):222-229. Grootscholten K, Kok M, Oei SG, Mol BW, van der Post JA. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2008;112(5):1143-1151. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7): CD000166. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion no. 340. Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol. 2006;108(1):235-237. 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(9239):1375-1383. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: final data for 2002. Natl Vital Stat Rep. 2003;52(10):1-113. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, Driscoll AK, Mathews TJ. Births: final data for 2015. Natl Vital Stat Rep. 2017;66(1):1-69. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice bulletin no. 161: external cephalic version. Obstet Gynecol. 2016;127(2):e54-e61. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database Syst Rev. 2012(5):CD003928. <p>Total de 50 referencias.</p>	