

Revisión bibliográfica

Acupuntura y moxibustión para embarazadas con presentación no cefálica. Estrategias de intervención y revisión de la literatura

Acupuncture and moxibustion for pregnant women with non-cephalic presentation. Intervention strategies and literature review

Maite Miranda García¹, Josefina Goberna-Tricas², Ikram Allaou³, Cristina Domingo Gómez⁴, M. Dolores Roig Gómez^{3,5}

¹Enfermera-acupuntora. Doctoranda en el Programa de Enfermería y Salud. Universidad de Barcelona. Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). ²Matrona y Socióloga. Profesora titular de Universidad. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. ADHUC, Centro de Investigación en Teoría, Género y Sexualidad. Universidad de Barcelona. ³Enfermera. Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). ⁴Médica-acupuntora. Licenciada en Medicina. Directora del Máster de Valoración Energética y Acupuntura del Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona. ⁵Obstetra. Doctora en Medicina. BCNatal (Centro de Medicina Materno-infantil y Neonatal de Barcelona). Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona

RESUMEN

Objetivo: Realizar una evaluación de la evidencia científica publicada y explorar las estrategias e intervenciones más adecuadas en la presentación no cefálica con acupuntura o moxibustión.

Método: Búsqueda bibliográfica realizada entre los años 2003 y 2018 con las palabras clave «acupuntura», «moxibustión», «presentación de nalgas» y «presentación no cefálica» en las bases de datos PubMed, Cinahl, WoS, Medline y CENTRAL.

Resultados: Finalmente se seleccionaron 15 artículos que cumplían con los criterios de inclusión. La moxibustión es eficaz para conseguir la versión a cefálica en las embarazadas con feto en presentación no cefálica en el tercer trimestre de gestación. Los países asiáticos son los que obtienen resultados con mayor éxito (96,7%), respecto a los países occidentales (53,6-75,4%).

Discusión: La revisión de la bibliografía nos ofrece una buena evidencia científica en relación con la efectividad de la moxibustión en el punto de acupuntura V67, en la versión del feto a una presentación cefálica. En la gran mayoría de los estudios se ha observado una mejora en la versión del feto en los grupos que aplicaron la técnica de moxibustión en V67 respecto al grupo control, en que no se había aplicado la técnica.

Conclusión: En la actualidad, el uso de la moxibustión para la versión cefálica de una presentación no cefálica es un procedimiento de interés tanto para los profesionales sanitarios como para las gestantes, ya que es una técnica efectiva, segura y de fácil aplicación.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Acupuntura, moxibustión, presentación de nalgas, presentación no cefálica.

ABSTRACT

Objective: To carry out an evaluation of the published scientific evidence and to explore the most appropriate strategies and interventions in the non-cephalic presentation with acupuncture or moxibustion.

Method: Bibliographic search was carried out between 2003 and 2018 with the keywords «acupuncture», «moxibustion», «breech presentation», «non-cephalic presentation», in the databases PubMed, Cinahl, WoS, Medline and CENTRAL.

Results: Finally, 15 articles were selected that met the inclusion criteria. Moxibustion is effective to achieve the cephalic version in pregnant women with a fetus in non-cephalic presentation in the third trimester of pregnancy. The Asian countries have the most successful results (96.7%) in relation to those in the West (between 53.6 and 75.4%).

Discussion: The review of the literature offers us good scientific evidence regarding the effectiveness of moxibustion in V67, in the fetus version of a cephalic presentation. In the vast majority of studies, an improvement in the version of the fetus was observed in the groups that applied the moxibustion technique in V67 in relation to the control group, which had not applied the technique.

Conclusion: At present, the use of moxibustion for the cephalic version of a non-cephalic presentation is a procedure of interest for health workers and pregnant women, since it is an effective, safe and easy to apply technique whenever it is indicated.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Acupuncture, moxibustion, breech presentation, non-cephalic presentation.

Fecha de recepción: 14/11/18. Fecha de aceptación: 13/05/19.

Correspondencia: M. Miranda García. Institut de Recerca del Hospital Sant Joan de Déu. Passeig Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Correo electrónico: mmiranda@sjdhospitalbarcelona.org

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 Prof. 2019; 20(3): e64-e71

INTRODUCCIÓN

Al final del embarazo, el feto suele colocarse en presentación cefálica para encajarse en la posición más favorable para el parto. Sin embargo, en ocasiones algunos fetos persisten en presentación no cefálica, con una frecuencia estimada del 3,8-4% de todos los embarazos llegados a término¹.

Aunque la prevalencia de las presentaciones no cefálicas no es muy elevada, es un tema de gran interés dado el mayor número de riesgos y complicaciones maternas y fetales que conllevan². La atención al parto en presentación no cefálica ha sido evaluada, entre otros autores, por Hannah et al³. Generalmente, ante estos casos de presentación no cefálica se recomienda programar una cesárea electiva a partir de la semana 39 de gestación³. La cesárea para la versión en presentación no cefálica del feto único a término, en comparación con el parto vaginal, reduce la muerte perinatal o neonatal y la morbilidad neonatal grave, a costa de cierto aumento de la morbilidad materna. De momento, se dispone de poca información sobre las consecuencias a largo plazo de la cesárea en las funciones reproductivas y el ajuste emocional⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha fijado como objetivo que el número de cesáreas disminuya a un 10-15%⁵, lo que conlleva la necesidad de buscar nuevas alternativas. En este sentido, se han sugerido nuevas estrategias para promover la versión del feto en presentación no cefálica en el último trimestre de embarazo.

Según la clasificación de Robson⁶, como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, en las 3 últimas décadas se ha producido un incremento del número de partos por cesárea⁷. En España, el porcentaje de cesáreas ha ido aumentando de forma progresiva entre los años 1997 y 2016 en más de 10 puntos, un 28-38% en el sector privado y un 15-25% en el sector público⁸. Los estudios realizados coinciden en que las cesáreas (la electiva y la de emergencia) cuadruplican los riesgos de morbilidad severa para la embarazada y el feto, comparado con el parto vaginal^{9,10}.

La técnica más comúnmente empleada para conseguir la versión de la presentación cefálica del feto es la versión cefálica externa (VCE), y las recomendaciones actuales sobre ella, totalmente extendidas entre todas las sociedades científicas, consisten en ofrecer y realizarla a todas las mujeres en las que esté indicada y que tengan un riesgo bajo o medio. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) afirma que la VCE es una técnica indicada a partir de la semana 37 en todas las gestantes que lleven un feto en presentación diferente de la cefálica y que no tengan contraindicaciones para su realización¹¹.

En las últimas décadas se ha ido introduciendo también como alternativa el uso de terapias complementarias (TC) en la sanidad española, bien aceptadas en el campo de la ginecología y obstetricia. Su uso es cada vez más frecuente y las gestantes recurren a ellas para mejorar las molestias más habituales durante el embarazo, parto y posparto¹². Las TC más recomendadas durante la gestación son el masaje, las plantas medicinales, las técnicas de relajación, los suplementos nutricionales, la homeopatía, la fitoterapia, la aromaterapia y la acupuntura^{13,14}.

En estos momentos, los diversos protocolos que se están confeccionando por parte de las sociedades científicas y los centros asistenciales consideran la acupuntura y la moxibustión como TC aceptadas en la atención al parto¹⁵, y también la OMS avala su uso en diferentes situaciones¹⁶.

En una revisión sistemática de la Cochrane de 2012 se concluye que existen pruebas que sugieren que la combinación de la acupuntura y la moxibustión en el punto de acupuntura V67 podría reducir el número de presentaciones no cefálicas, lo que disminuiría los partos por cesárea, aunque señala que se necesitan más ensayos controlados aleatorizados bien diseñados que lo avalen, con relevancia clínica y seguridad de la intervención¹⁷.

Las técnicas de acupuntura y moxibustión se fundamentan en la medicina tradicional china (MTC), una ciencia milenaria que en sus indicaciones incluye el tratamiento de las embarazadas con presentación no cefálica del feto, para favorecer el giro y, con ello, conseguir un parto vaginal cefálico¹⁸.

En China se ha practicado la moxibustión desde hace miles de años. Una de las primeras referencias sobre esta técnica, que proviene de la dinastía Song (1279-960 a. C.), era la versión del feto en una presentación cefálica. Esta técnica utiliza la aplicación de calor mediante la combustión de la planta *Artemisia vulgaris*, conocida vulgarmente como moxa, en un punto específico de acupuntura (*Zhiying*), que se conoce como V67, localizado en el ángulo ungueal externo del quinto dedo del pie^{19,20}.

La moxibustión en V67 (dar calor en el punto de acupuntura) para la presentación no cefálica es una técnica inocua y barata, que puede hacer versionar al feto de forma espontánea a presentación cefálica, facilitando así el parto vaginal, con lo que se podría disminuir el número de partos mediante cesáreas programadas²¹.

Según las publicaciones existentes, se acepta que la moxibustión, sola o en combinación con acupuntura o técnicas posturales, es una TC que se podría aplicar a la práctica clínica actual¹⁷. Por ello, con el fin de contribuir a clarificar la eficacia de la acupuntura o la moxibustión en la versión del feto en posición no cefálica, se plantea revisar la evidencia científica disponible, con el fin de avanzar hacia propuestas de guías o protocolos de actuación.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es realizar una evaluación de la evidencia científica disponible y explorar las estrategias e intervenciones más adecuadas en la presentación no cefálica con acupuntura o moxibustión.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda exhaustiva con el fin de recoger y revisar los estudios aleatorizados y de cohortes que aplicaron acupuntura o moxibustión en V67 a las gestantes con presentación fetal no cefálica. Debido a la gran heterogeneidad entre las diferentes técnicas que se realizan en la MTC, se han seleccionado sólo los estudios que realizaron acupuntura o moxibustión en el citado punto V67-*Zhiying*.

La revisión de la bibliografía se realizó entre los años 2003 y 2018, consultando las bases de datos PubMed, Cinahl, WoS, Medline y CENTRAL. Los términos de búsqueda utilizados fueron «acupuntura», «moxibustión», «presentación de nalgas», «presentación no cefálica», y sus equivalentes en inglés «acupuncture», «moxibustion», «breech presentation», «non-cephalic presentation».

Las combinaciones booleanas fueron las siguientes: «moxibustion» AND «breech presentation», «artemisa» AND «breech presentation», «acupuncture» OR «moxibustion» AND «breech presentation», «artemisa» OR «moxibustion» AND «cephalic presentation», y sus equivalentes para las bases españolas.

Para acotar la búsqueda, ésta se limitó a los artículos publicados en inglés o español durante el periodo 2003-2018.

Tras recopilar los artículos, se procedió a la lectura del título y el resumen de cada uno, y se seleccionaron los que cumplían los criterios de inclusión:

- Revisiones sistemáticas y estudios primarios aleatorizados o analíticos de cohortes.
- Se incluyeron sólo los artículos que hubieran realizado acupuntura o moxibustión en V67, y se excluyeron los que utilizaban una técnica diferente a la de acupuntura o moxibustión, como electroacupuntura, auriculopuntura, láser, falsa acupuntura o acupuntura simulada. También se excluyeron los estudios cualitativos y las cartas al lector.

Dadas las características de los estudios seleccionados, la búsqueda se organizó en tres fases. En la primera fase, se seleccionaron los estudios con mayor evidencia, es decir, las revisiones sistemáticas. De las 6 revisiones halladas, se incluyeron 5 (Coyle et al.¹⁷, Van den Berg et al.²², Vas et al.²³, Li et al.²⁴ y Zhang et al.²⁵) y se excluyó la revisión sistemática de Coyle et al.²⁶ de 2005, que queda incluida por los mismos autores en la revisión de 2012¹⁷. Las 5 revisiones incluidas fueron evaluadas de forma independiente por 2 revisores (primera y cuarta autoras), siguiendo el método de evaluación de calidad del AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews), un instrumento de 11 ítems que evalúa la calidad de las revisiones sistemáticas y su validez interna y externa^{27,28}.

En una segunda fase, y a partir de estas 5 revisiones, se extrajeron los artículos primarios que cumplieron las características de inclusión para profundizar en las estrategias de aplicación de acupuntura o moxibustión en V67 y se seleccionaron los artículos primarios publicados entre 1990 y 2011.

En una tercera fase se añadieron los artículos publicados desde 2013 hasta la fecha que también cumplieran los criterios establecidos. Los resultados de la búsqueda se recogen en la figura 1.

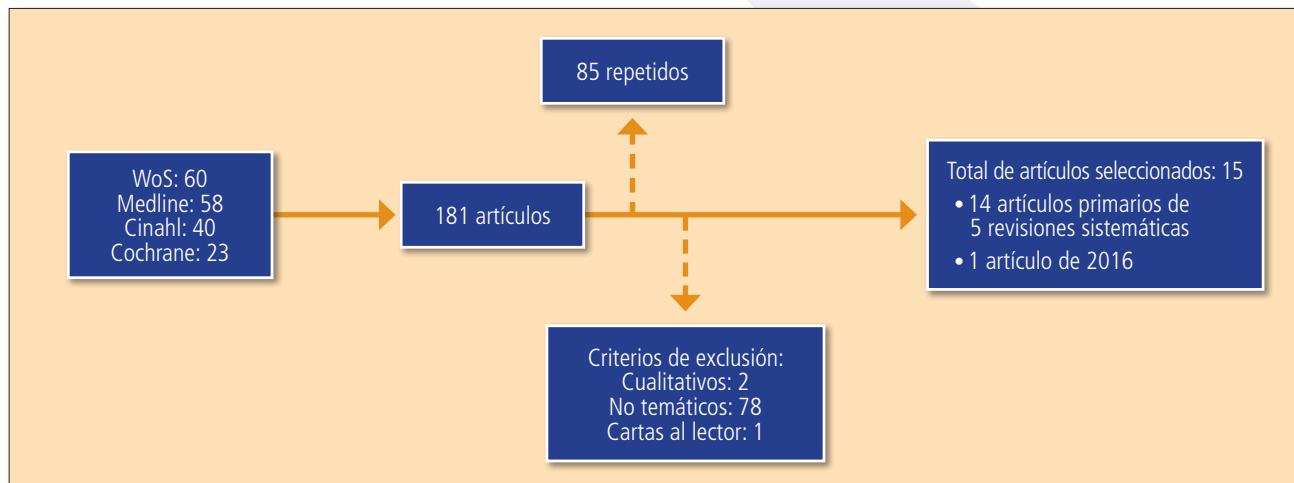


Figura 1. Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia

RESULTADOS

En estas 5 revisiones sistemáticas^{17,22-25} se encuentran 24 estudios primarios publicados entre 1989 y 2013, de los cuales se excluyeron los que realizaron electroacupuntura, auriculopuntura, láser, falsa acupuntura o acupuntura simulada, con lo que se analizaron los artículos que sólo realizaban acupuntura o moxibustión en V67 y en el grupo control «no tratamiento», observación o «posición rodilla pecho» y «versión cefálica externa» (cabe destacar que sólo en 1 de los artículos no había grupo control²⁹). Finalmente, obtuvimos 14 artículos que se llevaron a cabo entre los años 1990 y 2011.

De los últimos artículos publicados, entre 2013 y 2018, sólo pudimos incluir 1 que cumplía los criterios de inclusión, el de Bue y Lauszus³⁰ de 2016.

En la tabla 1 se presentan los 15 estudios analizados según el autor, el año de publicación y el país donde se había realizado, con sus principales características: muestra, tipo de estudio, detalles de la intervención, resultados obtenidos, realización o no de VCE, lugar y quién llevó a cabo el tratamiento.

Del total de los 15 artículos analizados, 7 se habían realizado en China^{31,32,34,36,38-40}, 1 en Australia⁴³ y 7 en Europa (4 de ellos en Italia^{29,33,37,41}, 1 en Suiza⁴², 1 en Croacia³⁵ y 1 en Dinamarca³⁰). Mayoritariamente eran ensayos aleatorizados, y sólo 3 eran de cohortes.

El tamaño de la muestra era muy variable. El total de gestantes de todos los artículos primarios analizados era de 2.697. La muestra más pequeña era de 20 gestantes en el estudio de Do et al.⁴³, mientras que la de mayor participación era de 587 gestantes en el estudio de Huang³¹.

La semana de gestación de inicio del tratamiento variaba según los autores. Observamos que los estudios realizados en China iniciaron el tratamiento desde la semana 28 hasta la 36. El estudio de Chen³⁹ es el único que diferencia las semanas en que se inicia el tratamiento, separando a las gestantes de 2 en 2 semanas desde la semana 28 a la 36.

En cambio, en los realizados en los países occidentales, el tratamiento se iniciaba a partir de la semana 32 de gestación hasta la 38.

En relación con la paridad, en 4 de los estudios sólo se incluyeron mujeres primíparas^{29,34,35,41}, y en 6 tanto primíparas como múltiparas^{30,33,37,39,41,42}; cabe señalar que se obtuvieron mejores resultados en las múltiparas. El resto de los estudios no comenta esta variable^{31,32,34,36,38,40}.

El tiempo de aplicación de la moxibustión en V67 en cada sesión era diferente para cada autor, que oscilaba entre 10 y 40 minutos. En 4 de los estudios realizados

en China (Huang³¹, Xiong³², Liang y Chen³⁶ y Peng³⁸) no se especifica el tiempo de aplicación de la moxa.

Habek et al.³⁵, en su estudio de 2003, realizaron tratamiento sólo con acupuntura en V67 dos veces a la semana, y lo finalizaron en la semana 38 si no se había producido la versión. Neri et al.³⁷ realizaron acupuntura más moxibustión en V67 dos veces a la semana durante 2 semanas, y en otro estudio⁴¹ realizado también por estos autores en 2007 se dividió la muestra en 3 grupos: además del grupo de moxibustión en V67, se incluyó otro con moxibustión más acupuntura en V67, y un tercero con acupuntura en V67, con 20 minutos de tratamiento dos veces a la semana durante 2 semanas.

La duración del tratamiento es también variable. Lo más habitual en Europa es de 1 vez al día, todos los días durante 2 semanas, pero Habek et al.³⁵ y Neri et al.³⁷ lo realizaron 1 vez al día 2 días a la semana durante 2 semanas.

De los estudios realizados en China, en 4 no se especifican los días de tratamiento^{31,32,38,40}. Chen³⁹ realizó tratamiento 1 vez al día todos los días durante 1 o 2 semanas, y Yang et al.⁴⁰ aplicaron el tratamiento 2 veces al día todos los días durante 1 semana.

Los resultados obtenidos en los estudios realizados en China son superiores a los realizados en los países occidentales. En el estudio de Xiong³² se obtuvo un 96,7% de efectividad en el grupo de intervención frente al 53,3% en el grupo control ($p=0,003$).

En el estudio de Cardini y Weixin³⁴ de 1998, realizado en China pero con monitorización italiana, se obtuvieron unos resultados del 75,4% en el grupo de intervención frente al 47,7% en el grupo control ($p>0,001$; riesgo relativo= 1,58; intervalo de confianza del 95%: 1,29-1,94). El resto de estudios realizados en China obtuvieron resultados similares a los de Xiong³² y Cardini y Weixin³⁴, excepto el de Peng³⁸, que obtuvo un resultado contradictorio del 40% en el grupo de intervención frente al 50% en el grupo control.

En los estudios realizados en países occidentales, los resultados oscilan entre los obtenidos en el de Habek et al.³⁵, del 76,4% en el grupo de intervención frente al 45,4% en el grupo control, y el de Do et al.⁴³, del 50% en el grupo de intervención frente al 10% en el grupo control. En el estudio de Neri et al.⁴¹ con 3 grupos de intervención, cabe destacar que se obtuvieron unos resultados del 80% en el grupo que realizó moxibustión en V67, un 57% en el grupo de acupuntura más moxibustión y un 20% en el grupo que sólo realizó acupuntura en V67. En el estudio de Guittier et al.⁴² no se obtuvieron resultados significativos en ambos grupos (del 18 frente al 16%).

Algunos estudios realizaron VCE después del tratamiento^{29,30,34,42,43}, aunque no se especifican los resultados obtenidos después de la VCE.

En cuanto al lugar de realización del tratamiento y quién lo lleva a cabo, se puede observar que en la mayoría de los estudios se realiza en el hospital por parte de profesionales sanitarios. En los estudios realizados en China no se comentan estas variables.

En 3 estudios, aparte de realizar el tratamiento en el hospital, se les enseñaba a las gestantes la autoaplicación de la moxibustión en el domicilio los días que no asistieran al hospital^{129,34,42}, y en el estudio de Bue y Lauszus³⁰ se les impartía formación para la autoaplicación en su domicilio, como única intervención.

Tabla 1. Características de los estudios

Autores, año, país	Muestra Tipo de estudio	Semanas de gestación Paridad	GI	GC	Resultados de la versión	VCE	Dónde y quién aplica el tratamiento
Huang ³¹ , 1990, China	n= 587 ECA	28-32 No se comenta	Moxibustión en V67	No tratamiento o rodilla-pecho	GI 77,7% GC 58,3%	No se comenta	No se comenta
Xiong ³² , 1991, China	n= 60 ECC	32-36 No se comenta	No tratamiento	Posición rodilla-pecho	GI 96,7% GC 53,3%	No se comenta	No se comenta
Cardini y Marcolongo ³³ , 1993, Italia	n= 41 ECC	32-33 Primíparas y múltiparas	Moxibustión en V67, 30 min cada día, un mínimo de 5 días y un máximo de 40 días	No tratamiento	GI 69,57% GC 38,89%	No	Hospital Profesionales
Cardini y Weixin ³⁴ , 1998, China	n= 260 ECA	33 Primíparas	Moxibustión en V67, 1 vez al día (n= 43) 2 veces al día, durante 30 min, 1-2 semanas y autoaplicación en el domicilio	Observación	GI 75,4% GC 47,7%	Sí	Hospital Profesionales
Habek et al. ³⁵ , 2003, Croacia	n= 67 ECA	34 Primíparas	Acupuntura en V67, 2 veces a la semana, 30 min al día. Finaliza el tratamiento si a las 38 semanas no ha versionado	Sin tratamiento	GI 76,4% GC 45,4%	No	Hospital Profesionales
Liang et al. ³⁶ , 2004, China	n= 320 ECC	28 No se comenta	Moxibustión en V67	Posición rodilla-pecho	GI 90% GC 78,9%	No se comenta	No se comenta
Neri et al. ³⁷ , 2004, Italia	n= 240 ECA	33-35 Primíparas y múltiparas	Moxibustión en V67 bilateral, durante 20 minutos y acupuntura, 2 veces a la semana durante 2 semanas	Observación	GI 53,6% GC 36,7%	No	Hospital Profesionales
Cardini et al. ²⁹ , 2005, Italia	n= 123 ECA	32-33 Primíparas	Moxibustión en V67, 30 min 2 veces al día, durante 1 o 2 semanas, y autoaplicación en el domicilio	Observación	GI 34% GC 36%	Sí	Hospital Profesionales
Peng ³⁸ , 2006, China	n= 80 ECA	30-34 No se comenta	Moxibustión en V67	Posición rodilla-pecho	GI 40% GC 50%	No se comenta	No se comenta
Chen ³⁹ , 2007, China	n= 150 ECA	28-36 28-30 (n= 21) 31-32 (n= 37) 33-34 (n= 39) 35-36 (n= 3) Primíparas y múltiparas	Moxibustión en V67 durante 40 min, bilateral 1 vez al día, 5-15 sesiones	Posición rodilla-pecho	GI 91,3% GC 71,4%	No	No se comenta
Yang et al. ⁴⁰ , 2007, China	n= 296 ECA	30-36 No se comenta	Moxibustión en V67, bilateral 30 min (15 min en cada lado), 2 veces al día, durante 7 días	Terapia rodilla-pecho 2 veces al día durante 15 min	GI 83,6% GC 50,3%	No	No se comenta

(Continúa)

Tabla 1. Características de los estudios (Continuación)

Autores, año, país	Muestra Tipo de estudio	Semanas de gestación Paridad	GI	GC	Resultados de la versión	VCE	Dónde y quién aplica el tratamiento
Neri et al. ⁴¹ , 2007, Italia	n= 41 ECA	35-36 Primíparas	(n= 15) Moxibustión en V67, 20 minutos, 2 semanas de duración (n= 14) Moxibustión en V67 + acupuntura en V67, duración 20 minutos 2 veces a la semana (n= 10) Acupuntura en V67, durante 20 min 2 veces a la semana	No control	Grupo Moxibustión 80%, Grupo Moxibustión y Acupuntura 57% Grupo Acupuntura 20%	No	Hospital Profesionales
Guittier et al. ⁴² , 2009, Suiza	n= 212 ECA	34-38 Primíparas y múltiparas	Moxibustión en V67, 10 min en cada lado, un máximo de 14 sesiones en 2 semanas, 3 veces a la semana y autoaplicación los días que no asisten al hospital	VCE	GI 18% GC 16%	VCE si persiste la presentación de nalgas a las 37 semanas	Hospital Profesionales y domicilio, previa información a la gestante
Do et al. ⁴³ , 2011, Australia	n= 20 ECA	34-36,5 Primíparas y múltiparas	Moxibustión en V67 bilateral, 20 min (10 min en cada lado), 2 veces al día, durante 10 días	Cuidado prenatal habitual	GI 50% GC 10%	Sí	Hospital Profesionales
Bue y Lauszus ³⁰ , 2016, Dinamarca	n= 200 ECA	33 Primíparas y múltiparas	Moxibustión en V67, 15-20 min, cada día durante 2 semanas	No tratamiento	GI 57,8% GC 60,2%	Sí	Domicilio Se enseña a las gestantes la autoaplicación

ECA: ensayo controlado aleatorizado; ECC: ensayo clínico controlado; GC: grupo control; GI: grupo de intervención; VCE: versión cefálica externa.
Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La revisión de la bibliografía nos ofrece una buena evidencia de la efectividad de la moxibustión en V67 en la versión del feto a una presentación cefálica. En la gran mayoría de los estudios se ha observado una mejora en la versión del feto en los grupos que aplicaron la técnica de moxibustión en V67 respecto al grupo control que no había aplicado la técnica^{31-33,36,37,39-41,43}.

La MTC en sus textos recomienda la realización de moxibustión en V67 cuando existe una presentación no cefálica del feto, y ésta es la técnica utilizada en la mayoría de los estudios.

En los estudios de Habek et al.³⁵ y Neri et al.⁴¹ se realizó acupuntura en V67, pero si bien en el primero se obtuvieron buenos resultados, en el segundo se puso de manifiesto que la moxibustión en V67 es más eficaz que la moxibustión combinada con acupuntura o la acupuntura sola.

Se aprecian diferencias en cuanto a la semana en que se inicia el tratamiento. Todos los estudios realizados en China coinciden en iniciarlo entre las semanas 28 y 30, bastante anterior a los estudios occidentales, en que suele iniciarse a las 32-35 semanas. Parece ser que

si el tratamiento se inicia antes de la semana 32 los resultados son más favorables a la versión del feto a una presentación cefálica.

También se debe tener en cuenta la paridad, aunque no todos los estudios especifican este factor. Cuatro de los estudios, realizados en países occidentales, sólo incluyen a mujeres primíparas^{29,34,35,41}; el resto incluye tanto a primíparas como a múltiparas. Es importante tener en cuenta la paridad para poder especificar mejor si existe un mayor número de éxito según esta variable.

En 4 estudios realizados en China^{31,32,36,38} no se especifica el tiempo de aplicación de la moxibustión en V67. En los estudios en que se especifica, este dato es muy variable, ya que oscila entre 10 y 40 minutos, lo que dificulta tener un criterio claro respecto al tiempo de aplicación, por lo que sería conveniente conocer si a todas las pacientes de un estudio se les ha aplicado el mismo tiempo.

La duración del tratamiento es importante. Lo habitual en China es que se atienda a las pacientes diariamente durante 1 o 2 semanas, aunque este dato no se especifica en todos los estudios. En los estudios occidentales también se realiza tratamiento 1 vez al día to-

dos los días durante 2 semanas, pero algunos^{35,41} lo aplican 1 vez al día 2 días a la semana, lo que puede deberse a que realizan acupuntura en V67.

En cuanto a los resultados, hay que destacar los estudios realizados en China, porque obtienen unos resultados estadísticamente superiores a los llevados a cabo en los países occidentales. El mejor resultado obtenido por Xiong³² en China es de un 96,7 frente al 53,3%, y de los estudios realizados en Europa las mejores cifras corresponden al de Neri et al.⁴¹, que obtuvieron un 80% de buenos resultados cuando realizaron moxibustión en V67.

Tan sólo en 2 estudios occidentales no se obtuvieron resultados positivos, lo que podría deberse a varias causas: Guittier et al.⁴² realizaron VCE en los 2 grupos de estudio, posible razón de que el porcentaje de versión en ambos sea casi igual; en cambio, en el estudio de Bue y Lauszus³⁰ se enseñó a las gestantes a realizar la moxibustión y no se llevó a cabo un seguimiento diario, lo que podría ser la causa de los resultados obtenidos.

En esta revisión, con el fin de evitar la posible confusión en cuanto a la heterogeneidad de los resultados obtenidos, se han excluido los estudios que realizaron falsa acupuntura o acupuntura simulada porque, según la teoría de la MTC, cualquier lugar donde se inserte o estimule un punto, aunque no sea de acupuntura, puede tener efecto terapéutico⁴⁴.

Los estudios realizados en China no especifican dónde ni quién aplica la técnica, lo que puede deberse a la aceptación general del tratamiento por parte de la población; sin embargo, en los estudios realizados en los países occidentales se especifica dónde y quién realiza el estudio. Cabe destacar que todos los estudios occidentales se realizaron en hospitales por parte de profesionales; sólo en uno³⁰ se enseñó a las gestantes la autoaplicación en el domicilio, en el que se obtuvo un porcentaje inferior de éxito en el tratamiento.

CONCLUSIONES

En la actualidad, el uso de la moxibustión para la versión cefálica de una presentación no cefálica es un procedimiento de interés tanto para los profesionales sanitarios como para las gestantes, porque es una técnica efectiva y segura.

En la literatura consultada se especifica que la acupuntura y la moxibustión para la versión de feto en presentación no cefálica deben realizarse en el punto V67.

De cara a futuras investigaciones sería conveniente recomendar el inicio del tratamiento en la semana 32, así como recoger y evaluar la paridad, estudiando los resultados por separado de las mujeres primíparas y las mul-

típaras. También se puede recomendar medir y registrar el tiempo de aplicación de la moxibustión en V67 en cada gestante y en cada pie, con el fin de unificar criterios. Es importante insistir en que se debe asegurar si la gestante realiza además autoaplicación de la moxa en su domicilio, en cuyo caso se debería registrar el número de días que se aplica el tratamiento.

Hasta que se establezca un protocolo claro para la administración de la moxibustión en forma de guías de práctica clínica, las pautas para su uso deberán extraerse de la literatura disponible. Por ello, a partir de esta revisión de la bibliografía pueden proponerse posibles estrategias de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vas J, Aranda JM, Barón M, Perea-Milla E, Méndez C, Ramírez C, et al. Correcting non cephalic presentation with moxibustion: study protocol for a multi-centre randomised controlled trial in general practice. *BMC Complement Altern Med*. 2008; 8: 22 [citado el 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2412837&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
2. 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>
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 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>
4. 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>
5. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. 2015 [citado el 1 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=42E001D1E3A6EF466AB76D2B091FEEA6?sequence=1
6. Robson M. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev*. 2001; 12(1): 23-39.
7. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel 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>
8. Ortiz Quintana L. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Cesárea y tocurgia en la obstetricia actual. *Prog Obstet Ginecol*. 2017; 60(5): 411-3.
9. 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>
10. 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>
11. 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%3Dihub>

12. Muñoz-Sellés E, Goberna-Tricas J. Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto. *Matronas Prof.* 2012; 2(13): 50-4.
13. Hall HG, Griffiths DL, McKenna LG. The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. *Midwifery.* 2011; 27(6): 817-24 [citado el 7 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21247674>
14. Münstedt K, Schröter C, Brüggmann D, Tinneberg HR, Von Georgi R. Use of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany. *Forsch Komplementmed.* 2009; 16(2): 111-6 [citado el 31 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19420957>
15. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2007; 1-31 [citado el 9 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F20%2F09.Protocolo_asistencia_natural_parto_normal_Catalunya.pdf
16. WHO. Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials. 2003. Disponible en: http://www.chiro.org/acupuncture/FULL/Acupuncture_WHO_2003.pdf
17. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD003928. [citado el 6 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003928.pub3>
18. Schlaeger JM, Stoffel CL, Bussell JL, Cai HY, Takayama M, Yajima H, et al. Moxibustion for cephalic version of breech presentation. *J Midwifery Womens Health.* 2018; 63(3): 309-22 [citado el 10 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29775226>
19. Jinglun H. Acupuncture and moxibustion therapy in gynecology and obstetrics. En: Shuzhen G, ed. Beijing Science and Technology Press, 1995.
20. Gongwang L. Clinical acupuncture & moxibustion. Tokyo: Tianjin Science & Technology Translation. Huaxia Publishing House, 1996; 545.
21. Isidro Albaladejo M, Parellada Esquius N, Regueiro Trabado C, Sas Sabaté G, Urbano Marmol 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.* 2017; 18(1): 27-33. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-eficacia-moxibustion.pdf>
22. Van Den Berg I, L Bosch J, Jacobs B, Bouman I, J Duvetkot JJ, Hunink MG. Effectiveness of acupuncture-type interventions versus expectant management to correct breech presentation: a systematic review. *Complement Ther Med.* 2008;16(2): 92-100.
23. Vas J, Aranda JM, Nishishinya B, Méndez C, Martín MA, Pons J, et al. Correction of nonvertex presentation with moxibustion: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 201(3): 241-59 [citado el 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19733275>
24. Li X, Hu J, Wang X, Zhang H, Liu J. Moxibustion and other acupuncture point stimulation methods to treat breech presentation: a systematic review of clinical trials. *Chin Med.* 2009; 4: 4 [citado el 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19245719>
25. Zhang Q, Yue J, Liu M, Sun ZR, Sun Q, Han C, et al. Moxibustion for the correction of nonvertex presentation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Altern Med.* 2013; 2013: 241027. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3789399/>
26. Coyle ME, Smith C, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; 18(2): CD003928 [citado el 4 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846688>
27. Shea BJ, Bouter LM, Peterson J, Boers M, Andersson N, Ortiz Z, et al. External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). *PLoS One.* 2007; 2(12): e1350 [citado el 6 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0001350&type=printable>
28. Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol.* 2009; 62(10): 1.013-20.
29. Cardini F, Lombardo P, Regalia AL, Regaldo G, Zanini A, Negri MG, et al. A randomized controlled trial of moxibustion for breech presentation. *BJOG.* 2005; 112(6): 743-7 [citado el 29 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-20744435315&partnerID=tZOtx3y1>
30. Bue L, Lauszus FF. Moxibustion did not have an effect in a randomized clinical trial for version of breech position. *Dan Med J.* 2016; 63(2): 6. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84956713143&partnerID=tZOtx3y1>
31. Huang W. Comparison study on moxibustion and knee-chest position for conversion of fetal presentation. *Zhongguo Zhongxiyi Jiehe Zazhi.* 1990; 10: 105-6.
32. Xiong CH. Comparative observation on moxibustion on Zhi-yin with knee-chest position for abnormal fetal position in 30 cases. 1991; 6: 23-4.
33. Cardini F, Marcolongo A. Moxibustion for correction of breech presentation: a clinical study with retrospective control. *Am J Chin Med.* 1993; 21(2): 133-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8237890>
34. Cardini F, Weixin H. Moxibustion for correction of breech presentation. A randomized controlled trial. *JAMA.* 1998; 280(18): 1.580-4 [citado el 25 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9820259>
35. Habek D, Erkez Habek JČ, Jaguš M. Acupuncture conversion of fetal breech presentation. *Fetal Diagn Ther.* 2003; 18(6): 418-21 [citado el 4 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14564112>
36. Liang J, Chen S, Li Y. Comparative analysis of moxibustion at Zhiyin acupoint and knee-chest posture in correcting breech presentation. *Report of 320 cases.* 2004; 17: 11-2.
37. Neri I, Airola G, Contu G, Allais G, Facchinetti F, Benedetto C. Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004; 15(4): 247-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15280133>
38. Peng SM. Comparison of several methods for conversion of breech presentation. 2006; 4: 30.
39. Chen Y. Moxibustion on zhiyin acupoint for treatment of 80 cases with fetal malposition. *Shaanxi Zhong Yi.* 2007; 28: 334-5.
40. Yang YK, Mao M, Huetal YP. Effect of moxibustion at zhiyin (BL67) to correct the fetus malposition: multi-center randomized controlled clinical study. *J Tradit Chinese Med.* 2007; 48(12): 1.097-110.
41. Neri I, De Pace V, Venturini P, Facchinetti F. Effects of three different stimulations (acupuncture, moxibustion, acupuncture plus moxibustion) of BL.67 acupoint at small toe on fetal behavior of breech presentation. *Am J Chin Med.* 2007; 35(1): 27-33 [citado el 4 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17265548>
42. Guittier MJ, Pichon M, Dong H, Irion O, Boulvain M. Moxibustion for breech version. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(5): 1.034-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20168104>
43. Do CK, Smith CA, Dahlen H, Bisits A, Schmied V. Moxibustion for cephalic version: a feasibility randomised controlled trial. *BMC Complement Altern Med.* 2011; 11: 81 [citado el 4 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3192686&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
44. Zhang SJ. Origin and development of Ashi point locating method. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2013; 33(2): 165-7 [citado el 18 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23620951>