

Técnica de Moxibustión en la gestante con feto de nalgas

Mónica Balbina López Córdoba*, María Irma Sánchez Casal*, María José Mata Saborido*

**Matrona. Servicio Andaluz de Salud.*

Resumen

Introducción: En la presentación no cefálica en nuestro medio, la cesárea es la técnica utilizada para resolverlo. Debido a los riesgos, tanto de la cesárea como del parto, se han propuesto diferentes alternativas para promover la versión del feto, como son la versión cefálica externa (VCE), técnicas posturales y una en particular, desarrollada en este artículo, llamada moxibustión, que proviene de la Medicina Tradicional China. **Metodología:** Revisión bibliográfica de la técnica de moxibustión en la base de datos Pubmed, Cuiden y Medline de artículos relevantes entre 2009 y 2016. **Conclusiones:** A partir de la búsqueda de los estudios, hay evidencia que es una técnica sencilla, de bajo coste y puede ser autoadministrada por la mujer. No interfiere en la versión espontánea del feto y puede ser aplicada con los tratamientos actuales que ya se utilizan. Por tanto, se puede considerar como una alternativa más para disminuir el porcentaje de cesáreas que se realizan por causa de la presentación de nalgas.

Palabras clave: Moxibustión, presentación podálica, versión cefálica, embarazo.

Introducción

La presentación no cefálica tiene una incidencia del 20% a las 28 semanas de gestación, aunque la versión espontánea ocurre con frecuencia¹, por lo que el porcentaje total de presentaciones podálicas en gestaciones a término, oscila entre el 2,3 y el 4,5%, lo que significa una presentación de nalgas cada 30 partos. Se han considerado diversos factores maternos, fetales y ovulares que influyen en que el feto adopte esta modalidad de presentación en la situación longitudinal en la que el polo caudal del mismo se encuentra en contacto directo con el estrecho superior de la pelvis materna.

Ante este tipo de parto, la cesárea es la técnica utilizada con más frecuencia en los casos de presentación no cefálica². En los últimos estudios, la cesárea comparada con el parto vaginal programado, reduce la muerte perinatal o neonatal o la morbilidad neonatal grave, no obstante, la cesárea es una intervención de riesgo y origina un aumento de la morbilidad materna³.

Debido a los riesgos asociados, tanto en el parto de nalgas como en la cesárea, se han propuesto varios tipos de maniobras para promover la versión del feto. De estas, el método más comúnmente adoptado es la versión cefálica externa (VCE), que es un procedimiento obstétrico, que transforma una situación o presentación fetal desfavorable en otra más ventajosa, por medio de maniobras externas o internas denominándose versión

externa o interna, que reduce la probabilidad de nacimientos en presentaciones no cefálicas⁴. La efectividad de esta maniobra, es de alrededor 30-75% y las complicaciones graves son bajas, pero sin reducción de las cesáreas⁵.

También se han recomendado métodos basados en la postura materna, es decir, cambiar la presentación del feto sólo con cambios posturales de la gestante⁶. Este método consiste en que la paciente asuma durante 7 días seguidos, a partir de las semanas 35-36, la posición de cuclillas durante 15 min, cada 2-3h y siempre con la vejiga urinaria llena. Hofmeyr comprobó, en cinco ensayos clínicos controlados, que el cambio a presentación cefálica no es significativo y la proporción de fetos en presentación cefálica al final de la gestación era semejante en el grupo de gestantes que habían realizado el ejercicio que en el grupo control³.

Los factores que parecen contribuir a la versión espontánea del feto, son el cambio de forma del útero a lo largo de la gestación, que pasa de una configuración esférica a otra piriforme cercano al final de la gestación, además de la disminución del líquido amniótico y los movimientos activos del feto. Por esta causa el desarrollo vertical del feto predomina sobre el transversal manteniendo la posición que ha adoptado.

Si se consideran todos los posibles resultados y peligros de tener un feto en posición de nalgas es lógico que muchas mujeres acudan

a otro tipo de terapias alternativas como acupuntura/moxibustión y busquen ayuda en lugar de someterse a una cesárea^{7,8}.

La Medicina Tradicional China es una ciencia milenaria, que contempla la utilización de acupuntura y moxibustión para rotar las presentaciones anómalas y favorecer un parto vaginal céfalo. En la China, se ha practicado la moxibustión desde antaño, una de las primeras referencias sobre la moxibustión como técnica para rotar el feto a una posición céfalica proviene de la dinastía Song 1279-960 a.C. Esta terapia utiliza la aplicación de calor mediante la combustión de *Artemisia vulgaris*, una hierba descubierta en Japón conocida vulgarmente como moxa (de ahí deriva el término utilizado), de acuerdo a la teoría de los meridianos y de las vísceras. Entre otros efectos, se cree que contribuye a corregir la presentación no céfalica del feto cuando se aplica a un punto específico de acupuntura 67 V (*Zhiyin*) localizado en el ángulo ungueal lateral del quinto dedo del pie^{9,10}. Un reciente meta-análisis destacó la efectividad de esta técnica¹¹.

Los posibles mecanismos de acción atribuidos a la moxibustión incluyen la estimulación de la producción de estrógenos placentarios, las alteraciones en los niveles de prostaglandina, y la promoción de la contractilidad uterina, lo que conduce a la probabilidad de presentación de vértice del feto. A un nivel funcional, al estimular los puntos por moxibustión, los impulsos provocados por las terminaciones nerviosas de la piel causan la dilatación de los capilares, incrementándose la circulación en todo el cuerpo en general y sobre las áreas asociadas al punto que se trata.

Los estudios actuales evidencian el efecto beneficioso de la moxibustión fetal para corregir la presentación fetal no céfalica, pero no consiguen explicar totalmente el mecanismo de acción de esta técnica.

Se han propuesto varias teorías:

- Que la moxibustión puede estimular la producción de estrógenos placentarios y prostaglandinas maternas, promoviendo la contracción uterina y la actividad fetal.
- Que la moxibustión causa un incremento en la producción de cortisol de la placenta, llevando a incrementar los movimientos fetales y la contractilidad uterina.
- Que la moxibustión provoca la estimulación de las glándulas adrenales fetales a través de la respuesta de la vía adrenocortical por el torrente sanguíneo materno. Esto hace que el feto incremente

sus movimientos en los 7 minutos siguientes al comienzo del tratamiento¹².

- En países de nuestro entorno, como Reino Unido y Alemania, es una técnica terapéutica integrada en el sistema sanitario nacional^{13,14}.

Al respecto de este tema hay algunas revisiones anteriores que han concluido que hay indicios de que la moxibustión puede ser una técnica efectiva pero no han podido confirmarla por la escasez de estudios y principalmente por la gran heterogeneidad entre los protocolos utilizados en cada estudio^{11,15}. El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia actual de la efectividad de la técnica, seguridad. Como objetivo secundario se pretende analizar los protocolos utilizados por cada estudio revisado.

Material y métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las base de datos Pubmed, CUIDEN y SCIELO. Se han utilizado los descriptores "moxibustión" y "Presentación de nalgas" y sus equivalentes en idioma inglés, "Moxibustion" y "Breechpresentation".

La ecuación de búsqueda que se ha utilizado ha sido la siguiente: "moxibustion" AND ("breech" AND "presentation" OR "breechpresentation").

Se han filtrado incluyendo solamente resultados de los últimos 7 años (2009 a 2016), obteniendo 22 estudios y 4 revisiones sistemáticas. Se utilizan las revisiones sistemáticas para añadir trabajos realizados en cualquier fecha con calidad comprobada, se obtienen de esta forma 19 estudios más obteniendo un total de 41 estudios candidatos. Se utiliza como criterio de inclusión tratarse de ensayos clínicos aleatorizados. Se aceptan solo trabajos escritos en inglés, francés, portugués y español o que dispongan de una versión traducida en alguno de esos idiomas. Se excluyen 5 por no tratar de moxibustión, 18 por no tratarse de ensayos clínicos aleatorizados y 4 en idioma chino por no encontrarse ninguna versión traducida.

Después de aplicados los criterios anteriores se queda con un total de 14 ensayos clínicos de los cuales se han extraído datos sobre el diseño del estudio, las características de los participantes, las intervenciones realizadas y resultado clínico (presentación céfalica al nacer) utilizando un formulario generado previamente basado en los objetivos del estudio.

La búsqueda y extracción de datos se ha realizado de forma independiente por dos de las autoras llegando a resultados similares, resolviendo las diferencias a través de consenso.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los estudios analizados según su autoría y año de publicación, con las principales características de la muestra y los detalles de la intervención.

Tabla 1. Características de los estudios.

AUTORES	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	DETALLES DE INTERVENCIÓN
CARDINI AND WEIXIN 1998	n:260 EG:33 SEM PRIMIPARA	GE(n=130): moxibustión en BL67 bilateral, 1/2 veces x día, 30 min x sesión, 1 semana, administrado en casa. GC(n=130): tratamiento convencional.
LIN ET AL 2002	N:122 EG:30-37 SEM PRIMIPARA/ MULTIPARA	GE(n=63): moxibustión en BL67 bilateral 2 veces día por 30min, más técnica postural duración máx. 30min. GC(n=59): solo técnica postural.
CHEN 2004	N:142 EG:30-34 SEM	GE(n=73): moxibustión en BL67 bilateral más técnica postural 1 vez día ,20 min duración máx. 4 días. GC(n=69): solo técnica postural.
NERI 2004	N:226 EG:33-35 SEM PRIMIPARAS/ MULTIPARAS	GE(n=112): moxibustión en BL67 bilateral, más acupuntura, 2 veces día por 20min, duración máx. 14 días. GC(n=114): tratamiento convencional.
CARDINI ET AL 2005	n:122 EG:32-33+3 SEM PRIMIPARA	GE(n=65): moxibustión en BL67 bilateral, 2 veces x día, 30 min x sesión, 1/2 semana(s), administrado en casa. GC(n=57): tratamiento convencional.
YANG ET AL 2006	N:206 EG:28-34 SEM PRIMIPARAS	GE(n=103): moxibustión en BL67 bilateral, más acupuntura, 2 veces día por 20min, duración máx. 14 días, más técnica postural dos veces al día durante 15-20min, duración máx. 7 días. GC(n=103): solo técnica postural.
CHEN ET AL 2007	N:150 EG:28-36 SEM PRIMIPARA/ MULTIPARA	GE(n=80) ¹ : moxibustión más técnica postural en BL67 bilateral, 1 vez x día durante 20 min en cada punto duración máx. 5 -15 sesiones. GC(n=70) ¹ : solo técnica postural 1 vez al día duración máx. 5 a 15 sesiones, 10
NERI2007	N:39 EG:33-36 SEM PRIMIPARAS	GE(n=15): moxibustión en BL67 bilateral, más acupuntura, 2 veces día por 20min, duración máx. 14 días. GC1(n=14): moxibustión más acupuntura dos veces a la semana durante 20 min duración máx. 7 días. GC2(n=10): acupuntura.
GUITTIER ET AL 2009	N:212 EG:34-36 SEM	GE(n=106): moxibustión en BL67 bilateral, 1 vez día durante 20min, duración máx. 14 días. GC(n=106): tratamiento convencional.
MILLEREAU 2009	N:68 EG:34 SEM	GE(n=33): moxibustión en BL67 bilateral, 1 vez día durante 20min, duración máx. 7 días. GC(n=35): tratamiento convencional
DO ET AL 2011	N:20 EG:34-36,5 SEM	GE(n=10): Moxibustión en BL7 bilateral, 2 veces día durante 20 min, duración máx. 10 días. GC(n=10): tratamiento convencional.
VAS ET AL 2013	N:406 EG:33-35 SEM PRIMIPARAS/ MULTIPARAS	GE(n=136): moxibustión en BL67 bilateral, 1 vez al día durante 20 min, duración máx. 14 días. GC1(n=136): moxibustión falsa, 1 vez al día durante 20 min, duración máx. 14 días. GC2(n=134): tratamiento convencional.
BUE ET AL 2016	N:200 EG:33 SEM PRIMIPARA/ MULTIPARA	GE(n=92): moxibustión falsa, 1 vez al día durante 20 min, duración máx. 14 días. GC(n=98): tratamiento convencional.
COULON 2016	N:328 EG: 33-35 SEM PRIMIPARA/ MULTIPARA	GE(n=164): moxibustión en BL67 bilateral más acupuntura, 1 vez día durante 20 min, duración máx. 6 sesiones. GC(n=164): placebo (laser inactivado en el punto BL67).

Leyenda: PCT=Presentación cefálica a término; ECA=Ensayo clínico aleatorizado; EG=Edad gestacional; GE=Grupo experimental; GC=Grupo de control ¹. Se realiza moxibustión en ambos grupos en los casos en que se ha revertido la presentación cefálica.

En todos los ensayos clínicos, fueron excluidas las mujeres con gestaciones gemelares, riesgo de parto prematuro, placenta previa, historia de hemorragia preparto, enfermedades renales o cardíacas, enfermedad hipertensiva, restricción del crecimiento intrauterino, cirugía uterina previa y contraindicaciones para el parto vaginal.

En todos los estudios, las participantes relatan los efectos adversos y los síntomas durante la aplicación de la técnica.

En cinco de los estudios aplicaron la técnica a partir de la semana 33 de gestación^{16,17,18,19,20}. Tres a partir de la semana 34^{21,22,23}. Los restantes empiezan la aplicación de la técnica en la semana 28^{24,25}, 30^{26,27} y 32^{28,29} de gestación.

En la relación a la paridad, en cuatro^{17,24,28,29} de los estudios solo incluyeron mujeres primíparas, en seis^{16,18,19,20,25,26} incluyen

primíparas y múltiparas estudiando los resultados por separado. En los demás estudios no hacen referencia sobre esta característica^{21,22,23,27}.

Al respecto del diseño, en siete estudios^{18,21,22,23,28,29}, aplicaron la moxibustión en el grupo experimental y en el grupo de control se han aplicado los tratamientos convencionales. En uno de estos estudios se añade un grupo de control adicional en que se aplica una moxibustión "falsa" en un punto no específico¹⁸. Los otros siete estudios^{16,17,20,24,25,26,27} presentan modelos de intervención con varias combinaciones distintas utilizando acupuntura y técnicas posturales.

En su mayoría la técnica de moxibustión se ha aplicado 1 a 2 veces al día durante 20 minutos entre 7 y 14 días de duración del tratamiento.

Tabla 2. Resultados por estudio:

AUTORES	INTERVENCIÓN	% PCT	Resultados
CARDINI AND WEIXIN 1998	GE(n=130): moxibustión	75,4%	
	GC(n=130): sin tratamiento	62,3%	RR, 1.21; 95% CI, 1.02-1.43
LIN ET AL 2002	GE(n=63): moxibustión + técnica postural	92,1%	
	GC(n=59): solo técnica postural	52,5%	RR, 1.75; 95% CI, 1.36-2.26
CHEN 2004	GE(n=73): moxibustión + técnica postural	91,8%	
	GC(n=69): solo técnica postural	52,2%	RR, 1.76; 95% CI, 1.39-2,23
NERI 2004	GE(n=112): moxibustión + acupuntura	54,5%	
	GC(n=114): sin tratamiento	37,7%	RR, 1.44; 95% CI, 1.08-1.93
CARDINI ET AL 2005	GE(n=65): moxibustión	52,3%	
	GC(n=57): sin tratamiento	50,9%	RR, 1.03; 95% CI, 0.73- 1.45)
YANG ET AL 2006	GE(n=103): moxibustión + acupuntura + técnica postural	87,4%	
	GC(n=103): solo técnica postural	74,8%	RR, 1.17; 95% CI, 1.02-1.33
CHEN ET AL 2007	GE(n=80) ² : moxibustión + técnica postural	91,3%	
	GC(n=70) ² : solo técnica postural	71,4%	RR, 1.28; 95% CI, 1.09-1.50
NERI2007	GE(n=15): moxibustión + acupuntura diaria	80,0%	
	GC1(n=14): moxibustión + acupuntura semanal	57,1%	RR, 1.40; 95% CI, 0.83-2.35
	GC2(n=10): solo acupuntura	20,0%	RR, 4.00; 95% CI, 1.13-14.17
GUITTIER ET AL 2009	GE(n=106): moxibustión	37,7%	
	GC(n=106): sin tratamiento	40,6%	RR, 0,93; 95% CI, 0.66-1,30
MILLEREAU 2009	GE(n=33): moxibustión	51,5%	
	GC(n=35): sin tratamiento	54,3%	RR, 1.06; 95% CI, 0.64-1.76
DO ET AL 2011	GE(n=10): moxibustión	50,0%	
	GC(n=10): sin tratamiento	10,0%	RR, 5.0; 95% CI, 0.7-35.5
VAS ET AL 2013	GE(n=136): moxibustión	58,1%	
	GC1(n=136): moxibustión falsa	44,8%	RR, 1.30; 95% CI, 1,02-1.64
	GC2(n=134): sin tratamiento	43,4%	RR, 1.34; 95% CI, 1.05-1.71
BUE ET AL 2016	GE(n=92): moxibustión	57,8%	
	GC(n=98): sin tratamiento	60,2%	RR, 0,96; 95% CI, 0,76-1,21
COULON 2016	GE(n=164): moxibustión + acupuntura	56,0%	
	GC(n=164): placebo (laser inactivado en el punto BL67)	54,3%	RR, 1.04; 95% CI, 0.86-1.27

Legenda: PCT=Presentación cefálica a término incluyendo VCE (Versión cefálica externa); GE=Grupo experimental; GC=Grupo de control¹. Se realiza moxibustión en ambos grupos en los casos en que se ha revertido la presentación cefálica.

En la tabla 2 se presenta un resumen de los resultados de cada estudio relativamente a la presentación cefálica a término incluyendo la aplicación de la VCE. Cuando se comparan los grupos en que se aplica moxibustión con los que no se aplica ningún tratamiento o solo técnica postural, se identifican diez estudios favorables a la moxibustión^{16,18,20,23,24,25,26,27,28,29} y dos desfavorables^{19,21}. Los otros dos no tienen potencia suficiente para resultados estadísticamente significativos por muestra pequeña^{17,22}.

Discusión

Al realizar la revisión bibliográfica de la evidencia científica, se encontraron varios estudios que confirman estadísticamente la efectividad de la moxibustión en la versión fetal. En la gran mayoría de los estudios se ha detectado una mejora en la versión del feto en los grupos que aplicaron la técnica de moxibustión en relación al grupo de control que no había aplicado la técnica. En particular un reciente y novedoso estudio multicéntrico de Vas et al¹⁸ en el que se analizan 3 grupos: el primero con aplicación de moxibustión en el punto 67V, el segundo con aplicación de moxibustión en un punto de acupuntura no específico 1B (moxibustión falsa) y un tercer grupo utilizando los tratamientos habituales, obteniendo una versión fetal del 30% superior cuando se compara el primer grupo con los otros dos.

A nivel de efectividad, estos resultados son coherentes con varias revisiones anteriores. Entre el grupo con la técnica falsa y los tratamientos habituales se han obtenido resultados similares, lo que demuestra el efecto específico de la moxibustión aplicada en el punto 67 V. En términos de seguridad, se añaden más pruebas a favor de la moxibustión como una técnica segura¹⁸.

En general en los estudios revisados la calidad metodológica es moderada, en algunos casos la muestra pequeña, con aplicaciones de tratamientos muy distintas y la información proporcionada limitada. Lagran heterogeneidad de modelos y técnicas de intervención se presenta como la mayor dificultad a la hora de interpretar los resultados combinados que se debe realizar con gran precaución.

Conclusión

Desde hace unos años se han empezado a mirar con otros ojos las terapias alternativas que llegan desde la milenaria Medicina Tradicional China. Varios estudios en áreas distintas de la medicina, han podido comprobar los beneficios y efectividad de muchas de esas técnicas.

En el caso particular de este trabajo, la moxibustión cuando es aplicada en el punto 67V, parece ser efectiva en los casos de presentación podálica para la versión fetal. Aunque todavía existe alguna controversia en el tema sobre su efectividad los estudios consideren la técnica como segura y sin importantes efectos secundarios. Los estudios más recientes que contradicen la efectividad de la moxibustión han adoptado protocolos distintos que pueden ser el motivo de sus resultados contradictorios. Para estudios futuros, se debería adoptar un protocolo estándar para llegar a resultados más fiables y comparables. Deberían incluir datos sobre edad gestacional, paridad, uso de oxitocina, número de cesáreas, uso de VCE, efectos adversos y seguridad.

A un nivel de costes, se trata de un tratamiento de bajo coste que también produce un importante ahorro por la posibilidad de disminución de cesáreas³⁰. Así mismo, es un tratamiento con buena aceptación por parte de las mujeres, que creen en su eficacia gracias en particular por tratarse de una técnica poco intervencionista, y entendida como más natural proporcionando una mejor experiencia en su asistencia^{31,32}.

Teniendo en cuenta el bajo coste, seguridad de la técnica, buena aceptación y de que en algunos países ya se aplica dentro de su sistema de salud^{13,14}, se podría considerar la aplicación de la moxibustión de forma sistemática como un tratamiento más de la asistencia en el embarazo. Aunque no podemos estar seguros de su efectividad podría contribuir a la reducción de cesáreas y por consiguiente disminuir la morbilidad materna vinculada a la cesárea. Además, no reduce la posibilidad de recurrir a otros métodos como la VCE o técnicas posturales.

Bibliografía

1. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low risk planned caesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007; 176:455-60.
2. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 194:1002-11.
3. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; 3:CD000166.
4. Hutton EK, Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 1:CD000084.
5. Hutton EK, Hannah ME, Ross SJ, Delisle MF, Carson GD, Windrim R, et al. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. *BJOG*. 2011; 118:564-77.
6. Founds SA. Maternal posture for cephalic version of breech presentation: a review of the evidence. *Birth*. 2005; 32:137-44.
7. Adams J, Lui CW, Sibbritt D, et al. Women's use of complementary and alternative medicine during pregnancy: a critical review of the literature. *Birth*. 2009; 36:237-45.
8. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Midwives' support for complementary and alternative medicine: A literature review. *Women and Birth*. 2011. in press. PubMed.
9. Liu GW. *Clinical Acupuncture & Moxibustion*. Tianjin; Tianjin Science & Technology Translation & Publishing Corp.; 1996.
10. Hou JL. *Acupuncture and Moxibustion Therapy in Gynecology and Obstetrics*. Beijing; Beijing Science and Technology Press; 1995.
11. Vas J, Aranda JM, Nishishinya B, Mendez C, Martin MA, Pons J, et al. Correction of nonvertex presentation with moxibustion: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 201:241-59.
12. Yin Lo, PhD ¿Cómo funciona la Moxibustión científicamente?. *Acupuncture Today*. February 2005; Vol 06, (2).
13. Williams J, Mitchell M. Midwifery manager's views about the use of complementary therapies in the maternity services. *Complement Ther Clin Pract*. 2007; 13:129-35.
14. Münstedt K, Brenken A, Kalder M. Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: a questionnaire study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio*. 2009; 146:50-4.
15. Versión cefálica externa con moxibustión para la presentación cefálica (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. Disponible en <http://www.update-software.com/PDF-ES/CD003928.pdf>
16. Neri I, Airola G, Contu G, Allais G, Facchinetti F, Benedetto C. Acupuncture plus moxibustión to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004; 15:247-52.
17. 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; 35:27-33.
18. Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, et al. Moxibustión en atención primaria para corregir la presentación no cefálica: estudio multicéntrico controlado y aleatorizado. *Rev Int Acupuntura*. 2014; 8(2):41-49.
19. Bue L, Lauszus FF. Moxibustion did not have an effect in a randomised clinical trial for version of breech position. *Dan Med J*. 2016 Feb; 63(2).
20. Coulon C, Poleszczuk M, Paty-Montaigne MH, Gascard C, Gay C, Houfflin-Debarge V, Subtil D. Version of breech fetuses by moxibustion with acupuncture: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014 Jul; 124(1):32-9.
21. Guittier MJ, Pichon M, Dong H, Irion O, Boulvain M. Moxibustion for breech version: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2009 Nov; 114(5):1034-40.
22. 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).
23. Millereau M, Branger B, Darcel F. Fetal version by acupuncture (moxibustion) versus control group. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2009 Oct; 38(6):481-7.
24. Yang FQ. The comparison of knee chest position coordinated with moxibustion on Zhiyin with knee chest position alone for correcting breech presentation. *Sichuan Zhong Yi* 2006; 24:106-7.
25. Chen Y. Moxibustion on zhiyin acupoint for treatment of 80 cases with fetal malposition. *Shaanxi Zhong Yi* 2007; 28:334-5.
26. Lin YP, Zhang DQ, Hao YQ, Duan XW. Combination of moxibustion at point Zhiyin and knee-chest position for correction of breech presentation in 63 cases. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2002; 22:811-2.
27. Chen YH, Zhang LC. B-ultrasonographic study on 152 patients with correction of fetal malposition by acupuncture and moxibustión. *Shanghai Zhen Jiu Za Zhi* 2004; 23:9.
28. Cardini F, Weixin H. Moxibustion for correction of breech presentation: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280:1580-4.
29. Cardini F, Lombardo P, Regalia AL, et al. A randomised controlled trial of moxibustion for breech presentation. *BJOG* 2005; 112:743-7.
30. Cost effectiveness of using moxibustion to correct non-vertex presentation. García-Mochón L, Martín JJ, Aranda-Regules JM, Rivas-Ruiz F, Vas J. *Acupunct Med*. 2015 Apr; 33(2):136-41.
31. 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*. December 2009; 25:6 774-780.
32. Mitchell, M., Allen, K. An exploratory study of women's experiences and stakeholders views of moxibustion for cephalic version in breech presentation. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. November 2008; 14:4 264-272.