

Evaluación de la técnica versión cefálica externa como alternativa a la cesárea en la presentación podálica

Evaluation of the technique external cephalic version as an alternative to the caesarean section in the presentation breech

Autoras: Nerea Otero España.
Dirección de contacto: noemonchi@gmail.com
Fecha recepción: 28/04/2016
Aceptado para su publicación: 30/06/2016
Fecha de la versión definitiva: 21/11/2016

Resumen

La presentación podálica representa el 3-5% de todos los embarazos llevados a término, siendo una indicación habitual de parto mediante cesárea. La versión externa se conoce en nuestro medio desde tiempo de Hipócrates, sin embargo, pese a la importante opción que representa en el descenso de la tasa de cesáreas solo un número reducido de centros sanitarios la practican de forma sistemática, debido al desconocimiento y a la carencia de obstetras experimentados. El objetivo de este estudio es el de evaluar la efectividad de la versión cefálica externa en las presentaciones podálicas, pretendiendo ser un punto de partida para la instauración y/o actualización de un protocolo estandarizado de la técnica en toda la red sanitaria, convirtiéndola en una interesante opción para las gestantes evitando así la cirugía, siendo realizada por un equipo obstétrico/ginecológico experimentado. **Metodología:** se trata de un ensayo clínico abierto, sin aleatorización y ciego y con asignación por grupos, un grupo A recibirá la intervención a estudio y el grupo B recibirá la intervención de rutina, valorando posteriormente los resultados obtenidos. El estudio será desarrollado en el Hospital Universitario Central de Asturias (España).

Palabras clave

Versión cefálica externa; Presentación de nalgas; Cesárea; Tocolíticos; Versión fetal.

Abstract

Breech presentation represents 3-5% of all pregnancies carried to term, being a common indication of caesarean section. The external version is known in our environment since time of Hippocrates, however, despite the important option that represents the decline in the rate of caesarean sections, only a limited number of health centers practice in a systematic way, due to ignorance and lack of obstetricians experienced. The objective of this study is to evaluate the effectiveness of the version cephalic external in breech presentations, pretending to be a starting point for the establishment and / or updating of a standardized technique throughout the health network protocol, making it one interesting option for pregnant avoiding surgery being performed by an experienced obstetrical / gynecological equipment. **Methodology:** This is an open clinical trial, without randomization and blind, allocation groups, a group to receive the intervention study and group B receive routine intervention, then evaluating the results. The study will be developed in the University Central de Asturias (Spain) Hospital.

Key words

External cephalic version; Breech presentation; Caesarean; Tocolytics; Fetal version.

Categoría profesional y lugar de trabajo

Enfermera. Hospital Universitario Central De Asturias.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Durante las primeras semanas de gestación el feto no adopta una presentación fija, moviéndose libremente por el útero materno, sobre todo si hay abundancia de líquido amniótico, siendo la presentación podálica bastante habitual. A partir de este instante y debido al cambio de forma del útero, el feto realiza una versión espontánea a cefálica, preparándose para la llegada del parto. Otros, sin embargo no llegan a darse la vuelta nunca y llegan al momento del parto en posición podálica o de nalgas.

Se estima que la frecuencia de presentación podálica supone alrededor del 3-5% de todas las gestaciones a término (<37 semanas), lo cual se asocia a un mayor riesgo de morbilidad perinatal (1).

La versión cefálica externa (VCE) es una técnica conocida desde tiempos de Hipócrates (460-377 a. de C.). Ya en textos de Aristóteles se describen las recomendaciones de los médicos a las comadronas para su realización (2).

Durante la historia reciente la práctica de esta técnica ha fluctuado a lo largo de los años, siendo utilizada prácticamente hasta la mitad del S.XX, entrando en claro desuso a partir de 1970, situando la práctica de una cesárea electiva como método más efectivo y seguro, debido a la falta de un control ecográfico y monitorización antenatal (3,4).

Es en el año 2000 a partir de la publicación en la prestigiosa revista *The Lancet* del estudio multi-

céntrico de Hannah y colaboradores, conocido con el "Term Breech Trial", en el que se concluye que la cesárea es el método de elección frente a una presentación podálica, llegando a ser tal el impacto de este estudio, que en muchos centros llega a realizarse cesáreas en el 100% de los casos (5).

En la actualidad esta técnica se recoge en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (6), pese a ello son pocos los centros sanitarios en los cuales dicha técnica se lleva a cabo, ya que son muchos aún los profesionales obstétricos que adoptan las directrices del estudio TBT y practican la cesárea de forma sistemática (6,9,10), seguido de un parto podálico por vía vaginal (3).

Esta técnica consiste en la versión de la posición fetal aplicando las manos sobre el abdomen materno ejerciendo una fuerza externa, moderada y mantenida, se realiza con abundante gel evitando el rozamiento o fricción (8), intentando desplazar las nalgas de la pelvis con una mano, mientras la otra mano intenta que la cabeza se desplace en sentido ventral, si no se consigue se intenta en sentido dorsal. Puede ser necesaria la ayuda de un segundo profesional que facilite la elevación del feto por vía vaginal (10-12).

La posición de la gestante será en decúbito supino, semi-Fowler o ligero Trendelenburg, con la vejiga vacía, en ayunas, con el preoperatorio realizado y una perfusión de agentes tocolíticos, Ritodrina (Prepar[®]), media hora antes y durante toda la maniobra, para favorecer la relajación del útero, e inhibir las contracciones maternas (12,14)

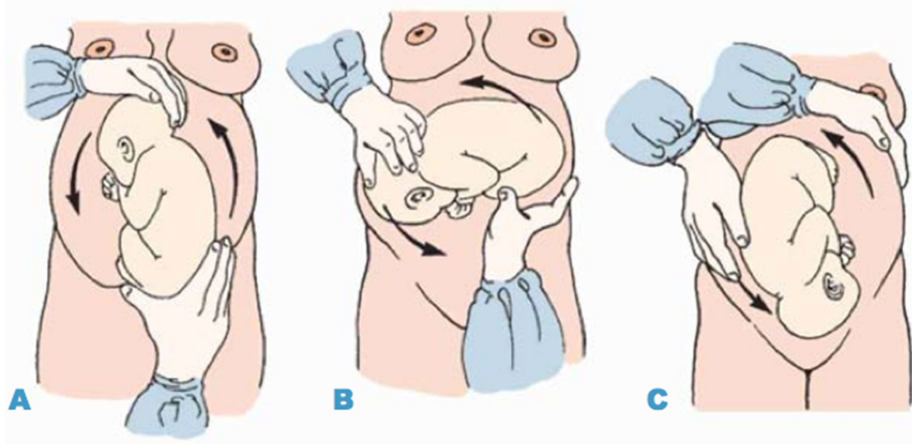


Figura 1. Técnica VCE

Durante la maniobra se precisa de un registro ecógráfico de la situación fetal, realizándose cerca de un quirófano que permita la práctica de una cesárea urgente en caso de ser necesaria.

Se debe desistir la maniobra si la paciente refiere un dolor importante, si se detectan anomalías en el control ecográfico o tras 3 intentos fallidos de la versión en la misma jornada.

En caso de éxito de la VCE, se mantendrá la monitorización ecográfica durante 30-45 minutos a fin de detectar una posible bradicardia fetal.

Si la frecuencia cardíaca fetal (FCF) es normal, entendiendo por normalidad valores comprendidos en un rango que va de 120 a 160 latidos cardíacos por minuto, si no hay pérdida hemática y ausencia de dolor, se remite a la mujer a su domicilio recomendando reposo relativo de 24 horas

Si por el contrario la maniobra fracasa la versión puede reintentarse en un plazo de 5-7 días.

En el supuesto de que la gestante fuera Rh negativo, deberá administrarse gammaglobulina anti-D tras la versión, puesto que el riesgo de isoimmunización fetomaterna se cifra en un 1 % (7, 13).

La bibliografía sugiere que el momento óptimo para realizar la VCE es en gestaciones a término, entre la semana 37 y 42 del embarazo, puesto que en ese momento la posibilidad de versión espontánea es más reducida, la tasa de éxito es mayor y se evita una posible prematuridad iatrogénica. Por encima de la semana 42 el uso de la técnica está contraindicado debido a la disminución fisiológica del líquido amniótico y a la aparición de contracciones previas al parto que dificultarían las maniobras (15).

La versión externa es un procedimiento no exento de posibles complicaciones, siendo su riesgo bajo si se efectúa de forma correcta, donde la más frecuente es la bradicardia fetal transitoria (FCF 120 lat/min) que se resuelve espontáneamente tras el cese de la maniobra, solo en un 1-2 % de los casos la bradicardia se mantiene precisando una cesárea para la extracción del feto de manera urgente (4,13,16). Diversos estudios refieren hemorragia feto-materna en 3-6 % observando su reducción con el uso de Tocolíticos (10,11,17) y complicaciones derivadas del cordón umbilical menores al 1,5 % (13,18)

Otras complicaciones graves no frecuentes serían

el desprendimiento de placenta, inicio del parto, rotura uterina, hemorragia placentaria y muerte fetal (4).

El dolor, aunque no se considera una complicación previamente dicha, si suele estar presente en el intento de versión, siendo más leve si el proceso se desarrolla de manera rápida y la gestante participa en la técnica (3,18). Por lo general, aunque el dolor dependa de varios factores, como el umbral de sensibilidad de la paciente, la fuerza ejercida en su abdomen o el uso o no de analgesia, suele estar bien tolerado por su corta duración. Como se ha comentado anteriormente, la VCE será interrumpida de manera inmediata, si este dolor se hace insoponible para la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tan JM, Macario A, Carvalho B, Druzin ML, El-Sayed YY. Cost-effectiveness of external cephalic version for term breech presentation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010; 10:3.
2. Pina Marqués B. Sancho Vives E. Aguilar de Mingo C. Versión cefálica externa (VCE) como alternativa en la presentación no cefálica; revisión de la literatura, *Enfermería Científica Altoaragonesa*; 2011; N.º 6: 20-26.
3. Araya Cárcamo VH, Zambrano Freire J. External cephalic versión: past, present and future prospects. *Medwave* [internet]. 2009; 09(1):11. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/3698?ver=sindisenio>
4. García MR, Costa J. Versión externa en la presentación podálica. *Matronas Profesión*, 2003, vol 4, n.º14 [Internet]. 2003;4-9. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/33033>
5. 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; 356:1375-83.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2009. Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. [citado 15 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/CarteraDeServicios.htm>

7. Odriozola Feu JM, Gonzalez Gomez M, Sesmero JRM. Protocolo La versión cefálica externa en la presenta de nalgas a término. Hospital Universitario "Marques de Valdecilla" Servicio de obstetricia y ginecología. Noviembre 2008.
8. Protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia. Versión externa en presentación de nalgas. Protocolo n.º 18. Octubre 2001. SEGO.
9. Nassar N, Roberts CL, Raynes-Greenow C, Barrat A, Peat B. Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomised controlled trial. BJOG. 2007 Mar; 114 (3): 325-333.
10. Cavallé Busquets P, Martín Vallejo JM, Muñoz Abellana B, Córdoba Cardona O, Boj Borbones J, Aragonés Sanhuhuja J, et al. Presentación de nalgas: ¿cesárea?, pero con versión cefálica externa previa. Ginecol clín quir. 2002; 3(1):8-19
11. Hutton EK Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008. Oxford: Update Software Ltd,
12. Faron G, Vokaer A. Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas. J Gynécologie Obs Biol la Reprod [Internet]. 2008;37(5):493-8.Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231507005017>
13. Protocolo de intervención quirúrgica de cesárea. Elaborado por el Equipo enfermero del quirófano de Maternidad del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Aprobado por la Comisión de Cuidados del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
14. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. [Internet]. 2006; 194: 20-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16389006>
15. Muñoz M, Figueras F, Palacio M, del Pino M, Coll O, Cararach V. Versión externa a término: experiencia acumulada. Prog Obstet Ginecol 2005; 48 (12): 574-80.
16. Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, Van Der Post JA, Mol BW. Ultrasound factors to pre-dict the outcome of external cephalic version: a meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Jan; 33(1):76-84.
17. Grootsholten K, Kok M, Oei SG, Mol BW, Van der Post JA. External cephalic version-related risk: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2008 Nov; 112 (5): 1143-51.
18. Ben-Meir A, Erez Y, Sela HY, Shveiky D, Tsafrir A, Ezra Y. Pronostic parameters for successful external cephalic version. J Mater Fetal Neonatal Med. 2008 Sep; 21(9): 660-2.

HIPÓTESIS

En embarazos con presentación podálica fetal, la práctica obstétrica de la VCE puede ser una alternativa eficaz frente a la cesárea electiva, reduciéndose hasta en un 15% la morbimortalidad materna y fetal.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Evaluar la efectividad de la VCE frente a la elección de una cesárea en las presentaciones podálicas sometidas a estudio.

Objetivos Secundarios

- Evaluar si existen diferencias significativas en el bienestar fetal como maternal en ambos grupos.
- Evaluar y comparar en cada grupo, la existencia y el tipo de posibles complicaciones, intraparto y/o posparto relacionadas con las intervenciones.
- Evaluar si la intervención a estudio (VCE) reduce la necesidad de atención médica (tratamiento analgésico, antibiótico, antipirético, etc.) y/o de cuidados enfermeros (control de loquios, control de hemorragias) en función de la paridad de la gestante en las etapas de puerperio inmediato o puerperio precoz.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un ensayo clínico abierto, sin aleatorización y ciego y con asignación por grupos, donde se desarrollarán dos tipos de intervenciones, en un grupo experimental y un grupo de control.

- **Grupo experimental.** Grupo de gestantes a las que se les aplica la VCE.
- **Grupo control.** Grupo de gestantes en las que se va a utilizar la intervención de rutina hospitalaria – Cesárea.

Estos se diferencian en las medidas a aplicar, en el grupo experimental aplicaremos la intervención a estudio, mientras que al grupo control se le aplicaran la intervención rutinaria del hospital - cesárea. Posteriormente se compararan los resultados de ambos grupos con la finalidad de ver si las medidas aplicadas son estadísticamente significativas. Intentando la homogeneidad de ambos grupos.

Para ello captaremos a todas las gestantes con embarazo de curso fisiológico, con presentación podálica diagnosticadas mediante ecografía abdominal, que reúnan las características precisas para participar en el proyecto de intervención y que serán distribuidas de forma sistemática en cada uno de los grupos.

A todos los participantes se les presentará previamente el consentimiento informado para que conozcan de forma exhaustiva en qué consiste el estudio y en qué consiste su participación. Siendo una condición imprescindible para participar en el presente estudio, el que sea firmado por los voluntarios ([Anexo I](#)).

Previo a la recogida de datos, será necesario solicitar permiso al Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias contando con su aprobación para llevar a cabo el estudio.

Población de estudio

Gestantes cuyo embarazo haya tenido un curso fisiológico, con ausencia de cualquier patología, que en la ecografía de la semana 32 se verifique la presentación podálica y a las cuales les corresponda como hospital de referencia, el Hospital universitario central de Asturias (HUCA) durante todo el año de 2017.

Para el estudio realizaremos un muestreo no aleatorio consecutivo, según vayamos identificando a las gestantes que cumplan los criterios las iremos incluyendo de manera sistemática al grupo de intervención o al grupo control.

Atendiendo a los datos del año 2015 del censo hospitalario en el que el número total de presentaciones podálicas atendidas fue de 431 y según los siguientes elementos:

N	Total de la población:431 presentaciones
Z_a^2	Nivel de confianza (en este caso del 95%)
d	Margen de error (en este caso deseamos un 3%)
p	proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
q	1 - p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Se estima que el tamaño muestral necesario para el proyecto sea de n= 194 gestantes.

Criterios de inclusión

- Edad comprendida entre los 18 y los 35 años.
- Embarazo de forma fisiológica.
- Embarazo con curso fisiológico y ausencia de patología.
- Residentes en la provincia de Asturias

Criterios de exclusión

- Gestantes menores de edad
- Embarazo múltiple.
- Los profesionales encargados de su control (obstetras) no lo consideren apropiado.
- Pérdidas de seguimiento
- Gestantes que fallezcan o que pierdan a su feto durante el periodo de estudio.
- Usuaris que, una vez incluidas en el estudio, se les tenga que realizar una cesárea de urgencia.
- Sujetos que abandonen el estudio.

Recogida y análisis de datos

La recogida de datos la realizaran las matronas, ginecólogos y demás personal sanitario del servicio al cargo del estudio, en sus respectivas entrevistas con las participantes antes y después de las intervenciones llevadas a cabo.

- Fuentes primarias: entrevistas y encuestas
- Fuentes secundarias: estudios, cartilla maternal, informe hospitalario de Alta.

Los datos obtenidos serán registrados en el correspondiente cuaderno de recogida de datos (CRD), del que dispondrá cada gestante incluida en el estudio, para posteriormente volcarlos en una base de datos Excel unificada diseñada para tal cometido.

Para dar respuesta a nuestro estudio analizaremos una serie de indicadores de salud, los cuales serán contrastados entre sí tanto en el grupo control como en el experimental.

- Indicadores de salud:
 - Variable 1.** Edad materna en el momento de la intervención (años).
 - Variable 2.** Talla de la gestante (cm).
 - Variable 3.** Peso de la gestante (kg).
 - Variable 4.** Tipo de intervención realizada por la gestante (realización de la técnica versión cefálica externa, técnica de rutina hospitalaria-cesárea).
 - Variable 5.** Versión cefálica: Se considera versión cefálica si al realizar la ecografía abdominal se constata la presentación cefálica (sí, no).
 - Variable 6.** Paridad: Mujer embarazada que nunca ha dado a luz o que ya ha sido madre una vez (primípara/múltipara)
 - Variable 7.** Índice de líquido amniótico (ILA): Evaluación de la cantidad de líquido amniótico en una mujer embarazada (ml)
 - Variable 8.** Complicaciones neonatales/ maternas: Cualquier tipo de complicación intraparto y/o posparto que se produzca en el neonato o en la madre (no complicación, desprendimiento de placenta, inicio del parto, rotura uterina, hemorragia placentaria, muerte fetal, dolor, otras)
 - Variable 9.** Escala Apgar neonatal: Examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, en la que se valoran cinco parámetros, para obtener una primera valoración clínica sobre el estado general del neonato (Tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, reflejos, color de la piel), asignándole una puntuación (deprimido, moderadamente deprimido, estado satisfactorio)

–**Variable 10.** Días de hospitalización: En la versión cefálica tiempo de hospitalización transcurrido tras el parto eutócico, en la cesárea tiempo de hospitalización transcurrido postintervención quirúrgica (días).

Se realizará un estudio descriptivo de las variables al inicio del estudio, utilizando los índices propios de la estadística descriptiva: frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones típicas. Se describirá el cálculo de intervalos de confianza del 95% tanto para medias como para proporciones.

Para el estudio analítico contrastaremos los dos grupos utilizando:

- OR para comparar la fuerza de la asociación de presentación podálica y cesárea.
- La prueba de la χ^2 y test de Fisher para las variables cualitativas.
- Se comprobará la normalidad de las variables cuantitativas mediante el test de ShapiroWilks.

El análisis de los datos se realizará con el programa estadístico IBM "SPSS Statistics" en su versión 21.0 para Windows 7.

Periodo de estudio

El estudio se llevará a cabo en un periodo de tiempo de 24 meses; desde el día 1 de Enero del año 2017 hasta el día 31 de Diciembre del año 2019. Ambos inclusive.

Consideraciones Éticas

El estudio se ceñirá estrictamente en todo momento a la declaración de Helsinki y a las leyes de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999) y de protección de los derechos de los pacientes (Ley 15/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y La Ley 14/2007, de Investigación Biomédica).

Además de obtener el consentimiento informado de todos los participantes, se mantendrá la confidencialidad de los mismos a través de la asignación de un cifrado aleatorio y no consecutivo en el H.U.

Central de Asturias. Los archivos que se deriven de la cumplimentación de los cuestionarios serán almacenados y conservados en lugar seguro, utilizándose para ello el sistema informático del H. U. Central de Asturias.

Limitaciones del Estudio

- Se produzca la versión espontánea del feto dentro del grupo al que se le aplica la VCE sin que esta versión esté relacionada con la técnica en sí.
- Los abandonos de las participantes o la dificultad para acceder a ellas.
- Historias clínicas incompletas.
- No se puede emplear técnicas de enmascaramiento con las gestantes.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

Si la hipótesis de mi estudio queda demostrada, la VCE se podrá ofrecer con más asiduidad por los profesionales sanitarios como técnica de elección para la prevención de cesáreas, ya que se habrá demostrado que los riesgos de una cesárea aunque sea programada, son mucho mayor que los de un parto vía vaginal, tanto para la madre como para el recién nacido.

La realización más recurrente de la VCE minimizará las posibles consecuencias que a largo plazo supone para la embarazada la realización de una cesárea, como lo son la alteración de las funciones reproductivas y el desajuste emocional derivado del posible cambio corporal.

ANEXOS

ANEXO I

Consentimiento informado

Yo _____, mayor de edad, con DNI número _____, manifiesto haber recibido, comprendido y aceptado toda la información acerca del estudio experimental de ensayo clínico no aleatorizado "**Evaluación de la técnica versión cefálica externa como alternativa a la cesárea en la presentación podálica**" que se realizará en el Hospital Universitario Central De Asturias, recibiendo por ello un tipo de intervención basada en la preparación al parto y puerperio.

Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria, pudiendo retirarme del mismo en cualquier momento avisando previamente a la organización, sin que se me derive ningún perjuicio.

Los datos personales tendrán un carácter confidencial, siendo almacenados en la base de datos del hospital, no pudiendo ser publicados en ningún caso, salvo deseo explícito de la participante.

Por todo lo anterior otorgo mi consentimiento a participar en el estudio.

Fecha: a __/__/__ en _____

Fdo.:
(firma de la participante)

Fdo.:
(firma del/ de la representante de la investigación)

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO ESTIMADO
<p>Primera Etapa</p> <p>En esta fase será necesario la reunión con la Dirección del Área del hospital para informar sobre la realización del estudio, y solicitar la evaluación por el Comité Ético.</p>	3 meses
<p>Segunda Etapa</p> <p>Valoración y pre-intervención de las participantes del estudio. Reuniones del equipo de investigación con la gerencia del hospital y con las participantes del estudio para explicar la información referente al mismo.</p> <p>Cumplimentación del consentimiento informado por parte de las participantes.</p>	2 meses
<p>Tercera Etapa</p> <p>Intervención en ambos grupos, una mediante la versión cefálica externa y otra por la intervención de rutina - cesárea.</p>	12 meses
<p>Cuarta Etapa</p> <p>Recogida, análisis e interpretación de los datos.</p>	4 meses
<p>Quinta Etapa</p> <p>El equipo investigador elaborará un informe detallado del ensayo clínico.</p> <p>Presentación de los resultados.</p>	3 meses
TOTAL TIEMPO	24 meses

PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS	<p>3 Matronas y 3 Ginecólogos: desarrollarán su actividad en la Atención Especializada de Salud, por el periodo que dure los procesos de evaluación, pre-intervención e intervención, en este caso 14 meses a media jornada.</p> <p>Un total de 3.5 horas diarias cada una (17.5 horas semanales) de lunes a viernes.</p>	Subtotal: 30.000€
	<p>Un informático/estadístico para colaborar en el análisis estadístico de los datos por el periodo de dos meses a media jornada.</p> <p>Un total de 3.5 horas diarias (17.5 horas semanales) de lunes a viernes.</p>	Subtotal: 1.500€
RECURSOS MATERIALES	<p>Medios materiales con que se cuenta inicialmente para realizar la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material de infraestructura física: instalaciones y aparatos del departamento. • Material informático del departamento. • Programa estadístico SPSS-X <p>Recursos materiales que se solicitan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una consulta con ecógrafo, monitorización antenatal y materiales propios necesarios. • Infraestructura física del quirófano y materiales propios necesarios. • Fotocopias, Fax, línea telefónica. • Otro material de apoyo: folios, bolígrafos y libretas. • Material de uso informático: ordenador, impresora, cartuchos de tinta. • Diptricos y folletos informativos. • Despliegue para la elaboración de entrevistas clínicas. 	Subtotal: 5.500€
ASISTENCIA A CONGRESOS (divulgación y/o reuniones científicas).		Subtotal: 2.500€
TOTAL DEL PRESUPUESTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN		39.500€