

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**PERCEPCIÓN DE LA PARTURIENTA SOBRE LA EXPERIENCIA DEL
TACTO VAGINAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. SERVICIO DE
OBSTETRICIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS**

DÍAZ-ZAMÁCOLA AREQUIPA 2020

Tesis presentada por las bachilleres:

Luna Pacheco, Ana Sabrina

Rosales Ortiz, Fabiola Grace

Para optar el Título Profesional de:

Licenciadas en Obstetricia

Asesor:

Dr. Rodríguez Zinanyuca, Alfredo

Arequipa – Perú

2020

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 25 de noviembre del 2020

INFORME DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A : **Mgter. RICARDINA FLORES FLORES**
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE : Dra. Jannet Escobedo Vargas
Mgter. Lourdes Arencio Heredia
Dra. Yenhny Cárdenas Núñez
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR DE TESIS:

“PERCEPCIÓN DE LA PARTURIENTA SOBRE LA EXPERIENCIA DEL TACTO VAGINAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. SERVICIO DE OBSTETRICIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ-ZAMÁCOLA AREQUIPA 2020”


PRESENTADO POR:

BACH. LUNA PACHECO, ANA SABRINA
BACH. ROSALES ORTIZ, FABIOLA GRACE

Para optar el título de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da **DICTAMEN FAVORABLE**.

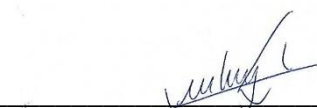
Atentamente.



Dra. Jannet Escobedo Vargas
Cod. 0955



Mgter. Lourdes Arencio Heredia
Cod. 0790



Dra. Yenhny Cárdenas Núñez
Cod. 2633

DEDICATORIAS

A Dios

Por guiarme a lo largo de mi vida universitaria.

A mi familia, mis abuelitos y con mucho amor a mi madre Grace

Por haberme forjado como la persona que soy; por creer en mi capacidad y gracias a sus palabras de aliento me dieron impulso para salir adelante siempre perseverante para lograr que este sueño se haga realidad.

A mi padre Daly

Por haberme brindado mis estudios en esta prestigiosa universidad.

Dedico con mucho cariño esta tesis a todos ustedes por enseñarme a ayudar a otros sin recibir aplausos haciendo todo de corazón y con gran amor.

Atentamente Fabiola Grace Rosales
Ortiz

A Dios

Por darme vida, salud y sabiduría a lo largo de mis estudios.

A mi madre Rocio.

Porque sin ella nada de esto sería posible, gracias por tu apoyo incondicional, por tus esfuerzos y por los sacrificios que haces para que pueda cumplir mis metas.

A mi familia

Quienes por ellos soy lo que ven reflejado en mí, gracias por brindarme siempre su apoyo, por apoyarme en cada decisión, por inculcarme valores y enseñarme a valorar todo lo que tengo.

Dedico con mucho cariño esta tesis a ustedes.

Atentamente Ana Sabrina Luna
Pacheco

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme vivir este momento llena de dicha y felicidad junto a mi familia.

A mi familia, mis padres por apoyarme a lo largo de toda mi carrera, con su cariño y sabias palabras que me ayudaron a conseguir mis más grandes anhelos.

Agradezco de todo corazón a Manuel, por aportar con sus conocimientos a mi formación y crecimiento, motivándome y ayudándome durante el proceso y gracias a ello hoy puedo con alegría presentar y disfrutar esta tesis.

A mi universidad, que con sus grandes docentes aportaron mucho en mi formación como obstetra gracias a ello hoy puedo ser útil para la sociedad y aplicar todos los conocimientos adquiridos a lo largo de mi vida profesional.

Muchas gracias,
Fabiola Grace Rosales Ortiz

A Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades.

A mi madre Rocio por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad.

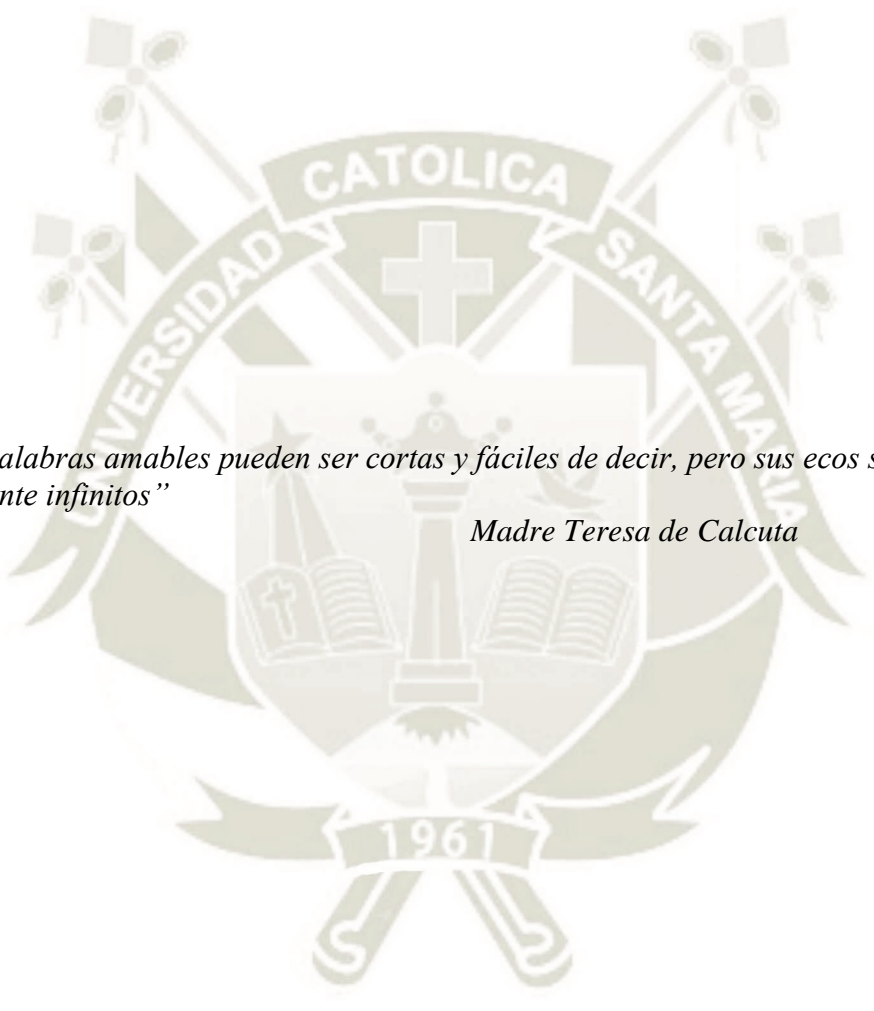
A Diego por siempre creer en mí y motivarme a ser mejor cada día, gracias por tu apoyo incondicional y por estar dispuesto a brindarme lo mejor.

A mi asesor por su orientación sus enseñanzas y brindarme sus conocimientos.

Al Servicio de obstetricia por brindarnos su apoyo y colaboración en la presente investigación.

A todas las personas que ayudaron en la realización de este proyecto

Muchas gracias,
atentamente Ana Sabrina Luna Pacheco



“Las palabras amables pueden ser cortas y fáciles de decir, pero sus ecos son realmente infinitos”

Madre Teresa de Calcuta

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	x
ÍNDICE	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Enunciado del Problema	1
1.2. Descripción del Problema	1
1.3. Justificación del problema	2
1.4. Objetivos.	3
2. MARCO TEÓRICO	4
2.4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	21
2.5 Hipótesis	29
CAPÍTULO II: PLANTAMIENTO OPERACIONAL	30
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	30
2. Campo de verificación	32
2.1. Ubicación espacial:	32
2.2. Ubicación temporal:	32
2.3. Unidades de estudio:	32
a. Criterios de inclusión	32
b. Criterios de exclusión	33
3. Estrategia de Recolección de datos	33
3.1. Organización	33
3.2. Recursos:	33
3.3. Validación del Instrumento:	34
4. Estrategia para manejar los resultados	35
4.1. Plan de procesamiento	35
4.2. Plan de análisis	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48

REFERENCIAS	49
ANEXOS	52
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	53
Anexo 2: Consentimiento informado	55
Anexo 3: Croquis Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola	56
Anexo 4: Matriz de sistematización de información	57



RESUMEN

Objetivo: Establecer cuantos tactos vaginales y la forma en que fueron realizados, para que a través de la relación de estos podamos saber la percepción de la parturienta sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz- Zamácola Arequipa.

Material y métodos: Se encuestó por vía telefónica a una muestra representativa de 83 púerperas que tuvieron parto vaginal atendido en nuestro establecimiento, para aplicar un instrumento de percepción acerca del tacto vaginal, previamente validado, e indagando acerca del número de tactos y como fueron estos realizados. Se muestran resultados con estadística descriptiva y se asocian variables mediante prueba chi cuadrado.

Resultados: Se encontró que el 57.83% de púerperas mostró una opinión positiva hacia el tacto vaginal. Se realizó tres tactos en 33.73%, siendo esta la media y cabe resaltar que la máxima cantidad de tactos fueron ocho en 2.41% de púerperas encuestadas. En cuanto a la relación entre la cantidad de tactos y la percepción, a las que se les realizó 3 tactos, muestra una percepción positiva en un 75% y finalmente a las que se les realizó 5 o más tactos siendo el máximo 8 tactos el 83.33% mostró una percepción negativa, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

En relación a cómo fue realizado el examen vaginal y el nivel de satisfacción encontramos que el 74.70% estuvieron de acuerdo de que los exámenes vaginales fueron realizados con respeto, el 65.06% no sintieron que siempre podían rechazar un examen vaginal y el 83.13% estuvo de acuerdo en que hubieran deseado una mejor explicación.

Conclusiones: Se encontró que 57.83% tuvo una percepción positiva esto relacionado a la cantidad de tactos siempre y cuando estos exámenes vaginales se realicen brindando a las pacientes una adecuada explicación acerca del tacto vaginal, que los exámenes sean hechos con respeto, que las pacientes se sientan libres de poder rechazar en cualquier momento un examen vaginal y que la cantidad de tactos sea ≤ 4 tactos, ya que la percepción negativa aumenta entre parturientas a partir de cinco a más tactos vaginales en relación a las que tuvieron menos cantidad de tactos durante el progreso del trabajo de parto.

PALABRAS CLAVE: tacto vaginal – trabajo de parto – percepción.

ABSTRACT

Objective: To establish how many vaginal examinations and the way in which they were performed, so that through the relationship of these we can know the perception of the parturient about the experience of vaginal examination during labor in the Obstetric Service of the Health Center Maritza Campos Díaz- Zamácola Arequipa.

Material and methods: A representative sample of 83 puerperal women who had vaginal delivery attended in our establishment were surveyed by telephone to apply a previously validated perception instrument about vaginal touch, and inquire about the number of touches and how they were made. Results are shown with descriptive statistics and variables are associated using the chi square test.

Results: It was found that 57.83% of puerperal women showed a positive opinion towards vaginal examination. Three examinations were made in 33.73%, this being the average and it should be noted that the maximum number of examinations was eight in 2.41% of the puerperal women surveyed. Regarding the relationship between the number of touches and perception, those who had 3 touches had a positive perception of 75% and finally those who had 5 or more touches, the maximum 8 being 83.33 % showed a negative perception, the differences being statistically significant ($p < 0.05$).

Regarding how the vaginal examination was performed and the level of satisfaction, we found that 74.70% agreed that the vaginal examinations were performed with respect, 65.06% did not feel that they could always refuse a vaginal examination and 83.13% agreed. Agree that they would have liked a better explanation.

Conclusions: It was found that 57.83% had a positive perception this related to the number of touches as long as these vaginal examinations are performed, providing the patients with an adequate explanation about the vaginal touch, that the examinations are done with respect, that the patients Feel free to refuse a vaginal examination at any time and that the number of touches is ≤ 4 touches, since the negative perception increases among women in labor from five to more vaginal touches in relation to those who had less number of touches during the progress of labor.

KEY WORDS: vaginal examination - labor - perception.



INTRODUCCIÓN

Los exámenes vaginales forman parte de muchas evaluaciones de rutina en la mujer, siendo usado con fines diagnósticos y de tratamiento en el cuidado ginecológico, obstétrico y sexual; pero puede ser dificultado si la mujer ha tenido experiencias traumáticas con el examen. Los profesionales de la salud deberían lograr hacer este examen de la forma más confortable y menos amenazante posible, manteniendo la sensibilidad y el respeto de la dignidad de la mujer, por tal razón se necesita un lugar íntimo, para que la mujer se sienta segura y no inhibida (1).

Esta evaluación sólo debe ser realizado por personal experto, con manos limpias y cubiertas por guantes estériles. Esto sólo puede hacerse bajo el consentimiento de la mujer. Bajo ninguna circunstancia debe una mujer ser forzada a someterse a frecuentes y repetidos exámenes vaginales por las obstetras o residentes (2). El número de exámenes vaginales se debe limitar estrictamente; durante la fase de dilatación generalmente una vez cada cuatro horas es suficiente, tal como se prescribe en el manual para el uso del partograma (OMS 1993). Si el parto progresa con rapidez, las obstetras expertas pueden incluso limitar el número de exámenes a uno. Idealmente, ese sería el examen necesario para establecer la fase activa del parto, es decir, para confirmar el hecho de que existe dilatación cervical (el criterio más objetivo de un parto activo) (2).

Una de las problemáticas observadas a lo largo del internado fue la queja frecuente de las pacientes que llegaban al servicio de obstetricia del nosocomio antes mencionado refiriendo la falta de privacidad, vulneración de su intimidad y el inadecuado desempeño por parte del personal de salud al momento de realizar el tacto vaginal.

El protagonismo se ha relacionado con el nivel de control que ejerce la mujer durante el parto. Se diferencian tres tipos de control, uno externo referido a los profesionales de la salud y dos internos, uno sobre el propio comportamiento y otro en el manejo del dolor durante las contracciones. Todos contribuyen al bienestar materno, sin embargo, el más significativo se relaciona con aspectos interpersonales relacionado con el respeto, la confianza y el buen trato de los profesionales (3), es por esto que

debemos vincularnos más con nuestra paciente para lograr establecer una buena relación hacerle sentir seguridad, confianza y hacer de este momento algo menos incómodo brindándole fuerza y apoyo moral.

Una de las razones principales por la que elegimos la carrera de Obstetricia y Puericultura es la vocación de servicio y el trato humanizado al binomio madre-hijo. Es por ello nuestro interés en desarrollar este trabajo de investigación para dar a conocer la percepción de la usuaria en cuanto a su experiencia al momento en el que se le realizó el examen vaginal y con esto poder llevar a la reflexión al personal de salud y empoderar a la usuaria sobre sus derechos.



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

Percepción de la parturienta sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto, Servicio de Obstetricia, Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola Arequipa 2020.

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Obstetricia
- Línea: Atención del parto

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría
V. independiente: Tacto vaginal en la evaluación del progreso de trabajo de parto	Número de tactos	Número de tactos
V. dependiente: Percepción de la parturienta acerca del tacto vaginal	Muy de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo	Percepción negativa Percepción positiva

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál fue la cantidad de tactos vaginales y como fueron realizados durante el progreso del trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz -Zamácola?
- ¿Cuál es la percepción de las parturientas acerca del tacto vaginal durante su trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola?
- ¿Cuál es la diferencia en la percepción entre parturientas que tuvieron mayor cantidad de tactos vaginales que las que tuvieron menor cantidad de tactos y como fueron estos realizados durante el progreso del trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz -Zamácola?

d) Tipo de Investigación

La presente investigación es un estudio de campo.

e) Nivel de investigación.

Se trata de un estudio descriptivo relacional

1.3. Justificación del problema

a) CONTRIBUCIÓN ACADÉMICA: En la actualidad no se ha llevado a cabo un estudio similar en la Universidad Católica de Santa María y con este proyecto pretendemos aportar información confiable basada en la percepción de las púérperas entrevistadas con relación al tacto vaginal, para que con esto podamos lograr que las obstetras y futuras obstetras se formen con la mentalidad de actuar en bienestar del binomio madre hijo, logrando una correcta aplicación de las recomendaciones de la OMS, así como también busquen educar y empoderar a la gestante para que haga respetar sus derechos.

b) RELEVANCIA SOCIAL: Siendo el obstetra un profesional cuyo propósito es velar por el bienestar de la mujer en todos los estadios de su vida reproductiva, es penoso observar la insensibilidad y la falta de respeto a la intimidad de la mujer durante su labor de parto, es por ello que a través de este estudio buscamos que alumnas en formación e internas sean más empáticas, empoderen a sus pacientes y hagan conocer y respetar los derechos que tienen.

c) INTERÉS PERSONAL: Como profesionales capacitados en atención

humanizada del parto debemos comprometernos a brindar una atención de calidad basándonos en los principios de vocación de servicio, empatía, respeto a la intimidad y privacidad de la usuaria. De esta manera al realizar este estudio conoceremos la percepción que causamos en la paciente y dejaremos de verla como un objeto de estudio y le brindaremos una atención cálida y respetuosa como lo amerita.

d) RELEVANCIA CONTEMPORÁNEA: este estudio puede causar un impacto y cambio positivo hacia las pacientes por parte de las futuras obstetras en formación de tal manera que ellas sean modelo para nuestras futuras generaciones de egresadas de cómo asistir, empoderar, dar a conocer sus derechos y hacer respetar a nuestras usuarias.

e) FACTIBILIDAD: Se cuenta con los medios y recursos para la realización de dicha investigación. Así mismo con la disponibilidad de tiempo y aceptación de las gestantes.

1.4. Objetivos.

- 1) Indagar la cantidad de tactos vaginales y como fueron estos realizados durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola.
- 2) Conocer la percepción de las parturientas acerca del tacto vaginal durante su trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola.
- 3) Identificar diferencias en la percepción entre parturientas que tuvieron mayor cantidad de tactos vaginales que las que tuvieron menor cantidad de tactos y como fueron estos realizados durante el progreso del trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz -Zamácola.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Definiciones teóricas

- **Embarazo:** La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (3).
- **Parto:** Es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan a la expulsión del feto y de los anexos ovulares desde la cavidad uterina al exterior a través del canal de parto (4).
- **Trabajo de parto:** Corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Este comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles, y finaliza con la expulsión de la placenta. Durante el trabajo de parto se logra la expulsión del feto y la placenta desde la cavidad uterina. Para lograr esto, el trabajo de parto requiere de contracciones uterinas rítmicas, intensas y prolongadas, de manera que se produzca el borramiento y dilatación del cuello y el descenso fetal (5). En este proceso es importante que el profesional de un bienestar físico y emocional tanto como para la mujer que para el feto.
- **Etapas del trabajo de Parto:** Según la nomenclatura habitualmente utilizada en Latinoamérica y desde un punto fisiológico y clínico el parto se divide en 3 etapas denominadas periodo de dilatación, periodo de expulsivo, y alumbramiento. En la nomenclatura norteamericana se les llama primero, segunda y tercera etapa (4).
 - Primer Periodo: Corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino.
 - Segunda Periodo: Corresponde a la expulsión del feto
 - Tercer Periodo: Consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membrana) y se le denomina periodo placentario o de alumbramiento (6).

- **Examen vaginal:** Es un examen que se hace para observar el interior y el exterior de la vagina. Por tanto sólo debe ser realizado por personal experto, con manos limpias y cubiertas por guantes estériles (8), para revisar delicadamente el cuello del útero. El tacto vaginal, es parte de examen físico de la mujer embarazada, y permite obtener información sobre el cuello uterino, el polo fetal y la pelvis materna. Se efectúa con la mano más hábil (habitualmente la mano derecha) (5).

- **Evaluación del cuello uterino:** El personal de la salud especializado usa sus dedos para verificar el cuello uterino para determinar:
 - **Longitud:** se expresa en centímetros. La porción vaginal del cuello uterino mide 2 cm. Si el cuello mide 2 cm en la evaluación, diremos que está “largo”. Si el cuello mide 1 cm, diremos que está “50% borrado” (lógicamente, diferentes longitudes del cuello se expresan como distintos % de borramiento). El borramiento cervical es sinónimo de acortamiento cervical (5). Se considera completamente borrado (100%), cuando el cuello uterino se ha retraído, de tal manera que no se puede diferenciar el orificio interno ni externo .
 - **Dilatación del cuello uterino:** Se refiere específicamente a la dilatación del orificio cervical interno. La dilatación se expresa en centímetros. Si no existe dilatación, diremos que el cuello está “cerrado”. La dilatación máxima es 10 cm.
 - **Consistencia del cuello uterino:** Expresa la solidez o firmeza del cuello uterino. La consistencia del cuello antes del inicio del trabajo de parto es “duro” (similar al de tu nariz). Durante el trabajo de parto su consistencia es “blando” y por cierto entre ambos existe una consistencia “intermedia”.
 - **Posición del cuello:** normalmente el cuello uterino está inclinado hacia atrás (hacia el sacro de la embarazada), en ese caso diremos que es “posterior”. Durante el trabajo de parto se inclina hacia adelante, hasta estar “centrado”, y la situación intermedia se describe como “semi-centrado” (5).

2.2. Tacto vaginal

El tacto vaginal consiste en la palpación de los órganos internos con los dedos índice y medio de una mano del profesional de salud para obtener información sobre el avance del trabajo de parto mediante el sentido del tacto.

La exploración vaginal es un método usado en todo el mundo, sirve para la evaluación del avance del trabajo de parto. Este examen vaginal ya se realizaba de forma en el siglo XIX, se utilizaba en caso de ruptura de las membranas y al aumentar la intensidad de las contracciones. Desde los tiempos de Joseph Cloude Anthelme Recamier el tacto vaginal empezó a constituirse como una prueba básica en el diagnóstico de la patología gineco-obstétrica. La técnica exploratoria se ha ido perfeccionando. Los exámenes vaginales forman parte de muchas evaluaciones de rutina en la mujer, siendo usado con fines diagnósticos y de tratamiento en el cuidado ginecológico, obstétrico y sexual (12). El tacto vaginal es importante en la práctica clínica de la obstetricia. Se basa en un adecuado seguimiento del parto y ayuda a una correcta toma de decisiones. Es importante saber que la realización de una buena exploración vaginal nunca debe realizarse aisladamente, sino que hay que valorarlo con un conjunto de síntomas y signos que manifiesta la mujer durante el proceso de su parto. En pocas palabras, para que el parto progrese de manera adecuada, no basta solo una adecuada valoración clínica y una toma de decisiones, es útil que nuestra práctica profesional se base en una atención individualizada, favoreciendo así el papel activo de la mujer en su parto.

Hay pacientes que perciben el tacto vaginal como un procedimiento invasivo, a esto se le añade temor, tensión y preocupación. Para las mujeres un tacto vaginal puede ser poco cómodo y muy doloroso.

Hay que recordar que la vagina tiene una abertura natural que está apta para el parto, por lo que no debería ser dolorosa la introducción de dos dedos. En realidad, es la invasión a la intimidad de la mujer, sobre todo en el momento del trabajo de parto debido a las contracciones, hace que los músculos del suelo pélvico se contraigan y, como consecuencia, el proceso se convierta en dificultoso e intenso. Por tal razón, la paciente requiere ser informada y se necesita la aprobación de la parturienta para que esté preparada a la hora que se le realice este procedimiento, para que sea menos incómodo. Alterio Ariola señala que el campo de la salud exige del profesional de la

medicina que, en forma individual informe a los pacientes acerca de la naturaleza y las implicaciones que pudiera tener la práctica que se les va a realizar; la conveniencia de efectuar; las diferentes opciones o vías que se emplean para ejecutar un determinado procedimiento; así como los posibles riesgos y las consecuencias que se derivan de tal práctica; y los posibles resultados favorables o adversos. Asimismo, en la historia clínica, el profesional de salud debe dejar constancia de esto, es decir, de haberle proporcionado al paciente esta información de forma clara, precisa y directa.

La relación entre el profesional de salud y sus pacientes es algo más que una mera actuación técnica. Son verdaderas interacciones humanas, con el contenido emocional que ellas conllevan. Y aunque la relación profesional-paciente lleva implícito un reparto de roles, no podemos evitar que el componente subjetivo aflore. La comunicación conlleva la interacción entre receptor (paciente), emisor (profesional de salud) y entorno como marco donde se llevan a cabo los encuentros y que influye notablemente en el desarrollo de la misma (12).

2.2.1. TÉCNICA DE EXPLORACIÓN VAGINAL:

Para realizar una exploración ginecológica adecuada, que incluya una técnica correcta y sistemática del examen genital, que le proporcione información útil y completa para la adecuada interpretación de los hallazgos semiológicos (13).

a) Exploración externa

Inspección de genitales externos: el examinador debe:

1. Realizar un correcto lavado de manos.
2. Ubicarse frente a los genitales externos, sentado en el taburete.
3. Colocarse guantes estériles.
4. Iluminar los genitales de forma convenientemente.
5. Inspección visual general.
6. Separe los labios mayores con el dedo pulgar e índice de la mano no dominante e inspeccione las características de la epidermis y la mucosa y la configuración anatómica de las estructuras (13).

b) Exploración Interna

1. Con los labios mayores todavía separados con los dedos: índice y pulgar, pida a la paciente que puje. Este podrá ser realizado con 1 o 2 dedos dependiendo de la amplitud del introito.
2. Para la examinación del cuello uterino, la exploración debe dirigirse a la parte postero – inferior del canal vaginal una vez que lo palpe se podrá examinar su consistencia, posición, sensibilidad y alteraciones palpables (13-12).

2.2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se ingresan datos en la historia clínica y se evalúa el riesgo y la necesidad de realizar el procedimiento. Se Informa a la mujer de la técnica a realizar y explican las razones de la exploración y sus implicaciones. Obtener su consentimiento. Valorar si existe alergia al látex. Seleccionar guantes que no sean de látex si la mujer es alérgica.

Preparar el material y trasladarlo al lado de la mujer. Pedirle a la gestante que vacíe la vejiga antes del procedimiento para que facilite la exploración vaginal. Hay que tratar de brindarle un clima de intimidad, seguridad tratando de respetar la privacidad y dignidad durante la exploración.

Se coloca a la paciente en posición ginecológica, en la cual se halla acostada boca arriba con los muslos flexionados. Siempre hay que respetar la privacidad de la paciente y hay que cubrirla dejando acceso al periné.

Cubrir a la mujer con una sábana dejando acceso al periné. Realizar el correcto lavado de manos usado en el medio hospitalario. Colocar guantes estériles. Pedir a la gestante que se relaje para que pueda reducir la tensión muscular y aumenta la comodidad. Con la mano exploratoria se separan labios mayores y menores para entreabrir el introito.

En ocasiones es útil colocarse lubricador en las manos para no producir dolor en el momento que se le realiza el tacto vaginal. Los dedos se colocan unidos y rígidos, deprimiendo el periné hacia abajo, esto permitirá conocer el estado de la vagina, el relieve de los elevadores del ano y la integridad del periné. Se llega en fondo hasta palpar con el cuello del útero.

Si la parturienta manifiesta cualquier inquietud hay que tratar de escucharla, pedir disculpa si se realiza algún movimiento brusco durante el examen. Para que la gestante adquiera mayor confianza y pueda controlarse mejor. Realizar el tacto vaginal durante y después de las contracciones. Porque la dilatación del cérvix, el borramiento y el plano fetal se ven afectados por la contracción.

Palpar si en el cuello hay una apertura o depresión. Para poder determinar la dilatación y el borramiento. La dilatación cervical se mide en centímetros y el borramiento en porcentaje.

Observar si hay pérdida de líquido amniótico, el color, la consistencia y olor. Para poder determinar el estado de las membranas fetales y del líquido amniótico.

Palpar la presentación fetal para tener información sobre el descenso del feto, la altura de presentación, la variedad de posición y los movimientos cardinales. Determinar si la pelvis de la gestante es apta para la labor de parto Al finalizar retirarse los guantes y realizar un correcto lavado de mano. Explicar los hallazgos de forma comprensible y adecuada a sus necesidades (8)(12).

2.2.3. INDICACIONES DEL TACTO VAGINAL

En obstetricia, la exploración vaginal se realiza para controlar la evolución del parto durante la dilatación. Además, nos da información sobre: estado de las membranas, presentación fetal y plano en el que se encuentra la presentación fetal y se pueden evaluar los diámetros de la pelvis entre otras cosas. Mientras que, en ginecología, el tacto vaginal es un componente diagnóstico importante para valorar: secreciones, sensibilidad a la palpación, movilidad del cérvix, masas y entre otros elementos.

El tacto vaginal es una de las acciones diagnósticas esenciales en el reconocimiento del comienzo y progreso del parto. Sólo debe ser realizado por personal experto, en las condiciones más asépticas posibles (12). El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario; durante la fase de dilatación. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo según las recomendaciones de la OMS (14). Si el parto progresa con rapidez, los profesionales expertos pueden incluso limitar el número de exámenes a uno. Idealmente, ese sería el

examen necesario para establecer la fase activa del parto, para confirmar el hecho de que existe dilatación cervical (el criterio más objetivo de un parto activo). Otras prácticas en el manejo del parto es llevar a cabo un examen vaginal únicamente cuando existe una indicación para ello, por ejemplo, cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece o cuando hay signos de que la mujer quiere empujar o antes de la administración de analgésicos.

El tacto vaginal es útil no sólo en exploraciones obstétricas sino también en las ginecológicas. En la vagina se valora la elasticidad, la longitud, la orientación, la amplitud y las características de los fondos de sacos. Una vez que se alcanza el cuello uterino, se estudia su consistencia, forma, posición y movilidad y si ésta causa dolor. Es importante valorar la permeabilidad del cuello uterino, sobre todo en la mujer con antecedente de abortos tardíos o partos inmaduros, para investigar la existencia de una incompetencia cervical. Con la mano externa y con los dedos extendidos empuja la pared abdominal hacia la sínfisis del pubis, mientras que la mano interna eleva el cuello y el cuerpo uterino. Mientras se tiene aprisionado el fondo del útero entre los dedos vaginales y la mano abdominal, el explorador valora la forma, el tamaño y la movilidad uterina, así como la presencia de dolor. Para explorar la región anexial, con los dedos vaginales se explora el fondo de saco mientras que la mano abdominal empuja el contenido de la hemipelvis hacia la mano vaginal. Sin embargo, nuestra máxima prioridad se centrará en la exploración a la embarazada de parto (12).

2.2.4. CONTRAINDICACIONES

El tacto vaginal no se podrá realizar ante:

- a) Placenta previa, sospechada o diagnosticada.
- b) Hemorragia vaginal de origen desconocido.
- c) Situación fetal transversa o presentaciones distintas a la cefálica (8).

Es importante recordar que la exploración cervical puede producir una intensa hemorragia. Este riesgo de hemorragia es debido a que durante el progreso de la dilatación la placenta puede desplazarse hasta ocluir total o parcialmente el cérvix. Así mismo la exploración mediante tacto vaginal aumenta el riesgo de corioamnionitis y

reduce la latencia hasta el parto, por lo que debería evitarse a menos que se demuestre la progresión del parto o esté indicada la finalización de la gestación. El riesgo de infección se incrementa con el número de los tactos vaginales.

Si al realizar el tacto vaginal advertimos la presencia de cordón, no extraer los dedos, rechazar la presentación fetal hacia arriba, para mantener la cabeza del feto fuera de la pelvis menor, solicitar ayuda médica urgente y colocar a la mujer en posición de Trendelenburg, en posición genupectoral o elevar la pelvis respecto al plano de la cabeza. Si al realizar el tacto vaginal tocamos una superficie irregular a modo de vasos sanguíneos (vasa previa), no debemos manipular, por el riesgo de rotura, avisar al facultativo con carácter de urgencia (12).

2.2.5. RECOMENDACIONES

Se recomienda que en cada hospital se realicen tactos vaginales cada 4 horas (Recomendación de la OMS) (14).

Antes de practicar el tacto vaginal en la paciente hay que asegurarse de mantener la su privacidad y comodidad. Se hará firmar un consentimiento informado para que la paciente esté consciente e informada sobre todo procedimiento que se le realizará. Además, tenemos que asegurarnos de seguir todos los procedimientos de una correcta asepsia y tener en cuenta de que el examen vaginal es una exploración invasiva y en ocasiones aumenta el riesgo de que se padezcan infecciones (12).

2.2.6. FUNCIÓN DEL TACTO VAGINAL DURANTE EL EMBARAZO

Durante el trabajo de parto, la realización del tacto vaginal nos aporta la siguiente información:

2.2.6.1. CONDICIONES DEL CUELLO UTERINO DURANTE EL PARTO, SEGÚN CUATRO PARÁMETROS ESENCIALES:

a) CUELLO UTERINO

- Grado de Borramiento Cervical (acortamiento cervical)
- Dilatación cervical
- Consistencia del cuello uterino

- Posición del cuello (8).

b) MEMBRANAS OVULARES:

Las membranas se sienten como un acolchonamiento de superficie lisa entre el dedo explorador y la presentación; si existe duda de la integridad de las membranas, la presentación se puede empujar levemente hacia arriba, con el fin que salga líquido a través del cuello uterino. Al momento de efectuar el TV, durante el trabajo de parto, se describirá si las membranas se encuentran rotas o íntegras (5).

c) PELVIS MATERNA:

Mediante el tacto vaginal obstétrico es posible conocer las dimensiones de la pelvis materna. Antiguamente, se intentaba medir los diámetros pélvicos para determinar si el parto vaginal era posible; sin embargo, hoy se sabe que la evaluación de los diámetros pélvicos no permite predecir acuciosamente la probabilidad de parto vaginal. Sin embargo, si el tacto vaginal muestra una pelvis exageradamente estrecha, el médico puede optar por indicar una operación cesárea. Recomendamos ser cautos en esta indicación y privilegiar la prueba de trabajo de parto como el método para definir la proporcionalidad céfalo-pelviana.

d) EVALUACIÓN DEL POLO FETAL

- 1) **GRADO DE DESCENSO:** se estima a través de la relación entre el punto más prominente de la presentación y un punto de reparo en la pelvis: los planos de Hodge y/o las espinas ciáticas
- 2) **PLANOS DE HODGE:** son cuatro planos paralelos de la pelvis menor · Primer Plano: corresponde al estrecho superior de la pelvis, trazado entre el promontorio sacro y el borde superior de la sínfisis pubiana. · Segundo Plano: paralelo al anterior, toca el borde inferior

de la sínfisis pubiana y el cuerpo de la segunda vértebra sacra. ·
Tercer Plano: paralelo a los precedentes, tangencial a las espinas
ciáticas. · Cuarto Plano: es el estrecho de salida de la pelvis, señala el
piso pelviano; paralelo a los precedentes, toca el vértice del coxis.

- 3) **VARIEDAD DE POSICIÓN:** relación del punto de reparo de la presentación con respecto a la pelvis materna. En presentación cefálica bien flectada, el punto de reparo es el occipucio (vértice). La variedad de posición se expresa en 8 variedades, según sea la posición del occipucio respecto a “puntos cardinales” de la pelvis materna. Se expresa como: “occípito ilíaca” (OI) + orientación de la pelvis materna (izquierda o derecha) + anterior o posterior (A o P).
- 4) **GRADO DE FLEXIÓN DE LA CABEZA FETAL:** según sea el grado de flexión de la cabeza fetal, es posible palpar los reparos anatómicos de la cabeza fetal. Si la cabeza está bien flectada, el occipucio se palpa casi en el centro del cuello dilatado y el bregma es difícil de palpar (5).

2.3. TRABAJO DE PARTO

2.3.1. DEFINICIÓN DE TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones rítmicas, involuntarias y progresivas del útero que producen el borramiento (afinamiento y acortamiento) y la dilatación del cuello uterino. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto normal de la siguiente manera:

El parto se inicia en forma espontánea, se considera de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto y sigue siéndolo durante el trabajo de parto y el parto. El bebé nace espontáneamente en presentación de vértice entre las 37 y las 42 semanas de embarazo.

Después del nacimiento, la madre y el bebé están en buenas condiciones. El estímulo para el inicio del trabajo de parto es desconocido, pero la manipulación digital o el estiramiento mecánico del cuello durante el examen aumenta la actividad contráctil uterina, muy probablemente por estimular la liberación de oxitocina en la glándula hipófisis posterior.

El trabajo de parto normal comienza dentro de las 2 semanas anteriores (antes o después) de la fecha estimada de parto. En el primer embarazo, el trabajo de parto en general dura 12 a 18 horas en promedio; los trabajos de parto posteriores se acortan, y promedian las 6 a 8 horas (15).

La duración total del trabajo de parto es muy variable: el promedio en nulípara es de > 20 horas, mientras que en multíparas >14 horas. Es muy importante hacer un diagnóstico certero de trabajo de parto verdadero y diferenciarlo de uno falso (4).

El diagnóstico de trabajo se hace teniendo contracciones regulares y efectivas que provoquen cambios cervicales (dilatación y borramiento). En las pacientes con un trabajo de parto verdadero es necesario establecer el momento adecuado para la admisión hospitalaria de la paciente, para lo que contamos con los siguientes criterios:

1. Contracciones uterinas regulares (2 a 4 contracciones en 10 minutos) 2. Dolor abdominal en hipogastrio 3. Cambios cervicales (borramiento >50% y dilatación de 3 a 4 cm). Las pacientes que son ingresadas antes de lo debido sufren de mayor intervencionismo lo cual se puede asociar con distocias, edema de tejidos blandos por tactos múltiples, cesáreas, etc. Una vez que decidimos admitir a esta paciente debemos de realizar su historia clínica, establecer su diagnóstico, el plan de manejo, solicitar consentimiento informado de hospitalización, abrir un partograma y vigilar de forma estrecha los signos vitales maternos y fetales, la actividad uterina, los cambios cervicales y las pérdidas transvaginales. El trabajo de parto es la presencia de contracciones que producen borramiento y dilatación demostrable del cuello uterino”.

Desde un punto de vista clínico se considera que el parto se ha iniciado cuando una actividad uterina regular (2-3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos) se acompaña de maduración y dilatación cervical (2-3cm). Sin embargo, existen diferentes variables que pueden afectar a la evolución normal del trabajo de parto; entre las que se encuentran el tamaño, la presentación, la posición, la situación y la actitud fetal, así como la morfología del canal del parto (4).

2.3.2. ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO

Las fases clínicas del trabajo de parto fueron establecidas en el trabajo de Dr. Emanuel A. Friedman en el año 1954, quien presentó una representación gráfica de la progresión del trabajo de parto:

El partograma en este se dibuja el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación fetal, en función del tiempo. El trabajo de parto se divide en tres etapas (16).

a) **PRIMERA ETAPA DEL PARTO (PERIODO DE DILATACIÓN):**

Consta a su vez de dos fases:

- **Fase Latente:** Se inicia desde el momento en que la madre percibe dinámica uterina y finaliza con la presencia de un cuello borrado y 3-4 centímetros de dilatación. En este período las contracciones son poco intensas y no siguen un patrón regular, lo que no produce grandes modificaciones en la dilatación cervical. En promedio la duración de la fase latente se describió en: 4,8 horas en la nulípara y 6,4 horas en la multípara. Se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 h en nulípara y 14 h en multípara (16).
- **Fase Activa:** Periodo que se inicia en presencia de un cuello 100% borrado y con 3-4 cm de dilatación; y termina con la “dilatación completa” (10 cm). Friedman describió que la fase activa se compone de tres etapas: aceleración, máxima pendiente y desaceleración; dando a la curva de partograma un aspecto sigmoideo. La velocidad de progresión, respecto de la dilatación cervical, es dependiente de la paridad, clásicamente se ha establecido que la velocidad de progresión es en promedio: 1.2cm/h en nulípara y 1.5 cm/h en multípara. En la fase activa, asociado a la dilatación del cuello uterino, se produce el descenso de la presentación fetal a través del canal de parto (16).

b) **SEGUNDA ETAPA DEL PARTO (PERÍODO DE EXPULSIVO).** Se inicia cuando la dilatación es completa (10 cm) y termina con la salida del bebé. Dura máximo 2 h en nulípara y 1 h en multípara (sin anestesia peridural). Se ha demostrado que la anestesia peridural, prolonga la fase de expulsivo en una hora (3 h nulípara – 2 h multípara). Durante esta etapa se completa el descenso de la presentación fetal (16).

c) **TERCERA ETAPA DEL PARTO (O PERÍODO DEL ALUMBRAMIENTO).** Corresponde al período desde la salida del bebé,

hasta la salida de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulípara y 30 minutos en múltipara (16).

2.3.3. FASE ACTIVA DEL PARTO

Según la curva de Friedman la primera subdivisión de la fase activa se conoce como aceleración, etapa corta, cuando culmina la fase latente e inicia verdaderamente el trabajo de parto alcanzando de 3 a 5 centímetros de dilatación durante la misma, lo cual es indicativo de la regularización de las contracciones (dinámica uterina útil) en frecuencia, intensidad y duración para esta inicial etapa. Una vez llegado a los 5 centímetros de dilatación comienza la etapa de pendiente máxima de dilatación en la cual puede ser indicativo en su inicio de amniorraxis artificial si no existe evidencia clínica y ecográfica de líquido amniótico disminuido u oligoamnios, es a partir de aquí (5 cm) hasta alcanzar los 8 centímetros en las siguientes 3 horas consecutivas, ya que las nulíparas dilatan a una velocidad normal mínima de 1.2 cm por hora y las múltiparas a 1.5 cm por hora. Lo cual Friedman considera que esta etapa de pendiente máxima es un indicador adecuado de la eficacia global del motor de la máquina del parto (las contracciones uterinas). La tercera subdivisión conocida como de desaceleración va de los 8 cm, a la dilatación completa 10 cm y continua de forma invisible (17).

2.3.4. ASISTENCIA AL PERIODO DE DILATACIÓN

En general debe evitarse el ingreso a aquellas gestantes que no cumplan los criterios ya comentados de fase activa de parto. Tan pronto como sea posible se realizará:

I. VALORACIÓN CLÍNICA Y OBSTÉTRICA INICIAL:

- a) Evaluación del riesgo obstétrico.
- b) Toma de constantes (que se llevarán a cabo cada dos horas).
- c) Comprobación del estado fetal.
- d) Verificar las analíticas previas y realizar, si fuera preciso, los estudios necesarios (grupo y Rh, serologías, coagulación).

II. EXPLORACIÓN CERVICAL

A través de la realización del tacto vaginal con el objetivo de establecer el estado del cuello uterino (borramiento, dilatación, consistencia, posición y altura de la presentación), y de las membranas (rotas o íntegras). Se intentará en la medida de lo posible conocer la presentación y posición del feto y valorar las características de la pelvis materna. La maduración del cuello es un proceso que tiene tres componentes que ocurren de forma sucesiva pero también, en parte, de forma coincidente: el reblandecimiento, el borramiento y la dilatación. El reblandecimiento es la disminución de la consistencia. Este fenómeno comienza al iniciarse la gestación, pero se mantiene estable durante la mayor parte de la misma hasta que se acentúa rápidamente en las horas previas al desencadenamiento del parto(9)

Otro sistema de evaluación fue creado Calkins:

- Grado I: Consistencia del cuello más blanda que el labio.
- Grado II: Consistencia del cuello similar al del labio.
- Grado III: Consistencia similar a las alas de la nariz.
- Grado III: Consistencia más dura que las alas de la nariz.

Entre otros tenemos Stewart:

- Posición I. El cuello guarda un ángulo de 90° con el sacro.
- Posición II. El cuello guarda un ángulo de 45° con el sacro ·
- Posición III. El cuello es paralelo al sacro
- Posición IV El cuello borrado está hacia delante

Clasificación de Smith:

- Cuello maduro: blando, corto central y ampliamente permeable. ·
Cuello inmaduro: duro, largo posterior y cerrado.
- Posición intermedia: cuando no se puede enmarcar en ninguna de las modalidades anteriores. El borramiento del cérvix, es su desaparición como conducto.

El proceso se inicia progresivamente desde la parte más superior, el orificio cervical interno, incorporando poco a poco toda la masa de tejido cervical a la zona del istmo. Cuando el proceso se ha completado el cérvix es solo un agujero de apenas unos milímetros de grosor, que da paso de inmediato a la cavidad uterina; no queda ya conducto cervical. El borramiento es el proceso previo al inicio de la dilatación, en especial en la mujer nulípara, pues en la múltipara se llega a alcanzar, a veces, 3 o 4 cm. de dilatación, sin que se haya producido totalmente el borramiento. El borramiento se describe, bien cómo longitud del conducto cervical en centímetros (entre 0 y > 3 cm) o como porcentaje de conducto cervical que resta, dando el 100 % al cuello nada borrado y el 0 % al borramiento total. La dilatación del cérvix apenas progresa si no ha tenido lugar el reblandecimiento y el borramiento. Finalizado el borramiento el orificio cervical externo apenas tiene unos 0,5 cm de dilatación, en ocasiones más en las múltiparas, progresando, rápidamente durante la fase activa, hasta más de 10 cm. La situación de dilatación del cérvix se expresa en centímetros (9).

2.3.5 PERCEPCIÓN:

Es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (11). Las mujeres que pueden manejar con éxito el dolor durante el trabajo de parto evalúan más satisfactoriamente la experiencia. La ayuda emocional, afectiva y cognoscitiva durante de trabajo es otro factor clave demostrado ser beneficiosa para el bienestar de la mujer, reduciendo el tiempo del trabajo de parto y las sensaciones de ansiedad. En el opuesto, la pasividad genera descontento relacionado con la realización de procedimientos rutinarios y la imposibilidad de mayor contacto con el recién nacido (10).

2.3.6 PERCEPCIÓN SOCIAL:

La percepción social es el estudio de las influencias sociales sobre la percepción. Hay que tener en cuenta que las mismas cualidades pueden producir impresiones diferentes, ya que interactúan entre sí de forma dinámica. Éste, hace

referencia a la elaboración e interpretación de los estímulos captados para cada uno de los órganos de los sentidos un ser vivo. Se trata de un proceso cognitivo que cada individuo realiza de forma diferente para el cual se utilizan una serie de preconcepciones que sirven para discriminar más rápidamente aquello a lo que nuestro organismo se ve expuesto, de tal forma, por ejemplo, que al tocar con nuestra mano algo que está muy caliente, rápidamente retiramos la mano porque comprendemos que eso nos hace daño. Las impresiones cuentan con una cierta estructura, donde hay cualidades centrales y cualidades periféricas. Cada parte forma un todo; la omisión o el agregado de una cualidad alteran la percepción global (22).

En el caso de la percepción de personas, aparecen diversos factores que influyen en la percepción: las expectativas acerca del sujeto con el que se va a interactuar, las motivaciones (que hacen que el hombre que percibe vea en el otro individuo lo que se desea ver), las metas (influyen en el procesamiento de la información), la familiaridad y la experiencia.

Existen distintos efectos que alteran la percepción social. De acuerdo al valor del estímulo, puede producirse la acentuación perceptiva (cuando el valor de un estímulo es grande, éste se percibe mayor de lo que es) o el efecto halo (si una persona es vista de forma positiva en alguno de sus rasgos, tenderá a verse de forma positiva en otros rasgos).

De acuerdo al significado emotivo del estímulo, puede provocarse la defensa perceptiva (ante estímulos amenazadores) o la perspicacia perceptiva (ante estímulos que pueden satisfacer una necesidad o brindar algún beneficio). El estereotipo (la asignación de atributos en función de la identidad grupal), el prejuicio (la forma individual de establecer juicios sobre personas o cosas alejados de la percepción social común) y la proyección (el efecto de las propias emociones al evaluar personas o situaciones) también son efectos alteradores de la percepción(22).

2.3.7 DIFERENCIA ENTRE UMBRAL Y PERCEPCIÓN DEL DOLOR

Por umbral de dolor se entiende la intensidad mínima de estimulación que provoca sensación de dolor. No es una constante, pues puede variar dentro del

propio sujeto (depende de la región corporal, estímulo empleado, factores subjetivos y emocionales) y también varía de un sujeto a otro.

El umbral y percepción se pueden diferenciar porque, el hecho de que un estímulo nos resulte desagradable o doloroso no depende únicamente de nuestro umbral del dolor, sino también de una serie de factores subjetivos que modulan la percepción del dolor(23).

La percepción del dolor varia y lo hace dependiendo de la persona, del momento, de la situación. No tenemos siempre la misma percepción de dolor. Si estamos cansados, tristes, bajos de energía un estímulo puede resultar doloroso.

Sin embargo, si estamos eufóricos, motivados, activos. Un estímulo mucho más fuerte puede no provocar dolor. Nuestra actividad cotidiana y modo de vida, así como actitudes y pensamientos, influyen en nuestra percepción del dolor. Una persona sedentaria y con malos hábitos está menos preparada a soportar esfuerzos. Por eso puede parecer que tiene "el umbral del dolor más bajo". Esta persona será más propensa a padecer molestias si realiza esfuerzos. Incluso puede sufrir molestia para realizar ciertas actividades cotidianas (caminar larga distancia, subir y bajar escaleras).

Sin embargo, una persona activa, acostumbrada a realizar esfuerzos, es menos probable que sufra molestias realizando actividades cotidianas. Es como si su "umbral del dolor" fuera más alto, aunque esto no es del todo así. Sobre todo, lo que ocurre es que su organismo (cuerpo y mente, por así decirlo) está más preparado para realizar esfuerzos, y su sistema de alarma (el dolor) no se activa con tanta facilidad (23).

2.4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

A nivel nacional

2.4.1. Autor: Franco Romaní-Romaní, Javier Quispe-Huayta, Patricia Rodríguez-Briceño

Título: PERCEPCIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA DEL TACTO VAGINAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO (Sociedad Científica de San Fernando. Lima, Perú)

Resumen:

Objetivo: Describir la percepción de las mujeres sobre el examen vaginal en el trabajo de parto. Diseño: Estudio transversal y analítico. Lugar: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Población: Puérperas atendidas en el servicio en octubre del 2006. Intervención: Cuestionario anónimo y auto administrado basado en 20 enunciados de la Escala de Likert sobre percepción de la mujer sobre el tacto vaginal y una escala que calificaba el desempeño del personal médico en el tacto vaginal. Principales medidas de resultado: Índice nocional de satisfacción y percepción del desempeño profesional del equipo médico.

Resultados: Participaron del estudio 107 mujeres, obteniéndose un índice nocional de satisfacción de 61,3%. 19,6% de las mujeres estuvo “más que satisfecha con la experiencia del tacto vaginal”, 65,4% estuvo “satisfecha” y el 15,0% estuvo “menos que satisfecha”. Respecto a la percepción del desempeño profesional del equipo médico al realizar el tacto vaginal durante el trabajo de parto se obtuvo un puntaje promedio fue de $6,72 \pm 2,28$.

Conclusiones: El 85% estuvo satisfecha o más que satisfecha con la experiencia del tacto vaginal durante su trabajo de parto, además las pacientes calificaron como un buen desempeño la labor del personal médico. Se observó que la mayoría de las mujeres aceptan de mejor manera el examen vaginal, siempre y cuando la necesidad del procedimiento es explicada(2).

2.4.2. Autor: Christian Ortega, Christian López, Franco Romaní, Ricardo Correa

Título: PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DE HOSPITALES PÚBLICOS DE CIUDAD DE PANAMÁ SOBRE EL TACTO VAGINAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Resumen:

Objetivo: Describir la percepción y el grado de satisfacción de las mujeres sobre el examen vaginal durante el trabajo de parto en los hospitales públicos de Ciudad de Panamá.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo. Se tomó una muestra de 346 puérperas entre abril y agosto de 2008 cuyo trabajo de parto fue atendido en los hospitales públicos de Ciudad de Panamá. Se aplicó un cuestionario autoadministrado y anónimo de 20 enunciados en escala de Likert sobre la percepción del tacto vaginal (TV) y una escala que calificaba el desempeño del equipo médico.

Resultados: Se registró un promedio de 5.7 ± 3.5 TV realizados a las participantes. El índice nocional de satisfacción fue de 72%. El 97.1% estuvieron muy satisfechas o satisfechas con la experiencia del trabajo de parto, mientras que 2.9% refirió estar menos que satisfecha ($p < 0.001$). La percepción del desempeño del equipo médico al realizar el TV durante el trabajo de parto tuvo un promedio de 8.4 ± 1.9 (sobre un máximo de 10 puntos). Se encontró una asociación entre el grado de satisfacción y la percepción del desempeño médico $OR=12.8$ (IC 95% 3.3-50.2).

Conclusión: El 97.1% de usuarias estuvo satisfecha con la experiencia del tacto vaginal durante su trabajo de parto, confirmando que a pesar de realizarse más TV de los que se recomienda, las mujeres aceptan el procedimiento siempre y cuando sea necesario, sea explicado y se respete su dignidad(20).

2.4.3. Autor: Núñez Gómez, Yovanna Elizabeth, Mejía Napa, Verónica Otilia

Título: PERCEPCIÓN HACIA EL TACTO VAGINAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EXPLICACIÓN DEL PROFESIONAL - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2010

Resumen:

Objetivo: Analizar la percepción de la gestante hacia el tacto vaginal durante el trabajo de parto y su relación con la explicación del profesional de salud.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo comparativo, retrospectivo, transversal. Se realizó un cuestionario a puérperas de parto eutócico a quienes se les practicó un tacto vaginal durante su trabajo de parto en centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de noviembre y diciembre del 2010.

Resultados: Se estudió 100 puérperas de parto eutócico. El 37% tiene una edad entre 20 a 24 años, el 58% son convivientes, el 65% tienen grado de instrucción secundaria, el 69% no tiene empleo y el 38% eran primigestas. El 78% refirieron una inadecuada explicación del procedimiento del tacto vaginal y el 22% una adecuada explicación del mismo. El 92% refirió una inadecuada percepción hacia el procedimiento del tacto vaginal y sólo el 8% tuvo una adecuada percepción del mismo. Para las participantes que presentaron percepción adecuada hacia el tacto vaginal, un 50% tuvo una explicación adecuada al procedimiento y el otro 50% restante una explicación inadecuada. Para las participantes que presentaron percepción inadecuada hacia el tacto vaginal, un 19.6% tuvo una explicación adecuada al procedimiento y un 80.4% una explicación inadecuada.

Conclusiones: Se encontró evidencia para la relación de la explicación del procedimiento del tacto vaginal y la percepción hacia el mismo, donde existe 4 veces mayor probabilidad de que haya percepción inadecuada cuando hay explicación inadecuada (OR= 4,1 IC95% 0,9 – 18,0) (7).

A nivel internacional

2.4.4. Autor: Madeline Michell Quintero Castillo

Título: PERCEPCIÓN DE LA PARTURIENTA ACERCA DEL TACTO VAGINAL EN EL ÁREA DE PARTO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO 2018.

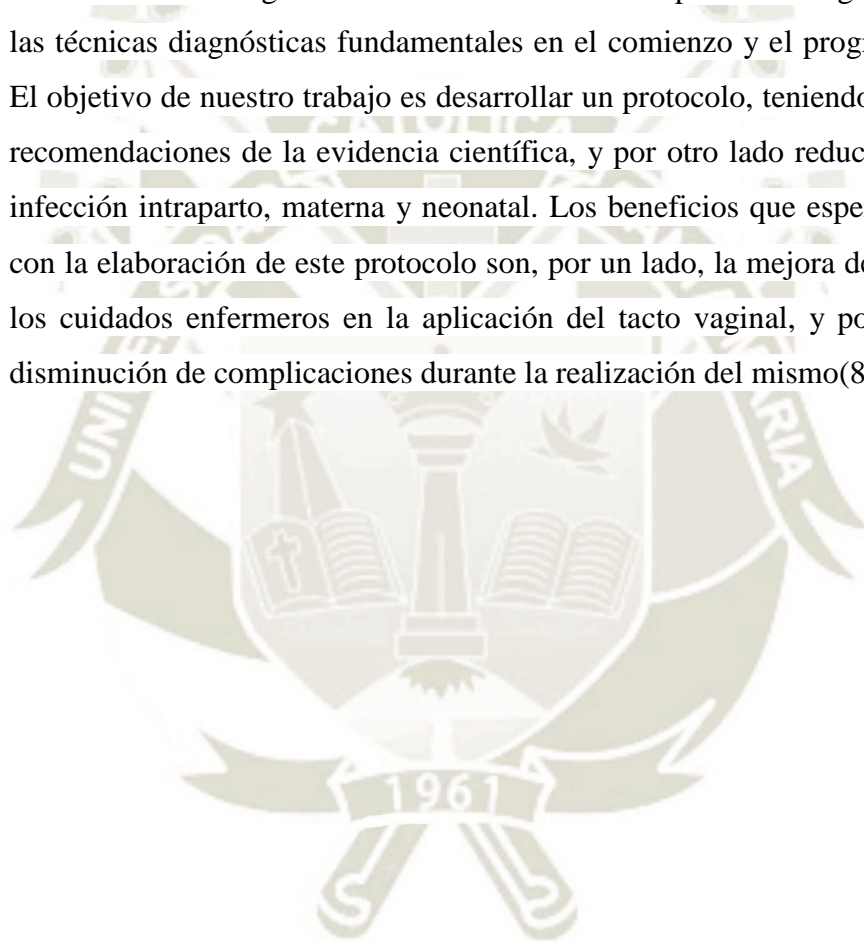
Resumen: La comunicación entre el personal médico y el paciente debe efectuarse con confianza, respeto y privacidad de manera que el profesional pueda informar y manifestar con claridad los diferentes procedimientos que se realizan durante el trabajo de parto, esencialmente cuando se realiza el tacto vaginal, ya que una desinformación hace que lo perciban negativamente.

Objetivo: Determinar la percepción de la parturienta acerca del tacto vaginal durante el trabajo de parto en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel. Para su desarrollo se empleó el método de enfoque descriptivo, de tipo observacional, no experimental. Se utilizó una muestra de 95 pacientes a las que se le aplicó una encuesta, obteniendo como resultado que el 55% demuestran tener una percepción negativa con la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto, mientras que el 29% tienen una percepción positiva. Entre los factores psicológicos que influyen en una percepción negativa de las pacientes el 31% se negaron en algún momento a que se les realizara el tacto vaginal por tener miedo. Entre los factores emocionales tenemos la preocupación con un 55%. la sigue con un 29% el nerviosismo y en un 19% la parturienta refiere estar asustada. El número de gestantes que aun con un conocimiento previo de la importancia del tacto vaginal tienen una percepción negativa es del 52% (12).

2.4.5. Autor: Ballesteros Meseguer, Carmen López Pay, María Dolores Martínez Román, Concepción

Título: LA EXPLORACIÓN VAGINAL DURANTE LA ASISTENCIA AL PARTO

Resumen: El tacto vaginal es un procedimiento que se utiliza con mucha frecuencia durante la asistencia a la mujer gestante tanto en el periodo del parto como durante el seguimiento del embarazo. La exploración vaginal, es una de las técnicas diagnósticas fundamentales en el comienzo y el progreso del parto. El objetivo de nuestro trabajo es desarrollar un protocolo, teniendo en cuenta las recomendaciones de la evidencia científica, y por otro lado reducir el riesgo de infección intraparto, materna y neonatal. Los beneficios que esperamos obtener con la elaboración de este protocolo son, por un lado, la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros en la aplicación del tacto vaginal, y por otro lado la disminución de complicaciones durante la realización del mismo(8).



2.4.6 Autor: Cáceres Huamán Marleni

Título: INFORMACIÓN OPORTUNA, PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES HACIA EL TACTO VAGINAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO – HOSPITAL REZOLA 2014

Resumen

Objetivo: El presente estudio de investigación se realiza con la finalidad de determinar la relación que existe entre la información oportuna del profesional de la salud y la percepción de la gestante, sobre el tacto vaginal en el trabajo de parto, en puérperas atendidas en Hospital Rezola en el periodo 2014.

Material y métodos: Para su desarrollo se empleó el método de enfoque cuantitativo tipo descriptivo, correlacional de corte transversal y la recolección de datos se realizó aplicando un cuestionario de preguntas objetivas a 50 puérperas obtenidas a través de un muestreo de aleatorio simple del total atendidas durante el año 2014.

Resultados: la información oportuna de procedimiento del tacto vaginal fue adecuada para las puérperas en un 40% e inadecuado en un 60 %, la percepción hacia el tacto vaginal de las gestantes fue adecuado en un 22% e inadecuada en un 78%, de lo cual se desprende una correlación de uno para las variables en estudio,

Conclusiones: Se estableció que existe una relación muy fuerte entre la información oportuna y la práctica del tacto vaginal.

Palabras claves: Información oportuna del tacto vaginal, Percepción del tacto vaginal (19).

2.4.7 Autor: Jessica Hanae Zafra-Tanaka, Renee Montesinos-Segura, Pamela D. Flores-Gonzales y Álvaro Taype-Rondan

Título: EXCESO POTENCIAL DE EXÁMENES VAGINALES DURANTE EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN 13 HOSPITALES PERUANOS

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia del potencial exceso de exámenes vaginales (PEVE) durante el manejo del trabajo de parto e identificar sus factores asociados, en hospitales peruanos.

Métodos: Análisis secundario de los datos recolectados en el estudio Disrespect and abuse during Childbirth in Perú (DECIDE), realizado entre abril y mayo de 2016. En este estudio, las mujeres hospitalizadas en hospitales peruanos inmediatamente después del parto fueron encuestadas por personal capacitado. PEVE, el resultado principal, se consideró como cinco o más exámenes vaginales (EV) realizados durante el manejo del trabajo de parto. Se realizaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para calcular las razones de prevalencia brutas y ajustadas (cPR y aPR), así como sus intervalos de confianza del 95% (IC del 95%).

Resultados: Se evaluaron mil cuatrocientos veinte registros de 13 hospitales de 8 ciudades peruanas. El número de mujeres estudiadas en cada hospital osciló entre 100 y 129. La mediana de edad fue de 26 años (rango intercuartílico: 22-31). La mediana del número de EV fue de 3 (rango intercuartílico: 2-5). La proporción de mujeres que se sometieron a PEVE fue del 33,9%, este osciló entre 0,9 y 69,9% en los hospitales estudiados. La frecuencia de PEVE fue mayor en las mujeres que asistieron a > 2 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, en comparación con las que asistieron a ≤ 2 sesiones (PRa: 1,78 IC del 95%: 1,01–3,12); y entre las mujeres que dieron a luz entre las 18:00 h y las 23:59 h, frente a las que lo hicieron entre las 7:00 y las 17:59 h (TPA: 1,28 IC 95%: 1,04-1,57).

Conclusión: Aproximadamente una de cada tres mujeres se sometió a un PEVE, aunque esta frecuencia varió ampliamente entre los hospitales evaluados. Las mujeres con más sesiones de psicoprofilaxis y que dieron a luz entre las 18:00 h y las 23:59 h, presentaron una mayor frecuencia de PEVE. Los estudios futuros deben evaluar en profundidad las causas y consecuencias de esta alta frecuencia.

Palabras claves: Exámenes vaginales, Trabajo obstétrico, Parto (21).

2.4.8 Autor: Samaneh Dabagh-Fekri, Leila Amiri-Farahani, Leila Amini, Sally Pezaro

Título: Una encuesta sobre las percepciones de las mujeres primíparas iraníes sobre el examen vaginal durante el trabajo de parto

Resumen

Objetivo: Evaluar las percepciones sobre los exámenes vaginales (EV) durante el trabajo de parto entre las mujeres remitidas al Hospital Akbarabadi en Teherán, Irán.

Métodos: Se trata de un estudio transversal realizado entre diciembre de 2015 y mayo de 2016. Se incluyeron 200 mujeres primíparas.

Se utilizó un muestreo de conveniencia para seleccionar a los participantes. La herramienta de recolección de datos fue un cuestionario que recopilaba datos demográficos y obstétricos de las participantes, así como datos en relación con las experiencias de las mujeres de acuerdo con una escala designada y validada, 24 horas después del parto. Los puntajes más altos indicaron una percepción más positiva en relación con la experiencia de VE de un participante.

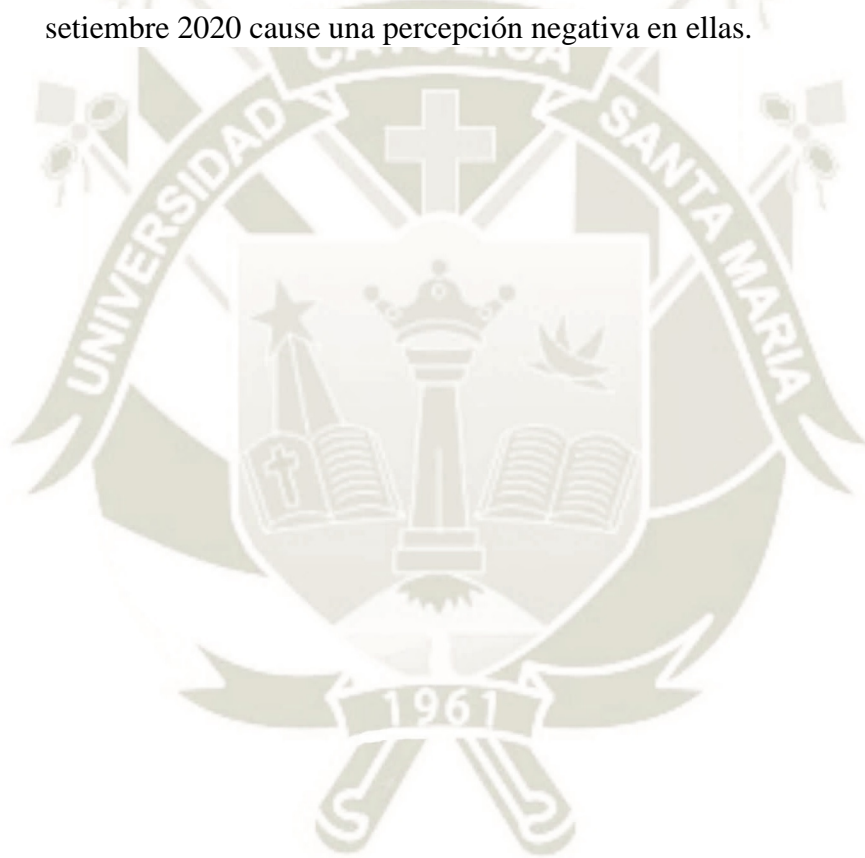
Resultados: La puntuación media \pm DE para la percepción de la EV y el número de exploraciones en la fase activa del trabajo de parto fue de $62,9 \pm 26,2$ y $7,4 \pm 2,44$, respectivamente. El análisis de regresión lineal múltiple mostró una relación significativa entre la duración percibida del examen (corto, promedio [$B = -1.03$], largo [$B = 3.84$]), sensación de comodidad con el examinador ($B = 2.73$) y el número de examinadores ($B = -0,81$) con las puntuaciones medias de sus percepciones ($p < 0,05$). Estas 3 variables explicaron el 8% de los cambios en la puntuación de percepción de las mujeres sobre la EV.

Palabras clave percepción, experiencia, trabajo de parto, exploración vaginal (18).

2.5 Hipótesis

Dado que el tacto vaginal es una exploración que mide el progreso del trabajo de parto, el no realizarlo en cantidades adecuadas y según las guías prácticas, las cuales indican que se debe brindar información previa sobre el procedimiento, así como conservando privacidad e intimidad de la parturienta.

Es probable que los tactos repetidos y la inadecuada realización del procedimiento en las gestantes durante el trabajo de parto realizado en el centro de salud Maritza Campos Díaz-Arequipa durante el periodo de marzo a setiembre 2020 cause una percepción negativa en ellas.



CAPÍTULO II: PLANTAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica comunicacional, entrevista telefónica.

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
V. independiente Tacto Vaginal en la evaluación del progreso del Trabajo de Parto	Tactos	Entrevista	Cédula de entrevista
V. dependiente Percepción de la parturienta acerca del tacto vaginal	Percepción positiva Percepción negativa	Entrevista	Cédula de entrevista

Instrumento: Cédula de entrevista validado por el análisis de coeficiente alfa de Cronbach y coeficiente de correlación de Spearman-Brown (Anexo 1).

La entrevista consta de 20 enunciados que invitan a las mujeres a comentar sobre su percepción del examen vaginal durante el trabajo de parto. Las preguntas estuvieron planteadas según la escala de Likert, siendo valoradas sobre una escala de 5 puntos para calcular el índice de satisfacción (2).

Para valorar la percepción positiva, se consideraron como enunciados positivos los siguientes: El cuerpo médico me informó de manera excelente acerca del Tacto Vaginal o siempre me solicitó permiso; sentí que podía siempre rechazarlo, que daba mi consentimiento antes que fuera realizado o que me sentía apoyada durante el Tacto Vaginal ; fue siempre hecho con gran cuidado, dignidad y privacidad; durante cada examen me informaron lo que estaba sucediendo, no los encontré desagradables, y la información recibida fue tranquilizadora .Los enunciados positivos fueron calificados

con 5 si estaban “muy de acuerdo” o con 1 si estaban “muy en desacuerdo” (2).

Para valorar percepción negativa, se consideraron como enunciados negativos los siguientes: La razón del Tacto Vaginal nunca fue apropiadamente discutida, me causaban gran vergüenza, me realizaron muchos, me causó gran ansiedad, fueron mucho más desagradables de lo que había imaginado, los sentí dolorosos, deseé que el médico me hubiera explicado mejor, la información recibida me causó ansiedad, y sentí que el Tacto Vaginal fue hecho bruscamente algunas veces. Los enunciados negativos fueron calificados con 1 si estaban “muy de acuerdo” o con 5 si estaban “muy en desacuerdo” (2).

Para llevar a cabo las entrevistas telefónicas se obtuvo a través del establecimiento de salud, al cual previamente se le solicitó autorización para la obtención de números telefónicos de pacientes que tuvieron su parto en el centro de salud y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Al momento de realizar las llamadas se le solicitó a cada participante su consentimiento en el cual se le informó lo que se realizaría en la entrevista que será grabada, luego se procedió a realizar las preguntas propuestas, una vez terminado la entrevista se les envió virtualmente un video informativo educativo relacionado al tacto vaginal.

Se informó a la paciente que esta entrevista sería con fines educativos con el propósito de mejorar a futuro la atención que brindan los profesionales de salud en los procedimientos realizados durante el trabajo de parto.

Materiales:

- Material de escritorio
- Impresora.
- Cédula de entrevista.
- Celular con disponibilidad para realizar llamadas con grabador de voz instalado.
- Computadora personal de procesamiento de texto y bases de datos, así como software estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

El trabajo se realizó en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz que se encuentra ubicado en la Esq. Yaraví con Marañón S/N, distrito Cerro Colorado provincia Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

2.2.1. Cronología. Setiembre 2020

2.2.2. Visión temporal. El estudio es prospectivo

2.2.3. Corte temporal: El corte es transversal-prospectivo

2.3. Unidades de estudio: Puérperas que hayan tenido parto eutócico en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

2.1.1. Población: La población de interés fue constituida en base 632 partos asistidos en el periodo marzo - setiembre 2019 en el área de Obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz cuyo promedio de atención son de 105 usuarias al mes el cual fue utilizado para la muestra.

2.1.2. Muestra:

$$n = \frac{105 * 400}{105 + 400}$$
$$n = \frac{42000}{505} = 83$$

La muestra estuvo conformada por 83 puérperas que tuvieron parto eutócico en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz y cumplieron con los criterios de selección.

2.1.3. Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

- Puérperas de parto eutócico atendidas en el establecimiento de salud Maritza Campos Díaz en el periodo que se realizará el estudio.
- Puérperas mayores de 18 años

- Puérperas que antes de su parto hayan sido ingresadas a sala de dilatación con un mínimo de 4 cm de dilatación.
- Puérperas cuyo parto haya sido a término (mayor a 36,6 sem.) y que haya culminado en parto vaginal.
- Puérperas que hayan sido expuestas durante su trabajo de parto a tactos vaginales.

b. Criterios de exclusión

- Gestante que requieren finalización de embarazo por cesárea.
- Parturienta que llegue al establecimiento de salud en fase de expulsivo
- Paciente con riesgo obstétrico en trabajo de parto con complicaciones a las que se les indique tacto diferido o restringido.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Para ejecutar el presente estudio, se realizó el trámite administrativo por medio de la facultad de Obstetricia y Puericultura enviando un oficio al director del Centro de Salud Maritza Campos Díaz con el fin de obtener la autorización y poder entrevistar a las puérperas que tuvieron su parto en dicho establecimiento de salud.

3.2. Recursos:

a. Humanos

- Investigadoras:
 - Luna Pacheco, Ana Sabrina
 - Rosales Ortiz, Fabiola Grace
- Asesor.
 - Dr. Rodríguez Zinanyuca, Alfredo

b. Físicos

- Material de escritorio
- Ficha de datos
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y base de datos
- Celular con disponibilidad para realizar llamadas con grabador de voz instalado.

c. Económicos

- Autofinanciado por las investigadoras

d. Institucionales

Infraestructura del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

3.3. Validación del Instrumento:

Los datos recaudados se llenaron en la cedula de entrevista: “Percepciones de las mujeres sobre el examen vaginal durante el trabajo de parto” dicho cuestionario fue validado mediante análisis factorial confirmatorio, cálculo del coeficiente alfa de Cronbach y coeficiente de correlación de Spearman-Brown, respectivamente, donde el análisis factorial confirmatorio indicó que la versión farsi del cuestionario sobre las percepciones de las mujeres sobre el examen vaginal durante el trabajo de parto tenía una estructura adecuada. El coeficiente alfa de Cronbach del cuestionario se informó como 0,76. El coeficiente de correlación de Spearman-Brown también mostró una fiabilidad prueba-reprueba adecuada (18).

3.4. Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado de forma oral a las púerperas que estuvieron de acuerdo en participar con la investigación luego de informar brevemente de que se trataba recalcándoles que la información obtenida de la cédula de entrevista se utilizó exclusivamente con fines académicos, manteniendo confidencialidad.

4. Estrategia para manejar los resultados

4.1. Plan de procesamiento

a. Tipo de procesamiento

Se construyó una matriz de datos a partir de las variables y las respuestas dadas en la célula de la encuesta se ingresaron en una base de datos diseñada de acuerdo a las preguntas de la cédula de encuesta.

b. Operaciones de la sistematización

Se realizó un plan de tabulación y un plan de graficación, en el plan de tabulación se utilizó tablas de entrada simple y doble entrada, estos además fueron numéricos y literales; y en el plan de graficación, se utilizaron gráficos de barras y torta.

4.2. Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con determinación de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Se compara variables entre grupos mediante prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará el programa Excel 2016 con su complemento analítico, y el paquete estadístico SPSS v.22 para Windows.



**CAPÍTULO III:
RESULTADOS**

Tabla 1

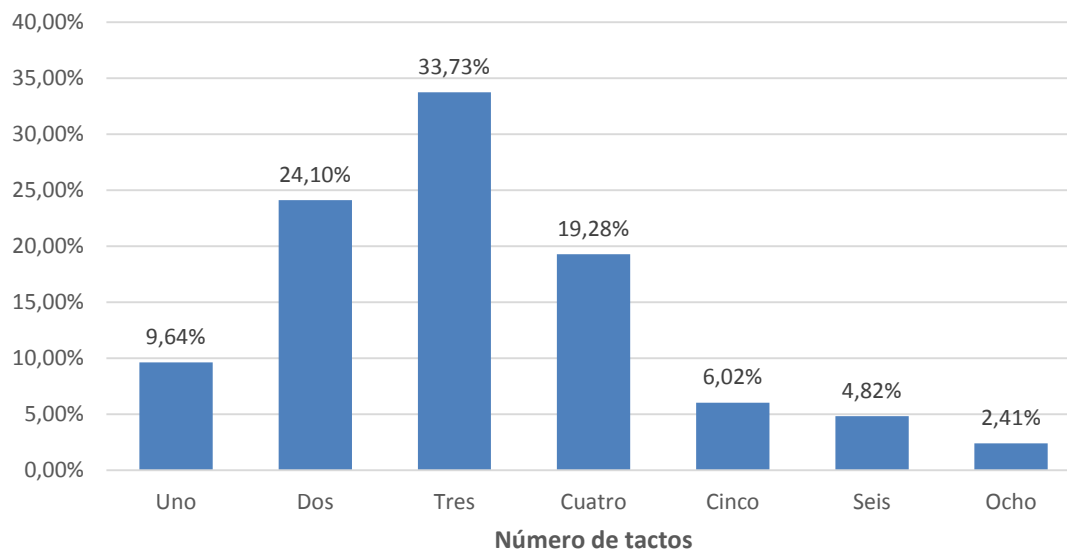
Número de tactos vaginales realizados en las parturientas del servicio de obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz

	N°	%
Uno	8	9.64
Dos	20	24.10
Tres	28	33.73
Cuatro	16	19.28
Cinco	5	6.02
Seis	4	4.82
Ocho	2	2.41
Total	83	100.00

Fuente: elaboración propia

Interpretación: Solo se realizó un tacto en 9.64% de casos, siendo la media de tres tactos con 33.73% y cabe resaltar que se realizaron un máximo de ocho tactos en 2.41% de pacientes.

Gráfico 1



Media: 3 tactos

Tabla 2

Percepción acerca de los tactos vaginales durante el trabajo de parto por las parturientas del servicio de obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz

	N°	%
Negativa	35	42.17
Positiva	48	57.83
Total	83	100.00

Fuente: elaboración propia

Interpretación: Considerando el total de opiniones hacia las 20 interrogantes del instrumento, se encontró que el 57.83% de parturientas mostró una opinión positiva hacia el tacto vaginal.

Gráfico 2

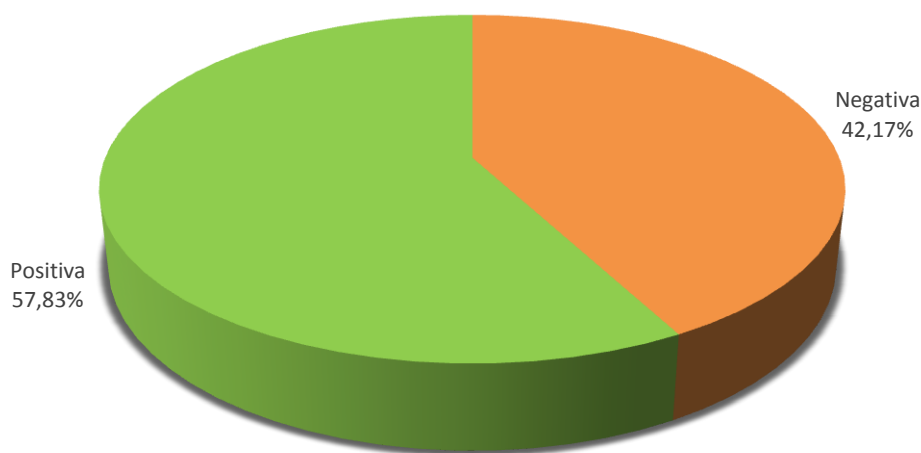


Tabla 3
**Percepción según número de tactos realizado en parturientas del servicio de
obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz**

T. vaginales	Total	Percepción			
		Negativa		Positiva	
		N°	%	N°	%
Uno	8	4	50.00%	4	50.00%
Dos	20	7	35.00%	13	65.00%
Tres	28	7	25.00%	21	75.00%
Cuatro	16	8	50.00%	8	50.00%
Cinco	5	4	80.00%	1	20.00%
Más de 5	6	5	83.33%	1	16.67%
Total	83	35	42.17%	48	57.83%

Fuente: elaboración propia

$$\text{Chi}^2 = 11.51 \quad \text{G. libertad} = 5 \quad p = 0.04$$

Interpretación: Se encontró que la relación entre la cantidad de tactos y la percepción de la parturienta, en el caso de las pacientes a las que se les realizó 1 y 4 tactos, no se evidenció diferencia significativa entre las percepciones ya que ambas fueron de un 50%, en el caso de nuestra media en cantidad de exámenes vaginales que corresponde a 3 tactos, muestra una percepción positiva en un 75%, finalmente a las que se les realizó más de 5 tactos siendo el máximo 8 tactos el 83.33% mostro una percepción negativa, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

Gráfico 3

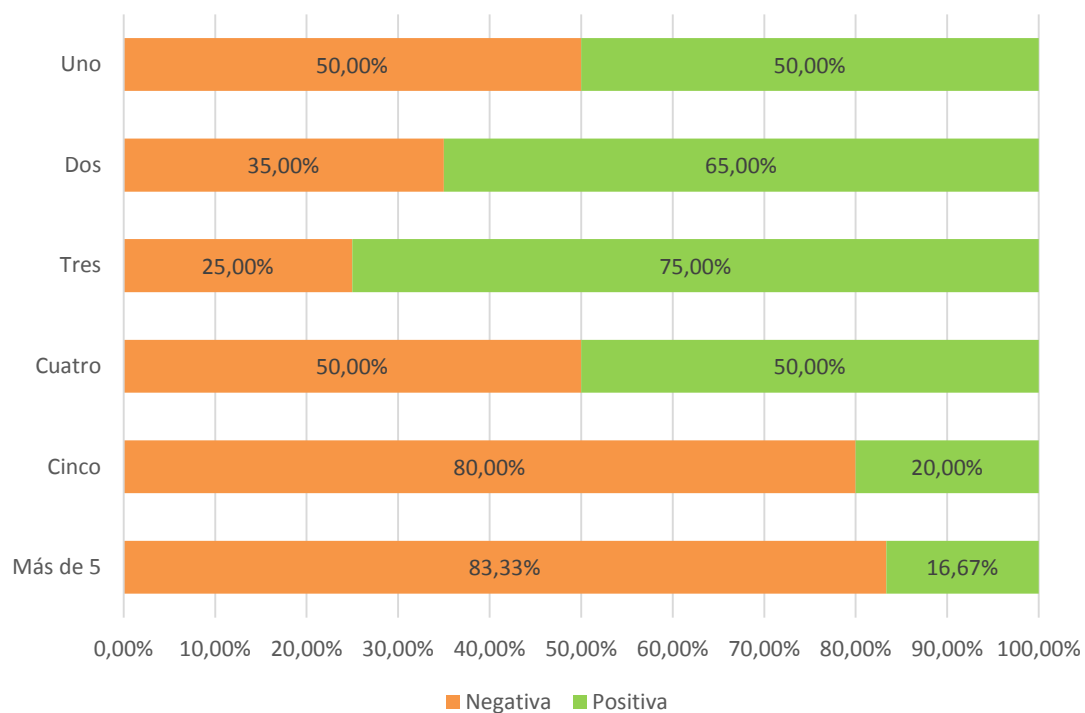


Tabla 4

Percepción de las parturientas acerca de los enunciados POSITIVOS sobre el examen vaginal durante el trabajo de parto

	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni en acuerdo / Ni Desacuerdo				Muy en desacuerdo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Información del cuerpo médico	3	3.61%	31	37.35%	9	10.84%	39	46.99%	1	1.20%
Rechazo a la realización	2	2.41%	17	20.48%	10	12.05%	54	65.06%	0	0.00%
Solicitud de permiso	5	6.02%	47	56.63%	4	4.82%	22	26.51%	5	6.02%
Realizado con cuidado	5	6.02%	60	72.29%	4	4.82%	14	16.87%	0	0.00%
Realizado con respeto	7	8.43%	62	74.70%	6	7.23%	4	4.82%	4	4.82%
Consentimiento previo	5	6.02%	59	71.08%	9	10.84%	9	10.84%	1	1.20%
Apoyo durante examen	10	12.05%	41	49.40%	7	8.43%	22	26.51%	3	3.61%
Respeto a privacidad	8	9.64%	49	59.04%	5	6.02%	15	18.07%	6	7.23%
Información durante examen	7	8.43%	45	54.22%	4	4.82%	19	22.89%	8	9.64%
No percibió como desagradable	1	1.20%	33	39.76%	13	15.66%	35	42.17%	1	1.20%
Información tranquilizadora	1	1.20%	52	62.65%	7	8.43%	20	24.10%	3	3.61%

Fuente: elaboración propia

Interpretación: El enunciado con mayor porcentaje en el cual las puérperas encuestadas se encontraron de acuerdo fue “Realizado con respeto” con el 74.70%, seguido del mayor porcentaje en el cual las puérperas encuestadas se encontraron

desacuerdo está el enunciado “Rechazo a la realización” con el 65.06%, y por último el mayor porcentaje en que las puérperas se encontraron indiferentes fue el 15.66% con el enunciado “No percibió como desagradable”.

Tabla 5
Percepción de las parturientas acerca de los enunciados NEGATIVOS
sobre el examen vaginal durante el trabajo de parto

	Muy de acuerdo		De acuerdo		Ni en acuerdo / Ni en desacuerdo		Desacuerdo		Muy en desacuerdo	
	N	%	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Discusión sobre el examen	0	0.00%	47	56.63%	10	12.05%	23	27.71%	3	3.61%
Vergüenza por examen	2	2.41%	22	26.51%	10	12.05%	49	59.04%	0	0.00%
Planeación de exámenes	2	2.41%	15	18.07%	21	25.30%	45	54.22%	0	0.00%
Ansiedad por el examen	4	4.82%	50	60.24%	3	3.61%	26	31.33%	0	0.00%
Percibió examen como desagradable	5	6.02%	33	39.76%	8	9.64%	37	44.58%	0	0.00%
Percepción dolorosa	9	10.84%	31	37.35%	18	21.69%	25	30.12%	0	0.00%
Deseo de explicación previa	9	10.84%	69	83.13%	2	2.41%	3	3.61%	0	0.00%
Información causó ansiedad	4	4.82%	24	28.92%	8	9.64%	46	55.42%	1	1.20%
Examen brusco	5	6.02%	24	28.92%	8	9.64%	45	54.22%	1	1.20%

Fuente: elaboración propia

Interpretación: El enunciado con mayor porcentaje en el cual las puérperas encuestadas se encontraron de acuerdo fue “Deseo de explicación previa” con el 83.13%, seguido del mayor porcentaje en el cual las puérperas encuestadas se encontraron desacuerdo está el enunciado “Vergüenza por examen” con el 59.04%, y

por último el mayor porcentaje en que las púerperas se encontraron indiferentes fue el 25.30% con el enunciado “Percepción de la cantidad de exámenes vaginales”

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la **Tabla y Gráfico 1** En nuestra encuesta el promedio de tactos vaginales fue de un mínimo de 1 y un máximo de 8 tactos, siendo la mediana fue de tres tactos con un porcentaje de 33,73% ,sin embargo en el estudio realizado por Christian Ortega (20) el promedio de tactos vaginales fue de 5.7 ± 3.5 tactos, con un máximo de 20 tactos, la mediana fue de cinco y la moda de tres tactos vaginales ; en el estudio realizado por Franco Romaní (2) ,las participantes refieren que fueron realizados un promedio de $4,0 \pm 1,7$ tactos vaginales durante el trabajo de parto.

Considerando el total de opiniones hacia las 20 interrogantes del instrumento, se encontró que el 42.17% de parturientas mostró una opinión negativa hacia el tacto vaginal, y 57.83% una opinión positiva, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 2**, siendo lo opuesto en comparación al estudio realizado por Madeline Quintero(12) cuyos resultados reflejan lo opuesto a lo hallado en nuestro estudio siendo el 29% el total de percepciones positivas y un 55% demuestra tener una percepción negativa con la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo, otro estudio que refleja también mayor porcentaje de percepciones negativas es el de Yovanna Núñez Gómez(9), y col. realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima Perú 2010 cuyos resultados reflejan que el 92% refirió una inadecuada percepción hacia el procedimiento del tacto vaginal y sólo el 8% tuvo una adecuada percepción del mismo.

En la **Tabla y Gráfico 3** se encontró que la relación entre la cantidad de tactos y la percepción de la parturienta en el caso de las pacientes a las que se les realizó 1 tacto, no se evidenció diferencia significativa entre las percepciones ya que ambas fueron de un 50%, en el caso de las que tuvieron 2 tactos primó la percepción positiva con un 65%, en el caso de la media que corresponde a 3 tactos, muestra una percepción positiva en un 75%, en las pacientes que se les realizó 4 tactos el resultado fue similar al de las pacientes a las que se les realizó 1 tacto es decir sin diferencia significativa con un 50%, por lo contrario a las pacientes a las que se les realizó 5 tactos primo la percepción negativa con un 80% finalmente a las que se les realizó más de 5 tactos (máximo de 8)

el 83.33% mostró una percepción negativa, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), en comparación al estudio realizado por Christian Ortega (20) en el que muestra que el 72% tuvo una percepción positiva además se encontró que el 33.3% de este total se les realizó entre 6 y 10 tactos vaginales.

En la **Tabla 4** de nuestro estudio representa el nivel de satisfacción en relación a los enunciados positivos comparándolo con el estudio de Franco Romaní (2) el cual muestra que el enunciado con mayor porcentaje fue “durante cada examen me informaron que estaba sucediendo” en el cual el 46.7% de las pacientes encuestadas estuvieron de acuerdo con el enunciado en comparación a nuestro resultado el enunciado con mayor porcentaje fue “Realizado con respeto” en el cual el 74.70% de las púérperas encuestadas se encuentra de acuerdo con lo indicado, en el caso del enunciado con el menor porcentaje en el estudio realizado por Franco Romaní (2) fue “yo sentí que siempre daba mi consentimiento antes que el examen fuera realizado” en el cual el 0.9% de las pacientes encuestadas estuvieron muy en desacuerdo con el enunciado, esto en comparación a nuestro estudio el enunciado que tuvo el menor porcentaje fue “Información durante examen” con el 9.64% de las púérperas encuestadas se encuentran muy en desacuerdo con lo indicado.

En la **Tabla 5** de nuestro estudio representa el nivel de satisfacción en relación a los enunciados negativos comparándolo con el estudio de Franco Romaní (2) el cual muestra que el enunciado con mayor porcentaje fue “los exámenes vaginales me causaban gran vergüenza” en el cual el 50.5% de las pacientes encuestadas estuvieron de acuerdo con el enunciado en comparación a nuestros resultados el enunciado con mayor porcentaje fue “Deseo de explicación previa” en el cual el 83.13% de las púérperas encuestadas se encuentra de acuerdo con lo indicado, en relación a este enunciado “Deseo de explicación previa” según el estudio realizado por Yovanna Núñez Gómez(9), y col. realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima Perú 2010 para las participantes que presentaron percepción adecuada hacia el tacto vaginal, un 50% tuvo una explicación adecuada al procedimiento y el otro 50% restante una explicación inadecuada, es decir no hay relación entre el deseo de una explicación previa del tacto vaginal y la percepción positiva de la paciente, esto comparándolo con nuestro trabajo la mayoría de las púérperas encuestadas (83.13%) tuvo el deseo de tener una explicación previa; en el caso del enunciado con el menor porcentaje en el estudio realizado por Franco Romaní (2) fue “Pensando en mi trabajo de parto, me realizaron muchos exámenes vaginales” en el cual el 0.9% de las pacientes encuestadas estuvieron

muy en desacuerdo con el enunciado, esto en comparación a nuestro estudio el enunciado que tuvo el menor porcentaje fue “Discusión sobre el examen” con el 3.61% de las púerperas encuestadas se encuentran muy en desacuerdo con lo indicado.

Cabe resaltar que el presente trabajo está basado a los antecedentes investigativos antes mencionados, en cuanto a la contemporaneidad de dichos antecedentes no se encontraron muchos estudios previos actualizados que se encuentren dentro de los 5 años indicados la mayoría a excepción de algunos se encuentran dentro de los 10 años anteriores a la actualidad lo que le da mayor relevancia al presente estudio.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

1. Se realizó una media de tres tactos vaginales durante el trabajo de parto con el porcentaje de 33.73%, llegando a un máximo de 8 tactos en un 2.41% en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz- Zamácola.
2. La percepción de las parturientas acerca del tacto vaginal durante su trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola fue positiva en 57.83%.
3. Hubo una percepción significativamente negativa entre parturientas a partir de cinco a más tactos vaginales en relación a las que tuvieron menos cantidad de tactos durante el progreso del trabajo de parto, en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz -Zamácola.

RECOMENDACIONES

- 1) A los futuros investigadores que desean continuar con el trabajo, se sugiere realizar o complementar el estudio comparando la percepción de las parturientas clasificándolas por edades y paridad, ya que puede haber variación en los resultados en relación a estos indicadores.
- 2) A las obstetras de los diferentes establecimientos de salud de nuestra localidad, se sugiere mejorar la calidad de atención en servicio de obstetricia siendo más empáticas al dolor y brindar un servicio humanizado a la parturienta, además que en los controles del tercer trimestre brinden información breve acerca del trabajo de parto y los procedimientos que conlleva enfocándose en el tacto vaginal y derechos de la usuaria también fomentar la importancia de la psicoprofilaxis de esa manera lograr que más usuarias asistan a las sesiones para conocer más acerca de su embarazo y llegar más preparadas con información adecuada para su trabajo de parto y al momento del parto.
- 3) A la Facultad de Obstetricia y Puericultura, se sugiere aportar más en la sensibilización de los futuros obstetras con respecto a la importancia de la calidad de atención que debe recibir la usuaria al momento de acudir por los diferentes servicios de obstetricia ser empáticos, cuidadosos, respetuosos al momento de realizar procedimientos en las usuarias, así como también poner mayor énfasis a la práctica clínica de nuestro plan curricular implementado material didáctico de tal forma que se puedan lograr profesionales con mayor capacitación para que puedan desenvolverse adecuadamente en la realización de diferentes procedimientos con mejor calidad de atención y buen servicio a las usuarias.

REFERENCIAS

1. Salud GtdtOMdl. El parto es nuestro. [Online].; 1996 [cited 2020 Abril 21]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/oms-cuidados-en-el-parto-normal-guia-practica>.
2. Romani Romani F, Quispe Huayta J, Rodriguez Briceño P. Percepcion sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo del parto. Cimel. 2007 Junio; 12(1).
3. Menendez Guerrero G, Cabrera I, Hidalgo Rodriguez YECJ. EL embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia. 2012 Julio-Setiembre; XXXVIII(3).
4. Alfredo PSAP. El parto. In Villasante MPM, editor. Obstetricia. Cuarta ed. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2011. p. 340-341.
5. Dr. Carbajal Cabrera JA, Dra. Barriga Cofmeli MI. Manual de Obstetricia y Ginecologia. [Online].; 2019 [cited 2020 Junio 28]. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>
6. Schwarcz R, Fescina R, Duverge C. Parto Normal. In Schwarcz Ricardo FRDC. Obstetricia. Buenos Aires: El ateneo; 2016. p. 470-475.
7. Nuñez Gómez Y, Mejia Napa V. Cybertesis UNMS. [Online].; 2011 [cited 2020 Julio 2]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3020/Mejia_nv.pdf;jsessionid=8CB75ECE7EBAB9CA4AE5CA3C672452A4?sequence=1.
8. Ballesteros Meseguer C, Lopez Pay MD, Martinez Roman C. Exploracion Vaginal durante la asistencia al parto. Revista cientifica de Enfermeria Recien. 2012 Mayo;(4).
9. Dr.Napolez Méndez D. Evaluación del cérvix anteparto: Importancia practica en obstetricia. MEDISAN. 2013 Marzo; XVII(5).
10. Valenzuela Mujica MT, Uribe Torres C, Contreras Mejia A. Modalidad Integral de Atención de parto y su Relación con el bienestar materno. Index de Enfermeria. 2011 Diciembre; XX(4).
11. Vargas Melgarejo LM. Alteridades. [Online].; 1994 [cited 2020 Agosto 4]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>.

12. Quintero Castillo MM. Repositorio institucional de la universidad de Guayaquil. [Online].; 2019 [cited 2020 Agosto 10. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42016/1/CD%20623-%20QUINTERO%20CASTILLO%20MADELINE%20MICHELL.pdf>.
13. Murillo Sotomayor AE, Guadalima M, Maribel G. UTPL. [Online].; 2013 [cited 2020 Agosto 11. Available from: https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/pdf/guia_taller_examen_ginecologico_y_pap_test_0.pdf.
14. Salud OMD. HRP.Human Reproduction Programme. [Online].; 2019 [cited 2020 Agosto 10. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>.
15. Artal Mittelmark R. Manual MSD. [Online].; 2019 [cited 2020 Agosto 10. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>.
16. Dr.Carvajal Cabrera J, Ralph Troncoso C. Escuela de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. [Online].; 2018 [cited 2020 Junio 21. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.
17. Dr. Guzmán Parrado R. Trabajo de Parto: Fisiología y alteraciones disfuncionales. Infomed. 2013 Diciembre.
18. Dabagh Fekri F, Amiri Farahani L, Bazarganipour F, Hasanpoor Azghady S. Propiedades psicometricas de la version farsi del cuestionario sobre las percepciones de las mujeres sobre el examen vaginal durante el trabajo de parto. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018 Noviembre; VII(6).
19. Cáceres Huamán M. Repositorio u.p.s.b. [Online].; 2014 [cited 2020 Noviembre 10. Available from: <http://repositorio.upsb.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UPSB/86/CaceresHuamanMarleni.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
20. Ortega C, López C, Romaní F, Correa R. Percepción y satisfacción de las usuarias de los hospitales públicos de ciudad de Panamá sobre el tacto vaginal

- durante el trabajo de parto. Revista Peruana de Epidemiología. 2009 Agosto; XIII(2).
21. Zafra J, Renee MS, Flores Gonzales P, Taype-Rondan Á. Reproductive Healt. [Online].; 2019 [cited 2020 Noviembre 12. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0811-9>
 22. Perez Porto J, Gardey A. Definicion de Percepcion. [Online].; 2012 [cited 2020 Diciembre 4. Available from: <https://definicion.de/percepcion-social/>.
 23. Lopez Pareja M. Vitonica. [Online].; 2017 [cited 2020 Diciembre 4. Available from: <https://www.vitonica.com/lesiones/umbral-y-percepcion-del-dolor-que-son-y-como-nos-afectan>.





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

“Percepción de la parturienta sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto, Servicio de Obstetricia, Centro de Salud Maritza Campos Díaz Arequipa- 2020”

A continuación, se le proporcionará una tabla con 20 enunciados de los cuales deberá marcar con una (x) debajo del recuadro con el que usted relacione más su percepción en las diferentes situaciones.

Enunciado	MA	D	NA	DA	MDA
a) El cuerpo médico me dio información excelente acerca del examen vaginal.					
b) Yo sentí siempre que podía rechazar un examen vaginal.					
c) El cuerpo médico siempre me pidió permiso para la realización de un examen vaginal.					
d) El examen vaginal fue siempre hecho con gran cuidado.					
e) La realización del examen vaginal nunca fue adecuadamente discutida.					
f) Los exámenes vaginales fueron hechos con respeto.					
g) Yo sentí que siempre daba mi consentimiento antes que el examen fuera realizado.					
h) Yo siempre me sentí apoyada durante el examen vaginal.					
i) La privacidad fue siempre mantenida durante los exámenes vaginales.					
j) Los exámenes vaginales me causaban gran vergüenza					
k) Durante cada examen me informaron que estaba sucediendo.					
l) Yo no encontré los exámenes vaginales desagradables.					

m) Pensando en mi trabajo de parto, me realizaron muchos exámenes vaginales.					
n) La realización de un examen vaginal me causa gran ansiedad.					
o) Los exámenes vaginales fueron mucho más desagradables de lo que había imaginado.					
p) Yo encontré los exámenes vaginales dolorosos.					
q) Yo hubiera deseado que el médico me hubiera explicara mejor acerca del examen vaginal					
r) La información recibida del examen vaginal fue tranquilizadora					
s)La información recibida del examen vaginal fue tranquilizadora.					
t) Yo sentí que el examen vaginal fue bruscamente hecho algunas veces.					

MUY DE ACUERDO	MA
DE ACUERDO	D
NI EN ACUERDO/NI EN DESACUERDO	NA
DESACUERDO	DA
MUY EN DESACUERDO	MDA

Anexo 2: Consentimiento informado

Yo bachiller SABRINA LUNA PACHECO identificada con el DNI 74020448, FABIOLA ROSALES ORTIZ identificada con el DNI 71624751, ambas pertenecientes a la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, solicitamos su participación en el estudio de investigación “Percepción de la parturienta sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto en el área de obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz- Zamácola en el periodo de marzo - setiembre 2020” Al aceptar que se le realice la encuesta significa que el estudio de investigación ha sido descrito a usted oralmente, y que está de acuerdo en participar voluntariamente.

En mis plenas facultades mentales acepto participar, comprendo que seré parte de un estudio de investigación que se enfoca a estudios sobre percepción hacia el tacto vaginal durante el trabajo de parto. Sé que mis respuestas a las preguntas y apreciación al desempeño del personal que realizó dicho procedimiento serán utilizadas para fines de investigación y paso a autorizar oralmente mi participación.

Anexo 3: Croquis Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola



Anexo 4: Matriz de sistematización de información

Orden	a) El cuerpo médico me dio información	b) Yo sentí siempre que podía rechazar un examen	c) El cuerpo médico siempre me pidió permiso	d) El examen vaginal fue siempre hecho con gran	e) La realización del examen vaginal nunca	f) Los exámenes vaginales fueron hechos	g) Yo sentí que siempre daba mi consentimiento	h) Yo siempre me sentí apoyada durante el	i) La privacidad fue siempre mantenida	j) Los exámenes vaginales me causaban gran	k) Durante cada examen me	l) Yo no encontré los exámenes vaginales	m) Pensando en mi trabajo de parto, me realizaron	n) Realización de un examen vaginal me causa gran	o) Los exámenes vaginales fueron mucho	p) Yo encontré los exámenes vaginales	q) Yo hubiera deseado que el médico me hubiera	r) La información recibida del examen	s) La información recibida del examen	t) Yo sentí que el examen vaginal fue brusco	Puntuación	Nivel de Apreciación	Cuántos tactos vaginales le han realizado	Cat Tactos
62. pcte # 76	2	3	2	3	2	3	3	2	3	4	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	42	Negativa	8 > 5	
79. pcte # 100	3	3	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	46	Negativa	4	4
51. pcte # 61	2	4	1	3	4	3	2	2	1	4	1	5	4	2	2	1	1	1	5	1	49	Negativa	2	2
28. pcte # 32	4	4	4	3	3	3	4	2	2	2	1	4	1	1	1	2	1	2	2	2	49	Negativa	3	3
10. pcte # 12	4	2	2	2	5	1	2	4	1	4	1	3	4	2	3	2	2	2	2	2	50	Negativa	3	3
7. pcte # 9	4	2	2	2	5	1	2	4	1	4	1	3	4	2	3	2	2	2	2	2	50	Negativa	4	4
11. pcte # 13	4	2	2	2	5	1	2	4	1	4	1	3	4	2	3	2	2	2	2	2	50	Negativa	4	4
17. pcte # 19	4	3	5	4	2	1	1	2	4	2	1	2	2	3	2	2	2	4	3	2	51	Negativa	2	2
66. pcte # 80	2	2	4	4	2	4	4	3	2	2	4	2	2	2	2	2	1	2	2	4	52	Negativa	4	4
39. pcte # 47	2	2	4	2	4	4	4	4	5	2	5	4	1	1	1	1	2	3	1	1	53	Negativa	4	4
18. pcte # 20	4	2	4	4	2	4	4	4	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	53	Negativa	6 > 5	
34. pcte # 41	2	2	4	2	4	4	4	4	5	2	5	4	1	1	1	1	2	3	1	1	53	Negativa	6 > 5	
36. pcte # 43	2	2	2	2	4	3	2	1	4	4	4	2	4	4	4	2	2	1	3	2	54	Negativa	2	2
61. pcte # 72	2	2	4	2	2	2	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	54	Negativa	3	3
53. pcte # 63	2	2	1	2	2	4	4	1	4	4	2	2	4	2	4	2	2	4	4	3	55	Negativa	1	1
67. pcte # 81	2	4	2	4	4	2	4	2	1	4	2	2	4	2	4	1	2	2	2	5	55	Negativa	1	1
68. pcte # 82	2	2	4	2	2	2	4	3	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	4	2	55	Negativa	2	2
8. pcte # 10	4	4	3	4	2	4	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	4	4	2	55	Negativa	3	3
70. pcte # 85	2	2	4	4	2	4	4	2	2	2	4	2	4	2	2	2	1	4	4	2	55	Negativa	4	4
41. pcte # 49	2	2	4	2	4	4	4	2	4	4	1	4	2	2	2	2	3	2	3	2	55	Negativa	5	5
59. pcte # 69	2	3	2	2	2	3	4	3	3	2	1	4	4	4	2	3	2	4	3	3	56	Negativa	1	1
48. pcte # 58	2	2	1	2	2	4	4	1	4	4	2	2	4	2	4	2	2	4	4	4	56	Negativa	3	3
55. pcte # 65	2	2	4	2	4	4	4	2	4	4	2	4	2	2	2	2	2	3	2	3	56	Negativa	4	4
15. pcte # 17	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	4	2	2	2	4	1	1	2	2	1	56	Negativa	5	5
77. pcte # 96	3	2	2	4	2	4	3	3	4	4	3	3	3	2	2	2	2	3	2	4	57	Negativa	4	4
35. pcte # 42	2	2	2	3	2	3	3	4	4	4	3	2	3	2	2	3	2	4	4	3	57	Negativa	5	5
58. pcte # 68	2	2	4	4	2	4	4	4	2	4	4	2	4	4	2	2	2	2	2	2	58	Negativa	2	2
80. pcte # 101	3	2	4	4	2	4	4	4	2	2	2	2	4	2	2	1	4	4	4	3	58	Negativa	3	3
63. pcte # 77	2	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	2	3	2	2	3	2	2	2	2	58	Negativa	6 > 5	

33. pcte # 40	2	2	2	4	2	4	3	4	4	3	2	2	4	2	2	3	2	4	4	4	59	Negativa	3	3	
9. pcte # 11	4	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	2	3	2	2	2	2	4	4	2	59	Negativa	5	5	
74. pcte # 91	1	4	4	4	2	5	4	4	3	3	4	2	2	1	3	3	2	4	1	3	59	Negativa	6 > 5		
47. pcte # 56	2	2	2	4	2	4	4	4	3	3	2	4	4	2	4	4	2	2	2	2	4	60	Negativa	1	1
42. pcte # 51	2	2	2	4	2	4	4	4	3	3	2	4	4	2	4	4	2	2	2	2	4	60	Negativa	2	2
81. pcte # 103	3	2	4	4	2	4	4	2	2	2	4	2	4	2	2	3	2	4	4	4	60	Negativa	2	2	
32. pcte # 39	2	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2	2	4	3	2	61	Positiva	8 > 5		
1. pcte # 2	4	5	5	4	4	5	5	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62	Positiva	2	2	
3. pcte # 5	4	5	5	4	4	5	5	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62	Positiva	3	3	
45. pcte # 54	2	2	2	4	2	4	3	4	4	4	4	2	3	2	4	2	2	4	4	4	62	Positiva	3	3	
76. pcte # 95	3	2	2	4	2	4	2	4	4	4	2	4	3	2	2	4	2	4	4	4	62	Positiva	3	3	
82. pcte # 104	3	2	4	4	2	4	4	2	2	2	4	2	4	4	3	2	2	4	4	4	62	Positiva	3	3	
25. pcte # 29	4	3	4	4	2	4	4	5	2	4	4	2	3	2	2	1	2	2	4	4	62	Positiva	4	4	
69. pcte # 84	2	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	2	1	2	2	4	62	Positiva	4	4	
46. pcte # 55	2	2	4	2	4	4	4	2	4	4	1	2	4	4	4	3	2	4	4	3	63	Positiva	2	2	
50. pcte # 60	2	2	2	4	2	4	4	4	4	3	4	4	4	2	2	4	2	3	3	4	63	Positiva	2	2	
27. pcte # 31	4	4	4	4	2	5	4	2	1	4	4	4	4	4	2	1	1	4	4	2	64	Positiva	2	2	
56. pcte # 66	2	2	4	4	2	4	4	3	4	2	4	3	3	2	4	4	3	4	2	4	64	Positiva	3	3	
44. pcte # 53	2	2	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	2	4	4	2	64	Positiva	4	4	
26. pcte # 30	4	3	4	4	2	4	5	4	4	3	2	3	4	4	4	1	2	2	2	4	65	Positiva	2	2	
60. pcte # 70	2	2	2	4	2	4	3	4	4	4	4	2	4	2	4	4	2	4	4	4	65	Positiva	2	2	
37. pcte # 44	2	2	2	4	4	4	4	2	4	4	2	2	3	4	4	4	2	4	4	4	65	Positiva	3	3	
49. pcte # 59	2	2	2	4	4	4	2	4	4	3	4	3	4	2	4	3	2	4	4	4	65	Positiva	3	3	
57. pcte # 67	2	3	4	5	2	4	4	5	4	3	2	3	2	2	4	4	2	4	2	4	65	Positiva	3	3	
24. pcte # 27	4	2	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	66	Positiva	2	2	
14. pcte # 16	4	4	4	4	3	4	4	3	4	2	2	4	3	3	2	3	2	4	3	4	66	Positiva	3	3	
30. pcte # 36	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	3	2	1	2	2	4	4	2	66	Positiva	3	3	
64. pcte # 78	2	2	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	3	4	4	3	2	2	4	4	67	Positiva	3	3	
65. pcte # 79	2	3	2	4	2	4	3	2	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	4	67	Positiva	5	5	
38. pcte # 45	2	2	2	4	4	4	4	5	4	4	4	2	3	2	4	4	2	4	4	4	68	Positiva	3	3	



75. pcte # 92	3	4	3	4	2	4	3	4	4	4	4	3	4	2	3	3	2	4	4	4	68	Positiva	3	3
78. pcte # 99	3	4	3	4	2	4	3	4	4	4	4	3	4	2	3	3	2	4	4	4	68	Positiva	3	3
54. pcte # 64	2	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	69	Positiva	3	3
43. pcte # 52	2	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	69	Positiva	4	4
22. pcte # 25	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	4	70	Positiva	2	2
16. pcte # 18	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	2	4	4	4	71	Positiva	1	1
73. pcte # 52	5	2	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	71	Positiva	2	2
83. pcte # 106	3	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	71	Positiva	3	3
29. pcte # 34	4	2	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	72	Positiva	2	2
52. pcte # 62	2	4	4	4	2	4	4	5	5	4	4	3	4	2	4	3	2	4	4	4	72	Positiva	2	2
40. pcte # 48	2	2	4	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	72	Positiva	4	4
2. pcte # 3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	73	Positiva	2	2
12. pcte # 14	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	2	4	4	4	73	Positiva	3	3
13. pcte # 15	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	2	4	4	4	73	Positiva	3	3
20. pcte # 22	4	3	4	4	2	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	73	Positiva	4	4
19. pcte # 21	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	74	Positiva	1	1
23. pcte # 26	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	74	Positiva	1	1
4. pcte # 6	4	2	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	3	2	4	3	2	4	4	2	74	Positiva	3	3
5. pcte # 7	4	2	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	3	2	4	3	2	4	4	2	74	Positiva	3	3
6. pcte # 8	4	2	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	3	2	4	3	2	4	4	2	74	Positiva	4	4
31. pcte # 38	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	4	4	4	75	Positiva	1	1
72. pcte # 88	5	2	5	5	4	5	4	5	5	4	4	2	4	4	2	2	2	4	4	4	76	Positiva	2	2
71. pcte # 86	5	2	5	4	2	5	5	5	5	2	5	4	3	3	3	3	4	5	3	3	76	Positiva	3	3
21. pcte # 23	4	3	4	4	3	5	5	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	76	Positiva	4	4
	3	2	5	5	3	7	5	10	8	0	7	1	0	0	0	0	0	1	1	1				
	31	17	47	60	23	62	59	41	49	49	45	33	45	26	37	25	3	52	46	45				
	9	10	4	4	10	6	9	7	5	10	4	13	21	3	8	18	2	7	8	8				
	39	54	22	14	47	4	9	22	15	22	19	35	15	50	33	31	69	20	24	24				
	1	0	5	0	0	4	1	3	6	2	8	1	2	4	5	9	9	3	4	5				
	3	2	5	5	3	7	5	10	8	0	7	1	0	0	0	0	0	1	1	1				

