

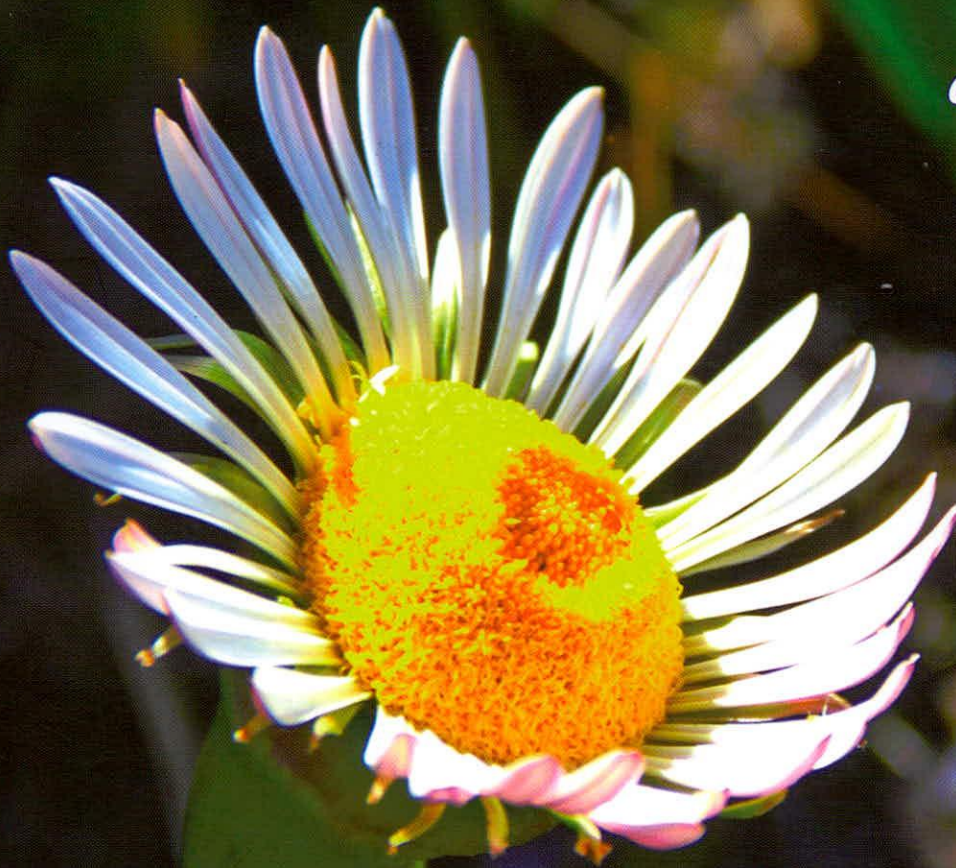
ISSN 2070-836X

# APORTE SANTIAGUINO

Revista de Investigación

Volumen 5 n.º 2, Julio – Diciembre 2012

*Ciencia,  
cultura,  
tecnología  
e innovación*



Huaraz, Perú

**latindex**  
Sistema Regional de Información en Línea  
para Revistas Científicas de América  
Latina, el Caribe, España y Portugal.

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Efectos de la oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2011. [Effects of the oxytocin in the guided delivery Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz 2011]..... 9  
*Marcelo Arotoma O., Magna Guzmán A., Teresa Valencia V., Rafael Norabuena P., Julio Menacho L.*
- Efectividad de la enseñanza problémica para el logro del aprendizaje significativo en los estudiantes de ecografía obstétrica, Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo”, 2011. [Effectiveness of problematic teaching for achieving meaningful learning in obstetric ultrasound students, National University “Santiago Antúnez de Mayolo”, 2011]..... 16  
*Augusto Olaza M., Yuliana De la Cruz R*
- Efecto de la edad materna avanzada sobre el trabajo de parto y el recién nacido, Hospital de Barranca, 2008-2009. [Effect of advanced maternal age on labor and the newborn, Barranca Hospital, 2008-2009]..... 24  
*Elizabeth Paredes C., Zulema Navarro S.*
- Cuantificación de las reservas de carbono del humedal de Yanayacu – Cátac, Ancash – Perú, 2011. [Quantification of carbon stocks of the Yanayacu wetland – Cátac, Ancash – Perú, 2011]..... 33  
*Prudencio Hidalgo C., Pablo Espinoza T., Eladio Tuya C.*
- Determinación de la vulnerabilidad y fortalecimiento de capacidades como base para la gestión de riesgos de desastres en el ámbito territorial del Centro Poblado de Huanja-Distrito de Jangas-Huaraz-Ancash- Perú 2011. [Determination of vulnerability and fortification of capacities as it basis for the management of disasters risk on the territorial environment of Huanja Settlement-Jangas District-Huaraz-Ancash-Perú 2011]..... 41  
*Alfredo Reyes N., Rosa Rodríguez A., Helder Mallqui M., Angel Mendoza G.*
- Construcción de viviendas empleando bloques de yeso en paredes no portantes en interiores y costos unitarios - Huaraz. [Construction of housing using blocks of plaster in walls non-bearing interior and unit costs - Huaraz]..... 50  
*Víctor Villegas Z., Miguel Corrales P.*
- Educación ambiental para fortalecer las capacidades locales de la Comunidad Campesina de Cátac frente al cambio climático. [Environmental education to strengthen local capacities of Farming Community of Cátac against to climate change]..... 57  
*Eladio Tuya C., Heraclio Castillo P., Jerónimo Manrique, Rosa Rodríguez A.*

Riqueza de protozoarios de los Manglares San Pedro de Vice (Sechura – Perú). [Protozoa richness of San Pedro de Vice Mangroves (Sechura – Perú)].....	67
<i>César Chávez-V., Danny Silva P., Blanca Tume L., Margarita Rivera C., María Panta S.</i>	
Parámetros tecnológicos para la torrefacción del café orgánico en la Cooperativa Agraria Rodríguez de Mendoza – COOPARM. [Technological parameters for roasting coffee organic Agricultural Cooperative Rodriguez de Mendoza – COOPARM].....	74
<i>Noemí León R., Luis Núñez A.</i>	
Elaboración de licor de fruta de palmera pona ( <i>Ceroxylonperuvianum</i> Galeano, Sanin & Mejía) proveniente del distrito de San Pablo de Valera, región Amazonas. [Elaboration of palm fruit liquor pona ( <i>Ceroxylonperuvianum</i> Galeano, Sanin & Mejía) from the district of San Pablo de Valera, the Amazonas region].....	84
<i>Heidel Rojas V., NeyserYóplac M., Carlos Millones Ch., Elena Torres M., Ernestina Vásquez C.</i>	
Una experiencia pedagógica en la formación medioambiental del estudiante de arquitectura. [A pedagogical experience in the environmental formation of the architecture student].....	94
<i>Ayméé Alonso G., Carmen Leyva F.</i>	
Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano-marginal de Lima. [Prevalence of attention deficit disorder, hyperactivity in children from an marginal urban area of Lima].....	103
<i>José Livia S., Mafalda Ortiz M., Rosa Velasco V.</i>	
<b>ENSAYO</b>	
La taxonomía como propuesta para clasificación de los proyectos de investigación. [The taxonomic classification as a proposal for research projects].....	110
<i>Ernesto Hashimoto M.</i>	
<b>OPINIÓN</b>	
La crisis del sistema educativo. [The crisis of the educational system].....	118
<i>Elías Mejía M.</i>	

41

## Efectos de la oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2011

Effects of the oxytocin in the guided delivery Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz 2011

Marcelo Arotoma O. <sup>1a</sup>, Magna Guzmán A. <sup>1b</sup>, Teresa Valencia V. <sup>1a</sup>, Rafael Norabuena P. <sup>1c</sup>, Julio Menacho L. <sup>1c</sup>

### RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo valorar la eficacia de la oxitocina 10 UI intramuscular en el alumbramiento dirigido en parturientas del Centro Obstétrico del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, agosto-octubre del 2011. La investigación fue cuasiexperimental: Ensayo clínico controlado. Hipótesis: La oxitocina administrada para el alumbramiento dirigido, disminuye el tiempo de expulsión placentario, hemorragia postparto y anemia en parturientas. Muestra: 153 parturientas. Resultados: La oxitocina redujo el tiempo de alumbramiento entre 3 hasta 5 minutos en el 56,9% de parturientas, pérdida sanguínea de 150cc a 350cc (68,0%), anemia (22,8%), efectos secundarios: náuseas y vómitos (9,2%). Complicaciones: Desgarros perineales (5,2%), retención de membranas ovulares (4,6%) y retención placentaria (0,6%). Conclusión: La oxitocina acorta el periodo de alumbramiento y reduce el sangrado vaginal; la anemia y efectos secundarios ocurrieron en mínima proporción.

**Palabras claves:** Anemia; Parto; Hemorragia obstétrica.

### ABSTRACT

The study aimed to assess the efficacy of 10 IU oxytocin intramuscularly at guide delivery in parturients of Obstetric Center Víctor Ramos Guardia Hospital of Huaraz, August-October 2011. The research was quasi-experimental: controlled clinical trial. Hypothesis: Oxytocin administered to guide delivery decreases placental expulsion time, postpartum hemorrhage and anemia in postpartum women. Sample: 153 women in labor. Results: Oxytocin reduced delivery time between 3-5 minutes in the 56.9% of women in labor, blood loss of 150cc to 350cc (68.0%), anemia (22.8%), side effects: nausea and vomiting (9.2%). Complications: perineal tears (5.2%), retention of membranes (4.6%) and retained placenta (0.6%). Conclusion: Oxytocin shortens the period of delivery and reduces vaginal bleeding, anemia and side effects occurred in a minimal proportion.

**Keywords:** Anemia; Birth; Obstetric hemorrhage.

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional "Santiago Antúnez de Mayolo".

<sup>a</sup> Obstetra, <sup>b</sup> Químico-farmacéutico, <sup>c</sup> Médico Cirujano.

## INTRODUCCIÓN

La práctica obstétrica basada en evidencias, en la actualidad recomienda el manejo activo del tercer periodo del parto porque reduce el tiempo del alumbramiento, la pérdida sanguínea y complicaciones maternas; el tercer periodo del parto culmina con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares; el promedio de pérdida sanguínea durante el alumbramiento debe ser menor a 500cc con feto único.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las complicaciones del parto, reporta que se ha demostrado que más de la mitad de todas las muertes maternas se produce dentro de las 24 horas del parto, siendo periodo crítico las dos primeras horas (OMS 2009, 92). La OMS manifiesta que por la excesiva pérdida de sangre, se calcula que alrededor de 140 000 mujeres mueren por hemorragia puerperal todos los años; pues la hemorragia puerperal causa morbilidad grave en muchas mujeres principalmente en países en desarrollo con baja incidencia en mujeres que viven en zonas urbanas pues tienen acceso a hospitales y centros de salud inclusive atención diferenciada en clínicas privadas para su parto (OMS 2002, 34).

Resultados de estudios sobre hemorragia post parto (HPP) sostienen que a la pérdida sanguínea mayor o igual a 500 ml después de un parto vaginal, la hemorragia puerperal contribuye a la mortalidad materna debido no sólo al estado de salud deficiente de las madres, sino también al manejo incorrecto del alumbramiento; por ello el objetivo principal del alumbramiento dirigido es reducir el riesgo de HPP; para ello es necesaria la administración de profilaxis uterotónica, con oxitocina 10 UI al primer minuto después del nacimiento del neonato, seguida del pinzamiento, corte temprano del cordón umbilical, tracción controlada del cordón umbilical y consiguiente masaje uterino (De Groot et al. 1996, 8).

De Groot, dentro del contexto de manejo del alumbramiento dirigido, revela ciertos

beneficios evidentes para las mujeres que recibieron oxitocina de 10 UI administrada por vía intramuscular al minuto del periodo expulsivo como parte del manejo de rutina del alumbramiento, pues reduce la pérdida de sangre, el tiempo de alumbramiento y la hemorragia postparto < 500 ml (De Groot et al. 1996, 32).

Prendiville et al., sobre estimaciones del volumen de sangrado vaginal, reporta en su estudio que entre 3% a 5% de partos por vía vaginal, superaron el volumen del sangrado de 1000 ml (Prendiville et al 2002, 13). La contracción del músculo uterino detiene la pérdida de sangre una vez que la placenta se ha desprendido; pero si este proceso no ocurre eficientemente, la madre puede sufrir una hemorragia de magnitud y consecuencias impredecibles, la hemorragia post parto primaria (HPPP) es la complicación más riesgosa del alumbramiento en todo el mundo y la principal causa de morbimortalidad materna siendo aproximadamente uno en 1 000 partos, mientras en países desarrollados como el Reino Unido, el riesgo de muerte por hemorragia obstétrica es de uno en 100 000 partos. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la tasa de mortalidad materna en el Perú es de 93 x 100 000 nacidos vivos, lo que nos ubica en el grupo de países con alta mortalidad (INEI 2007, 78).

La investigación de Martínez sobre la práctica del alumbramiento dirigido en el tercer periodo del parto con oxitocina 10 UI por vía intramuscular al primer minuto del expulsivo, seguida de tracción y contracción controlada, determinó reducción de la HPP, con una duración del alumbramiento de 3 a 6 minutos y con un volumen promedio de pérdida sanguínea de 300cc a 450cc (Martínez 2007, 98).

Los estudios de Stephenson dan a conocer evidencia a favor del alumbramiento activo por sus niveles de maternidad sin riesgo, lo cual gracias a una estrategia nacional para elevar la salud materna, ha permitido garantizar la atención calificada al 100 % de parturientas.

Así, a partir de la propuesta de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, se incorporó el manejo activo del tercer periodo del parto como una buena práctica en todos los establecimientos de salud, reportándose sólo 3% de casos de hemorragias obstétricas. Se redujo el tiempo de alumbramiento y anemia, así como se redujo las complicaciones maternas (Stephenson 2006, 78).

Los principales factores de riesgo para la HPPP según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA; 2006, 31), incluyen a las primíparas, múltiparas, macrosomía fetal, embarazos múltiples, trabajo de parto prolongado etc. Igualmente, el Instituto Nacional de Estadística e Informática sostiene que para reducir la morbilidad materna por HPP, no siempre son fáciles de implementar estrategias en países en vías de desarrollo, ya que cuentan con escasos recursos físicos y humanos, acompañado de una alta demanda, y problemas de acceso geográfico, económico y político para buena parte de la población (INEI, 2004; INEI 2007, 12).

Por las evidencias clínicas manifiestas de HPPP, que ocurren en el tercer periodo del parto y con la finalidad de prevenir las complicaciones obstétricas y reducir las tasas de morbilidad materna, se incluyó en la guía de atención en el tercer periodo del parto la práctica del alumbramiento dirigido con oxitocina de 10 UI administrada por vía intramuscular al minuto de producida la expulsión fetal, seguida de tracción y contratracción controlada del cordón umbilical, con la consiguiente extracción de la

placenta y membranas ovulares, de estricto cumplimiento en todos los establecimientos de salud del Perú (MINSA; 2000, 15); al igual que en Ancash (Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2011, 56), porque acorta el tiempo de alumbramiento, disminuye el sangrado vaginal, disminuye la incidencia de anemia y además complicaciones obstétricas; inclusive la muerte materna.

La justificación del estudio radica en preservar la salud y evitar las muertes maternas; consecuentemente, salvar una vida humana es responsabilidad que corresponde al equipo de salud según niveles de complejidad. Con la práctica del alumbramiento dirigido se puede lograr la reducción de la pérdida de sangrado, el tiempo y efectos secundarios, igualmente la anemia postparto y la atonía uterina, para lo cual se planteó el siguiente problema de investigación: ¿cuáles son los efectos de la oxitocina de 10 UI administrada por vía intramuscular en el alumbramiento dirigido, en parturientas atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, Agosto-October 2011?

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi experimental: tipo ensayo clínico controlado. Se evaluó la eficacia de la oxitocina a dosis de 10 UI administrada por vía IM al minuto del periodo expulsivo, para manejo del alumbramiento dirigido. La muestra estuvo conformada por 153 parturientas, el instrumento utilizado para la recolección de los datos fue una Ficha Clínica.

## RESULTADOS

**Tabla 1.** Paridad de parturientas

Paridad	f	%
2 hijos	58	37,9
1 hijo	54	35,3
> de 3 hijos	41	26,8
Total	153	100,0

La paridad determinada en el grupo de estudio indica que 37,9% poseen dos hijos, 35,3% un hijo y con mayor de tres hijos 26,8% de mujeres.

**Tabla 2.** Edad gestacional de parturientas

Edad gestacional	f	%
37-40 sem.	111	72,5
> de 40 sem.	42	27,5
Total	153	100,0

Se observa que 72,5% de gestantes presenta entre 37 a 40 semanas, seguido del 27,5% que tiene más de 40 semanas.

**Tabla 3.** Duración del tiempo de alumbramiento en parturientas con alumbramiento dirigido

Tiempo del alumbramiento	f	%
2 a 3 minutos	45	29,4
3 a 5 minutos	87	56,9
5 a 15 minutos	21	13,7
Total	153	100,0

El efecto de la oxitocina para expulsión de la placenta se produjo de 3 a 5 minutos en 56,9% de parturientas, seguido de 2 a 3 minutos en 29,4% y de 5 a 15 minutos en 13,7% de parturientas.

**Tabla 4.** Volumen de pérdida sanguínea de parturientas con alumbramiento dirigido

Volumen de sangrado vaginal	f	%
< de 150cc	21	13,7
De 150-350cc	104	68,0
De 350-500cc	26	17,0
> de 500cc	2	1,3
Total	153	100,0

Se observa que 68% de parturientas tuvieron pérdida de volumen de sangrado vaginal de 150 a 350cc, seguido del 17% que correspondió de 350 a 500cc, 13,7% presentaron pérdida de volumen de 150cc y 1,3% de parturientas tuvieron volumen de sangrado vaginal mayor a 500cc.

**Tabla 5.** Complicaciones maternas en parturientas con alumbramiento dirigido

<b>Complicaciones maternas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Desgarros perineales	8	5,2
Retención de membranas	7	4,6
Retención placentaria	1	0,6
Sin complicaciones	137	89,5
Total	153	100,0

Las parturientas que presentaron complicaciones maternas prevalentes según orden de frecuencia fueron: desgarros perineales 5,2%, retención de membranas ovulares 4,6%, retención placentaria 0,6%, no presentaron ninguna complicación 89,5% de parturientas.

**Tabla 6.** Efectos secundarios en parturientas con alumbramiento dirigido

<b>Efectos secundarios</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Náuseas/vómitos	14	9,2
Ninguno	139	90,8
Total	153	100,0

Se observa que en 9,2% de parturientas se observó como efecto secundario de la oxitocina a las náuseas y vómitos, no presentando ningún efecto secundario 90,8% de parturientas.

**Tabla 7.** Incidencia de anemia en parturientas con alumbramiento dirigido

<b>Anemia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Pos alumbramiento	35	22,8
Sin anemia	118	77,2
Total	153	100,0

La incidencia de casos de anemia pos alumbramiento dirigido se presentó en 22,8% de parturientas y no presentaron anemia en 77,2% de parturientas.



## DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera la hemorragia post parto y muerte materna como una catástrofe asegurando que puede ser evitable, prevenible y manejable en los países en vías de desarrollo donde la morbimortalidad materna es alta; recomienda el manejo del tercer periodo del parto con oxitocina de 10 UI administrada por vía IM al minuto del periodo expulsivo (alumbramiento dirigido) porque se asocia con reducciones significativas de la hemorragia post parto menor a 500 ml, la anemia y la necesidad de transfusiones sanguíneas durante el puerperio; al igual que la disminución del riesgo de prolongación del tercer estadio del trabajo de parto (OMS 2009, 78).

Los resultados del presente estudio reportan que, el tiempo de alumbramiento en el 56,9% de las parturientas se produjo entre los 3 a los 5 minutos; similares resultados obtuvieron: Piloto y Cruz, quienes determinaron que el tiempo de alumbramiento fue de 2 a 4 minutos en 78% de parturientas (Piloto y Cruz, 2010, 107). Tuco, en su casuística, observó la duración del alumbramiento en 2,74 minutos (Tuco 2005, 67), Chumbe estableció el tiempo de alumbramiento en 4 minutos (Chumbe 2009, 68). Finalmente Chambi determinó un mayor porcentaje en 3,5 minutos el tiempo de alumbramiento (Chambi 2010, 56).

Sobre el volumen promedio de sangrado vaginal en el alumbramiento dirigido, nuestro estudio comprobó que 68% de parturientas presentaron sangrado vaginal de 150cc a 350cc, considerado volumen normal; este resultado contrastado con los investigadores Díaz, Verdecia y Colas, quienes determinaron un volumen promedio de sangrado vaginal en mayor porcentaje 350cc (Díaz, Verdecia y Colas, 2005, 78); Piloto y Cruz comprobaron pérdida del volumen de sangrado vaginal en alto porcentaje, 250cc (Piloto y Cruz, 2010, 68), y Chumbe en su estudio observó un mayor porcentaje de parturientas que presentaron volumen de sangrado vaginal menor de 250cc (Chumbe, 2009, 79).

Respecto a las complicaciones maternas, el estudio identificó incidencia de los desgarros perineales en 5,2% en parturientas. Similar resultado obtuvieron Echevarría, Campo y Gómez, con el 4% (Echevarría, Campo y Gómez, 2002, 98). En contraste, Díaz, Verdecia y Colas en su investigación determinaron prevalencia de desgarro cervical en 1,7% de parturientas (Díaz, Verdecia y Colas 2005, 98). El resultado evidenciado por el estudio demuestra que con la práctica del manejo activo del alumbramiento dirigido se posibilita reducción significativa de complicaciones maternas.

Sobre los efectos secundarios de la oxitocina de 10 UI administrada por vía vaginal en parturientas para alumbramiento dirigido, el estudio identificó a las náuseas y vómitos en 9,2% de parturientas, en contraste con el resultado de Tuco, quien reportó a las náuseas y vómitos en 1,2% de parturientas (Tuco 2005, 79); igualmente Chumbe identificó que 1,3% de parturientas habían presentado los mismos efectos secundarios (Chumbe 2009, 98) al igual que Chambi, quien comprobó que 0,8% de parturientas habían presentado los mismos efectos secundarios (Chambi 2010, 88).

Con relación a la morbilidad por anemia en el pos alumbramiento, el presente estudio demostró incidencia en 22,8% de parturientas; este resultado es contrario al obtenido por Díaz, Verdecia y Colas, quienes en su casuística comprobaron que 15% de parturientas presentaron casos de anemia (Díaz, Verdecia y Colas, 2005, 91); al igual que Chambi, en cuyo estudio se identificó 24,2% de parturientas que presentaron casos de anemia pos alumbramiento (Chambi 2010, 89).

## CONCLUSIONES

1. La atención del tercer periodo del parto con oxitocina de 10 UI administrada por vía I.M. al minuto del periodo expulsivo, disminuye el tiempo del alumbramiento.
2. El alumbramiento dirigido con oxitocina de 10 UI administrada por vía IM al minuto del periodo expulsivo, disminuye el tiempo

del alumbramiento, reduce el sangrado vaginal y la incidencia de anemia postparto.

3. La oxitocina de 10 UI administrada por vía IM al minuto del periodo expulsivo para alumbramiento dirigido, reduce las complicaciones obstétricas a su mínima proporción, asimismo los efectos secundarios del fármaco fueron mínimos.

## AGRADECIMIENTOS

A los Directivos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, por las facilidades brindadas para el desarrollo de la investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chambi Mamani, Paulov. 2010. Efecto en el alumbramiento dirigido con oxitocina administrada por vía intramuscular en el Hospital Hipólito Unanue. Tesis de licenciatura. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman.

Chumbe Córdova, J. 2009. Uso de la oxitocina intramuscular en el tercer periodo del parto en gestantes con anemia, Hospital Dos de Mayo. Tesis de licenciatura. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

De Groot A., J. Van Roosmalen, P. Van Dongen, y G. Borm. 1996. A placebo-controlled trial of oral ergometrine to reduce postpartum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 75:464-8.

Díaz Eliana, Eduardo Verdecía, y Gema Colas. 2005. Influencia de las técnicas de alumbramiento activo y expectante sobre la hemorragia postparto Hospital Materno Norte "Támara Bunke". Cuba.

Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz. 2011. Guías de prácticas y procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Huaraz: HVRG.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2004. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2004. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2007. Encuesta Demográfica y de Salud

Familiar ENDES 2007. Lima: INEI.

Martínez Ríos, Sheila. 2007. Manejo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia postparto en la sala de labor y parto del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, Tesis de licenciatura. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Ministerio de Salud. 2000. Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud. 2006. Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: MINSA.

Organización Mundial de la Salud. 2002. Guía práctica de cuidados del parto. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2009. El alumbramiento sus beneficios: Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Ginebra: OMS.

Piloto Mercedes, y Dianelys Cruz. 2010. Impacto materno del manejo activo del alumbramiento. Tesis de Licenciatura. Cuba.

Prendiville W., D. Elbourne, y S. McDonald. 2002. Manejo activo del tercer estadio del trabajo del parto comparado con el expectante. 5 ed. Ginebra: OMS.

Stephenson, Patricia. 2006. Manejo activo del tercer periodo del trabajo del parto: Una práctica simple para prevenir una hemorragia post parto. Washington DC: USAID.

Tuco M., y Vanessa Cam. 2005. Resultado materno favorable asociado al uso de oxitocina vía intramuscular, durante el manejo del alumbramiento dirigido en el tercer periodo del parto. Hospital Arzobispo Loayza. Lima. Tesis de licenciatura. Lima: Universidad Nacional de San Marcos.

## Correspondencia:

M. Sc. Marcelo Ido Arotoma Oré.

Dirección: Asociación de Vivienda Las Flores Mz.6 L4 – Shancayán - Independencia - Huaraz.

Correo electrónico: ido\_1954\_1@hotmail.com.