





Manejo activo de la tercera etapa del parto para la prevención de la hemorragia postparto

Active management of the third stage of labor for the prevention of postpartum hemorrhage

Anthony Isacc Criollo Supe ¹ 

Josué Alexander Criollo Supe ¹ 

Joe Carlos Huaraca Abarca ¹ 

Sylvia Del pilar Nuñez Arroba ¹ 

¹ Universidad Regional Autónoma de Los Andes “UNIANDES”, Ambato, Ecuador.

Autor para la correspondencia: ma.anthonycs21@uniandes.edu.ec

RESUMEN

La hemorragia posparto persiste como una de las principales causas de morbilidad materna a nivel mundial. Esta revisión bibliográfica, basada en fuentes como PubMed, ScienceDirect, SciELO y Elsevier, aborda la necesidad de implementar estrategias clínicas integrales para optimizar el manejo hemodinámico durante este periodo. El objetivo de esta investigación consiste en exponer el estado actual del manejo activo de la tercera etapa del parto para la prevención de la hemorragia postparto. La investigación enfatiza la importancia crítica de la vigilancia activa y la identificación temprana de los factores de riesgo. Entre las intervenciones clave analizadas se encuentran la administración activa del tercer periodo del parto, el uso racional y oportuno de uterotónicos y la reposición de volumen guiada por parámetros clínicos y de laboratorio. La

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage remains one of the leading causes of maternal morbidity and mortality worldwide. This literature review, based on sources such as PubMed, ScienceDirect, SciELO, and Elsevier, addresses the need to implement comprehensive clinical strategies to optimize hemodynamic management during this period. The goal is to prevent massive bleeding, combat maternal anemia, and reduce dependence on blood transfusions. The research emphasizes the critical importance of active surveillance and early identification of risk factors. Key interventions analyzed include active management of the third stage of labor, rational and timely use of uterotonics, and volume replacement guided by clinical and laboratory parameters. Evidence gathered from scientific societies and systematic reviews shows that proactive, protocolized management not only prevents serious complications but also significantly improves clinical outcomes for the mother. Adopting this comprehensive approach represents a fundamental shift toward safer, more efficient, and patient-centered

evidencia recopilada de sociedades científicas y revisiones sistemáticas demuestra que una gestión proactiva y protocolizada no solo previene complicaciones graves, sino que también mejora significativamente los resultados clínicos para la madre. Adoptar este enfoque integral representa un cambio fundamental hacia una atención obstétrica más segura, eficiente y centrada en la paciente. Su correcta aplicación no solo disminuye la tasa de complicaciones, sino que también contribuye a una optimización de los recursos hospitalarios, consolidando un modelo de cuidado que prioriza la seguridad y el bienestar materno desde una perspectiva basada en la evidencia.

Palabras clave: hemorragia posparto, manejo hemodinámico, anemia materna, prevención, transfusión sanguínea

obstetric care. Its correct application not only reduces the rate of complications but also contributes to the optimization of hospital resources, consolidating a model of care that prioritizes maternal safety and well-being from an evidence-based perspective.

Keywords: postpartum hemorrhage, hemodynamic management, maternal anemia, prevention, blood transfusion

Recibido: 13/06/2025.

Aprobado: 31/10/2025.

Editor: Yasnay Jorge Saíenz.

Aprobado por: Silvio Emilio Niño Escofet.

Introducción

El MATEP (manejo activo de la tercera etapa del parto), se basa en la comprensión de la fisiología uterina posparto y en la necesidad de prevenir la atonía uterina, principal causa de HPP. La administración de uterotónicos promueve contracciones uterinas efectivas que facilitan la expulsión placentaria y reducen el riesgo de hemorragia. La oxitocina, al inducir contracciones sostenidas, es fundamental en este proceso. El modelo de "Parto Seguro" enfatiza la importancia de protocolos estandarizados y la capacitación del personal de salud

en la aplicación del MATEP. La adherencia a estas prácticas ha mostrado una reducción en las tasas de HPP y mejoras en los resultados maternos. ⁽¹⁾

La hemorragia posparto (HPP) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial, representa por tanto una emergencia obstétrica que requiere intervenciones oportunas y eficaces. En la Revista Médica Sinergia se plantea que la anemia materna, frecuentemente asociada a la HPP, incrementa el riesgo de complicaciones y puede conducir a la necesidad de transfusiones sanguíneas, las cuales no están exentas de riesgos. ⁽²⁾

En este contexto, la implementación de estrategias clínicas integradas, como el manejo activo del alumbramiento y la administración de uterotónicos, se ha mostrado efectiva en la prevención de la HPP y en la reducción de la necesidad de transfusiones. Además, la optimización de los niveles de hemoglobina durante el embarazo mediante la suplementación adecuada de hierro y otros nutrientes es crucial para minimizar el impacto de la anemia en el periodo periparto. ⁽³⁾

La educación y capacitación del personal de salud en la identificación y manejo oportuno de factores de riesgo asociados a la HPP son fundamentales para mejorar los resultados maternos y neonatales. La adopción de protocolos basados en evidencia y adaptados a las características de cada entorno clínico es esencial para garantizar una atención de calidad y reducir la incidencia de complicaciones relacionadas con la HPP y la anemia materna. ⁽⁴⁾ El objetivo de esta investigación consiste en exponer el estado actual del manejo activo de la tercera etapa del parto para la prevención de la hemorragia postparto

Método

Diseño

La presente investigación es una revisión bibliográfica de documentos de sociedades científicas dedicadas al estudio de estrategias clínicas fundamentales para prevenir hemorragias posparto, combatir la anemia y minimizar la necesidad de transfusiones

sanguíneas, en revisiones sistemáticas y artículos de revisión científica.

Estrategias de búsqueda

La presente investigación utilizó fuentes de información de las siguientes bases de datos: PubMed, ScienceDirect, UpToDate, Medigraphic, Redalyc, Scielo, Elsevier, Revista Médica Sinergia, Dialnet y como buscador de base Google Scholar, el cual proporcionó los sitios de diferentes revistas médicas. En cuanto a la organización y el análisis de la información obtenida, se realizó con una lectura crítica de las investigaciones encontradas, lo cual permitió desarrollar el objetivo planteado. Se seleccionaron artículos científicos relacionados con el tema en idioma inglés y español. Se incluyeron artículos actualizados y publicados entre el 2020-2025.

Criterios de inclusión y exclusión

Una vez ubicadas las posibles publicaciones relacionadas al tema central de la investigación: “Estrategias clínicas fundamentales para prevenir hemorragias posparto, combatir la anemia y minimizar la necesidad de transfusiones sanguíneas”, se trabajó con los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Artículos originales
- Revisiones críticas
- Revisiones bibliográficas
- Publicaciones de grado de tercer y cuarto nivel

Criterios de exclusión:

- Publicaciones incompletas
- Publicaciones que no estén dentro del tiempo establecido
- Artículos en idiomas diferentes

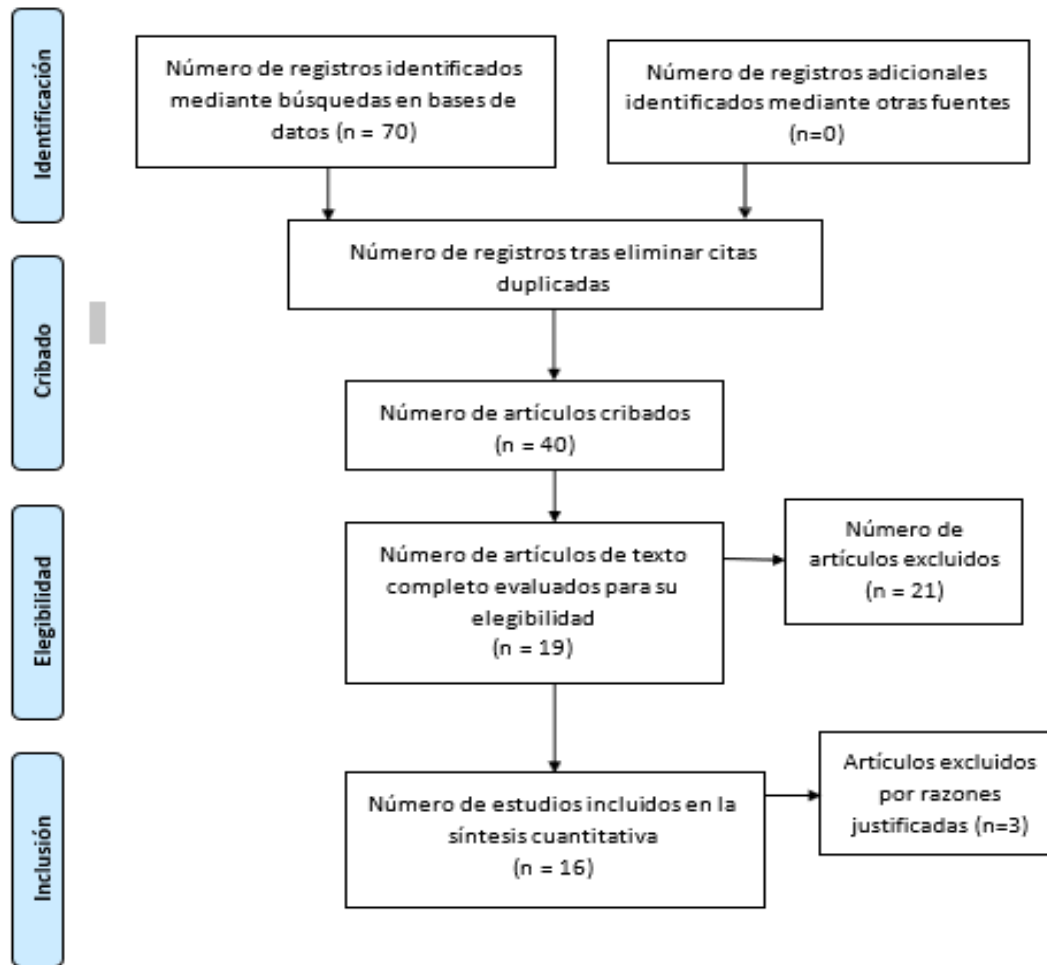


Figura 1. Flujo de artículos mediante el método PRISMA

Se partió de la búsqueda primaria de información, “búsqueda gris”, se incluyó todo tipo de fuente de información, pues se pretendía encontrar todo el material disponible, además cotejarlo de forma rápida y posteriormente clasificarlo de acuerdo con los requerimientos de la investigación.

La segunda etapa de búsqueda de información estuvo marcada por la aplicación de criterios de inclusión basados en investigaciones relacionadas directamente con la temática. Se aplicaron criterios de exclusión de acuerdo con el periodo de tiempo e idioma y se obtuvieron 20 documentos, de esta lista se excluyeron aquellos que no mantenían relación con el título,

resumen, fecha e idioma y que no eran relevantes para el objetivo de esta investigación, se seleccionaron finalmente 8 documentos entre revisiones bibliográficas, informes de investigación y artículos de diferentes revistas, sociedades o instituciones, en los cuales aparecía información relevante acerca del tema de investigación. La selección rápida de los documentos base del trabajo se enfocó en la revisión del resumen e introducción, donde se concentra la información esencial de los estudios.

Desarrollo

Trabajo de parto

Embarazo a término de 37 semanas hasta las 40 semanas con 6 días atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato.

Cambio de la actividad miometrial desde la contractura a la contracción que resulta en el borramiento y dilatación del cérvix uterino.

Teorías

1. pérdida de la función de los factores que mantienen el embarazo.
2. síntesis de los factores que inducen el parto.

Fases de la actividad uterina

Quiescencia

En que las células musculares esta quieta no recibe ningún estímulo, no existe contracción; los factores que intervienen son progesterona, prostaciclina, relaxina, óxido nítrico, péptido relacionado con la hormona paratiroidea y CRH.

- Inhiben la liberación de calcio y reducen la actividad de la enzima miosina quinasa de cadena ligera.
- Actúan incrementando niveles de AMPc y GMPc.

Activación

Acciones hormonales estrógenos, que probablemente los niveles se mantendrían quietos o no estimulados. Hay respuesta a estas uterotropinas como parte de la primera fase, va a aumentar sectores endometriales; activación de los canales también para ingreso el calcio, todo esto con la finalidad de los cambios cervicales. ⁽⁵⁾

Mecanismo

1. Aumento de receptores miometriales: prostaglandinas y oxitocina.
2. Activación de canales iónicos.
3. Aumento de la conexina 43.

Cambios cervicales (cuello/cérvix del útero)

Fragmentación y arreglo de los haces de colágeno. Estructura del cuello uterino; por acción de estas uterotropinas, estas se van a romper, se van a reordena; aumento del ácido hialurónico entre las fibras de colágeno; aumenta la reabsorción de agua, este va a ser más blando y va a dar una característica de dilatación y borramiento (se adelgaza y se abre).

Disminución del dermatán sulfato

Invasión de células inflamatorias. Infiltrado linfocitario; efecto que también causa las prostaglandinas sintéticas como el misoprostol (inducción del trabajo de parto).

Estimulación

Uterotropinas: Prostaglandinas (PGE2, PGF2), oxitocina

Triple gradiente descendente por cociente

- Mayor intensidad en el fondo del útero
- Mayor duración en el fondo del útero
- Inicio en el cuerno derecho del útero

Etapas

Borramiento y dilatación

- Fase latente
 - Hubo ya contracciones uterinas que iniciaron de manera esporádica, irregulares, poca frecuencia, poca intensidad y los cambios cervicales no son notorios acentuados.
 - Inicio de la dinámica uterina hasta dilatación de 4cm
 - Nulípara 6,6 horas
 - Multípara 4,8 horas
- Movimientos cardinales
 - Encajamiento
 - Descenso
 - Flexión
 - Rotación interna
 - Extensión
 - Rotación externa
 - Expulsión
- Fase activa
 - Esta dinámica uterina se vuelve ya regular aumenta de duración, intensidad y frecuencia
 - Periodo entre los 4-10 cm de dilatación con dinámica uterina regular
 - Nulípara 8h (18h)
 - Multípara 5h (12h)
 - Fases
 - Aceleración
 - Pendiente máxima
- DesaceleraciónExpulsión del feto
- Alumbramiento

Etapas

- Desprendimiento de placenta
- Desprendimiento de membranas
- Descenso
- Expulsión de la placenta

Signos de desprendimiento

- Útero se torna globular y firme
- Salida de sangre
- Ascenso uterino
- Descenso del cordón

Tipos

- Schultz: Sale la cara de la placenta; menos riesgo que se quede membranas, está formándose un coagulo retro placentario esto sigue creciendo ejerce más el manejo activo permite que salga toda la placenta.
- Duncan: Hay un sangrado, no existe desprendimiento y esto aumenta el riesgo que quede membranas (no sale toda la placenta). ⁽⁶⁾

Involución

Ese útero tiene que evitar que siga sangrando porque el endometrio tiene muchos vasos activos; tiene que intervenir ciertos factores como la oxitocina que a través de su mecanismo calcio, AMP permite la contracción mantenida constante por consiguiente evitar las hemorragias.

Mediada principalmente por la oxitocina

Actúan y permiten el incremento de los niveles de AMPc y GMPc.

Inhiben la liberación de calcio y reducen la actividad de la enzima miosina quinasa de cadena ligera.

Criterios de admisión

- Dinámica uterina regular
- Borramiento cervical mayor al 50 %
- Dilatación de más de 4cm
- Signos de Sangrado vaginal, salida de líquido vaginal, no se mueve el bebe, cefalea, contracciones alarma más seguidas

Manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP)

Reduce un 60 %, reduce los casos de anemia posparto y la necesidad de transfusiones sanguíneas.

Pasos

- 1) Administración de oxitocina u otro medicamento uterotónico dentro de un minuto luego del nacimiento del recién nacido.
 - Oxitocina, 10 UI intramuscular dentro del primer minuto después del parto del recién nacido o 5 UI intravenosas administradas lentamente.
 - Misoprostol 600 mcg VO es menos efectivo que oxitocina, pero puede utilizarse en caso de que oxitocina no esté disponible o su administración no sea posible.
- 2) Tracción controlada del cordón (maniobra Andriu) luego de pinzar y cortar el cordón umbilical cuando ha dejado de latir o a los dos o tres minutos del parto.
- 3) Masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, ayuda a que el útero se contraiga, disminuye así el sangrado.

Complicaciones hemorragias posparto

La pérdida de sangre que supera los 500 mL en un parto vaginal y el que supera los 1,000 mL en un parto por cesárea.

Tipos

- Primaria o inmediato: Dentro de las primeras 24 h posteriores al parto; 70 % atonía uterina (incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto).
- Secundaria o tardía: Entre las 24h – 6 semanas posparto; la mayoría se deben a la retención de productos de la concepción, infección o ambas. ⁽⁷⁾

Etiología

1. Tono: Atonía uterina (70 %)
2. Trauma: Lesión cervicovaginal, ruptura uterina (20 %)
3. Tejido: Retención de placenta o coágulos (10 %)
4. Trombina: Coagulopatía preexistente o adquirida (<1 %)

Factores de riesgo

Incremento sustancial: sospecha o confirmación de desprendimiento placentario (trombina); placenta previa conocida (tono); embarazo múltiple (tono); preeclampsia hipertensión gestacional (trombina).

Incremento bajo: HPP previa (tono); etnia asiática (tono); obesidad (IMC >35) (tono); anemia (Hb <9 g/dL).

Durante el trabajo de parto: cesárea de emergencia (trauma); cesárea electiva (trauma); inducción del trabajo de parto; placenta retenida (tejido); episiotomía medio-lateral (trauma); parto vaginal asistido (fórceps/vacum) (trauma); trabajo de parto prolongado (>12 horas) (tono); macrosomía fetal (>4 kg) (tono, trauma); pirexia (fiebre) durante la labor (trombina); edad mayor de 40 años, primípara (tono).

Tratamiento

Comunicación al personal pertinente

Reanimación e inicio de maniobras de reposición de líquidos y oxigenación

- Solicite ayuda; coloque vía IV gruesa; monitoree pulso, presión, frecuencia respiratoria y otros síntomas (ej. dolor).

Monitorización e investigación de la causa

- Evalúe el útero: tono, existencia de restos o laceraciones; explore el tracto vaginal; observe la formación de coágulos.

Detención del sangrado

- Solicite estudios de coagulación; evalúe la indicación de transfusión de sangre compatible; practique prueba de coagulación junto a la cama.

Tono uterino

- Masaje uterino; compresión bimanual del útero; uso de drogas uterotónicas. ⁽⁸⁾

Identificación y TTO de la causa

Tejidos retenidos: remoción manual, legrado

Trauma o laceraciones: Repare desgarros cervicales o vaginales, corrija la inversión uterina; identifique la ruptura uterina.

Coagulopatías: Tratamiento específico, ligadura de arterias uterinas, histerectomía, cirugía

- Sutura hemostática de B-Lynch
- Ligadura de arterias uterinas
- Ligadura de arterias uteroovaricas
- Histerectomía

Traje anti choque no neumático

Las modificaciones en los protocolos de atención, junto con la adquisición de habilidades tanto técnicas como no técnicas y la llegada de nuevos medicamentos y tecnologías han demostrado ser efectivas al mejorar la respuesta del equipo de salud y aumentar la eficacia en la atención de pacientes en estado de choque, lo que se traduce en una reducción de la morbilidad y mortalidad. No obstante, al examinar los casos de mortalidad y morbilidad

graves, se observa que muchos de ellos podrían haberse prevenido mediante la implementación de protocolos comprobados que están disponibles en muchas instituciones.

(9)

Componentes y características

El traje antichoque no neumático fue especialmente diseñado para pacientes obstétricas; consta de tres componentes para cada miembro inferior:

- Componente pélvico
- Componente abdominal con una bola de hule espuma
- Componente de tensión-fijación

Características

- Peso: 3,5 kg
- Elaborado con: neopreno con uniones de velcro
- Resistente
- Alta durabilidad
- Reutilizable (incluso en 100 ocasiones)

Mecanismo de acción

Su mecanismo de acción consiste en ejercer una presión circunferencial en los miembros inferiores y la pelvis, lo que aumenta la presión en el sistema venoso y redirige la sangre hacia la circulación central.

Al realizar una compresión externa sobre el útero, actúa de manera similar a una contracción sostenida. Además, provoca una compresión externa de la vasculatura pélvica y en particular, de la uterina. Estos mecanismos elevan las resistencias periféricas, la precarga y el gasto cardiaco. Como resultado, se mejora de forma inmediata la perfusión de los órganos vitales; además, gracias a la compresión uterina, el sangrado se reduce. ⁽¹⁰⁾

Indicaciones

Pacientes con hemorragia obstétrica posparto, poscesárea o posaborto con pérdidas estimadas mayores a 750 mL o con cambios hemodinámicos que demuestran estado de choque hipovolémico como:

- Índice de choque igual o mayor a 0,9
- Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg persistente
- Presión arterial media menor de 65 mmHg persistente
- Frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto

Colocación del traje antishock

La colocación se inicia por la porción distal; simultáneamente ambos componentes de cada pierna del 1 al 3, luego el componente pélvico y, finalmente, la bola del componente 5 se acoplan sobre el cuerpo uterino y se fija con el componente 6. Esto lo pueden colocar una o dos personas.

La presión circunferencial debe ser la mayor posible (excepto del componente 6 que deberá colocarse sin ejercer demasiada presión).

En las pacientes de talla baja puede comenzarse con el componente 2 (al doblar el componente 1 sobre el componente 2).

Los componentes 2 y 3 se colocan sin que se afecte la flexibilidad de la articulación de la rodilla; los componentes 5 y 6 comprimen el útero; la colocación del traje no debe ocasionar dificultad ventilatoria. ⁽¹¹⁾

El traje se ha dejado colocado incluso durante 48 horas, sin que en ese lapso se haya originado algún efecto adverso.

Retención de restos ovulares y placentarios

La retención de productos de la concepción (RPOC), se puede presentar después de un parto o cesárea en un 6 %, pérdidas gestacionales 17 %, abortos farmacológicos 15 % y quirúrgicos 6 %.

Clínica: El signo guía para sospechar RPOC es la presencia de un sangrado uterino anormal abundante, tras una un parto, cesárea o pérdida gestacional.

La hemorragia posparto (HPP) persiste como una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. La implementación del manejo activo del alumbramiento, que incluye la administración de uterotónicos, tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino, ha demostrado reducir significativamente la incidencia de HPP. ⁽¹²⁾

La anemia ferropénica durante el embarazo es un factor de riesgo importante para la HPP y otras complicaciones maternas y fetales. Es esencial que las gestantes mantengan niveles adecuados de hierro mediante una dieta equilibrada y, cuando sea necesario, la suplementación con hierro oral a partir del segundo trimestre. ⁽¹³⁾

La educación y capacitación del personal sanitario en la identificación y manejo de factores de riesgo asociados a la HPP son fundamentales. La adopción de protocolos basados en la evidencia y adaptados a cada entorno clínico mejora la capacidad de respuesta ante emergencias obstétricas. ⁽¹⁴⁾

La suplementación de hierro en el embarazo es esencial para prevenir la anemia ferropénica y sus complicaciones. Se recomienda una dieta equilibrada con alimentos ricos en hierro, como carnes magras, legumbres y vegetales de hoja verde, junto con suplementos orales de hierro a partir de la semana 24 de gestación. ⁽¹⁵⁾

Una información adecuada a las embarazadas sobre la importancia de la prevención de la anemia y la HPP es crucial, así como el conocimiento sobre las estrategias disponibles para minimizar la necesidad de transfusiones sanguíneas. La colaboración entre profesionales de la salud y gestantes es clave para mejorar los resultados maternos y perinatales. ⁽¹⁶⁾

Conclusiones

El manejo activo de la tercera etapa del parto es una práctica fundamental para prevenir la hemorragia posparto. Incluye la administración de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical, la realización de masaje uterino, el control del sangrado y una monitorización continua. La aplicación correcta de estas intervenciones no solo mejora los resultados del parto, sino que también contribuye significativamente a la salud materna en el período posparto.

Referencias Bibliográficas

1. Díez-Goñi N, Rodríguez-Díez MC. ¿Por qué es importante la enseñanza de la empatía en el Grado de Medicina? Rev. Clínica Española. 2017; 217(6):332-5
2. Briones Garduño JC. Progresos en el control de la hemorragia posparto: una revisión semisistemática. Ginecol. obstet. Méx. 2025 [citado 18/09/2025];93(4):152-163. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030090412025000400152&lng=e
[s](#).
3. Castiblanco-Montañez RA, Coronado-Veloza Cyndi M, Morales-Ballesteros LV, Polo-González TV, Saavedra-Leyva AJ. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Rev. Cuidarte. 2022. [citado 07/10/2025];13(1):e2075. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1369176/2075-texto-del-articulo-16564-4-10-20220513.pdf>
4. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Med Clin Condes. 2014;25(6):993- 1003.
5. Ríos EG. Manejo activo de la tercera etapa del parto salva vidas. Rev. Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2022;11(2):7-8.

6. Maiellano B, Hernández-Rojas PE, Maiellano B, Hernández-Rojas PE. Alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical. Journal of Negative and No Positive Results. 2020 [citado 11/10/2025];5(4):428-35.
7. Fernández Llombar JO, Elías Sierra R, Elías Armas KS, Bayard JI. La hemorragia posparto. Rev cuba anestesiol reanim. 2019 Ago [citado 18/09/2025]; 18(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182019000200003&lng=es.
8. Fong Pantoja L, Garcés Suarez M. Factores de riesgo relacionados con las complicaciones de la hemorragia obstétrica. Rev. cuban. med. mil. 2023 [citado 18/09/2025];52(4):e02303015 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v52n4/1561-3046-mil-52-04-e3015.pdf>
9. Parada-Toro IM, Maldonado Hernández J, Leyva-López A, Márquez Serrano M. Mortalidad materna y atención del parto bajo el modelo centinela. Estudio de caso. Horiz. sanitario. 2023 [citado 18/09/2025];22(1):35-44. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v22n1/2007-7459-hs-22-01-35.pdf>
10. Parada-Toro IM, Maldonado Hernández J, Leyva-López A, Márquez Serrano M, Parada-Toro IM, Maldonado Hernández J, et al. Mortalidad materna y atención del parto bajo el modelo centinela. Estudio de caso. Horizonte sanitario. abril de 2023;22(1):35-44.
11. Hernández Cabrera Y, Piloto Padrón M, Nápoles Méndez D, Pérez Hernández B de la C, Ruiz Hernández M, Hernández Cabrera Y, et al. Superación profesional “Código rojo” obstétrico. Una alternativa para disminuir la morbilidad materna por hemorragia postparto. Conrado. 2020;16(75):32-40.
12. Segura Fernández A, Guerra Pérez V, León Cid I, Rodríguez Iglesias G, Arpa Gámez ÁM. Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. Rev

Cub Med Mil . 2013 [citado 18/09/2025];42(3):258-367. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300002&lng=es.

13. Añón Loureda A. Eficacia del manejo activo del alumbramiento frente al alumbramiento espontáneo para reducir las hemorragias posparto: proyecto de investigación. [Tesis] España: Universidad de Coruña; 2020. Disponible en:

<https://ruc.udc.es/rest/api/core/bitstreams/c5b2f13b-8b22-4fc6-85c6-1ed3195843f8/content>

14. Maiellano B, Hernández-Rojas P E. Alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical. JONNPR. 2020 [citado 18/08/2025];5(): 428-435. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529850X2020000400005&lng=es.

15. Lojano Gutiérrez MI. Estudio clínico aleatorizado de la eficacia de la oxitocina via cordón umbilical en el manejo activo del tercer período del parto, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - Ecuador. [Tesis]; Ecuador: UNIVERSIDAD DE CUENCA; 2014. Disponible en:

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/2e5c6e58-45af-4f83-90df-faf966fd246d>

16. Cristóbal García I. Prevención de la hemorragia intraparto y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial. 2010;25(4):186-7

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses

Contribución de autoría

Los autores participaron en igual medida en la curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original y redacción – revisión y edición.



Los artículos de la [Revista Correo Científico Médico](#) perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Email: publicaciones@infomed.sld.cu