



MINISTERIO  
DE SALUD

Guía de practica clínica  
para el uso de uterotónicos en la prevención  
de la hemorragia posparto

2020



Guía de practica clínica  
para el uso de uterotónicos en la prevención  
de la hemorragia posparto

2020

Guía de práctica clínica para el uso de uterotónicos en la prevención de la hemorragia posparto, Versión completa, 2020, es una publicación coordinada por el Instituto Nacional de Salud.

© Ministerio de Salud  
Instituto Nacional de Salud

#### **Autoridades**

Dr. Francisco José Alabí Montoya, Ministro de Salud Ad Honorem  
Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza, Viceministro de Gestión y Salud  
Dra. Karla Marina Díaz Naves, Viceministra de Operaciones en Salud

#### **Grupo desarrollador**

##### **Coordinadora**

Dra. Xochitl Sandoval, directora del Instituto Nacional de Salud, Gineco-obstetra, Especialista en obstetricia crítica, Maestra en investigación

##### **Grupo temático:**

1. Dra. Claudia Rodríguez, Perinatóloga, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” , coordinadora temática
2. Dra. Marcela Hernández, Gineco-obstetra, Coordinadora de la Unidad de la Atención a la Mujer, Niñez y Adolescencia, Ministerio de Salud
3. Dr. Carlos Hernández, Médico, Maestro en salud pública, Jefe del Departamento de Gobernanza y Gestión del Conocimiento del Instituto Nacional de Salud
4. Dr. Jorge Efraín Portillo, Médico internista, Especialista en anestesiología, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”
5. Dr. César Navarro, Profesor universitario, Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina de Universidad Nacional de El Salvador
6. Dr. Roberto Quijada, Maestro en economía de la salud, colaborador técnico en salud, Departamento de Normalización, ISSS
7. Dra. Larisa Chavarría, Médico de familia, Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Salud
8. Lic. Mario Sánchez, Estadístico, Departamento de Investigación, Instituto Nacional de Salud
9. Lic. Hídalía de Sánchez, Maestra en gestión hospitalaria, técnico en Departamento de Gobernanza y Gestión del Conocimiento del INS
10. Dr. Ronald López, Gineco-obstetra especialista en obstetricia crítica, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”
11. Dr. Ricardo Ruano Arévalo, Salubrista, Director de tecnologías sanitarias, Ministerio de Salud
12. Dra. Evelyn Castellanos, Internista y Maestro en Salud Pública. Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Salud

##### **Coordinador Metodológico:**

Dra. Rocío A. Cajar, Gineco-obstetra, Técnico en Instituto Nacional de Salud.

##### **Coordinación editorial**

Edwin López Morán

### Panel de expertos

Nombre	Especialidad	Afiliación
Pablo José Aquino	Especialista en ginecología y obstetricia	Hospital Nacional de Santa Ana
Carlos Alfonso Moreno Hurtado	Especialista en medicina familiar	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Ignacio Javier Menjívar de Arostegui	Especialista en ginecología y obstetricia	Hospital Nacional de la Mujer
Xenia Marisela Zepeda de Morales	Especialista en ginecología y obstetricia	Hospital Militar Central
Nelly del Carmen Turcios Olmedo	Licenciada en enfermería	Hospital Nacional Zacamil
Rocío Esmeralda Zacapa	Especialista en ginecología y obstetricia	Hospital Nacional San Rafael
Francisco Geovanny Ríos Perla	Especialista en ginecología y obstetricia	Hospital Nacional de la Mujer
Zonia Arely Trigueros	Médico, maestra en Salud Pública	Dirección de Primer Nivel de Atención
Maritza Dolores Vela Rivera	Promotora de salud	UCSFE Barrios
Ronald Eduardo López Guevara	Especialista en obstetricia crítica	Hospital Nacional de la Mujer
José Douglas Jiménez Hernández	Especialista en ginecología y obstetricia	Unidad de Atención a la niñez y adolescencia
Ana Sofía de Abrego	Licenciada en enfermería Maestra en investigación	Unidad Nacional de Enfermería
Eva Carolina García	Médico general	UCSF-E Mejicanos
Nadia Fuentes	Especialista en ginecología y obstetricia	Hospital Nacional de San Miguel
Edward Herrera	Especialista en ginecología y obstetricia	Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Hospital Primero de Mayo
Daniel Reyes	Médico, sub especialista en infectología	Dirección Nacional de Medicamentos
Ana Miriam de Landos	Licenciada en enfermería, maestra en Salud Pública	SIBASI Sur
Karen Isabel Campos Castro	Paciente	UCSFE Barrios
Vanessa Esmeralda Monteagudo Peña	Paciente	UCSFE Barrios

#### Asesores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Dra. Hilda Leal, asesora de Sistemas y Servicios de Salud.

Dr. Ludovic Reveiz, asesor del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud.

Marcela Torres PhD, consultora del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud.

#### Evaluadores externos

Dra. María Esperanza Alvarenga de Aparicio, ginecóloga y obstetra, master en Salud Sexual y Reproductiva y Oficial de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El Salvador.

Dra. Mirian González, ginecóloga y obstetra, Gerente de Servicios de Apoyo, Hospital Materno Infantil Primero de Mayo, Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

# Contenido

Resumen ejecutivo .....	7
Algoritmo .....	10
Presentación .....	11
Alcance y usuarios .....	13
Objetivos y población diana .....	14
Marco teórico y justificación .....	15
Métodos .....	16
Recomendaciones.....	20
Para las mujeres en el tercer período del parto, ¿el uso de uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto, en comparación con placebo o ningún tratamiento, mejora los resultados maternos y perinatales? .....	20
Efectos de la oxitocina en comparación con placebo o ningún tratamiento <sup>9</sup> .....	21
¿ En mujeres en el tercer periodo del parto , el uso de misoprostol para la prevención de hemorragia posparto, en comparación con placebo o ningún tratamiento, mejora los resultados maternos y perinatales ? .....	23
Implementación.....	30
Referencias bibliográficas .....	32
Anexos .....	34
ANEXO 1. RESUMEN DEL ANÁLISIS DE CONFLICTO DE INTERESES .....	34
ANEXO 2. PERFILES DE EVIDENCIA GRADE .....	35
Anexo 3. Tablas de la evidencia a la recomendación .....	69

# Resumen ejecutivo

## Objetivo

Proveer recomendaciones para mejorar la calidad del cuidado y desenlaces para mujeres que reciben atención del parto, en relación a la prevención de la hemorragia posparto (HPP) por atonía uterina en El Salvador.

## Métodos

La presente guía fue desarrollada siguiendo los lineamientos del Manual para la elaboración de guías de la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>. De forma general, se creó un grupo para la elaboración con enfoque multidisciplinario compuesto por expertos sobre el tema, epidemiólogos, metodólogos y pacientes. Con base en la evidencia proveniente de la guía para el uso de uterotónicos para la prevención de hemorragia posparto, se desarrolló una adaptación para el contexto del sistema de salud de El Salvador<sup>2</sup>. Se realizó inclusión de evidencia local y la contextualización de sus recomendaciones. Las recomendaciones fueron graduadas en un panel de expertos conformado por profesionales en estadística, enfermería, materno infantil, médicos generales y especialistas en ginecología y obstetricia, perinatología, anestesiología, medicina familiar, economía de la salud, epidemiología, además se incluyó la participación de pacientes siguiendo el enfoque GRADE. Adicionalmente, la guía fue evaluada por pares temáticos y metodológicos. Todos los participantes del panel y del grupo desarrollador firmaron un formato de conflicto de intereses que analizaron los coordinadores de la guía.

## Cómo usar esta guía

Cada pregunta clínica presenta un grupo de recomendaciones y buenas prácticas que brindan indicaciones del uso de uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto. Cada recomendación presenta la calidad de la evidencia siguiendo el sistema GRADE:

Juicio	Características
Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Muy baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Las recomendaciones incluyen la fuerza de la recomendación de acuerdo al sistema GRADE:

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se recomienda hacerlo.
Condicional a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se sugiere hacerlo.
Condicional en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Se sugiere no hacerlo.
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. Se recomienda no hacerlo.

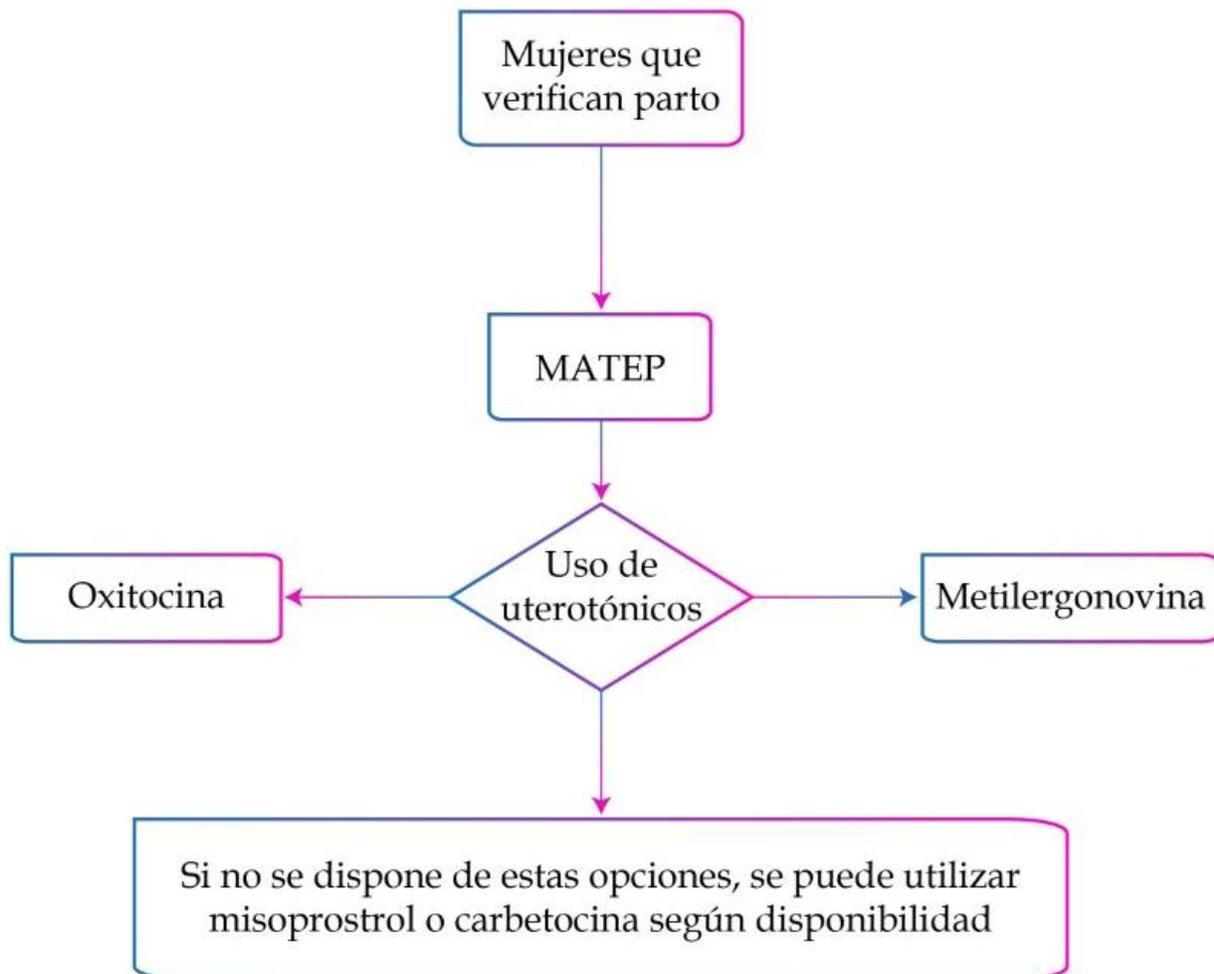
## Recomendaciones

Las recomendaciones están relacionadas con el uso de uterotónicos durante el tercer período del parto para la prevención de hemorragia postparto:

Grado de Recomendación	n.º	Resumen
Fuerte a favor	1	Se recomienda el uso de un uterotónico efectivo para la prevención de hemorragia posparto durante el tercer período del parto para todos los nacimientos.
Fuerte a favor	2	Con el fin de prevenir efectivamente HPP, uno de los siguientes uterotónicos se recomienda para ser usado: oxitocina, carbetocina, misoprostol, o ergometrina/metilergometrina.
Condicional a favor	3	En lugares donde existe la opción de seleccionar múltiples uterotónicos, oxitocina (10 IU, IM/IV) es el agente uterotónico recomendado como primera elección para la prevención de HPP para todos los nacimientos.
Condicional a favor	4	El uso de carbetocina (100µg, IM/IV) es sugerida para la prevención de HPP en todos los nacimientos en contextos donde el costo es comparable con otros uterotónicos.
Fuerte a favor	5	El uso de misoprostol (400 µg o 600 µg) es recomendado para la prevención de HPP en todos los nacimientos en donde se encuentre disponible.
Condicional a favor	6	El uso de ergometrina/metilergometrina (200 µg, IM/IV) es sugerida para la prevención de HPP en contextos donde los desórdenes hipertensivos pueden ser seguramente excluidos antes de su uso
Punto de buena practica		<p>Los lineamientos del Ministerio de Salud de El Salvador recomiendan el uso de uterotónicos para prevenir la atonía uterina, de la siguiente forma:<sup>3</sup></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>Administración de uterotónicos (Para prevenir atonía uterina)</b></p> <p>Posterior a cortar el cordón umbilical (1 a 2 minutos) y asegurarse que no existe otro bebé, administre 10 unidades de oxitocina vía IM en muslo o glúteo de la paciente.</p> <p>En el caso de cesárea la administración de oxitocina serán las 20 UI IV diluidas en un litro de dextrosa al 5 % a 40 gotas por minuto, después de extraer al recién nacido.</p> <p>Si no dispone de oxitocina, administre 0.2 mg de Metilergonovina por vía intramuscular. NO USE Metilergonovina en embarazadas con Preeclampsia, Eclampsia o presión arterial elevada, porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidente cerebro vascular.</p> </div> <p>Además, establece las actividades necesarias para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto<sup>4</sup>.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Manejo activo del tercer período del parto</b>            Uso del manejo activo del tercer periodo, en adelante MATEP, que es el conjunto de intervenciones que se realizan dentro del primer minuto posterior al nacimiento, para prevenir la hemorragia postparto. Su aplicación es obligatoria en todo tipo de parto vaginal o cesárea.            El MATEP debe incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) La administración 10 unidades de oxitocina IM.</li> <li>b) La tracción controlada del cordón umbilical y contra tracción de la cara anterior del útero, al momento de presentar una contracción uterina luego de administrada la oxitocina.</li> <li>c) El masaje uterino abdominal, luego de la salida de la placenta, cada quince minutos en # 4 y luego cada treinta minutos # 2.</li> </ol> </div>

## Algoritmo

### Flujograma para uso de uterotónicos En prevención de hemorragia posparto



## Presentación

El Instituto Nacional de Salud (INS) con el objetivo de proporcionar un documento que cuente con recomendaciones sustentadas bajo la evidencia científica que permita al clínico la toma de decisiones acertadas presenta la Guía de práctica clínica sobre el uso de uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto. El trabajo contiene el alcance, objetivos, la metodología de la elaboración de la guía; las recomendaciones generadas por preguntas y las intervenciones para su implementación.

Mundialmente se conoce sobre las principales causas de mortalidad materna donde se encuentran las hemorragias; para el caso particular de El Salvador desde el año 2018 la hemorragia obstétrica severa ocupa el primer lugar dentro de las causas de mortalidad materna representando el 29 % en el 2019 de las 27 muertes registradas en el país en los egresos 2019 del Sistema de Información de Morbimortalidad más estadísticas vitales en línea por lo que el INS consideró vital el tema de la prevención de la hemorragia posparto con el uso de uterotónicos el cual se establece actualmente como una buena práctica en los establecimientos de salud.

La implementación del manejo activo del tercer período del parto se ha aplicado en nuestro país como una actividad de buena práctica para prevenir la hemorragia pos parto por la atonía uterina

El INS responsable de la conducción del proceso de elaboración conformó un grupo desarrollador de guías (GDG) integrado por miembros de direcciones y unidades del Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Salud y Universidad de El Salvador. La participación de los miembros del GDG estuvo sometida a una Declaración de conflictos de interés que evaluó aspectos pertinentes a intereses económicos personales, económicos no personales y familiares. Los conflictos de interés fueron analizados por miembros del GDG.

Contar con esta guía clínica permite poner a la disponibilidad a los usuarios un recurso como la evidencia científica para orientar en la toma de las mejores decisiones. El objetivo es generar, una serie de recomendaciones para el uso de uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto informadas en la evidencia .

La primera parte de este documento presenta la metodología para la adaptación de la guía. Allí se describe como el GDG estableció una discusión inicial y luego un proceso de priorización de tres preguntas de aplicación y adaptación a nuestro contexto nacional tomados de la guía actualizada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el manejo de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto.

El GDG siguió el manual para elaborar guías de la OMS y de acuerdo a los lineamientos de GRADE el cual revisó y priorizó las preguntas clínicas en formato PICO (acrónimo que por su estructura se compone por: P de paciente o problema de interés, I de intervención, C de Intervención de comparación y O de *outcomes* que se traduce como resultado a valorar). Se inició un proceso de búsqueda de fuentes de información existente internacional y evidencia local. Para cada una de estas preguntas se generaron en total de 6 recomendaciones. Cada recomendación presenta la calidad de la evidencia e incluyen la fuerza de la recomendación siguiendo el sistema GRADE. Las recomendaciones se discutieron y ajustaron en un panel de expertos con representantes de de pacientes quienes contribuyeron a establecer la fuerza de las recomendaciones.

Se describen en el documento algunas actividades que aunque no son basadas en la evidencia, si forman parte de las buenas prácticas para prevención de la hemorragia posparto y un flujograma elaborado de acuerdo a las recomendaciones.

El documento incluye además una propuesta de implementación diseñada por el grupo metodológico. En esta se identifican las posibles barreras de implementación, se establecen los factores críticos y una propuesta de implementación donde se detallan los responsables y los indicadores que permitirían evaluar la eficacia del proceso.

El presente documento es reflejo el trabajo coordinado por el INS a través de la conformación GDG y es un documento a la disponibilidad del profesional de salud que cuenta con recomendaciones médicas basada en la evidencia científica para la toma de las mejores decisiones clínicas.

## Alcance y usuarios

Esta guía de práctica clínica provee recomendaciones informadas en la evidencia para el uso de uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto. Las recomendaciones están dirigidas a profesionales de la salud que son responsables de desarrollar guías y protocolos nacionales y quienes trabajan en la provisión del cuidado a mujeres durante el parto, principalmente profesionales de enfermería, médicos generales, obstetras, licenciados en maternoinfantil, así como gerentes de programas de salud materna e infantil, instituciones académicas y tomadores de decisiones. La guía pretende ser usada por tomadores de decisiones y miembros de entidades gubernamentales con el fin de mejorar la calidad en la atención y prevenir complicaciones.

## Objetivos y población Diana

La guía pretende proveer recomendaciones que buscan mejorar la calidad del cuidado y los desenlaces para mujeres que reciben atención del parto, en relación a la prevención de la hemorragia posparto por atonía uterina.

La población en la que se utilizará la guía son mujeres en el tercer periodo del parto sin importar la vía del parto o lugar del nacimiento (hospital o primer nivel de atención).

## Marco teórico y justificación

El embarazo y el parto implican serios riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres sin problemas de salud preexistentes. El riesgo de morbilidad en el momento del parto puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones el momento del parto.

La hemorragia posparto es una de las principales causas de mortalidad materna. Se estima que, en todo el mundo, alrededor del 11 % de las mujeres que dan a luz, un nacido vivo sufren hemorragia posparto severa.

La hemorragia posparto (HPP) es una de las complicaciones obstétricas más temidas que pueden surgir en el puerperio. Sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, en especial en países en vías de desarrollo (1 por 1000 partos). Se estima que la HPP ocurre en 4 % de los partos vaginales y en 6 % de los partos por cesárea; y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se presenta de 14-20 millones de complicaciones maternas por HPP anuales.<sup>5</sup>

El período posterior al nacimiento del neonato y a las primeras horas del posparto son cruciales en lo que se refiere a la prevención, el diagnóstico y el manejo del sangrado. En comparación con otros riesgos asociados a la maternidad la hemorragia puede transformarse rápidamente en una amenaza para la vida. Una mujer que sufre una hemorragia grave pronto morirá si no recibe la atención médica adecuada, medicamentos necesarios, acceso a procedimientos clínicos simples, transfusión sanguínea o cirugía.

En El Salvador desde 2018 la hemorragia obstétrica severa ocupa el primer lugar dentro de las causales de mortalidad materna evidenciándose igual tendencia para el 2019 donde del total de 27 muertes maternas 8 fueron por hemorragia posparto registradas en los egresos 2019 del Sistema de Información de Morbilidad más Estadísticas Vitales en línea.<sup>6</sup>

La hemorragia posparto temprana a menudo puede ser manejada con atención obstétrica básica y esencial, pero cualquier retraso puede acarrear complicaciones mayores que podrían requerir de una completa atención obstétrica de emergencia.

La mayoría de los casos de HPP ocurren durante el tercer período del parto. En este período los músculos del útero se contraen y la placenta comienza a separarse de la pared uterina.

El manejo activo del tercer periodo del parto como el único con evidencia de prevenir hemorragia posparto consiste en una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta a través del aumento de las contracciones uterinas y prevenir la HPP evitando la atonía uterina. Estas intervenciones consisten en: administrar una droga uterotónica (que contrae el útero) dentro del primer minuto después del nacimiento; pinzar y cortar el cordón umbilical poco después del nacimiento (1 a 2 minutos); y aplicar tensión controlada del cordón umbilical (también denominada tracción controlada del cordón), ejerciendo simultáneamente contra-tracción sobre el útero a través del abdomen. Después de la expulsión de la placenta, el masaje del fondo del útero a través del abdomen también ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado.<sup>3,4</sup>

La atonía uterina es la primera causa de HPP<sup>7</sup>, tanto en el parto vaginal como en la cesárea. Se considera que un tercer estadio del parto prolongado (mayor de 30 minutos) como el principal factor de riesgo de hemorragia por atonía uterina. Por ello, se recomienda el manejo activo del tercer estadio del parto con la administración profiláctica y terapéutica de uterotónicos.

## Métodos

Esta guía se elaboró de acuerdo al Manual para elaborar guías de la Organización Mundial de la Salud<sup>8</sup> y de acuerdo a la Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia de la OMS<sup>1,9</sup>.

### Composición del grupo desarrollador

El grupo contó con la participación de expertos temáticos en ginecología y obstetricia, perinatología, anestesiología, enfermería, medicina familiar y con un equipo compuesto por metodólogos, epidemiólogos, estadísticos, salubristas y expertos en economía de la salud.

### Declaración de conflicto de interés

Todos los miembros del grupo desarrollador, del panel de expertos, así como las personas que participaron tanto en la revisión externa, firmaron un formato de conflicto de intereses. El análisis se encuentra en el anexo1.

### Declaración de independencia editorial

Se declara que el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud de El Salvador y la Organización Panamericana de la Salud no influenciaron el desarrollo de esta guía.

### Proceso de adaptación de la guía de práctica clínica

Se conformó un grupo desarrollador de guías (GDG) compuesto por expertos clínicos, miembros del Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud de El Salvador, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el cual revisó y priorizó las preguntas clínicas y las recomendaciones provenientes de la guía actualizada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud sobre el manejo de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto<sup>2</sup> con el fin de contextualizar las recomendaciones al sistema de salud de El Salvador.

## Guía de OMS para el uso de uterotónicos en la prevención de HPP

La guía fue desarrollada de acuerdo a los lineamientos del Manual para elaborar guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>8</sup> y se elaboró de acuerdo a los lineamientos del Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)<sup>9</sup> se prepararon los perfiles de evidencia con base en una revisión sistemática Cochrane que realizó un metaanálisis en red. La información sobre el detalle metodológico y la evidencia que apoya las recomendaciones en los anexos de la guía<sup>2</sup>. La síntesis de los estudios seleccionados se desarrolló a través de la construcción de los perfiles de evidencia con ayuda del portal <https://gdt.grade.pro.org> y la calidad de la evidencia fue evaluada según el sistema GRADE. Para alcanzar la transparencia y simplicidad, el sistema GRADE<sup>10</sup> califica la calidad de evidencia en uno de cuatro niveles: alto, moderado, bajo y muy bajo. El enfoque de Decisions and Practice based on Evidence (DECIDE) fue utilizado para orientar las recomendaciones basado en la calidad de la evidencia, el efecto de las intervenciones, recursos, equidad, aceptabilidad y factibilidad<sup>11</sup>.

## Formulación de las recomendaciones para el contexto de El Salvador

Las recomendaciones fueron formuladas en dos pasos. Primero, el GDG revisó y reformuló las recomendaciones preliminares de la guía de OMS para el uso de uterotónicos para la prevención de HPP<sup>2</sup> considerando la evidencia de la guía de la OMS, evidencia y normatividad de El Salvador, el balance riesgo beneficio, preferencias de los pacientes y el contexto de implementación (acceso, factibilidad, equidad). Segundo, las recomendaciones se discutieron y ajustaron en un panel de expertos con representantes de usuarios, sociedades científicas y de pacientes quienes contribuyeron a refinar y definir la fuerza de las recomendaciones. Se utilizó el enfoque GRADE para reformular las recomendaciones.

Las recomendaciones incluyen la fuerza de la recomendación de acuerdo al sistema GRADE<sup>9</sup>:

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se recomienda hacerlo.
Condicional a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se sugiere hacerlo.
Condicional en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Se sugiere no hacerlo.
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. Se recomienda no hacerlo.

Los perfiles de evidencia se encuentran en el Anexo 2

Posteriormente se desarrollaron las tablas de la evidencia a la decisión para cada una de las preguntas, las cuales consideran la calidad de la evidencia, efectos deseables, efectos indeseables, calidad de la evidencia, variabilidad de los desenlaces, balance riesgo beneficio, recursos requeridos, aspectos de equidad, aceptabilidad y factibilidad. Las tablas se encuentran en el Anexo 3.

### Evidencia local

Epidemiólogos del equipo, identificaron estudios en bases de datos y literatura gris acerca del uso de uterotónicos en El Salvador, así como lineamientos del Ministerio de Salud los cuales fueron evaluados e incluidos en la evidencia que apoya las recomendaciones de la guía.

### Inclusión de perspectivas de las pacientes

Se revisó la evidencia acerca de preferencias de las pacientes incluidas en la guía y se invitaron a dos pacientes al panel de expertos donde se formularon las recomendaciones y se escucharon su puntos de vista con respecto a las recomendaciones formuladas.

### Buenas prácticas

Las buenas prácticas son sugerencias operativas basadas en la experiencia del GDG y de las mesas de trabajo de

GRADE donde participaron diferentes grupos de interés, que, aunque no son basadas en la evidencia, hacen parte de las buenas prácticas para el manejo de los pacientes y se encuentran en línea con la normatividad nacional. Las buenas prácticas tienen como objetivo apoyar las recomendaciones formuladas.

## Implementación

Con base en el modelo de OPS<sup>1</sup>, la síntesis de la evidencia del uso de uterotónicos para Latinoamérica y el consenso del grupo desarrollador se construyó un módulo de implementación que incluye los actores responsables del proceso en El Salvador, las barreras, facilitadores y estrategias de implementación, así como los indicadores de proceso y resultado.

## Recomendaciones

Para las mujeres en el tercer período del parto, ¿el uso de uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto, en comparación con placebo o ningún tratamiento, mejora los resultados maternos y perinatales?

Población	Intervención / Control	Desenlaces
<b>Mujeres que verificaron parto vaginal</b>  <b>Mujeres a quienes se les realizó cesárea.</b>	Oxitocina.  Placebo.  No tratamiento.  Otro tipo de uterotónico.	Muerte materna.  HPP ≥ 1000 ml.  Transfusión de sangre.  Morbilidad materna severa: ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI).  Morbilidad materna severa: shock.  HPP ≥ 500 ml.  Uso de uterotónicos adicionales.  Pérdida de sangre (ml).  Anemia posparto.  Lactancia materna.  Efectos adversos.  Bienestar materno.  Satisfacción materna.

### Resumen de la evidencia

La evidencia sobre la eficacia y seguridad de la oxitocina para la prevención de la hemorragia posparto (HPP), se obtuvo de una revisión sistemática Cochrane actualizada con metaanálisis en red de todos los agentes uterotónicos para la prevención de la HPP<sup>12</sup>. El metaanálisis en red incluyó 196 ensayos (135.559 mujeres) que se realizaron en 53 países (incluidos los países de ingresos altos, medios y bajos). La mayoría de los ensayos (187/196, 95.4 %) se realizaron en un entorno comunitario (3.6 %), uno en un entorno mixto (0.5 %) y uno en entorno no informado. La mayoría de los ensayos incluyeron mujeres a quienes se les indicó parto vaginal (140/196, 71.5 %), mientras que 53 ensayos (27.0 %) incluyeron mujeres que recibieron cesárea, dos ensayos (1.0%) incluyeron mujeres con parto vaginal o cesárea, y un ensayo (0.5 %) no especificó el modo de nacimiento. Un total de 124 ensayos (63.3 %) incluyeron mujeres con embarazo único, 36 ensayos (18.4%) incluyeron mujeres

con embarazos únicos o múltiples, y un ensayo (0.5 %) incluyó mujeres con embarazo gemelar, 35 ensayos restantes (17,9 %) no especificaron información adicional al respecto. Un total de 108 ensayos (55,1 %) incluyeron mujeres nulíparas y multíparas, seis ensayos (3,1 %) incluyeron solo mujeres nulíparas o primigestas, un ensayo incluyó solo mujeres multíparas (0,5 %) y 81 ensayos (41,3 %) no especificaron paridad.

En los 196 ensayos (412 brazos de ensayo) en el metaanálisis en red, los siguientes agentes fueron utilizados como una intervención o comparador:

137 brazos de prueba (33.3 %) usaron oxitocina.

96 brazos de prueba (23.3 %) usaron misoprostol.

39 brazos de prueba (9,5 %) usaron ergometrina.

35 brazos de prueba (8.5 %) usaron oxitocina más ergometrina.

33 brazos de prueba (8 %) usaron carbetocina.

29 brazos de prueba (7 %) usaron placebo o ningún tratamiento.

26 brazos de prueba (6.3 %) usaron misoprostol más oxitocina.

17 brazos de prueba (4.1 %) usaron prostaglandinas inyectables.

## Efectos de la oxitocina en comparación con placebo o ningún tratamiento<sup>12</sup>

Muerte materna: cuando se compara con placebo o ningún tratamiento, la baja evidencia sugiere que la oxitocina no causa diferencias en el riesgo de muerte materna (razón de riesgo [RR] 1.60, intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0.11-23.86). PPH  $\geq$ 1000 ml: Alta certeza de evidencia, que sugiere que la oxitocina reduce la PPH  $\geq$  1000 ml en comparación con placebo o ningún tratamiento (RR 0,59; IC del 95 %: 0,50-0,70).

Transfusión de sangre: cuando se compara con placebo o ningún tratamiento, la moderada evidencia sugiere que la oxitocina profiláctica probablemente reduce el uso de transfusiones de sangre (RR 0,60; IC del 95 %: 0,41 a 0,87).

Morbilidad materna severa - ingreso en la UCI: certeza de la evidencia baja, sugiere que la oxitocina puede no hacer ninguna diferencia en los ingresos a la UCI, aunque este fue un evento raramente informado (RR 0,86; IC del 95 %: 0,11 a 6,99). No hubo datos informados en los ensayos incluidos para el resultado «shock».

HPP  $\geq$ 500 ml: certeza de evidencia moderada, sugiere que la oxitocina probablemente la reduce HPP  $\geq$  500 ml en comparación con placebo o ningún tratamiento (RR 0.58, IC 95 % 0.49-0.70).

Uso de uterotónicos adicionales: cuando se compara con placebo o ningún tratamiento, la certeza de evidencia moderada sugiere que la oxitocina profiláctica también reduce el uso adicional de uterotónicos (RR 0,42; IC del 95%: 0,3-0,56).

Pérdida de sangre media: certeza de evidencia baja, sugiere que la pérdida de sangre puede ser ligeramente menor que entre quienes recibieron placebo o ningún tratamiento (diferencia media [DM] 56.98 ml menor, IC 95 % 98.15- 15.82 ml menor).

Anemia posparto: este resultado no se informó directamente en la revisión. Sin embargo, existe certeza de evidencia moderada de que el cambio medio en el nivel de hemoglobina anteparto versusposparto, fue menos entre las mujeres que recibieron oxitocina profiláctica en comparación con quienes recibieron placebo o ningún tratamiento (DM 2,14 g / L menor, IC 95% 3,87-0,41 g / L menor).

Lactancia materna: la certeza de la evidencia moderada sugiere que la oxitocina probablemente no hace ninguna diferencia en la proporción de mujeres que están amamantando al momento del alta hospitalaria (RR 1.02, IC 95 % 0.98-1.06).

Cualquier efecto secundario: certeza de evidencia moderada, sugiere que la oxitocina profiláctica probablemente no interfiere con el riesgo de experimentar náuseas (RR 0,88; IC del 95 %: 0,53-1,49), vómitos (RR 0,98; IC del 95 %: 0,58-1,66) o dolor abdominal (RR 1.01, IC 95 % 0.70-1.44). Certeza de evidencia baja sugiere que la oxitocina profiláctica puede hacer poca o ninguna diferencia en el riesgo de experimentar cefalea (RR 1.45, IC 95 % 0.74-2.81), hipertensión (RR 0.84, IC 95 % 0.11-6.57), escalofríos (RR 0.70, IC 95 % 0.41-1.20), fiebre (RR 1.06, IC 95 % 0.51-2.21) o diarrea (RR 1.25, IC 95 % 0.51-3.07).

Bienestar materno: solo un ensayo de la comparación directa provee alguna evidencia que puede ser relevante para los resultados de interés. Certeza de evidencia baja sugiere que el uso de oxitocina profiláctica puede o no causar diferencia en la percepción de menores niveles de energía a los tres meses posparto, en comparación con la etapa preparto (RR 1.02, IC 95 % 0.93-1.13) o experimentar fatiga a los tres meses posparto. (RR 0,99, IC 95 % 0,95-1,04).

Satisfacción materna: solo un ensayo de la comparación directa realizada proporcionó algunas pruebas relacionadas con este resultado. Certeza de evidencia moderada sugiere que la oxitocina profiláctica puede usarse para determinar si la atención o el manejo por el uso del medicamento influyó positivamente en la experiencia del nacimiento (RR 1.01, IC 95 % 0.89-1.15), o si hace poca o ninguna diferencia en la experiencia del parto (RR 1.02, IC 95 % 0.90-1.15). Certeza de evidencia baja que sugiere que el uso profiláctico de oxitocina puede o no causar poco o ningún efecto en el grado de percepción negativa de la madre durante el parto (RR 0.73, IC 95 %, 0.47-1.13).

¿ En mujeres en el tercer periodo del parto , el uso de misoprostol para la prevención de hemorragia posparto, en comparación con placebo o ningún tratamiento, mejora los resultados maternos y perinatales ?

Población	Intervención / Control	Desenlaces
<p><b>Mujeres que verificaron parto vaginal.</b></p> <p><b>Mujeres a quienes se les realizó cesárea.</b></p>	<p>Misoprostol.</p> <p>Placebo.</p> <p>No tratamiento.</p> <p>Otro tipo de uterotónico.</p>	<p>Muerte materna.</p> <p>HPP ≥ 1000 ml.</p> <p>Transfusión de sangre.</p> <p>Morbilidad materna severa: ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI).</p> <p>Morbilidad materna severa: shock.</p> <p>HPP ≥ 500 ml.</p> <p>Uso de uterotónicos adicionales.</p> <p>Pérdida de sangre (ml).</p> <p>Anemia posparto.</p> <p>Lactancia materna.</p> <p>Efectos adversos.</p> <p>Bienestar materno.</p> <p>Satisfacción materna.</p>

Evidencia sobre la eficacia y seguridad del misoprostol para la prevención de hemorragia posparto (HPP). Extraído de la revisión sistemática de Cochrane actualizada<sup>12</sup> que incluye un metaanálisis de red de todos los agentes uterotónicos para la prevención de la HPP. El metaanálisis en red incluyó 196 ensayos clínicos (135.559 mujeres) que se desarrollaron en 53 países.

#### Efectos del misoprostol en comparación con placebo o ningún tratamiento<sup>12</sup>

Muerte materna: la certeza de la evidencia es baja y sugiere que el uso de misoprostol puede ser menos costoso (razón de riesgo [RR] 1.00, IC 95 % 0.10-9.59). H PP≥1000 ml: la certeza de la evidencia es alta y sugiere que el misoprostol en comparación con el placebo o ningún tratamiento reduce la HPP ≥1000 ml (RR 0,71; IC del 95 %: 0,59-0,85).

Transfusión de sangre: la certeza de la evidencia es alta y sugiere que el misoprostol reduce el uso de transfusiones de sangre en comparación con placebo o ningún tratamiento (RR 0,52; IC del 95 %: 0,35 a 0,80).

Morbilidad materna grave - ingreso en la UCI: la certeza de la evidencia es baja y sugiere que el misoprostol puede o no hacer diferencia en los ingresos a la UCI (RR 1.00, IC 95 % 0.14-7.05). No datos disponibles del resultado «shock» reportado en los ensayos incluidos.

HPP  $\geq$ 500 ml: la certeza de la evidencia es moderada y sugiere que el misoprostol probablemente reduce la HPP  $\geq$ 500 ml en comparación con placebo o ningún tratamiento (RR 0,63; IC del 95 %: 0,52-0,76).

Uso de uterotónicos adicionales: cuando se compara con placebo o ningún tratamiento, la certeza de la evidencia es moderada y sugiere que el misoprostol probablemente reduce el uso adicional de uterotónicos (RR 0.44, IC 95 % 0.33-0.59).

Pérdida de sangre media: certeza de la evidencia moderada y sugiere que la pérdida de sangre es ligeramente menor entre las mujeres que reciben misoprostol comparado a mujeres que reciben placebo o ningún tratamiento (diferencia media [DM] 66.33 ml menor, IC 95 % 106.96- 25.69 ml menor).

Anemia posparto: este resultado no se informó directamente en la revisión. Sin embargo, existe evidencia con certeza moderada de que el cambio medio en el nivel de hemoglobina entre anteparto y posparto es menos probable en mujeres que reciben misoprostol comparado con mujeres que reciben placebo o ningún tratamiento (DM 2.22 g / L menor, IC 95 % 3.94-0.50 g / l más bajo).

Cualquier efecto secundario: existe evidencia con certeza moderada que sugiere que el misoprostol probablemente tenga pequeña o ninguna diferencia en el riesgo de experimentar náuseas (RR 1.24, IC 95 % 0.75-2.06) y vómitos (RR 1.61 IC 95 % 0.98-2.62). Evidencia baja que sugiere que el misoprostol puede hacer poca o ninguna diferencia en el riesgo de experimentar dolor de cabeza (RR 1.41, IC 95 % 0.71-2.81). Cuando se compara con placebo o ningún tratamiento, la evidencia es moderada y sugiere que el misoprostol probablemente causa poco o ningún del dolor abdominal en el posparto (RR 1.03, IC 95 % 0.71-1.50). No está claro si el misoprostol reduce la hipertensión en comparación con placebo o la no utilización de ningún tratamiento, ya que la certeza de la evidencia es muy baja. Evidencia alta, sugiere que, en comparación con el placebo, el misoprostol aumenta el riesgo de experimentar escalofríos (RR 2,91; IC del 95 %: 1,78 a 4,77). La evidencia moderada sugiere que el misoprostol probablemente aumenta el riesgo de fiebre (RR 4.10, IC 95 % 2.09-8.05). La evidencia de certeza alta sugiere que, en comparación con el placebo, el misoprostol aumenta el riesgo de diarrea (RR 2.80, IC 95 % 1.20-6.49)<sup>12</sup>.

En las mujeres en el tercer período del trabajo de parto (P), ¿el uso de carbetocina para la prevención de la hemorragia posparto (I) en comparación con placebo o sin tratamiento (C), mejora los resultados maternos y perinatales?

Población	Intervención / Control	Desenlaces
<p>Mujeres que verificaron parto vaginal.</p> <p>Mujeres a quienes se les realizó cesárea.</p>	<p>Carbetocina.</p> <p>Placebo.</p> <p>No tratamiento.</p> <p>Otro tipo de uterotónico.</p>	<p>Muerte materna.</p> <p>HPP <math>\geq</math> 1000 ml.</p> <p>Transfusión de sangre.</p> <p>Morbilidad materna severa: ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI).</p> <p>Morbilidad materna severa: shock HPP <math>\geq</math> 500 ml.</p> <p>Uso de uterotónicos adicionales.</p> <p>Pérdida de sangre (ml).</p> <p>Anemia posparto.</p> <p>Lactancia materna.</p> <p>Efectos adversos.</p> <p>Bienestar materno.</p> <p>Satisfacción materna.</p>

Las pruebas sobre la eficacia y seguridad de la carbetocina para la prevención de la hemorragia posparto (PPH) se derivaron de una revisión sistemática actualizada de Cochrane con un metaanálisis en red de todos los agentes uterotónicos para la prevención de la HPP. El metaanálisis de la red incluyó 196 ensayos (135 559 mujeres) que se llevaron a cabo en 53 países.

### Efectos de la carbetocina en comparación con placebo o sin tratamiento

Los resultados a continuación informan de los resultados del metaanálisis de la red para los resultados prioritarios (que generaron estimaciones de efectos a partir de pruebas directas e indirectas).

Muerte materna: no está claro si la carbetocina reduce el riesgo de muerte materna en comparación con placebo o sin tratamiento, porque la certeza de la evidencia es muy baja.

HPP  $\geq$ 1000 ml: en comparación con placebo o sin tratamiento, la certeza de la evidencia es moderada y sugiere que la carbetocina probablemente reduce la HPP a 1000 ml (relación de riesgo [RR] 0,52, intervalo de confianza del 95 % [CI] 0,38–0,72).

Transfusión de sangre: la certeza de la evidencia moderada sugiere que la carbetocina probablemente reduce el uso de transfusiones de sangre en comparación con placebo o sin tratamiento (RR 0,48, IC del 95% 0,26–0,89).

Morbilidad materna grave – admisiones de la UCI: No se sabe si la carbetocina reduce la admisión materna a la UCI, ya que los eventos fueron muy pocos. No se han notificado datos sobre el «shock» de resultados en los ensayos incluidos.

HPP  $\geq$ 500 ml: en comparación con placebo o sin tratamiento, la certeza de la evidencia moderada sugiere que la carbetocina probablemente reduce la HPP 500 ml en comparación con placebo o sin tratamiento (RR 0,42, 95 % CI 0,31–0,57).

Uso de uterotónicos adicionales: la certeza de la evidencia baja sugiere que el uso de carbetocina puede reducir el uso de uterotónicos adicionales en comparación con placebo o sin tratamiento (RR 0,19, IC 95 % 0,13–0,27).

Pérdida media de sangre: la certeza de la evidencia moderada sugiere que el uso de carbetocina profiláctica probablemente reduce la pérdida media de sangre en comparación con las mujeres que reciben placebo o ningún tratamiento (diferencia media [MD] 138,37 ml inferior, 95 % IC 193,24– 83,50 ml inferior).

Anemia posparto: este resultado no se informó directamente en la revisión. Sin embargo, existe evidencia de certeza moderada que sugiere que la carbetocina profiláctica en comparación con placebo o ningún tratamiento probablemente reduce el cambio medio en los niveles de hemoglobina medidos antes frente al nacimiento (MD 4.33 g/L inferior, 95 % CI 6.42–2.23 g/L inferior).

Lactancia materna: la certeza de la evidencia baja sugiere que el uso de carbetocina profiláctica durante la tercera etapa del trabajo de parto puede hacer poca o ninguna diferencia en si las mujeres están amamantando al alta hospitalaria (RR 0,96, 95 % IC 0,87–1,06).

Cualquier efecto secundario: la certeza de la evidencia baja sugiere que el uso de carbetocina profiláctica puede hacer poca o ninguna diferencia en el riesgo de las mujeres de experimentar náuseas (RR 0.88, CI 95 % 0.48–1.61), dolor de cabeza (RR 1.35, 95 % CI 0.65–2.82) o dolor abdominal (RR 1.14, CI 95 % 0.75–1.13). La evidencia de certeza moderada sugiere que la carbetocina profiláctica probablemente hace poca o ninguna diferencia en el riesgo de temblor (RR 0.54, IC 95 % 0.26–1.11) o fiebre (RR 1.14, 95 % CI 0.36–3.59) en comparación con placebo o sin tratamiento. Es incierto si el uso de carbetocina hace alguna diferencia en la incidencia de vómitos o hipertensión durante la tercera etapa del trabajo de parto. En los estudios incluidos en la revisión no se notificaron otros efectos secundarios importantes relacionados con los uterotónicos como diarrea.

Bienestar materno: no se han notificado ensayos sobre este resultado.

Satisfacción materna: no se han notificado ensayos sobre este resultado.

Consideraciones adicionales: los análisis de subgrupos no revelaron una diferencia sustancial en los efectos de la carbetocina profiláctica en comparación con placebo o sin tratamiento de acuerdo a la vía del parto (vaginal versus cesárea) o por lugar de nacimiento. Una revisión separada de Cochrane publicada en 2012 sobre la carbetocina para prevenir la hemorragia posparto se centró en los efectos de la carbetocina profiláctica frente a placebo y otros uterotónicos e identificó sólo un ensayo comparando la carbetocina con el placebo.

Los resultados fueron consistentes con los hallazgos anteriores.

Factores que pueden fortalecer una recomendación	Comentario
Calidad de la evidencia	La calidad de la evidencia es alta y moderada (Anexo 2).
Balance entre los efectos deseables y lo indeseable	Se considera que los efectos en la mortalidad, transfusión de sangre superan a los efectos secundarios reportados (Anexo 3).
Valores y preferencias	<p>En una revisión de estudios cualitativos<sup>13</sup> que analizan «lo que quieren las mujeres» de la atención intraparto, se obtienen resultados que la mayoría quieren un parto normal (con buenos resultados para la madre y el recién nacido), pero reconociendo que algunas veces las intervenciones médicas pueden ser necesarias (alta confianza). La mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez son aprensivas a la labor de parto y el parto en sí mismo (alta confianza) y desconfían de intervenciones médicas, aunque en ciertos contextos y/o situaciones, las mujeres reciben las intervenciones positivamente especialmente cuando se identifican complicaciones (Baja confianza).</p> <p>Cuando se introducen intervenciones, a las mujeres les gustaría recibir información de un proveedor de servicios de salud técnicamente competente y que sea sensible a sus necesidades (alta confianza).</p> <p>Hallazgos de otra revisión cualitativa de las percepciones de prevención y tratamiento de la HPP entre mujeres y proveedores, sugiere que las mujeres no reconocen la definición clínica o significado de la pérdida de sangre o que pueden considerar como normal la pérdida de sangre. (Confianza moderada). Además, en algunos países de bajos y medianos ingresos, las mujeres valoran la expulsión de la llamada «sangre sucia», que perciben un proceso normal de limpieza y algo que no debe evitarse (confianza moderada)<sup>13</sup>.</p> <p>Las pacientes invitadas al panel expresaron acuerdo con las recomendaciones. (Anexo 3)</p>
Costos (asignación de recursos)	<p>La oxitocina, en presentación inyectable es relativamente barata y se encuentra disponible en un rango amplio de entornos (bajos y altos). Sin embargo, según los resultados de una revisión sistemática cualitativa en el manejo y prevención de HPP niveles de abastecimientos inconsistentes y la sensibilidad al calor del medicamento, pueden limitar su uso en entornos de bajos recursos, particularmente en zonas rurales aisladas en donde las necesidades son altas (confianza moderada).</p> <p>En algunos contextos (entre los que pueden mencionarse, India y Sierra Leona) problemas con la provisión han resultado en que mujeres y proveedores de servicios de salud opten por servicios privados para la adquisición de la oxitocina, incurriendo en costos adicionales con el fin de cumplir recomendaciones proporcionadas por guías<sup>14</sup>.</p> <p>EL costo de los diferentes uterotónicos varía entre los USD 0.31 hasta USD 37.4 por unidad de medida</p> <p>Un estudio de costo efectividad desarrollado en El Salvador sobre el manejo de HPP por atonía uterina, evaluó oxitocina en ampolla, metilergonovina en ampolla y misoprostol en tableta en el año 2004. Se encontró que las madres gestantes que recibieron oxitocina (\$65.41) y misoprostol (\$300.11) en trabajo de parto presentaron 2 días en promedio de estancia hospitalaria y las pacientes que recibieron metilergonovina (\$20.38) tuvieron un promedio de 8 días de estancia.<sup>15</sup></p>

Factores que pueden fortalecer una recomendación	Comentario
	(Anexo 3).
Aceptabilidad y viabilidad	<p>El Informe sobre el estado de desigualdad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2015, indica que las mujeres pobres, con bajo nivel educativo y que residen en áreas rurales tienen menos cobertura y peores resultados en salud, en comparación con otras poblaciones con menos desventajas. Por lo tanto, la morbilidad materna debida a la HPP podría tener un impacto positivo en la equidad en salud y mejores resultados entre las mujeres desfavorecidas. Reducir la necesidad de intervenciones adicionales para el manejo de la HPP (como uterotónicos adicionales y transfusiones de sangre) probablemente reduciría las inequidades, especialmente en contextos donde los servicios de salud están cubiertos por medio de gasto de bolsillo<sup>16</sup>.</p> <p>La oxitocina inyectable está disponible en una gama amplia de entornos (de baja a alta) y tiene múltiples aplicaciones (como para prevención y tratamiento de HPP, así como inducción del parto). Los uterotónicos están incluidos en la «Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS».<sup>17</sup></p> <p>El Salvador cuenta con los «Lineamientos técnicos para la implementación del código rojo» que busca proveer al personal de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud, los lineamientos técnicos que permitan dar respuesta de forma rápida y oportuna a las mujeres que presenten complicaciones por hemorragia durante el período posparto.<sup>4</sup> Una tesis determinó la eficacia de la implementación del código rojo en un hospital de San Salvador al identificar que el correcto manejo de hemorragias obstétricas según los «Lineamientos técnicos del código rojo» se observa menos complicación en el tratamiento de hemorragias obstétricas y con esto una reducción de la mortalidad materna.<sup>18</sup></p> <p>El misoprostol es relativamente económico y está ampliamente disponible en una variedad de entornos y recursos (bajo y alto). Los resultados obtenidos de una revisión sistemática cualitativa de prevención y tratamiento de HPP, indican que la distribución avanzada entre mujeres que habitan en ambientes comunitarios de tipo rural puede ser un medio para reducir la mortalidad (como consecuencia de HPP), especialmente para mujeres que normalmente no pueden acceder a un centro de atención médica para atención del parto.<sup>19</sup> (Anexo 3).</p>

## Recomendaciones

Grado de recomendación		Resumen
Fuerte a favor	1	Se recomienda el uso de un uterotónico efectivo para la prevención de hemorragia posparto durante el tercer periodo del parto para todos los nacimientos.
Fuerte a favor	2	Con el fin de prevenir efectivamente HPP, uno de los siguientes uterotónicos se recomienda para ser usado: oxitocina, carbetocina, misoprostol, o ergometrina/metilergometrina.
Condicional a favor	3	En lugares donde existe la opción de seleccionar múltiples uterotónicos, oxitocina (10 IU, IM/IV) es el agente uterotónico recomendado como primera elección para la prevención de HPP para todos los nacimientos.
Condicional a favor	4	El uso de carbetocina (100µg, IM/IV) es sugerida para la prevención de HPP en todos los nacimientos en contextos donde el costo es comparable con otros uterotónicos.
Fuerte a favor	5	El uso de misoprostol (400 µg o 600 µg) es recomendado para la prevención de HPP en todos los nacimientos en donde se encuentre disponible.
Condicional a favor	6	El uso de ergometrina/metilergometrina (200 µg, IM/IV) es sugerida para la prevención de HPP en contextos donde los desórdenes hipertensivos pueden ser seguramente excluidos antes de su uso.
Punto de buena practica		Los lineamientos del Ministerio de Salud de El Salvador recomiendan el uso de uterotónicos para prevenir la atonía uterina, de la siguiente forma: <sup>3</sup>
		<table border="1" data-bbox="464 1003 1401 1241"> <thead> <tr> <th data-bbox="464 1003 1401 1035">Administración de uterotónicos (Para prevenir atonía uterina)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="464 1035 1401 1241"> <p>Posterior a cortar el cordón umbilical (1 a 2 minutos) y asegurarse que no existe otro bebé, administre 10 unidades de oxitocina vía IM en muslo o glúteo de la paciente.</p> <p>En el caso de cesárea la administración de oxitocina serán las 20 UI IV diluidas en un litro de dextrosa al 5% a 40 gotas por minuto, después de extraer al recién nacido.</p> <p>Si no dispone de oxitocina, administre 0.2 mg de Metilergonovina por vía intramuscular.</p> <p><b>NO USE Metilergonovina en embarazadas con Preclampsia, Eclampsia o presión arterial elevada, porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidente cerebro vascular.</b></p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Además, establece las actividades necesarias para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto<sup>4</sup>.</p> <p>Manejo activo del tercer período del parto</p> <p>Uso del manejo activo del tercer periodo, en adelante MATEP, que es el conjunto de intervenciones que se realizan dentro del primer minuto posterior al nacimiento, para prevenir la hemorragia postparto. Su aplicación es obligatoria en todo tipo de parto vaginal o cesárea.</p> <p>El MATEP debe incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) La administración 10 unidades de oxitocina IM.</li> <li>b) La tracción controlada del cordón umbilical y contra-tracción de la cara anterior del útero, al momento de presentar una contracción uterina luego de administrada la oxitocina.</li> <li>c) El masaje uterino abdominal, luego de la salida de la placenta, cada quince minutos en # 4 y luego cada treinta minutos # 2.</li> </ol>
Administración de uterotónicos (Para prevenir atonía uterina)		
<p>Posterior a cortar el cordón umbilical (1 a 2 minutos) y asegurarse que no existe otro bebé, administre 10 unidades de oxitocina vía IM en muslo o glúteo de la paciente.</p> <p>En el caso de cesárea la administración de oxitocina serán las 20 UI IV diluidas en un litro de dextrosa al 5% a 40 gotas por minuto, después de extraer al recién nacido.</p> <p>Si no dispone de oxitocina, administre 0.2 mg de Metilergonovina por vía intramuscular.</p> <p><b>NO USE Metilergonovina en embarazadas con Preclampsia, Eclampsia o presión arterial elevada, porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidente cerebro vascular.</b></p>		

## Implementación

### Actores responsables de la implementación de las recomendaciones de la guía

El primer paso de la implementación es identificar y crear una lista de los actores responsables del proceso:

1. Ministerio de Salud.
2. Asociaciones de profesionales.
3. Profesionales de la salud que atienden a mujeres en proceso de parto.
4. Directivos de instituciones prestadoras de servicios de salud.

Dentro del proceso de implementación, es determinante identificar las posibles barreras, facilitadores y las estrategias para mejorar la utilización de la guía.

Aspecto	Barreras	Facilitadores	Estrategias de implementación
<b>Recurso humano</b>	Falta de entrenamiento del personal de salud.	Proveedores de servicios de salud, asociaciones de profesionales, universidades.	Capacitar a los profesionales en salud sobre el uso adecuado de los uterotónicos de forma virtual o presencial.
	Falta de conocimiento del personal acerca de las dosis adecuadas y vías de administración.	Proveedores de servicios de salud.	Proveer, supervisión y realimentación continua de como usar los uterotónicos y como informar a las madres de los beneficios de su uso.
<b>Conocimiento de la guía</b>	Los profesionales de salud desconocen que existe una guía y no conocen las recomendaciones.	Proveedores de servicios de salud.	Socializar la guía a los profesionales de salud.
	Los profesionales de la salud no tienen acceso a la guía.	Entidades gubernamentales.	Involucrar a los líderes de opinión e identificar promotores de la implementación de las recomendaciones.
		Asociaciones de profesionales.	Desarrollo de herramientas de implementación apropiadas para los diferentes contextos.
		Instituciones académicas.	
<b>Insumos y medicamentos</b>	Accesibilidad de los insumos y medicamentos.	Entidades gubernamentales.	Los entes regulatorios deben verificar que los medicamentos uterotónicos de alta calidad estén disponibles en áreas críticas conservando la cadena de frío y se cumpla un protocolo de distribución y uso que promueva la seguridad del paciente durante el proceso de atención.
	Los medicamentos no se almacenan adecuadamente	Proveedores de servicios de salud.  Entidad regulatoria nacional de medicamentos.	

Indicadores: se sugieren los siguientes indicadores de proceso y resultado de la implementación de la guía.

Elemento	Característica
<b>Indicador 1</b>	Porcentaje de mortalidad materna por hemorragia posparto.
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Método de cálculo</b>	Número anual de muertes maternas causadas por hemorragia posparto severa / Total de muertes maternas x 100.
<b>Periodicidad (frecuencia de medición)</b>	Anual.
<b>Responsable (del seguimiento)</b>	Proveedor de salud.

Elemento	Característica
<b>Indicador 2</b>	Tasa de letalidad por hemorragia posparto severa.
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Método de cálculo</b>	Número de muertes maternas causadas por hemorragia obstétrica severa / número total de pacientes con por HPP severa * 100.
<b>Periodicidad (frecuencia de medición)</b>	Mensual.
<b>Responsable (del seguimiento)</b>	Proveedor de salud.

Elemento	Característica
<b>Indicador 2</b>	Porcentaje de mujeres que recibieron un oxitócico en el tercer período de parto para la prevención de hemorragia posparto.
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Método de cálculo</b>	Número de mujeres que recibieron un oxitócico en el tercer período del parto para prevención de la HPP/ Número de mujeres que verificaron parto * 100.
<b>Periodicidad (frecuencia de medición)</b>	Mensual.
<b>Responsable (del seguimiento)</b>	Proveedor de salud.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las américas. Washington, D. C.: OPS (Organización Panamericana de la Salud); 2018.
2. World Health Organization. WHO recommendations. Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva; 2018.
3. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. 2011.
4. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la implementación del código rojo. 2015.
5. Hemorragia Obstetrica, Rev. Méd. La Paz v.20 n.2 La Paz 2014 ( versión On-line ISSN 1726-8958).
6. Ministerio de Salud de El Salvador. Sistema Morbimortalidad en línea SIMMOW.
7. Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, et al. Williams Obstetricia. 24ª edición. Mexico, DF: Editorial Mc Graw Hill Education; 2015. p. 547 y 784
8. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. 2nd ed. Geneva; 2014.
9. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, Alderson P, Glasziou P, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64(4):395–400. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.09.012
10. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64(4):380–382. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.09.011
11. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Rada G, Rosenbaum S, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016 Jun 28;10. doi:10.1136/bmj.i2016
12. Gallos ID, Williams HM, Price MJ, Merriel A, Gee H, Lissauer D, Moorthy V, Tobias A, Deeks JJ, Widmer M, et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Apr 25. doi:10.1002/14651858.CD011689.pub2
13. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review *Norhayati MN*, editor. *PLOS ONE*. 2018;13(4):e0194906. doi:10.1371/journal.pone.0194906
14. Lawrie TA, Rogozińska E, Sobiesuo P, Vogel JP, Ternent L, Oladapo OT. A systematic review of the cost-effectiveness of uterotonic agents for the prevention of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2019 May 20. doi:10.1002/ijgo.12836
15. Rodríguez Meléndez, Yesenia Noemy. Evaluación costo efectividad de los medicamentos utilizados en hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2007.
16. World Health Organization. State of inequality: Reproductive, maternal, newborn and child health: interactive visualization of health data. Buch: ... Geneva: WHO; 2015.
17. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines. 2017.
18. Ezequiel Roberto Flores, Carlos Alfonso Pérez Lúe, Katia Guadalupe Cardona Moran. Determinacion de la eficacia sobre los lineamientos técnicos para la implementacion del “codigo rojo” en el manejo de las hemorragias obstetricas en

pacientes en edades de 20 a 30 años, asa II, atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. Maria Isabel Rodriguez” durante los meses de enero a octubre del 2016. 2017.

19. United States Agency for International Development. Misoprostol Policy and Scale-Up for the Prevention of Postpartum Hemorrhage in Madagascar: Country Report. Arlington: African Strategies for Health (ASH); 2016. p. 80.

20. Ministerio de Salud de El Salvador. “ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITALES Y REGIONES DE SALUD DEL MINSAL” (Incluye Medicamentos Anestésicos para Uso Odontológico). 01/2019. 186 p . Disponible en: [https://www.salud.gob.sv/dr-cafta-la\\_adaca-ue-01-2019-adquisicion-de-medicamentos-para-hospitales-y-regiones-de-salud-del-minsal-incluye-medicamentos-anestésicos-de-uso-odontologico/](https://www.salud.gob.sv/dr-cafta-la_adaca-ue-01-2019-adquisicion-de-medicamentos-para-hospitales-y-regiones-de-salud-del-minsal-incluye-medicamentos-anestésicos-de-uso-odontologico/).

## Anexos

### Anexo 1. Resumen del análisis de conflicto de intereses

A continuación se presenta el análisis del formato de intereses que cada miembro del grupo desarrollador diligenció, así como la decisión de los líderes:

Nombre	A. Interés económico personal específico o no específico	B. Interés económico no personal específico o no específico	C. Interés no económico personal	D. Interés económico personal específico o no específico de un familiar	¿Alguna otra circunstancia que pudieran afectar su objetividad o independencia en el proceso?	Decisión
Dra. Marcela Hernández.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dra. Xochitl Sandoval.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dr. Carlos Hernández.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dra. Claudia Rodríguez.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dr. Jorge Efraín Portillo.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dr. Cesar Navarro.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dr. Roberto Quijada.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dra. Larisa Chavarría.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Lic. Mario Sánchez.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Lic. Hidalia de Sánchez.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dr. Ronald López.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dr. Ricardo Ruano Arévalo.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dra. Evelyn Castellanos.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.
Dra. Rocío A. Cajar.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	Participación completa.

## Anexo 2. Perfiles de evidencia GRADE

Traducidos de la guía: WHO recommendations. Uterotonics for the prevention of postpartum hemorrhage. Geneva; 2018.

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): muerte materna.

Paciente o población: mujeres en la tercera etapa del parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina Más información disponible en <http://www.gradeworkinggroup.org>

Resultado: muerte materna.

Entorno: hospital o entorno comunitario.

Referencia: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* Agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un metaanálisis de red (Revisión). Cochrane CD01168.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del Metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR ( 95 % IC)	Certeza	RR ( 95 % IC )	Certeza	RR ( 95 % IC )	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	2.00 (0.37–10.92)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	0.34 (0.00 a ∞)	No estimable	2.00 (0.3710.92)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1 por 1000	2 por 1000	1 más por 1000 (1 menos a 10 more)
							0 por 1000 (para parto vaginal)	0 por 1000 (para parto vaginal)	0 menos por 1000 (para parto vaginal)
							10 por 1000 (para parto por cesárea)	20 por 1000 (para parto por cesárea)	10 más por 1000 (6 menos a 99 more) (para parto por cesárea)
Misoprostol	0.62 (0.14–2.74)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1.00 (0.00 a ∞)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.62 (0.14–2.74)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1 por 1000	1 por 1000	0 menos por 1000 (1 menos a 2 más)
							0 por 1000 (para parto vaginal)	0 por 1000 (para parto vaginal)	0 por 1000 (para parto vaginal)
							10 por 1000 (para parto por cesárea)	6 por 1000 (para parto por cesárea)	4 menos por 1000 (9 menos a 17 más) (para parto por cesárea)
Prostaglandinas Inyectables	1.00 (0.02-49.91)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	No estimable	—	No estimable	—	Ver comentarios <sup>a</sup>	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>
Ergometrina	0.91 (0.02–5.94)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	No estimable	—	No estimable	—	Ver comentarios <sup>a</sup>	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes Uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Oxitocina más ergometrina	1.00 (0.06–15.88)	⊕⊕⊖⊖ Baja	No estimable	—	No estimable	—	Ver comentarios <sup>a</sup>	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>
Misoprostol más oxitocina	No estimable	—	No estimable	—	No estimable	—	Ver comentarios <sup>a</sup>	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>
oxitocina									Comparador (referencia)

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de oxitocina se basan en medios ponderados de riesgos basales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red.

Los riesgos correspondientes en los grupos carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>) y misoprostol más grupos de oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de oxitocina y el efecto relativo de cada individuo. Uterotónicas en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivada del metaanálisis de red.

a No hubo estudios incluidos o no hubo eventos en los estudios incluidos para estimar el riesgo inicial.

b El riesgo absoluto con uterotónicos no se puede estimar en ausencia de riesgo absoluto con oxitocina.

c La diferencia de riesgo no se puede estimar en ausencia de riesgos absolutos con intervención y oxitocina.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Más información disponible en <http://www.gradeworkinggroup.org>

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): HPP  $\geq$ 1000 ml

Paciente o población: mujeres en la tercera etapa del parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: PPH  $\geq$  1000 ml

Entorno: hospital o entorno comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* Agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un metaanálisis de red (revisión). Cochrane Base de datos, Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes Uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % CI)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	0.73 (0.45–1.19)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.30 (0.13–0.72)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.87 (0.62–1.21)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	37 por 1000	32 por 1000	5 menos por 1000 (de 14 menos a 8 más)
							30 por 1000 (para parto vaginal)	26 por 1000 (para parto vaginal)	4 menos por 1000 (11 menos a 6 more) (para parto vaginal)
							133 por 1000 (para parto por cesárea)	116 por 1000 (para parto por cesárea)	17 menos por 1000 (de 51 menos a 28mas) (para parto por cesárea)
Misoprostol	1.26 (1.11–1.43)	⊕⊕⊕⊕ Alta	1.23 (0.92–1.64)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1.19 (1.01–1.42)	⊕⊕⊕⊕ Alta	37 por 1000	44 por 1000	7 más por 1000 (0 menos a 16 más)
							30 por 1000 (para parto vaginal)	36 por 1000 (para parto vaginal)	6 más por 1000 (0 menos a 13 más) (para parto vaginal)
							133 por 1000 (para parto por cesárea)	158 por 1000 (para parto por cesárea)	25 más por 1000 (1 más a 56 más) (para parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectables	1.43 (0.20–10.31)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.74 (0.31–1.72)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.88 (0.41–1.89)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	37 por 1000	33 por 1000	4 menos por 1000 (22 menos a 33 más)
							30 por 1000 (para parto vaginal)	27 por 1000 (para parto vaginal)	3 menos por 1000 (18 menos a 27 más) (para parto vaginal)
							133 por 1000 (para parto por cesárea)	118 por 1000 (para parto por cesárea)	15 menos por 1000 (78 menos a 118 más) (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	1.30 (0.52–3.27)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.61 (0.22–1.67)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.94 (0.48–1.84)	⊕⊕⊖⊖ Baja	37 por 1000	35 por 1000	2 menos por 1000 (19 menos a 31 más)
							30 por 1000 (para parto vaginal)	28 menos por 1000 (para parto vaginal)	2 menos por 1000 (16 menos a 25 más) (para parto vaginal)
							133 por 1000 (para parto por cesárea)	122 por 1000 (para parto por cesárea)	8 menos por 1000 (69 menos a 112 más) (para parto por cesárea)
Oxitocina más ergometrina	0.73 (0.57–0.93)	⊕⊕⊕⊕ Alta	1.07 (0.75–1.54)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	0.83 (0.66–1.03)	⊕⊕⊕⊕ Alta	37 por 1000	31 por 1000	6 menos por 1000 (13 menos a 1 más)
							30 por 1000 (para parto vaginal)	25 por 1000 (para parto vaginal)	5 menos por 1000 (10 menos a 1 más) (para parto vaginal)
							133 por 1000 (para parto por cesárea)	124 por 1000 (para parto por cesárea)	9 menos por 1000 (45 menos a 4 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	0.87 (0.69–1.09)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1.17 (0.47–2.86)	⊕⊕⊕⊕ Alta	0.88 (0.70–1.11)	⊕⊕⊕⊕ Alta	37 por 1000	30 por 1000	4 menos por 1000 (11 menos a 4 más)
							30 por 1000 (para parto vaginal)	26 menos (para parto vaginal)	4 menos por 1000 (9 menos a 3 más) (para parto vaginal)
							133 por 1000 (para parto por cesárea)	117 por 1000 (para parto por cesárea)	16 menos por 1000 (40 menos a 13 más) (parto por cesárea)
Oxitocina								Comparator (referencia)	

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Alta certeza: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): transfusión de sangre

Paciente o población: mujeres en la tercera etapa del parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina ®), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: transfusión de sangre.

Entorno: hospital o entorno comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un metaanálisis de red (revisión).

Cochrane Base de datos, Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	0.68 (0.38–1.22)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	0.62 (0.21–1.85)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.81 (0.49–1.32)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	22 por 1000	18 por 1000	4 menos por 1000 (11 menos a 7 más)
							15 por 1000 (para parto vaginal)	12 por 1000 (para parto vaginal)	3 menos por 1000 (5 menos a 4 más) (para parto vaginal)
							81 por 1000 (para parto por cesárea)	66 por 1000 (para parto por cesárea)	15 menos por 1000 (41 menos a 26 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol	0.81 (0.66–1.00)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1.02 (0.59–1.77)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.88 (0.68–1.13)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	22 por 1000	19 por 1000	3 menos por 1000 (7 menos a 3 más)
							15 por 1000 (para parto vaginal)	13 por 1000 (para parto vaginal)	2 menos por 1000 (5 menos a 2 más) (para parto vaginal)
							81 por 1000 (para parto por cesárea)	71 por 1000 (para parto por cesárea)	10 menos por 1000 (26 menos a 11 más) (para parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectables	1.01 (0.04–23.65)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.49 (0.16–1.52)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.66 (0.25–1.72)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	22 por 1000	15 por 1000	7 menos por 1000 (17 menos a 16 más)
							15 por 1000 (para parto vaginal)	10 por 1000 (para parto vaginal)	5 menos por 1000 (11 menos a 11 más) (para parto vaginal)
							81 por 1000 (para parto por cesárea)	56 por 1000 (para parto por cesárea)	28 menos por 1000 (61 menos a 58 más) (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes Uterotónicos	RR (95% IC)	Certeza	RR (95% IC)	Certeza	RR (95% IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	1.44 (0.25–6.93)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.01 (0.38–2.28)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.11 (0.54–2.28)	⊕⊕⊖⊖ Baja	15 por 1000 (para parto vaginal)	17 por 1000 (para parto vaginal)	2 más por 1000 (7 menos a 19 más) (para parto vaginal)
							81 por 1000 (para parto por cesárea)	90 por 1000 (para parto por cesárea)	9 más por 1000 (37 menos a 104 más) (para parto por cesárea)
Oxitocina + Ergometrina	0.88 (0.54–1.41)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.65 (0.43–0.99)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.78 (0.59–1.03)	⊕⊕⊖⊖ Baja	22 por 1000	17 por 1000	5 menos por 1000 (9 menos a 1 más)
							15 por 1000 (para parto vaginal)	12 por 1000 (para parto vaginal)	3 menos por 1000 (6 menos a 0 menos) (para parto vaginal)
							81 por 1000 (para parto por cesárea)	63 por 1000 (para parto por cesárea)	18 menos por 1000 (33 menos a 2 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol + oxitocina	0.51 (0.38–0.67)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.77 (0.27–2.17)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	0.52 (0.38–0.70)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	22 por 1000	11 por 1000	11 menos por 1000 (14 menos a 7 menos)
							15 por 1000 (para parto vaginal)	8 por 1000 (para parto vaginal)	7 menos por 1000 (9 menos a 5 menos) (para parto vaginal)
							81 por 1000 (para parto por cesárea)	42 por 1000 (para parto por cesárea)	39 menos por 1000 (50 menos a 24 menos) (para parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de oxitocina se basan en los medios ponderados de los riesgos iniciales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina®), misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de oxitocina y el efecto relativo de los pacientes uterotónicos individuales. en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivada del metaanálisis de la red.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Alta certeza: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): admisión a UCI.

Paciente o población: mujeres en la tercera etapa del parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: admisión a la UCI.

Entorno: hospital o entorno comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* Agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un Metaanálisis de red (Revisión). Cochrane Base de datos Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	1.16 (0.67–2.02)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1.56 (0.00 a ∞)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.16 (0.67–2.02)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	2 por 1000	2 por 1000	(1 menos a 2 más)
							2 por 1000 (para parto vaginal)	2 por 1000 (para parto vaginal)	0 menos por 1000 (1 menos a 2 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios a (para parto por cesárea)	Ver comentarios b (para parto por cesárea)	Ver comentarios c (para parto por cesárea)
Misoprostol	1.16 (0.55–2.43)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1.05 (0.00 a ∞)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.16 (0.55–2.43)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	2 por 1000	2 por 1000	0 menos por 1000 (1 menos a 3 más)
							2 por 1000 (para parto vaginal)	2 por 1000 (para parto vaginal)	0 menos por 1000 (1 menos a 3 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectables	No reportado	—	No reportado	—	No reportado	—	Ver comentarios <sup>a</sup>	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>
Ergometrina	No reportado	—	0.39 (0.01–10.27)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.39 (0.01–10.27)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	2 por 1000	1 por 1000	1 menos por 1000 (2 menos a 19 más)
							2 por 1000 (para parto vaginal)	1 por 1000 (para parto vaginal)	1 menos por 1000 (2 menos a 19 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes Uterotónicos	RR (95 % CI)	Certeza	RR (95 % CI)	Certeza	RR (95 % CI)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Oxitocina más ergometrina	2.99 (0.12–73.32)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.01 (0.00 a ∞)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	2.99 (0.12–73.32)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	2 por 1000	4 por 1000	2 more por 1000 (2 menos a 145 más)
							2 por 1000 (para parto vaginal)	4 por 1000 (para parto vaginal)	2 more por 1000 (2 menos a 145 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	0.50 (0.37–0.67)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	No estimable	—	0.50 (0.05–5.47)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	2 por 1000	1 por 1000	1 menos por 1000 (1 menos a 1 más)
							2 por 1000 (para parto vaginal)	1 por 1000 (para parto vaginal)	menos por 1000 (1 menos a 1 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de oxitocina se basan en medios ponderados de riesgos basales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina®), misoprostol más grupos de oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de oxitocina y el efecto relativo de los pacientes uterotónicos individuales. en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivada del metaanálisis de la red.

a No hay estudios incluidos o no hay eventos en los estudios incluidos para estimar el riesgo inicial.

b El riesgo absoluto con uterotónicos no se puede estimar en ausencia de riesgo absoluto con oxitocina.

c La diferencia de riesgo no se puede estimar en ausencia de riesgos absolutos con intervención y oxitocina.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): HPP  $\geq$  500 ml paciente o población: mujeres en la tercera etapa del trabajo de parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®), misoprostol más oxitocina.

Comparador de oxitocina (referencia).

Desenlace: HPP  $\geq$  500 ml

Entorno: hospital o entorno comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* Agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un metaanálisis en red (revisión). Base de datos Cochrane Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	0.75 (0.58–0.98)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	0.59 (0.31–1.12)	⊕⊕⊕⊖ Baja	0.72 (0.56–0.93)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	145 por 1000	104 por 1000	41 menos por 1 000 (desde 64 menos hasta 10 menos)
							122 por 1000 Para parto vaginal	87 por 1000 para parto vaginal	34 menos por 1000 (desde 54 menos hasta 9 menos). parto vaginal
							604 por 1000 Para parto cesárea	435 por 1000 parto por cesárea	169 menos por 1000 (desde 266 menos hasta 42 menos) parto por cesárea
Misoprostol	1.08 (0.94–1.24)	⊕⊕⊕⊖ Baja	1.07 (0.83–1.39)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.08 (0.97–1.22)	⊕⊕⊕⊖ Baja	145 por 1000	157 por 1000	12 menos por 1000 (4 menos hasta 32 menos).
							122 por 1000 Para parto vaginal	132 por 1000 Para parto Vaginal	10 menos por 1000 desde (4 menos hasta 27 menos) (parto vaginal)
							604 por 1000 Para parto por cesárea (parto por cesárea)	652 por 1000 (para parto por cesárea)	48 menos por 1000 (desde 18 menos hasta 133 menos) (Parto cesárea).
Prostaglandina inyectable	0.84 (0.26–2.71)	⊕⊕⊕⊖ Baja	1.08 (0.72–1.62)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.05 (0.73–1.51)	⊕⊕⊕⊖ Baja	145 por 1000	152 por 1000	7 más por 1000 (39 menos hasta 74 más)
							122 por 1000 (para parto vaginal)	128 por 1000 (para parto vaginal)	6 más por 1000 (33 menos hasta 62 más) (para parto vaginal)
							604 por 1000 (para parto por cesare)	634 por 1000 (para parto por cesare)	30 más por 1000 (163 menos hasta 308 más) (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	certeza	RR (95 % IC)	certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	1.31 (0.86–1.99)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.96 (0.70–1.31)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.09 (0.85–1.39)	⊕⊕⊖⊖ Baja	145 por 1000	158 por 1000	13 más por 1000 (22 menos hasta 57 más)
							122 por 1000 (para parto vaginal)	133 por 1000 (para parto vaginal)	11 más por 1000 (18 menos hasta 48 más) (para parto vaginal)
							604 por 1000 (para parto por cesárea)	610 por 1000 para parto cesárea)	6 más por 1000 (91 menos hasta 236 más) (para parto cesárea)
Oxitocina más Ergometrina	0.72 (0.57–0.91)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	0.69 (0.54–0.90)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.70 (0.59–0.84)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	145 por 1000	101 por 1000	44 menos por 1000 (59 menos hasta 23 menos)
							122 por 1000 (para parto vaginal)	85 por 1000 (para parto vaginal)	37 menos por 1000 (50 menos hasta 20 menos) (para parto vaginal)
							604 por 1000 (para parto por cesárea)	423 por 1000 (para parto por cesárea)	181 menos por 1000 (248 menos hasta 97 menos) (para parto por cesárea)
Misoprostol plus oxitocina	0.71 (0.59–0.85)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.79 (0.35–1.77)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	0.70 (0.58–0.86)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	145 por 1000	101 por 1000	44 menos por 1000 (61 menos hasta 20 menos)
							122 por 1000 (para parto vaginal)	85 por 1000 (para parto vaginal)	181 menos por 1000 (254 menos hasta 85 menos) (para parto vaginal)
							604 por 1000 (para parto por cesaria)	423 por 1000 (para parto por cesaria)	181 menos por 1000 (254 menos hasta 85 menos) (para parto por cesaria)
Oxytocina								Comparador (referencia)	

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de oxitocina se basan en medios ponderados de riesgos basales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina®) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en la oxitocina efecto relativo del útero individual en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivado del metaanálisis de la red. CI: intervalo de confianza; RR: relación de riesgo.

Calificación de las Recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto es cercano al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: confiamos moderadamente en la estimación del efecto: es probable que el verdadero efecto esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Baja certeza: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto verdadero puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Muy baja certeza: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto verdadero sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): uso de uterotónicos adicionales.

Paciente o población: mujeres en la tercera etapa de las intervenciones laborales: carbetocina, misoprostol, inyectable prostaglandinas, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina®), misoprostol más el comparador de oxitocina (referencia).

Resultado: uso adicional de uterotónicos.

Hospital o entorno comunitario Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un metaanálisis de la red (revisión). Base de datos Cochrane Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	0.48 (0.34–0.68)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.36 (0.22–0.57)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.45 (0.34–0.59)	⊕⊕⊖⊖ Baja	135 por 1000	61 por 1000	74 menos por 1000 (89 menos hasta 55 menos)
							116 por 1000 (para parto vaginal)	52 por 1000 (para parto vaginal)	64 menos por 1000 (77 menos hasta 48 menos) (para parto vaginal)
							304 por 1000 (para parto cesárea)	137 por 1000 (para parto cesárea)	167 menos por 1000 (201 menos hasta 125 menos) (para parto cesárea)
Misoprostol	1.01 (0.85–1.20)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.19 (0.82–1.74)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.04 (0.88–1.24)	⊕⊕⊖⊖ Baja	135 por 1000	140 por 1000	5 más por 1000 (16 menos hasta 32 más)
							116 por 1000 (para parto vaginal)	121 por 1000 (para parto vaginal)	5 más por 1000 (14 menos hasta 28 más) (para parto vaginal)
							304 por 1000 (para parto por cesárea)	316 por 1000 (para parto por cesárea)	12 más por 1000 (36 menos hasta 73 más) (parto por cesárea)
Prostaglandina inyectable	0.29 (0.09–0.94)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.78 (0.39–1.59)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.55 (0.31–0.96)	⊕⊕⊖⊖ Baja	135 por 1000	74 por 1000	61 menos por 1000 (93 menos a 5 menos)
							116 por 1000 (para parto vaginal)	64 por 1000 (para parto vaginal)	52 menos por 1000 (80 menos a 5 menos) (para parto vaginal)
							304 por 1000 (para parto por cesárea)	167 por 1000 (para parto por cesárea)	137 menos por 1000 (210 menos a 12 menos) (para parto por cesárea)
Ergometrina	1.46 (0.61–3.48)	⊕⊕⊖⊖ Muy baja	0.84 (0.55–1.26)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.97 (0.69–1.36)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	135 por 1000	131 por 1000	4 menos por 1000 (42 menos a 49 más)
							116 por 1000 (para parto vaginal)	113 por 1000 (para parto vaginal)	3 menos por 1000 (36 menos a 42 más) (para parto vaginal)
							304 por 1000 (para parto por cesárea)	295 por 1000 (para parto por cesárea)	9 menos por 1000 (94 menos a 109 más) (por parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Oxitocina más ergometrina	0.79 (0.59–1.07)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.57 (0.40–0.81)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.66 (0.51–0.85)	⊕⊕⊖⊖ Baja	135 por 1000	89 por 1000	46 menos por 1000 (66 menos a 20 menos)
							116 por 1000 (para parto vaginal)	77 por 1000 (para parto vaginal)	39 menos por 1000 (57 menos a 17 menos) (para parto vaginal)
							304 por 1000 (para parto por cesárea)	201 por 1000 (para parto por cesárea)	103 menos por 1000 (149 menos a 46 menos) (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	0.54 (0.44 – 0.67)	⊕⊕⊕⊖ MODERAD A	0.68 (0.31 –1.51)	⊕⊕⊖⊖ BAJA	0.5 (0.44 –0.74)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	135 por 1000	77 por 1000	58 menos por 1000 (76 menos a 35 menos)
							116 por 1000 (para parto vaginal)	66 por 1000 (para parto vaginal)	50 menos por 1000 (65 menos a 30 menos) (para parto vaginal)
							304 por 1000 (para parto por cesárea)	173 por 1000 (para parto por cesárea)	131 menos por 1000 (170 menos a 79 menos) (para parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de oxitocina se basan en medios ponderados de riesgos basales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en la oxitocina efecto relativo del útero individual en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivado del metaanálisis de la red.

IC: intervalo de confianza; RR: relación de riesgo.

Calificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grados de evidencia:

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto es cercano al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: confiamos moderadamente en la estimación del efecto. Es probable que el verdadero efecto esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Baja certeza: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: El efecto verdadero puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Muy baja certeza: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto verdadero sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): pérdida media de sangre (ml)

Paciente o población: mujeres en la tercera etapa de las intervenciones laborales: carbetocina, misoprostol, inyectable prostaglandinas, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®), misoprostol más comparador de oxitocina (referencia):

Resultado: pérdida media de sangre (ml) Ajuste: hospital o entorno comunitario Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un metaanálisis de la red (revisión). Base de datos Cochrane Syst Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red (pérdida media de sangre, ml)		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina) (pérdida media de sangre, ml)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	92.73 menos (157.83 menos a 16.69 menos)	⊕⊕⊖⊖ Baja	68.57 menos (147.48 menos a 10.33 más)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	81.39 menos (119.91 menos a 42.87 menos)	⊕⊕⊖⊖ Baja	301.53 (98.00–1299.00)	81.39 menos (119.9 menos a 42.87 menos)	
							271.19 (98.00–535.00) (para parto vaginal)	81.39 menos (119.91 menos a 42.87 menos) (para parto vaginal)	
							607.19 (188.00–1299.00) (para parto por cesárea)	81.39 menos (119.91 menos a 42.87 menos) (para parto por cesárea)	
Misoprostol	8.90 menos (23.45 menos a 5.65 más)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	6.35 menos (52.97 menos a 40.26 mayor)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	9.34 menos (31.08 menor a 12.39 más)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	301.53 (98.00–1299.00)	9.34 menos (31.08 menos a 12.39 más)	
							271.19 (98.00–535.00) (para parto vaginal)	9.34 menos (31.08 menos a 12.39 más) (para parto vaginal)	
							607.19 (188.00–1299.00) (para parto por cesárea)	9.34 menos (31.08 menos a 12.39 más) (Para parto por cesárea)	
Prostaglandinas inyectables	15.83 menor (152.28 menor a 120.62 mayor)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	3505 menor (91.18 menor a 21.09 mayor)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	30.45 menor (77.41 menor a 16.51 mayor)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	301.53 (98.00–1299.00)	30.45 más bajo (77.41 más bajo a 16.51 más alto)	
							271.19 (98.00–535.00) (para parto vaginal)	30.45 más bajo (77.41 más bajo a 16.51 más alto) (para parto vaginal)	
							607.19 (188.00–1299.00) (para parto por cesárea)	30.45 más bajo (77.41 más bajo a 16.51 más alto) (para parto por cesárea)	
Ergometrina	8.09 más alto (17.83 más bajo a 34 más alto)	⊕⊕⊖⊖ Baja	3.07 más alto (39.95 más bajo a 46.09 más alto)	⊕⊕⊖⊖ Baja	4.82 más alto (28.00 más bajo a 37.64 más alto)	⊕⊕⊖⊖ Baja	301.53 (98.00–1299.00)	4.82 más alto (28.00 más bajo a 37.64 más alto)	
							271.19 (98.00–535.00) (para parto vaginal)	4.82 más alto (28.00 más bajo a 37.64 más alto) (para parto vaginal)	
							607.19 (188.00–1299.00) (para parto por cesárea)	4.82 más alto (28.00 más bajo a 37.64 más alto) (para parto por cesárea)	

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red (pérdida media de sangre, ml)		
Agentes uterotónicos	RR (95% IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina) (pérdida media de sangre, ml)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Oxitocina más ergometrina	10.31 más bajo (40.32 más bajo a 19.70 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	34.53 más bajo (79.23 más bajo a 10.17 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	25.26 más bajo (59.15 más bajo a 8.64 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	301.53 (98.00–1299.00)	25.26 más bajo (59.15 más bajo a 8.64 más alto)	
							271.19 (98.00–535.00) (para parto vaginal)	25.26 más bajo (59.15 más bajo a 8.64 más alto) (para parto vaginal)	
							607.19 (188.00 – 1299.00) (para parto por cesárea)	25.26 más bajo (59.15 más bajo a 8.64 más alto) (para parto por cesárea)	
Misoprostol más oxitocina	87.26 más bajo (157.83 más bajo a 16.69 más bajo)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	65.33 más bajo (288.87 más bajo a 158.20 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	88.31 más bajo (127.08 más bajo a 49.54 más bajo)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	301.53 (98.00–1299.00)	88.31 más bajo (127.08 más bajo a 49.54 más bajo)	
							271.19 (98.00–535.00) (para parto vaginal)	88.31 más bajo (127.08 más bajo a 49.54 más bajo) (para parto vaginal)	
							607.19 (188.00–1299.00) (para el parto por cesárea)	88.31 menor (127.08 menor a 49.54 menor) (para el parto por cesárea)	
oxitocina							Comparador (referencia)		

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de oxitocina se basan en los medios ponderados de los riesgos iniciales de los estudios con grupos de oxitocina en la red meta-análisis. Los riesgos correspondientes en los grupos carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina® y misoprostol más grupos de oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de oxitocina y el efecto relativo de los uterotónicos individuales. en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivada del metaanálisis de la red.

IC: intervalo de confianza; MD: diferencia media.

Calificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grado de evidencia del grupo de trabajo

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto. Es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): cambio en la Hb (g / L)

Paciente o población: mujeres en la tercera etapa del trabajo de parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: cambio en la Hb (g / L).

Configuración: hospital o entorno comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ y col. Agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un metaanálisis de red (revisión). Base de datos Cochrane Syst Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta	Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red (g / L)			
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	1.66 menor (3.81 menor a 0.50 mayor)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	3.27 menor (5.69 menor a 0.84 menor)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	2.18 menor (3.57 más bajo a 0.79 más bajo)	⊕⊕⊖⊖ Baja	11.37 (2.30–27.88)	2.18 más bajo (3.57 más bajo a 0.79 más bajo)	
							10.08 (2.30–25.00) (para parto vaginal)	2.18 más bajo (3.57 más bajo a 0.79 más bajo) (para parto vaginal)	
							14.02 (6.00–27.88) (para parto por cesárea)	2.18 más bajo (de 3.57 más bajo a 0.79 más bajo) (para parto por cesárea)	
Misoprostol	0.14 más bajo (0.74 más bajo a 0.47 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.03 más alto (2.08 más bajo a 2.14 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.08 más bajo (0.97 más bajo a 0.82 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	11.37 (2.30–27.88)	0.08 más bajo (0.97 más bajo a 0.82 más alto)	
							10.08 (2.30–25.00) (para parto vaginal)	0.08 más bajo (0.97 más bajo a 0.82 más alto) (para parto vaginal)	
							14.018 (6.00–27.88) (para parto por cesárea)	0.08 más bajo (0.97 más bajo a 0.82 más alto) (para parto por cesárea)	
Prostaglandinas inyectables	No reportado	-	0.60 más alto (2.23 más bajo a 3.44 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.60 más alto (2.23 más bajo a 3.44 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	11.37 (2.30–27.88)	0.60 más alto (2.23 más bajo a 3.44 más alto)	
							10.08 (2.30–25.00) (para parto vaginal)	0.60 más alto (2.23 más bajo a 3.44 más alto) (para parto vaginal)	
							14.02 (6.00–27.88) (para parto por cesárea)	0.60 más alto (2.23 más bajo a 3.44 más alto) (para parto por cesárea)	

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red (g / L)		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	0.42 más alto (0.30 más bajo a 1.13 más alto)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.20 más alto (0.78 más bajo a 3.17 más alto)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.98 más alto (0.74 más bajo a 2.69 más alto)	⊕⊕⊖⊖ Baja	11.37 (2.30–27.88)	0.98 más alto (0.74 más bajo a 2.69 más alto)	
							10.08 (2.30–25.00) (para parto vaginal)	0.98 más alto (0.74 más bajo a 2.69 más alto) (para vaginal nacimiento)	
							14.02 (6.00–27.88) (para parto por cesárea)	0.98 más alto (0.74 más bajo a 2.69 más alto) (para parto por cesárea)	
Oxitocina más ergometrina	2.23 más bajo (de 5.24 más bajo a 0.77 más alto)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.39 más bajo (de 2.07 más bajo a 1.29 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.07 más bajo (de 2.38 más bajo a 0.25 más alto)	⊕⊕⊖⊖ Baja	11.37 (2.30–27.88)	1.07 más bajo (2.38 más bajo a 0.25 más alto)	
							10.08 (2.30–25.00) (para parto vaginal)	1.07 más bajo (2.38 más bajo a 0.25 mayor) (para parto vaginal)	
							14.02 (6.00–27.88) (para parto por cesárea)	1.07 menor (2.38 l de 0.25 más alto) (para cesárea)	
Misoprostol más oxitocina	2.59 más bajo (3.70 más bajo a 1.48 más bajo)	⊕⊕⊖⊖ Baja	2.18 más bajo (5.85 más bajo a 1.50 más alto)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	2.53 más bajo (3.80 más bajo a 1.26 más bajo)	⊕⊕⊖⊖ Baja	11.37 (2.30–27.88)	2.53 más bajo (3.80 más bajo a 1.26 más bajo)	
							10.08 (2.30–25.00) (para parto vaginal)	2.53 más bajo (3.80 más bajo a 1.26 más bajo) (para parto vaginal)	
							14.02 (6.00–27.88) (para parto por cesárea)	2.53 más bajo (3.80 más bajo a 1.26 más bajo) (para cesárea)	
oxitocina							Comparador (referencia)		

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de oxitocina se basan en medios ponderados de riesgos basales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de red. Los riesgos correspondientes en los grupos carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de oxitocina y el efecto relativo de los pacientes uterotónicos individuales. en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivada del metaanálisis de la red.  
IC: intervalo de confianza; MD: diferencia media.

Calificación del grado de evidencia del grupo de trabajo de evaluación, desarrollo y evaluación de recomendaciones (GRADE)

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): lactancia materna

Paciente o población: mujeres en la tercera etapa del parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: lactancia materna.

Entorno: entorno hospitalario o comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* Agentes uterotónicos para prevenir hemorragia posparto: un metaanálisis de red (revisión). base de datos Cochrane Syst Rev 2018; d011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red			Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes Uterotónicos	RR (95% IC)	Certeza	RR (95% IC)	Certeza	RR (95% IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención	
Carbetocina	0.94 (0.86–1.03)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.95 (0.00 a ∞)	—	0.94 (0.86–1.03)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	849 por 1000	798 por 1000	51 menos por 1000 (119 menos a 25 más)	
							849 por 1000 (para parto vaginal)	798 por 1000 (para parto vaginal)	51 menos por 1000 (119 menos a 25 más) (para parto vaginal)	
							Ver comentarios (para parto por cesárea) <sup>a</sup>	Ver comentarios (para parto por cesárea) <sup>b</sup>	Ver comentarios (para parto por cesárea) <sup>c</sup>	
Misoprostol	No reportado	—	No reportado	—	No reportado	—	Ver comentarios <sup>a</sup>	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>	
Prostaglandinas inyectables	No reportado	—	No reportado	—	No reportado	—	Ver comentarios <sup>a</sup>	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>	
Ergometrina	No reportado	—	No reportado	—	No reportado	—	Ver comentarios <sup>a</sup>	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>	

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Oxitocina + ergometrina	0.99 (0.96–1.01)	⊕⊕⊕⊕ Alta	1.03 (0.97–1.10)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	0.99 (0.96 1.03)	⊕⊕⊕⊕ Alta	849 por 1000	841 por 1000	8 menos por 1000 (34 menos a 25 más)
							849 por 1000 (para parto vaginal)	841 por 1000 (para parto vaginal)	8 menos por 1000 (34 menos a 25 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios (para parto por cesárea) <sup>a</sup>	Ver comentarios (para parto por cesárea) <sup>b</sup>	Ver comentarios (para parto por cesárea) <sup>c</sup>
Misoprostol más oxitocina	No reportado	—	No reportado	—	No reportado	—	Ver comentario <sup>a</sup>	Ver comentario <sup>b</sup>	Ver comentario <sup>c</sup>
Oxitocina									Comparador (referencia)

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de oxitocina se basan en medios ponderados de riesgos basales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de oxitocina y el efecto relativo de los uterotónicos individuales. en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivada del metaanálisis de la red.

- a. No hubo estudios incluidos o no hubo eventos en los estudios incluidos para estimar el riesgo inicial.
- b El riesgo absoluto con uterotónico no se puede estimar en ausencia de riesgo absoluto con oxitocina.
- c La diferencia de riesgo no se puede estimar en ausencia de riesgos absolutos con intervención y oxitocina.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Calificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grado de evidencia del grupo de trabajo

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto. Es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (por modo de nacimiento): náuseas

Paciente o población: mujeres en la tercera etapa del parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: náuseas.

Entorno: hospital o entorno comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* Agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un metaanálisis de red (Revisión). Base de datos Cochrane Syst Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	1.11 (0.78–1.56)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.79(0.43–1.46)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.00 (0.71 – 1.41)	⊕⊕⊖⊖ Baja	102 por 1000	102 por 1000	0 menos por 1000 (30 menos a 42 más)
							86 por 1000 (para el parto vaginal)	86 por 1000 (para el parto vaginal)	0 menos por 1000 (25 menos a 35 más) (para parto vaginal)
							163 por 1000 (para parto por cesárea)	163 por 1000 (para parto por cesárea)	0 menos por 1000 (47 menos a 67 más) (para parto por cesárea))
Misoprostol	1.22 (0.93–1.60)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	2.13 (1.34–3.38)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.41 (1.10–1.81)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	102 por 1000	144 por 1000	42 más por 1000 (10 más a 83 más)
							86 por 1000 (para parto vaginal)	121 por 1000 (para parto vaginal)	35 más por 1000 (9 más a 70 más) (para parto vaginal)
							163 por 1000 (para parto por cesárea)	230 por 1000 (para parto por cesárea)	67 más por 1000 (16 más a 132 más) (para el parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectable	1.17 (0.42–3.41)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	2.99 (1.36–6.57)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	2.25 (1.16–4.39)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	102 por 1000	230 por 1000	128 más por 1000 (16 más a 346 más)
							86 por 1000 (para parto vaginal)	193 por 1000 (por parto vaginal)	107 más por 1000 (14 más a 292 más) (para parto vaginal)
							163 por 1000 (para el parto por cesárea)	367 por 1000 (parto por cesárea)	204 más por 1000 (26 más a 553 más) (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	4.56 (1.13–18.44)	⊕⊕⊖⊖ Baja	2.00 (1.28–3.10)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	2.40 (1.65–3.49)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	102 por 1000	245 por 1000	143 más por 1000 (66 más a 254 más)
							86 por 1000 (por parto vaginal)	206 por 1000 (por parto vaginal)	120 más por 1000 (56 más a 214 más) (para parto vaginal)
							163 por 1000 (para parto por cesárea)	391 por 1000 (para parto por cesárea)	228 más por 1000 (106 más a 406 más) (para parto por cesárea)
Oxitocina más ergometrina	1.72 (0.84–3.53)	⊕⊕⊖⊖ Baja	2.35 (1.49–3.69)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	2.03 (1.47–2.79)	⊕⊕⊕⊕ Alta	102 por 1000	207 por 1000	105 más por 1000 (48 más a 183 más)
							86 por 1000 (para parto vaginal)	175 por 1000 (para parto vaginal)	89 más por 10 (40 más a 154 más) (para parto vaginal)
							163 por 1000 (para parto por cesárea)	331 por 1000 (para parto por cesárea)	168 más por 1000 (77 más a 292 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	2.21 (1.19–4.10)	⊕⊕⊕⊕ Alta	1.03 (0.36–2.97)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.88 (1.14–3.09)	⊕⊕⊕⊕ Alta	102 por 1000	192 por 1000	90 más por 1000 (14 más a 213 más)
							86 por 1000 (para parto vaginal)	162 por 1000 (para parto vaginal)	76 más por 1000 (12 más a 180 más) (para parto vaginal)
							163 por 1000 (para parto por cesárea)	326 por 1000 (para parto por cesárea)	163 más por 1000 (23 más a 341 más) (por parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: los riesgos asumidos en el grupo de la oxitocina se basan en medias ponderadas de los riesgos iniciales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina®) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de la oxitocina y en el efecto relativo del uterotónico individual en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivado del metaanálisis de la red.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se aproxima al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: estamos moderadamente seguros de la estimación del efecto: es probable que el efecto real se aproxime a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para la prevención de la hemorragia postparto (por modalidad de nacimiento): vómito

Paciente o población: Mujeres en la etapa expulsiva del trabajo de parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: Vómitos.

Ajuste: Entorno hospitalario o comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* Agentes uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto: un metaanálisis de red (Revisión).

Base de datos Cochrane Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	0.90 (0.53–1.50)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1.00 (0.51 1.95)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.93 (0.64–1.35)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	28 por 1000	26 por 1000	2 menos por 1000 (10 menos a 10 más)
							13 por 1000 (para parto vaginal)	12 por 1000 (para parto vaginal)	1 menos por 1000 (5 menos a 5 más) (para parto vaginal)
							97 por 1000 (para parto por cesárea)	91 por 1000 (para parto por cesárea)	6 menos por 1000 (34 menos a 35 más) (para el parto por cesárea)
Misoprostol	1.51 (1.19–1.91)	⊕⊕⊕⊕ Alta	2.73 (1.66–4.50)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.63 (1.25–2.14)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	28 por 1000	46 por 1000	18 más por 1000 (7 más a 32 más)
							13 por 1000 (para parto vaginal)	21 por 1000 (para parto vaginal)	8 más por 1000 (3 más a 15 más) (para parto vaginal)
							97 por 1000 (para parto por cesárea)	158 por 1000 (para parto por cesárea)	61 más por 1000 (24 más a 111 más) (para el parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectables	2.48 (0.57 – 10.73)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	4.07 (1.90–7.42)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	3.76 (1.90 –7.42)	⊕⊕⊖⊖ Baja	28 por 1000	105 por 1000	77 más por 1000 (25 más a 180 más)
							13 por 1000 (para parto vaginal)	49 por 1000 (para parto vaginal)	36 más por 1000 (12 más a 83 más) (para parto vaginal)
							97 por 1000 (para parto por cesárea)	365 por 1000 (para parto por cesárea)	268 más por 1000 (87 más a 623 más) (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	3.83 (1.10–13.28)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.83 (1.19–2.84)	⊕⊕⊖⊖ Baja	2.36 (1.56 - 3.55)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	28 por 1000	66 por 1000	38 más por 1000 (16 más a 71 más)
							13 por 1000 (para parto vaginal)	31 por 1000 (para parto vaginal)	18 más por 1000 (7 más a 33 más) (para parto vaginal)
							97 por 1000 (para parto por cesárea)	229 por 1000 (para parto por cesárea)	132 más por 1000 (54 más a 247 más) (para parto por cesárea)
Oxitocina más ergometrina	3.05 (1.76–5.29)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	2.77 (1.75–4.38)	⊕⊕⊖⊖ Baja	2.93 (2.08 – 4.13)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	28 por 1000	82 por 1000	54 más por 1000 (30 más a 88 más)
							13 por 1000 (para parto vaginal)	38 por 1000 (para parto vaginal)	25 más por 1000 (14 más a 41 más) (para parto vaginal)
							97 por 1000 (para parto por cesárea)	284 por 1000 (para parto por cesárea)	187 más por 1000 (105 más a 304 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	2.24 (1.52–3.31)	⊕⊕⊕⊕ Alta	1.48 (0.52–4.27)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	2.11 (1.39–3.18)	⊕⊕⊕⊕ Alta	28 por 1000	59 por 1000	31 más por 1000 (11 más a 61 más)
							13 por 1000 (para parto vaginal)	27 por 1000 (para parto vaginal)	14 más por 1000 (5 más a 28 más) (para parto vaginal)
							97 por 1000 (para parto por cesárea)	205 por 1000 (para parto por cesárea)	108 más por 1000 (38 más a 211 más) (para parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de la oxitocina se basan en medias ponderadas de los riesgos iniciales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red.

Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de la oxitocina y en el efecto relativo del uterotónico individual en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivado del metaanálisis de la red.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se aproxima al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: estamos moderadamente seguros de la estimación del efecto: es probable que el efecto real se aproxime a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto (por modalidad de nacimiento): cefalea

Paciente o población: mujeres en la etapa expulsiva del trabajo de parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina®), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: dolor de cabeza.

Ajuste: entorno hospitalario o comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* agentes uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto: un metaanálisis en red (revisión).

Base de datos Cochrane Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	0.84 (0.63–1.12)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.46 (0.66–3.25)	⊕⊕⊖⊖ Alta	0.94 (0.66–1.33)	⊕⊕⊖⊖ Baja	171 por 1000	161 por 1000	10 menos por 1000 (58 menos a 56 más)
							167 por 1000 (para parto vaginal)	157 por 1000 (para parto vaginal)	10 menos por 1000 (57 menos a 55 más) (para parto vaginal)
							175 por 1000 (para parto por cesárea)	164 por 1000 (para parto por cesárea)	11 menos por 1000 (59 menos a 58 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol	0.88 (0.54–1.42)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.19 (0.61–2.33)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.98 (0.69–1.40)	⊕⊕⊖⊖ Baja	171 por 1000	168 por 1000	3 menos por cada 1000 (53 menos a 68 más)
							167 por 1000 (para parto vaginal)	164 por 1000 (para parto vaginal)	3 menos por 1000 (52 menos a 67 más) (para parto vaginal)
							175 por 1000 (para parto por cesárea)	171 por 1000 (para parto por cesárea)	4 menos por 1000 (54 menos a 70 más) (para parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectables	0.20 (0.01 –4.11)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	4.10 (0.57 – 29.36)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.76 (0.33 – 9.31)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	171 por 1000	298 por 1000	130 más por 1000 (115 menos a 1000 más)
							167 por 1000 (para parto vaginal)	291 por 1000 (para parto vaginal)	124 más por 1000 (112 menos a 1000 más) (para el parto vaginal)
							175 por 1000 (para parto por cesárea)	308 por 1000 (para parto por cesárea)	133 más por 1000 (117 menos a 1000 más) (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	5.63 (0.93 – 33.96)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.34 (0.65 – 2.76)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.89 (1.02 – 3.50)	⊕⊕⊖⊖ Baja	171 por 1000	323 por 1000	152 más por 1000 (3 más a 428 más)
							167 por 1000 (para parto vaginal)	316 por 1000 (para parto vaginal)	149 más por 1000 (3 más a 418 más) (para parto vaginal)
							175 por 1000 (para parto por cesárea)	331 por 1000 (para parto por cesárea)	156 más por 1000 (2 más a 438 más) (para parto por cesárea)
Oxitocina más ergometrina	1.26 (0.79 – 1.99)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	0.87 (0.48 – 1.58)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.08 (0.73 – 1.61)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	171 por 1000	185 por 1000	14 más por 1000 (46 menos a 104 más)
							167 por 1000 (para parto vaginal)	180 por 1000 (para parto vaginal)	13 más por 1000 (45 menos a 102 más) (para parto vaginal)
							175 por 1000 (para parto por cesárea)	191 por 1000 (para parto por cesárea)	16 más por 1000 (47 menos a 107 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	1.26 (0.26–6.23)	⊕⊕⊕⊕ Alta	1.90 (0.27–13.36)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.48 (0.42–5.81)	⊕⊕⊖⊖ Baja	171 por 1000	253 por 1000	82 más por 1000 (99 menos a 823 más)
							167 por 1000 (para parto vaginal)	247 por 1000 (para parto vaginal)	80 más por 1000 (97 menos a 803 más) (para parto vaginal)
							175 por 1000 (para parto por cesárea)	259 por 1000 (para parto por cesárea)	84 más por 1000 (102 menos a 842 más) (para parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: los riesgos asumidos en el grupo de la oxitocina se basan en medias ponderadas de los riesgos iniciales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de la oxitocina y en el efecto relativo del uterotónico individual en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivado del metaanálisis de la red.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se aproxima al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: estamos moderadamente seguros de la estimación del efecto: es probable que el efecto real se aproxime a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto (por modalidad de nacimiento): dolor abdominal.

Paciente o población: mujeres en la etapa expulsiva del trabajo de parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina®), misoprostol más oxitocina

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: dolor abdominal.

Ajuste: entorno hospitalario o comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* agentes uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto: un metanálisis en red (revisión).

Base de datos Cochrane Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	1.18 (0.97–1.44)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.89 (0.44–1.84)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1.13 (0.90–1.44)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	241 por 1000	272 por 1000	31 más por 1000 (24 menos a 106 más)
							210 por 1000 (para parto vaginal)	237 por 1000 (para parto vaginal)	27 más por 1000 (21 menos a 92 más) (para parto vaginal)
							364 por 1000 (para parto por cesárea)	411 por 1000 (para parto por cesárea)	47 más por 1000 (36 menos a 160 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol	0.91 (0.79–1.06)	⊕⊕⊕⊕ Alta	1.17 (0.71–1.93)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.02 (0.80–1.31)	⊕⊕⊕⊕ Alta	241 por 1000	246 por 1000	5 más por 1000 (48 menos a 75 más)
							210 por 1000 (para parto vaginal)	214 por 1000 (para parto vaginal)	4 más por 1000 (42 menos a 65 más) (para parto vaginal)
							364 por 1000 (para parto por cesárea)	371 por 1000 (para parto por cesárea)	7 más por 1000 (73 menos a 113 más) (para parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectables	No reportado	—	1.41 (0.39–5.09)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.41 (0.39–5.09)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	241 por 1000	340 por 1000	99 más por 1000 (147 menos a 986 más)
							210 por 1000 (para parto vaginal)	298 por 1000 (para parto vaginal)	88 más por 1000 (128 menos a 859 más) (para parto vaginal)
							364 por 1000 (para parto por cesárea)	517 por 1000 (para parto por cesárea)	153 más por 1000 (222 menos a 1.489 más) (para parto por cesárea)
Ergometrina	No reportado	—	2.13 (0.98–4.62)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	2.13 (0.98–4.62)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	241 por 1000	513 por 1000	272 más por 1000 (5 menos a 872 más)
							210 por 1000 (para parto vaginal)	447 por 1000 (para parto vaginal)	237 más por 1000 (4 menos a 760 más) (para parto vaginal)
							364 por 1000 (para parto por cesárea)	775 por 1000 (para parto por cesárea)	411 más por 1000 (7 menos a 1000 más) (para parto por cesárea) <sup>b</sup>

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros Uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Oxitocina más ergometrina	No reportado	—	1.39 (0.91–2.13)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.39 (0.91–2.13)	⊕⊕⊖⊖ Baja	241 por 1000	335 por 1000	94 más por 1000 (22 menos a 272 más)
							210 por 1000 (para parto vaginal)	292 por 1000 (para parto vaginal)	82 más por 1000 (19 menos a 237 más) (para parto vaginal)
							364 por 1000 (para parto por cesárea)	506 por 1000 (para parto por cesárea)	142 más por 1000 (33 menos a 411 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	1.93 (1.01–3.67)	⊕⊕⊕⊕ Alta	0.90 (0.00 a ∞) <sup>a</sup>	No es posible evaluar	1.93 (0.89–4.20)	⊕⊕⊕⊕ Alta	241 por 1000	465 por 1000	224 más por 1000 (27 menos a 771 más)
							210 por 1000 (para parto vaginal)	405 por 1000 (para parto vaginal)	195 más por 1000 (23 menos a 672 más) (para parto vaginal)
							364 por 1000 (para parto por cesárea)	703 por 1000 (para parto por cesárea)	339 más por 1000 (40 menos a 1000 más) <sup>b</sup> (para parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: los riesgos asumidos en el grupo de la oxitocina se basan en medias ponderadas de los riesgos iniciales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina®) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de la oxitocina y en el efecto relativo del uterotónico individual en comparación con la oxitocina (y su IC del 95%) derivado del metaanálisis de la red.

a. No había circuitos cerrados de primer orden para las pruebas indirectas, por lo que no fue posible evaluar la certeza de estas pruebas.

b. El efecto absoluto previsto estimado se basa en el producto del riesgo relativo y el riesgo de la línea de base. Cuando los riesgos relativos y/o los riesgos de línea de base son altos, el efecto previsto estimado puede superar los 1000 por ciento. En estos casos, se ha limitado a 1000 por 1000.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se aproxima al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: estamos moderadamente seguros de la estimación del efecto: es probable que el efecto real se aproxime a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: El efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto (por modalidad de nacimiento): hipertensión

Paciente o población: mujeres en la etapa expulsiva del trabajo de parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrina®), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: hipertensión.

Ajuste: entorno hospitalario o comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* agentes uterotónicos para la prevención de la hemorragia postparto: un metaanálisis en red (revisión).

Base de Datos Cochrane Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	No reportado	—	1.24 (0.28–5.56)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.24 (0.28–5.56)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	82 por 1000	102 por 1000	20 más por 1000 (59 menos a 374 más)
							76 por 1000 (para parto vaginal)	94 por 1000 (para parto vaginal)	18 más por 1000 (55 menos a 347 más) (para parto vaginal)
							167 por 1000 (para parto por cesárea)	207 por 1000 (para parto por cesárea)	40 más por 1000 (120 menos a 762 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol	3.64 (0.60 – 22.27)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	1.01 (0.28–3.65)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.50 (0.49–4.61)	⊕⊕⊖⊖ Baja	82 por 1000	123 por 1000	41 más por 1000 (42 menos a 296 más)
							76 por 1000 (para parto vaginal)	114 por 1000 (para parto vaginal)	38 más por 1000 (39 menos a 274 más) (para parto vaginal)
							167 por 1000 (para parto por cesárea)	250 por 1000 (para parto por cesárea)	83 más por 1000 (85 menos a 603 más) (para parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectables	No reportado	—	1.40 (0.9– 20.66)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	1.40 (0.09– 20.66)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	82 por 1000	115 por 1000	33 más por 1000 (75 menos a 1000 más) <sup>a</sup>
							76 por 1000 (para parto vaginal)	106 por 1000 (para parto vaginal)	30 más por 1000 (69 menos a 1000 más) <sup>a</sup> (para parto vaginal)
							167 por 1000 (para parto por cesárea)	234 por 1000 (para parto por cesárea)	67 más por 1000 (152 menos a 1000 más) <sup>a</sup> (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	13.39 (2.01–89.44)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	12.42 (0.91–168.67)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	8.54 (2.12–34.48)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	82 por 1000	700 por 1000	618 más por 1000 (92 más a 1000 más) <sup>a</sup>
							76 por 1000 (para parto vaginal)	649 por 1000 (para parto vaginal)	573 más por 1000 (85 más a 1000 más) <sup>a</sup> (para parto vaginal)
							167 por 1000 (para parto por cesárea)	1000 por 1000 (para parto por cesárea) <sup>a, b</sup>	1000 más por 1000 (187 más a 1000 más) <sup>a</sup> (para parto por cesárea) b
Oxitocina más ergometrina	2.00 (0.29–13.97)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	5.16 (0.63–42.13)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	2.48 (0.89–6.88)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	82 por 1000	203 por 1000	121 más por 1000 (9 menos a 482 más)
							76 por 1000 (para parto vaginal)	188 por 1000 (para parto vaginal)	112 más por cada 1000 (8 menos a 447 más) (para parto vaginal)
							167 por 1000 (para parto por cesárea)	414 por 1000 (para parto por cesárea)	247 más por 1000 (18 menos a 982 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	No reportado	—	No reportado	—	No reportado	—	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>	Ver comentarios <sup>d</sup>
Oxitocina									Comparador (referencia)

Nota: los riesgos asumidos en el grupo de la oxitocina se basan en medias ponderadas de los riesgos iniciales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red.

Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de la oxitocina y en el efecto relativo del uterotónico individual en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivado del metaanálisis de la red.

- El efecto absoluto previsto estimado se basa en el producto del riesgo relativo y el riesgo de la línea de base. Cuando los riesgos relativos y/o los riesgos de línea de base son altos, el efecto previsto estimado puede superar los 1000 por ciento.  
1000. En estos casos, se ha limitado a 1000 por 1000.
- No hay estudios incluidos o no hay eventos en los estudios incluidos para estimar el riesgo inicial.
- El riesgo absoluto con uterotónico no puede estimarse en ausencia de riesgo absoluto con oxitocina.
- La diferencia de riesgo no puede estimarse en ausencia de riesgos absolutos con la intervención y la oxitocina.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Alta certeza: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se aproxima al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: estamos moderadamente seguros de la estimación del efecto: es probable que el efecto real se aproxime a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Baja certeza: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto (por modalidad de nacimiento): temblores

Paciente o población: mujeres en la etapa expulsiva del trabajo de parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: temblor.

Ajuste: entorno hospitalario o comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* agentes uterotónicos para la prevención de la hemorragia postparto: un metaanálisis en red (Revisión). Sistema de la Base de Datos Cochrane Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	0.78 (0.49–1.23)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.70 (0.31 – 1.57)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.77 (0.46 – 1.29)	⊕⊕⊖⊖ Baja	91 por 1000	70 por 1000	21 menos por 1000 (de 49 menos a 26 más)
							89 por 1000 (para parto vaginal)	69 por 1000 (para parto vaginal)	20 menos por 1000 (de 48 menos a 26 más) (para parto vaginal)
							103 por 1000 (para parto por cesárea)	79 por 1000 (para parto por cesárea)	24 menos por 1000 (de 56 menos a 30 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol	4.02 (3.23–4.99)	⊕⊕⊖⊖ Baja	5.48 (2.47 – 12.17)	⊕⊕⊖⊖ Baja	4.18 (3.34 – 5.23)	⊕⊕⊖⊖ Baja	91 por 1000	380 por 1000	289 más por 1000 (213 más a 385 más)
							89 por 1000 (para parto vaginal)	372 por 1000 (para parto vaginal)	283 más por 1000 (208 más a 379 más) (para parto vaginal)
							103 por 1000 (para parto por cesárea)	436 por 1000 (para parto por cesárea)	333 más por 1000 (244 más a 444 más) (para parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectables	0.91 (0.11–7.73)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	0.36 (0.11–1.14)	⊕⊕⊖⊖ Baja	0.50 (0.19–1.31)	⊕⊕⊖⊖ Baja	91 por 1000	45 por 1000	46 menos por 1000 (74 menos a 28 más)
							89 por 1000 (para parto vaginal)	44 por 1000 (para parto vaginal)	45 menos por 1000 (72 menos a 28 más) (para parto vaginal))
							103 por 1000 (para parto por cesárea)	51 por 1000 (para parto por cesárea)	52 menos por 1000 (83 menos a 32 más) (para el parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	1.7 (0.93–3.25)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.24 (0.79–1.99)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.31 (0.86–1.99)	⊕⊕⊖⊖ Baja	91 por 1000	119 por 1000	28 más por 1000 (13 menos a 90 más)
							89 por 1000 (para parto vaginal)	117 por 1000 (para parto vaginal)	28 más por 1000 (12 menos a 88 más) (para parto vaginal)
							103 por 1000 (para parto por cesárea)	135 por 1000 (para parto por cesárea)	32 más por 1000 (14 menos a 102 más) (para parto por cesárea)
Oxitocina más ergometrina	0.96 (0.60–1.53)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	1.57 (0.90–2.73)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.38 (0.86–2.22)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	91 por 1000	126 por 1000	35 más por 1000 (13 menos a 111 más)
							89 por 1000 (para parto vaginal)	123 por 1000 (para parto vaginal)	34 más por 1000 (12 menos a 109 más) (para parto vaginal)
							103 por 1000 (para parto por cesárea)	144 por 1000 (para parto por cesárea)	41 más por 1000 (14 menos a 126 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	3.38 (2.50–4.57)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	6.34 (2.26–17.78)	⊕⊕⊖⊖ Baja	3.62 (2.59–5.05)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	91 por 1000	329 por 1000	238 más por 1000 (145 más a 369 más)
							89 por 1000 (para parto vaginal)	322 por 1000 (para parto vaginal)	233 más por 1000 (142 más a 360 más) (para parto vaginal)
							103 por 1000 (para parto por cesárea)	373 por 1000 (para parto por cesárea)	270 más por 1000 (164 más a 417 más) (para parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: Los riesgos asumidos en el grupo de la oxitocina se basan en medias ponderadas de los riesgos iniciales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de la oxitocina y en el efecto relativo del uterotónico individual en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivado del metaanálisis de red.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se aproxima al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: estamos moderadamente seguros de la estimación del efecto: es probable que el efecto real se aproxime a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos para la prevención de la hemorragia postparto (por modalidad del nacimiento): fiebre

Paciente o población: mujeres en la etapa expulsiva del trabajo de parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín<sup>®</sup>), misoprostol más oxitocina.

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: fiebre.

Ajuste: entorno hospitalario o comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* agentes uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto: un metaanálisis en red (Revisión). Sistema de la Base de Datos Cochrane Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	1.58 (0.27–9.35)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	0.77 (0.18–3.42)	⊕⊕⊖⊖ Baja	1.07 (0.43–2.69)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	29 por 1000	31 por 1000	2 más por 1000 (17 menos a 49 más)
							24 por 1000 (para parto vaginal)	26 por 1000 (para parto vaginal)	2 más por 1000 (14 menos a 41 más) (para parto vaginal)
							55 por 1000 (para parto por cesárea)	59 por 1000 (para parto por cesárea)	4 más por 1000 (31 menos a 93 más) (para parto por cesárea)
Misoprostol	3.75 (2.73–5.15)	⊕⊕⊖⊖ Baja	6.49 (2.24–18.76)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	3.87 (2.90–5.16)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	29 por 1000	112 por 1000	83 más por 1000 (55 más a 121 más)
							24 por 1000 (para parto vaginal)	93 por 1000 (para parto vaginal)	69 más por 1000 (46 más a 100 más) (para parto vaginal)
							55 por 1000 (para parto por cesárea)	213 por 1000 (para parto por cesárea)	158 más por 1000 (105 más a 229 más) (para parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectable	2.00 (0.18–21.71)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	0.96 (0.24–3.87)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	1.12 (0.33–3.86)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	29 por 1000	32 por 1000	13 más por 1000 (19 menos a 83 más)
							24 por 1000 (para parto vaginal)	27 por 1000 (para parto vaginal)	3 más por 1000 (16 menos a 69 más) (para parto vaginal)
							55 por 1000 (para parto por cesárea)	61 por 1000 (para parto por cesárea)	6 más por 1000 (37 menos a 153 más) (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Ergometrina	2.97 (0.97–9.05)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	0.63 (0.35–1.16)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	0.77 (0.44–1.35)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	29 por 1000	22 por 1000	7 menos por 1000 (16 menos a 10 más)
							24 por 1000 (para parto vaginal)	18 por 1000 (para parto vaginal)	6 menos por 1000 (13 menos a 8 más) (para parto vaginal)
							55 por 1000 (para parto por cesárea)	42 por 1000 (para parto por cesárea)	13 menos por 1000 (31 menos a 18 más) (para el parto por cesárea)
Oxitocina más ergometrina	1.08 (0.48–2.43)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	0.58 (0.25–1.39)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	0.70 (0.35–1.42)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	29 por 1000	20 por 1000	9 menos por 1000 (19 menos a 12 más)
							24 por 1000 (para parto vaginal)	17 por 1000 (para parto vaginal)	7 menos por 1000 (16 menos a 10 más) (para parto vaginal)
							55 por 1000 (para parto por cesárea)	42 por 1000 (para parto por cesárea)	13 menos por 1000 (31 menos a 19 más) (para el parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	2.99 (2.00–4.45)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	5.34 (1.48–19.25)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	3.14 (2.20–4.49)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	29 por 1000	91 por 1000	62 más por 1000 (35 más a 101 más)
							24 por 1000 (para parto vaginal)	75 por 1000 (para parto vaginal)	51 más por 1000 (29 más a 84 más) (para parto vaginal)
							55 por 1000 (para parto por cesárea)	173 por 1000 (para parto por cesárea)	118 más por 1000 (66 más a 192 más) (para el parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: los riesgos asumidos en el grupo de la oxitocina se basan en medias ponderadas de los riesgos iniciales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red.

Los riesgos correspondientes en los grupos de carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®) y misoprostol más oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de la oxitocina y en el efecto relativo del uterotónico individual en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivado del metaanálisis de la red.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Clasificación de las recomendaciones evaluación, desarrollo y evaluación (GRADE) grupo de trabajo grados de evidencia:

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se aproxima al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: estamos moderadamente seguros de la estimación del efecto: es probable que el efecto real se aproxime a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Efectos de los fármacos uterotónicos a a revención de la hemorragia posparto (por modalidad de nacimiento): diarrea

Paciente o población: Mujeres en la etapa expulsiva del trabajo de parto.

Intervenciones: carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (Sintometrín®), misoprostol más oxitocina

Comparador (referencia): oxitocina.

Resultado: diarrea Entorno: hospital o entorno comunitario.

Fuente: Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, *et al.* Agentes uterotónicos para prevenir hemorragia posparto: un metanálisis de red (Revisión). Base de datos Cochrane Syst Rev 2018; CD011689.

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Carbetocina	No reportado	—	No reportado	—	No reportado	—	Ver comentarios <sup>a</sup>	Ver comentarios <sup>b</sup>	Ver comentarios <sup>c</sup>
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto vaginal)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto vaginal)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto vaginal)
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto por cesárea)
Misoprostol	2.13 (1.55–2.93)	⊕⊕⊕⊕ Alto	3.64 (1.25 – 10.56)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	2.24 (1.64–3.05)	⊕⊕⊕⊕ Alto	11 por 1000	25 por 1000	14 más por 1000 (7 más a 23 más)
							11 per 1000 (para parto vaginal)	25 por 1000 (para parto vaginal)	14 más por 1000 (7 más a 23 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto por cesárea)
Prostaglandinas inyectables	10.38 (1.96–54.98)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	28.82 (11.03 –66.98)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	23.41 (11.03 – 49.70)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	11 por 1000	254 por 1000	243 más por 1000 (110 más a 536 más)
							11 por 1000 (para parto vaginal)	254 por 1000 (para parto vaginal)	243 más por 1000 (110 más a 536 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto por cesárea)
Ergometrina	3.74 (0.42 - 33.53)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	2.30 (1.02–5.18)	⊕⊖⊖⊖ Muy bajo	2.51 (1.20–5.26)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	11 por 1000	28 por 1000	17 more per 1000 (2 more to 47 more)
							11 por 1000 (para parto vaginal)	28 por 1000 (para parto vaginal)	17 more per 1000 (2 more to 47 more) (para parto vaginal)
							Ver comentarios a (para parto por cesárea)	Ver comentarios b (para parto por cesárea)	Ver comentarios c (para parto por cesárea)

Evidencia directa			Evidencia indirecta		Metaanálisis de red		Efectos absolutos anticipados para la estimación del metaanálisis de red		
Agentes uterotónicos	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	RR (95 % IC)	Certeza	Riesgo con control (oxitocina)	Riesgo con intervención (otros uterotónicos)	Riesgo diferente con intervención
Oxitocina más ergometrina	1.26 (0.72–2.22)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	2.90 (1.49–5.64)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	1.80 (1.18–2.75)	⊕⊕⊕⊖ Moderado	11 por 1000	20 por 1000	9 más por 1000 (2 más a 19 más)
							11 por 1000 (para parto vaginal)	20 por 1000 (para parto vaginal)	9 más por 1000 (2 más a 19 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto por cesárea)
Misoprostol más oxitocina	2.08 (0.99–4.38)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	3.79 (1.19–12.08)	⊕⊕⊖⊖ Bajo	1.82 (1.12–2.98)	⊕⊕⊕⊕ Alto	11 por 1000	23 por 1000	12 más por 1000 (0 más a 37 más)
							11 por 1000 (para parto vaginal)	23 por 1000 (para parto vaginal)	12 más por 1000 (0 menos a 37 más) (para parto vaginal)
							Ver comentarios <sup>a</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>b</sup> (para parto por cesárea)	Ver comentarios <sup>c</sup> (para parto por cesárea)
Oxitocina								Comparador (referencia)	

Nota: los riesgos asumidos en el grupo de oxitocina se basan en medios ponderados de riesgos basales de los estudios con grupos de oxitocina en el metaanálisis de la red. Los riesgos correspondientes en los grupos carbetocina, misoprostol, prostaglandinas inyectables, ergometrina, oxitocina más ergometrina (syntometrine) y misoprostol más grupos de oxitocina (y su intervalo de confianza del 95 %) se basan en el riesgo asumido en el grupo de oxitocina y el efecto relativo de los uterotónicos individuales. en comparación con la oxitocina (y su IC del 95 %) derivada del metaanálisis de la red.

- a. No hubo estudios incluidos o no hubo eventos en los estudios incluidos para estimar el riesgo inicial.
- b. El riesgo absoluto con uterotónico no se puede estimar en ausencia de riesgo absoluto con oxitocina.
- c. La diferencia de riesgo no se puede estimar en ausencia de riesgos absolutos con intervención y oxitocina.

IC: intervalo de confianza; RR: cociente de riesgos.

Calificación de las evidencias del grupo de trabajo de evaluación, desarrollo y evaluación de las recomendaciones (GRADE)

Certeza alta: estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.

Certeza moderada: tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real se acerque a la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.

Certeza baja: nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

### Anexo 3. Tablas de la evidencia a la recomendación

Pregunta 1 ¿En mujeres en el tercer periodo del parto, el uso de uterotónicos para la prevención de la HPP, en comparación con placebo o ningún tratamiento, mejora los resultados maternos y perinatales?

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<b>Problema</b>	<p>¿El problema es prioritario?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente sí.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Si.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No sé.</li> </ul>	El panel consideró la pregunta como prioritaria.	Acorde a la información del Sistema de Información de Morbimortalidad en línea (SIMMOW), en El Salvador los panelistas consideraron a la HPP como una de las primeras tres causas de morbilidad-materna. Además, es uno de los parámetros a evaluar de los estándares de calidad en el sistema ETaB.
<b>Efectos deseables</b>	<p>¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables??</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trivial.</li> <li><input type="radio"/> Pequeño.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>	El metanálisis en red sugiere que todos los uterotónicos fueron efectivos para prevenir la HPP mayor o igual a 500 mL en comparación con placebo o ningún tratamiento.	Los panelistas consideran que es de suma importancia el cumplimiento de fármacos uterotónicos para la prevención de la HPP.
<b>Efectos indeseables</b>	<p>¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trivial.</li> <li><input type="radio"/> Pequeño.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>	<p>Todos los uterotónicos, excepto la ergometrina y las prostaglandinas inyectables, fueron efectivos para la prevención de la HPP mayor o igual a 1000 mL en comparación con placebo o ningún tratamiento.</p> <p>No se pudieron detectar diferencias significativas entre todos los tratamientos farmacológico uterotónico para los desenlaces de muerte materna o las complicaciones graves del parto, ya que estos son raros que se evidencian en los estudios incluidos.</p>	En base a la experiencia de los miembros del panel con el uso de cada una de los fármacos uterotónicos, los efectos adversos evaluados son importantes para la toma de decisión de su uso en la práctica clínica, sopesando el riesgo beneficio de cada uno, para su uso en la prevención de la HPP.
<b>Certeza de la evidencia</b>	<p>¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Muy baja.</li> <li><input type="radio"/> baja.</li> <li><input type="radio"/> Moderada.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Alta.</li> <li><input type="radio"/> No hay estudios incluidos.</li> </ul>	Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios o ensayos clínicos grupales que compararan la efectividad y los efectos secundarios de los agentes uterotónicos con otros agentes uterotónicos, placebo o ningún tratamiento para prevenir la HPP en el metanálisis en red utilizado.	Ninguno.
<b>Valores</b>	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes.</li> <li><input type="radio"/> Sin incertidumbre o variabilidad importante.</li> </ul>	No se identificaron estudios sobre preferencias de los pacientes en este escenario.	Se estima que los pacientes podrían valorar en forma heterogénea los distintos perfiles de efectos adversos presentados por los diferentes uterotónicos utilizados. Los panelistas expertos temáticos recomiendan el explicar dichos efectos en palabras sencillas a las pacientes.

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
Balance de efectos	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece la comparación.</li> <li>○ Probablemente favorece la comparación.</li> <li>○ No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li>○ Probablemente favorezca la intervención.</li> <li>● Favorece la intervención.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>La evidencia es contundente que el uso de uterotónicos reduce la HPP por cualquier vía de nacimiento.</p>	<p>Los panelistas estuvieron de acuerdo con la necesidad del uso de uterotónicos para la prevención de HPP.</p> <p>Las pacientes del panel se mostraron receptivas a la utilización de los mismos, posterior a la explicación del experto temático del GDG.</p>
Recursos requeridos	<p>¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grandes costos.</li> <li>○ Costos moderados.</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes.</li> <li>○ Ahorro moderado.</li> <li>○ Grandes ahorros.</li> <li>● Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>El costo de los diferentes uterotónicos varía entre los \$0.31 hasta \$37.4 por unidad de medida.</p>	<p>Panelistas preguntan sobre costos de los uterotónicos utilizados para la prevención de HPP.</p> <p>Los datos sobre los costos son obtenidos a través de: Licitación Abierta 01/2019.</p>
Equidad	<p>¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducido.</li> <li>○ Probablemente reducido.</li> <li>○ Probablemente sin impacto.</li> <li>○ Probablemente aumentado.</li> <li>● Aumentado.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>La utilización de un uterotónico en todas las maternidades y centros de atención ambulatoria del país aumenta la equidad.</p>	<p>Ninguno.</p>
Aceptabilidad	<p>¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No.</li> <li>○ Probablemente no.</li> <li>○ Probablemente sí.</li> <li>● Sí.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>		<p>Los panelistas están de acuerdo en la utilización de fármacos uterotónicos para la prevención de la HPP por cualquier vía del parto.</p>
Factibilidad	<p>¿Es factible implementar la intervención?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No.</li> <li>○ Probablemente no.</li> <li>○ Probablemente sí.</li> <li>● Sí.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>La factibilidad de implementación de uno u otro fármaco, dependerá de la disponibilidad de las mismas en los establecimientos del sistema de salud.</p>	<p>El Sistema Nacional de Salud cuenta con una gran variedad de fármacos uterotónicos para la prevención de la HPP por cualquier vía de parto.</p> <p>La oferta de servicios dependerá de la complejidad de los establecimientos de salud de la red del Sistema Nacional de Salud.</p>

## Resumen de juicios

	Juicio							Implicaciones
Problema	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.	No sé.	
Efectos	Trivial.	Pequeño.	Moderado.	Grande.		Varía.	No sé.	
Efectos indeseables	Grande.	Moderado.	Pequeño.	Trivial.		Varía.	No sé.	
Certeza de la evidencia	Muy bajo.	Bajo.	Moderado.	Alto.			No hay estudios incluidos.	
Valores	Importante incertidumbre o variabilidad.	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante.	Sin incertidumbre o variabilidad importante.				
Balance de los efectos	Favorece la comparación.	Probablemente favorece la comparación.	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece la intervención.	Varía.	No sé.	
Recursos requeridos	Grandes costos.	Costos moderados.	Costos y ahorros insignificantes.	Ahorro moderado.	Grandes ahorros.	Varía.	No sé.	
Equidad	Reducida.	Probablemente la reduce.	Probablemente sin impacto.	Probablemente aumentado.	Aumentada.	Varía.	No sé.	
Aceptabilidad	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.	No sé.	
Factibilidad	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.	No sé.	

Pregunta 2. Para las mujeres en la tercera etapa del parto (P), ¿el uso de oxitocina para la prevención de la hemorragia posparto (I), en comparación con placebo o ningún tratamiento (C), mejora los resultados maternos y perinatales (O)?

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<b>Problema</b>	<p>¿El problema es prioritario?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente si.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Si.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No sé.</li> </ul>	El panel consideró la pregunta como prioritaria.	<p>Acorde a la información del Sistema de Información de Morbimortalidad en línea (SIMMOW), en El Salvador los panelistas consideraron a la HPP como una de las primeras 3 causas de morbilidad-materna. Además, es uno de los parámetros a evaluar de los estándares de calidad en el sistema ETaB.</p> <p>El uso de oxitocina está protocolizada para el manejo activo del tercer período del parto por cualquier vía en el Sistema Nacional de Salud.</p>
<b>Efectos deseables</b>	<p>¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trivial Pequeño.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>	Ver anexo	Los expertos temáticos del panel, consideran que la oxitocina es fundamental para la prevención de la HPP por cualquier vía del parto.
<b>Efectos indeseables</b>	<p>¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> Trivial.</li> <li><input type="radio"/> Pequeño.</li> <li><input type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>		Los expertos temáticos consideran que los efectos indeseables son tolerables y de baja frecuencia de presentación.
<b>Certeza de la evidencia</b>	<p>¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Muy baja.</li> <li><input type="radio"/> baja.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada.</li> <li><input type="radio"/> Alta.</li> <li><input type="radio"/> No hay estudios incluidos.</li> </ul>	Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios o ensayos clínicos grupales que compararon la efectividad y los efectos secundarios de la oxitocina con placebo o ningún tratamiento para prevenir la HPP en cualquier vía del parto, en el metanálisis en red utilizado.	Ninguno.
<b>Valores</b>	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input type="radio"/> Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes.</li> <li><input type="radio"/> Sin incertidumbre o variabilidad importante.</li> </ul>	Los resultados obtenidos en los estudios incluidos, sugieren que las mujeres no reconocen las definiciones clínicas de pérdida de sangre o lo que podría considerarse pérdida de sangre normal. En otro estudio de países de bajos y medianos ingresos, las mujeres valoran más la expulsión de la llamada por ellas "sangre sucia" que perciben como un proceso normal de limpieza. Se reporta la necesidad de informar a las pacientes sobre la presente condición	Las pacientes presentes en el panel, desconocen las pérdidas de sangre consideradas como "normales". Refieren que se necesita mayor información sobre los efectos secundarios de la oxitocina sobre ella y sus bebés.
<b>Balance de efectos</b>	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Favorece la comparación.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente favorece la comparación.</li> <li><input type="radio"/> No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente favorezca la intervención.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Favorece la intervención.</li> <li><input type="radio"/> Varía.</li> <li><input type="radio"/> No lo sé.</li> </ul>	La evidencia respalda el uso de oxitocina para prevenir la HPP por cualquier vía de nacimiento.	Ninguna.

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
Recursos requeridos	<p>¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de oxitocina para la prevención de HPP?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grandes costos.</li> <li>○ Costos moderados.</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes.</li> <li>● Ahorro moderado.</li> <li>○ Grandes ahorros.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>Se cuenta con evidencia indirecta sobre la relación costo-efectividad de la prevención de los estudios de otros uterotónicos que sugieren que la oxitocina es probablemente rentable porque los efectos beneficiosos de la oxitocina son sustanciales, con efectos secundarios mínimos. Costo accesible para el sistema de salud, acorde a procesos de adquisición actuales.<sup>20</sup></p>	<p>Costo de la oxitocina es de \$ 0.31 centavos la unidad de medida.</p>
Equidad	<p>¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducido.</li> <li>○ Probablemente reducido.</li> <li>○ Probablemente sin impacto.</li> <li>○ Probablemente aumentado.</li> <li>● Aumentado.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>La oxitocina, en forma inyectable, es relativamente barata y está disponible para todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Se evidencia la disponibilidad de la oxitocina a través del Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME-MINSAL), Listado Oficial de Medicamentos (LOM-SSS), Convenios, Contratos y Normativas del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).</p>
Aceptabilidad	<p>¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No.</li> <li>○ Probablemente no.</li> <li>● Probablemente si.</li> <li>○ Sí.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>Los resultados sobre la exploración de la percepción de la prevención y el tratamiento de la HPP por parte de las mujeres y los proveedores reconocen los beneficios del uso de oxitocina para prevenir la HPP. No hubo hallazgos de estudios sobre percepciones de las mujeres relacionadas con la aceptabilidad de la oxitocina.</p>	<p>Previa explicación de los expertos temáticos sobre dudas de las pacientes, estarían de acuerdo con la utilización de oxitocina para prevenir HPP en todas las vías del parto, recomendando que se le explique a cada paciente el por qué de la necesidad del mismo.</p>
Factibilidad	<p>¿Es factible implementar la intervención?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No.</li> <li>○ Probablemente no.</li> <li>● Probablemente si.</li> <li>○ Sí.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>Los resultados de una revisión sistemática cualitativa que explora las percepciones de la prevención y tratamiento de HPP entre las mujeres y proveer y proveedores de atención médica sugieren que las limitaciones de recursos pueden influir en el uso efectivo de la oxitocina para la prevención de la HPP, principalmente en los países con bajos a moderados ingresos (alta confianza). En una amplia variedad de entornos, los proveedores de atención médica sienten que necesitan más capacitación en el manejo de la HPP o capacitación sobre cuando y como administrar la oxitocina (alta confianza).</p>	<p>Actualmente se cuenta con existencia de oxitocina en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.</p>

## Resumen de juicios

Problema	Juicio							Implicaciones
	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.	No sé.	
Efectos deseables	Trivial.	Pequeño.	Moderado.	Grande.		Varía.	No sé.	
Efectos indeseables	Grande.	Moderado.	Pequeño.	Trivial.		Varía.	No sé.	
Certeza de la evidencia	Muy bajo.	Bajo.	Moderado.	Alto.			No hay estudios incluidos.	
Valores	Importante incertidumbre o variabilidad.	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante.	Sin incertidumbre o variabilidad importante.				
Balance de los efectos	Favorece la comparación.	Probablemente favorece la comparación.	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervención	Varía.	No sé.	
Recursos requeridos	Grandes costos.	Costos moderados.	Costos y ahorros insignificantes.	Ahorro moderado.	Grandes ahorros.	Varía.		
Equidad	Reducida.	Probablemente la reduce.	Probablemente sin impacto.	Probablemente aumentado.	Aumentada.	Varía.		
Aceptabilidad	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.		
Factibilidad	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.	No sé.	

Pregunta 3. Para las mujeres en la tercera etapa del parto (P), ¿el uso de carbetocina para la prevención de la hemorragia posparto (I), en comparación con placebo o ningún tratamiento (C), mejora los resultados maternos y perinatales (O)?

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
Problema	<p>¿El problema es prioritario?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente si.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Si.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No sé.</li> </ul>	El panel consideró la pregunta como prioritaria.	Acorde a la información del Sistema de Información de Morbimortalidad en línea (SIMMOW), en El Salvador los panelistas consideraron a la HPP como una de las primeras tres causas de morbilidad-materna. Además, es uno de los parámetros a evaluar de los estándares de calidad en el sistema ETaB.
Efectos deseables	<p>¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trivial.</li> <li><input type="radio"/> Pequeño.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>	<p>No está claro si la carbetocina reduce el riesgo de muerte materna en comparación con placebo o ningún tratamiento, porque la certeza de la evidencia es muy baja.</p> <p>En cuanto a la disminución de la HPP la evidencia es moderada y considera que probablemente la reduce. Ver Anexo 2.</p>	Ninguno.
Efectos indeseables	<p>¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> Trivial.</li> <li><input type="radio"/> Pequeño.</li> <li><input type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>		Los expertos temáticos consideran que los efectos indeseables son tolerables y de baja frecuencia de presentación.
Certeza de la evidencia	<p>¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Muy baja.</li> <li><input type="radio"/> baja.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada.</li> <li><input type="radio"/> Alta.</li> <li><input type="radio"/> No hay estudios incluidos.</li> </ul>	Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios o ensayos clínicos grupales que compararan la efectividad y los efectos secundarios de la carbetocina con placebo o ningún tratamiento para prevenir la HPP en el metanálisis en red utilizado.	Ninguno.
Valores	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input type="radio"/> Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes.</li> <li><input type="radio"/> Sin incertidumbre o variabilidad importante.</li> </ul>	Los resultados obtenidos en los estudios incluidos, sugieren que las mujeres no reconocen las definiciones clínicas de pérdida de sangre o lo que podría considerarse pérdida de sangre normal. En otro estudio de países de bajos y medianos ingresos, las mujeres valoran más la expulsión de la llamada por ellas "sangre sucia" que perciben como un proceso normal de limpieza. Se reporta la necesidad de informar a las pacientes sobre la presente condición.	Las pacientes presentes en el panel, desconocen las pérdidas de sangre consideradas como "normales". Refieren que se necesita mayor información sobre los efectos secundarios de la carbetocina sobre ellas y sus bebés.

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
Balance de efectos	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece la comparación.</li> <li>○ Probablemente favorece la comparación.</li> <li>○ No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li>○ Probablemente favorezca la intervención.</li> <li>● Favorece la intervención.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>Los estudios incluidos evidencian el uso de la carbetocina para la prevención de HPP.</p>	<p>Ninguna.</p>
Recursos requeridos	<p>¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de carbetocina para la prevención de HPP?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Grandes costos.</li> <li>○ Costos moderados.</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes.</li> <li>○ Ahorro moderado.</li> <li>○ Grandes ahorros.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>No se identificó un análisis de costo-efectividad sobre carbetocina para la prevención de la HPP de países de ingresos bajos-moderados.</p> <p>El incremento económico para la obtención por unidad de medida entre oxitocina versus carbetocina es del 100 % (\$0.31 versus \$37.4 por ampolla).</p>	<p>Costo de la carbetocina es de \$37.4 la unidad de medida.</p> <p>Según licitación Abierta 01/2019.</p>
Equidad	<p>¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducido.</li> <li>● Probablemente reducido.</li> <li>○ Probablemente sin impacto.</li> <li>○ Probablemente aumentado.</li> <li>○ Aumentado.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>No hay evidencia directa sobre el impacto de la introducción de carbetocina para la prevención de la HPP en la equidad en salud.</p>	<p>EL panel consideró que el precio de la carbetocina puede hacer que sea inasequible para los servicios de salud donde los recursos son limitados, además, que no se obtendría un beneficio tan amplio para justificarlo.</p>
Aceptabilidad	<p>¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No.</li> <li>○ Probablemente no.</li> <li>● Probablemente sí.</li> <li>○ Sí.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>No hubo hallazgos de estudios sobre percepciones de las mujeres relacionadas con la aceptabilidad de la carbetocina.</p>	<p>Previa explicación de los expertos temáticos sobre dudas de las pacientes, estarían de acuerdo con la utilización de carbetocina para prevenir HPP (recomendando que se le explique a cada paciente el porqué de la necesidad del mismo).</p>
Factibilidad	<p>¿Es factible implementar la intervención?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No.</li> <li>○ Probablemente no.</li> <li>● Probablemente sí.</li> <li>○ Sí.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>Los resultados de una revisión sistemática cualitativa que explora las percepciones de la prevención y tratamiento de HPP entre las mujeres y proveer y proveedores de atención médica sugieren que las limitaciones de recursos pueden influir en el uso efectivo de la carbetocina para la prevención de la HPP, principalmente en los países con bajos a moderados ingresos (alta confianza). En una amplia variedad de entornos, los proveedores de atención médica sienten que necesitan más capacitación en el manejo de la HPP o capacitación sobre cuándo y cómo administrar la carbetocina (alta confianza).</p>	<p>Ninguna.</p>

## Resumen de juicios

	Juicio							Implicaciones
	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.	No sé.	
Problema	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.	No sé.	
Efectos deseables	Trivial.	Pequeño.	Moderado.	Grande.		Varía.	No sé.	
Efectos indeseables	Grande.	Moderado.	Pequeño.	Trivial.		Varía.	No sé.	
Certeza de la evidencia	Muy bajo.	Bajo.	Moderado.	Alto.			No hay estudios incluidos.	
Valores	Importante incertidumbre o variabilidad.	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante.	Sin incertidumbre o variabilidad importante.				
Balance de los efectos	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación.	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	Favorece a la intervención.	Varía.	No sé.	
Recursos requeridos	Grandes costos.	Costos moderados.	Costos y ahorros insignificantes.	Ahorro moderado.	Grandes ahorros.	Varía	No sé.	
Equidad	Reducida.	Probablemente reducido.	Probablemente sin impacto.	Probablemente aumentado.	Aumentada.	Varía	No sé.	
Aceptabilidad	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía	No sé.	
Factibilidad	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía	No sé.	

Pregunta 4. Para las mujeres en la tercera etapa del parto (P), ¿el uso de misoprostol para la prevención de la hemorragia posparto (I), en comparación con placebo o ningún tratamiento (C), mejora los resultados maternos y perinatales (O)?

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
Problema	<p>¿El problema es prioritario?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente si.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Sí.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No sé.</li> </ul>	<p>El panel consideró la pregunta como prioritaria.</p>	<p>Acorde a la información del Sistema de Información de Morbimortalidad en línea (SIMMOW), en El Salvador los panelistas consideraron a la HPP como una de las primeras 3 causas de morbilidad-materna. Además, es uno de los parámetros a evaluar de los estándares de calidad en el sistema ETaB.</p>
Efectos deseables	<p>¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trivial.</li> <li><input type="radio"/> Pequeño.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>	<p>No está claro si misoprostol reduce el riesgo de muerte materna en comparación con placebo o ningún tratamiento, porque la certeza de la evidencia es muy baja.</p> <p>En cuanto a la disminución de la HPP la evidencia es de alta a moderada y considera que probablemente reduce al ser comparada con placebo o no tratamiento.</p> <p>Ver anexo 2</p>	<p>Ninguna.</p>
Efectos indeseables	<p>¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trivial.</li> <li><input type="radio"/> Pequeño.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>	<p>Hay alta evidencia de presentar temblor y fiebre, además hay evidencia moderada de presentar diarrea.</p>	<p>Ninguna.</p>
Certeza de la evidencia	<p>¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Muy baja.</li> <li><input type="radio"/> baja.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada.</li> <li><input type="radio"/> Alta.</li> <li><input type="radio"/> No hay estudios incluidos.</li> </ul>		<p>Ninguna.</p>
Valores	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input type="radio"/> Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes.</li> <li><input type="radio"/> Sin incertidumbre o variabilidad importante.</li> </ul>	<p>Los resultados obtenidos en los estudios incluidos, sugieren que las mujeres no reconocen las definiciones clínicas de pérdida de sangre o lo que podría considerarse pérdida de sangre normal. En otro estudio de países de bajos y medianos ingresos, las mujeres valoran más la expulsión de la llamada por ellas “sangre sucia” que perciben como un proceso normal de limpieza. Se reporta la necesidad de informar a las pacientes sobre la presente condición.</p>	<p>Las pacientes presentes en el panel, desconocen las pérdidas de sangre consideradas como “normales”. Refieren que se necesita mayor información sobre los efectos secundarios del misoprostol sobre ellas y sus bebés.</p>

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
Balace de efectos	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece la comparación.</li> <li>○ Probablemente favorece la comparación.</li> <li>○ No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li>● Probablemente favorezca la intervención.</li> <li>○ Favorece la intervención.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>Los estudios incluidos evidencian el uso de misoprostol para la prevención de HPP para cualquier vía de nacimiento.</p>	<p>Ninguna.</p>
Recursos requeridos	<p>¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de carbetocina para la prevención de HPP?</p> <p>Grandes costos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Costos moderados.</li> <li>○ Costos y ahorros insignificantes.</li> <li>○ Ahorro moderado.</li> <li>○ Grandes ahorros.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>En el país el costo por unidad de medida es de \$ 4.84, costo por paciente en prevención \$9.68. Licitación abierta 01/2019.</p>	<p>El Salvador tiene protocolizado el manejo de la prevención de la HPP, en los "Lineamientos Técnicos para la Atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido", el uso de oxitocina 10 U IM para el caso del parto vaginal y oxitocina 20 U IV para el parto vía cesárea, evidenciando un costo menor para el sistema.</p>
Equidad	<p>¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reducido.</li> <li>○ Probablemente reducido.</li> <li>○ Probablemente sin impacto.</li> <li>○ Probablemente aumentado.</li> <li>● Aumentado.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>El misoprostol es relativamente económico y está ampliamente disponible en una variedad de entornos. Los resultados de una revisión sistemática cualitativa que analiza la prevención y el tratamiento de la HPP indican que la distribución avanzada de misoprostol a las mujeres en comunidades rurales de bajos recursos puede ser un enfoque útil para reducir la mortalidad materna (como consecuencia de la HPP) para las mujeres que normalmente no asisten un centro de atención médica para dar a luz (confianza moderada).</p>	<p>En El Salvador, el misoprostol está protocolizado para uso en otras indicaciones obstétricas que tienen beneficio sobre la madre, lo que permite su uso como alternativa terapéutica y no como primera elección.</p>
Aceptabilidad	<p>¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No.</li> <li>○ Probablemente no.</li> <li>○ Probablemente si.</li> <li>○ Sí.</li> <li>● Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>	<p>Los resultados de una revisión sistemática cualitativa que explora las percepciones de la prevención y el tratamiento de la HPP por parte de las mujeres y los proveedores de atención médica indican que los proveedores reconocen los beneficios del uso de misoprostol para prevenir la HPP, especialmente en áreas rurales de países de bajos a moderados ingresos donde existen programas de distribución basados en la comunidad. En estos contextos, se percibió que el misoprostol era seguro, efectivo y más práctico de usar en comparación con la oxitocina (baja confianza).</p> <p>La Dirección Nacional de Medicamentos DNM, ha restringido su prescripción por receta especial retenida (receta controlada) por las implicaciones del uso del medicamento para otros fines no indicados en el presente documento.</p>	<p>Prevía explicación de los expertos temáticos sobre dudas de las pacientes, estarían de acuerdo con la utilización de misoprostol si este fuera necesario y si no se tuviera otra alternativa para la prevención de la HPP (recomendando que se le explique a cada paciente el porqué de la necesidad del mismo).</p>
Factibilidad	<p>¿Es factible implementar la intervención?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No.</li> <li>○ Probablemente no.</li> <li>● Probablemente si.</li> <li>○ Sí.</li> <li>○ Varía.</li> <li>○ No lo sé.</li> </ul>		<p>El misoprostol se encuentra dentro de listados de medicamentos esenciales de las instituciones participantes.</p>

## Resumen de juicios

Problema	Juicio							Implicaciones
	No.	Probablemente no.	Probablemente si	Sí		Varía.	No sé.	
Efectos deseables	Trivial.	Pequeño.	Moderado.	Grande.		Varía.	No sé.	
Efectos indeseables	Grande.	<b>Moderado.</b>	Pequeño.	Trivial.		Varía.	No sé.	
Certeza de la evidencia	Muy bajo.	Bajo.	Moderado.	Alto.			No hay estudios incluidos.	
Valores	Importante incertidumbre o variabilidad.	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante.	Sin incertidumbre o variabilidad importante.				
Balance de los efectos	Favorece la comparación.	Probablemente favorece la comparación.	No favorece ni la intervención ni la comparación.	<b>Probablemente favorezca la intervención</b>	Favorece a la intervención.	Varía.	No sé.	
Recursos requeridos	Grandes costos.	<b>Costos moderados.</b>	Costos y ahorros insignificantes.	Ahorro moderado.	Grandes ahorros.	Varía.	No sé.	
Equidad	Reducida.	Probablemente la reduce.	Probablemente sin impacto.	<b>Probablemente aumentado.</b>	Aumentada.	Varía.	No sé.	
Aceptabilidad	No.	Probablemente no.	<b>Probablemente si.</b>	Sí		Varía.	No sé.	
Factibilidad	No.	Probablemente no.	<b>Probablemente si.</b>	Sí		Varía.	No sé.	

Pregunta 5. Para las mujeres en la tercera etapa del parto (P), ¿el uso de ergonovina/metilergonovina para la prevención de la hemorragia posparto (I), en comparación con placebo o ningún tratamiento (C), mejora los resultados maternos y perinatales (O)?

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
Problema	<p>¿El problema es prioritario?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente si.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Sí.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No sé.</li> </ul>	<p>El panel consideró la pregunta como prioritaria.</p>	<p>Acorde a la información del Sistema de Información de Morbimortalidad en línea (SIMMOW), en El Salvador los panelistas consideraron a la HPP como una de las primeras 3 causas de morbilidad-materna. Además, es uno de los parámetros a evaluar de los estándares de calidad en el sistema ETaB.</p>
Efectos deseables	<p>¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trivial.</li> <li><input type="radio"/> Pequeño.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>	<p>En cuanto a la disminución de la HPP la evidencia es baja y considera que probablemente la reduce al ser comparada con placebo o no tratamiento. Ver anexo 2</p>	<p>Ninguna.</p>
Efectos indeseables	<p>¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Trivial.</li> <li><input type="radio"/> Pequeño.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grande.</li> <li><input type="radio"/> Variable.</li> <li><input type="radio"/> No se sabe.</li> </ul>	<p>La evidencia asocia el uso de ergonovina/metilergonovina con presentar efectos secundarios como: náuseas, vómitos, cefalea, hipertensión o dolor abdominal.</p>	<p>En la práctica de algunos panelistas la presencia del efecto adverso de hipertensión presentado por el uso de ergonovina lo describen como frecuente. En El Salvador se encuentra protocolizado en el manejo de prevención de HPP en los lineamientos institucionales no es de utilización de primera elección.<sup>3,4</sup></p>
Certeza de la evidencia	<p>¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Muy baja.</li> <li><input type="radio"/> baja.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderada.</li> <li><input type="radio"/> Alta.</li> <li><input type="radio"/> No hay estudios incluidos.</li> </ul>		<p>Ninguna.</p>
Valores	<p>¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input type="radio"/> Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes.</li> <li><input type="radio"/> Sin incertidumbre o variabilidad importante.</li> </ul>	<p>Los resultados obtenidos en los estudios incluidos, sugieren que las mujeres no reconocen las definiciones clínicas de pérdida de sangre o lo que podría considerarse pérdida de sangre normal. En otro estudio de países de bajos y medianos ingresos, las mujeres valoran más la expulsión de la llamada por ellas "sangre sucia" que perciben como un proceso normal de limpieza. Se reporta la necesidad de informar a las pacientes sobre la presente condición.</p>	<p>Las pacientes presentes en el panel, desconocen las pérdidas de sangre consideradas como "normales". Refieren que se necesita mayor información sobre los efectos secundarios de ergonovina/metilergonovina sobre ellas y sus bebés.</p>

	Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
Balance de efectos	<p>¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Favorece la comparación.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente favorece la comparación.</li> <li><input checked="" type="radio"/> No favorece ni la intervención ni la comparación.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente favorezca la intervención.</li> <li><input type="radio"/> Favorece la intervención.</li> <li><input type="radio"/> Varía.</li> <li><input type="radio"/> No lo sé.</li> </ul>		<p>El panel considera que, de ser extremadamente necesario, se deberá excluir la presencia de hipertensión en la paciente para el uso del uterotónico en la prevención de la HPP, según los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido.</p>
Recursos requeridos	<p>¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de ergonovina/metilergonovina para la prevención de HPP?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Grandes costos.</li> <li><input type="radio"/> Costos moderados.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Costos y ahorros insignificantes.</li> <li><input type="radio"/> Ahorro moderado.</li> <li><input type="radio"/> Grandes ahorros.</li> <li><input type="radio"/> Varía.</li> <li><input type="radio"/> No lo sé.</li> </ul>		<p>La adquisición por unidad de medida \$3.49 ampolla ergonovina/metilergonovina versus \$0.31 ampolla oxitocina. Licitación Abierta 01/2019.</p>
Equidad	<p>¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Reducido.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente reducido.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente sin impacto.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente aumentado.</li> <li><input type="radio"/> Aumentado.</li> <li><input type="radio"/> Varía.</li> <li><input type="radio"/> No lo sé.</li> </ul>	<p>No hay evidencia sobre estudios que evalúen el impacto en la equidad.</p>	<p>Por los efectos secundarios al uso de la ergonovina/metilergonovina, no puede ser usada en todos los contextos y establecimientos, por lo que probablemente se reduciría la equidad.</p>
Aceptabilidad	<p>¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente si.</li> <li><input type="radio"/> Sí.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Varía.</li> <li><input type="radio"/> No lo sé.</li> </ul>		<p>Previa explicación de los expertos temáticos sobre dudas de las pacientes, estarían de acuerdo con la utilización de ergonovina/metilergonovina si no se tuviera otra alternativa y este fuera necesario, se deberá descartar la presencia de hipertensión para su utilización como alternativa para la prevención de la HPP. (recomendando que se le explique a cada paciente el porqué de la necesidad del mismo).</p>
Factibilidad	<p>¿Es factible implementar la intervención?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No.</li> <li><input type="radio"/> Probablemente no.</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente si.</li> <li><input type="radio"/> Sí.</li> <li><input type="radio"/> Varía.</li> <li><input type="radio"/> No lo sé.</li> </ul>		<p>La ergonovina/metilergonovina se encuentra dentro de listados de medicamentos esenciales de las instituciones participantes.</p>

## Resumen de juicios

Problema	Juicio							Implicaciones
	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí		Varía.	No sé.	
Efectos deseables	Trivial.	Pequeño.	Moderado.	Grande.		Varía.	No sé.	
Efectos indeseables	Grande.	Moderado.	Pequeño.	Trivial.		Varía.	No sé.	
Certeza de la evidencia	Muy bajo.	Bajo.	Moderado.	Alto.			No hay estudios incluidos.	
Valores	Importante incertidumbre o variabilidad.	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad.	Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importante.	Sin incertidumbre o variabilidad importante.				
Balance de los efectos	Favorece la comparación.	Probablemente favorece la comparación.	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca a la intervención.	Favorece a la intervención.	Varía.	No sé.	
Recursos requeridos	Grandes costos.	Costos moderados.	Costos y ahorros insignificantes.	Ahorro moderado.	Grandes ahorros.	Varía.	No sé.	
Equidad	Reducida.	Probablemente la reduce.	Probablemente sin impacto.	Probablemente aumentado.	Aumentada.	Varía.	No sé.	
Aceptabilidad	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.	No sé.	
Factibilidad	No.	Probablemente no.	Probablemente sí.	Sí.		Varía.	No sé.	