

Fármacos uteroestimulantes

Actualizado abril 2012

INTRODUCCIÓN

Los fármacos útero-estimulantes son aquellos con capacidad para activar el músculo liso del útero, lo que se traduce en un incremento de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones así como en un aumento del tono basal uterino.

Los fármacos útero-estimulantes actúan, bien elevando las concentraciones de calcio intracelular (estimulando los canales de calcio regulados por receptores o por voltaje, o induciendo la liberación de este ion desde el retículo endoplásmico), o bien inhibiendo los sistemas adenil-ciclaza ó guanilato-ciclaza a fin de disminuir la kinasa de la miosina (ver esquema).

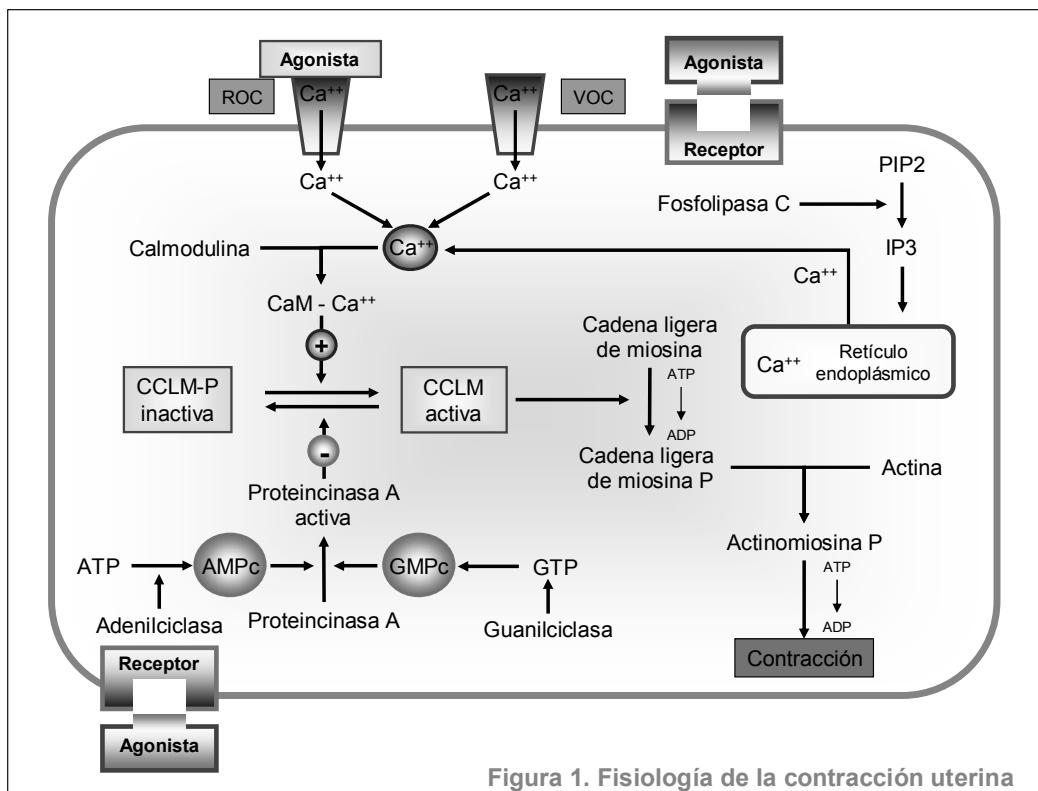


Figura 1. Fisiología de la contracción uterina

En la práctica obstétrica empleamos la oxitocina, los análogos de la oxitocina (carbetocina), algunas prostaglandinas, los análogos de las prostaglandinas (misoprostol) y algunos alcaloides derivados del cornezuelo del centeno.

OXITOCINA

Farmacocinética

La oxitocina es una hormona producida principalmente en el hipotálamo y secretada por la hipófisis posterior de manera pulsátil, al igual que el resto de las hormonas hipotálamo-hipofisarias. Fue sintetizada por Du Vigneaud en 1953 y tiene un ligero parecido espacial con la hormona antidiurética, por lo que posee un mínimo efecto antidiurético y vasopresor a dosis bajas.

La oxitocina puede ser administrada tanto por vía parenteral como por vía mucosa. En el parto se emplea la vía IV, con el fin de controlar adecuadamente las dosis y poder suprimir su administración en caso de aparición de efectos secundarios.

La oxitocina se transporta sin unirse a proteínas. La vida media farmacológica en plasma tras la respuesta inicial es de 3-4' y se requieren de 20-30' para alcanzar una concentración estable, motivo por el que la dosis se puede aumentar tras este intervalo. Debe ser administrada de forma continua.

Farmacodinamia

Los receptores específicos de la oxitocina se encuentran en el miometrio y en las mamas, donde modifican el calcio intracelular disponible y así estimulan la actividad muscular. El receptor de la oxitocina aparece sólo durante el embarazo, a partir de la semana 13ª. Por ello, la oxitocina no tiene efecto clínico antes de la semana 20ª y es, por tanto, ineficaz en el tratamiento del aborto del primer trimestre.

Durante el embarazo la oxitocinasa, producida por la placenta, aumenta de forma significativa la tasa de depuración metabólica de la oxitocina.

La actividad de la oxitocina en el miometrio se realiza por tres vías:

- Estimulando la liberación del calcio del retículo endoplásmico al unirse al receptor.
- Abriendo los canales del calcio regulados por receptores. Estos canales, a diferencia de los regulados por diferencias de potencial, no se bloquean con el nifedipino.
- Al unirse a otro receptor específico, estimula la acción de la ciclo-oxigenasa II (COX-II) para producir prostaglandinas.

Con respecto a la inducción o estimulación del parto, no existen diferencias fisiológicas entre el parto estimulado con oxitocina exógena y el que no lo es.

Indicaciones

- Durante el embarazo: prueba de sobrecarga con oxitocina (test estresante o prueba de Pose).
- Durante la primera y segunda fase del parto: inducción y estimulación del trabajo de parto.
- Durante el alumbramiento: alumbramiento dirigido, profilaxis y tratamiento de la hemorragia puerperal por atonía, etc...

Dosis y vías de administración

Aunque existen diferentes protocolos, habitualmente la oxitocina (Syntocinon®) se diluye en suero salino a razón de 1 ampolla (10 U) en 1000 ml. Se utiliza la vía IV, con bomba de infusión, comenzando con dosis de 0,5-1 mU/min y se sube de dosis cada 20-30 minutos.

Algunos autores recomiendan el empleo de bajas dosis, sin exceder las 4-6 mU/min, pero la mayoría son partidarios de alcanzar dosis más altas (sobre todo en las distocias dinámicas), aunque no se aconseja sobrepasar las 30 mU/min. Si se emplean dosis más elevadas, el incremento debe ser muy prudente y con una estrecha vigilancia de la infusión (con bomba de infusión), de la cardiotocografía (con monitorización interna) y de la evolución del parto con el fin de evitar una hiperestimulación.

Al ser una hormona de liberación pulsátil es frecuente que tras 90' sin modificar la dosis, disminuyan las contracciones.

La respuesta a la oxitocina depende mucho de la sensibilidad miometrial (que es diferente para cada paciente), por lo que lo ideal es emplear la dosis mínima eficaz con la que se obtenga una dinámica uterina y una progresión del parto adecuada.

Durante el parto, se trata de conseguir contracciones cada 2-3 minutos, con una duración entre 60 y 90 segundos y una intensidad de 50-60 mmHg, sin elevar el tono uterino por encima de los 20 mmHg (registrado mediante monitorización con catéter de presión interna). La valoración del tono basal y de la intensidad de las contracciones con registro externo es, en este sentido, menos valorable. El uso de la oxitocina, no es por sí mismo, indicación para el empleo de un catéter de presión interna.

Precauciones

- Debe existir un protocolo escrito de administración de oxitocina, aprobado por el grupo de trabajo y que esté siempre disponible en la unidad de dilatación y parto.
- Se deben extremar los cuidados en su administración en pacientes con mayor riesgo de rotura uterina: parto múltiple, distensión excesiva del útero, cesárea anterior o gran multiparidad.

- La oxitocina tiene también propiedades antidiuréticas débiles y por ello si se administra durante períodos prolongados, en soluciones hipotónicas y a altas dosis, puede producir una hiponatremia sintomática.
- Debe evitarse la administración por vía IV rápida sin diluir, ya que puede producir efectos cardiovasculares graves (hipotensión).
- En pacientes hipersensibles a la oxitocina, aún administrada de forma adecuada, puede producirse hipertoniá uterina.
- Por contener etanol como excipiente, puede ser de riesgo en pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, etc.

Efectos adversos

- La hiperestimulación uterina se define como la presencia de contracciones con un intervalo ≤ 2 minutos y/o tono uterino basal >20 mmHg. Puede deberse a la infusión exógena de oxitocina, pero también influyen la secreción endógena de oxitocina, sobre todo fetal y la secreción de prostaglandinas endógenas. La hiperestimulación debe tratarse, principalmente si produce alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, colocando a la gestante en decúbito lateral izquierdo y suprimiendo la infusión de oxitocina. Si no es suficiente con estas medidas, se pueden utilizar tocolíticos para frenar las contracciones uterinas.
- Otras complicaciones descritas son el parto precipitado, el desprendimiento prematuro de placenta, la atonía uterina y hemorragia posparto y en caso de empleo de altas dosis, la hiperbilirrubinemia neonatal.

Interacciones farmacológicas

- Los anestésicos generales que tengan un gran poder úterorelajante pueden antagonizar el efecto de la oxitocina.
- La utilización concomitante con prostaglandinas u otros estimulantes de las contracciones uterinas pueden ocasionar hiperestimulaciones importantes.
- La administración simultánea de agentes vasopresores puede dar lugar a hipertensión arterial severa durante el posparto.

ANÁLOGOS DE LA OXITOCINA: LA CARBETOCINA

Farmacocinética

La carbetocina es un análogo sintético de la oxitocina, con efecto sobre el miometrio de larga duración, que puede ser administrado como inyección única, tanto por vía IV como por vía IM y con una vida media de 40 minutos.

Su efecto oxitócico es de más larga duración que el que se obtiene con la oxitocina sola. Su efecto comienza a los dos minutos de su inyección y su actividad se mantiene sobre el útero durante 60 minutos si la inyección es IV y durante 120 minutos tras inyección IM.

Una inyección de carbetocina tras la expulsión de la placenta, es al menos tan eficaz como la infusión de 32,5 UI de oxitocina durante 16 horas y reduce la necesidad de empleo de otras drogas uterotónicas o de masaje uterino al compararla con la oxitocina en infusión continua.

Farmacodinamia

La carbetocina se une a los receptores de oxitocina presentes en el útero. Posee una pequeña actividad antidiurética (actividad vasopresina $<0,025$ UI/ampolla).

Indicaciones

Actualmente está indicado para la prevención de la atonía uterina, únicamente tras el parto por cesárea. No tiene aprobada la indicación para su uso tras un parto vaginal, aunque dos ensayos clínicos controlados y un estudio retrospectivo señalan que una sola inyección IM de carbetocina es mejor que la infusión continua de oxitocina para la prevención de la hemorragia tras el parto vaginal con factores de riesgo de atonía posparto (partos de larga duración, fetos macrosómicos, hidramnios, gestaciones múltiples, etc...) y al menos tan eficaz como la inyección IM de sintometrina.

Dosis y vías de administración

La carbetocina se presenta en ampollas de 100 mg, con una actividad equivalente a 50 UI de oxitocina. Su uso según la ficha técnica debe ser por vía IV, aunque también se ha podido comprobar su eficacia por vía IM.

Efectos adversos

Tiene muchos menos efectos secundarios que los derivados de la metilergometrina y los mismos que la infusión continua de oxitocina. Aunque los datos actuales sugieren que la carbetocina podría utilizarse en pacientes con problemas hipertensivos, la preeclampsia todavía es una contraindicación para su uso.

Coste-efectividad

Se ha determinado que el coste por paciente es ligeramente inferior en los tratamientos con carbetocina que los que genera el uso de la oxitocina.

PROSTAGLANDINAS

Las prostaglandinas (PG) son unas sustancias naturales derivadas del ácido prostanoico. Su administración produce aumento de la actividad y la coordinación uterina, lo que provoca contracciones que son prácticamente indistinguibles de las producidas por la oxitocina.

Farmacocinética

Existen varias prostaglandinas. Las utilizadas en obstetricia son la E_1 (uno de cuyos derivados es el misoprostol), la E_2 (dinoprostona) y la $F_{2\alpha}$. La vida media de la $F_{2\alpha}$ es menor de un minuto y la de la E_2 es de 3-5 minutos. Existen diferentes vías para la administración de las prostaglandinas, pero la $F_{2\alpha}$ tiene muchos efectos secundarios por vía oral y para la E_2 , la vía vaginal e intracervical son las más seguras.

Farmacodinamia

Las prostaglandinas se unen a receptores específicos y realizan su acción tanto en el miometrio (produciendo contracciones) como a nivel del cervix (produciendo cambios en la matriz celular del colágeno). Los receptores para las prostaglandinas están presentes en el útero grávido y en el útero no grávido, por lo que se obtienen efectos clínicos tanto durante el primer trimestre, como en pacientes no gestantes.

Las prostaglandinas estimulan y coordinan la actividad miometrial a través de:

- liberación de calcio del retículo endoplásmico,
- apertura de los canales del calcio dependientes de receptor y,
- estimulando o inhibiendo el sistema adenil-ciclase (produciendo tanto relajación como contracción miometrial).

Indicaciones

- Maduración cervical previa a legrados por aborto del primer trimestre.
- Maduración cervical y evacuación uterina en gestaciones con biometría de 12-23 semanas de amenorrea.
- Maduración cervical en la pre-inducción de gestantes de >23 semanas, con test de Bishop desfavorable e indicación para terminar la gestación.
- Hemorragias posparto o post-evacuación uterina.

Preparados con prostaglandinas

- **Prostaglandina E₂ (dinoprostona)**
 - **Propess[®]**: es un dispositivo vaginal de liberación controlada que contiene 10 mg de dinoprostona. La liberación de prostaglandinas es de 0,3 mg/hora durante 24 horas. Debe extraerse a las 24 horas. Se debe esperar 30 minutos desde su retirada antes de utilizar oxitocina.
 - **Prepidil gel[®]**: gel disponible en jeringa de 2.5 mL que contiene 0,5 mg de dinoprostona. Debe conservarse en refrigerador y debe ser colocado por un obstetra. Puede repetirse hasta 3 dosis. Es una formulación para uso endocervical. Una vez finalizado su efecto (por gasto o lavado), hay que esperar al menos 6 horas antes de utilizar la oxitocina.
 - Prostaglandina E₂ para administración IV[®]: en ampollas de 0,5 ml.
- **Prostaglandina E₁ (misoprostol)**
 - Múltiples estudios avalan la eficacia y seguridad del misoprostol, tanto para la preparación cervical previo al legrado uterino, como para la maduración del cervix antes del parto, para la evacuación uterina en gestaciones de 12-23 semanas o para el tratamiento de las hemorragias posparto. La administración oral y rectal de misoprostol para la prevención de la hemorragia posparto, se ha demostrado que es menos eficaz que los agentes uterotónicos inyectables y además presenta mayor frecuencia de efectos secundarios.

Según el Centro de Información online de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS), desde el año 2008 se ha autorizado en nuestro país el misoprostol como principio activo (Misive[®] 200 µg, Misofar[®] 200 µg, Misofar[®] 25 µg, todas en forma de comprimidos vaginales). Las condiciones de prescripción y uso, señalan que los tres productos son de uso hospitalario, pero en la actualidad según la AEMPS no se ha comercializado ninguno de los tres fármacos. El Misofar[®] 200 µg estaría indicado para “la dilatación del cérvix de útero de mujeres no embarazadas previa a una histeroscopia diagnóstica y/o quirúrgica u otros procedimientos ginecológicos que requieran acceder a la cavidad uterina”. La presentación de Misofar[®] 25 µg tendría en la ficha técnica la indicación de “maduración cervical e inducción del parto a término, especialmente en casos de cuello uterino inmaduro, siempre que no existan contraindicaciones fetales”. Las indicaciones del Misive[®] 200 µg son según la ficha técnica: “interrupción terapéutica del embarazo intrauterino, dilatación y preparación del cuello uterino antes de la terminación quirúrgica del embarazo, inducción del parto en casos de muerte fetal intrauterina y tratamiento farmacológico del aborto espontáneo y diferido”.

Cytotec®: en comprimidos de 100 y 200 µg. En la actualidad es el preparado que habitualmente se emplea cuando se requiere el uso de misoprostol. Sin embargo, es una medicación que no tiene aprobado su uso durante el embarazo, por lo que de emplearse ha de hacerse de acuerdo a la normativa exigida para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas.

- **Prostaglandina F_{2α}**
 - **Hemabate®**: 350 µg/ampolla por vía IM profunda o intramiometrial. Su indicación fundamental es el tratamiento de la hemorragia posparto, especialmente como tratamiento de rescate tras fallar otras opciones. Sin embargo, su perfil de seguridad y su alto coste, hacen que la PG F_{2α} no sea adecuada para la profilaxis de la hemorragia posparto o posaborto.

Precauciones y efectos adversos

- Se deberán administrar con precaución en pacientes con asma, glaucoma, cardiopatías, enfermedad renal y/o hepatopatía grave acompañada de alteraciones metabólicas.
- Hiperestimulación uterina. Afecta al 1% de las mujeres tratadas con Prepidil®, al 3% de las que utilizan Propess® y muy frecuentemente con el misoprostol, en cuyo caso es dosis-dependiente.
- Los efectos secundarios más habituales son: náuseas, vómitos, diarrea y fiebre. Más raramente pueden aparecer síntomas vagales transitorios.
- Por vía IV puede producir rubor, flebitis, arritmias cardíacas, hipotensión, paro cardíaco, edema, insuficiencia cardíaca congestiva, shock, fiebre, hiperemia, neumopericardio, bloqueo cardíaco, convulsiones, apnea, distrés respiratorio, alteraciones gastrointestinales, etc...

Contraindicaciones

- Antecedentes de hipersensibilidad a las prostaglandinas.
- Pacientes en las que los oxitócicos estén contraindicados.
- El misoprostol está contraindicado para la maduración cervical e inducción del parto en pacientes con cirugía uterina previa.

Interacciones

Las prostaglandinas pueden potenciar el efecto de la oxitocina y por ello se recomienda no usar ambos medicamentos simultáneamente.

Dosis y administración

1. Maduración cervical e inducción del parto: Para la maduración del cérvix uterino disponemos del Propess® (10 mg) y Prepidil® (0,5 mg), aunque hay estudios que sugieren que el Propess® es más efectivo que el Prepidil®. En relación al misoprostol, señalar como antes hemos mencionado, que desde 2008 se ha autorizado en nuestro

país un preparado con 25 µg (Misofar®) para la maduración cervical e inducción del parto a término, pero que aún no se ha comercializado.

2. Evacuación uterina en gestiones con biometría de 12 a 23 semanas: El método de elección es el misoprostol a dosis de 400-800 µg por vía oral, sublingual o rectal. Con frecuencia se pauta tras el empleo de mifepristona (a dosis de 200 mg), que es un derivado 19-noresteroide sintético que bloquea específicamente los receptores de la progesterona y los glucocorticoides. Este bloqueo da como resultado la degradación de los capilares maternos en la decidua, la síntesis de prostaglandinas por el epitelio de las glándulas deciduales y la inhibición de la prostaglandina deshidrogenasa.

El efecto de la mifepristona se desarrolla a lo largo de 24-48 horas. Por tanto el misoprostol se deberá administrar después de 36-48 horas de la ingesta de la mifepristona.

3. Hemorragia posparto o post-evacuación uterina: debe utilizarse como prostaglandina de primera línea el misoprostol, aunque puede ser utilizado como medicamento de rescate la prostaglandina $F_{2\alpha}$ a dosis de 1 ampolla IM o intramiometrial cada 15-90 minutos con un máximo de 8 ampollas (2 mg). En el caso de la hemorragia posparto las recomendaciones son utilizar de 600 a 800 µg de misoprostol, por vía oral, sublingual o rectal, pero únicamente cuando no sea posible emplear la oxitocina o tras fallar otros oxitócicos.

4. Alternativa a la extracción manual de placenta: puede utilizarse la inyección directa en el cordón umbilical de misoprostol (800 µg) o de oxitocina (10-30 UI).

5. Inducción en casos de feto muerto anteparto. Cuando el cuello no está maduro, el fármaco de elección son las prostaglandinas. El misoprostol se puede administrar por vía oral o vaginal. Esta última forma tiene menos efectos secundarios y acorta el tiempo hasta el parto. Aunque existen diferentes pautas, todas ellas con una efectividad similar, en general suelen tener en cuenta el tamaño uterino o la edad de gestación:

- Entre la 13ª y 17ª semana: 200 µg/6h (dosis máxima diaria: 1.600 µg).
- Entre la 18ª y 26ª semana: 100 µg/6h (dosis máxima diaria: 800 µg).
- 27ª semana ó más: 25-50 µg/4h (hasta 6 dosis).

Muchos de los datos para el manejo del feto muerto anteparto han sido extrapolados de estudios realizados durante el segundo trimestre del embarazo. En la actualidad, existe suficiente evidencia de estudios randomizados para justificar el uso de misoprostol vaginal como tratamiento médico para la terminación de los embarazos no viables antes de las 24ª semana de gestación. Los datos son más limitados, pero parecen señalar que el uso del misoprostol entre las 24ª-28ª semana es seguro y eficaz. Antes de las 28ª semana de gestación, el misoprostol parece ser el método más eficiente para la inducción del parto, con independencia del test de Bishop.

ALCALOIDES DEL CORNEZUELO DEL CENTENO

El cornezuelo de centeno está producido por un hongo que crece sobre el centeno y otros cereales. Uno de sus alcaloides es la ergometrina y un derivado semisintético es la metilergometrina. El más utilizado en obstetricia es el maleato de metilergometrina (Methergin®).

Las acciones farmacológicas de los alcaloides del cornezuelo de centeno son variadas y complejas. Algunas de ellas no tienen ninguna relación entre sí y otras son incluso mutuamente antagonistas.

Entre los efectos más notables de su actuación sobre la musculatura lisa destacan:

- efecto contráctil sobre la musculatura uterina,
- efecto vasoconstrictor directo, especialmente sobre los vasos venosos de capacidad y las arteriolas dilatadas y
- acción vasodilatadora indirecta por ser un antagonista parcial de los receptores alfa, a los que bloquea cuando el tono simpático es elevado.

Indicaciones

- Alumbramiento dirigido.
- Prevención y tratamiento de la hemorragia tras la evacuación uterina en aborto, legrado y parto.
- Subinvolución, atonía o perforación uterina, evacuación de restos abortivos, endometritis, etc...

Precauciones y efectos adversos

Su administración debe ser cuidadosamente valorada cuando existen alteraciones de las funciones hepática o renal.

Las inyecciones IV se deben administrar lentamente. La presentación en solución-gotas, por contener etanol como excipiente, puede ser de riesgo en pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, etc.

A dosis elevadas pueden ocasionar náuseas, vómitos y dolor abdominal.

También se han descrito erupciones cutáneas, cefaleas, vértigo o reacciones cardiovasculares como trastornos del ritmo cardíaco o hipertensión. Estas últimas son más frecuentes en pacientes sometidas a anestesia epidural y a las que se han administrado sustancias vasopresoras.

Contraindicaciones

- Embarazo.
- Periodos de dilatación y expulsión del parto.

- Vasculopatías en general, enfermedad vasculares isquémicas (por ejemplo, *angor pectoris*).
- Hipertensión arterial.
- Sepsis.
- Patología hepática y renal.

Interacciones

Administración concomitante de simpaticomiméticos y triaminooleandomicina.

Dosis y administración

El maleato de metilergometrina se puede administrar en gotas (0,25 mg/ml) o en ampollas de 1 ml (0,20 mg/ml) por vía IM o IV.

La dosis máxima recomendada para su uso por vía parenteral es 0,2 mg (una ampolla), 4 veces al día y para la vía oral 0,5 mg (40 gotas), 4 veces al día.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Accesible en:
<http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=buscar>.

Attilakos G, Psaroudakis D, Ash J, Buchanan R, Winter C, Donald F, Hunt LP, Draycott T. Carbetocin versus oxytocin for the prevention of postpartum haemorrhage following caesarean section: the results of a double-blind randomised trial. BJOG. 2010 Jul;117(8):929-36. Epub 2010 May 19.

Blickstein I. Induction of labour. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22 Suppl 2:31-7.

Borgatta L, Kapp N; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. Contraception. 2011 Jul;84(1):4-18.

Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;(10):CD000941.

Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, Duperron L, Girard I, Jones D, Lee LS, Shepherd D, Wilson K; Clinical Practice Obstetrics Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can. 2009 Oct;31(10):980-93.

<http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui235CPG0910.pdf>

Mozurkewich EL, Chilimigras JL, Berman DR, Perni UC, Romero VC, King VJ, Keeton KL. Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Oct 27;11:84.

National Guideline Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality. Management of labor. 2009.

Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD007223.

Peters NC, Duvekot JJ. Carbetocin for the prevention of postpartum hemorrhage: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv*. 2009 Feb;64(2):129-35.

Rajan PV, Wing DA. Postpartum hemorrhage: evidence-based medical interventions for prevention and treatment. *Clin Obstet Gynecol*. 2010 Mar;53(1):165-81.

Ramírez MM. Labor induction: a review of current methods. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011 Jun;38(2):215-25, ix.

Rath W. Prevention of postpartum haemorrhage with the oxytocin analogue carbetocin. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009 Nov;147(1):15-20.

Vercauteren M, Palit S, Soetens F, Jacquemyn Y, Alahuhta S. Anaesthesiological considerations on tocolytic and uterotonic therapy in obstetrics. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009 Jul;53(6):701-9. Epub 2009 Apr 27.

Los Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.