



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

CLINICA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta

Anel Guadalupe Gordillo Abadía

7to. "A"

Docente

DR. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas

Septiembre 2020

Aborto

Se dice que hay aborto cuando el embarazo se interrumpe, expulsándose el producto de la concepción antes de cumplirse los seis meses de gestación, es decir antes de que el niño pueda quedar vivo después de su expulsión. El aborto recibe el nombre de ovular cuando tiene lugar durante los primeros dos meses de embarazo, de embrionario durante el tercero y cuarto mes, y de fetal después. Cuando el feto se expulsa después del sexto mes y antes de los nueve meses, se dice que hay parto prematuro.

La Medicina entiende por aborto toda expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterino.

Desde el punto de vista obstétrico, es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable, es decir capaz de vivir fuera de la cavidad uterina en forma independiente. Se consideran 20 semanas para que el producto sea viable o que cuente con 500gr de peso.

Desde el punto de vista legal, aborto, es la interrupción del embarazo en cualquier época de la gestación antes de que el feto llegue a su término.

Tipos de aborto

Existe una gran variedad de clases de aborto entre las cuales podremos destacar las siguientes:

- **Espontáneo.-**

Se produce porque surge la muerte intrauterina, o porque causas diversas motivan la expulsión del nuevo ser al exterior, sin intervención mecánica o médica, donde fallece dada su falta de capacidad para vivir fuera del vientre de su madre. Entre el 10% y 50% de los abortos terminan en un aborto espontáneo dependiendo de la edad y la salud de la madre.

El riesgo de un aborto espontáneo es mayor en aquellas mujeres que han tenido más de tres abortos espontáneos conocidos, algún aborto inducido o enfermedades sistemáticas, y en aquellas mayores de 35 años.

Otras causas suelen ser las infecciones, la respuesta inmunitaria o trastornos sistémicos serios

- **Provocado.-**

El aborto inducido o provocado es resultante en maniobras practicadas deliberadamente con la intención de interrumpir el embarazo. Puede ser legal o ilegal y con o sin asistencia médica. Se estima que cada año 46 millones de mujeres alrededor del mundo recurren al aborto inducido para terminar con un embarazo no

deseado. De ellos, al menos 20 millones son considerados abortos inseguros, es decir, abortos en los que la vida de la mujer suele estar en peligro.

El aborto provocado se clasifica en:

Aborto terapéutico

Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo su contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera pérdida (producto muerto) o representa un gravísimo peligro para la madre.

El aborto eugenésico

Es aquel cuando se suprime el embarazo con el fin de evitar la venida al mundo de una descendencia cargada con graves defectos físicos y psicológicos. Aquí entran las malformaciones, y síndromes así como retrasos mentales o tendencia a enfermedades mortales.

Aborto por motivos sociales

Se plantea cuando la situación económica de la madre se ve agravada por el nacimiento de nuevos hijos. Se suelen añadir como argumentos el costo de la vida, falta de viviendas y oportunidades laborales, etc.

- **Habitual.-**

Se define aborto habitual a la interrupción de al menos tres embarazos consecutivos o no consecutivos. Se presenta aproximadamente en el 0,4% de todos los embarazos y crea ansiedad en los padres junto con la incertidumbre de un diagnóstico y pronóstico con respecto a futuros embarazos. Por esta razón es fundamental un buen apoyo emocional y consejo profesional con respecto a probables riesgos.

La pérdida precoz del embarazo es la complicación más frecuente de la gestación. Hay investigaciones que indican que de 100 embarazos que comienzan, se interrumpen hasta un 50% en los estadios más precoces, inclusive antes de que la mujer se entere de estar embarazada. Cuando una pareja ha tenido una interrupción de un embarazo, los riesgos de que el episodio pueda repetirse son bajas, pero cuando se han interrumpido dos embarazos, la posibilidad de un embarazo exitoso es del 75% (siempre y cuando no se realicen estudios y tratamientos para evitar la interrupción). Con antecedentes de tres abortos espontáneos, la posibilidad de un embarazo exitoso baja al 67%.

- **Ilegal o Criminal**

Acerca del aborto criminal diremos que si se quiere provocar con medicamentos u otras sustancias, lo que se consigue generalmente es una fuerte y grave intoxicación, en el curso de la cual a veces se produce el aborto.

Métodos de aborto

Entre los métodos más utilizados para realizar el aborto tenemos:

- **Anticonceptivos hormonales. (Abortivos)**

El aborto precoz y desapercibido puede ocurrir en el 50% ó más de los ciclos menstruales, con las pastillas de dosis muy bajas. Con la pastilla combinada, el aborto puede ocurrir una vez cada dos años. O sea una mujer que utiliza pastillas o inyecciones está abortando en un buen porcentaje.

- **Por envenenamiento salino**

Se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al bebé. Se introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, hasta la bolsa amniótica y se inyecta en su lugar una solución salina concentrada. El bebé ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos. Esta solución salina produce quemaduras graves en la piel del bebé. Unas horas más tarde, la madre comienza "el parto" y da a luz un bebé muerto o moribundo, muchas veces en movimiento. Este método se utiliza después de las 16 semanas de embarazo.

- **Por Succión**

Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado. Una fuerte succión (28 veces más fuerte que la de una aspiradora casera) despedaza el cuerpo del bebé que se está desarrollando, así como la placenta y absorbe "el producto del embarazo", depositándolo después en un balde. El abortista introduce luego una pinza para extraer el cráneo, que suele no salir por el tubo de succión. Algunas veces las partes más pequeñas del cuerpo del bebé pueden identificarse. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.

- **Por Dilatación y Curetaje**

En este método se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo el bebé es ya demasiado grande para extraerlo por succión; entonces se utiliza el método llamado por dilatación y curetaje. La cureta se emplea para desmembrar al bebé, sacándose luego en pedazos con ayuda de los fórceps. Este método está convirtiéndose en el más usual.

- **Por "D & X" a las 32 semanas**

Este es el método más espantoso de todos, también es conocido como nacimiento parcial. Suele hacerse cuando el bebé se encuentra muy próximo de su nacimiento. Después de haber dilatado el cuello uterino durante tres días y guiándose por la ecografía, el abortista introduce unas pinzas y agarra con ellas una piernecita, después la otra, seguida del cuerpo, hasta llegar a los hombros y brazos del bebé. Así extrae parcialmente el cuerpo del bebé, como si éste fuera a nacer, salvo que deja la cabeza dentro del útero. Como la cabeza es demasiado grande para ser extraída intacta; el abortista, entierra unas tijeras en la base del cráneo del bebé que está vivo, y las abre para ampliar el orificio. Entonces inserta un catéter y extrae el cerebro mediante succión. Este procedimiento hace que el bebé muera y que su cabeza se desplome. A continuación extrae a la criatura y le corta la placenta.

- **Por Operación Cesárea**

Este método es exactamente igual que una operación cesárea hasta que se corta el cordón umbilical, salvo que en vez de cuidar al niño extraído se le deja morir. La cesárea no tiene el objeto de salvar al bebé sino de matarlo.

- **Mediante Prostaglandinas**

Este fármaco provoca un parto prematuro durante cualquier etapa del embarazo. Se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo y en las últimas etapas de éste. Su principal complicación es que el bebé a veces sale vivo. También puede causarle graves daños a la madre. Recientemente las prostaglandinas se han usado con la RU-486 para aumentar la efectividad de éstas.

- **RU-486**

Se trata de un fármaco abortivo empleado conjuntamente con una prostaglandina, que es eficiente si se la emplea entre la primera y la tercera semana después de faltarle la primera menstruación a la madre. Actúa matando de hambre al diminuto bebé, al privarlo de un elemento vital, la hormona progesterona. El aborto se produce luego de varios días de dolorosas contracciones.

- **EI DIU**

Dispositivo anticonceptivo de plástico, habitualmente asociado a filamentos metálicos de cobre, colocado dentro de la cavidad uterina en contacto con el endometrio, para reducir el riesgo de concepción.

Causas de aborto

Causas de aborto espontáneo:

Durante los primeros meses de embarazo el aborto espontáneo del huevo está precedida, casi siempre, por la muerte del feto. En los últimos meses, por el contrario, a menudo el feto nace vivo, por lo cual el aborto tiene que atribuirse a otras causas.

La muerte fetal puede ser debido a:

1.- Anomalías del huevo (feto, placenta y membranas).

2.- Causas maternas:

- Locales (aparato genital).
- Alteraciones Endocrinas.
- Cuadros inflamatorios o enfermedades pélvicas.
- Anomalías de los órganos reproductores.

3.- Causas generales (Enfermedad materna)

- Infecciones agudas
- Infecciones crónicas
- Anemia

4.- Trauma físico y psíquico.

Secuelas y tratamiento

I.

- **Muerte:**

Las primeras causas de muerte en relación con el aborto son hemorragia, infección, embolia, anestesia, y embarazos ectópicos, sin diagnosticar.

- **Cáncer de mama:**

El riesgo de cáncer de mama casi se dobla después de un aborto e incluso se incrementa aún más con dos o más abortos.

- **Cáncer de ovarios, hígado y cervical (cuello uterino):**

Las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92. Riesgos igualmente elevados de cáncer de ovario e hígado se ligan con el aborto único o múltiple. Estos porcentajes incrementados de cáncer para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada.

- **Perforación de útero:**

Entre un 2 y un 3 % de las pacientes de aborto pueden sufrir perforación del útero; es más, la mayoría de estas lesiones quedarán sin ser diagnosticadas ni tratadas a no ser que realice una visualización mediante laparoscopia. El riesgo de perforación

uterina se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos y para las que reciben anestesia general durante la realización del aborto. El daño en el útero puede complicarse en posteriores embarazos y eventualmente puede acarrear problemas que requieran una histerectomía, lo que de por sí puede conllevar diversas complicaciones adicionales y lesiones que incluyen la osteoporosis.

- **Placenta previa (sic):**

El aborto incrementa el riesgo de *placenta previa* en posteriores embarazos (una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo deseado), en una escala de entre siete y quince. El desarrollo anormal de la placenta debido a lesión uterina aumenta el riesgo de malformación fetal, muerte peri natal y efusión excesiva de sangre durante el parto.

- **Recién nacidos discapacitados en posteriores embarazos:**

El aborto se asocia con lesiones cervicales y uterinas que pueden incrementar el riesgo de parto prematuro, complicaciones en el parto y desarrollo anormal de la placenta en posteriores embarazos. Estas complicaciones reproductivas constituyen las causas principales de las minusvalías en recién nacidos.

- **Embarazo ectópico:**

El aborto está relacionado de forma importante con un riesgo añadido de embarazos ectópicos posteriores. Los embarazos ectópicos, a su vez, amenazan la vida y pueden llevar a un descenso en la fertilidad.

- **Afección inflamatoria pélvica (pid) :**

Se trata de una enfermedad que puede poner en peligro la vida y conllevar un riesgo añadido de embarazo ectópico y reducción de fertilidad. De entre las pacientes que tienen una infección por clamidia en el momento del aborto, un 23 % desarrollará *PID* en cuatro semanas. Algunos estudios han arrojado que entre un 20 y un 27 % de pacientes que abortan sufren una infección por clamidia. Aproximadamente un 5 % de pacientes que no han sido infectados por clamidia desarrollan *PID* dentro de las 4 semanas posteriores a un aborto realizado durante el primer trimestre. Es por tanto razonable suponer que cuantos practican abortos previenen y tratan tales infecciones antes del aborto.

- **Endometritis:**

La endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años.

- **Complicaciones inmediatas:**

Alrededor de un 10 % de mujeres que se someten a un aborto provocado sufrirán complicaciones inmediatas, de las cuales aproximadamente un quinto (2 %) tienen la consideración de riesgo mortal. Las nueve grandes complicaciones más comunes que pueden darse durante la práctica del aborto son: infección, efusión excesiva de sangre, embolia, desgarro o perforación del útero, complicaciones de la anestesia, convulsiones, hemorragia, lesión cervical y "shock" endotóxico. Las complicaciones 'menores' más comunes incluyen: infección, efusión de sangre, fiebre, quemaduras de segundo grado, dolor abdominal crónico, vómitos, problemas gastro-intestinales, y sensibilización del Rh.

Embarazo ectópico

Los embarazos ectópicos se producen con mayor frecuencia en una de las trompas de Falopio, que es uno de los tubos que transportan los óvulos desde los ovarios hasta el útero. Este tipo de embarazo ectópico se denomina embarazo tubárico. A veces, el embarazo ectópico se produce en otras partes del cuerpo, como los ovarios, la cavidad abdominal o la parte inferior del útero (cuello del útero), que se conecta con la vagina.

Los embarazos ectópicos no pueden continuar con normalidad. El óvulo fecundado no puede sobrevivir, y el aumento de tejido puede provocar sangrado que ponga en riesgo la vida si no se trata.

Síntomas

Es posible que no note ningún síntoma al principio. Sin embargo, algunas mujeres que tienen un embarazo ectópico presentan los signos o síntomas tempranos habituales del embarazo: ausencia de menstruación, sensibilidad en los senos y náuseas.

Si te haces una prueba de embarazo, el resultado será positivo. Aún así, el embarazo ectópico no puede continuar con normalidad.

A medida que el óvulo fecundado crece en el lugar inadecuado, los signos y síntomas se hacen más notorios.

Advertencia temprana del embarazo ectópico

A menudo, los primeros signos de advertencia de un embarazo ectópico son un ligero sangrado vaginal y dolor pélvico.

Si la sangre se filtra por la trompa de Falopio, es posible que sientas dolor en el hombro o la urgencia de realizar una deposición. Los síntomas específicos dependerán del lugar donde se acumula la sangre y los nervios que están irritados.

Síntomas de emergencia

Si el óvulo fecundado sigue creciendo en la trompa de Falopio, esto puede causar la ruptura de la trompa. Es probable que se produzca un sangrado intenso en el interior del abdomen. Los síntomas de este evento potencialmente mortal incluyen aturdimiento extremo, desmayos y choque.

Causas

Un embarazo tubárico (el tipo más frecuente de embarazo ectópico) ocurre cuando un óvulo fecundado queda atrapado mientras se dirige al útero, a menudo, debido a que las trompas de Falopio están dañadas por inflamación o malformación. Los desequilibrios hormonales o el desarrollo anormal del óvulo fecundado también pueden intervenir.

Factores de riesgo

Algunos de los factores que aumentan las probabilidades de que tengas un embarazo ectópico son los siguientes:

- **Un embarazo ectópico anterior.** Si anteriormente tuviste este tipo de embarazo, existen más probabilidades de que tengas otro.
- **Inflamación o infección.** Las infecciones de transmisión sexual, como la gonorrea o la clamidia, pueden provocar la inflamación de las trompas y otros órganos cercanos, y aumentar tu riesgo de tener un embarazo ectópico.
- **Tratamientos de fertilidad.** Algunas investigaciones indican que las mujeres que se someten a fertilización in vitro o tratamientos similares tienen más probabilidades de tener un embarazo ectópico. La misma infertilidad también puede aumentar el riesgo.
- **Cirugía tubárica.** La cirugía para corregir las trompas de Falopio cerradas o dañadas puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico.
- **Elección de un método anticonceptivo.** La probabilidad de quedar embarazada mientras se usa un dispositivo intrauterino (DIU) es reducida. Sin embargo, si quedas embarazada mientras tienes colocado un DIU, lo más probable es que sea un embarazo ectópico. La ligadura de trompas, un método anticonceptivo permanente que comúnmente se conoce como "ligarse las trompas", también aumenta el riesgo si quedas embarazada después de este procedimiento.
- **Tabaquismo.** Fumar cigarrillos antes de quedar embarazada puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico. Cuanto más fumas, mayor el riesgo.

Complicaciones

Un embarazo ectópico puede causar que las trompas de Falopio se abran repentinamente. Si no se trata, la trompa desgarrada puede ocasionar un sangrado que pone en riesgo la vida.

Prevención

No hay forma de evitar un embarazo ectópico, pero estas son algunas maneras de disminuir el riesgo:

- Limitar el número de parejas sexuales y utilizar un preservativo durante las relaciones sexuales ayuda a prevenir las infecciones de transmisión sexual y a reducir el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.
- No fumar. Si fumas, deja de fumar antes de intentar quedar embarazada.

Enfermedad trofoblástica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional es un tumor originado desde el trofoblasto, que rodea al blastocisto y se desarrolla en el corion y el amnios (véase página Placenta y embrión alrededor de la semana 11 47 semanas de la gestación). Esta enfermedad puede aparecer durante o después de un embarazo intrauterino o ectópico. Si en general la enfermedad ocurre durante un embarazo, se producen un aborto espontáneo, eclampsia o muerte fetal; el feto rara vez sobrevive.

Algunas formas de enfermedad trofoblástica gestacional son malignas; otras son benignas, pero se comportan agresivamente.

Patología

La enfermedad trofoblástica gestacional se puede clasificar en

- Mola hidatiforme, que puede ser completa o parcial
- La neoplasia trofoblástica gestacional, que incluye coriadenoma destruens (lunar invasor), coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario (muy raro) y tumor trofoblástico epitelioide (extremadamente raro)

La enfermedad trofoblástica gestacional también se puede clasificar desde el punto de vista morfológico:

- Mola hidatiforme: en este embarazo anormal, las vellosidades se edematizan (se vuelven hidrópicas) y el tejido trofoblástico prolifera.
- Mola invasora: el miometrio es invadido localmente por una mola hidatiforme.
- Coriocarcinoma: este tumor invasor, en general metastatizante, está compuesto por células trofoblásticas malignas y no tiene vellosidades hidrópicas; la mayoría de estos tumores se desarrollan después de una mola hidatiforme.

- Tumor trofoblástico del sitio placentario: este raro tumor está formado por células trofoblásticas intermedias que persisten después de un embarazo a término; puede invadir los tejidos adyacentes o metastatizar.
- Tumor trofoblástico epitelióide: esta rara variante del tumor trofoblástico del sitio placentario está compuesto por células trofoblásticas intermedias. Al igual que los tumores trofoblásticos del sitio placentario, puede invadir tejidos adyacentes o hacer metástasis.

Las molas hidatidiformes son más comunes entre mujeres de < 17 o > 35 y en aquellas que previamente tuvieron una enfermedad trofoblástica gestacional. La incidencia es de 1/2.000 gestaciones en los Estados Unidos. Por razones desconocidas, la incidencia en los países asiáticos se aproxima a 1/200.

La mayoría (> 80%) de las molas hidatiformes son benignas. El resto puede persistir y tender a la invasión; el 2 al 3% de las molas hidatiformes son seguidas por un coriocarcinoma.

Signos y síntomas

Las manifestaciones iniciales de una mola hidatiforme sugieren un embarazo temprano, pero a menudo el útero se agranda más de lo esperable dentro de las 10 a 16 semanas de gestación. En general, las pruebas de embarazo son positivas, presentan sangrado vaginal y vómitos intensos, y hay ausencia de movimientos fetales y latidos cardíacos fetales. La eliminación de un tejido similar a uvas sugiere el diagnóstico.

Las complicaciones, como las siguientes, pueden ocurrir durante el embarazo temprano:

- Infección uterina
- Sepsis
- Shock hemorrágico
- Preeclampsia

El sitio de implantación de los tumores trofoblásticos causa sangrado.

En general, el coriocarcinoma se manifiesta por los síntomas metastásicos.

La enfermedad trofoblástica gestacional no empeora la fertilidad ni predispone a las complicaciones pre o perinatales (p. ej., malformaciones congénitas, abortos espontáneos).

Diagnóstico

- Subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG)
- Ecografía pelviana

- Biopsia

Enfermedad trofoblástica gestacional se sospecha en mujeres con prueba de embarazo positiva y cualquiera de los siguientes hallazgos:

- Tamaño uterino mayor que el esperado por las fechas
- Signos o síntomas de preeclampsia
- Expulsión de tejido similar a uvas
- Hallazgos sugestivos (p. ej., una masa que contiene múltiples quistes, ausencia de un feto y de líquido amniótico) vistos durante la ecografía realizada para evaluar el embarazo
- Metástasis inexplicables en mujeres en edad fértil
- Se detectaron niveles inesperadamente altos de beta-hCG durante las pruebas de embarazo (a excepción del tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioide, que dan como resultado bajos niveles de beta-hCG)
- Complicaciones obstétricas inexplicables

Estadificación

El Comité de Oncología de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) desarrolló un sistema de estadificación para la neoplasia trofoblástica gestacional (véase tabla Estadificación anatómica de la neoplasia trofoblástica gestacional según la FIGO).

El mal pronóstico también es sugerido por los criterios siguientes (National Institutes of Health [NIH]):

- Excreción urinaria de hCG > 100.000 UI en 24 horas
- Duración de la enfermedad > 4 meses (intervalo desde el embarazo previo)
- Metástasis cerebrales o hepáticas
- Enfermedad después de un embarazo de término
- Valores de hCG > sérica de 40.000 mIU/mL
- Quimioterapia previa no exitosa
- Puntuación de OMS ≥ 7

Tratamiento

- Extirpación tumoral mediante legrado aspirativo o histerectomía

- Revaluación en busca de enfermedad persistente o diseminación tumoral
- Quimioterapia para la enfermedad persistente
- Anticoncepción postratamiento para la enfermedad persistente

La mola hidatiforme, la mola invasora, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioide se evacúan mediante legrado aspirativo. Alternativamente, si no se planea tener hijos, puede realizarse una histerectomía.

Después de la resección, la enfermedad trofoblástica gestacional se clasifica clínicamente para determinar si se requiere tratamiento adicional. Los sistemas de clasificación clínica no se corresponden con los de la morfológica. La mola invasora y el coriocarcinoma se clasifican clínicamente como enfermedad persistente. La clasificación clínica se usa porque la mola invasora y el coriocarcinoma se tratan de manera similar y el diagnóstico histológico exacto puede requerir una histerectomía.

Se realiza una radiografía de tórax, se evalúa la subunidad beta-hCG sérica. Si las concentraciones de subunidad beta-hCG no se normalizan a lo largo de 10 semanas, la enfermedad se clasifica como persistente. Esta última requiere una TC de cerebro, de tórax, de abdomen y de pelvis. Los resultados indican si la enfermedad se clasifica como no metastásica o como metastásica.

En general, la enfermedad persistente se trata con quimioterapia. El tratamiento se considera exitoso si al menos 3 mediciones consecutivas de subunidad beta-hCG sérica en intervalos de 1 semana son normales. El embarazo debe prevenirse durante 6 meses después del tratamiento porque aumenta los niveles de beta-hCG, lo que dificulta determinar si el tratamiento ha sido exitoso. Típicamente, se administran anticonceptivos orales (cualquiera es aceptable) durante 6 meses; como alternativa, se usa cualquier método anticonceptivo.