
SI ESTÁ EMBARAZADA

*Información sobre el desarrollo del feto,
el aborto y otras alternativas*



Si está embarazada: Información sobre el desarrollo del feto, el aborto y otras alternativas

El Minnesota Department of Health agradece las siguientes contribuciones a esta publicación: pasajes de texto de *If you are Pregnant (Si está embarazada)*, Kansas Department of Health; pasajes de texto de *Abortion: Making a Decision (Aborto: Una decisión a tomar)*, Louisiana Department of Health and Hospitals; y pasajes de texto de *Fetal Development Understanding the Stages and Abortion Making an Informed Decision (Desarrollo del feto, comprensión de los estadios y el aborto: una decisión informada)*, Virginia Department of Health.

Las fotografías en este manual fueron creadas por Lennart Nilsson *A Child is Born*, Dell Publishing, y son utilizadas con autorización; excepto el de las 38 semanas derechos de autor Minnesota Department of Health.

Las ilustraciones que aparecen en este panfleto fueron creadas por Peg Gerrity, Houston, Texas. Copyright: <http://www.peggerrity.com>.



Division of Community and Family Health
85 East Seventh Place
P.O. Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882
651-201-3580
TTY: 651-201-5797
Teléfono gratis: 888-234-1137
<http://www.health.state.mn.us>

INTRODUCCIÓN

La información que se incluye en este panfleto tiene el proporcionarle información básica y precisa desde el punto de vista médico sobre el desarrollo del feto de su hijo/a en intervalos de dos semanas desde la implantación hasta el nacimiento. La información incluye detalles como el peso y la longitud promedios, el desarrollo de los órganos y el movimiento para cada edad.

Este panfleto también incluye información sobre los métodos del aborto, así como los riesgos médicos asociados. Además, este panfleto discute los posibles efectos secundarios emocionales del aborto, la posibilidad del dolor del feto y algunos riesgos médicos asociados para llevar un embarazo a su término.

Si está embarazada: Información sobre el desarrollo del feto, el aborto y otras alternativas proporciona información actual y confiable desde el punto de vista médico. Sin embargo, cada madre y bebé no nacido son únicos. Una mujer que esté pensando abortar debería hablar primero con su médico sobre los procedimientos y las alternativas. Toda mujer tiene derecho a estar completamente informada sobre los procedimientos, las complicaciones y los riesgos que un aborto conlleva. Es la responsabilidad legal del médico proporcionar esa información. Además la ley exige que el médico debe decirle la edad de su bebé no nacido y le debe dar a usted la oportunidad de hacer preguntas.

También se ofrece un directorio de servicios. Llamando o visitando las agencias y organizaciones que se incluyen en el directorio puede averiguar sobre alternativas al aborto, obtener ayuda para preparar un plan de adopción para su bebé, ubicar agencias públicas y privadas que ofrecen ayuda médica y financiera durante el embarazo, el parto y mientras el niño dependa de usted. Puede conseguir *Si está embarazada: Directorio de servicios disponibles en Minnesota* en línea, en la dirección: <http://www.health.state.mn.us/wrtk/directory.html>.

Este documento fue preparado por el Minnesota Department of Health en respuesta a la aprobación legislativa del 2003 del Acta "Woman's Right to Know" (Derecho a la información de la mujer). Las leyes de Minnesota relacionadas con el aborto incluyen:

Sección 145.4241 - 145.4249 de los estatutos de Minnesota [Ley Woman's Right to Know (Derecho de la mujer a estar informada)], requiere que una mujer reciba la siguiente información al menos 24 horas antes de un aborto, excepto en el caso de una emergencia médica:

-
- 1) los riesgos médicos específicos asociados con el procedimiento de aborto específico que se va a emplear;
 - 2) la probable edad gestacional del bebé no nacido en el momento en el que se va a realizar el aborto;
 - 3) los riesgos médicos asociados para llevar un embarazo a su término;
 - 4) en abortos después de 20 semanas de gestación, independientemente de que un anestésico o analgésico elimine o alivie el dolor orgánico del feto provocado por el método particular empleado en el aborto y los beneficios y riesgos médicos particulares asociados con dicho anestésico o analgésico. Un médico también debe informar a la mujer de los gastos adicionales asociados con la administración de un anestésico o analgésico.
 - 5) que puede haber beneficios disponibles de asistencia médica para el cuidado prenatal, el nacimiento y el cuidado del recién nacido;
 - 6) que el padre tiene la responsabilidad de ayudar en la manutención del hijo/a, incluso en los casos en los que el padre se haya ofrecido a pagar por el aborto; y
 - 7) que tiene derecho a revisar los materiales que pone a su disposición el Minnesota Department of Health.

La mujer debe certificar por escrito, antes del aborto, que se le ha proporcionado toda la información.

Antes de administrar un anestésico o analgésico para eliminar o aliviar el dolor orgánico del feto, el médico debe comunicar a la mujer todos los gastos adicionales asociados con la administración del anestésico o analgésico.

Cuando una emergencia médica exige la realización de un aborto, el médico debe informar a la mujer, antes del aborto, si es posible, de todas las indicaciones médicas que apoyan la decisión del médico de que es necesario un aborto para impedir su muerte o de que un retraso de 24 horas constituiría un grave riesgo de impedimento sustancial o irreversible de una función corporal importante.

La **sección 145.423** [Abortion; Live Births (Aborto; Nacimientos con vida)] **de los estatutos de Minnesota** requiere que un médico, diferente al que va a realizar el aborto, debe estar inmediatamente accesible para tomar las medidas razonables, consistentes con el buen ejercicio de la medicina, para mantener la vida y la salud de cualquier nacimiento con vida que sea resultado de un aborto, si éste se lleva a cabo después de la semana veinte del embarazo.

La **sección 145.412 de los estatutos de Minnesota** [Criminal Acts (Acciones criminales)] requiere que los abortos se realicen en un hospital o en centro para abortos si éste se realiza después del primer semestre, y en un hospital si se realiza en la segunda mitad de periodo de gestación.

La **sección 144.343 de los estatutos de Minnesota** [Pregnancy, Venereal Disease, Alcohol or Drug Abuse, Abortion (Embarazo, enfermedades venéreas, abuso de drogas o alcohol, aborto)] requiere que, al menos 48 horas antes de realizar un aborto en una menor sin emancipar, se informe a los padres, a menos que:

- 1) el aborto sea necesario para impedir la muerte de la mujer y no haya tiempo para avisar a sus padres;
- 2) los padres autoricen el aborto por escrito;
- 3) la mujer declare que es víctima de abuso sexual, negligencia o abusos físicos, tal y como lo definen la sección 626.556 de los estatutos de Minnesota; o
- 4) la mujer decide no permitir la notificación y un juez, después de la vista correspondiente, autoriza al médico a realizar el aborto.

La **sección 145.1621 de los estatutos de Minnesota** [Disposition of Aborted or Miscarried Fetuses (Eliminación de fetos resultados de abortos naturales o provocados)] requiere que los hospitales, clínicas y centros médicos en los que se producen abortos naturales o provocados y los laboratorios a los que se envían los restos del feto humano deben desecharlos por medio de incineración, entierro o según lo estipule el comisionado de salud. Los “restos del feto humano” se definen como los restos del inicio de un ser humano que ha muerto como resultado de un aborto provocado o natural y que ha alcanzado un estadio de desarrollo en el que hay estructuras cartilaginosas o partes fetales o de esqueleto.

DESARROLLO FETAL DEL BEBÉ NO NACIDO

La concepción comienza el día en que el espermatozoides penetra en el óvulo de la mujer y lo fertiliza. En un día el óvulo comienza a desarrollarse rápidamente. En unos pocos días un grupo de entre 13 y 32 células abandonan la trompa de Falopio y entran en el útero. Este grupo de células ahora se llama blastocito y ha aumentado su tamaño a cientos de células. Para el octavo día después de la concepción el blastocito ha comenzado a adherirse a la pared del útero, donde crecerá rápidamente.

El término embrión se refiere a un humano en desarrollo desde el momento de la implantación hasta la octava semana del embarazo. Después de la octava semana, el bebé no nacido se denomina "feto". Las edades de los embriones y los fetos en este manual se calculan desde el día estimado de la concepción y desde el primer día de la última menstruación normal. La longitud de los fetos se mide desde la parte superior de la cabeza hasta las nalgas.

Una mujer embarazada puede notar la primera falta de la menstruación al final de la segunda semana después de la concepción, o unas cuatro semanas después del primer día de su última menstruación normal. Hay diferentes pruebas de embarazo. Algunas pueden no ser precisas hasta tres semanas después de la concepción, o cinco semanas después del primer día de la última menstruación normal.

PRIMER TRIMESTRE

2 SEMANAS

(4 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- Después de la implantación el blastocito se llama "embrión".
- El embrión mide aproximadamente 1/100 de pulgada (0.25 mm) de largo en este momento.
- El embrión sigue creciendo.



4 SEMANAS

(6 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El embrión mide aproximadamente de 1/6 a 1/4 de pulgada (4 a 6.4 mm) de largo y ha desarrollado la cabeza y el tronco.
- Las estructuras que serán los brazos y las piernas, llamadas yemas de las extremidades, comienzan a mostrarse.
- Se forma un vaso sanguíneo que después se convertirá en el corazón y el sistema circulatorio. Se comienza a bombear sangre y esto es visible en un ultrasonido.
- Aproximadamente al mismo tiempo, se forma un borde de tejido a lo largo de la longitud del embrión. Ese tejido después dará lugar al cerebro y a la médula espinal.

6 SEMANAS

(8 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El embrión mide aproximadamente 1/2 a 3/4 de pulgada (13 a 19 mm).
- El corazón ahora tiene cuatro cámaras.
- Se empiezan a formar los dedos de las manos y de los pies.
- Comienza la actividad refleja con el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso.
- Las células comienzan a formar los ojos, los oídos, las mandíbulas, los pulmones, el estómago, los intestinos y el hígado.





8 SEMANAS

(10 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto, hasta ahora llamado embrión, mide aproximadamente 1-1/4 a 1-1/2 pulgadas (3 a 3.8 cm) de largo (siendo la cabeza aproximadamente la mitad de esta longitud) y pesa menos de 1/2 onza (14 gr).
- Está presente el inicio de todas las principales partes del cuerpo, aunque no están ubicadas completamente en su posición final.
- Se pueden identificar las estructuras que formarán los ojos, las orejas, los brazos y las piernas.
- Los músculos y el esqueleto se están desarrollando y el sistema nervioso responde mejor.

10 SEMANAS

(12 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide aproximadamente 2-1/2 pulgadas (3 cm) desde la cabeza hasta las nalgas, con un peso de alrededor 1-1/2 onzas (43 gr).
- Se distinguen los dedos de las manos y los pies, y tienen uñas.
- Se distinguen los dedos de las manos y los pies, y tienen uñas.
- Se puede detectar el latido del corazón con un sistema Doppler o un monitor para corazón.
- Han aparecido todas las características corporales exteriores principales.
- Los músculos siguen desarrollándose.





12 SEMANAS

(14 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 3-1/2 pulgadas (8 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unas 2 onzas (57 gr).
- El feto comienza a tragar, los riñones producen orina, y la sangre comienza a formarse en la médula espinal.
- Las articulaciones y los músculos permiten el movimiento completo del cuerpo.
- Hay párpados y la nariz comienza a desarrollar el puente.

SEGUNDO TRIMESTRE

14 SEMANAS

(16 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 4-3/4 a 5 pulgadas (12 a 12.7 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa 4 onzas (113 gr).
- La cabeza está erecta y los brazos y las piernas se han desarrollado.
- La piel parece transparente.
- Ha comenzado a crecer una capa de cabello en la cabeza.
- Los movimientos de las extremidades se hacen más coordinados.





16 SEMANAS

(18 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 5 a 5-1/2 pulgadas (13 a 14 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unas 6 a 8 onzas (170 a 210 gr).
- La piel es rosada y transparente y las orejas son claramente visibles.
- Se pueden reconocer todas las características corporales y faciales.
- Ahora el feto puede parpadear, agarrar y mover la boca.
- Comienzan a crecer el cabello y las uñas.
- El feto ha comenzado a dar patadas aunque es posible que la mujer no sienta el movimiento.

18 SEMANAS

(20 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)



- El feto mide unas 6-1/4 pulgadas (16 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unas 10 a 12 onzas (283 a 340 gr).
- Se han formado todos los órganos y estructuras y comienza un período de simple crecimiento.
- La piel está cubierta de un material grasiento que la protege.
- Se producen movimientos respiratorios pero los pulmones no se han desarrollado lo suficiente como para permitir la supervivencia fuera del útero.
- Para este momento la mujer puede sentir que el feto se mueve.
- Si se realiza un ultrasonido en este momento, es posible que los padres averigüen el sexo.

20 SEMANAS

(22 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)



- El feto mide unas 7-1/2 pulgadas (19 cm) desde la cabeza hasta las nalgas, tiene huellas digitales y tal vez algo de cabello y vello corporal. Pesa aproximadamente 1 libra (454 gr).
- El feto puede que se chupe el pulgar y es más activo.
- Crecimiento del cerebro extremadamente rápido.
- Se puede escuchar el latido del corazón del feto con un estetoscopio.
- Los riñones están comenzando a funcionar.
- Hay pocas posibilidades de que un bebé pudiera sobrevivir fuera del cuerpo de la madre.

22 SEMANAS

(24 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)



- El feto mide unas 8-1/4 a 8-1/2 pulgadas (21 a 21.5 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa aproximadamente 1-1/4 libras (567 gr).
- Se endurecen los huesos de los oídos haciendo posible la conducción de sonido. El feto oye los sonidos de la madre, como por ejemplo, la respiración, el latido de corazón y su voz.
- Se comienzan a formar las primeras capas de grasa.
- Éste es el principio de un aumento sustancial de peso del feto.
- Se están produciendo cambios en el desarrollo de los pulmones, de tal modo que algunos bebés pueden sobrevivir (con servicios de terapia intensiva).
- Los bebés que sobreviven pueden tener discapacidades y necesitan terapia intensiva a largo plazo.

TERCER TRIMESTRE

24 SEMANAS

(26 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 9 pulgadas (23 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unas 2 libras (907 gr).
- El feto puede responder al sonido proveniente de dentro o fuera del útero.
- Mejoran los movimientos reflejos y los movimientos corporales son más fuertes.
- Los pulmones siguen desarrollándose.
- Ahora el feto se despierta y se duerme.
- La piel se ha vuelto roja y arrugada y está cubierta de vello fino.
- Aproximadamente 8 de cada 10 bebés que nacen en este momento pueden sobrevivir (con servicios de terapia intensiva).

26 SEMANAS

(28 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 10 pulgadas (25 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unas 2-1/2 libras (1 kg).
- La boca y los labios muestran más sensibilidad.
- Los ojos están parcialmente abiertos y pueden percibir la luz.
- Los patrones de las ondas del cerebro se parecen más a las de los bebés nacidos al final del embarazo.
- Unos 9 de cada 10 bebés que nacen en este momento sobreviven (con servicios de terapia intensiva).





28 SEMANAS

(30 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 10-1/2 pulgadas (27 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa casi 3 libras (1.3 kg).
- El feto tiene pulmones que son capaces de respirar aire, aunque puede ser necesaria ayuda médica.
- El feto puede abrir y cerrar los ojos, chuparse el pulgar, llorar y responder al sonido.
- El cerebro (o el sistema nervioso central) controla ahora la respiración rítmica y la temperatura corporal.
- Casi todos los bebés que nacen en este momento sobreviven (con servicios de terapia intensiva).

30 SEMANAS

(32 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide aproximadamente 11 pulgadas (28 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa más de 3 libras (1.3 kg).
- La piel es más gruesa y más rosada.
- Se produce un aumento de las conexiones entre las células nerviosas del cerebro.
- A partir de este estadio, el desarrollo del feto se centra en el crecimiento.
- Casi todos los bebés que nacen en este momento sobreviven (con servicios de terapia intensiva).



32 SEMANAS

(34 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 11-3/4 a 12 pulgadas (30 a 30.4 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unas 4-1/2 libras (2 kg).
- Las orejas empiezan a tomar forma.
- Los ojos están abiertos durante períodos de alerta y cerrados mientras duerme.
- Ahora la piel es rosada y suave.
- Casi todos los bebés que nacen en este momento sobreviven (con servicios de terapia intensiva).



34 SEMANAS

(36 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 12-1/2 pulgadas (32 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa aproximadamente 5-1/2 libras (2.5 kg).
- El cabello es sedoso y está pegado a la cabeza.
- Se ha desarrollado la tonificación de los músculos y el feto puede girar y levantar la cabeza.
- Casi todos los bebés que nacen en este momento sobreviven.



36 SEMANAS

(38 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 13-1/2 pulgadas (34 cm) desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unas 6-1/2 libras (3 kg).
- Normalmente los pulmones están maduros.
- El feto puede agarrar firmemente.
- El feto se gira hacia las fuentes de luz.
- Casi todos los bebés que nacen en este momento sobreviven.



38 SEMANAS

(40 SEMANAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN NORMAL)

- El feto mide unas 14 pulgadas (36 cm) desde la cabeza hasta las nalgas, puede medir más de 20 pulgadas (51 cm) en total, y puede pesar entre 6-1/2 a 10 libras (3 kg a 4.5 kg).
- En el momento del nacimiento un bebé puede mostrar más de 70 comportamientos reflejos que son automáticos y no aprendidos, necesarios para sobrevivir.
- El bebé ha llegado a término y está listo para nacer.



MÉTODOS DE ABORTO Y LOS RIESGOS MÉDICOS ASOCIADOS

Si una mujer se informa y decide abortar, ella y su médico deben determinar primero en qué punto del embarazo está. El estadio del embarazo tendrá un efecto directo sobre lo apropiado de realizar un aborto y el método a utilizar. El médico usará un método diferente para mujeres que se encuentren en puntos diferentes del embarazo. Para determinar la edad gestacional del embrión o feto, el médico realizará un examen pélvico o un ultrasonido.

Riesgos del aborto

El momento más seguro para abortar es hasta ocho semanas después del primer día de la última menstruación normal. El índice de complicaciones se duplica con cada retraso de dos semanas a partir de ese momento. El riesgo de complicaciones para la mujer aumenta a medida que aumenta la edad gestacional.

Según los datos de los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC), el riesgo de morir como resultado directo de una aborto inducido legalmente es inferior a uno entre 100.000. Este riesgo aumenta con la duración del embarazo.

Por ejemplo:

- 1 muerte por cada 530.000 abortos antes de la semana 8 o durante ésta
- 1 muerte por cada 17.000 entre las semanas 16-20
- 1 muerte por cada 6.000 en la semana 21 o después

El riesgo de morir durante el alumbramiento es inferior a 1 entre 10.000 nacimientos.

Bajo cada procedimiento de aborto se incluyen los riesgos y complicaciones asociados con dicho procedimiento y se describen en mayor detalle en las páginas 20 y 21, en las secciones Riesgos médicos del aborto y Riesgos médicos a largo plazo en este panfleto.

MÉTODOS USADOS ANTES DE LAS CATORCE SEMANAS

■ Aborto temprano sin cirugía

- Se administra una medicación que detiene las hormonas necesarias para que el feto crezca. Además, hace que la placenta se separe del útero, terminando el embarazo.
- Se administra una segunda medicación, por vía oral o colocándola en la vagina, que hace que el útero se contraiga y expulse el feto y la placenta.

-
- Es necesaria una segunda visita al médico para asegurarse de que el aborto está finalizado.

Posibles complicaciones

- aborto incompleto
- reacción alérgica a los medicamentos
- fuertes dolores abdominales
- náuseas y/o vómitos
- diarrea
- fiebre
- infección
- hemorragia

■ Aborto por succión/aspiración al vacío

- Se aplica o inyecta anestesia local en el cuello del útero o cerca de él para que no se sientan molestias o dolor.
- Se abre gradualmente el cuello del útero con una serie de dilatadores. El dilatador más grueso que se usa tiene aproximadamente el grosor de una pluma.
- Se inserta un tubo en el útero y se acopla a un sistema de succión que extraerá el feto, la placenta y las membranas del útero de la mujer.
- Se debe realizar una cita de seguimiento con el médico.

Posibles complicaciones

- aborto incompleto
- infección pélvica
- hemorragia
- desgarro del cuello uterino
- perforación del útero
- coágulos en el útero.

■ Aborto por dilatación y legrado

- Se aplica o inyecta anestesia local en el cuello del útero o cerca de él para que no se sientan molestias o dolor.
- Se abre gradualmente el cuello del útero con una serie de dilatadores.
- El dilatador más grueso que se usa tiene aproximadamente el grosor de una pluma.
- Se utiliza un instrumento en forma de cuchara (cureta) para raspar ligeramente las paredes del útero y extraer el feto, la placenta y las membranas.

- Se debe realizar una cita de seguimiento con el médico.

Posibles complicaciones

- aborto incompleto que requiera aspiración por vacío
- infección pélvica
- hemorragia
- desgarro del cuello uterino
- perforación del útero
- coágulos en el útero.

MÉTODOS USADOS DESPUÉS DE LAS CATORCE SEMANAS

■ Dilatación y evacuación (D&E)

- Se colocan en el cuello del útero piezas acuñadas similares a esponjas, hechas de un material absorbente. Este material se humedece y lentamente abre el cuello del útero. Permanecerá colocado varias horas o durante la noche. Pueden ser necesarias una segunda o tercera aplicación del material.
- Después de la dilatación del cuello del útero, se puede administrar medicación intravenosa para aliviar las molestias e impedir una infección.
- Después de administrar anestesia local o general, se extraen del útero el feto y la placenta con instrumentos médicos como fórceps y legrado con succión. Ocasionalmente, puede ser necesario desmembrar el feto para extraerlo.

Posibles complicaciones

- coágulos en el útero
- hemorragia
- cortes o desgarro del cuello del útero
- perforación de las paredes del útero
- infección pélvica
- aborto incompleto
- complicaciones relacionadas con la anestesia.

■ Inducción del parto (Incluyendo instilación intrauterina)

- La inducción del parto puede requerir hospitalización.
- Se coloca medicina en el cuello del útero para ablandarlo y dilatarlo.
- Hay tres maneras de comenzar el parto antes de tiempo:

- Se administra medicación directamente en el flujo sanguíneo (vena) de la embarazada que provoca las contracciones del útero.
- Se inserta medicación en la vagina para iniciar las contracciones del útero.
- Se inyecta medicación (instilación) directamente en el saco amniótico (bolsa de agua) insertando una aguja a través del abdomen de la madre. Esto detiene el embarazo y provoca las contracciones del útero.
- El parto y el alumbramiento del feto durante este período son similares a la experiencia del nacimiento.
- La duración del parto depende del tamaño del bebé y la capacidad de contracción del útero.
- Hay una pequeña posibilidad de que el bebé pudiera vivir durante un corto período de tiempo, dependiendo de su edad gestacional y de su salud en el momento del parto.

Posibles complicaciones

- Si no se extrae completamente la placenta durante la inducción del parto, el médico debe abrir el cuello uterino y realizar un legrado con succión (extracción del contenido uterino por succión de baja presión).
- El aborto por inducción del parto conlleva el riesgo más alto de problemas como infección y hemorragia.
- Cuando se usan medicamentos para provocar el parto se corre el riesgo de la ruptura del útero.
- Al igual que con el alumbramiento, las complicaciones posibles de la inducción del parto incluyen infección, hemorragia, accidente cerebrovascular y alta presión arterial.
- Otros posibles riesgos son los coágulos en el útero, hemorragia, cortes o desgarro del cuello del útero, perforación de las paredes del útero, infección pélvica, complicaciones relacionadas con la anestesia.

Histerotomía (similar a una cesárea)

- Este método requiere que la mujer sea hospitalizada.
- Se puede realizar una histerotomía si no se puede inducir el parto o si la mujer o el feto están demasiado enfermos para someterse al parto.
- Una histerotomía es la extracción del feto cortando quirúrgicamente el abdomen y el útero.
- Se administra anestesia a la mujer, a través de la vena o de la espalda, o inhalada a los pulmones, de tal modo que no sienta la cirugía.

Posibles complicaciones

- Las complicaciones son similares a las observadas en otros procedimientos quirúrgicos abdominales y en la administración de anestesia
- Infección grave (sepsis)
- Coágulos sanguíneos al corazón y al cerebro (embolias)
- Contenido estomacal respirado a los pulmones (neumonía por aspiración)
- Sangrado grave (hemorragia)
- Lesiones en el tracto urinario
- Coágulos en el útero
- Hemorragia
- Infección pélvica
- Retención de fragmentos de la placenta
- Complicaciones relacionadas con la anestesia

■ Dilatación y extracción

- Este método puede realizarse entre las semanas 20 y 32 de la gestación.
- Se colocan en el cuello del útero piezas acuñadas similares a esponjas, hechas de un material absorbente. Este material se humedece y lentamente abre el cuello del útero. Debe permanecer colocado durante uno o dos días. Pueden ser necesarias una segunda o tercera aplicación del material.
- Después de administrar anestesia local o general, se extraen el feto y la placenta del útero usando instrumentos médicos como fórceps, succión y cureta (un instrumento similar a una cuchara). Puede ser necesario desmembrar el feto.

Posibles complicaciones

- Los riesgos son similares a los del alumbramiento.
- Infección uterina
- Hemorragia
- Presión alta
- Casos raros como coágulo sanguíneo, derrame o muerte relacionada con la anestesia.

RIESGOS MÉDICOS DEL ABORTO

El riesgo de complicaciones para la mujer aumenta a medida que avanza la edad gestacional (*consulte más arriba la descripción del procedimiento del aborto que su médico usará y los riesgos específicos que se incluyen en esas páginas*).

Infección pélvica (Sepsis): las bacterias (gérmenes) de la vagina pueden entrar en el cuello del útero y en el útero y provocar una infección. Se usan antibióticos para tratar una infección. En raros casos, puede ser necesario repetir la succión, la hospitalización o cirugía. El índice de infección es inferior al 1% en el caso de los abortos por dilatación y legrado con succión/aspiración al vacío, 1,5% para la dilatación y evacuación (D&E) y 5% para la inducción del parto.

Aborto incompleto: es posible que no se extraigan completamente del útero todas las partes del feto y otros productos del embarazo, lo que requeriría procedimientos médicos adicionales. El aborto incompleto puede dar lugar a una infección y sangrado. El índice documentado de tales complicaciones es inferior al 1% después de la dilatación y evacuación (D & E); mientras que después de un procedimiento de inducción del parto el índice puede ascender a 36%.

Coágulos en el útero: en aproximadamente el 1% de los abortos se producen coágulos de sangre que provocan fuertes dolores abdominales. Los coágulos normalmente se extraen por medio de una repetición de la dilatación y legrado con succión.

Sangrado fuerte (Hemorragia): después de un aborto es normal algo de sangrado. Un sangrado fuerte (hemorragia) no es común y puede tratarse repitiendo la succión, con medicación o, en raras ocasiones, con cirugía. Pídale al médico que le explique qué es un sangrado fuerte y qué hacer si esto ocurre.

Corte o desgarro del cuello del útero: la abertura del útero (su cuello) puede desgarrarse cuando se está estirando para abrirlo y permitir que pasen los instrumentos médicos al útero. Esto ocurre en menos del 1% de los abortos durante el primer trimestre.

Perforación de la pared del útero: un instrumento médico puede atravesar la pared del útero. El índice documentado es 1 caso de cada 1.000 en los abortos tempranos y 3 de cada 100 en el caso de una dilatación y evacuación (D&E). Dependiendo de la gravedad, la perforación puede conducir a una infección, sangrado fuerte o ambos. Es posible que sea necesario operar para reparar el tejido uterino y en los casos más graves, es posible que se tenga que realizar una histerectomía.

Complicaciones relacionadas con la anestesia: al igual que en el caso de otros procedimientos quirúrgicos, la anestesia aumenta el riesgo de complicaciones asociadas con el aborto. Los riesgos documentados de complicaciones relacionadas con la anestesia es de aproximadamente 1 caso de cada 5.000 abortos. La mayoría son reacciones alérgicas que producen fiebre, erupciones cutáneas y molestias.

RIESGOS MÉDICOS A LARGO PLAZO

Futuros embarazos: los abortos tempranos sin complicaciones de infección no causan infertilidad ni dificultan tener un embarazo completo en el futuro. Las complicaciones asociadas con el aborto pueden dificultar quedar embarazada en el futuro o llevar un embarazo a término.

Cáncer de mama: Los resultados de estudios anteriores sugerían que el riesgo de cáncer de mama aumentaba entre las mujeres que habían tenido un aborto.

En marzo de 2003 el National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer, NCI por sus siglas en inglés) publicó un informe de consenso general que no encontraba ninguna relación entre el aborto y el cáncer de mama. Un informe adicional publicado en marzo de 2004 por un grupo de investigación de cáncer de la universidad de Oxford también indicaba que no había relación entre el aborto y el cáncer de mama. Estos informes sumarios se pueden encontrar en <http://www.health.state.mn.us/wrtk/resources.html#reports>.

Las mujeres que tienen fuertes antecedentes familiares de cáncer o que tienen resultados clínicos de la enfermedad de mama deben buscar consejo médico independientemente de su decisión con respecto a quedarse embarazada o a tener un aborto.

EMERGENCIAS MÉDICAS

Cuando una emergencia médica exige realizar un aborto, el médico comunicará a la mujer, antes del aborto si es posible, las indicaciones médicas que apoyan su decisión de que es necesario abortar para evitar su muerte o que una espera de 24 horas creará un grave riesgo de comprometer sustancial y permanentemente una de las principales funciones corporales.

DOLOR DEL FETO

Algunos expertos han concluido que el bebé no nacido siente dolor físico después de 20 semanas de gestación. Otros expertos han llegado a la conclusión de que el dolor se siente más tarde en el desarrollo gestacional. Este asunto debe ser estudiado en mayor profundidad.

EL ASPECTO EMOCIONAL DEL ABORTO

Cada mujer que aborta puede experimentar emociones diferentes antes y después del procedimiento. A menudo las mujeres tienen sentimientos tanto positivos como negativos después de un aborto. Algunas mujeres dicen que estos sentimientos desaparecen rápidamente y otras que duran un tiempo. Estos sentimientos pueden incluir una sensación de vacío y de culpabilidad, así como tristeza. Una mujer puede cuestionarse si tomó la decisión adecuada. Algunas mujeres se sienten aliviadas, tanto por su decisión como porque se terminó el procedimiento. Otras pueden sentirse enojadas por haber tenido que tomar la decisión. Las mujeres que sienten tristeza, culpabilidad o que tienen dificultades después del procedimiento pueden ser aquellas que se vieron forzadas por su pareja o por un familiar a tomar esa decisión, o que han tenido tratamiento psiquiátrico grave antes del procedimiento o que no estaban seguras de su decisión.

La terapia y el apoyo antes y después del aborto es muy importante. Si la mujer no dispone de la ayuda y el apoyo de la familia, puede resultar más difícil adaptarse a los sentimientos que aparecen después de un aborto. Hablar objetivamente con un consejero profesional antes de abortar puede ayudar a la mujer a entender mejor su decisión y los sentimientos que puede experimentar después del procedimiento. Si la mujer tiene acceso a terapia, puede resultar más fácil manejar estos sentimientos.

Recuerde, es su derecho y la responsabilidad del médico informarle completamente antes de los procedimientos. Anímese a hacer todas las preguntas que tenga.

RIESGOS MÉDICOS DEL ALUMBRAMIENTO

El parto es el proceso en el que el útero de una mujer se contrae y empuja, o expulsa, el feto de su cuerpo. El feto puede nacer a través de la vagina de la mujer o por medio de cesárea.

Una mujer que decida llegar hasta el final del embarazo (40 semanas menstruales, 38 semanas después de la fertilización) puede normalmente esperar un proceso seguro y saludable. En el interés de la salud de la mujer, ésta debe visitar a su médico antes de quedar embarazada, temprano en el embarazo, y a intervalos regulares durante el mismo.

COMPLICACIONES POSIBLES

- Infección uterina – el 10% puede desarrollarse durante o después del parto y, en raras ocasiones puede provocar la muerte
- Problemas de presión arterial – 1 de cada 20 mujeres embarazadas los tienen du-

- rante o después el embarazo, especialmente con los primeros embarazos
- Pérdida de sangre – 1 de cada 20 mujeres lo experimentan durante el parto
- Episodios raros como coágulos de sangre, accidente cerebrovascular o muerte relacionada con la anestesia
- Mujeres con enfermedades crónicas graves tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo, el parto y el alumbramiento.
- El riesgo de morir como resultado de una complicación del embarazo es de 12 de cada 100.000 mujeres.

CUIDADO PRENATAL, NACIMIENTO Y CUIDADO DE LOS RECIÉN NACIDOS

Es posible que, dependiendo de sus ingresos, usted califique para recibir ayuda financiera para el cuidado prenatal (durante el embarazo), el nacimiento y el cuidado de los recién nacidos. Para las personas que califican, ciertos programas como Medical Assistance (MA) o MinnesotaCare pueden pagar o ayudar a pagar el costo del médico, la clínica, el hospital y otros gastos médicos relacionados para ayudar con los cuidados prenatales, los servicios de alumbramiento y el cuidado de los recién nacidos. Puede llamar al Minnesota Department of Human Services (Departamento de servicios humanos de Minnesota) en el 651-431-2670 (área metropolitana de las Twin Cities) o en el 1-800-657-3739 (otras partes del estado) para recibir más información sobre Medical Assistance o visite su sitio en la Web en <http://www.dhs.state.mn.us/> y haga un clic en "Health Care," y después en "Medical Assistance." Puede llamar al Minnesota Department of Human Services (Departamento de servicios humanos de Minnesota) en el 651-297-3862 (área metropolitana de las Twin Cities) o en el 1-800-657-3672 (otras partes del estado) para recibir más información sobre MinnesotaCare o visite su sitio en la Web en <http://www.dhs.state.mn.us/HealthCare/mncare>.

LA ADOPCIÓN ES UNA OPCIÓN

Las mujeres o parejas que se enfrenten a un embarazo inoportuno y que deciden no aceptar todas las responsabilidades de la paternidad tienen otra opción: **la adopción**.

Planear una adopción es raramente una decisión fácil. Los servicios de terapia y apoyo son una parte fundamental de la adopción y se pueden conseguir a través de un número de agencias de adopción, tanto públicas como privadas. Puede encontrar más información y una lista de las agencias de adopción en la guía de recursos de Minnesota Department of Health, *Si está embarazada: Directorio de servicios disponibles en Minnesota* en <http://www.health.state.mn.us/wrtk/directoryspa.html> o, podría llamar al Minnesota Department of Human Services en el número 651-431-4656 o visitar su

sitio en la Web en: <http://www.dhs.state.mn.us/> y haga el clic en "Children" (niños), y después en "Adoption" (adopción).

Hay varias maneras de consentir la adopción de un niño. Para identificar el método más conveniente para el niño y para usted, hable con una agencia de adopción con licencia de Minnesota o con un abogado familiarizado con la adopción. Los padres biológicos deciden si desean permanecer anónimos o participar en una adopción más abierta, que incluye la selección de los padres adoptivos y el establecimiento de un plan de comunicación a largo plazo.

LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE

El padre de un niño tiene la responsabilidad legal de proporcionar manutención, ayuda médica y otras necesidades de su hijo. En Minnesota, esa responsabilidad incluye pagos de manutención de hijos a la madre del niño o a su tutor legal. Los niños tienen derechos de herencia de su padre y pueden calificar, a través de él, para beneficios tales como seguro de vida, seguro social, pensión y beneficios de veteranos o de discapacidad. Además, los niños se benefician del conocimiento del historial médico de su padre y cualquier problema de salud que se pueda heredar genéticamente.

En Minnesota la paternidad se puede establecer por medio de:

1. **Reconocimiento de paternidad:** los padres biológicos juran que son los padres del niño. Este juramento asegura los beneficios del niño. También establece los derechos de paternidad de los padres.
2. **Adjudicación:** se puede llevar a los tribunales una acción legal para determinar el padre biológico y legal de un menor. Este proceso, además de obtener todos los beneficios del reconocimiento de la paternidad, establece la manutención de hijos, la custodia y los derechos de visita. Una adjudicación también establece la paternidad cuando se duda de ésta. Protege a todas las partes involucradas.

Los asuntos relacionados con la paternidad afectan los derechos legales de ambos padres y del niño. Usted puede obtener información general sobre el establecimiento de la paternidad, las regulaciones federales y los estatutos estatales sobre la manutención de hijos, y otros asuntos relacionados, 24 horas al día, siete días por semana llamando al:

651-431-4199

651-431-4346 (TTY En el área metropolitana de las Twin Cities)

888-234-1208 (TTY Fuera del área metropolitana de las Twin Cities)
711 ó 800-627-3529 Minnesota Relay Service

O puede escribir a:

Minnesota Department of Human Services
Child Support Enforcement Division
P.O. Box 64946
St. Paul, MN 55164-0946

INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

La decisión de abortar, tener un bebé o preparar un plan de adopción debe pensarse bien. Hay listas de agencias y organizaciones de salud y sociales estatales, del condado y locales que le pueden ayudar. Le animamos a que se ponga en contacto con estos grupos si necesita más información para que pueda tomar una decisión bien informada.

Puede encontrar recursos a su disposición en la guía de recursos del Minnesota Department of Health, *Si está embarazada: Un directorio de servicios disponibles en Minnesota* en <http://www.health.state.mn.us/wrtk/directoryspa.html> ó usted puede llamar al 651-201-3580 ó 1-888-234-1137.



Para obtener copias adicionales de este manual o si usted lo requiere en otros formatos, tales como en letras grandes, Braille o en casete, comuníquese con:

Division of Community and Family Health
85 East Seventh Place
P.O. Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882
651-201-3580
TTY: 651-201-5797
Teléfono gratis: 888-234-1137
<http://www.health.state.mn.us>

Impreso en papel reciclado.

IC # 141-1413
Enero 2009