

**Sí Estas Embarazada**



**a las 9 semanas**

*Figura 1 - A las 9 semanas*

**Lada sin costo 1-888-744-4825**

Disponible en español

**[WomansRightToKnow.org](http://WomansRightToKnow.org)**

El Departamento de Salud y Medio ambiente de Kansas reconoce las contribuciones para esta publicación. Fotografías de: Lennart Nilsson (fotografías en el útero usadas con permiso, *A Child is Born*, Dell Publishing, 1990); Alexander Tsiaras (de *Conception to Birth: a Life Unfolds*, Doubleday 2002); Moore et al (*Color Atlas of Clinical Embryology*, Elsevier 2000); texto de Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana; datos de desarrollo prenatal Adaptados y fotografía de portada usada con permiso del Fondo de Desarrollo Humano.

Esta publicación se produce en cumplimiento con la K.S.A. 65-6708, a 65-6710 conocida como “Ley de Derecho a Saber de las Mujeres”. Tiene derecho a saber que, por ley estatal, ninguna persona hará o inducirá un aborto cuando el feto sea viable o sea capaz de sentir dolor, salvo que dicha persona sea un médico y tenga una derivación documentada. El médico que haga o induzca un aborto cuando el feto sea viable, debe tener una derivación documentada de otro médico que no está legal o financieramente afiliado con el médico que haga o induzca el aborto. Ambos médicos deben determinar que el aborto es necesario para preservar la vida de la mujer embarazada o que una continuación del embarazo causará una discapacidad considerable e irreversible de una función fisiológica importante de la mujer embarazada. Si el bebé nace vivo, el médico tratante tienen la obligación legal de tomar todas las medidas necesarias para mantener la vida y salud del bebé.

Debe saber que:

- A. A más tardar, a las 20 semanas de fertilización, el feto tiene las estructuras físicas necesarias para experimentar dolor;
- B. Hay evidencia de que a las 20 semanas de la fertilización los fetos buscan evadir ciertos estímulos de una manera en la que en un niño o un adulto se interpretaría como respuesta al dolor;
- C. Habitualmente se administra anestesia a fetos a las 20 semanas de fertilización o más que se someten a cirugía prenatal;
- D. Menos del 5% de todos los embarazos naturales terminan en abortos espontáneos después de la detección de actividad cardíaca y por lo tanto, un latido cardíaco fetal es un indicador médico esencial de que un feto tenga la probabilidad de lograr la capacidad de nacer vivo; y
- E. El aborto termina la vida de un ser humano completo, independiente, único y vivo.

## INTRODUCCIÓN

Este manual le ofrece algunos datos fundamentales para ayudarla a tomar una decisión informada sobre su embarazo. Este manual le hablará del desarrollo normal de su feto y sobre los métodos y riesgos de los abortos y los riesgos médicos del parto.

Su médico está obligado a informarle la índole de los riesgos físicos y emocionales del procedimiento de aborto y de llevar a término un embarazo. El médico debe decirle cuánto tiempo ha estado embarazada y darle la oportunidad de hacer preguntas y hablar de la decisión sobre su embarazo de manera cuidadosa y privada en su propio idioma.

Para determinar la edad gestacional del feto, el médico puede usar equipo de ultrasonido en preparación para llevar a cabo un aborto. Usted tiene derecho a ver la imagen de ultrasonido del feto sin costo adicional y tiene derecho a recibir una fotografía del feto.

También hay un directorio de servicios. Al llamar o visitar las agencias y oficinas del directorio podrá encontrar alternativas al aborto, ayuda para hacer un plan de adopción para su bebé o localizar agencias públicas y privadas que ofrezcan ayuda médica y financiera durante el embarazo, el parto y mientras cría a su hijo.

Además, debe saber que:

- A. Es ilegal que una persona la obligue a someterse a un aborto. La coerción es el uso de amenazas expresas o implícitas de violencia o intimidación para obligar a una persona a actuar contra su voluntad;
- B. El aborto termina la vida de un ser humano completo, independiente, único y vivo;
- C. Cualquier médico que no le dé un consentimiento informado antes de practicarle un aborto puede resultar culpable de conducta poco profesional y responsable de daños;
- D. Usted no debe pagar ninguna cantidad por el procedimiento de aborto hasta que haya expirado el periodo de espera de 24 horas;
- E. El padre de su hijo es legalmente responsable de ayudar en la manutención del menor; aun en instancias en las que el padre haya ofrecido pagar un aborto; y
- F. La ley permite que los padres adoptivos paguen los costos de los cuidados prenatales, el parto y cuidados neonatales.

Hay muchas agencias públicas y privadas que proveen asesoría e información sobre los servicios disponibles. Le recomendamos encarecidamente que busque asistencia en dichas agencias para obtener una guía durante su embarazo. Además, la alentamos a buscar información sobre alternativas al aborto, incluyendo la adopción y recursos disponibles para las madres después del parto. La ley exige que su médico o el agente del médico, le proporcionen esta información adjunta.

## DESARROLLO HUMANO ANTES DEL NACIMIENTO

El embarazo empieza en la fertilización con la unión de un espermatozoide del hombre y el óvulo de una mujer que forman un embrión unicelular. Este nuevo ser contiene la copia original del código genético completo de una nueva persona. El sexo, color de ojos y otros rasgos se determinan en la fertilización.

Las etapas del desarrollo más significativas ocurren mucho antes del nacimiento, durante las primeras ocho semanas después de la fertilización, cuando la mayoría de las partes del cuerpo y todos los sistemas del cuerpo aparecen y empiezan a funcionar. Las divisiones principales del cuerpo, tales como la cabeza, el pecho, el abdomen y la pelvis, brazos y piernas se establecen aproximadamente cuatro semanas después de la fertilización. Ocho semanas después de la fertilización, salvo por el pequeño tamaño, la apariencia y muchas estructuras internas del ser humano en desarrollo se parecen mucho a las del recién nacido.

El embarazo no es solo un momento para que crezcan todas las partes del cuerpo. También es momento de preparación para sobrevivir después del nacimiento. A partir de más de 30 semanas antes del nacimiento, muchas actividades diarias comunes de niños y adultos empiezan en el vientre. Estas actividades incluyen, entre otras, hipo, tocarse la cara, movimientos de respiración, orinar, ser zurdo o diestro, chuparse el dedo, tragar, bostezar, movimiento de la mandíbula, reflejos, sueño REM, escuchar.

Salvo que se observe lo contrario, todas las edades prenatales en el resto de estos materiales se refieren al inicio del último periodo menstrual normal. Esta edad es dos semanas mayor que la edad desde la fertilización.

## Las primeras 2 Semanas

Poco después de que empieza la menstruación de una mujer, su cuerpo empieza a prepararse para la posibilidad de un embarazo.

Aproximadamente 2 semanas después del inicio de su ciclo, una mujer libera un óvulo de uno de sus ovarios hacia una trompa de Falopio. La concepción es posible durante las siguientes 24 horas aproximadamente y significa el inicio del embarazo.

Después de la concepción, el embrión unicelular tiene un diámetro de aproximadamente 4 milésimas de pulgada.

## De 2 a 4 Semanas

Las células del embrión se dividen repetidamente moviéndose de la trompa de Falopio al útero o vientre de la mujer. La implantación, el proceso mediante el cual el feto se incorpora a la pared del útero, empieza al final de la tercera semana y se completa durante la cuarta semana de embarazo.

## De 4 a 6 Semanas



**A las 4 semanas**, el feto mide menos de 1/100<sup>o</sup> de pulgada.

**A las 5 semanas**, el desarrollo del cerebro, la médula espinal y el corazón está muy avanzado.

El corazón empieza a latir a las 5 semanas y un día es visible en el ultrasonido casi inmediatamente.

*Figura 2 - De 4 a 6 Semanas*

## De 6 a 8 Semanas

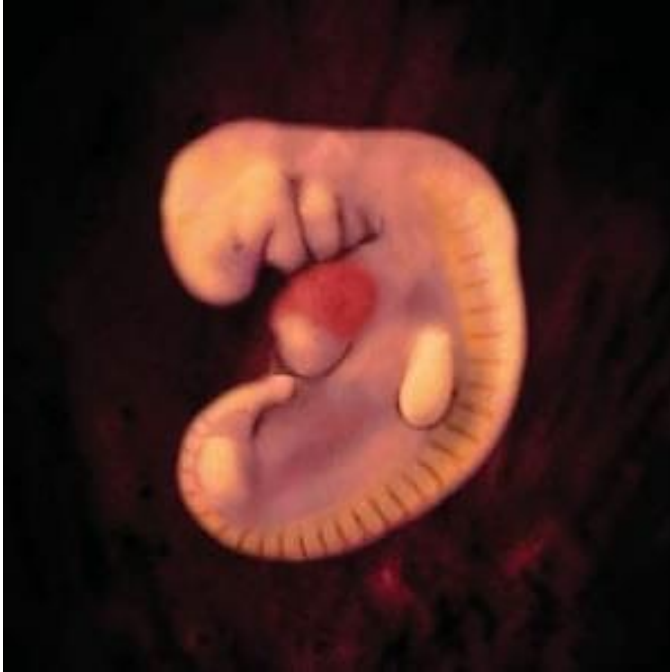


Figura 3 - De 6 a 8 Semanas

**A las 6 semanas**, el corazón bombea la propia sangre del feto para su propio cerebro y cuerpo.

Los cuatro atrios están presentes y han ocurrido más de un millón de latidos del corazón.

Se han formado la cabeza, el pecho y las cavidades abdominales y se pueden ver fácilmente los principios de los brazos y piernas.

**A las 6 semanas**, el feto mide menos de  $\frac{1}{4}$  de pulgada de la cabeza a las nalgas.

**A las 6½ semanas**, continúa el rápido desarrollo cerebral con la aparición de los hemisferios cerebrales.

**A las 7½ semanas**, el feto se aleja por medio de reflejos en respuesta al toque ligero en la cara. También empiezan a formarse los dedos de la mano.

## De 8 a 10 Semanas



Figura 4 - De 8 a 10 Semanas

El feto mide alrededor de  $\frac{1}{2}$  pulgada de la cabeza a las nalgas.

**A las 8½ semanas**, los huesos de la mandíbula y la clavícula empiezan a endurecerse.

Se han medido y registrado ondas cerebrales en este punto de la gestación.

**A las 9 semanas**, las manos se mueven, el cuello gira y empieza el hipo.

Las niñas tienen ovarios y los niños tienen testículos.

El corazón del feto está casi totalmente formado y el ritmo cardíaco llega a alrededor de 170 latidos por minuto y gradualmente se desacelerará hasta el nacimiento.

Los registros eléctricos del corazón a las 9½ semanas son muy semejantes al registro de un ECG del feto.

## De 10 a 12 Semanas



Figura 5 - De 10 a 12 Semanas

**A las 10 semanas**, empiezan los movimientos de respiración intermitente y los riñones empiezan a producir y liberar orina. Todos los dedos de la manos y de los pies están separados y totalmente formados y ahora hay varios cientos de músculos.

Las manos y los pies se mueven frecuentemente y la mayoría de los fetos muestran los primeros signos de ser diestros o zurdos

Ya están presentes los receptores de dolor de la piel, los nervios sensoriales que los conectan a la médula espinal y los tractos nerviosos de la médula espinal que llevarán los impulsos de dolor al cerebro.

Los expertos calculan que el feto de 10 semanas posee aproximadamente el 90% de las 4,500 partes del cuerpo que se encuentran en los adultos. Esto significa que aproximadamente hay 4,000 partes del cuerpo permanentes tan solo ocho semanas después de la fertilización.

Increíblemente, este altamente complejo feto pesa aproximadamente 1/10<sup>o</sup> de onza y mide menos de 1¼ pulgadas de la cabeza a las nalgas.

Los párpados están temporalmente fusionados a las 10½ semanas.

**A las 11 semanas**, la cabeza se mueve hacia adelante y hacia atrás, la mandíbula se abre y se cierra y el feto periódicamente suspira y se estira. La cara, las palmas de las manos y plantas de los pies son sensibles al toque ligero.

El feto empieza a chuparse el dedo y a tragar el líquido amniótico.

Ya está presente el útero y los ovarios de las niñas contienen células reproductoras que producirán óvulos posteriormente en su vida.

Los bostezos empiezan a las 11½ semanas.

El feto de 12 semanas pesa menos de 1 onza y mide aproximadamente 3 pulgadas de la cabeza al talón.

**A las 12 semanas** se empiezan a formar las huellas digitales, mientras que empiezan a crecer las uñas de los dedos de las manos y los pies.

Los huesos se endurecen en muchos lugares.

Se puede detectar el latido del corazón con un monitor fetal manual Doppler o con un monitor de frecuencia cardíaca externo.

**A las 13 semanas**, los labios y la nariz ya están formados completamente y el feto puede hacer expresiones faciales complejas.

## De 14 a 16 Semanas



Figura 6 – De 14 a 16 semanas

El feto pesa aproximadamente 2 onzas y mide poco menos de 5 pulgadas de la cabeza al talón.

**A las 14 semanas**, las papilas gustativas están presentes en la boca y la lengua.

El feto ahora produce una gran cantidad de hormonas.

Además, los brazos llegan a la proporción final del tamaño del cuerpo.

**A las 15 semanas**, el feto completo, salvo partes del cuero cabelludo, responde al toque ligero y empieza el desarrollo de los dientes.

El feto de pesa aproximadamente 4 onzas y mide poco menos de 7 pulgadas de la cabeza al talón.

**A las 16 semanas**, una mujer embarazada puede empezar a sentir que el feto se mueve. El feto también empieza a producir varias enzimas digestivas.

**Alrededor de las 17 semanas**, la formación de glóbulos sanguíneos se mueve a su lugar permanente dentro de la médula ósea y el feto empieza a almacenar energía en forma de grasa corporal.

## De 18 a 20 Semanas



Figura 7 - De 18 a 20 Semanas

**A las 18 semanas**, la formación de las vías respiratorias, llamadas árbol bronquial, está completa. El feto liberará hormonas del estrés en respuesta a los pinchazos de una aguja.

**A las 18 semanas**, el feto pesa alrededor de 6 onzas y mide aproximadamente 8 pulgadas de cabeza a talón.

**A las 19 semanas**, el corazón del feto ha latido más de 20 millones de veces.

## De 20 a 22 Semanas



Figura 8 - De 20 a 22 Semanas

**A las 20 semanas**, se han formado casi todos los órganos y estructuras del feto.

La laringe o caja de voz, se mueve de manera semejante al movimiento visto durante el llanto después de nacer.

La piel ha desarrollado glándulas sudoríparas y está cubierta por una sustancia blanca y grasosa llamada unto sebáceo, que protege la piel de la prolongada exposición al líquido amniótico.

El feto de 20 semanas pesa alrededor de 9 onzas y mide aproximadamente 10 pulgadas de la cabeza al talón.

**A las 21 semanas**, los patrones de respiración, movimientos del cuerpo y la frecuencia cardíaca empiezan a seguir ciclos diarios llamados ritmos circadianos.

## De 22 a 24 Semanas



Figura 9 – De 22 a 24 semanas

**A las 22 semanas**, la cóclea, el órgano del oído, llega a su tamaño adulto y el feto empieza a escuchar y responder a varios sonidos.

Todas las capas y estructuras de la piel están completas.

El feto reacciona a los estímulos que se reconocerían como dolorosos si se aplicaran a un humano adulto.

**A las 22 semanas**, algunos bebés pueden vivir fuera del vientre con atención médica especializada y se ha reportado que las tasas de supervivencia son tan altas como 40% en algunos.

Entre las 20 y 23 semanas, empieza el movimiento ocular rápido, que es semejante al patrón de sueño de REM que se ve cuando los niños y adultos sueñan.

El feto de 22 semanas pesa poco menos de 1 libra y mide aproximadamente 11 pulgadas de la cabeza al talón.



## De 24 a 26 Semanas



Figura 10 - De 24 a 26 semanas

**A las 24 semanas**, han ocurrido más de 30 millones de latidos del corazón. Se ha reportado que las tasas de supervivencia para bebés que nacen a las 24 semanas, son tan altas como 81 por ciento.

**A las 24 semanas**, el feto mide alrededor de 12 pulgadas de la cabeza al talón y pesa aproximadamente 1¼ libras.

**A las 25 semanas**, pueden ocurrir movimientos de respiración hasta 44 veces por minuto.

## De 26 a 28 Semanas



Figura 11 - De 26 a 28 semanas

**A las 26 semanas**, los ruidos fuertes desencadenan una respuesta de parpadeo por sobresalto en el feto y puede aumentar el movimiento del cuerpo, la frecuencia cardíaca y la deglución.

Los pulmones empiezan a producir una sustancia necesaria para respirar después de nacer.

Se ha reportado que la tasa de supervivencia de bebés a las 26 semanas es tan alta como 95 por ciento.

El feto de 26 semanas pesa alrededor de 2 libras y mide aproximadamente 14 pulgadas de la cabeza al talón.

**A las 27 semanas**, el fémur y los huesos de los pies miden aproximadamente dos pulgadas de longitud.

## De 28 a 30 Semanas



Figura 12 - De 28 a 30 semanas

**A las 28 semanas** el sentido del olfato funciona y los ojos producen lágrimas.

Casi todos los bebés que nacen entre este punto y el término completo, sobreviven.

El feto de 28 semanas pesa más de 2½ libras y mide aproximadamente 15 pulgadas de cabeza a talón.

**A las 29 semanas**, las pupilas de los ojos reaccionan a la luz.

## De 30 a 32 Semanas



Figura 13 - De 30 a 32 semanas

**A las 30 semanas**, el feto pesa alrededor de 3¼ libras y mide aproximadamente 16 pulgadas de la cabeza al talón.

**A las 31 semanas**, el corazón ha latido más de 40 millones de veces y desaparecen las arrugas de la piel a medida que se forman más depósitos de grasa.

## De 32 a 34 Semanas

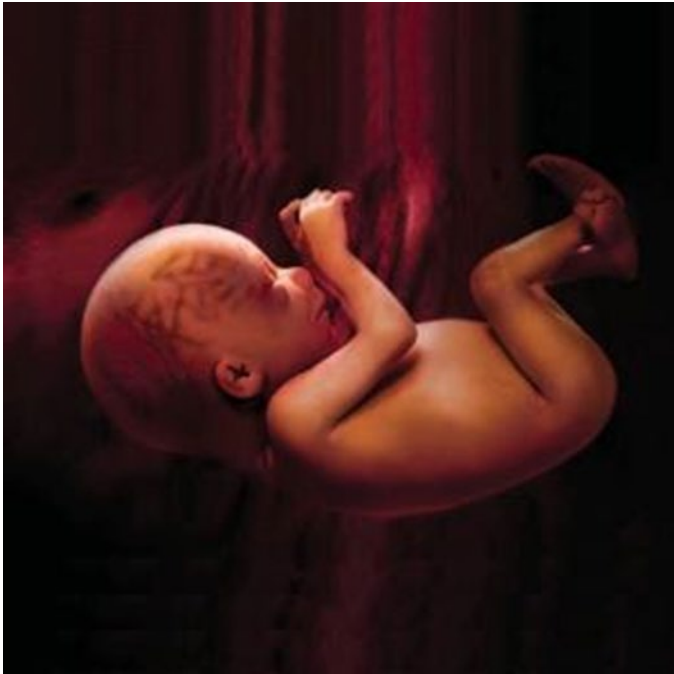


Figura 14 - De 32 a 34 semanas

**A las 32 semanas**, los movimientos de respiración ocurren hasta 40% del tiempo.

El feto de 32 semanas pesa alrededor de 4 libras y mide aproximadamente 17 pulgadas de la cabeza al talón.

## De 34 a 36 Semanas



Figura 15 - De 34 a 36 semanas

A las 34 semanas empiezan a desarrollarse verdaderos alvéolos o “bolsas” de aire en los pulmones.

El feto de 34 semanas pesa alrededor de 5 libras y mide aproximadamente 18 pulgadas de la cabeza al talón.

## De 36 a 38 Semanas



Figura 16 - De 36 a 38 semanas

**A las 36 semanas**, el cabello del cuero cabelludo es sedoso y se pega a la cabeza.

**A las 36 semanas**, el feto pesa alrededor de  $5\frac{3}{4}$  libras y mide aproximadamente  $18\frac{1}{2}$  pulgadas de la cabeza al talón.

**A las 37 semanas** el feto tiene un agarre firme de la mano y el corazón ha latido más de 50 millones de veces.

## De 38 a 40 Semanas



Figura 17 - De 38 a 40 semanas

**El feto de 38 semanas** pesa alrededor de  $6\frac{3}{4}$  libras y mide aproximadamente 19 pulgadas de la cabeza al talón.

Al término, el cordón umbilical mide típicamente de 20 a 24 pulgadas de longitud.

El feto inicia el trabajo de parto idealmente alrededor de las 40 semanas, provocando el nacimiento.

**En término completo**, los bebés recién nacidos pesan entre 6 y 9 libras y miden entre 18 y 21 pulgadas de cabeza a talón.

## MÉTODOS Y RIESGOS MÉDICOS

Existen tres formas en las que puede terminar un embarazo: una mujer puede dar a luz, tener un aborto espontáneo o puede elegir practicarse un aborto. Si toma la decisión voluntaria e informada de practicarse un aborto, usted y su médico deberán considerar cuánto tiempo ha estado embarazada antes de decidir qué método de aborto usar. Su médico está obligado a usar un equipo de ultrasonido para establecer el estimado de la edad gestacional.

Con base en los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el riesgo de muerte materna como resultado directo de un aborto legalmente inducido es menor que uno en 100,000.

### De 2 a 12 Semanas

**Métodos de aborto:** Aborto en etapa inicial no quirúrgico o aspiración endouterina

#### **Aborto (médico) en etapa inicial no quirúrgico**

- Este procedimiento se usa únicamente en las etapas iniciales del embarazo. Se administra un medicamento para detener el desarrollo del embarazo.
- Se administra un segundo medicamento por vía oral o se coloca en la vagina, ocasionando que el útero se contraiga y expulse al feto y la placenta.
- Después de recibir estos medicamentos, las mujeres pueden experimentar cólicos en el útero, dolor pélvico o sangrado y expulsar coágulos, tejido y el feto en un periodo de horas o días. Es necesaria una consulta de seguimiento de 12 a 18 días después de que se administra el medicamento.

#### **Efectos secundarios y riesgos posibles**

Los efectos secundarios pueden incluir náuseas o vómitos, diarrea, calor o escalofríos, dolor de cabeza, mareo, fatiga, incapacidad de embarazarse debido a una infección o complicación de una operación, reacción alérgica a los medicamentos, hemorragia que puede requerir tratamiento con una operación, transfusión de sangre o ambas; extracción incompleta del feto, placenta o contenidos del útero que requiere una operación o raras veces, la muerte.

#### **Aspiración al vacío**

- Se aplica o se inyecta anestesia local en o cerca del cuello uterino para evitar que la madre sienta dolor.
- La abertura del cuello uterino se estira gradualmente. Esto se hace con una serie de dilatadores, cada uno más grueso que el anterior, en la abertura del cuello uterino. El dilatador más grueso que se usa es aproximadamente del ancho de una pluma fuente.
- Después de que se estira la abertura, se inserta un tubo de plástico transparente en el útero y se sujeta a un sistema de succión. Entonces se retiran el feto y la placenta.
- Después de que se ha retirado el tubo, un instrumento semejante a una cuchara, llamado legra, se puede usar para raspar suavemente las paredes del útero para asegurarse de que se haya retirado por completo la placenta y el feto.

## Riesgos médicos

- Los riesgos médicos inmediatos pueden incluir lo siguiente: coágulos sanguíneos en el útero, hemorragias, cuello uterino cortado o rasgado, perforación de la pared del útero, infección pélvica, aborto incompleto, complicaciones relacionadas con la anestesia; la fertilidad puede disminuir en raros casos como consecuencia de una infección o raras veces, la muerte.
- Los riesgos médicos posibles a largo plazo se analizan en este manual.

## De 13 a 21 / 22 Semanas

**Métodos de aborto:** Dilatación y evacuación (D&E), inducción al parto o dilatación y extracción (D&X)

### Dilatación y evacuación (D&E)

- Se colocan piezas cónicas como esponjas de un material absorbente en el cuello uterino. Este material se humedece y lentamente abre el cuello uterino.
- El material semejante a la esponja permanecerá en su lugar varias horas o durante el transcurso de la noche.
- Puede ser necesaria una segunda o tercera aplicación del material.
- Se pueden administrar medicamentos intravenosos a la madre para aliviar el dolor y prevenir infecciones.
- Después de que a la madre se le administra anestesia local o general, el feto y la placenta se mueven del útero con instrumentos médicos, tales como fórceps y curetaje de succión. Ocasionalmente para la extirpación, será necesario desmembrar al feto.

### Riesgos médicos

- Los riesgos médicos inmediatos pueden incluir lo siguiente: coágulos sanguíneos en el útero, hemorragias, cuello uterino cortado o rasgado, perforación de la pared del útero, infección pélvica, aborto incompleto, complicaciones relacionadas con la anestesia; la fertilidad puede disminuir en raros casos como consecuencia de una infección o raras veces, la muerte.
- Los riesgos médicos posibles a largo plazo se analizan en este manual.

### Inducción al parto

- La inducción al parto puede requerir una hospitalización.
- Se dan medicamentos para terminar el embarazo e iniciar el trabajo de parto en una de tres maneras; se colocan en el cuello uterino, directamente en la vena de la mujer o se inserta una aguja a través de su abdomen de la madre y en el saco amniótico (bolsa de aguas).
- El trabajo de parto empezará usualmente entre 2 y 4 horas.
- Si la placenta no se retira completamente durante la inducción al parto, el médico debe abrir el cuello uterino y usar curetaje de succión.

## Riesgos médicos

- El aborto por inducción al parto representa el más alto riesgo de problemas, tales como infecciones y sangrado abundante.
- Cuando se usan medicamentos para iniciar el trabajo de parto, existe el riesgo de ruptura del útero.
- Otros riesgos médicos inmediatos incluyen lo siguiente: coágulos sanguíneos en el útero, hemorragias, cuello uterino cortado o rasgado, perforación de la pared del útero, infección pélvica, aborto incompleto, complicaciones relacionadas con la anestesia o raras veces, la muerte.

Si se usa el método de inducción al parto, existe la pequeña probabilidad de que el bebé nazca vivo.

## Dilatación y Extracción (D&X)

- Este procedimiento se conoce comúnmente como aborto de nacimiento parcial. Es ilegal practicar o inducir un aborto de nacimiento parcial excepto para salvar la vida de la madre. (Nota: Ninguna persona practicará o inducirá un aborto de nacimiento parcial en un feto, salvo que dicha persona sea un médico y tenga una derivación documentada de otro médico que esté autorizado para practicar en este estado y que no esté legal o financieramente afiliado con el médico que practica o induce el aborto y ambos médicos proporcionen una determinación por escrito, basada en un juicio médico que el aborto de nacimiento parcial es necesario para salvar la vida de la madre cuya vida está en peligro por un trastorno físico, enfermedad física o lesión física, incluyendo una afección física que pone en riesgo la vida ocasionada o que surja del embarazo mismo).
- Este tipo de aborto, en circunstancias muy raras, se puede hacer después de las 16 semanas de gestación. Se hace en un hospital.
- El médico dilatará (abrirá) el cuello uterino. El médico sujetará el pie del feto con un instrumento y sacará al bebé excepto la cabeza. Mientras la cabeza se queda en el canal vaginal, se hace una incisión en la parte posterior de la cabeza, se inserta un tubo y se aplica succión. Los contenidos del cráneo del feto se succionan, los huesos de la cabeza colapsan y el bebé nace muerto.
- Algunos efectos secundarios posibles incluyen lo siguiente: orificio en el útero u otros daños, lesiones en los intestinos o vejiga, coágulos sanguíneos en el útero, sangrado abundante, corte o rasgadura en el cuello uterino, perforación de la pared del útero, infección pélvica, aborto incompleto, complicaciones relacionadas con la anestesia, incapacidad de embarazarse o raras veces, la muerte.

## Métodos de aborto: Inducción al parto o histerotomía

### Inducción al parto

La inducción al parto puede requerir hospitalización y no se puede llevar a cabo en una clínica.

- Se dan medicamentos para terminar el embarazo e iniciar el trabajo de parto en una de tres maneras: se colocan en el cuello uterino, directamente en la vena de la mujer o se inserta una aguja a través de su abdomen y en el saco amniótico (bolsa de aguas).
- Si la placenta no se retira completamente con el feto durante la inducción al parto, el médico debe abrir el cuello uterino y usar succión o curetaje instrumental.
- El trabajo de parto y parto del feto durante este periodo es semejante al alumbramiento.

- La duración del trabajo de parto depende del tamaño del feto y la disposición del útero.
- Su médico puede considerar necesario usar instrumentos para raspar el útero y asegurarse de que el feto, la placenta y otros contenidos del útero se hayan retirado completamente.
- La probabilidad de vivir fuera del útero aumenta a medida que aumenta la edad gestacional. En caso de que el bebé extirpado esté vivo, cualquier médico o personal que atiende al bebé está obligado por la ley a proveer el tipo y grado de atención y tratamiento que a juicio de buena fe del médico se provea comúnmente a cualquier otra persona bajo condiciones y circunstancias semejantes.

### **Riesgos médicos**

- Algunas posibles complicaciones de la inducción al parto incluyen infección y sangrado abundante.
- Cuando se usan medicamentos para iniciar el trabajo de parto, existe el riesgo de que el útero se rasgue.
- Otros riesgos médicos inmediatos pueden incluir lo siguiente: coágulos sanguíneos en el útero, hemorragias, cuello uterino cortado o rasgado, perforación de la pared del útero, infección pélvica, aborto incompleto, complicaciones relacionadas con la anestesia; la fertilidad puede disminuir en raros casos como consecuencia de una infección o raras veces la muerte.

### **Histerotomía (semejante a una cesárea)**

- Este método de aborto requiere que la mujer sea ingresada a un hospital. Se lleva a cabo cuando falla la inducción al parto o esta no es posible.
- Una histerotomía es la extirpación completa del feto abriendo quirúrgicamente el abdomen y útero. Se administra un medicamento anestésico de manera intravenosa o en la espalda de la mujer o un anestésico que respira para que no sienta el dolor de la cirugía. Se mata al feto en el útero antes de extirparlo.

### **Riesgos médicos**

- Las complicaciones con este método de aborto son semejantes a las que se ven con otras cirugías abdominales y administración de anestesia, tales como infección grave (sepsis); coágulos sanguíneos en el corazón y el cerebro (embolia); contenidos del estómago aspirados en los pulmones (neumonía por aspiración); sangrado abundante (hemorragia) y lesión en las vías urinarias.
- Otros riesgos inmediatos posibles incluyen: coágulos sanguíneos en el útero, sangrado abundante, infección pélvica, retención de las piezas de la placenta, complicaciones relacionadas con la anestesia o raras veces la muerte.
- Los cuidados postoperatorios incluyen la observación detenida de un exceso de sangrado vaginal.
- Los riesgos posibles a largo plazo se analizan en este manual.

## **¿QUÉ SUCEDE SI SE DETERMINA QUE EL BEBÉ ES VIABLE?**

La probabilidad de que el feto viva fuera del útero (viabilidad) aumenta a medida que aumenta la edad gestacional. El médico debe decirle la edad gestacional probable del feto en el momento en que se haría el aborto.

Por ley, en Kansas, ninguna persona hará o inducirá un aborto cuando el feto sea viable o sea capaz de sentir dolor, salvo que dicha persona sea un médico y tenga una derivación documentada.

Se deben tomar las siguientes medidas:

1. El médico que haga o induzca un aborto cuando el feto sea viable, debe tener una derivación documentada de otro médico que no está legal o financieramente afiliado con el médico que haga o induzca el aborto.



2. Ambos médicos deben determinar que el aborto es necesario para preservar la vida de la mujer embarazada o que una continuación del embarazo causará una discapacidad considerable e irreversible de una función fisiológica importante de la mujer embarazada.

Si el bebé nace vivo, el médico tratante tienen la obligación legal de tomar todas las medidas necesarias para mantener la vida y salud del bebé.

### Emergencias médicas

Cuando una emergencia médica requiere llevar a cabo un aborto, el médico le hablará a la mujer embarazada, antes del aborto, si es posible, sobre las indicaciones médicas que sustentan el juicio del médico de que un aborto es necesario para prevenir un daño considerable y permanente en cualquiera de las funciones fisiológicas principales de la mujer embarazada.

En el caso de una emergencia médica, no se le exige a un médico que cumpla con cualquiera de las condiciones citadas anteriormente que, a su juicio médico, le impide satisfacer debido a la emergencia médica.

## RIESGOS MÉDICOS DEL ABORTO

### Riesgos médicos

El riesgo de complicaciones para la mujer aumenta con la edad gestacional avanzada. (Vea en las páginas anteriores una descripción del procedimiento de aborto que usará su médico y los riesgos específicos enumerados en esas páginas).

**Lo siguiente es una descripción de los riesgos citados en esas páginas:**

**Infeción pélvica (sepsis):** Las bacterias (gérmenes) de la vagina o cuello uterino pueden entrar al útero y causar una infección. Los antibióticos pueden aliviar dicha infección. En casos raros, se puede necesitar una repetición de succión, hospitalización o cirugía. Las tasas de infección son menores que el 1% de curetaje de succión, 1.5% de D&E y 5% de inducción al parto.

**Aborto incompleto:** Las partes del feto u otros productos del embarazo pueden no vaciarse completamente del útero, lo que requiere de más procedimientos médicos. Un aborto incompleto puede producir una infección y hemorragia. La tasa reportada de dichas complicaciones es de menos del 1% después de una D&E; mientras que después de un procedimiento de inducción al parto, la tasa puede aumentar hasta el 36 por ciento.

**Coágulos sanguíneos en el útero:** Los coágulos sanguíneos que causan cólicos graves ocurren en alrededor del 1% de todos los abortos. Los coágulos usualmente se retiran con un curetaje de repetición de succión.

**Sangrado abundante (hemorragia):** Es común cierta cantidad de sangrado después de un aborto. El sangrado abundante (hemorragia) no es común y se puede tratar con repetición de succión, medicamentos o raras veces, cirugía. Pídale al médico que le explique qué es un sangrado abundante y qué hacer si ocurre.

**Cuello uterino cortado o rasgado:** La abertura del útero (cuello uterino) se puede rasgar mientras se expande para permitir que pase el instrumental médico al útero. Esto sucede en menos del 1% de los abortos de primer trimestre.

**Perforación de la pared del útero.** Un instrumento médico puede atravesar la pared del útero. La tasa reportada es de 1 de cada 500 abortos. Dependiendo de la gravedad, la perforación puede producir infecciones, hemorragias o ambos. Se puede requerir una cirugía para reparar el tejido uterino y en la mayoría de los casos graves, se puede requerir una histerectomía.

**Complicaciones relacionadas con la anestesia:** Al igual que con otros procedimientos quirúrgicos, la anestesia aumenta el riesgo de complicaciones relacionadas con el aborto. El riesgo reportado de complicaciones relacionadas con la anestesia es de alrededor de 1 de cada 5,000 abortos.

**Terapia de inmunoglobulina Rh:** El material de proteína que se encuentra en la superficie de los glóbulos rojos se conoce como el factor Rh. Si una mujer y su feto tienen diferentes factores Rh, ella debe recibir medicamentos para prevenir el desarrollo de anticuerpos que pondrían en peligro futuros embarazos.

## Reversión del Aborto con Medicamentos

### Aborto con Medicamentos usando Mifepristona

Un aborto con medicamentos que utiliza mifepristona es un proceso de dos pasos que involucra dos medicamentos:

- La mifepristona es el primer medicamento en el proceso de dos pasos. La mifepristona (RU-486) está diseñada para bloquear la producción de la hormona del crecimiento progesterona en el cuerpo. A menudo conocida como la "hormona del embarazo", la progesterona promueve el crecimiento en un feto humano durante todo el embarazo. Al bloquear la progesterona, el medicamento evita que un embarazo existente progrese.
- El misoprostol es el segundo medicamento en el proceso de dos pasos. El misoprostol induce calambres, sangrado y contracciones para vaciar el útero de un embarazo. Misoprostol tomado de 24 a 48 horas después de la mifepristona.

### Reversión de la Píldora Abortiva

Reversión de la píldora abortiva (Abortion Pill Reversal, APR) es un procedimiento médico en el que una mujer recibe una gran afluencia de progesterona para intentar revertir los efectos de la mifepristona y permitir que una mujer continúe un embarazo. Si la APR ocurre antes de dar el segundo paso de un aborto con medicamentos con mifepristona, el embarazo puede tener la posibilidad de continuar. No se puede garantizar el resultado de un intento de reversión.

Es mejor comenzar el procedimiento de reversión dentro de las primeras 24 horas de tomar mifepristona. Póngase en contacto con su médico tan pronto como sea posible para obtener más información sobre el proceso de APR y si funcionará para usted. Después del horario de atención, comuníquese con la **[línea directa de Reversión de la Píldora Abortiva 24/7](#)** al 1-877-558-0333 para comprender sus opciones para comenzar una reversión usando APR.

## RIESGOS MÉDICOS A LARGO PLAZO

### ***Futura maternidad:***

Algunas complicaciones relacionadas con un aborto, tal como una infección o un cuello uterino cortado o rasgado, puede dificultar o imposibilitar embarazarse en el futuro o llevar un embarazo a término. El informe de 2007 del Instituto de Medicina *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention* enumera el aborto inducido previo durante el primer trimestre como un factor de riesgo médico invariable relacionado con el nacimiento antes de término. Un análisis de estudios internacionales de 2009 concluyó que los abortos inducidos previos están relacionados con un riesgo significativamente mayor de un bajo peso al nacer y nacimientos antes de término y que el riesgo aumentaba a medida que aumentaba la cantidad de abortos inducidos previos. Los bebés que nacen antes de término, que tienen mayor riesgo de muerte, también tienen más riesgo de discapacidades duraderas, tales como parálisis cerebral, retraso mental y discapacidad visual y auditiva.

### ***Cáncer de mama:***

Sus probabilidades de tener cáncer de mama se ven afectadas por su historial de embarazos. Si ha llevado un embarazo a término de joven, es menos probable que le dé cáncer de mama en el futuro. Sin embargo, su riesgo no se reduce si su embarazo termina por un aborto. También hay estudios que han descubierto un mayor riesgo de cáncer de mama después de un aborto inducido, pero otros estudios no han descubierto riesgos. Un panel del Instituto Nacional del Cáncer revisó en 2003 estudios en aquel entonces que concluyeron que no había un mayor riesgo; sin embargo, el estudio y revisión de la relación continúa. El NCI reconoce una investigación que muestra que el embarazo y lactancia materna reducen la exposición acumulativa de toda una vida a las hormonas que de lo contrario podrían aumentar su riesgo de cáncer de mama. El embarazo y lactancia materna también hacen que las células del seno maduren para producir leche y algunos investigadores plantean la hipótesis de que esas células sean más resistentes al cáncer. Las mujeres que tienen un historial familiar de cáncer de mama o que tienen hallazgos clínicos de enfermedades del seno deben buscar asesoría de su médico.

## RIESGO PSICOLÓGICO DEL ABORTO

Después de tener un aborto, algunas mujeres sufren de una gran variedad de efectos psicológicos que van desde malestar, irritabilidad, dificultad para dormir, hasta depresión y trastorno de estrés postraumático. El riesgo de experiencias psicológicas negativas puede aumentar si una mujer ha sufrido anteriormente de problemas de salud mental.

Hablar con un terapeuta o médico puede ayudar a una mujer a considerar su decisión completamente antes de tomar alguna medida. Muchos centros de recursos del embarazo ofrecen servicios de terapia; hay una lista de los centros en el directorio de recursos.

# RIESGOS MÉDICOS DEL PARTO

Las mujeres que tienen más probabilidad de tener problemas durante y después de un embarazo son aquellas que no recibieron cuidados prenatales al inicio del embarazo o que no continuaron su atención y aquellas que generalmente tienen salud deficiente y un estilo de vida no saludable, p. ej., tabaquismo, consumo de alcohol y drogas. Continuar un embarazo y dar a luz usualmente es un proceso seguro y sano. Con base en los datos de los CDC, el riesgo de que una mujer muera como resultado directo de un embarazo y parto es menor que 13 en 100,000 nacimientos.

Continuar con su embarazo también incluye un riesgo de experimentar complicaciones que no siempre ponen en peligro la vida.

- **Nacimiento por cesárea (c/s).** Ocurre en cada 30 de 100 nacimientos.
- **Infección.** Aproximadamente 4 de cada 100 mujeres experimentan una infección después del parto y reciben tratamiento con antibióticos. La falta de tratamiento puede producir infertilidad o infecciones más graves.
- **Sangrado.** Puede ocurrir sangrado abundante como consecuencia de problemas de coagulación, desgarre de la placenta antes del parto o si partes de la placenta permanecen en el útero después del parto.

**Necesidad de inmunoglobulina Rh:** Como parte del cuidado prenatal, a la mujer se le hará un análisis de sangre para averiguar su tipo de sangre. Si la mujer embarazada es Rh negativo y el padre es Rh positivo, ella puede crear anticuerpos (sensibilización) que pueden atacar los glóbulos rojos del feto si es Rh positivo. Esta sensibilización puede ocurrir en cualquier momento que la sangre del feto se mezcle con la sangre de la madre; durante el embarazo o después de un aborto, aborto espontáneo, embarazo ectópico o amniocentesis.

Para prevenir el desarrollo de anticuerpos, la mujer puede recibir inyecciones (inmunizaciones) de inmunoglobulina Rh (Rhlg), una a las 28 semanas de embarazo y la otra después de un aborto espontáneo o parto. El único efecto secundario conocido de la inmunización para la mujer es dolor por la inyección o calentura leve. No hay riesgo de infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con la globulina.

Si la mujer que es Rh negativo no recibe la inmunoglobulina Rh, los glóbulos rojos del feto podrían dañarse, produciendo anemia, una enfermedad grave o la muerte del feto o el bebé recién nacido.

## Causas de complicaciones en el embarazo

- Sangrado intenso
- Coágulos sanguíneos en los pulmones Alta presión arterial
- Convulsiones o infartos cerebrales Infección grave
- Funcionamiento anormal del corazón
- Complicaciones relacionadas con la anestesia y muerte

Generalmente, estas causas representan aproximadamente el 80% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. Las causas desconocidas o poco comunes representan el 20% restante de las muertes relacionadas con el embarazo. Las mujeres que tienen enfermedades crónicas graves tienen un mayor riesgo de morir que las mujeres sanas.

## CUIDADOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO

Usted puede o no calificar para recibir ayuda financiera para cuidados prenatales (embarazo), en el parto y neonatales (recién nacido), dependiendo de sus ingresos. Si califica, algunos programas, tales como el programa estatal de asistencia médica, llamado KanCare, pagará o ayudará a pagar el costo del médico, clínica, hospital y otros gastos médicos relacionados para ayudarla con los cuidados prenatales, servicios de parto y cuidados para su bebé recién nacido.

Hay una lista de agencias que están a su disposición para ofrecer o ayudarla a acceder a asistencia financiera o atención médica llamando sin costo al 1-888-744-4825.

## ¿QUÉ SUCEDE CON LA ADOPCIÓN?

Las mujeres o parejas que se enfrentan a un embarazo inoportuno que optan por no asumir las responsabilidades de la paternidad tienen otra opción, que es la adopción.

La terapia y servicios de apoyo son una parte esencial de la adopción y están disponibles en una gran variedad de agencias de adopción y grupos de apoyo para padres en todo el estado. Hay una lista de agencias de adopción. Llame sin costo al 1-888-744-4825.

Hay varias maneras de hacer un plan para adopción, incluyendo a través de una agencia de colocación de menores o mediante un abogado particular. Aunque hay adopciones completamente anónimas, es más común algún grado de apertura en la adopción, tal como permitir a los padres biológicos elegir a los padres adoptivos.

Un padre solo tiene el derecho de consentir la adopción o negar el consentimiento y criar al menor si él da manutención a la madre durante los últimos seis meses del embarazo.

## LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE

El padre de un menor tiene responsabilidad legal de proveer apoyo y necesidades educativas, médicas y de otro tipo al menor. En Kansas esa responsabilidad incluye pagos de pensión alimenticia de menores a la madre o tutor legal del menor. Un menor tiene derechos de herencia del padre y puede ser elegible a través de él para beneficios, tales como seguro de vida, seguro social, jubilación, beneficios de veterano o por discapacidad. Además, el menor se beneficia al conocer el historial médico del padre y cualquier problema de salud potencial que se puede transmitir genéticamente. Los derechos del padre y la madre son iguales en cuanto al acceso, cuidados y custodia.

En Kansas, se puede establecer la paternidad mediante dos métodos:

- A. El padre y la madre, al momento del nacimiento, pueden firmar formularios que provee el hospital que reconocen la paternidad y el nombre del padre se añade al acta de nacimiento; o bien
- B. Se puede presentar una demanda judicial en un tribunal de justicia para determinar la paternidad y establecer una orden de pensión alimenticia de menores.

Las cuestiones de paternidad afectan sus derechos legales y los derechos del menor. Puede obtener más información sobre establecimiento de paternidad y pensión alimenticia de menores en cualquier oficina regional del Departamento para Niños y Familias de Kansas, división de Cumplimiento de pensión alimenticia de menores.

## DIRECTORIO DE INFORMACIÓN

La decisión sobre su embarazo es de las decisiones más importantes que tomará en su vida. Hay listas de agencias y organizaciones de salud y servicios sociales a nivel estatal, nacional y local disponibles para ayudar. La exhortamos a comunicarse con estos grupos si necesita más información para que pueda tomar una decisión informada.

Puede llamar sin costo al Departamento de Salud y Medio ambiente de Kansas al 1-888-744-4825 para recibir una copia de este manual, *“Si está embarazada”* y un *directorio de servicios disponibles* que enumera agencias que ofrecen alternativas al aborto con una sección especial que enumera servicios de adopción y una lista de proveedores que ofrecen servicios gratuitos de ultrasonido. Los proveedores de servicios (p. ej. médicos, hospitales, clínicas de abortos) pueden obtener copias y formularios de certificación llamando sin costo al 1-888-744-4825.

## RECURSOS ADICIONALES

Departamento para Niños y Familias de Kansas: [www.dcf.ks.gov](http://www.dcf.ks.gov)

Directorio de recursos: 1-888-744-4825

