

Si usted está embarazada:

INFORMACIÓN SOBRE DESARROLLO FETAL, ABORTO Y ALTERNATIVAS

Julio 2022

Si usted está embarazada: Información sobre desarrollo fetal, aborto y alternativas

Los recursos utilizados por el Departamento de Salud de Minnesota para esta publicación son Human Embryology and Developmental Biology, Quinta Edición, 2014; Larsen's Human Embryology, quinta edición, 2014; The Developing Human, 10ª Edición, 2016; e In the Womb, 2006.

Las fotografías en este manual se acreditan a Lennart Nilsson/TT Images, y se utilizan con permiso; a excepción de la semana 38 con derechos de autor del Departamento de Salud de Minnesota.

Las ilustraciones encontradas en este manual fueron creadas por Peg Gerrity, Houston, Texas. Derechos de autor: <http://www.peggerrity.com>.

Departamento de Salud de Minnesota, División de Salud Infantil y Familiar, PO Box 64882 St. Paul, MN 55164-0882 651-201-3580

[Women's Right to Know \(https://www.health.state.mn.us/people/wrtk/index.html\)](https://www.health.state.mn.us/people/wrtk/index.html)

Con previa solicitud, este material estará disponible en un formato alternativo, como letra grande, Braille o grabación de audio. Impreso en papel reciclado.

Contenidos

Si usted está embarazada: INFORMACIÓN SOBRE DESARROLLO FETAL, ABORTO Y ALTERNATIVAS	1
Introducción	4
Sus derechos legales	Error! Bookmark not defined.
Desarrollo fetal	5
Primer trimestre	5
Segundo trimestre	7
Tercer trimestre	9
Métodos de aborto y sus riesgos médicos asociados	13
Riesgos médicos del aborto	16
Riesgos médicos a largoplazo	17
Emergencias Médicas	18
Dolor fetal	18
El lado emocional del aborto	18
Los riesgos médicos del parto	18
Recursos para mujeres con diagnósticos adversos de embarazo	19
Asistencia financiera para el embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido	20
Adopción como una opción	20
Ley de refugio seguro de Minnesota (Safe Haven Law)	20
La responsabilidad del padre	21
Directorio de información	21

Introducción

La información suministrada en este manual está diseñada para brindarle información básica y médicamente precisa, acerca del desarrollo fetal de su hijo que está por nacer, desde la concepción hasta el nacimiento, en intervalos de dos semanas. Incluirá detalles tales como peso y estatura promedio, desarrollo de órganos y movimiento para esa edad.

Este manual también incluye información sobre los métodos de aborto, así como los riesgos médicos asociados con el mismo. Además, se discuten los posibles efectos secundarios emocionales del aborto, la posibilidad de dolor fetal y algunos riesgos médicos comunes asociados con llevar un feto a término.

El manual *Si usted está embarazada: Información sobre desarrollo fetal, aborto y alternativas* presenta información actual y médicamente confiable. Sin embargo, cada mujer y cada feto en gestación son únicos. Al considerar un aborto, una mujer debe consultar con su médico sobre los procedimientos y alternativas antes de comprometerse o pagar por un aborto.

También hay disponible un directorio de servicios. Al llamar o visitar las agencias y oficinas en el directorio, puede averiguar sobre las alternativas de un aborto, obtener asistencia para hacer un plan de adopción para su bebé; y ubicar agencias públicas y privadas que ofrecen ayuda médica y financiera durante el embarazo, el parto y mientras el niño es dependiente. El directorio está disponible por internet en esta dirección: *Si usted está embarazada: Un directorio de servicios disponibles en Minnesota. Women's Right to Know Directory* (www.health.state.mn.us/docs/people/wrtk/directoryenglish.pdf)

Este documento fue desarrollado por el Departamento de Salud de Minnesota de conformidad con la disposición de la Ley del Derecho de la Mujer a Recibir Información del 2003 codificada en la sección 145.4243 de los estatutos de Minnesota.

Desarrollo fetal

La concepción (también llamada fertilización) ocurre cuando el óvulo de una mujer es fertilizado por un espermatozoide que lo penetra. En este momento se crea el conjunto único de ADN de un individuo, capturado en una sola célula. Un rápido desarrollo y crecimiento comienzan. Dentro de tres o cuatro días, el óvulo comienza a desarrollarse rápidamente. En unos pocos días, el grupo de lo que ahora es de 32 a 64 células sale de la trompa de falopio y se traslada al útero. Este grupo de células es ahora una esfera hueca llamada blastocisto. Al octavo día después de la concepción, el blastocisto ha comenzado a adherirse (implantarse) en la pared del útero, donde crecerá rápidamente.

El término embrión se refiere a un humano en desarrollo desde la implantación hasta la octava semana de embarazo. Después de la octava semana, el feto se denomina feto. Las edades en este manual se enumeran tanto desde el día estimado de la concepción como desde el primer día del último período menstrual normal. La estatura se mide desde la parte superior de la cabeza hasta la cola.

Una mujer embarazada puede notar la primera ausencia de su período menstrual al final de la segunda semana después de la concepción, o aproximadamente cuatro semanas después del primer día de su último período normal. Existen diferentes tipos de pruebas para el embarazo. Algunos pueden no ser precisos hasta tres semanas después de la concepción, o cinco semanas después del primer día del último período normal. La forma más precisa de determinar si usted tiene un embarazo viable y su duración es mediante un ultrasonido.

Primer trimestre

Día 1

Aproximadamente 2 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

La concepción, también conocida como fertilización, ocurre cuando el óvulo de la mujer se une con el esperma del hombre, formando una sola célula. En este momento, se crea el material genético único de un individuo.

2 Semanas

4 semanas después del primer día del último período menstrual normal. (No hay ilustración de 2 semanas disponible).

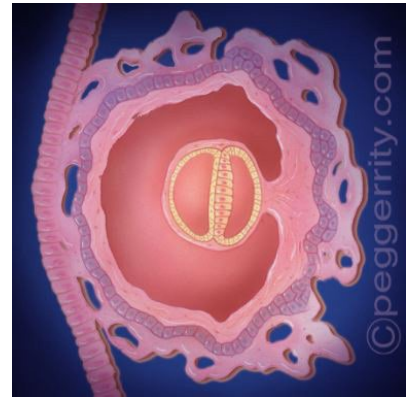
- Las células se dividen rápidamente a medida que viajan por la trompa de falopio.
- Alrededor del día 7, la bola de células, llamada blastocisto, comienza a implantarse en el útero de la mujer.
- En la tercera semana, se forma un surco a lo largo de la mayor parte de la espalda del embrión.
- Los bordes superiores del surco se doblarán sobre sí mismos y comenzarán a crear un tubo hueco.
- El embrión mide aproximadamente 1/10 de pulgada de largo en este momento.



4 Semanas

6 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El embrión mide aproximadamente de 1/6 a 1/4 de pulgada de largo.
- Comienzan a aparecer unas estructuras llamadas brotes de las extremidades, que se convertirán en brazos y piernas.
- En el día 22 o 23, el corazón comienza a latir. Al final de la semana 4, el corazón está circulando células sanguíneas primitivas por todo el embrión.
- Al final de la semana 4, los bordes del surco se han cerrado, formando un tubo hueco. Este es el tubo neural, el comienzo del cerebro y la médula espinal.



6 Semanas

8 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El embrión mide aproximadamente de 1/2 a 3/4 de pulgada.
- Todos los órganos vitales están trazados y han comenzado a formarse.
- El corazón ha comenzado a desarrollar válvulas y compartimentos.
- Tejido se desarrolla en forma de vértebras, el cerebro se desarrolla en cinco áreas y las células nerviosas se forman en el cerebro y la médula espinal.
- El embrión responde al tacto mediante movimientos de reflejo.
- Las características faciales (ojos, nariz y boca) continúan desarrollándose.



8 Semanas

10 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto, hasta ahora llamado embrión, mide aproximadamente de 1-1/4 a 1-1/2 pulgadas de largo desde la cabeza hasta la cola (con la cabeza representando aproximadamente la mitad de este tamaño) y pesa menos de 1/2 onza.
- Todos los órganos principales y sistemas corporales están presentes, aunque pocos de ellos son funcionales.
- Los músculos y el esqueleto se están desarrollando y los movimientos tienen un propósito.
- Las estructuras que forman ojos, oídos, brazos y piernas son identificables.
- Los dedos de los pies y los párpados comienzan a formarse.



10 Semanas

12 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente de 2-1/2 pulgadas desde la cabeza hasta la cola, y pesa aproximadamente 1-1/2 onzas.
- Las uñas y el cabello comienzan a desarrollarse y se forma sangre en el hígado.
- El feto tiene características humanas únicas.
- Se puede identificar el sexo.
- Comienza la formación de orina.



12 Semanas

14 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 3-1/2 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa aproximadamente 2 onzas.
- El feto comienza a ingerir y los riñones producen orina.
- Hay movimientos respiratorios presentes.
- Se han desarrollado genitales externos para poder identificar el sexo.
- Los huesos se endurecen en muchos lugares.
- El sistema nervioso se está desarrollando y el feto puede responder a la estimulación de la piel.
- Las papilas gustativas cubren el interior de la boca.



Segundo trimestre

14 Semanas

16 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente de 4-3/4 a 5 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa 4 onzas.
- La cabeza está erecta y los brazos y piernas están desarrollados.
- El feto puede chuparse el pulgar.
- Los movimientos de las extremidades se vuelven más coordinados.
- Si se realiza una ecografía en este momento, se le puede decir el sexo a los padres.
- El feto ha comenzado a patear, aunque es posible que la mujer no pueda sentir el movimiento.



16 Semanas

18 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente de 5 a 5-1/2 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa de 7 a 8 onzas.
- La piel es rosada y transparente y las orejas son claramente visibles.
- El feto ahora puede chupar, abrir la boca y cubrirse la cara con las manos.
- El cabello y las uñas comienzan a crecer.
- El feto puede doblar y flexionar las extremidades, dedos, muñecas, piernas y dedos de los pies y hacer movimientos respiratorios.
- Se están formando folículos ováricos.
- El cerebro ha estado creciendo rápidamente y el sistema nervioso central extiende sus conexiones desde el cerebro a la mayoría de las partes del cuerpo.



18 Semanas

20 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 6-1/4 pulgadas desde la cabeza hasta la cola, con un peso de aproximadamente entre 10 a 12 onzas.
- Se han formado todos los órganos y estructuras, y comienza un período de crecimiento simple.
- La piel está cubierta de vernix, un material grasiento que protege la piel.
- En este momento, la madre puede sentir que el feto se mueve.
- Las huellas digitales se establecen permanentemente.
- Cabello fino y suave cubre al feto.



20 Semanas

22 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 7-1/2 pulgadas de la cabeza a la cola, y pesa aproximadamente una libra (16 onzas).
- Los ojos están completamente formados y las cejas y los párpados están presentes.
- La cabeza y el cuerpo están cubiertos de pelo.
- El aislamiento de mielina de la médula espinal, el cual aumenta la velocidad con la que los nervios transmiten los impulsos al cerebro, continúa desarrollándose.
- Los receptores del dolor están presentes en todo el cuerpo y todas las estructuras físicas necesarias para sentir dolor están presentes.
- La probabilidad de que un feto pueda sobrevivir fuera del cuerpo de la mujer es muy baja.



22 Semanas

24 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 8 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa aproximadamente 1-1/4 libras.
- El feto escucha sonidos tales como la respiración, los latidos del corazón y la voz de la mujer.
- Comienza el movimiento rápido de los ojos, cuya actividad está asociada con los sueños.
- El feto puede tener hipo y agarrar.
- Los receptores del dolor y todas las estructuras físicas necesarias para sentir dolor están presentes en todo el cuerpo. Estudios científicos han encontrado que un feto humano no tiene la capacidad de experimentar dolor hasta al menos 24 semanas de gestación.
- En raros casos, los bebés nacidos a partir de las 22 semanas sobreviven, y un alto porcentaje tiene complicaciones significativas que afectan su supervivencia a largo plazo.



Tercer trimestre

24 Semanas

26 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 9 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa alrededor de 2 libras.
- Se produce un aumento sustancial de peso en este período y el feto está mejor proporcionado.
- Los pulmones producen una sustancia necesaria para respirar después del nacimiento.
- Los receptores del dolor están presentes en todo el cuerpo y todas las estructuras físicas necesarias para sentir dolor están presentes. Los investigadores aún no se ponen de acuerdo sobre si el feto percibe o no el dolor.
- Los bebés nacidos entre las 24 semanas y el término, tienen una buena probabilidad de supervivencia con cuidados médicos intensivos.



26 Semanas

28 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 10 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa aproximadamente 2-1/2 libras.
- Los párpados ahora están parcialmente abiertos.
- La mayoría de los órganos sensoriales ya están desarrollados.
- Los receptores del dolor están presentes en todo el cuerpo y todas las estructuras físicas necesarias para sentir dolor están presentes. Los investigadores aún no se ponen de acuerdo sobre si el feto percibe o no el dolor.
- La mayoría de los bebés que nacen en esta etapa sobrevivirán (con servicios de cuidados intensivos).



28 Semanas

30 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 10-1/2 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa casi 3 libras.
- El feto tiene pulmones que pueden respirar aire, aunque es posible que se necesiten cuidados intensivos.
- La respiración rítmica y la temperatura corporal ahora están controladas por el cerebro (o sistema nervioso central).
- Los receptores del dolor están presentes en todo el cuerpo y todas las estructuras físicas necesarias para sentir dolor están presentes. Los investigadores aún no se ponen de acuerdo sobre si el feto percibe o no el dolor.
- La mayoría de los bebés que nacen en esta etapa sobrevivirán (con servicios de cuidados intensivos).



30 Semanas

32 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 11 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa más de 3 libras.
- La piel es más gruesa y rosada.
- Los ojos responden a la luz.
- A partir de esta etapa, el desarrollo fetal se centra principalmente en el crecimiento.
- En general, se acepta que el feto percibe dolor a partir de las 29 o 30 semanas, si no antes.
- La mayoría de los bebés que nacen en esta etapa sobrevivirán (con servicios de cuidados intensivos).



32 Semanas

34 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente de 11-3/4 a 12 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa aproximadamente 4-1/2 libras.
- La piel ahora es rosada y lisa.
- Las uñas han llegado a la punta de los dedos de las manos.
- En general, se acepta que el feto percibe dolor a partir de las 29 o 30 semanas, si no antes.
- La mayoría de los bebés que nacen en esta etapa sobrevivirán (con servicios de cuidados intensivos).



34 Semanas

36 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 12-1/2 pulgadas desde la cabeza hasta la cola y pesa aproximadamente 5-1/2 libras.
- En general, se acepta que el feto percibe dolor a partir de las 29 o 30 semanas, si no antes.
- Los bebés nacidos a las 33 semanas o más sobreviven fuera del útero, generalmente sin ayuda médica.



36 Semanas

38 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 13-1/2 pulgadas de la cabeza a la cola y pesa aproximadamente 6-1/2 libras.
- Las uñas han llegado a la punta de los dedos de los pies.
- El feto puede agarrar firmemente.
- El feto gira hacia las fuentes de luz.
- En general, se acepta que el feto percibe dolor de 29 a 30 semanas, si no antes.
- Los bebés nacidos a las 33 semanas o más sobreviven fuera del útero, generalmente sin ayuda médica.



38 Semanas

40 semanas después del primer día del último período menstrual normal.

- El feto mide aproximadamente 14 pulgadas desde la cabeza hasta la cola, puede medir más de 20 pulgadas en general, y puede pesar de 6-1/2 a 10 libras.
- El feto ahora puede oír, saborear, oler y sentir.
- El feto está a término y listo para nacer.



40 Semanas



Métodos de aborto y sus riesgos médicos asociados

Si una mujer ha tomado una decisión informada y ha elegido abortar, ella y su médico deben determinar primero hasta qué punto ha progresado su embarazo. La edad gestacional del embrión o el feto afectará directamente la conveniencia o el método de aborto.

Se utilizan diferentes métodos de aborto a diferentes edades gestacionales. Debido a que la fecha del comienzo del último período normal puede ser incierta, se recomienda a las mujeres hacerse un examen de ultrasonido para determinar la edad gestacional del embrión o el feto.

Riesgos del aborto

El momento más seguro para abortar se considera alrededor o antes de las ocho semanas después del primer día del último período menstrual normal. El riesgo de complicaciones para la mujer aumenta con el avance de la edad gestacional. La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) afirma: "Aunque se espera que haya calambres y sangrado al terminar un parto, muy raramente también pueden ocurrir sangrados graves que pueden ser mortales, o infecciones u otros problemas después de un aborto espontáneo, un aborto quirúrgico, un aborto médico o un parto".

Los riesgos asociados con el aborto temprano, incluida la muerte, son relativamente bajos. Las complicaciones graves y leves después de abortos médicos, por succión o D&E también son poco frecuentes. Las posibles complicaciones incluyen infección, aborto omitido o incompleto, desgarro cervical, perforación uterina y hemorragia que requiere transfusión. Se estima que las complicaciones menores ocurren en menos del 2.5% de los abortos y las complicaciones graves (aquellas que requieren hospitalización) en menos del 0.5%. Recientemente, se ha demostrado que un mayor riesgo de parto prematuro está asociado con el aborto. Los nacimientos prematuros están asociados con la mortalidad infantil y complicaciones de salud infantiles, tales como enfermedad pulmonar crónica, parálisis cerebral, déficits sensoriales, deficiencias cognitivas y problemas de comportamiento.

Los riesgos o posibles complicaciones asociadas con un aborto se enumeran en cada procedimiento de aborto y se describen más detalladamente en las páginas 17 y 18 en las secciones Riesgos médicos del aborto y Riesgos médicos a largo plazo de este manual.

Métodos utilizados antes de catorce semanas

Aborto temprano no quirúrgico

El aborto no quirúrgico (médico) es un método de aborto aprobado por la FDA para embarazos hasta 70 días después del último período menstrual. Este método también se conoce como RU-486.

- Se administra un medicamento que detiene las hormonas necesarias para que el feto crezca. El medicamento también hace que la placenta se separe del útero, terminando el embarazo.
- Se administra un segundo medicamento por vía oral o se coloca en la vagina, lo que hace que el útero se contraiga y expulse el feto y la placenta, finalizando el embarazo. Se debe seleccionar un lugar apropiado para tomar estos medicamentos, ya que pueden causar sangrado, calambres, náuseas, diarrea y otros síntomas que generalmente comienzan dentro de 2 a 24 horas.

- 7 a 14 días después de tomar los medicamentos, la mujer debe regresar al médico para asegurarse de que los medicamentos lograron interrumpir el embarazo y que el feto y la placenta hayan desaparecido por completo del útero.
- Si el embarazo no termina con la combinación de medicamentos, puede ser necesario un aborto quirúrgico.

¿Quién no debería realizarse un aborto no quirúrgico?

Según la FDA, las siguientes mujeres no deben usar los medicamentos de un aborto médico (no quirúrgico) si:

- Están utilizando un DIU (dispositivo o sistema intrauterino); se debe sacar antes de un aborto con medicamentos
- Tienen un embarazo fuera del útero (embarazo ectópico).
- Tienen problemas con sus glándulas suprarrenales (insuficiencia suprarrenal crónica)
- Toman medicamentos para dilatar la sangre.
- Tienen un problema de sangrado.
- Sufren de porfiria.
- Toman ciertos medicamentos esteroides.
- Sufren alergias a cualquiera de los medicamentos utilizados en el aborto no quirúrgico.
- Consulte con su proveedor de atención médica si no está seguro de todas sus afecciones médicas antes de tomar estos medicamentos.

Posibles complicaciones o eventos adversos

Se anticipan calambres y sangrado vaginal con este aborto. La tasa de complicaciones para el aborto no quirúrgico del primer trimestre es del 5% (cuatro veces la tasa de complicaciones del aborto por succión).

En raras ocasiones, se producen complicaciones graves y que pueden ser mortales:

- Sangrado abundante (hemorragia)
- Infecciones
- Aborto incompleto

Los efectos secundarios más comunes son:

- Náuseas o vómitos.
- Debilidad
- Diarrea
- Fiebre/escalofríos
- Mareos
- Dolor de cabeza

Aborto por succión al vacío

La succión al vacío es el método de aborto inducido más utilizado en los Estados Unidos.

- Se aplica o inyecta un anestésico local dentro o cerca del cuello uterino para reducir la incomodidad o el dolor.
- La apertura del cuello uterino se estira gradualmente con una serie de dilatadores. El dilatador más grueso utilizado tiene aproximadamente 1/2 pulgada de ancho.
- Se inserta en el útero una cánula (tubo delgado y hueco con un extremo puntiagudo).

- La cánula está conectada a un sistema de succión que elimina el feto, la placenta y las membranas del útero de la mujer.
- Se debe realizar una cita de seguimiento con el médico.

Posibles complicaciones o eventos adversos

Calambres y sangrado vaginal hacen parte de este tipo de aborto. La tasa general de complicaciones para el aborto por succión al vacío es de aproximadamente 1.25%.

Las complicaciones incluyen:

- Aborto incompleto
- Infección
- Sangrado abundante (hemorragia)
- Cuello uterino desgarrado
- Útero perforado
- Nacimientos prematuros asociados con embarazos futuros.
- Complicaciones graves y que pueden ser mortales raramente ocurren.

Métodos utilizados después de catorce semanas

Dilatación y Evacuación (D&E)

- El cuello uterino se dilata utilizando uno de los siguientes métodos. Un método utiliza piezas cónicas esponjosas de material absorbente atadas en el cuello uterino para dilatar el mismo durante un período de varias horas o durante la noche. Otro método es insertar varillas dilatadoras de tamaños cada vez mayores en el cuello uterino hasta que el mismo se haya dilatado a una abertura lo suficientemente ancha como para aceptar los instrumentos médicos.
- Después de la dilatación del cuello uterino, se pueden administrar medicamentos intravenosos para aliviar la molestia o el dolor y prevenir la infección.
- Después de administrar anestesia local o general, el feto y la placenta se retiran del útero con instrumentos médicos como pinzas y succión. Ocasionalmente para la extracción, puede ser necesario desmembrar al feto.

Posibles complicaciones o eventos adversos

Calambres y sangrado hacen parte de este tipo de aborto.

- Coágulos de sangre en el útero.
- Sangrado abundante
- Corte o desgarro del cuello uterino.
- Perforación de la pared del útero.
- Infección pélvica
- Aborto incompleto
- Complicaciones relacionadas con la anestesia
- Raramente, la muerte

Inducción del parto (incluida la instilación intrauterina)

- La inducción del parto puede requerir hospitalización.
- Se colocan medicamentos en el cuello uterino para ablandarlo y dilatarlo.
- Hay tres formas de comenzar el parto temprano:

- Administrando el medicamento directamente en el torrente sanguíneo (vena) de la mujer embarazada para comenzar las contracciones uterinas.
- Insertando el medicamento en la vagina para comenzar las contracciones uterinas.
- Inyectando el medicamento directamente en el saco amniótico insertando una aguja a través del abdomen de la mujer y dentro del saco amniótico (bolsa de agua). Este medicamento mata al feto y comienza las contracciones uterinas.
- La experiencia por la que la mujer pasa durante este período es similar a la experiencia de dar a luz.
- La duración del parto depende del tamaño del feto y la contractilidad del útero.
- Existe una pequeña posibilidad de que un feto pueda vivir por un corto período de tiempo, dependiendo de la edad gestacional y la salud del feto en el momento del parto.

Posibles complicaciones

- Este método es más estresante física y emocionalmente para la mujer que el método D&E.
- Si la placenta no se elimina por completo durante la inducción del parto, el médico debe abrir el cuello uterino y usar succión por aspiración para eliminar la placenta y el tejido restante.
- El aborto por inducción del parto conlleva el mayor riesgo de problemas, como infección y sangrado abundante.
- Cuando se usan medicamentos para comenzar el trabajo de parto, existe el riesgo de ruptura del útero.
- Al igual que con el parto, las posibles complicaciones de la inducción del parto incluyen infección, sangrado abundante, accidente cerebrovascular y presión arterial alta.
- Otros riesgos médicos pueden incluir coágulos de sangre en el útero, sangrado abundante, corte o desgarro del cuello uterino, perforación de la pared del útero, infección pélvica, aborto incompleto y complicaciones relacionadas con la anestesia.

Riesgos médicos del aborto

El riesgo de complicaciones para la mujer aumenta a medida que avanza la edad gestacional (consulte en este manual información previa para obtener una descripción del procedimiento de aborto que utilizará su médico y los riesgos específicos enumerados en esas páginas). Los abortos médicos tienen cuatro veces más complicaciones que los abortos quirúrgicos.

Infección pélvica (Sepsis): Las bacterias (gérmenes) de la vagina pueden ingresar al cuello uterino y al útero y causar una infección, la sangre puede infectarse (septicemia), las incisiones quirúrgicas pueden infectarse y pueden desarrollarse infecciones de fuentes desconocidas. Las infecciones pueden ser leves o graves. Se utilizan antibióticos para tratar una infección. En raros casos, puede ser necesaria una repetición de succión, hospitalización o cirugía. Las tasas de infección son de aproximadamente 0.2% para los abortos médicos y quirúrgicos del primer trimestre y menos del 1% para dilatación y evacuación (D&E), y 5% para la inducción del parto.

Aborto incompleto: Es posible que las partes fetales u otros productos del embarazo no se vacíen completamente del útero, lo que requiere procedimientos médicos adicionales. El aborto incompleto puede provocar infección y sangrado. En el primer trimestre, la tasa reportada de tales complicaciones es entre 5% y 10% para abortos médicos y menos del 1% después de una dilatación y legrado (D&C). En abortos posteriores, la tasa es inferior al 1% en dilatación y evacuación (D&E) después de un procedimiento de inducción del parto, la tasa puede ser tan alta como 36%.

Coágulos de sangre en el útero: Coágulos de sangre que causan calambres severos se producen en aproximadamente el 1% de todos los abortos. Los coágulos generalmente se eliminan mediante una dilatación repetida y un legrado por succión.

Sangrado abundante (hemorragia): Cierta cantidad de sangrado es común después de un aborto. El sangrado abundante (hemorragia) no es común y puede tratarse con succión repetida, medicamentos o, en raras ocasiones, con cirugía. Pídale al médico que le explique el sangrado abundante y qué hacer si ocurre.

Corte o rasgadura del cuello uterino: La abertura del útero (cuello uterino) puede romperse mientras se estira para permitir que los instrumentos médicos pasen y entren al útero. Esto ocurre 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 1,000 casos con abortos tempranos y 3 de cada 1,000 con dilatación y evacuación (D&E). Dependiendo de la gravedad, la perforación puede provocar infección, sangrado abundante o ambos. Es posible que se requiera cirugía para reparar el tejido uterino, y en los casos más severos se puede requerir una histerectomía.

Complicaciones relacionadas con la anestesia: Al igual que con otros procedimientos quirúrgicos, la anestesia aumenta el riesgo de complicaciones asociadas con el aborto. Los riesgos reportados de complicaciones relacionadas con la anestesia son de alrededor de 1 por cada 5,000 abortos. La mayoría son reacciones alérgicas que producen fiebre, salpullido e incomodidad.

Riesgos médicos a largo plazo

Embarazos Futuros: Los abortos tempranos que no son complicados por infección no causan infertilidad. Las complicaciones asociadas con un aborto pueden dificultar el quedar embarazada en el futuro o llevar un embarazo a término.

Parto prematuro: Se ha demostrado que un mayor riesgo de parto prematuro está asociado con el aborto. Los bebés prematuros (“preemies”) tienen un mayor riesgo de muerte en su primer año de vida y un mayor riesgo de autismo, parálisis cerebral, sordera, ceguera y trastornos cognitivos (discapacidad del desarrollo).

Cáncer de mama: El Instituto Nacional del Cáncer (NCI) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) informan que los estudios de investigación científica no han demostrado un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama si una mujer ha tenido un aborto.

Emergencias Médicas

Cuando una emergencia médica requiere la realización de un aborto, el médico deberá informar a la mujer, antes del aborto si es posible, de las indicaciones médicas que respaldan el juicio del médico de que un aborto puede ser necesario en una emergencia médica para evitar la muerte de la mujer o porque retrasarlo por 24 horas, creará un grave riesgo de deterioro sustancial e irreversible de una función corporal importante de la mujer.

Dolor fetal

No hay evidencia que sugiera que un feto experimente dolor. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, estudios científicos han encontrado que un feto humano no tiene la capacidad de experimentar dolor hasta al menos 24 semanas de gestación.

El lado emocional del aborto

Sentimientos y emociones

Se anticipa estrés y ansiedad al tomar una decisión sobre un embarazo, ya sea que decida continuar el embarazo, abortar o colocar al niño en adopción. Estos sentimientos son normales. Algunas mujeres pueden experimentar pérdida de apetito, dificultad para dormir y pérdida de interés en actividades recreacionales. Hablar con familiares y amigos puede proporcionar un apoyo esencial durante este tiempo. Si estos sentimientos continúan o empeoran, debe comunicarse con su proveedor de atención médica.

Hable al respecto

Hablar con un consejero o médico no asociado con un proveedor de abortos puede ayudar a una mujer a considerar su decisión antes de tomar cualquier acción. Muchas organizaciones incluidas en la Guía de recursos del Departamento de Salud de Minnesota ofrecen servicios de asesoramiento sin costo. El directorio está disponible por internet en esta dirección: *Si usted está embarazada: Directorio de servicios disponible en Minnesota.*

Women's Right to Know Directory

(www.health.state.mn.us/docs/people/wrtk/directoryenglish.pdf)

Los riesgos médicos del parto

El parto es el proceso en el cual el útero de una mujer se contrae y empuja, o libera, al feto de su cuerpo. El feto puede ser liberado a través de la vagina de la mujer o por cesárea. La cesárea es un procedimiento quirúrgico que libera al feto después de hacer un corte (incisión) a través del vientre y el útero de la mujer.

Una mujer que lleva el embarazo a término (40 semanas menstruales, 38 semanas después de la fertilización) generalmente puede esperar experimentar un proceso seguro y saludable. Para una mejor salud de la mujer, ella debe visitar a su médico antes de quedar embarazada, al principio de su embarazo y a intervalos regulares durante todo el embarazo.

Posibles complicaciones

- Infección uterina: el 10% puede desarrollarse durante o después del parto, y en raras ocasiones puede causar la muerte.
- Problemas de presión arterial: 1 de cada 20 mujeres embarazadas sufre de problemas de presión durante o después del embarazo, especialmente en los primeros embarazos.
- Pérdida de sangre: 1 de cada 20 mujeres lo experimenta durante el parto
- Muerte relacionada con eventos raros como coágulos de sangre, derrames cerebrales o anestesia.
- Las mujeres con enfermedades crónicas graves tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo, el parto, y el nacimiento del bebé.
- El riesgo de morir como resultado de una complicación del embarazo es de 12 por cada 100,000 mujeres.

Recursos para mujeres con diagnósticos adversos de embarazo

A veces, las pruebas o exámenes prenatales revelan un diagnóstico inesperado de una enfermedad grave, deformidad o trastorno cromosómico. El miedo inicial o los proveedores de atención médica pueden conducir a una mujer al aborto. En estas circunstancias, una mujer podría buscar una segunda opinión debido a la posibilidad de resultados falsos positivos. Quizás ella simplemente quiera obtener información adicional antes de tomar una decisión.

Establecer contacto con otros padres que tienen hijos con la misma condición o similar tiene la capacidad de brindar bienestar y una nueva perspectiva. Esta conexión con aquellos que tienen conocimiento de los beneficios de la atención médica y las terapias útiles, los grupos de apoyo y las realidades cotidianas de cuidar a sus hijos, le permite a una mujer ver más allá del diagnóstico y considerar el criar a su hijo o, colocarlo en adopción con una familia que ella puede pensar que tenga más capacidades de satisfacer las necesidades del bebé.

Prenatal Partners for Life (Socios prenatales de por vida) - Esta organización de Minnesota ofrece apoyo, información y estímulo para las mujeres y las familias con un diagnóstico prenatal adverso, así como el apoyo para la crianza de niños con necesidades especiales después del nacimiento.

[Prenatal Partners for Life](http://www.prenatalpartnersforlife.org) (<http://www.prenatalpartnersforlife.org>)

SOFT (Organización de apoyo para la trisomía) - SOFT es un recurso valioso para pacientes y familias que buscan información sobre apoyo y temas médicos. Los recursos incluyen un folleto electrónico gratuito "Cuidado del bebé y el niño con trisomía 18 o trisomía 13". [Support Organization for Trisomy](http://www.trisomy.org) (<http://www.trisomy.org>)

International Trisomy Alliance (Alianza Internacional de Trisomía) - ITA ofrece información y recursos precisos para médicos y otros profesionales sobre trisomía 13 y trisomía 18. Los recursos incluyen el folleto electrónico "Preparación para la llegada de su bebé". [International Trisomy Alliance](http://www.internationaltrisomyalliance.com) (<http://www.internationaltrisomyalliance.com>)

Down Syndrome Association of Minnesota (Asociación del Síndrome de Down de Minnesota)

- Esta organización brinda información y apoyo a las personas con síndrome de Down, sus familias y comunidades. Su portal de internet incluye una página para padres expectantes y una página para padres nuevos. [Down Syndrome Association of Minnesota](http://www.dsamn.org) (<http://www.dsamn.org>)

National Down Syndrome Adoption Network (Red Nacional de Adopción del Síndrome de Down)

- La misión de esta organización es garantizar que cada niño nacido con síndrome de Down tenga

la oportunidad de crecer en una familia amorosa. No hay tarifas por ninguno de los servicios de NDSAN. National Down Syndrome Adoption Network (<http://www.ndsan.org>)

Down Syndrome Diagnosis Network (Red de Diagnóstico de Síndrome de Down) - Proporciona recursos, educación y apoyo a mujeres y familias que reciben un diagnóstico de síndrome de Down; establece conexiones con otros padres con niños con síndrome de Down (trisomía 21). Down Syndrome Diagnosis Network (<http://www.dsdiagnosisnetwork.org/>)

Asistencia financiera para el embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido

Usted puede calificar para recibir ayuda financiera para cuidado prenatal (embarazo), parto y neonatal (recién nacido), dependiendo de sus ingresos. Para las personas que califican, los 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 la atención prenatal, los servicios de parto y el cuidado de los recién nacidos. Puede solicitar cobertura de salud visitando MNSure (<http://www.mnsure.org>). Haga clic en "Asistencia médica o MinnesotaCare", o "período de inscripción especial". Estar en estado de embarazo la califica para una inscripción especial bajo un evento de la vida (life event). También puede llamar a MNSure al 855-366-7873.

Adopción como una opción

Las mujeres o parejas que enfrentan un embarazo prematuro pueden optar por hacer un plan de adopción.

Los servicios de asesoramiento y apoyo son parte clave del proceso de decisión de adopción. Estos recursos están disponibles en varias agencias de adopción públicas y privadas sin obligación ni compromiso. Todos los servicios de adopción están disponibles para los padres biológicos sin costo. Puede encontrar más información y una lista de agencias de adopción en la guía de recursos del Departamento de Salud de Minnesota, *Si usted está embarazada: Directorio de servicios disponible en Minnesota. Women's Right to Know Directory* (www.health.state.mn.us/docs/people/wrtk/directoryenglish.pdf)

Hay varias formas de acordar la adopción de un niño. Hablar con una agencia de adopciones con licencia de Minnesota o con un abogado familiarizado en adopciones le ayudará a identificar el método que mejor le sirva a usted y a su bebé. Los padres biológicos deciden si desean permanecer en el anonimato o participar en una adopción más abierta que incluye seleccionar padres adoptivos y establecer un plan de comunicación a lo largo del tiempo.

Ley de refugio seguro de Minnesota (Safe Haven Law)

Después de que nazca su bebé, si no puede o no quiere cuidarlo, puede llevarlo a cualquier hospital autorizado en Minnesota y entregárselo a un empleado del hospital. Puede hacer esto hasta que el bebé tenga tres días, y no le harán ninguna pregunta. No está obligado a dar su nombre ni ninguna otra información. Es seguro y anónimo. No necesita decirle a nadie. Si prefiere no ir usted mismo, puede dar permiso a un familiar, amigo o cualquier adulto responsable para que lleve a su bebé al hospital.

Para obtener más información, visite Safe Haven (<http://safehaven.tv/states/minnesota/#info>)

La responsabilidad del padre

El padre de un niño tiene la responsabilidad legal de proporcionar apoyo financiero, atención médica y otras necesidades de su hijo. En Minnesota, esa responsabilidad incluye los pagos de manutención infantil a la madre o tutor legal del niño. Los niños tienen derechos de herencia de su padre y pueden ser elegibles a través de él para recibir beneficios como seguro de vida, seguro social, pensiones, beneficios para veteranos o discapacitados. Además, los niños se benefician al conocer el historial médico de su padre y cualquier problema potencial de salud que pueda transmitirse genéticamente.

La paternidad se puede establecer en Minnesota por:

- **Reconocimiento de paternidad:** Los padres biológicos declaran bajo juramento que son los padres del niño. Esta declaración garantizará beneficios al niño. También establecerá los derechos parentales del padre.
- **Adjudicación:** Se puede iniciar una acción legal en un juzgado para determinar al padre biológico y legal de un menor de edad. Este proceso, además de obtener todos los beneficios de un Reconocimiento de Paternidad, establece órdenes de manutención infantil, custodia y derechos de visita. Una adjudicación también establece la paternidad cuando la misma está en disputa. Esto proporciona garantías legales a todas las partes involucradas.

Los problemas de paternidad afectan los derechos legales de los dos padres y los del niño. Puede obtener información general sobre el establecimiento de la paternidad, las reglamentaciones federales y los estatutos estatales sobre la manutención de los hijos y cuestiones relacionadas las 24 horas del día, los siete días de la semana llamando al:

651-431-4199 (Línea de información general) O puede escribir a:

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

Directorio de información

La decisión de abortar, tener un bebé o hacer un plan de adopción debe considerarse cuidadosamente. Existen listas de agencias y organizaciones de servicios sociales y de salud estatales, del condado y locales disponibles para ayudarlo. Se le recomienda comunicarse con estos grupos si necesita más información para poder tomar una decisión informada.

Puede encontrar qué recursos pueden estar disponibles para usted en la guía de recursos del Departamento de Salud de Minnesota, *Si usted está embarazada: Directorio de servicios disponible en Minnesota. Women's Right to Know Directory* (www.health.state.mn.us/docs/people/wrtk/directoryenglish.pdf) o puede llamar al 651-201-3580 o 1-888- 234-1137.



Para obtener copias adicionales de este manual o si necesita este documento en otro formato, como letra grande, Braille o cinta de cassette, comuníquese con:

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

Impreso en papel reciclado.

ID# 53071
Agosto 2019