

Si está embarazada: Información sobre el desarrollo del feto, el aborto y los recursos

Diciembre de 2022

Si está embarazada: Información sobre el desarrollo del feto, el aborto y los recursos

Las ilustraciones que se encuentran en este folleto fueron creadas por Peg Gerrity, Jonestown, Texas. Derechos de autor 2022: <http://www.peggerrity.com>.

Departamento de Salud de Minnesota, División de Salud Familiar e Infantil, PO Box 64975, St. Paul, MN 55164-0975 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)

Si se lo solicita, este material puede estar a disposición en un formato alternativo, tal como letra grande, Braille o grabación de audio. Impreso en papel reciclado.

Contenido

Si está embarazada: Información sobre el desarrollo del feto, el aborto y los recursos	1
Introducción	4
Desarrollo del feto	5
Primer trimestre.....	5
Segundo trimestre	7
Tercer trimestre	9
Los métodos del aborto y sus riesgos médicos asociados.....	12
Riesgos médicos del aborto	16
Emergencias médicas.....	18
Dolor al feto	18
El aspecto emocional del aborto	18
Los riesgos médicos del parto.....	18
Directorio de información.....	19
Citas.....	20

Introducción

La información provista en este folleto tiene por objeto brindar información básica, médicamente precisa sobre el desarrollo del feto en intervalos de dos semanas desde la fertilización hasta el nacimiento. Incluirá detalles como el peso y altura promedio, desarrollo de órganos y movimiento según la edad.

Este folleto también incluye información sobre los métodos del aborto, los riesgos médicos asociados con el aborto, las emociones relacionadas con un embarazo no intencional, y los riesgos médicos asociados con el embarazo y el parto de un bebé.

Si está embarazada: Información sobre el desarrollo del feto, el aborto y los recursos presenta información actualizada, médicamente confiable. Sin embargo, cada persona embarazada y cada feto son únicos. Una persona embarazada podría encontrar que es beneficioso conversar con un miembro de confianza de la familia, un amigo, un consejero o un proveedor médico sobre todas las opciones disponibles que incluyen el aborto, la paternidad y la adopción.

También se dispone de un directorio de servicios que apoyan a las personas embarazadas y que son padres. Al llamar o visitar a las agencias y consultorios del directorio, puede obtener información sobre las alternativas al aborto, obtener asistencia para crear 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 un niño es un dependiente. Este directorio no incluye derivaciones a la atención de abortos. El directorio está disponible en línea: [If You Are Pregnant: A Directory of Services Available in Minnesota \(www.health.state.mn.us/docs/people/wrtk/directoryenglish.pdf\)](http://www.health.state.mn.us/docs/people/wrtk/directoryenglish.pdf)

Este documento fue creado por el Departamento de Salud de Minnesota según los requerimientos de una disposición de la Ley del Derecho a Saber de la Mujer codificada en la sección 145.4243 de los Estatutos de Minnesota.

Desarrollo del feto

La fertilización ocurre cuando el huevo de una mujer se une al espermatozoides de un hombre, creando una célula. Esta célula comienza a dividirse en más y más células. En unos pocos días, hay treinta y dos a sesenta y cuatro células, y este grupo de células se denomina un blastocisto. En el octavo día después de la fertilización, el blastocisto ha comenzado a unirse (implantarse) en la pared del útero donde continuará creciendo a una rápida velocidad.

El término embrión se refiere a un ser humano en desarrollo desde la implantación hasta la octava semana del embarazo. Después de las ocho semanas, se lo denomina feto. La edad del feto en este manual se lista desde el primer día del último período menstrual (LMP por sus siglas en inglés) y el día estimado de la fertilización. La “fecha esperada” se calcula en cuarenta semanas desde el primer día del LMP. La longitud del embarazo en semanas se denomina la edad gestacional.

Una persona embarazada puede notar la ausencia del primer período menstrual al final de la segunda semana después de la fertilización, o casi cuatro semanas después del primer día del último período normal. Los análisis para determinar el embarazo están disponibles en la mayoría de las farmacias y son generalmente precisos para detectar un embarazo en dos a tres semanas después de la fertilización, pero el análisis para determinar el embarazo no puede indicar la edad gestacional del embarazo. Un ultrasonido temprano (primer trimestre) es la manera más precisa de determinar si un embarazo está implantado en el útero y su edad gestacional. En este momento, la longitud del feto se usa para determinar el número de semanas del embarazo, o la edad gestacional.

Primer trimestre

Dos semanas desde el último período menstrual

Fertilización

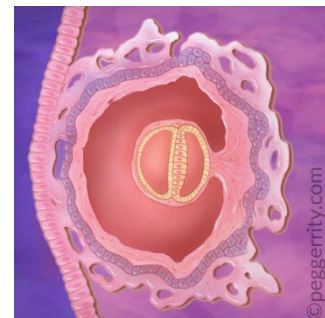
La fertilización ocurre cuando el huevo de una mujer se une al espermatozoides de un hombre, creando una célula. En este momento, está creado el material genético especial de un individuo.



Cuatro semanas desde el último período menstrual

Dos semanas desde la fertilización

- Las células se dividen con rapidez mientras se desplazan por las trompas de Falopio, que conecta a los ovarios con el útero.
- El grupo de células se denomina un embrión.
- Al llegar al séptimo día, la bola de células, llamada un blastocisto, comienza a implantarse en el útero.
- En la tercera semana después de la fertilización, se forma un surco a lo largo de la mayor parte de la longitud de la espalda del embrión.
- Los bordes superiores del surco se pliegan sobre sí mismos y comienzan a crear un tubo hueco.
- El embrión en este momento tiene una longitud de un décimo de pulgada.



Seis semanas desde el último período menstrual

Cuatro semanas después de la fertilización

- El embrión tiene una longitud de un sexto a un cuarto de pulgada.
- Comienzan a aparecer las estructuras que serán los brazos y las piernas, llamadas brotes de las extremidades.
- El día 22 o 23, comienza a formarse el corazón y hacia el final de la cuarta semana, el corazón pone en circulación por el embrión células sanguíneas primitivas.
- Al final de la cuarta semana, los bordes del surco se han cerrado, formando un tubo hueco. Este es el tubo neural, el comienzo del cerebro y la médula espinal.



Ocho semanas desde el último período menstrual

Seis semanas después de la fertilización

- El embrión tiene una longitud de media a tres cuartos de pulgada.
- Todos los órganos vitales ya han sido mapeados y han comenzado a formarse.
- El corazón ha comenzado a crear válvulas y compartimientos.
- Se forma el tejido que se convierte en las vértebras, el cerebro se desarrolla en cinco áreas y se forman las células nerviosas en el cerebro y la médula espinal.
- El embrión muestra movimientos espontáneos.
- Las características faciales, los ojos, la nariz y la boca, continúan su desarrollo.



Diez semanas desde el último período menstrual

Ocho semanas después de la fertilización

- Después de ocho semanas, el embrión ahora se denomina un feto.
- El feto tiene entre una pulgada y un cuarto y una pulgada y media de longitud desde la cabeza a las nalgas (la cabeza tiene casi la mitad de este tamaño total) y pesa menos de media onza.
- Todos los órganos y sistemas corporales principales están presentes, a pesar de que muy pocos son funcionales.
- Crecen los músculos y el esqueleto. Comienzan a ocurrir movimientos a propósito, pero no son movimientos coordinados de manera consistente hasta más adelante en su desarrollo.
- Han comenzado a formarse las estructuras que crean los ojos, los oídos, los brazos y las piernas.
- Comienzan a formarse los dedos de los pies y los párpados.



Doce semanas desde el último período menstrual

Diez semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de dos pulgadas y media desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de una y media onzas.
- Han comenzado a aparecer las uñas y el cabello, y la sangre se forma en el hígado.
- El feto tiene características propias de un ser humano.
- Los riñones comienzan a generar orina.



Catorce semanas desde el último período menstrual

Doce semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de tres pulgadas y media desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de dos onzas.
- Podrían existir los movimientos respiratorios.
- Han aparecido los genitales externos de manera tal que se puede identificar el sexo.
- Los huesos se endurecen en muchos lugares.
- Se desarrolla el sistema nervioso.
- Los calículos gustatorios cubren el interior de la boca.



Segundo trimestre

Dieciséis semanas desde el último período menstrual

Catorce semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de cuatro pulgadas y tres cuartos a cinco pulgadas desde la cabeza a las nalgas, y pesa cuatro onzas.
- La cabeza está erguida y se han desarrollado los brazos y las piernas.
- El feto puede chuparse el dedo.
- Los movimientos de las extremidades son más coordinados pero demasiado pequeños para que se sientan.
- Un ultrasonido puede detectar rutinariamente el sexo del feto.



Dieciocho semanas desde el último período menstrual

Dieciséis semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de cinco a cinco pulgadas y media desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de siete a ocho onzas.
- La piel es rosada y transparente y los oídos están claramente visibles.
- El feto ahora puede chupar, abrir la boca y cubrirse la cara con las manos. Comienzan a crecer el cabello y las uñas.
- El feto puede doblar y flexionar las extremidades, los dedos, las muñecas, las piernas y los dedos de los pies y completar movimientos respiratorios.
- El cerebro ha crecido con rapidez y el sistema nervioso central extiende sus conexiones desde el cerebro hasta la mayoría de las partes del cuerpo.



Veinte semanas después del último período menstrual

Dieciocho semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de seis pulgadas y un cuarto desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor diez a doce onzas.
- Se han formado todos los órganos y las estructuras y comienza un período de crecimiento y maduración.
- La piel está cubierta con vernix, un material grasoso que protege a la piel.
- En este momento, algunas personas embarazadas podrían sentir el movimiento del feto.
- Se establecen permanentemente las impresiones digitales.
- Cabello fino y velloso cubre al feto.



Veintidós semanas después del último período menstrual

Veinte semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de siete pulgadas y media desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de una libra (dieciséis onzas).
- Los ojos están completamente formados y están presentes las cejas y las pestañas.
- La cabeza y el cuerpo están cubiertos con cabello.
- Progresa el aislamiento de la mielina de la médula espinal, lo que aumenta la velocidad de la transmisión de los impulsos de los nervios al cerebro.
- Los receptores del dolor están presentes en todo el cuerpo y todas las estructuras físicas necesarias para sentir dolor están presentes. Sin embargo, el cerebro del feto no tiene la capacidad de experimentar dolor hasta por lo menos las 24 semanas de gestación.



- No existe casi ninguna posibilidad de que un feto podría sobrevivir fuera del cuerpo de una persona embarazada.

Veinticuatro semanas después del último período menstrual

Veintidós semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de ocho pulgadas desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de una y una y un cuarto libras.
- Comienzan los movimientos rápidos de los ojos, una actividad asociada con soñar.
- El feto es capaz de tener hipo y de agarrar.
- Los receptores del dolor están presentes en todo el cuerpo de un feto y todas las estructuras físicas necesarias para sentir dolor están presentes.
- Es posible la supervivencia en más de la mitad de los bebés que nacen con esta edad. La mayoría de estos bebés tienen problemas significativos con la respiración, el desarrollo cerebral y la función intestinal lo que puede llevar a una discapacidad vitalicia o la muerte.



Tercer trimestre

Veintiséis semanas desde el último período menstrual

Veinticuatro semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de nueve pulgadas desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de dos libras.
- Ocurre un aumento de peso sustancial en este período y el feto tiene mejores proporciones.
- El feto escucha sonidos tales como la respiración, el latido del corazón y la voz de la persona embarazada.
- Los pulmones producen una sustancia necesaria para la respiración después del parto.
- Los receptores del dolor están presentes en todo el cuerpo y todas las estructuras físicas necesarias para sentir dolor están presentes.
- Los bebés que nacen entre las veinticuatro semanas y el final del embarazo tienen una buena posibilidad de supervivencia con atención médica intensiva. Se espera que estos bebés tengan una estadía muy prolongada en el hospital y todavía corren el riesgo de sufrir complicaciones médicas durante toda la vida.



Veintiocho semanas desde el último período menstrual

Veintiséis semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de diez pulgadas desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de dos libras y media.
- Los párpados ahora están parcialmente abiertos.
- Han madurado la mayoría de los órganos sensoriales.
- La mayoría de los bebés que nacen ahora sobrevivirán con atención médica intensiva, una larga estadía en el hospital y la posibilidad de sufrir complicaciones a largo plazo.



Treinta semanas desde el último período menstrual

Veintiocho semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de diez pulgadas y media desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de tres libras.
- El feto tiene pulmones que son capaces de respirar aire, a pesar de que podría ser necesaria una atención intensiva.
- La respiración rítmica y la temperatura del cuerpo ahora están controladas por el cerebro (o el sistema nervioso central).
- Es generalmente aceptado que el feto percibe el dolor desde la semana veintinueve o treinta.
- Casi todos los bebés que nacen ahora sobrevivirán con atención médica intensiva.



Treinta y dos semanas desde el último período menstrual

Treinta semanas después del primer día del último período menstrual.

- El feto tiene cerca de once pulgadas desde la cabeza a las nalgas, y pesa más de tres libras.
- La piel es más gruesa.
- Los ojos responden a la luz.
- Desde esta etapa en adelante, el desarrollo del feto se centra principalmente en el crecimiento y maduración de los órganos desarrollados.
- Casi todos los bebés que nacen ahora sobrevivirán con atención médica intensiva.



Treinta y cuatro semanas desde el último período menstrual

Treinta y dos semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de once pulgadas y tres cuarto desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de cuatro libras y media.
- La piel es ahora lisa.
- Las uñas han llegado a la punta de los dedos.
- Casi todos los bebés que nacen ahora sobrevivirán, y algunos necesitarán atención médica intensiva.



Treinta y seis semanas desde el último período menstrual

Treinta y cuatro semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de doce pulgadas y media desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de cinco libras y media.
- Los bebés que nacen en esta edad gestacional sobreviven fuera de la matriz pero podrían necesitar apoyo médico al principio.



Treinta y ocho semanas desde el último período menstrual

Treinta y seis semanas después de la fertilización

- El feto tiene cerca de trece pulgadas y media desde la cabeza a las nalgas, y pesa alrededor de seis libras y media.
- Las uñas de los dedos del pie han llegado a la punta de los dedos del pie.
- El feto puede agarrar con firmeza.
- El feto se orienta hacia las fuentes de luz.
- Los bebés que nacen a esta edad son considerados a término.



Cuarenta semanas desde el último período menstrual

Treinta y ocho semanas después de la fertilización

- El feto tiene ahora cerca de catorce pulgadas desde la cabeza a las nalgas, puede tener más de veinte pulgadas en total y puede pesar desde seis libras y media a diez libras.
- El feto ahora puede oír, gustar, olfatear y sentir.
- Es la fecha esperada del parto.



Los métodos del aborto y sus riesgos médicos asociados

Si una persona elige tener un aborto, el proveedor médico primero debe determinar cuánto ha progresado el embarazo. La edad gestacional del embrión o feto afectará directamente la aptitud o método del aborto. Los tipos de aborto incluyen aborto con medicamentos, aborto por aspiración al vacío, dilatación y evacuación, e inducción del parto.

El método del aborto se selecciona basado en una combinación de factores que incluyen la edad gestacional, la preferencia del paciente, la disponibilidad y capacidad de los proveedores y las contraindicaciones médicas. Si la fecha del comienzo del último período normal es incierta, se podría recomendar a las pacientes que completen un examen por ultrasonido para determinar la edad gestacional del embrión o feto.

Riesgos del aborto

Los abortos son procedimientos médicos de muy bajo riesgo, y existe un riesgo muy bajo de sufrir complicaciones serias o efectos secundarios potenciales. Las complicaciones que requieren hospitalización son raras pero pueden ocurrir. El período más seguro para que una persona tenga un aborto es en o antes de las ocho semanas después del primer día del último período menstrual. Más del 80% de los abortos en Minnesota ocurren dentro de las primeras diez semanas de gestación. El riesgo general de complicaciones aumenta con el avance de la edad gestacional.

Las posibles complicaciones incluyen una infección, abortos erróneos o incompletos, roturas cervicales, perforación del útero y hemorragia (mucho sangrado) que requiere una transfusión. Se estima que ocurren complicaciones menores en menos de un 2.5% de los abortos y complicaciones serias (las que requieren hospitalización) en menos de un 0.5%.

Los riesgos o posibles complicaciones asociadas con un aborto se listan bajo cada procedimiento del aborto. Se debe notar que los riesgos de continuar el embarazo son catorce veces mayores que los riesgos relacionados con cualquier tipo de procedimiento del aborto.

Métodos usados antes de las catorce semanas

Aborto temprano con medicamentos (no quirúrgico)

El aborto temprano con medicamentos (no quirúrgico y algunas veces llamado un aborto médico) es un método del aborto aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) para embarazos hasta los 70 días después del último período menstrual. Los medicamentos usados son mifepristona y misoprostol y más de un 50% de los abortos en Minnesota son abortos con medicamentos, convirtiéndolos en el tipo más común de aborto. Los abortos con medicamentos tienen un bajo riesgo de complicaciones y una eficacia de entre un 91.9% y un 98.1% en la terminación del embarazo, dependiendo de la edad gestacional y la manera en que uno toma el medicamento.

- La mifepristona es un medicamento usado para impedir que crezcan las hormonas necesarias para que el embarazo siga. Este medicamento también causa que el endometrio sea más proclive a caer.
- Un segundo medicamento, el misoprostol, se administra por vía oral o se coloca en la vagina causando que el útero se contraiga y despidiera el embarazo. Un lugar apropiado debe ser

seleccionado para tomar estos medicamentos, porque pueden causar sangrado, calambres, náusea, diarrea y otros síntomas que usualmente aparecen en dos a veinticuatro horas.

- Siete a catorce días después de tomar los medicamentos, se podrá pedir a la paciente que vuelva al proveedor médico para tener la seguridad de que los medicamentos fueron exitosos en la terminación del embarazo.
- Si la combinación de medicamentos no termina el embarazo, podría requerirse un aborto quirúrgico.

¿Quién no debe recurrir a un aborto con medicamentos?

Según la FDA, las personas no deben usar las drogas en un aborto con medicamentos (no quirúrgico) son las que:

- Usan un DIU (dispositivo intrauterino); debe ser sacado antes del aborto médico.
- Tienen un embarazo fuera del útero (embarazo ectópico).
- Tienen problemas con las glándulas adrenales (falla adrenal crónica).
- Toman medicamentos para diluir la sangre para reducir el riesgo de los coágulos sanguíneos.
- Tienen problemas de sangrado.
- Tienen porfiria.
- Toman ciertos medicamentos con esteroides.
- Tienen alergia a uno de los medicamentos usados en el método del aborto.
- Consulte a su proveedor de atención médica si no está segura sobre todas sus condiciones médicas antes de tomar estos medicamentos.

Posibles complicaciones o eventos adversos

Con este aborto, se espera la aparición de calambres y sangrado vaginal. El riesgo de necesitar atención médica por cualquier complicación en las veinticuatro horas después del procedimiento es un 0.2% de todos los abortos con medicamentos.

Raramente, ocurren complicaciones serias y potencialmente peligrosas para la vida:

- Mucho sangrado (hemorragia) (ocurre en menos de un 1% de los abortos con medicamentos).
- Infecciones (ocurre en menos de un 1% de los abortos con medicamentos).
- Aborto incompleto (ocurre en menos de un 1% de los abortos con medicamentos).

Los efectos secundarios más comunes (usualmente ocurren después de misoprostol) son:

- Náusea y/o vómitos (ocurren en un 23 al 66% de los abortos con medicamentos).
- Diarrea (ocurre en un 23% al 45% de los abortos con medicamentos).
- Fiebre/escalofríos (ocurre en un 32% al 69% de los abortos con medicamentos).
- Mareos (ocurre en un 28% al 39% de los abortos con medicamentos).
- Dolor de cabeza (ocurre en un 13% al 40% de los abortos con medicamentos).

Aborto por aspiración al vacío

La aspiración al vacío es el segundo método más común del aborto inducido en Minnesota y también puede ser denominado dilatación y curetaje (D&C). Los abortos quirúrgicos tienen una eficacia del 99.8% en terminar el embarazo a las 9 semanas o menos.

- Se puede usar un anestésico en el cuello uterino para reducir la incomodidad o el dolor.
- La abertura del cuello uterino se abre gradualmente.
- Se inserta un tubo delgado por el cuello uterino hacia el útero.
- Se usa un sistema de succión para sacar suavemente el embarazo del útero.
- Se recomienda una cita de seguimiento con el proveedor médico hasta dos semanas después.

Posibles complicaciones o eventos adversos

Como parte de este aborto, se espera la aparición de calambres y sangrado vaginal. Se estima que ocurren complicaciones menores luego de los abortos por aspiración al vacío en menos de un 2.5% de los abortos y complicaciones serias, las que requieren hospitalización, en menos de un 0.5% los abortos. A pesar de ser raras, los abortos por aspiración al vacío están asociados con un parto prematuro en un embarazo futuro.

Raramente, ocurren complicaciones serias y potencialmente peligrosas para la vida:

- Aborto incompleto (ocurre en menos de un 3% de los abortos por aspiración al vacío).
- Infecciones (ocurre en menos de un 1% de los abortos por aspiración al vacío).
- Mucho sangrado (hemorragia) (ocurre en menos de un 1% de los abortos por aspiración al vacío).
- Cuello uterino roto (ocurre en menos de un 0.1% de los abortos por aspiración al vacío).
- Perforación en el útero (ocurre en menos de un 0.1% de los abortos por aspiración al vacío).

Métodos usados después de las catorce semanas

Dilación y evacuación (D&E)

Los abortos que ocurren en el segundo trimestre, entre las trece y veintiséis semanas de gestación, se pueden completar con una técnica quirúrgica llamada dilatación y evacuación (D&E), que representa un 6% de todos los abortos del estado.

- Se requiere cierta preparación del cuello uterino para la dilatación, usualmente veinticuatro horas antes del procedimiento. Esto usualmente se realiza en el consultorio del proveedor médico. El proveedor médico también podrá recomendar un medicamento llamado mifepristona para hacer que el aborto sea más fácil, más seguro y más eficaz. El procedimiento de preparación pone material en el cuello uterino que absorbe agua para ayudar a una leve apertura del cuello uterino.
- Veinticuatro horas después de la preparación del cuello uterino, tendrá lugar el procedimiento de dilatación y evacuación.
- Se pueden administrar medicamentos localmente, por vía oral, o a través de una vía intravenosa (IV por sus siglas en inglés) para reducir la incomodidad y prevenir una infección.

- Se saca el embarazo del útero con instrumentos médicos tales como fórceps y succión. Ocasionalmente, podrá ser necesario el desmembramiento del feto para su remoción.

Complicaciones posibles

Como parte de este aborto, se espera la aparición de calambres y sangrado vaginal. Existe una baja incidencia de complicaciones en los abortos del segundo trimestre, que incluyen a la D&E. Las complicaciones pueden incluir:

- El útero no se contrae, lo que lleva al sangrado (hasta un 2.6% de los abortos con D&E).
- Mucho sangrado (0.1% al 0.6% de los abortos con D&E).
- Corte o rotura del cuello uterino (hasta un 3.3% de los abortos con D&E).
- Perforación de la pared del útero (0.2% al 0.5% de los abortos con D&E).
- Infección pélvica (0.1% al 4% de los abortos con D&E, no muy bien definido en la mayoría de los estudios).
- Aborto incompleto (menos de un 1% de los abortos con D&E).

Inducción del parto

El aborto a través de la inducción del parto es extremadamente raro en el estado, y representa entre un 0.009% y un 0.26% de todos los abortos desde el 2017 al 2021. La inducción del parto requiere una estadía en el hospital.

- Un medicamento, llamado mifepristona, podría ser recomendado antes de la inducción del parto para que el proceso sea más rápido, más seguro y más eficaz.
- El medicamento se coloca en la vagina para ayudar a ablandar el cuello uterino para que se abra o se dilate.
- Podría ser necesario administrar este medicamento varias veces para que progrese el parto.
- Hay medicamentos disponibles para el dolor, como una inyección epidural.
- El parto y liberación del feto durante este período son como las experiencias del parto.
- La duración del parto depende del tamaño del feto y la capacidad del útero de generar contracciones.
- Existe una pequeña posibilidad de que el feto viva por un breve período de tiempo dependiendo de la edad gestacional y la salud del feto en el momento del parto.

Complicaciones posibles

- Individuos han reportado que el aborto quirúrgico con D&E es menos problemático emocionalmente que la inducción del parto, a pesar de que se ha reportado que ambos métodos son emocionalmente menos problemáticos que continuar un embarazo no deseado y dar a luz.
- Si no se remueve completamente la placenta durante la inducción del parto, el proveedor médico debe abrir el cuello uterino y usar aspiración para remover el resto del tejido y la placenta (alrededor de un 8%).

- El aborto por inducción del parto supone más riesgo de problemas que un D&E, tales como infección y mucho sangrado, sin embargo, estos riesgos siguen siendo menores que dar a luz.
- Cuando se usan medicamentos para iniciar el parto, existe el riesgo de la ruptura del útero si ya ha tenido una cesárea durante un embarazo anterior. Estos riesgos son menos cuando la inducción se realiza al final del embarazo.
- Igual que con el parto, las posibles complicaciones de la inducción del parto incluyen infecciones, mucho sangrado, accidente cerebrovascular, e hipertensión. Estos riesgos son significativamente más bajos cuando se induce el parto para un aborto comparado cuando el parto se induce para dar a luz.
- Otros riesgos médicos pueden incluir coágulos en el útero, mucho sangrado, corte o rotura 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 con el avance de la edad gestacional (ver más arriba información sobre el procedimiento del aborto que su proveedor médico usará, y los riesgos específicos listados en dichas páginas).

Infección pélvica (endometritis): Bacteria (gérmenes) de la vagina pueden ingresar al cuello uterino y al útero y causar una infección. Raramente, la infección puede volverse sistémica, lo que significa que la bacteria está en la sangre. Las infecciones pueden ser leves o severas. Se usan antibióticos para tratar una infección. En raros casos, podría ser necesario repetir la aspiración al vacío, hospitalización o cirugía. Las tasas de infección son aproximadamente un 0.2% en los abortos con medicamentos y quirúrgicos durante el primer trimestre y menos de un 1% para una D&E, y un 5% para la inducción del parto.

Aborto incompleto: Partes del feto u otros productos del embarazo podrían no ser completamente eliminados del útero, lo que requiere procedimientos médicos adicionales. Un aborto incompleto puede resultar en infección y sangrado. En el primer trimestre, la tasa reportada de dichas complicaciones es menos del 3% en los abortos con medicamentos y menos del 1% en una aspiración al vacío. En abortos posteriores, la tasa es menos del 1% en una D&E seguido por el procedimiento de inducción del parto, la placenta puede requerir su remoción en hasta un 21% de las veces.

Coágulos sanguíneos en el útero: Los coágulos sanguíneos que causan calambres severos ocurren en alrededor de un 1% de todos los abortos. Los coágulos pueden ser eliminados con medicamentos o al repetir el procedimiento de aspiración al vacío.

Mucho sangrado (hemorragia): Luego de un aborto, algo de sangrado es común. Mucho sangrado (hemorragia) no es común (menos de un 1%) y puede ser tratado al repetir la aspiración al vacío, con medicamentos o, raramente, cirugía. Consulte al proveedor médico para que le explique el sangrado severo y qué hacer si ocurre.

Corte o rotura del cuello uterino: La abertura del útero (cuello uterino) puede romperse cuando se lo estira para abrirlo y permitir que los instrumentos médicos pasen por él hacia el útero. Esto ocurre en menos de un 1% de los abortos del primer trimestre.

Perforación de la pared del útero: Un instrumento médico puede perforar la pared del útero. La tasa reportada es 1 de cada 1,000 en los abortos tempranos y 3 de cada 1,000 en una D&E. Si bien esto usualmente se cura bien sin complicaciones, la perforación puede causar una infección, mucho sangrado o ambos. Podría ser necesaria una operación para reparar el tejido uterino y en los casos más severos, podría requerirse una histerectomía.

Complicaciones relacionadas con la anestesia: Igual que con otros procedimientos quirúrgicos, la anestesia aumenta el riesgo de las complicaciones asociadas con el aborto. Las complicaciones relacionadas con la anestesia ocurren en un 0.2% al 0.5% de los abortos del primer trimestre. La mayoría de las reacciones alérgicas producen fiebre, urticaria y molestias.

Muerte relacionada con el aborto: Las muertes relacionadas con el aborto son extremadamente raras. Según los CDC, la tasa de fatalidad por caso de los abortos legalmente inducidos fue 0.041 por 100,000 abortos durante 2013 a 2018.

Emergencias médicas

Algunas veces, las personas necesitan un aborto en una emergencia médica para prevenir que la persona muera o sufra serios daños a su salud. En dicho caso, si es posible el proveedor médico indicará a la persona embarazada por qué necesita un aborto (las indicaciones médicas) antes de realizar el aborto.

Dolor al feto

No existe evidencia que sugiera que un feto experimenta dolor. Según el Colegio Norteamericano de Obstetras y Ginecólogos, los estudios científicos han encontrado que un feto humano no tiene la capacidad de experimentar dolor hasta las veinticuatro semanas de gestación.

El aspecto emocional del aborto

Se anticipa estrés y ansiedad cuando se toma la decisión sobre un embarazo, sea decidir continuar el embarazo, tener un aborto o entregar al niño para su adopción. Estos sentimientos son normales. Algunas personas pueden experimentar pérdida del apetito, dificultad para dormir y pérdida de interés en actividades que solían disfrutar. El contacto con familiares y amigos puede proveer apoyo esencial durante este período. Si estos sentimientos continúan o empeoran, debe contactar a su proveedor de atención médica.

Los riesgos médicos del parto

El parto es el proceso en el cual el útero se contrae y empuja, o libera, el feto del cuerpo de una persona. El feto puede ser liberado a través de la vagina o de una cesárea. Una cesárea es un procedimiento quirúrgico que extrae el feto luego de un corte (incisión) en el vientre y el útero.

Una persona que lleva el embarazo hasta su terminación (treinta y siete a cuarenta y dos semanas de edad gestacional) usualmente puede experimentar un proceso sano y seguro, a pesar de que existen riesgos al llevar a un embarazo hasta su terminación. Algunos problemas médicos, como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades autoinmunitarias, antecedentes de coágulos sanguíneos, o enfermedades pulmonares y cardíacas pueden aumentar significativamente los riesgos médicos durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Estos problemas médicos deben ser considerados con un proveedor de atención médica antes del embarazo y ni bien una persona sepa que está embarazada.

Para tener la mejor salud, la persona embarazada debe visitar a su proveedor antes de quedar embarazada, al principio del embarazo y en intervalos regulares durante el embarazo.

Complicaciones posibles del parto

- Infección uterina: 2% al 5% de los nacimientos.
- Problemas con la presión arterial (preeclamsia) - un aumento en la presión arterial que puede causar convulsiones o un accidente cerebrovascular durante el embarazo: 2% al 8% de los embarazos globalmente.
- Pérdida de sangre severa (hemorragia): 3% al 5% de los embarazos.

- Coágulos sanguíneos (usualmente en las piernas o los pulmones): 0.5 al 2.0 por cada 1,000 embarazos.
- Roturas de tejidos (laceraciones) durante el parto: Un 85% de las mujeres que completan un parto vaginal sufrirán una rotura, 6.0% al 11% requerirán reparaciones más serias.
- Nacimiento prematuro: 10% de los nacimientos.
- Depresión postparto: síntomas reportados en 1 de cada 8 embarazos.
- Ruptura uterina: 0.7% si una cesárea previa en el parto.
- Placenta que queda en el útero después del parto: 2.5% de los nacimientos.
- Riesgo de morir como resultado de una complicación del embarazo es 8.8 muertes por cada 100,000 mujeres.

Directorio de información

La decisión de tener un aborto, tener un bebé o preparar un plan de adopción debe ser considerada cuidadosamente. Hay listas de organizaciones y agencias de servicios sociales y de salud del estado, del condado y locales dispuestas a ayudarla. Al llamar o visitar a las agencias y consultorios del directorio, puede obtener información sobre las alternativas al aborto, obtener asistencia para crear 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 un niño es un dependiente. Este directorio no incluye derivaciones a la atención de abortos.

Usted puede encontrar qué recursos podrían estar a su disposición en la guía de recursos del Departamento de Salud de Minnesota, [Si está embarazada: A Directory of Services Available in Minnesota \(www.health.state.mn.us/docs/people/wrtk/directoryenglish.pdf\)](http://www.health.state.mn.us/docs/people/wrtk/directoryenglish.pdf) o puede llamar al 651-201-3580 o al 1-888- 234-1137.

Citas

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos' Comité de Boletines de Práctica – Ginecología, la Sociedad de Planificación Familiar. (2020). Aborto con medicamentos hasta los 70 días de gestación: Boletín de práctica de ACOG, número 225. *Obstet Gynecol*, 136(4), e31-e47 doi: 10.1097/AOG.0000000000004082.

American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin No. 222 (Boletín de práctica No. 222 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos), Hipertensión gestacional y preeclampsia. (2020) *Obstet Gynecol*, 135 (6), 237-260 doi: 10.1097/AOG. 0000000000003891.

American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin No. 205 (Boletín de práctica del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) No. 205, Parto vaginal después de un parto por cesárea anterior. (2019) *Obstet Gynecol* 133(2), 110-127 doi: 10.1097/AOG. 0000000000003078.

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos Practica la bala No. 183, hemorragia posparto. (2017) *Obstet Gynecol*, 130(4), 923-925 doi:10.1097/ AOG. 0000000000002346.

American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin No. 135 (Boletín de práctica No. 135 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos), Aborto en el segundo trimestre. (2013) *Obstet Gynecol*, 121(6), 1394-1406 doi: 10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc

Berghella, V., Airoidi, J., O'Neill, A., Einhorn. K. y Hoffman, M. (2009). Misoprostol para la interrupción del embarazo en el segundo trimestre en mujeres con cesárea previa: una revisión sistemática. *BJOG*. (116), 1151–1157. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02190.

Bauman, B. L., Ko, J. Y., Cox, S., et al. *Signos vitales: síntomas depresivos posparto y discusiones del proveedor sobre la depresión perinatal - Estados Unidos, 2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:575–581. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6919a2external>

Comité de Atención de la Salud para Mujeres Desfavorecidas; Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (Confirmado 2022). Dictamen N° 615 del Comité sobre el acceso a la anticoncepción. *Obstet Gynecol*. enero de 2015; 125(1):250–255. <https://www.acog.org/clinical/clinicalguidance/committee-opinion/articles/2015/01/access-to-contraception>.

Irlanda, L. D., Gatter, M. y Chen, A. Y. (2015). Médico comparado con el aborto quirúrgico para la interrupción efectiva del embarazo en el primer trimestre. *Obstetricia y Ginecología*, 126(1), 22-28.

Kaltreider, N. B., Goldsmith, S. y Margolis, A. J. (1979). El impacto de las técnicas de aborto a mediados del trimestre en los pacientes y el personal. *Am J Obstet Gynecol*, 135, 235–238.

Kerns, J., Vanjani, R., Freedman, L., Meckstroth, K., Drey, E. A. y Steinauer, J. (2012). Toma de decisiones de las mujeres con respecto a la elección del método de interrupción del segundo trimestre para las complicaciones del embarazo. *Int J Gynaecol Obstet*, 116, 244–8.

Kortsmit, K., Mandel, M. G., Reeves, J.A., Clark, E., Pagano, P., Nguyen, A., Petersen, E. E. y Whiteman, M. K. (2021). Vigilancia del aborto - Estados Unidos, 2019. *MMWR Surveill Summ* 70(SS-9),1–29. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7009a1>.

Lemmers, M., Verschoor, M. A., Hooker, A. B., Opmeer, B. C., Limpens, J., Huirne, J. A. F, Ankum, W. M. y Mol, B. W. M. (2016). La dilatación y el legrado aumentan el riesgo de parto prematuro posterior: una revisión sistemática y metanálisis. *Hum Reprod*, 31(1), 34-45.

Magro Malosso, E. R., Saccone, G., Simonetti, B., Squillante, M. y Berghella, V. (2018). Tendencias en los Estados Unidos en el aborto y el parto prematuro. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 31(18), 2463-2467.

Moore, K. L, Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (eds.). (2020). *El Ser Humano en Desarrollo* (11ª edición). Elsevier.

Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina. (2018). La seguridad y la calidad de la atención del aborto en los Estados Unidos. <https://doi.org/10.17226/24950>

Boletín de Práctica No. 135, Aborto en el segundo trimestre. (2013). *Obstet Gynecol*, 121(6), 1394-1406 DOI: 10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc

Raymond, E. G. y Grimes, D. A. (2012). La seguridad comparativa del aborto inducido legal y el parto en los Estados Unidos. *Obstet Gynecol*, 119(2), 215-219. doi: 10.1097/AOG.0b013e31823fe923.

Simmonds, K., Likis, F. E. y Aztlan-James, E.A. (2017). Embarazo no deseado. En K. D. Schuiling & F. E. Likis (Eds.), *Women's Gynecologic Health* 3ra. edición (pág. 414). Jones y Bartlett Aprendizaje.

https://www.academia.edu/42888634/WOMENS_GYNECOLOGIC_HEALTH_THIRD_EDITION

Saccone, G., Perreira, L. y Berghella, V. (2016). Evacuación uterina previa del embarazo como factor de riesgo independiente para el parto prematuro: una revisión sistemática y metanálisis. *Am J Obstet Gynecol*, 214(5), 572-591.

White, K., Carroll, E. y Grossman, D. (2015). Complicaciones del aborto por aspiración en el primer trimestre: una revisión sistemática de la literatura. *Anticoncepción*, 92(5), 422-38.



Para obtener copias adicionales de este manual o si requiere este documento en otro formato, como letra grande, Braille o grabación de audio, contacte a:

División de Salud del Niño y la Familia

625 Robert St. N

Apartado de correos 64975

St. Paul, MN 55164-0975

651-201-3580

Gratis: 888-234-1137

<http://www.health.state.mn.us>

Impreso en papel reciclado.

ID# 53062
Diciembre de 2022