

Aborto

Un Derecho de la Mujer de Saber

La Ley del 2005 Para la Concientización y Prevención del Dolor del Bebé que Esta en el Vientre

A las veinte (20) semanas de gestación, el feto tiene las estructuras físicas necesarias para experimentar dolor. Hay evidencia de que a las veinte (20) semanas de gestación los bebés tratan de evadir ciertos estímulos de una manera que en un bebé o un adulto sería interpretado ser una respuesta al dolor. Se administra anestesia de forma rutinaria a los bebés que tienen veinte (20) semanas de edad gestacional o más que son sometidos a cirugía antes de nacer.

INTRODUCCIÓN

La información en este folleto ha sido desarrollada para darle a la mujer información básica antes de tomar la decisión de tener un aborto. Se ilustra y describe, a intervalos de dos semanas, cómo un feto crece durante las etapas del embarazo de una mujer. También se proporciona información acerca de las posibilidades de supervivencia de un bebé al nacer a diferentes edades gestacionales. La supervivencia se define aquí como tener vida a los 28 días después del nacimiento.

Se provee información sobre los métodos de aborto, los riesgos médicos y las reacciones emocionales al aborto. También se describen los riesgos médicos del parto. Sin embargo, cabe destacar que a medida que la tecnología y los avances médicos se producen, los riesgos médicos asociados con el aborto y el parto están disminuyendo.

En esta publicación se describen los programas estatales de salud que pagan o ayudan a pagar los gastos médicos para la atención prenatal, el parto y el cuidado neonatal. Un directorio con nombres, direcciones y números de teléfono de agencias de adopción públicas y privadas, Oficinas de Asistencia de los Condado y agencias de servicios sociales están también disponibles. El directorio está dividido por condado, para que las personas que llamen puedan obtener información y ayuda de lugares situados cerca de donde viven. Usted puede pedir una copia adicional de este directorio llamando a la Línea de Información de Salud del Estado al 1-800-235-0002. El Directorio de Servicios esta también disponible en la página de internet del Departamento de Salud de Arkansas en el www.healthy.arkansas.gov

Al llamar o visitar las agencias y oficinas, la mujer puede encontrar información sobre alternativas al aborto, la adopción y los tipos de asistencia disponibles para ayudar a la mujer durante el embarazo, el parto y mientras cría a su hijo

Además, cada mujer debe saber que:

- Es ilegal para cualquier persona coaccionar a una mujer para someterse a un aborto.
- Cualquier médico que practique un aborto a una mujer sin obtener su consentimiento informado o sin proveerle una consulta médica privada, puede ser responsable por daños a ella en una acción civil legal.
- El padre de un niño es legalmente responsable de ayudar en el sostenimiento del niño, incluso en instancias donde el padre ha ofrecido pagar por un aborto.
- La ley permite que los padres adoptivos paguen el costo de la atención prenatal, el parto y el cuidado neonatal.
- Si a un menor le es negado apoyo financiero por los padres del menor, tutor o custodio debido a la negación del menor para someterse a un aborto, el menor se considerará emancipado o independiente para los propósitos de elegibilidad a los beneficios de asistencia pública. Los beneficios no se pueden utilizar para obtener un aborto.

DESARROLLO HUMANO ANTES DEL NACIMIENTO

La edad de un bebé que está en el vientre (edad gestacional) se mide de dos maneras diferentes. Los embriólogos (doctores y científicos que estudian las primeras etapas del embarazo) miden la edad de un feto a partir de la fecha estimada de la concepción (el momento en que usted realmente quedó embarazada). Este libro refiere a esa manera de medir como “semanas de fertilización.”

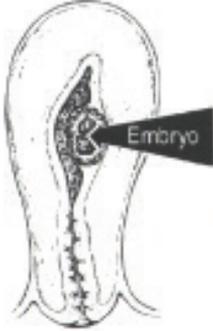
Por otra parte, los médicos miden la edad del bebé que está en el vientre desde el primer día de la última menstruación, que generalmente se produce dos semanas antes de la fertilización (concepción). Este libro refiere a esta manera de medir la edad gestacional como “semanas menstruales.”

En las páginas siguientes existen fotos y descripciones de cómo un embrión y el feto crecen en el cuerpo de una mujer.

Después de la fecundación, el óvulo se divide y se multiplica para formar el embrión.

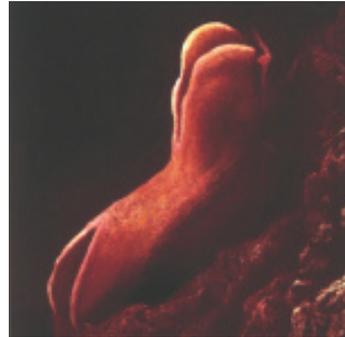
2 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN 4 SEMANAS MENSTRUALES

El embrión en desarrollo es aproximadamente del tamaño de una cabeza de alfiler y ahora está dentro de una cubierta protectora de células especiales dentro de la pared del útero. Las células están empezando a crecer en grupos que serán partes del embrión.



3 SEMANAS FERTILIZACIÓN 5 SEMANAS MENSTRUALES

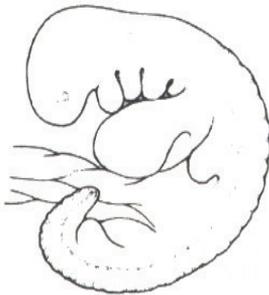
El embrión y las primeras células nerviosas se han formado.



4 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

6 SEMANAS MENSTRUALES

El embrión mide aproximadamente $\frac{1}{4}$ de pulgada de largo (5 milímetros). Se forma un vaso sanguíneo que más tarde se convertirá en el corazón y sistema circulatorio. Este empieza a bombear la sangre. Casi al mismo tiempo, una cresta de tejido se forma debajo a la longitud del embrión. Ese tejido se convertirá más tarde en el cerebro y la médula espinal. Los brotes de los brazos y piernas están ya presentes.



6 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

8 SEMANAS MENSTRUALES

El embrión mide aproximadamente $\frac{3}{4}$ de pulgada de largo (23 milímetros). Las células del embrión continúan multiplicándose y comienza a formarse el cerebro. En el otro extremo se encuentra un capullo que se convertirá en la parte final de la espina dorsal. Los dedos de manos y pies están comenzando a aparecer. Otras células que también se están multiplicando en otras partes del embrión están comenzando a formar los ojos, los oídos, las mandíbulas, los pulmones, el estómago, los intestinos y el hígado.



8 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

10 SEMANAS MENSTRUALES

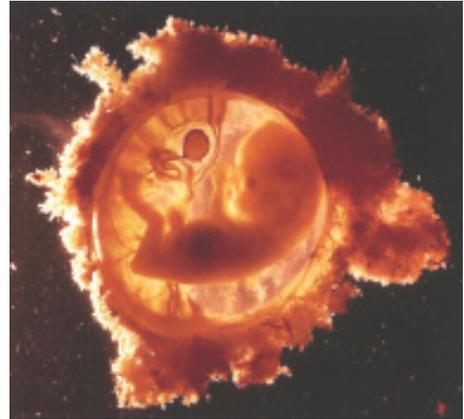
El embrión es llamado feto. La longitud del feto, medido desde la parte superior de la cabeza a la parte inferior del tronco (céfalo-caudal), es de aproximadamente $1 \frac{1}{2}$ pulgadas (40 milímetros). Las estructuras que formarán los ojos, las orejas, los brazos y las piernas ya son identificables. Los músculos y el esqueleto se están desarrollando. El latido fetal puede ser detectado electrónicamente.



10 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

12 SEMANAS MENSTRUALES

Todas las principales características externas del cuerpo han aparecido. El feto desde la coronilla hasta la cola es de aproximadamente 2 ½ pulgadas de largo (60 milímetros), y pesa alrededor de ½ onza (14 gramos). Los músculos continúan desarrollándose. Los dedos de las manos y pies se pueden distinguir y ya tienen uñas.



2 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

14 SEMANAS MENSTRUALES

El feto mide aproximadamente 3 ½ pulgadas de largo (87 milímetros), y pesa aproximadamente 1 ½ onzas (45 gramos). La cabeza sigue siendo la parte dominante del feto. Los ojos están comenzando a crecer hacia el frente y 20 yemas están presentes las cuales formaran los dientes de leche. Ya hay párpados y la nariz está desarrollando un puente. Los genitales externos se han desarrollado y el sexo puede ser ya identificado.



14 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

16 SEMANAS MENSTRUALES

La longitud del feto es de aproximadamente 5 pulgadas (120 milímetros), de la corona a la cola, y el peso es de más o menos 4 onzas (110 gramos). Las extremidades están bien desarrolladas. La piel luce transparente. La cabeza es grande comparada con otras estructuras del cuerpo.



16 SEMANAS FERTILIZACIÓN

18 SEMANAS MENSTRUALES

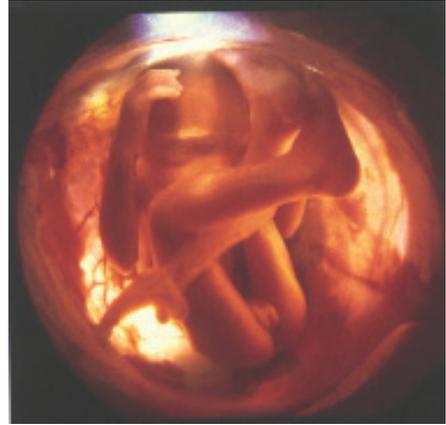
El feto desde la coronilla hasta la cola es ahora de más o menos 5 ½ pulgadas de largo (140 milímetros). El peso es casi de 8 onzas (200 gramos). La piel es rosada y transparente.



18 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

20 SEMANAS MENSTRUALES

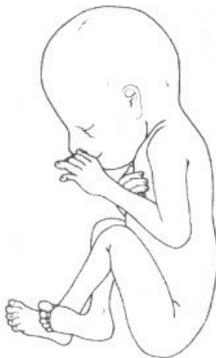
La longitud cráneo-caudal es de aproximadamente $6 \frac{1}{4}$ pulgadas (160 milímetros). El peso es casi $\frac{3}{4}$ de libra (320 gramos). Un vello fino así como pelo en el cuero cabelludo aparecen en el feto. Se producen movimientos respiratorios, pero los pulmones no se han desarrollado lo suficiente como para permitir la supervivencia fuera del útero. En este momento la mujer puede sentir al feto moverse.



20 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

22 SEMANAS MENSTRUALES

La longitud cráneo-caudal es de aproximadamente $7 \frac{1}{2}$ pulgadas (190 milímetros). El peso es alrededor de una libra (460 gramos). Los riñones están comenzando a trabajar y los sacos de aire de los pulmones están comenzando a desarrollarse. El feto es más activo volteándose de un lado a otro. Hasta este momento, hay muy pocas posibilidades de que un bebé sobreviva fuera del útero. Se estima que 7% de los bebés nacidos a esta edad, y tratados en las unidades hospitalarias de cuidados intensivos neonatales sobrevivieron hasta el día en que fueron dados de alta de las unidades de cuidados intensivos.



22 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

24 SEMANAS MENSTRUAL

La longitud cráneo-caudal es de aproximadamente 8 ¼ pulgadas (210 milímetros) y el peso ha aumentado a 1 ¼ de libra (630 gramos) aproximadamente. Es evidente el pelo en la cabeza y el cuerpo. La piel está arrugada y aun extremadamente delgada. Las cejas y las pestañas son más evidentes. La grasa está comenzando a formarse en el feto y usualmente, puede ser detectada la presencia de esqueleto fetal. En este momento, cambios están ocurriendo en el desarrollo del pulmón de manera que, algunos bebés en esta etapa pueden ser capaces de sobrevivir fuera del útero, dada la tecnología y servicios de cuidados intensivos provistos en muchos hospitales. Aun así, las posibilidades de supervivencia son pocas. Se estima que para bebés nacidos en este momento y tratados en unidades de cuidados intensivos neonatales de los hospitales, hasta el 62% sobrevivió hasta el día en que fueron dados de alta de las unidades hospitalarias de cuidados intensivos neonatales. Si el bebé sobrevive, es probable que tenga discapacidades de largo plazo.



24 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

26 SEMANAS MENSTRUALES

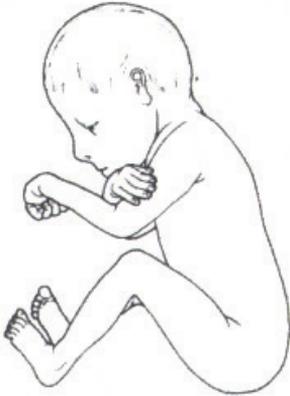
La longitud cráneo-caudal es de aproximadamente 9 pulgadas (230 milímetros) y el peso promedio es de dos libras (820 gramos). Los pulmones siguen desarrollándose. Los movimientos corporales son más fuertes. La piel es roja y arrugada y está cubierta con pelo fino suave. Se estima que para los bebés que nacen en este tiempo y son tratados en unidades hospitalarias de cuidados intensivos neonatales, hasta 85% sobrevivió hasta el día en que fueron dados de alta de la unidades de cuidados intensivos neonatales.



26 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

28 SEMANAS MENSTRUALES

La longitud cráneo-caudal es de aproximadamente 10 pulgadas (250 milímetros). El peso es alrededor de 2 ½ libras (1,000 gramos). El feto continúa desarrollándose y creciendo. Los ojos están parcialmente abiertos. Se estima que alrededor del 94% de los bebés que nacen de las 28 a 29 semanas menstruales sobreviven.



28 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

30 SEMANAS MENSTRUAL

La longitud cráneo-caudal es de aproximadamente 10 ½ pulgadas (270 milímetros) y el peso es de aproximadamente 3 libras (1,300 gramos). La grasa se está acumulando y el cuerpo es más redondeado. El feto puede abrir y cerrar sus ojos, se chupa el dedo y llora. Los bebés nacidos de las 30 a 40 semanas menstruales tienen una gran posibilidad de sobrevivir.



30 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

32 SEMANAS MENSTRUALES

La longitud cráneo-caudal es de aproximadamente 11 pulgadas (280 milímetros). El peso es más de 3 libras (1,700 gramos). El feto continúa desarrollándose y arrugas aparecen en las plantas de los pies. Alrededor del 98% de los bebés nacidos de 32 a 33 semanas menstruales sobreviven (basados en estadísticas nacionales).



32 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

34 SEMANAS MENSTRUALES

La longitud cráneo-caudal es de aproximadamente 12 pulgadas (300 milímetros). El peso es alrededor de 4 ½ libras (2,100 gramos). La piel es rosada y suave. La grasa continúa acumulándose, y el feto continúa aumentando de peso a ritmo constante. Alrededor de 98% de los bebés nacidos entre las 34 a 35 semanas menstruales sobreviven (basados en estadísticas nacionales).



34 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

36 SEMANAS MENSTRUAL

La longitud cráneo-caudal es de 12 ½ pulgadas (320 milímetros). El peso es alrededor de 5 ½ libras (2,500 gramos). El bebé en el útero es ahora más redondo y regordete y está casi completamente desarrollado. La cara es menos arrugada. Más del 99% de los bebés nacidos de las 36 a 37 semanas menstruales sobreviven (basados en estadísticas nacionales).



36 SEMANAS DE FERTILIZACIÓN

38 SEMANAS MENSTRUALES

La longitud cráneo-caudal es de 13 ½ pulgadas (340 milímetros). El peso es de 6 ½ libras (2,900 gramos). A este tiempo, en la mayoría de los casos, el feto está totalmente desarrollado. Más del 99% de los bebés nacidos de las 38 a 39 semanas menstruales sobreviven (basados en estadísticas nacionales).



MÉTODOS DE ABORTO Y RIESGOS MÉDICOS

Hay tres formas en que un embarazo puede terminar: una mujer puede dar a luz, una mujer puede tener un aborto involuntario o ella puede optar por tener un aborto. Si usted toma una decisión informada de tener un aborto, usted y su médico tendrán que considerar el tiempo que ha estado embarazada antes de decidir qué método de aborto usar. Basados en datos del Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el riesgo de morir como resultado directo de un aborto legalmente inducido es menos de uno por 100,000.

El Primer Trimestre

Los médicos utilizan un método de aspiración al vacío durante el primer trimestre (los primeros tres meses del embarazo). El médico debe primero medir el tamaño de su útero. El médico le pedirá que se acueste boca arriba y doble sus rodillas. Él o ella colocará una mano en su vagina y la otra en el abdomen (panza). A continuación, el médico observará la apertura de su útero (el cuello de la matriz) usando un espéculo (un instrumento especial). A continuación, el médico rociará o inyectará un medicamento en el cuello de la matriz. Esto le evitará sentir mucho dolor. El médico colocará un catéter (un tubo transparente y suave similar a un popote largo) dentro de su cuello del útero. El catéter es conectado a una máquina que actúa como una aspiradora. El feto y el resto de los productos de la concepción son succionados hacia fuera del útero a través del catéter.

Si más de seis semanas han pasado desde su última menstruación normal, el médico deberá primero abrir suavemente (dilatarse) el cuello del útero. El médico utilizará un tubo de plástico más firme y más largo (cureta o legra) para eliminar (evacuar) al feto.

Poner fin a un embarazo en el primer trimestre se considera una cirugía menor. Sin embargo, en uno de cada cien abortos, el útero puede no ser vaciado completamente o puede infectarse. Ambos problemas son tratables. También, en uno de cada 500 abortos el catéter puede atravesar la pared del útero accidentalmente. Si esto ocurre, la mujer necesitaría una cirugía para reparar la ruptura.

El segundo trimestre

Por lo general, durante un segundo trimestre (los meses cuarto, quinto, y sexto del embarazo), para realizar un aborto, el médico abre (dilata) el cuello uterino y vacía (evacua) el útero. Este método se conoce como la dilatación y evacuación (D & E).

Cuando este método de aborto es utilizado en el segundo trimestre, el médico puede insertar un material que parece esponja dentro del cuello uterino. Mientras la esponja se humedece ella se va agrandando abriendo la boca del cuello del útero. El médico quitará la esponja entre dos y dieciséis horas más tarde. El médico utiliza unas pinzas para extraer el feto o partes del feto, puede el también succionar el feto o partes del feto por aspiración al vacío utilizando un catéter más grande del que se describe para el primer trimestre. La placenta es la más comúnmente removida por aspiración al vacío.

Antes de que el médico lleve a cabo este procedimiento, él o ella necesitará sentir el tamaño del útero para determinar la edad gestacional del feto. Si la edad gestacional determinada es el final del segundo trimestre, el médico puede optar por realizar el aborto por inducción del parto.

Durante la inducción del trabajo de aborto, este puede ser iniciado (inducido) inyectando medicamentos o agua salada dentro de la bolsa de agua fetal (saco amniótico). La medicina puede ser inyectada dentro de la bolsa de agua a través de la piel, después de hacer limpieza del vientre (abdomen) para matar los gérmenes en la piel, se aplica un medicamento insensibilizador (anestésico) dentro de la piel; y se va empujando una aguja a través de la piel hacia dentro de la bolsa de las aguas. El medicamento para

inducir el trabajo de aborto también puede ser inyectado en el torrente sanguíneo de la mujer a través de una vena. El trabajo de aborto por lo general se iniciará entre las dos y las cuatro horas. En general, la inducción del trabajo de aborto requiere una estancia más larga y no se realiza en el entorno de un consultorio. Si la placenta no es eliminada con el feto durante la inducción del aborto, el médico deberá abrir el cuello uterino y succionar el útero como se describe en el método de aspiración al vacío.

En general, la inducción del trabajo de aborto requiere una estancia más larga y no se realiza en el entorno de un consultorio. Si la placenta no es eliminada con el feto durante la inducción del aborto, el médico debe abrir el cuello uterino y succiona el útero como se describe en el método de aspiración al vacío.

Cuando se realiza un aborto por el método de D & E, prácticamente no hay ninguna posibilidad de que el feto sobreviva al procedimiento. Cuando se realiza un aborto en la parte final del segundo trimestre, el médico puede optar por inyectar medicamentos dentro del feto para terminarlo antes de realizar la aspiración al vacío. Si la inducción del trabajo de parto es el método utilizado, hay mínimas posibilidades que un bebé pueda sobrevivir por un corto período de tiempo. La posibilidad de vivir fuera del útero aumenta a medida que aumenta la edad gestacional. En el caso de que el bebé que se ha removido tenga vida, cualquier doctor u otro personal médico que atiende al niño está obligado por ley a proporcionar el tipo, grado de atención y el tratamiento que, a juicio de buena fe del médico es comúnmente provisto a cualquier otra persona en condiciones y circunstancias similares.

Las complicaciones que se pueden presentar en abortos del segundo trimestre por D & E son las mismas que para el primer trimestre: El útero puede no ser vaciado completamente y aparecer infección o un instrumento puede causar una perforación en el útero. En abortos del segundo trimestre puede haber también sangrado intenso por unos días después de que el embarazo se ha terminado. Estos problemas no suceden a menudo y pueden ser tratados médicamente.

Las complicaciones de los abortos son menos frecuentes durante las primeras ocho semanas de embarazo que si se realizan después. La inducción del trabajo de aborto conlleva el más alto riesgo de problemas.

Las mujeres que terminan su embarazo por aspiración al vacío, por inducción o D&E, no suelen tener problemas para quedar embarazada más adelante en la vida. Sin embargo, es posible que el tener varios abortos pueda dificultar el tener hijos.

Recuerde, cada uno de los métodos utilizados para interrumpir el embarazo puede causar problemas. Pregunte a su médico acerca de todos los posibles problemas para que usted pueda ser provista de recomendaciones.

El Tercer Trimestre

Su médico puede aconsejarle poner fin a su embarazo tempranamente entre las 24 y 38 semanas de gestación (semanas menstruales). Si dicha recomendación refieren el uso de cualquier medio para poner fin a su embarazo con conocimiento de que la terminación por esos medios causaran, con razonable probabilidad, la muerte del bebé que está en el vientre, entonces la interrupción del embarazo usando tales medios es un aborto. Un aborto en esta etapa de su embarazo sólo se puede hacer si su médico razonablemente cree que es necesario para prevenir ya sea la muerte de usted o una minusvalía sustancial e irreversible de una de sus principales funciones corporales.

Cuando un embarazo es terminado en esta etapa, uno de dos procedimientos se lleva a cabo; la inducción del trabajo de parto o una cesárea.

Si el embarazo es terminado por la inducción del aborto durante el tercer trimestre, este es muy diferente de la descripción anterior. En el tercer trimestre, el trabajo de aborto puede iniciarse mediante la inyección de medicamentos directamente en el torrente sanguíneo (vena) de la mujer embarazada. El trabajo de aborto y el nacimiento del feto durante el tercer trimestre son similares al nacimiento de un bebé. La duración del trabajo de aborto depende del tamaño del bebé y la “madurez” de la matriz.

Al igual que con el parto de un bebé, las complicaciones de la inducción del aborto durante el tercer trimestre incluyen: infección, sangrado intenso, presión arterial alta y derrame cerebral. Cuando se utilizan medicamentos para iniciar el trabajo de aborto, hay un mayor riesgo de ruptura del útero que durante el parto normal.

Si el trabajo de aborto no se puede iniciar inyectando medicamentos en la mujer embarazada, o si la mujer embarazada está demasiado enferma para someterse al trabajo de aborto, una cesárea puede ser realizada. Una cesárea es una cirugía para extraer al bebé desde la matriz. En general, a la mujer se le relaja y adormece ya sea por medio de una combinación de medicamentos inyectados en la vena o en la espina dorsal y/o por medicamentos inhalados hacia los pulmones. En seguida la piel del abdomen es preparada lavándola con una solución jabonosa (antiséptico) para aniquilar los gérmenes. La pared del abdomen y la matriz son cortadas quirúrgicamente y el bebé es extraído.

Las complicaciones de la cesárea son similares a las observadas en el parto normal y administración de la anestesia: sepsis (infección grave), embolias (coágulos de sangre en corazón y el cerebro), neumonía por aspiración (contenido del estómago respirado hacia los pulmones), hemorragia (sangrado severo), y lesión del tracto urinario.

La probabilidad de que su bebé viva después de nacer en esta etapa de su embarazo depende de la edad gestacional y la salud del bebé en el momento del parto. Cuando se realiza un aborto durante el tercer trimestre, deben tomarse los siguientes pasos:

1. El médico que pone fin al embarazo debe certificar por escrito que basado en el examen médico y juicio médico, el aborto es necesario para prevenir ya sea la muerte de usted o la minusvalía sustancial e irreversible de una de sus principales funciones corporales.
2. Un segundo médico debe también examinarle y certificar por escrito que basado en el examen médico y juicio médico, el aborto es necesario para prevenir ya sea la muerte de usted o la minusvalía sustancial e irreversible de una de sus principales funciones corporales.
3. El aborto debe tomar lugar en un hospital.
4. El médico debe seleccionar un procedimiento que con mayor probabilidad permita vivir al bebé por nacer.
5. Un segundo médico debe también estar presente en la sala en la que se realiza el procedimiento. Ese médico se encargará de la atención médica del bebé inmediatamente después de que haya nacido y debe tomar todos los pasos razonablemente necesarios para preservar la vida y salud del bebé.

El médico no está obligado a utilizar el método de aborto que proporcionaría la mejor oportunidad de sobrevivir al bebé si el médico determina que a su juicio médico de buena fe el uso de ese método posee un riesgo significativamente mayor para la vida de usted o para una minusvalía sustancial e irreversible de una de sus principales funciones corporales de lo que sería con otro método.

En el caso de una emergencia médica, un médico tampoco necesita cumplir con ninguna condición listada anteriormente en el cual, en el juicio médico del doctor, él o ella son incapaces de satisfacer debido a la emergencia médica.

MÉTODOS QUÍMICOS (ABORTO MÉDICO)

Las mujeres que desean interrumpir sus embarazos en sus primeras etapas, pueden optar por utilizar medicamentos (la mifepristona y misoprostol). La mifepristona (conocida como la píldora del aborto o RU-486) fue específicamente desarrollada y probada como una droga inductora de aborto. Esta ha sido utilizada con seguridad por millones de mujeres en todo el mundo desde 1988. Fue aprobada para su uso en los Estados Unidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) en septiembre del año 2000. Esta provoca cambios en el revestimiento del útero (matriz) que resulta en la pérdida del embarazo. El segundo medicamento es el misoprostol. Fue inventado inicialmente para prevenir úlceras del estómago, pero también se ha usado para inducir el parto. Cuando es usado para abortos médicos, este hace que el útero (matriz) se contraiga y se vacíe.

De acuerdo con el protocolo aprobado por la FDA, usted puede utilizar este proceso de aborto si no han pasado más de 49 días después de su último período menstrual y ha sido cuidadosamente examinada para asegurar que usted no tiene ninguna condición de salud, tales como problemas de las glándulas suprarrenales o de sangrado, reacciones alérgicas a alguna de las drogas, o uso prolongado de esteroides que podrían hacer que estos medicamentos sean peligrosos para usted. Ocasionalmente estos fármacos han sido utilizados hasta nueve semanas después de la última menstruación (o 63 días). Generalmente, los métodos quirúrgicos son más seguros y una mejor opción después de este tiempo. Cuanto más corto sea el tiempo que ha estado embarazada, mejor actuará el medicamento.

En su primera visita a la clínica, usted se someterá a un examen y aprenderá sobre el procedimiento y qué esperar durante el mismo. Se le pedirá hacerse un ultrasonido para determinar la edad del feto o la ubicación del embarazo. Estas son cosas importantes a saber porque la eficacia de los fármacos disminuye con la edad gestacional y no tratan el embarazo ectópico (fuera del útero), una condición que puede resultar fatal si no es detectada y tratada. Típicamente, un aborto médico requiere tener una edad de entre un día a cuatro semanas para poder funcionar. Aproximadamente el 95% de las mujeres tendrán el aborto completo dentro los 7 días siguientes.

El sangrado puede ir desde ligero a algo parecido a un período menstrual abundante y puede durar de 1 a 2 semanas después del aborto. Usted recibirá instrucciones escritas y verbales para ayudarlo a entender qué esperar y cuándo llamar a la clínica para una evaluación adicional. Los efectos secundarios más comunes de un aborto con medicamentos son cólicos, sangrado, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, escalofríos y/o fatiga. El embrión de siete semanas mide menos de media pulgada y por lo general no se ve cuando sale. Si la hemorragia o el dolor son excesivos o se mantiene por un período extendido de tiempo, busque ayuda inmediatamente.

Aproximadamente del 95% - 98% de las mujeres que eligen este método, tendrán un aborto con buen resultado. Del 1% - 5% de las mujeres tendrán tejido retenido no viable y necesitarán D & C (dilatación y curetaje o legrado), o succión por aspiración (como un aborto quirúrgico) con el fin de completar este procedimiento y evitar el sangrado abundante prolongado, cólicos y/o infección. Su primer período menstrual después de este procedimiento puede ser más intenso que su ciclo menstrual normal. La mayoría de las mujeres regresan a sus ciclos normales al segundo ciclo menstrual después del procedimiento. En casos de sangrado excesivo o fiebre de más de 100.4 ° F, usted debe comunicarse con su médico inmediatamente o ir a una sala de emergencias. En raras ocasiones puede ser necesaria una transfusión de sangre.

Aunque el método de aborto médico tiene buen resultado en la mayoría de los casos, a veces este método no funciona. Esto ocurre menos de una vez de cada 100 y el embarazo se finaliza por un procedimiento quirúrgico (succión). Continuar con el embarazo en este caso es arriesgado porque

la mifepristona puede causar defectos de nacimiento. Una consulta de seguimiento es necesaria para asegurarse de que el aborto ha sido completo. Este método, como todos los procedimientos, tiene sus riesgos.

Existe el potencial para una persona calificada de revertir los efectos de los medicamentos inductores del aborto tales como la mifepristona y misoprostol. Sin embargo, la seguridad y eficacia de este proceso no ha sido establecida. Para más información, por favor contacte a su doctor o proveedor médico.

REACCIÓN EMOCIONAL AL ABORTO

Porque cada persona es diferente, la reacción emocional de una mujer a un aborto puede ser diferente a la de otra. Después de un aborto, una mujer puede tener sentimientos tanto positivos como negativos, incluso al mismo tiempo. Una mujer puede sentir alivio por ambas cosas, de que el procedimiento ha terminado y de que ya no está embarazada.

Otra mujer puede sentirse triste de que estaba en una situación donde todas sus decisiones fueron difíciles. Ella puede sentirse triste por la terminación del embarazo. Por un tiempo después del aborto ella también puede sentir una sensación de vacío o de culpa, preguntándose si su decisión fue correcta. Algunas mujeres que describen estos sentimientos hallan que estos se van con tiempo. Otras mujeres los encuentran más difíciles de superar.

Ciertos factores pueden aumentar la posibilidad de que una mujer puede tener una difícil adaptación a un aborto. Uno de estos es no tener ninguna consejería antes de consentir un aborto. Cuando la ayuda y el apoyo de familiares y amigos no están disponibles, el ajuste de la mujer a la decisión puede ser más problemática.

Otra razón de una respuesta pobre a largo plazo de una mujer al aborto puede estar relacionada con acontecimientos pasados en la vida de ella. Por ejemplo, los sentimientos negativos pueden durar más tiempo si ella no ha tenido mucha práctica en tomar grandes decisiones en la vida o que ya tenga serios problemas emocionales.

Hablar con un consejero profesional y objetivo puede ayudar a que la mujer considere completamente su decisión antes de que ella tome cualquier acción.

RIESGOS MÉDICOS DEL PARTO

Continuar con un embarazo y parto de un bebé es usualmente un proceso saludable y seguro. Sobre la base de datos del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), el riesgo de morir como resultado directo del embarazo y el parto es de menos de 10 por cada 100,000 nacidos vivos. Este riesgo es más grande para los negros (22 por cada 100,000).

Las causas más comunes de la muerte de una mujer embarazada son:

- Émbolos (coágulos de sangre que afectan al corazón y el cerebro).
- La eclampsia (complicación de presión arterial alta que afecta el embarazo).
- Hemorragia (sangrado severo).
- Sepsis (infección grave).
- Accidentes vasculares cerebrales (embolia cerebral, sangrado en el cerebro).
- Muertes relacionadas con la anestesia.

En conjunto, estas causas representan el 80% de todas las muertes relacionadas con el embarazo de una mujer. 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 riesgo mayor de muerte que las mujeres sanas.

El continuar con su embarazo también incluye un riesgo de experimentar complicaciones que no siempre son amenazantes para la vida.

- Aproximadamente 15 a 20 de cada 100 mujeres embarazadas requieren un parto por cesárea (parto por corte y abertura del abdomen).
- Uno de cada 10 mujeres pueden desarrollar infección durante o después del parto.
- Aproximadamente una de cada 20 mujeres embarazadas tienen problemas de presión arterial
- Una de cada 20 mujeres sufren de pérdida excesiva de sangre durante el parto.

INFORMACIÓN SOBRE PROGRAMAS ESTATALES DE SALUD QUE PAGAN POR ATENCIÓN PRENATAL, PARTO Y ATENCIÓN NEONATAL

Hay muchas agencias públicas y privadas dispuestas y capaces de ayudarle a completar todo su embarazo y ayudarle a usted y a su bebé después de que el bebé ha nacido, ya sea que usted elija quedarse con el bebé o ponerlo para adopción. El estado de Arkansas le insta firmemente a contactar a una de estas agencias antes de hacer su decisión final acerca del aborto. La ley requiere que su médico y su agente le den la oportunidad de llamar a este tipo de agencias antes de someterse a un aborto.

Usted puede o no calificar para ayuda financiera para el cuidado prenatal, el parto y cuidado neonatal, dependiendo de sus ingresos. Si usted califica, programas como el Programa de Medicaid de Arkansas pagará o ayudará a pagar el costo del médico, la clínica, el hospital y otros gastos médicos relacionados para ayudarle con la atención prenatal, servicios del parto y cuidados de su bebé recién nacido. Para más información, comuníquese con su oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de su condado o su oficina local del Departamento de Salud de Arkansas.

LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE

El padre de un niño tiene la responsabilidad legal de proveer apoyo para el hijo, incluyendo pero no limitándose a los pagos para gastos de mantención, y seguro médico.

La paternidad puede ser establecida con la firma del padre en el certificado de nacimiento, con una declaración de paternidad, o por una acción en la corte. Se puede obtener más información referente al establecimiento de la paternidad y otros servicios de apoyo al niño al llamar a la Oficina para el Cumplimiento del Apoyo al Niño. Para localizar una oficina en su área, o para mayor información, llame al 501-682-8398. También puede encontrarse una lista completa de las oficinas para el cumplimiento del apoyo al niño en el Directorio de los servicios provistos a usted, o en la página website del Departamento de Administración y Finanzas de Arkansas en el www.dfa.arkansas.gov

DIRECTORIO

La decisión de tener un aborto o tener un bebé debe ser cuidadosamente considerada. Le animamos a que contacte a cualquier organización o agencia listada en el Directorio de Servicios provistos a usted si necesita más información para poder tomar una decisión informada.

Es obligación de su doctor darle una copia del directorio. Si desea obtener una copia adicional del directorio, llame a la línea gratuita de Información de Salud Estatal al 1-800-235-0002 o visite la página website del Departamento de Salud de Arkansas en el www.healthy.arkansas.gov

Para obtener más información, visite:
www.healthy.arkansas.gov o llame al 1-800-235-0002

