A vertical bar on the right side of the page, divided into a red top section and a blue bottom section. The text is centered in the blue section.

Ley de  
derecho de  
la mujer a la  
información



Ley de  
derecho de  
la mujer a la  
información



# Introducción

Para cumplir con la Ley Estatal de la Sesión 2011-405, este folleto brinda información sobre las características anatómicas y fisiológicas durante las etapas del embarazo. Este folleto también brinda información sobre los materiales acerca del aborto y los riesgos de ambos, el aborto y del parto.

Para cumplir con la Ley Estatal de la Sesión 2011-405, se puede solicitar una copia de este folleto y un directorio de agencias públicas y privadas y servicios disponibles por medio de la página web **[www.wrtk.ncdhhs.gov](http://www.wrtk.ncdhhs.gov)**.



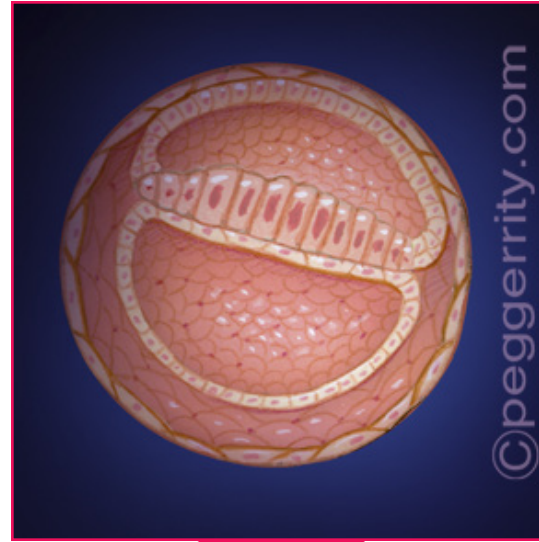
## Etapas del embarazo

A menos que se indique lo contrario, en este folleto se mencionan todas las edades prenatales a partir del comienzo del último período menstrual. Esta edad representa dos semanas más que la edad de la concepción, también conocida como fertilización. El embarazo de término completo típicamente tiene una duración de 40 semanas desde el primer día del último período de la menstruación normal de una mujer, el cual es en realidad aproximadamente 38 semanas a partir de la fertilización.



## Las dos primeras semanas

- Poco después de que comienza la menstruación de una mujer, su cuerpo comienza a prepararse para la posibilidad del embarazo.
- Aproximadamente a las dos semanas del ciclo menstrual, una mujer libera un óvulo de uno de sus ovarios hacia una trompa de Falopio adjunta.
- La fertilización es ahora posible durante las próximas 24 horas más o menos.
- Si la fertilización ocurre, se forma un embrión unicelular con un diámetro de aproximadamente cuatro milésimas de pulgada.



## 2 a 4 semanas

- Las células del embrión se dividen repetidamente moviéndose a través de la trompa de Falopio hacia el útero.
- Durante la cuarta semana después de que empezó la menstruación, el embrión puede implantarse en la pared del útero. Si ocurre la implantación, el embarazo comienza. Si no ocurre la implantación, la mujer continúa con sus periodos menstruales.



## 4 a 6 semanas

---

- A las cuatro semanas, el embrión mide menos de una centésima de pulgada de largo.
- El corazón comienza a latir a las cinco semanas más un día. Este es visible por ultrasonido casi de inmediato.
- A las cinco semanas, el desarrollo del cerebro, médula espinal y corazón están en marcha.





## 6 a 8 semanas

- A las seis semanas, el embrión mide menos de  $\frac{1}{4}$  de pulgada de largo desde la cabeza a los glúteos.
- A las seis semanas, el corazón está bombeando la sangre del embrión al cerebro y cuerpo.
- Las cuatro cámaras del corazón están presentes y funcionando.
- La cabeza, el pecho y cavidades abdominales se han formado y los inicios de los brazos y las piernas se ven; empiezan a desarrollar los dedos de las manos y los pies.
- El rápido desarrollo del cerebro continúa con la aparición de los hemisferios cerebrales aproximadamente a las siete semanas.

## 8 a 10 semanas

---

- A las ocho semanas, el embrión mide cerca de  $\frac{1}{2}$  pulgada desde la cabeza a los glúteos.
- Las ondas cerebrales se han medido y registrado antes de las ocho semanas y media.
- Los huesos de la mandíbula y clavícula comienzan a endurecerse.
- A las nueve semanas, se mueven las manos, el cuello gira.
- Se han formado los ovarios y los testículos.
- El latido del corazón del embrión alcanza alrededor de 170 latidos por minuto. El corazón está casi completamente formado.





## 10 a 12 semanas

- Después de las 10 semanas el embrión es conocido como un feto.
- Este feto de diez semanas pesa menos de media onza y mide poco menos de 1¼ pulgadas desde la cabeza a los glúteos.
- A las 10 semanas comienzan los riñones a producir y liberar orina y comienzan los movimientos intermitentes de respiración. Los dedos de manos y pies se han formados.
- Se pueden ver por ultrasonido más movimientos de las manos y los pies.
- Los expertos estiman que el feto a las 10 semanas posee casi el 90 por ciento de las 4,500 partes del cuerpo que se encuentran en los adultos.
- A las 11 semanas, la cabeza se mueve hacia adelante y hacia atrás, la mandíbula se abre y cierra activamente.
- En el feto femenino los ovarios ahora contienen células reproductivas y el útero está presente.

## 12 a 14 semanas

- El feto de 12 semanas pesa menos de 1 onza y mide casi 3 pulgadas de pies a cabeza.
- Las huellas dactilares se empiezan a formar; las uñas comienzan a crecer.
- Los huesos se están endureciendo en muchos lugares.
- Los labios y la nariz están completamente formados.



## 14 a 16 semanas

- A las 14 semanas, el feto pesa alrededor de 2 onzas y mide un poco menos de 5 pulgadas de pies a cabeza.
- Las papilas gustativas están presentes en la lengua y el desarrollo de los dientes esta en marcha.
- El feto produce una gran variedad de hormonas.
- Los brazos alcanzan su proporción final al tamaño del cuerpo.





## 16 a 18 semanas

- A las 16 semanas, el feto mide un poco menos de 7 pulgadas y pesa alrededor de 4 onzas.
- Una mujer embarazada puede comenzar a sentir los movimientos del feto alrededor de 18 semanas.
- Comienza la producción de varias enzimas digestivas.
- Alrededor de 17 semanas la formación de células sanguíneas se traslada a la médula ósea y el feto comienza a almacenar energía en forma de grasa corporal.



## 18 a 20 semanas

- A las 18 semanas, el feto pesa alrededor de 6 onzas y mide cerca de 8 pulgadas de largo.
- A las 18 semanas las vías respiratorias o sea el árbol bronquial, se han formado.

## 20 a 22 semanas

- El feto de 20 semanas pesa aproximadamente 9 onzas y mide unas 10 pulgadas de largo.
- Casi todos los órganos se han formado.
- A las 20 semanas, la laringe, o sea los órganos fonadores, empieza a moverse. La piel ha desarrollado glándulas sudoríparas y está cubierta por una sustancia blanca grasosa que se llama "vernix".
- A las 21 semanas los movimientos del cuerpo y el ritmo cardíaco comienzan a seguir los ciclos diarios llamados ritmos circadianos.



## 22 a 24 semanas

- El feto de 22 semanas pesa menos de 1 libra y mide aproximadamente 11 pulgadas de largo.
- A las 22 semanas, el sentido de audición comienza a funcionar y el feto puede moverse en reacción a los sonidos. La cóclea, el órgano de la audición, alcanza su tamaño de adulto. Todas las capas y estructuras de la piel están completas.
- Comienzan los movimientos de los ojos.





## 24 a 26 semanas

- El feto de 24 semanas pesa alrededor de 1¼ libras y mide aproximadamente 12 pulgadas de largo.



## 26 a 28 semanas

- El feto de 26 semanas pesa casi 2 libras y mide unas 14 pulgadas de largo.
- Los pulmones producen una sustancia necesaria para la respiración después del nacimiento.



## 28 a 30 semanas

- El feto de 28 semanas pesa más de 2½ libras y mide alrededor de 15 pulgadas de largo.
- A las 28 semanas el sentido del olfato está funcionando y los ojos producen lágrimas.
- A las 29 semanas, las pupilas de los ojos reaccionan a la luz.

## 30 a 32 semanas

- El feto de 30 semanas pesa alrededor de 3¼ libras y mide alrededor de 16 pulgadas de largo.
- Las arrugas en la piel van desapareciendo a medida que se forman más depósitos de grasa.





## 32 a 34 semanas

- El feto de 32 semanas pesa alrededor de 4 libras y mide alrededor de 17 pulgadas de largo.



## 34 a 36 semanas

- El feto de 34 semanas pesa alrededor de 5 libras y mide alrededor de 18 pulgadas de largo.
- El tejido de los pulmones sigue desarrollándose.

## 36 a 38 semanas

- El feto de 36 semanas, mide alrededor de  $5\frac{3}{4}$  libras y mide alrededor de  $18\frac{1}{2}$  pulgadas de largo.
- A las 37 semanas el feto puede apretar firmemente la mano.



## 38 a 40 semanas

- El feto de 38 semanas pesa alrededor de 6 libras y mide alrededor de 19 pulgadas de largo.
- Al término completo, el cordón umbilical mide típicamente entre 20 a 24 pulgadas de largo.
- El parto, en si, lo inicia el feto, de forma ideal alrededor de las 40 semanas, lo que conduce el nacimiento.
- Al término completo, los recién nacidos típicamente pesan entre 6 y 9 libras y miden entre 18 y 21 pulgadas de largo.





## Métodos del aborto

Hay motivos médicos y sociales para tener un aborto pero un fundamento de una buena práctica médica es tener un consentimiento informado sobre sus opciones. Estas mismas incluyen discutir las opciones de continuar el embarazo, métodos del aborto y las opciones de control de la natalidad junto con los riesgos y beneficios de cada una de estas opciones. Si considera tener un aborto, a partir del 1° de octubre de 2015, necesitará contactar por teléfono o personalmente al proveedor calificado que realizará el aborto por lo menos 72 horas antes del procedimiento para hablar sobre sus opciones. Esto le brindará la posibilidad de hacer preguntas sobre todas sus opciones y también sobre los riesgos y beneficios de los diferentes procedimientos médicos y quirúrgicos entre los cuales podría elegir, dependiendo de la etapa de su embarazo. Se requiere que su proveedor le haga un ultrasonido para mostrar la etapa de su embarazo, y si está en las primeras etapas del embarazo que le permiten ser candidata para un aborto médico y tener la seguridad de que no tiene un embarazo ubicado en las trompas de falopio (embarazo ectópico) en lugar de en el útero.

### **Dos tipos de aborto: la píldora del aborto (médico) y el aborto quirúrgico**

Si su ultrasonido muestra que está en las primeras etapas de su embarazo, podría tener la opción de tener un aborto médico (no quirúrgico). Se le administra un medicamento para detener el desarrollo del embarazo. Luego, un segundo medicamento se le administra por vía oral o se coloca en la vagina, causando que el útero despidiera el tejido. Los efectos secundarios de estos medicamentos pueden ser que una persona tenga calambres en el útero, náusea, dolor en la pelvis o sangrado con la eliminación de coágulos y tejidos durante horas y algunas veces días. Hay medicamentos que puede tomar para aliviar si

tiene dolor y náusea. Necesitará volver a otra visita entre 12 y 18 días después para tener la seguridad de que ha eliminado todo el tejido ya que una de cada 20 pacientes no elimina todo el tejido y necesitará tratamiento adicional. En total, una de cada 50 pacientes tendrá algún problema que requerirá el tratamiento en el consultorio del proveedor o la sala de emergencia y tres de cada 1000 sufrirán una complicación mayor que requiere la admisión al hospital, una operación o transfusión de sangre. Las complicaciones más comunes que ocurren son infección, sangrado y no eliminar todo el tejido. La mayoría de las pacientes no sufrirán ninguna de estas complicaciones pero existen riesgos en este tipo de tratamiento y por lo tanto, no se puede pronosticar.

### **Aspiración al vacío (procedimiento operatorio)**

Las pacientes que han estado embarazadas menos de 14 semanas y desean (o el proveedor recomienda) un procedimiento operatorio, el procedimiento de aspiración al vacío se puede completar en el consultorio o la clínica. A menudo, para preparar el cuello uterino para el procedimiento y para que sea más fácil completarlo, se administran medicamentos por vía oral o se colocan en la vagina con o sin un pequeño dispositivo insertado en el cuello uterino entre cuatro a doce horas antes del procedimiento. Se pueden usar diferentes tipos de medicamentos para el dolor, según lo decidan la paciente y su proveedor. En el momento del procedimiento, el cuello uterino (apertura del útero) será abierto gradualmente más y se insertará un tubo de plástico en el útero y se conectará a un sistema de aspiración que eliminará el tejido. Luego de que se ha sacado el tubo, se insertará una pequeña cureta (instrumento parecido a una cuchara) para frotar cuidadosamente las paredes del útero y tener la seguridad de que ha quedado vacío para que deje de sangrar. Aproximadamente una de cada 77 pacientes que han completado una aspiración al vacío temprano (menos de 13 semanas de embarazo) tendrán algún problema que requerirá

el tratamiento en la clínica del aborto o sala de emergencia del hospital.

Los riesgos del procedimiento y las complicaciones que pueden ocurrir son la retención del tejido, infección en el útero, sangrado y cortes en el cuello uterino (apertura del útero) o cortes en el útero (perforación) como resultado del uso de instrumentos en el útero. Ocurren problemas mayores que requieren la admisión al hospital, una operación o transfusión de sangre en una a dos de cada 1000 pacientes.

### **Dilatación y evacuación (D & E)**

Este tipo de aborto es un procedimiento quirúrgico que usualmente se realiza después de las 14 semanas del embarazo. El procedimiento de dilatación y evacuación requiere más apertura del cuello uterino (la apertura del útero) de manera que se realiza en dos etapas. Primero se dilata el cuello uterino colocando pequeños palitos, llamados laminarias, en el cuello uterino o colocando un medicamento en la vagina para que el cuello uterino se ablande. Esto se realizará varias horas o la noche antes del procedimiento pero algunas veces se debe realizar una o dos veces más antes de que el cuello uterino esté listo para ser abierto. Una vez que el cuello uterino está blando y listo para ser abierto, se administra medicamento para el dolor y se extrae el tejido fetal y de la placenta del útero usando la aspiración con una aspiradora y un instrumento médico. Alrededor de una de cada 67 pacientes tendrá algún problema que requerirá el tratamiento en la clínica del aborto o sala de emergencia del hospital. Los riesgos del procedimiento y los problemas que pueden ocurrir son la retención del tejido fetal y de la placenta, infección en el útero, sangrado y cortes en el cuello uterino (apertura del útero) o cortes en el útero (perforación) como resultado del uso de instrumentos en el útero. Ocurren problemas mayores que requieren la admisión al hospital, una operación o transfusión de sangre en alrededor de cuatro de cada 1000 pacientes.

## Inducción del parto

Este tipo de aborto se usa después de las 13 semanas de embarazo. La inducción del parto requiere de estancia en un hospital. Se administran medicamentos para iniciar el parto usando una de varias maneras: Por vía oral, en la vagina, en el recto o con una aguja a través de la pared abdominal de la paciente hacia el útero. Se administra el medicamento apropiado para el dolor. Generalmente, la inducción del parto se completa en 24 horas, pero algunas veces el aborto puede llevar más de 48 horas. El riesgo principal de esta práctica es que en ocasiones la placenta (secundinas) no fue eliminada completamente durante la inducción del parto, en cuyo caso se puede administrar más medicamento para inducir el parto o el proveedor puede vaciar el útero usando la aspiración e instrumentos en el útero. Si este es el caso, los riesgos del procedimiento son similares a los indicados anteriormente para la dilatación y evacuación.

## Otras inquietudes

Otras inquietudes que usted debe comentar con su proveedor son qué medicamentos para el dolor y/o anestesia son apropiados para su procedimiento en particular y cuáles son los riesgos de dichos tratamientos.

Se analizará su grupo sanguíneo y si usted tiene factor Rh negativo, su proveedor conversará con usted sobre el significado y que podría necesitar una inyección para prevenir complicaciones en un embarazo futuro. Si no se puede determinar su grupo sanguíneo de sus antecedentes o información de la Cruz Roja, se necesitará obtener sangre y esto deberá ser considerado en el momento del procedimiento ya que un tratamiento oportuno es importante en la administración de la inyección.



## Riesgo de continuar el embarazo hasta el parto

Ambos, los abortos y la continuación del embarazo hasta el parto incluyen riesgos. Los riesgos de continuar el embarazo incluyen:

Riesgo	Incidencia
Náusea y vómitos severos	0.5 – 2%
Desarrollo de diabetes durante el embarazo	5.6%
Preeclampsia	3%
Trastornos hipertensivos que no sean la preeclampsia	5 – 10%
Separación prematura de la placenta	0.4 – 1%
Placenta previa	2%
Infección en el útero después del parto	5.5% – parto vaginal 7.4% – parto por cesárea
Hemorragia severa después del parto	0.3%
Depresión postparto	8 – 19%

Los problemas severos del embarazo están presentes en un 1.6% de las madres en los Estados Unidos.

Se ha escrito mucho sobre el riesgo de muerte durante un aborto o durante un parto. Sabemos que el riesgo de muerte por un aborto o parto es muy bajo. Las diferencias podrían depender de las condiciones de las poblaciones sobre las cuales se recolectaron los datos y por lo tanto, la confiabilidad de dichos datos. Basado en datos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, el riesgo de la muerte de la paciente como resultado directo de un aborto inducido legalmente es menos de una en 100,000 mujeres. Como comparación, los datos

demuestran que el riesgo de muerte relacionada con un embarazo que concluye con un parto es aproximadamente 16.5 por cada 100,000.

También se ha escrito mucho sobre otros riesgos posibles del aborto que no son inmediatos o problemas a corto plazo relacionados con el procedimiento, pero que en cambio son riesgos de condiciones que afectan la salud o bienestar de la mujer a largo plazo. Una evaluación de las consecuencias psicológicas para la salud de un aborto inducido concluyó que las mujeres que tienen un aborto deben recibir información sobre el riesgo posterior de depresión. Un segundo ejemplo sería el riesgo de que un embarazo futuro termine en un parto prematuro. Los partos prematuros ocurren en un 11% de los embarazos en los Estados Unidos.

Existe evidencia de que el aborto inducido puede llevar a un mayor riesgo de sufrir un parto prematuro en un embarazo posterior. Las consecuencias posibles de un parto prematuro son parálisis cerebral, problemas de la vista y la audición y retraso en el desarrollo. Esto es especialmente cierto en abortos que se realizan con procedimientos operatorios que abren el cuello uterino (dilatación mecánica). El riesgo aumenta cuanto más avanzado esté el embarazo de la paciente y cuántos abortos haya tenido. Sin embargo, hay evidencia reciente que los abortos durante el primer trimestre que son médicamente inducidos y son de otra manera simples, están asociados con un riesgo mucho más bajo (si lo hay) de resultar en un parto prematuro en un embarazo posterior. Esto también es cierto para los abortos quirúrgicos del primer trimestre que se realizan usando el pretratamiento del cuello uterino para reducir la fuerza necesaria para abrir el cuello uterino con instrumentos.

## El control de la natalidad en el futuro

El embarazo puede ocurrir debido a la falla del método anticonceptivo, pero los estudios demuestran que el 50% de los embarazos en Estados Unidos y el 82% de los embarazos en jóvenes no son planeados. Los nuevos métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés), se pueden iniciar cerca del momento del aborto o durante la cita de seguimiento, por lo que la cita a las 72 horas antes del aborto es un buen momento para hablar con el proveedor acerca de las opciones de métodos anticonceptivos que puede usar en el futuro. Los nuevos dispositivos intrauterinos funcionan muy bien para evitar el embarazo, tienen indicadores de seguridad apoyados por pruebas convincentes y tienen la ventaja de que las pacientes no tienen que tomar acción ninguna para que funcionen, una vez que han sido implantados. Los dos tipos de dispositivos intrauterinos e implantes para el control de la natalidad son los tipos de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración que están disponibles para las pacientes en este momento. Su proveedor puede decirle si estos tipos de métodos anticonceptivos u otros serían una buena opción para usted, si desea usar un método para el control de la natalidad.



## Para encontrar servicios

La publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte, titulada “*Ley de derecho de la mujer a la información*” contiene un directorio de recursos con los nombres de organizaciones y agencias de servicios sociales por condado, departamentos de salud estatales que pudieran estar disponibles para asistirle en su localidad. La publicación está disponible en el sitio Web: **[www.wrtk.ncdhhs.gov](http://www.wrtk.ncdhhs.gov)**

## Beneficios de asistencia médica para atención prenatal, parto y cuidado para el bebé

Dependiendo de los ingresos, una persona puede cumplir los requisitos para recibir asistencia financiera para atención médica. Para aquellas personas que cumplen los requisitos, hay programas como Medicaid que pueden ayudarles a pagar los costos del médico, clínica, hospital y otros gastos médicos relacionados con atención prenatal, servicios de parto y atención para bebés recién nacidos. Para obtener información sobre Medicaid, incluso sobre cómo solicitar beneficios, visite el sitio: **[www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/families.htm#pregnant](http://www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/families.htm#pregnant)**.



## Reconocimientos y referencias

Esta publicación se produce en cumplimiento de la “*Ley de derecho de la mujer a la información*” legislada en la sesión 2011-405.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte reconoce las siguientes contribuciones a esta publicación:

- Las ilustraciones fueron creadas por Peg Gerrity, Houston, Texas.
- La información de desarrollo prenatal fue adaptada con permiso del Fondo para el Desarrollo Humano (The Endowment for Human Development).

N.C. DHHS thanks the reviewers who have offered useful comments on this brochure.

## Referencias

- American Congress of Obstetrics and Gynecology (ACOG) Patient Education Brochure, “How Your Baby Grows During Pregnancy” (2010)
- Bartley, J, Brown A, Baird DT “Double-blind randomized trial of mifepristone in combination with vaginal gemeprost or misoprostol for induction of abortion up to 63 days gestation.” Human reproduction (Oxford, England) 16 (10): 2098-102.
- Upadhyay, UD, Desai S, Zlidar V, Weitz TA , Grossman, D, Anderson P, Taylor D. Incidence of emergency department visits and complications after abortion. Obstet Gynecol. 2015; 125:175-83.
- Preterm Birth. Centers for Disease Control and Prevention 1600 Clifton Road Atlanta, GA 30329-4027, USA.  
<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm>.

- Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reprod Health Matters*. 2008 May;16 (31 Suppl);173-82).
- Swingle HM, Colaizy TT, Zimmerman MB, Morriss FH Jr. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med*. 2009 Feb; 54: 95-108.
- PS Shah, a,b, J Zaoa on behalf of Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses births\*BJOG 2009; 116:1425-1442.
- Oliver-Williams C, Fleming M, Monteath K, Wood AM, Smith GC. Changes in association between previous therapeutic abortion and preterm birth in Scotland, 1980 to 2008: a historical cohort study. *PLoS Med* 2013;10(7): e1001481.doi.10.1371/journal.pmed.1001481. Epub 2013 Jul 9.
- <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/MaternalInfantHealth/SevereMaternalMorbidity.html>
- American College of Obstetrics and Gynecology Practice Bulletin. Medical Management of First-Trimester Abortion, Number 143, March 2014
- American College of Obstetrics and Gynecology Practice Bulletin. Second-Trimester Abortion, Number 135, June 2013.
- American College of Obstetrics and Gynecology Committee Opinion. Increasing Use of Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy, Number 450, December 2009
- Thorp, JM Jr, Harmann, KE, Shadigan E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv*. 2003 Jan;58(1):67-79.











Estado de Carolina del Norte  
Departamento de Salud y Servicios Humanos  
División de Salud Pública  
[www.ncdhhs.gov](http://www.ncdhhs.gov)

N.C. DHHS es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. Rev. 10/15