

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y ATENCIÓN

La atención médica de seguimiento por parte del médico o de la persona designada por este, quien posee licencia de acuerdo con IC 25-22.5, está disponible de manera oportuna y adecuada cuando sea clínicamente necesario. La siguiente información de contacto y atención la proporciona el médico que realizará el aborto. Conserve esta información accesible.

Información del médico

Nombre del médico que realiza el aborto

Número de licencia del médico

Información de contacto en caso de emergencia

El siguiente es un número de teléfono de emergencia donde el médico, o la persona designada por este, puede ser contactado las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

Número de teléfono de emergencia

FOLLETO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL ABORTO



Indiana State
Department of Health

PRESENTACIÓN

Cuando queda embarazada tiene diversas opciones. Puede elegir entre: tener y criar a su hijo, darlo en adopción o abortarlo. Este Folleto de consentimiento informado sobre el aborto ha sido elaborado por el Departamento de Salud del Estado de Indiana (ISDH) para dar cumplimiento a los requisitos legales [Indiana Code (IC) 16-34-2-1.5] a objeto de que tome una decisión informada. Al menos dieciocho horas antes de un aborto, se exige al médico que lo va a realizar que le proporcione un ejemplar a color de este folleto. Usted debe certificar que recibió el folleto en el Formulario estatal de consentimiento de aborto 55320 del ISDH que le proporcionará el médico.

Este folleto tiene la finalidad de brindarle información sobre el aborto. El ISDH ha recopilado información sobre abortos de diferentes fuentes. El ISDH no avala ni es responsable del contenido proveniente de fuentes externas. El ISDH no ofrece asesoría médica. Las personas siempre deben consultar sus problemas de salud con su médico personal.

DISPONIBILIDAD DE ULTRASONIDO Y TONO CARDÍACO FETALES

Antes de efectuar un aborto, la ley de Indiana requiere que quien efectúe el aborto realice un ecosonograma del feto y un procedimiento del tono cardíaco fetal. El proveedor debe ofrecerle la oportunidad de ver la imagen del ecosonograma fetal y escuchar el tono del corazón del feto si fuese audible [IC 16-34-2-1.1(b)]. Puede rehusarse a ver el ecosonograma fetal y/o escuchar el tono del corazón fetal.

Su médico le proporcionará el Formulario de certificación de ISDH del ultrasonido y el tono cardíaco fetales. La finalidad de este formulario es documentar que su médico le ofreció la oportunidad de ver la imagen del ultrasonido fetal y escuchar el tono cardíaco fetal.

SITIO WEB DE ISDH

El ISDH tiene un sitio web que brinda información sobre la interrupción del embarazo (aborto). El sitio contiene este Folleto de consentimiento informado sobre el aborto junto con otros enlaces a formularios del estado, estatutos, regulaciones y otra información a través de Internet. El enlace directo al sitio es www.in.gov/isdh/25199.htm.

DESARROLLO FETAL

Los estatutos de Indiana establecen que: La vida física humana comienza cuando un espermatozoide humano fecunda un óvulo humano [IC 16-34-2-1.1(a)(1)(E)].

El período de tiempo entre la concepción y el nacimiento durante el cual el feto crece y se desarrolla dentro del útero materno se conoce como gestación. En los seres humanos, el tiempo del embarazo, o la edad gestacional, es el tiempo medido desde el primer día del ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Se mide en semanas. Debido a que el embarazo ocurre durante la tercera semana del ciclo menstrual de la mujer, las primeras dos semanas de edad gestacional de hecho ocurren antes de que la mujer quede embarazada. La siguiente información brinda una idea general de las características y cambios en función de la edad gestacional estimada (EGE).

CLÁUSULA DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Este Folleto de consentimiento informado sobre el aborto ha sido elaborado por el Departamento de Salud del Estado de Indiana (ISDH) según lo exigido por IC 16-41-2-1.5]. Este folleto ha sido elaborado para brindar información general sobre el aborto y no se debe considerar como asesoría legal, médica o profesional. Es posible que la información contenida en este folleto no se aplique a su situación particular y se le recomienda que consulte con su médico y abogado para obtener orientación específica con respecto a su situación. Si está considerando un aborto, el ISDH le anima a que consulte con su médico personal, su pareja, un miembro de su familia en quien confíe, un(a) amigo(a), un clérigo o un profesional de atención a la salud. Aunque el ISDH ha hecho un esfuerzo por brindarle información científica actualizada y objetiva, reconocemos que existen diferentes opiniones médicas sobre muchos asuntos. El ISDH no avala ni es responsable del contenido proveniente de fuentes externas. El contenido y los enlaces se han basado en la información disponible al momento en que se elaboró este folleto. No existe garantía de que el contenido de este folleto tenga la información médica, legal o profesional más actualizada.

Folleto de consentimiento informado sobre el aborto • Departamento de Salud del Estado de Indiana

Información electrónica publicada en: Junio de 2011 • Se elaboró un folleto provisional: 1° de julio de 2013 • Se elaboró el folleto: 3 de abril de 2014

Departamento de Salud del Estado de Indiana

www.in.gov/isdh



Indiana State
Department of Health

2 North Meridian Street
Indianapolis, IN 46204
(317) 233-1325

SERVICIO 211 DE INDIANA

¿NECESITA AYUDA? LLAME AL 2-1-1.

¡El 2-1-1 es una forma sencilla de conectarse con asistencia para obtener alimentos, refugio, servicios de empleo, recursos de orientación y mucho más! Indiana 211 Partnership, Inc. (IN211) es una organización sin fines de lucro dedicada a desarrollar el servicio 2-1-1 para Indiana. La meta es crear una red de información integral y servicios de referencia mediante la cual cualquier persona de Indiana que necesite servicios humanos pueda encontrar referencias rápidas para servicios de proveedores marcando el 2-1-1. Se recopilarán datos adicionales para asistir a las comunidades en la evaluación de sus necesidades y la asignación de recursos. Conozca más sobre su 2-1-1 local en <http://www.in211.org/>.

PRIMER TRIMESTRE

FASE DE CIGOTO

Una vez que el espermatozoide se deposita en la vagina, viaja a través del cuello del útero y se dirige a las trompas de falopio. Cuando un solo espermatozoide ingresa al óvulo de la madre, la célula resultante se conoce como cigoto. El cigoto contiene toda la información genética (ADN) necesaria para convertirse en un bebé. La mitad de la información genética viene del óvulo materno y la otra mitad del espermatozoide del padre. El proceso de fecundación toma aproximadamente 24 horas.

FASE DE BLASTOCISTO



2-3 semanas de edad gestacional estimada (EGE)

El cigoto pasa los próximos días viajando por la trompa de falopio y se divide para formar un grupo de células, conocido como blastocisto. El blastocisto llega a la matriz (útero) alrededor del quinto día después de la fecundación (3 semanas de EGE) y se implanta en la pared uterina entre el 6.º y el 11.º día después de la fecundación (3-4 semanas de EGE).

FASE EMBRIONARIA



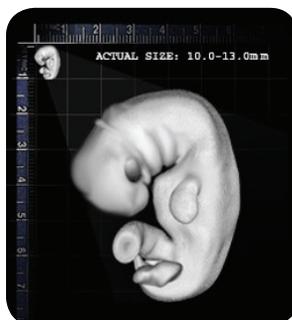
4-5 semanas de EGE

El blastocisto ahora se conoce como embrión y contiene 3 capas de células que se convertirán en piel, sistema nervioso, huesos, músculo y órganos internos. En esta etapa, el embrión forma una placenta y el cordón umbilical, y se fija firmemente a la pared uterina. Durante la 5.ª semana de EGE, las células se diferencian en las que eventualmente formarán órganos y se comienzan a formar el corazón y el sistema nervioso. Comienzan a formarse las células sanguíneas y los vasos sanguíneos.



6 semanas de EGE

Los rasgos faciales comienzan a formarse, con puntos oscuros donde estarán eventualmente los ojos, aberturas para las fosas nasales y cavidades que formarán los oídos. Comienzan a sobresalir los brazos y las piernas. Se está formando el cerebro. El corazón late regularmente a aproximadamente 150 latidos por minuto y se puede ver en una ecografía. Se forman los primeros vasos sanguíneos y la sangre ha comenzado a circular.



8 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 0.6 pulgadas (1.5 cm) desde la parte superior de su cabeza hasta las nalgas (dimensión desde la coronilla hasta el cóccix) y pesa 0.04 onzas (1.1 g). La dimensión desde la coronilla hasta el cóccix se utiliza para medir a un bebé hasta aproximadamente la 20.ª semana. Para entonces, el bebé se mide desde la cabeza hasta el dedo gordo del pie. La mandíbula y los músculos faciales se están desarrollando y comienzan a formarse los dientes. La glándula pituitaria, responsable de regular muchas hormonas, está comenzando a desarrollarse. La tráquea y parte de las vías respiratorias y los intestinos están comenzando a formarse. El corazón tiene ahora cuatro cámaras. El diafragma, que separa el pecho del abdomen, se está formando. Los brazos y las piernas han crecido y se pueden distinguir las áreas de los pies y las manos.



10 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 1.2 pulgadas (3 cm) y pesa 0.14 (4 g). La cabeza es redonda y más erguida. La parte externa del oído está bien desarrollada. Se están comenzando a formar las papilas gustativas en la lengua. Los intestinos, que se formaron originalmente en el cordón umbilical, comienzan a transferirse nuevamente al abdomen. Los miembros están bien formados.



12 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 2.1 pulgadas (5.3 cm) y pesa 0.5 onzas (14.2 g). La estructura básica del cerebro está completa. La cara tiene apariencia humana, los genitales comienzan a mostrar el sexo del feto. Los ojos están cerrados y no se abrirán nuevamente hasta aproximadamente la 28.^a semana. Las cuerdas vocales están formadas y el feto comienza a hacer sonidos. Las vías digestivas comienzan a tener contracciones. La tiroides y el páncreas están desarrollados, y el páncreas comienza a secretar insulina.

SEGUNDO TRIMESTRE

FASE FETAL



14 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 3.4 pulgadas (8.6 cm) y pesa 1.5 onzas (42.5 g). La cabeza descansa en un cuello bien definido y las mejillas están comenzando a llenarse a medida que los músculos de la succión se desarrollan. Los pulmones fetales continúan desarrollándose a medida que el feto inhala y exhala líquido amniótico. El bazo está totalmente funcional. El feto tiene órganos sexuales masculinos o femeninos visibles.



16 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 4.5 pulgadas (11.4 cm) y pesa aproximadamente 3.5 onzas (99.2 g). Los sistemas respiratorio y digestivo fetales están más desarrollados y el feto hace movimientos de succionar y tragar. El torso crece rápidamente. Los miembros están bien formados y más definidos, y empiezan a crecer las uñas desde su base en los dedos de los pies.



18 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 5.6 pulgadas (14.2 cm) y pesa 6.7 onzas (189.9 g). Los ojos y los oídos están en su posición definitiva en la cara. El feto comienza a desarrollar reflejos, tales como pestañar. Se desarrollan las huellas dactilares. La circulación fetal es completamente funcional en esta edad gestacional. Los nervios están aislados por una sustancia grasa llamada mielina que contribuye a acelerar la transmisión de los impulsos. En esta etapa el feto comienza a moverse activamente, un sentimiento que generalmente las mujeres describen como un “aleteo”.

ADOPCIÓN

Los estatutos de Indiana establecen que: Las alternativas de adopción están disponibles y los padres adoptivos pueden pagar legalmente los costos de la atención prenatal, el parto y la atención neonatal [IC 16-34-2-1.1(a)(2)(C)].

Una adopción es el acto de entregar su hijo biológico a otra persona para que lo críe. La adopción es un acuerdo legal permanente mediante el cual otorga su consentimiento para colocar a su hijo al cuidado de otra persona o familia.

Una mujer puede elegir la adopción abierta, mediante la cual elige la familia adoptiva y el tipo de relación que tendrá con ésta. La adopción cerrada (confidencial) es posible si la mujer desea privacidad.

Los motivos más comunes por los cuales una mujer elige la adopción son:

- No está lista para ser madre
- No puede costear la crianza del bebé
- Considera que criar a un niño ahora le dificultaría trabajar o estudiar
- No desea ser madre soltera
- Se siente demasiado joven o inmadura para criar a un niño
- Considera que la adopción es la mejor opción para que su hijo esté bien cuidado financieramente y emocionalmente

Los costos de la adopción generalmente los cubren los padres adoptivos. La ley de Indiana permite que los padres adoptivos reembolsen a la madre biológica hasta \$3,000 en gastos relacionados con el embarazo. Estos gastos pueden incluir costos médicos, orientación, costas de abogados, salarios caídos y gastos de vida durante el embarazo, incluyendo los de transporte y vestido.

ENLACES PARA INFORMACIÓN SOBRE ADOPCIÓN

- Adopción, Indiana Department of Child Services (Departamento de Servicios al Niño de Indiana) - <http://www.in.gov/dcs/2730.htm>
- “Para futuros padres que estén considerando la adopción.” Child Welfare Information Gateway (Portal de información para el bienestar infantil), Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. - <https://www.childwelfare.gov/adoption/birth/for/>
- Women’s and Children’s Health Information (Información de salud para mujeres y niños), Office of Women’s Health (Oficina de salud de la mujer), Departamento de Salud del Estado de Indiana - <http://www.in.gov/isdh/18061.htm>
- Maternal and Child’s Health Program (Programa de salud materno infantil), Departamento de Salud del Estado de Indiana - <http://www.in.gov/isdh/21041.htm>
- Stronger, healthier babies, March of Dimes (Bebés más fuertes y sanos - March of Dimes - <http://www.marchofdimes.com/default.html>

RENUNCIAR A SU BEBÉ: LA LEY DEL REFUGIO SEGURO

Indiana ha puesto en práctica la ley de “refugio seguro” [IC 31-34-2.5].

LÍNEA DE AYUDA DEL REFUGIO SEGURO: 1-877-796-4673 (HOPE) O LLAME AL 2-1-1.

La ley de Indiana ha garantizado de manera simple la seguridad de su bebé sin hacer preguntas. La ley de “refugio seguro” le permite renunciar voluntariamente a su bebé, si no tiene más de treinta (30) días de nacido, entregándolo a un proveedor de servicios médicos de emergencia. Un proveedor de servicios médicos de emergencia puede ser un bombero, un oficial de policía, un paramédico, un técnico de atención médica de emergencia, un médico, un enfermero o cualquier otra persona que proporcione servicios médicos de emergencia en el curso de sus actividades laborales. Al entregarlo, el proveedor del servicio médico de emergencia asumirá la custodia del niño y protegerá la salud física y la seguridad del niño. Usted no está obligada a dar su nombre si deja al niño voluntariamente donde un proveedor de servicios de emergencia médica y de buena fe.

Los factores que afectan la posibilidad de complicaciones incluyen:

- La destreza y la capacitación del médico que proporcione la atención prenatal y el alumbramiento
- El tipo de parto (parto vaginal versus cesárea)
- La salud en general
- La edad
- El peso
- El tipo de anestesia utilizada
- Fumar
- Uso de drogas
- Alcohol

Reference: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/PregComplications.htm#3>.
<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/MaternalInfantHealth/PMSS.html>.

SERVICIOS SOCIALES

BENEFICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA

Los estatutos de Indiana establecen que: Pueden estar disponibles beneficios de servicios de asistencia médica para la atención prenatal, parto y atención neonatal por cuenta de la oficina del condado de la División de recursos para la familia [IC 16-34-2-1.1(a)(2)(A)].

Ciertos organismos estatales de Indiana podrían proporcionarle asistencia médica para la atención prenatal, el parto y la atención neonatal. A continuación indicamos enlaces para estos organismos:

- Medicaid de Indiana - <http://www.indianamedicaid.com>
- Medicaid de Indiana - <http://member.indianamedicaid.com/programs--benefits/medicaid-programs/hoosier-healthwise.aspx>
- División de recursos para la familia - <http://www.in.gov/fssa/dfr/3697.htm>
- Programa de elegibilidad presunta - <http://member.indianamedicaid.com/programs--benefits/medicaid-programs/presumptive-eligibility.aspx>
- Asociación para asistencia con medicamentos recetados - <http://rxforindiana.org/>

Las mujeres embarazadas pueden tener un ingreso anual de hasta \$23,924 y reunir los requisitos para cobertura de Medicaid para atención médica para sí misma y su hijo. Estos beneficios cubren casi completamente los costos médicos del embarazo.

RESPONSABILIDADES DEL PADRE BIOLÓGICO

Los estatutos de Indiana establecen que: El padre de un feto no nacido tiene la obligación legal de asistir en el mantenimiento del niño. En caso de violación, la información requerida bajo esta cláusula se puede omitir [IC 16-34-2-1.1(a)(2)(B)].

INFORMAR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL NIÑO

Las leyes de Indiana protegen a los menores contra el abuso infantil. Estas leyes exigen que se reporten los embarazos de jóvenes de menos de quince años de edad. Los estatutos de Indiana establecen que:

El embarazo de una joven de menos de (15) años de edad puede ser considerado abuso infantil según las leyes de Indiana si el acto incluyó a un adulto y debe ser reportado al Departamento de Servicios al Niño o al organismo policial local de acuerdo con IC 31-33-5 [IC 16-34-2-1.1(a)(1)(J)].

... si se realiza un aborto en una joven de menos de catorce (14) años, el médico que lo realice debe transmitir el formulario al Departamento de Salud del Estado y al Departamento de Servicios al Niño en el lapso de tres (3) días después de realizar el aborto d [IC 16-34-2-5(b)].



20 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 6.6 pulgadas (16.8 cm) y pesa 10.5 onzas (297.7 g). Continúa moviéndose activamente, pero también tiene períodos de sueño y vigilia. La piel es delgada y casi transparente y comienza a aparecer un cabello fino (llamado lanugo) en su cabeza. Se están empezando a formar las cejas. Los ovarios de los fetos del sexo femenino contienen ya células primitivas de óvulos y el útero está totalmente formado.



22 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 11 pulgadas (27.9 cm) y pesa 15 onzas (425.2 g). El cerebro comienza a crecer muy rápidamente y continúa este rápido crecimiento hasta aproximadamente los 5 años de edad. El feto comienza a parpadear más a menudo y el latido del corazón es más fuerte. Los testículos de los fetos masculinos comienzan a descender de la pelvis al escroto. Las piernas se acercan a su tamaño final y a la proporción relativa al cuerpo. A las 23 semanas de EGE, la médula ósea fetal toma el trabajo de producir las células sanguíneas, acción esta realizada previamente por el hígado y el bazo.



24 semanas de EGE

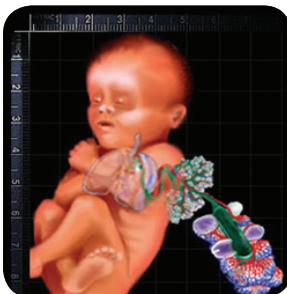
El feto mide aproximadamente 12 pulgadas (30.5 cm) y pesa 1.3 libras (589.7 g). Los huesos de los oídos se endurecen y ahora el feto puede escuchar sonidos. El feto y todos los órganos internos continúan creciendo. Los vasos sanguíneos, huesos y órganos son visibles bajo la capa delgada de piel arrugada y translúcida. El feto continúa siendo activo.



26 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 14 pulgadas (35.6 cm) y pesa 1.7 libras (771.1 g). Aumenta la actividad cerebral fetal, se activan los procesos visuales y auditivos. Se desarrollan vasos sanguíneos en los pulmones, preparando al feto para que circule oxígeno por todo su cuerpo después del alumbramiento. Los pulmones fetales, sin embargo, no están aún listos para respirar fuera de la matriz. Las uñas de manos y pies continúan creciendo y la columna vertebral fetal se fortalece para soportar el aumento del peso fetal.

TERCER TRIMESTRE



28 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 14.8 pulgadas (37.6 cm) y pesa 2.2 libras (997.9 g). El cuerpo fetal tiene de 2 % a 3 % de grasa. El cerebro continúa desarrollándose. Los ojos están parcialmente abiertos y tiene pestañas. Los pulmones, aunque inmaduros, son capaces de respirar aire.



30 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 15.7 pulgadas (39.9 cm) y pesa 2.9 libras (1.3 kg). A medida que crece el cerebro fetal, la superficie del cerebro se “arruga” para dar cabida a más células. El cerebro ha comenzado a controlar la respiración del feto y la temperatura del cuerpo. El cabello tipo lanugo ha desaparecido casi totalmente y el cabello verdadero está comenzando a crecer en la cabeza. A medida que el feto aumenta de peso, se deposita grasa bajo la piel, brindándole una apariencia más lisa.



32 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 16.7 pulgadas (42.4 cm) y pesa 3.75 libras (1.7 kg). A medida que el cerebro continúa desarrollándose, presiona el cráneo hacia afuera, lo cual produce un aumento del tamaño de la cabeza. El feto lleva las rodillas hacia el pecho a medida que comienza a quedarle estrecho el reducido espacio uterino.



34 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 17.7 pulgadas (45 cm) y pesa 4.7 libras (2.1 kg). Los ojos están abiertos mientras está despierto y cerrados cuando duerme. El feto comienza a desarrollar su propio sistema inmunitario. Las uñas de los dedos están ahora suficientemente largas para que se rasque.



36 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 18.6 pulgadas (47.3 cm) y pesa 5.8 libras (2.6 kg). Muchos fetos están con la cabeza hacia abajo en esta etapa, preparándose para el nacimiento. Aproximadamente 15 % del peso fetal es grasa para ayudarlo a mantener la temperatura de su cuerpo. Los codos y las rodillas están empezando a tener hoyuelos y el cuello desarrolla pliegues.



38 semanas de EGE

El feto mide aproximadamente 20 pulgadas (50.8 cm) y pesa 6.8 libras (3.1 kg). Puede estar con la cabeza hacia abajo para el parto. El cuerpo es redondo y relleno como resultado de la grasa que almacena. El feto ha desarrollado una respuesta de orientación que hace que gire hacia la luz. Los pulmones aumentan su producción de surfactante, lo cual conserva abiertas las células de los alveolos después del nacimiento para permitir que el recién nacido respire. Los desechos intestinales (meconio) se acumulan en el intestino y por lo general se eliminan después del nacimiento. El espacio es estrecho ahora, limitando el movimiento fetal y haciendo que el feto mantenga sus miembros más cerca de su cuerpo. La mayoría de los huesos son flexibles y no se endurecerán completamente hasta después del nacimiento.

RIESGOS PARA UN PRÓXIMO EMBARAZO O DE INFERTILIDAD DESPUÉS DE UN ABORTO

Puede ocurrir riesgo de infertilidad si se presentan complicaciones graves durante o después de los procedimientos abortivos. Las complicaciones de un aborto (infección, hemorragia, lesión en el cuello del útero o en el útero) pueden aumentar el riesgo de infertilidad o requerir procedimientos quirúrgicos para restituir la fertilidad.

Algunas investigaciones sobre el aborto y el embarazo sugieren una posible conexión entre el aborto y un mayor riesgo de:

- Sangrado vaginal a principios del embarazo
- Nacimiento prematuro
- Poco peso al nacer
- Placenta previa, una situación que ocurre cuando la placenta cubre de forma parcial o completa el cuello del útero, lo cual puede ocasionar sangrado grave antes o durante el alumbramiento.

Reference: "Abortion: Does it Affect Subsequent Pregnancies?" (El aborto: ¿Afecta los próximos embarazos?) Clínica Mayo. 6 de agosto de 2011 Tomado el 30 de junio de 2013, de <http://www.mayoclinic.com/print/abortion/AN00633/METHOD=print>.

RIESGO DE MUERTE DE LA MUJER DESPUÉS DE UN ABORTO

Los riesgos de mortalidad son menores cuando se realiza el aborto en las primeras semanas de embarazo. Durante 1988-1997, la tasa de mortalidad en general de mujeres que se practicaron abortos inducidos legalmente fue de 0.70 por 100,000 abortos inducidos legalmente. La tasa de mortalidad nacional en caso de abortos inducidos legalmente para 2003-2009 fue de 0.67 por cada 100,000 abortos legalmente reportados. El riesgo de muerte relacionado con el aborto aumenta según el tiempo de embarazo. El riesgo de que una mujer muera de un aborto es:

- Una muerte por un millón de abortos realizados a las 8 semanas o menos
- Una muerte por cada 500,000 abortos realizados entre las 9 y 10 semanas
- Una muerte por cada 250,000 abortos realizados entre las 11 y 12 semanas
- Una muerte por cada 59,000 de abortos realizados entre las 13 y 15 semanas
- Una muerte por cada 29,000 abortos realizados entre las 16 y 20 semanas
- Una muerte por cada 11,000 abortos realizados a las 21 semanas o más

References: "Induced Abortion in the United States." (Aborto inducido en los Estados Unidos) Guttmacher Institute. Updated February 2014. Actualizado en febrero de 2014. Tomado el 5 de marzo de 2014, de www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html, citing, Bartlett LA et al., "Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States," (Factores de riesgo en la mortalidad relacionada con abortos inducidos legalmente en los Estados Unidos) *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103(4): 729-737.

"Abortion Surveillance (Vigilancia de los abortos)– United States, 2010." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for Disease Control and Prevention (Informe semanal sobre morbilidad y mortalidad, Centros para el control y prevención de las enfermedades), 29 de noviembre de 2013 / 62 (ss08); 1-44.

RIESGOS DE LOS EMBARAZOS

De acuerdo con los Centros para el control y prevención de las enfermedades (CDC), se producía una muerte materna por cada 5,618 partos vivos en 2009. Existen considerables disparidades raciales en la mortalidad relacionadas con el embarazo. Durante 2006-2009, la proporción de mortalidad relacionada con el embarazo fue:

- 1 muerte por 8,547 partos vivos en mujeres blancas
- 1 muerte por 2,809 partos vivos en mujeres negras
- 1 muerte por 5,682 partos vivos en mujeres de otras razas

Causas más comunes de muertes relacionadas con el embarazo en Estados Unidos en el período 2006-2009:

- Padecimiento cardíaco, **14.6%**
- Infección o septicemia, **14%**
- Otras enfermedades crónicas (p.ej.: infecciosas, respiratorias, gastrointestinales, endocrinas, hematológicas), **11.9%**
- Dilatación del corazón en el embarazo, **11.8%**
- Hemorragia, **11%**
- Trastornos hipertensivos (alta presión sanguínea) en el embarazo, **9.9%**
- Coágulos, **9.4%**
- Accidente cerebro-vascular, **6.1%**
- Embolismo del líquido amniótico, **5.4%**
- Complicaciones de la anestesia, **0.6%**

Es normal tener algunas manchas o sangrado hasta por cuatro semanas después de tomar Misoprostol. Se debe programar una cita dentro de las dos semanas siguientes de haber tomado el fármaco para inducir aborto a fin de comprobar que el aborto esté completo y no existan complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Es posible que un aborto mediante fármacos para inducir el aborto no sea una opción si:

- *El embarazo está muy adelantado. La ley de Indiana no permite el uso de fármacos para inducir abortos después de las 9 semanas de la fecundación (11 semanas de EGE) a menos que sea indicado para este fin por la Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos [IC 16-34-2-1(a)(1)].*
- *Padece ciertos trastornos, tales como: presión alta no controlada, diabetes, ciertas enfermedades del corazón o de los vasos sanguíneos, enfermedad grave del hígado, los riñones o los pulmones o un padecimiento de convulsiones que no esté bajo control.*
- *Tiene alergia a los fármacos utilizados.*
- *Toma un anticoagulante o ciertos medicamentos con esteroides.*
- *No puede realizar visitas de seguimiento con su proveedor médico o no tiene acceso a atención de emergencia.*
- *Tiene alto riesgo de ruptura uterina. Aunque la ruptura uterina durante un aborto que se realice con un fármaco para inducir abortos es rara, si tiene una cicatriz quirúrgica que le coloca en mayor riesgo de ruptura uterina, es posible que puedan hospitalizarla para observación. Los dispositivos intrauterinos (DIU) se deben retirar antes de tomar un fármaco para inducir abortos y se debe confirmar la ubicación del embarazo.*

Referencia de fármacos para inducir abortos: "Medical Abortion." (Aborto médico) Clínica Mayo. Actualizado el 31 de mayo de 2012. Tomado el 30 de junio de 2013, de <http://www.mayoclinic.com/health/medical-abortion/MY00819/METHOD=print>.

RIESGO DEL ABORTO CON FÁRMACOS PARA INDUCIR ABORTOS

Los riesgos de un aborto con fármacos para inducir abortos incluyen:

- *Sangrado abundante*
- *Aborto incompleto, lo cual conllevaría a que se practique un aborto quirúrgico*
- *No se interrumpe el embarazo, lo cual conlleva a la necesidad de un aborto quirúrgico*
- *Infección*
- *Náusea, vómitos o diarrea prolongados*
- *Coágulos en el útero*
- *Muerte*

Las molestias abdominales, diarrea, náusea, vómitos o debilidad durante más de 24 horas después de tomar Misoprostol serían indicativos de una infección grave. Llame a su médico de inmediato si tiene alguno de estos síntomas.

Referencia de fármacos para inducir abortos: "Medical Abortion." (Aborto médico) MedlinePlus, U.S. National Library of Medicine, actualizado el 8 de noviembre de 2012. Tomado el 30 de junio de 2013, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007382.htm>.

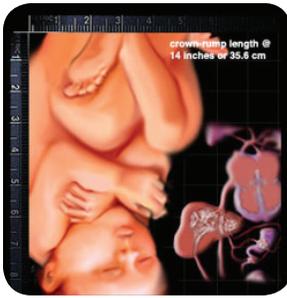
RIESGOS Y COMPLICACIONES

RIESGOS GENERALES DE LAS COMPLICACIONES

Las complicaciones de abortos realizados con fármacos para inducir abortos antes de 9 semanas de embarazo ocurren en menos de 0.5 % de los procedimientos. Las complicaciones graves que ocurren durante los procedimientos de aspiración realizados antes de las 13 semanas de embarazo también ocurren en menos de 0.5 % de los procedimientos.

Los factores que afectan la posibilidad de complicaciones incluyen:

- La salud en general
- La pericia y capacitación del médico que ejecuta el procedimiento
- El tipo de anestesia utilizado
- El procedimiento de aborto utilizado



40 semanas de EGE

Se considera que el feto está a término a las 40 semanas de EGE. El peso total del feto puede variar pero, en promedio, un bebé a término completo pesará entre 6 y 9 lb (2.7 kg a 4.1 kg). El largo del bebé será entre 20 y 21 pulgadas (50.8 cm y 53.3 cm). Puede tener aún un poco de vello lanugo en los brazos y los hombros. Los pequeños botones mamarios están presentes. El cabello es más grueso y espeso. El feto tiene múltiples reflejos que son automáticos, tales como el de girar la cabeza cuando se le acaricia la mejilla.

Referencias del desarrollo fetal: "Fetal Development." (Desarrollo fetal) MedlinePlus, U.S. National Library of Medicine, actualizado el 12 de septiembre de 2011. Tomado el 30 de junio de 2013, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002398.htm>.

Desarrollo fetal y fotos del desarrollo fetal: "The Visible Embryo." (El embrión visible) National Institute of Health and National Institute of Child and Human Development from the Carnegie Collection of Human Development. Tomado el 27 de noviembre de <http://www.visembryo.com/baby/index.html>. Contenido protegido según una licencia de Creative Commons. El sitio web de Visible Embryo se proporciona para información general únicamente. La información contenida en este sitio no debe ser tratada como sustituto de la orientación médica, legal o profesional de otro tipo. Visible Embryo no es responsable del contenido de ninguno de los sitios web de terceros.

"Average fetal length and weight chart." (Largo fetal promedio y tabla de peso) Baby Center. Tomado el 28 de enero de 2014 de www.babycenter.com/average-fetal-length-weight-chart.

VIABILIDAD FETAL

Viabilidad de un feto significa que el feto es capaz de vivir fuera del útero. Los factores importantes que determinan la posibilidad de que un feto extremadamente prematuro sobreviva fuera del útero incluyen:

- La edad gestacional (cantidad de semanas completas de embarazo) al momento del nacimiento
- El peso
- La madurez de los pulmones
- La presencia o ausencia de anomalías o malformaciones congénitas
- La presencia o ausencia de enfermedades graves, especialmente una infección

Los factores adicionales que pueden incidir sobre la posibilidad de que un bebé prematuro sobreviva incluyen:

- La ruptura prematura de la membrana fetal antes de las 24 semanas de gestación con pérdida del líquido amniótico
- El sexo
- La raza
- La diabetes materna

No existen límites definidos en relación con el desarrollo fetal, la edad o el peso que garantice que un feto sea viable fuera del útero. La posibilidad de supervivencia intacta de un bebé extremadamente prematuro nacido antes de 26 semanas de gestación se considera más baja. La tabla que se encuentra a continuación muestra la posibilidad aproximada de que un bebé sobreviva si nace prematuramente.

SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN AL NACIMIENTO - considerando el último período menstrual	POSIBILIDADES DE SUPERVIVENCIA
21 semanas o menos	0%
22 semanas	0% - 10%
23 semanas	10% - 35%
24 semanas	40% - 70%
25 semanas	50% - 80%
26 semanas	80% - 90%
27 semanas	Más de 90%
30 semanas	Más de 95%
34 semanas	Más de 98%

Referencias de la viabilidad fetal:

1. "Fetal Viability and Death." (Viabilidad fetal y muerte) United States National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research (2006-05-23). Tomado el 17 de noviembre de 2013, de https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/583/OS76-127_VII.pdf?sequence=1.
2. "What are the chances that my baby will survive?" (¿Qué posibilidades de sobrevivir tiene mi bebé?) Spencer's Hope, Clarksburg, MD. Tomado el 23 de octubre de 2013, de http://www.spencershope.org/chances-_-for-survival.htm.

¿QUÉ ES UN ABORTO?

Los estatutos de Indiana establecen que: Se prefiere, estimula y apoya el parto en lugar del aborto [IC 16-34-1-1].

Un aborto electivo es un procedimiento que interrumpe un embarazo. A través de un procedimiento de aborto, se utilizan fármacos o cirugía para retirar el embrión o feto y la placenta del útero. El procedimiento lo realiza un médico licenciado. La decisión de interrumpir un embarazo es muy personal. Si está considerando un aborto, los proveedores de atención médica recomiendan que hable con su cónyuge o pareja, un miembro de su familia en quien confíe, un(a) amigo(a), un clérigo o un profesional de atención a la salud.

El aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo finaliza por sí mismo antes de la semana 20. Ocurre cuando los problemas con el embarazo ocasionan que la mujer pierda la criatura de forma natural.

Referencia de la definición: "Abortion." (Aborto) MedlinePlus, U.S. National Library of Medicine, actualizado el 22 de febrero de 2014. Tomado el 5 de marzo de 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/abortion.html>.

ABORTO QUIRÚRGICO

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ABORTO QUIRÚRGICO

Un aborto quirúrgico es un procedimiento que interrumpe un embarazo retirando el feto y la placenta de la matriz (útero) de la madre. En Indiana, la fecha límite para los abortos quirúrgicos es cuando el feto sea viable o a las veinte (20) semanas de la fecundación. La única excepción después de 20 semanas es el deterioro sustancial y permanente de la vida o de la salud física de la madre [IC 16-34-2-1]. Los abortos quirúrgicos se realizan en una instalación de atención médica como un hospital o una clínica para abortos. Antes de un aborto clínico, el médico examinará su útero, le dará un antibiótico, le ofrecerá medicamentos para el dolor, le inyectará un medicamento para insensibilizar alrededor de la cervix (cuello del útero). La cervix se dilata utilizando uno o más de los siguientes: medicamentos tomados por vía oral, material absorbente colocado en su cervix o dilatadores mecánicos utilizados al momento del aborto.

Otro tipo de aborto quirúrgico es el de dilatación y curetaje (D&C). La D&C se puede realizar hasta 16 semanas después del último período de una mujer. Es similar a una aspiración al vacío, excepto que no se utiliza succión. Después de que se abre la cervix, el médico utilizará un instrumento llamado cureta para raspar las paredes del útero y retirar el feto, la placenta y las membranas.

El último tipo de aborto quirúrgico es el de dilatación y evacuación (D&E). La D&E se realiza por lo general posteriormente a las 16 semanas después del último período de una mujer. Durante un aborto D&E, los instrumentos médicos y una máquina de succión vacían su útero. El médico abre su cervix y raspa su útero para retirar el feto. Puede ser necesario el uso de fórceps u otros instrumentos para retirar los restos del feto.

Después de un aborto quirúrgico, se le monitorizará en un área de recuperación. Si tiene un tipo de sangre Rh negativo, recibirá una inyección para proteger futuros embarazos. Puede tener calambres y sangrado después del procedimiento. También es normal no tener sangrado. Puede que se le presenten algunos coágulos y experimente sangrado abundante durante algunos días. Puede tener manchas hasta por seis (6) semanas. Es importante seguir las instrucciones del médico y regresar para una cita de seguimiento en 2 a 4 semanas.

Diríjase a la sala de emergencia y llame a la clínica o al médico que realizó el aborto en caso de:

- *Sangrado abundante – Presencia de coágulos de mayor tamaño que un limón o si empapan dos o más toallas sanitarias en una hora durante dos o más horas seguidas*
- *Dolor agudo que no puede controlarse con el medicamento analgésico*
- *Falta de aire o dolor en el pecho*
- *Flujo vaginal con olor desagradable*
- *Escalofríos y fiebre de 100.4 ° Fahrenheit (38 ° Centígrados) o más el día después del aborto*
- *Náusea, vómitos o diarrea por más de 24 horas*
- *Indicios de que aún está embarazada tales como náusea, molestia en los senos, fatiga*

RIESGOS DE UN ABORTO QUIRÚRGICO

Los riesgos de un aborto quirúrgico incluyen:

- *Lesión en la cervix o el útero, incluyendo la perforación uterina*
- *Sangrado excesivo*
- *Infección del útero o de las trompas de Falopio*
- *Cicatriz en la parte interna del útero*
- *Reacción alérgica a los medicamentos o la anestesia*
- *Aborto incompleto con necesidad de otro procedimiento*
- *No se interrumpe el embarazo*
- *Embarazo ectópico no detectado*
- *Muerte*

Referencia de la sección de aborto quirúrgico: "Surgical Abortion." (Aborto quirúrgico) MedlinePlus, U.S. National Library of Medicine, actualizado el 8 de noviembre de 2012. Tomado el 30 de junio de 2013, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002912.htm>.

ABORTO CON FÁRMACOS PARA INDUCIR ABORTOS

DESCRIPCIÓN DE UN ABORTO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO CON FÁRMACOS PARA INDUCCIÓN DE ABORTO

Este tipo de aborto a menudo se conoce como aborto médico o con medicación. Un aborto con fármacos para inducir el aborto utiliza medicamentos orales para interrumpir un embarazo. La píldora abortiva se le suministra en una clínica o en el consultorio del médico. Se le pueden administrar antibióticos y un segundo medicamento para que lo tome luego en su casa. Un aborto con fármacos para inducir el aborto no requiere anestesia ni cirugía. Los abortos mediante fármacos para inducir el aborto interrumpen el embarazo 97 por ciento de las veces. Debido a que los fármacos utilizados para el aborto no siempre son efectivos, es posible que aún necesite un procedimiento de aborto quirúrgico para interrumpir el embarazo.

La ley de Indiana no permite el uso de fármacos para inducir el aborto más allá de las nueve semanas posteriores a la fecundación (11 semanas de EGE) a menos que esté indicado para esta finalidad por la Administración de alimentos y medicamentos. Los estatutos de Indiana establecen que:

... no se puede dispensar, recetar, administrar ni proporcionar un fármaco para inducir abortos a una mujer embarazada después de las nueve (9) semanas posteriores a la fecundación a menos que la Administración de alimentos y medicamentos haya aprobado el fármaco para inducir el aborto para el uso en abortos con posterioridad a nueve (9) semanas de la fecundación. Un médico examinará a la mujer embarazada en persona antes de recetar o dispensar un medicamento para inducir abortos. Como se utiliza en esta subdivisión, "en persona" no incluye el uso de los servicios Telehealth o Telemedicine [IC 16-34-2-1(a)(1)].

El tipo más común de fármaco para inducir abortos se conoce con el nombre de Mifepristone. Esta es una pastilla que bloquea la progesterona, una hormona necesaria para el embarazo. Sin progesterona, el revestimiento del útero se desintegra y el embarazo no puede continuar. A los pocos días de tomar el fármaco Mifepristone, se administra otro fármaco, Misoprostol, el cual ocasiona contracciones, sangrado abundante y expulsión del embrión.

Además del sangrado y las contracciones, puede experimentar mareos, náusea, diarrea o vómitos; sentir dolor abdominal temporal o tener fiebre leve o escalofríos.

