

Aborto

Tomar una decisión



Departamento de Salud de Arkansas, Mike Huckabee, Gobernador

INTRODUCCIÓN

La información que contiene este folleto ha sido creada para que las mujeres dispongan de datos básicos antes de tomar una decisión sobre la posibilidad de abortar.

En él, se describe cómo el feto se va desarrollando, con imágenes obtenidas cada dos semanas a lo largo del embarazo. También contiene información sobre las posibilidades que el niño tiene de sobrevivir cuando nace en cada edad gestacional. La supervivencia se define como vivir por lo menos 28 días después del nacimiento.

Además, se incluye información sobre los métodos que se utilizan para provocar el aborto y los riesgos médicos y reacciones emocionales que ellos conllevan. También se describen los riesgos médicos del parto, aunque merece la pena destacar que los riesgos médicos que se asocian con el aborto y el parto disminuyen a medida que se producen avances tecnológicos y médicos.

En esta publicación se explican los programas estatales de asistencia para cuidados de salud que pagan o colaboran en el pago de las facturas médicas durante el embarazo, el parto y el posparto. Asimismo, se dispone de una relación de nombres, direcciones y números de teléfono de las Oficinas de Asistencia del Condado y de las oficinas de los servicios sociales. Estas direcciones de interés se clasifican por condados para que, quienes llamen, puedan recibir información y ayuda desde los puntos más cercanos a su lugar de residencia.

Cuando una mujer llama o visita una de estas oficinas, puede encontrar información sobre las alternativas al aborto, la adopción y las modalidades de asistencia disponibles para ayudarla durante su embarazo y parto y mientras cría a su hijo.

Además todas las mujeres deben saber que:

- No es legal que un sujeto coaccione a una mujer para que se someta a un aborto.
- El médico que realice un aborto a una mujer sin obtener su consentimiento informado o sin ofrecerle una consulta médica privada puede ser responsable ante la ley civil de los daños que ella pudiera sufrir.
- El padre del niño es responsable de colaborar en su mantenimiento, incluso cuando se haya ofrecido para pagar un aborto.
- La ley permite que los padres adoptivos costeen la asistencia prenatal, el parto y la asistencia neonatal.

DESARROLLO HUMANO ANTES DEL PARTO

La edad de un niño aún no nacido (edad gestacional) se mide de dos formas distintas. Los expertos en Embriología (los médicos y científicos que estudian las primeras etapas del embarazo) miden la edad del feto desde el día estimado de la concepción (el momento en que usted se quedó realmente embarazada). Este libro se refiere a esa medición de la edad gestacional como “semanas desde la fertilización”.

Por otro lado, los médicos miden la edad del niño desde el primer día del último ciclo menstrual de la madre, que habitualmente se produce dos semanas antes de la fertilización (concepción). Este libro se refiere a esa medición como “semanas desde la menstruación”.

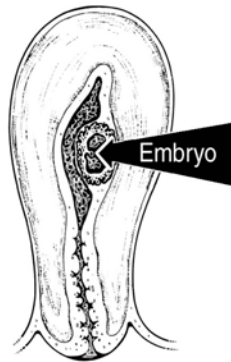
En las páginas siguientes, encontrará imágenes y descripciones de cómo van creciendo el embrión y el feto dentro del cuerpo de una mujer.

DESCRIPCIÓN DEL CRECIMIENTO EN IMÁGENES

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

2 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN 4 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

El embrión en desarrollo tiene el tamaño de la cabeza de un alfiler y se encuentra ahora dentro de una cubierta protectora de células especiales dentro de la pared del útero. Las células están empezando a crecer en grupos que formarán las distintas partes del embrión.



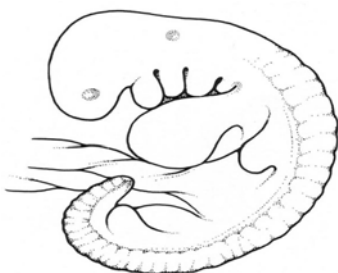
3 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN 5 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

Se han formado el embrión y las primeras células nerviosas.



4 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

El embrión mide unos 5 milímetros de largo ($\frac{1}{4}$ de pulgada). Se forma un vaso sanguíneo que, más adelante, se convertirá en el corazón y el aparato circulatorio. Comienza a bombear sangre. Más o menos al mismo tiempo, una cresta de tejido se va formando a lo largo del embrión. Más adelante, ese tejido se convertirá en el cerebro y la médula espinal. Ya están los gérmenes de los brazos y piernas.



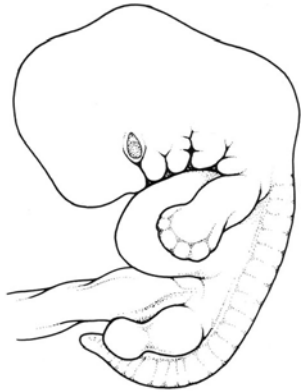
6 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN



6 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

8 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

El embrión mide ya unos 23 milímetros de largo ($\frac{3}{4}$ de pulgada). Las células del embrión continúan multiplicándose y comienzan a formar el cerebro. En el otro extremo, hay una yema de una protuberancia que se convertirá en el extremo inferior de la columna vertebral. Comienzan a aparecer los dedos de las manos y los pies. Otras células, que se están multiplicando en otras partes del embrión, comienzan a formar los ojos, orejas, mandíbulas, pulmones, estómago, intestinos e hígado.



8 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

10 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

El embrión se llama ahora feto. Su longitud, medida desde la parte superior de la cabeza hasta la parte inferior del tronco (lo que se conoce como longitud cráneo-caudal), es ya de unos 40 milímetros ($1\frac{1}{2}$ pulgadas). Se pueden identificar las estructuras que formarán los ojos, orejas, brazos y piernas. Se están desarrollando los músculos y el esqueleto.



10 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

12 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

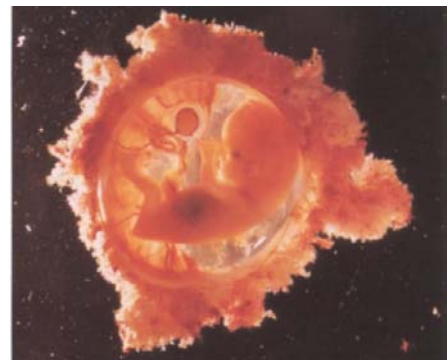
Ya han aparecido los principales rasgos externos. El feto mide ahora, del cráneo a la zona caudal, unos 60 milímetros (2 ½ pulgadas), y pesa aproximadamente 14 gramos (½ onza). Los músculos continúan desarrollándose. Los dedos de las manos y pies ya están bien diferenciados y tienen uñas.



12 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

14 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

El feto mide aproximadamente 87 milímetros (3 ½ pulgadas) de largo y pesa aproximadamente 45 gramos (1 ½ onzas). La cabeza es todavía la parte dominante del feto. Sus ojos comienzan a crecer hacia la parte delantera de la cabeza y aparecen 20 yemas para formar los dientes del bebé. Ya hay párpados y se está desarrollando el puente de la nariz. Se han desarrollado los genitales externos, por lo que se puede identificar su sexo.



14 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

16 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

La longitud del feto es de unos 120 milímetros (5 pulgadas) aproximadamente, entre la zona cráneo-caudal, y su peso es de unos 110 gramos (4 onzas). Las extremidades están bien desarrolladas. La piel aparece transparente. La cabeza es grande, comparada con el resto de las estructuras corporales.



La imagen muestra un feto de 15 semanas desde la fertilización

16 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

18 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

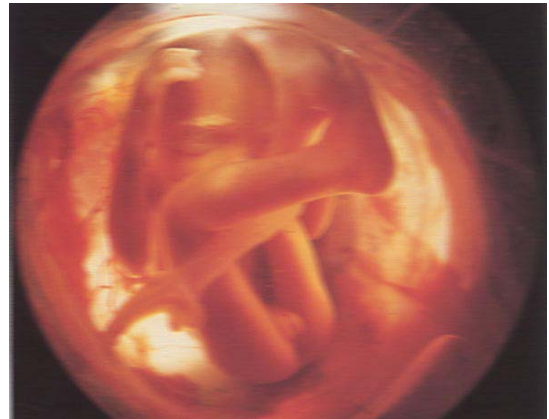
La longitud cráneo-caudal del feto es ahora de unos 140 milímetros (5 ½ pulgadas). El peso alcanza casi los 200 gramos (8 onzas). La piel es rosa y transparente.



18 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

20 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de unos 160 milímetros (6 ¼ pulgadas). El peso es casi de 320 gramos (¾ de libra). Aparece sobre el feto un pelo fino y sedoso, así como el pelo del cuero cabelludo. Hay movimientos respiratorios, pero los pulmones no están tan desarrollados como para permitir su supervivencia fuera del útero. En esta época, la mujer puede sentir cómo se mueve el feto.



20 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

22 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de 190 milímetros (7 ½ pulgadas). El peso es de unos 460 gramos (una libra). Los riñones están comenzando a funcionar y los sacos de aire de los pulmones comienzan a desarrollarse. El feto es más activo, moviéndose de un lado a otro. Hasta este momento, hay muy pocas posibilidades de que un bebé pueda sobrevivir fuera del útero. Se estima que, entre los bebés nacidos con esta edad y tratados en la unidad neonatal de cuidados intensivos de los hospitales, un 0-10% sobrevivió al menos durante 28 días o hasta el día en que fueron dados de alta de la unidad neonatal de cuidados intensivos*.

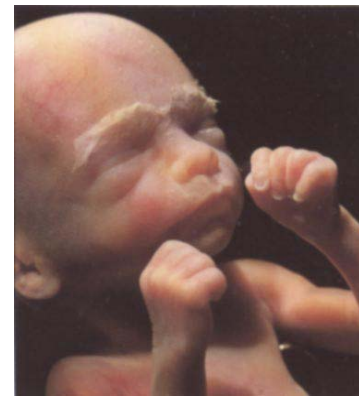


*Sin embargo, no hay estudios definitivos publicados sobre las tasas de supervivencia de los bebés nacidos con esta edad.

22 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

24 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de 210 milímetros (8 ¼ pulgadas) y el peso ha aumentado hasta unos 630 gramos (1 ¼ libras). El pelo es evidente en la cabeza y el cuerpo. La piel está arrugada y es todavía muy fina. Las pestañas y las cejas son más evidentes. La grasa está comenzando a formarse en el feto y habitualmente se pueden encontrar signos del esqueleto fetal. En este momento, se están produciendo cambios en el desarrollo pulmonar, de forma que algunos bebés pueden sobrevivir fuera del útero en esta etapa, dada la tecnología y los servicios de cuidados intensivos que proporcionan muchos hospitales. Aún así, las probabilidades de supervivencia son escasas. Se estima que, entre los bebés nacidos con esta edad y tratados en la unidad neonatal de cuidados intensivos de los hospitales, hasta un 66% sobrevivió al menos durante 28 días o hasta el día en que fueron dados de alta de la unidad neonatal de cuidados intensivos*. Si el bebé vive, hay una probabilidad de que tenga una discapacidad a largo plazo.



24 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

26 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de 230 milímetros (9 pulgadas) y el peso medio es de 820 gramos (dos libras). Los pulmones continúan desarrollándose. Los movimientos corporales son más fuertes. La piel es roja y arrugada y está cubierta con un pelo blando y fino. Se estima que, entre los bebés nacidos con esta edad y tratados en la unidad neonatal de cuidados intensivos de los hospitales, hasta un 82% sobrevivió al menos durante 28 días o hasta el día en que fueron dados de alta de la unidad neonatal de cuidados intensivos*.



Foto no disponible en estos momentos

26 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

28 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de 250 milímetros (10 pulgadas). El peso es de unos 1000 gramos (2 ½ libras). El feto continúa desarrollándose y creciendo. Los ojos están abiertos parcialmente. Según las estadísticas nacionales, sobreviven en torno al 90% de los bebés nacidos entre las 28 y las 29 semanas desde la menstruación.



Foto no disponible en estos momentos

28 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

30 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de 270 milímetros (10 ½ pulgadas) y el peso es de 1,300 gramos (casi 3 libras). La grasa se está acumulando y el cuerpo es más redondeado. El feto puede abrir y cerrar los ojos, se chupa el pulgar y llora. Las estadísticas nacionales demuestran que sobreviven en torno al 96% de los bebés nacidos entre las 30 y las 31 semanas desde la menstruación.



30 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

32 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de 280 milímetros (11 pulgadas). El peso es mayor de 1700 gramos (3 libras). El feto continúa desarrollándose y aparecen arrugas en las plantas de los pies. En torno al 98% de los bebés nacidos entre las 32 y las 33 semanas desde la menstruación sobreviven (según las estadísticas nacionales).

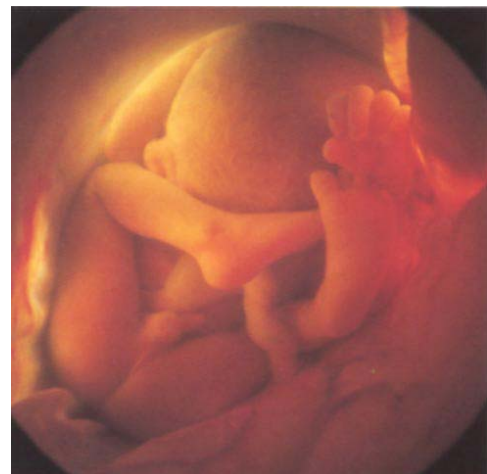


Foto no disponible en estos momentos

32 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

34 SEMANAS DESDE LA MENSTRUACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de 300 milímetros (12 pulgadas). El peso es de unos 2100 gramos (4 ½ libras). La piel es rosa y suave. La grasa continúa acumulándose y el feto sigue ganando peso paulatinamente. En torno al 98% de los bebés nacidos entre las 34 y las 35 semanas desde la menstruación sobreviven (según las estadísticas nacionales).



34 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de 320 milímetros (12 ½ pulgadas). El peso es de unos 2500 gramos (5 ½ libras). El niño es más redondeado y gordito y está casi totalmente desarrollado. La cara ya no está tan arrugada. Más del 99% de los bebés nacidos entre las 36 y las 37 semanas desde la menstruación sobreviven (según las estadísticas nacionales).



Foto no disponible en estos momentos

36 SEMANAS DESDE LA FERTILIZACIÓN

La longitud cráneo-caudal es de 340 milímetros (13 ½ pulgadas). El peso es de 2900 gramos (6 ½ libras). En este momento, en la mayoría de los casos el niño está completamente desarrollado. Más del 99% de los bebés nacidos entre las 38 y las 39 semanas desde la menstruación sobreviven (según las estadísticas nacionales).



MÉTODOS Y RIESGOS DE UN ABORTO MÉDICO

Un embarazo puede terminar de tres formas: la mujer puede dar a luz, puede tener un aborto espontáneo o puede decidir someterse a un aborto. Si usted decide tomar una decisión informada y someterse al aborto, usted y su médico tendrán que evaluar la duración de su embarazo antes de decidir qué método de aborto se utilizará. Según los datos de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), el riesgo de morir como consecuencia directa de un aborto inducido legalmente es menor de uno por 100000.

El Primer Trimestre

Los médicos usan un método de aspiración con vacío durante el primer trimestre (los primeros tres meses del embarazo). El médico debe comprobar primero el tamaño del útero. Su médico le pedirá que se tumben sobre su espalda y doble sus rodillas. Pondrá una mano en su vagina y la otra sobre su abdomen (en el vientre). Entonces, el médico mirará la zona exterior de su útero (el cuello uterino) usando un espéculo (un instrumento especial). Después, rociará o inyectará un medicamento en el cuello uterino, lo que impedirá que usted sienta mucho dolor, e introducirá un catéter (un tubo blando y transparente, similar a una pajita/popote larga/o) en su cuello uterino. El catéter se conecta a una máquina que actúa como una aspiradora por vacío. El feto y los demás productos de la concepción se aspiran fuera del útero a través del catéter.

Si han transcurrido más de seis semanas desde su último periodo normal, el médico debe abrir primero suavemente (dilatar) el cuello uterino. Después, usará un tubo de plástico más largo y firme (una legra) para extraer (evacuar) el feto.

La terminación del embarazo en el primer trimestre se considera una cirugía menor. Sin embargo, en uno de cada cien abortos es posible que el útero no se vacíe completamente o que se infecte. Ambos problemas tienen tratamiento. Además, en uno de cada 500 abortos el catéter puede atravesar la pared del útero por accidente. En ese caso, la mujer podría necesitar una cirugía para coser el desgarro.

El Segundo Trimestre

Habitualmente, para realizar un aborto durante el segundo trimestre (el cuarto, quinto y sexto mes de embarazo), el médico abre (dilata) el cuello uterino y vacía (evacua) el útero. Este método se conoce como dilatación y evacuación.

Cuando se usa este método de aborto durante el segundo trimestre, el médico puede insertar un material esponjoso en el cuello uterino. A medida que la esponja se humedece, aumenta de tamaño y abre el cuello uterino. El médico extraerá la esponja entre dos y dieciséis horas después y usará unos fórceps para extraer el feto o los restos fetales. También puede aspirarlo con vacío con un catéter más grande que el que se describe en el primer trimestre. La placenta se suele extraer por aspiración con vacío.

Antes de que el médico realice este procedimiento, necesitará medir el tamaño del útero para determinar la edad gestacional del feto. Si se determina que está muy avanzado el segundo trimestre, el médico puede decidir realizar el aborto induciendo un parto.

Durante la inducción del parto, éste puede comenzar (inducirse) por la inyección de medicamentos o agua salada en la bolsa de aguas fetales (saco amniótico), lo que puede hacerse limpiando la piel de la cintura (abdomen) para eliminar los gérmenes; se pone un fármaco anestésico sobre la piel; y se empuja una aguja a través de la piel hasta el saco amniótico. Para inducir el parto, también se puede inyectar un medicamento en la corriente sanguínea de la mujer por vía intravenosa. Habitualmente, el parto comenzará en dos o cuatro horas.

En general, la inducción del parto requiere una estancia hospitalaria más prolongada y no se realiza en la consulta. Si la placenta no se extrae con el feto durante la inducción del parto, el médico debe abrir el cuello uterino y aspirar el útero, tal como se describe en el método de aspiración con vacío.

Cuando se realiza un aborto por dilatación y evacuación, prácticamente no hay posibilidades de que el feto sobreviva. Cuando se realiza al final del segundo trimestre, el médico puede decidir inyectar un medicamento en el feto para acabar con su vida antes de la aspiración con vacío. Si se utiliza el método de inducción del parto, hay una posibilidad mínima de que el bebé pueda sobrevivir durante un corto espacio de tiempo. La posibilidad de vivir fuera del útero aumenta cuando la edad gestacional es mayor. En caso de que el bebé que se extrae esté vivo, la ley requiere que haya un médico o personal médico que le atienda y proporcione los cuidados y tratamientos que, según el mejor criterio médico, se proporcionen habitualmente a cualquier otra persona en condiciones y circunstancias similares.

Las complicaciones que pueden aparecer en los abortos practicados en el segundo trimestre por dilatación y evacuación son las mismas que en el primer trimestre: El útero puede no vaciarse completamente, puede aparecer una infección o los instrumentos pueden producir un orificio en el útero. En los abortos del segundo trimestre, también puede haber una hemorragia importante durante unos días después de terminar el embarazo. Estos problemas no son frecuentes y tienen tratamiento médico.

Las complicaciones relacionadas con los abortos son menos frecuentes en las primeras ocho semanas de embarazo que después. El aborto por inducción del parto comporta el mayor riesgo de problemas.

Las mujeres que terminan sus embarazos por aspiración con vacío, inducción del parto o dilatación y evacuación no suelen tener problemas para quedarse embarazadas más adelante. No obstante, es posible que tengan problemas para tener hijos después de varios abortos.

Recuerde que todos los métodos que se usan para terminar el embarazo pueden provocar problemas. Pregunte a su médico acerca de todos los problemas posibles que se le ocurran, para que pueda aconsejarla.

El Tercer Trimestre

Su médico puede aconsejarle que termine su embarazo entre las 24 y 38 semanas de gestación (semanas desde la menstruación). En caso de que este consejo implique el uso de cualquier medio que termine el embarazo sabiendo que ello significará, con una probabilidad razonable, la muerte del niño, entonces esa terminación del embarazo con estos medios es un aborto. Un aborto en esta etapa de su embarazo sólo puede practicarse si su médico cree razonablemente que es necesario para prevenir su muerte o un daño importante o irreversible de alguna de sus funciones corporales.

Cuando se termina un embarazo en esta etapa, se hace con uno de estos dos procedimientos: inducción del parto o cesárea.

La terminación de un embarazo por inducción del parto durante el tercer trimestre es bastante diferente de la terminación descrita anteriormente. En el tercer trimestre, el parto puede empezar inyectando directamente un medicamento en la corriente sanguínea (en las venas) de la mujer embarazada. El parto y el alumbramiento del feto durante el tercer trimestre son similares a un parto normal y su duración depende del tamaño del bebé y de la “agilidad” del útero.

Como sucede con el parto, las complicaciones de la inducción del parto durante el tercer trimestre consisten en infección, hemorragia importante, apoplejía y presión arterial elevada. Cuando se usan medicamentos para comenzar el parto, hay un mayor riesgo de rotura del útero que durante el parto normal.

Si el parto no puede empezar inyectando el medicamento en la mujer embarazada, o si la mujer está demasiado débil como para soportar el parto, se puede practicar una cesárea. La cesárea es una cirugía por la cual se extrae el feto del útero. En general, se adormece a la mujer o se inyecta una combinación de medicamentos en vena o en la columna vertebral, o se administran medicamentos inhalados en los pulmones. A continuación, se prepara el abdomen lavándolo con una solución jabonosa (antiséptica) para matar los gérmenes. A continuación, se realiza una incisión en el abdomen y el útero y se extrae el bebé.

Las complicaciones de la cesárea son similares a las que se encuentran en el parto y al administrar anestesia: sepsis (infección grave); embolia (coágulos de sangre que van hacia el corazón y el cerebro); neumonía por aspiración (contenido del estómago respirado hacia los pulmones); hemorragia (sangrado importante); y lesiones del tracto urinario.

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

- (1) El médico que termine su embarazo debe certificar por escrito que, según la exploración física y el juicio clínico del médico, el aborto es necesario para prevenir su muerte o un daño importante o irreversible de alguna de sus funciones corporales.
- (2) Un segundo médico debe también examinarla y certificar por escrito que, según la exploración física y el juicio clínico del médico, el aborto es necesario para prevenir su muerte o un daño importante o irreversible de alguna de sus funciones corporales.
- (3) El aborto debe practicarse en un hospital.
- (4) El médico debe seleccionar un procedimiento que dé al feto las máximas probabilidades de vivir.
- (5) Un segundo médico debe también estar presente en la sala en la cual se realice el procedimiento. Ese médico procurará que el bebé reciba inmediatamente asistencia sanitaria después de su nacimiento y debe seguir todos los pasos razonables necesarios para preservar la vida y la salud del bebé.

No se requiere que el médico utilice un método de aborto que dé al feto las máximas probabilidades de vivir, si determina que, en su mejor juicio clínico, el uso de ese método supone un riesgo significativamente mayor para la vida de la madre o un deterioro sustancial e irreversible de algunas de sus funciones corporales que otro método.

En caso de una urgencia médica, tampoco se requiere que el médico cumpla con ninguna de las condiciones mencionadas anteriormente cuando, según su criterio clínico, no deba cumplir por causa de dicha emergencia.

REACCIÓN EMOCIONAL ANTE EL ABORTO

Cada persona es diferente, y la reacción emocional de cada mujer ante el aborto también lo es. Después de un aborto, la mujer puede tener sentimientos tanto positivos como negativos, incluso simultáneamente. Una mujer puede sentirse aliviada, tanto porque el procedimiento ya ha terminado como porque ya no está embarazada.

Otra mujer puede sentirse triste, porque se encontraba en una posición en la cual todas sus decisiones eran difíciles. Se puede sentir triste porque su embarazo haya terminado. Durante un tiempo, puede sentir una sensación de vacío o de culpa, preguntándose si su decisión fue la correcta. Algunas mujeres que refieren estos sentimientos, encuentran que desaparecen con el tiempo, mientras que, para otras, son más difíciles de superar.

Hay algunos factores que aumentan las posibilidades de que el ajuste de una mujer ante el aborto sea más difícil. Uno de ellos es no haber recibido la orientación necesaria antes de consentir al aborto. Cuando no se puede recibir ayuda y apoyo de la familia y los amigos, la forma en que la mujer afronta esta decisión puede llegar a convertirse en un problema.

Otra razón de por qué la respuesta a largo plazo de la mujer ante el aborto puede ser mala, puede estar relacionada con acontecimientos pasados en su vida. Por ejemplo, los sentimientos negativos pueden durar más si la mujer no está acostumbrada a tomar decisiones importantes o si tiene ya problemas emocionales graves.

Hablar con un consejero profesional y objetivo puede ayudar a la mujer a valorar su decisión en todos sus aspectos antes de emprender cualquier acción.

RIESGOS MÉDICOS DEL PARTO

Habitualmente, continuar con un embarazo y dar a luz a un bebé es un proceso seguro y saludable. Según los datos proporcionados por los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), el riesgo de morir como consecuencia directa del embarazo y el parto es menor de 10 casos por cada 100,000 nacidos vivos. El riesgo es mayor entre las mujeres de raza negra (22.0 por cada 100,000).

Las causas de muerte más frecuentes de una mujer embarazada son:

- Embolias (coágulos de sangre que afectan al corazón y al cerebro).
- Eclampsia (complicaciones derivadas de una presión arterial elevada durante el embarazo).
- Hemorragia (sangrado importante).
- Sepsis (infección grave).
- Accidentes vasculares cerebrales (apoplejía, hemorragia cerebral).
- Muertes relacionadas con la anestesia.

En conjunto, estas causas suponen el 80% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. El 20% restante es consecuencia de causas desconocidas o infrecuentes. El riesgo es mayor entre las mujeres que padecen enfermedades crónicas graves que en las mujeres sanas.

Continuar con su embarazo también incluye el riesgo de desarrollar complicaciones que no siempre pondrán su vida en peligro.

- Aproximadamente 15 de 20 cada 100 mujeres embarazadas necesitan un parto por cesárea (parto a través de una incisión en el abdomen).
- Una de cada 10 mujeres puede desarrollar una infección durante o después del parto.
- Aproximadamente una de cada 20 mujeres embarazadas tiene problemas con su presión arterial.
- Una de cada 20 mujeres tiene una pérdida de sangre excesiva durante el parto.

INFORMACIÓN SOBRE LOS PROGRAMAS ESTATALES DE ASISTENCIA PARA CUIDADOS DE SALUD QUE CUBREN LOS GASTOS DE LA ASISTENCIA PRENATAL, EL PARTO Y LA ASISTENCIA NEONATAL

Dependiendo de sus ingresos, usted puede ser apta o no para obtener ayuda económica para la asistencia prenatal, el parto y la asistencia neonatal. Si no es apta, hay programas como The Arkansas Medicaid Program que pagarán o le ayudarán a pagar los gastos del médico, la consulta, el hospital y otros gastos médicos, así como con la asistencia prenatal, los gastos relacionados con el parto y los cuidados de su recién nacido. Solicite más información en la oficina más cercana del Departamento de Servicios Sociales (Department of Human Services - DHS) de su condado o en la unidad local de Salud Pública del Departamento de Salud de Arkansas (Arkansas Department of Health).

DIRECTORIO

La decisión de someterse a un aborto o de tener un bebé debe ser cuidadosamente meditada. Si necesita más ayuda u orientación, existe un directorio con las direcciones de las agencias, servicios sociales y organizaciones de su condado. Le aconsejamos que contacte con ellas si necesita más información, para que pueda tomar una decisión informada. Si desea consultar estas direcciones, coméntelo con su médico, enfermera o consejero. Si desea una copia, llame a la línea gratuita de Información Sanitaria Estatal (State Health Information Line) en el número 1-800-235-0002.



PARA OBTENER COPIAS
ADICIONALES DE ESTE DIRECTORIO
LLAME AL

(Departamento de Salud)
Arkansas Department of Health
4815 W. Markham, Slot 41
Little Rock, AR 72005
1-800-235-0002