

Lo que se tiene que saber sobre el aborto en NC

Información sobre el aborto según lo exige la Ley
de Sesión 2023-14 de Carolina del Norte



DEPARTAMENTO DE
**SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE
CAROLINA DEL NORTE**
División de Salud Pública

Introducción

Este documento, desarrollado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (NCDHHS, por sus siglas en inglés), proporciona información y recursos para cualquier persona que esté considerando un aborto en el estado de Carolina del Norte. Como lo exige la Ley de Sesión 2023-14 de Carolina del Norte o Proyecto de Ley del Senado 20, este documento proporciona información sobre los servicios disponibles para ayudar a una persona durante el embarazo, el parto y el posparto. Este documento también proporciona información sobre métodos de aborto, los riesgos tanto del aborto como del parto, y las características del feto más probables durante las etapas del embarazo.

Según lo exige la [Ley de Sesión 2023-14 de Carolina del Norte](#), este documento y un directorio de recursos de agencias y servicios públicos y privados están disponibles en el sitio web: www.ncdhhs.gov/reprohealth.

Las personas deben platicar sobre lo que es legal con sus proveedores. Sin embargo, con algunos requisitos y excepciones específicas, en Carolina del Norte [la Ley de Sesión 2023-14](#) generalmente describe cuando los abortos son legales:

- Durante las primeras 12 semanas de embarazo
- Cuando un médico calificado determina que existe una emergencia médica que limita la vida
- Después de la duodécima semana y hasta la vigésima semana de un embarazo, cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto
- Durante las primeras 24 semanas de un embarazo, si un médico calificado determina que existe una anomalía que limita la vida en el feto

Una excepción específica establecida en Carolina del Norte por la [Ley de Sesión 2023-14](#) es que un proveedor médico pueda realizar o intentar realizar un aborto si tiene conocimiento de que la persona embarazada está buscando el aborto, en su totalidad o en parte, debido a cualquiera de las siguientes razones:

- 1) La raza real o presunta o la composición racial del feto
- 2) El sexo del feto
- 3) La presencia o presunción de síndrome de Down

Excepto en el caso de una emergencia médica, una persona embarazada que busca un aborto debe conocer y tener la opción de acceder a estos materiales impresos y/o en línea al menos 72 horas antes de un aborto.

Métodos de aborto

A continuación, se describen diferentes tipos de procedimientos de aborto. La decisión sobre qué procedimiento, en su caso, es el mejor para usted debe tomarse conjuntamente con su proveedor médico.

Aborto médico

Los medicamentos recetados por un médico pueden usarse para terminar un embarazo temprano. Hay varios medicamentos que pueden utilizarse para interrumpir un embarazo y debe hablar con su médico sobre los medicamentos específicos que va a tomar. Sin embargo, en la mayoría de los casos, un medicamento (mifepristona) se toma por vía oral en presencia de un médico, de acuerdo con la ley de Carolina del Norte, para detener el desarrollo del embarazo. Hasta 48 horas más tarde, un segundo medicamento (misoprostol) se usa, haciendo que el útero se contraiga para expulsar el tejido y poner fin al embarazo. Después de recibir estos medicamentos, las personas pueden experimentar calambres, dolor o sangrado pélvico y el paso de coágulos y tejidos en cuestión de horas o días. Se pueden administrar medicamentos para el dolor, los calambres y las náuseas. De acuerdo con la ley de Carolina del Norte, una visita de seguimiento es necesaria de 7 a 14 días después de tomar los medicamentos.

Aspiración por vacío

La aspiración al vacío también se conoce como curetaje por succión o dilatación y curetaje (D y C). Este tipo de procedimiento de aborto generalmente se realiza antes de las 14 semanas de embarazo. Se pueden usar diferentes tipos de control del dolor, incluso la anestesia (para adormecer), según lo decidan el paciente y su médico. Después de que se ha administrado el medicamento, se estira la abertura del cuello uterino gradualmente. Esto se hace mediante la inserción de una serie de dilatadores, cada uno más grueso que el anterior, en la abertura del cuello uterino. El dilatador más grueso utilizado es de 14 mm o aproximadamente $\frac{1}{2}$ pulgada de grueso. Después de estirar la abertura, se inserta un tubo de plástico transparente en el útero y se une a un sistema de succión. Se extrae entonces el tejido del embarazo. Después de retirar el tubo, se puede usar un instrumento llamado cureta, o un tubo más pequeño para raspar suavemente las paredes del útero y asegurarse de que se haya extirpado todo el tejido del embarazo.

Dilatación y Evacuación (D y E)

Este tipo de aborto quirúrgico generalmente se realiza después de las 14 semanas de embarazo. El procedimiento D y E requiere más dilatación (apertura) del cuello uterino que en las primeras semanas de embarazo y generalmente se realiza unas horas o un día antes del procedimiento. La dilatación del cuello uterino se puede hacer colocando pequeñas varillas como esponjosas en el cuello uterino que lentamente absorben agua y se expanden para abrir el cuello uterino con el tiempo o al colocar un medicamento en la vagina para ablandar el cuello uterino. Típicamente, las varillas esponjosas se colocan en el cuello uterino de 4 a 24 horas antes del procedimiento de evacuación. Una vez que el cuello uterino se ha dilatado de forma segura, se lleva a cabo el procedimiento de evacuación. Se pueden usar diferentes tipos de control del dolor y anestesia para el sueño, según lo decidan el paciente y el médico para el procedimiento. El embarazo se extrae del útero mediante aspiración por succión, así como usando instrumentos médicos como fórceps. Las personas pueden experimentar calambres y manchado durante el proceso de dilatación y/o después del procedimiento de evacuación.

Riesgos médicos

Existen posibles riesgos asociados tanto con someterse a un procedimiento de aborto como con continuar un embarazo para dar a luz a término. **Es posible que no todos los riesgos correspondan a su caso, por lo que debe hablar con su médico sobre los riesgos específicos a los que está expuesta.** Según los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), el riesgo de muerte como resultado directo de un aborto legalmente inducido es menos de uno de cada 100,000 abortos. El riesgo de muerte en un parto a término es de 17 a 27 por cada 100.000 nacidos vivos. Los posibles riesgos de los abortos médicos, los abortos quirúrgicos y la continuación del embarazo a término y la frecuencia con que ocurren incluyen:

Riesgos*(La tasa o probabilidad de un resultado adverso)	Aborto médico	Aborto quirúrgico	Parto a término
Infección	Menos de 1 de cada 100 pacientes	2 a 3 en 1000	4 en 100
Hemorragia (sangrado excesivo)	Menos de 1 de cada 100	1 a 3 en 1000	4 a 5 en 100

Lesión uterina: <ul style="list-style-type: none"> • Perforación: hacer un agujero en el útero • Ruptura – desgarre del útero 	No aumento en el riesgo	Perforación: Menos de 1 en 100	Ruptura: Menos de 1 en 100
Desgarro cervical	No aumento en el riesgo	En el primer trimestre: Menos de 1 en 1000 En el segundo trimestre: 2 a 3 en 100	Menos de 1 de cada 100
Riesgos para futuros embarazos: <ul style="list-style-type: none"> • La infertilidad • Parto prematuro – incapacidad para llevar un embarazo a término 	Infertilidad: No aumenta cuando no hay complicaciones	Infertilidad: no aumenta cuando no hay complicaciones Nacimiento prematuro: pruebas poco claras sobre el aumento del riesgo de parto prematuro tras aborto quirúrgico	Infertilidad: No aumenta cuando no hay complicaciones Nacimiento prematuro: 10 a 11 en 100 embarazos
Efectos psicológicos (trastornos del estado de ánimo)	Ansiedad: 10 a 16 en 100 en un periodo de 3 años Depresión: 9 a 14 en 100 en un periodo de 3 años (para abortos médicos y quirúrgicos)		Ansiedad: 14 de cada 100 en un periodo de 3 años Depresión: 10 en 100 en un periodo de 3 años
Muerte	Menos de 0.5 de cada 100,000 abortos (tanto para abortos médicos como quirúrgicos)		17 a 27 por cada 100,000 nacidos vivos
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, vómitos • Dolor de cabeza, mareos, fatiga • Fiebre • Sangrado • Calambres 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios de la anestesia • Sangrado • Calambres 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, vómitos • Efectos secundarios de la anestesia • Sangrado • Calambres

* Los números o datos reportados son estimados sujeto a cambios según la investigación o evidencia más reciente

Búsqueda de Servicios

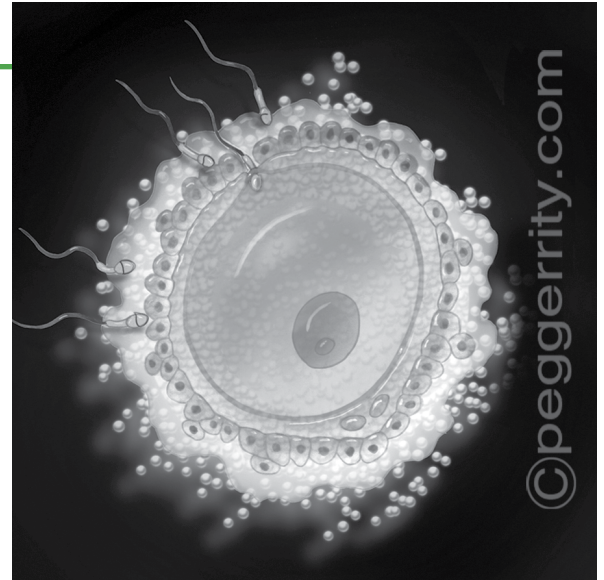
Según la Ley de Sesión 2023-14, NCDHHS ha publicado un directorio de recursos diseñado para informar a las personas embarazadas sobre agencias y servicios públicos y privados disponibles para ayudarlas durante el embarazo, el parto y mientras el niño está a su cargo, e incluye las agencias de adopción. La publicación está disponible en línea en: www.ncdhhs.gov/reprohealth

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

Una persona puede reunir los requisitos para recibir ayuda financiera para atención médica dependiendo de los ingresos. Para las personas que califican, los programas como Medicaid pueden ayudar a pagar las facturas de un médico, clínica, hospital y otros gastos médicos relacionados para la atención prenatal, servicios para el parto o nacimiento, atención posparto y atención para recién nacidos. Para obtener información sobre Medicaid, incluso los requisitos de elegibilidad y cómo solicitar beneficios, visite el sitio web: https://ncgov.servicenowservices.com/sp_beneficiary?id=bnf_apply.

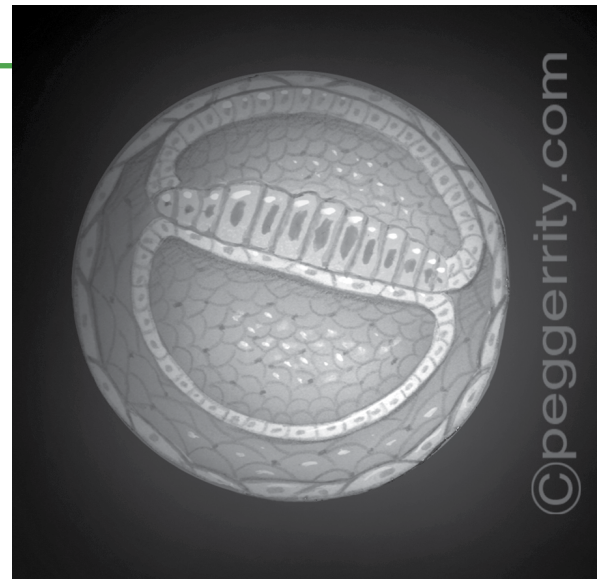
Las primeras dos semanas

- Poco después de que comience el periodo menstrual, el cuerpo comienza a prepararse para un posible embarazo.
- Aproximadamente dos semanas después del período, uno de los ovarios libera un óvulo en la trompa de Falopio junto al ovario.
- La fertilización ocurre cuando un espermatozoide se encuentra con un óvulo recién liberado. La fertilización es ahora posible durante las próximas 24 horas más o menos.
- Si se produce la fertilización, se forma un embrión unicelular, que tiene un diámetro de aproximadamente 4/1000 de una pulgada. La imagen de abajo es lo que sólo se puede ver con un microscopio.



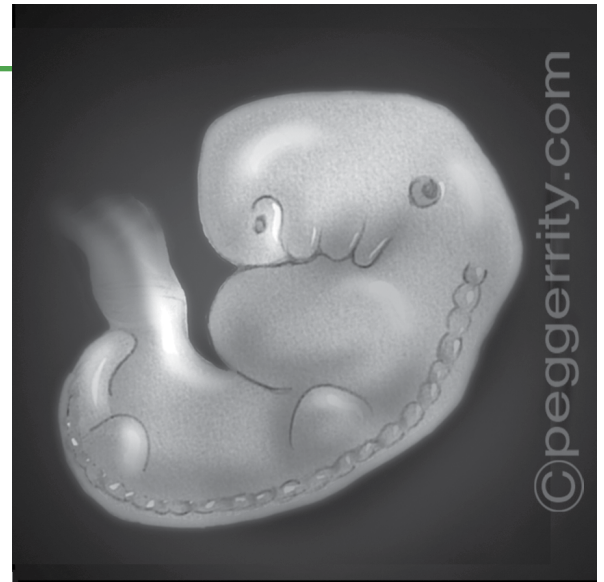
De 2 a 4 semanas

- Las células del embrión se dividen repetidamente a medida que el embrión se mueve a través de la trompa de Falopio hacia el útero.
- Durante la cuarta semana después de la menstruación, el embrión puede implantarse en la pared del útero. Si esto sucede, comienza el embarazo, y se comienza a producir la hormona del embarazo (HCG). Esto se puede detectar mediante una prueba de embarazo casera alrededor del final de la cuarta semana después de que comience el período y la segunda semana después de la ovulación.
- Algunas células del embrión comienzan a convertirse en una placenta, lo que ayuda a transferir oxígeno, nutrientes y hormonas al embrión, y eliminar los productos de desecho, durante todo el embarazo.
- Si el embrión no se implanta, la persona vuelve a tener periodos menstruales.
- La imagen de abajo es lo que sólo se podía ver con un microscopio.



De 4 a 6 semanas

- A las cuatro semanas, el embrión mide menos de 1/100 de pulgada de largo.
- A las cinco semanas, el cerebro, la médula espinal y el corazón comienzan a desarrollarse.
- La actividad eléctrica comienza en el corazón aproximadamente a las cinco semanas y puede ser visible por ultrasonido.



De 6 a 8 semanas

- A las seis semanas, el embrión mide menos de ¼ de pulgada de largo desde la cabeza hasta la nalga.
- A las seis semanas, el corazón está bombeando la sangre del embrión al cerebro y al cuerpo.
- Se han formado la cabeza, el pecho y las cavidades abdominales y se pueden ver las estructuras de las extremidades que se convertirán en los brazos y las piernas.
- El desarrollo cerebral continúa con la aparición de los hemisferios cerebrales alrededor de las siete semanas.



De 8 a 10 semanas

- A las ocho semanas, el embrión mide aproximadamente $\frac{1}{2}$ pulgada, de la cabeza a la nalga.
- La actividad eléctrica en el cerebro se puede detectar alrededor de ocho semanas.
- Los huesos de la mandíbula y la clavícula comienzan a endurecerse.
- Los oídos y los ojos comienzan a formarse.
- A las nueve semanas, las manos en forma de telaraña pueden moverse y el cuello puede girar.
- Se han formado ovarios y testículos.
- El ritmo cardíaco puede comenzar a escucharse con un monitor de tono cardíaco fetal de mano (monitor de ultrasonido Doppler) en el estómago.



De 10 a 12 semanas

- Después de 10 semanas, el embrión ahora se llama feto.
- El feto de 10 semanas pesa menos de $\frac{1}{2}$ onza. El feto mide un poco menos de $\frac{1}{4}$ pulgadas desde la cabeza hasta la nalga, y la cabeza representa aproximadamente la mitad de este tamaño.
- A las 10 semanas, los riñones comienzan a producir y liberar orina, y comienzan los movimientos respiratorios intermitentes.
- Los dedos de manos y pies ya no están palmeados y se han formado.
- Los movimientos de las manos y los pies se pueden ver en el ultrasonido.
- A las 11 semanas, la cabeza se mueve hacia adelante y hacia atrás, la mandíbula se abre y se cierra activamente.
- En el feto femenino, los ovarios ahora contienen células reproductivas, y el útero ahora está presente.



De 12 a 14 semanas

- El feto de 12 semanas pesa menos de 1 onza y mide aproximadamente 3 pulgadas de la cabeza al talón.
- Los huesos se están endureciendo en muchos lugares.
- Los labios y la nariz están completamente formados.



De 14 a 16 semanas

- El feto de 14 semanas pesa alrededor de 2 onzas y mide un poco menos de 5 pulgadas de la cabeza al talón.
- Los dientes se desarrollan.
- Los oídos y otros órganos se están desplazando a sus ubicaciones permanentes.
- El feto produce una variedad de hormonas y se desarrollan genitales externos.
- Los brazos alcanzan la proporción final con el tamaño del cuerpo.



De 16 a 18 semanas

- A las 16 semanas, el feto mide aproximadamente 6 a 7 pulgadas de largo y pesa aproximadamente 4 onzas.
- Alrededor de las 17 semanas, la médula ósea comienza a formar células sanguíneas y el feto comienza a almacenar energía en la grasa corporal.
- Una persona embarazada puede comenzar a sentir el movimiento del feto a las 18 semanas.
- Comienza la producción de una variedad de enzimas digestivas.



De 18 a 20 semanas

- El feto de 18 semanas pesa alrededor de 6 onzas y mide aproximadamente 8 pulgadas de largo.
- El feto está cubierto de pelos cortos llamados lanugo.
- A las 18 semanas, se forman los conductos respiratorios, llamados árbol bronquial.



De 20 a 22 semanas

- El feto de 20 semanas pesa alrededor de 9 a 11 onzas y mide alrededor de 9 a 10 pulgadas de largo.
- A las 20 semanas, casi todos los órganos se han formado.
- A las 20 semanas, la laringe, o caja de voz, comienza a moverse.
- La piel ha desarrollado glándulas sudoríparas y está cubierta por una sustancia blanca grasa llamada “vérnix”.
- A las 21 semanas, los movimientos corporales y la frecuencia cardíaca comienzan a seguir ciclos diarios llamados ritmos circadianos.
- Los movimientos de las extremidades se vuelven más coordinados.



De 22 a 24 semanas

- El feto de 22 semanas pesa un poco 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 respuesta al sonido. La cóclea, el órgano de la audición, alcanza el tamaño adulto. Todas las capas y estructuras de la piel están completas.
- Comienzan los movimientos oculares.



De 24 a 26 semanas

- El feto de 24 semanas pesa aproximadamente 1¼ libras y mide aproximadamente 12 pulgadas de largo.
- Los pulmones completamente desarrollados están comenzando a producir una sustancia necesaria para respirar después del nacimiento, pero aún no están listos para funcionar fuera del útero.
- El feto desarrolla más grasa corporal.
- El feto duerme y se despierta regularmente y puede responder a estímulos de luz y sonido.



De 26 a 28 semanas

- El feto de 26 semanas pesa casi 2 libras y mide aproximadamente 14 pulgadas de largo.
- Los pulmones continúan produciendo la sustancia necesaria para respirar después del nacimiento.
- Para la semana 27, el feto ha desarrollado pestañas y puede abrir y cerrar los ojos.



De 28 a 30 semanas

- El feto de 28 semanas pesa más de 2½ libras y mide aproximadamente 15 pulgadas de largo.
- A las 28 semanas, el sentido del olfato está funcionando y los ojos producen lágrimas.
- A las 29 semanas, los ojos pueden sentir y reaccionar a los cambios en la luz.



De 30 a 32 semanas

- El feto de 30 semanas pesa alrededor de 3¼ libras y mide alrededor de 16 pulgadas de largo.
- El cerebro está creciendo y madurando. El feto puede procesar y reaccionar a más información y estímulos como sonidos fuera del útero.
- Las arrugas en la piel están desapareciendo a medida que se forman más depósitos de grasa.



De 32 a 34 semanas

- El feto de 32 semanas pesa alrededor de 4 a 5 libras y mide alrededor de 17 a 18 pulgadas de largo.
- A través del sistema digestivo, el feto es capaz de absorber minerales como el calcio y el hierro.
- Los huesos siguen endureciéndose, pero el cráneo sigue siendo blando y flexible.



De 34 a 36 semanas

- El feto de 34 semanas pesa alrededor de 5 libras y mide aproximadamente 18 pulgadas de largo.
- El tejido pulmonar continúa desarrollándose.
- El cerebro sigue creciendo.



De 36 a 38 semanas

- El feto de 36 semanas pesa alrededor de $5\frac{3}{4}$ libras y mide aproximadamente $18\frac{1}{2}$ pulgadas de largo.
- A las 37 semanas, el feto tiene un agarre de mano firme.



De 38 a 40 semanas

- El feto de 38 semanas pesa alrededor de 6 libras y mide aproximadamente 19 pulgadas de largo.
- A término, el cordón umbilical mide típicamente de 20 a 24 pulgadas de largo.
- El feto continúa creciendo, ganando alrededor de $\frac{1}{2}$ libras por semana hasta que llega a término. A término, los bebés recién nacidos suelen pesar de 6 a 9 libras y miden entre 18 y 20 pulgadas de largo.



Agradecimientos

Esta publicación se produce en cumplimiento de la Ley de Sesión 2023-14 de Carolina del Norte, conocida como “Leyes de Aborto”.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Carolina del Norte reconoce a los siguientes colaboradores para esta publicación:

- Las ilustraciones fueron creadas por Peg Gerrity, Houston, Texas. Utilizado con permiso.
- Datos sobre el desarrollo prenatal adaptados con permiso de The Endowment for Human Development.

NCDHHS agradece a los revisores que han ofrecido comentarios útiles sobre este folleto.

Referencias

Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología. (2020). *Cómo crece su feto durante el embarazo*. www.acog.org/womens-health/faqs/how-your-fetus-grows-during-pregnancy#:~:text=During%20pregnancy%2C%20the%20lining%20of,many%20times%20its%20normal%20size.

Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología. (2023). *Aumentar el acceso a dispositivos intrauterinos e implantes anticonceptivos*. www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-statement/articles/2023/03/increasing-access-to-intrauterine-devices-and-contraceptive-implants.

Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología. (2020). *Aborto con medicamentos hasta 70 días de gestación*. www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/10/medication-abortion-up-to-70-days-of-gestation.

Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología. (2013). *Aborto en el segundo trimestre*. www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2013/06/second-trimester-abortion.

Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., y Kirby, R. S. (2002). Una comparación de la inducción médica y la dilatación y evacuación para el aborto en el segundo trimestre. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 393-397. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.123887>.

Bartley J, Brown A, Elton R, Baird DT. (2001). Ensayo aleatorizado doble ciego de mifepristona en combinación con gemeprost vaginal o misoprostol para la inducción del aborto hasta 63 días de gestación. *Hum Reprod*, 16 (10), 2098-102. doi: 10.1093/humrep/16.10.2098.

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (2022). *Parto prematuro*. www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm.

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (2022). *Salud materna e infantil*. www.cdc.gov/reproductivehealth/MaternalInfantHealth/.

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (2023). *Tasas de mortalidad materna en los Estados Unidos, 2021*. www.cdc.gov/nchs/data/hestat/maternal-mortality/2021/maternal-mortality-rates-2021.htm#Table.

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (2022). *Vigilancia del aborto - Estados Unidos, 2020*. www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/ss/ss7110a1.htm?s_cid=ss7110a1_w#T15 down.

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (2022). *Preguntas frecuentes del sistema de vigilancia del aborto a los CDC*. www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/abortion.htm.

Chen MJ, Creinin MD. (2015). Mifepristona con misoprostol bucal para el aborto médico: una revisión sistemática. *Obstet Gynecol*. doi: 10.1097/AOG.0000000000000897.

Corbetta-Rastelli CM, Friedman AM, Sobhani NC, Arditi B, Goffman D, Wen T. (2023). Tendencias y resultados de la hemorragia posparto en los Estados Unidos, 2000-2019. *Obstet Gynecol*. 141(1), 152-161. doi: 10.1097/AOG.0000000000004972

Goff SL, Pekow PS, Avrunin J, Lagu T, Markenson G, Lindenauer PK. (2013). Patrones de tasas de infección obstétrica en una gran muestra de hospitales de EE.UU. *Am J Obstet Gynecol*. 208(6), 456.e1-13. doi: 10.1016/j.ajog.2013.02.001.

Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. (2008). Complicaciones después del aborto quirúrgico y médico del segundo trimestre. *Reprod. Health Matters*. 16(31 Suppl), 173-82. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31379-2.

Guttmacher Institute. (2019). *Embarazo no deseado en los Estados Unidos*. www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-unintended-pregnancy-us.pdf.

Hardy, G, Benjamin, A., Abenhaim, A. (2013). Efecto de los abortos inducidos en nacimientos prematuros tempranos y resultados perinatales adversos. *JOGC*. 35(2), 138-143. doi: 10.1016/S1701-2163(15)31018-5.

Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. (2010). Preparación cervical para el aborto quirúrgico del primer trimestre. *Base de datos Cochrane Syst Rev*. doi: 10.1002/14651858.CD007207.pub2.

Klemetti, R., Gissler, M., Niinimäki, M. y Hemminki, E. (2012). Resultados de nacimiento después del aborto inducido: un estudio nacional basado en registros de primeros nacimientos en Finlandia. *Human reproduction* 27(11), 3315-3320. <https://doi.org/10.1093/humrep/des294>.

Magro Malosso ER, Saccone G, Simonetti B, Squillante M, Berghella V. (2018). Tendencias de los Estados Unidos en el aborto y el parto prematuro. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 31(18), 2463-2467. doi: 10.1080/14767058.2017.1344963.

Centro Estatal de Estadísticas de Salud de Carolina del Norte. (2022). *Resultados de la encuesta del sistema de monitoreo en la evaluación del riesgo del embarazo en Carolina del Norte en 2020: Intencionalidad del embarazo*. <https://schs.dph.ncdhhs.gov/data/prams/2020/intent3.html>.

Oliver-Williams C, Fleming M, Monteath K, Wood AM, Smith GC. (2013). Cambios en la asociación entre el aborto terapéutico anterior y el parto prematuro en Escocia, 1980 a 2008: un estudio de cohorte histórico. *PLoS Med.* 10(7), e1001481. doi: 10.1371/journal.pmed.1001481.

Paul, M. et ál. (2009). *Manejo del embarazo anormal y no deseado, atención integral del aborto*. Blackwell Publishing Ltd.

Raymond, E. y Grimes, D. (2012). La seguridad comparativa del aborto legal inducido y el parto en los Estados Unidos. *BJOG*, 119(2 Pt 1), 215-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e31823fe923.

Shah PS, Zao J; Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. (2009). Interrupción inducida del embarazo y bajo peso al nacer y parto prematuro: una revisión sistemática y metaanálisis. *BJOG*, 116(11), 1425-42doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02278.x.

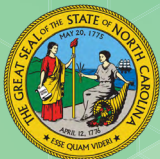
Swingle HM, Colaizy TT, Zimmerman MB, Morriss FH Jr. (2009). El aborto y el riesgo de parto prematuro posterior: una revisión sistemática con metaanálisis. *J Reprod Med.* 54(2), 95-108. PMID: 19301572.

Thorp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E. (2003). Consecuencias físicas y psicológicas a largo plazo del aborto inducido: revisión de la evidencia. *Obstet Gynecol Surv.* 58(1), 67-79. doi: 10.1097/00006254-200301000-00023.

Upadhyay UD, Desai S, Zlidar V, Weitz TA, Grossman D, Anderson P, Taylor D. (2015). Incidencia de visitas a urgencias y complicaciones después del aborto. *Obstet Gynecol.* 125(1), 175-183. doi: 10.1097/AOG.0000000000000603.

Wong LF, Wilkes J, Korgenski K, Varner MW, Manuck TA. (2016). Laceración cervical intraparto y resultados posteriores del embarazo. *Representante de AJP Rep*, 6(3), e318-23. doi: 10.1055/s-0036-1592198.

Zhang J, Zhou K, Shan D, Luo X. (2022). Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub5.



DEPARTAMENTO DE
**SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE
CAROLINA DEL NORTE**
División de Salud Pública

www.ncdhhs.gov • NCDHHS is an equal
opportunity employer and provider. • 6/2023