

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL SEGUNDO TRIMESTRE

SEGUNDA Y TERCERA ETAPA

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO / TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MUERTE FETAL

Durante el embarazo temprano (si no se avanza más allá de la semana 12-15), el aborto puede generalmente llevarse a cabo mediante el uso de instrumentos quirúrgicos, como un procedimiento de un solo día.

Después del segundo trimestre, se utiliza con frecuencia un procedimiento **de dos etapas**. Para este procedimiento el paciente es visto dos veces. El primer día consiste en dilatar el cuello del útero. El médico inserta dentro del cuello uterino un pequeño dispositivo sólido llamado dilatador osmótico. Está hecho de un material sintético y es aproximadamente del tamaño de un fósforo cuando se inserta. Uno o más dilatadores osmóticos pueden ser utilizados según sea necesario para dilatar el cuello del útero. La inserción generalmente toma 5-10 minutos con las mínimas molestias. Antes de la inserción del dilatador osmótico, el paciente se le brinda instrucciones adecuadas y una vez que se ha insertado el dilatador osmótico se le permite salir de la oficina.

Durante el período provisional, el dilatador osmótico absorbe la humedad del cuerpo y se expande gradualmente a cerca de tres veces su tamaño original. Al hacerlo, lenta y suavemente se dilata y suaviza el cuello del útero. De doce a veinticuatro (12 a 24) horas más tarde, cuando el paciente vuelve para su visita final, el paciente recibirá una dosis de Cytotec (Misoprostol) para ayudar a la dilatación. Después de eso, el médico retira los dilatadores osmóticos insertados el día anterior, y procede a terminación completa.

Al final del segundo trimestre, a las 24 semanas, un procedimiento es **en tres etapas** generalmente, requiere dos días consecutivos de inserción de laminarias utilizando digoxina como medicamento. El paciente debe entonces venir para una tercera visita, en la que se completa la terminación del embarazo, en el último día, el paciente recibirá la dosis de Cytotec (Misoprostol) para ayudar en la dilatación, después de lo cual la terminación se completa con el vaciado del útero.

Un riesgo ligeramente mayor está implicado en la interrupción del embarazo de más de doce (12) semanas que en el aborto temprano. Sin embargo, el uso de los dos o tres procedimientos de fase puede disminuir considerablemente la diferencia. En el embarazo más avanzado, el riesgo de infección o aborto incompleto se dice que es mayor. Además, no hay pérdida de sangre solo en el momento, pero no tanto como para ser una amenaza de salud para la mujer. Este procedimiento tiene menos riesgo que embarazo a término.

La inserción de un dilatador osmótico es normalmente un procedimiento simple y rápido. Muy poco frecuente, sin embargo, pueden surgir ciertas complicaciones. Estas complicaciones pueden incluir infección, perforación del cuello del útero, aborto espontáneo y / o aborto séptico. Con el dilatador osmótico en su lugar, el paciente puede experimentar efectos secundarios como calambres, sangrado y / o secreción acuosa. Los síntomas que incluyen son: contracciones, expulsando de laminaria y / o rotura de membranas requieren tratamiento inmediato. Es su responsabilidad el llamar a la oficina o la línea de emergencia de inmediato.

Una vez insertado el dilatador osmótico, es obligatorio que el paciente vuelva para la segunda fase del procedimiento, en un plazo de 24 horas desde el día anterior. El no volver a tiempo puede dar lugar a complicaciones como infección, aborto involuntario, síndrome de choque tóxico o incluso la muerte. Si se retira el dilatador osmótico, y la segunda etapa del procedimiento no es completa, hay un mayor riesgo de aborto espontáneo.

_____ Cualquier complicación que resulta de no venida a la cita médica en un plazo de 24 horas cada día es mi responsabilidad y no la del médico involucrado. Voy a ser responsable de los gastos médicos y daños físicos que incurra como resultado de mis acciones. Yo libero el Dr. Michael Benjamín, y el personal de las consecuencias nocivas, que pueden ser el resultado de estas acciones.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Michael J. Benjamin/Frank Rodríguez, M.D.
7777 N. University Drive, Suite 102
Tamarac, FL 33321
(954) 720-7777

Cytotec (Misoprostol) Consentimiento

Por favor ponga sus iniciales en cada línea de abajo

_____ Entiendo que el propósito del Cytotec es ablandar y dilatar mi cuello uterino con el fin de facilitar la realización de la interrupción del embarazo por aborto quirúrgico.

_____ Entiendo que un medicamento llamado Cytotec (Misoprostol) será utilizado para ayudarme en el proceso de ablandamiento y la apertura de mi cuello. Aunque este medicamento es ampliamente utilizado por las clínicas de aborto en todo el mundo, es que no se apruebe a tal efecto por el gobierno de los EE.UU. Está aprobado para el tratamiento de las úlceras de estómago, y ha sido bien estudiada. Este tipo de "uso fuera de etiqueta" es legal y ampliamente aceptada para diversos medicamentos.

_____ Entiendo que Cytotec puede causar los siguientes efectos secundarios:

- Calambres
- Sangrado vaginal
- Diarrea
- Dolor de cabeza
- Fiebre

_____ Entiendo que una vez que se administra el Cytotec, el procedimiento de aborto debe ser completado y el no hacerlo podría causar defectos de nacimiento

_____ Entiendo que Cytotec no siempre es eficaz al 100% y puede ser necesario tener osmótica Cervical dilatadores (Laminaria o Dilapan) insertados. El dilatador permanecer en su lugar durante la noche y el procedimiento se completará el día siguiente.

_____ Entiendo y doy el consentimiento para el tratamiento mediante el uso de Cytotec.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Autorización para la Liberación de Tejido Fetal

(No firme si está utilizando una funeraria)

De acuerdo con la Sección 383.33625 de los Estatutos de la Florida, todos los restos serán manejados y dispuestos de acuerdo a los lineamientos de la ley estatal. Su firma autoriza a nuestros médicos a disponer de los restos fetales en los términos que se utilizan habitualmente.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Solicitar a la versión de muestras para las pruebas genéticas

Esto requiere que el OB-GYN proporcione a un laboratorio la Solicitud por Adelantado

_____ Yo he optado por tener unos estudios genéticos realizados para este embarazo. He proporcionado una forma del laboratorio completado por mi médico para este fin. Libero al Dr. Michael Benjamín, de cualquier responsabilidad en el manejo y / o los resultados que pueden alcanzarse o la viabilidad de la muestra para proporcionar un resultado

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha