

# 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

## CONSENTIMIENTO PARA LA INSERCIÓN DE DILATADORES OSMOTICOS (PRIMERA ETAPA)

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informada de que la laminaria osmótica se utilizará para facilitar la dilatación del cuello del útero mío como la primera y / o segunda etapa en la terminación de mi embarazo actual. Se me ha proporcionado un antibiótico, con instrucciones, como medida de precaución, así como medicamentos para el dolor para mi comodidad. Entiendo que tengo que volver a la hora prevista y que la laminaria osmótica se debe retirar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la inserción debido al riesgo de infección. También soy consciente de que una vez insertado, hay un riesgo sustancial para mí y para mi feto actual debería decidir no proceder a la terminación de mi embarazo actual. Afirmo que todos los aspectos de este procedimiento incluyendo los riesgos han sido plenamente explicados y que todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción. Al firmar abajo, declaro que entiendo completamente la información que se ha proporcionado a mí, tanto verbalmente como por escrito en cuanto a este procedimiento. Si no regreso a la cita en la fecha prevista o si decido no terminar mi embarazo actual después de la inserción de laminaria osmótica, libero de toda la responsabilidad al equipo de salud que presto mi atención y queda bajo mi responsabilidad derivada de mis decisiones y / o acciones. Por la presente solicito y el consentimiento para proceder con la inserción de laminaria osmótica y terminar mi embarazo actual.

**NO** voy a viajar más allá de los **45 minutos** de la clínica y me quedare en  \_\_\_\_\_  
 **Necesito un Hotel**

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Nombre del Testigo	_____ Firma del Testigo	_____ Fecha

### **Soló Procedimientos de Tres Días**

## CONSENTIMIENTO PARA LA INSERCIÓN DE DILATADORES OSMOTICOS (SEGUNDA ETAPA)

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informada de que las laminarias osmóticas se utilizarán para facilitar la dilatación del cuello del útero mío como la primera y / o segunda etapa en la terminación de mi embarazo actual. Se me ha proporcionado un antibiótico, con instrucciones, como medida de precaución, así como medicamentos para el dolor. Entiendo que tengo que volver a la hora prevista y que la laminaria osmótica se debe retirar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la inserción debido al riesgo de infección. También soy consciente de que una vez insertadas las laminarias osmóticas, hay un riesgo sustancial para mí y para mi feto actual, y debería decidir no proceder a la terminación de mi embarazo actual. Afirmo que todos los aspectos de este procedimiento incluyendo los riesgos han sido plenamente explicados y que todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción. Al firmar abajo, declaro que entiendo completamente la información que se ha proporcionado a mí, tanto verbalmente como por escrito en cuanto a este procedimiento. Si no regreso al consultorio médico en la fecha prevista o si decido no terminar mi embarazo actual después de la inserción de laminaria osmótica, libero a todas las partes señaladas anteriormente y toda la responsabilidad es derivada de mis decisiones y / o acciones. Por la presente solicito y doy el consentimiento para proceder con la inserción de laminaria osmótica para terminar mi embarazo actual.

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Nombre del Testigo	_____ Firma del Testigo	_____ Fecha

## **CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR CON INYECCIÓN DE AMNIOCENTESIS (DIGOXINA): EMBARAZO TERMINACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, dándole autorización y consentimiento para Dr. Michael Benjamín u otro médico designado por éste, para llevar a cabo una amniocentesis con inyección de digoxina. Se ha explicado que el objetivo de este procedimiento es para detener el corazón del feto y terminar quirúrgicamente mi embarazo actual según lo previsto. También se ha explicado que, con cualquier procedimiento quirúrgico, pero no limitado a la infección, hemorragia y daño a los órganos circundantes o la muerte.

Cualquier complicación de este procedimiento puede dar lugar a la necesidad de transporte de emergencia a un hospital de la zona y la necesidad de una intervención quirúrgica inmediata que no sea la cirugía planificada actualmente. Doy mi autorización y consentimiento para cualquier transporte y el tratamiento que se considere necesario para mi bienestar, determinado por el Dr. Michael Benjamín, u otro médico según lo recomendado.

Confirmo que he leído este consentimiento y han sido todas mis preguntas contestadas a mi plena comprensión y satisfacción completa, y la solicitud y el consentimiento para continuar con el procedimiento anterior y absuelvo al Dr. Michael Benjamín o cualquier agente que actúe en su nombre de cualquier y toda responsabilidad.

_____ 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 Benjamin, 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