

Avort fără riscuri:

recomandări pentru sistemele de sănătate
în probleme de strategie și practică

Ediția a doua



Avort fără riscuri:
recomandări
pentru sistemele de sănătate în
probleme de strategie și practică

Ediția a doua

Cuvinte cheie

ABORTION, INDUCED - METHODS

ABORTION, INDUCED - STANDARDS

PRENATAL CARE - ORGANIZATION AND ADMINISTRATION

PRENATAL CARE - STANDARDS

MATERNAL WELFARE

HEALTH POLICY

Pentru obținerea publicațiilor Biroului Regional pentru Europa al OMS remiteți cererile la adresa:

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01

Ca opțiune alternativă, completați o cerere online pentru documente, informația despre sănătate sau pentru permisiunea de citare sau traducere, disponibile pe pagina web a Biroului Regional (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Organizația Mondială a Sănătății 2015

Toate drepturile rezervate. Biroul Regional al Organizației Mondiale a Sănătății pentru Europa salută solicitările pentru reproducerea sau traducerea parțială sau integrală a publicațiilor sale.

Denumirile folosite și prezentarea materialului în publicația dată nu implică sub nici o formă exprimarea opiniei Organizației Mondiale a Sănătății privind statutul juridic al țărilor, orașelor sau zonelor, sau al autorităților acestora, sau cu privire la delimitarea frontierelor sau hotarelor acestora. Liniile interminente indicate pe hărți reprezintă hotarul aproximativ, pentru care s-ar putea să nu existe încă un acord deplin.

Menționarea unor companii sau produse nu implică aprobarea sau recomandarea acestora de către Organizația Mondială a Sănătății în detrimentul altor companii similare care nu sunt menționate. Cu excepția erorilor și omiterilor, denumirile produselor proprietare sunt evidențiate prin majusculă.

Organizația Mondială a Sănătății a întreprins toate măsurile rezonabile de precauție pentru verificarea informației din publicația dată. Totuși, materialul publicat este distribuit fără garanții explicite sau implicite. Organizația Mondială a Sănătății nu va fi responsabilă pentru pagubele apărute în urma folosirii acestuia. Opiniile exprimate de către autori, editori sau experți nu reprezintă în mod necesar deciziile sau politicile declarate ale Organizației Mondiale a Sănătății.

Mulțumiri

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) este recunoscătoare pentru contribuțiile de ordin tehnic ale experților externi care au participat la discuțiile inițiale în regim online, la consultările de ordin tehnic și la revizuirea acestor recomandări.

(Detalii cu privire la participanți și la experții externi care au realizat revizuirea suplimentară sunt prezentate în Anexa 4.)

La traducerea și redactarea acestei publicații în limba română au contribuit:

Dr. Rodica Comendant, Conferențiar Universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Centrul de instruire în domeniul sănătății reproductive (CIDSR), Republica Moldova

Dr. Lucian Pușcașiu, Profesor Universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu Mureș, România

Tatiana Cașu, CIDSR, Republica Moldova

Sursa de finanțare

Elaborarea recomandărilor s-a realizat în cadrul Programului comun special de cercetare, dezvoltare și instruire în domeniul cercetărilor științifice legate de reproducerea umană al PNUD, UNFPA, OMS și al Băncii Mondiale.

Traducerea și publicarea Recomandărilor în limba română s-a realizat cu suportul financiar al The James Tudor Foundation din Marea Britanie cu sprijinul OMS.

Abrevieri

D&C	dilatare și chiuretaj (cu chiuretă ascuțită)
D&E	dilatare și evacuare
AVE	Aspirare vacuum electrică
PBP	practici bune de producere bune practici de producție
GRADE	Sistem de evaluare a recomandărilor medicale
hCG	gonadotropină corionică umană
HIV	virusul imunodeficienței umane
DI	dezinfectare de înalt nivel
CIPD	Conferința Internațională privind Populația și Dezvoltarea
DIU	dispozitiv intrauterin
IV	intravenos
KCI	clorură de potasiu
UM	Ultima menstruație
AVM	aspirare vacuum manuală
ONG	organizație non-guvernamentală
PG	prostaglandină
Rh	grup Rh (resus)
ITG	infecție a tractului genital
ITS	infecție cu transmitere sexuală
ONU	Organizația Națiunilor Unite
UNFPA	Fondul Națiunilor Unite pentru Populație
DPONU	Direcția Populație a Organizației Națiunilor Unite
SUA	Statele Unite ale Americii
OMS	Organizația Mondială a Sănătății

Definiții folosite în document

- *Durata sau vârsta de gestație a sarcinii (gestației):* numărul de zile sau săptămâni de la prima zi a ultimului ciclu menstrual normal al femeii, la femeile cu cicluri regulate (la femeile cu cicluri neregulate, pentru stabilirea vârstei de gestație poate fi necesar examenul fizic sau investigația cu ultrasunete). Primul trimestru este considerată perioada primelor 12 sau 14 săptămâni de sarcină (vezi Tabelul 1).

Tabelul 1. Vârste de gestație echivalente, în săptămâni și zile, în primul trimestru	
Săptămâni de gestație	Zile de gestație
<1	0-6
1	7-13
2	14-20
3	21-27
4	28-34
5	35-41
6	42-48
7	49-55
8	56-62
9	63-69
10	70-76
11	77-83
12	84-90
13	91-97
14	98-104

Adaptat după: „International statistical classification of diseases and health related problems” („Clasificarea statistică internațională a maladiilor și problemelor legate de sănătate”), ediția a zecea, revizuită - ICD-10, Vol. 2, ediția din 2008. Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2009.

- *Metode de realizare a avortului medicamentos:* folosirea preparatelor farmacologice pentru a întrerupe sarcina. Uneori se folosește termenul “avort nechirurgical”.
- Reglarea menstruației: evacuarea uterină realizată fără a aștepta confirmarea sarcinii prin teste de laborator sau investigație cu ultrasunete, procedură aplicabilă în cazul femeilor care raportează întârzierea recentă a menstruației.

Dilatatoare osmotice: tije scurte, subțiri fabricate din alge (laminaria) sau din materiale sintetice. După inserarea în colul uterin dilatoarele, fiind hidrofile, cresc în dimensiuni, dilatând, astfel, treptat colul uterin.

- Căile de administrare a misoprostolului:
 - orală - prin înghițirea imediată a pastilelor;
 - bucală - pastilele se țin în șanțul gingival timp de 30 de minute, apoi se înghiț;
 - sublinguală - pastilele se țin sub limbă timp de 30 de minute, apoi se înghiț;
 - vaginală - pastilele se plasează în fornixul vaginal posterior (segmentul cel mai îndepărtat al vaginului), după care femeia trebuie să stea culcată timp de 30 de minute.
- *Metode de realizare a avortului chirurgical:* utilizarea procedurilor transcervicale pentru a realiza avortul, inclusiv aspirarea vacuum și procedura de dilatare și evacuare (vezi Capitolul 2, partea 2.2.4, descrierea detaliată a metodelor de realizare a avortului chirurgical).

Terminologia din domeniul drepturilor omului

- *Tratatul internațional privind drepturile omului:* uneori este numit și Convenție sau Pact; este adoptat de comunitatea internațională a statelor, de regulă, de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite. În fiecare tratat este inclus un șir de drepturi ale omului și obligațiile corespunzătoare cu caracter juridic obligatoriu pentru statele care au ratificat tratatul respectiv. Lista tratatelor este prezentată în Anexa 7.
- *Organ de monitorizare a conformării prevederilor tratatului:* respectarea prevederilor fiecăruia dintre tratatele internaționale privind drepturile omului este monitorizată de organul de monitorizare împuternicit (vezi Anexa 7). Organele de monitorizare a conformării prevederilor tratatelor sunt comitetele, care întrunesc experți independenți. Funcția de bază a acestora este de a monitoriza cum statele respectă prevederile tratatului vizat, inclusiv prin examinarea rapoartelor statelor respective.

- *Comentarii/recomandări generale:* implementarea unui tratat de monitorizare a prevederilor privind apărarea drepturilor omului care țin de o anumită tematică sau de metodele de lucru adoptate. Comentariile de ordin general sunt formulate cu scopul să clarifice obligațiile statelor de a prezenta rapoarte în legătură cu anumite prevederi și includ sugestii privind modul de abordare a realizării prevederilor incluse în tratatul respectiv.
- *Concluzii/observații finale:* în urma prezentării rapoartelor de către state și a dialogului constructiv cu statele care au ratificat tratatul respectiv organele de monitorizare formulează observațiile/concluziile finale adresate statelor-raportoare, care ulterior sunt compilate într-un raport anual și prezentate Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite.

Tratate regionale privind drepturile omului: anumite grupuri de state au adoptat tratate privind drepturile omului în Africa, America de Sud și în America de Nord, Europa și Orientul Mijlociu. Organele regionale de apărare a

drepturilor omului, cum ar fi Uniunea Africană, Organizația Statelor Continentelor Americane, Consiliul Europei, Uniunea Europeană și Liga Statelor Arabe, monitorizează respectarea prevederilor tratatelor regionale de către statele ratificatoare. Deocamdată nu există tratate regionale privind drepturile omului în Asia de Sud-Est și în Regiunea Pacificului de Vest. Lista tratatelor regionale privind drepturile omului este prezentată în Anexa 7.

- *Standardele în domeniul drepturilor omului:* semnificația și domeniul de aplicare a prevederilor privind drepturile omului sunt interpretate și aplicate de către organele de apărare a drepturilor omului împuternicite, cum ar fi curțile internaționale, regionale și naționale pentru drepturile omului și comitetele pentru apărarea drepturilor omului.

CUPRINS

Informații generale	10
Metodologie	10
Procesul de luare a deciziilor în cadrul consultărilor de ordin tehnic	12
Elaborarea documentului și revizuirea proiectului	12
Diseminarea recomandărilor	12
Actualizarea recomandărilor	13
CAPITOLUL 1	
Asistența acordată la realizarea avorturilor fără riscuri: considerente ce țin de sănătatea publică și drepturile omului	17
Informații generale	17
Sănătatea publică și drepturile omului	18
Sarcini și avorturi	19
Consecințele pentru sănătate a avorturilor nesigure	19
Folosirea mijloacelor de contracepție, sarcini accidentale și nesatisfacerea nevoii de planificare a familiei	22
Contextul de reglementare și de politici	23
Costul economic al avorturilor nesigure	26
CAPITOLUL 2	
Asistența medicală a femeilor ce trec prin procedura de avort	31
Asistența înainte de avort	31
Metode de realizare a avortului	31
Asistența după avort și controlul ulterior	32
CAPITOLUL 3	
Planificarea și gestionarea asistenței pentru avort fără riscuri	63
Introducere	64
Constelația serviciilor	64
Standarde și recomandări bazate pe dovezi	65
Dotarea instituțiilor și formarea profesională a specialiștilor	70
Monitorizarea, evaluarea și perfecționarea calității	73
Finanțarea	80
Procesul de planificare și gestionare a asistenței pentru avorturile fără riscuri	81
CAPITOLUL 4	
Considerații de ordin legal și politic	89
Sănătatea femeii și drepturile omului	89
Legislația și aplicarea prevederilor legale în contextul drepturilor omului	92
Crearea unui mediu favorabil	100

SUMAR

Pe parcursul ultimelor două decenii s-a înregistrat o evoluție semnificativă în ceea ce privește dovezile medicale științifice, tehnologiile și considerentele din perspectiva drepturilor omului atunci când vine vorba despre realizarea avorturilor fără riscuri, prin prisma unei abordări complexe. În pofida acestor evoluții, se estimează că anual se realizează în continuare 22 de milioane de avorturi în condiții improprii, lipsite de siguranță, care se soldează pentru 47 000 de femei cu deces, iar pentru încă 5 milioane de femei - cu dizabilități (1). Aproape toate cazurile de decese și dizabilități pot fi prevenite prin educație sexuală, planificare familială și prin acordarea posibilității de a beneficia de avort legal, fără riscuri și de asistență în caz de complicații în urma avortului. În aproape toate statele dezvoltate avortul fără riscuri este legal și poate fi realizat la cerere sau în baza unor motive de ordin social și economic, iar accesul la serviciile respective este, în general, simplu. În statele unde accesul la serviciile de avort la cerere este extrem de limitat prin prevederi legale sau este interzis, deseori acesta devine un privilegiu al celor bogați, pe când cei săraci nu au de ales și apelează la specialiști necalificați, care realizează avorturi în condiții improprii, ceea ce poate cauza deces sau prezenta riscuri pentru sănătate, devenind ulterior responsabilitatea socială și financiară a sistemului public de sănătate.

Data fiind necesitatea de a prezenta cele mai bune practici, bazate pe dovezi, privind realizarea procedurii

de avort în condiții sigure pentru a proteja sănătatea femeii, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a actualizat publicația sa din anul 2003, intitulată *AVORT FĂRĂ RISCURI: Recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică* (2). În cadrul acestui proces au fost respectate standardele OMS pentru elaborarea recomandărilor, inclusiv: identificarea problemelor prioritare și a rezultatelor scontate; acumularea, evaluarea și sinteza datelor; formularea recomandărilor; planificarea diseminării, diseminarea ca atare, evaluarea impactului și actualizarea. La elaborarea recomandărilor de ordin clinic, prezentate în capitolul 2, au fost pregătite fișe de date referitoare la întrebările cu cel mai înalt grad de prioritate, în baza analizelor sistematice recente, majoritatea dintre ele fiind stocate în *Baza de date pentru analizele sistematice a bibliotecii Cochrane*. În plus, Capitolele 1, 3 și 4 ale publicației originale din 2003 au fost revizuite și actualizate pentru a reflecta ultimele estimări privind avorturile nesigure din întreaga lume, sursele bibliografice noi cu privire la prestarea serviciilor de avort și evoluțiile recente în domeniul legislației privind drepturile omului la nivel internațional, regional și național. Grupul internațional de experți, responsabil de elaborarea recomandărilor, a analizat și revizuit recomandările în baza fișelor cu date tematice în cadrul unui proces participativ bazat pe imperativul atingerii consensului.

Prezentul ghid este destinat factorilor de decizie, directorilor de programe și prestatorilor de servicii de avort. Recomandările clinice urmează să fie adaptate la specificul fiecărei femei în parte, cu accent pe starea ei clinică și metoda specifică de avort care va fi folosită, ținând cont de preferințele pacientei. Deși contextele de reglementare, de politici și de prestare a serviciilor pot varia de la o țară la alta, recomandările și bunele practici de-scrise în această publicație au fost elaborate cu scopul de a facilita luarea deciziilor cu privire la asistență în caz de avort, în baza celor mai bune dovezi medicale existente.

Detalii privind elaborarea recomandărilor și aplicarea sistemului de evaluare a calității dovezilor sunt redată în partea metodologică. În Caseta 1 sunt prezentate recomandările privind metodele de realizare a avorturilor chirurgicale. În Caseta 2 este prezentat sumarul recomandărilor privind avorturile medicamentoase. În Caseta 3 sunt prezentate recomandările privind metodele preferabile de realizare a avortului chirurgical și a celui medicamentos pentru sarcini ce depășesc 12 săptămâni de gestație. În Caseta 4 sunt prezentate sumar recomandările privind asistența clinică, care precede avortul medicamentos, inclusiv pregătirea cervicală, folosirea metodelor de diagnosticare ecografică,

folosirea antibioticelor și opțiunile pentru atenuarea durerii. În Caseta 5 este prezentat sumarul recomandărilor privind asistența după avort, inclusiv inițierea contracepției, tratarea avorturilor incomplete și investigarea necesității vizitelor de rutină pentru control medical după procedura de avort. În Caseta 6 sunt prezentate sumar recomandările din Capitolul 3 privind aplicarea recomandărilor clinice, crearea și consolidarea serviciilor de avort, inclusiv elaborarea standardelor și recomandărilor naționale, instruirea și dotarea specialiștilor, evaluarea, stabilirea priorităților și finanțarea sistemelor de sănătate, introducerea și extinderea intervențiilor, monitorizarea și evaluarea. În fine, în Caseta 7 este prezentat sumarul recomandărilor-cheie din Capitolul 4 privind aspectele de ordin legal, de politici și din domeniul drepturilor omului.

Membrii grupului care a elaborat recomandările au notat existența unor lacune semnificative în cunoștințele actuale, care trebuie să fie acoperite prin realizarea de cercetări viitoare. În general, membrii grupului au pus accent pe valoarea rezultatelor cercetărilor științifice în efortul de a demedicaliza asistența în caz de avort. Observațiile privind necesitatea realizării cercetărilor științifice în viitor sunt prezentate în Anexa 1.

CASETA 1

Metode recomandate de realizare a avortului chirurgical

Aspirarea vacuum este tehnica recomandată de realizare a avortului chirurgical pentru sarcini cu vârsta de gestație de până la 12-14 săptămâni. Procedura nu trebuie realizată de rutină prin metoda chiuretajului cu chiuretă ascuțită. Dacă este aplicată în continuare metoda dilatării și chiuretajului, aceasta trebuie înlocuită cu metoda aspirării vacuum.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.

Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: joasă până la moderată.)

Vezi Anexa 5, Recomandarea 1.

CASETA 2

Metode recomandate de realizare a avortului medicamentos

Metoda recomandată pentru avortul medicamentos este administrarea mifepristonului, urmată de administrarea misoprostolului.

Sarcini cu vârsta de gestație de până la 9 săptămâni (63 de zile)

Metoda recomandată de realizare a avortului medicamentos este administrarea mifepristonului, urmată peste 1-2 zile de administrarea misoprostolului.

[Dozele și căile de administrare sunt date în continuare.]

(Gradul de putere al recomandării: înalt.
Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: moderată.)

Dozele și căile de administrare pentru mifepriston, urmat de misoprostol.

Mifepristonul se administrează întotdeauna pe cale orală. Doza recomandată este de 200 mg.

Se recomandă ca **misoprostolul** să fie administrat peste 1 sau 2 zile (24-48 de ore) după ingestia mifepristonului.

- În caz de administrare pe cale vaginală, bucală sau sublinguală doza de misoprostol recomandată este de 800 µg.
- În caz de administrare pe cale orală doza de misoprostol recomandată este de 400 µg.
- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la **7 săptămâni** (49 de zile) misoprostolul poate fi administrat pe cale vaginală, bucală, sublinguală sau orală. Când vârsta de gestație depășește 7 săptămâni, nu se recomandă administrarea misoprostolului pe cale orală.
- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la **9 săptămâni** (63 de zile) misoprostolul poate fi administrat pe cale vaginală, bucală sau sublinguală.

Vezi Anexa 5, Recomandarea 2.

Sarcini cu vârsta de gestație de 9-12 săptămâni (63-84 de zile)

Metoda recomandată pentru avortul medicamentos este administrarea pe cale orală a 200 mg de mifepriston, urmată peste 36-48 de ore de administrarea pe cale vaginală a 800 µg de misoprostol. Până la 4 doze a câte 400 µg de misoprostol vor fi administrate ulterior fie vaginal, fie sublingual, la fiecare trei ore, până la expulzarea produsului de concepție.

(Gradul de putere al recomandării: redus.
Calitatea dovezilor bazate pe un studiu clinic randomizat controlat și un studiu observațional: joasă.)

Vezi Anexa 5, Recomandarea 3.

Sarcini cu vârsta de gestație de peste 12 săptămâni (84 de zile)

Metoda recomandată pentru avortul medicamentos este administrarea pe cale orală a 200 mg de mifepriston, urmată peste 36-48 de ore de administrarea repetată a dozelor de misoprostol.

[Vezi Dozele și căile de administrare a misoprostolului.]

(Gradul de putere al recomandării: înalt.
Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: joasă până la moderată.)

- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de 12-24 de săptămâni doza inițială de misoprostol, administrată după administrarea pe cale orală a mifepristonului, poate fi de 800 µg administrată pe cale vaginală sau de 400 µg administrată pe cale orală. Până la 4 doze a câte 400 µg de misoprostol vor fi administrate ulterior fie pe cale vaginală, fie pe cale sublinguală la fiecare trei ore.
- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mare de 24 de săptămâni doza de misoprostol trebuie să fie redusă din cauza sensibilității mai mari a uterului la prostaglandine. Din cauza lipsei studiilor clinice nu pot fi formulate recomandări ferme cu privire la doze.

Vezi Anexa 5, Recomandarea 6.

În lipsa mifepristonului

Sarcini cu vârsta de gestație de până la 12 săptămâni (84 de zile)

Metoda recomandată de realizare a avortului medicamentos este administrarea pe cale vaginală sau sublinguală a 800 µg de misoprostol. Pot fi administrate până la 3 doze repetate a câte 800 µg la intervale de, cel puțin, 3 ore, dar nu mai lungi de 12 ore.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.
Calitatea dovezilor bazate pe un studiu clinic randomizat controlat: înaltă.)

Vezi Anexa 5, Recomandarea 4.

Sarcini cu vârsta de gestație de peste 12 săptămâni (84 de zile)

Metoda recomandată de realizare a avortului medicamentos este administrarea pe cale vaginală sau sublinguală a, cel mult, cinci doze de misoprostol a câte 400 µg, la fiecare 3 ore.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.
Calitatea dovezilor bazate pe un studiu clinic randomizat controlat: joasă până la moderată.)

- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mare de 24 de săptămâni doza de misoprostol trebuie să fie redusă din cauza sensibilității mai mari a uterului la prostaglandine. Din cauza lipsei studiilor clinice nu pot fi formulate recomandări referitoare la doza optimă.

Vezi Anexa 5, Recomandarea 6.

CASETA 3

Metode recomandate de realizare a avortului pentru sarcini cu vârsta de gestație de peste 12-14 săptămâni

Pentru realizarea avortului în cazul sarcinii cu vârsta de gestație de peste 12-14 săptămâni se recomandă atât avortul prin dilatare și evacuare, cât și metodele medicamentoase (mifepriston și misoprostol; numai misoprostol). Instituțiile medicale trebuie să ofere, cel puțin, una dintre aceste metode, preferabil - ambele metode, după posibilitate, în funcție de experiența cadrelor medicale și posibilitățile de formare profesională specializată existente.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.
Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: joasă.)

Vezi Anexa 5, Recomandarea 5.

CASETA 4

Recomandări privind asistența acordată înainte de avort

Pregătirea cervicală

Înainte de avortul chirurgical se recomandă pregătirea cervicală în cazul tuturor femeilor cu sarcini cu vârsta de gestație de peste 12-14 săptămâni. Oportunitatea acestei proceduri trebuie analizată la orice vârstă de gestație.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.
Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: joasă.)

- Se recomandă oricare din următoarele metode de pregătire cervicală înainte de realizarea avortului chirurgical în primul trimestru de sarcină:
 - administrarea pe cale orală a 200 mg de mifepriston cu 24-48 de ore înainte de procedură;
 - administrarea pe cale sublinguală a 400 µg de misoprostol cu 2-3 ore înainte de procedură;
 - administrarea pe cale vaginală a 400 µg de misoprostol cu 3 ore înainte de procedură;
 - aplicarea intracervicală a laminariei cu 6-24 de ore înainte de procedură.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.
Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: joasă până la moderată.)

Vezi Anexa 5, Recomandarea 7.

Toate femeile cu sarcina cu vârsta de gestație ce depășește 14 săptămâni care sunt supuse procedurii de dilatare și evacuare trebuie să beneficieze de pregătire cervicală înainte de procedură.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.
Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: joasă până la moderată.)

- Metodele recomandate de pregătire cervicală înainte de procedura de dilatare și evacuare pentru sarcini cu vârsta de gestație de peste 14 săptămâni - aplicarea dilatatoarelor osmotice sau a misoprostolului.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.
Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: moderată.)

Vezi Anexa 5, Recomandarea 8.

<i>Ultrasonografia</i>	
Ultrasonografia de rutină înainte de realizarea procedurii de avort nu este necesară. (Gradul de putere al recomandării: înalt. Calitatea dovezilor bazate pe un studiu clinic randomizat controlat și studii de observare: foarte joasă.) Vezi Anexa 5, Recomandarea 12.	
<i>Administrarea profilactică a antibioticelor</i>	
Toate femeile cărora li se efectuează avort chirurgical trebuie să primească tratament antibiotic profilactic adecvat, indiferent de riscul pe care îl au de a dezvolta o infecție pelviană. Tratamentul antibiotic profilactic poate fi administrat pre- sau perioperator. (Gradul de putere al recomandării: înalt. Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: moderată.) Vezi Anexa 5, Recomandarea 11.	
Administrarea de rutină, în scopuri profilactice, a antibioticelor nu este necesară în cazul femeilor cărora li se efectuează avort medicamentos. (Gradul de putere al recomandării: înalt. Calitatea dovezilor bazate pe un singur studiu observațional: foarte joasă.) Vezi Anexa 5, Recomandarea 11.	
<i>Atenuarea durerii</i>	
Atât în cazul avorturilor medicamentoase, cât și în cazul avorturilor chirurgicale femeile trebuie să primească de rutină medicamente pentru atenuarea durerii (de exemplu, antiinflamatoare nesteroidiene). Anestezia generală nu este recomandată în cazul avorturilor efectuate prin aspirare vacuum sau prin dilatare și evacuare. (Gradul de putere al recomandării: înalt. Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: joasă.) Notă: Medicamentele pentru atenuarea durerii trebuie oferite în cazul avorturilor medicamentoase și chirurgicale și puse fără întârziere la dispoziția femeilor la cererea acestora. În majoritatea cazurilor sunt suficiente analgezicele, anestezia locală și/sau anestezia parțială, îmbinate cu susținerea verbală, deși cu cât este mai mare vârsta de gestație, cu atât este mai mare nevoia de atenuare a durerii. Vezi Anexa 5, Recomandarea 14.	

CASETA 5

Recomandări privind asistența după avort

Contracepția

Femeile pot începe să folosească contracepția hormonală din momentul avortului chirurgical sau din momentul administrării primei pilule în cadrul regimului de avort medicamentos. După efectuarea avortului medicamentos poate fi inserat un dispozitiv intrauterin contraceptiv, începând cu momentul în care există un nivel rezonabil de certitudine că femeia nu mai este însărcinată.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.

Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: foarte joasă.)

Vezi Anexa 5, Recomandarea 13.

Supravegherea pacientelor după avort

Vizitele medicale de rutină nu sunt necesare după realizarea unui avort chirurgical necomplicat sau a unui avort medicamentos cu utilizarea mifepristonului urmat de misoprostol. Cu toate acestea, femeile trebuie informate că au la dispoziție servicii medicale în caz de nevoie sau la cerere.

(Gradul de putere recomandării: înalt.

Calitatea dovezilor bazate pe studii observaționale și pe dovezi indirecte: joasă.)

Vezi Anexa 5, Recomandarea 9.

Avorturi incomplete

Dacă dimensiunile uterului sunt echivalente unei sarcini de până la 13 săptămâni, se recomandă fie aspirarea vacuum, fie tratamentul cu misoprostol. Regimul recomandat de administrare a misoprostolului este o singură doză, fie pe cale sublinguală (400 µg), fie pe cale orală (600 µg).

(Gradul de putere al recomandării: înalt.

Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate: joasă.)

Vezi Anexa 5, Recomandarea 10.

CASETA 6

Recomandări pentru sistemele de sănătate

tuturor femeilor. Aceasta înseamnă că serviciile trebuie să fie accesibile la nivel de asistență primară. De asemenea, trebuie să existe sisteme de trimitere a pacienților la alți specialiști, la nevoie, pentru ca ele să poată beneficia de toate serviciile de asistență necesare, inclusiv la nivelurile superioare ale sistemului de sănătate.

Trebuie să fie adoptate planuri de acțiune pentru consolidarea politicilor, iar serviciile de avort trebuie să fie bazate pe necesitățile legate de starea sănătății femeilor și pe nevoia de a le respecta drepturile, precum și pe o înțelegere profundă a sistemului de prestare a acestor servicii și a contextului social, cultural, politic și economic.

Standardele și recomandările privind avorturile fără riscuri trebuie să fie bazate pe cele mai bune dovezi medicale disponibile și trebuie actualizate în mod regulat astfel, încât să ofere îndrumările necesare pentru a asigura accesul echitabil la asistență de calitate înaltă. Politicile și programele noi trebuie să reflecte cele mai bune practici bazate pe dovezi. Intervențiile complexe legate de prestarea serviciilor trebuie să se bazeze pe dovezi privind fezabilitatea și eficacitatea, colectate la nivel local, prin intermediul testării acestora în baza proiectelor-pilot pe scară mică înainte de investirea resurselor în extinderea lor pe scară largă.

Formarea profesională a specialiștilor trebuie să-i abilitizeze astfel, încât ei să dispună de competențele necesare pentru asistență de calitate înaltă, conform recomandărilor și standardelor naționale. Asistența de calitate înaltă în caz de avort se bazează pe un proces continuu de supraveghere, asigurare a calității, monitorizare și evaluare.

La finanțarea serviciilor de avort trebuie să se țină cont de cheltuielile pe care le va suporta sistemul de sănătate pentru a asigura accesibilitatea serviciilor pentru toate femeile care au nevoie de ele. Probabil, costurile de suplinire a serviciilor de sănătate existente cu servicii de avort fără riscuri vor fi destul de reduse, comparativ cu cheltuielile suportate de sistemul de sănătate pentru tratarea complicațiilor în urma avorturilor nesigure.

Extinderea cu succes a serviciilor necesită o abordare sistematică a planificării, gestionării, îndrumării și susținerii procesului prin care intervențiile la nivel de proiecte-pilot vor fi extinse și instituționalizate. De asemenea, sunt necesare resurse umane și financiare suficiente pentru a susține acest proces.

Pentru detalii vezi Capitolul 3.

CASETA 7

Recomandări privind aspectele legate de reglementare, de politici și din domeniul drepturilor omului

Legile și politicile privind avortul trebuie să protejeze sănătatea femeilor și să asigure protecția drepturilor acestora.

Trebuie să fie eliminate barierele ce țin de reglementare, politici și programe care împiedică accesul la servicii de avort fără riscuri și prestarea în timp util a serviciilor de asistență în caz de avort.

Este nevoie de un mediu de reglementare și de politici care să permită ca fiecare femeie care are dreptul legal la avort să dispună de acces liber la serviciile de asistență. Politicile trebuie să vizeze respectarea, apărarea și realizarea drepturilor femeilor, obținerea rezultatelor pozitive legate de sănătatea femeilor, furnizarea informației și prestarea serviciilor de contracepție de bună calitate și satisfacerea nevoilor specifice ale femeilor sărace, adolescentelor, supraviețuitoarelor violurilor și femeilor infectate cu HIV.

Pentru detalii vezi Capitolul 4.

Procesul de elaborare a recomandărilor

Informații generale

„AVORT FĂRĂ RISCURI: Recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică” au fost publicate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în 2003 (2), fiind primul set de recomandări la nivel mondial în probleme de politici și asistență legată de avort. Ulterior, recomandările au fost traduse în limbile franceză, rusă, spaniolă și în diverse limbi neoficiale ale ONU, fiind folosite pe scară largă de guverne, organizații non-guvernamentale, de către prestatorii de servicii de sănătate pentru femei și de apărătorii sănătății și drepturilor femeii.

Din momentul publicării recomandărilor în 2003 a fost produs și publicat un volum considerabil de date noi referitoare la aspectele epidemiologice, aspectele clinice, prestarea serviciilor de avort, realizarea avorturilor fără riscuri din perspectivă legală și din perspectiva drepturilor omului. Prin urmare, pregătirea pentru publicarea unei ediții revizuite a recomandărilor a inclus o analiză complexă a surselor bibliografice, actualizarea recomandărilor privind prestarea serviciilor referitoare la avort, aspectele legale și cele legate de politici, au fost realizate studii sistematice noi, au fost actualizate studiile sistematice care și-au pierdut actualitatea, pentru a oferi dovezile necesare de formulare a recomandărilor privind problemele de ordin clinic, care au fost incluse în lista de priorități de către un grup de experți internațional. Revizuirea substanțială a informației în această ediție actualizată reflectă modificările survenite în metodele de realizare a avortului și metodele de asistență în caz de avort, modificările legate de prestarea serviciilor din perspectiva accesibilității și gradului de aplicare a metodelor noi și metodelor de aplicare a principiilor de protecție a drepturilor omului în contextul elaborării politicilor și legislației cu privire la avort. Recomandările publicate în 2003 pentru care nu s-au înregistrat dovezi noi au rămas neschimbate.

În plus, concomitent cu revizuirea recomandărilor, a fost elaborat un document adiacent intitulat *Clinical practice*

handbook for safe abortions (Manual de practici clinice pentru avorturi fără riscuri), destinat prestatorilor de servicii de avort, care conține informație suplimentară cu privire la detaliile de implementare a recomandărilor.

Metodologie

Documentul a fost elaborat în conformitate cu standardele OMS și cu cerințele privind elaborarea recomandărilor. În linii mari, acest proces a inclus: identificarea problemelor prioritare și a rezultatelor scontate, colectarea, evaluarea și sinteza dovezilor, formularea recomandărilor și planificarea diseminării, implementării, evaluării impactului și reactualizării. Identificarea problemelor prioritare pentru recomandări a fost inițiată de specialiștii Departamentului Sănătate Reproductivă și Cercetare (din cadrul secretariatului OMS), care au elaborat o listă de întrebări și rezultate legate de acordarea asistenței în caz de avort fără riscuri, în lumina noilor date care au apărut după publicarea primei ediții a recomandărilor în 2003 (2), precum și ca urmare a procesării comentariilor solicitate persoanelor care au folosit aceste recomandări.

A fost format un grup internațional, care a întrunit reprezentanți ai tuturor părților interesate, inclusiv prestatori de servicii de sănătate, manageri de programe de sănătate, cercetători, metodologi, avocați pentru drepturile omului, apărători ai drepturilor femeii și ai drepturilor omului. Acest grup de experți și-a propus să revizuiască și să stabilească gradul de prioritate al întrebărilor și al rezultatelor scontate preliminare privind subiectele clinice, tehnice și de program. Consultările inițiale au fost realizate prin mijloace electronice, toate răspunsurile au fost analizate de membrii secretariatului OMS. Întrebările și rezultatele scontate considerate critice au fost incluse în acest document în calitate de informație de bază; dovezile relevante în acest context au fost evaluate în baza sistemului GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - Sistemul de evaluare a calității proceselor de apreciere, elaborare și evaluare a recomandărilor). Lista finală a întrebărilor incluse în tabelele

GRADE, care au servit ca bază pentru formularea rezultatelor scontate, este prezentată în Anexa 2.

Analizele sistematice ale studiilor clinice care se află în biblioteca Cochrane au servit ca sursă principală de dovezi pentru recomandări. Folosind drept puncte de reper întrebările prioritare, formulate în urma procesului descris anterior, au fost identificate și realizate sau actualizate analizele sistematice relevante din biblioteca Cochrane (3-14), prin strategiile de căutare specifice, standardizate. În plus, au fost realizate trei analize sistematice în afara *Bazei de date a bibliotecii Cochrane*, publicate în reviste de specialitate, redactate de specialiști în domeniu (15-17). Strategiile de căutare și criteriile specifice pentru includerea și excluderea studiilor identificate în urma căutării sunt prezentate în analizele sistematice corespunzătoare. Dovezile disponibile au fost evaluate și clasificate în baza sistemului GRADE (18-22), reflectând comparațiile și rezultatele scontate prioritare. Comparațiile și rezultatele care nu sunt relevante pentru recomandarea respectivă au fost excluse. Ca rezultat, au fost elaborate fișele de dovezi (tabelele GRADE) (disponibile la adresa http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75840/1/WHO_RHR_12.10_eng.pdf - data ultimei vizite: 14 februarie 2013). Criteriile standardizate de evaluare a probelor în baza tabelelor GRADE sunt prezentate în Anexa 3. Pentru fiecare caz de comparație selectat datele privind rezultatele prioritare au fost evaluate și prezentate în fișele de dovezi (în cazul în care datele privind rezultatele prioritare nu au fost disponibile în formă de comparații specifice, acestea nu au fost incluse în tabelele GRADE). În baza fișelor de dovezi secretariatul OMS a elaborat recomandările.

În ceea ce privește capitolul 3, care se referă la stabilirea și consolidarea serviciilor de avort fără riscuri, au fost identificate două probleme (indicatorii pentru avorturile fără riscuri și competențele necesare pentru acordarea serviciilor de avort fără riscuri), pentru care deja existau recomandări elaborate recent de OMS. Prin urmare, măsurile luate pentru a aborda subiectele din capitolul 3 au fost: actualizarea listei publicațiilor recente relevante ale OMS, studierea complexă

a surselor bibliografice referitoare la problemele relevante pentru recomandările incluse în prima ediție a documentului, actualizând, totodată, lista surselor bibliografice.

La elaborarea Capitolului 4, care include informație privind aspectele juridice și de politici, OMS a apelat la Programul de drept internațional în domeniul sănătății sexuale și celei reproductive al Facultății de Drept a Universității din Toronto (Canada), pentru a beneficia de asistență la revizuirea capitolului, inclusiv prin redactarea textului existent în baza prevederilor tratatelor internaționale și regionale în domeniul drepturilor omului și experienței organismelor internaționale și regionale pentru protecția drepturilor omului. Experții din cadrul programului au elaborat și un sumar, cuprinzând rezultatele cercetărilor și analizelor în domeniul juridic și în domeniul drepturilor omului pentru un șir de subiecte selectate, care prezintă interes sporit (de exemplu, argumentarea indicațiilor medicale pentru opțiunea de avort fără riscuri, refuzul în cunoștință de cauză, barierele de ordin juridic și legislativ).

La sediul OMS din Geneva (Elveția) au fost organizate consultări tehnice pentru revizuirea recomandărilor preliminare și dovezilor relevante. Membrii grupului responsabil de elaborarea recomandărilor, format din reprezentanți selectați ai grupului de experți internațional care au participat la consultările inițiale în regim electronic, și alți specialiști au fost invitați să participe la aceste consultări (lista participanților și afilierea acestora vezi Anexa 4). Recomandările preliminare, capitolele revizuite și documentele justificative au fost puse la dispoziția participanților până la demararea consultărilor.

Declarațiile privind conflictul de interese au fost obținute de la participanții la consultările tehnice în baza formularului standard al OMS, completat de participanți până la demararea consultărilor. Aceste declarații au fost analizate de către secretariatul OMS și, la necesitate, de către biroul de consultații juridice al OMS, până la demararea consultărilor. Doi participanți la procesul de consultare (Dr. Laura Castleman și Dr. Helena von Hertzen) au declarat că sunt angajate ale organizațiilor care au sau s-ar putea să pară că au conflict de

interese comerciale. În cazul recomandărilor care erau direct relevante pentru activitatea organizațiilor ale căror angajate erau, aceste persoane au părăsit sala în timpul formulării recomandărilor finale. Ceilalți participanți nu au declarat conflicte de interese existente sau potențiale.

Procesul de luare a deciziilor în cadrul consultărilor de ordin tehnic

Pentru fiecare recomandare participanții la consultările tehnice au discutat textul pregătit de secretariatul OMS, cu scopul de a ajunge la un consens. Consensul a fost definit ca acord al majorității participanților, în lipsa vreunui dezacord categoric. Pe parcursul consultărilor nu au fost exprimate dezacorduri categorice; respectiv, nu a fost necesară adoptarea unui sistem alternativ de votare. Pe lângă dovezile științifice și calitatea acestora, la formularea recomandărilor finale au fost luate în considerare gradul de aplicabilitate, costurile și alte aspecte abordate de experți.

Gradul de putere al recomandării a fost determinat prin evaluarea fiecărei intervenții în funcție de: (i) impactul dorit și nedorit; (ii) calitatea dovezilor medicale, (iii) valorile și preferințele legate de intervențiile realizate în diferite medii; (iv) costul opțiunilor la care au acces lucrătorii medicali din diferite medii și (v) probabilitatea, în viziunea experților, modificării recomandării în urma realizării cercetărilor suplimentare. În general, în cazul recomandărilor cu un grad de putere înalt, susținute prin dovezi de calitate moderată sau înaltă, realizarea unor cercetări suplimentare nu trebuie să fie considerată o prioritate. Textul integral al recomandărilor formulate în urma consultărilor tehnice este prezentat în Anexa 5.

Aspectele care nu au fost identificate ca subiecte ale unei noi analize sistematice, pentru care deja existau recomandări ale OMS, au fost prezentate în cadrul consultărilor tehnice, pentru discuții în grup. Recomandările considerate de către membrii grupului relevante și actuale au fost aprobate și adoptate. Aceste subiecte includ: indicatorii avorturilor fără

riscuri, utilizarea mijloacelor de contracepție după avort, recomandările privind crearea și consolidarea serviciilor de avort, inclusiv competențele necesare pentru prestarea serviciilor de avort, reflectate în Capitolul 3.

Elaborarea documentului și revizuirea proiectului

Proiectul recomandărilor, care includea recomandările preliminare, a fost elaborat și pus la dispoziția participanților la consultările tehnice cu trei săptămâni înainte de ședință. Recomandările preliminare au fost reformulate în timpul consultărilor, în urma discuțiilor. După consultări proiectul recomandărilor a fost revizuit de către secretariatul OMS. Versiunea revizuită a fost trimisă în formă electronică tuturor participanților, pentru aprobare și comentarii. Liderii de opinie pentru fiecare capitol au fost identificați pe baza domeniilor lor de expertiză. În cele din urmă, întregul document a fost trimis specialiștilor din exterior, pentru evaluare critică și analiză colegială. Pe parcursul procesului de revizuire în document au fost incluse sugestii importante; cu toate acestea, secretariatul OMS nu a operat modificări majore referitoare la tema esențială a documentului (de exemplu, extinderea tematicii), nici nu a modificat recomandările asupra cărora s-a convenit în timpul consultărilor.

Diseminarea recomandărilor

Ca și la elaborarea primei versiuni a recomandărilor, diseminarea va fi realizată prin distribuirea versiunii tipărite a documentului, prin desfășurarea unui șir de ateliere regionale privind aplicarea *Abordării strategice pentru consolidarea politicilor și programelor de sănătate reproductivă și sexuală a OMS (23)* în contextul avortului fără riscuri. Scopul atelierelor va fi elaborarea propunerilor bazate pe recomandări, care să conducă la ameliorarea asistenței pentru realizarea avorturilor fără riscuri, în cadrul programelor de sănătate sexuală și reproductivă. Atelierele de lucru vor include echipe cu membri preselecți de țară, reprezentanți ai ministerelor/

departamentelor de sănătate, diverși prestatori de servicii de sănătate, manageri de programe de sănătate, reprezentanți ai ONG-urilor, asociațiilor profesionale și organizațiilor ONU.

Evaluarea impactului publicației este o sarcină dificilă. În încercarea de a face acest lucru, ne-am propus să monitorizăm numărul de cereri din partea statelor privind acordarea asistenței pentru punerea în aplicare a recomandărilor, să investigăm în mod direct derularea procesului în țările care aplică abordarea strategică și numărul de țări care vor modifica mecanismele de monitorizare a programelor naționale privind avorturile, pentru a include indicatorii privind avorturile fără

riscuri specificați în Tabelul 3.2. În plus, vom monitoriza în continuare numărul de descărcări ale documentului în formă electronică, precum și numărul de exemplare tipărite solicitate și distribuite.

Actualizarea recomandărilor

Secretariatul OMS presupune că aceste recomandări vor fi revizuite din nou peste patru ani de la publicare, pentru a evalua necesitatea revizuirii conținutului în urma acumulării noilor dovezi și comentarii ale utilizatorilor.

Bibliografie

1. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. Safe abortion: *technical* and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
3. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD002855, updated 2010.
4. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD002900.
5. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037, updated 2010.
6. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
7. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD005216.
8. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
9. Promsonthi P, Preechapornprasert D, Chanrachakul B. Nitric oxide donors for cervical ripening in first- trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD007444.
10. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
11. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
12. Tunçalp O, Gulmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (9):CD001993.
13. Mueller M et al. Antibiotic prophylaxis for medical and surgical first trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, 2012, (3):CD005217.
14. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (2):CD006712.
15. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second- trimester abortion. *Contraception*, 2011, 83:30-33.
16. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83 (6):504-510.
17. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116-126.
18. Guyatt GH et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1170-1173.
19. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336:924-926.
20. Guyatt GH et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *British Medical Journal*, 2008, 336:995-998.
21. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1049-1051.

22. *Schunemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. British Medical Journal, 2008, 336:1106-1110.*
23. The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes. Geneva, World Health Organization, 2007.

Capitolul 1

CAPITOLUL 1

Asistența acordată la realizarea avorturilor fără riscuri: considerente privind sănătatea publică și drepturile omului

Sumar

- Se estimează că anual sunt realizate 22 de milioane de avorturi nesigure. Marea majoritate a acestora (98%) sunt efectuate în statele în curs de dezvoltare. Numărul total de avorturi nesigure a crescut de la circa 20 de milioane în 2003 până la 22 de milioane în 2008, deși cota globală a avorturilor nesigure a rămas neschimbată, începând cu anul 2000.
- Aproximativ 47 000 de decese la gravide sunt produse de complicațiile survenite în urma avorturilor nesigure. În afară de aceasta, se estimează că pentru 5 milioane de femei avorturile nesigure s-au soldat cu complicații, care au constituit cauza diverselor dizabilități.
- Succesele impresionante în domeniul utilizării mijloacelor de contracepție au dus la reducerea numărului de sarcini nedorite, dar nu au eliminat necesitatea de a asigura accesul la serviciile de avort fără riscuri. Conform estimărilor, circa 33 de milioane de persoane din întreaga lume se confruntă cu sarcini neplanificate în fiecare an, în pofida utilizării mijloacelor de contracepție. Unele sarcini neplanificate se întrerup prin avort medical, altele se termină cu nașteri neplanificate.
- Șansele femeii de a se confrunta cu o sarcină neplanificată și de a apela la servicii de avort sunt egale, atât în cazul când posibilitatea de a beneficia de avort este limitată, cât și în cazul în care avortul poate fi efectuat la cerere. Totodată, existența restricțiilor de ordin legal, precum și alte bariere, conduc la aceea ca multe femei să opteze pentru avorturi artizanale sau să apeleze la serviciile unor

prestatori necalificați. Statutul legal al procedurii de avort nu influențează necesitatea avorturilor, dar afectează în mod dramatic accesul femeii la avort fără riscuri.

- În statele unde avortul este permis în baza unei game largi de indicații incidența complicațiilor în urma avorturilor nesigure este, în general, mai mică decât în statele unde accesul la servicii de avort fără riscuri este limitat.
- În aproape toate statele legea permite realizarea avorturilor pentru a salva viața femeii. În majoritatea statelor avortul este permis pentru a păstra sănătatea fizică și/sau psihică a femeii. Astfel, trebuie să existe servicii de avort fără riscuri, conform prevederilor legale.
- Avorturile nesigure, precum și morbiditatea și mortalitatea asociate acestora, pot fi evitate. Serviciile de avort fără riscuri trebuie să existe și să fie accesibile tuturor femeilor, în măsură deplină, conform prevederilor legii.

1.1 Informații generale

Avorturile induse se regăsesc în documentele istorice scrise (1). La început avorturile erau efectuate în condiții impropriet și prezentau riscuri grave pentru viața femeii. Progresul înregistrat în medicină, în general, și dezvoltarea tehnologiilor sigure și eficiente, perfecționarea abilităților profesionale, în special în sfera avorturilor medicale, ar putea permite eliminarea deplină a avorturilor nesigure și deceselor legate de ele prin asigurarea accesului universal la aceste servicii. Totuși, se estimează că 22 de milioane de avorturi anual sunt realizate în continuare în lipsa siguranței și constituie, conform estimărilor, cauza decesului a circa 47 000 de femei (2).

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește avortul nesigur ca procedură, al cărei scop este întreruperea unei sarcini nedorite, realizată fie de persoane fără calificarea necesară, fie într-un mediu care nu corespunde standardelor medicale minime, fie în prezența ambilor factori.

Aproape în toate statele dezvoltate (conform clasificării Direcției populație a ONU) avorturile fără riscuri sunt o opțiune legală accesibilă, care poate fi solicitată sau realizată în baza unei game largi de motive de ordin social și economic. În general, serviciile acestea sunt accesibile majorității femeilor. În statele în curs de dezvoltare, cu excepția câtorva țări, accesul la servicii de avort fără riscuri este limitat sau avortul poate fi efectuat în baza unei game înguste de condiții (3). În statele unde accesul legal la avorturi este extrem de limitat se poate manifesta inegalitate în ceea ce privește accesul la servicii de avort fără riscuri. În astfel de circumstanțe avorturile fără riscuri pot deveni un privilegiu al celor bogați, pe când cei săraci nu au de ales și apelează la serviciile unor persoane necalificate, fapt ce poate duce la dizabilități sau deces (4).

În acest capitol prezentăm o vedere de ansamblu a circumstanțelor legate de sănătate, circumstanțelor demografice, prevederilor legale și de politici care se referă la avorturile induse. Informația care a stat la baza acestei prezentări generale a fost actualizată, comparativ cu prima ediție a publicației *AVORT FĂRĂ RISCURI: Recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică* (OMS, 2003) (5).

1.2 Sănătatea publică și drepturile omului

Consensul cu privire la impactul avorturilor în lipsa siguranței asupra sănătății publice există de mult timp. Deja în 1967 Adunarea Mondială a Sănătății a identificat avorturile nesigure ca problemă gravă în domeniul sănătății publice în numeroase state (6). *Strategia în domeniul sănătății reproductive a OMS întru accelerarea progresului pentru atingerea scopurilor și obiectivelor de dezvoltare internațională*

adoptată de Adunarea Mondială a Sănătății în anul 2004, prevede:

“Fiind o cauză a mortalității și morbidității materne care poate fi prevenită, avorturile nesigure trebuie să fie abordate ca parte integrantă a Obiectivului de Dezvoltare al Mileniului privind îmbunătățirea sănătății materne și a altor scopuri și obiective de dezvoltare internaționale” (7).

Numărul de declarații și rezoluții semnate de statele lumii pe parcursul ultimelor două decenii (vezi punctele 8-11 din lista surselor bibliografice) indică instaurarea unui consens universal privind faptul că avortul în lipsa siguranței este o cauză importantă a deceselor materne, care poate fi și trebuie prevenită prin promovarea educației în domeniul sexualității, planificării familiale, serviciilor de avort legale, fără riscuri, și asistenței după avort în orice circumstanțe. De asemenea, există consens privind faptul că asistența după avort trebuie să fie acordată în orice circumstanțe, iar extinderea accesului la mijloacele moderne de contracepție joacă un rol critic în prevenirea sarcinilor nedorite și avorturilor în lipsa siguranței. Astfel, argumentele în favoarea prevenirii avorturilor în lipsa siguranței din punctul de vedere al beneficiilor pentru sănătatea publică sunt clare și fără echivoc.

Discuțiile care au survenit în urma Conferinței internaționale privind drepturile omului din 1968 de la Teheran, Republica Islamică Iran, au culminat cu o nouă concepție privind drepturile reproductive, care ulterior au fost definite și acceptate în cadrul Conferinței internaționale privind populația și dezvoltarea din 1994, de la Cairo, Egipt (8). Eliminarea avorturilor în lipsa siguranței este unul din componentele-cheie ale *Strategiei globale a sănătății reproductive a OMS* (12). Strategia se bazează pe prevederile tratatelor internaționale privind drepturile omului și declarațiile formulate în urma atingerii consensului global privind importanța respectării, apărării și asigurării drepturilor omului, inclusiv a dreptului tuturor persoanelor la atingerea celui mai înalt nivel de sănătate posibil, dreptul fundamental al tuturor cuplurilor și persoanelor să decidă liber și cu responsabilitate numărul, diferența de vârstă și momentul nașterii copiilor lor și dreptul

la informație și mijloacele necesare pentru aceasta, dreptul femeii la exercitarea controlului asupra propriului corp și dreptul femeii de a decide liber și cu responsabilitate toate aspectele legate de sexualitatea sa, inclusiv sănătatea sexuală și reproductivă, fără constrângere, discriminare și violență, dreptul bărbaților și femeilor să-și aleagă partenerii de viață și să se căsătorească numai în baza unui acord liber și deplin, dreptul la acces la informația relevantă privind sănătatea și dreptul tuturor persoanelor la beneficiile aduse de progresul științific și aplicarea rezultatelor lui în viața de toate zilele (12). Pentru a realiza aceste drepturi și pentru a salva viața femeilor trebuie să existe o abordare adecvată a aspectelor de programe, juridice și de politici privind realizarea avorturilor fără riscuri, după cum este descris în capitolele ce urmează.

1.3 Sarcini și avorturi

Conform estimărilor, peste 208 milioane de femei rămân însărcinate într-un an în întreaga lume. 59% (123 de milioane) sunt cu sarcini planificate (sau dorite) care se termină cu naștere, avort spontan sau nașterea unui făt mort (4). Restul sarcinilor, 41% (85 de milioane), sunt nedorite.

Datorită sporirii ratei de utilizare a mijloacelor de contracepție rata sarcinilor la nivel mondial a scăzut de la 160 la 1000 de femei cu vârsta de 15-44 de ani în 1995 până la 134 de sarcini la 1000 de femei în 2008 (4). Rata sarcinilor dorite și nedorite a scăzut, respectiv, de la 91 și 69 de sarcini la 1000 de femei cu vârsta de 15-44 de ani în 1995 până la 79 și 55 de sarcini la 1000 de femei cu vârsta de 15-44 de ani în 2008. Un rezultat mult mai semnificativ este că rata avorturilor induse a scăzut de la 35 la 1000 de femei cu vârsta de 15-44 de ani în 1995 la 26 de avorturi la 1000 de femei cu vârsta de 15-44 de ani în 2008. Această scădere s-a datorat, în mare parte, reducerii numărului de avorturi fără riscuri, pe când rata avorturilor în lipsa siguranței a rămas relativ constantă, începând cu anul 2000, constituind circa 14 avorturi la 1000 de femei cu vârsta de 15-44 de ani (13). Numărul absolut de avorturi în lipsa siguranței se estimează la circa

20 de milioane în 2003 și 22 de milioane în 2008. Rata avorturilor în lipsa siguranței a sporit de la 44% în 1995 și 47% în 2003 până la 49% în 2008 (13). Aproape toate avorturile în lipsa siguranței se realizează în statele în curs de dezvoltare, unde ratele mortalității materne sunt înalte, iar accesul la serviciile de avort este limitat.

1.4 Consecințele avorturilor nesigure pentru sănătate

Consecințele avorturilor nesigure pentru sănătate depind de locul unde se realizează avorturile, gradul de calificare al personalului, metoda de avort folosită, starea sănătății femeii și vârsta de gestație a sarcinii. Procedurile de avort în lipsa siguranței pot include inserarea în uter a unui obiect sau a unei substanțe (vargă, cateter sau preparate artizanale), dilatarea și chiuretajul incorect, realizat de persoane necalificate, ingestia unor substanțe periculoase și aplicarea forței din exterior. În unele circumstanțe vracii lovesc viguros partea inferioară a abdomenului femeii pentru a întrerupe sarcina, ceea ce poate duce la leziuni ale uterului și la decesul ulterior al femeii (14). Consecințele folosirii unor preparate, cum ar fi analogii prostaglandinelor (misoprostolului) în doze incorecte pentru a cauza avortul, au caracter mixt, dar există anumite dovezi potrivit cărora chiar și administrarea dozelor incorecte poate duce la reducerea numărului de complicații grave și de decese (15-17).

Este dificil de calculat numărul deceselor și dizabilităților legate de avorturile nesigure. Dat fiind că decesele și complicațiile survin în urma unor proceduri clandestine sau ilegale, frica și riscul stigmatizării împiedică raportarea în măsură corectă a acestor incidente. Este deosebit de dificil de obținut date demne de încredere privind decesele în urma întreruperii sarcinii în trimestrul al doilea prin proceduri de avort nesigur (18). Mai mult, femeile pot să nu facă legătură între starea lor și complicațiile survenite în urma unor avorturi realizate anterior (19). Ca rezultat, cea mai mare parte a deceselor femeilor în urma avorturilor nesigure nu este corect raportată. Complicațiile în urma avorturilor nesigure includ hemoragia,

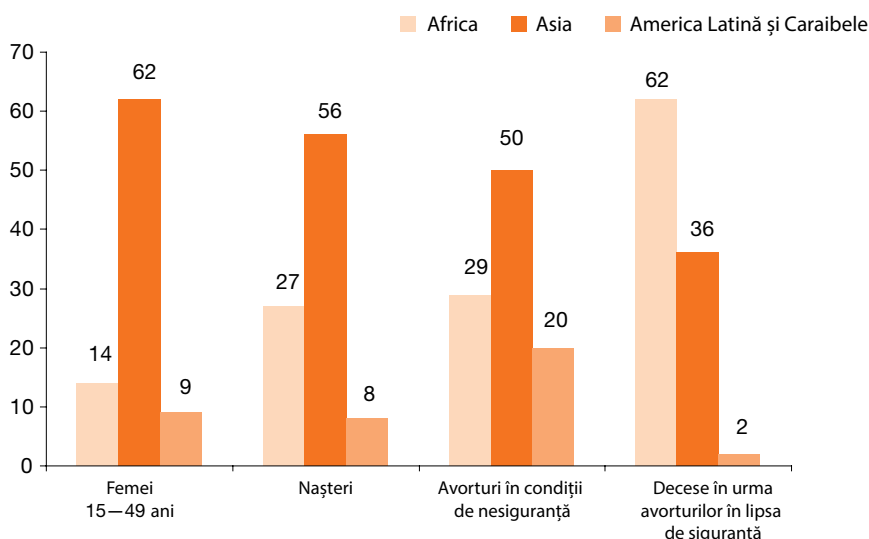
sepsisul, peritonita, traumatisme ale colului uterin, ale vaginului, uterului și organelor abdominale (20). Circa 20-30% dintre avorturile riscante duc la infecții ale tractului genital, iar 20-40% dintre acestea duc la infecții ale tractului genital superior (21). Una din patru femei care au trecut prin avorturi nesigure va suferi de dizabilități temporare sau pe viață și va avea nevoie de asistență medicală (22). Fiecărei femei care solicită instituțiilor medicale asistență după avort îi revin alte câteva care au trecut prin avorturi nesigure, dar nu au solicitat asistență medicală, considerând complicațiile ca nefiind grave, din lipsa mijloacelor financiare necesare, din teama de a fi supuse abuzului, maltratării sau represaliilor legale (23-30). Datele denotă că femeile care trec prin avort nesigur suferă semnificativ din punct de vedere fiziologic, financiar și emoțional.

Rata avorturilor nesigure și rata deceselor femeilor în urma avorturilor în lipsa acestor proceduri este cu mult mai mare în statele africane decât în oricare altă regiune în curs de dezvoltare (31). De exemplu, dacă în Africa se înregistrează anual 27% din numărul global de nașteri, deși numai 14% din femeile cu vârsta de 15-49 de ani locuiesc în această

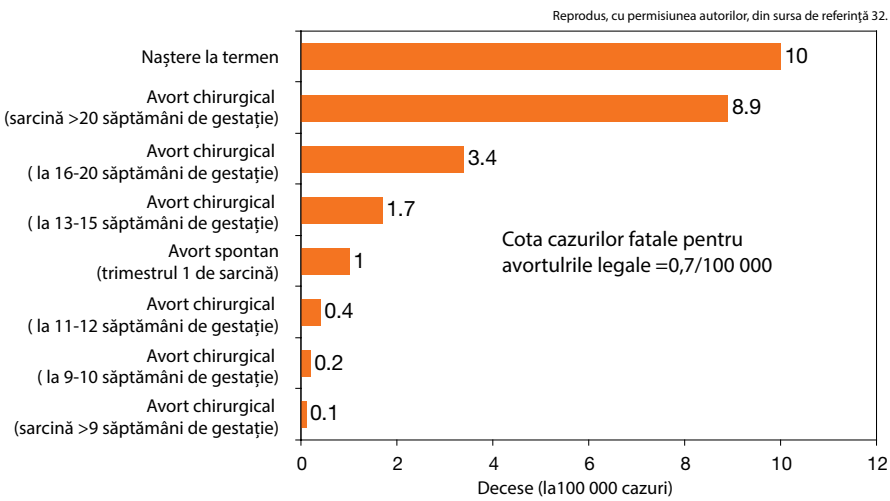
regiune, atunci cota Africii în numărul global de avorturi în condiții nesigure a constituit 29%, iar 62% din totalul deceselor prin avort nesigur în 2008 s-au înregistrat în Africa, ceea ce este mult mai grav (vezi Graficul 1.1). Riscul decesului în urma avortului nesigur variază de la o regiune în curs de dezvoltare la alta. Numărul cazurilor fatale raportate la numărul total de cazuri a fost de 460 la 100 000 de avorturi nesigure în Africa, 520 la 100 000 de cazuri în Africa Sub-Sahariană, comparativ cu 30 la 100 000 în America Latină și Caraibe și 160 la 100 000 în Asia (2).

Atunci când avortul indus este realizat de specialiști calificați cu folosirea tehnicilor medicale și preparatelor corecte în condiții igienice, procedura este o intervenție medicală cu riscuri reduse. În Statele Unite ale Americii, de exemplu, raportul dintre numărul de cazuri fatale și numărul total de cazuri este de 0,7 la 100 000 de avorturi legale (32). Coeficientul de fatalitate pentru avorturile legale la vârste de gestație avansate în trimestrul al doilea de sarcină (33) este cu mult mai mic decât cea mai mică rată pentru procedurile de avort nesigur (vezi Graficele 1.2 și 1.3).

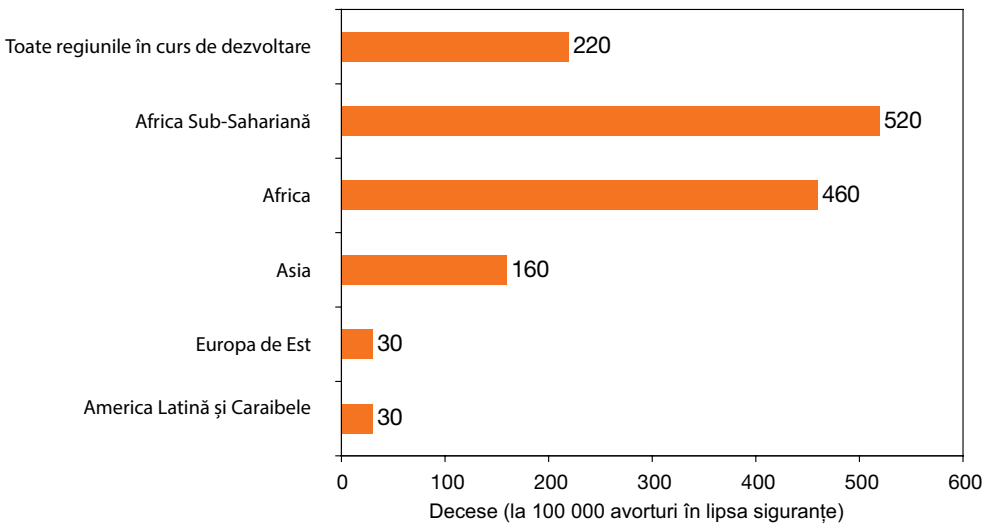
Graficul 1.1 Distribuția procentuală a femeilor, nașterilor, avorturilor nesigure și deceselor legate de avorturile nesigure, pe regiuni în curs de dezvoltare, 2008



Graficul 1.2 Coeficienții de fatalitate pentru avorturile induse legal, avorturile spontane sau nașterile la termen, la 100 000 de intervenții, SUA



Graficul 1.3 Coeficientul de fatalitate pentru 100 000 de avorturi nesigure, pe regiuni, 2008

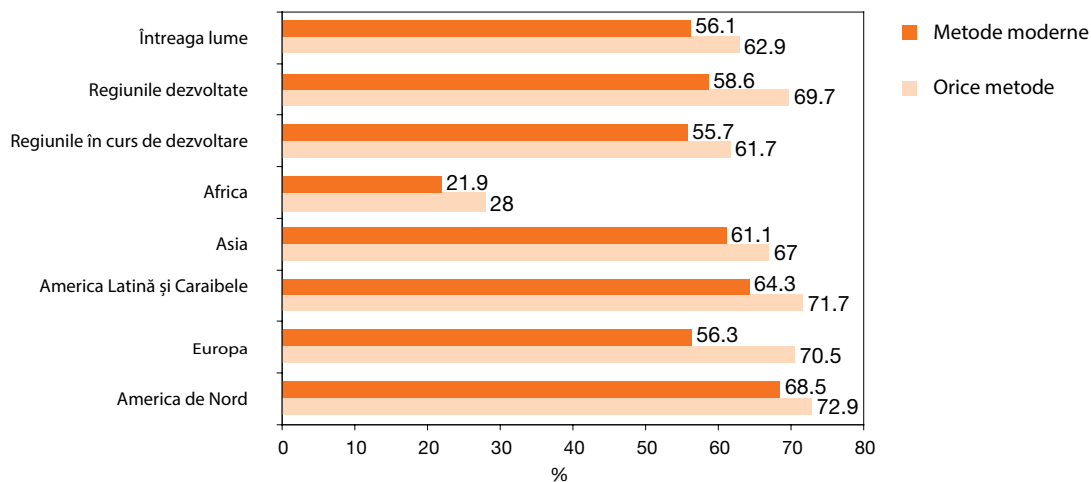


1.5 Folosirea mijloacelor de contracepție, sarcini accidentale și nesatisfacerea nevoii de planificare familială

În grupul femeilor de vârstă reproductivă (15-49 de ani), căsătorite sau cu parteneri permanenți, în anul 2007 63% foloseau mijloace de contracepție de toate tipurile (34). Un număr mai mic de femei - 56% (cu circa 7% mai puțin) - foloseau o metodă de contracepție modernă. Rata de folosire a mijloacelor de contracepție a crescut la nivel global în toate regiunile, deși rămâne în continuare joasă în Africa, unde 28% dintre femei folosesc metode de contracepție, iar 22% optează pentru metode moderne (vezi Graficul 1.4). Prevalența este mai mică în Africa Sub-Sahariană, unde în 2007 doar 21% dintre femei foloseau metode de contracepție și doar 15% – metode moderne. Dimpotrivă, în Europa, America de Nord, Asia, America Latină și Caraibe 66% dintre femei folosesc metode de contracepție.

Folosirea metodelor moderne de contracepție a dus la scăderea incidenței și prevalenței avorturilor induse, chiar și acolo unde avortul la cerere este disponibil legal. Scăderea prevalenței avorturilor și creșterea prevalenței mijloacelor de contracepție au constituit obiectul multor cercetări (35, 36). Datele recente colectate în 12 state din Europa de Est și Asia Centrală, unde avortul medical a fost în trecut metoda preferată de control al fertilității, și datele colectate în SUA demonstrează că în regiunile cu un procent mare de folosire a mijloacelor de contracepție moderne cota de avorturi induse la cerere este joasă (37). Cele mai joase cote de avorturi la cerere se înregistrează în Europa Occidentală, unde nivelul de folosire a mijloacelor de contracepție moderne este înalt, iar avorturile legale se realizează la cerere. Satisfacerea nevoii de planificare familială este, deci, o metodă de intervenție eficace pentru reducerea numărului de sarcini nedorite și de avorturi la cerere.

Graficul 1.4 Procentul de femei căsătorite sau în relații de concubinaj care folosesc orice mijloace de contracepție sau mijloace moderne de contracepție, 2007



Totodată, contracepția singură nu este în măsură să elimine cu totul necesitatea de a asigura accesul femeilor la servicii de avort fără riscuri. Contracepția nu joacă niciun rol în cazurile de act sexual forțat care pot duce la sarcini nedorite. În afară de aceasta, nu există mijloace de contracepție cu eficacitate de 100% în prevenirea sarcinii. Folosind pentru calcule datele din 2007 privind prevalența mijloacelor de contracepție (34) și rata tipică de eșec pentru mijloacele de contracepție (51), se estimează că anual aproximativ 33 de milioane de femei din întreaga lume se confruntă cu sarcini nedorite, cu toate că folosesc mijloace de contracepție (vezi Tabelul 1.1). Neavând acces la serviciile de avort în condiții de siguranță, unele dintre ele apelează la persoane necalificate, iar altele dau naștere unor copii nedoriti. Implicațiile nașterilor nedorite nu au fost cercetate în măsură suficientă, dar efectele posibile pot fi dăunătoare și persistente atât pentru femei, cât și pentru nou-născuții nedoriti (38).

Nevoia nesatisfăcută de planificare familială sporește numărul de femei care ar dori să evite sau să amâne sarcina, dar nu au acces la mijloace de contracepție. Acest număr a scăzut nesemnificativ în ultimii ani (39). Aproximativ 11% dintre femeile din statele în curs de dezvoltare afirmă că nevoia lor de planificare familială nu este satisfăcută. În Africa Sub-Sahariană și în statele cu cel mai mic nivel de dezvoltare una din patru femei de vârstă reproductivă (15-49 de ani) afirmă, că nevoia sa de planificare familială nu este satisfăcută (39). Femeile se vor confrunta în continuare cu problema sarcinilor nedorite atâta timp, cât nevoia lor de planificare familială nu va fi satisfăcută.

Spre deosebire de nevoia de planificare familială, lipsa accesului la servicii de avort fără riscuri este mai puțin documentată, cu excepția realității crude: estimările arată că 22 de milioane de femei anual sunt supuse procedurilor de avort nesigur (2), iar 47 000 de femei mor în urma complicațiilor. Chiar și în cazul avorturilor nesigure cu grad mic de risc, într-un context limitat de prevederile legale, femeile sunt expuse riscului nejustificat în cazul unor eventuale situații

de urgență. În astfel de cazuri, din cauza limitărilor legale și riscului stigmatizării legate de avort, femeile ar putea fi reticente în ceea ce privește apelarea în timp util la serviciile medicale în cazul complicațiilor în urma avortului.

1.6 Contextul de reglementare și de politici

În regiunile unde legislația și politicile în vigoare permit avorturile în baza unei game largi de indicații, incidența morbidității și mortalității în urma avorturilor nesigure este redusă la minimum (2). Din motive sociale sau economice avortul este permis în doar 16% din statele în curs de dezvoltare, comparativ cu 80% dintre statele dezvoltate (vezi Tabelul 1.2). Trei din patru avorturi la cerere realizate în statele în curs de dezvoltare (cu excepția Republicii Populare Chineze) nu sunt realizate în condiții de siguranță (13). În aceste state puține femei satisfac condițiile legale sau își cunosc drepturile legale de a beneficia de servicii de avort fără riscuri. De asemenea, prestatorii de servicii de avort pot să nu cunoască prevederile legale sau pot să nu manifeste dorința de a presta servicii de avort legal. În plus, în unele state prevederile legale existente nu sunt puse în aplicare (40).

Indiferent dacă avorturile sunt limitate de cadrul legal sau nu, probabilitatea că femeia va dori să întrerupă sarcina nedorită este aceeași (13). Restricțiile legale determină multe femei să apeleze la servicii medicale în alte state sau la servicii de avort în condiții neigienice prestate de indivizi prost calificați, fapt ce le expune riscului semnificativ de deces sau dizabilitate. Rata mortalității materne la 100 000 de nou-născuți vii din cauza avorturilor nesigure este, în general, mai mare în statele unde există restricții majore și mai joasă în statele unde avortul poate fi realizat la cerere sau în baza unei game largi de condiții (41, 42). Dovezile acumulate demonstrează că eliminarea restricțiilor privind avorturile duce la scăderea mortalității materne din cauza avorturilor nesigure și,

respectiv, la scăderea nivelului general al mortalității materne (43, 44, 45, 46).

Într-un număr mic de state, unde mortalitatea maternă este scăzută, în pofida legislației restrictive în domeniul avorturilor, multe femei au acces la servicii de avort fără riscuri sau relativ fără riscuri, apelând la serviciile specialiștilor din statele învecinate, care acordă asistență în condiții de siguranță, dar ilegală, la domiciliu sau prin administrarea misoprostolului (47-49).

Pe lângă restricțiile legale, alte bariere în calea avorturilor fără riscuri sunt incapacitatea de plată, lipsa susținerii din partea societății, solicitarea întârziată a asistenței

medicale, atitudinea negativă a prestatorilor de servicii de sănătate și calitatea proastă a serviciilor. Femeile tinere sunt cele mai vulnerabile în situațiile când mijloacele de contracepție eficace sunt puse doar la dispoziția femeilor căsătorite sau în societățile unde este înaltă rata actelor sexuale forțate. Aproape 14% din toate avorturile nesigure din statele în curs de dezvoltare sunt avorturile practicate la femeile cu vârsta sub 20 de ani. În Africa aproape două treimi din numărul total de avorturi nesigure sunt avorturile la femeile tinere cu vârsta sub 25 de ani (50). Un procent mai mare de femei tinere, comparativ cu femeile adulte, tind să treacă prin avorturi în trimestrul al doilea de sarcină cu cel mai mare grad de risc.

Tabelul 1.1 Numărul estimativ de femei care folosesc mijloace de contracepție și care raportează sarcini nedorite pe parcursul primului an de folosire a mijloacelor de contracepție, după tipul de contracepție; date globale, 2007

Metoda de contracepție	Rata estimată de eșec (mod tipic de utilizare), % ^a	Numărul de utilizatori, mii ^b	Numărul de femei cu sarcini nedorite (mod tipic de utilizare), mii ^c
Sterilizarea feminină	0,5	232 564	1163
Sterilizarea masculină	0,15	32 078	48
Mijloace de contracepție injectabile	0,3	42 389	127
Dispozitive intrauterine	0,8	162 680	1301
Pilule contraceptive	5,0	100 816	5041
Prezervative pentru bărbați	14	69 884	9784
Bariere vaginale	20	2291	458
Abstenență periodică	25	37 806	9452
Act sexual întrerupt	19	32 078	6095
Total	4,7	712 586	33 469

a Evaluarea efectuată de Trassel (51) s-a realizat pe baza datelor din SUA. Ineficacitatea apreciată a metodei la utilizarea tradițională, include ineficacitatea metodei ca atare și ineficacitatea ei, în urma erorilor de utilizare.

b Cu luarea în considerare a femeilor de vârstă 15-49 ani, în căsătorie înregistrată sau neînregistrată în anul 2007 și cota-parte a celor care utilizează o anumită metodă de contracepție (34)

c Coloana (4) = Coloana (3) x (coloana (2)/100)

Tabelul 1.2 Circumstanțele în care este permis avortul (% de state), după regiuni și subregiuni, 2009

Țara sau regiunea	Salvarea vieții femeii	Păstrarea sănătății fizice	Păstrarea sănătății mentale	Viol sau incest	Deficiențe fetale	Motive de ordin economic sau social	La cerere	Numărul de țări
Toate țările	97	67	63	49	47	34	29	195
Țările dezvoltate	96	88	86	84	84	80	69	49
Țările în curs de dezvoltare	97	60	55	37	34	19	16	146
Africa	100	60	55	32	32	8	6	53
Africa de Est	100	71	65	18	24	6	0	17
Africa Centrală	100	33	22	11	11	0	0	9
Africa de Nord	100	50	50	33	17	17	17	6
Africa de Sud	100	80	80	60	80	20	20	5
Africa de Vest	100	63	56	50	44	6	6	16
Asia	100	63	61	50	54	39	37	46
Asia de Est	100	100	100	100	100	75	75	4
Asia de Sud-centru	100	64	64	57	50	50	43	14
Asia de Sud-est	100	55	45	36	36	27	27	11
Asia de Vest	100	59	59	41	59	29	29	17
America Latină și Insulele Caraibe	88	58	52	36	21	18	9	33
Insulele Caraibe	92	69	69	38	23	23	8	13
America Centrală	75	50	38	25	25	25	13	8
America de Sud	92	50	42	42	17	8	8	12
Oceania ^a	100	50	50	14	7	0	0	14

a Japonia, Australia și Noua Zeelandă au fost excluse din componența regiunilor, dar sunt incluse în lista țărilor dezvoltate.

1.7 Constul economic al avorturilor nesigure

Asigurarea accesului la avorturi fără riscuri contribuie la reducerea costurilor. Costurile suportate de sistemele de sănătate pentru tratarea complicațiilor în urma avorturilor în lipsa siguranței sunt enorme, în special în statele sărace. Costul general mediu pe care le suportă autoritățile statelor pentru fiecare caz sunt estimate (la valoarea din 2006 a dolarului american) la 114 dolari în Africa și 130 de dolari în America Latină (52). Costurile sistemului național de sănătate în urma avorturilor realizate în lipsa siguranței depășesc costurile directe de prestare a serviciilor după avort. Într-un studiu recent (52) s-a constatat că costurile anuale pentru tratarea complicațiilor minore în urma avorturilor în lipsa siguranței la nivelul serviciilor de sănătate primare constituie 23 de milioane de dolari; pentru tratamentul infertilității survenite în urma avorturilor - 6 miliarde de dolari; cheltuielile neoficiale anuale în Africa Sub-Sahariană pentru tratamentul complicațiilor survenite în urma avorturilor se estimează la 200 de milioane de dolari. În afară de aceasta,

anual persoanele particulare și națiunile suportă pierderi în formă de venit nerealizat de 930 de milioane de dolari în urma decesului sau dizabilităților persistente, consecințelor cronice pentru sănătate, care au survenit în urma avorturilor în condiții nesigure (52).

Conform estimărilor, sistemul de sănătate al orașului Mexico City a suportat cheltuieli de 2,6 milioane de dolari din cauza avorturilor nesigure în 2005, înainte de legalizarea avorturilor (53). Odată cu asigurarea accesului la servicii de avort fără riscuri economiile potențiale în sistem au constituit 1,7 milioane de dolari anual. Astfel, sume considerabile pot fi conservate și redirecționate pentru a satisface alte nevoi urgente, inclusiv pentru prestarea serviciilor de calitate în baza standardelor și ghidurilor de practică actualizate datorită existenței specialiștilor calificați și tehnologiilor adecvate, cu condiția prevenirii sarcinilor nedorite prin mijloace de contracepție eficiente și prin asigurarea accesului la servicii de avort în condiții de siguranță. Raționamentele de ordin economic vin întru fortificarea în continuare a argumentelor din domeniul sănătății publice și al drepturilor omului în favoarea asigurării accesului la servicii de avort fără riscuri.

Bibliografie

1. Joffe C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:1-9.
2. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
3. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. World abortion policies. New York, United Nations, 2011 (ST/ESA/SER.A/302).
4. Singh S et al. Abortion worldwide: a decade of uneven progress. New York, Guttmacher Institute, 2009.
5. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Resolution WHA20.41. Health aspects of population dynamics. In: Twentieth World Health Assembly, Geneva, 23 May 1967. Geneva, World Health Organization, 1967 (WHA20/1967/REC/1).
7. Resolution WHA57.12. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. In: Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17-22 May 2004. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1).
8. *International Conference on Population and Development - ICPD - Programme of Action*. New York, United Nations Population Fund, 1995 (A/ CONF171/13/Rev.1 (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf, accessed 31 August 2011)).
9. Resolution S-21.2. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and development. In: *Twenty-first special session of the United Nations General Assembly New York, 30 June-2 July 1999*. New York, United Nations, 1999 (A/RES/S-21/2).
10. *Plan of action on sexual and reproductive health and rights (Maputo Plan of Action)*. Addis Ababa, The African Union Commission, 2006 (http://www.unfpa.org/africa/new-docs/maputo_eng.pdf, accessed 31 August 2011).
11. *Access to safe and legal abortion in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2008 (Resolution 1607 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe; <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm>, accessed 31 August 2011).
12. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva, World Health Organization, 2004.
13. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625-632.
14. Ugboma HA, Akani CI. Abdominal massage: another cause of maternal mortality. *Nigerian Journal of Medicine*, 2004, 13:259-262.
15. Harper CC et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 98:66-69.
16. Miller S et al. misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1291-1296.
17. Sherris J et al. misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 88:76-81.
18. Walker D et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:27-38.

19. Benson J. Evaluating abortion-care programs: old challenges, new directions. *Studies in Family Planning*, 2005, 36:189-202.
20. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908-1919.
21. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
22. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887-1892.
23. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20:4-13.
24. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:59-67 and 72.
25. Singh S et al. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:100-107 and 144.
26. Juarez F et al. Incidence of induced abortions in the Philippines: current level and trends. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:140-149.
27. Singh S et al. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:183-191.
28. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoulf Obermeyer C. ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. New York, Oxford University Press, 2001:175-192.
29. Ferrando D. El aborto inducido en el Peru, hechos y cifras. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan and Pathfinder International, 2002.
30. Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study. Islamabad, The Population Council, 2002.
31. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 1149-1158.
32. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729-737.
33. Lichtenberg E, Grimes D. Surgical complications: prevention and management. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley- Blackwell, 2009:224-251.
34. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive use (wallchart)*. New York, United Nations, 2009 (ST/ESA/SER.A/285).
35. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:193-202.
36. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6-13.
37. Westoff CF. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries. Washington, DC, ORC Macro, 2005, No. 8.
38. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14:181-190.
39. The Millennium Development Goals report 2010: statistical annexes. New York, United Nations, 2010.

40. Schuster S. Women's experiences of the abortion law in Cameroon: "What really matters". *Reproductive Health Matters*, 2010, 18:137-144.
41. World Health Report 2008 - primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.
42. Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva, World Health Organization, 2009.
43. David HP. Abortion in Europe, 1920-91 - a public-health perspective. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:1-22.
44. Jewkes R et al. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *British Medical Journal*, 2002, 324:1252-1253
45. Jewkes R and Rees H, Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *South African Medical Journal*, 95[4]:250.
46. Pradhan A et al., Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings, Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, 2009.
47. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*, 2011, 42 (3):199-220.
48. Briozzo L et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 95 (2):221-226.
49. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318 (7176):77.
50. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
51. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, et al. eds. *Contraceptive technology*, 17th revised ed. New York, Ardent Media, 1998:779-884. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120-132.
52. Vlassoff M et al. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).
53. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120-132.

Capitolul 2

CAPITOLUL 2

Asistența clinică a femeilor, care trec prin procedura de avort

Sumar

Capitolul include recomandările privind asistența medicală acordată femeilor înainte de avort, în timpul avortului și după realizarea acestuia. Asistența clinică acordată pacientelor în caz de avort este descrisă detaliat în publicația OMS *Clinical practice handbook for safe abortion care (Manual de practică clinică pentru asistență în caz de avort fără riscuri)*.

Dovezile care au servit ca bază pentru elaborarea recomandărilor sunt prezentate sub formă de tabele *GRADE (Sistem de evaluare a calității proceselor de apreciere, elaborare și evaluare a recomandărilor)*, fiind disponibile și online. Detalii privind metodologia GRADE sunt prezentate în secția *Metodologie* a prezentei publicații. Tabelele GRADE sunt publicate la adresa: http://apps.who.int/iris/bit-stream/10665/75840/1/WHO_RHR_12.10_eng.pdf; data ultimei accesări: 14 februarie 2013.

Asistența medicală înainte de avort

Determinarea vârstei de gestație a sarcinii constituie un factor critic pentru selectarea celei mai potrivite metode de realizare a avortului. De regulă, metodele adecvate sunt examenul pelvian bimanual, examenul abdominal și identificarea simptomelor sarcinii. La necesitate pot fi folosite ultrasonografia și testele de laborator.

Administrarea de antibiotice tuturor femeilor la momentul realizării avortului chirurgical reduce riscul de infecții în urma intervenției. Totodată, nu este indicat refuzul de a realiza avortul pe motivul lipsei de antibiotice (Tabelele GRADE 66-70).

Femeile trebuie să primească informații corecte, complete și ușor de înțeles cu privire la procedura de avort, precum și la ce se va întâmpla pe parcursul intervenției și ulterior, într-o formă accesibilă, care să o ajute să ia o decizie și să-și dea liber consimțământul. De asemenea, sunt necesare informații despre contracepție după avort.

Metode de realizare a avortului

Pentru avorturile din primul trimestru de sarcină se recomandă următoarele metode:

- aspirare vacuum electrică în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 12-14 săptămâni (Tabelele GRADE 36 și 37);
- avortul medicamentos, prin administrarea pe cale orală a mifepristonului, urmată de administrarea unei doze unice de misoprostol - în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 9 săptămâni (63 de zile) (Tabelele GRADE 30-32);
- avortul medicamentos, în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de peste 9 săptămâni (63 de zile) - administrarea pe cale orală a mifepristonului cu administrarea ulterioară a dozelor repetate de misoprostol (Tabelele GRADE 94-121);
- în cazul inaccesibilității mifepristonului: administrarea doar a misoprostolului, în doze repetate (Tabelul GRADE 113).

Dilatarea și chiuretajul este o metodă de avort chirurgical depășită și trebuie înlocuită prin aspirarea vacuum și/sau metode de avort medicamentos (Tabelul GRADE 35).

În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de peste 12-14 săptămâni se recomandă următoarele metode:

- dilatare și evacuare cu utilizarea aspirării vacuum și a penselor, nu a chiuretei (Tabelele GRADE 33 și 34);
 - administrarea mifepristonului, urmată de administrarea unor doze repetate de misoprostol (Tabelele GRADE 71-92);
 - în cazul inaccesibilității mifepristonului: administrarea doar a misoprostolului, în doze repetate (Tabelele GRADE 71-92).
- Pentru toate femeile cu sarcină mai mare de 12-14 săptămâni se recomandă pregătirea cervicală înainte de avortul chirurgical, deși utilizarea acestei metode poate fi luată în considerație în cazul femeilor însărcinate la orice vârstă de gestație, în special în cazul femeilor ce prezintă un grad de risc sporit de traumatizare a colului uterin sau de lezare a uterului (Tabelele GRADE 1-19).
 - Medicamentele pentru atenuarea durerii trebuie să fie oferite întotdeauna în cazul avorturilor medicamentoase și chirurgicale și puse fără întârziere la dispoziția femeilor la cererea acestora (Tabelele GRADE 38-60, 125-132). În majoritatea cazurilor analgezicele, anestezia locală și/sau sedarea, îmbinate cu susținerea verbală, sunt suficiente. Cu cât este mai mare vârsta de gestație, cu atât este mai mare nevoia de atenuare a durerii.
 - Mijloacele de anestezie locală, cum ar fi lidocaina, pot fi folosite pentru a atenua disconfortul femeilor în cazurile în care este necesară dilatarea cervicală mecanică pentru realizarea avortului chirurgical. Anestezia generală nu se recomandă în cazul procedurilor de avort, dat fiind că aceasta se asociază cu rate mai înalte de complicații, comparativ cu analgezicele și cu anestezia locală (Tabelele GRADE 38-60).

- Trebuie să fie folosite măsurile de precauție standard de control al infecțiilor, ca și în cazul tuturor pacienților, pentru a reduce riscul transmiterii infecțiilor pe cale sangvină (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf).

Asistența medicală după avort și controlul ulterior

- În cazul avorturilor chirurgicale femeile pot părăsi instituțiile de sănătate îndată ce sunt capabile să o facă, iar semnele lor vitale sunt normale.
- După avorturile necomplicate, chirurgicale și medicamentoase, prin administrarea mifepristonului în combinație cu misoprostolul, nu sunt necesare vizite de control de rutină. În cazul femeilor care doresc să revină la clinică poate fi programată o vizită de control peste 7-14 zile de la realizarea procedurii de avort (Tabelul GRADE 93).
- Înainte de a părăsi instituția de sănătate după realizarea procedurii de avort chirurgical sau după administrarea pilulelor pentru realizarea avortului medicamentos toate femeile trebuie să primească informații despre contracepție și, la cerere, mijloacele de contracepție pe care le-au ales sau indicații unde pot să le obțină (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html).
- Înainte de a părăsi clinica femeile trebuie să primească instrucțiuni referitoare la conduita ulterioară. Instrucțiunile trebuie să includă informații referitoare la: cât de puternică va fi hemoragia, cum să recunoască semnele unor complicații potențiale și cum să ceară ajutor în caz de necesitate. Dacă este posibil, trebuie să existe o linie telefonică, la care femeile să poată obține răspunsuri la întrebări sau să-și exprime îngrijorările, ceea ce ar putea reduce necesitatea de a reveni la clinică.

2.1 Asistența medicală înainte de avort

Primii pași în acordarea asistenței medicale legate de avort sunt: confirmarea sarcinii, vârsta de gestație a acesteia și situarea ei intrauterină. Riscurile asociate avortului indus, deși mici, atunci când avortul este realizat corect, sporesc pe măsura creșterii duratei vârstei de gestație a sarcinii (1, 2). Determinarea vârstei de gestație a sarcinii constituie un factor critic pentru selectarea celei mai potrivite metode de realizare a avortului și determină conținutul informației și consilierii de care trebuie să beneficieze femeile înainte de avort. Fiecare instituție prestatoare de servicii de sănătate trebuie să dispună de personal instruit și competent, care să investigheze istoria medicală a femeii și să efectueze examenul pelvian bimanual și examenul abdominal pentru a determina corect existența și vârsta sarcinii. Centrele de sănătate care nu dispun de personal și echipament pentru a realiza avorturi induse la cerere trebuie să trimită femeia prompt, cu întârziere minimă, în grija prestatorilor de astfel de servicii. În afară de aceasta, personalul trebuie să fie competent în oferirea serviciilor de consiliere pentru a ajuta femeia să analizeze opțiunile existente (vezi secțiunea 2.1.8).

2.1.1 Istoricul medical

Majoritatea femeilor încep să suspecteze că sunt însărcinate, când perioada menstruală nu începe la momentul așteptat. Femeia trebuie întrebată când a fost prima zi a ultimei menstruații, adică prima zi de sângerare, precum și dacă sângerarea a avut caracter normal, inclusiv cât de regulate au fost ciclurile menstruale. Totodată, unele femei trec prin perioade de amenoree din alte motive decât sarcina, iar unele pot avea sângeri, de exemplu, femeile care alăptează ar putea rămâne însărcinate înainte de apariția primului ciclu menstrual după naștere, iar femeile amenoreice pe parcursul folosirii mijloacelor de contracepție injectabile pot rămâne însărcinate, dacă au omis perioada indicată de injectare. Unele femei pot avea sângeri cu caracter nemenstrual în primele săptămâni de sarcină și acest fapt poate duce la neidentificarea sarcinii sau la determinarea incorectă a vârstei

sarcinii. Alte simptome invocate frecvent de femei în primele săptămâni de sarcină includ dureri în regiunea sânilor, tumefierea sânilor, grețuri, uneori însoțite de vomă, oboseală, lipsa poftei de mâncare, urinare frecventă.

În afară de estimarea vârstei sarcinii, istoricul medical trebuie să ajute la identificarea contraindicațiilor pentru avortul medicamentos sau chirurgical și la identificarea factorilor de risc ce ar duce la complicații legate de tratament. Anamneza trebuie să includă: antecedentele medicale personale relevante ale femeii sau ale membrilor familiei, istoricul obstetrical și ginecologic, inclusiv sarcinile ectopice anterioare, existența tendințelor de sângerare excesivă sau hemoragie, antecedente sau existența în prezent a infecțiilor transmisibile pe cale sexuală, medicamentele administrate curent, alergiile cunoscute, evaluarea riscurilor de violență și constrângere. Prestatorii de asistență medicală trebuie să fie atenți, în contextul sarcinilor nedorite, la posibilitatea că sarcina a survenit în urma actelor violente sau constrângerii (vezi secțiunea 2.1.8.1).

Din punct de vedere clinic prezența infecției HIV la femeile care urmează să treacă prin procedura de avort necesită aceleași măsuri de precauție ca și orice alte intervenții medicale/chirurgicale (vezi secțiunea 2.2.7.1). Testele pentru identificarea infecției HIV pot fi oferite, dar nu sunt obligatorii pentru femeile care beneficiază de servicii de avort.

2.1.2 Examenul fizic

Examinările de rutină de bază (măsurarea pulsului, tensiunii arteriale și, în unele cazuri, a temperaturii corpului) sunt proceduri utile. În afară de aceasta, specialiștii trebuie să confirme existența sarcinii și să estimeze vârsta acesteia în urma examenului pelvian bimanual și examenului abdominal. Deși mulți specialiști au fost instruiți cum să estimeze vârsta sarcinii pentru a acorda asistență prenatală, unii dintre ei nu au experiența necesară pentru a diagnostica sarcinile mici și vârsta sarcinii în primul trimestru. Prin urmare, prestatorii de servicii de sănătate necesită instruire suplimentară în privința examinării pelviene bimanuale (vezi Capitolul 3).

Semnele existenței sarcinii care pot fi detectate prin examen pelvian bimanual deja la vârsta de gestație de 6-8 săptămâni includ înmuierea istmului cervical, înmuierea și mărirea uterului. Dimensiunile mai mici decât ar fi de așteptat ale uterului femeii însărcinate pot fi explicate printr-o vârstă de gestație mai mică decât cea stabilită în baza primei zile a ultimei perioade menstruale, prin existența unei sarcini ectopice sau a unui avort neidentificat; dimensiunile mai mari decât ar fi de așteptat ale uterului pot fi un indiciu al unei sarcini mai avansate decât cea calculată în baza primei zile a ultimei perioade menstruale, al unei sarcini multiple, al vezicii urinare pline, al prezenței fibroamelor uterine, al altor tumori pelviene sau al prezenței unei sarcini molare. În general, diagnosticul este mai corect și mai de încredere, dacă femeia urinează înainte de a fi efectuat examenul fizic.

Pe parcursul examenului fizic specialistul trebuie să evalueze, dacă uterul este antever, retrovers sau poziționat în alt mod, care ar putea afecta evaluarea vârstei de gestație sau complica avortul chirurgical. Prestatorii de servicii de sănătate trebuie să fie instruiți să recunoască semnele bolilor transmisibile pe cale sexuală, ale altor infecții ale tractului genital, precum și ale altor boli, cum ar fi anemia sau malaria, care necesită proceduri ori servicii suplimentare ori consultul altor specialiști.

2.1.3 Teste de laborator

În majoritatea cazurilor prestatorii de servicii de sănătate au nevoie doar de istoricul personal și de examenul clinic pentru a confirma sarcina și vârsta de gestație. Testele de laborator nu sunt necesare, cu excepția cazurilor când nu sunt atestate semnele clare ale sarcinii și medicul nu este sigur că femeia este însărcinată. Obținerea rezultatelor testelor de laborator nu trebuie să împiedice sau să întârzie procedura de avort.

Testele de laborator de rutină nu constituie premise obligatorii pentru prestarea serviciilor de avort. Măsurarea nivelului de hemoglobină sau al hematocritului pentru a detecta

anemia pot fi utile la inițierea tratamentului în cazurile rare de hemoragie în timpul intervenției sau după avort. Dacă este posibil, trebuie efectuate testele pentru determinarea grupei sangvine și Rh-ului, iar în caz de Rh negativ - a imunoglobulinei, dacă aceasta este indicată (vezi Secțiunea 2.1.7).

2.1.4 Ultrasonografia

Ultrasonografia nu este necesară de rutină la prestarea serviciilor de avort (3-5) (Tabelele GRADE 122-124). Dacă este posibil, este indicată ecografia pentru a identifica existența sarcinii intrauterine și a exclude existența sarcinii ectopice, începând cu vârsta de gestație de 6 săptămâni (6). Examenul ultrasonografic poate ajuta la determinarea vârstei de gestație și la diagnosticarea patologiilor asociate sau poate exclude sarcina. Unii specialiști consideră că ultrasonografia este utilă înainte sau în timpul procedurii de dilatare și evacuare. Dacă se folosește ultrasonografia, instituțiile care prestează servicii de avort trebuie, dacă este posibil, să separe femeile care doresc să treacă prin procedura de avort de cele care beneficiază de asistență prenatală/antenatală.

2.1.5 Infecții ale tractului genital

Prezența infecțiilor tractului genital la momentul realizării avortului constituie un factor de risc pentru infecțiile tractului genital după avortul chirurgical (7). Utilizarea de rutină a antibioticelor la momentul realizării avortului chirurgical reduce pe jumătate riscul de infecții în urma intervenției (8, 9). Dacă nu există antibiotice care pot fi administrate profilactic, avortul poate fi realizat. În toate cazurile trebuie respectate cu strictețe procedurile de curățare și dezinfectare (vezi Secțiunea 2.2.7.1).

În urma avortului medicamentos riscul infecției intrauterine este foarte redus și administrarea antibioticelor în scop profilactic nu este necesară (10) (Tabelul GRADE 70).

Dacă semnele clinice confirmă existența infecției, femeia trebuie tratată imediat cu antibiotice, după care poate fi realizat avortul. În cazurile când testele de identificare a infecțiilor transmisibile pe cale sexuală se realizează de rutină și dacă nu sunt semne vizibile de infecție, avortul nu trebuie amânat în așteptarea rezultatelor testelor.

2.1.6 Sarcina ectopică

Sarcina ectopică este o patologie relativ rară, dar potențial periculoasă pentru viață, care apare la 1,5-2% din sarcini. Semnele și simptomele care pot indica existența unei sarcini extrauterine includ: dimensiunile uterului mai mici decât ar fi de așteptat la vârsta de gestație respectivă, durere la lateralizarea colului uterin, dureri în regiunea inferioară a abdomenului, în special dacă sunt însoțite de sângerare vaginală ușoară sau intensă, amețeli sau leșin, paloare și palparea unei formațiuni în zona anexială. Dacă medicul suspectează existența unei sarcini ectopice, este esențială confirmarea imediată a diagnosticului și inițiat tratamentul necesar sau transferul femeii, cât de repede posibil, la o instituție medicală care poate confirma diagnosticul și administra tratamentul (11). Inspectarea țesutului aspirat în urma avortului chirurgical poate elimina cu certitudine aproape deplină o sarcină ectopică nediagnosticată (vezi Secțiunea 2.2.4.5).

Trebuie remarcat că este mai dificil de diagnosticat existența unei sarcini ectopice în timpul procedurii de avort medicamentos datorită asemănării simptomelor (12). În mod similar, nici administrarea mifepristonului, nici administrarea misoprostolului nu sunt tratamente potrivite în cazul sarcinii ectopice care, dacă este prezentă, va continua să se dezvoltă. Din aceste considerente personalul medical trebuie să fie mereu conștient de existența unei sarcini ectopice în caz de dimensiuni mai mici ale uterului decât ar fi de așteptat în baza datei primei zile a ultimei menstruații, durere la lateralizarea colului uterin sau de prezența unei tumori anexiale observate în timpul examenului pelvian (13). Femeile trebuie să fie instruite să apeleze la asistență medicală imediat, dacă prezintă simptome care ar putea indica existența unei

sarcini ectopice, cum ar fi intensificarea durerii abdominale, în special, dacă se manifestă numai pe stânga sau numai pe dreapta.

Dacă datele clinice (de exemplu, existența sarcinilor ectopice în antecedente sau a bolii inflamatorii pelviene, diferența dintre data ultimei menstruații și vârsta de gestație estimate, sângerarea vaginală, sarcina în prezența dispozitivului de contracepție intrauterin sau durere în zona pelviană) dau motive pentru a presupune existența unei sarcini ectopice, trebuie să fie efectuate investigații suplimentare (14). Acestea pot include examenul ultrasonografic al zonei pelviene și măsurarea nivelului gonadotropinei corionice umane. Dacă aceste investigații nu sunt posibile sau dacă este diagnosticată sarcina ectopică, sau dacă există suspiciuni că ar putea fi prezentă o sarcină ectopică, femeia trebuie să fie transferată la un centru medical corespunzător pentru tratament.

2.1.7 Izoimunizare în caz de conflict Rh

Imunizarea pasivă a tuturor femeilor cu Rh negativ cu imunoglobulină pentru Rh negativ în timp de cel mult 72 de ore după avort a fost recomandată în SUA în anul 1961 (15), dar încă nu există dovezi convingătoare privind necesitatea acestei măsuri după avort indus la vârstă de gestație mică (16). Dacă prevalența femeilor Rh negative este mare, iar imunoglobulina este administrată femeilor cu resus Rh negativ de rutină în cadrul instituției medicale, această procedură trebuie efectuată la momentul realizării avortului. Doza poate fi redusă de la 300 µg (doza administrată după nașterea la termen) până la 50 µg în cazul sarcinilor cu vârstă de gestație mai mică de 12 săptămâni (17). Efectuarea testului pentru identificarea Rh-ului nu este o cerință obligatorie pentru prestarea serviciilor de avort, dacă nu este disponibil sau dacă prevalența femeilor cu Rh negativ este mică.

În cazul sarcinilor cu vârstă de gestație de, cel mult, 9 săptămâni (63 de zile) riscul teoretic de sensibilizare maternă după avort medicamentos este foarte scăzut (17). Astfel, determinarea Rh-ului și oferirea măsurilor profilactice nu sunt considerate obligatorii pentru avort medicamentos

la vârste de gestație mici (12). Dacă imunoglobulina anti-Rh este disponibilă, administrarea ei în caz de avort medicamentos se face odată cu administrarea prostaglandinei (18). Dacă administrarea misoprostolului se face la domiciliu, atunci imunoglobulina poate fi administrată odată cu mifepristonul.

2.1.8 Informare și consiliere

Oferirea informațiilor este o parte esențială a serviciilor de avort de calitate (19). Fiecare femeie însărcinată care se gândește la posibilitatea avortului trebuie să beneficieze de informații adecvate și relevante și de consiliere din partea specialiștilor calificați, care dispun de cunoștințe complexe și de experiență bogată privind diverse metode de avort. Toate femeile trebuie să primească informații, indiferent de vârstă sau de circumstanțe personale, într-o formă pe înțelesul lor, pentru ca să poată decide dacă vor să recurgă la avort și ce metodă de avort să aleagă.

Informațiile, consilierea și avortul trebuie să fie puse la dispoziția femeii cât mai repede posibil, fără amânări nejustificate. În Capitolul 3 sunt prezentate detalii privind cerințele legate de pregătirea profesională a specialiștilor, precum și alte cerințe, în contextul acordării informației, serviciilor de consiliere, inclusiv cerințele privind standardele de etică profesională.

2.1.8.1 Informare și consiliere la luarea deciziilor

Acordarea informațiilor și oferirea serviciilor de consiliere sunt deosebit de importante pentru a ajuta femeia însărcinată să analizeze opțiunile și pentru a asigura posibilitatea acesteia de a lua o decizie fără presiune din exterior. Multe femei iau decizia de a trece prin procedura de avort înainte de a solicita asistență și această decizie trebuie respectată fără a impune femeia să treacă prin ședințe de consiliere obligatorii. Serviciile de consiliere pentru femeile care le solicită trebuie oferite de către persoane calificate, pe bază de alegere voluntară, într-o manieră confidențială (19, 20).

Dacă femeia alege avortul, specialistul trebuie să-i explice care sunt cerințele legale pentru a beneficia de aceste servicii. Femeia trebuie să aibă la dispoziție atâta timp, de cât are nevoie pentru a lua o decizie, chiar dacă aceasta înseamnă că va trebui să revină la clinică mai târziu. Totodată, femeilor trebuie să li se explice care sunt avantajele avortului la vârste de gestație mai mici, din punctul de vedere al gradului mai mare de siguranță, comparativ cu avorturile la vârste de gestației mai avansate. Odată ce femeia a luat decizia, avortul trebuie să fie realizat cât mai repede posibil (19). Prestatorii de servicii de sănătate trebuie să acorde informații și să îndrume femeia spre instituții care acordă asistență antenatală, dacă femeia decide să păstreze sarcina și/sau să ia în considerație opțiunea de a oferi copilul pentru adopție.

În unele circumstanțe femeia poate să fie influențată de presiunea exercitată de partener, de membrii familiei, de prestatorii de servicii de sănătate sau de alte persoane, care insistă asupra realizării avortului. Adolescențele necăsătorite, femeile în relații asociate cu abuz și femeile infectate cu HIV sunt categoriile cele mai vulnerabile în fața unor astfel de presiuni. Dacă prestatorii de servicii de sănătate suspectează că femeia este supusă constrângerii, ei trebuie să discute cu ea între patru ochi sau să-i recomande consiliere suplimentară. Dacă medicii cunosc sau suspectează că femeia a fost abuzată sexual sau în alt mod, ei trebuie să-i ofere, la nevoie, informații și să-i propună servicii de consiliere și tratament. Conducerea instituției trebuie să se asigure că toți angajații cunosc că astfel de resurse există în cadrul sistemului de sănătate și al comunității (vezi Capitolul 3).

2.1.8.2 Informații privind procedura de avort

Setul minim de informații care trebuie pus la dispoziția femeii include:

ce presupune procedura de avort și asistența medicală după procedură;

- care sunt senzațiile care, probabil, vor apărea (de exemplu, crampe similare celor menstruale, durere și hemoragie);
- cât va dura intervenția;
- ce mijloace de atenuare a durerii îi vor fi puse la dispoziție;
- riscurile și complicațiile asociate cu metoda de avort respectivă;
- când va fi capabilă să reia activitățile de zi cu zi, inclusiv relațiile sexuale;
- orice asistență și control ulterior.

Dacă există mai multe opțiuni privind metoda de avort, prestatorii de servicii de sănătate trebuie să fie instruiți să ofere femeilor informații clare privind cele mai oportune metode, în funcție de vârsta sarcinii, de starea sănătății femeii, de factorii de risc potențiali și de beneficiile și dezavantajele fiecăreia dintre metodele accesibile. Este mai probabil ca femeile să considere metoda de avort acceptabilă, dacă au ales-o ele însele (21, 22). Majoritatea femeilor care trec prin procedura de avort consideră că este extrem de importantă posibilitatea de a alege metoda de realizare a avortului. Conform datelor unor studii, femeile care optează pentru avortul medicamentos îl consideră mai acceptabil la vârstele de gestație timpurii, comparativ cu vârstele de gestație mai avansate (21, 23-25).

2.1.8.3 Contracepția: informații și servicii

Scopul consilierii în domeniul contracepției și oferirii mijloacelor de contracepție în contextul asistenței legate de avort este ca femeia să înceapă să folosească metoda de contracepție pentru care a optat imediat după avort, după ce există convingerea că este metoda cea mai potrivită și cea mai acceptabilă pentru ea. Aceasta va spori probabilitatea că femeia va continua să folosească metoda de contracepție aleasă într-un mod corect și consecvent. Oferirea informațiilor privind contracepția și consilierea privind metodele și

serviciile existente constituie o parte esențială a asistenței legate de avort, deoarece ajută femeia să evite sarcinile nedorite în viitor. În condiții ideale consilierea înainte de avort include discuțiile despre necesitățile de contracepție pentru viitor. Fiecare femeie trebuie să fie informată că ovulația poate să apară deja peste două săptămâni după avort (26), expunând-o riscului unei sarcini nedorite, dacă nu va folosi o metodă de contracepție eficace. Femeia trebuie să primească de la specialiști informație corectă care s-o ajute să aleagă cea mai potrivită metodă de contracepție. Astfel ar putea fi explorate circumstanțele în care a apărut sarcina nedorită. Dacă femeia solicită servicii de avort pentru întreruperea sarcinii pe care ea o consideră un semn al eșecului metodei de contracepție folosite, specialistul trebuie să discute cu ea, dacă este posibil, că metoda respectivă să fi fost folosită incorect, cum să folosească corect metoda respectivă, dacă ar fi indicat să opteze pentru o altă metodă de contracepție (informații detaliate sunt prezentate în Secțiunea 2.3 și în Anexa 6). Totodată, decizia finală privind metoda de contracepție aleasă trebuie să-i aparțină întru totul femeii.

Femeia nu trebuie să aleagă metoda de contracepție înainte de prestarea serviciilor de avort. Unele femei preferă să discute opțiunile privind contracepția după realizarea avortului.

2.2 Metode de realizare a avortului

Sumar

Cele mai potrivite metode de realizare a avortului diferă în funcție de vârsta sarcinii. Metodele incluse în acest sumar au un caracter mai degrabă indicativ decât prescriptiv în ceea ce privește vârsta sarcinii. De exemplu, majoritatea specialiștilor pot efectua aspirări vacuum fără riscuri în cazul sarcinilor de până la 12 săptămâni, pe când specialiștii cu experiență suficientă și cu acces la canule de dimensiuni adecvate pot folosi această procedură cu un grad înalt de siguranță pentru a întrerupe sarcini cu vârsta de gestație de până la 15 săptămâni (3).

Accesibilitatea metodelor medicamentoase fără riscuri și eficace de realizare a avorturilor se explică prin extinderea ariei de înregistrare și folosire a mifepristonului și misoprostolului (hărțile globale de răspândire a mifepristonului și misoprostolului sunt publicate la adresa: www.gynuity.org). Cunoștințele privind existența și modul corect de administrare a acestor preparate, inclusiv doar a misoprostolului atunci când mifepristonul nu este disponibil, sunt importante pentru persoanele responsabile de planificarea activităților de program, managerii de programe, medici și farmaciști, pe măsură ce preparatele medicamentoase sunt introduse în sistemele de sănătate.

Metode de realizare a avortului până la 12-14 săptămâni de la ultima menstruație

Metodele recomandate de realizare a avortului sunt aspirarea vacuum electrică, aspirarea vacuum manuală sau metodele medicamentoase, când se administrează mifepriston, urmat de administrarea misoprostolului.

S-a demonstrat că este eficace și sigură administrarea mifepristonului, urmată de administrarea prostaglandinei până la vârsta de gestație de 9 săptămâni (63 de zile) (4, 19). Unele dovezi demonstrează, de asemenea, că regimul de administrare a dozelor repetate de misoprostol la vârsta de gestație de 9-12 săptămâni este sigură și eficace (3, 4, 27, 28). Totodată, administrarea doar a misoprostolului este mai puțin eficace decât administrarea în combinație cu mifepristonul.

Utilizarea metodelor medicamentoase de realizare a avortului necesită existența posibilității de aspirare vacuum în situații de urgență fie în cadrul instituției de sănătate respective, fie în cadrul unei alte instituții pentru cazurile când avortul eșuează sau este incomplet.

Managerii de programe și factorii de decizie trebuie să depună toate eforturile posibile pentru a folosi aspirarea vacuum și metode medicamentoase de realizare a avortului în locul chiuretajului cu chiuretă ascuțită.

Metode utilizate după 12-14 săptămâni de la ultima menstruație

Metoda chirurgicală recomandată este dilatarea și evacuarea, cu aplicarea aspirării vacuum și folosirea forcepsului. Metoda recomandată de realizare a avortului medicamentos după 12 săptămâni este administrarea mifepristonului, urmată de administrarea în doze repetate a misoprostolului.

Considerații înainte de procedură

2.2.1 Pregătirea cervicală

Pregătirea cervicală cu dilatoare osmotice, cum ar fi lami-naria sau agenții farmacologici, este folosită frecvent înainte de realizarea avorturilor chirurgicale în primul trimestru de sarcină, deoarece în acest caz procedura de avort decurge mai repede și mai ușor, reducând necesitatea de dilatare cervicală mecanică (29, 30). Pregătirea cervicală înainte de avortul chirurgical este în mod special benefică pentru femeile cu anomalii cervicale și femeile care au fost supuse anterior intervențiilor chirurgicale, adolescentelor și femeilor cu sarcini mai mari, dat fiind că toate aceste categorii prezintă risc sporit de traumă cervicală sau perforare a peretelui uterin, care pot cauza hemoragie (31, 32). De asemenea, pregătirea cervicală poate ușura procedura de avort pentru specialiștii cu mai puțină experiență. Totodată, pregătirea cervicală are și dezavantaje, inclusiv disconfortul suplimentar al femeii, costuri suplimentare și timp în plus pentru o administrare eficace. Din aceste considerente pregătirea cervicală înainte de avortul chirurgical se recomandă pentru toate femeile însărcinate cu vârsta de gestație mai mare de 12-14 săptămâni (29, 30, 33), deși utilizarea acestei metode poate fi luată în considerație în cazul femeilor însărcinate cu orice vârstă de gestație, în special în cazul femeilor ce prezintă un grad sporit de risc de traumatizare a colului uterin sau de perforare a uterului.

Pregătirea cervicală cu folosirea dilatoarelor osmotice necesită, cel puțin, patru ore pentru a fi eficace. Cercetările

sugerează că în cazul avorturilor chirurgicale în primul trimestru de sarcină administrarea a 400 µg de misoprostol pe cale vaginală cu 3-4 ore înainte de procedură sau pe cale sublinguală cu 2-3 ore înainte de procedură este eficace pentru pregătirea colului uterin (29). Un alt regim farmacologic eficace este administrarea a 200 mg de mifepriston pe cale orală cu 36 de ore înainte de procedura de aspirare vacuum (29, 34). Pentru pregătirea cervicală înainte de dilatare și evacuare administrarea misoprostolului are eficacitate inferioară dilatării de peste noapte cu laminaria. Spre deosebire de laminarie, folosirea doar a misoprostolului în pregătirea cervicală nu a fost studiată pentru vârste de peste 20 de săptămâni de gestație. Folosirea misoprostolului în combinație cu dilatoare osmotice aplicate peste noapte nu prezintă beneficii suplimentare pentru dilatarea cervicală la vârste de gestație sub 19 săptămâni (30).

2.2.2 Atenuarea durerii

Majoritatea femeilor relatează că avortul a fost însoțit de un anumit grad de durere. Factorii asociați cu durerea în timpul avortului chirurgical realizat cu anestezie locală au fost evaluați în cadrul câtorva studii observaționale. Intensitatea durerii variază în funcție de vârsta femeii, paritatea ei, de istoria antecedentelor de dismenoree și de nivelul de emoții sau de frică al femeii (35-37). S-a ajuns la concluzia că durerea este mai mică în cazul femeilor care au născut vaginal și în cazul medicilor cu experiență mai bogată (35,38). Studiile privind raportul dintre intensitatea durerii și vârsta de gestație, precum și gradul de dilatare cervicală necesar pentru avort s-au soldat cu rezultate contradictorii (35, 36, 38), deși durata mai mică a procedurii este asociată cu mai puțină durere (35).

Asigurarea unui control adecvat al durerii nu necesită investiții serioase în medicamente, echipament sau în formarea profesională. Neglijarea acestui element important sporește nejustificat frica și disconfortul femeii, compromițând grav, astfel, calitatea asistenței medicale și sporind, potențial, gradul de dificultate al procedurii.

Consilierea și atitudinea plină de simpatie pot reduce frica femeilor și nivelul perceput al durerii, conform datelor studiilor ce au evaluat pacientele cu avort incomplet (39). Tehnicile nefarmacologice de relaxare pot duce la scurtarea procedurii și la reducerea necesarului de medicamente (40, 41), iar muzica de fundal poate reduce durerea în timpul procedurii (37). Persoana care realizează procedura de avort și personalul prezent trebuie să fie binevoitori și prietenoși. Dacă femeia dorește și dacă este posibil, poate fi utilă prezența unei persoane din cerul de rude și prieteni – a soțului sau a partenerului, a unui membru al familiei sau a unei prietene - care să o susțină moral în timpul procedurii. Metodele nefarmacologice nu trebuie considerate alternative care să înlocuiască metodele farmacologice de atenuare a durerii.

2.2.2.1 Medicamente pentru atenuarea durerii

Medicamentele pentru atenuarea durerii trebuie să fie oferite întotdeauna în cazul avorturilor medicamentoase și chirurgicale și puse fără întârziere la dispoziția femeilor la cererea acestora. Pentru atenuarea durerii în timpul avortului sunt folosite trei categorii de preparate medicale fie unice, fie în combinații diferite: analgezicele care atenuează intensitatea percepută a durerii, tranchilizantele care reduc stresul și anestezicele care estompează senzațiile fizice în timpul avortului chirurgical. În majoritatea cazurilor analgezicele, anestezia locală și/sau anestezia parțială, îmbinate cu susținerea verbală, sunt suficiente. Majoritatea acestor preparate sunt relativ ieftine.

Analgezicele nenarcotice incluse în *Lista-model a medicamentelor esențiale a OMS*, cum ar fi antiinflamatoarele nesteroidiene de genul ibuprofenului, reduc durerea, inclusiv crampele uterine, asociate atât cu metodele de avort chirurgical, cât și cu metodele de avort medicamentos (42, 43). În urma studiilor clinice randomizate controlate s-a constatat că administrarea paracetamolului este ineficace pentru atenuarea durerii după procedura de avort chirurgical (44-46), dar și atunci când este vorba despre reducerea

durerii în timpul avortului medicamentos (47). Ca urmare utilizarea paracetamolului nu se recomandă în calitate de mijloc de atenuare a durerii în timpul avortului.

În cazul avortului chirurgical administrarea tranchilizantelor înainte de procedură, cum ar fi diazepamul, poate reduce frica și facilita relaxarea astfel, încât procedura să decurgă mai ușor atât pentru femeie, cât și pentru medic. Aceste medicamente pot cauza amnezie, rezultat dorit de unele femei, dar ar putea cauza somnolență și întârzia redobândirea capacității de a se deplasa (37). Folosirea analgezicelor narcotice poate fi oportună, deși există riscul unor complicații, cum ar fi depresia respiratorie. În astfel de cazuri personalul trebuie să aibă la îndemână cele necesare pentru resuscitare și agenți de neutralizare a acțiunii substanțelor narcotice.

2.2.2.2 Anestezia

În cazurile când pentru avortul chirurgical este necesară dilatarea cervicală deseori se folosește un blocaj paracervical prin aplicarea unui preparat anestezic, cum ar fi lidocaina cu acțiune rapidă, injectată sub mucoasa colului uterin, în jurul colului uterin. Avantajele utilizării anesteziei locale în loc de anestezie generală includ: reducerea riscurilor și complicațiilor legate de procedură, o perioadă de recuperare mai scurtă, un grad de control mai mare din partea femeii, ea rămânând conștientă și fiind capabilă să comunice cu medicul. Injectarea preparatului pentru anestezie locală trebuie efectuată cu multă grijă, pentru a evita introducerea preparatului în venă. Folosirea anesteziei locale în timpul aspirării vacuum este o procedură sigură. Totodată, nu a fost studiat gradul de scădere al durerii, în pofida răspândirii pe larg a acestei practici (37).

Anestezia generală nu este recomandată ca procedură de rutină pentru avort și duce la sporirea riscurilor (1, 48-50). Anestezia generală este asociată cu rate mai mari de hemoragie, comparativ cu anestezia locală (1, 2). Utilizarea anesteziei generale sporește costul procedurii de avort atât pentru instituția de sănătate, cât și pentru femeie, mai

ales că în unele instituții medicale se promovează nejustificat politica de a reține peste noapte femeile care au fost supuse anesteziei generale. Totodată, întrucât aceasta este cea mai eficace metodă de control al durerii, unele femei preferă anestezia generală; această cale poate fi preferată și de medici în timpul procedurilor complicate. Toate instituțiile care oferă anestezie generală trebuie să dispună de echipament corespunzător și de personal calificat pentru administrarea anesteziei generale și tratarea oricăror complicații.

2.2.3 Inducerea morții fătului anterior procedurii de avort

La folosirea metodelor medicamentoase de avort în cazul sarcinilor de peste 20 de săptămâni de gestație trebuie de luat în considerație inducerea morții fătului anterior procedurii de avort. Metodele moderne de avort medicamentos, cum ar fi administrarea combinată a mifepristonului și misoprostolului sau doar a misoprostolului, nu duc în mod direct la moartea fătului. Supraviețuirea temporară a fătului după expulzare este legată de vârsta sarcinii și de reducerea timpului de la administrarea preparatului până la expulzare (51, 52). Printre regimurile de administrare a preparatelor anterior procedurii de avort pentru a induce moartea fătului se numără (53):

Injectarea clorurii de potasiu (KCl) prin cordonul ombilical sau în inima fătului, procedură extrem de eficace, dar care cere multă îndemânare pentru a face o injecție cu precizie, în condiții de siguranță, dar și timp suficient pentru a confirma stopul cardiac printr-un examen ultrasonografic.

Injectarea digoxinei în lichidul amniotic sau în corpul fătului. Digoxina nu este la fel de eficace cum este clorura de potasiu în inducerea decesului fătului, dar acest preparat este mai ușor de folosit. În cazul administrării digoxinei în lichidul amniotic nu este necesar controlul ecografic. S-a demonstrat că acest preparat este sigur (nivelul de digoxină în serul matern rămâne la sau sub nivelul de conținut terapeutic) (51). *Administrarea digoxinei necesită timp suficient*

pentru ca fătul să absoarbă preparatul; din aceste considerente digoxina se administrează cu o zi înainte de procedura de avort cu misoprostol (33, 54).

2.2.4 Metode chirurgicale de realizare a avortului

2.2.4.1 Aspirarea vacuum

Metoda chirurgicală recomandată de realizare a avortului în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație sub 15 săptămâni este aspirarea vacuum (57). Gradul înalt de eficacitate al aspirării vacuum a fost confirmat în cadrul câtorva studii clinice randomizate controlate. Rata avorturilor complete este de 95% și 100% (55, 56). Tehnologiile de aspirare vacuum manuală și electrică par a fi la fel de eficace; totodată, aspirarea vacuum manuală este asociată cu un grad mai mic de durere în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 9 săptămâni și cu un grad mai mare de dificultate la realizarea procedurii în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de peste 9 săptămâni (57). Aspirarea vacuum în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 14 săptămâni este mai eficace și se asociază cu mai puține complicații minore decât avorturile medicamentoase (56, 58).

Aspirarea vacuum implică evacuarea conținutului uterului prin canule de plastic sau metalice anexate la dispozitivul de aspirare. Aspirarea vacuum se efectuează cu ajutorul unei pompe vacuum electrice. În cazul aspirării vacuum manuale vacuumul este creat prin utilizarea unui aspirator manual de plastic cu volumul de 60 ml (numit și seringă). Aspiratoarele existente pot fi combinate cu canule de plastic de diferite dimensiuni, de la 4 mm până la 16 mm în diametru. Pentru fiecare procedură trebuie să fie aleasă canula de dimensiuni potrivite, în funcție de vârsta de gestație și de gradul de dilatare cervicală; în general, diametrul canulei corespunde numărului de săptămâni de gestație. Unele canule și majoritatea dispozitivelor de aspirare pot fi folosite de mai multe ori, după ce sunt curățate minuțios, dezinfectate intensiv sau sterilizate. De asemenea, există pompe mecanice care pot fi activate cu piciorul.

În funcție de vârsta de gestație a sarcinii, avortul prin metoda aspirării vacuum durează 3-10 minute și poate fi realizat în condiții de ambulatoriu, cu folosirea analgezicelor și/sau anesteziei locale. Finalizarea avortului se verifică prin examinarea țesutului aspirat. La vârste de gestație mici canula poate fi inserată fără dilatarea preliminară a colului uterin. Totuși, de regulă, înainte de inserarea canulei este necesară dilatarea cu ajutorul dilatatoarelor mecanice sau osmotice sau cu ajutorul agenților farmacologici, cum ar fi misoprostolul sau mifepristonul (vezi Secțiunea 2.2.1). În general, procedurile de aspirare vacuum pot fi realizate în condiții de siguranță fără utilizarea intrauterină a chiuretelor sau a altor instrumente. Nu există dovezi care să sugereze că chiuretajul după aspirarea vacuum scade riscul neeliminării depline a sarcinii (59).

Majoritatea femeilor care trec prin procedura de avort în primul trimestru de sarcină, cu aplicarea metodelor de anestezie locală, se simt suficient de bine pentru a pleca din clinică după o perioadă de observare de 30 de minute într-o sală de recuperare după avort. În general, sunt necesare perioade de recuperare mai îndelungate în cazul avorturilor realizate la femei cu sarcini mai mari și în cazul folosirii tranchilizantelor sau anesteziei generale.

Aspirarea vacuum este o procedură foarte sigură. Un studiu privind aspirarea vacuum în primul trimestru de sarcină, realizat pe un eșantion de 170 000 de femei din New York, a arătat că mai puțin de 0,1% din femei au suferit complicații grave care presupun spitalizarea pacientei (60). Deși complicațiile apar rareori în cazul aspirării vacuum, printre acestea se numără: infecțiile pelviene, sângerarea excesivă, traumatisme ale colului uterin, evacuarea incompletă a conținutului uterului, perforarea peretelui uterin, complicații legate de anestezie și neîntreruperea sarcinii (1, 2). Crampele abdominale și sângerarea similară celei menstruale sunt simptome care apar în cazul oricărei proceduri de avort.

2.2.4.2 Dilatare și chiuretaj (cu chiureță ascuțită)

Chiuretajul implică dilatarea colului uterin cu ajutorul dilatoarelor mecanice sau al agenților farmacologici și folosirea chiuretelor metalice ascuțite pentru a curăța pereții uterului.

Chiuretajul cu chiureță ascuțită este o procedură mai puțin sigură decât aspirarea vacuum (61), dar și mult mai dureroasă pentru femei (62). Din acest motiv, aspirarea vacuum trebuie să înlocuiască chiuretajul. Rata complicațiilor serioase în urma chiuretajului este de trei ori mai mare decât în cazul aspirării vacuum (3). Studiile clinice randomizate controlate, în cadrul cărora au fost comparate chiuretajul și aspirarea vacuum, au arătat că în cazul sarcinilor cu vârsta de până la 10 săptămâni, calculate de la prima zi a ultimei menstruații, aspirarea vacuum este o procedură mai rapidă, asociată cu pierderi de sânge mai mici decât în cazul chiuretajului (63, 64).

În regiunile unde se practică în continuare chiuretajul trebuie depuse toate eforturile posibile pentru a-l înlocui cu aspirarea vacuum. În regiunile unde în prezent nu sunt oferite servicii de avort trebuie introdusă aspirarea vacuum, nu chiuretajul. În regiunile unde urmează a fi introdusă aspirarea vacuum conducerea instituțiilor de sănătate trebuie să asigure respectarea protocoalelor adecvate de control al durerii, precum și efectuarea chiuretajului de către specialiști bine pregătiți, sub supraveghere adecvată.

2.2.4.3 Dilatare și evacuare

Dilatarea și evacuarea se folosesc în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație ce depășește 12-14 săptămâni. Dilatarea și evacuarea sunt cea mai sigură și mai eficace tehnică chirurgicală de avort pentru sarcini cu vârste de gestație avansate, cu condiția să existe specialiști calificați cu experiență bogată (3). Dilatarea și evacuarea implică pregătirea cervicală cu ajutorul dilatoarelor osmotice sau al agenților farmacologici (vezi Secțiunea

2.1) și evacuarea conținutului uterului cu ajutorul unei pompe vacuum electrice, prin canule cu diametrul de 12-16 mm, precum și cu ajutorul forcepsului lung. În funcție de vârsta sarcinii pregătirea în scopul dilatării adecvate a colului uterin poate dura de la 2 ore până la 2 zile. Mulți specialiști consideră util testul ultrasonografic în timpul procedurii de dilatare și evacuare, dar acesta nu este totuși esențial (65).

Un studiu clinic randomizat controlat, în cadrul căruia au fost comparate procedura de dilatare și evacuare și procedura de injectare a prostaglandinei $\text{PGF}_{2\alpha}$ în lichidul amniotic, a arătat că dilatarea și evacuarea durează mai puțin, este mai sigură și mai acceptabilă, cel puțin, în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 18 săptămâni (66). A fost efectuat un studiu clinic pentru a compara procedura de dilatare și evacuare cu procedura de administrare a mifepristonului, cu administrarea ulterioară a dozelor repetate de misoprostol. Studiul a demonstrat că dilatarea și evacuarea se asociază cu un grad mai mic de durere și cu mai puține efecte adverse (67). Ca și în cazul oricărei proceduri medicale, specialiștii trebuie să fie calificați, să dispună de echipamentul necesar și să posede abilități pentru a realiza proceduri de dilatare și evacuare fără riscuri (68).

Procedura de dilatare și evacuare poate fi realizată, de regulă, în condiții de ambulatoriu, cu aplicarea unui blocaj paracervical și administrarea analgezicelor nesteroidiene antiinflamatoare sau a tranchilizantelor care mențin paciențele în stare conștientă. Anestezia generală nu este necesară și poate duce la sporirea riscurilor (vezi Secțiunea 2.2.2.2). De regulă, procedura de dilatare și evacuare nu durează mai mult de 30 de minute. Personalul medical și femeile supuse acestei proceduri trebuie să fie pregătiți pentru hemoragie post-operatorie mai intensă decât în urma avorturilor realizate în primul trimestru de sarcină. În afară de aceasta, personalul trebuie să fie instruit pentru a acorda servicii de consiliere și de oferire a informației privind specificul avorturilor realizate în trimestrul al doilea de sarcină.

2.2.4.4 Alte metode chirurgicale de realizare a avortului la vârste de sarcină avansate

Intervențiile chirurgicale serioase nu trebuie folosite ca metode de realizare a avortului de primă intenție. Histerotomia nu face parte din arsenalul modern al procedurilor de avort, date fiind ratele mult mai înalte ale morbidității și mortalității și costurile mult mai mari decât în cazul procedurii de dilatare și evacuare sau în cazul metodelor medicamentoase de realizare a avortului. În mod similar, histerectomia nu trebuie să fie folosită decât în cazurile când starea sănătății femeii o cere, indiferent dacă este sau nu este însărcinată (19).

2.2.4.5 Examinarea țesuturilor evacuate în urma realizării avortului chirurgical

După ce a fost realizat avortul chirurgical este importantă examinarea țesuturilor evacuate, pentru a exclude posibilitatea existenței unei sarcini ectopice și pentru a evalua dacă avortul este complet. În cazul aspirării vacuum, începând aproximativ cu a șasea săptămână de gestație, specialiștii pot identifica vizual produsul de concepție, vilozitățile coriale și sacul de gestație (59). Dacă țesuturile aspirate nu conțin produsul de concepție, poate fi presupusă existența unei sarcini ectopice și femeia trebuie să fie supusă unui examen suplimentar (vezi Secțiunea 2.1.6). În afară de aceasta, specialiștii trebuie să observe cu atenție dacă există sau nu semne ale unei sarcini molare, în special în zonele cu

incidență mare a acesteia. Dacă masele aspirate conțin mai puțin țesut decât ar fi fost de așteptat, trebuie analizată versiunea avortului incomplet și posibilitatea repetării aspirării. Examinarea microscopică a maselor aspirate nu este indicată, atunci când specialiștii efectuează examenul de rutină al țesutului evacuat.

2.2.5 Metode medicamentoase de realizare a avortului (vezi Caseta 2.1)

S-a demonstrat că metodele de avort medicamentos sunt eficace și sigure (4, 19, 24, 69-71). Cele mai eficace regimuri de administrare sunt cele bazate pe antiprogesteron, mifepriston, care aderă la receptorii progesteronului, inhibând acțiunea progesteronului și împiedicând, astfel, dezvoltarea fătului. Regimurile de tratament implică administrarea unei doze inițiale de mifepriston, urmată de administrarea unei prostaglandine - misoprostol, care stimulează, de regulă, contracțiile uterine și facilitează expulzarea produsului de concepție (72). Gemeprostul este o prostaglandină, similară misoprostolului, dar este mai scump, necesită păstrare la rece și poate fi administrat doar pe cale vaginală (12). Deși gemeprostul are aceeași eficacitate ca și misoprostolul, cel din urmă este prostaglandina preferată pentru avort (73). Un șir de alte preparate cu prostaglandină care erau folosite în trecut, cum ar fi sulprostonul și prostaglandina F_{2a} , nu mai sunt folosite în prezent din cauza efectelor adverse sau a eficacității relativ reduse (74).

CASETA 2.1

Doze și căi de administrare pentru mifepriston, urmat de misoprostol.

Pentru sarcini cu vârsta de gestație de până la 9 săptămâni (63 de zile)

- 200 mg de **mifepriston** administrate pe cale orală.
- Se recomandă ca **misoprostolul** să fie administrat peste 1 sau 2 zile (24-48 de ore) după ingestia mifepristonului.
- În caz de administrare pe cale vaginală, bucală sau sublinguală doza de misoprostol recomandată este de 800 µg.
- În caz de administrare pe cale orală doza de misoprostol recomandată este de 400 µg.
- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la **7 săptămâni** (49 de zile) misoprostolul poate fi administrat pe cale vaginală, bucală, sublinguală sau orală. În cazul când vârsta de gestație depășește 7 săptămâni nu se recomandă administrarea misoprostolului pe cale orală.
- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la **9 săptămâni** (63 de zile) misoprostolul poate fi administrat pe cale vaginală, bucală sau sublinguală.

Pentru sarcini cu vârsta de gestație de 9-12 săptămâni (63-84 de zile)

- 200 mg de **mifepriston** administrate pe cale orală, cu administrarea ulterioară peste 36-48 de ore, a:
- 800 µg de **misoprostol**, administrate pe cale vaginală în cadrul unei instituții de sănătate. Până la 4 doze a câte 400 µg de misoprostol vor fi administrate ulterior fie pe cale vaginală, fie pe cale sublinguală la fiecare trei ore.

Pentru sarcini cu vârsta de gestație de peste 12 săptămâni (>84 de zile)

- 200 mg de mifepriston administrate pe cale orală, cu administrarea ulterioară peste 36-48 de ore, după cum urmează:
- administrarea în cadrul unei instituții de sănătate a misoprostolului - 400 µg pe cale orală sau 800 µg pe cale vaginală, urmată de administrarea a câte 400 µg de misoprostol pe cale vaginală sau sublinguală la fiecare 3 ore, dar nu mai mult de 5 doze în total. În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mare de 24 de săptămâni doza de misoprostol trebuie să fie redusă din cauza sensibilității mai mari a uterului la prostaglandine, dar nu pot fi formulate recomandări concrete privind doza din cauza lipsei studiilor clinice.

Efectele adverse ale metodelor medicamentoase de avort sunt similare efectelor asociate cu avorturile spontane și includ crampe uterine și sângerări îndelungate asemănătoare sângerărilor menstruale. În medie sângerarea durează 9 zile, dar în cazuri rare poate dura până la 45 de zile (75). Efectele secundare includ grețuri, vomă și diaree. Printre contraindicațiile pentru administrarea mifepristonului și a prostaglandinelor se numără: insuficiența renală sau hepatică acută sau cronică, porfirie ereditară și reacția

alergică la oricare dintre preparatele folosite. Mifepristonul nu constituie un tratament eficace în cazul sarcinii ectopice. Dacă se suspectează existența unei sarcini ectopice, sunt necesare investigații suplimentare și, în caz de confirmare a suspiciunii, tratament imediat (11). În cazul femeilor care folosesc un timp îndelungat corticosteroide, femeilor cu tulburări de coagulare, femeilor cu anemie gravă, femeilor cu tulburări cardiace pre-existente sau factori de risc cardiovasculari, sunt necesare precauția și evaluarea clinică (12).

S-a demonstrat că metodele medicamentoase de avort sunt acceptabile în numeroase circumstanțe, inclusiv atunci când accesul la resurse este limitat (76-78). Preparatele necesare devin tot mai accesibile pe întregul glob, iar combinația de mifepriston și misoprostol pentru realizarea avortului medicamentos a fost inclusă în *Lista-model a preparatelor medicale esențiale a OMS* (73,79). Pe măsură ce accesul la aceste preparate devine tot mai simplu, managerii de programe trebuie să cunoască ce este necesar pentru introducerea metodelor medicamentoase de avort în cadrul serviciilor de sănătate existente (vezi Capitolul 3).

2.2.5.1 Administrarea mifepristonului și preparatelor analogice prostaglandinei

Pentru sarcini cu vârsta de gestație de până la 9 săptămâni (63 de zile)

S-a demonstrat gradul înalt de eficacitate al administrării mifepristonului în combinație cu misoprostolul. Astfel, această combinație este considerată sigură și se recomandă pentru avorturile de până la 9 săptămâni după prima zi a ultimei menstruații. Eficacitatea, conform datelor, este de 98% (70, 80). Aproximativ 2-5% dintre femeile tratate în baza unui regim combinat de mifepriston și misoprostol au nevoie de intervenții chirurgicale pentru a finaliza avortul incomplet, pentru a întrerupe o sarcină care continuă să se dezvolte sau pentru a controla sângerarea (81).

Protocoalele originale de administrare a mifepristonului prevedeau administrarea pe cale orală a unei doze de 600 mg de mifepriston, urmată de administrarea pe cale vaginală a 1 µg de gemeprost peste 36-48 de ore. Cu toate acestea, unele studii au demonstrat că este preferabil de administrat 200 mg de mifepriston, deoarece astfel se obține același efect ca în cazul dozei de 600 µg, dar se reduc costurile în cazurile când urmează administrarea unei prostaglandine (4, 81-83). Unele studii au arătat că pot fi administrate cinci sau șase doze de mifepristonul a câte 25 mg pe parcursul

a 3 zile, astfel încât doza totală să fie de 125-150 mg (84). Acest regim de administrare este folosit pe larg în Republica Populară Chineză. Totuși, pentru comoditatea femeii și în scopul acordării asistenței medicale, se recomandă administrarea unei singure doze de mifepriston. Administrarea unei doze de 50 mg de mifepriston este mai puțin eficace decât administrarea unei doze de 200 mg, atunci când se administrează în combinație cu gemeprost (85). Rezultatele unui studiu au arătat că administrarea a 100 mg de mifepriston în combinație cu 800 µg de misoprostol pe cale vaginală a fost la fel de eficace ca și administrarea a 200 mg; totodată, gradul de eficacitate a fost mai redus decât cel așteptat (86).

Misoprostolul este o prostaglandină cu eficacitate demonstrată care este mult mai ieftin decât gemeprostul și nici nu necesită păstrare la frigider. Din acest motiv misoprostolul este prostaglandina recomandată. Administrarea pe cale orală a 200 mg de mifepriston, urmată de administrarea pe cale vaginală, sublinguală sau bucală a 800 µg de misoprostol este un regim medicamentos eficace (4). Comparând administrarea misoprostolului pe cale vaginală cu administrarea pe cale sublinguală, ultima pare a fi asociată cu rate mai mari de efecte secundare la nivelul tractului gastro-intestinal, iar administrarea pe cale bucală pare a fi asociată cu rate mai mari de diaree (4). Administrarea misoprostolului pe cale vaginală este mai eficace și medicamentul este tolerat mai bine decât în cazul administrării pe cale orală (87). Administrarea pe cale orală a unei doze de 400 µg de misoprostol trebuie să fie limitată la sarcinile cu vârsta de gestație de, cel mult, 7 săptămâni (49 de zile), dată fiind rata de eșec mai mare atunci când preparatul este administrat pe cale orală, pe măsură ce sarcina avansează (12, 81).

Unele protocoale indică administrarea întregii medicații sub supraveghere clinică, iar altele recomandă ca femeia să efectueze a doua vizită la instituția medicală peste o zi sau două după administrarea mifepristonului pentru a lua preparatul analogic prostaglandinei. Administrarea misoprostolului la domiciliu este o opțiune sigură pentru femei (80,88). Tot mai frecvent, după ce iau mifepriston la clinică, femeile

primesc la domiciliu doza de misoprostol pe care urmează să o ia în timp de 24-48 de ore după administrarea mifepristonului. Totodată, unele femei ar putea prefera administrarea preparatului în clinică (89). În cazurile când femeia ia misoprostolul la domiciliu, ea poate pleca de la clinică peste puțin timp după administrarea mifepristonului. Femeile trebuie informate la ce să se aștepte în materie de hemoragie vaginală și expulzare a produsului de concepție în urma administrării misoprostolului, precum și la recunoașterea complicațiilor și datele de contact ale persoanelor pe care trebuie să le contacteze. Este important de explicat că doza de misoprostol trebuie să fie administrată conform planului, chiar dacă apare hemoragie în urma administrării lui.

În urma administrării misoprostolului, până la 90% dintre femei vor expulza produsul de concepție pe parcursul următoarelor 4-6 ore. Majoritatea femeilor vor avea nevoie de preparate care să atenueze durerea cauzată de crampele uterine pe parcursul acestei perioade de timp (vezi Secțiunea 2.2.2.1).

În cazul în care tentativa de avort eșuează și dezvoltarea fătului continuă femeilor trebuie să li se ofere posibilitatea de readministrare a misoprostolului sau posibilitatea de a recurge la avort chirurgical (12). Femeile cu avort incomplet trebuie ținute sub observație, cu excepția cazurilor de hemoragie intensă, sau li se poate oferi posibilitatea de readministrare a misoprostolului sau de finalizare prin intervenție chirurgicală a avortului. Instituțiile care prestează servicii de avort prin metode medicamentoase trebuie să ofere posibilitatea de aspirare vacuum, la nevoie. Aceste servicii trebuie să existe la nivel de instituție medicală sau trebuie să existe o înțelegere cu alte instituții medicale, care dispun de capacități pentru a realiza proceduri de aspirare vacuum. Prestatorii de servicii de sănătate trebuie să asigure posibilitatea accesului femeilor la astfel de servicii în caz de urgență.

Este mai probabil ca femeile să considere metoda de avort satisfăcătoare, dacă au așteptări realiste privind procesul de avort (90). Respectiv, ele au nevoie de informație completă

referitor la ce trebuie să se aștepte în cazul folosirii metodelor de avort medicamentos și care pot fi efectele secundare posibile. Prestatorii de servicii de sănătate trebuie să se asigure că femeile înțeleg importanța respectării recomandărilor, în special dacă administrează preparatul de sine stătător, că ele știu cum să recunoască complicațiile și ce să întreprindă în astfel de situații.

Pentru sarcini cu vârsta de gestație de 9-12 săptămâni (63-84 de zile)

Dovezi medicale nu foarte solide sugerează că pe parcursul acestei perioade cel mai eficace regim constă în administrarea a 200 mg de mifepriston pe cale orală, urmată de administrarea a 800 µg de misoprostol pe cale vaginală peste 36-48 de ore în cadrul unei instituții de sănătate. Până la 4 doze a câte 400 µg de misoprostol vor fi administrate ulterior fie pe cale vaginală, fie pe cale sublinguală la intervale de trei ore (27, 28). Studiile privind regimurile recomandate de administrare a misoprostolului pentru această vârstă de sarcină și circumstanțele în care poate fi administrat sunt încă în derulare.

Pentru sarcini cu vârsta de gestație de peste 12 săptămâni (>84 de zile)

Regimul de administrare a 200 mg de mifepriston, urmată de administrarea unor doze repetate de misoprostol, este extrem de eficient, când preparatele sunt administrate în cadrul unei instituții de sănătate (3, 91). Administrarea pe cale orală a unei doze de 200 mg de mifepriston, urmată peste 36-48 de ore de o doză inițială de 400 µg de misoprostol administrată pe cale orală sau a 800 µg administrată pe cale vaginală cu administrarea a, cel mult, patru doze ulterioare a câte 400 µg de misoprostol pe cale vaginală sau sublinguală la fiecare 3 ore este extrem de eficace (91). În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mare de 24 de săptămâni doza de misoprostol trebuie să fie redusă din cauza sensibilității mai mari a uterului la prostaglandine. Din

lipsă de studii clinice nu pot fi formulate recomandări ferme referitoare la doze.

Administrarea pe cale vaginală a unei doze de 1 mg de gemeprost după administrarea a 200 mg de mifepriston urmată de doze repetate la fiecare 6 ore la nevoie poate fi, de asemenea, un regim eficace (92). Tratamentul cu gemeprost poate continua prin administrarea a, cel mult, patru doze ulterioare a câte 1 mg la fiecare 3 ore (93,94).

2.2.5.2 Administrarea doar a misoprostolului

Pentru sarcini cu vârsta de gestație de până la 12 săptămâni (84 de zile)

S-au efectuat studii pentru a determina eficacitatea și siguranța administrării doar a misoprostolului. Eficacitatea administrării doar a misoprostolului este mai redusă, durata procesului de avort se extinde, iar avortul este mai dureros și se asociază cu rate mai înalte de efecte secundare legate de tractul gastrointestinal, comparativ cu administrarea combinată a misoprostolului și mifepristonului (4, 95). Date fiind disponibilitatea misoprostolului și costul mic al preparatului, precum și faptul că există informație că în unele regiuni utilizarea mai pe larg a misoprostolului a contribuit la scăderea numărului de complicații în urma avorturilor nesigure (96), se pare că folosirea doar a misoprostolului este răspândită atunci când mifepristonul nu este disponibil.

Regimul recomandat este administrarea a 800 µg de misoprostol pe cale vaginală sau sublinguală, iar, cel mult, trei doze repetate vor fi administrate la intervale de, cel puțin, 3 ore, dar nu mai mari de 12 ore. Regimul respectiv rezultă în avort complet la 75-90% din cazuri. Administrarea pe cale sublinguală este mai puțin eficace decât pe cale vaginală, cu excepția cazurilor când administrarea preparatului se efectuează la fiecare trei ore, dar acest regim se soldează cu rate înalte de efecte secundare legate de tractul gastrointestinal (4, 96, 97). Administrarea pe cale orală nu se recomandă din cauza eficacității reduse.

Pentru sarcini cu vârsta de gestație de peste 12 săptămâni (84 de zile)

Misoprostolul este un preparat eficient pentru avort la sarcini de peste 12 săptămâni, deși durata procedurii este mai îndelungată decât în cazul administrării misoprostolului în combinație cu mifepriston. Regimul recomandat de administrare este: 400 µg de misoprostol administrat pe cale vaginală sau sublinguală la fiecare 3 ore; pot fi administrate, cel mult, 5 doze (91, 98). În special, în cazul femeilor nulipare, administrarea misoprostolului pe cale vaginală este mai eficace decât administrarea pe cale sublinguală. În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mare de 24 de săptămâni doza de misoprostol trebuie să fie redusă din cauza sensibilității mai mari a uterului la prostaglandină. Din lipsă de studii clinice nu pot fi formulate recomandări ferme referitoare la doze.

În unele state se practică administrarea pe cale vaginală doar a gemeprostului în cazul întreruperii sarcinii în al doilea trimestru. Doza recomandată este de 1 mg. Preparatul se administrează la fiecare trei ore, cel mult, de 5 ori pe parcursul primei zile. La necesitate procedura poate fi repetată a doua zi. La aplicarea acestui regim de tratament 80% și 95% din femei vor avorta în 24 și 48 de ore (99).

2.2.5.3 Alți agenți pentru procedura de avort medicamentos

În unele state, unde mifepristonul nu este disponibil, misoprostolul se administrează în combinație cu metotrexatul - preparat citotoxic folosit la tratarea unor tipuri de cancer, artritei reumatoide, psoriazisului etc. - ca metodă medicamentoasă de avort (pentru sarcinile cu vârsta de gestație de, cel mult, 7 săptămâni). În combinație cu misoprostolul este un preparat eficace: o serie de studii atestă o rată de succes mai mare de 90% la administrarea a 50 mg de metotrexat pe cale orală sau intramusculară, urmată de administrarea a 800 µg de misoprostol pe cale vaginală peste 3-7 zile (4). Totuși, grupul de experți al OMS specializați în toxicologie nu recomandă folosirea metotrexatului la întreruperea sarcinii din cauza riscului de acțiune teratogenică în cazul avortului eșuat (100). Deși nu

există încă o evaluare a riscului, s-au atestat defecte ale articulațiilor și deformații ale craniului și feței în cazul sarcinilor care au continuat să se dezvolte după încercările eșuate de a realiza avortul cu ajutorul metotrexatului (101-103). Din această cauză se recomandă ca la introducerea metodelor medicamentoase de avort să fie folosite regimuri de administrare combinată a mifepristonului și misoprostolului.

Există și alte preparate care sunt folosite pentru stimularea contracțiilor uterine pentru a cauza întreruperea sarcinii cu vârsta de gestație mai mare de 12 săptămâni, dar setul de date privind gradul lor de siguranță este limitat. Printre acestea se numără: serurile hipertone sau ureea hiperosmolară, injectată în lichidul amniotic; lactatul de etacridină administrat intra- sau extraamniotic, preparate analogice prostaglandinei, administrate parenteral sau intra- sau extraamniotic, și ocitocina injectată intravenos sau intramuscular (91, 104). Totuși, aceste metode și căi de administrare au un caracter invaziv și este probabil ca ele să fie mai puțin sigure, iar durata avortului este mai lungă, comparativ cu folosirea altor metode, cum ar fi administrarea combinată a mifepristonului și misoprostolului.

2.2.6 Soluționarea complicațiilor survenite în urma avortului

Când procedura de avort este realizată de personal calificat, în condiții de asistență medicală moderne, complicațiile apar impresionant de rar, iar riscul decesului este neglijabil (spre deosebire de avorturile nesigure; vezi Capitolul 1). Cu toate acestea, fiecare instituție care prestează servicii de avort, la fiecare nivel al sistemului de sănătate, trebuie să fie utilată adecvat și să dispună de personal calificat pentru a recunoaște complicațiile survenite în urma avortului și a acorda asistență promptă sau de a trimite femeile în alte instituții care le pot acorda asistență permanent (104). Facilitățile și abilitățile necesare pentru a soluționa majoritatea complicațiilor legate de avort sunt similare celor necesare pentru acordarea asistenței medicale femeilor care suferă un avort spontan.

2.2.6.1 Continuarea cursului sarcinii

Continuarea cursului sarcinii, în pofida procedurii de avort, poate apărea atât în cazul utilizării metodelor chirurgicale, cât și ale celor medicamentoase; totuși, cele din urmă se soldează cu eșec mai frecvent. Dacă femeile atestă în continuare simptome ale sarcinii sau dacă există semne clinice care confirmă eșecul procedurii de avort, procedura de evacuare trebuie efectuată cât mai repede posibil (19).

2.2.6.2 Avortul incomplet

Avorturile incomplete sunt rare după aspirarea vacuum de către personal calificat. Ele sunt mai frecvente în cazul aplicării metodelor medicamentoase de avort (56). Printre simptomele cele mai frecvente se numără hemoragia vaginală și durerile abdominale; se pot manifesta și semnele existenței unor infecții. De asemenea, se suspectează un avort incomplet, dacă în urma examinării vizuale țesutul aspirat în cadrul avortului chirurgical nu este compatibil cu vârsta estimată a sarcinii. Lucrătorii tuturor instituțiilor medicale trebuie instruiți și pregătiți să trateze avorturile incomplete prin evacuarea conținutului uterului, luând în considerație posibilitatea hemoragiilor care pot cauza anemie sau posibilitatea infecțiilor care trebuie tratate cu antibiotice.

Avorturile incomplete pot fi tratate prin administrarea misoprostolului sau prin procedura de aspirare vacuum. Dacă este necesară evacuarea conținutului uterului, aspirarea vacuum este preferabilă chiuretajului, deoarece este asociată cu pierderi de sânge mai mici, mai puțină durere și durată mai mică a procedurii (105). De asemenea, avorturile incomplete pot fi tratate cu misoprostol: nu s-a demonstrat existența vreunei diferențe în ratele de avorturi complete sau în numărul de efecte adverse la compararea metodei aspirării vacuum și metodei de avort prin administrarea misoprostolului, în cazul femeilor care au suferit avort incomplet în urma avortului spontan în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mică de 13 săptămâni, deși în cazul folosirii misoprostolului s-au înregistrat mai multe intervenții chirurgicale neplanificate

(106). În cazul avortului incomplet se recomandă administrarea fie a 600 µg de misoprostol pe cale orală, fie a 400 µg pe cale sublinguală (106, 107). Hemoragia poate reduce gradul de absorbție a misoprostolului în caz de administrare a preparatului pe cale vaginală (108); în general, este preferabilă administrarea pe altă cale decât cea vaginală, deși s-a demonstrat eficacitatea administrării în acest mod a dozelor de 400-800 µg (106). În cazul femeilor cu stare clinică bună care doresc să evite tratamentul chirurgical sau medicamentos este posibil managementul expectativ în cazul avorturilor spontane incomplete, dar în acest caz procesul va dura mai mult (106). Decizia privind opțiunea preferată de abordare a avortului incomplet trebuie să se bazeze pe starea clinică a femeii și pe preferințele ei privind tratamentul.

2.2.6.3 Hemoragia

Hemoragia poate surveni în cazul neexpulziei produsului de concepție, traumatismelor sau a leziunilor cervicale, coagulopatiei sau, mai rar, în urma perforării peretelui uterin. În funcție de cauza hemoragiei, tratamentul adecvat poate include evacuarea repetată a conținutului uterului și administrarea preparatelor uterotonice pentru a opri hemoragia, re-echilibrarea volemică și, în cazuri grave, transfuzia sanguină, înlocuirea factorilor de coagulare, laparoscopia sau laparotomia de explorare. Dat fiind că hemoragia este o complicație rară în cazul aspirării vacuum, nu sunt necesare, de regulă, preparatele oxitocice, deși ar putea fi indicate în cazul procedurii de dilatare și evacuare. Sângerarea îndelungată, cu caracter asemănător cu sângerarea menstruală, este un rezultat așteptat în cazul metodelor medicamentoase de avort. În medie, intensitatea sângerării vaginale scade treptat pe parcursul a circa 2 săptămâni după avort, dar, în unele cazuri, sângerarea mai mult sau mai puțin intensă poate dura până la 45 de zile. Sângerarea de acest gen rareori este atât de intensă, încât se constituie urgență. Evacuarea chirurgicală a conținutului uterului poate fi efectuată la cererea pacientei sau în cazurile când sângerarea este intensă și de durată, cauzând anemie, sau când

există semne de infecție. În caz de hemoragie toate instituțiile ce prestează servicii de avort trebuie să poată asigura imediat stabilizarea și tratarea sau transferul pacientei pentru tratament la altă instituție medicală (19).

2.2.6.4 Infecțiile

Infecțiile sunt rare, dacă avorturile sunt efectuate în mod corect. Totodată, tractul genital este mai susceptibil infecțiilor ascendente, dacă colul uterin este dilatat în urma avortului sau nașterii. Printre semnele și simptomele frecvente ale infecției se numără febra sau frisoanele, scurgerile vaginale sau cervicale rău mirositoare, durerile abdominale sau pelviene, sângerarea îndelungată de intensitate mică sau medie, sensibilitatea uterină sporită și leucocitoza. În caz de diagnosticare a infecției personalul medical trebuie să administreze antibiotice și, dacă resturile ovulare sunt cauza probabilă a infecției, să repete procedura de evacuare a conținutului uterului. În cazul infecțiilor grave poate fi necesară spitalizarea. După cum s-a menționat în Secțiunea 2.1.5, utilizarea în scopuri profilactice a antibioticelor la momentul realizării avortului chirurgical reduce riscul de infecții în urma avortului (9); ca urmare, antibioticele trebuie administrate în scop profilactic, când acest lucru este posibil.

Există puține date privind incidența infecțiilor pelviene semnificative în urma avorturilor medicamentoase, dar astfel de complicații sunt rare și, posibil, mai puțin frecvente decât în cazul aspirării vacuum. Multe dintre simptomele infecțiilor pelviene, cum ar fi durerea, sunt destul de ambigui, fapt ce complică stabilirea cu precizie a diagnosticului. Femeile care au dureri abdominale, sensibilitate abdominală, scurgeri vaginale și febră trebuie tratate cu antibiotice de gamă largă.

În Canada și SUA s-au raportat cazuri rare de infecții cu germeni anaerobi fără febră, în urma avorturilor medicamentoase (10, 12, 109). În alte țări nu au fost raportate asemenea complicații. În astfel de cazuri femeile nu aveau febră sau febra era moderată, iar simptomele erau grețuri, vomă, slăbiciune și un anumit grad de durere

abdominală. Starea pacientelor s-a înrăutățit rapid în doar câteva ore sau zile. S-a raportat tahicardie și hipotensiune refractară, supurații multiple, pete și creșterea hematocritului, leucocitoză și neutrofilie. Toate cazurile au fost diagnosticate ca șoc toxic cauzat de bacterii anaerobe din grupa *clostridium*. Astfel de cazuri s-au raportat și după naștere normală (110). Nu există dovezi că tratamentul profilactic cu antibiotice în timpul avortului va duce la dispariția acestor cazuri fatale rare de infecție gravă. Din aceste considerente, nu se recomandă administrarea antibioticelor, în scopuri profilactice, femeilor cu avort medicamentos.

2.2.6.5 Perforația uterului

De regulă, perforațiile uterului rămân nedetectate și se cicatrizează de la sine. Studiul la care au participat peste 700 de femei, supuse în același timp avortului în primul trimestru și sterilizării laparoscopice, a demonstrat că 12 din cele 14 perforații uterine identificate erau atât de mici, încât nu ar fi fost observate, dacă nu ar fi fost efectuat examenul laparoscopic (111). Dacă există suspiciuni că uterul ar putea fi perforat, nu este indicat decât tratamentul cu antibiotice, în paralel cu observarea stării pacientei. Pentru investigații, atunci când este posibil și necesar, metoda preferabilă este laparoscopia. Dacă examenul laparoscopic și/sau starea pacientei trezesc bănuiele privind posibilitatea existenței leziunilor tractului intestinal, vaselor sangvine sau altor sisteme, poate fi necesară efectuarea unei laparotomii pentru a trata leziunile.

2.2.6.6 Complicații legate de anestezie

Anestezia locală este mai sigură decât cea generală atât pentru aspirarea vacuum în primul trimestru de sarcină, cât și pentru dilatare și evacuare în al doilea trimestru (1, 49,50). În cazul folosirii anesteziei generale medicii trebuie să dispună de calificarea necesară pentru a acționa în caz de convulsii sau de stop cardiorespirator. Preparate pentru neutralizarea acțiunii substanțelor narcotice trebuie să fie mereu la îndemână în cazurile când acestea sunt administrate.

2.2.6.7 Ruptura uterină

Ruptura uterină constituie o complicație rar întâlnită. De regulă, leziunile uterine sunt asociate cu vârste de gestație avansate și cu existența cicatricelor uterine, dar s-au raportat și la femeile care nu fac parte din aceste grupuri de risc. O metaanaliză a arătat că riscul rupturii uterine la femeile care au trecut anterior prin operație cezariană în cazul avortului indus prin administrarea misoprostolului în al doilea trimestru de sarcină este de 0,28% (112).

2.2.6.8 Sechele pe termen lung

Marea majoritate a femeilor care trec prin avort indus adecvat nu vor suferi efecte adverse pe termen lung asupra stării lor de sănătate generală (113-115). În prezent riscul de deces în urma avortului indus în condiții de siguranță este mai redus decât în cazul unei injecții cu penicilină (116) sau al nașterii la termen (1).

Cercetările științifice arată că avorturile induse în primul trimestru de sarcină nu se asociază cu efecte adverse asupra sarcinilor ulterioare (117). Deși avorturile în al doilea trimestru de sarcină au fost studiate prea puțin, nu există dovezi de riscuri sporite privind impactul negativ asupra sarcinilor ulterioare (114, 118). Dovezile epidemiologice solide nu arată creșterea incidenței cancerului mamar pentru femei în urma avortului spontan sau indus (119, 120). Manifestările psihologice negative se atestă la un număr foarte mic de femei și par a fi o continuare a condițiilor pre-existente, nu un rezultat al experienței de trecere printr-un avort indus (121, 122).

2.2.6.9 Alte complicații

În urma avorturilor nesigure pot apărea alte diverse complicații cauzate de metoda sau maniera în care a fost indus avortul. Printre ele pot fi: intoxicația, traumele abdominale, prezența obiectelor străine în tractul genital etc. Pe lângă soluționarea complicațiilor legate de avort (vezi Secțiunile 2.2.6.1-2.2.6.6) și acordarea asistenței adecvate după

procedura de avort (vezi Secțiunea 2.3) femeile cu complicații trebuie stabilizate hemodinamic, tratate sau transferate la alte instituții, care pot oferi tratament adecvat.

2.2.7 Alte aspecte legate de procedurile de avort

2.2.7.1 Prevenirea și controlul infecțiilor

Dat fiind că procedurile de avort implică intrarea în contact cu sângele și cu alte lichide eliminate din corpul uman, tot personalul clinic și de asistență la toate instituțiile de sănătate care acordă astfel de servicii trebuie să înțeleagă și să respecte măsurile de precauție standard pentru prevenirea și combaterea infecțiilor pentru propria protecție și pentru protecția pacientelor.

Precauțiile standard constituie practici simple de control al infecțiilor care trebuie respectate la acordarea asistenței tuturor pacienților, în permanență, pentru a reduce riscul transmiterii infecțiilor pe cale sangvină. Printre acestea se numără: spălarea pe mâini cu săpun și apă înainte și după toate procedurile, folosirea barierelor de protecție, cum ar fi mănușile, halatele, șorțurile, măștile și ochelarii de protecție, pentru a evita contactul direct cu sângele și cu alte lichide eliminate din corpul uman, eliminarea în siguranță a deșeurilor contaminate cu sânge sau cu alte lichide eliminate din corpul uman, manipularea corespunzătoare a bucăților de lenjerie murdare, manipularea și eliminarea cu precauție a obiectelor ascuțite; dezinfectarea adecvată a instrumentelor și a altor obiecte contaminate (123).

Spălarea pe mâini și folosirea barierelor de protecție

Toți lucrătorii trebuie să se spele minuțios pe mâini înainte și după intrarea în contact cu pacientele, precum și imediat după orice contact cu sângele, cu lichidele eliminate din corpul uman sau cu mucoasele (124). Personalul trebuie să poarte mănuși dezinfectate la nivel înalt sau sterile, care trebuie schimbate după contactul cu fiecare pacientă și după

examenul vaginal (sau rectal) al aceleiași femei. Întotdeauna după acordarea asistenței femeii și scoaterea mănușilor personalul trebuie să se spele pe mâini, deoarece mănușile pot avea perforații nedetectate (124). Folosirea mijloacelor suplimentare, cum ar fi papucii de unică folosință sterili, nu influențează în mod semnificativ ratele de infectare, dar duc la creșterea costurilor.

Curățarea

Pentru curățarea de rutină a dușurilor, paturilor, toaletelor, pereților și a saltelelor de cauciuc sunt suficiente apa fierbinte și detergenții obișnuiți. Pentru înlăturarea lichidelor eliminate din corpul uman personalul trebuie să poarte mănuși de cauciuc rezistente. O cantitate cât mai mare din lichidul care s-a scurs trebuie să fie înlăturat cu ajutorul unui material absorbant. Lichidul poate fi adunat într-un vas ermetic, apoi va fi incinerat sau îngropat. Suprafața contaminată trebuie curățată cu dezinfectant pe bază de clor, iar apoi spălată bine cu soluție fierbinte de apă și săpun.

Personalul trebuie să intre cât mai puțin posibil în contact cu lenjeria murdară: aceasta trebuie adunată direct în saci și nu se permite sortarea sau clătirea ei în spațiile destinate pacientelor. Dacă este posibil, stofele îmbibate din abundență cu lichide eliminate din corpul uman trebuie să fie transportate în saci impermeabili. Dacă astfel de saci lipsesc, stofa trebuie împăturită astfel, încât părțile murdare să fie în interior. Personalul trebuie să lucreze cu grijă și să poarte mănuși.

Eliminarea în siguranță a deșeurilor contaminate cu lichide eliminate de corpul uman

Deșeurile solide contaminate cu sânge, cu lichidele eliminate din corpul uman, speciamele de laborator sau țesuturile umane trebuie să fie tratate ca deșeuri biologice și eliminate în mod adecvat, cu respectarea regulilor existente (123). Deșeurile lichide, cum ar fi sângele și alte lichide eliminate

din corpul uman trebuie să fie vărsate în țevi care duc la un sistem de canalizare tratat în mod adecvat.

Manipularea și eliminarea în siguranță a instrumentelor ascuțite

Cel mai mare grad de risc de transmitere a HIV în instituțiile medicale este perforarea pielii cu seringi sau cu instrumente ascuțite contaminate. Același lucru este valabil pentru hepatitele B și C. Majoritatea leziunilor cauzate de obiecte ascuțite care duc la transmiterea acestor viruși se produc prin ace. Astfel de răni apar deseori atunci când acele sunt curățate, când li se pun capace, când sunt aruncate în mod corect sau inadecvat. Deși nu se recomandă să li se pună capace (124), uneori aceasta este o procedură necesară. În astfel de situații se folosește metoda cu o singură mână. Pentru a arunca obiectele ascuțite se folosesc containere rezistente la perforare, care trebuie să fie ușor accesibile. Aceste containere pot fi arse într-un incinerator închis ermetic sau îngropate la mare adâncime. Printre măsurile de precauție pentru prevenirea leziunilor cauzate de obiectele ascuțite se numără: purtarea mănușilor, existența surselor de iluminare adecvate, plasarea vaselor cu ustensile ascuțite direct în locul unde sunt folosite, interdicția de a arunca obiectele ascuțite în coșurile de gunoi menajer și păstrarea obiectelor ascuțite în locuri la care nu au acces copiii. Când este posibil, la sutură se folosesc portace.

Curățarea sigură a echipamentului după utilizare

Imediat după utilizare toate instrumentele chirurgicale de folosință repetată care au fost utilizate la avort trebuie să fie trimise la curățare și sterilizare. Echipamentul medical și materialele de unică folosință nu trebuie să fie folosite în mod repetat (124). În cazurile când nu sunt disponibile servicii centralizate de prelucrare a instrumentelor sau în caz de resurse limitate se recomandă respectarea următoarelor proceduri.

Cel mai important pas pentru asigurarea decontaminării finale adecvate a instrumentelor este curățarea fizică (123). Până la curățare instrumentele trebuie păstrate în mediu umed. Pot fi folosiți dezinfectanți, de exemplu, soluție de clor de 0,5%. Aspiratoarele trebuie dezasamblate înainte de curățare și procesare ulterioară. Adaptoarele detașabile trebuie scoase de pe canule.

Atenție: folosirea mănușilor protectoare este foarte indicată la manipularea aspiratoarelor, canulelor și adaptoarelor înainte de curățarea acestora.

După ce au stat în apă, suprafețele instrumentelor trebuie spălate minuțios cu detergent, sub jet de apă. Detergentul este preferabil, deoarece săpunul poate lăsa reziduuri. Apoi toate instrumentele trebuie sterilizate (opțiune preferabilă) sau dezinfectate cu dezinfectanți de înalt nivel (dacă sterilizarea nu este posibilă sau fezabilă). Prin sterilizare sunt distruse toate microorganismele, inclusiv endosporii bacterieni, cum ar fi cei care cauzează tetanosul sau infecțiile anaerobe. Dezinfecția de înalt nivel distruge toate microorganismele, inclusiv hepatita și HIV, dar nu asigură 100% eficiență la distrugerea endosporilor bacterieni.

Cele mai bune rezultate sunt atinse la sterilizare cu abur sub presiune (în autoclavă) sau tratare îndelungată (mai mult de 5 ore) în soluție proaspătă de glutaraldehidă (125). Dezinfecția de înalt nivel poate fi asigurată prin tratare de durată mai mică în soluții de glutaraldehidă sau hipoclorit de sodiu (125). Dezinfectarea de înalt nivel nu poate fi asigurată prin folosirea fenolului sau a antisepticelor. Instrumentele tratate la rece (în soluții) trebuie să fie ulterior clătite minuțios. Instrumentele supuse dezinfectării de înalt nivel pot fi clătite cu apă fiartă; instrumentele sterilizate trebuie clătite cu apă sterilizată (vezi detalii privind tratarea instrumentelor în Tabelul 2.1).

Tabelul 2.1 Prelucrarea instrumentelor

Metoda	Agentul	Timpul	Note
Sterilizare	Abur sub presiune (în autoclavă)	20 de minute la 121°C sub presiunea de 103,5-140 kPa	Se presupune că suprafețele in-instrumentului sunt accesibile aburului. Pentru articolele ambalate durata trebuie mărită cu 30 de minute.
	2% glutaraldehidă	Contact cu durata de 5 ore, la temperatura de 20-25°C, cu formulă alcalină activată (pH = 7.5-9) cu concentrația de 2%	Unele surse/unii producători sugerează că sterilizarea trebuie să dureze 10 ore.
Dezinfectare de înalt nivel	Clor (hipoclorit de sodiu)	Contact cu durata de 5 minute, la temperatura de 20-25°C, cu hipoclorit tamponat (pH = 7-8), cu concentrația de 5000 ppm conținut de clor (înălbitorul pentru necesități casnice diluat până la concentrația de aproximativ 10% poate avea efect corosiv asupra metalelor)	Unele surse recomandă tratarea timp de 20 de minute într-o soluție de 5%, diluată cu apă de robinet sau de 1%, diluată cu apă fiartă.
	2% glutaraldehidă	Contact timp de 30 de minute, la temperatura de 20-25°C, cu formulă alcalină activată (pH = 7.5-9), cu concentrația de 2%	Unele surse/unii producători sugerează că dezinfectarea activă trebuie să dureze 20 de ore.
	Fierbere	20 de minute de fierbere la foc mare	Vasul trebuie să fie acoperit cu capac; nu este necesar ca obiectele plutitoare să fie acoperite pe deplin cu apă.

Notă: eficacitatea tuturor tehnicilor de sterilizare și dezinfectare de înalt nivel depinde de calitatea curățării preliminare pentru îndepărtarea reziduurilor de proveniență organică sau a materialului uscat lipit de instrument (123, 125, 126).

Unii producători confecționează dispozitive de aspirare și canule din plastic cu grad înalt de rezistență, care pot fi sterilizate în autoclavă, pe când alte instrumente din plastic pot crăpa sau se pot topi, dacă vor fi expuse unor temperaturi înalte în timpul sterilizării. Prestatorii de servicii de sănătate trebuie să respecte întotdeauna instrucțiunile de utilizare a tuturor instrumentelor supuse dezinfectării pentru a fi siguri că metoda de dezinfecție folosită este oportună. În afară de aceasta, trebuie respectate instrucțiunile producătorilor pentru toate produsele folosite în procesul de dezinfectare.

2.3 Asistența după avort și controlul ulterior

Femeile trebuie să beneficieze de asistență adecvată după avortul indus sau spontan. În cazul femeilor cu avort nesigur asistența de după avort este folosită ca strategie pentru reducerea ratelor morbidității și mortalității asociate cu complicațiile, inclusiv prin aspirarea uterului în caz de avort incomplet (vezi Secțiunea 2.2.6.2), oferirea mijloacelor de contracepție pentru a preveni sarcinile nedorite în viitor, informarea femeilor privind alte servicii existente în comunitate. Dacă avortul a fost realizat în condiții de siguranță, asistența post-avort poate să nu includă vizite de control, dacă femeia dispune de informații adecvate și știe când să apeleze pentru asistență în caz de complicații și a primit toate materialele și informațiile necesare privind contracepția.

Înainte de a părăsi instituția medicală toate femeile trebuie să primească informații despre contracepție. Tuturor femeilor trebuie să li se ofere consiliere privind metodele de contracepție care pot fi folosite după avort, inclusiv contracepția de urgență, înainte de a părăsi instituția medicală. Toate metodele de contracepție, inclusiv dispozitivul intrauterin și contraceptivele hormonale, pot fi folosite imediat după avortul medicamentos sau chirurgical atâta timp, cât se ia în considerație istoricul sănătății femeii respective și limitările asociate cu anumite metode de contracepție (vezi Anexa 6). Există câteva metode de contracepție care nu trebuie folosite imediat după avort:

diafragma contraceptivă și calota cervicală pot fi folosite numai peste circa 6 săptămâni după avortul realizat în trimestrul al doilea de sarcină, iar metodele de contracepție naturală, bazate pe calculul perioadelor de ovulație, pot fi folosite numai după restabilirea ciclului menstrual regulat (127). Dispozitivele intrauterine inserate imediat după avort oferă protecție mai bună împotriva sarcinilor nedorite decât inserarea mai târzie (128-130). Deși este o metodă sigură, riscul expulzării dispozitivului intrauterin este mai mare la inserarea după avortul în trimestrul al doilea de sarcină (131). După avortul medicamentos femeia poate începe utilizarea contraceptivelor hormonale imediat după administrarea primei pilule în cadrul regimului de avort medicamentos, pe când înainte de inserarea dispozitivului intrauterin și înainte de sterilizare este necesară confirmarea faptului că avortul a fost complet. Se recomandă atenție specială în cazul femeilor care solicită sterilizare chirurgicală imediat după avort pentru a elimina riscul unei decizii luate datorită circumstanțelor de moment.

Instituțiile care prestează servicii de avort trebuie să fie capabile să pună la dispoziția femeii mijloacele de contracepție alese de ea direct în clinică. Dacă acest lucru nu e posibil (de exemplu, sterilizarea nu este o opțiune oferită și la nivel de asistență primară), femeia trebuie să primească informații cu privire la locul și modul obținerii asistenței solicitate, precum și o metodă de contracepție provizorie. Dacă metoda de contracepție nu poate fi pusă la dispoziția femeii direct la clinică, instituția medicală trebuie să dispună de un sistem direct de legătură cu alte instituții pentru ca femeile să poată obține acces la metoda de contracepție dorită. Toate femeile trebuie să primească informații despre contracepția de urgență. În afară de aceasta, în unele cazuri ar fi oportună oferirea de mijloace contraceptive pe care să le aibă la dispoziție la domiciliu, pentru viitor, în special în cazul femeilor care aleg prezervativele ca metodă primară de contracepție și în cazul femeilor care decid să nu înceapă să folosească imediat o anumită metodă de contracepție de bază.

Personalul trebuie să discute cu femeia despre bolile transmisibile pe cale sexuală, inclusiv despre HIV, și despre importanța folosirii prezervativului și în cazul femeilor care optează pentru alte metode de contracepție decât prezervativul (127). Se va pune accent pe informațiile referitoare la prevenirea infecțiilor, în special la persoanele cu risc înalt de contaminare, precum și în regiunile cu prevalență mare a HIV și a altor boli cu transmitere sexuală. Consilierea în domeniul HIV și testele pentru HIV/SIDA trebuie să fie disponibile în cadrul clinicii sau clinica trebuie să poată trimite pacientele pentru testare la o altă instituție specializată.

Trebuie încurajată protecția dublă sau folosirea unei singure metode, cum ar fi prezervativele, sau a unei combinații de metode, pentru a asigura protecția împotriva sarcinii și bolilor transmisibile pe cale sexuală.

Femeile care au trecut prin avort trebuie să primească instrucțiuni clare, simple, în scris sau oral, pentru a înțelege ce au de făcut după ce părăsesc clinica și cum să recunoască complicațiile, pentru soluționarea cărora este necesară asistența medicală. Instrucțiunile trebuie să includă: abținerea de la contacte sexuale și de la introducerea vreunui obiect în vagin până la încetarea sângerării; existența mijloacelor de contracepție, inclusiv pentru situații de urgență, pentru a evita sarcina nedorită (fertilitatea se poate restabili deja peste două săptămâni după avort), necesitatea de a reveni la clinică în caz de sporire a durerii în zona pelviană, hemoragie sau febră (19). Pe parcursul perioadei în care are loc avortul medicamentos pacienta trebuie să aibă posibilitatea să contacteze în orice moment un medic sau alt personal medical, care să-i ofere răspunsuri la întrebări și să-i acorde asistența necesară.

2.3.1 Metode chirurgicale de realizare a avortului

Pe parcursul perioadei de observație de după avortul chirurgical personalul medical trebuie să ofere susținere și încurajare femeilor și să le monitorizeze. Personalul medical trebuie să acorde atenție specială femeilor care acuză

dureri, fiindcă durerea poate fi cauzată de perforarea uterului (în acest caz poate fi necesară observarea îndeaproape sau laparotomia), sau de hematometrie acută (retenție a sângelui în cavitatea uterină, condiție care poate fi tratată prin reaspirare). Se recomandă astfel verificarea dimensiunilor uterului după procedura de avort, mai ales în cazul avorturilor la vârste de gestație mari. Dacă nu apar complicații, majoritatea femeilor pot părăsi instituțiile de sănătate îndată ce se sunt capabile să o facă, iar semnele lor vitale sunt normale (19). După avorturile la vârste de gestație mari și după anestezie generală sau sedare serioasă perioadele de recuperare pot fi mai îndelungate, iar femeile pot să aibă nevoie de observare mai îndeaproape.

După avortul chirurgical femeile pot observa sângerare ușoară, asemănătoare celei din perioada menstruală, pe parcursul câtorva săptămâni. Femeile trebuie informate că sângerarea similară fazei intense a perioadei menstruale sau mai intensă este obișnuită în cazul avorturilor medicamentate. Printre simptomele care necesită asistență clinică se numără: sângerarea excesivă, febra, care se menține mai mult de o zi, accentuarea durerii în zona pelviană sau, mai rar, semnele că sarcina se dezvoltă în continuare. Grețurile, uneori însoțite de vomă, dispar, în general, pe parcursul a 24 de ore după avortul chirurgical. Personalul trebuie să informeze femeile că acestea trebuie să se aștepte la crampe, care pot fi atenuate în măsură suficientă cu ajutorul preparatelor antiinflamatoare nesteroidice, cum ar fi ibuprofenul. Femeilor care nu știu să citească trebuie să li se pună la dispoziție informații privind recunoașterea complicațiilor, precum și unde și cum să caute ajutor în formă de instrucțiuni desenate.

După avortul în primul trimestru de sarcină majoritatea femeilor își pot relua activitatea de zi cu zi peste câteva ore sau zile (19). Femeile care au trecut prin avort chirurgical pot fi invitate să se prezinte pentru o vizită de control la cabinetul unui medic calificat, pe parcursul a, cel mult, două săptămâni după avort. În timpul acestor vizite specialistul va avea ocazia să discute cu femeia experiența prin care a

trecut, dacă va fi necesar. De exemplu, femeile care au optat pentru avort din motive de natură medicală sau în urma violului ar putea simți nevoia să vorbească despre sentimentul pierderii sau ambivalenței sau ar putea avea nevoie de mai multă consiliere.

2.3.2 Metode medicamentoase de realizare a avortului

Dat fiind gradul înalt de eficacitate al regimului combinat de mifepriston și misoprostol la realizarea avortului medicamentos la vârste de gestație de până la 9 săptămâni (63 de zile) de sarcină, nu este necesară vizita de control după avort pentru a confirma avortul complet. Totodată, femeile trebuie să fie instruite să vină la control, dacă observă semne de continuare a sarcinii sau din alte motive de ordin medical, cum ar fi hemoragia de durată sau febra. Femeile care au primit doar misoprostol trebuie să vină la vizita de control pentru a confirma că avortul a fost complet peste 7-14 zile după administrarea misoprostolului.

Protocoalele de tratament cu mifepriston, urmat de misoprostol, pentru sarcinile cu vârsta de gestație de până la 9 săptămâni, care prevăd că femeia trebuie să rămână sub observație clinică timp de 4-6 ore după administrarea misoprostolului vor primi confirmarea că avortul a fost complet pe parcursul acestei perioade, dacă este posibil. Confirmarea se face, de regulă, în urma inspecției produsului de concepție expulzat.

Avortul complet poate fi confirmat prin examenul clinic, ultrasonografie pelviană sau prin măsurarea repetată a nivelului hCG. Dacă se folosește măsurarea nivelului hCG, trebuie ținut cont că în unele cazuri nivelurile joase de hCG se mențin timp de până la 4 săptămâni după expulzarea cu

succes a produsului de concepție. Examenul ultrasonografic este util la detectarea sarcinii care se dezvoltă în continuare; măsurarea grosimii endometrului nu este utilă pentru diagnosticarea avorturilor incomplete și poate duce la inițierea intervențiilor chirurgicale nejustificate (132). Este probabil că femeile care prezintă în continuare semne de sarcină sau au sângerări minime sunt în continuare însărcinate.

Dacă avortul a eșuat (fătul continuă să se dezvolte), femeilor trebuie să li se ofere aspirare vacuum sau administrare repetată a misoprostolului. Datele existente privind riscurile potențiale legate de dezvoltarea anormală a fătului după eșecul avortului sunt limitate și neconcludente; deci, nu este necesar de insistat asupra întreruperii sarcinii supuse o dată procedurii de avort, dacă femeia alege să o păstreze. În același timp, femeile trebuie informate că nu se cunosc riscurile, cărora a fost expus fătul în urma administrării preparatelor pentru inducerea avortului, și este important controlul ulterior (12, 133).

Femeile cu avort incomplet urmează să fie ținute sub observație, cu excepția cazurilor de hemoragie intensă, sau li se poate oferi posibilitatea de readministrare a misoprostolului sau de finalizare a avortului prin intervenție chirurgicală. Dat fiind riscul mai mare de hemoragie și avort incomplet asociat cu procedurile realizate la sarcini de gestație mai mari de 12 săptămâni, toate femeile care se află într-o astfel de situație trebuie să rămână sub observație clinică până la expulzarea fătului și placentei. În afară de aceasta, avorturile medicamentoase după 9 săptămâni de gestație trebuie să fie realizate în cadrul instituției medicale, deși mai continuă cercetările pentru a determina dacă avorturile la domiciliu la diferite vârste de gestație constituie o opțiune sigură și oportună.

Bibliografie

1. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729-737.
2. Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1979, 34 (3):177-191.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline no. 7. London, RCOG Press, 2004.
4. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855.
5. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second- trimester abortion. *Contraception*, 2010, 83:30-33.
6. Laing FD, Frates MC. Ultrasound evaluation during the first trimester of pregnancy. In: Callen P, ed. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2010:118-119.
7. Penney GC et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:599-604.
8. Low N et al. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
9. Sawaya GF et al. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology*, 87:884-890.
10. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183-190.
11. Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
12. Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva, World Health Organization, 2006.
13. Majhi AK et al. Ectopic pregnancy - an analysis of 180 cases. *Journal of the Indian Medical Association*, 2007, 105:308-312.
14. Barnhart KT et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertility and Sterility*, 2006, 86:36-43.
15. Finn R et al. Experimental studies on prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal*, 1961, 1 (523):1486-1490.
16. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355-357.
17. Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892-903.
18. Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
19. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
20. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M et al. eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:48-62.
21. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714-717.
22. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288-1295.
23. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419-423.
24. Winikoff B et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431-437.
25. Honkanen H et al., WHO Research Group on PostOvulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111:715-725.
26. Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion - a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica*, 1988, 118:161-167.
27. Hamoda H et al. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112 (8):1102-1108.
28. Tang OS et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks

- gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 2002, 17:654-658.
29. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
 30. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
 31. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association*, 1984, 251:2108-2112.
 32. Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*, 1983, 1 (8335):1182-1185.
 33. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011, 84 (1):4-18.
 34. World Health Organization, Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation. Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion. Geneva, World Health Organization, 1994 (Report No. 50).
 35. Smith G et al. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979, 133:489-498.
 36. Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 1989, 36:339-350.
 37. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (2):CD006712.
 38. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 1997, 42:287-293.
 39. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:45-51.
 40. Faymonville ME et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997, 73:361-367.
 41. Marc I et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*, 2007, 75:52-58.
 42. Suprpto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1984, 150:1000-1001.
 43. Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal*, 1999, 89:816.
 44. Cade L, Ashley J. Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 1993, 21:93-96.
 45. Hein A, Jakobsson J, Ryberg G. Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1999, 43:248-251.
 46. Dahl V, Fjellanger F, Raeder JC. No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain*, 2000, 4:211-215.
 47. Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116-126.
 48. Lawson HW et al. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 171:1365-1372.
 49. Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1985, 66:661-665.
 50. Osborn JF et al. General anesthesia, a risk factor for complication following induced abortion. *European Journal of Epidemiology*, 1990, 6:416-422.
 51. Drey E et al. Safety of intra-amniotic digoxim administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:1063-1066.
 52. Lalitkumar S et al. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*, 2007, 13:37-52.
 53. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:347-356.
 54. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 2010, 81:67-74.
 55. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3:1-4.
 56. Niinimäki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:795-804.

57. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
58. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 2000, 62:117-124.
59. Paul M et al, eds. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009.
60. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 1990, 76:129-135.
61. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC - creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:12-17.
62. Grimes DA et al. The Joint Program for the Study of Abortion/ CDC - a preliminary report. Abortion in the seventies. In: Hern WM, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies: proceedings of the Western Regional Conference on Abortion*. New York, National Abortion Federation, 1977:41-54.
63. Lean T et al. A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1976, 14:481-486.
64. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037.
65. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine*, 1989, 8:71-75.
66. Grimes DA, Hulka JF, McCutchen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F₂ alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 137:785-790.
67. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111 (2):148-153.
68. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
69. Ashok PW et al. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 1998, 13:2962-2965.
70. Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119-135.
71. Urquhart DR et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study - final results. *Contraception*, 1997, 55:1-5.
72. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126-134.
73. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
74. Sang G, He C, Shao Q. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323-329.
75. Creinin MD, Aubeny E. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M et al, eds. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, 1999:91-106.
76. Elul B et al. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion - data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception*, 1999, 59:107-114.
77. Ngoc NTN et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 25:10-14 and 33.
78. Tran NT et al. Feasibility, efficacy, safety and acceptability of mifepristone-misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 109:209-212.
79. *Essential medicines: WHO model list*, 12th ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
80. Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145-151.
81. World Health Organization, Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524-530.
82. McKinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502-1505.

83. World Health Organization Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532-537.
84. World Health Organization. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32-40.
85. World Health Organization Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:738-742.
86. von Hertzen H et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116:381-389.
87. Elrefaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (Ru-486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983-987.
88. Ngo TD et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
89. Hajri S et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception*, 2004, 70:487-491.
90. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183 (2 Suppl.):S26-S33.
91. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD005216.
92. Ho PC, Chan YF, Lau W. misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception*, 1996, 53:281-283.
93. Gemzell-Danielsson K, Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost - the clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2000, 79:702-706.
94. Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception*, 2001, 64:29-32.
95. Bugalho A et al. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 2000, 61:47-50.
96. Costa SH, Vessey MP. misoprostol and illegal abortion in Rio-De-Janeiro, Brazil. *Lancet*, 1993, 341:1258-1261.
97. Faundes A et al. misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99 (Suppl. 2):S172-S177.
98. Ho PC et al. misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99 (Suppl. 2):S178-S181.
99. Thong KJ, Robertson AJ, Baird DT. A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16,16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins*, 1992, 44:65-74.
100. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:162-166.
101. Powell HR, Ekert H. Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia*, 1971, 2:1076-1077.
102. Diniz E et al. Efietos sobre o conceito do metotrexato (ametopterina) administrado a mae. Apresentagao de caso. *Revista do Hospital das Clinicas, Faculdade de Medicina a Universidade de Sao Paulo*, 1978, 33:286-290.
103. Feldkamp M, Carey JC. Clinical teratology counseling and consultation case-report - low-dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology*, 1993, 47:533-539.
104. Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994.
105. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD001993.
106. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
107. Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009, 79:456-462.
108. Tang OS et al. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction*, 2009, 24:1862-1869.
109. *FDA public health advisory; sepsis and medical abortion*. Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010.
110. Ho CS et al. Undiagnosed cases of fatal Clostridium-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 201:459-457.

111. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during 1st- trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:406-408.
112. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113:1117-1123.
113. *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization, 1997.
114. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillieres Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 4:391-405.
115. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:648-653.
116. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35:25-28.
117. Rowland Hogue CJ et al. Answering questions about long-term outcomes. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:252-263.
118. Lurie S et al. The influence of midtrimester termination of pregnancy on subsequent fertility: four to five years follow-up. *Contraception*, 1994, 50:239-241.
119. Beral V et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. *Lancet*, 2004, 363:1007-1016.
120. Melbye M et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:81-85.
121. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic abortion - denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148:578-585.
122. Major B et al. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*, 2009, 64:863-890.
123. World Health Organization. Standard precautions in health care. *WHO Infection Control*, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response ([http:// www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf), accessed 1 September 2011).
124. WHO guidelines on hand hygiene and health care. First global patient safety challenge, clean care *is safer care*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 1 September 2011).
125. Sopwith W, Hart T, Garner P. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 2002, 2:4.
126. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. *Infection prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, Jhpiego, 2003 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT433.pdf, accessed 1 September 2011).
127. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. *Family planning: a global handbook for providers*. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2008.
128. Goodman S et al. A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008, 78:143-148.
129. Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, 109:1286-1294.
130. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 2010, 82:260-265.
131. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1168-1173.
132. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104-109.
133. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet*, 2009, 373:323.

Capitolul 3

CAPITOLUL 3

Planificarea și gestionarea asistenței pentru avort fără riscuri

Sumar

La planificarea și gestionarea asistenței pentru avort legal, fără riscuri trebuie ținut cont de un șir de aspecte legate de sistemul de sănătate. Aceste aspecte sunt relevante pentru toate serviciile de sănătate: publice, private sau non-profit. În majoritatea cazurilor modificările minore în cadrul instituțiilor existente, achiziționarea unui minim de echipamente și preparate medicale suplimentare și/sau instruirea de bază a personalului contribuie la facilitarea prestării serviciilor în cazurile când acestea sunt inovatoare sau la îmbunătățirea calității, siguranței și capacității de prestare a serviciilor existente. Crearea și/sau consolidarea serviciilor existente trebuie să se bazeze pe planificare minuțioasă, bazată pe un șir de principii și recomandări, după cum urmează, care au fost formulate în baza studierii surselor științifice relevante și în cadrul procesului consultativ, recent inițiat de Organizația Mondială a Sănătății (indicate sub formă de link-uri în cazul publicațiilor în rețeaua Internet).

- Stabilirea standardelor și recomandărilor naționale privind facilitarea accesului și prestării serviciilor de asistență medicală pentru avort fără riscuri, conform prevederilor legislației în vigoare. Standardele și recomandările trebuie să reflecte următoarele aspecte: tipurile de servicii de avort, unde și cine este în drept să le presteze, echipamentul, instrumentele, medicamentele, materialele esențiale și dotarea de bază a instituțiilor medicale, mecanismele de transfer al pacienților în alte instituții de tratament; respectarea drepturilor femeii de luare a deciziei informate, respectarea principiilor autonomiei, confidențialității și protecției vieții private. Trebuie de acordat o deosebită atenție nevoilor adolescentelor,

jertfelor violurilor, posibilității de refuz al lucrătorilor medicali de a efectua avortul din motive de conștiință.

- Nivelul adecvat de pregătire și performanță al prestatorilor de servicii de sănătate urmează a fi asigurat prin: instruire, supraveghere și facilitare, monitorizare, evaluare și prin alte procese menite contribuie la sporirea calității. Formarea profesională trebuie să fie bazată pe competențe și să vizeze atitudinea prestatorilor de servicii și aspectele legate de etica profesională în contextul inducerii avorturilor fără riscuri (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf). Procesul de monitorizare și evaluare include colectarea în mod regulat a datelor statistice și indicatorilor relevanți legați de avorturile fără riscuri, folosirea fișelor de control, realizarea în mod regulat a unor studii specializate și instituirea mecanismelor pentru a primi opinii și obiecții, pentru a asigura îmbunătățirea continuă a calității serviciilor (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/index.html>).
- *Finanțarea*: bugetul pentru finanțarea serviciilor de sănătate trebuie să acopere costurile de personal, costurile programelor de instruire, cheltuielile pentru procurarea echipamentului, preparatelor medicale și a materialelor, precum și cele capitale. De asemenea, trebuie să se țină cont și de necesitatea de a asigura accesibilitatea serviciilor pentru femeile care au nevoie de ele. Este probabil ca suplimentarea gamei de servicii de sănătate existente cu servicii de avort fără riscuri să implice costuri modeste, comparativ cu cheltuielile suportate de sistemul de sănătate în urma

realizării avorturilor nesigure (<http://screening.iarc.fr/doc/policybrief1.pdf>).

- *Abordarea sistematică a procesului de elaborare a politicilor și programelor de dezvoltare: se are în vedere planificarea și implementarea politicilor și programelor, ținând cont de rezultatul final - promovarea sănătății femeii și apărarea drepturilor ei. Abordarea sistematică implică evaluarea situației curente, realizarea intervențiilor și evaluarea gradului de fezabilitate, acceptabilitate și eficacitate al acestora, extinderea intervențiilor de succes la o scară mai mare, asigurând un impact mai mare al beneficiilor pentru nivelul general de performanță al sistemului de sănătate și pentru bunăstarea femeilor, familiilor și comunităților (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/en/index.html).*

3.1 Introducere

În acest capitol sunt expuse aspecte ce țin de crearea și/sau consolidarea sistemelor de asistență medicală pentru avort fără riscuri. Se pune accent pe componentele-cheie ale sistemului de asigurare a avortului fără riscuri, precum și ale procesului de introducere a politicilor, programelor și serviciilor relevante, inclusiv evaluarea necesităților și priorităților, realizarea intervențiilor la scară mică și aplicarea la scară largă a intervențiilor de succes pentru a asigura un impact semnificativ.

Factorii de decizie și persoanele responsabile de gestionarea sistemelor de sănătate, colaborând pentru a presta servicii de sănătate reproductivă, trebuie să asigure disponibilitatea și accesibilitatea serviciilor de asistență medicală pentru avort fără riscuri în deplină concordanță cu legislația în vigoare. În toate statele lumii există femei care aleg avortul. În statele unde aceste servicii există, sunt legale și accesibile avorturile sunt realizate, în general, în condiții de siguranță; numărul avorturilor nesigure sporește în statele unde astfel de servicii nu sunt permise prin lege sau sunt accesibile numai în anumite condiții (1, 2). Legislația privind

avorturile și serviciile de avort trebuie să asigure protecția sănătății femeilor și a drepturilor acestora, inclusiv în cazul adolescentelor. Nu trebuie create situații care să determine femeia să recurgă la avort nesigur. Cu certitudine, legislația majorității statelor lumii prevede unul sau mai multe cazuri când urmează a fi asigurate avorturile fără riscuri. Totodată, în statele cu prevederi legale extrem de restrictive privind inducerea avorturilor astfel de servicii pot fi limitate, în mare parte, la tratarea complicațiilor care survin în urma avorturilor nesigure. Asemenea tratament este deseori numit *asistență medicală după avort*. Tratarea de urgență a complicațiilor legate de avort este esențială pentru a reduce rata deceselor și a problemelor survenite în urma avorturilor nesigure, dar nu poate înlocui avorturile induse în mod legal, în condiții de siguranță, care asigură drepturile femeii și protecția sănătății acesteia.

3.2 Ansamblul de servicii

Serviciile de avort trebuie să fie integrate în sistemul de sănătate în formă de servicii publice sau în formă de finanțare din buget a serviciilor non-profit pentru a asigura statutul legitim al acestor servicii de sănătate și a proteja femeile și prestatorii de servicii de sănătate de stigmatizare și discriminare.

Ansamblul de servicii trebuie să includă, în mod obligatoriu, cel puțin, următoarele:

- informații corecte din punct de vedere medical cu privire la avort, într-o formă pe care femeia o poate înțelege și memoriza, și consiliere, fără impunerea autoritară a opiniei personale, la solicitarea femeii, pentru a facilita luarea unei decizii informate;
- prestarea fără întârziere a serviciilor de avort;
- tratamentul în timp util al complicațiilor legate de avort, inclusiv al celor survenite în urma avorturilor nesigure;
- informații și servicii de contracepție, sistem de transfer pentru a contribui la prevenirea sarcinilor nedorite repetate și la reducerea cazurilor când este necesar încă un avort.

Accesul la avorturi fără riscuri depinde nu numai de existența acestor servicii, dar și de maniera în care acestea sunt prestate. Serviciile trebuie acordate astfel, încât să fie respectată demnitatea femeii, să fie garantat dreptul femeii la viață privată și să se țină cont de punctul de vedere și de nevoile femeii. Trebuie să se acorde atenție nevoilor specifice ale femeilor sărace, ale adolescentelor și ale altor femei vulnerabile și marginalizate.

3.3 Standarde și recomandări bazate pe dovezi

În multe state nu există standarde și recomandări bazate pe dovezi cu privire la acordarea serviciilor de avort fără riscuri, inclusiv referitor la tratamentul complicațiilor legate de avort. Standardele cu privire la asistența medicală în caz de avort se referă la principiile fundamentale și la cerințele esențiale privind asigurarea accesului echitabil la servicii legale de avort de calitate adecvată. Recomandările cu privire la asistența medicală în caz de avort sunt bazate pe dovezi referitoare la acordarea serviciilor de asistență medicală pentru avort fără riscuri. În statele unde deja există standarde și recomandări revizuirea și actualizarea lor în mod regulat asigură promovarea în continuare a bunăstării fizice, mintale și sociale a femeii și reflectă noile dovezi acumulate în baza bunelor practici. Standardele și recomandările trebuie elaborate și actualizate cu intenția de a elimina barierele întru atingerea celor mai înalte standarde posibile în domeniul sănătății sexuale și reproductive.

3.3.1 Tipurile de servicii de avort, unde și cine este în drept să le presteze

Existența instituțiilor de sănătate și a specialiștilor bine pregătiți la care are acces publicul larg este o condiție esențială pentru a asigura accesul la servicii de avort în condiții de siguranță. Reglementarea activității specialiștilor și instituțiilor de sănătate trebuie să se bazeze pe dovezi acumulate în baza bunelor practici și să aibă ca scop prestarea unor

servicii în condiții de siguranță, de calitate înaltă și accesibile. Instituțiile care prestează servicii de avort, atât în sectorul public, cât și în cel privat, trebuie să existe la toate nivelurile sistemului de sănătate, iar între ele trebuie să existe mecanisme clare de transfer al pacientelor în grija instituțiilor pentru a le presta servicii specializate.

Asistența medicală legată de avort poate fi acordată în condiții de siguranță de către toți specialiștii calificați, inclusiv de cei din personalul de nivel mediu (care nu au statut de medic) (3-5, 6). În contextul acestui document termenul *prestatori de servicii de nivel mediu* se referă la personalul medical specializat, de exemplu, moașe, surori de caritate, lucrători din cadrul clinicilor, asistente medicale, specialiști în asistență pentru bunăstarea familiei etc., lucrători care sunt pregătiți să efectueze procedurile clinice de bază legate de sănătatea reproductivă, inclusiv examenul pelvian bimanual pentru determinarea vârstei de gestație și poziționării uterului, sondarea uterului și alte proceduri transcervicale. Acești specialiști pot fi instruiți pentru a putea presta servicii legate de avort fără riscuri.

Asistența medicală legată de avort la nivel de asistență primară și serviciile de ambulatoriu la nivelurile superioare sunt sigure și duc la minimizarea costurilor, odată cu maximizarea gradului de comoditate și oportunitate al asistenței acordate femeii (7). În cazurile când nu există capacitățile necesare pentru a presta servicii de avort de calitate satisfăcătoare la nivel primar este esențial să existe posibilitatea de a transfera femeia pentru asistență medicală la nivelurile superioare (vezi Caseta 3.1). Permisivitatea de a administra misoprostol la domiciliu după administrarea mifepristonului la instituția medicală poate duce la sporirea în continuare a gradului de protecție al vieții private, al comodității și acceptabilității serviciilor, deși se va opta pentru un compromis în privința gradului de siguranță (8-10). Asistența medicală legată de avort acordată în condiții de spital trebuie să fie limitată la realizarea avorturilor pentru sarcinile de gestație de peste 9 săptămâni (63 de zile) și la tratarea complicațiilor grave survenite în urma avortului (vezi Capitolul 2).

CASETA 3.1

Tipuri de servicii indicate pentru fiecare nivel al sistemului de sănătate

Nivel comunitar:

- educare/informare cu privire la sănătatea reproductivă, inclusiv cu privire la contracepție și avort, în cadrul sistemului de sănătate public;
- distribuirea mijloacelor adecvate de contracepție la nivel comunitar;
- toți lucrătorii sistemului de sănătate pregătiți să ofere informații privind detectarea sarcinii și serviciile de avort legale, fără riscuri, precum și să transfere pacienta în grija instituțiilor/serviciilor specializate;
- toți lucrătorii sistemului de sănătate pregătiți să recunoască complicațiile legate de avort și să transfere prompt femeia în grija instituțiilor/serviciilor specializate, pentru tratament;
- transportarea la instituțiile care tratează complicațiile legate de avort;
- toți lucrătorii sistemului de sănătate (și alți profesioniști care joacă un rol-cheie la nivel comunitar, cum ar fi polițiștii sau profesorii) pregătiți să recunoască semnele violului și să transfere femeia în grija instituțiilor/serviciilor specializate pentru acordarea asistenței medicale sau serviciilor sociale.

Instituția de sănătate la nivel primar:

- toate elementele de asistență specificate pentru nivelul comunitar;
- toți lucrătorii sistemului de sănătate care prestează servicii legate de sănătatea reproductivă pregătiți să acorde consiliere cu privire la contracepție, sarcina nedorită și avort;
- o gamă largă de mijloace de contracepție, inclusiv dispozitive intrauterine, implanturi și preparate injectabile;
- aspirare vacuum (manuală sau electrică) pentru sarcinile cu vârsta de gestație de până la 12-14 săptămâni (vezi Capitolul 2);
- metode medicamentoase de avort pentru sarcinile cu vârsta de gestație de până la 9 sau 12 săptămâni, dacă femeia poate rămâne în clinică până la momentul când avortul este finalizat (vezi Capitolul 2);
- stabilizarea hemodinamică, administrarea antibioticelor și evacuarea conținutului uterului în cazul complicațiilor în urma avortului;
- aspirarea vacuum sau tratamentul cu misoprostol în cazul avortului incomplet;
- transferul prompt al femeii care are nevoie de avort sau de tratament al complicațiilor legate de avort în grija instituțiilor/serviciilor specializate, în situațiile când clinica nu este capabilă să acorde asistența necesară.

Spitalele de referință:

- toate elementele de asistență specificate pentru nivelul primar;
- servicii de sterilizare, pe lângă alte metode de contracepție;
- servicii de avort în orice circumstanțe și la orice vârstă de sarcină, conform legislației în vigoare;
- tratarea oricăror complicații legate de avort;
- programe de informare și sensibilizare pentru toată zona de jurisdicție;
- instruirea tuturor categoriilor relevante de specialiști din sistemul de sănătate implicați în prestarea serviciilor de avort.

3.3.1.1 Nivel comunitar

Lucrătorii medicali de nivel comunitar pot avea un rol important în ceea ce privește evitarea de către femeie a sarcinii nedorite prin oferirea consilierii și informației despre mijloacele și metodele de contracepție și despre riscurile avorturilor în lipsa siguranței (11). În plus, ei pot informa femeia, unde poate obține un test de sarcină și cum poate beneficia de servicii de avort legale, fără riscuri, pot asigura asistența medicală de urgență pentru femeile cu complicații legate de avorturi în lipsa siguranței. Farmaciștii, ca și lucrătorii medicali de nivel comunitar, pot ajuta femeile să evite sarcinile nedorite prin oferirea informației corecte despre contracepție și a mijloacelor de contracepție. În plus, farmaciștii pot oferi teste de sarcină și informație privind accesul la servicii medicale de avort fără riscuri.

3.3.1.2 Instituția de sănătate la nivel primar

Atât aspirarea vacuum, cât și avortul medicamentos pot fi realizate la instituțiile de sănătate la nivel primar în condiții de ambulatoriu. Pentru aceste proceduri nu este necesar un nivel avansat de cunoștințe de ordin tehnic sau de abilități, echipament complicat (de exemplu, aparat de ultrasonografie) sau o echipă completă de specialiști (de exemplu, medic anesteziat) (12). Lucrătorii din instituțiile medicale la nivel primar includ, de regulă, asistentele medicale, moașele, surorile de caritate și, uneori, medicii de familie. Personalul medical pregătit să efectueze examenul pelvian bimanual pentru a determina prezența și vârsta sarcinii, precum și a efectua proceduri transcervicale, cum ar fi inserarea dispozitivului intrauterin, poate fi pregătit să efectueze proceduri de aspirare vacuum (5, 6, 13-15). În cazurile în care procedurile de avort medicamentos sunt legale și accesibile prestatorii de servicii de sănătate de nivel mediu pot să administreze și să supravegheze serviciile de avort (3, 16, 17).

Atât în cazul aspirării vacuum, cât și în cazul avortului medicamentos trebuie să existe proceduri de transfer al pacientei la instituțiile de nivel superior, în caz de necesitate (12).

3.3.1.3 Spitalele de referință

Spitalele de referință trebuie să dispună de personal și de capacități pentru realizarea avorturilor în orice circumstanțe permise de legislația în vigoare și pentru tratarea tuturor complicațiilor legate de avort.

3.3.2 Metode de realizare a avortului

Respectul față de opțiunea femeii la alegerea metodei eficiente de realizare a avortului fără riscuri constituie o valoare importantă în contextul prestării serviciilor de sănătate. Deși alegerea metodelor de realizare a avortului reflectă capacitățile sistemului de sănătate, chiar și în cazurile cele mai limitate ca resurse, sistemele de sănătate trebuie să dispună de metode medicamentoase și de aspirare vacuum manuală. În cazurile când pot fi oferite mai multe metode, la alegere, cel puțin, una dintre metodele recomandate trebuie să fie disponibilă în orice moment. Aspirarea vacuum și metodele medicamentoase trebuie să fie disponibile, inclusiv la tratarea femeilor cu complicații în urma avortului spontan sau a avortului în lipsa siguranței.

3.3.3 Acordarea de certificate și licențe instituțiilor și prestatorilor de servicii de sănătate

În cazurile în care este necesar ca prestatorii de servicii de avort să posede certificate și licențe specialiștii respectivi trebuie să satisfacă criteriile cu privire la acordarea asistenței legate de avort, conform standardelor naționale, ceea ce nu trebuie să creeze bariere în calea accesului la serviciile legale. Certificatele și licențele pentru prestatorii de servicii de avort trebuie să fie aceleași ca și pentru prestatorii de alte proceduri medicale și nu trebuie să constituie o barieră în calea disponibilității serviciilor de avort, precum și în calea prestării serviciilor respective.

Criteriile de acordare a licenței, în cazurile când sunt obligatorii, nu trebuie să impună cerințe excesive privind infrastructura, echipamentul sau personalul, care nu sunt esențiale pentru prestarea serviciilor în condiții de siguranță.

Criteriile de acordare a licenței instituțiilor trebuie să facă deosebire clară între cerințele pentru instituțiile de nivel primar și cerințele pentru spitalele de referință, pentru a facilita, nu a limita accesul la asistență. Criteriile de acordare a licenței trebuie să fie aceleași pentru instituțiile de stat, private și non-profit.

3.3.4 Mecanisme de trimitere

Ca și în cazul tuturor intervențiilor legate de sănătate existența unor sisteme de trimitere funcționale este esențială pentru acordarea serviciilor de avort fără riscuri. Trimiterea la timp a pacientelor către instituțiile competente reduce întârzierile în acordarea asistenței, sporește gradul de siguranță și poate reduce gravitatea complicațiilor legate de avort (12).

3.3.5 Respectarea deciziilor informate și voluntare ale femeii, a principiilor autonomiei, confidențialității și protecției vieții private, acordând atenție deosebită adolescentelor și femeilor cu nevoi speciale

În cadrul de acte legislative, în actele normative și în standardele naționale cu privire la avort trebuie incluse măsuri de protecție pentru a asigura respectarea dreptului femeii de a lua decizii informate, de sine stătătoare, autonome, de a elimina discriminarea și a asigura confidențialitatea și protecția vieții private a tuturor femeilor, inclusiv a adolescentelor (18). *Aceste drepturi ale omului sunt consfințite în tratatele internaționale și regionale cu privire la drepturile omului, precum și în constituțiile și legislațiile statelor.*

3.3.5.1 Luarea deciziilor informate și voluntare

În funcție de context și de situația personală, femeia care încearcă să ia o decizie cu privire la sarcina nedorită poate să se simtă vulnerabilă. Ea trebuie tratată cu respect și înțelegere și trebuie să primească informații, ca să poată lua o decizie fără constrângere, persuasiune sau discriminare.

Prestatorii de servicii de sănătate trebuie instruiți să acorde susținere femeii la luarea deciziei informate și voluntare. Ei trebuie să fie conștienți că există situații în care femeia poate fi constrânsă să accepte avortul împotriva propriei voințe (de exemplu, din cauza stării sănătății, cum ar fi infectarea cu HIV). În astfel de cazuri este necesară atenție deosebită, pentru ca femeia să dispună de informații exhaustive și să poată lua o decizie pe deplin independentă.

3.3.5.2 Acordul părților terțe

Femeia care dorește să treacă prin procedura de avort este o persoană adultă autonomă. Autonomia înseamnă că adulții apti mintal nu au nevoie de permisiunea unei părți terțe, cum ar fi soțul, partenerul sau tutorele, pentru a obține acces la servicii de sănătate. Respectiv, prestatorii de servicii de sănătate nu trebuie să impună cerințe privind obținerea acordului oricărei părți terțe, cu excepția cazurilor prevăzute de actele legislative și normative.

Adolescentele ar putea să evite solicitarea serviciilor de sănătate de care au nevoie, dacă vor crede că este necesară permisiunea părinților sau tutorilor, fapt ce sporește probabilitatea că vor apela la serviciile de avort în condiții clandestine. Din aceste considerente prestatorii de servicii de sănătate trebuie să fie pregătiți să informeze, să acorde servicii de consiliere și să trateze adolescentele în baza capacităților acestora, în deplină evoluție, de a înțelege opțiunile de tratament și asistență care le sunt oferite, nu în baza unui prag de vârstă strict și arbitrar (19). *Lucrătorii din sistemul de sănătate trebuie să susțină minorele în încercările lor de a identifica soluția care le satisface în mod optim interesele, inclusiv prin consultări cu părinții sau cu alți adulți în care adolescentele au încredere, fără prejudecăți, atitudini discriminatorii sau încercări de constrângere.*

3.3.5.3 Protecția persoanelor cu nevoi speciale

În unele situații femeile necăsătorite, adolescentele, femeile care trăiesc în condiții de sărăcie extremă, femeile

care fac parte din rândurile minorităților etnice, refugiaților sau persoanelor strămutate, femeile cu dizabilități și cele supuse violenței în familie pot fi vulnerabile și pot avea parte de acces inechitabil la serviciile de avort fără riscuri. Prestatorii de servicii de avort trebuie să se asigure că toate femeile sunt tratate fără discriminare și cu respect.

Stigmatizarea și discriminarea asociată cu dizabilitățile fizice și mintale, cu stări de sănătate deosebite, cum ar fi infectarea cu HIV, sunt răspândite pe larg și ar putea servi drept motive pentru a constrânge femeia să treacă prin procedura de avort. Constrângerea încalcă drepturile femeii la acord informat și la demnitate, și nu trebuie tolerată (20). Prestatorii de servicii de sănătate au obligația, din perspectiva protecției drepturilor omului, de a nu permite ca femeia să fie constrânsă și de a-i acorda serviciile psihologice, sociale și medicale necesare pentru ca ea să-și poată exercita dreptul la libera alegere.

3.3.5.4 Confidențialitatea și protecția vieții private

Multe femei, în special adolescentele și femeile necăsătorite, nu apelează la serviciile legale de avort de teama nerespectării confidențialității.

Această frică le poate determina să apeleze la avort clandestin sau să opteze pentru avortul autoindus. Confidențialitatea este un principiu-cheie al eticii medicale și un aspect al dreptului la protecția vieții private (21). Confidențialitatea trebuie să fie un drept garantat. Astfel, prestatorii de servicii de sănătate sunt obligați să protejeze informația medicală împotriva dezvăluirilor neautorizate și să se asigure că femeile care permit dezvăluirea informației confidențiale care le privește își dau acordul liber, bazat pe informație clară. Adolescente care sunt considerate suficient de mature pentru a beneficia de servicii de consiliere, fără ca un părinte sau altă persoană să fie de față, au dreptul la protecția vieții private și pot solicita servicii și tratament confidențiale (vezi Secțiunea 3.3.5.2).

Conducerea instituțiilor medicale trebuie să asigure condițiile necesare pentru conversații confidențiale între femei și prestatorii de servicii de sănătate, precum și pentru confidențialitatea serviciilor. De exemplu, sălile unde sunt efectuate procedurile trebuie să fie cu acces restricționat pentru a nu da posibilitate altora să vadă sau să audă ce se petrece, iar în sală trebuie să fie prezent numai personalul necesar pentru inducerea avortului. Trebuie să existe un loc separat, unde femeia să se poată dezbrăca, geamurile trebuie să fie acoperite cu draperii netransparente, iar femeia trebuie să fie protejată în timpul procedurii cu paravan de stofă sau de hârtie.

3.3.5.5 Prevederi speciale pentru femeile care au fost violate

Femeile care au rămas însărcinate în urma violului au nevoie deosebită de tratament precaut; la toate nivelurile sistemului de sănătate trebuie să existe asistență și susținere adecvată pentru astfel de paciente. Trebuie elaborate standarde și recomandări pentru realizarea avorturilor în astfel de cazuri, iar prestatorii de servicii de sănătate și reprezentanții poliției trebuie să fie instruiți în mod adecvat pentru a face față în astfel de situații. Standardele nu trebuie să impună respectarea unor proceduri administrative și judiciare care nu sunt necesare, cum ar fi constrângerea femeii să solicite inițierea investigațiilor sau să identifice violatorul (22). Ideal ar fi ca standardele respective să facă parte dintr-un set complex de standarde și recomandări pentru gestionarea generală a cazurilor în care sunt implicate supraviețuitoarele violurilor, care să includă asistența psihică și psihologică, contracepția de urgență, acțiuni de profilaxie pentru prevenirea infecției HIV după viol, tratamentul infecțiilor transmisibile pe cale sexuală și leziunilor, colectarea specimenelor pentru investigații de laborator criminologice, consiliere și asistență ulterioară (20).

3.3.6 Refuzul specialiștilor de a realiza avortul din motive de conștiință

Uneori prestatorii de servicii de sănătate refuză să acorde servicii legate de avort din cauza convingerilor proprii anti-avort, fără a recomanda femeii un alt specialist. Specialiștii au dreptul să refuze să acorde servicii de avort, din motive de conștiință, dar acest drept nu le permite să împiedice sau să interzică accesul femeii la servicii de avort legale, deoarece aceasta ar duce la întârzierea procesului de acordare a asistenței femeii, punând în pericol viața și sănătatea ei. În astfel de cazuri prestatorii de servicii de sănătate trebuie să transfere femeia în grija unui specialist calificat, care nu are obiecții, în cadrul aceleiași sau altei instituții medicale ușor accesibile, conform prevederilor legislației naționale. În cazurile când nu poate apela la serviciile altui specialist medicul care are obiecții față de avort este obligat să presteze servicii de avort fără riscuri pentru a salva viața femeii. Femeile care se prezintă cu complicații în urma unor avorturi nesigure sau unor avorturi ilegale trebuie tratate în regim de urgență, respectuos, ca oricare alți pacienți care au nevoie de tratament urgent, fără încercări de a le pedepsi, fără atitudine plină de prejudecăți sau părtinitoare (vezi, de asemenea, Capitolul 4).

3.4 Dotarea instituțiilor și formarea profesională a specialiștilor

Serviciile de avort fără riscuri pot fi prestate, dacă există instituții utilizate adecvat și personal calificat. Autoritățile de

sănătate de stat au responsabilitatea de a asigura existența sistemelor pentru procurarea și distribuirea la timp, în mod regulat, a instrumentarului medical, a preparatelor medicamentose, a mijloacelor de contracepție necesare pentru prestarea serviciilor în condiții de siguranță. În afară de aceasta, este necesară pregătirea profesională preliminară și continuă a personalului, bazată pe instrucțiuni privind serviciile de avort fără riscuri, care să fie actualizate în mod regulat.

3.4.1 Pregătirea și dotarea instituțiilor medicale

Instituțiile medicale care prestează servicii de avort trebuie să fie bine pregătite și dotate pentru a asigura acordarea serviciilor în condiții de siguranță. Serviciile care să asigure buna funcționare a instituției, cum ar fi procurarea materialelor necesare, funcționarea rețelei de asigurare logistică și mecanismelor de finanțare, sunt la fel de importante ca și pregătirea profesională a specialiștilor care vor presta serviciile nou-introduse. În cazurile când astfel de servicii deja există modernizarea infrastructurii ar putea facilita eficientizarea fluxului de pacienți și sporirea gradului de protecție al vieții private și de satisfacție a beneficiarelor odată cu introducerea metodelor moderne, cum ar fi aspirarea vacuum și avortul medicamentos, care pot spori gradul de siguranță și reduce costurile serviciilor (23, 24).

Tabelul 3.1 Medicamente, materiale și instrumentar necesare pentru prestarea serviciilor de avort fără riscuri

Etapa procedurală	Medicamente și materiale	Utilaj
Asistența clinică Procedura de avort chirurgical (instrumentar pentru dilatare și evacuare - marcate cu caractere albine)	- Mănuși curate pentru examenul medical - Apă curată - Detergent sau săpun - Agent pentru pregătirea cervicală (de exemplu, pilule de misoprostol, dilatoare osmotice, mifepriston) - Medicamente pentru controlul durerii, cum ar fi analgezicele și anxioliticele - Mănuși - Halate, măști de protecție - Ace (22 de ace spinale pentru blocaj paracervical și 21 de ace pentru administrarea medicamentelor) - Seringi (de 5, 10 și 20 ml) - Lidocaină pentru blocaj paracervical - Bureți de tifon sau bile de bumbac - Soluție antiseptică (fără alcool) pentru prepararea colului uterin - Soluție pentru păstrarea instrumentelor - Soluții și materiale pentru sterilizare și dezinfecție de înalt nivel - Silicon pentru lubrifierea seringilor	- Echipament pentru măsurarea tensiunii arteriale - Stetoscop - Specul (lat, pentru expunerea colului uterin, și scurt, pentru a evita deplasarea colului uterin, sau speculul Sims, dacă medicul are asistent) - Tenacul (forceps atraumatizant) - Dilatoare conice, până la 37 mm (până la 51 mm) sau cu circumferință echivalentă - Aspirator vacuum electric (cu canule de 14 sau 16 mm) sau aspirator vacuum manual și canule de până la 12 mm Forceps uterin pentru evacuare Bierer (mare și mic) Forceps uterin pentru evacuare Sopher (mic) Chiuretă postpartum mare, flexibilă - Forceps cu lamele inelare - Bol de inox pentru pregătirea soluțiilor - Tavă pentru instrumente - Vas de sticlă transparentă pentru examinarea țesutului - Filtru (de metal, sticlă sau tifon)
Avortul medicamentos	- Mifepriston - Misoprostol - Preparate pentru atenuarea durerii	- Spațiu cu scaune, separat de secția de asistență antenatală sau de travaliu, pentru femeile în așteptarea procedurii de expulzare clinică - Veceuri adecvate
Recuperarea	- Șervețele sanitare sau vată - Analgezice - Antibiotice - Informații privind asistența individuală după procedură - Informații și mijloace de contracepție post-avort și/sau informații despre accesul la serviciile specializate	- Echipament pentru măsurarea tensiunii arteriale - Stetoscop
În caz de complicații	- Mijloace adecvate de neutralizare a efectului medicamentelor pentru atenuarea durerii - Uterotonice (ocitocina, misoprostolul sau ergometrina) - Linie de administrare intravenoasă și lichide administrate pe cale intravenoasă (soluție salină, lactat de sodiu, glucoză) - Mecanisme clare de transfer al pacientelor la instituții medicale de nivel superior, în caz de necesitate	- Pungi cu oxigen și dispozitive de ventilare pulmonară manuală - Acces la aparate de ultrasonografie în cadrul instituției (opțional) - Ac chirurgical și ață pentru suturare - Foarfece - Dispozitiv de tamponare uterină

3.4.1.1 Echipamente, materiale și medicamente esențiale

În majoritatea cazurilor instrumentarul, preparatele și materialele necesare pentru aspirarea vacuum (manuală sau electrică) și pentru avortul medicamentos (vezi Tabelul 3.1) sunt aceleași ca și în cazul altor servicii ginecologice.

Trecerea la aspirarea vacuum cu canule de plastic depinde de aprobarea oficială a procedurii și accesibilitatea instrumentelor. În cazurile în care instrumentele pentru aspirarea vacuum manuală nu sunt aprobate în calitate de instrumente medicale trebuie depuse eforturi pentru a le include în lista standard de instrumente medicale aprobată de guvern.

În general, aceste instrumente și medicamente trebuie incluse în sistemele obișnuite de planificare, elaborare a bugetului, achiziționare, distribuție și gestionare. Criteriile conform cărora trebuie selectate instrumentele sunt: calitatea, durabilitatea, costul și capacitatea sistemului de a asigura disponibilitatea permanentă și întreținerea pe parcursul timpului. Ca și în cazul oricăror altor medicamente, mifepristonul și misoprostolul, care sunt necesare pentru avorturile medicamentoase, trebuie procurate de la producătorii care respectă bunele practici de producere.

Instrumentele pentru aspirare vacuum manuală pot fi de folosință unică sau multiplă. În contextele care prevăd folosirea în repetate rânduri a instrumentelor trebuie achiziționate instrumente care rezistă la folosire multiplă, curățare și dezinfectare de înalt nivel sau sterilizare, precum și disponibilitatea stocului de materiale necesare pentru dezinfectare/sterilizare. Instrumentele de unică folosință trebuie eliminate cu precauție, pentru a evita riscurile la care ar putea fi expus personalul instituției și populația. Echipamentul care poate fi folosit în multiple rânduri este mai puțin costisitor, dar necesită respectarea cu strictețe a procedurilor de curățare și dezinfectare (vezi Capitolul 2).

3.4.1.2 Cerințe de reglementare cu privire la medicamente și dispozitive

Fiecare stat are cerințe de reglementare specifice ce vizează înregistrarea și importul medicamentelor și echipamentului medical, cum ar fi instrumentele pentru aspirarea vacuum manuală. Totodată, *Lista-model a preparatelor medicale esențiale* aprobată de OMS, care a fost adaptată de numeroase state în calitate de listă națională a medicamentelor esențiale, include mifepristonul și misoprostolul pentru avorturi medicamentoase prin metoda combinată, misoprostolul pentru tratarea avorturilor incomplete și avorturilor spontane, analgezicele nenarcotice, cum ar fi agenții antiinflamatori nesteroidieni (de exemplu ibuprofenul), tranchilizantele (de exemplu diazepamul) și anestezicele locale (de exemplu lidocaina) (25). Includerea în lista națională de medicamente esențiale înseamnă, de obicei, că medicamentul este înregistrat și disponibil pe teritoriul țării. În statele unde medicamentul nu este înregistrat autoritățile permit uneori importul prin *Schema de certificare a calității produselor farmaceutice în circulație comercială internațională* a OMS (26).

Produsele incluse în Tabelul 3.1 care sunt folosite pentru prestarea serviciilor de avort trebuie incluse în programul național de gestionare logistică a materialelor medicale și să fie disponibile tuturor prestatorilor de servicii de sănătate care acordă servicii de avort.

3.4.2 Asigurarea gradului adecvat de calificare și performanță a prestatorilor de servicii de avort

3.4.2.1 Calificarea și formarea profesională a prestatorilor de servicii de avort

Prestatorii de servicii de sănătate care realizează proceduri de aspirare vacuum pentru a trata avorturile incomplete pot învăța cum să folosească această tehnică pentru inducerea

avortului cu instruire suplimentară minimă. Specialiștii respectivi pot fi instruiți, de asemenea, cum să realizeze avorturi medicamentoase.

Pe lângă dezvoltarea abilităților practice, în cadrul instruirii specialiștii vor participa la exerciții de clarificare a valorilor, pentru a-i ajuta să facă diferență între opiniile și atitudinile personale și nevoile femeilor care solicită servicii de avort (27). Clarificarea valorilor este un exercițiu care demonstrează cum valorile personale pot influența modul în care prestatorii de servicii interacționează cu femeile care au nevoie de avort. În pofida intențiilor specialiștilor de a fi obiectivi, opiniile negative și prejudecățile cu privire la avort și femeile care optează pentru avort adeseori influențează discernământul profesional și calitatea asistenței (28, 29).

Uneori pentru asigurarea disponibilității serviciilor de avort legale, fără riscuri pentru toate femeile care au dreptul la aceste servicii este necesară instruirea personalului de nivel mediu al instituțiilor de sănătate (30-34). Studiile comparative nu au atestat diferențe în ratele de incidență a complicațiilor pentru femeile supuse avortului în primul trimestru de sarcină prin aspirare vacuum manuală efectuată de către personalul de nivel mediu și femeile supuse procedurii executate de medic (6). Prestatorii de servicii de asistență legată de avort trebuie să beneficieze de cursuri de formare profesională periodice pentru a asigura menținerea abilităților la nivelul necesar pentru ca personalul să-și realizeze atribuțiile de serviciu conform standardelor cu privire la asistența legată de avort.

3.4.2.2 Programe de instruire

Ca pentru orice intervenție legată de sănătate, programele de formare cu privire la avort trebuie să se bazeze pe competențe și să se desfășoare în instituțiile care dispun de fluxuri de pacienți suficiente pentru ca toți participanții la instruire să poată învăța din practică, inclusiv să poată învăța cum să trateze complicațiile survenite în urma avortului. În

plus, programele de formare trebuie să vizeze și atitudinea și convingerile specialiștilor referitor la sănătatea sexuală și reproductivă, inclusiv la avortul provocat, protecția vieții private și asigurarea confidențialității, tratarea tuturor femeilor cu demnitate și respect, acordarea atenției speciale nevoilor adolescentelor, femeilor care au fost violate și femeilor care pot fi vulnerabile din alte motive legate de sănătate sau de circumstanțele socioeconomice.

Instruirea personalului medical cu privire la procedurile clinice noi sau actualizate poate fi un instrument eficace pentru schimbarea practicilor. Totodată, doar instruirea nu este suficientă. Personalul instruit are nevoie de susținere și după instruire, la aplicarea în practică a abilităților însușite. Personalul are nevoie de un mediu de lucru în care sunt disponibile medicamentele, echipamentele, există condiții de remunerare și dezvoltare profesională adecvate, pentru a facilita prestarea unor servicii de avort fără riscuri. De asemenea, lucrătorii medicali au nevoie de supraveghere și control în condiții de susținere și facilitare, pentru a asigura respectarea standardelor și recomandărilor. Lista curriculumului recomandat pentru toți lucrătorii medicali care acordă servicii de avort este prezentată în Caseta 3.2.

3.5 Monitorizarea, evaluarea și perfecționarea calității

Ca și în cazul tuturor serviciilor de sănătate, asigurarea asistenței de calitate după avort depinde de existența unor procese eficiente de monitorizare, evaluare, asigurare și îmbunătățire a calității. Colectarea datelor statistice corecte, monitorizarea și evaluarea de rutină la nivel de instituție de sănătate constituie o parte componentă cheie a managementului de program. Comentariile bazate pe analiza acestor date oferă informația necesară pentru înlesnirea accesului la servicii de sănătate, menținerea și îmbunătățirea calității acestor servicii.

CASETA 3.2

Recomandări privind programa de instruire pentru prestatorii de servicii de avort

Informații generale privind prestarea serviciilor de avort:

- prevederi legale, de reglementare și de politici;
- consecințele pentru sănătate a avorturilor nesigure;
- responsabilitatea etică de a realiza avortul (sau de a transfera pacienta altui specialist, dacă există);
- refuz din motive de conștiință de a realiza procedura de avort și de a trata complicațiile survenite în urma avorturilor în lipsa siguranței;
- standarde și recomandări naționale cu privire la asistența legată de avort;
- drepturile omului legate de avorturile fără riscuri.

Consilierea și interacțiunea dintre pacient și specialist:

- clarificarea atitudinilor și opiniilor prestatorului de servicii medicale cu privire la avort;
- confidențialitatea și protecția vieții private;
- abilitățile de comunicare interpersonală și de consiliere;
- informație cu privire la procedura de avort și contracepție;
- probleme și riscuri asociate cu HIV și cu alte infecții transmisibile pe cale sexuală;
- luarea în considerație a nevoilor tuturor femeilor, inclusiv ale adolescentelor, femeilor sărace, reprezentantelor minorităților etnice, femeilor strămutate sau refugiate, femeilor cu dizabilități, femeilor care au supraviețuit în urma violului, femeilor infectate cu HIV sau cu alte infecții transmisibile pe cale sexuală;
- recunoașterea semnelor care sugerează că femeia a fost supusă actelor violente și acordarea sfaturilor pentru a o ajuta să obțină acces la consiliere și la servicii suplimentare;
- luarea deciziilor informate.

Abilități clinice:

- noțiuni de anatomie și fiziologie în contextul sarcinii și avortului;
- examinarea înainte de procedură (de exemplu istoricul medical, examenele medicale, stabilirea vârstei de gestație);
- teste pentru identificarea infecțiilor transmisibile pe cale sexuală;
- dilatarea cervicală;
- evacuarea conținutului cavității uterine;
- prevenirea infecțiilor;
- controlul durerii;
- recunoașterea și soluționarea complicațiilor survenite în urma avortului;
- managementul și asistența după avort, inclusiv furnizarea informațiilor privind contracepția, consilierea în domeniul contracepției și mijloacelor de contracepție;
- criterii pentru transferul pacientei în grija altui specialist și procedurile aferente.

Probleme de ordin administrativ/managerial și asigurarea calității:

- organizarea serviciilor pentru a asigura eficiența gestionării fluxului de paciente, respectând, totodată, principiul protecției vieții private și confidențialității;
- evidența și raportarea statisticii cu privire la serviciile de avort;
- practici pentru protecția vieții private și asigurarea confidențialității;
- aranjamente logistice, gestionarea echipamentului și inventarului;
- monitorizarea, evaluarea și îmbunătățirea/asigurarea calității;
- mecanisme pentru transmiterea eficientă a pacientelor în grija altor specialiști și pentru transportarea pacientelor;
- standardele de supraveghere.

3.5.1 Monitorizarea

Monitorizarea ține de supravegherea proceselor care au ca scop acordarea serviciilor, inclusiv a schimbărilor care survin cu timpul. Monitorizarea în regim de rutină poate ajuta conducătorilor și supervisorilor să identifice și să soluționeze sau să evite problemele înainte ca ele să se agraveze sau să devină greu de controlat. O bună monitorizare include solicitarea opiniilor prestatorilor de servicii, care pot veni cu recomandări importante pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale. Sistemul de monitorizare bine gândit le permite conducătorilor instituțiilor medicale și supervisorilor să comenteze problemele existente în discuțiile cu angajații și să implice angajații în procesul participativ de implementare a soluțiilor. La nivel de instituție mecanismele de monitorizare a serviciilor includ analiza statisticii, cazurilor din practică, fișelor de evidență, precum și observarea, fișele de control, evaluări la nivel de instituție, analize ale cazurilor de deces matern și cazurilor cu complicații extrem de grave, colectarea opiniilor beneficiarilor de servicii pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale. Datele statistice colectate referitor la avorturi includ: vârsta și numărul femeilor care au trecut prin procedura de avort provocat, prin ce metode (aspirare vacuum, avort medicamentos, dilatare și evacuare) și vârsta de gestație a sarcinii.

Monitorizarea indicatorilor naționali cu privire la avorturile fără riscuri este importantă, dar a fost neglijată, în mare parte (35). Introducerea indicatorilor specifici referitor la avorturi și evidenței statistice a serviciilor de avort trebuie realizată în contextul monitorizării programului național de sănătate maternă și reproductivă. Datele la nivel de instituții de sănătate cu privire la serviciile de avort pot fi integrate în sistemele informaționale de management existente (de exemplu, formulare, cataloage de evidență, fișe de evidență a stocurilor de materiale, fișe de control, fișele pacientelor, registrele de activitate zilnică). Această opțiune este preferabilă creării unor sisteme separate de colectare a datelor (36, 37). Indicatorii OMS pentru asistența legată de avorturile fără riscuri (38) sunt prezentați în Tabelul 3.2.

3.5.2 Asigurarea calității și îmbunătățirea calității

Asigurarea și îmbunătățirea calității includ procese planificate și sistematice de identificare a rezultatelor măsurabile bazate pe standardele și recomandările naționale și pe punctele de vedere ale beneficiarilor și prestatorilor de servicii de sănătate în baza datelor colectate, care reflectă în ce măsură sunt atinse obiectivele scontate, formulând comentarii pentru managerii de programe și prestatorii de servicii. Procesele care au ca scop îmbunătățirea calității trebuie să identifice și să-și propună să elimine barierele la nivel individual și organizațional pentru a asigura o bună calitate a serviciilor de sănătate (39-41). În cazul asistenței medicale legate de avort obiectivul este promovarea schimbărilor pentru îmbunătățirea continuă, ca parte a menținerii calității înalte, a serviciilor care corespund nevoilor prestatorilor de servicii de sănătate și nevoilor legate de sănătatea și drepturile femeilor. Îmbunătățirea calității presupune monitorizarea permanentă a procesului de prestare a serviciilor în regim de lucru, a calității muncii specialiștilor și a rezultatelor înregistrate de pacienți, precum și evaluări periodice efectuate la nivel de instituție de sănătate (42).

3.5.3 Evaluarea

Evaluarea sistematică a procesului de prestare a serviciilor și rezultatelor înregistrate este esențială. Evaluarea complexă se bazează pe surse de date multiple, inclusiv pe statistica privind serviciile respective, pe opiniile prestatorilor de servicii de sănătate și ale femeilor și comunităților care beneficiază de serviciile acestora, precum și pe evidența financiară. Evaluatorii programului pot să se concentreze asupra a trei domenii-cheie legate de politici, programe și servicii: accesul, disponibilitatea și calitatea asistenței. În Caseta 3.3 sunt prezentate exemple de tematici și întrebări care pot fi analizate în cadrul evaluării periodice. Răspunsurile la aceste întrebări pot oferi informații care vor permite factorilor de decizie și managerilor de programe să înțeleagă mai bine și să depășească barierele existente în calea accesului și îmbunătățirii calității serviciilor de asistență.

Tabelul 3.2. Indicatorii privind asistența pentru realizarea avorturilor fără riscuria^a

Regiune	Indicator	Tipul măsurărilor	Tipul indicatorului (de bazăb, aferentc)	Sursa datelor
Acces: existență	Numărul instituțiilor care prestează servicii de avort în condiții de siguranță la 500 000 de persoane	Rata	Suplimentar	Sistemul informațional în domeniul sănătății
	Specialiști calificați să presteze servicii de avort fără riscuri, în deplină concordanță cu legea	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (instituția)
	Populația care locuiește la, cel mult, 2 ore distanță de instituția care prestează servicii de avort în condiții de siguranță	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (populația)
Acces: informație	Populația care cunoaște corect statutul legal al procedurii de avort	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (populația)
	Personal medical care cunoaște corect statutul legal al procedurii de avort	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (instituția)
Acces: calitate	Puncte de prestare a serviciilor care aplică metodele recomandate de OMS la inducerea avorturilor	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (instituția)
	Puncte de prestare a serviciilor care aplică metodele recomandate de OMS la soluționarea complicațiilor legate de avort	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (instituția)
Rezultat / impact	Internări în secția obstetrică sau ginecologie din cauza avortului	Cota, în procente	De bază	Sistemul informațional în domeniul sănătății
	Rata de spitalizare pentru avorturile în lipsa siguranței la 1000 de femei	Rata	Suplimentar	Sistemul informațional în domeniul sănătății
	Avorturi la 1000 de nașteri de nou-născuți vii	Raport	De bază	Sistemul informațional în domeniul sănătății/ sondaj (populația)
	Decese materne în urma avorturilor	Cota, în procente	De bază	Sistemul informațional în domeniul sănătății/ sondaj (special) / înregistrarea indicatorilor de vitalitate

^a Alți indicatori relevanți privind asigurarea accesului universal la asistență pentru sănătatea reproductivă sunt prezentați în sursa de referință 38.

^b Indicatori care trebuie să fie prezentați de toate statele, în mod obligatoriu.

^c Indicatorii care pot fi raportați de state, având în vedere nevoile lor specifice, caracteristicile contextuale și capacitățile lor (de exemplu când rata de acoperire pentru culegerea datelor de bază este înaltă).

Tabel adaptat în baza datelor din sursa bibliografică 38.

CASETA 3.3

Întrebări și probleme care pot fi analizate în cadrul evaluării periodice a serviciilor de avort

Aceste întrebări și probleme sunt formulate exclusiv pentru scopuri de evaluare; vezi recomandările relevante ale OMS în Capitolele 2, 3 și 4.

Acces la servicii de avort în condiții de siguranță

Care sunt motivele legale pentru inducerea avortului?

- la cerere;
- motive de ordin socioeconomic;
- motive de sănătate (nespecificate; conform definiției OMS; condiții specifice);
- motive legate de sănătatea mintală (nespecificate sau cu condiții specifice);
- motive legate de sănătatea fizică (nespecificate sau cu condiții specifice);
- viol;
- incest;
- salvarea vieții.

Care sunt costurile avorturilor pentru femei?

- taxe oficiale:
 - o taxe percepute de prestatorul de servicii;
 - o taxe percepute de instituția medicală;
- plăți informale prestatorilor de servicii de sănătate;
- costuri de transport;
- costuri de cazare;
- costuri neplanificate;
- polița de asigurare medicală privată;
- polița de asigurare medicală obligatorie.

Este necesară obținerea acordului părților terțe înainte de efectuarea avortului?

- acordul părinților/tutorilor/soțului sau al partenerului;
- acordul comisiilor medicale;
- acordul mai multor specialiști sau medici.

Disponibilitatea serviciilor de avort fără riscuri

Există suficiente instituții care acordă asistență în condiții de siguranță femeilor care solicită efectuarea avortului?

- numărul instituțiilor care prestează servicii de avort fără riscuri la 500 000 de persoane.

Care sunt costurile pentru instituția care acordă asistență pentru servicii de avort fără riscuri?

- timpul specialiștilor;
- dotare/instrumente și materiale;
- medicamente;
- instruire la locul de muncă;
- alte cheltuieli capitale sau periodice.

Ce date statistice referitor la avorturi sunt disponibile?

- numărul total de internări cu probleme obstetricale/ginecologice;
- numărul total de avorturi provocate;
- numărul total de complicații imediate și tardive
- rata complicațiilor care au necesitat spitalizare;
- numărul total de prezentări cu complicații (în urma avorturilor spontane sau avorturilor nesigure

Ce metode de avort sunt disponibile și sunt utilizate?

Pentru sarcini cu vârsta de gestație mai mică de 12-14 săptămâni:

- aspirarea vacuum;
- administrarea combinată a mifepristonului și misoprostolului;
- administrarea doar a misoprostolului;
- dilatarea și chiuretajul.

Pentru sarcini cu vârsta de gestație mai mare de 12-14 săptămâni:

- dilatarea și evacuarea;
- administrarea combinată a mifepristonului și misoprostolului;
- administrarea doar a misoprostolului;
- instilație de soluție salină hipertonică;
- administrarea lactatului de etacridină.

Calitatea asistenței

Prestatorii de servicii de avort au calificarea necesară pentru a realiza avorturi fără riscuri?

- confirmarea existenței sarcinii;
- estimarea vârstei de gestație;
- tehnica adecvată pentru realizarea procedurii chirurgicale;
- metoda adecvată de control al durerii;
- regimul adecvat de avort medicamentos;
- control ulterior adecvat.

Se respectă de rutină bunele practici pentru prevenirea infecțiilor?

- măsurile de precauție standard sunt respectate de rutină;
- metodele chirurgicale se aplică prin tehnica corectă;
- instrumentele folosite sunt păstrate inițial în soluție dezinfectantă;
- curățarea instrumentelor;
- dezinfectarea la înalt nivel sau sterilizarea instrumentelor medicale;
- administrarea profilactică a antibioticelor în cazul metodelor chirurgicale de avort.

Ce opțiuni de control al durerii sunt disponibile și ce mijloace de atenuare a durerii sunt puse la dispoziția pacienților?

- tehnici de relaxare verbale;
- analgezice;
- anestezie locală;
- anestezie parțială;
- anestezie generală.

Ce mijloace de contracepție sunt disponibile și care din ele sunt puse la dispoziția pacienților?

- mijloace de barieră:
 - prezervative;
 - bariere cervicale;
- metode bazate pe identificarea ovulației

- mijloace hormonale:
- pilule contraceptive
 - inel vaginal;
 - plasture contraceptive;
 - contraceptive injectabile;
 - implanturi contraceptive;
- dispozitive intrauterine;
- sterilizare;
- mijloace de contracepție de urgență.

Ce materiale informative, educaționale și de comunicare sunt disponibile și ce informație este pusă la dispoziția femeii în regim de rutină?

- în legătură cu procedura;
- în legătură cu asistența ulterioară;
- cu privire la contracepție;
- în legătură cu alte nevoi.

Se oferă consiliere?

- în legătură cu procedura;
- în legătură cu asistența ulterioară;
- cu privire la contracepție;
- în legătură cu alte nevoi.

Serviciile sunt gestionate în mod eficace și eficient?

- instruirea la locul de muncă în mod regulat;
- există supraveghere adecvată;
- există finanțare suficientă;
- se procură, se distribuie și se stochează suficiente instrumente, medicamente și materiale;
- există sisteme informaționale adecvate în domeniul sănătății;
- există mecanisme pentru îmbunătățirea/asigurarea calității;
- există mecanisme pentru monitorizarea și evaluarea serviciilor.

Există un sistem adecvat de transfer al pacientelor în grija altor specialiști în caz de:

- avort provocat (în special în cazurile când personalul refuză să presteze servicii, din motive de conștiință);
- tratare a complicațiilor;
- contracepție;
- infecții ale tractului genital;
- violență bazată pe apartenența la un anumit gen.

Este asigurată protecția tuturor aspectelor vieții private a femeii în legătură cu avortul?

- izolare pentru perioada examenului medical și procedurii ca atare;
- izolare sonoră pe parcursul consilierii, examenului medical și procedurii ca atare;
- personalul neindispensabil părăsește sala pe durata procedurii;
- oferirea opțiunii de administrare a misoprostolului la domiciliu, ulterior administrării mifepristonului;
- toalete individuale adecvate;
- semnalizare discretă care indică unde se acordă serviciile de avort.

Este protejat dreptul la confidențialitate al femeii în legătură cu avortul?

- acces restricționat la documentele de evidență medicală;
- păstrarea confidențialității informației cu privire la toate femeile, inclusiv la adolescente.

Întârzieri minime în privința femeilor care solicită asistență?

- nu există perioade de așteptare obligatorii;
- este necesar timp între momentul solicitării procedurii și momentul programării procedurii;
- timp de așteptare în legătură cu procedura;
- durata totală a timpului petrecut la spital/clinică.

Există alte bariere potențiale în calea prestării serviciilor?

- cerințe privind obligativitatea testelor HIV și a altor teste clinice, care nu sunt bazate pe indicații clinice;
- consilierea obligatorie ce depășește limitele oferirii informației adecvate relevante cu referire la asistență în caz de avort;
- cerința privind obligativitatea examenului ultrasonografic înainte de avort;
- cerința ca femeile să asculte bătăile inimii fătului înainte de avort;
- cerința de a include informația privind avortul provocat în fișa de evidență medicală permanentă, situație în care nu poate fi garantată confidențialitatea.

Serviciile de avort din perspectiva femeilor

- Medicii și personalul clinicii au avut o atitudine binevoitoare și profesională?
- A fost oferită suficientă informație cu privire la procedură, contracepție și controlul ulterior?
- Femeia a avut posibilitatea să pună întrebări?
- Femeia a primit răspunsuri adecvate la întrebările sale?
- A fost protejat dreptul la viața privată?
- Femeia ar recomanda instituția de sănătate respectivă altor persoane?
- Femeia ar recomanda specialistul respectiv altor persoane?

Serviciile de avort din perspectiva specialiștilor

- Modul de organizare și prestare a serviciilor de avort corespunde standardelor bazate pe dovezi?
- Calitatea asistenței este corespunzătoare?
- Cum ar putea fi sporit gradul de satisfacție în legătură cu locul de muncă?
- Susținerea din partea supervisorilor este adecvată?
- Stimulente de la locul de muncă (de exemplu, salariul, plata pentru servicii, oportunitățile de dezvoltare în plan profesional) sunt suficiente?

3.6 Finanțarea

Bugetul pentru finanțarea serviciilor de sănătate trebuie să includă resurse suficiente pentru acoperirea următoarelor costuri:

- echipamente, medicamente și materiale necesare pentru prestarea serviciilor de avort fără riscuri;
- costuri de personal (om/ore);
- programe de instruire și supervizare;
- modernizarea infrastructurii;
- evidență;
- monitorizare și evaluare.

În măsura în care programul cu privire la avorturi poate fi integrat în programul național pentru sănătatea mamei și sănătatea reproductivă, costurile marginale ale creării sau îmbunătățirii serviciilor de avort vor fi minimizate. În general, pentru prestarea serviciilor de avort sunt necesare puține abilități speciale, medicamente, echipamente sau materiale suplimentare celor care trebuie deja să fie disponibile pentru asistența obstetricală și ginecologică de urgență.

3.6.1 Costuri pentru instituție sau pentru sistemul de sănătate

Acordarea serviciilor de avort fără riscuri este considerabil mai puțin costisitoare decât tratamentul complicațiilor survenite în urma avorturilor nesigure (43-47). Costurile procedurilor de avort prin aspirare vacuum rareori includ investiții capitale, de regulă, modeste, cum ar fi procurarea unui aparat de aspirare sau a echipamentului pentru aspirare vacuum manuală, a unei mese pentru examenul medical, a unui sterilizator cu aburi sau a unei autoclave, repararea sălilor de așteptare, consultație și recuperare și a camerelor de baie. Costurile periodice sunt cele asociate cu procurarea instrumentelor și materialelor, al căror stoc trebuie reînnoit în mod regulat, cum ar fi canulele pentru aspirarea vacuum manuală, soluțiile antiseptice și dezinfectanții de înalt nivel folosiți la dezinfectarea instrumentelor, medicamentele

pentru atenuarea durerii, prevenirea infecțiilor și pentru avort medicamentos.

Deciziile cu privire la gama de metode de avort oferite și modul de organizare a serviciilor influențează direct costul de prestare a serviciilor și accesibilitatea lor din punct de vedere financiar. Două aspecte de ordin organizațional au o importanță deosebită: preferința pentru utilizarea aspirării vacuum, nu a dilatării și chiuretajului, și informarea femeilor despre necesitatea de a solicita inducerea avortului cât mai devreme.

- Trecerea de la metoda de dilatare și chiuretaj la metodele de aspirare vacuum și avort medicamentos prezintă mai puține riscuri pentru femei și pot reduce costurile pentru sistemul de sănătate (23, 24). *Aspirarea vacuum poate fi efectuată de către personalul medical de nivel mediu în cabinetul medical sau în sala de examinare, pe când procedura de dilatare și chiuretaj este deseori efectuată de către un medic în sala de operații. În afară de aceasta, de regulă, pentru aspirarea vacuum sunt necesare mai puține medicamente pentru atenuarea durerii decât pentru procedura de dilatare și chiuretaj (23, 47, 48).*
- Dacă sistemul de sănătate este eficient în informarea femeilor despre necesitatea de a solicita inducerea avortului la o vârstă de gestație cât mai redusă, sporește rata procedurilor puțin costisitoare, iar rata procedurilor mai costisitoare care sunt folosite pentru vârste de gestație mai avansate descrește. De pildă, introducerea metodei de administrare combinată a mifepristonului, urmat de misoprostol, este asociată cu schimbarea preferințelor femeilor în favoarea avorturilor realizate la vârste de gestație mai mici (49, 50). Posibilitatea de administrare a misoprostolului la domiciliu aduce un grad mai mare de flexibilitate pentru femeie și reduce gradul de implicare a personalului și de utilizare a capacităților instituției medicale. De asemenea, aceasta permite acordarea serviciilor la niveluri mai inferioare ale sistemului de sănătate, amplasate mai aproape de domiciliul femeilor, fapt ce contribuie la reducerea cheltuielilor de transport și de timp.

3.6.2 Asigurarea accesibilității serviciilor din punct de vedere financiar

În multe situații nu există sisteme naționale de asigurare obligatorie de asistență medicală sau aceste sisteme nu acoperă o mare parte a populației sau în pachetul de servicii asigurate nu sunt incluse avorturile. Deseori se face uz de alte surse de finanțare a serviciilor de sănătate, inclusiv solicitarea contribuțiilor din partea persoanelor fizice care apelează la serviciile sistemului de sănătate. OMS recomandă colectarea plăților pentru serviciile de sănătate de la persoanele fizice în calitate de plăți în avans, nu la momentul prestării serviciilor (51). Totuși, în multe cazuri pacienților li se cere să achite taxe, fapt ce constituie o barieră importantă în calea accesului la servicii a femeilor sărace și a adolescentelor. În afară de aceasta, în unele cazuri se așteaptă ca femeile care solicită servicii de avort să achite sume substanțiale informale (taxe impuse de medici suplimentar plăților încasate prin sistemul oficial de plăți). Pentru multe femei aceste costuri, îmbinate cu cheltuielile de transport, cu costul oportunităților pierdute (cum ar fi șansa pierdută de muncă contra plată pe parcursul orelor respective) constituie o barieră. Bariera sub formă de costuri înalte pentru femei poate genera costuri mai mari pentru sistemul de sănătate, dat fiind că va crește numărul de femei care vor încerca să-și provoace avort sau care vor apela la serviciile unor persoane necalificate, în urma cărora vor fi necesare spitalizarea și tratamentul complicațiilor grave (52, 53).

Respectul, protecția și asigurarea drepturilor omului presupun asigurarea accesului femeilor la servicii de avort legale, indiferent de capacitatea lor de plată. Mecanismele de finanțare existente trebuie să asigure accesul echitabil la servicii de calitate înaltă (54). *În cazurile când avorturile se realizează contra plată aceasta trebuie ajustată la nivelul pe care și-l poate permite femeia și trebuie să existe proceduri pentru a scuti de plată femeile sărace și adolescentele. Pe cât este posibil, serviciile de avort trebuie să fie acoperite de polița de asigurare medicală obligatorie. Nu este admisibilă*

amânarea sau refuzul de a realiza avortul pe motiv că femeia nu este capabilă să plătească. Mai mult, în toate instituțiile trebuie să fie prevăzute proceduri pentru a asigura inadmisibilitatea perceperii plăților informale de către angajați.

3.7 Procesul de planificare și gestionare a asistenței pentru avorturile fără riscuri

Crearea serviciilor de avort sau consolidarea accesului și calității asistenței în cazul serviciilor de avort existente la nivel național sau local, în condiții legale trebuie promovată de părțile interesate dedicate și implicate care pot da dovadă de calitate dezvoltată de lider, care pot identifica și recruta alte părți interesate și mobiliza fonduri și asistență tehnică pentru a sprijini o gamă largă de activități. În mod ideal, principalii promotori ar trebui să fie Ministerul Sănătății sau alte instituții cu putere de a influența și mobiliza activitatea de reformare la nivel național. Printre părțile interesate importante se numără: reprezentanți ai altor ministere sau departamente, cum ar fi Ministerul Educației, instituția abilitată în domeniul promovării egalității de gen și de șanse, Ministerul Justiției, Ministerul Administrației Publice Locale, Ministerul Muncii, Ministerul Tineretului și Sportului, universitățile de medicină, asociațiile profesionale ale lucrătorilor din domeniul sănătății, în special cele ale ginecologilor obstetricieni, dar și cele ale medicilor de familie, ale asistentelor medicale, moașelor și farmaciștilor, ale altor cadre angajate în sistemul public de sănătate, promotori pentru asigurarea sănătății femeii, organizațiile non-guvernamentale (pentru femei, tineri, sănătate, drepturile omului), alți reprezentanți relevanți ai societății civile și partenerii-cheie de dezvoltare (55).

În continuare sunt prezentate principiile de baza ale procesului de îmbunătățire a accesului și calității asistenței legate de avort. Procesul trebuie conceput și promovat în mod activ de reprezentanții influenți ai țării, bazat pe dovezi, inclusiv din diverse perspective, participativ, bazat pe respectarea principiilor de egalitate de sex și gen și de nediscriminare, pe respectarea drepturilor omului și pe rolul-cheie al sănătății (55).

Consolidarea serviciilor de avort constituie o sarcină complexă și dificilă atât din punctul de vedere al politicilor, cât și din punct de vedere managerial, pe lângă faptul că este o sarcină clinică sau tehnică. O metodologie aplicată cu eficacitate este *Abordarea strategică a consolidării politicilor și programelor de sănătate reproductivă și sexuală (55-60)*. Abordarea strategică începe cu crearea unei comisii de evaluare a situației care întrunește reprezentanții unei game largi de părți interesate, după cum s-a menționat, care efectuează evaluarea situației din teren pentru a identifica și clasifica după gradul de prioritate nevoile ce țin de accesul la servicii de avort și contracepție, disponibilitatea și calitatea asistenței. În baza concluziilor și recomandărilor comisiei de evaluare, la scară mică se implementează un set de intervenții de politici și programe pentru a colecta dovezi la nivel local privind fezabilitatea, eficacitatea și acceptabilitatea intervențiilor. Dacă intervențiile se soldează cu succes, zona de acoperire se extinde pentru a asigura un impact mai mare.

Indiferent de metodele aplicate, este important ca măsurile de consolidare a politicilor și serviciilor să se bazeze pe o înțelegere profundă a sistemului de prestare a serviciilor, a nevoilor prestatorilor de servicii, a nevoilor femeilor și a contextelor social, cultural, juridic, politic și economic. De asemenea, este important să se țină cont de diversele puncte de vedere asupra problemei date. Aceasta va asigura acceptarea pe larg a recomandărilor și planurilor bazate pe rezultatele evaluării și, respectiv, va spori probabilitatea implementării lor. Este deosebit de important să se țină cont de punctul de vedere al beneficiarilor actuali și potențiali, deoarece ei sunt cei care identifică în modul cel mai eficace barierele în calea utilizării serviciilor. De asemenea, este important ca evaluarea să includă o analiză a accesului general al populației la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă, precum și evaluarea accesului populației la informații despre contracepție, la servicii de consiliere cu privire la contracepție și la mijloacele de contracepție, deoarece acestea sunt factorii determinanți pentru incidența sarcinilor neplanificate.

3.7.1 Evaluarea situației curente

Contextul local cu privire la necesitatea îmbunătățirii asistenței legate de avort variază considerabil în ceea ce privește amploarea, de la nivel de sistem până la instituții de sănătate, și în ceea ce privește domeniile specifice care necesită consolidare. Modalitățile de îmbunătățire a asistenței legate de avort la nivel de instituție sunt prezentate în Secțiunea 3.5.2. La nivelul sistemului de sănătate național, primul pas în evaluarea situației curente cu privire la sarcinile nedorite și avorturi implică colectarea și analiza informațiilor existente cu privire la următoarele aspecte:

- prevederile legislative cu privire la sexualitate, contracepție și avort;
- tratatele cu privire la drepturile omului ratificate;
- acces la mijloace de contracepție și disponibilitatea lor;
- educația sexuală;
- standarde și recomandări cu privire la prestarea serviciilor;
- curriculumul instituțiilor de învățământ medical și alte domenii relevante;
- disponibilitatea dispozitivelor și medicamentelor necesare pentru avort;
- date statistice în domeniul sănătății, la nivel de instituție și la nivel național;
- sondaje în domeniul sănătății reproductive/demografice;
- cercetări științifice relevante;
- sistemul de asigurare a asistenței de sănătate sau alte măsuri menite să reducă cheltuielile personale în caz de avort.

După o compilare și analiză aprofundată a informației existente comisia de evaluare poate elabora recomandări cu privire la procesul de dezbateri pentru a fi utilizate în interacțiunile cu factorii de decizie, cu prestatorii de servicii de sănătate, cu femeile și cu alți membri ai comunității respective. Modelul de chestionar pentru evaluarea pe teren poate include întrebări cu privire la modalitățile de consolidare a politicilor, programelor și serviciilor pentru:

- prevenirea sarcinilor nedorite;
- îmbunătățirea accesului la serviciile de avort fără riscuri;

- îmbunătățirea calității asistenței legate de avort.

Explorarea detaliată a fiecărei dintre aceste întrebări va permite comisiei să identifice nevoile cele mai stringente care pot fi satisfăcute prin promovarea politicilor și programelor. Există un set de recomandări pentru evaluare pe teren care conține informații mai detaliate cu privire la procesul de efectuare a unei evaluări strategice (61) (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familyplanning/RHR_02_11).

3.7.2 Introducerea intervențiilor pentru consolidarea asistenței în caz de avort

Politicile și intervențiile de program noi trebuie să reflecte cele mai bune practici bazate pe dovezi. O mare parte din dovezi relevante pentru politicile și programele cu privire la avorturi sunt reflectate în recomandările prezentate în publicație. Cu toate acestea, managerii de programe de multe ori doresc să se asigure în baza unor dovezi colectate la nivel local cu privire la fezabilitatea, eficiența, acceptabilitatea și costul de introducere a unor schimbări în politici și programe sau în practica de prestare a serviciilor, înainte de a aloca resurse pentru implementarea acestora pe o scară mai largă. Chiar și atunci când intervențiile se bazează pe cele mai bune practici internaționale acceptate, este probabil că pentru facilitarea extinderii scării de aplicare a intervențiilor vor fi necesare dovezi cu privire la capacitatea de implementare la nivel local și acceptabilitatea în cadrul comunității. În funcție de calitatea dovezilor solicitate de către factorii de decizie, testarea intervenției (intervențiilor) ar putea varia de la simple proiecte-pilot sau proiecte demonstrative până la cercetări mai riguroase referitor la implementare care să încorporeze modele cvasi-experimentale.

3.7.3 Extinderea scării de implementare a intervențiilor de politici și programe

Extinderea scării de implementare presupune extinderea capacității sistemului de sănătate de punere în aplicare a intervențiilor de politici și programe, care și-au demonstrat capacitatea de a îmbunătăți accesul la asistența legată de avort și calitatea acesteia în scopul de a atinge un impact la nivelul întregii populații. Frecvent extinderea scării de implementare

este considerată o problemă de rutină în contextul implementării programelor care nu necesită atenție deosebită. Odată ce pachetul de intervenții s-a dovedit a fi de succes în cadrul unui proiect-pilot sau al unui proiect demonstrativ, se așteaptă că experiența va fi preluată la nivel de sistem de sănătate și răspândită în întreaga țară, în baza presupunerii că succesul în faza de pilotare este suficient pentru a cataliza schimbări pe scară largă. Uneori acest lucru se întâmplă, dar mai frecvent această abordare duce la eșec. Extinderea cu succes a serviciilor respective necesită o abordare sistematică a planificării, gestionării, îndrumării și susținerii procesului prin care intervențiile la nivel de proiecte-pilot vor fi extinse și instituționalizate. De asemenea, în cadrul extinderii intervențiilor sunt necesare resurse umane și financiare suficiente pentru a susține acest proces. Recomandările privind elaborarea strategiilor complexe pentru extinderea intervențiilor și gestionarea procesului dat pot fi obținute de la OMS și prin rețeaua ExpandNet (62-64; <http://www.expandnet.net/tools.htm>; data ultimei vizite: 14 februarie 2013).

În abordările sistematice ale procesului de extindere a intervențiilor se ține cont de faptul că procesul are loc într-un context de complexitate a *lumii reale*, cu jucători și interese numeroase, care deseori intră în conflict. Este esențial să se acorde atenție problemelor de ordin tehnic, dar la fel de importante sunt aspectele de politici, manageriale și de proprietate care intră în joc, deoarece intervențiile pentru îmbunătățirea accesului și calității asistenței medicale de multe ori necesită schimbarea valorilor, precum și a practicilor. Acest lucru este deosebit de relevant pentru o astfel de problemă, cum este avortul fără riscuri.

Sistemele de sănătate sunt adesea limitate în capacitatea de a oferi gama de servicii necesare, conform politicilor actuale, iar integrarea unui nou set de intervenții poate spori presiunile asupra unui sistem deja expus unei poveri serioase. Cu toate acestea, atunci când extinderea intervențiilor se realizează în baza unei abordări sistematice și este susținută prin resurse financiare și umane suficiente, procesul se poate solda cu succes și contribui la atingerea obiectivului de acces universal la serviciile de sănătate reproductivă, inclusiv acces la avort fără riscuri.

Bibliografie

1. Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. Myers JE, Seif MW. Global perspective of legal abortion - trends, analysis and accessibility. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:457-466.
3. Warriner IK et al. Can midlevel healthcare providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155-1161.
4. Kishen M, Stedman Y. The role of advanced nurse practitioners in the availability of abortion services. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:569-578.
5. Jejeebhoy S et al. Can nurses perform MVA as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 2011, 84:615-621.
6. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368 (9551):1965-1972.
7. Shearer JC, Walker DG, Vlassoff M. Cost of postabortion care in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 108:165-169.
8. Bracken H. Family Planning Association of India (FPAI)/ Gynuity Health Projects Research Group for Simplifying Medical Abortion in India. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 108:228-232.
9. Shannon C et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113:621-628.
10. Ngo TD et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
11. Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, World Health Organization, 1995.
12. Sexual and reproductive health care core competencies for primary health. Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Freedman M et al. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 1986, 76:550-554.
14. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3 (2):1-4.
15. Berer M. Provision of abortion by midlevel providers: international policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:58-63.
16. Iyengar SD. Introducing medical abortion within the primary health system: comparison with other health interventions and commodities. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13:13-19.
17. Yarnell J, Swica Y, Winikoff B. Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:61-69.
18. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1-59.
19. *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the*

- Rights of the Child*. Geneva, Committee on the Rights of the Child, 2003 (Report no. CRC/ GC/2003/4).
20. World Health Organization and The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. *Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. Geneva, World Health Organization, 2002.
 21. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182-187.
 22. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87-95.
 23. Johnson BR et al. Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:1443-1453.
 24. Jowett M. Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201-228.
 25. WHO model *list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010
 26. *Model certificate of a pharmaceutical product*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/certification/modelcertificate/en/index.html, accessed 1 September 2011).
 27. Mitchell EMH et al. Building alliances from ambivalence: evaluation of abortion values clarification workshops with stakeholders in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:89-99.
 28. *The abortion option: a values clarification guide for health care professionals*. Washington, DC, National Abortion Federation, 2005.
 29. Turner KL, Chapman Page K. Abortion attitude transformation: a values clarification toolkit for global audiences. Chapel Hill, Ipas, 2008.
 30. Billings D et al. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet- Pelon NJ, eds. *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999:141-158.
 31. Dickson-Tetteh K et al. Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:144-150.
 32. *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. New York, Population Council, 2000.
 33. PRIME postabortion care. Program for International Training in Health (INTRAH). Chapel Hill, University of North Carolina, 2001.
 34. Yumkella F, Githiori F. Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya. Chapel Hill, Program for International Training in Health (INTRAH), 2000.
 35. Healy J, Otsea K, Benson J. Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 95:209-220.
 36. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Geneva, World Health Organization, 2010.
 37. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2009.
 38. World Health Organization, UNFPA. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, World Health Organization, 2008.

39. Mulligan EA. Striving for excellence in abortion services. *Australian Health Review*, 2006, 30:468-473.
40. Foy R et al. Theory-based identification of barriers to quality improvement: induced abortion care. *Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17:147-155.
41. Morrison J. Audit of the care of women requesting induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 23:521-524.
42. EngenderHealth, Ipas. *COPE® for comprehensive abortion care: a toolkit to accompany the COPE handbook*. EngenderHealth Quality Improvement Series. New York, EngenderHealth, 2009.
43. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:158-166.
44. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33:250-257.
45. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (Report no. 59).
46. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 17:120-132.
47. Hu D et al. Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion. *African Journal of Reproductive Health*, 14:85-103.
48. Grimes D et al. Abortion in the seventies. In: *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC - a preliminary report*. Washington, DC, National Abortion Federation, 1977:41-46.
49. Jones R, Henshaw R. mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34:154-161.
50. Finer L, Wei J. Effect of mifepristone on abortion access in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:623-630.
51. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Discussion Paper 1).
52. Duggal R. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12 (24 Suppl.):130-137.
53. Naghma-e-Rehan. Cost of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61:169-172.
54. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, 16-25 May Geneva*, World Health Organization, 2005 (WHA58/2005/REC/1).
55. The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes. Geneva, World Health Organization, 2007.
56. *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization, 1999.
57. Johnson BR, Horga M, Fajans P. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12 (24 Suppl.):184-194.
58. Tsogt B, Kisghgee S, Johnson BR. Applying the WHO Strategic Approach to strengthening first and second trimester abortion services in Mongolia. *Reproductive Health Matters*, 2008, 16 (31 Suppl.):127-134.
59. *Strategic assessment of policy, quality and access to contraception and abortion in the Republic of Macedonia*. Skopje, Republic Institute for Health Protection, 2008.

60. Jackson E et al. A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi. *Reproductive Health Matters*, 2011, 19:133-143.
61. *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization, 2002.
62. World Health Organization, ExpandNet. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Geneva, World Health Organization, 2009.
63. World Health Organization, ExpandNet. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva, World Health Organization, 2010.
64. World Health Organization, ExpandNet. *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and programmatic research for scaling up success*. Geneva, World Health Organization, 2011.

Capitolul 4

CAPITOLUL 4

Considerații de ordin legal și politic

Sumar

Avorturile nesigure constituie una dintre cele patru cauze principale ale morbidității și mortalității materne. Unul dintre motivele existenței avorturilor nesigure este că deseori serviciile de avort fără riscuri nu sunt disponibile, chiar și atunci când acestea sunt legale, pe baza unei serii de indicații, în aproape toate statele.

- Curțile de justiție și organele internaționale, regionale și naționale din domeniul drepturilor omului recomandă tot mai insistent decriminalizarea avorturilor și acordarea asistenței legate de avort pentru a proteja viața și sănătatea femeii, iar în cazuri de viol - în baza plângerii femeii. Este esențial ca legile, chiar și atunci când sunt restrictive, să fie interpretate și puse în aplicare pentru a promova și proteja sănătatea femeii.
- Barierele suplimentare, fie că sunt sau nu consfințite prin lege, deseori împiedică femeile să beneficieze de serviciile pentru care sunt eligibile și contribuie la creșterea ratei avorturilor nesigure. Printre aceste bariere se numără lipsa accesului la informație, solicitarea acordului părților terțe, restricții privind eligibilitatea specialiștilor și instituțiilor medicale care pot oferi în mod legal servicii de avort, incapacitatea de a garanta accesul la servicii accesibile din punct de vedere financiar, incapacitatea de a garanta confidențialitatea și protecția vieții private, acceptarea refuzului specialistului sau instituției medicale de a presta servicii de avort, din motive de conștiință, fără a transfera femeia în grija altor specialiști.
- Este nevoie de un climat favorabil care să permită ca fiecare femeie care cu drept legal să beneficieze de servicii de calitate în caz de avort. Politicile trebuie să vizeze

respectarea, apărarea și exercitarea drepturilor femeilor, obținerea unor rezultate pozitive legate de sănătatea femeilor, furnizarea informației și prestarea serviciilor de contracepție și planificare familială de bună calitate și satisfacerea nevoilor specifice ale femeilor sărace, adolescentelor, supraviețuitoarelor violurilor și femeilor infectate cu HIV.

4.1 Sănătatea femeii și drepturile omului

13% din decesele materne (1) și 20% din numărul total de cazuri de mortalitate și dizabilitate în urma sarcinii și nașterii (2) se datorează avorturilor nesigure. Aproape toate cazurile de deces și probleme de sănătate legate de avorturile nesigure sunt înregistrate în țările în care avortul este limitat cu strictețe de legislație și în practică. În fiecare an aproximativ 47 000 de femei mor din cauza unor complicații în urma avortului nesigur (3). Estimările arată că 5 milioane de femei suferă de incapacitate temporară sau permanentă, inclusiv de infertilitate (4) din aceeași cauză. În cazul în care există puține restricții privind accesul la avort fără riscuri rata de decese și probleme de sănătate legate de avort este cu mult mai joasă (5). În acest capitol este pusă în evidență legătura directă dintre sănătatea femeii și drepturile omului, precum și necesitatea existenței legilor și politicilor care le promovează și le protejează.

Majoritatea statelor au ratificat tratate și convenții internaționale privind protecția drepturilor omului, inclusiv protecția dreptului la cel mai înalt standard posibil de sănătate, dreptului la nediscriminare, dreptului la viață, dreptului la libertate și dreptului la siguranța persoanei, dreptului de a

nu fi supus tratamentului inuman și degradant, precum și dreptului la educație și la informare. Prevederile acestor acte au putere legală. Aceste drepturi sunt recunoscute și definite și în tratatele regionale, consfințite în constituțiile și în legislația multor țări.

Luând în considerație aceste drepturi ale omului, statele participante au convenit la Conferința Internațională a Națiunilor Unite privind Populația și Dezvoltarea (CIPD +5) din 1999, în cadrul procesului de revizuire și evaluare că *în condițiile în care avortul nu contravine legii sistemele de sănătate trebuie să pregătească și să doteze prestatorii de servicii de sănătate, precum și să ia alte măsuri pentru a asigura accesibilitatea și siguranța avorturilor. Sunt necesare măsuri suplimentare pentru a proteja sănătatea femeilor (6).* Documentul original, *AVORT FĂRĂ RISCURI: Recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică*, publicat de Organizația Mondială a Sănătății în 2003 a pornit de la acest mandat (7).

În ultimii 15 ani drepturile omului au fost tot mai pe larg aplicate de către organismele internaționale și regionale din domeniul drepturilor omului și instanțele de judecată naționale, inclusiv de organele de monitorizare a conformării prevederilor tratatelor Organizației Națiunilor Unite în

contextul avortului (vezi Caseta 4.1). Aceste organe și instanțe au recomandat ca statele să modifice legile care incriminează proceduri medicale aplicabile doar femeilor, legi care prevăd pedepsirea femeilor care trec prin astfel de proceduri (8); ambele aspecte vizează și cazurile de avort. În scopul de a proteja sănătatea femeilor și drepturile omului aceste organisme în domeniul drepturilor omului au recomandat ca statele să întreprindă toate măsurile posibile pentru ca femeile să nu fie forțate să-și pună viața în pericol prin avorturi clandestine și ca avorturile să devină proceduri legale, cel puțin, atunci când păstrarea sarcinii pune în pericol viața (9) și sănătatea (10) femeii, precum și în cazuri de viol și incest (11). De asemenea, aceste organe au recomandat ca statele să asigure accesul în timp util și la prețuri accesibile la servicii de sănătate de bună calitate, care să fie acordate într-un mod care să asigure că femeia și-a dat consimțământul în deplină cunoștință, că îi este respectată demnitatea, îi este garantată confidențialitatea și că se ține cont de nevoile ei și de punctul de vedere al ei (8).

Având în vedere legătura clară dintre accesul la avort în condiții de siguranță și sănătatea femeii, se recomandă ca la baza legilor și politicilor să stea respectul și intenția de a proteja sănătatea femeilor și drepturile omului.

CASETA 4.1

Exemple de aplicare de către organismele internaționale și regionale pentru drepturile omului a principiilor protecției drepturilor omului în contextul avortului fără riscuri, ca parte a sistemului complex de asigurare a sănătății reproductive

Drepturile omului, așa cum sunt consfințite în tratatele internaționale și regionale și în constituțiile naționale, în documentele organelor de monitorizare a conformării prevederilor tratatelor Organizației Națiunilor Unite, inclusiv în comentariile/recomandările și în observațiile finale adresate autorităților statului, în deciziile instanțelor de judecată regionale și naționale, formează sistemul de referință privind responsabilitatea statelor în domeniul drepturilor omului, la nivel internațional, regional și național. Aceste documente conțin recomandări clare pentru state (în cazul observațiilor finale, recomandări pentru state concrete) cu privire la măsurile care trebuie luate pentru a asigura respectarea, protecția și realizarea drepturilor omului.

În ultimele decenii organele de monitorizare a conformării prevederilor tratatelor ONU, instanțele de judecată naționale și regionale acordă tot mai multă atenție problemei avortului, inclusiv mortalității materne din cauza avorturilor nesigure, criminalizării avortului și prevederilor legislative restrictive care determină femeia să opteze pentru avorturi ilegale, în lipsa siguranței. Tot mai des statelor li se solicită să prezinte informații ample privind sănătatea sexuală și reproductivă și serviciile acordate femeilor și adolescentelor, să elimine barierele de reglementare și administrative care împiedică accesul femeilor la servicii de avort fără riscuri și să asigure tratamentul în caz de complicații în urma avortului. În cazul în care statele nu pun în practică recomandările ele riscă să încalce obligațiile consfințite în constituție și în tratatele regionale și internaționale de a respecta, proteja și asigura dreptul la viață, dreptul la nediscriminare, dreptul la cel mai înalt standard posibil de sănătate, dreptul de a nu fi supus tratamentului crud, inuman și degradant și dreptul la viață privată, confidențialitate, informare și educare. Recomandările organelor de monitorizare ale ONU și hotărârile instanțelor de judecată regionale includ următoarele exemple:

Asigurarea motivelor legale exhaustive pentru realizarea avorturilor

- Luarea măsurilor necesare pentru a preveni avorturile nesigure, inclusiv prin modificarea legilor restrictive care amenință viața femeilor, inclusiv a adolescentelor (9).
- Acordarea serviciilor de avort legale în cazul în care continuarea sarcinii pune în pericol sănătatea femeilor, inclusiv a adolescentelor (10).
- Acordarea serviciilor de avort legale în cazurile de viol și incest (11).
- Modificarea legilor care incriminează procedurile medicale, inclusiv avortul, de care au nevoie numai femeile și/sau care prevăd pedepse pentru femeile care au trecut prin avort (12).

Planificarea și gestionarea asistenței medicale pentru avortul fără riscuri

- Asigurarea accesului în timp util la o gamă largă de servicii de bună calitate pentru protecția sănătății sexuale și reproductive a femeilor, inclusiv a adolescentelor, acordarea serviciilor cu consimțământul pacientei bazat pe informații complete, respectarea demnității femeilor, garantarea confidențialității, ținând cont de nevoile femeilor și de punctul de vedere al lor (13).
- Reducerea morbidității și mortalității materne în rândurile adolescentelor, în special la o vârstă timpurie și de pe urma practicilor de avort nesigur, elaborarea și punerea în aplicare a programelor care oferă acces la serviciile medicale privind protecția sănătății sexuale și reproductive, inclusiv de planificare a familiei, contracepție și servicii de avort fără riscuri în cazul în care avortul nu contravine legii (14).
- Furnizarea de informații privind sănătatea sexuală și reproductivă și instituirea mecanismelor care să asigure ca toate femeile, inclusiv adolescentele, să aibă acces la informații despre serviciile de avort legale (15).

Eliminarea barierelor ce țin de reglementare, de politici și de acces la servicii de avort fără riscuri

- Eliminarea cerinței de a obține acordul unei persoane terțe, care împiedică femeile și adolescentele să-și exercite dreptul de a lua decizii cu privire la reproducere și de a exercita controlul asupra propriului corp (16).
- Eliminarea barierelor care împiedică accesul femeilor la serviciile de sănătate, cum ar fi taxele mari pentru servicii, cerința de obținere a acordului prealabil al soțului, părintelui sau administrației spitalului, distanțele mari de la domiciliul femeii până la instituțiile de sănătate și lipsa transportului public și la prețuri accesibile. Garantarea faptului că refuzul specialistului de a efectua procedura de avort din motive de conștiință nu va împiedica accesul femeii la asistență medicală, la care ea are drepturi legale (17).
- Punerea în aplicare a unui cadru juridic și/sau de politici care să asigure femeilor accesul la avort, dacă acesta este legal (18).

Tratamentul complicațiilor în urma avortului

- Tratamentul în timp util al complicațiilor survenite în urma avortului, indiferent de prevederile legii privind avortul, pentru a proteja viața și sănătatea femeii (19).
- Eliminarea practicii de obținere a mărturiilor în scopul urmăririi penale de la femeile care solicită asistență medicală de urgență, ca urmare a avorturilor ilegale, precum și a cerinței ca medicii și alte categorii de personal medical să raporteze cazurile femeilor care au trecut prin avort (20).

Legislația și aplicarea prevederilor legii în contextul drepturilor omului

Impunerea unor restricții legale privind avortul nu se soldează cu mai puține avorturi și nici cu creșterea semnificativă a natalității (21, 22). Pe de altă parte, existența legilor și politicilor care facilitează accesul la avort fără riscuri nu duce la creșterea numărului de avorturi. Principalul efect este trecerea de la procedurile clandestine nesigure la cele legale realizate în condiții de siguranță (21, 23).

Restricționarea accesului legal la avort nu duce la scăderea solicitărilor de avort, dar sporește probabilitatea ca numărul de femei care optează pentru avorturi ilegale, nesigure să crească, ceea ce duce la creșterea morbidității și mortalității. Existența restricțiilor legale face ca multe femei să solicite servicii în alte state (24, 25). Încercările de a impune restricții pentru avorturi, cu intenția de a stimula sporul populației, au fost bine documentate în mai multe țări. În fiecare caz restricțiile cu privire la avorturi au dus la creșterea ratei avorturilor ilegale, nesigure și a mortalității legate de sarcină, cu o creștere netă nesemnificativă a populației (26-29).

În prima jumătate a secolului trecut, când impactul asupra sănătății publice a avorturilor nesigure a fost recunoscut, a început liberalizarea legislației cu privire la avort fie prin modificarea legislației, fie printr-o interpretare și aplicare mai largă. Începând cu sfârșitul anilor 1960, s-a înregistrat o tendință de liberalizare a motivelor legale de avort (30). Din 1985 peste 36 de țări și-au liberalizat legislația cu privire la

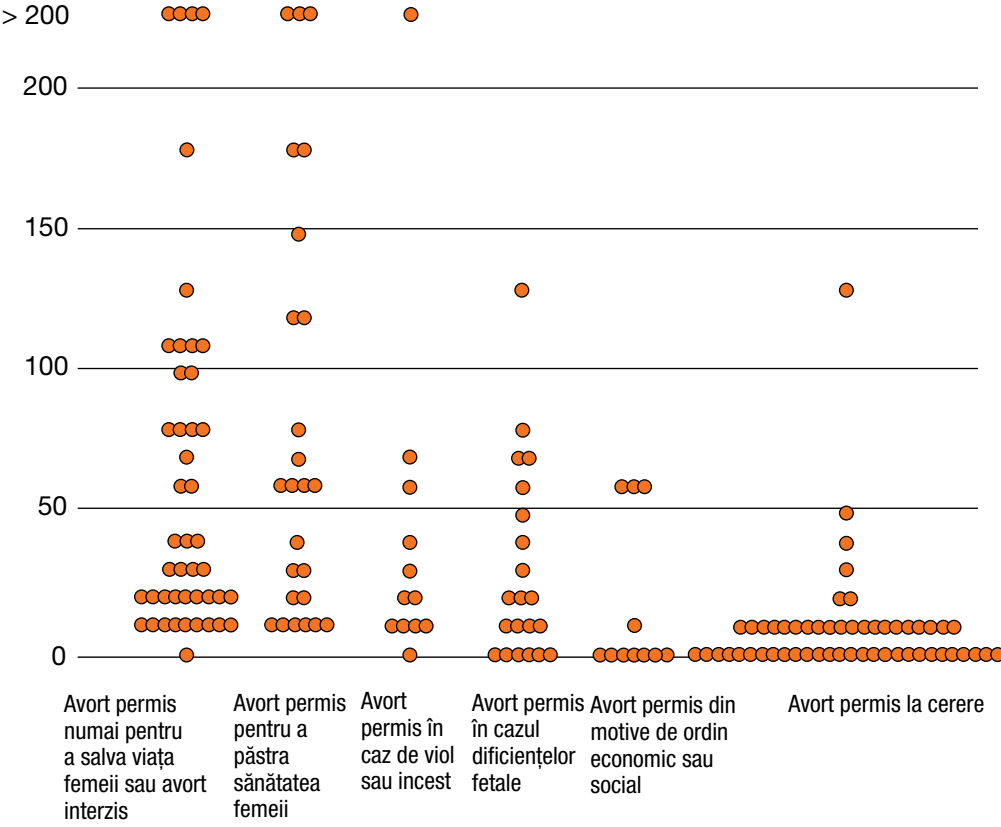
avort, în timp ce doar câteva țări au impus prin lege restricții (31). Aceste reforme au fost realizate atât pe cale judiciară, cât și legislativă.

Dovezile arată, într-o măsură tot mai mare, că în cazul în care avortul este legal în baza unei game largi de indicații de ordin socioeconomic și poate fi efectuat la cererea femeii, în cazul în care serviciile fără riscuri sunt accesibile scad atât rata avorturilor nesigure, cât și ratele mortalității și morbidității (32-35) (vezi Graficul 4.1).

Cincizeci și șapte de țări, cuprinzând aproape 40% din femeile din întreaga lume, permit avortul la cererea femeii însărcinate (31, 36). În acest context decizia finală de a păstra sau de a întrerupe sarcina îi aparține numai și numai femeii. În unele coduri criminale sau penale avortul nu mai este tratat ca încălcare ce cade sub incidența legislației penale și a fost eliminat din categoria infracțiunilor. În astfel de situații serviciile de avort sunt integrate în sistemul de sănătate și sunt reglementate de legile, regulamentele și standardele medicale care se aplică pentru toate serviciile de sănătate. Aproximativ 20% din femeile lumii trăiesc în țări în care legislația permite avortul în baza circumstanțelor de ordin social și economic (31), inclusiv în baza impactului păstrării sarcinii asupra copiilor și al altor membri ai familiei.

Cu toate acestea, în întreaga lume 40% din femeile de vârstă fertilă trăiesc în țări care au legi extrem de restrictive (31, 37) și/sau în care avortul, chiar dacă este legal, nu este nici disponibil, nici accesibil.

Graficul 4.1 Decese care pot fi atribuite avorturilor nesigure , la 100 000 de nou-născuți vii după temeiurile legale pentru avort. (Fiecare punct reprezintă o țară.)



● Fiecare punct reprezintă o țară

Reprodus din: The World Health Report 2008 - primary health care now more than ever. (Raportul mondial cu privire la sănătate din 2008, intitulat “Asistența medicală primară: acum mai importantă ca oricând”), Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2008.

4.2.1 Înțelegerea temeiurilor legale pentru avort

4.2.1.1 Când sarcina pune în pericol viața femeii

Aproape toate țările permit efectuarea avortului, dacă sarcina pune în pericol viața femeii. Acest lucru este în concordanță cu principiul asigurării dreptului omului la viață, care necesită protecție prin lege (9).

Atât circumstanțele de ordin medical, cât și cele de ordin social pot pune în pericol viața femeii. Unele țări oferă liste detaliate cu ceea ce se consideră factori *medicali* ce pun în pericol viața femeii. Astfel de liste pot fi interpretate restrictive sau considerate exhaustive, când, de fapt, ele sunt menite să ofere ilustrații ale situațiilor ce pun în pericol viața femeii, dar nu sunt superioare discernământului personalului medical privind factorii care pun în pericol viața unei anumite femei. În unele cazuri medicii susțin oportunitatea unui avort, deoarece, în caz contrar, femeia își va risca viața, apelând la serviciile persoanelor necalificate (38). Un exemplu de factor *societal* care pune în pericol viața femeii este o sarcină care implică așa-numita *onoare* a familiei. De exemplu, în unele societăți sarcina în afara căsătoriei poate fi motiv de violență fizică sau chiar omor.

- Chiar și atunci când protejarea vieții femeii este singurul motiv admis pentru avort, este esențial să existe prestatori de servicii de sănătate pregătiți să acorde servicii de avort, este esențial ca serviciile să fie disponibile și cunoscute, iar tratamentul complicațiilor survenite în urma avorturilor nesigure să fie disponibil pe scară largă. Salvarea vieții femeii ar putea fi necesară în orice moment pe parcursul sarcinii și, atunci când este necesar, avortul trebuie să fie efectuat cât mai repede posibil, pentru a diminua riscurile pentru sănătatea femeii. Tratatul complicațiilor survenite în urma avorturilor nesigure trebuie realizat într-un mod care nu lezează demnitatea femeii.

4.2.1.2 Când sarcina generează riscuri pentru sănătatea femeii

Paradigma respectării drepturilor omului cere ca femeile să aibă acces la avort fără riscuri, atunci când avortul este indicat pentru protecția sănătății (10). În termeni largi, *sănătate fizică* include atât condițiile care agravează sarcina, cât și condițiile agravate de sarcină. Conceptul de sănătate mintală include atât stresul psihologic, cât și suferințele psihice cauzate, de exemplu, de constrângere sau de actele sexuale forțate sau de stresul cauzat de diagnosticul care confirmă că fătul are malformații grave (39). La evaluarea riscurilor legate de sănătate se țin cont și de circumstanțele sociale în care se află femeia.

- În multe țări legea nu specifică aspectele concrete legate de sănătate, ci doar prevăd că avortul este permis pentru a evita riscul afectării sănătății femeii însărcinate. Din moment ce toate țările care sunt membre ale OMS acceptă definiția de bază a sănătății ca *o stare de bunăstare fizică, mintală și socială deplină, și nu doar absența bolii sau a infirmității* (40), această descriere a stării de sănătate depline este formula implicită pentru interpretarea legilor care permit avortul pentru a proteja sănătatea femeilor.

4.2.1.3 Când sarcina a survenit în urma violului sau incestului

Protecția femeilor împotriva tratamentului crud, inuman și degradant implică necesitatea ca femeile care au rămas însărcinate în urma constrângerilor sau actelor sexuale forțate să aibă acces legal la servicii de avort fără riscuri (41). Legislația a aproape 50% din țări reflectă acest standard și permite avortul în cazul violului sau, în termeni mai generali, în cazul în care sarcina este rezultatul unui act criminal, sau în caz de incest (36). Unele țări solicită declarația oficială a femeii sau un act al autorităților legale. Alte state solicită anchete medico-legale sau o anchetă polițienească, care să ateste că actul sexual a fost forțat. Întârzierile din cauza acestor cerințe pot duce la refuzul ulterior de a acorda servicii de avort femeilor respective, deoarece a fost depășită

limita privind vârsta limită a întreruperii sarcinii prevăzută de lege. În multe situații femeile care au fost victime ale violului se tem că vor fi stigmatizate în continuare de către poliție și evită să anunțe poliția despre viol, rămânând, astfel, fără acces la avort legal. Fiecare dintre aceste situații poate determina femeile să apeleze la serviciile clandestine, nesigure pentru a întrerupe sarcina.

Serviciile de avort prompte, în condiții de siguranță, trebuie să fie acordate pe baza declarației femeii, fără solicitarea dovezilor medico-legale sau confirmării oficiale de către forțele de ordine (42, 43). *Cerințele de ordin administrativ trebuie reduse la minimum și trebuie să existe protocoale clare stabilite atât pentru poliție, cât și pentru prestatorii de servicii de sănătate, astfel, fiind facilitat procesul de transfer al femeii în grija specialiștilor (44, 45).*

4.2.1.4 În caz de afectare fetală

Țările cu legi destul de restrictive în privința avortului permit într-o măsură tot mai mare efectuarea avortului în caz de malformații fetale genetice sau de altă natură. Mai multe țări specifică tipurile de afectare fetală, cum ar fi cele considerate a fi incompatibile cu viața în general sau cu viața independentă, în timp ce altele au adoptat liste cu dizabilități (36). Astfel de liste au tendința de a fi restrictive și constituie un obstacol în calea femeilor care solicită servicii de avort fără riscuri. În unele țări în legislația națională nu se face nicio referire la malformațiile fetale, în schimb, obiectivul de a asigura protecția sănătății femeii și motivele de ordin social sunt interpretate în așa mod, încât includ stresul prin care trece femeia însărcinată în urma diagnosticării malformațiilor fetale (46, 47).

- Teste prenatale și alte servicii medicale de diagnostic nu pot fi refuzate în mod legal, pe motiv că femeia ar putea decide să întrerupă sarcina. Femeia are dreptul să cunoască cum se dezvoltă sarcina și să ia măsuri în baza informațiilor obținute.

4.2.1.5 Din motive de ordin economic sau social

În țările care permit avortul din motive economice și sociale temeiurile juridice sunt interpretate cu referire la aceea că păstrarea sarcinii va afecta viitorul femeii, inclusiv atingerea celui mai înalt standard de sănătate posibil. Unele legi precizează motivele admisibile, cum ar fi sarcina în afara căsătoriei, eșecul în caz de folosire a contracepției sau existența unor dizabilități intelectuale care afectează capacitatea de a avea grijă de un copil (48). Legile pot prevedea temeiul stresului, de exemplu, stresul legat de necesitatea de a avea grijă nu numai de membrii familiei, dar și de încă un copil.

4.2.1.6 La cerere

Aproape o treime din statele membre ale ONU permit avortul la cererea liberă a femeii însărcinate informate (36). Decizia de a permite avortul la cerere a fost acceptată de tot mai multe state, după ce a devenit tot mai clar că femeile solicită avortul în baza unuiu sau mai multor temeiuri dintre cele enumerate mai sus, acceptând faptul că toate temeiurile date sunt legitime. Aceste prevederi legale se bazează pe recunoașterea dreptului femeii la libera alegere. Cele mai multe țări care permit avortul la cerere prevăd restricții privind vârsta sarcinii

4.2.1.7 Restricții privind vârsta sarcinii

Existența legilor sau politicilor care impun limite privind vârsta sarcinii până la care pot fi efectuate avorturi poate avea consecințe negative pentru femeile care au depășit limita. Astfel de politici/legi le forțează pe unele femei să apeleze la serviciile unor persoane necalificate, să-și administreze singure misoprostol, să folosească alte metode, mai puțin sigure, sau să apeleze la servicii de avort în alte țări, ceea ce este costisitor, duce la întârzieri (sporind, astfel, riscurile) și creează inechități sociale.

În plus, unele servicii de avort impun limitări bazate pe vârsta de gestație care nu sunt confirmate de dovezi. De

exemplu, unele țări oferă servicii de avort în condiții de ambulatoriu doar până la 8 săptămâni de sarcină, pe când acestea ar putea fi prestate în condiții de siguranță chiar și după 12-14 săptămâni de gestație (vezi Capitolele 2 și 3). De asemenea, unele țări oferă servicii de aspirare vacuum numai până la 6 - 8 săptămâni de sarcină, pe când ele pot fi acordate de către specialiști calificați, în condiții de siguranță, până la 12-14 săptămâni de gestație. Aceste politici încurajează utilizarea în continuare a procedurilor ce prezintă mai multe riscuri, cum ar fi dilatarea și chiuretajul.

4.2 Bariere legale de reglementare sau administrative în calea accesului la avort fără riscuri în contextul drepturilor omului

Temeiurile legale și modul de interpretare a acestora constituie doar o dimensiune a mediului legal și de politici care afectează accesul femeilor la avort fără riscuri. Barierele legate de sistemul de sănătate și barierele în calea accesului la servicii, după cum sunt prezentate în Capitolul 3, pot fi codificate în legi, regulamente, politici și practici. Legile, politicile și practicile care restricționează accesul la informații și servicii de avort pot descuraja femeile ca acestea să nu solicite asistență și pot crea un *efect de răcire* (suprimarea acțiunilor dorite din cauza fricii de represalii sau sancțiuni) cu referire la serviciile legale, în condiții de siguranță. Exemplele de bariere includ:

- interzicerea accesului la informații privind serviciile de avort legale sau incapacitatea de a furniza informații publicului cu privire la statutul juridic al avortului;
- necesitatea obținerii acordului unei părți terțe, al unui sau al mai multor medici, al unui comitet spitalicesc, al instanței de judecată, al poliției, al părinților, al tutorilor, al soților sau al partenerilor femeii;
- limitarea metodelor de avort disponibile, inclusiv a metodelor chirurgicale și medicamentoase prin neaprobarea de către organele de reglementare a listelor de medicamente esențiale;
- limitarea gamei de specialiști și instituții de sănătate care pot acorda servicii în condiții de siguranță, de exemplu, limitarea doar la medicii din spitalele cu echipament sofisticat;
- incapacitatea de a asigura transferul pacientei în caz de refuz al medicului, pe motive de conștiință;
- existența unor perioade de așteptare obligatorii;
- cenzurarea, nedivulgarea sau distorsionarea în mod intenționat a informațiilor legate de sănătate;
- excluderea serviciilor de avort din lista serviciilor acoperite de polița de asigurare obligatorie sau incapacitatea de a elimina sau a reduce taxele pentru servicii pentru femeile sărace și pentru adolescente (vezi Capitolul 3);
- incapacitatea de a garanta confidențialitatea și protecția vieții private, inclusiv pentru tratamentul complicațiilor survenite în urma avortului (vezi Capitolul 3);
- cerința ca femeia să divulge numele medicilor la care a apelat înainte de a începe tratamentul complicațiilor survenite în urma avortului ilegal;
- interpretarea restrictivă a legislației privind avortul.

Aceste bariere contribuie la creșterea ratei avorturilor nesigure, deoarece:

- descurajează femeia să solicite asistență, iar specialiștii să acorde servicii în cadrul sistemului oficial de sănătate;
- cauzează întârzieri în accesul la servicii, ceea ce poate duce la refuzul de a acorda servicii din cauza limitelor privind vârsta de gestație, conform legii;
- crearea unor proceduri administrative complexe și greoaie;
- creșterea costurilor de acces la serviciile de avort;
- limitarea disponibilității serviciilor și distribuției lor geografice echitabile.

Urmează detalii privind unele bariere politice.

4.2.2.1 Accesul la informație

Accesul la informație este un factor determinant în ceea ce privește avorturile fără riscuri. Prevederile legislației penale, inclusiv cele cu privire la furnizarea de informații legate de avort și la stigmatizarea avortului, descurajează multe femei să solicite informații despre serviciile legale disponibile de la medicii la care apelează de obicei. Femeile preferă să evite medicii la care merg de obicei sau să solicite asistență în afara comunităților lor.

Multe femei și prestatori de servicii de sănătate (precum și polițiștii și lucrătorii din sistemul judiciar) nu știu ce permite legea cu privire la avort (50, 51). De exemplu, într-o țară în care este permis avortul până la 20 de săptămâni de sarcină pentru a proteja sănătatea femeii și în cazul eșecului legat de contracepție, un studiu a relevat că mai mult de 75% dintre femeile și bărbații căsătoriți nu știau că avortul este legal în aceste condiții (52). Politicile și reglementările în domeniul sănătății publice pot conține prevederi speciale care să clarifice modul de interpretare a prevederilor legale referitoare la avort. Cu toate acestea, în multe țări nu există interpretări formale sau reglementări oficiale de acest gen (53). Teama de a încălca legea produce un efect de răcire. Femeile sunt descurajate să solicite servicii în cadrul sistemului de sănătate oficial. Lucrătorii sistemului de sănătate tind să fie excesiv de prudenți în acceptarea temeiurilor legale pentru avort, refuzând, astfel, să presteze femeilor serviciile la care ele au dreptul în mod legal. În alte cazuri există informații inadecvate sau contradictorii, de exemplu, despre dozele adecvate de medicamente pentru realizarea avortului medicamentos.

- Furnizarea de informații cu privire la avortul legal, fără riscuri, este esențială pentru a proteja sănătatea femeilor și drepturile lor. Statele trebuie să decriminalizeze furnizarea de informații referitoare la avortul legal și să ofere recomandări clare cu privire la modul în care trebuie interpretate și aplicate motivele legale pentru avort, precum și informații despre cum și unde femeile pot să obțină acces la serviciile legale. Legiuitorii, judecătorii, procurorii

și factorii de decizie trebuie să înțeleagă, de asemenea, importanța accesului legal la servicii de avort fără riscuri în contextul drepturilor omului și protecției sănătății, scop care poate fi atins prin instruire sau diseminare de informații.

4.2.2.2 Acordul părților terțe

Cerința de a obține acordul partenerului sau părinților poate descuraja femeia să solicite servicii legale, fără riscuri (54). Accesul la asistență poate fi întârziat în mod nejustificat, în cazul existenței unor proceduri complexe de autorizare medicală, în special în cazul în care sunt inaccesibili specialiștii sau comitetele spitalicești relevante. Cerința de obținere a acordului soțului, al unuia dintre părinți sau al autorităților spitalicești poate încălca dreptul la viață privată și accesul femeilor la serviciile de sănătate, în temeiul egalității bărbăților și femeilor (8, 16). Negocierea procedurilor de autorizare împovărează în mod disproporționat femeile sărace, adolescentele, femeile cu puțină educație și femeile în situații de risc în legătură cu conflictele în familie și violența, ducând la acces inechitabil la serviciile respective. Cerința de a obține acordul părinților, de multe ori în baza unei limite de vârstă arbitrară, neagă recunoașterea capacităților în plină evoluție a femeilor tinere (55).

- Acordul părților terțe nu este necesar pentru ca femeia să poată beneficia de servicii de avort. Pentru a proteja interesele și bunăstarea minorelor, precum și luând în considerație capacitățile lor în plină evoluție, politicile și practicile trebuie să încurajeze, dar să nu impună obligativitatea implicării părinților prin sprijin, informare și educație (vezi, de asemenea, Capitolul 3).

4.2.2.3 Asigurarea cu medicamente esențiale

Metodele medicamentoase de avort pot fi indisponibile din cauza lipsei acordului oficial al organelor de reglementare sau a înregistrării obligatorii a medicamentelor esențiale. Atât mifepristonul, cât și misoprostolul au fost incluse în

Lista-model a preparatelor medicale esențiale a OMS încă din anul 2005 (56, 57), dar multe țări încă nu au înregistrat oficial aceste medicamente și nici nu le-au inclus în lista națională a medicamentelor esențiale. Uneori pot fi impuse restricții legale privind distribuția de medicamente, după aprobarea lor.

- Înregistrarea și distribuția stocurilor adecvate de medicamente necesare pentru realizarea avorturilor medicamentoase (vezi Capitolul 3) sunt esențiale pentru îmbunătățirea calității serviciilor de avort legale. Accesul la medicamentele esențiale este necesar pentru a evita prejudicierea sănătății femeilor în urma folosirii medicamentelor neînregistrate achiziționate prin canale care nu pot garanta calitatea.

4.2.2.4 Reglementările privind instituțiile și cadrele medicale

Existența restricțiilor cu privire la prestatori de servicii de sănătate (de exemplu, numai medicii ginecologi) sau de instituții medicale (de exemplu, numai instituțiile de nivel superior) care sunt autorizați prin lege să presteze servicii de avort reduce gradul de disponibilitate a serviciilor și de distribuție geografică echitabilă a serviciilor; astfel, femeile trebuie să călătorească la distanțe mai mari pentru a beneficia de asistență, ceea ce duce la creșterea costurilor și întârzierea accesului la servicii (58).

Reglementările privind instituțiile și cadrele medicale trebuie să fie bazate pe dovezi, pentru a elimina supramedicalizarea. Reglementările privind instituțiile și cadrele medicale trebuie să se bazeze pe criterii actuale privind acordarea de asistență de avort fără riscuri (vezi Capitolul 3). Aspirarea vacuum și metodele medicamentoase recomandate în Capitolul 2 pot fi realizate cu succes în condiții de siguranță, la nivel de instituție de sănătate primară de către prestatori de servicii de sănătate de nivel mediu (59, 60). *Reglementările privind instituțiile și cadrele medicale trebuie să aibă ca scop asigurarea posibilității ca avorturile să fie realizate prin metodele recomandate de OMS în mod eficient, în condiții de siguranță.*

4.2.2.5 Refuz din motive de conștiință

Uneori prestatorii de servicii de sănătate refuză să presteze servicii legate de avort din motive de conștiință, fără a recomanda femeii un alt specialist. În absența unor prestatori de servicii de avort care pot să realizeze procedura prompt această practică poate duce la întârzierea acordării asistenței femeilor care au nevoie de avort fără riscuri, ceea ce sporește riscurile pentru sănătatea și viața lor. În timp ce drepturile la libertatea de gândire, conștiință și religie sunt protejate de legislația internațională privind drepturile omului, ea prevede, de asemenea, că libertatea de a-și manifesta convingerile religioase sau de altă natură poate fi supusă unor restricții necesare pentru a proteja drepturile fundamentale ale altor oameni (61). Prin urmare, legile și reglementările nu trebuie să permită cadrelor și instituțiilor medicale să împiedice accesul femeilor la serviciile de sănătate legale (62).

- În astfel de cazuri specialiștii care refuză să practice procedura de avort trebuie să transfere femeia unui specialist calificat care nu are obiecții în cadrul aceleiași sau altei instituții medicale ușor accesibile, conform prevederilor legislației naționale. În cazurile când nu este disponibil alt specialist medicul care are obiecții față de avort este obligat să presteze servicii de avort pentru a salva viața femeii și pentru a preveni prejudiciile cauzate sănătății ei. Serviciile de sănătate trebuie să fie organizate astfel, încât să asigure exercitarea libertății de conștiință a profesioniștilor din domeniul sănătății în context profesional, dar să nu împiedice pacientele să obțină acces la serviciile la care au dreptul conform legislației în vigoare.

4.2.2.6 Perioade de așteptare

Perioadele de așteptare obligatorii sunt adesea solicitate prin legislație, acte normative și/sau proceduri administrative impuse de instituțiile de sănătate sau de prestatorii de servicii de sănătate. Existența unor perioade de așteptare obligatorii poate avea ca efect întârzierea asistenței, fapt ce poate pune în pericol capacitatea femeii de a avea acces la

servicii de avort legale, fără riscuri, și poate duce la neglijarea rolului de factor de decizie competent al femeii (24, 43).

- Statele și alți prestatori de servicii de sănătate trebuie să se asigure că asistența legată de avort este acordată într-o manieră care să respecte calitatea de factor de decizie a femeii. Perioadele de așteptare nu trebuie să pericliteze accesul femeilor la serviciile de avort legale, fără riscuri. Statele trebuie să ia în considerație posibilitatea de a elimina perioadele de așteptare care nu sunt necesare din punct de vedere medical și de a extinde serviciile pentru a acorda prompt servicii tuturor femeilor care au dreptul la ele.

4.2.2.7 Cenzurarea, nedivulgarea sau distorsionarea în mod intenționat a informațiilor legate de sănătate

Femeile au dreptul să fie pe deplin informate cu privire la opțiunile legate de asistența medicală de către personalul instruit în mod corespunzător, inclusiv să obțină informații cu privire la beneficiile probabile și la efectele adverse potențiale ale procedurilor propuse și cu privire la alternativele disponibile (8). Cenzurarea, nedivulgarea sau distorsionarea în mod intenționat a informației despre serviciile de avort pot cauza lipsa accesului la servicii sau întârzieri, fapt ce duce la sporirea riscurilor pentru sănătatea femeii. Furnizarea de informații este o parte esențială a serviciilor de avort de bună calitate (vezi Caseta 4.2 și Capitolul 2 *Informare și consiliere*).

Informația trebuie să fie completă, precisă și ușor de înțeles. Ea trebuie să fie prezentată într-un mod care să faciliteze capacitatea femeii de a-și da în mod liber consimțământul, în deplină cunoștință de cauză. Personalul trebuie să respecte demnitatea femeii, să garanteze protecția vieții private și confidențialitatea și să țină cont de nevoile și de punctul de vedere al femeii (8).

- Statele trebuie să se abțină de la limitarea accesului la mijloacele de menținere a sănătății sexuale și reproductive, inclusiv de la cenzurarea, nedivulgarea sau distorsionarea în mod intenționat a informației legate de sănătate (63).

4.2.2.8 Accesul la tratamentul complicațiilor survenite în urma avortului

Prestatorii de servicii de sănătate sunt obligați să ofere asistență medicală pentru a salva viața oricărei femeii care suferă de complicații legate de avort, inclusiv tratament al complicațiilor survenite în urma avorturilor nesigure, indiferent dacă avortul este legal sau ilegal (19). Cu toate acestea, în unele cazuri tratamentul complicațiilor survenite în urma avortului este efectuat numai cu condiția ca femeia să ofere informații despre persoana (persoanele) care a (au) realizat avortul ilegal. Acest lucru a fost considerat exemplu de tortură și tratament inuman și degradant (20).

- Trebuie eliminată practica obținerii de mărturie pentru scopuri de urmărire penală de la femei care doresc asistență medicală de urgență, ca urmare a avorturilor ilegale, precum și cerința legală ca medicii și alte categorii de personal din domeniul sănătății să raporteze cazurile femeilor care au făcut avort (20). *Statele au obligația de a oferi tratament imediat și necondiționat pentru oricine solicită asistență medicală de urgență (19, 20, 41).*

4.2.2.9 Interpretarea restrictivă a legislației privind avortul

Asigurarea respectului, protecția și asigurarea drepturilor omului presupune că guvernele statelor trebuie să asigure ca serviciile de avort care sunt permise de lege să fie accesibile în practică (10, 64). Trebuie să existe mecanismele instituționale și administrative care să asigure protecție împotriva interpretărilor restrictive nejustificate ale motivelor legale. Aceste mecanisme trebuie să permită ca deciziile prestatorilor de servicii de sănătate și ale administratorilor instituțiilor de sănătate să fie revizuite de către un organ independent, trebuie să ia în considerație punctul de vedere al femeilor însărcinate și să asigure finalizarea în timp util a proceselor de revizuire (64).

CASETA 4.2

Informații esențiale pentru femei

- Femeile au dreptul de a decide liber și responsabil dacă și când să aibă copii, fără constrângere, discriminare sau violență.
- Cum apare sarcina, semnele și simptomele sarcinii și unde să obțină un test de sarcină.
- Cum să prevină o sarcina nedorită, inclusiv unde și cum să obțină mijloace de contracepție, inclusiv prezervative.
- Unde și cum să beneficieze de servicii de avort legale, fără riscuri, și costul acestora.
- Restricțiile legale privind vârsta maximă de gestație până la care pot fi acordate servicii de avort.
- Avortul este o procedură foarte sigură, dar riscul de complicații crește odată cu vârsta de gestație.
- Cum să recunoască semnele unor complicații în urma avortului nesigur sau ale avortului spontan, importanța solicitării imediate a tratamentului care-i poate salva viața, când și unde poate obține serviciile necesare.

4.3 Crearea unui mediu favorabil

Este nevoie de un mediu de reglementare și de politici favorabil care să permită ca fiecare femeie care are dreptul legal la avort să beneficieze de servicii de calitate în caz de avort. Politicile trebuie să vizeze respectarea, apărarea și realizarea drepturilor femeii, obținerea unor rezultate pozitive legate de sănătatea femeii, furnizarea informațiilor și prestarea serviciilor de contracepție de bună calitate și satisfacerea nevoilor specifice ale femeilor sărace, adolescentelor, supraviețuitoarelor violurilor și femeilor infectate cu HIV. Respectarea, protecția și realizarea drepturilor omului sunt posibile, dacă există reglementări și politici complexe care să cuprindă toate elementele menționate în Secțiunea 4.2.2, pentru a asigura disponibilitatea serviciilor de avort accesibile, fără riscuri. Politicile existente trebuie să fie examinate pentru a stabili dacă există lacune și dacă sunt necesare îmbunătățiri (vezi, de asemenea, Capitolul 3).

Politicile trebuie să vizeze:

- respectarea, protecția și realizarea drepturilor femeii, inclusiv ale drepturilor la demnitate, la autonomie și la egalitate;
- promovarea și protecția sănătății femeii, ca stare de bunăstare deplină, din punct de vedere fizic, mintal și social;

- minimizarea ratei sarcinilor nedorite prin furnizarea de informații și servicii de contracepție de bună calitate, inclusiv a unei game largi de metode de contracepție, a contracepției de urgență, și prin educație sexuală complexă;
- prevenirea și eliminarea stigmatizării și discriminării femeilor care solicită servicii de avort sau tratament al complicațiilor survenite în urma avortului;
- reducerea mortalității și morbidității materne din cauza avorturilor nesigure prin asigurarea accesului tuturor femeilor care au dreptul la avort legal la servicii în condiții de siguranță, acordate în timp util, inclusiv contracepția post-avort;
- satisfacerea nevoilor specifice ale femeilor care fac parte din categoriile vulnerabile și defavorizate, cum ar fi femeile sărace, adolescentele, femeile singure, refugiatele, femeile purtătoare de infecție HIV și supraviețuitoarele violului.

În timp ce situația în sistemele de sănătate naționale și constrângerile existente în diferite țări se deosebesc, toate țările, în funcție de resursele disponibile, pot lua măsuri imediate și specifice pentru a elabora politici complexe care să vizeze extinderea accesului la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv la asistența legată de avorturile fără riscuri.

Bibliografie

1. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 115:121-126.
2. *Global burden of disease 2004 update*. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887-1892.
5. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 31:1149-1158.
6. *Key actions for further implementation of the Program of Action of the International Conference on Population and Development, adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 June – 2 July 1999*. New York, United Nations, 1999.
7. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
8. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. United Nations, 1999.
9. Human Rights Committee. General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3), 20 March 2000. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Ecuador*, 18 August 1998. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Poland*, 2 December 2004. United Nations.
- Human Rights Committee. *Concluding observations: Madagascar*, 11 May 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Chile*, 18 May 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Colombia*, 26 May 2004. United Nations; Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*, Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Nepal*, 24 September 2001. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
10. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Dominican Republic*, 18 August 2004. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11

July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.

11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Nepal*, 29 August 2001. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding observations: Chile*, 1 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
12. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999, United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Liechtenstein*, 10 August 2007. United Nations. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: El Salvador*, 18 November 2010. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations.
13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Nicaragua*, 2 February, 2007. United Nations; Committee on the Rights of the Child, *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. United Nations, 2003; Committee on the Rights of the Child, *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.
15. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12) United Nations, 2000; Committee on the Rights of the Child. *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. 01 July 2003. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiac v. Poland*. Council of Europe, 2007

- (Application no. 5410/03); European Court of Human Rights. *Case of Open Door Counselling and Dublin Well Woman v. Ireland*, 1992, Series A, no. 246. Council of Europe.
16. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women* (article 3). United Nations 2000; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.
 17. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*. United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Human Rights Committee *Concluding observations: Zambia*, 9 August 2007. United Nations; European Court of Human Rights, *R.R. v. Poland*, App. No. 27617/04, Eur. Ct. H.R., Council of Europe, 2011.
 18. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/ C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Tysiąc v. Poland*, App. no. 5410/03. Council of Europe, 2007; European Court of Human Rights. *A.B.C. v. Ireland*, App. no. 25579/05. Council of Europe, 2004.
 19. Committee against Torture. *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Honduras*, 10 August 2007. United Nations.
 20. Committee against Torture *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations.
 21. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625-632.
 22. Levine PB, Staiger D. Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, 2004, XLVII:223-243.
 23. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908-1919.
 24. Joyce et al. *The impact of state mandatory counselling and waiting period laws on abortion: a literature review*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
 25. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318 (7176):77.
 26. David HP. Soviet Union. In: *Abortion research: international experience*. HP David, ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1974.
 27. Serbanescu et al. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Studies in Family Planning*, 1995, 26 (2):76-87.
 28. Zhirova IA et al. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*, 2004, 35 (3):178-188.
 29. Millennium development goals in Russia: looking into the future. Moscow, United Nations Development Programme, 2010.
 30. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1-59.

31. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34:110-120.
32. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1-8.
33. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729-737.
34. Jewkes R et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 112:355-359.
35. *World Health Report 2008 - Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
36. UN Department for Economic and Social Affairs. *World abortion policies 2011*. New York, Population Division, United Nations, 2011.
37. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
38. Oye-Adeniran BA, Umoh AV, Nnatu SNN. Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19-22.
39. Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*. Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee against Torture. *Concluding observations: Peru*, 16 May 2006. United Nations.
40. Constitution of the World Health Organization, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
41. Human Rights Committee. General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3). 20 March 2000. United Nations.
42. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Geneva, World Health Organization, 2004.
43. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
44. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87-95.
45. Villela WV, Oliveira Araujo M. Making legal abortion available in Brazil: partnership in practice. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:77-82.
46. Cook RJ, Ngweni CG. Women's access to health care: the legal framework. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 94:216-225.
47. Cook RJ et al. Prenatal management of anencephaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102:304-308.
48. Becker D, Garcia SG, Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:205-213.
49. Goldman LA et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reproductive Health*, 2005, 2:10.
50. Jewkes R et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1236-1242.
51. Morroni C, Myer L, Tibazarwa K. Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 2006, 3:7.

52. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*, 2002. 10:54-63.
53. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99:157-161.
54. Mundigo A, Indriso C. *Abortion in the developing world*. London and New York, Zed Books, 1999.
55. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182-187.
56. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
57. PATH, World Health Organization, United Nations Population Fund. Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists. Seattle, WA, PATH, 2006.
58. Scott Jones B, Weitz TA. Legal barriers to second-trimester abortion provision and public health consequences. *American Journal of Public Health*, 2009, 99 (4):623-630.
59. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006. 368:1965-1972
60. Warriner IK et al. Can midlevel healthcare providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155-1161.
61. International Covenant on Civil and Political Rights, entry into force 23 March 1976, Article 18. United Nations.
62. European Court of Human Rights, *Kontakt- information- Therapie and Hagen v. Austria*, 57 Eur. Ct. H.R. 81. Council of Europe, 1988.
63. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12), 2000. United Nations.
64. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *L.C. v. Peru*, CEDAW/ C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiac v. Poland*. Application no. 5410/03. Council of Europe, 2007; *Paulina del Carmen Ramirez Jacinto, Mexico, Friendly Settlement, Report No. 21/07, Petition 161-01, 9 March 2007*. Inter-American Commission on Human Rights, 2007.

ANEXA 1

Lacune în domeniul cercetărilor științifice identificate în cadrul consultărilor de ordin tehnic

- Care este eficacitatea administrării unor doze mai mici (de exemplu, 600 µg) de misoprostol după administrarea mifepristonului (200 mg) la vârste de gestație mai mici sau în funcție de calea de administrare.
- Care ar fi beneficiile dacă la inducerea avortului în trimestrul al doilea se administrează doza inițială mai mare decât doza repetată de misoprostol.
- Care este cel mai eficace regim combinat pentru avortul medicamentos pentru sarcinile cu termen de 9-12 săptămâni de gestație.
- Care este intervalul preferat de femei între administrarea mifepristonului și misoprostolului, dat fiind că eficacitatea cea mai bună se observă la administrarea la intervalul de 24-48 de ore.
- Care este rolul pregătirii cervicale asupra atenuării durerii în timpul avortului chirurgical.
- Care este rolul pregătirii cervicale în diminuarea complicațiilor legate de avorturile realizate în primul trimestru de sarcină (9-12 săptămâni de gestație).
- Care sunt riscurile și beneficiile pregătirii cervicale și cum depind de nivelul de experiență al personalului medical.
- Este farmacocinetica carboprostului similară cu cea a gemeprostului.
- Evaluarea algoritmilor pentru examenele medicale suplimentare după efectuarea avortului medicamentos sau chirurgical.
- Evaluarea siguranței folosirii mijloacelor de contracepție (a dispozitivelor intrauterine, implantelor și preparatelor injectabile) după avortul medicamentos.
- La cât timp după avortul septic se poate insera un dispozitiv intrauterin?
- Care sunt cele mai bune opțiuni pentru atenuarea durerii pentru avorturile realizate în primul și al doilea trimestru de sarcină, inclusiv momentul optim de administrare a acestora.
- Care sunt măsurile de stimulare financiară a personalului responsabil de prestarea serviciilor de avort și dacă aceste stimulente influențează accesul la serviciile de avort. Identificarea modalităților de plată pentru serviciile de avort și utilizarea acestei informații pentru acordarea unor servicii mai echitabile.
- Care este impactul accesibilității informației în rețeaua internet, pe canalele de televiziune, în rețelele sociale folosite în scopuri de marketing și al altor servicii similare asupra prestării serviciilor de avort fără riscuri și asupra accesibilității acestora.

ANEXA 2

Standardul GRADE: întrebări finale și rezultate scontate

1. Dacă mifepristonul nu este disponibil, care este metoda recomandată de efectuare a avortului medicamentos pentru sarcini cu vârsta de gestație de până la 12 săptămâni?

Rezultatul 1: avortul nu va fi dus la bun sfârșit

Rezultatul 2: păstrarea sarcinii

Rezultatul 3: efecte secundare (generale, individuale)

Rezultatul 4: interval între procedurile de avort din momentul inițierii tratamentului

Rezultatul 5: alte complicații legate de procedură

2. Ce metode de atenuare a durerii trebuie folosite pentru realizarea avorturilor chirurgicale în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 12-14 săptămâni?

Rezultatul 1: eficacitate la reducerea durerilor legate de procedură

Rezultatul 2: efecte secundare (generale, individuale)

Rezultatul 3: complicații legate de metodele aplicate de atenuare a durerii

3. Este indicată antibioticoterapia de rutină după avort?

Rezultatul 1: infecții

Rezultatul 2: efecte secundare (generale, individuale)

Rezultatul 3: complicații

Rezultatul 4: costuri

4. Care este regimul medicamentos recomandat pentru întreruperea sarcinii cu vârsta de gestație de până la 12 săptămâni?¹

Rezultatul 1: avortul va fi incomplet

Rezultatul 2: continuarea sarcinii

Rezultatul 3: efecte secundare (generale, individuale)

Rezultatul 4: interval între procedurile de avort din momentul inițierii tratamentului

Rezultatul 5: alte complicații legate de procedură

¹ În recomandări (vezi Anexa 5) această întrebare a fost împărțită în două recomandări, pentru vârsta de gestație de până la 9 săptămâni și pentru vârsta de gestație de 9-12 săptămâni.

5. Care este metoda de avort recomandată în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mare de 12 săptămâni?
- Rezultatul 1: avortul va fi incomplet
 - Rezultatul 2: continuarea sarcinii
 - Rezultatul 3: efecte secundare (generale, individuale)
 - Rezultatul 4: interval între procedurile de avort din momentul inițierii tratamentului
 - Rezultatul 5: alte complicații legate de procedură
6. Cum trebuie tratate avorturile incomplete?
- Rezultatul 1: avortul va fi incomplet
 - Rezultatul 2: efecte secundare (generale, individuale)
 - Rezultatul 3: interval între procedurile de avort din momentul inițierii tratamentului
 - Rezultatul 4: alte complicații legate de procedură
7. Ce metode de realizare a avortului medicamentos trebuie folosite în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mare de 12 săptămâni?
- Rezultatul 1: avort complet
 - Rezultatul 2: efecte secundare (generale, individuale)
 - Rezultatul 3: complicații legate de procedură
 - Rezultatul 4: interval între procedurile de avort din momentul inițierii tratamentului
8. Cum trebuie efectuată pregătirea cervicală înainte de efectuarea avortului chirurgical?
- Rezultatul 1: dilatare cervicală optimă
 - Rezultatul 2: dilatarea colului uterin (în mm)
 - Rezultatul 3: acordul pacientei
 - Rezultatul 4: durata procedurii
 - Rezultatul 5: intervalul dintre tratament și finalizarea avortului
 - Rezultatul 6: efecte secundare (generale, individuale)
 - Rezultatul 7: complicații
9. Care paciente trebuie supuse pregătirii cervicale înainte de avortul chirurgical?
- Rezultatul 1: nu este necesară o dilatare mai mare
 - Rezultatul 2: dilatarea colului uterin (în mm)
 - Rezultatul 3: transferul pacientei în grija altui specialist/altei instituții de sănătate
 - Rezultatul 4: complicații

10. Ce metode de control al durerii trebuie folosite în cazul avortului medicamentos?

Rezultatul 1: efecte secundare (generale, individuale)

Rezultatul 2: complicații

Rezultatul 3: interval între procedurile de avort din momentul inițierii tratamentului

Rezultatul 4: eficacitate la reducerea durerilor legate de procedură

11. Este recomandată ecografia înainte de avort?

Rezultatul 1: complicații

Rezultatul 2: avortul va fi incomplet

12. Ce metode de realizare a avortului medicamentos trebuie folosite în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mică de 12 săptămâni?

Rezultatul 1: avortul va fi incomplet

Rezultatul 2: efecte secundare (generale, individuale)

Rezultatul 3: alte complicații legate de procedură

13. Este indicat controlul medical de rutină după procedura de avort medicamentos?

Rezultatul 1: complicații

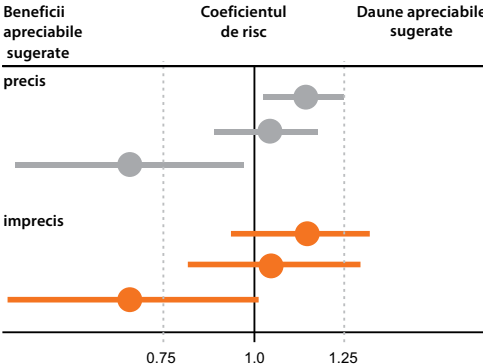
Rezultatul 2: costuri

Rezultatul 3: acordul pacientei

ANEXA 3

GRADE: criterii standard de evaluare a dovezilor

Vezi Bibliografie 19-23.

Domeniu	Grad	Caracteristică
Designul studiului	0	Toate studiile clinice randomizate controlate
	-1	Studiile de observație
Limitări legate de designul studiului	0	Cea mai mare parte a efectului cumulativ al studiilor, cu risc scăzut de erori sistematice (bias)
	-1	Cea mai mare parte a efectului cumulativ al studiilor, cu risc moderat sau înalt de eroare sistematică (bias)
	-2	Cea mai mare parte a efectului cumulativ al studiilor, cu risc moderat sau înalt de eroare sistematică (bias)
	Notă:	<i>Risc scăzut de eroare sistematică:</i> fără limitări sau cu limitări minime. <i>Risc moderat de eroare sistematică:</i> limitări grave sau limitări potențial foarte grave, inclusiv mascarea gravă a alocării, cu excepția limitărilor privind randomizarea sau alocările mascate. <i>Risc înalt de părtinire:</i> limitări privind randomizarea, alocarea mascată, inclusiv randomizarea mică, blocată (<10) sau alte limitări foarte grave, cruciale din punct de vedere metodologic
Inconsistență	0	Eterogenitate scăzută ($I^2 < 60\%$ sau $\chi^2 > 0.05$)
	-1	Eterogenitate importantă, neexplicată ($I^2 > 60\%$ sau $\chi^2 < 0.05$) Dacă cauza eterogenității constă în atitudinea părtinitoare a publicației sau a lipsei de precizie datorită scării modeste a studiilor, gradul se va reduce doar pentru atitudinea părtinitoare a publicației sau din lipsă de precizie (respectiv, una și aceeași deficiență nu va fi luată în calcul de două ori).
Comparații indirecte	0	Fără comparații indirecte
	-1	Prezența comparațiilor indirecte, a eșantioanelor, intervențiilor, coeficienților de comparare sau a rezultatelor
Imprecizie	0	Intervalul de încredere este exact, conform graficului care urmează
		 Eșantionul total cumulativ al studiului nu este foarte mic (de exemplu, eșantionul constă din peste 300 de participanți), iar numărul total de evenimente depășește 30
	-1	Una dintre condițiile de mai sus nu este respectată
	-2	Cele două condiții de mai sus nu sunt respectate
	Notă:	Dacă numărul total de evenimente este mai mic de 30 și numărul total cumulativ de persoane în eșantion este adecvat de mare (de exemplu, peste 3000 de pacienți), este posibilă opțiunea de a nu scădea gradul dovezilor respective. Dacă nu s-au atestat evenimente nici în grupul de intervenție, nici în grupurile de control, atunci calitatea dovezilor pe care se bazează recomandarea va fi considerată foarte joasă.
Atitudinea părtinitoare a publicației (în a nu publica decât articole sau studii cu rezultate pozitive)	0	Nu se atestă asimetrie evidentă în graficul-pâlnie sau în grafic pot fi incluse mai puțin de 5 studii
	-1	Asimetrie evidentă în graficul-pâlnie sau existența a cel puțin cinci studii

ANEXA 4

Participanții la consultările de ordin tehnic

Dr. Marijke Alblas

clinician, avocat în probleme de sănătate
consultant medical independent
Cape Town
Africa de Sud

Dna Marge Berer

avocat în probleme de sănătate
Redactor
publicația „Reproductive Health Matters” („Aspecte legate de sănătatea reproductivă”)
Londra
Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord

Dr. Mohsina Bilgrami

manager de program, autor de politici, avocat în probleme de sănătate
director executiv
Marie Stopes Society
Karachi
Pakistan

Dr. Paul Blumenthal

clinician, cercetător științific
profesor de obstetrică și ginecologie
Școala de Medicină a Universității din Stanford
Stanford, CA
Statele Unite ale Americii

Dr. Lidia Casas-Becerra

jurist, cercetător științific, promotor în probleme de sănătate
profesor de drept
Școala de Drept a Universității „Diego Portales”
Universitatea „Diego Portales”
Santiago
Chile

Dr. Laura Castleman

clinician, manager de program
Director medical
Ipas
Birmingham, MI
SUA

Dna Jane Cottingham

cercetător științific, avocat în probleme de sănătate
consultant independent în domeniul sănătății sexuale și reproductive și în domeniul drepturilor omului
Carouge, GE
Elveția

Dr. Kelly Culwell

clinician, avocat în probleme de sănătate, manager de program
consilier superior
Federația Internațională de Planificare Familială
Londra
Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord

Dr. Teresa Depineres

cercetător științific, clinician, manager de program
consilier tehnic superior
Fundația „Orientame”
Bogota
Columbia

Dr. Joanna Erdman

jurist, cercetător științific, avocat în probleme de sănătate
profesor adjunct, Facultatea de Drept
Universitatea din Toronto
Ontario
Canada

Dr. Aníbal Faúndes

clinician, avocat în probleme de sănătate
profesor de obstetrică și ginecologie
Universitatea de Stat din Campinas
Campinas, São Paulo
Brazilia

Profesor Mahmoud Fathalla

clinician, cercetător științific, avocat în probleme de sănătate
Universitatea din Assiut
Assiut
Egipt

Dr. Kristina Gemzell-Danielsson

cercetător științific, clinician, autor de politici
profesor de obstetrică și ginecologie
Spitalul Universității Karolinska
Stockholm
Suedia

Dr. Anna Glasier

clinician, cercetător științific
clinician principal, sănătatea sexuală
Departamentul Lothian al Serviciului Național de Ocrotire a Sănătății și Universitatea din Edinburgh
Edinburgh
Scoția

Dr. Turkiz Gokgol

cercetător științific, autor de politici, manager de program
director pentru programe internaționale
Fundația „Susan Thompson Buffett”

Omaha, NE
Statele Unite ale Americii

Dr. David Grimes

metodolog, epidemiolog, cercetător științific
savant distins
„Family Health International”
Durham, NC
Statele Unite ale Americii

Dr. Selma Hajri

clinician, cercetător științific
consultant în probleme de sănătate reproductivă
coordonator
Rețeaua Africană pentru Avorturi Medicale (ANMA)
Tunis
Tunisia

Dr. Pak Chung Ho

clinician, cercetător științific
profesor de obstetrică și ginecologie
Spitalul „Queen Mary”
Hong Kong
Republica Populară Chineză

Dr. Sharad Iyengar

clinician, autor de politici
director executiv
Organizația „Action Research & Training for Health”
(„Cercetări pentru acțiune și instruire în domeniul
sănătății”)
Udaipur
India

Dna Heidi Bart Johnston

consilier provizoriu
consilier în probleme de sănătate reproductivă și drep-
turi reproductive
Wetzikon
Elveția

Dna Bonnie Scott Jones

jurist, avocat în probleme de sănătate
director adjunct
Centrul pentru Drepturi Reproductive
New York, NY
Statele Unite ale Americii

Dr. Vasantha Kandiah

cercetător științific
consultant
Comitetul pentru dezvoltare în domeniul populației și
planificării familiei
Kuala Lumpur
Malaysia

Dr. Nguyen Duy Khe

manager de program
șeful Direcției sănătatea mamei și copilului
Ministerul Sănătății
Hanoi
Vietnam

Dr. Chisale Mhango

manager de program
șeful secției sănătate reproductivă
Ministerul Sănătății
Lilongwe
Malawi

Dr. Suneeta Mittal

clinician, cercetător științific, avocat în probleme de sănătate
șeful direcției obstetrică și ginecologie
Institutul național de științe medicale din India
Ansari Nagar, New Delhi
India

Dr. Nuriye Ortayli

clinician, manager de program
consilier superior
UNFPA
New York, NY
Statele Unite ale Americii

Dr. Mariana Romero

cercetător științific, avocat în probleme de sănătate
cercetător științific asociat
CEDES
Buenos Aires
Argentina

Dr. Helena von Hertzen

cercetător științific
consultant
Fundația „Concept”
Geneva
Elveția

Dr. Beverly Winikoff

metodolog, epidemiolog, cercetător științific
președinte
Organizația „Gynuity Health Projects”
New York, NY
Statele Unite ale Americii

Dna Patricia Ann Whyte

consilier provizoriu
cercetător științific superior
Centrul Strategic pentru Sănătatea Populației al Universității
„Alfred Deakin”
Facultatea științe în domeniul sănătății, Universitatea „Alfred
Deakin”

Victoria
Australia

Revizori științifici suplimentari

Dna Rebecca Cook

șefa catedrei de drept în domeniul drepturilor
internaționale ale omului

Facultatea de Drept
Universitatea din Toronto
Toronto, Ontario
Canada

Dna Laura Katsive

ofițer de program
Wellspring Advisors, LLC
New York
Statele Unite ale Americii

Dr. Paul FA Van Look

consultant în probleme de sănătate sexuală și
reproductivă

Val d'Illiez
Elveția

Consilieri regionali ai OMS

Dr. Khadiddiatou Mbaye, Oficiul Regional pentru Africa
Dr. Gunta Lazdane, Oficiul Regional pentru Europa

Secretariatul OMS

Dr. Katherine Ba-Thike
Dr. Dalia Brahmi
Dr. Peter Fajans
Dr. Bela Ganatra
Dr. Emily Jackson
Dr. Ronald Johnson
Dr. Nathalie Kapp
Dna Eszter Kismodi
Dr. Regina Kulier
Dr. Michael Mbizvo
Dr. Lale Say Dr Iqbal Shah
Dr. Joao Paulo Dias de Souza

Observatori

Dr. Mari Mathiesen

membru al consiliului de conducere

Fondul de asigurări în medicină al Estoniei
Lembitu
Estonia

Dr. Helvi Tarien

șefa Direcției servicii de sănătate

Fondul de asigurări în medicină al Estoniei
Lembitu
Estonia

ANEXA 5

Recomandările formulate în urma consultărilor tehnice în cadrul pregătirii celei de-a doua ediții a publicației AVORT FĂRĂ RISCURI: Recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică

Recomandarea 1: avort chirurgical pentru sarcini cu vârsta de gestație mai mică de 12-14 săptămâni

Aspirarea vacuum este tehnica recomandată de realizare a avortului chirurgical pentru sarcini cu vârsta de gestație de până la 12 sau 14 săptămâni. Procedura nu trebuie realizată, de rutină, prin metoda chiuretajului cu chiureță ascuțită. Dacă este aplicată în continuare metoda dilatării și chiuretajului, aceasta trebuie înlocuită cu metoda aspirării vacuum.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Studiile observaționale atestă că aspirarea vacuum este asociată cu mai puține complicații decât dilatarea și chiuretajul; studiile randomizate derulate pentru a decela diferențele în privința complicațiilor nu au avut suficientă putere statistică pentru a decela o diferență între ratele complicațiilor.
- Nu există dovezi care să susțină oportunitatea chiuretajului ca măsură de verificare (adică folosirea chiuretei ascuțite pentru completarea avortului) după aspirarea vacuum.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este joasă spre moderată.

Recomandarea 2: avort medicamentos pentru sarcini cu vârsta de gestație de până la 9 săptămâni (63 de zile)

Recomandarea 2.1

Metoda recomandată pentru avortul medicamentos este administrarea mifepristonului, urmată de administrarea misoprostolului.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

Studiile clinice randomizate controlate au demonstrat eficacitatea sporită a unui regim de tratament combinat (mifepriston, apoi misoprostol), comparativ cu administrarea doar a misoprostolului.

Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este moderată.

Recomandarea 2.2

Mifepristonul se administrează întotdeauna pe cale orală. Doza recomandată este de 200 mg.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Studiile clinice randomizate controlate indică faptul că administrarea a 200 mg de mifepriston este tot atât de eficace ca și administrarea a 600 mg.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este moderată.

Recomandarea 2.3

În caz de administrare pe cale sublinguală doza de misoprostol recomandată este de 800 µg. În caz de administrare pe cale orală doza recomandată este de 400 µg de misoprostol.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Eficacitatea misoprostolului poate varia în funcție de vârsta de gestație, de calea de administrare sau de frecvența administrării dozelor. Există studii în derulare care testează doze mai mici de misoprostol pentru aceeași eficiență.

- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este moderată.

Recomandarea 2.4

Dozele și căile de administrare recomandate pentru mifepriston, urmat de misoprostol:

Mifepristonul se administrează întotdeauna pe cale orală. Doza recomandată este de 200 mg.

Se recomandă ca misoprostolul să fie administrat peste 1 sau 2 zile (24-48 de ore) după ingestia mifepristonului.

- În caz de administrare pe cale vaginală, bucală sau sublinguală doza recomandată de misoprostol este de 800 µg.
- În caz de administrare pe cale orală doza recomandată este de 400 µg de misoprostol.
- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 7 săptămâni (49 de zile) misoprostolul poate fi administrat pe cale vaginală, bucală, sublinguală sau orală. Când vârsta de gestație depășește 7 săptămâni, nu se recomandă administrarea misoprostolului pe cale orală.
- În cazul sarcinilor de până la 9 săptămâni (63 de zile) misoprostolul poate fi administrat pe cale vaginală, bucală sau sublinguală.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Se recomandă administrarea misoprostolului pe cale vaginală, dată fiind eficacitatea sporită și o rată mai redusă a efectelor secundare, comparativ cu alte căi de administrare; totodată unele femei pot să prefere alte căi decât cea vaginală.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este moderată.

Recomandarea 2.5

Se recomandă ca misoprostolul să fie administrat peste 1 sau 2 zile (24-48 de ore) după ingestia mifepristonului.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este moderată.

Recomandarea 3: avort medicamentos pentru sarcini cu vârsta de gestație de 9-12 săptămâni (63-84 de zile)

Metoda recomandată pentru avortul medicamentos este administrarea pe cale orală a 200 mg de mifepriston, urmată peste 36-48 de ore de administrarea pe cale vaginală a 800 µg de misoprostol. Până la 4 doze a câte 400 µg de misoprostol vor fi administrate ulterior fie vaginal, fie sublingual, la fiecare trei ore, până la expulzarea produsului de concepție.

(Gradul de putere al recomandării: redus)

Note

- Continuă cercetările privind regimul de tratament adecvat în cazul avorturilor medicamentoase pentru sarcini cu vârsta de gestație de 9-12 săptămâni; probabil, recomandarea dată va suferi modificări pe măsura finalizării studiilor respective.
- Calitatea dovezilor bazate pe un studiu clinic randomizat controlat și pe un studiu observațional este joasă.

Recomandarea 4: avortul medicamentos pentru sarcinile cu vârsta de gestație de până la 12 săptămâni în cazurile când mifepristonul nu este disponibil

Metoda recomandată de realizare a avortului medicamentos în cazul indisponibilității mifepristonului este administrarea pe cale vaginală sau sublinguală a 800 µg de misoprostol. Pot fi administrate până la 3 doze repetate a câte 800 µg, la intervale de, cel puțin, 3 ore, dar nu mai lungi de 12 ore.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Administrarea misoprostolului pe cale sublinguală este asociată cu o mai mare incidență a efectelor secundare, comparativ cu administrarea pe cale vaginală. În cazul

femeilor nulipare, administrarea pe cale sublinguală este, de asemenea, mai puțin eficientă, dacă pauza dintre administrarea repetată a preparatului depășește 3 ore.

- Calitatea dovezilor bazate pe un studiu clinic randomizat controlat este înaltă.
- Administrarea combinată a mifepristonului și misoprostolului este mai eficientă decât administrarea doar a misoprostolului și este asociată cu un număr mai mic de efecte secundare. Administrarea combinată a metotrexatului și misoprostolului, regim practicat în unele regiuni, dar care nu este recomandat de OMS, este mai puțin eficientă decât administrarea combinată a mifepristonului și misoprostolului, este mai eficientă decât administrarea doar a misoprostolului.

Recomandarea 5: metode de avort pentru sarcini cu vârsta de gestație mai mare de 12-14 săptămâni (84-98 de zile)

Pentru realizarea avortului în cazul sarcinii cu vârsta de gestație de peste 12-14 săptămâni se recomandă atât avortul prin dilatare și evacuare, cât și metodele medicamentoase (mifepriston și misoprostol; numai misoprostol). Instituțiile medicale trebuie să ofere, cel puțin, una dintre aceste metode, preferabil - ambele metode, după posibilitate, în funcție de experiența cadrelor medicale și de posibilitățile de formare profesională specializată existente.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- S-a obținut un număr limitat de date pentru acest subiect, deoarece femeile nu au dorit să participe la randomizare în cadrul studiilor clinice de comparare a metodelor de avort chirurgicale și medicamentoase.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este joasă.
- Alegerea femeii privind metoda de realizare a avortului poate fi limitată sau imposibilă în cazul în care există unele contraindicații de ordin medical pentru una dintre metodele respective.

Recomandarea 6: avort medicamentos pentru sarcini cu vârsta de gestație de peste 12 săptămâni (84 de zile)

Metoda recomandată pentru avortul medicamentos este administrarea pe cale orală a 200 mg de mifepriston, urmată peste 36-48 de ore de administrarea repetată a dozelor de misoprostol.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de 12-24 de săptămâni doza inițială de misoprostol administrată după administrarea pe cale orală a mifepristonului poate fi de 800 µg administrate pe cale vaginală sau 400 µg administrate pe cale orală. Până la 4 doze a câte 400 µg de misoprostol vor fi administrate ulterior, fie pe cale vaginală, fie pe cale sublinguală, la fiecare trei ore.
- În cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mare de 24 de săptămâni, doza de misoprostol trebuie să fie redusă din cauza sensibilității mai mari a uterului la prostaglandine. Din cauza lipsei studiilor clinice nu pot fi formulate recomandări ferme privind dozele.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Metoda recomandată de realizare a avortului medicamentos, în cazurile când mifepristonul nu este disponibil, este administrarea pe cale vaginală sau sublinguală a, cel mult, cinci doze a câte 400 µg fiecare de misoprostol, repetată la fiecare 3 ore.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Intervalele mai scurte de 36 de ore între administrarea mifepristonului și misoprostolului sunt asociate cu o durată mai lungă a procedurii de avort și o incidență mai mare a avorturilor incomplete.
- Lactatul de etacridină provoacă procedura de avort pe o durată similară cu cea observată în cazul regimurilor de tratament exclusiv cu misoprostol. Nu au fost realizate studii pentru a compara siguranța și eficacitatea utilizării

lactatului de etacridină în raport cu utilizarea combinată a mifepristonului și misoprostolului.

- În cazul femeilor cu cicatrice uterine șansele de rupturi uterine în timpul avortului în trimestrul al doilea de sarcină sunt foarte reduse (0,28).
- În caz de administrare exclusivă a misoprostolului femeilor nulipare, administrarea pe cale vaginală este mai eficace decât administrarea pe cale sublinguală.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este joasă până la moderată.

Recomandarea 7: pregătirea cervicală înainte de avortul chirurgical în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 12-14 săptămâni (84-98 de zile)

Recomandarea 7.1

Înainte de avortul chirurgical se recomandă pregătirea cervicală, în cazul tuturor femeilor cu sarcini cu vârsta de gestație de 14-12 săptămâni de gestație. Oportunitatea acestei proceduri trebuie analizată la orice vârstă de gestație.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Trebuie analizată posibilitatea creșterii intervalului de timp și efectele secundare posibile, cum ar fi hemoragiile vaginale și avorturile bruște, asociate cu pregătirea cervicală a pacientelor însărcinate cu vârsta de gestație mai mică de 12-14 săptămâni.
- Lipsa posibilităților pentru realizarea pregătirii cervicale nu trebuie să limiteze accesul la servicii de avort.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este joasă.

Recomandarea 7.2

Se recomandă oricare dintre următoarele metode de pregătire cervicală înainte de realizarea avortului chirurgical în primul trimestru de sarcină:

- administrarea pe cale orală a 200 mg de mifepriston (cu 24-48 de ore în prealabil);
- administrarea pe cale sublinguală a 400 μg de misoprostol, cu 2-3 ore înainte de procedură;
- administrarea pe cale vaginală a 400 μg de misoprostol, cu 3 ore înainte de procedură;
- aplicarea intracervicală a laminariei, cu 6-24 de ore înainte de procedură.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Alegerea metodei de avort care va fi folosită va fi determinată de costuri, existența capacităților locale și a instruirii privind folosirea metodelor de pregătire cervicală.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este joasă până la moderată.

Recomandarea 8: pregătirea cervicală înainte de avortul chirurgical în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mare de 14 săptămâni (98 de zile)

Recomandarea 8.1

Toate femeile cu sarcina cu vârsta de gestație de peste 14 săptămâni care sunt supuse procedurii de dilatare și evacuare trebuie să beneficieze de pregătire cervicală înainte de procedură.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este joasă până la moderată.

Recomandarea 8.2

Metodele recomandate de pregătire cervicală înainte de procedura de dilatare și evacuare pentru sarcini de peste 14 săptămâni de gestație sunt: cu dilatatoare osmotice sau cu misoprostol.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Folosirea dilatoarelor osmotice reduce durata procedurii și necesitatea dilatării ulterioare, dacă se compară această metodă cu administrarea misoprostolului. Nu au fost efectuate cercetări clinice pentru a studia efectul administrării misoprostolului anterior procedurii de dilatare și evacuare pentru sarcini cu vârsta de gestație de peste 20 de săptămâni.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este moderată.

Recomandarea 9: controlul de rutină după avortul medical

Vizitele medicale de rutină nu sunt necesare după realizarea unui avort chirurgical necomplicat sau a unui avort medicamentos cu utilizarea mifepristonului urmat de misoprostol. Cu toate acestea, femeile trebuie informate că au la dispoziție servicii medicale în caz de nevoie sau la cerere.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Femeile trebuie să primească informații adecvate cu privire la simptomele care pot fi semn că sarcina continuă și cu privire la alte aspecte de ordin medical, cum ar fi hemoragiile de durată sau febra, care sunt indicații pentru a merge la medic.
- Continuă cercetările clinice privind strategiile de monitorizare a stării pacientelor care au fost supuse avortului medical în primul trimestru al sarcinii, în afară de vizitele la instituția medicală.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii de observare și date indirecte este joasă.

Recomandarea 10: tratamentul în cazul avorturilor incomplete

Dacă dimensiunile uterului sunt echivalente unei sarcini de până la 13 săptămâni, se recomandă fie aspirarea vacuum, fie tratamentul cu misoprostol. Regimul recomandat de

administrare a misoprostolului este o singură doză, fie pe cale sublinguală (400 µg), fie pe cale orală (600 µg).

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Managementul expectativ poate fi tot atât de eficace în cazul avorturilor incomplete ca și administrarea misoprostolului, dar procesul durează mai mult timp. Decizia privind opțiunea preferată de abordare a avortului incomplet - managementul expectativ sau intervenția medicală - trebuie să se bazeze pe starea clinică a femeii și preferințele ei privind tratamentul.
- Recomandarea este rezultatul extrapolării rezultatelor cercetărilor care au inclus femeile care au declarat că au avut avorturi spontane. Avortul reținut este diferit de avortul incomplet ce poate urma avortului spontan sau avortului medical.
- În baza recomandărilor privind efectuarea avortului chirurgical pe parcursul primului trimestru de sarcină, aspirarea vacuum poate fi folosită și în cazul femeilor al căror uter are mărimea echivalentă unei sarcini de 14 săptămâni de sarcină.
- Misoprostolul poate fi administrat și pe cale vaginală. La realizarea studiilor clinice privind administrarea pe cale vaginală a misoprostolului au fost folosite doze de la 400 µg până la 800 µg, dar nu există studii clinice comparative privind dozele administrate.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este joasă.

Recomandarea 11: administrarea profilactică a antibioticelor în cazul avorturilor

Toate femeile cărora li se efectuează avort chirurgical, indiferent de riscul de boală inflamatoare pelviană, trebuie să primească antibioticele potrivite, ca măsură profilactică, înainte, în timpul sau după realizarea procedurii de avort.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Administrarea de rutină, în scopuri profilactice, a antibioticelor nu este necesară în cazul femeilor supuse procedurii de avort medicamentos.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Lipsa antibioticelor nu trebuie să limiteze accesul femeilor la serviciile de avort.
- S-a demonstrat eficacitatea administrării unor doze unice de medicamente din grupa preparatelor cu nitroimidazol, tetraciclină sau penicilină.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate privind avorturile chirurgicale este moderată. Calitatea dovezilor bazate pe un studiu clinic observațional este foarte joasă pentru avorturile medicamentoase și moderată pentru avorturile chirurgicale.

Recomandarea 12: ultrasonografie înainte de realizarea avortului medical

Ultrasonografia de rutină înainte de realizarea procedurii de avort nu este necesară.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Calitatea dovezilor bazate pe un studiu clinic randomizat controlat și pe studii observaționale este foarte joasă.

Recomandarea 13: măsuri de contracepție după avort

Femeile pot începe să folosească contracepția hormonală din momentul avortului chirurgical sau din momentul administrării primei pilule în cadrul regimului de avort medicamentos.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

După efectuarea avortului medicamentos poate fi inserat un dispozitiv intrauterin contraceptiv, începând cu momentul în care există un grad rezonabil de certitudine că femeia nu mai este însărcinată.

Note

- Nu au fost realizate studii clinice pentru a determina oportunitatea inițierii contracepției hormonale în timpul procedurii de avort medicamentos, înainte de expulzarea sarcinii.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este foarte joasă.

Recomandarea 14: controlul durerii în timpul avortului

Atât în cazul avorturilor medicamentoase, cât și în cazul avorturilor chirurgicale femeile trebuie să primească de rutină medicamente pentru atenuarea durerii (de exemplu, antiinflamatoare nesteroidiene).

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Anestezia generală nu este recomandată de rutină în cazul avorturilor vacuum sau prin dilatare și evacuare.

(Gradul de putere al recomandării: înalt.)

Note

- Medicamentele pentru atenuarea durerii trebuie oferite întotdeauna în cazul avorturilor medicamentoase și chirurgicale și puse fără întârziere la dispoziția femeilor, la cererea acestora. În majoritatea cazurilor sunt suficiente analgezicele, anestezia locală și/sau anestezia cu sedare parțială, îmbinate cu susținerea verbală, deși cu cât este mai mare vârsta de gestație, cu atât este mai mare nevoia de atenuare a durerii.
- Problema momentului oportun de administrare a medicamentelor pentru atenuarea durerii nu a fost studiată suficient și într-un mod adecvat, fapt ce împiedică

formularea recomandărilor privind regimul de administrare a medicamentelor respective. Totodată, oferirea posibilității de atenuare a durerii constituie o parte importantă a asistenței în contextul realizării avorturilor fără riscuri.

- Se atestă folosirea pe larg a narcoticelor administrate intravenos și/sau a tranchilizantelor și blocului paracervical, în pofida lipsei dovezilor medicale.
- A fost demonstrată eficacitatea medicamentelor antiinflamatoare nesteroidiene ca mijloace de atenuare a durerii. Pe de altă parte, s-a demonstrat ineficacitatea paracetamolului la atenuarea durerii asociate cu avorturile chirurgicale sau medicamentoase.
- În cazul unor femei poate fi necesară administrarea substanțelor narcotice suplimentare pentru atenuarea durerii, în special în cazul avorturilor în trimestrul al doilea de sarcină.
- Folosirea anesteziei locale la realizarea avorturilor chirurgicale în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de peste 12 săptămâni nu a fost analizată în cadrul studiilor clinice.
- Anestezia generală este asociată cu o rată mai mare a efectelor secundare și complicațiilor, comparativ cu alte metode de atenuare a durerii.
- Calitatea dovezilor bazate pe studii clinice randomizate controlate este joasă.

ANEXA 6

Eligibilitatea medicală a mijloacelor de contracepție după avort²

Tabelul A1. Tabel de sinteză a recomandărilor privind eligibilitatea medicală a mijloacelor de contracepție hormonale, dispozitivelor intrauterine contraceptive și a metodelor de contracepție de barieră, după realizarea avortului											
Stare după avort	COC	CIC	Plasturele contraceptive și inelul vaginal	POP	DMPA / NET EN	LNG, ETG	DI cu cupru	DI cu LNG	Prezervativ	Spermicid	Diafragmă
Primul trimestru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Al doilea trimestru	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
Imediat Post avort septic	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1

COC – contraceptive orale combinate, CIC – contraceptive injectabile combinate, CPP - Contraceptive cu progesteron, pilule, CIP – contraceptive injectabile cu progesteron: metroprogesteron acetat/noretisteron enantat, DIU - dispozitiv intrauterin, LNG, ETG – levonorgestrel/etonorgestrel.

Categorii: definiție

- 1: stare care nu impune restricții privind metoda de contracepție folosită.
- 2: stare în care avantajele folosirii metodei de contracepție respective depășesc, în mare parte, riscurile teoretice sau demonstrate.
- 3: stare în care riscurile teoretice sau demonstrate depășesc, de regulă, avantajele folosirii metodei de contracepție respective.
- 4: stare în care folosirea metodei de contracepție respective prezintă riscuri inacceptabile pentru sănătate.

² În baza publicației *Medical eligibility criteria for contraceptive use (Eligibilitatea medicală a mijloacelor de contracepție)*, ediția a patra. Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2009.

Tabelul A2. Recomandări privind eligibilitatea medicală pentru sterilizare chirurgicală feminină după avort	
Starea după avort	Sterilizare chirurgicală feminină
Necomplicată	D
Sepsis sau febră după avort	A
Hemoragie gravă după avort	A
Traumatisme grave ale tractului genital; rupturi cervicale sau vaginale în timpul avortului	A
Perforația uterului	S
Hematometrie acută	A

Categorii: definiție

- **D = (da):** nu există motive pentru a refuza sterilizarea persoanei aflate într-o astfel de stare.
- **C = (precauție):** în mod normal, procedura are caracter de rutină, dar se realizează cu măsuri suplimentare de pregătire și precauție sporite.
- **A = (amânare):** procedura se amână până la momentul când va fi evaluată și/sau corectată starea persoanei; trebuie puse la dispoziție metode alternative de contracepție.
- **S = (condiții speciale):** procedura trebuie realizată de către un chirurg cu experiență, asistat de personal medical cu experiență, este necesar echipamentul pentru anestezie generală și alte opțiuni de asistență medicală în cazuri de urgență. În astfel de cazuri este necesar ca persoana să fie capabilă să decidă privind cea mai potrivită procedură și cel mai potrivit regim de anestezie. Trebuie puse la dispoziție metode alternative de contracepție, dacă sunt necesare consulturi medicale suplimentare sau dacă există alte cauze de amânare a procedurii.

ANEXA 7

Principalele tratate internaționale și regionale privind drepturile omului

Tabelul A3. Principalele tratate internaționale privind drepturile omului	
Tratatul internațional privind drepturile omului (data intrării în vigoare)	Organul de monitorizare a conformării prevederilor tratatului
Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială (CIEDR) (1969)	Comitetul pentru eliminarea discriminării rasiale
Convenția internațională cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (CIDESE) (1976)	Comitetul pentru drepturi economice, sociale și culturale
Convenția internațională privind drepturile civile și politice (CIDCP) (1976)	Comitetul pentru drepturile omului
Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDF) (1981)	Comitetul pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor
Convenția împotriva torturii sau a altor forme de tratament sau pedeapsă crude, inumane sau degradante (CIT) (1987)	Comitetul împotriva torturii
Convenția cu privire la drepturile copilului (CDC) (1990)	Comitetul pentru drepturile copilului
Convenția internațională privind protecția drepturilor tuturor muncitorilor migranți și a membrilor familiilor acestora (2003)	Comitetul pentru muncitorii migranți
Convenția cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD) (2008)	Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD) (2008)

Tabelul A4. Tratatate regionale privind drepturile omului	
Tratatul regional privind drepturile omului (data intrării în vigoare)	Organul de monitorizare a conformării prevederilor tratatului
Declarația americană privind drepturile și obligațiile omului (1948)	Comisia interamericană pentru drepturile omului
Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale (cu modificările ulterioare prin protocoalele 1, 4, 6, 7, 12 și 13) (1953)	Curtea Europeană a Drepturilor Omului
Convenția americană privind drepturile omului (1978)	Comisia interamericană pentru drepturile omului
Carta africană pentru drepturile omului și popoarelor (1986)	Comisia africană pentru drepturile omului și popoarelor (1986)
Convenția interamericană privind prevenirea, pedepsirea și eradicarea violenței împotriva femeilor (Convenția de la Belem, regiunea Para, Brazilia) (1994)	Comisia interamericană pentru drepturile omului
Carta Socială Europeană (1961)/ Carta Socială Europeană Revizuită (1996)	Comitetul european pentru drepturile sociale
Carta africană privind drepturile și bunăstarea copilului (1999)	Comitetul african de experți privind drepturile și bunăstarea copilului
Protocolul suplimentar la Convenția americană privind drepturile omului în domeniul drepturilor economice, sociale și culturale (Protocolul semnat în San Salvador) (1999)	Comisia interamericană pentru drepturile omului
Protocolul la Carta africană pentru drepturile omului și popoarelor, privind drepturile femeii în Africa (2005)	Comisia africană pentru drepturile omului și popoarelor (1986)
Carta arabă a drepturilor omului (2008)	Comitetul arab pentru drepturile omului
Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene (2009)	Curtea Generală/Curtea de Justiție a Uniunii Europene (2009)



**Organizația
Mondială a Sănătății**

BIROUL REGIONAL PENTRU

Europa

Organizația Mondială a Sănătății

Biroul Regional pentru Europa

Biroul OMS din Republica Moldova

str. Sfatul Țării, 29, or. Chișinău, MD-2012, Republica Moldova

Tel.: +373 22 83 99 60. Fax: +373 22 83 99 70. Email: whomda@euro.who.int

Website: www.euro.who.int/moldova