



*Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”*

Curriculum de instruire în

AVORTUL ÎN SIGURANȚĂ

*pentru lucrătorii
din asistența medicală primară*

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Curriculum de instruire în

AVORTUL ÎN SIGURANȚĂ

pentru lucrătorii

din asistența medicală primară

Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reprodusei al Republicii Moldova

Chișinău 2011

Curriculum de instruire a fost aprobat de ședința Catedrei Obstetrică și Ginecologie FECMF USMF „Nicolae Testemițanu” din 29 septembrie 2011, procesul- verbal nr. 2, Comisia Științifico - metodică de profil „Obstetrică și Ginecologie” din 18 octombrie 2011 procesul-verbal nr. 3, Consiliul de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 16 februarie 2012, procesul- verbal nr. 6.

Recenzenți:

Nicolae Cucoș – d.ș.m., Conferențiar universitar, Specialist de categorie superioară în medicină internă și medicină de familie

Ion Bologan – d.m., Conferențiar Universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Prefață

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), avortul este o procedură medicală sigură, atunci când este efectuat de către personal medical calificat, cu echipament corespunzător, printr-o metodă corectă și cu respectarea standardelor sanitare. În țările dezvoltate, unde femeile au acces la servicii de avort în siguranță, șansa de a deceda din cauza avortului efectuat prin metode moderne nu este mai mare de 1 la 100 000 proceduri (Alan Guttmacher Institute, 1999). În același timp în țările Europei de Est, inclusiv în Republica Moldova, mortalitatea maternă cauzată de avort continuă să fie destul de înaltă.

Prezentul modul oferă informații și recomandări prestatorilor de servicii din asistența primară, avînd ca scop aprofundarea cunoștințelor, deprinderilor practice și schimbarea atitudinii medicilor de familie referitor la avortul în siguranță, precum și implicarea lor în consilierea femeilor pre- și post-avort. Modulul intenționează să faciliteze instruirea profesionistă și poate servi drept referință pentru întrebările care apar în procesul prestării serviciilor. În prezentul document au fost incluse materiale din Ghidul pentru furnizarea îngrijirilor la avort, Ediția originală: Teresa McInerney, Traci L. Baird, Alyson G. Hyman, Amanda B. Huber 2001. A guide to providing abortion care. Technical Resources for Abortion Care. Chapel Hill, NC, Ipas. Versiunea în limba română produsă de: Medcom, distribuitor unic Ipas în Romania. Prezentul document conține trimiteri la surse suplimentare pentru cazul în care cititorii au nevoie de informații mai aprofundate. Modulul este destinat medicilor de familie, rezidenților medici de familie, studenților și asistentelor medicale.

Scopul acestei publicații constă în alinierea programului de instruire și facilitarea implementării în practica medicală a Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță în practica medicală, aprobate prin ordinul Ministerului Sănătății Nr 482 din 14 iunie 2011. Obiectivul major al publicării prezentului modul este ridicarea nivelului calității serviciilor de avort, diminuarea complicațiilor post-avort, protejarea sănătății reproductive a femeilor și diminuarea mortalității materne, relatate către avort, implementarea unui sistem de prestare a serviciilor „centrat spre pacientă” și prin aceasta – ridicarea nivelului de satisfacție al femeilor și al cuplurilor.

Cuprins

Modulul AVORT ÎN SIGURANȚĂ	
Tematica	Pagina
Introducere în problemă	4
Definirea îngrijirii la avort	7
Organizarea prestării serviciilor și întreruperea voluntară a cursului sarcinii în Republica Moldova	8
Metodele de avort	14
Consilierea pentru avort sigur	17
Consilierea pentru contracepție după avort	23
Încheiere	30
Referințe	

Introducere în problemă

Avortul spontan sau la cerere este unul dintre cele mai obișnuite evenimente obstetricale în întreaga lume, ocupînd locul al doilea după naștere. În lume, 46 milioane de femei practică avorturi la cerere în fiecare an, 78% din ele locuind în țările în curs de dezvoltare și 22% în țările dezvoltate. Acolo unde avortul este permis legal, sigur și disponibil, complicațiile lui sunt rare. În țările în care furnizarea avortului este limitată, iar serviciile sunt inaccesibile sau de calitate redusă, femeile recurg adesea la metode nesigure, urmate de complicații, probleme de sănătate pe termen lung sau chiar moarte.

61% din femeile din întreaga lume locuiesc în regiuni în care avortul este permis pentru un număr mare de motive; multe din restul femeilor locuiesc în țări în care avortul este permis cel puțin pentru câteva motive, de exemplu pentru salvarea vieții femeii (Alan Guttmacher Institute, 1999). De aceea, extinderea disponibilității și accesibilității serviciilor de avort sigure, eficiente și acceptabile este o componentă crucială a satisfacerii nevoilor de îngrijiri medicale ale femeilor. Corelarea avortului cu alte servicii de sănătate a reproducerii, inclusiv consilierea și furnizarea de contraceptive, este esențială pentru a ajuta femeile să evite sarcinile nedorite și, astfel, avorturile repetate.

La Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare (ICPD) a Națiunilor Unite de la Cairo din 1994, guvernele mai multor țări au identificat avortul nesigur ca o problemă de sănătate publică și au convenit că în țările în care avortul este legal el trebuie să fie sigur.

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova consideră sănătatea reproducerii ca o prioritate care a fost elucidată și în cadrul Strategiei naționale a sănătății reproducerii, în care se menționează că asigurarea unor servicii de calitate în domeniul planificării familiale și întreruperii sarcinii în condiții sigure reprezintă domenii principale de intervenție. Deși avortul nu reprezintă o metodă a planificării familiale, el continuă să fie utilizat în acest scop. Morbiditatea și mortalitatea mare relatată din cauza complicațiilor avortului impun luarea unor măsuri de asigurare a serviciilor medicale de calitate în acest domeniu. În contextul demografic al țării, caracterizat prin rata de fertilitate scăzută și spor demografic negativ, aceste intervenții trebuie considerate ca parte a serviciilor medicale preventive și ca instrument pentru exercitarea dreptului de bază al omului privind reproducerea. O importanță deosebită în acest sens o constituie asigurarea unor îngrijiri complexe de o înaltă calitate, efectuate de un personal de înaltă competență la nivelul tuturor instituțiilor medicale care activează în domeniul reglării fertilității, în condițiile ameliorării accesului la aceste servicii pentru femeile din Moldova, care au nevoie de aceste servicii. De asemenea, se impune instruirea personalului medical, în vederea

utilizării unor tehnici moderne și de calitate, asociate cu riscuri și morbiditate redusă, oferirii de servicii calitative, integrate cu conceptul „Servicii centrate pe pacientă”.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), avortul este o procedură medicală sigură, atunci când este efectuat de către personal medical calificat, cu echipament adecvat, printr-o metodă corectă și cu respectarea standardelor sanitare (OMS, 2003). În țările dezvoltate, unde femeile au acces la servicii de avort sigure, șansa de a deceda din cauza avortului efectuat prin metode moderne nu este mai mare de 1 la 100 000 proceduri (Alan Guttmacher Institute, 1999).

Organizația Mondială a Sănătății recomandă următoarele metode de întrerupere a sarcinii:

- aspirația vacuum manuală sau electrică pentru trimestrul I;
- avortul medicamentos cu mifepriston și misoprostol, care poate fi utilizat până la 9 săptămâni de sarcină;
- metoda medicamentoasă, preferabilă după a 12-a săptămână de sarcină și care constă în administrarea mifepristonului, după care urmează doze repetate de prostaglandine-misoprostol sau gemeprost, iar cea chirurgicală preferabilă este dilatarea colului uterin și evacuarea produsului de concepție cu utilizarea vacuum-aspirației și a pensei, după pregătirea prealabilă a colului uterin cu misoprostol.

La metodele nerecomandate de OMS se referă dilatarea și chiuretajul (raclajul) în trimestrul I și instilarea intra-, sau extra-amnională a soluției hipertonică sau a prostaglandinelor în trimestrul II. Dilatarea colului uterin și raclajul constituie o procedură mai periculoasă decât vacuum-aspirația și, totodată, mult mai dureroasă pentru femei. În majoritatea țărilor industrializate, dar și în alte țări, procedura de dilatare a colului uterin și raclaj a fost înlocuită prin vacuum-aspirație. Incidența complicațiilor severe în urma chiuretajului depășește de 2 - 3 ori incidența complicațiilor cauzate de vacuum-aspirație.

Cadrul legislativ și normativ aferent prestării serviciilor de avort în condiții de siguranță în Republica Moldova

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează conform prevederilor:

- Articolului 32 al Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr. 34, art. 373):

„(1) Femeilor li se acorda dreptul să-și hotărască personal problema maternității.

(2) Operația de întrerupere a cursului sarcinii poate fi efectuată până la sfârșitul primelor 12 săptămâni de sarcină numai în unități medico-sanitare publice.

(3) Modul de efectuare a acestei operații după primele 12 săptămâni de sarcină este stabilit de Ministerul Sănătății.”

- Articolele 5, 6 și 7 ale Legii nr. 185-XV din 24 mai 2001 cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2001, nr. 90 - 91, art. 697):

„Articolul 5. Dreptul la luarea liberă a deciziei referitoare la reproducere

(1) Orice persoană are dreptul de a lua liber decizia referitoare la numărul copiilor și la timpul nașterii lor în căsătorie sau în afara căsătoriei.

(2) Statul garantează neamestecul său în realizarea de către cetățeni a dreptului la luarea liberă a deciziei referitoare la reproducere.

Articolul 6. Dreptul la informație asupra sănătății sale reproductive și planificării familiale

Orice persoană are dreptul la o informație completă și veridică asupra stării sănătății sale reproductive și planificării familiale, pe care o oferă instituțiile medicale de stat și nestatale, care dispun de licență pentru un astfel de gen de activitate, în limitele competențelor lor.

Articolul 7. Dreptul la beneficierea de servicii de ocrotire a sănătății reproductive și de planificare familială

(1) Orice persoană este în drept să beneficieze de servicii de ocrotire a sănătății reproductive și de planificare familială.

(2) Serviciile de ocrotire a sănătății reproductive și de planificare familială se prestează de instituțiile de stat și nestatale de ocrotire a sănătății, de învățământ și de asistență socială în modul stabilit de legislația în vigoare.”

- Articolele 5 și 9 ale Legii nr. 263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176 - 181, art. 867).

„Articolul 9. Asigurarea dreptului pacientului în domeniul reproducerii

(1) Pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind asigurarea sănătății reproducerii.

(2) Orice pacient are dreptul la metode de planificare familială eficiente și lipsite de riscuri.

(3) Pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nici o discriminare.

(4) Dreptul femeii la viață prevalează în cazul în care sarcina prezintă un factor de risc major și imediat pentru viața mamei.”

Regulamentul pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii este un document oficial, care stabilește cadrul normativ de activitate a instituțiilor medicale privind prestarea serviciilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii. Acest Regulament a fost aprobat de către Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, conform ordinului Nr. 647 din 21 septembrie 2010 și înregistrat la Ministerul Justiției prin ordinul Nr. 782 din 9 noiembrie 2010.

Standardele pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță au fost aprobate de către Ministerul Sănătății al Republicii Moldova prin ordinul nr. 482 din 14 iunie 2011.

Definirea îngrijirii la avort

„Îngrijirea la avort“ este mai mult decât o simplă procedură de avort. Ea se referă la o abordare cuprinzătoare care include:

1. Consiliere și servicii pentru avort sigur.
2. Consiliere contraceptivă și furnizarea de metode.
3. Alte servicii de sănătate a reproducerii sau trimiteri la asemenea servicii, ca de exemplu diagnosticul și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS) sau abordarea nevoilor femeilor care au fost victime ale violenței.

Contracepția după avort poate ajuta femeile să întrerupă cercul vicios format din contactul sexual neprotejat, sarcina nedorită sau neintenționată și avort, și să abordeze multe aspecte referitoare la contracepție și sănătatea sexuală. Pentru multe femei, apelarea la îngrijiri medicale pentru o sarcină nedorită poate fi una din rarele ocazii în care au contact cu sistemul de sănătate. Conectarea serviciilor de avort cu alte servicii de sănătate a reproducerii ajută femeile să-și îmbunătățească starea generală de sănătate prin oferirea posibilității de a primi și alte îngrijiri care le sunt necesare.

Organizarea prestării serviciilor și întreruperea voluntară a cursului sarcinii în Republica Moldova

Noțiunea de întrerupere voluntară a cursului sarcinii este definită prin întreruperea cursului sarcinii bazată pe alegere, atât în baza dreptului femeii la sănătatea reproducerii prin prisma drepturilor omului, inclusiv dreptul femeii la maternitate, precum și la libera alegere a instituției medico-sanitare care prestează servicii de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (în continuare

instituție medico-sanitară), elective și în baza indicațiilor medicale și sociale, stabilite de Ministerul Sănătății în Regulamentul privind efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii¹.

Locul și profesioniștii, metodele

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează conform prevederilor Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995.

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină se efectuează în instituțiile medico-sanitare publice și private, care prestează acest gen de servicii, la alegerea femeii gravide, indiferent de locul de trai sau viza de reședință.

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează numai de medicii specialiști în obstetrică-ginecologie, instruiți în prestarea acestui gen de servicii.

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda medicamentoasă, în perioada primelor 9 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi, care au pregătirea necesară în metoda avortului medicamentos, în asociațiile medicale teritoriale, centrele de sănătate a femeii, secțiile consultative din cadrul centrelor perinatologice, în secția de sănătate a reproducerii a Centrului Național Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală.

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda vacuum aspirării manuale sau electrice, în perioada primelor 10 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi, care au pregătirea necesară în metoda vacuum aspirării manuale sau electrice, în asociațiile medicale teritoriale, centrele de sănătate a femeii, secțiile consultative din cadrul centrelor perinatologice, în secția de sănătate a reproducerii a Centrului Național Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală.

Cazuri speciale

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii cu termen ***între 10-12 săptămâni*** de sarcină se efectuează în instituțiile medico-sanitare ce oferă asistență medicală specializată spitalicească (secții de ginecologie sau obstetrică-ginecologie) prin metoda vacuum aspirării manuale/electrice sau raclaj, dacă metodele de aspirare vacuum nu sunt disponibile.

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în ***primele 12 săptămâni cu patologie asociată (cu risc major pentru pacientă) și la pacientele cu vârstă sub 16 ani*** (indiferent dacă patologia asociată este sau nu prezentă), se efectuează numai în instituția medico-sanitară ce oferă asistență medicală specializată spitalicească (secții de ginecologie sau obstetrică-ginecologie).

Medicii rezidenți în obstetrică-ginecologie pot efectua întreruperea voluntară a cursului sarcinii doar sub supravegherea responsabililor pentru instruirea și pregătirea lor.

Cu referință la femeile gravide cu vîrstă sub 16 ani, întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează cu consimțămîntul reprezentantului lor legal, conform prevederilor Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995, cu excepția cazurilor în care sarcina pune în pericol viața femeii gravide.

În cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața femeii gravide, cînd aceasta nu-și poate exprima voința, iar consimțămîntul reprezentantului său legal nu poate fi obținut la timp, personalul medical, abilitat în modul stabilit de legislație, are dreptul de a lua decizia respectivă în interesul femeii.

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii ***după primele 12 săptămâni*** de sarcină se efectuează doar în instituțiile medicale publice.

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni și până la sfîrșitul săptămânii 21-a de sarcină se efectuează la indicații medicale și sociale.

Indicațiile medicale pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni și pînă la sfîrșitul săptămânii 21-a de sarcină sunt expuse în anexa nr. 1 – Regulamentul pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii.

1. Malformațiile fetale incompatibile cu viața/incurabile.
2. Stările în urma tratamentului chirurgical cu înlăturarea unui organ vital important.
3. Maladiile sau stările patologice care pun în pericol sănătatea și viața femeii gravide.

În aceste cazuri pacienta se adresează la medicul de familie de la locul de trai, apoi, prin intermediul medicilor obstetricieni-ginecologi, se asigură perfectarea Fișei personale a gravidei și lăuzei (formular nr. 111/e) și perfectarea îndreptării către Compania Națională de Asigurare în Medicină teritorială pentru eliberarea Poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală. După asigurarea efectuării investigațiilor, consultațiilor medicilor specialiști de profil în argumentarea indicațiilor și evidența cazurilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni și pînă la sfîrșitul săptămânii 21-a de sarcină, se creează și se aprobă prin ordin Comisia Medicală Consultativă Comună în următoarea componență: directorul medical al instituției medico-sanitare publice, medicul curant specialist obstetrician-ginecolog, medicul specialist în medicină internă, șeful secției obstetrică, juristul din cadrul instituției medico-sanitare publice.

Comisia Medicală Consultativă Comună:

- selectează indicațiile medicale sau sociale pentru fiecare caz aparte, în baza cererii femeii gravide, documentației juridice și/sau medicale prezentate, și consimțământul femeii gravide prin semnarea acordului informat;
- eliberează trimitere-extras, ce servește bilet de trimitere pentru spitalizarea femeii gravide în staționarul obstetrical-ginecologic.

Pacienta se internează în instituția medicală ce oferă asistență medicală specializată spitalicească, unde se asigură perfectarea documentației medicale și întreruperea de sarcină.

Prezența malformațiilor congenitale la făt va fi confirmată de cel puțin 2 specialiști în ultrasonografie, inclusiv unul din cadrul Centrului Perinatologic de nivelul III până la sfârșitul săptămânii 21 de gestație. În caz de diagnostic incert de malformații congenitale, femeia gravidă va fi îndreptă în Centrul Național Sănătatea Reproduserii și Genetică Medicală, pentru confirmarea diagnosticului și oferirea consilierii privind pronosticul și perspectivele postnatale.

Indicațiile sociale pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni și până la sfârșitul săptămânii 21-a de sarcină includ următoarele:

- 1) vârsta femeii gravide sub 18 ani și peste 40 ani;
- 2) sarcina survenită în urma violului, incestului sau a traficului cu ființe umane;
- 3) divorțul în timpul sarcinii;
- 4) decesul soțului în timpul sarcinii;
- 5) privațiunea de libertate sau de drepturi părintești a unuia sau a ambilor soți;
- 6) aflarea femeilor gravide în proces de migrație;
- 7) femeile gravide cu 5 și mai mulți copii;
- 8) femeile gravide care au în grijă sa:
 - a) un copil mai mic de 2 ani;
 - b) unul sau mai mulți membri ai familiei încadrați în gradul I de invaliditate, care necesită îngrijire, conform concluziei Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalității;
- 9) asocierea a minim 2 circumstanțe: lipsa domiciliului, lipsa surselor financiare de existență, abuz de alcool sau/și droguri, acte de violență domestică, vagabondaj.

Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni și până la sfârșitul săptămânii 21 de gestație se efectuează prin metoda medicamentoasă cu mifepriston și misoprostol. Eficacitatea acestei metode este de 92 - 97%.

Celelalte metode, cum ar fi introducerea intra-amniotică a soluției de NaCl de 20%, a gramicidinei sau administrarea parenterală, intra sau extra-amniotică a prostaglandinelor, sunt mai invazive, riscante și, respectiv, nu sunt recomandate.

Acces

Instituția medico-sanitară garantează accesul liber și nestingherit al femeilor gravide la serviciul de întrerupere voluntară a cursului sarcinii și efectuarea acestuia în condiții de confidențialitate.

Informare

Instituția medico-sanitară informează fiecare femeie gravidă, care se adresează pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii, despre metodele, alternativele, precum și despre riscurile existente, conform prevederilor Legii nr. 263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului.

Opinie

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni se efectuează sub anestezie locală sau generală, la alegerea pacientei, după informarea ei în cadrul consilierii și exprimarea consimțământului prin semnarea acordului informat.

Alegere

Instituția medico-sanitară efectuează întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda aleasă de femeia gravidă sau o referă către altă instituție medico-sanitară care prestează servicii de întrerupere a sarcinii prin metoda aleasă de femeia gravidă.

Demnitate

Instituția medico-sanitară afișează în loc vizibil și accesibil drepturile pacientului și tarifele pentru intervențiile de întrerupere voluntară a cursului sarcinii în primele 12 săptămâni, conform actelor normative în vigoare. Instituția în cauză garantează efectuarea acestuia în condiții de confidențialitate.

Consimțământul informat, consilierea

Femeile gravide, care au decis asupra întreruperii voluntare a cursului sarcinii, înainte de efectuarea intervenției, își vor exprima consimțământul prin semnarea acordului informat.

Consilierea post-avort și eliberarea de contraceptive se înregistrează în Registrul de evidență a intervenției de întrerupere a cursului sarcinii, cu semnătura de confirmare a pacientei.

Siguranță

Examinarea privind depistarea maladiilor sexual-transmisibile, în caz de necesitate, se efectuează înainte de întreruperea voluntară a cursului sarcinii, cu prealabila explicare a necesității și acordului informat al pacientei.

În cazul depistării proceselor inflamatorii acute și sub acute de diverse localizări și a bolilor infecțioase acute, intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii se efectuează după tratamentul acestora, luând în considerare și termenul sarcinii.

Antecedentele medicale și reacțiile alergice ale pacientei, vârsta gestațională (confirmată și consemnată în baza anamnezei menstruale și examenului clinic), semnele vitale înainte și după intervenție (tensiunea arterială, pulsul, temperatura), se înregistrează, de asemenea, în Fișa medicală de întrerupere voluntară a cursului sarcinii.

Grupa sanguină și Rh-factorul se determină în cazul în care acestea nu sunt cunoscute și documentate în buletinul de identitate. Femeilor gravide cu Rh-negativ li se oferă Imunoglobulina anti rezus.

Efectuarea/neefectuarea izoimunizării se înregistrează în Registrul de evidență a intervenției de întrerupere a cursului sarcinii.

Continuitate

La externare, medicul va completa și va oferi pacientei Extrasul medical (Formular nr. 027/e), cu menționarea diagnosticului, metodei efectuate pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii și recomandărilor la domiciliu.

Medicii obstetricieni-ginecologi, care efectuează întreruperea voluntară a cursului sarcinii, în caz de necesitate, vor elibera certificat de concediu medical pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii, conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr.469 din 24 mai 2005 „Cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind modul de eliberare a certificatului de concediu medical” (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 77-79, art. 529). La solicitarea pacientei, în certificatul de concediu medical nu se va indica diagnosticul de avort, doar cifra intervenției.

Raportare

Despre complicațiile survenite în urma întreruperii voluntare a cursului sarcinii, medicul obstetrician-ginecolog curant, în comun cu șeful subdiviziunii, anunță în mod de urgență conducătorul instituției medico-sanitare, care informează Secția de evaluare, monitorizare și integrare a serviciilor medicale a Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.

Instituția medico-sanitară întocmește Raportul statistic nr. 13 „Privind întreruperea de sarcină” (aprobat prin Ordinul nr. 106 din 6 octombrie 2008 al Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova), care se prezintă trimestrial, semestrial și anual la Centrului Național de Management în Sănătate.

Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se codifică și se raportează conform Clasificației Internaționale a Maladiilor (CIM) revizia a X-a OMS.

Metodele de avort

Cele două categorii principale de metode de avort sunt:

- metoda chirurgicală, în care produsul de concepție este îndepărtat prin aspirație cu vid și/sau îndepărtare mecanică
- metoda medicamentoasă, în care avortul este indus farmacologic.

Creșterea recentă a opțiunilor tehnologiei de avort, în special prin aplicarea metodelor medicamentoase de avort, a îmbunătățit abilitățile furnizorilor de servicii de a satisface nevoile și preferințele individuale ale femeilor, precum și de a furniza servicii de avort într-o varietate mai mare de unități medicale.

Cele mai multe avorturi sunt efectuate în primele 12 săptămâni de sarcină utilizând aspirația vacuum, care a înlocuit dilatația și chiuretajul simplu (D&C), fiind cea mai frecventă metodă de avort în primul trimestru în țările industrializate (AGI, 1999). Acest lucru constituie un progres important în îngrijirea aferentă avortului deoarece aspirația vacuum este asociată cu un risc mai scăzut de complicații și necesită mai puține facilități chirurgicale decât chiuretajul simplu (OMS, 1995).

Metodele medicamentoase de avort în primul trimestru sunt din ce în ce mai disponibile în toată lumea.

Decizia asupra metodei celei mai adecvate unei anumite femei depinde parțial de vârsta sarcinii și de alți factori medicali. Ea depinde, de asemenea, de disponibilitatea serviciilor, care în multe cazuri este determinată de disponibilitatea medicamentelor și echipamentelor necesare, de instruirea furnizorilor, de reglementările locale, de resursele sistemului de sănătate și de alte aspecte. Atunci când este posibil, femeilor trebuie să li se ofere posibilitatea de a alege metoda de avort incluzând avortul medicamentos și cel chirurgical.

Tabelul 1 prezintă diferitele metode de avort, incluzând vârsta de sarcină pentru care este adecvată și modul de acțiune al fiecărei metode.

Tabelul 1. Metodele de avort în funcție de vârsta sarcinii

Metode medicamentoase			
	Vârsta sarcinii	Ce reprezintă?	Cum acționează?
Metode preferate			
Mifepriston și misoprostol	În general până la 9 săptămâni de la UMN și după 12 săptămâni de la UMN, în cazul dozelor repetate de misoprostol	Mifepristonul este un inhibitor sintetic al progesteronului. Misoprostolul este o prostaglandină sintetică	Mifepristonul întrerupe sarcina prin inhibarea progesteronului. Misoprostolul produce apoi dilatarea colului și contracții uterine expulzând produsul de concepție
Metode în curs de investigare			
Mifepriston și misoprostol	Între 9 - 13 săptămâni	Mifepristonul este un inhibitor sintetic al progesteronului. Misoprostolul este o prostaglandină sintetică	Mifepristonul întrerupe sarcina prin inhibarea progesteronului. Misoprostolul produce apoi dilatarea colului și contracții uterine expulzând produsul de concepție
Misoprostol (singur)	Până la 9 săptămâni și după 13 săptămâni	Misoprostolul este o prostaglandină sintetică	Misoprostolul produce dilatarea colului și contracții uterine expulzând produsul de concepție
Alte metode, nerecomandate			
Instilație	13 săptămâni sau mai mult	O procedură de inducere a contracțiilor pentru expulzarea fătului	Contracțiile sunt induse prin injectarea unei soluții de Na Cl 20% în lichidul

			amniotic (instilație); femeia are contracții care expulzează produsul de concepție
Metode chirurgicale			
	Vârsta sarcinii	Ce este?	Cum acționează?
Metode preferate			
Aspirație vacuum manuală vid utilizând canule cu diametrul până la 12 mm	În general în cursul primului trimestru	O tehnică pentru evacuarea uterului care utilizează un aspirator manual portabil, ieftin	Conținutul uterin este evacuat prin intermediul unei canule într-un aspirator manual cu vid
Aspirația vacuum electrică	Până la 12 săptămâni; până la 15 săptămâni cu furnizori special instruiți	O tehnică pentru evacuarea uterului care utilizează un aspirator electric	Conținutul uterin este evacuat prin intermediul unei canule într-un aparat cu aspirație electrică
Dilatație și evacuare	13 săptămâni sau mai mult	Procedură de evacuare a uterului utilizând canule de sucțiune, pense și uneori o chiuretă metalică	Colul este pregătit cu mifepriston sau o prostaglandină și apoi dilatat. Aspirația cu vid este utilizată pentru evacuarea lichidului amniotic și pensele sunt utilizate pentru îndepărtarea conținutului uterin
Alte metode nerecomandate			
Dilatație și chiuretaj	6-14 săptămâni	Procedură de evacuare a uterului utilizând pense și o chiuretă metalică, de obicei ascuțită	Colul este dilatat și conținutul uterin este îndepărtat manual cu o chiuretă

Notă: Trimestrul de sarcină/vârsta gestațională se calculează din prima zi a ultimei menstruații (UMN). Protocoalele specifice și practicile furnizorilor variază în privința utilizarea acestor metode la diferite vârste ale sarcinii. (Adaptat după Alan Guttmacher Institute, 1999; Fuller 2000)

Consiliere pentru avort sigur

Consiliere pentru avort sigur este consilierea înainte și după procedură, incluzând consilierea asupra opțiunilor focalizată pe satisfacerea nevoilor informaționale, psihologice și emoționale ale pacientelor și ale familiilor lor.

Discuția de consiliere este un proces care decurge pe parcursul întregii vizite a pacientei: înainte, în timpul și după procedura de avort. Chiar și atunci când există o persoană experimentată în consiliere, ce face parte din echipa clinicii, tot personalul medical, doctorii și asistentele trebuie să cunoască procedura din cadrul discuției de consiliere, pentru a asigura o interacțiune corectă cu pacienta, ceea ce va contribui la obținerea rezultatului dorit și la realizarea scopurilor consilierii pre-avort.

În cadrul discuției și consilierii pentru avort, medicul de familie are sarcina de a reduce anxietatea, de a se asigura de decizia corectă a femeii care solicită întreruperea sarcinii, de a-i oferi informația necesară pentru a lua o decizie informată și de a-i insufla siguranță.

Procesul de consiliere pentru avort va fi realizat conform etapelor consilierii și va include:

☞ ATENȚIE ȘI SALUT/ stabilirea contactului

La începutul consilierii este importantă stabilirea contactului între consilier și femeie. Țineți cont de faptul că consilierea se desfășoară pe marginea unei teme delicate intime din viața unei femei. Comunicarea se va considera eficientă și sensibilă dacă consilierul nu va judeca, doar va pune întrebări și va invita femeia la discuție, va discuta cu ea toate opțiunile posibile, va recunoaște și va accepta sentimentele și temerile pacientei și o va ajuta să le depășească, va acorda pacientei informație explicită, folosind un limbaj accesibil, nemedical, va folosi traducători în cazul în care femeia și doctorul vorbesc limbi diferite. Mențineți intimitatea fizică și acustică pe parcursul consilierii. Asigurați femeia că tot ce spune pe parcursul consilierii o să fie confidențial. Întreaga consiliere și îngrijirile ulterioare trebuie făcute cu respect pentru nevoile pacientei, fără a o judeca nici verbal, nici non verbal.

Arta comunicării

Arta comunicării este necesară pentru realizarea consilierii la nivel înalt. Modalitatea de comunicare a femeii cu prestatorul serviciilor medicale influențează gradul ei de satisfacție vis-à-vis de sistemul de sănătate. Personalul trebuie să respecte următoarele 7 principii de consiliere:

Auscultare activă: nu numai să asculte ce spune femeia, dar și să audă cuvintele și să înțeleagă sentimentele ei, demonstrând interes, înțelegere și compasiune.

Utilizarea unui limbaj accesibil. Femeia trebuie să primească informație fără a avea un sentiment de inferioritate, și a fi incomodată de termeni medicali. Utilizați un limbaj simplu și laconic, repetați momentele importante și vorbiți într-un ton cât mai calm și liniștit.

Oferiți întrebări deschise. Întrebarea deschisă este aceea la care nu se poate răspunde cu „da” sau „nu”.

Întrebare închisă	Întrebare deschisă
Doriți să vi se ofere avort medicamentos?	Din care motive optați pentru un avort medicamentos?

Evaluați emoțiile fără a le diminua. Recepționați emoțiile exprimate de femeie ținând să nu se concentreze asupra lor. Comunicați exprimând compasiune.

Încurajați femeia să pună întrebări. Întrebările puse vă vor ajuta să concretizați în ce măsură ea conștientizează tot ce se întâmplă și să evaluați gradul de satisfacție. Oferiți-i posibilitatea să cugete și să ia decizia în liniște, fără a o grăbi.

Acordați atenție limbajului non verbal. Limbajul corpului este uneori mai explicit decât cuvintele. Priviți în ochii femeii și observați poziția corpului dumneavoastră și a ei. Poza de deschidere va contrubui la stabilirea contactului și va determina discuția ce urmează să o purtați.

Utilizați expresiile „dacă” și „atunci”. Utilizarea acestor expresii va permite înțelegerea mai bună a informației importante și raționalitatea argumentelor. Exemplu: Dacă doriți să primiți pastile contra sarcinii nedorite, va trebui să luați câte o pastilă zilnic.

(adaptat din Planned Parenthood, 1996)

Drepturile pacientei

Respectarea drepturilor pacientei este indiscutabilă pentru asigurarea unei asistențe calitative, în special în domeniul avortului și la alegerea contracepției. Fiecare pacientă care se adresează pentru avort are dreptul la:

Informație despre sănătatea ei reproductivă, alegerea contracepției și metodei de avort.

Acces: de a primi servicii indiferent de vârstă, etnie, religie, statut familial sau economic.

Alegere: libertatea deciziei de utilizare a contracepției, și, dacă da care metodă.

Siguranță: de a întrerupe sarcina printr-o metodă sigură și a utiliza contracepția sigură.

Intimitate: a fi amabili în procesul consilierii și oferirii serviciilor.

Confidențialitate: orice informații vor rămâne confidențiale.

Demnitate: atitudine atență, grijă și binevoitoare.

Confort: de a se simți confortabil în timpul acordării serviciilor.

Continuitate: evaluare în dinamică și consiliere în contracepție atâta timp cât va fi necesar.

Opinie: a exprima opinia privind calitatea serviciilor prestate

(adaptat din Huezo and Diaz, 1993)

✎ **JALONAREA PROBLEMELOR / stabilirea motivului adresării pentru consiliere**

În primul rând, stabiliți dacă pacienta este însărcinată. Dacă este, discutați cu ea dacă dorește să facă un avort. S-ar putea ca ea să nu fie pregătită pentru a lua o decizie în timpul acestei vizite. Dacă pacienta nu dorește să facă un avort sau dacă este nesigură, oferiți-i alte opțiuni. Dacă ea decide să nu facă avort trimiteți-o pentru asistență prenatală.

✎ **UN SPECTRU LARG DE INFORMAȚII/ informații privind problema beneficiarului**

Dacă pacienta alege să facă un avort și serviciul dumneavoastră dispune de mai multe metode de avort, stabiliți care dintre metode îi sunt adecvate din punct de vedere medical; ea ar putea să nu fie eligibilă medical pentru una din metode, dar nu și pentru altele. Apoi dați-i informații despre toate metodele disponibile pentru care este eligibilă și ajutați-o să aleagă metoda cea mai potrivită pentru nevoile, dorințele și situația sa. Explicați-i complicațiile posibile, cât și ceea ce se poate întâmpla dacă se decelează o sarcină extrauterină. Descrieți-i ceea ce se va întâmpla în timpul procedurii, inclusiv ceea ce se poate aștepta să simtă. Respectați protocolul consimțământului informat pentru a vă asigura că ea înțelege ce i se va întâmpla și că dorește totuși să facă avortul.

Informația despre modul de efectuare a avortului

Femeii urmează să i se ofere informație referitor la următorul spectru de probleme:

- acțiunile întreprinse în timpul și după efectuarea avortului;
- incomoditățile (disconfortul) posibile (de exemplu, dureri ca în timpul menstruației și hemoragie);

- durata procedurii;
- mijloacele și metodele analgetice aplicate;
- riscurile și complicațiile care pot fi condiționate de aplicarea metodei respective.

Compararea metodelor de avort

Dacă există posibilitatea alegerii unei sau altei metode de întrerupere a sarcinii, lucrătorii medicali trebuie să fie instruiți pentru a oferi femeii o informație exhaustivă, cu luarea în considerare a termenului concret al sarcinii, a stării ei de sănătate și a factorilor potențiali de risc.

Tabelul 2. Compararea metodelor de avort

Criterii de comparare	Aspirarea vacuum manuală (AVM)	Dilatarea și chiuretajul (D+C)	Avortul medicamentos
Ce prezintă metoda?	În timpul procedurii țesutul este înlăturat din uter cu un aspirator manual, adică neelectric	Țesutul este distrus și eliminat cu chiureta prin raclaj după dilatarea colului uterin	Medicamentele se administrează pentru expulzarea țesutului
Cum acționează?	În uter se inserează o canulă subțire din plastic, prinsă de seringă manuală de aspirare, cu care, prin crearea vacuumului, se înlătură țesutul de sarcină prin aspirare fină	Dilatarea este efectuată cu dilatoare metalice până la dimensiunea de 12 mm. Țesutul este eliminat cu chiureta sau cu pensa, efectuându-se raclajul de control	Medicamentele stopează dezvoltarea sarcinii, cauzând dilatarea colului și contractilitatea uterului, iar produsul de concepție se expulzează
Cît de eficientă e metoda?	Peste 99%	95 - 97%	95 - 97%
Cît durează?	Procedura AVM durează de la 3 la 10 minute și poate fi efectuată într-o singură vizită. Puteți fi rugată să reveniți pentru un control	Procedura D+C durează de la 7 la 20 minute. Se efectuează într-o singură vizită. Poate fi necesar un control	Avortul medicamentos poate dura de la 2-3 ore la câteva zile. De obicei, sunt necesare cel puțin două vizite. Poate fi necesară aplicarea repetată a preparatului
Ce se întâmplă dacă nu se întrerupe sarcina?	Procedura este repetată	Procedura este repetată. Poate fi utilizată aspirarea vacuum manuală	Poate fi folosită o doză suplimentară de misoprostol. Metoda poate fi înlocuită prin aspirare,

			ceea ce se discută în prealabil
Ce simți în timpul procedurii?	Ți se va oferi să alegi metoda de analgezie: locală sau generală. E normal să simți dureri moderate la sfârșitul procedurii, în cazul celei locale	Senzațiile dolore, de regulă, în D+C sunt mai puternice, ele pot fi eliminate în cazul anesteziei generale, după care timp de câteva ore se constată o stare de somnolență și vertigii	Majoritatea femeilor au eliminări sangvinolente de tipul celor menstruale. De asemenea, pot apărea dureri în abdomen, grețuri, uneori vome
Ce simți după procedură?	Timp de o săptămână după AVM sînt normale durerile moderate și eliminările sangvinolente, similare celor menstruale sau mai puternice	Timp de o săptămână după D+C sînt normale durerile moderate și eliminările sangvinolente, similare celor menstruale sau mai puternice	După ce avortul este complet, durerile și sîngerările pot dura câteva săptămîni. Dacă timp de 2 ore sunt folosite 2 tampoane, e necesar a contacta medicul
Avantaje	În termene mici nu necesită dilatarea colului, în termenele de 7 - 12 săptămîni dilatarea nu va fi proporțională cu termenul. Se evită raclajul, deci nu se traumatizează colul și interiorul uterului. Poate fi efectuat imediat după pozitivarea testului, într-o vizită. Țesutul este extras integral și examinat pentru a confirma că avortul este complet sau a suspecta o sarcină extrauterină. Poate fi evitată anestezia generală și consecințele ei. Înainte de procedură pacientei i	Avortul poate fi oferit într-o vizită	Medicii sînt mai obișnuiți cu această metodă. Se evită intervenția în uter, deci riscurile sînt minime. Înainte de procedură pacientei i se oferă consiliere

	se oferă consiliere		
Dezavantaje	Nu au fost constatate	Dilatarea maximă a colului și raclajul cu instrument metalic ascuțit traumatizează colul și endometrul, astfel încât riscul complicațiilor este mai mare. Țesutul este distrus și nu poate fi examinat. Anestezia generală deseori comportă reacții adverse și complicații	Avortul uneori durează câteva ore. Durerile abdominale, grețurile și vomelile pot crea disconfort. Sînt necesare câteva vizite la medic
Care pot fi reacțiile adverse și complicațiile?	Complicațiile sînt extrem de rare: infecții pelvine, hemoragii, leziuni cervicale, evacuare incompletă, perforație uterină (mai puțin de 0,5%)	Complicații: infecții pelvine, sterilitate, sarcini ectopice, leziuni cervicale, perforații ale uterului, hemoragii care, conform studiilor, se întîlnesc mai frecvent și constituie 3-13%	Efecte adverse: greață, vome, cefalee. Complicațiile majore sînt extrem de rare, dar pot include hemoragii excesive, infecții, avort incomplet
De ce unele femei preferă această metodă?	Avortul prin AVM durează doar câteva minute și, de regulă, poate fi oferit la o vizită, imediat după pozitivarea testului, chiar și fără confirmare ecografică. Procedura este fără zgomot, de o eficiență înaltă, în majoritatea cazurilor necesită o anestezie minimă, locală	Avortul prin D+C este mai bine cunoscut de medici și pacienți, unele femei l-au suportat deja și nu sînt informate despre existența altor metode moderne. Majoritatea medicilor preferă în prealabil confirmarea ecografică a sarcinii	Avortul medicamentos, în opinia femeilor, este asemănător unui avort spontan natural, le permite să evite procedura chirurgicală, le oferă mai multă confidențialitate, poate fi efectuat la domiciliu

TRATAREA METODEI ALESE/ oferirea soluțiilor pentru rezolvarea problemei

Acest pas trebuie integrat cu furnizarea informațiilor și consilierii.

Nu uitați că multe femei au încredere în sfaturile avizate ale personalului medical atunci când iau decizii privitoare la sănătatea lor. De aceea, pacienta poate să confere o pondere nepotrivită oricărei opinii oferite de dumneavoastră referitor la posibilitățile de alegere. Ajutați-o să își clarifice și să își exprime propriile sale preferințe punându-i întrebări. Întrebați pacienta dacă este însoțită de cineva și dacă dorește ca persoana respectivă să fie prezentă în timpul consilierii.

Nu uitați că multe femei sunt victime ale violenței domestice. Unele femei care solicită îngrijiri aferente avortului sunt însărcinate ca urmare a unui viol sau a unui incest, și unele dintre ele se pot confrunta cu furia violentă a familiei sau partenerului lor pentru motivul că este însărcinată sau că face avort. Fiți sensibili la aceste aspecte în cursul consilierii și trimiteți femeile pentru consiliere suplimentară, adăpost sau asistență juridică, după caz.

Adoptarea liberă a deciziilor în urma unei informări riguroase

Femeile care se pomenesc în situația de a soluționa problema unei sarcini nedorite deseori se pot simți vulnerabile, aflându-se între patru ochi cu lucrătorii medicali. Aceștia trebuie să manifeste față de femei o atitudine respectuoasă și înțelegătoare, să acorde atenția cuvenită doleanțelor lor, oferindu-le informația de rigoare într-un mod în care femeile să o perceapă lesne și să memorizeze datele primite pentru a decide pro sau contra avortului, a face o alegere liberă, în conformitate cu legislația în vigoare, fără presiuni din exterior, constrângere sau discriminare.

Lucrătorii medicali mai trebuie să țină cont de unele situații în care femeia se decide să recurgă la avort contra voinței sale, din anumite cauze, cum ar fi starea sănătății fizice, infecția HIV etc. În aceste cazuri, lucrătorul medical este obligat să facă totul ce depinde de el pentru a crea condiții adecvate femeii în luarea unei decizii libere, pe baza unei informații corecte.

Confidențialitatea

Lucrătorii medicali sunt obligați să protejeze pacientele de o eventuală divulgare nepermisă a informației, să asigure condiții în care pacientele autorizate să transmită altor persoane o informație confidențială să facă acest lucru fără constrângere, călăuzindu-se de explicațiile clare referitoare la temă. Teamă de nerespectarea principiilor confidențialității le împiedică pe multe femei (mai cu seamă pe adolescente și pe femeile necăsătorite) să se adreseze în instituția medicală, stimulându-le astfel să apeleze la persoane dubioase și periculoase, care acordă servicii de avort ilegal sau autoprovoacă avortul. Dacă femeia nu-i oferă lucrătorului medical informații clare, pe baza cărora acesta să-i ceară un sfat soțului ei (eventual părinților sau altei persoane), o astfel de consultație se consideră încălcare serioasă a principiului confidențialității.

Femeile rămase însărcinate în urma unui viol au nevoie de o atitudine deosebit de atentă, de aceea urmează ca la toate nivelurile protecției sănătății să li se acorde asistența și susținerea respectivă.

Consilierea și consimțământ informat în avortul medicamentos

În timpul primei vizite, consilierea trebuie să fie detaliată și să includă următoarele elemente:

- *Descrierea informațiilor de bază privind avortul medicamentos*

Toate femeile care aleg avortul medicamentos trebuie să se familiarizeze cu întregul proces înainte de a lua orice medicații. Prestatorul de servicii medicale va să întreba femeia dacă aceasta are un însoțitor la clinică și dacă ea ar dori ca acesta să audă, de asemenea, informația despre avortul medicamentos. Dacă da, invitați însoțitorul ei să se alăture discuției. Este important de a acorda suficient timp fiecărei întrebări și de a clarifica orice neînțelegere pe care le poate avea femeia în privința procedurii.

- **Femeile ar trebui informate că:**

- ✓ Există un mic risc ca avortul medicamentos să nu funcționeze. Aceasta înseamnă că sarcina poate continua după administrarea medicamentelor. Este important de a clarifica că, odată ce femeia decide să administreze medicamentul, ea ar trebui să îndeplinească toate etapele necesare ale procesului. Dacă femeia întrerupe procesul de avort și decide să păstreze sarcina înainte ca acesta să se întrerupă, va crește ușor riscul de apariție a defectelor la naștere în sarcina curentă cauzate de medicamentele folosite pentru a induce avortul (RHTP & Gynuity, 2003). Dacă avortul nu s-a produs, se recomandă ca el să fie finisat prin vacuum aspirare pentru a obține un avort complet.
- ✓ Avortul medicamentos implică o durată mai îndelungată de hemoragie și de crampe în comparație cu avortul prin vacuum aspirare.
- ✓ Beneficiile avortului medicamentos includ evitarea anesteziei și a procedurii medicale invazive. Unele femei consideră, de asemenea, că această procedură este mai privată și naturală.

Discutarea efectelor adverse ale avortului medicamentos

Este important de a revizui toate momentele prin care femeia are de trecut, inclusiv la ce ar trebui să se aștepte în timpul administrării misoprostolului.

- Hemoragia și cramele, posibilele efecte ale avortului medicamentos, sunt, de obicei, mai

pronunțate decât în timpul unui ciclu menstrual. În mod esențial, femeia va simți simptome asemănătoare celor din timpul unui avort precoce. Atunci când se discută despre crampe, prestatorii de servicii medicale nu trebuie să le descrie în comparație cu durerile la naștere. În schimb, durerea poate fi comparată cu crampe menstruale puternice sau severe.

- Hemoragia durează adesea de la nouă la 45 de zile, dar în mediu – 3 - 7 zile.
- Diareea este un efect advers mai rar; unele femei pot avea, de asemenea, grețuri și vomă.
- Există un mic risc de hemoragie severă sau extinsă care ar putea necesita un tratament cu vacuum aspirare.

O CONCRETIZARE, O TOTALIZARE/ analiza eventualelor posibilități de rezolvare în comun cu clientul

Încurajați pacienta să pună întrebări sau să își exprime îngrijorările și răspundeți cu răbdare și într-un limbaj pe care aceasta îl poate înțelege. Dacă femeia va alege întreruperea sarcinii prin metoda aspirației vacuum manual este necesar de:

- a-i explica femeii amănunte despre procedura aspirației vacuum manuale;
- a discuta diferite opțiuni despre controlul durerii și a-i oferi pacientei dreptul de a alege;
- a informa că, dacă se folosește anestezia locală, ea se va afla în conștiență, însă vor fi întreprinse măsuri pentru a se simți confortabil, se va descrie gradul și durata disconfortului eventual;
- a o informa despre durata procedurii;
- a o informa că are dreptul să cunoască derularea operației (dacă ea dorește) în timpul procedurii, să fie prevenită despre senzațiile care vor urma, despre durata lor.

REVENIRE ȘI CONTROL/ încheierea ședinței și programarea următoarei ședințe

Conținutul acestei etape va depinde de decizia luată de femeie. Dacă femeia nu este sigură de întreruperea sarcinii, i se va oferi posibilitatea de a se gândi și de a reveni pentru servicii de consiliere sau avort.

Dacă femeia a făcut alegerea privind metoda de avort, medicul îi va oferi îndreptare la instituția medicală care ar răspunde necesităților și așteptărilor femeii. Se va discuta locul și procedura obținerii metodei alese de avort, asistența post-avort de rutină și contracepție.

Consilierea pentru contracepție după avort

În cadrul consilierii femeilor care doresc să întrerupă o sarcină nedorită sau au suportat de curînd un avort, trebuie să țineți cont de nevoile lor:

- Aceste femei nu-și doresc o sarcină în viitorul apropiat, deci ele optează pentru o metodă sigură de contracepție.
- Au fertilitate crescută, dar nu au folosit o metodă de contracepție eficientă sau este o sarcină provocată de un eșec contraceptiv. Este necesar să discutăm despre metodele de contracepție și despre eficiența lor redusă atunci cînd nu sînt administrate corect. Nici o metodă de contracepție nu asigură o eficiență de 100%.
- Ovulația apare în ziua a 11-a de la avort. Prin urmare, riscați să rămîneți însărcinată înainte de a apărea următoarea menstruație. De aceea contracepția trebuie utilizată imediat după avort sau o dată cu reluarea activității sexuale.
- Persoanele care întrerup o sarcină sunt, de obicei tinere, deseori necăsătorite, se află la prima lor sarcină, se confruntă cu probleme sociale și economice. Aceste femei nu întotdeauna au acces la serviciile de planificare familială și de contracepție.
- Dacă femeia a suportat un avort spontan, este necesar ca în următoarele 6 - 12 luni să fie evitată o nouă sarcină, pentru ca organismul să se restabilească după sarcina pierdută, să poată fi identificată cauza avortului și să-i fie administrat tratamentul necesar. În această perioadă, femeia va folosi o metodă de contracepție.

Ați putea întâlni și cazuri în care, imediat după avortul spontan, femeile să dorească să devină gravide din nou. În această situație, este important să informați femeia despre riscul sporit al repetării unui avort spontan.

- De regulă, după avortul spontan este bine ca femeia să întrerupă pentru o anumită perioadă utilizarea unor metode de contracepție. Dacă există posibilitatea, oferiți-i prezervative sau pastile orale pentru contracepție de urgență.
- Femeia care întrerupe o sarcină trebuie informată că poate beneficia de contracepția aleasă chiar în momentul efectuării procedurii de întrerupere a sarcinii.
- Sarcina întreruptă putea fi o urmare a unei agresiuni sexuale. Femeile supuse violenței, inclusiv

agresiunii sexuale, suportă un risc sporit al unei sarcină nedorită, dar și de infecții cu transmitere sexuală. Ele necesită o metodă de contracepție eficientă și discretă (injectabile, implanturi, DIU, ocluzie tubară), precum și să beneficieze de pastile orale pentru contracepție de urgență.

- Femeia care întrerupe sarcina poate avea statut de refugiat sau de persoană strămutată. Prin urmare, ea nu are acces sau nu știe unde poate beneficia de servicii de planificare a familiei și de contracepție. Aceste lucruri trebuie discutate în cadrul consilierii pre- și post avort.
- Femeia care dorește să întrerupă o sarcină trebuie consiliată și ajutată să-și aleagă o metodă de contracepție înainte de întreruperea sarcinii, pentru ca s-o aplice imediat după avort.

Consilierii pot începe discuția despre contracepție în orice moment al vizitei pacientei la serviciul de avort; momentul cel mai potrivit și mai realizabil va depinde în parte de fluxul pacienților în cadrul serviciului. Cel mai rezonabil este să se discute și să se ofere metode contraceptive atât înainte cât și după procedura de avort.

Consilierea contraceptivă trebuie să includă discutarea planurilor contraceptive ale pacientei, experiența sa referitoare la contracepție, informații despre metodele disponibile și care ar putea fi metoda cea mai potrivită pentru ea. De asemenea, este important să li se ofere informații despre utilizarea metodei și despre modalitatea obținerii contracepției .

Consilierii - printre care se pot număra diferiți membri ai personalului – trebuie să acorde atenție celorlalte aspecte ce afectează sănătatea sexuală și reproductivă a femeii. De exemplu, este esențial să evalueze sprijinul partenerului pentru alegerea contraceptivului, în special pentru metodele masculine de barieră. Profunzimea consilierii despre unele aspecte ca violența sexuală va depinde de experiența și abilitățile consilierului. Ca barem minim, consilierii și furnizorii trebuie să fie sensibili la nevoile pacienților și să le ajute să identifice domeniile în care ele pot avea nevoie de mai multe informații, de o trimitere sau pur și simplu de cineva care să le asculte și să le sprijine.

Informația privitoare la serviciile de contracepție

Informarea femeii despre probleme de contracepție constituie o parte componentă inseparabilă a pachetului de servicii pentru efectuarea avortului, deoarece în viitor aceasta îi va ajuta femeii să prevină o sarcină nedorită. Fiecare femeie trebuie să fie informată asupra faptului că restabilirea ovulației poate interveni chiar peste două săptămâni după avort și ea riscă să devină din nou

gravidă, dacă nu va utiliza o metodă eficientă de contracepție. Femeia trebuie să primească o informație precisă, care i-ar permite să aleagă cea mai acceptabilă metodă de contracepție în funcție de necesitățile sale. Dacă femeia se decide să facă avort, în opinia ei, din cauza unui insucces contraceptiv, lucrătorii medicali trebuie să discute cu ea greșelile comise în utilizarea metodei, cum poate fi folosită mai eficient metoda în cauză sau, posibil, schimbarea metodei de contracepție. Dar, în ultima instanță, decizia în alegerea unei sau altei metode de contracepție revine femeii.

Etapele consilierii contraceptive după avort

Începeți prin informarea pacientei că poate să rămână din nou însărcinată imediat după un avort și că cele mai multe metode contraceptive moderne pot fi aplicate imediat după un avort sigur, necomplicat. Pentru o mai mare eficiență îi furnizați aceste informații înainte de procedură și apoi informînd-o după procedură, pentru a o ajuta să aleagă metoda care este cea mai potrivită nevoilor sale. Este de asemenea, important să familiarizați pacienta cu contracepția de urgență, inclusiv cum se utilizează aceasta și de unde poate fi procurată.

Întrebați pacienta care sunt planurile sale reproductive într-o manieră adecvată vârstei sale. Dacă dorește să amâne următoarea sarcină peste o anumită perioadă de timp sau nu mai dorește să rămână niciodată însărcinată, asigurați-vă că este familiarizată cu metodele disponibile. Întrebați-o dacă a utilizat metode contraceptive în trecut și care au fost rezultatele. Înainte ca ea să părăsească serviciul dumneavoastră, asigurați-vă că știe cum se utilizează metoda contraceptivă pe care a acceptat-o sau că și-a făcut o programare în acest sens. Dacă nu poate beneficia imediat de metoda aleasă, asigurați-vă că femeia părăsește serviciul cu o metodă temporară (de exemplu, prezervativ masculin sau feminin și spermicid). Ajutînd pacienta să decidă asupra metodei cele mai potrivite, discutați cu ea despre riscul de ITS.

Dacă serviciile contraceptive sunt oferite separat de serviciile de avort, încercați să coordonați aceste două servicii astfel încât ambele să fie disponibile în aceeași zi și în proximitate fizică unul de celălalt - preferabil în același cabinet sau zonă al instituției medicale.

Încurajați pacienta să invite la discuția de luare a deciziei despre contracepție și reproducere și partenerul sau un membru al familiei în care are încredere. Sprijinul din partea partenerului sau al unui membru de familie sporește probabilitatea ca pacienta să utilizeze metoda consecvent.

Utilizarea metodelor de contracepție după avort

Metoda de contracepție	Comentarii
COC, CIC	Pot fi folosite imediat după avort. E bine ca prima pastilă să fie luată în ziua efectuării avortului, dar nu mai târziu de ziua a VII-a. Ziua avortului este prima zi a ciclului menstrual de după chiuretaj. Pot fi folosite de femei-le cu anemie și infecții
Contraceptive orale numai cu progestageni. Injectabile. Implanturi.	Pot fi folosite imediat după avort. Atenționați femeile care au ales COC despre necesitatea de a administra pastilele la aceeași oră. Dacă femeia alege depo-provera, injecția poate fi făcută înaintea externării de după avort
DIU	Dacă este exclus riscul de infecție, DIU poate fi inserat în momentul întreruperii sarcinii. În cazul unei infecții, a anemiei sau traumatism severe, inserarea se amână până la dispariția lor. Între timp, femeii i se va oferi o metodă temporară de contracepție (prezervativ, spermicide, contracepție de urgență în cazul eșecului contraceptiv al lor)
Prezervativul masculin și cel feminin	Sunt utilizate odată cu reluarea activității sexuale. Discutați cu clienta necesitatea folosirii prezervativului la fiecare raport sexual. Recomandați clienților contracepția de urgență în cazurile de rupere sau de alunecare a prezervativului
Diafragma	După un avort la cerere sau spontan, în primul trimestru de sarcină poate fi utilizată diafragma folosită până la sarcină. Dacă avortul a survenit în trimestrul doi de sarcină, este necesar ca pacienta să se adreseze medicului din cabinetul de planificare a familiei. În acest caz, diafragma folosită până la sarcină poate fi mică. Dacă sînt prezente leziuni cervicale sau ale pereților vaginali, folosirea diafragmei va fi amînată până la epitelizarea lor
Contracepția de Urgență	Trebuie oferită femeilor care au întrerupt recent o sarcină. Eficiența metodei de contracepție (prezervativ, spermicide, pastile hormonale) depinde de utilizator. Amintiți-i femeii că această metodă nu poate fi utilizată ca metodă permanentă de contracepție
Sterilizarea chirurgicală voluntară feminină	Trebuie amînată până la trei luni de la tratamentul infecției. Dacă avortul a decurs fără complicații, ocluzia tubară poate fi efectuată în primele 13 zile după avort. Această metodă poate fi aplicată doar atunci cînd cuplul este sigur că nu-și mai dorește copii

Supravegherea consilierii contraceptive și altor tipuri de consiliere

Dacă o pacientă este HIV pozitivă, ea va avea nevoie atât de informații despre modul în care poate să evite transmiterea virusului la alte persoane cât și de trimitere pentru îngrijiri medicale și grupuri de suport, acolo unde este posibil. Informații similare trebuie oferite și pacienților cu herpes genital. Femeile al căror screening pentru cancerul de col indică celule canceroase trebuie supravegheate și trimise la un specialist. Multe femei dețin informații incorecte despre contracepție și despre alte aspecte ale sănătății reproducerii. Este important să identificați și să combateți orice idei preconceptionale înainte ca pacienta să ia o decizie despre contracepție sau despre alte servicii legate de sănătatea reproducerii.

Încheiere

Un loc important în practica medicului de familie îl ocupă educația populației în diferite domenii și probleme. Informațiile privind avortul sigur trebuie oferite femeilor și cuplurilor în formă orală și în formă scrisă. Programele complexe de educare sanitară trebuie să includă informația principală despre mecanismele de apariție a sarcinii, despre simptomele sarcinii precoce, despre problemele ce țin de contracepție și despre locul și modul în care se efectuează avorturi.

Cea mai importantă informație necesară educației sanitare a femeilor :

- Femeile au *dreptul să ia o decizie liberă și responsabilă* privind oportunitatea nașterii unui copil, fără nici o constrângere, discriminare sau violență.
- Cunoștințe elementare în domeniul *fiziologiei reproductive*, inclusiv informația despre mecanismele apariției sarcinii, semnele și simptomele ei.
- Modul în care *poate fi prevenită o sarcină nedorită*, locul și modul de obținere a accesului la metodele de contracepție.
- *Situațiile concrete* în care se admite efectuarea avortului.
- Importanța adresării *cât mai timpurii la* serviciile care efectuează avorturi legale, imediat după luarea deciziei de întrerupere artificială a sarcinii.
- Locul și timpul în care femeia urmează a se adresa pentru efectuarea unui avort sigur, inclusiv informația despre costul procedurii în cauză.

- Modul în care trebuie *depistate complicațiile* cauzate de avort (mai ales, de avortul cu riscuri), locul și timpul în care femeia se poate adresa după ajutor. Importanța *adresării imediate pentru solicitarea asistenței medicale*.
- Ziua în care femeia se va putea încadra din nou în viața cotidiană, inclusiv sexuală.
- Supravegherea de după avort.

**Lista membrilor grupului de lucru pentru dezvoltarea curriculei
Avort în siguranță pentru lucrătorii din asistența medicală primară**

1. Cernețchi Olga, profesor, șef Catedră Obstetrică și Ginecologie FECMF a USMF „Nicolae Testemițanu”
2. Dondiu Iurie, Specialist Principal al MS al RM în Obstetrică și Ginecologie
3. Bivol Grigore, șef Catedră Medicină de Familie a USMF „Nicolae Testemițanu”
4. Comendant Rodica, conferențiar universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, CIDSR
5. Diug Valentina, șef de studii, conferențiar universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF a USMF „Nicolae Testemițanu”
6. Scutelnic Rodica, șefa secției asistența medicală femeii, copilului și grupurilor vulnerabile, MS al RM
7. Zarbailov Natalia, conferențiar universitar, Catedra Medicină de Familie a USMF „Nicolae Testemițanu”
8. Țurcanu Ana, obstetrician-ginecolog, ICȘDSMșC
9. Hodorogea Stelian, conferențiar universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, CIDSR

Abrevierile folosite în document:

CIDSR	Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
MS	Ministerul Sănătății
HCG	Gonadotropina Corionica Umană
COC	Contraceptive oral combinate
DIU	Dispozitiv intrauterin
LMP	Data ultimei menstruații (last menstrual period)
ITS	Infectii sexual transmisibile
Rh-ul	Rezus-factor
i/v	Intravenos

Referințe:

1. <http://www.avort.md/ro/avortul/informatii-pentru-medici/ordinul-ministerului-sntii-r-moldova-lcu-privire-la-efectuarea-intreruperii-voluntare-a-cursului-sarcinii-in-condiit-de-siguranr>.
2. <http://www.avort.md/ro/avortul/informatii-pentru-medici/standarde-pentru-efectuarea-intreruperii-sarcinii-in-condiit-de-siguran>
3. http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file365_3344.pdf
4. www.ipas.org/Publications/asset_upload_file708_3346.pdf

SUNTEM AICI PENTRU A AJUTA ȘI A OFERI INFORMAȚIA NECESARĂ!

Chișinău, str. Melestiu 20
Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive (CIDSR)
Centrul Perinatal Municipal al SCM Nr. 1
Tel. (+373 22) 54 56 09
Fax (+373 22) 27 33 39



Această publicație apare cu sprijinul financiar al
UNFPA, Fondului ONU pentru Populație

