



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

Curriculum de instruire în
**EFFECTUAREA ÎNTRERUPERII SARCINII
ÎN CONDIȚII DE SIGURANȚĂ**

.....
Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive

Chișinău 2011

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

Curriculum de instruire
în efectuarea întreruperii sarcinii
în condiții de siguranță

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:

Valentin Friptu – profesor, șef Catedră Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Zinaida Sârbu – conferențiar universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie, FECMF USMF

Nicolae Testemițanu”

Modulele sunt destinate medicilor obstetricieni-ginecologi, medicilor de familie, rezidenților, studenților și asistentelor medicale.

Cuprins

Prefață	4
Modulul 1	
Introducere în aspirarea vacuum manuală (AVM). Siguranța, eficacitatea și impactul introducerii AVM în serviciile de avort în siguranță	5
Modulul 2	
Practici în prevenirea infecției în serviciile de avort	8
Modulul 3	
Verificarea sarcinii și estimarea vârstei gestaționale	10
Modulul 4	
Selecția pacienților și screeningul medical	14
Modulul 5	
Discuția de consiliere, pregătirea pacientei și consimțământul informat al acesteia înainte de avort	19
Modulul 6	
Controlul durerii în avortul din primul trimestru prin AVM	22
Modulul 7	
Tehnica avortului prin aspirația vacuum manuală. Echipamentul necesar	25
Modulul 8	
Examinarea țesutului	28
Modulul 9	
Tratamentul, conduita și supravegherea post-avort	30
Modulul 10	
Privire de sinteză asupra complicațiilor avortului	35
Modulul 11	
Avortul medicamentos	42
Modulul 12	
Managementul calității serviciilor de avort	53
Anexa nr.1:	
Cadrul legislativ și normativ aferent prestării serviciilor de avort în condiții de siguranță în Republica Moldova	55
Anexa nr.2:	
Instrucțiuni metodice privind prelucrarea instrumentelor pentru vacuum aspirație electrică sau manuală	

Prefață

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), avortul este o procedură medicală sigură, atunci când este efectuat de către un personal medical calificat, cu echipament corespunzător, prin aplicarea unor metode corecte și cu respectarea standardelor sanitare. 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). În același timp, în țările Europei de Est, inclusiv în Republica Moldova, mortalitatea maternă cauzată de avort continuă să fie destul de înaltă.

Modulele oferă instrucțiuni pentru efectuarea evacuării conținutului uterin prin aplicarea aspirării vacuum manuale și pentru prestarea serviciului de avort medicamentos, metode recomandate de OMS ca fiind sigure și cu riscuri minime. Ele intenționează să faciliteze instruirea profesionistă și poate servi drept referință pentru întrebările care apar în procesul prestării serviciilor. Modulele sunt destinate medicilor obstetricieni-ginecologi, medicilor de familie, rezidenților, studenților și asistentelor medicale.

Scopul prezentării publicației consta 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 de Ministerului Sănătății prin ordinul nr. 482 din 14 iunie 2011. Obiectivul major al acestor module este îmbunătățirea 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 a pacienților.

Modulul 1

Introducere în aspirarea vacuum manuală (AVM). Siguranța, eficacitatea și impactul introducerii AVM în serviciile de avort în siguranță

Obiective

- 1. Descrierea AVM, specificarea indicațiilor pentru folosirea AVM.*
- 2. Descrierea modulului cum instrumentele AVM contribuie la creșterea potențială a accesibilității la serviciile ce necesită evacuarea conținutului uterin.*
- 3. Nominalizarea complicațiilor întâlnite mai rar în aspirația vacuum decât în avortul prin dilatare și chiuretaj.*
- 4. Descrierea eficacității AVM în avortul din primul trimestru.*
- 5. Identificarea căilor prin care procedurile AVM reduc costul resurselor instituțiilor.*

Momente - cheie

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 care constă în administrarea mifepristonului, după care urmează doze repetate de prostaglandine - misoprostol sau gemeprost, și cea chirurgicală preferabilă, efectuată prin 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 chiuretajul constituie o procedură mai periculoasă decât vacuum-aspirația și este, totodată, mult mai dureroasă pentru femei. În majoritatea țărilor industrializate, dar și în alte țări, procedura de dilatare a colului uterin și chiuretaj a fost înlocuită prin vacuum-aspirație. Incidența complicațiilor severe în urma chiuretajului depășește de 2 - 3 ori incidența complicațiilor cauzate de vacuum-aspirația.

Aspirarea vacuum manuală reprezintă o tehnică a evacuarii conținutului uterin prin folosirea unei seringi mânuite manual, care generează extragerea. În mai multe privințe, tehnica este similară metodei de aspirare electrică. Diferența cheie este sursa de vacuum: seringă manuală în cazul AVM și pompa

electrică de extragere în cazul aspirării electrice. Canula rigidă sau flexibilă poate fi utilizată în fiecare dintre ele.

AVM prezintă anumite avantaje și față de aspirarea electrică. AVM este mai ieftină, echipamentul poate fi transportat ușor. În general, ea este mai puțin zgomotoasă și permite identificarea mai simplă a sacului gestațional în sarcinile precoce. Pe lângă aceasta, este foarte important faptul, că AVM facilitează diagnosticul unei sarcini ectopice în termene precoce.

Practicienii experimentați pot oferi AVM într-un răstimp după ce s-a pozitivat testul. La acest moment sacul gestațional încă nu se vizualizează la USG vaginală. În studiile lui Edwards și Creinin a fost demonstrat, faptul că sacul gestational este bine vizualizat în aspirat în 50% cazuri când încă nu se vedea la USG. Disponibilitatea acestei tehnici le permite, femeilor să aibă acces la un avort sigur fără nici o întârziere.

I. Aspectele-cheie de prestare a serviciilor AVM

- A. Echipamentul AVM este portativ și poate fi folosit în instituții medicale de diferit nivel, conducând potențial la creșterea accesibilității la serviciile de avort de calitate.
- B. AVM nu necesită folosirea electricității și este nezugomotoasă.
- C. Femeile sunt satisfăcute de procedurile AVM. În instituțiile în care sunt accesibile mai multe metode de avort, metoda AVM este mai preferabilă de femei.
- D. Odată cu instruirea și acumularea experienței AVM contribuie la îmbunătățirea calității serviciilor și la diminuarea complicațiilor post-avort.

II. Ce reprezintă aspirarea vacuum manuală?

- A. Metoda manuală a aspirării cavității uterine cu ajutorul seringii AVM.
- B. Seringa cu valve duble de 60 ml cubi reprezintă sursa de vacuum.
- C. Se folosesc canule flexibile Karman sau Easy Grip.

III. Aplicarea instrumentelor AVM

- A. Avortul în primul trimestru de sarcină.
- B. Tratamentul avortului incomplet pentru sarcinile sub 12 săptămâni.
- C. Conduita avortului spontan pentru sarcinile sub 12 săptămâni.
- D. Biopsia endometriului (folosirea canulei de 4 mm pentru obținerea mostrei de țesut).

IV. Avantajele instrumentelor AVM

- A. Sunt mici și transportabile, pot fi dezinfectate cu ușurință.
- B. Țesuturile aspirate deseori sunt intacte și identificabile cu ochiul liber.
- C. AVM nu necesită săli de operație sofisticate și poate fi utilizată în instituțiile primare medicale, îmbunătățind calitatea serviciilor acordate și femeilor din regiunile rurale.

V. Siguranța

- A. Studiile despre aspirația vacuum manuală demonstrează rate joase de complicații similare celor din aspirația vacuum electrică.
- B. Aspirația vacuum are drept urmare cazuri mult mai rare de hemoragii, infecții, leziuni cervicale și perforații uterine, în comparație cu dilatarea și chiuretajul.
- C. Anestezia locală poate fi folosită în AVM, excluzând riscurile anesteziei generale și sedației profunde.

VI. Eficacitatea

- A. Analiza a circa 15,000 proceduri de AVM a demonstrat că eficacitatea generală depășește 98%, comparabilă cu eficacitatea aspirației vacuum electrice.
- B. Unele studii din lume au demonstrat eficacitatea de 99,5 % a AVM în terminarea cu succes a sarcinei din primul trimestru. În 0,5% când procedura AVM suferă eșec, ea este repetată (reaspirarea).
- C. Circa douăzeci de studii au demonstrat eficacitatea folosirii aspirației vacuum pentru evacuarea uterină. AVM și AVE au fost demonstrate ca fiind echivoce în eficacitate.

VII. Cost – Eficaciența

- A. În general, la utilizarea AVM costul procedurii, timpul personalului medical și costul a altor resurse sunt reduse semnificativ. Motivele sînt următoarele:
 - 1. AVM nu este necesar a fi se efectuată în sala de operații.
 - 2. Nu se impune anestezia generală sau sedarea profundă.
 - 3. Timpul post-procedural de recuperare este minim.

Modulul 2

Practici în prevenirea infecției în serviciile de avort

Obiective

1. *Descrierea căilor de reducere a riscurilor infecțioase.*
2. *Specificarea practicilor care ar proteja personalul medical de contaminare în urma contactului cu instrumentele chirurgicale cu vârfurile ascuțite.*
3. *Demonstrarea tehnicii de neatingere (non-contact) și descrierea importanței acesteia.*
4. *Specificarea treptelor de bază ale prelucrării instrumentelor AVM pentru reutilizare.*

Elemente - cheie în prevenirea infecției în avortul AVM din primul trimestru

- Organizația Mondială a Sănătății a recomandat respectarea precauțiilor universale în prevenirea infecției în timpul tuturor etapelor prestării serviciilor de întrerupere a sarcinii: în timpul examinării fizice, procedurii avortului, vizualizării esutului aspirat, mănuii și prelucrării instrumentarului, nimicirii deșeurilor.

I. Spălarea mâinilor

- A. Este cel mai important component al prevenirii infecției.
- B. Mâinile se spală înaintea contactului direct cu pacienții și după contactul cu pacienții și/sau alte secreții și după scoaterea mănușilor.
- C. Spălarea mâinilor nu substituie îmbrăcarea mâinilor.

II. Îmbrăcăminte de protecție

- A. Personalul medical care intră în contact cu secreții și /sau sânge trebuie să-și protejeze de expunere pielea și mucoasele, îmbrăcând mijloace de protecție accesibile, inclusiv:
 - 1) mănuși;
 - 2) mantii, șorțuri sau halate;
 - 3) măști pentru față;
 - 4) protecție pentru ochi.

III. Mănușile

- A. Pentru pacient se folosesc mănuși curate sau dezinfectate la nivel înalt, sau mănuși sterile.
- B. Oricare din mănuși: curate (cu respectarea tehnicii noncontact), dezinfectate la nivel înalt sau sterile pot fi folosite în timpul procedurii AVM, conform protocolului stabilit.

- C. Mănușile groase de menaj trebuie folosite pentru curățenie și la contactul cu echipamentul și instrumentele contaminate.
- D. Mănușile pot fi dezinfectate la un nivel înalt și refolosite pînă nu se vor uza.

IV. Instrumentele ascuțite

- A. A se evita rănirea cu ace sau cu instrumentele chirurgicale ascuțite.
- B. Atenție la utilizarea sau curățirea oricăror instrumente ascuțite.
- C. A se așeza instrumentele chirurgicale folosite într-un vas ermetic cu pereții duri.
- D. A evita repunerea capacilor pe acele de la seringile folosite; dacă recaparea este necesară, a aplica tehnica „unei mâini”.

V. Technica de neatingere

- A. Definiție: părțile instrumentelor sterile sau dezinfectate de nivel înalt, care vor intra în cavitatea uterină (precum canula) nu trebuie să atingă suprafețele nesterile (cum ar fi peretele vaginal, meșe sau mănuși, mesele pentru examinare etc.) înainte de a fi introduse în uter.

VI. Eliminarea deșeurilor medicale

- A. Deșeurile medicale și materialele contaminate cu sînge și secreții sau țesuturile trebuie dispuse în modul prevăzut de cerințele și protocoalele în vigoare. Scopul acestora este a reduce pericolul potențial de infectare a pacienților, a personalului și a comunității.

VII. Prelucrarea instrumentelor

- A. Decontaminarea, curățirea, dezinfectarea la un nivel înalt sau sterilizarea instrumentelor, și păstrarea /depozitarea instrumentelor sunt descrise în anexa nr. 1.

Modulul 3

Verificarea sarcinii și estimarea vârstei gestaționale

Obiective

1. *Nominalizarea indicilor care pot fi utilizați pentru stabilirea duratei sarcinii.*
2. *Descrierea condițiilor care pot cauza dimensiunile uterului mai mici decât cele așteptate conform vârstei gestaționale precum și a condițiilor care pot cauza dimensiuni mai mari decât cele așteptate.*
3. *Descrierea testelor la sarcină din sânge și urină : a) baza lor teoretică b) sensibilitatea lor și c) semnificația.*

Momente - cheie

- Estimarea exactă a vârstei gestaționale este una dintre cele mai importante determinante ale succesului procedurii de avort.
- Stabilirea termenului sarcinii în primul trimestru trebuie să fie bazată pe o combinație de criterii sau pe unul singur cel mai relevant pentru calcul.
- Pragul-limită discriminatoriu utilizat pentru diferențierea sarcinii intrauterine și a celei ectopice nu este static și depinde de unitățile de gonadotropina corionică umană (GCU) utilizate, de puterea de rezoluție a aparatului de ecografie și de abilitățile clinicianului care interpretează rezultatele.
- Erorile de stabilire a vârstei gestaționale constituie cauza cea mai frecventă a complicațiilor în avort. Înțelegerea utilizării testului la gonadotropina corionică umană (GCU) și examenului ecografic, independent sau în combinație, este esențială pentru determinarea exactă a vârstei gestaționale și evaluarea localizării și integrității sarcinii.
- Vârsta gestațională este calculată după data ultimei menstruații (săptămâni de la ultima menstruație, SA).

I. Importanța estimării exacte a vârstei gestaționale

- A. Evitarea procedurii chirurgicale, dacă pacienta nu este gravidă.
- B. Dacă termenul este mai mare de 12 SA, este necesară o altă procedură decât AVM.
- C. Erorile în evaluarea vârstei sarcinii constituie o cauză importantă a complicațiilor în avort.

II. Efectele adverse potențiale ale subestimării vârstei gestaționale

- A. Timpul operator mai lung; hemoragie mai mare; risc de infecție mai mare.
- B. Risc mai mare de traumă cervicală.
- C. Risc majorat de perforație uterină și traumă intraabdominală.

- D. Risc anesteziologic majorat dacă devine necesară conversia pentru aplicarea anestezie generale unei paciente nepregătite.
- E. Compromiterea serviciului chirurgical dacă este necesar transferul pacientei la o instituție de nivel mai superior.
- F. Compromiterea relațiilor cu pacienta, pierderea încrederii ei în personalul medical.
- G. Cheltuieli sporite.

III. Evitarea erorilor în estimarea vârstei gestaționale

- A. Utilizați diferite căi de a stabili vârsta gestațională:
 1. **Antecedente:** prima zi a ultimei menstruații, durata ciclului, durata și tipul simptomelor de sarcină, data coitusului, tipul contracepției utilizate, dacă a fost aplicată, data specifică a ovulației sau coitusului la mijlocul ciclului, dacă este cunoscută.
 2. **Examenul clinic:** Semnul Chadwick, Hegar, dimensiunile uterului.
 3. **Examenul ecografic:** sacul gestațional precoce, circumferința bitrohanteriană (CBT), diametrul biparietal (DBP) sau lungimea femurului (LF).

IV. Examenul clinic în determinarea vârstei gestaționale

- A. În timpul examenului abdomenului, stați lateral de pacientă și palpați abdomenul de la procesul xifoid până la simfiză.
- B. În timpul tușeului bimanual, palpați abdomenul de la xifoid până la simfiză.
- C. Semnul Chadwick (colorația violacee a epiteliului cervicovaginal) și semnul Hegar (rămolirea istmului cervical) pot fi utile în confirmarea sarcinii.
- D. Utilizați examenul recto-vaginal pentru a ameliora măsurarea uterului plasat posterior.
- E. Detectați anormalitățile: formațiuni anexiale sau hipersensibilitatea anexelor, miom uterin, uter în formă de clepsidră, sugestiv pentru sarcina cervicală.
- F. Erori la examenul pelvin:
 1. Un uter neobișnuit de rămolit în trimestrul doi poate să conducă la subestimarea vârstei gestaționale.
 2. Examenul poate fi dificil la femeile obeze, cu dureri pelvine sau foarte anxioase.

V. Condițiile care pot cauza dimensiunile uterului mai mici decât cele așteptate

- A. Femeia nu este gravidă.
- B. Greșeli în datarea ultimei menstruații (UM); ovulație mai tardivă decât cea estimată după UM.
- C. Sarcină ectopică.
- D. Sarcină intrauterină anormală: sarcină stagnată sau avort spontan.
- E. Neoplasm gestațional al trofoblastului.
- F. Eroare de examinare (subestimarea dimensiunilor uterului).

VI. Condițiile care pot cauza dimensiunile uterului mai mari decât cele așteptate

- A. Greșeli în datarea ultimei menstruații, ovulație mai precoce decât cea estimată după UM.
- B. Variații normale printre femei la vârst gestațională dată, în special printre multipare.
- C. Sarcină multiplă.
- D. Defect anatomic al uterului: miom intramural sau subseros.
- E. Neoplasm gestațional al trofoblastului.
- F. Eroare de examinare (supraestimarea dimensiunilor uterului).

VII. Utilizarea testelor la GCU în verificarea sarcinii și vârstei gestaționale

- A. GCU este prima care se depistează în circulație începând cu 7 zile după fertilizare.
- B. Curba crește până la 60 zile după concepție.
- C. Maxima concentrației de GCU este la 8 - 10 SA cu 70 - 100,000 mUI/ml.
- D. GCU descrește treptat până la minimum de 5 - 20,000 mUI/ml sau mai puțin la 15 - 20 SA.
- E. Concentrația inițială este proporțională masei placentare; GCU celulară descrește, dar creșterea exponențială a GCU se datorează creșterii masei placentare.

1. Testele calitative urinare de sarcină:

- a) dacă sensibilitatea este înaltă (25 - 50 mIU GCU), testul va fi pozitiv la 98% de femei după 7 zile de la fertilizare;
- b) Testele calitative de sensibilitate înaltă se pozitivează începând cu 7 zile după fertilizare și au o obiectivitate de 99,5%.

2. Testele de sarcină cantitative în ser:

- a) nu sunt cost-eficiente;
- b) o singură valoare corelată cu vârsta gestațională poate să fie eronantă;
- c) pot fi utilizate o serie de valori în dinamică pentru evaluarea sarcinii normale comparativ cu cea anormală;
- d) exactitate mai mare când sunt utilizate în corelație cu datele ecografice (ex. zona GCU discriminatorie).

VIII. Utilizarea ecografiei diagnostice în confirmarea sarcinii și vârstei gestaționale

- A. Semnele ecografice transabdominale ale sarcinii intrauterine:
 - 1. sacul gestațional: 5 - 6 SA;
 - 2. polul fetal: 6 - 7 SA;
 - 3. activitatea cardiacă fetală: 7 - 8 SA.
- B. Semnele pot fi vizualizate cu 7 zile mai devreme (și la concentrații mai mici de GCU) la ecografia transvaginală.
- C. Semne ecografice ale sarcinii ectopice:

1. Diagnosticul sarcinii ectopice: sacul, fătul și activitate cardiacă fetală în anexă.
2. Semne sugestive ale sarcinii ectopice:
 - a) absența sacului gestațional când GCU de- asupra zonei discriminatorii (86% de sarcini ectopice);
 - b) Formațiune anexială complexă și lichid în spațiul Douglas (94% de sarcini ectopice).

D. Erori la diagnosticul ecografic:

1. “Sarcină intrauterină” fals-pozitivă: pseudo sac gestațional este prezent în 10 - 20% de sarcini ectopice. Poate fi evitat prin localizarea “semnului inelului dublu” specific sarcinii uterine.
2. Rezultatele negative la examinarea anexelor nu exclud sarcina ectopică.

E. Zona discriminatorie a GCU:

1. GCU și ecografia utilizate în complex pot fi foarte informative, dar nu întotdeauna diagnostică statutul de sarcină.
2. Zona discriminatorie: nivelul de GCU la care este așteptată prezența sacului gestațional în sarcina normală.
3. Zona discriminatorie tipică pentru tehnologiile curente:

<i>Metoda USG</i>	<i>Nivelul de GCU, mUI/ml</i>
Abdominală	1,800
Vaginală	3,600

Modulul 4

Selecția pacienților și screeningul medical

Obiective

1. *Specificarea elementelor importante pentru evaluare în antecedentele femeii înainte de avort și componentele examenului clinic.*
2. *Specificarea testelor de laborator de rutină care se efectuează înainte de avort.*
3. *Specificarea condițiilor medicale care pot complica procedura de avort.*
4. *Specificarea stărilor care necesită profilaxia cu antibiotice.*

Momente - cheie

- Condițiile medicale și ginecologice coexistente pot avea un impact major asupra rezultatelor avortului și trebuie diagnosticate cu siguranță și menajate respectiv.
- Examinarea înainte de procedură trebuie să ofere informația necesară, **dar nu trebuie să includă testuri care nu au valoare în procedura de avort.**
- Screeningul pentru problemele medicale sau ginecologice coexistente, la rând cu managementul lor, poate să contribuie la diminuarea semnificativă a riscului multor complicații post-avortum și la evitarea agravărilor stării pacientei.
- Detectarea înainte de procedură a variațiilor anatomice și modificarea respectivă a tehnicii rezultă într-o securitate mai mare a procedurii, care este și mai bine tolerată.

I. Antecedentele înainte de procedură

- A. Culegeți anamneza obstetricală și ginecologică, cu specificarea infecțiilor sexual transmisibile, contracepției, funcției menstruale și rezultatelor nașterilor sau avorturilor precedente, dacă au avut loc.
- B. Revizuiți anamneza chirurgicală, cu specificarea problemelor de genul complicațiilor anestezice sau dereglărilor hemoragice.
- C. Întrebați despre existența reacțiilor alergice la medicamente sau produse alimentare, sau a reacțiilor adverse la medicamente.
- D. Obțineți informația despre evoluția sarcinii curente, incluzând data primei zile a ultimei menstruații.
- E. Întrebați ce stări legate de sănătate mai poate menționa femeia care ar putea afecta intervenția chirurgicală. Exemplele includ medicația curentă, abuzul de droguri sau alcool, dereglări convulsive, anemie, coagulopatii, diabet, maladii ale cordului, astm bronșic, medicația cronică cu steroizi, HIV-infecția.

F. Confirmați că femeia a făcut alegerea decisivă în favoarea avortului.

II. Examenul clinic înainte de procedură

- A. Verificați semnele vitale, care includ pulsul, presiunea arterială, temperatura.
- B. Efectuați examenul clinic general, și, dacă este nevoie, atrageți atenția la cord, pulmoni, abdomen și bazinul mic.
- C. Confirmați vârsta gestațională prin examenul pelvin.
 - 1. MVA poate fi utilizată pentru avortul în primul trimestru.
 - 2. În timpul examenului în specule, observați vaginita, cervicita și anomaliile anatomice ale cervixului și vaginului.
 - 3. În timpul tușeului bimanual, evaluați dimensiunile uterului, poziția, consistența, direcția și gradul de flexie uterină.
 - 4. Trebuie evaluată sensibilitatea colului la dislocare și a anexelor, care, fiind anormală, dictează necesitatea excluderii sarcinii ectopice sau a avortului septic.
- D. Ecografia de rutină nu este obligatorie, dar e necesară în următoarele situații:
 - 1. Diagnosticul de sarcină este incert.
 - 2. Există o discordanță între vârsta gestațională cronologică și cea clinică.
 - 3. Există suspiciunea de sarcină extrauterină.
 - 4. Există patologie ginecologică asociată (exemplu: fibromatoză uterină, alformații uterine etc.).
 - 5. Există incertitudinea prezenței unui dispozitiv intrauterin.

III. Testele de laborator

- A. În prezența semnelor clinice ale anemiei înainte de avort se apreciază nivelul de **hemoglobină** și **hematocrit**, pentru a detecta anemiile severe și a determina valorile preoperatorii.
- B. **Screeningul la gonoree și chlamidioză cervicală sau alte maladii sexual-transmisibile** se efectuează atunci când anamnestical sau examenul clinic sugerează posibilitatea existenței acestora.
- C. **Rezultatele frotiului citologic Papanicolau nu sunt conectate la procedura de avort**, dar dacă este posibil, la acest test trebuie supuse femeile care nu l-au avut ultimii 2 ani.
- D. Aprecierea **factorului Rh și izoimunizării**. Femeile care urmează să suporte un avort trebuie supuse acestui test (dacă nu este disponibilă documentația unei anterioare determinări a factorului Rh). Femeile Rh-negative trebuie să primească Rh-imunoglobulină postavortum.

IV. Managementul problemelor medicale coexistente în avort

- A. Variații anatomice constatate în timpul examenului clinic.
 - 1. Stenoza cervicală:
 - a) poate crește riscul de traumă a colului sau perforație uterină la dilatarea excesiv forțată;

- b) potate fi utilizată pregătirea colului cu misoprostol 400 mcg, intravaginal sau sublingual, cu 3 ore înainte de intervenție;
- c) cografia în regim de timp real poate să fie utilă pentru vizualizarea canalului cervical și plasarea dilatatoarelor și canulei.

2. Uterus didelphus sau uter bicorn:

- a) efectuați procedura sub controlul ecografic în regim de timp real;
- b) controlați evacuarea din ambii corni.

3. Elongarea extremă a colului sau hipertrofia lui:

- a) poate fi preferată anestezia generală, pentru a facilita rețracția adecvată a vaginului.

4. Miom de dimensiuni mari sau noduli multipli:

- a) efectuați procedura sub controlul ecografic în regim de timp real, pentru a vă convinge că canula a depășit miomul și a intrat în cavitatea uterină.

B. Stări infecțioase.

1. Vaginite acute:

- a) vaginoze bacteriale, tricomoniază: inițiați tratamentul cu metronidazol în ziua avortului.
- b) candidoză vaginală: supravegheați până la dispariția spontană sau inițiați tratamentul imediat ce s-a stopat hemoragia post-avortum.

2. Cervicite acute mucopurulente sau contact recent cu partenerul care are gonoree sau chlamidioză:

- a) inițiați tratamentul cu antibiotice orale înainte de procedură; dacă termenul de sarcină permite, se poate amâna avortul până la finisarea tratamentului;
- b) antibioticele contraindicate în sarcină sunt acceptabile în ziua avortului. Dacă antibioticele sunt administrate înainte de aceasta, trebuie indicate doar antibiotice care sunt permise în sarcină.

3. Avortul spontan septic:

- a) inițiați antibiotice parenteral înainte de procedură;
- b) este necesară spitalizarea de urgență.

C. Probleme extragenitale.

1. Abuzul de droguri sau alcool:

- a) fiți gata de toleranță joasă la durere, utilizați analgezice narcotice și sedative parenterale;
- b) dacă pacienta se droghează intravenos, mobilizați accesul i/v;
- c) este necesar de a efectua procedura în condiții de staționar.

2. Dereglări convulsive:

- a) sugerați pacientei să administreze doza obișnuită de anticonvulsiv în ziua avortului;
- b) în caz de activitate convulsivă recentă, utilizați preoperator benzodiazepinele;
- c) este necesar de a efectua procedura în condiții de staționar.

3. Anemia:

- a) dacă hematocritul sau hemoglobina sunt joase, fiți gata să controlați prompt hemoragia intra- și postoperatorie;
- b) dacă hematocritul sau hemoglobina sunt sub limitele normale, este necesar de a efectua procedura în condiții de staționar.

4. Coagulopatiile:

- a) dacă pacienta primește o medicație anticoagulantă, evaluați timpul de coagulare înainte de procedură. Dacă este în limitele normale, nu este necesar de a modifica doza anticoagulantului în ziua avortului;
- b) în caz de coagulopatie severă, aveți grijă să aveți la îndemână factorul deficient (ex. masă trombocitară, plasmă proaspăt congelată) și efectuați procedura în staționar.

5. Diabet:

- a) nivelul înalt de glucoză nu este periculos, dar chetoacidoza stabilită în ziua procedurii trebuie corijată;
- b) urmează a fi administrate doze uzuale de insulină și a lua un dejun ușor, dacă procedura este efectuată sub anestezie locală. Alte tipuri de sedatie sau anestezie pot necesita adaptarea regimului de insulină.

6. Maladii cardiace:

- a) dacă maladia este simptomatică sau severă, efectuați procedura în sala de operații, cu monitorizarea intraoperatorie de către un anesteziolog;
- b) vezi compartimentul III (mai jos) pentru profilaxia endocarditei bacteriene;
- c) este necesar de a efectua procedura în condiții de staționar.

V. Profilaxia cu antibiotice pentru infecția post-avortum

A. Meta-analiza multor studii indică că profilaxia cu antibiotice este sigură și eficientă.

- 1. Mai multe studii au demonstrat reducerea cu 30 - 50% a complicațiilor infecțioase după avort.

B. Regimurile profilactice de antibiotice.

- 1. Doxiciclină 200 mg oral cu 30 - 60 minute înainte de operație.
- 2. Regim alternativ: metronidazol 1 g peros înainte de operație, apoi câte 500 mg peros fiecare 6 ore următoarele 3 doze.
- 3. În țările cu incidența înaltă a chlamidiozei, tuturor pacienților li se recomandă regim terapeutic post-avortum de 7 zile de doxiciclină.
- 4. Regimurile postoperatorii de 3 și 5 zile nu sunt logice și nu trebuie utilizate.

C. Profilaxia cu antibiotice axată (vs de rutină).

- 1. Boală inflamatorie pelvină în antecedente.

2. Gonoree sau chlamidioză ultimul an.
3. Endometrită post-avortum în anamneză.
4. Avort cu dispozitiv intrauterin (DIU) plasat.
5. Dereglări imunitare: medicație cronică cu steroizi, lupus eritematos de sistem (LES), diabet zaharat, HIV-infecție cu numărul jos de celule CD4.

D. Profilaxia cu antibiotice în funcție de sensibilitate.

1. Foarte controversată; nu există ghiduri clinice publicate.

Modulul 5

Discuția de consiliere, pregătirea pacientei și consimțământul informat al acesteia înainte de avort

Obiective

1. *Specificarea obiectivelor discuției de consiliere înainte de avort și importanța fiecăruia.*
2. *Nominalizarea componentelor de bază ale unei discuții de consiliere pre-avort eficiente.*
3. *Descrierea informației despre procedura AVM, pe care femeia trebuie s-o cunoască.*
4. *Discutarea modalităților de diminuare a anxietății pacientei în timpul procedurii AVM.*
5. *Descrierea și importanța consimțământului informat.*
6. *Discutarea posibilităților contraceptive post-avort, modul și perioada de utilizare.*

Momentele - cheie

- Femeia care întrerupe sarcina, de obicei, are probleme de ordin emoțional și fizic. Atitudinea față de ea și experiența doctorului și a personalului medical au o importanță crucială în sensul depășirii de către pacientă a neliniștilor ei, identificării anumitor probleme a căror rezolvare necesită o supraveghere specială sau o consultație suplimentară și asigurarea celei mai sigure cu puțință proceduri de avort.

I. Scopurile discuției de consiliere

- A. Reducerea anxietății pacientei.
- B. Asigurarea că pacienta a luat o decizie informată despre întreruperea sarcinii sale.
- C. Ridicarea nivelului de cunoștințe al pacientei și a încrederii în sine.

II. Modurile de atingere a scopurilor consilierii

- A. Discuția de consiliere eficientă are loc înainte, în timpul și după procedură.
- B. pentru a consilia pacientele, personal medical specializat poate fi desemnat, dar acesta nu exclude responsabilitatea în acest sens a fiecăruia din echipa instituției medicale.
- C. Fiecare membru al personalului trebuie să contribuie la atingerea scopurilor discuției de consiliere.

III. Componentele principale ale unei discuții de consiliere eficiente și ale unei bune interacțiuni medic-pacient includ:

- A. Comunicarea potrivită și sensibilă.
 1. A nu judeca.
 2. A pune întrebări și a invita pacienta la discuție.
 3. A discuta toate opțiunile posibile.
 4. A recunoaște și a accepta sentimentele și temerile pacientei și de a o ajuta să le depășească.
 5. A oferi pacientei informație explicită, folosind un limbaj accesibil, nemedical.

6. A folosi traducători dacă pacienta și doctorul vorbesc limbi diferite.
- B. Confidențialitatea.
1. Toată informația oferită de pacientă va rămâne secretă.
- C. Asigurarea intimității.
1. A asigura intimitatea vizuală, tet-a-tet și cea auditivă.
- D. Consimțământul.
1. Este important ca pacientele să fie informate despre riscurile și beneficiile procedurii, pentru ca să ia singură hotărârea pe baza informației primite.
 2. Acest proces nu trebuie să întârzie efectuarea avortului, decât în cazul că aceasta este decizia pacientei.
- E. A furniza pacientei informația corectă și exactă, ce include:
1. La ce poate aștepta în timpul procedurii, ce se va întâmpla în timpul vizitei.
 2. Informație despre starea sănătății ei și starea gravidității.
 3. Informație despre procedura AVM, aspirarea electrică sau avortul medicamentos:
 - a) a explica pacientei amănunte despre procedura aleasă;
 - b) a discuta diferite opțiuni despre controlul durerii și a oferi pacientei dreptul de a alege.;
 - c) dacă se folosește anestezia locală, pacienta trebuie informată că va fi conștientă, că măsurile întreprinse o vor face să se simtă confortabil, cu descrierea totodată, a gradului și duratei disconfortului eventual;
 - d) a asigura prezența personalului în timpul procedurii de aspirare, pentru a calma și a-i alina durerea pacientei;
 - e) a informa pacienta despre durata procedurii.
 - f) în timpul procedurii, a informa pacienta cum decurge operația (dacă ea dorește), senzațiile care vor urma, despre durata lor.
 4. A informa pacienta când va putea merge acasă :
 - a) despre evoluția perioadei de reconvenșcență;
 - b) despre semnele clinice de avertizare și măsurile care trebuie întreprinse în astfel de cazuri;
 - c) despre asistența post-avort de rutină și contracepție;
 - d) toată informația oferită de pacientă va fi cofidențială.
- F. A oferi informație despre contracepție:
1. Consilierea contraceptivă, cu o ferirea acestor servicii dacă femeia dorește să evite graviditatea pe viitor.
 2. A vă asigura că pacienta cunoaște că ovulația poate surveni la a 11-cea zi după avort.

3. Informația despre contracepție, în urma procedurii MVA, este mai bine însușită când starea de anxietate a femeii este diminuată.
4. Dacă este folosită anestezia generală sau sedarea puternică, imediat după avort femeia nu va fi suficient de conștientă pentru a primi informația oferită.
5. A oferi atât informație verbală, cât și scrisă despre metodele de contracepție.
6. Metodele contraceptive care presupun o procedură clinică imediată după perioada de avort, de genul DIU sau Depo provera, sunt necesare de a fi înțelese și aprobate de pacientă înainte de avort. Astfel, consimțământul pacientei pentru metoda contraceptivă practică în condiții de clinică (DIU, Depo-provera) este absolut necesar.

Notă: Particularitățile consilierii în cazul avortului medicamentos vor fi expuse mai jos.

Modulul 6

Controlul durerii în avortul din primul trimestru prin AVM

Obiective

1. *Specificarea avantajelor anesteziei locale comparativ cu anestezia generală.*
2. *Nominalizarea principiilor folosite pentru a asigura blocada cervicală sigură și eficientă și folosirea sedativelor ce mențin pacienta în conștiință.*
3. *Descrierea a două posibile complicații ale blocadei cervicală și ale folosirii sedativelor ușoare, discutarea în vederea prevenirii și eliminării efectelor adverse.*
4. *Descrierea modului în care personalul medical oferă suport pacientei în stare conștientă în timpul procedurii de avort AVM.*

Momentele - cheie

- Alinarea durerii și controlul anxietății sunt determinante importante ale unui avort sigur și ale satisfacției pacientei. Anestezia locală, care este mai sigură decât anestezia generală, este preferabilă în AVM, iar personalul trebuie să ofere suport pacientei aflate în conștiință în timpul procedurii.
- Cantitatea substanțelor analgezice și sedative trebuie calculată pentru fiecare pacientă în parte, în funcție de nivelul ei de anxietate și pragul de durere.
- Anestezia locală este considerată o procedură mai sigură, mai ușor suportată de pacientă, mai ieftină decât anestezia generală, indiferent de vârsta gestațională.
- Medicul trebuie să cunoască bine proprietățile farmacologice, mecanismul de acțiune, durata și efectele secundare ale preparatelor analgezice, sedative și anestezicelor locale, folosite în instituția medicală.

I. Principiul general: anestezia locală, care este mai sigură decât anestezia generală, este de preferată în procedura de avort AVM

A. Riscurilor anesteziei generale vis-à-vis de cea locală.

1. Generală: riscul crescut de apariție a hemoragiilor, perforației, rupturilor de țesut în regiunea cervicală, a complicațiilor respiratorii datorită efectului sistemic al agenților anestezici.
2. Complicațiile în urma anesteziei generale au fost înregistrate ca fiind cauza principală de deces după avort în Statele Unite ale Americii.
3. Locală: riscul relativ mai înalt de reținere a produselor de concepție (avort incomplet); toxicitatea locală a lidocainei, riscul toxicității la folosirea acestora în doze mari la încălcarea tehnicii.

B. Avantajele anesteziei locale.

1. Pacienta poate explica ceea ce simte.

2. Reducerea după operație a duratei perioadei de recuperare: poate părăsi clinica ușor și repede, fără persoană de suport, este capabilă să asculte și să recepționeze sfaturile medicului.
 3. Risc scăzut de aspirație pulmonară când pacienta mănâncă sau bea înaintea procedurii.
 4. Cost scăzut.
- C. Substanțele analgezice sunt folosite pentru alinarea durerii, dar nu reduc nivelul de anxietate.
1. Substanțele analgezice nenarcotice ce se administrează oral, de tipul paracetamol, ibuprofen sau ketanov, sunt prescrise în primul trimestru, deoarece au efect adecvat în alinarea durerii și au puține efecte secundare.
 2. Când se folosesc narcotice, este necesar de a dispune de medicamente antagoniste, de tipul naloxonului, și de echipament de resuscitare.
 3. Analgezicele de tip narcotic induc inhibare temporală sau blocarea transmiterii durerii.
- D. Substanțele sedative inhibă sistemul nervos central și sunt folosite pentru a reduce nivelul de anxietate și relaxarea mușchilor, dar ele nu alină durerea.
1. Substanțele sedative ce se administrează oral sau parenteral sunt folosite pentru a induce o inhibare medie sau moderată la unii pacienți.
 2. Când substanțele sedative sunt administrate intravenos, se dau doze mici timp de câteva minute, iar reacția pacientului este atent monitorizată.
 3. Dacă se folosesc asemenea substanțe sedative administrate intravenos cum este diazepamul, este necesar de a dispune de medicamente cu efect antagonist.
 4. Substanțele sedative administrate intravenos trebuie folosite cu mare atenție când sunt administrate împreună cu un analgezic de tip narcotic din cauza potențării reciproce a efectelor și a riscului mărit de inhibiție respiratorie. Când substanțele sedative administrate intravenos sunt luate împreună cu un analgezic de tip narcotic, dozele lor trebuie reduse.
 5. În cazul folosirii anesteziei generale, pentru a mări siguranța, este nevoie, dacă e disponibil, de un oximetru ce va monitoriza constant nivelul saturației țesuturilor cu oxigen.
- E. Suportul psihologic are un rol considerabil în reducerea anxietății, în special când se folosește anestezia locală fără sedative.
1. Suportul psihologic este absolut necesar pentru reușita unui avort.
 2. Oferit corect, suportul psihologic va reduce frica femeii și va diminua sentimentele ei de durere.
 3. Pentru obținerea rezultatelor preconizate, este necesară prezența personalului medical instruit în consiliere, atât înainte de procedură, pe parcursul ei, cât și după ea.

II. Opțiuni de control al durerii

- A. Anestezie locală cu Lidocaină 0,5 - 1% și folosirea suportului psihologic.
- B. Exemple de tehnici:**

1. Blocada paracervicală (a ligamentelor uterosacrale), în locul de reflecție a epiteliului cervico - vaginal, cu un ac spinal de calibrul 22 și de 3,5 cm; în două sau patru locuri sub mucoasă. Se injectează 1 – 2 ml sub mucoasă la ora 12, până se formează o “bulă”. Pensa de col se aplică pe locul anesteziat. Injecțiile se repetă la ora 4 și la ora 8, la început superficial, apoi avansând până la joncțiune.
2. Blocajul intracervical cu un ac de calibrul 25 și de 1,5 cm; atașat la o seringă, sub un unghi de 45 de grade în direcție laterală. Injecțiile se fac adânc în stroma cervicală (acul intră complet) la ora 3 și la ora 9.

C. Recomandări pentru mărirea toleranței pacientei:

1. La introducerea acului, pacienta este rugată să tușească pentru a masca durerea.
2. După efectuarea blocajului para sau intracervical, trebuie de așteptat cel puțin 2 minute până a începe procedura.

Atenție!

3. Doze toxice: Lidocaina 4 mg/kg; max. = 200 mg = 20 ml - 1%.
4. Hipersensibilitate: urticarie, prurit, edem, tahicardie, tuse, grețuri, anafilaxie.
5. Simptomele toxicității:
 - a) sistemul nervos central: slăbiciuni, anxietate, tremur, ticuri nervoase, înrăutățirea vederii, convulsii, insuficiență respiratorie;
 - b) sistemul cardiovascular: bradicardie, aritmie, hipotensiune, stop cardiac, colaps.
6. Metode de rezolvare:
 - a) menținerea deschisă a căilor respiratorii, administrarea oxigenului prin cavitatea nazală, a fi pregătit pentru intubare endotraheală;
 - b) convulsii: se administrează thiopental sau diazepam intravenos;
 - c) colaps vascular: fluizi intravenoși, substanțe vasopresoare.

D. Anestezie locală și folosirea substanțelor analgezice și/sau sedative în doze mici.

1. Paracetamol 500 - 800 mg administrate oral cu 30 - 60 minute înainte de operație.
2. Diazepam 5 - 10 mg administrate oral cu 30 - 60 minute înainte de operație.
3. Poate fi administrată intravenos 0,4 - 0,5 mg de atropină pentru a preveni reacția vaso-vagală în timpul dilatării.

Modulul 7

Tehnica avortului prin aspirația vacuum manuală. Echipamentul necesar

Obiective

1. *Descrierea tipurilor de dilatatoare care sunt propuse în instituție și a modului cum se folosesc.*
2. *Lista instrumentelor folosite în instituție pentru a efectua avortul în primul trimestru prin metoda AVM.*
3. *Descrierea pas cu pas a efectuării aspirației folosind metoda AVM. Scopul vizualizării imediate al țesutului aspirat după operație.*

Momente - cheie

- Alegerea instrumentelor potrivite și folosirea lor corectă sunt necesare pentru siguranța unei proceduri de avort în primul trimestru prin metoda AVM.
- Evaluarea imediată după operație a țesutului aspirat este foarte importantă și nu poate fi înlocuit cu examinarea morfopatologică de rutină. Nu există o alternativă mai eficientă a examinării țesuturilor extrase de către medicul care a efectuat avortul în profilaxia complicațiilor, cauzate de retenția de țesut.

I. Tehnica AVM în primul trimestru

A. Instrumente și materiale:

1. Speculum.
2. Pensă de col cu un dinte sau cu doi (Allis, Bierer), tenaculum atraumatic.
3. Seringă, ac și agent anestezic pentru blocaj cervical. Opțional: extender (prelungitor) de ac sau ac spinal.
4. Dilatatoare sterile, canule și adaptoare de toate dimensiunile.
5. Forceps uterin de tip Bozeman sau forceps-fenestrat.
6. Soluție antiseptică (de tipul povidon-iodinat) cu aplicatoare.
7. Seringă AVM, canule, adaptoare.
8. Vas pentru vizualizarea produselor de concepție.

B. Procedura avortului.

1. **Tehnica „non-contactului ”** - porțiunile instrumentului ce vor trece prin cervix nu se vor atinge de alte suprafețe și vor fi păstrate sterile; tehnica permite folosirea mănușilor de examinare nesterile și necesită minimum de pachet igienic.
2. **Respectarea precauțiilor universale de prevenire a infecțiilor.**

3. Pregătirea pentru procedură:

- a) se efectuează anestezia;
- b) femeia este poziționată în decubit dorsal, folosind fixaj pentru genunchi. Pelvisul trebuie să fie la marginea mesei;
- c) se efectuează tușeul vaginal pentru aprecierea mărimii și a poziției uterului;
- d) se introduce speculumul;
- e) cervixul se prelucerează cu soluție antiseptică;
- f) se injectează 1ml de soluție anestezică locală pe suprafața cervixului la ora 12 înainte de aplicare a tenaculumului. Se atașează tenaculumul și se efectuează blocajul cervical.

II. Dilatarea cervixului

- A. Este necesară o dilatare adecvată pentru siguranța și confortul pacientei în timpul procedurii.
- B. Cu referință la procedura din primul trimestru, pentru femeile multipare, în cazul folosirii canulei flexibile, dilatarea, de obicei, nu este necesară.
- C. Dilatarea ușoară a cervixului, în caz de necesitate, poate fi efectuată prin diferite tehnici:
 1. Dilatatoare rigide cu vârf rotund: Pratt, Hanks, Denniston. Este o procedură rapidă și unică, dar mai dureroasă, cu risc sporit de apariție a complicațiilor de tipul perforării sau lacerării canalului cervical. Trebuie de început cu cel mai mic diametru, până se ajunge la diametrul potrivit.
 2. Dilatatoare osmotice (dacă există): necesită două proceduri, durează mai mult timp și este mai costisitor, dar e mai puțin dureros, iar riscul complicațiilor de tipul retenției produselor de concepție, perforării sau lacerării canalului cervical este scăzut. Dacă se folosesc dilatatoare osmotice, plasarea canulei de diametrul ales va provoca dilatarea adecvată. Dacă canula nu trece, trebuie folosite dilatatoare rigide, pentru a obține diametrul dilatării necesar.
 3. Agenți pentru maturizarea cervicală de tipul misoprostolului, 400 mg sublingval sau vaginal cu 3 ore înainte de procedură).

Atenție!

4. Nu se recomandă utilizarea sondei uterine, din cauza riscului perforației. În caz de necesitate, lungimea cavității uterine poate fi evaluată cu ajutorul canulei și gradațiilor de pe suprafața ei.

III. Efectuarea aspirării uterine

- A. Pregătirea seringii AVM.
- B. Se închid valvele.
- C. Se creează vacuumul:
 1. Se trage pistonul până la capăt.
- D. Alegerea diametrului potrivit de canulă.

1. Poate fi selectat diametrul canulei mai mic cu o unitate (un mm) decât termenul sarcinii (de la data ultimei menstruații). De exemplu, dacă pacienta a avut ultima menstruație cu 10 săptămâni în urmă, diametrul canulei poate fi de 9 – 10 mm.
 2. În majoritatea cazurilor, diametrul canulei va corespunde cu termenul de sarcină.
- E. Atașarea adaptatorului potrivit la seringă sau a canulei.
- F. Folosind tracțiunea externă a tenaculumului pentru a îndrepta canalul cervical, se introduce atent canula până ce se simte rezistența fundusului. Canula se retrage puțin pentru exclude contactul cu fundusul. Rotirea canulei în jurul axei sale va facilita trecerea prin canalul cervical.
- G. Se atașează seringă AVM la canulă.
- H. Se efectuează aspirația uterină:
1. Valvele seringii se deschid, se mișcă canula înainte/înapoi combinat cu mișcări de rotație.
 2. Canula se scoate și se oprește aspirația numai atunci când seringă este plină sau procedura de evacuare s-a terminat.
 3. Dacă nu mai este vacuum sau seringă s-a împlut, seringă se detașează de la canulă, se eliberează de conținut, se creează din nou vacuum și se reconectează la canulă. Valvele se deschid pentru a continua aspirația.

Atenție!

4. A evita atingerea pistonului seringii când aceasta este atașată la canulă în uter. Aceasta poate cauza pătrunderea conținutului seringii și aerului în uter.
5. A repeta procesul de aspirație până când în canulă nu se mai observă țesut sau în ea se observă spumă de culoare roză - roșie, cavitatea se contractă în jurul canulei și apare senzația de scârțuit, ceea ce denotă că procedura s-a încheiat.

IV. Sfârșitul procedurii

- A. Se examinează țesutul aspirat (vezi modulul 8 - pentru detalii), apoi canula este scoasă din cervix.
- B. Se detașează tenaculumul; a se observa dacă sângerarea din canal sau de pe locul aplicării pensei este în limitele normei.
- C. Se scoate speculumul; vulva se șterge atent de sânge sau alți fluizi. Instrumentele se pun direct în soluția de decontaminare.
- D. Pacienta este ajutată să se ridice din poziția de decubit dorsal în cea semișezândă.

Modulul 8

Examinarea țesutului

Obiective

1. *Instruirea prestatorilor în identificarea diferitelor țesuturi aspirate cu ochiul liber.*
2. *Sublinierea importanței examinării țesutului aspira pentru a elimina întârzierea în tratamentul avortului incomplet sau a unei sarcini ectopice posibile.*

Momente -cheie

- Țesutul aspirat se examinează individual pentru fiecare pacient.
- Aspiratul trebuie să fie examinat imediat, cu ochiul liber, urmînd fiecare procedură, înainte ca pacienta să părăsească sala de proceduri.

I. Procedura examinării țesutului

- A. În timpul procedurii seringă de AVM se eliberează într-un vas pentru colectarea aspiratului. După ce procedura este completă, țesutul se transferă într-o strecurătoare și se clătește ușor în apă curată rece pentru a-l spăla și a dizolva sângele proaspăt încheșat.
- B. Țesutul trebuie plasat în apă, ca să plutească în aproximativ 0,5 ml.
- C. Țesutul ce plutește este examinat imediat, de dorit plasând vasul pe o sursă reflectorie de lumină.
- D. La o sarcină timpurie, sub 8 săptămîni de amenoree, mai întîi se identifică decidua capsularis și membranele corionice cu sau fără vilozități.
- E. În cazul unor sarcini mai avansate, mai mari de 8 săptămîni, se identifică toate elementele majore somatice ale embrionului, toate patru extremități, capul, fața, coloana vertebrală și coastele, umărul și centura pelviană.
- F. Odată ce toate țesuturile sunt evaluate și toate părțile așteptate sunt identificate, țesutul poate fi eliminat în conformitate cu regulile instituției.

II. Examinarea țesutului pentru determinarea complicațiilor

- A. Avortul incomplet.
 1. Dacă vreun element din țesutul somatic fetal este prezent în aspirat, termenul sarcinii este mai mare de 8 săptămîni.

2. Dacă vre-un element somatic așteptat lipsește din țesutul examinat, este necesar de a cerceta toate instrumentele și materialele pentru căutarea fragmentului pierdut. Dacă fragmentul nu este găsit, se poate presupune că elementul somatic este încă în uter și aspirarea trebuie repetată.
3. În caz de necesitate, poate fi efectuată ultrasonografia pentru a controla desăvârșirea golirii uterului.

B. Sarcina ectopică.

1. Dacă aspiratul nu conține rezultatul așteptat, corespunzător vârstei sarcinii, în prezența testului pozitiv la sarcină, poate fi presupusă o sarcină ectopică. În așa caz, pacienta trebuie investigată în continuare.

C. Țesuturile anormale necesită examinare histopatologică pentru a exclude mola hydatiformă sau choriocarcinomul.

Modulul 9

Tratamentul, conduita și supravegherea post-avort

Obiective

1. *Specificarea elementlor-cheie ale examinării și conduitei post-avort si a semnelor unei perioade post-avort fiziologice.*
2. *Specificarea componentelor de bază ale instrucțiunilor standard oferite pacienților în formă scrisă sau verbală după procedura de avort.*
3. *Specificarea documentării corecte a stării pacientei după operație și a răspunsului ei la tratament*
4. *Sublinierea importanței consilierii post-avort.*
5. *Descrierea simptomelor complicațiilor post-avort , care vor impune pacienta să se adreseze pentru îngrijiri medicale.*

Momente-cheie

- Complicațiile în urma procedurii AVM sunt rare, dar trebuie identificate și tratate imediat.
- Consilierea post-avort bine înțeleasă de pacientă reduce riscul apariției complicațiilor.

I. Îngrijiri postprocedurale imediate

- A. După ce procedura de avort s-a încheiat, este necesară evaluarea semnelor vitale ale pacientei înainte de a o transfera în salonul de recuperare.

II. Salonul de recuperare

- A. Se recomandă o supraveghere post-operativă de 30 - 45 minute:

1. Pentru a asigura revenirea de la efectul substanțelor analgezice și sedative.
2. Pentru a detecta semne ale complicațiilor post-avort.

- B. Semnele și simptomele complicațiilor.

1. Sângerare excesivă, care poate fi un semn al reținerii produselor, al atoniei uterine sau al lezării cervixului.
2. Durere excesivă care poate fi un semn al hematometrei sau al unei perforații cu hemoperitoneum.
3. Slăbiciuni, amețeli, sincope, care pot fi cauzate de scăderea volumului sanguin, ca rezultat al hemoragiei externe sau interne.

- C. Activitățile din salonul de recuperare.

1. Monitorizarea semnelor vitale.

2. Informarea post-avort în formă scrisă sau verbală a fiecărei paciente de către o asistentă sau un medic instruit în acest sens.
3. Femeile după avort pot avea nevoie de suport psihologic, care trebuie oferit înainte ca pacienta să plece acasă.
4. Indicații și sugestii pentru folosirea metodelor de contracepție. Opțiunile de contracepție includ:
 - a. contraceptive orale. E recomandat să fie luate imediat după avortul din primul sau al doilea trimestru, deoarece ovulația începe în cel mult două săptămâni după avort. Dacă administrarea a început în primele șapte zile, nu este nevoie de o metodă suplimentară de contracepție;
 - b. folosirea prezervativelor odată cu începerea contactelor sexuale;
 - c. dispozitive intrauterine. Pot fi instalate imediat după un avort fără complicații sau în prima menstruație normală după avort;
 - d. implanturi subdermale. Pot fi inserate imediat după avort și sunt efective timp de 24 de ore;
 - e. Depo-provera (DMPA). Poate fi administrat în ziua avortului. Este efectiv timp de 12 săptămâni;
 - f. sterilizarea masculină sau feminină (necesită consiliere suplimentară și nu se recomandă a fi utilizată la momentul avortului);
 - g. metode contraceptive de urgență.

III. Instrucțiuni standarde post-avort

- A. Instrucțiunile scrise trebuie să explice modalitatea de solicitare a îngrijirii medicale, în caz de necesitate, și un număr de telefon 24 din 24 ore, dacă acesta există.
- B. Sfaturi pacientelor post-avort:
 1. Odihnă 24 de ore.
 2. La dorință, se pot relua activitățile mondene peste o zi după avort.
 3. Activitatea fizică poate fi reluată atunci când pacienta se simte aptă pentru aceasta.
 4. A evita folosirea alcoolului sau a drogurilor o săptămână după avort, pentru a putea depista posibilele complicații.
 5. A administra paracetamol, ibuprofen sau alte preparate non-steroidiene antiinflamatorii (PNSA) pentru diminuarea durerilor.
- C. Prevenirea infecției:
 1. Folosirea tampoanelor după avort nu este permisă.
 2. Reluarea activităților sexuale va avea loc atunci când femeia se va simți aptă în acest sens. A folosi prezervative pentru a preveni infecțiile sexual transmisibile și metode de contracepție pentru a preveni graviditatea nedorită.
 3. Sunt contraindicate băilele vaginale după avort.

4. A lua toate medicamentele prescrise. A suna doctorul dacă apar întrebări în legătura cu administrarea medicamentelor.
5. Se permite a face baie sau a înota.

IV. Evenimente obișnuite post-avort

A. Sângerările.

1. De obicei sângerarea se diminuează sau chiar se oprește în primele trei zile după avort. Poate fi mai violentă în ziua a patra, a cincea, fiind însoțită de crampe și cheaguri. Această perioadă este scurtă și trece fără a fi nevoie de îngrijire medicală.
2. Sângerarea post-avort poate varia de la minimală până la una medie, dar nu depășește cea din perioada menstruală. Sângerarea ușoară poate continua până la trei săptămâni. Dacă pacienta administrează vre-un preparat uterotonic, ea poate avea o sângerare mai abundentă când cursul se va termina.
3. Lipsa sângerării externe și a durerii puternice în regiunea abdomenului este semn al hematometrei.

B. Cheagurile.

1. Cheagurile de dimensiuni mici sunt un simptom normal după avort. De obicei, ele sunt însoțite de crampe.
2. Tratamentul:
 - a. Odihnă.
 - b. Evaluare clinică pentru cheaguri mai mari de 8 cm (mai mari decât o lămâie).

C. Crampe.

1. Este normal a avea crampe după avort, acestea fiind un semn că uterul se contractă și revine la dimensiunile sale normale.
2. Tratament:
 - a. Paracetamol, ibuprofen (400 – 800 mg de trei ori pe zi) sau alte PNSA pentru diminuarea crampelor, băi calde.
 - b. Crampele care produc discomfort pronunțat sunt probabil cauzate de hematometră și necesită evaluare clinică.

V. Semnele de pericol post-avort, în cazul apariției cărora pacienta se va adresa de urgență după ajutor medical

A. Febra și infecția.

1. Temperatura mai mare de 38,5°C sau frisoanele necesită evaluare clinică.
2. Eliminările vaginale purulente sau urât mirositoare necesită evaluare clinică.

B. Semnele gravidității.

1. Majoritatea semnelor gravidității vor dispărea peste câteva zile. Sâni vor rămâne tumefiați timp de 7 - 10 zile.
2. Dacă simptomele gravidității persistă timp de două săptămâni după avort femeia necesită evaluare clinică.
3. Dacă menstruația nu a apărut timp de 6 săptămâni, femeia necesită evaluare clinică.

C. Sângerarea abundentă.

1. Sângerarea abundentă: îmbibarea cu sânge și utilizarea a 1 - 2 absorbante maxi într-o oră timp de 2 - 3 ore consecutive, sau a mai mult de 6 tampoane pe zi.
2. Pacienta se simte amețită și slăbită.
3. Aceste simptome necesită o evaluare imediată.

VI. Medicamente folosite post-avort

A. Alinarea durerii.

1. Durerile în urma procedurii sunt cauzate de crampe și sunt de durată limitată. **Creșterea durerilor necesită evaluare clinică.**
2. Analgezicele slabe sau substanțele antiprostoglandine diminuează crampele. Este indicat a primi Paracetamol, Ibuprofen 400 - 800 mg oral de trei ori pe zi sau alte PNSA.

B. Antibiotice.

1. Pacientele urmează a fi informate de importanța respectării întregului curs de tratament și de posibilele efecte secundare.

C. Fier.

1. Pierderile sangvine sunt minimale după avortul de primul trimestru, dar femeile cu sângerări excesive trebuie monitorizate atent ca să primească cantități suplimentare de fier.
2. Femeile depistate anemice în timpul avortului trebuie să urmeze un curs suplimentar de preparate de fier.

D. Rh-imunoglobulina.

1. Determinarea Rezusului trebuie făcută înainte de procedură.
2. Pacientele ce au făcut avort în primul trimestru și sunt identificate a fi Rh negative trebuie să primească 50 mcg de Rh-imunoglobulină intramuscular în salonul de recuperare.
3. Pacientele ce au făcut avort în al doilea trimestru și sunt Rh negative au nevoie de o doză de 300 mcg sau 1mL de Rh-imunoglobulină.

VII. Supravegherea post-avort

- A. După ce sunt externate din instituția medicală, pacientelor li se poate face o programare în viitoarele 1 - 2 săptămâni.

B. Toate pacientele trebuie să primească instrucțiuni scrise pentru cazuri de urgență, iar dacă există posibilități – acces telefonic 24 din 24 ore, inclusiv ale serviciilor de consilire.

C. Prima vizită de după avort.

1. Se evaluează starea generală a pacientei, gradul de sângerare și folosirea contraceptivelor.
2. Se efectuează un examen cu valve pentru a vedea colul uterin și eliminările vaginale, un examen bimanual pentru a clarifica dimensiunile uterului, tonusul, duritatea, sensibilitatea pentru a exclude sarcina în evoluție, retenții, rămășițele ovulare sau infecții. În caz de necesitate poate fi făcut un examen USG.
3. Un examen ecografic obligatoriu se va face imediat, dacă există presupuneri că graviditatea continuă sau că avortul este incomplet.
4. Pacientele care prezintă disconfort, dureri la mișcarea cervixului sau eliminări urât mirositoare trebuie investigate la endometrită.
5. Vizita este momentul oportun de a selecta metoda de contracepție.

Modulul 10

Privire de sinteză asupra complicațiilor avortului

Obiective

1. *Descrierea complicațiilor ce pot apărea pe parcursul procedurii de avort.*
2. *Prezentarea diagnosticului diferențial în caz de hemoragie masivă.*
3. *Descrierea avantajelor AVM în legătură cu riscul de perforație uterină.*

Momente - cheie

- Complicațiile avortului sunt relativ rare, în special, atunci când, pentru întreruperea sarcinii, se aplică proceduri clinice și tehnologii sigure și eficiente. Totuși, este extrem de important de a cunoaște complicațiile posibile ale avortului și de a interveni prompt și competent.
- Comparativ cu alte metode chirurgicale de întrerupere a sarcinii, AVM este mult mai sigură și provoacă o traumatizare minimă a colului și a corpului uterin. Dar, și aplicarea acestei metode sunt posibile complicații. Majoritatea din ele sunt relativ minore, dar nu se exclude posibilitatea unor traumatisme severe și, foarte rar, a decesului.

I. Complicațiile precoce, imediate (în timpul sau în primele 24 ore după avort)

A. Reacții vasovagale.

1. În general apar, ca rezultat al administrării blocajului paracervical și în timpul dilatării colului uterin.
2. Majoritatea acestor reacții dispar rapid, fără tratament.
3. Dacă e necesar, reacțiile vaso-vagale prelungite sunt tratate prin administrarea i/v a atropinei (0,4 - 1,0 mg) și a preparatelor antivomitice. Foarte rar se recurge la respirație asistată.

B. Hemoragia.

1. Incidența: 0.3 - 1.0 %
2. Factorii de risc: termene avansate de gestație, proceduri cu chiuretaj, procedură îndelungată, anestezie generală, neadministrare a uterotonice în dilatație și chiuretaj (D&S).
3. Dacă hemoragia uterină este prezentă până la începutul procedurii de avort, trebuie exclusă sarcina ectopică și avortul spontan în evoluție.
4. Diagnosticul diferențial al hemoragiei apărute în timpul procedurii de avort include: avortul incomplet, atonia uterină, miomul uterin, perforația, lezarea traumatică a țesuturilor, sarcina cervicală sau cea localizată în cornul uterin, coagulopatia.

5. Hemoragia excesivă în timpul sau imediat după procedura de avort este de cele mai multe ori cauzată de atonie uterină, deseori complicată, cu evacuarea incompletă a conținutului uterului. Terapia inițială constă în asigurarea evacuării conținutului din uter și mărirea tonusului uterin. Suplimentar, trebuie continuată evaluarea volumului de sânge pierdut, măsurarea TA și a frecvenței pulsului, asigurarea accesului intravenos.
6. Dacă hemoragia continuă după ce ne convingem că uterul este complet eliberat, trebuie excluse leziunile, traumatismele cervicale sau vaginale, perforația ori coagulopatia.

C. Atonia uterului.

1. Cel mai frecvent apare la multipare; în caz de subnutriție, la pacientele cu o naștere recentă; miom uterin, sarcini mai mari de 10 săptămâni de gestație.
2. Tratament:
 - a. masaj al uterului, ocitocice (oxitocină, metilergometrină, prostoglandine, Misoprostol).
 - b. profilaxia: utilizarea anesteziei locale; aplicarea preventivă a uterotonicelelor în cazul apariției factorilor de risc.

D. Lăcereația, leziunile traumatice ale exocervixului.

1. Factori de risc: adolescentele; anestezia generală, avortul efectuat de un medic-stagiar, rezident.
2. Incidența generală - 0.3 - 1%. Risc mai redus, de 0,2% la utilizarea misoprostolului pentru pregătirea colului
3. Tratament: compresia leziunii, nitrat de argint (AgNO_3), suturare.
4. Prevenirea: folosirea dilatoarelor osmotice (laminariilor) sau a dilatoarelor rigide îngustate la vârf; evitarea dilatării forțate mai mari de 9 mm; aplicarea verticală a pensei de col sau utilizarea Bierer tenaculumului; folosirea anesteziei locale, pregătirea colului uterin cu misoprostol.

E. Lăcereațiile, leziunile traumatice ale endocervixului.

1. Sunt cauzate de dilatația forțată, excesivă a cervixului ori traumarea canalului cervical de părțile embrionare.
2. Este asociată de o hemoragie cu sânge proaspăt, roșu-aprins; intensitatea hemoragiei crește odată cu retragerea canulei prin canalul cervical.
3. Tratament:
 - a. se aplică mai multe pense fenestrate pe cervix cu una din valve deasupra (poate cauza dureri). Se mențin 20 - 30 minute și se înlătură;
 - b. se pot aplica suturi cu catgut cromat la ora 3 și la ora 9, ca în cazul conizației colului uterin;
 - c. prin canalul cervical se introduce cateterul Foley, care se umple cu aer și se retrage spre orificiul intern.

II. Hematometra post-avort

- A. Hematometra este acumularea cheagurilor de sânge în cavitatea uterului. Cauza nu se cunoaște. În cazurile severe, în uter se pot acumula până la 1500 ml de cheaguri, provocând presiune în hipogastriu, și frecvent, crampe pronunțate chiar din primele 15 minute de la terminarea procedurii de avort. Mult mai frecvente sunt situațiile când în uter se acumulează sub 100 ml de sânge, rămânând asimptomatice timp de mai multe săptămâni. La palpate bimanuală uterul este mărit, dur și, frecvent, sensibil, dureros. Simptomele hematometrei dispar imediat după aspirarea conținutului din uter.
- B. Incidența – 0.5 – 1.0%, cel mai frecvent la 10 - 13 săptămâni.
- C. Uterul se umple cu cheaguri după procedură, nu se poate contracta, sângerează.
- D. În termene precoce ale primului trimestru frecvent se asociază cu utilizarea canulelor mici, flexibile.
- E. Simptome: crampe/dureri puternice, transpirație rece, paliditate.
- F. Semne clinice: uterul sensibil, tensionat, mărit în volum (uneori egal sau mai mare decât până la procedură).
- G. Tratament: reevacuare imediată, methylergometrină per os timp de 3 zile.

III. Perforația colului sau a corpului uterin

- A. Incidența – 1 - 3 la 1000 avorturi.
- B. De cele mai multe ori perforația se produce în următoarele situații:
 - 1. anteflexie sau retroflexie pronunțată.
 - 2. stenoza (spasmul) orificiului intern al canalului cervical care necesită efort suplimentar pentru a-l dilata.
 - 3. anomalii structurale ale uterului.
 - 4. evacuarea prelungită sau deficilă a cavității uterine.
- C. Perforația uterului poate fi suspectată în cazurile în care:
 - 1. un instrument pătrunde fără a întâmpina rezistență în cavitatea uterină la o adâncime mai mare decât cea așteptată.
 - 2. în țesuturile înlăturate din uter se determină grăsime sau fragmente de intestin.
 - 3. pacienta are dureri mai puternice decât cele caracteristice procedurii.
 - 4. la pacientă apar dureri neordinare, prelungindu-se și în perioada post-avort.
- D. Dacă perforația uterului se produce în timpul procedurii de AVM, orificiul rezultat, de regulă, este mic și nu provoacă complicații serioase. Aceasta se datorează faptului că canula este mică și flexibilă, vacuumul nu este continuu și perforația nu este la fel de puternică ca în cazul folosirii aspiratorului electric. Vacuumul cu care se aspiră conținutul intrauterin dispare imediat la perforație.
- E. Dacă perforația se suspectează atunci când canula se află în uter, aspirația trebuie stopată imediat, până la înlăturarea canulei din cavitatea uterină.

- F. În majoritatea cazurilor, perforația uterului rămâne nedepistată, nediagnosticată și se rezolvă fără tratament.
- G. În cazurile în care se suspectează perforația, iar conținutul uterului este *complet* evacuat:
1. se aplică măsurile esențiale pentru a stabili starea pacientei (în funcție de starea ei): monitorizarea semnelor vitale, administrarea i/v a fluidelor sau a sângelui dacă este necesar, asigurarea cu oxigen.
 2. se inițiază terapia antibacteriană.
 3. se administrează uterotonice (ex. ergometrină 0,2 - 0,5 mg i/m).
 4. pacienta este ținută sub observație strictă 24 ore.
 5. dacă starea pacientei se înrăutățește și hemoragia nu se stopează poate fi necesară laparotomia pentru a determina și sutura sursa sângerării.
- H. Când se suspectează perforația, dar conținutul uterului *nu este complet evacuat*, avortul trebuie terminat cât mai curând posibil.
1. se aplică măsurile esențiale pentru a stabili starea pacientei (în funcție de starea ei): monitorizarea semnelor vitale, administrarea i/v a fluidelor sau a sângelui dacă este necesar, asigurarea cu oxigen.
 2. se inițiază terapia antibacteriană.
 3. evacuarea conținutului cavității uterine se realizează sub vizualizare directă: prin ghidare ultrasonografică directă, vizualizare laparoscopică sau, dacă acestea din urmă nu sunt accesibile, în timpul laparotomiei.
 4. dacă este necesar, se repară leziunile cauzate de perforație

IV. Clasificarea perforațiilor

A. Perforația cu risc scăzut.

1. Descrierea:
 - a. perforarea mediană cu sonda, dilatatorul ori canula, în lipsa aspirației active.
 - b. perforația cu chiureta ascuțită la sfârșitul procedurii.
2. Conduita:
 - a. perforația după terminarea evacuării cavității: supraveghere timp de 24 ore până la externare, supraveghere minuțioasă. Se aplică o terapie scurtă cu antibiotice.
 - b. dacă perforația s-a produs până la evacuarea completă a conținutului uterin: clinicienii experimentați pot alege evacuarea conținutului sub ghidare USG; dacă aceasta nu reușește sau medicii nu au destulă experiență – pacienta este transferată în sala de operație și avortul este terminat sub ghidare laparoscopică.

B. Perforația de risc mediu.

1. Descrierea:
 - a. perforarea cu canula în timpul aspirației;
 - b. poate produce traumatism nediagnosticat al intestinelor sau al vaselor importante.
2. Conduita:
 - a. supraveghere minuțioasă cu evaluare dinamică a hematocritului;
 - b. laparoscopie;
 - c. dacă se suspectă resturi – este necesară reaspirarea lor sub ghidare laparoscopică.

C. Perforație de risc înalt.

1. Descrierea:
 - a. conținut abdominal în canulă, în canalul cervical ori țesuturile apirate: oment, trompă uterină, epiploon, intestin etc;
 - b. perforație laterală în vasele uterine cu hemoragie vaginală masivă ori hemoperitoneum;
 - c. perforația în timpul procedurii la termene avansate de gestație cu pătrunderea părților fetale în cavitatea abdominală.
2. Conduita:
 - a. perforațiile de acest tip **constituie o urgență chirurgicală** și pot fi rezolvate numai prin laparotomie.

V. Complicații amânate (24 ore – 4 săptămâni).

A. Avortul incomplet

1. Incidența - 0.5 - 1%.
2. Se poate manifesta imediat prin hemoragie sau simptomele pot întârzia și apărea sub formă de hemoragie mărită ori persistentă și dureri sub formă de crampe acute în partea inferioară al abdomenului. Diagnosticul se stabilește prin ultrasonografie sau pe baza acuzelor și examenului clinic. Uterul la palpare bimanuală este de o consistență moale, mărit în dimensiuni.
3. Cantități mici de țesuturi restante se pot elimina spontan și nu necesită intervenții medicale. Cantitățile mărite de resturi pot cauza hemoragie și infecție. Tratamentul cel mai indicat este aspirația prin AVM. În lipsa semnelor de infecție, administrarea antibioticelor este opțională. Ele sunt necesare în caz de infecție manifestă.

B. Infecția post-avort.

1. Incidența 0.5 - 3%.
2. Semnele și simptomele, de obicei, apar în primele 48 - 96 ore după procedura de avort și include: dureri, febră, sensibilitate, durere la palparea organelor bazinului mic, hemoragie vaginală prelungită. Numărul de leucocite poate fi normal sau mărit.

3. Majoritatea infecțiilor post-avort apar la femeile fără factori evidenți de risc. Factori de risc: termene avansate de sarcină, anestezie locală, avort efectuat prin chiuretaj, gonoree ori infecție cu chlamidii netratate.
4. De cele mai dese ori se asociază cu retenții ale produsului de concepție.
5. Antibioticoprofilaxia de rutină poate preveni infecțiile post-avort.
6. Infecția localizată în majoritatea cazurilor se tratează cu antibiotice de spectru larg.
7. Infecția generalizată sau riscul de septicemie necesită tratament agresiv (chirurgical) imediat.

C. Sarcina oprită în evoluție.

1. Incidența - 1 la 500 – 1000 avorturi.
2. Cauzele de prelungire a sarcinii:
 - a) pasaj fals în peretele uterin fără a pătrunde în cavitatea uterului.
 - b) se pătrunde în cavitatea uterină dar nu se înlătură sacul gestațional din cauza ante- sau retrofelxiei pronunțate.
 - c) anomalie a uterului: se aspiră conținutul cornului gol al uterului bicorn, uterus didelphys.
 - d) aspirația unui singur component din sarcina multiplă.
 - e) perforația uterului.
3. Diagnosticul:
 - a) nu se reușește identificarea membranelor amniotice sau vilozităților placentare (ori determinarea unui volum placentar mult mai mic decât cel așteptat) în timpul procedurii inițiale de examinare a țesutului după avort.
 - b) menținerea simptomelor sarcinii după avort (nu dispar tensiunea în glandele mamare, greața de dimineață, și alte simptome caracteristice sarcinii; hemoragie vaginală mai puțin abundentă decât cea așteptată; rămolirea și mărirea în dimensiuni a uterului corespunzător cu termenul de gestație).
 - c) persistența testului pozitiv la sarcină:
 1. test cantitativ pozitiv când se așteaptă a fi negativ.
 2. o valoare a CGU caracteristică termenului respectiv al sarcinii i/u sau creșterea dinamică a titrului în conformitate cu cea depistată în sarcina fiziologică.
 - d) conduita:
 1. confirmarea termenului de gestație și excluderea anomaliilor uterine prin evaluare USG.
 2. procedura repetată trebuie efectuată sub ghidare USG.

D. Alte stări asociate cu sarcina care provoacă hemoragii tardive.

1. Hemoragie uterină fiziologică (numită de “subinvoluție”): după o hemoragie vaginală ușoară timp de 3 - 5 zile, începe una mai importantă pe o durată de 1 - 2 zile. De obicei, se rezolvă fără intervenție.
2. Sarcina ectopică.
3. Boala trofoblastică (mola hidatiformă).

E. Hemoragii nelegate de sarcină.

1. hemoragii uterine disfuncționale.
2. menstruația.
3. hemoragii pe fon de COC.

VI. Complicații tardive

A. Amenoreea post-avort.

1. diagnostic diferențial: sindromul Asherman, stenoza cervicală, amenoreea pe fond de COC (în special cele cu conținut scăzut de steroide), oligoanovulația cronică, epuizarea ovarelor, amenoreea hipotalamică.

B. Probleme psihologice: depresia patologică, posibile regrete dar nu frecvente. Trebuie contrabalansate cu posibilitatea dezvoltării unor reacții psihologice similare la femeile care continuă sarcina până la termen.

C. Izoimunizare: dacă nu se administrează Rh-imunoglobulina femeilor Rh-negative după avortul de prim trimestru, **riscul** dezvoltării sensibilizării în sarcina ulterioară **constituie 3,1%.**

D. Probleme de reproducere.

1. nu se constată o creștere a incidenței infertilității, incompetenței istmico-cervicale, nașterii premature, anomaliilor congenitale sau a cancerului glandei mamare după avortul necomplicat.
2. riscul sarcinii ectopice în sarcinile ulterioare crește numai după avorturile complicate cu endometrită sau alte infecții post-avort.
3. unele studii au demonstrat că nu există nici o relație între numărul de avorturi și incidența complicațiilor în sarcinile ulterioare, cancerul de orice localizare sau alte probleme de sănătate a reproducerii.

Modulul 11

Avortul medicamentos

Obiective

1. *Studierea indicațiilor și contraindicațiilor.*
2. *Studierea efectelor adverse și posibilelor complicații.*
3. *Studierea consilierii și informațiilor de bază pentru femei.*
4. *Studierea utilizării regimului mifepristonă plus misoprostol.*
5. *Managementul durerii și regimurile medicamentoase.*
6. *Îngrijirea post-procedură și vizitele de supraveghere.*

I. Introducere

- A. Mifepristona și misoprostolul sînt utilizate din ce în ce mai larg în lumea întreagă pentru inducerea avortului medicamentos. Uneori se mai utilizează și alte medicații, inclusiv methotrexatul și diverse prostaglandine¹.
- B. Se utilizează în combinație a mifepristonei și a misoprostolului pînă la 63 zile (nouă săptămîni) după ultima menstruație (UM). Acest regim a fost bine studiat și și-a demonstrat siguranța pe parcursul utilizării în mai multe țări.
- C. Mifepristona a fost aprobată prima dată pentru utilizare clinică în 1988 și, în fiecare an, devine disponibilă într-un număr mai mare de țări. Elaborată în Franța, cunoscută inițial ca RU-486, mifepristona blochează acțiunea progesteronului în uter, generînd expulzia sarcinii. Mifepristona, de asemenea, are drept efect relaxarea colului uterin și contracția uterului.
- D. Misoprostolul, un analog al prostaglandinei, se administrează la intervale diferite, pînă la 72 ore după mifepristonă pentru a stimula contracțiile uterului și pentru a cauza expulzia sarcinii. Misoprostolul este ieftin, stabil la temperatura camerei și disponibil în multe țări pentru prevenirea și tratarea ulcerului gastric. Acesta se absoarbe repede fie utilizat pe cale orală, fie sublingvală sau vaginală.
- E. Combinația methotrexat plus misoprostol a fost utilizată în unele țări pentru a induce avortul medicamentos precoce și pentru tratamentul sarcinii ectopice. Methotrexatul este un medicament citotoxic folosit în tratarea cancerului, artritelor reumatoide și a altor patologii. Din cauza riscului teratogenic în cazul sarcinilor care au persistat în urma încercărilor eșuate de inducere a avortului cu methotrexat, în 1997 un grup de experți în toxicologie ai OMS s-a pronunțat contra folosirii acestuia pentru inducerea avortului.

- F. Studiile recente demonstrează că, combinația mifepristonă plus misoprostol este mai eficientă pentru inducerea unui avort complet, decât utilizarea unei singure doze a unuia din aceste medicamente. Protocoalele de cercetare privind utilizarea combinației mifepristonă plus misoprostol pentru sarcini până la, inclusiv 63 zile (nouă săptămâni) de la UM indică o rată a succesului până la 98% (Von Hertzen et al., 2003).
- G. În cadrul studiilor de investigare privind folosirea misoprostolului singur pentru același termen al sarcinii, au utilizat diverse regimuri și sînt dificile de comparat, dar au indicat posibilitatea, în cazul anumitor regimuri, de a înregistra avortul complet în 85 - 90% din cazuri (RHTP & Gynuity, 2003).
- H. *Prestarea serviciilor de avort medicamentos de înaltă calitate necesită:*
1. Personal suficient și instruit corespunzător care să fie disponibil la orice oră convenabilă pentru femei.
 2. Încăperi private pentru consiliere și examinare, iar în unele cazuri, încăperi unde femeile să se odihnească cîteva ore.
 3. Personal instruit care să poată presta servicii de supraveghere și să se ocupe de complicații sau să ofere îndreptări.
 4. Servicii de contracepție care să fie ușor disponibile femeilor care le solicită.

II. Pregătirea

Înainte de administrarea oricăror medicații este necesar:

- A. A oferi consiliere femeii și a obține consimțământului informat.
- B. A efectua o evaluare clinică care să includă anamnestical și examenul fizic.
- C. A confirma accesul femeii la îngrijirea de urgență, în caz de necesitate.
- D. A discuta necesitățile de contracepție ale acesteia.

III. Consilierea și consimțământ informat

În timpul primei vizite, trebuie să aibă loc o consiliere detaliată care să includă următoarele elemente:

- A. *Descrierea informațiilor de bază privind avortul medicamentos.*

Toate femeile care aleg avortul medicamentos trebuie să cunoască întregul proces înainte de a lua orice medicații. Prestatorul de servicii medicale trebuie să întrebe femeia dacă aceasta are un însoțitor la clinică și dacă ea ar dori ca acesta să participe la discuția despre avortul medicamentos. Dacă da, invitați-l se alătura 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 trebuie informate că:

1. Există un mic risc ca avortul medicamentos să nu funcționeze, ceea ce 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 fie complet, va spori puțin riscul de apariție a defectelor la naștere în sarcina curentă, care vor fi 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.

2. Avortul medicamentos implică o durată mai îndelungată de hemoragie și de crampe în comparație cu avortul prin vacuum aspirare.
3. Avortul medicamentos este mai avantajos, deoarece evită anestezia și procedura medicală invazivă. Unele femei consideră, de asemenea, că această procedură este mai personală și naturală.

B. Discutarea efectelor adverse ale avortului medicamentos

Este important de a revizui toate momentele prin care femeia are de trecut, inclusiv la cele posibile în timpul administrării misoprostolului.

1. Hemoragia și crampele, posibilele efecte ale avortului medicamentos, sînt, de obicei, mai pronunțate decât în timpul unui ciclu menstrual. În mod esențial, femeia va simți simptome asemănătoare celor din timpul unui avort precoce. În cazul discuției despre crampe, prestatorii de servicii medicale nu trebuie să le descrie în compându-le cu durerile la naștere, comparându-le mai mult cu crampe menstruale puternice sau severe.
2. Hemoragia durează adesea de la 9 la 45 de zile, dar în mediu 3 - 7 zile.
3. Diareea este un efect advers mai rar; unele femei pot avea, de asemenea, grețuri și vomă.
4. Există un mic risc de hemoragie severă sau extinsă care ar impune un tratament cu vacuum aspirare.

C. Obținerea consimțământului informat

Confirmați decizia femeii de a suporta un avort medicamentos și obțineți consimțământul ei informat. Informați-o de asemenea, că dacă decide să nu facă un avort medicamentos înainte de administrarea medicațiilor, ea va beneficia în continuare de îngrijirea corespunzătoare alegerii făcute fără nici o repercusiune.

IV. Evaluarea clinică: anamnestical și examenul fizic. Diagnosticul și determinarea exactă a vârstei gestaționale

- A. Clinicienii care administrează avortul medicamentos trebuie să fie bine instruiți și să posede bine tehnica examenului pelvic bimanual. Ei trebuie să aibă, de asemenea, experiență în diagnosticul și stabilirea vârstei gestaționale, excluzând orice contraindicații pentru avortul medicamentos, precum și în evaluarea semnelor și simptomelor care ar putea indica o sarcină ectopică.

- B. Confirmați că termenul sarcinii este de 63 zile (nouă săptămîni) de la UM sau mai mic. Regimurile descrise aici se folosesc pînă la, inclusiv 63 zile (nouă săptămîni) de la UM. Efectuarea examenului ultrasonor, pentru a determina vîrsta gestațională, poate fi util, însă nu este o cerință absolută.

V. Contraindicații pentru avortul medicamentos

- A. Sarcină ectopică, fie confirmată, fie suspectată, sau masă anexială nediagnosticată.
- B. Alergie cunoscută la mifepristonă, misoprostol sau alte prostaglandine.
- C. Utilizarea curentă de lungă durată a unui corticosteroid sistemici.
- D. Insuficiență suprarenală cronică.
- E. Patologii ale hemostazei.
- F. Terapie curentă anticoagulantă.
- G. Dispozitiv intrauterin (trebuie înlăturat înainte de administrarea mifepristonei).
- H. Porfirie ereditară.

VI. Diagnosticul sarcinii ectopice

- A. Femeile care optează pentru un avort medicamentos, se adresează adesea în timpul sarcinii timpurii, atunci cînd există posibilitatea de a diagnostica și a trata sarcina ectopică în evoluție.
- B. Mifepristona sau misoprostolul nu sunt eficiente în întreruperea unei sarcini ectopice.
- C. În afară de aceasta, o sarcină ectopică poate să nu fie detectată după un avort medicamentos deoarece, în comparație cu avortul prin utilizarea vacuum aspirării, prestatorul de servicii nu va examina în mod obligatoriu țesutul expulzat pentru a confirma întreruperea sarcinii.
- D. Examenul ultrasonor, dacă este disponibil, poate ajuta la confirmarea unei sarcini intrauterine.

VII. Acces la îngrijire de urgență

- A. Prestatorul de servicii trebuie să asigure că femeia are acces la îngrijire de urgență în rarele cazuri de complicații serioase.
- B. De asemenea, după cum s-a menționat mai sus, trebuie să fie stabilit clar că femeia dorește să finiseze procedura utilizînd o metodă alternativă, de preferință vacuum aspirarea, în cazul unei sarcini continue sau al eșuării unui avort medicamentos.

VIII. Necesitate de contracepție

- A. Prestatorul de servicii trebuie să discute scopurile și planurile de planificare familială ale femeii și despre contracepția postavort, la dorința acesteia.
- B. Este important de a asigura că metoda aleasă de femeie este disponibilă și a fi începută atunci cînd o permit indicațiile.

IX. Regimul combinat mifepristonă plus misoprostol

- A. Un șir de regimuri cu folosirea combinației mifepristonă plus misoprostol sunt utilizate în lumea întreagă. Următoarele instrucțiuni referitor la căile de administrare, dozare și timpul administrării au la bază studiile clinice și practica bazată pe evidențe.
- B. Consilierea și instrucțiunile exacte reprezintă o componentă importantă a procesului de avort medicamentos. Toate treptele menționate în acest capitol trebuie completate înainte de administrarea mifepristonei.
- C. Prestatorul de servicii nu trebuie să indice administrarea mifepristonei înainte ca femeia să fie informată referitor la următoarele momente:
 - 1. ce ar putea să simtă după administrarea mifepristonei;
 - 2. când să revină sau când să-și administreze misoprostolul, în conformitate cu alegerea făcută;
 - 3. lista semnelor de alarmă și instrucțiunilor referitor la depistarea potențialelor probleme;
 - 4. pe cine trebuie contactat, în caz că apar întrebări sau situații de urgență;
 - 5. ce medicamente analgetice trebuie de administrat;
 - 6. cum ar putea să arate produsul de concepție expulzat (cel mai probabil, va vedea cheaguri de sânge și rar - ceva asemănător cu un făt).

X. Administrarea mifepristonei

- A. Dacă sarcina este mai mică sau egală cu 63 zile (nouă săptămâni) de la UM, prestatorul de servicii trebuie să administreze 200 mg mifepristonă oral.
- B. Majoritatea femeilor nu vor observa nici o schimbare în starea lor după administrarea mifepristonei, unele femei vor avea hemoragie care va începe înaintea administrării preparatului al doilea și un număr mic de femei vor avorta după luarea mifepristonei și înaintea administrării misoprostolului.
- C. Hemoragia după administrarea mifepristonei nu înseamnă, totuși, că avortul este complet și majoritatea femeilor vor necesita administrarea misoprostolului.

XI. Administrarea misoprostolului

- A. Actualmente, în diferite țări există mai multe opțiuni în ceea ce privește calea de administrare, dozele și timpul administrării misoprostolului.
- B. Siguranța și confortul clientei ar trebui să joace rolul - cheie în tactica aleasă.
- C. Diverse doze ale misoprostolului sunt folosite în practica clinică actuală și în studii. La expirarea a șapte săptămâni după UM, dozele orale sunt asociate cu o rată mai mică a avortului complet decât cele vaginale. Din aceste considerente, misoprostolul vaginal sau sublingval ar trebui folosit în cazul sarcinilor mai mari de șapte săptămâni după UM. La până 90% din femei produsul de concepții va fi expulzat până la șase ore după administrarea misoprostolului după mifepristonă (OMS, 2003).
- D. Ziua 1 este definită ca ziua administrării mifepristonei.

În ziua a 2-a sau a 3-a se administrează concomitent două tablete de misoprostol 200 µg (400 µg total) sublingval, pentru 30 minute.

1. În cazul în care imunoglobulina-Rh este indicată de rutină femeilor RH-negative, ea trebuie administrată sau în timpul administrării mifepristonei, sau înainte de administrarea misoprostolului.

E. Cercetări recente.

În anii anteriori, 600 mg de mifepristonă erau administrate pentru avortul în primul trimestru. Studiile mai recente au relevat că 200 mg mifepristonă, administrată oral, este la fel de eficientă și semnificativ mai puțin costisitoare ca dozele înalte (OMS; 2003).

F. Administrarea misoprostolului la domiciliu.

1. Cercetările au demonstrat că administrarea la domiciliu a misoprostolului, vaginal sau oral, este sigură, eficientă și acceptabilă pentru femei. Femeilor li se oferă și opțiunea de a se întoarce la clinică pentru luarea misoprostolului, dacă ele doresc.
2. Succesul administrării la domiciliu a misoprostolului impune femeia să cunoască bine instrucțiunile referitor la administrarea tabletelor de misoprostol, să știe la ce să se aștepte după ce a luat misoprostolul și cum să contacteze clinica, în caz de apariție a întrebărilor și îngrijorărilor.
3. De asemenea, este foarte util de a vorbi cu fiecare femeie despre situația sa specifică, ajutând-o să-și facă un plan de management al durerii, de exemplu, să folosească sticla cu apă fierbinte, ibuprofen, paracetamol sau un narcotic și este important de a menționa că partenerul sau altă persoană să fie cu ea în timpul administrării misoprostolului.
4. Pregătirea pentru administrarea misoprostolului la domiciliu:
 - a) Prestatorul de servicii trebuie să dea pacientei sau rețeta, sau tabletele de misoprostol pentru a le lua cu ea acasă.
 - b) Prestatorul de servicii trebuie să revizuiască instrucțiunile de utilizare a misoprostolului, orientînd femeia la ce să se aștepte, la modul de cupare a sindromului algic și în ce circumstanțe să contacteze clinica.
5. Considerații pentru administrarea la domiciliu a misoprostolului:
 - a) *Femeile trebuie să dispună de timp și de un loc potrivit în timpul apariției crampelor și hemoragiilor.*
 - b) *O persoană de susținere, servicii de îngrijire a copiilor și concediul din motive de sănătate sunt unele momente logistice care ar trebui discutate și organizate înaintea administrării misoprostolului.*
 - c) *Este necesar dea asigura un nivel de intimitate și confidențialitate în funcție de doleanțele*

femeii.

- d) *Medicația analgetică, precum și informația și instrucțiunile de acțiune în situațiile de urgență trebuie să fie la dispoziție în caz de necesitate.*

6. Este preferabil ca prestatorii de servicii să ofere tuturor femeilor ce avortează la domiciliu un pachet, când ele părăsesc clinica, ce conține următoarele:

- a) Informație scrisă despre protocolul de avort medicamentos, efectele adverse, semnele de alarmă și data următoarei vizite.
- b) Informație detaliată despre utilizarea la domiciliu a misoprostolului.
- c) Informații referitor la persoana care trebuie contactată în caz de întrebări și complicații.
- d) Alte lucruri opționale: absorbante sanitare, vată, informație despre contraceptive, contracepție de urgență.

XII. Managementul durerii

- A. Durerea în timpul unui avort medicamentos începe, de obicei, după administrarea misoprostolului, adesea timp de o oră sau trei, și descrește după ce avortul este complet. Odată cu contractarea uterului și cu expulzarea conținutului acestuia prin colul uterin, femeile simt în general într-o măsură oarecare crampe. Volumul durerii cauzate de crampe variază considerabil, unele femei simt niște crampe ușoare, pe când altele trec prin dureri severe.
- B. Prin consiliere și revizuirea informațiilor complete înainte de oferirea medicației femeile trebuie ajutate să fie pregătite pentru crampele ulterioare sau pentru orice durere. Reasigurarea și sprijinul în timpul procesului de avort, dirijate fie de personalul din clinică, fie o persoană de sprijin la domiciliu, pot fi, de asemenea, de ajutor.
- C. Femeile ar trebui să beneficieze de medicație analgică atunci când încep crampele și nu atunci când acestea devin severe, când ciclul durerii este mai dificil de întrerupt.
- D. Atât analgezicele nonnarcotice, cât și cele narcotice se utilizează pentru managementul durerii în timpul avortului medicamentos. Medicamentele analgice pentru avortul medicamentos includ paracetamolul (acetaminofen) și ibuprofenul. Preparatele nonsteroidale antiinflamatorii nu interferează cu misoprostolul (Creinin et. al., 1997).
- E. Aplicarea unor comprese calde pe abdomen sau în partea de jos a spinării — folosind o sticlă cu apă fierbinte, haine calde, o baie caldă sau un duș — poate ajuta, de asemenea, la slăbirea durerii cauzată de crampe.

XIII. Efecte adverse

- A. Medicamentele utilizate în avortul medicamentos pot cauza o serie de efecte adverse care, în majoritatea cazurilor, sînt relativ minore și de scurtă durată, și, de obicei, nu necesită tratament.

B. Femeile trebuie să cunoască care sînt efectele adverse pe care le putea resimți, iar prestatorii de servicii trebuie să cunoască seria normală de efecte adverse pentru a face distincția dintre acestea și complicațiile mult mai serioase.

C. Pot apărea hemoragia vaginală și crampe, componente normale ale avortului medicamentos.

D. Alte efecte adverse ale mifepristonei și a misoprostolului sunt:

1. greață;
2. diaree;
3. vomă;
4. febră, călduri sau frisoane;
5. durere de cap;
6. amețeli.

E. Hemoragie vaginală.

1. Hemoragia vaginală, însoțită adesea de expulzia cheagurilor de sînge, este, de obicei, mai abundentă și mai îndelungată decît în perioada ciclului menstrual. Hemoragia începe uneori după administrarea mifepristonei, dar de cele mai multe ori începe la o oră sau trei după administrarea misoprostolului. Deși volumul și durata hemoragiei variază, aceasta este în general mai profuză în timpul expulziei, durînd adesea de la o oră la patru. Femeile, de obicei, sîngerează un timp mai îndelungat după un avort medicamentos, decît după un avort cu utilizarea aspirării vacuum. Conform studiilor, o durată medie a hemoragiei, în cazul avortului medicamentos este de 9 - 16 zile, deși puține femei pot avea hemoragie o perioadă extinsă de timp (Davis et al., 2000).
2. Hemoragia excesivă este un risc rar al avortului medicamentos, fiind cel mai des, tratată cu succes prin aspirare vacuum. Hemoragia excesivă care necesită transfuzie este rară. Conform unui studiu american, din 80 000 femei cărora li s-a administrat mifepristona și misoprostol pentru avort medicamentos, doar 13 au avut nevoie de transfuzii de sînge (Hausknecht, 2003).
3. Prestatorii de servicii trebuie să dispună de protocoale clar definite pentru evaluarea și tratarea unei potențiale hemoragii anormale. Ei urmează să evalueze cantitatea hemoragiei utilizînd criterii de măsurare cunoscute, relevante pentru resursele și practicile femeilor din localitatea respectivă.
4. Dacă femeile utilizează absorbante sanitare, este normală folosirea a mai puțin de două absorbante pe oră după administrarea misoprostolului, cu un flux în descreștere în timp. Saturarea a mai mult de două sau trei absorbante pe oră, două ore la rînd, ar trebui să alerteze prestatorul de servicii să monitorizeze femeia îndeaproape. Hemoragie severă și sîngerări profuze îndelungate necesită atenția imediată.

F. Crampe.

1. Majoritatea femeilor a căror experiență de avort medicamentos a fost studiată raportează crampe. Gradul durerii pe care îl raportează o femeie depinde atât de factori individuali, cât și de cei culturali. Prestatorii de servicii trebuie să informeze femeile înainte de administrarea medicației de avort că crampele se pot manifesta ca parte a procesului de avortare și să le ofere medicație antalgică.
2. Trebuie să se recurgă la aprecierea clinică pentru a face diferență între durerea „scontată” a avortului medicamentos și durerea care semnifică patologie potențială. Durerea persistentă ar trebui evaluată, precum și durerea în combinație cu alte simptome ale unei posibile sarcini ectopice. Femeile urmează a fi sfătuite să contacteze clinica dacă au dureri asociate cu sîngerări mai abundente decât era de așteptat sau fac febră persistentă.

G. Efecte gastrointestinale adverse.

1. Greața, voma și diareea sînt raportate regulat după administrarea misoprostolului; foarte rar, pentru unele femei, aceste simptome pot rezulta, de asemenea, din ingestia mifepristonei.
2. Astfel de efecte adverse sînt mai frecvent raportate în cazuri care implică doze mai mari de misoprostol și termene înaintate ale sarcinii.
3. Efectele gastrointestinale adverse sînt, de obicei, moderate și reținute. Nu este clar dacă medicațiile antivomitice și antidiareice sînt utile, însă acestea pot fi prescrise în funcție de necesitate. Administrarea vaginală a misoprostolului se asociază cu mai puține efecte gastrointestinale adverse decît administrarea orală.

H. Febră, călduri și frisoane.

1. Multe femei au febră de scurtă durată, un sentiment de căldură, frisoane sau tremur în timpul avortului medicamentos ca efect advers în urma administrării medicației, probabil în combinație cu schimbările hormonale endogene.
2. În general, nu necesită tratament, însă femeile ar trebui să fie informate că ar putea avea aceste simptome. Deși infecția postavort însoțește rar avortul medicamentos, febra persistentă ar putea indica o infecție și trebuie evaluată.

I. Dureri de cap și amețeli.

1. Aproximativ o cincime din femeile examinate au raportat dureri de cap sau amețeli asociate cu avortul medicamentos (Honkanen, 2004). Durerile de cap se tratează cu analgezice, iar amețelile ușoare, de scurtă durată - prin hidratare, odihnă și dînd dovadă de precauție la schimbarea poziției. Totuși, femeile care au amețeli în combinație cu sîngerare profuză ar trebui examinate imediat cu privire la hipovolemie.
2. Efectele adverse descrise mai sus se consideră, de obicei, a fi asociate cu misoprostolul.

XIV. Complicații

- A. Avortul medicamentos poate genera doar câteva complicații serioase. Acelea care apar ocazional sînt *avortul eșuat, hemoragia și infecția*.
- B. Femeile care manifestă complicații în urma avortului medicamentos necesită explicații clare, obiective ale situației. Ele trebuie să fie antrenate în luarea deciziilor cu privire la opțiunile lor de tratare. Temerile privind complicațiile, probabil în combinație cu durerile, pot contribui la un eventual stres emoțional din timpul procesului de avortare. Majoritatea femeilor se descurcă mai bine atunci cînd primesc informații precise, complete și au oportunitatea de a pune întrebări și a-și exprima sentimentele resimțite.

XV. Îngrijirea după părăsirea clinicii

- A. Dacă există posibilitatea, multe griji și probleme posibile pot fi rezolvate furnizînd informații la telefon. Optimal, ar trebui să fie disponibil un telefon de contact 24 din 24, astfel încît femeile să poată suna oricînd au probleme sau griji. Totuși, în multe instituții, o vizită la instituția medicală poate fi singura cale pentru femeie de a avea acces la informație, iar pentru prestatorul de servicii de a evalua progresul pacientei.
- B. Semne de avertizare după avortul medicamentos.

Femeile trebuie să contacteze imediat prestatorul lor de servicii dacă apare:

1. hemoragie excesivă: folosirea a mai mult de două-trei absorbante subțiri pe oră, pentru două ore la rînd*;
2. febră persistentă de 38°C (100.4°F) sau mai ridicată, sau febră care începe peste opt ore după administrarea misoprostolului;
3. sau nu apare nici o hemoragie timp de 24 ore după administrarea misoprostolului.

*Notă: descrierea hemoragiei excesive trebuie să fie corespunzătoare din punct de vedere al populației (Adaptat din Stewart et al., 2001)

XVI. Contraceptive postavort

- A. Femeile trebuie să fie informate asupra faptului că pot deveni însărcinate chiar la 10 zile de la finisarea avortului medicamentos.
- B. În general, toate metodele de contracepție pot fi considerate pentru utilizare după un avort medicamentos în primul trimestru și majoritatea pot fi inițiate imediat după un avort nu prea complicat, cu excepția metodelor calendaristice.

XVII. Vizita de supraveghere

Femeile trebuie să revină pentru o vizită de supraveghere timp de două săptămîni după administrarea medicațiilor pentru avort. În timpul acestei vizite, prestatorul de servicii ar trebui:

- A. Să se intereseze despre experiența femeii cu privire la avortul medicamentos.
- B. Să evalueze dacă avortul este complet:

1. Efectuînd un examen fizic.
 2. Efectuînd un examen ultrasonor, în funcție de necesitate.
- C. Să efectueze o aspirare vacuum, preferabil, pentru a finisa procesul în cazul unei sarcini continue.
- D. Să ofere femeii opțiunea de a alege un tratament în cazul unei sarcini oprite în evoluție sau a unui avort incomplet prin:
1. managementul expectativ, în cadrul căruia mai mult timp se oferă uterului pentru a expulza PC; în astfel de cazuri o altă vizită de supraveghere se programează, de obicei, într-o săptămână sau două;
 2. o doză repetată de misoprostol administrată sublingual sau vaginal;
 3. aspirare vacuum.
- E. Să informeze femeia la ce se poate aștepta după finisarea procedurii sau a tratamentului suplimentar.
- F. Să revadă orice rezultate ale testelor de laborator împreună cu femeia.
- G. Să ofere o metodă de contracepție, dacă dorește femeia.

Modulul 12

Managementul calitatății serviciilor de avort

Obiective

1. *Descrierea metodelor monitorizării și evaluării serviciilor medicale.*
2. *Discutarea metodelor de utilizare a informațiilor obținute prin colectarea datelor referitor la serviciile de întrerupere a sarcinii.*
3. *Dezvoltarea noilor mijloace sau căi, ce ar putea fi folosite în scopul perfecționării calității serviciilor de avort.*

Momente - cheie

- Organizația Mondială a Sănătății afirmă: "...fiecarei femeie care solicită avortul trebuie să-i fie asigurată cea mai înaltă calitate de îngrijire".
- Realizarea acestei sarcini solicită abordarea sistematică a monitorizării și evaluării calității la toate nivelele. În prezentul modul sunt examinate căile de colectare a datelor și analiza lor și căile de monitorizare și evaluare a acestora. Aceste metode vor fi utilizate pentru menținerea și îmbunătățirea calității serviciilor medicale în scopul dezvoltării mecanismelor pentru ameliorarea calității în instituțiile medicale.

I. Monitorizarea și evaluarea calității serviciilor

- A. Monitorizarea calității prestării serviciilor de avort se va realiza în baza: colectării sistematice a indicatorilor statistici, analizei și evaluării periodice a acestora la nivel de instituție, în conformitate cu prevederile actelor normative ce reglementează activitatea sistemului instituțional de management al calității (consiliul calității), auditului medical intern etc.
- B. Monitorizarea va permite supravegherea procesului de asistență medicală, inclusiv supravegherea tendințelor în timp. Aceasta va ajuta managerii să identifice și să soluționeze problemele sau să le anticipeze. Monitorizarea adecvată va permite de a lua în considerare opinia prestatorilor de servicii medicale, care pot furniza idei utile referitor la îmbunătățirea calității asistenței medicale.
- C. Procesele și mecanismele de monitorizare a activității instituțiilor vor include: examinarea foii de observație clinică și a registrelor, supravegherea activității personalului, utilizarea listelor-cadru, precum și efectuarea auditului medical intern sau al mortalității materne. Toate aceste acțiuni vor contribui la îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de avort oferite.
- D. Monitorizarea sistematică se va baza pe următoarele aspecte:
 1. supravegherea consilierii și a asistenței clinice pentru evaluarea calității comunicării cu femeia pe parcursul întregului proces;
 2. asigurarea înzestrării constante și adecvate cu echipamente și consumabile;

3. colectarea sistematică a datelor și expedierea lor la instituțiile ierarhic superioare;
 4. evaluarea progresului în vederea lichidării neajunsurilor depistate în timpul monitorizării.
- E. Evaluarea calității serviciilor de avort va include o revizuire periodică a serviciilor și se va axa pe analiza relevanței, eficienței și impactului serviciilor acordate, în baza datelor statistice care reflectă specificul serviciilor de avort, colectarea cărora se efectuează în procesul monitorizării, pentru a afla în ce măsură se reușește realizarea obiectivelor trasate.
- F. Evaluarea se va efectua, de asemenea, prin intervievarea personalului medical și a femeilor, pentru a afla opinia acestora despre serviciile obținute, accesul la ele, eventualele cerințe față de servicii (*anexele nr. 4 și nr. 5*).
- G. Evaluarea va include instrumente atât cantitative, cât și calitative: sondaje sau interviuri cu factori de decizie, manageri, membri ai comunității, furnizorii de servicii și femeile - beneficiari de servicii și va servi ca model de comparație în evaluarea progresului și a calității serviciilor de avort.

Anexa nr. 1

Cadrul legislativ și normativ aferent al 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 acordă 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 sau 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.

1. **Regulamentul** pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii prezintă un document oficial al Ministerului Sănătății, 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

<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=336941>.

2. **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
<http://www.ms.gov.md/files/8894-Ordin%2520standard%2520avort%2520-%2520FINAL%25281%2529.pdf>

Anexa nr. 2

Instrucțiuni metodice privind prelucrarea instrumentelor pentru vacuum aspirație electrică sau manuală

*Instrucțiunile Centrului Național de Medicină Preventivă,
aprobate de Ministerului Sănătății prin ordinul nr. 09-3/1338 din 03.12.2002*

1. Decontaminare.

Se efectuează în conformitate cu standardul ramural 42-21-2-85 „Dezinfecția și sterilizarea utilajului și echipamentului medical. Metode, remedii și regim (expunere)”.

Instrumentele se plasează într-un container de plastic cu soluție de cloramină 0,5%.

Imediat după procedura de vacuum aspirație electrică sau manuală, se aspira soluția de dezinfectant prin canulă astfel încât containerul aspiratorului vacuum electric sau seringă pentru aspirație vacuum manuală și canula să se umple cu lichid. Se dezassemblează complet containerul aspiratorului sau seringă și canula și se plasează în soluția de decontaminare în așa mod încât să fie complet acoperite cu lichid. Timpul de expoziție - minimum 30 minute. Se folosesc mănuși sau pensa pentru a scoate instrumentele din soluție. Soluția trebuie schimbată zilnic.

După decontaminare instrumentele pot fi luate numai cu mănuși.

Etapa următoare constă în prelucrarea separată preliminară a tuturor elementelor containerului aspiratorului sau seringii și canulelor.

2. Se spăla minuțios instrumentele în apă caldă (40 grade) cu detergent (fără săpun).

Se folosesc mănuși și echipament de protecție. *

*Această prelucrare se efectuează în conformitate cu cerințele ordinului Ministerului Sănătății nr. 311 din 12 decembrie 1997 „Cu privire la perfecționarea asistenței medicale a persoanelor cu imunodeficiență (SIDA)”, standard ramural 42-21-2-85.

Dacă vârful canulei este blocat cu țesut sau masă biologică, se spală cu getul de apă sau se folosește o sondă cu bumbac (vată), o periuță moale ori o bucată de țesătură pentru a îndepărta materialul rămas.

Se dezassemblează containerul aspiratorului sau seringă: se înlătură inelul extern de plastic și se scoate pistonul. Se îndepărtează dispozitivul cu valve printr-o mișcare de răsucire, se deschid valvele. Se scot inelele. Se spală bine toate părțile componente, folosind o perie moale. Se clătesc minuțios în apă curată. Se usucă cu un scutec curat.

Instrumentele trebuie bine spălate înainte de următoarea etapă de prelucrare. Dacă nu pot fi înlăturate sângele ori țesuturile de pe instrumente în procesul spălării după eforturi repetate, instrumentele nu se mai folosesc.

3. Prelucrarea seringilor pentru aspirația vacuum manuală.

Seringile pot fi prelucrate prin aceeași metodă ca și canulele. Dar, deoarece seringile pentru AVM nu au contact direct cu pacientul, ele pot fi folosite repetat după decontaminare, spălare, uscare și lubrifiere.

4. Canulele de aspirație uterină sterilizate cu oxid de etilenă rămân sterile dacă ambalajul este intact. Prelucrarea canulelor pentru vacuum aspirație electrică sau manuală:

Canulele trebuie sterilizate sau prelucrate prin dezinfectare de nivel înalt.

Sterilizare prin submersiune timp de 10 ore în soluție de glutaraldehidă sau în altă soluție cu proprietăți similare preparată conform instrucțiunilor producătorului soluției, după care seringă se clătește cu apă sterilă.

Dezinfectare de nivel înalt prin submersiune timp de 20 de minute în soluție de glutaraldehidă sau în soluție de cloramină 0,5% (sau altă soluție cu proprietăți similare preparată după instrucțiunile producătorului soluției), după care seringă se clătește cu apă sterilă și se usucă pe un prosop sau la aer.

5. După sterilizare sau dezinfectare:

Instrumentele se scot din soluție cu mănuși sau pense sterile.

După agenți chimici, instrumentele se clătesc în apă sterilă.

Instrumentele se usucă cu tifon steril, dacă e necesar.

Autenticitatea calității curățirii și dezinfectării, prin care se confirmă lipsa remanențelor de sânge, se efectuează utilizând probele cu amidopirină sau azoperam.

6. Instrumentele se păstrează în containere sterile sau dezinfectate (dezinfecție de grad înalt) ermetic închise. Se pune un număr mic de canule în fiecare container. Canula din container se scoate cu mănuși sau cu un instrument steril de vârful opus aperturii. Se folosește imediat. Instrumentele sterile (dezinfectate) se păstrează o zi.

Abrevierile folosite în document:

CIDSR	Centrul de Instruire în Doeniul Sănătății Reproductive
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
MS	Ministerul Sănătății
HCG	Gonadotropina Corionica Umana
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

**Lista membrilor grupului de lucru pentru revizuirea curriculei de instruire în efectuarea
întreruperii sarcinii în condiții de siguranță**

1. Cernetchi Olga, profesor, șef Catedră Obstetrică și Ginecologie FECMF a USMF „Nicolae Testemițanu”
2. Donduc 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. Ana Țurcanu, obstetrician-ginecolog, ICȘDSMșC
9. Hodorogea Stelian, conferențiar universitar, Catedra Obstetrică și Ginecologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, CIDSR

Bibliografie

1. **Regulamentul** pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii, MS al RM, ordinul nr. 647 din 21 septembrie 2010.
2. **Standardele** pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță, aprobate de MS, ordinul nr. 482 din 14 iunie 2011.
3. Avort fără riscuri: Recomandări în probleme de strategie și practică pentru sistemele de ocrotire a sănătății, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2003.
4. Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. IPAS Advances in Abortion Care, 1993, (2):1-4.
5. King TD, Abernathy M, Hord C, Nicholson LA, Benson J and Johnson BR. A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care. Carrboro, Ipas, 1998.
6. Clinician's guide for second-trimester abortion. Carrboro, NC, Ipas.
7. Thong KJ, Baird DT. Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy. British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 1992, 99:1004-1007.
8. World Health Organization Scientific Group on Medical Methods for Termination of Pregnancy. Medical methods for termination of pregnancy. WHO technical report series, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.
9. Kahn JG, Becker BJ, Macisaa L, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. Contraception, 2000, 61:29-40.
10. Castleman, Laura, and Carol Mann. Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management. Chapel Hill, NC, Ipas, 2002.
11. Raportul "Evaluarea strategică a aspectelor de politici, calitate și acces ale serviciilor de contracepție și avort în Republica Moldova".
12. Strategia Națională în Sănătatea Reproduserii în Republica Moldova pentru anii 2005 – 2015.
13. Standarde și recomandări de practică pentru efectuarea întreruperii electivă de sarcină, MSF, România, 2003.
14. The care of Women Requesting induced abortion. Evidence-based Guideline No 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Due to review, 2003.
15. Forrest C, Greenslade et al. Manual Vacuum aspiration: A summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide. Ipas, 1993.
16. Teresa McInerney etc. Ghid pentru furnizarea serviciilor la avort. Ipas, 2003.

17. Sopwith W, Garner P, Hart A. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review of decontamination procedures. Liverpool School of Tropical Medicine, 2001. Available online at: www.liv.ac.uk/lstm/deconreview.html.
18. Tang OS, Thong KJ and Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception*, 2001, 64:29-32.
19. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health. University of North Carolina. PRIME postabortion care. (INTRAH), 2001.
20. World Health Organization. Basic documents. Forty-third edition. Geneva, World Health Organization, 2001.
21. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183(Suppl 2):S26-S33.
22. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 2000, 62:117-124.
23. Gemzell-Danielsson K and 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.
24. RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press, 2000.
25. RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press, 2000.
26. Ghidul clinic „Înteruperea sarcinii în primul trimestru prin Aspirarea Vacuum Manuală”
27. WHO. Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, WHO, 1995.
28. Ashok PW, Penney GC, Flett GMM and Templeton A. Aneffective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 1998, 13:2962-2965.
29. MVA guide. Curriculumul NAF, SUA, 2002.
30. Hyman, Alyson G., and Laura Castleman. Women-centered abortion care: Reference manual. Chapel Hill, NC, Ipas, 2005.
31. National Abortion Federation. Clinical policy guidelines. Washington, DC, National Abortion Federation, 2006.

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

