



ORDIN
mun. Chișinău

14 06 2011

Nr. 482

**Privind aprobarea Standardelor pentru efectuarea
întreruperii sarcinii în condiții de siguranță**

În scopul asigurării dreptului femeii la sănătatea reproducerii, precum și acordării serviciilor calitative și accesibile de întrerupere electivă a cursului sarcinii, conform prevederilor Legii ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, Legii cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială nr. 185 din 24.05.2001, Strategiei Naționale a sănătății reproducerii, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 913 din 26.08.2005 și în scopul asigurării unui standard de calitate a actului medical, în temeiul prevederilor Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.397 din 31 mai 2011,

ORDON:

1. Se aprobă Standardele pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță, conform anexei.
2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare vor organiza implementarea prevederilor Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță în cadrul asistenței medicale acordate populației.
3. Agenția Medicamentului va organiza asigurarea pieței farmaceutice din Republica Moldova cu medicamentele necesare, incluse în Standardele pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță.
4. Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza controlul respectării Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță în cadrul evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare.
5. A recomanda Companiei Naționale de Asigurări în Medicină de a organiza evaluarea respectării Standardelor respective în cadrul controalelor efectuate în instituțiile medico-sanitare, contractate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
6. Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului și specialistul principal al Ministerului Sănătății în obstetrică și ginecologie vor acorda asistență consultativ-metodică întru implementarea eficientă a Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță în instituțiile medico-sanitare din republică.
7. Direcțiile Ministerului Sănătății: politici în managementul calității serviciilor medicale, politici asistența medicală femeii, copilului și grupurilor vulnerabile, Centrul Național de Management în Sănătate vor organiza monitorizarea implementării Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță în activitatea instituțiilor medico-sanitare.
8. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” va organiza implementarea Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Centrul Național de Management în Sănătate va organiza plasarea Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță pe pagina WEB a Ministerului Sănătății, la rubrica „Informații publice”.
10. Controlul executării prezentului ordin mi-l asum.

Viceministru

Gheorghe TURCANU

Standarde pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță

Introducere.

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

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

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

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

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

În perioada 2005-2006, în Republica Moldova a fost efectuată evaluarea strategică a politicilor, programelor și serviciilor de întrerupere a sarcinii, realizată de Ministerului Sănătății cu suportul experților Departamentului de Cercetare și Sănătate a Reproducerii al OMS, cu implicarea Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală, precum și societatea civilă. Una din recomandările de bază ale evaluării strategice realizate a fost elaborarea Standardelor naționale în domeniul întreruperii sarcinii, având drept scop unificarea practicilor existente și alinierea lor la standardele europene și recomandările OMS pentru avortul în siguranță.

Având în vedere numărul de întreruperi de sarcină elective care se efectuează în Republica Moldova, riscurile, incidentele și accidentele ce pot surveni în timpul efectuării sau în perioada imediat următoare, s-a considerat oportună actualizarea normelor privind întreruperea sarcinii, inclusiv reglementarea procedurii, interacțiunii medic-pacientă, consiliere, intimitate și confidențialitate, perioadă minimă de recuperare, contracepție după avort, comunicare cu medicul de familie, precum și alte aspecte esențiale.

Scopul Standardelor.

Scopul Standardelor pentru efectuarea întreruperii electivă a sarcinii în condiții de siguranță este ameliorarea calității îngrijirilor în avort pentru femeile din Republica Moldova prin:

1. Promovarea aspirației electrice, aspirației vacuum manuale și avortului medicamentos ca metode sigure de avort;
2. Promovarea celor mai bune practici ale îngrijirii în avort, bazate pe dovezi științifice;
3. Promovarea principiilor și drepturilor esențiale ale femeii în îngrijirile de avort, astfel ca dreptul la consiliere, acord informat și calitate înaltă a serviciilor;
4. Oferirea informației referitor la managementul optimal al complicațiilor legate de avort.

Utilizatorii Standardelor:

Standardele sunt destinate medicilor obstetricieni-ginecologi din instituțiile medico-sanitare publice și private, unde se prestează servicii de avort: Asociațiile Medicale Teritoriale, Centrele de Sănătate a Femeii, Secțiile Consultative din cadrul Centrelor Perinatologice, secția de sănătate a reproducerii a Centrului Național Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală, în instituțiile medico-sanitare ce oferă asistență medicală specializată spitalicească (secții de ginecologie sau obstetrică-ginecologie), medicilor de familie pentru oferirea consilierii pre-avort și medicilor rezidenți pentru procesul de instruire.

Capitolul I.

Examinarea pre-avort, consilierea și decizia informată.

1. Examinarea pre-avort.

- 1) Se ia cunoștință cu antecedentele medicale ale femeii și se înregistrează în Fișa medicală pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).
- 2) Vârsta gestațională a sarcinii se confirmă și se consemnează în baza anamnezei personale (ultima menstruație) și examenului clinic.
- 3) Instituțiile care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să dispună de ultrasonograf sau să refere pacienta la examenul ultrasonografic, în mod special, în cazul când:
 - a) diagnosticul de sarcină este incert;
 - b) există o discordanță între vârsta gestațională cronologică și cea clinică;
 - c) există suspiciunea de sarcină extrauterină;
 - d) există patologie ginecologică asociată (exemplu: fibromatoză uterină, malformații uterine, etc.);
 - e) există incertitudinea prezenței unui dispozitiv intrauterin;
 - f) post-avort, când există suspiciunea golirii incomplete a cavității uterine.
- 4) Semnele vitale (exemplu: tensiunea arterială, pulsul și temperatura) se urmăresc în mod obligatoriu.
- 5) Determinarea hematocritului și a hemoglobinei se efectuează la femeile cu antecedente sau simptomatologie de anemie semnificativă.
- 6) Grupa sanguină și Rh-ul se efectuează femeilor care fac întreruperi de sarcină, în cazul în care nu este cunoscut și documentat.
- 7) Infecțiile aparatului genital se constată în baza semnelor clinice în timpul examenului în valve. La necesitate, poate fi efectuat screening-ul maladiilor sexual-transmisibile, înainte de întreruperea voluntară a cursului sarcinii după explicarea necesității pacientei și acordului ei informat.
- 8) Depistarea la femeia gravidă a proceselor inflamatorii acute și sub-acute de toate localizările și a bolilor infecțioase acute, impune amânarea efectuării operației de întrerupere a cursului sarcinii până la tratarea lor, dar ținând cont de termenul sarcinii.
- 9) Momentul întreruperii sarcinii poate reprezenta un prilej potrivit pentru evaluarea unei posibile patologii cervicale. Femeilor care nu au efectuat un test citologic cervical în ultimii 2 ani li se efectuează un asemenea test. În cazul în care se efectuează un test citologic în momentul întreruperii de sarcină, este necesar de a comunica femeii rezultatul testului.
- 10) La prezentarea unei femei pentru efectuarea întreruperii sarcinii, este necesar ca medicul să identifice și alte necesități de sănătate, în special legate de sănătatea reproducerii, sau sociale (violența, traficul, prezența maladiilor cu transmitere sexuală etc.) și să îi ofere femeii recomandări sau referire pentru tratamentul/asistență specializată de profil, întru rezolvarea acestora.

2. Consilierea și decizia informată.

1. Consilierea este discuția cu femeia care a solicitat avortul și se află într-o stare de criză, despre sentimentele ei și alte subiecte afiliate procedurii de avort cu scopul de a-i diminua neliniștea înainte de procedură.
2. Luarea unei decizii informate și libere de către pacientă este esențială pentru procesul de efectuare a întreruperii sarcinii. Fiecare femeie care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să fie informată corespunzător în vederea luării unei decizii informate.
3. Femeia gravidă este liberă să-și aleagă metoda de întrerupere a sarcinii și metoda de anestezie, în baza informației oferite în timpul consilierii.
4. Fiecărei femei care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să i se ofere posibilitatea de a fi consiliată voluntar (dacă acceptă acest lucru) despre decizia de a întrerupe sarcina și sentimentele aferente. Convingeți-vă că decizia de a întrerupe sarcina este una benevolă. Consilierea voluntară trebuie să aibă loc în condiții de intimitate și confidențialitate.
5. Informațiile oferite trebuie să fie corecte, obiective și trebuie să includă:
 - 1) alternativele întreruperii sarcinii;
 - 2) suportul pe care femeile gravide îl pot obține potrivit legislației în vigoare;
 - 3) instituțiile care pot oferi acest suport;
 - 4) metodele de efectuare a întreruperii sarcinii, potențialele riscuri și beneficiile fiecărei proceduri, inclusiv cele referitoare la anestezia utilizată;
 - 5) complicațiile și sechelele posibile;
 - 6) informații exacte despre tehnica procedurii de aspirație vacuum electrică sau manuală, sau avortul medicamentos, dacă femeia a ales una din aceste metode;
 - 7) opțiunile de contracepție imediată după avort;
6. Dacă femeia a ales o metodă care nu poate fi efectuată în instituția dată, ea urmează a fi referită la instituția respectivă.
7. Dacă problemele și necesitățile femeii se extind dincolo de scopurile și posibilitățile consilierii, femeia urmează a fi referită la serviciile oportune din comunitate-psiholog, asistent social, poliție, etc.
8. Informațiile se expun femeii într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate.
9. Informația verbală trebuie însoțită de oferirea unor materiale/broșuri/fluturașe scrise, corecte și imparțiale, pe care pacienta să le înțeleagă și lua cu sine, pentru a le citi ulterior.
10. Fiecare femeie, care efectuează o întrerupere a sarcinii, în mod obligatoriu trebuie să semneze înainte de efectuarea procedurii consimțământul informat, specific procedurii de avort ce atestă consimțământul ei despre faptul că înțelege procedura și alternativele existente, riscurile posibile, beneficiile și complicațiile, faptul că decizia luată este liberă și că este pregătită pentru întrerupere de sarcină. Consimțământul informat semnat de pacientă se atașează la Fișa de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).
11. Confidențialitatea informației trebuie să fie respectată de către toți prestatorii de servicii implicați în oferirea avortului, luându-se toate precauțiile.

Capitolul II.

Metoda chirurgicală de întreruperea a sarcinii.

1. Aspecte generale.

- 1) Metoda chirurgicală recomandată pentru întreruperea sarcinii este aspirația cu vacuum electrică sau manuală. Vacuum aspirația este metoda preferabilă dilatării și chiuretajului, comportând un nivel mai jos de complicații.
- 2) Pregătirea colului înainte de avortul chirurgical este benefică și trebuie făcută de rutină în cazul pacientelor sub 18 ani, la primipare, la sarcinile mai mari de 9 săptămâni, sau în orice alte situații, când medicul anticipează dificultățile posibile pe parcursul dilatării colului uterin. Pentru pregătirea colului se administrează misoprostol 400 mcg, intravaginal sau sublingual, cu 3 ore înainte de intervenție.
- 3) Respectați precauțiile universale de prevenire a infecțiilor.
- 4) Întreruperea cursului sarcinii, se efectuează doar sub anestezie, care în dependență de caz și situație poate fi locală sau generală, la alegerea pacientei. Anestezia locală cu lidocaină, este mai sigură, este recomandată de OMS și reprezintă metoda de elecție în cazul în care femeia a ales-o în cadrul

acordului informat. Anestezia generală nu este recomandată deoarece este asociată cu rate mai mari de complicații, comparativ cu anestezia locală.

- 5) Dacă femeia alege anestezia generală, ea poate fi oferită numai în instituții de tip staționar.
- 6) Este necesar de urmărit tehnica de neatingere pe parcursul procedurii: orice instrumente ori părți de instrumente, care intră în uter trebuie să fie sterile. Nu se permite ca vârful să se atingă de obiecte și suprafețe înainte de a fi introdus în col.
- 7) Colul uterin trebuie dilatat progresiv și grijuliu, utilizând dilatatoare din masă plastică sau metal.
- 8) Examinarea țesutului și identificarea părților produsului de concepție ajută la prevenirea complicațiilor întreruperii sarcinii, permite suspectarea și diagnosticarea precoce a sarcinii ectopice sau molare, și trebuie efectuată nemijlocit în sala de proceduri, când pacienta se află încă pe masa ginecologică.
- 9) Conținutul uterin evacuat poate fi examinat pato-morfologic în caz de necesitate.
- 10) Pacienta trebuie reevaluată atunci când țesutul sau produsul de concepție obținut este incomplet.

2. Antibiotico-profilaxia preoperatorie.

- 1) În timpul întreruperii de sarcină prin metoda chirurgicală pacientelor li se recomandă antibiotice, cu scop profilactic.
- 2) Regimurile recomandate pentru antibiotico-profilaxie sunt:
 - a) metronidazol 1g peroral, înainte de procedură, apoi 500 mg fiecare 6 ore, până la 3 doze; sau
 - b) doxiciclină 200 mg peroral, cu 30-60 minute înainte de procedură sau 100 mg de 2 ori pe zi, timp de 7 zile, cu începere imediat după avort, în cazurile de risc sporit pentru chlamidioză.

3. Controlul durerii.

3.1. Suportul psihologic.

Suportul psihologic, oferit prin consilierea înainte, în timpul și după procedură, ajută considerabil în reducerea anxietății, în special, în cazul în care se folosește anestezia locală fără sedative. Oferit corect, înainte de/pe parcursul și după procedură, suportul psihologic reduce frica și anxietatea femeii, dar și senzația ei de durere.

3.2. Folosirea substanțelor analgezice și/sau sedative în doze mici.

Folosirea sedativelor presupune o stare de conștientă inhibată, în care pacienta poate răspunde la stimulânți fizici și verbali, iar reflexele respiratorii rămân neafectate.

Se recomandă:

- 1) paracetamol 500-1000 mg administrate oral, câte 1-2 comprimate, cu 30-60 minute înainte de operație; sau
- 2) diazepam 5-10 mg administrate oral, cu 30-60 minute înainte de operație.

3.3. Anestezia generală versus cea locală.

- 1) Anestezia generală comportă riscul crescut de hemoragii, perforații, leziuni cervicale și a complicațiilor respiratorii datorită efectului sistemic ale agenților anestezici. Din aceste considerente ea poate fi oferită doar în staționare.
- 2) Dacă pacienta optează pentru anestezie generală, pe tot parcursul efectuării întreruperii sarcinii și a îngrijirii anestetice monitorizate, în sala în care se efectuează procedura trebuie să fie prezent personalul medical calificat în domeniul anesteziologiei.
- 3) Pe tot parcursul anesteziei generale și sedării, oxigenarea, ventilația, funcția cardiovasculară și temperatura corpului femeii trebuie evaluate continuu (accesul i/v, suportul respirator).
- 4) Anestezia locală este mai puțin riscantă și este recomandată de OMS pentru avortul din trimestrul I.
- 5) Pe parcursul anesteziei locale femeia poate explica ceea ce simte, astfel diminuându-se riscul perforației uterine, scade durata perioadei de recuperare, ea poate părăsi clinica mai repede și fără persoană de suport, e capabilă să asculte și să recepționeze recomandările medicului.
- 6) În anestezia locală riscul de aspirație pulmonară când femeia mănâncă sau bea înaintea procedurii este mult mai diminuat.
- 7) Anestezia locală este mai puțin costisitoare.

3.4. Anestezia locală. Blocada paracervicală.

- 1) Se utilizează lidocaina de 0,5-1%, 15-20 ml. Doza minimală toxică a lidocainei este de 200 mg, nu se admite depășirea acesteia.

- 2) Se injectează 1-2 ml, în submucoasă, la orele 12, unde va fi aplicată pensa de col. Pensa de col se aplică pe locul anesteziat.
- 3) Blocada paracervicală se efectuează în locul de trecere a epiteliului cervical la cel vaginal, în două locuri - la orele 4 și 8, avansând până în direcția orificiului intern al colului uterin.
- 4) După efectuarea blocadei e necesar de așteptat 1-2 minute până a începe procedura.
- 5) Pentru a mări toleranța pacientei la durere:
 - a) La introducerea acului, femeii i se propune să tușească pentru a masca durerea.
 - b) După efectuarea unui bloc, se așteaptă 1-2 minute până a începe intervenția.

4. Tehnica aspirației vacuum electrice sau manuale.

- 1) Evaluarea necesității femeii în controlul durerii și administrării medicației: în general, blocada paracervicală, analgezia și/sau sedația ușoară sânt suficiente ca pacienta să se simtă confortabil în timpul procedurii. Precauțiile pentru blocul cervical includ anamneză alergologică pentru alergia la anesteticele locale și grija de a nu nimeri într-un vas sanguin. Este preferabil ca pacienta să fie conștientă în timpul procedurii pentru a atenționa medicul la orice mărire neașteptată a durerii (ce indică o posibilă perforare) și a evita un timp îndelungat de revenire; sedația adâncă ori anestezia generală sânt necesare rareori și duc cu sine un risc suplimentar.
- 2) Determinarea mărimii și poziției uterului prin examenul bimanual. Se atrage o atenție sporită la orice semne de infecție și se tratează prompt, în modul stabilit.
- 3) Alegerea canulei de diametrul potrivit:
 - a) poate fi utilizată canula cu diametrul mai mic cu o unitate decât termenul sarcinii (de la data ultimei menstruații). De exemplu: dacă pacienta a avut ultima menstruație cu 10 săptămâni în urmă, atunci diametrul canulei poate fi de 9-10 mm;
 - b) pot fi utilizate canule flexibile standarde de 6, 7, 8 mm, pentru toate termenele, până la a 10-a săptămână de gestație, fără a folosi dilatoare rigide.

Mărimea aproximativă a uterului (săptămâni LMP)	Mărimea aproximativă a canulei
5 - 7 LMP	5 mm
7 - 9 LMP	6 mm
9 - 12 LMP	7 - 12 mm

- 4) Inserarea valvei pentru evidențierea colului.
- 5) Inspecția colului pentru determina dacă nu e dilatat și nu are semne de infecție, traumă, rupturi.
- 6) Tamponarea regiunilor cervicală și vaginală cu o soluție antiseptică.
- 7) Fixarea colului pe loc cu un tenacul și aplicarea gentilă a unei mici tracțiuni pentru a îndrepta colul cervical.
- 8) Aplicarea anesteziei paracervicale, dacă e nevoie. Anestezia locală este efectuată de medicul obstetrician ginecolog.
- 9) Dilatarea colului (la necesitate). Dilatarea colului e necesară atunci, când gradul de deschidere a colului nu permite pasajul unei canule corespunzătoare mărimii uterului. Dilatarea se efectuează atent cu dilatoare mecanice, osmotice sau cu canule de mărimi crescânde, luând seama să nu se traumeze colul.
- 10) Introducerea atentă a canulei prin col în cavitatea uterină până la trecerea nemijlocită de vestibulul uterin intern. Rotarea genitală a canulei cu o mică presiune deseori înlesnește inserarea.
- 11) Atașarea seringii pregătite de canulă, susținând capătul canulei cu o mână, iar seringă cu alta. A se încredința că canula nu s-a mișcat înainte în uter în timpul atașării seringii.
- 12) Împingerea lentă a canulei în cavitatea uterină până se atinge de fundul uterin. Apoi se trage puțin canula înapoi.
- 13) Eliberarea (dați drumul) valvelor seringii pentru a transfera vacuumul prin canulă în uter. Țesuturile însângerate și bulele vor începe a intra prin canulă în seringă.
- 14) Evacuarea conținutului uterului prin mișcare lentă și atentă a canulei înapoi și înainte în cavitatea uterină, rotind în același timp seringă. E important a nu scoate aperturile canulei dincoace de vestibulul uterin, pentru că aceasta va face să se piardă vacuumul. Odată cu stabilirea vacuumului și introducerea canulei în uter, niciodată nu se apucă seringă de brațele pistonului pentru a fi sigur că brațele pistonului nu se vor mișca din poziția lor. Dacă pistonul lunecă accidental în seringă, aceasta poate injecta țesutul și aerul înapoi în uter.

15) Controlul semnelor de finisare a procedurii. Procedura se efectuează cu mult mai repede decât chiuretajul uterin și e completă atunci când sunt prezente următoarele condiții: în canulă se vede spumă roșie sau roză, fără țesuturi; la mișcarea pe suprafața uterului evacuat e o senzație de nisip; și uterul se contractă în jurul canulei.

16) Detașarea seringii și înlăturarea tuturor instrumentelor (canula, tenaculul, valva).

17) Examinarea țesuturilor aspirate.

5. Tehnica examinării țesuturilor aspirate.

1) Examinarea țesutului este efectuată când pacienta se află pe masa ginecologică în sala de operație, în caz că este nevoie de re-aspirare.

2) Eliberarea conținutului aspiratorului vacuum electric sau seringii pentru aspirație vacuum manuală printr-o strecurătoare.

3) Spălarea conținutului strecurătoarei cu apă rece, plasându-l apoi într-un vas transparent.

4) Evaluarea conținutului evacuat din uter; asigurarea flotării țesutului examinat și iluminarea lui dedesubt pentru identificarea produsului de concepție. A se asigura de prezența sacului gestațional la vârsta de gestație sub 8 săptămâni și de prezența părților embrionului după 8 săptămâni.

5) Trimiterea probelor de țesut la examenul morfopatologic, dacă acesta e indicat.

6) Dacă țesutul evaluat sau produsul de concepție este incomplet, se suspectă avort incomplet și se respectă următoarele etape de asistență medicală și investigații:

a) evaluarea pacientei;

b) reaspirarea;

c) efectuarea examenului ultrasonografic.

7) Dacă aspiratul nu conține rezultatul așteptat al concepției, trebuie de presupus o sarcină ectopică. Femeia se informează asupra simptomelor și pericolelor sarcinii ectopice și se investighează în continuare:

a) examinarea ecografică;

b) dacă cavitatea uterină este evaluată ca fiind goală, trebuie efectuată determinarea HCG seric cantitativ. Testul HCG serologic cantitativ se efectuează la 48 de ore după intervenție. Dacă există o scădere cu mai mult de 50%, nu mai este necesară o re-examinare pentru sarcina ectopică;

c) dacă testul HCG serologic cantitativ nu indică nici o schimbare, sau indică o creștere sub-normală în valoare, trebuie instituite și documentate evaluarea pentru sarcina ectopică și tratamentul definitiv al acesteia, sau trebuie efectuată și documentată referirea pacientei către o instituție de nivel mai înalt al asistenței medicale.

8) Femeia se supraveghează până când diagnosticul de sarcină ectopică nu este exclus sau documentată referirea adecvată.

9) După examinare, țesuturile după avort se nimicesc conform procedurii de gestionare a deșeurilor.

10) Țesuturile anormale se examinează în mod obligatoriu de către medicul morfopatolog pentru a exclude mola hidatiformă sau chorionepitelioma.

6. Îngrijirea după procedura de întrerupere a sarcinii. Contracepția.

1) Majoritatea complicațiilor severe în rezultatul avortului pot fi detectate în perioada imediată după avort. Accesibilitatea și calitatea serviciilor de îngrijire post-avort este o componentă importantă a serviciilor de întrerupere a sarcinii.

2) Femeia se monitorizează în perioada de recuperare de către un medic sau o asistentă medicală/moașă instruită în acordarea îngrijirilor postoperatorii. Durata aflării pacientei în instituția medicală se stabilește în mod individual.

3) După anestezie generală personalul medical din Serviciul Anesteziologie și Terapie Intensivă asigură, în perioada de recuperare, monitorizarea pacientei timp de 2-3 ore.

4) La externare pacienta este în stare satisfăcătoare, cu tensiune și puls stabile, sângerarea și durerea descrește cu dinamică pozitivă.

5) Femeia trebuie informată despre semnele perioadei de post-avort normale și simptomele posibilelor complicații postoperatorii, cât și despre revenirea fertilității în perioada post-avort.

6) Informația trebuie să includă:

a) Semnele restabilirii normale:

- unele spasme uterine timp de următoarele câteva zile, ce pot fi potolite cu preparate antiinflamatorii non-steroidiene;

- unele sângerări, de tip menstrual, cu durata de până la 30 zile, cu diminuare în dinamică.

- b) Respectarea regimului de vizite la medic după necesitate, instrucțiunile pentru luarea oricăror medicamente prescrise.
- c) Informații despre igiena personală și reîntoarcerea la activitatea sexuală, revenirea menstruațiilor și planificarea familiei:
 - pacienta nu trebuie să introducă nimic în vagin timp de câteva zile după ce se oprește hemoragia (spălături, tamponare);
 - o nouă menstruație va începe în 4-8 săptămâni;
 - fertilitatea pacientei se va reîntoarce repede după procedură (11-14 zile), de aceea, dacă la moment sarcina nu e dorită, relațiile sexuale vor trebui să fie protejate;
 - se recomandă ca pacienta să se abțină de la relații sexuale pe durata sângerărilor.
- d) Semnele și simptomele ce necesită atenție imediată:
 - hemoragie îndelungată și/sau mai abundentă decât cea menstruală (mai mult de 2 absorbante într-o oră, timp de două ore consecutiv);
 - durere intensă sau în creștere;
 - eliminări cu miros neplăcut;
 - febră, frisoane;
 - sincope (pierderi de cunoștință);
 - sursele de ajutor medical urgent și modalitatea de contact cu instituția medicală 24 de ore din 24 și o listă a instituțiilor medicale unde poate apela în caz de urgență medicală.
- e) După întreruperea voluntară a cursului sarcinii pacientei i se eliberează:
 - extras-trimitere (Formular nr. 027/e) despre mersul intervenției de întrerupere voluntară a cursului sarcinii;
 - informație privind simptomele unor complicații postoperatorii, modul și datele de contact ale instituțiilor medicale unde poate apela în caz de urgență medicală 24 de ore din 24;
 - contracepția (DIU, contraceptive orale), care se documentează în Registrul de evidență a intervenției de întrerupere a cursului sarcinii, cu semnătura de confirmare a pacientei.
- f) Femeia poate fi invitată pentru a efectua o vizită de evaluare peste 2 săptămâni după intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii.

Capitolul III.

Întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă.

1. Întreruperea sarcinii ce nu depășește 9 săptămâni de amenoree.

1.1 Aspecte generale.

- 1) Inducerea medicamentoasă este o metodă eficientă pentru întreruperea sarcinii. Consilierea adecvată și informarea pacientei cresc siguranța și acceptabilitatea acestei metode.
- 2) Pentru întreruperea sarcinii ce nu depășește 9 săptămâni de amenoree prin metoda medicamentoasă este recomandată utilizarea mifepristonei în combinație cu prostaglandine - misoprostolul.
- 3) Misoprostolul poate fi administrat în instituția medicală sau la domiciliu, în funcție de decizia pacientei, după evaluarea riscurilor de complicații posibile.
- 4) Preparatele pentru avortul medicamentos (mifepriston și misoprostol) se procură din farmacii, în baza rețetei, sau se eliberează din farmacia instituției medicale.
- 5) Contraindicațiile medicale pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă sunt:
 - a) anemia severă;
 - b) dereglări de coagulare;
 - c) tratament îndelungat cu glucocorticosteroizi;
 - d) insuficiență suprarenală;
 - e) dispozitiv intrauterin (necesită înlăturare în prealabil);
 - f) sarcină extrauterină consemnată sau suspectă;
 - g) alergii cunoscute la mifepriston sau misoprostol;
 - h) date argumentate de porfirie în familie;
 - i) maladii extragenitale în stare de decompensare.
- 6) Instituția medicală trebuie să ofere posibilitatea de acces în caz de urgență 24 din 24 ore sau să refere pacienta în caz de complicații, pentru efectuarea aspirației cavității uterine.

7) Înregistrarea întreruperilor de sarcină prin metoda medicamentoasă este obligatorie și se efectuează în Fișa medicală pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).

8) Raportarea întreruperilor de sarcină prin metoda medicamentoasă se efectuează conform modalităților stabilite de Ministerul Sănătății.

1.2 Etapele întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă până la 9 săptămâni:

Femeia gravidă efectuează 2 sau 3 vizite, în funcție de alegerea sa de a administra misoprostolul: în clinică sau la domiciliu:

I vizită

1) Se consemnează vârsta sarcinii. Ecografia se efectuează pentru a confirma și consemna vârsta sarcinii în termen până la 6 săptămâni sau când examenul fizic și ultima menstruație nu oferă informație suficientă sau vin în contradicție.

2) Anamneza pacientei se consemnează și se determină dacă pacienta este eligibilă pentru această metodă.

3) Pacienta se consiliază și se informează despre:

a) eficiența, efectele secundare și riscurile metodei, în special despre posibilitatea sângerării excesive, riscul teratogenic minim al misoprostolului și despre faptul că sarcina trebuie întreruptă printr-o metodă chirurgicală în cazul eșecului metodei medicamentoase;

b) la necesitate controlul durerii în timpul avortului medicamentos poate fi efectuat cu preparate antiinflamatorii non-steroidiene;

c) modul de folosire a medicamentelor;

d) simptomele complicațiilor posibile.

4) Consilierea pentru oferirea contracepției se oferă pacientei la momentul administrării mifepristonului (la prima vizită).

5) Administrarea preparatelor:

a) femeilor li se administrează per os 200 mg mifepriston;

b) în Fișa medicală pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii (Formularul nr. 003-3/e) și în Fișa la domiciliu a pacientei se notează data și ora administrării mifepristonei;

c) se eliberează rețetă pentru 2 pastile 400 mcg misoprostol;

d) se clarifică alegerea, de către pacientă, a metodei de administrare a misoprostolului: în clinică sau la domiciliu și se notează în Fișa de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e) .

6) Pacientele care aleg să administreze misoprostolul **la domiciliu**:

a) vor primi:

- rețeta pentru procurarea imunoglobulinei anti-rezus pentru pacientele Rh - negative;

- rețetă de prescriere a patru comprimate de paracetamol (500 mg);

- Călăuză la domiciliu pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă (anexa nr.2 la Standardele pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță);

b) vor fi instruite privind:

- modul de administrare a ambelor tablete de misoprostol (sublingual peste 24-36 ore după administrarea mifepristonului);

- îndeplinirea Călăuzei la domiciliu pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă cu notarea datei și orei de administrare a misoprostolului, a avortului aparent, precum și oricăror efecte adverse care pot apărea;

- necesitatea planificării unui repaus de câteva ore după administrarea misoprostolului;

- recomandarea modului de administrare a prostaglandinelor (la un moment când este cineva disponibil să le ajute în caz de necesitate);

- managementul durerii;

- datele de contact ale instituției medico-sanitare de referință în caz de necesitate a informației suplimentare;

- semnele de pericol și necesitatea de adresare de urgență la instituțiile medico-sanitare;

- semnele de expulsie a produsului de concepție;

- necesitatea prezentării la medic la vizita de supraveghere.

7) Pacientele care aleg să li se administreze misoprostolul **în clinică (vizita II-a)**:

a) femeilor li se administrează sublingval 400 mcg misoprostol la 24-36 de ore de la prima vizită.

b) se monitorizează starea sănătății femeii pe parcursul la 3 ore.

c) se administrează imunoglobulina anti-Rh, la pacientele cu Rh-negativ.

d) în Călăuza la domiciliu pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă se notează:

- data și ora administrării misoprostolului;
- timpul expulsiei produsului de concepție (dacă a avut loc);
- efecte adverse observate sau raportate (dacă au fost înregistrate);
- timpul plecării la domiciliu.

Vizita III - Pentru toate pacientele:

- 8) Se efectuează la 14 zile de la prima vizită pentru evaluarea finalului întreruperii voluntare a cursului sarcinii.
- 9) Se verifica dacă a avut loc un avort complet prin efectuarea examenului vaginal sau a ultrasonografiei, la necesitate.
- 10) Dacă s-a diagnosticat avortul complet, femeia este informată și primește recomandări privind modul de contracepție, care îl utilizează, se discută toate opțiunile de planificare a familiei:
 - a) dacă pacienta optează pentru contracepția orală combinată aceasta se administrează din ziua administrării misoprostolului (la 24-36 ore sau de la a II vizită);
 - b) dispozitivul intrauterin poate fi înserat la vizita de evaluare sau după prima menstruație de la avort.
- 11) Dacă nu a avut loc un avort complet, medicul va determina dacă sarcina este continuă și viabilă (constatarea activității cardiace a embrionului la ultrasonografie sau creșterea dimensiunii uterului de două săptămâni):
 - a) dacă sarcina este continuă și viabilă, pacientei se va efectua intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii prin metoda chirurgicală de aspirare vacuum manuală sau electrică.
 - b) dacă sarcina este stagnată sau avortul este incomplet, pacienta este stabilă hemodinamic și nu prezintă semne de pericol, pacientei se va recomanda opțional:
 - de a aștepta o săptămână înainte de a interveni chirurgical, cu programarea unei vizite suplimentare de supraveghere;
 - să i se administreze suplimentar misoprostol 400 mcg sublingval, la momentul când această opțiune este fără riscuri, din punct de vedere medical.

2. Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni de gestație și până la sfârșitul săptămânii 21.

Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni și până la sfârșitul săptămânii 21 de gestație se efectuează prin metoda medicamentoasă cu mifepriston și misoprostol. Eficacitatea acestei metode este de 92-97%. Celelalte metode, ca introducerea intra-amniotică a soluției de NaCl de 20%, a gramicidinei sau administrarea parenterală, intra sau extra-amniotică a prostaglandinelor sunt mai invazive, riscante și respectiv nu sunt recomandate.

- 1) Schema de administrare a preparatelor pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă după 12 săptămâni și până la sfârșitul săptămânii a 21-a:
 - a) se administrează 200 mg mifepriston oral,
 - b) peste 24-48 de ore se administrează 800 mcg misoprostol vaginal sau sublingual,
 - c) apoi fiecare 3 ore se administrează câte 400 mcg misoprostol oral sau sublingual, până la 5 doze.
- 2) În lipsa mifepristonului:
 - a) se administrează 800 mcg misoprostol vaginal;
 - b) peste 3 ore se administrează 400 mcg misoprostol oral sau sublingual, cu repetarea fiecare 3 ore, până la 5 doze.
- 3) După administrarea primei doze de misoprostol, se monitorizează tensiunea arterială, temperatura, efectele adverse și hemoragia la fiecare trei ore.
- 4) La necesitate, se oferă analgezie orală sau parenterală.
- 5) Dacă expulsia nu survine la 3 ore după doza finală, inducerea va fi oprită și repetată a doua zi numai cu misoprostol conform aceleiași scheme:
 - a) se administrează 800 mcg misoprostol vaginal;
 - b) peste 3 ore se administrează 400 mcg misoprostol oral sau sublingual, fiecare 3 ore, până la 5 doze.
- 6) Dacă produsele de concepție sunt eliminate și par a fi complete (inclusiv placenta), nu vor fi făcute intervenții suplimentare, ca aspirarea sau chiuretajul uterin.
- 7) Dacă fătul este expulzat, dar placenta rămâne în uter 30 minute după expulsie, femeii i se vor oferi suplimentar 400 mcg de misoprostol oral pentru a facilita expulsia placentei. Apoi, în lipsa expulsiei, i se va permite să aștepte încă șase ore pentru a expulza placenta de sine stătător.

- 8) Dacă femeia nu reușește să elimine fătul sau orice porțiune de placenta, se va realiza un examen cu speculul și orice produse din vagin sau orificiu cervical vor fi eliminate.
- 9) Dacă produsele sunt reținute în uter, ele vor fi eliminate în mod chirurgical, prin dilatare și evacuare sau prin vacuum aspirație, sub anestezie locală sau generală.
- 10) În mod alternativ, alte uterotonice (oxitocina) în afară de misoprostol pot fi oferite pentru evacuarea completă a uterului.

Capitolul IV.

Conduita în cazul unor complicații.

- 1) Echipamentul funcțional și medicația curentă trebuie să fie la dispoziție pentru managementul urgențelor medicale și trebuie să includă: un sistem de furnizare de oxigen, instrumente pentru oxigenare orală, preparate uterotonice, soluții cristalinoide i/v, antagonice narcotice, glucocorticoizi, adrenalină și diazepam.
- 2) Instruirea continuă a personalului pentru folosirea echipamentului de urgență, managementul urgențelor și indicațiile pentru transportul de urgență trebuie asigurate.
- 3) Personalul medical trebuie să fie instruit în resuscitare cardio-pulmonară.

1. Hemoragia:

Sângerarea pre-operatorie:

- 1) Una dintre cele mai severe complicații în procedura de întrerupere a sarcinii este hemoragia. Recunoașterea imediată a sursei de hemoragie poate reduce morbiditatea și mortalitatea.
- 2) În cazul sângerării pre-operatorii trebuie luate în considerare posibilitatea unei sarcini ectopice, istmico-cervicale sau avortul spontan.

Sângerarea intra-operatorie:

În cazul în care există sângerare excesivă, medicul trebuie să întreprindă măsuri în vederea stabilirii cauzei sângerării și de stopare a hemoragiei.

Sângerarea întârziată:

1) Când femeia prezintă sângerare excesivă (umplerea a mai mult de un absorbant extern timp de o oră, pe parcursul a două și mai multe ore consecutive) după procedură, ea trebuie să fie sub observația aceleiași instituții sau referită către o instituție spitalicească.

2) Sângerarea excesivă în perioada pre-operatorie și post-operatorie este cauzată, de obicei, de hipotonia uterină, drept rezultat al evacuării incomplete a cavității uterine. Eforturile întreprinse trebuie orientate către evacuarea completă a cavității uterine și efectuarea examenului țesutului evacuat, și administrarea utero-tonicilor.

2. Avortul incomplet:

1) Avortul incomplet se poate manifesta imediat prin hemoragie sau simptomele pot întârzia și apărea sub formă de hemoragie excesivă ori persistentă tardivă, cu dureri acute sub formă de crampe în partea inferioară al abdomenului. Diagnosticul se stabilește prin examenul clinic (uterul la palparea bi-manuală este de consistență moale, mărit în dimensiuni) și ultrasonografic.

2) Cantități mici de țesuturi restante se pot elimina spontan și nu necesită intervenții medicale. Cantitățile mari de resturi pot cauza hemoragie și infecție. Tratamentul depinde de starea generală a pacientei, de gravitatea hemoragiei și variază de la conduita expectativă, la aspirația vacuum electrică sau manuală, sau administrarea a 400 mcg misoprostol sublingual și supravegherea pacientei timp de 2-3 ore. În lipsa semnelor de infecție, administrarea antibioticelor este opțională. Antibioticele sunt necesare în caz de infecție manifestă.

3. Perforația:

1) Perforația uterină este o complicație a întreruperii de sarcină care poate conduce la morbiditate sporită și mortalitate.

2) Când se suspectează perforația uterină și canula este introdusă în cavitatea uterină, aspirarea trebuie încetată imediat, înainte de retragerea canulei.

3) Suspecția perforației uterine este indicație pentru internarea femeii în secție specializată.

4) În cazul suspjecției perforației uterine, laparoscopia este intervenția recomandată în scop de stabilire a diagnosticului.

5) Dacă perforația se suspectează, dar pacienta nu prezintă simptome, femeia trebuie supravegheată în condiții de staționar, cel puțin 48 ore.

6) Dacă perforația s-a efectuat în ambulatoriu, pacienta în mod obligatoriu trebuie transferată la spital.

4. Complicațiile septico-purulente:

- 1) Complicațiile septico-purulente după avort pot duce la morbiditate sporită.
- 2) Suspecția pentru complicații septico-purulente este indicație pentru internarea femeii în secție specializată.
- 3) Orice complicație septico-purulentă necesită informarea Centrului de Sănătate Publică prin aviz epidemiologic.

Capitolul V.

Managementul calității serviciilor de avort în siguranță.

Monitorizarea și evaluarea calității serviciilor

- 1) 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.
- 2) 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 anticipateze. Monitorizarea adecvată va permite de a lua în considerare opinia prestatorilor de servicii medicale care poate furniza idei utile referitor la sporirea calității asistenței medicale.
- 3) Procesele și mecanismele de monitorizare a activității instituțiilor vor include: examinarea foii de observație clinică, registrelor, supravegherea activității personalului, utilizarea listelor-cadru, precum și efectuarea auditului medical intern sau a mortalității materne. Toate aceste acțiuni vor contribui la îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de avort oferite.
- 4) Monitorizarea sistematică se va baza pe următoarele aspecte:
 - a) supravegherea consilierii și a asistenței clinice pentru evaluarea calității comunicării cu femeia pe parcursul întregului proces;
 - b) asigurarea înzestrării constante și adecvate cu echipamente și consumabile;
 - c) colectarea sistematică a datelor și expedierea lor la instituțiile ierarhic superioare;
 - d) evaluarea progresului în vederea lichidării neajunsurilor depistate în timpul monitorizării.
- 5) 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.
- 6) Evaluarea se va efectua, de asemenea, prin interviuarea personalului medical și femeilor, pentru a afla opinia acestora despre serviciile obținute, accesul la ele, eventualele cerințe față de servicii (anexele 4 și 5).
- 7) 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 calității serviciilor de avort.

**Echipamentul și consumabilele
pentru instituțiile în care se efectuează aspirarea vacuum electrică sau manuală**

Instituțiile medico-sanitare publice sau private, abilitate de a presta servicii de întrerupere a sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni, trebuie să posede 2 încăperi separate: una pentru manopere și una cu paturi sau fotolii pentru recuperarea pacientelor după procedura de întrerupere a sarcinii.

Înainte de a începe procedura de aspirare vacuum electrică sau manuală, încredințați-vă că în sala de manopere este disponibil următorul echipament și consumabile, în stare funcțională de lucru:

Echipament:

- 1) Masă de examinare ginecologică.
- 2) Sursă puternică de lumină (lampă).
- 3) Scaun pentru medic.
- 4) Vas de plastic cu soluție pentru decontaminare (cloramină 0,5%).

Seturi de instrumente individuale sterile:

- 1) Valve vaginale.
- 2) Pense de col.
- 3) Pensa port-tampon (pensă fenestrată).
- 4) Dilatatoare mecanice (Hegar, sau conice tip Pratt sau Denniston).
- 5) Dilatatoare osmotice dacă sunt disponibile (tip Dialapam, Lamicel).
- 6) Canule flexibile de diferite dimensiuni.

Consumabile:

- 1) Vată, tifon.
- 2) Soluție antiseptică (preferabil non-alcoolică).
- 3) Seringă de 10 ml și ac spinal mărimea 22 pentru blocul para-cervical (opțional).
- 4) Mănuși: noi pentru examinare, cât și pentru prelucrarea instrumentelor.

Pentru aspirarea vacuum electrică sau manuală:

- 1) Aspirator vacuum electric sau seringă pentru aspirație vacuum manuală.
- 2) Adaptoare (pentru canule flexibile).
- 3) Canule Ipas de plastic flexibile sau semirigide.
- 4) Silicon pentru lubrifierea seringilor.

Pentru inspecția țesutului:

- 1) Dispozitiv pentru filtrare (metalic, din plastic sau tifon).
- 2) Vas transparent.
- 3) Sursă de lumină.
- 4) Soluție fixativă.
- 5) Receptacol conform cerințelor laboratorului morfopatologic.

Pentru resuscitarea de urgență:

- 1) Echipament pentru perfuzii i/v și fluide.
- 2) Sac Ambu cu oxigen.
- 3) Conductă de aer (oxigen).

Pentru dezinfectia de grad înalt sau sterilizarea instrumentelor:

- 1) Containere non-metalice.
- 2) Detergent.
- 3) Apă curată.
- 4) Soluție de cloramină.
- 5) Dezinfectant de grad înalt sau agent de sterilizare.
- 6) Vas larg pentru fierberea canulei (opțional).

Medicamente:

- 1) Pentru analgezie (ex: paracetamol, ibuprofen).
- 2) Anxiolitice (ex: diazepam).
- 3) Anestezice (lidocaină 0,5 – 1 %).
- 4) Preparate pentru antibioticoprofilaxia pre-avort.
- 5) Uterotonice.
- 6) Pentru stările de urgență (atropină, adrenalină, diazepam, glucocorticoizi).
- 7) Pentru facilitarea dilatării colului uterin misoprostol 200 mcg.
- 8) Soluții i/v (ser fiziologic, ringher lactat).
- 9) Vaccin antitetanic.

**Călăuză la domiciliu
pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă**

După ce luați misoprostolul, dvs. ați putea avea: crampe, grețuri, eliminări sanguinolente gen menstruale.

Trebuie să planificați ca să vă odihniți timp de câteva ore.

În caz de senzații dureroase puteți folosi: paracetamol, diclofenac, ketanov.

Trebuie de adresat imediat la medic dacă:

1. au apărut dureri puternice în abdomen;
2. aveți febră peste 38⁰C, care persistă mai mult de 24 ore, frisoane (friguri);
3. aveți o sângerare prea puternică - se elimină cheaguri mari de sânge sau sunteți nevoită să folosiți peste 2 pachete igienice timp de 2 ore;
4. au apărut eliminări vaginale purulente sau cu miros neplăcut;
5. aveți slăbiciuni puternice, ați pierdut cunoștința (leșin), aveți respirație îngreuiată;
6. menstruația nu a apărut după 4 - 8 săptămâni după procedură.

Administrarea **mifepristonului**: data _____ ora _____

Administrarea **misoprostolului**: data _____ ora _____

Reveniți la **vizita programată**: data _____ ora _____

data _____ ora _____

Prescripții:

Antibiotice: _____

Contracepție: _____

Combaterea durerii: _____

Medicul _____ **semnătura** _____

Tel _____

Zi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data (ziua/luna)															
Misoprostol															
Ora: _____:															
Unde ați luat misoprostolul?															
<input type="checkbox"/> la domiciliu															
<input type="checkbox"/> clinică															
Observarea expulsiei															
Hemoragie profuză (mai masivă ca în mense)															
Hemoragie normală (la fel ca în mense)															
Hemoragie ușoară (mai mică ca în mense)															
Grețuri															
Vomă															
Durere/crampe															
Febră/frisoane															
Cefalee															
Amețeală															
Dureri pelviene															
Slăbiciuni															
Altele (specificați)															
Zi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

**Călăuză la domiciliu după întreruperea sarcinii
prin metoda aspirației vacuum electrice sau manuale**

Ce trebuie să cunoască pacienta.

1. După întreruperea sarcinii, timp de 2 săptămâni, este normal să aveți dureri sub formă de spasme în partea inferioară a abdomenului și o sângerare ușoară.
2. Majoritatea femeilor puteți reveni la activitățile lor obișnuite practic imediat după aspirație.
3. Puteți deveni gravidă imediat după avort, fără ca să apară o menstruație. Din aceste considerente este foarte important să folosiți o metodă eficientă de contracepție.
4. Este foarte bine dacă veți reveni la medic pentru un control de rutină peste 2 - 3 săptămâni după avort.

Trebuie de adresat imediat la medic dacă:

- 1) *au apărut dureri puternice în abdomen;*
- 2) *aveți febră peste 38^oC, frisoane (friguri);*
- 3) *aveți o sângerare prea puternică – se elimină cheaguri mari de sânge sau ești nevoită să folosești peste 2 pachete igienice timp de 2 ore;*
- 4) *au apărut eliminări vaginale purulente sau cu miros neplăcut;*
- 5) *aveți slăbiciuni puternice, ți-ai pierdut cunoștința (leșin), ai respirație îngreuiată;*
- 6) *menstruația nu a apărut după 4 - 8 săptămâni de la procedură.*

Data efectuării procedurii: _____

Metoda: _____

Prescripții: _____

Antibiotice: _____

Contracepție: _____

Combaterea durerii: _____

Medicul _____

Telefon: _____

Semnătura _____

**Chestionar-model pentru monitorizarea și evaluarea opiniei pacienților despre calitatea
serviciilor de întrerupere elective a sarcinii și satisfacției lor
(Chestionar de anchetare anonimă)**

1. Până la procedură, ați fost informată de către personalul medical despre esența și etapele procedurii de întrerupere a sarcinii?
Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)
2. V-a fost oferită informație despre decurgerea perioadei post-avort și semnele complicațiilor posibile (de exemplu, ce de făcut în caz de dureri abdominale, febră sau hemoragie abundentă; de evitat raporturile sexuale până la încetarea sângerării?
Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)
3. Au asistat persoane străine în timpul consilierii sau procedurii?
Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)
4. Ați discutat cu personalul metodele de contracepție după avort?
Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)
5. În opinia Dvs., a fost prea lungă perioada de la adresare în clinică până la efectuarea procedurii?
Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)
6. În opinia Dvs., este acceptabil costul acestei proceduri?
Da, Nu, (de subliniat)
7. Dacă o să aveți nevoie de altă întrerupere a sarcinii, o să reveniți în această instituție medicală ori o să preferați alta? Veți recomanda instituția respectivă și procedura prietenelor?
Da, Nu, Nu am decis încă (de subliniat)

Comentarii

Vă mulțumim pentru colaborare!

**Lista-cadru a cerințelor necesare pentru instituția medico-sanitară prestatoare de servicii de întrerupere
electivă a sarcinii în condiții de siguranță**

GENERALE:
Acces liber (fără îndreptare)
Medicii instruiți în vacuum aspirație electrică sau manuală și avort medicamentos
Personalul mediu instruit în consilierea pentru vacuum aspirație electrică sau manuală și avort medicamentos
Fișa de întrerupere a sarcinii
Prezența standardelor și protocoalelor locale: De control al infecției Asigurare cu contraceptive Administrare a antibioticelor Administrare a anesteziei Procedurii de întrerupere a sarcinii
Legătură telefonică 24 ore
Posibilitatea oferirii tuturor metodelor de anestezie
Serviciu de urgență
Test la sarcină disponibil
Posibilitatea efectuării ultrasonografiei
Facilități de laborator (grupa, Rh, frotiul citologic)
Materiale educaționale disponibile pentru pacienți
CONSILIEREA:
Efectuată în încăpere izolată
Discutarea deciziei
Discutarea riscurilor
Prezentarea metodelor de întrerupere și alegerea celei potrivite
Descrierea tehnicii
Discutarea și alegerea metodei de anestezie
Discutarea necesității aplicării metodelor de contracepție
Consimțământ informat
Intervalul dintre consiliere și procedură mai puțin de o oră
CONTROLUL INFECȚIEI:
Spălarea mâinilor
Îmbrăcarea mănușilor
Masa și încăperea după fiecare pacientă – prelucrate
Utilizarea mănușilor de către infirmiere și asistente
Tehnica non-contact respectată
Decontaminarea instrumentelor (valva, dilatatoare, containere ale pompei, seringă, canulele)
Prezența datei pe vasul de decontaminare
Dezinfectantul conform standardelor
Respectarea duratei dezinfectării
Schimbarea la timp a dezinfectantului
Existența mecanismului de control al sterilizării instrumentelor metalice
Păstrarea corectă și datarea instrumentelor sterilizate
Nimicirea corectă a reziduurilor
CONDUITA POSTAVORT :
Salon de recuperare
Evaluarea semnelor vitale cel puțin o dată
Asigurarea cu instrucțiuni scrise
Discutarea perioadei normale de după avort
Discuția semnelor complicațiilor posibile
Consilierea contraceptivă
Disponibilitatea contraceptivelor
Oferirea numărului de telefon 24 de ore din 24
Planificarea vizitei de supraveghere

**Lista grupului de lucru
pentru elaborarea Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de
siguranță:**

1. Rodica Scutelnic, șef Direcția politici asistența medicală femeii, copilului și grupurilor vulnerabile, MS al RM
2. Maria Cumpănă, șef Direcția politici în managementul calității serviciilor medicale, MS al RM
3. Iurie Dondiuc, specialist principal al MS al RM
4. Marin Rotaru, profesor, IMSP ICȘOSMC
5. Veaceslav Moșin, profesor, director CNSRGM
6. Mihai Stratilă, vice-director CNSRGM
7. Valentin Friptu, profesor, șef catedră obstetrică și ginecologie a USMF „N. Testemițanu”
8. Rodica Comendant, conferențiar, USMF “Nicolae Testemițanu”, coordonator al grupului de lucru
9. Ion Bologan, conferențiar, USMF “Nicolae Testemițanu”
10. Stelian Hodoroagea, conferențiar, USMF “Nicolae Testemițanu”
11. Petru Crudu, vicedirector Centrul Național de Management în Sănătate.
12. Victor Petrov, cercetător științific, ICȘOSMC
13. Victoria Ciubotaru, cercetător științific CNSRGM
14. Irena Digol, doctor în științe medicale, CIDS
15. Dorina Darii, medic obstetrician-ginecolog, CIDS
16. Valentina Bodrug, conferențiar USM, expert național în probleme gender
17. Dumitru Șișcanu, șeful Secției consultative de perinatologie, Spitalul Clinic Municipal nr. 1
18. Rodica Palaria, medic obstetrician ginecolog, Centrul perinatal Chișinău
19. Petru Nedelciuc, director Centrul perinatal Bălți
20. Adela Chiaburu, șeful Secției consultative de perinatologie, Centrul perinatal Bălți

Abrevierile folosite în document:

OMS	Organizația Mondială a Sănătății
HCG	Gonadotropina Corionica Umana
DIU	Dispozitiv intra-uterin
LMP	Data ultimei menstruații (last menstrual period)
MS	Ministerul Sănătății
Rh-ul	Rezus-factor
i/v	Intra-venos

CUPRINS

Introducere.		2
Scopul Standardelor		3
Utilizatorii Standardelor		3
Capitolul I. Examinarea pre-avort, consilierea și decizia informată.		3
1.	Examinarea pre-avort.	3
2.	Consilierea și decizia informată.	4
Capitolul II. Metoda chirurgicală de întreruperea a sarcinii		4
1	Aspecte generale.	4
2.	Antibiotico-profilaxia preoperatorie.	5
3	Controlul durerii.	5
	3.1 Suportul psihologic.	5
	3.2 Folosirea substanțelor analgezice și/sau sedative în doze mici.	5
	3.3 Anestezia generală versus cea locală.	5
	3.4 Anestezia locală. Blocada paracervicală.	5
4	Tehnica aspirației vacuum electrice sau manuale.	6
5	Tehnica examinării țesuturilor aspirate.	7
6.	Îngrijirea după procedura de întrerupere a sarcinii. Contracepția.	7
Capitolul III. Întreruperea de sarcină prin metoda medicamentoasă.		8
1	Întreruperea de sarcină ce nu depășește 9 săptămâni de amenoree.	8
	1.1 Aspecte generale.	8
	1.2 Etapele întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă până la 9 săptămâni:	9
2	Întreruperea de sarcină după 12 săptămâni de gestație și până la sfârșitul săptămânii 21	10
Capitolul IV. Conduita în cazul unor complicații		11
1	Hemoragia	11
2	Avortul incomplet.	11
3	Perforația.	11
4	Complicațiile septico-purulente.	12
Capitolul V. Managementul calității serviciilor de avort în siguranță.		12
	Monitorizarea și evaluarea calității serviciilor.	12
Anexa nr. 1. Echipamentul și consumabilele obligatorii pentru instituțiile unde se efectuează aspirarea vacuum electrică sau manuală.		13
Anexa nr. 2. Călăuză la domiciliu pentru întreruperea electivă a cursului sarcinii prin metoda medicamentoasă.		14
Anexa nr. 3. Călăuză la domiciliu după întreruperea electivă a cursului sarcinii prin metoda aspirației vacuum electrice sau manuale		15
Anexa nr. 4. Chestionar-model pentru monitorizarea și evaluarea opiniei pacienților despre calitatea serviciilor de întrerupere electivă a sarcinii și satisfacției lor (Chestionar de anchetare anonimă).		16
Anexa nr. 5. Lista-cadru a cerințelor necesare pentru instituția medico-sanitară prestatoare de servicii de întrerupere electivă a sarcinii în condiții de siguranță		17
Lista grupului de lucru.		18
Abrevierile utilizate în document.		18
Cuprins		19
Bibliografie.		20

Bibliografie:

1. Avort fără riscuri: Recomandări în probleme de strategie și practică pentru sistemele de ocrotire a sănătății, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2003
2. Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D and Grandolfo ME. (1996) Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 70:145-149.
3. Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellertson C, Slama CB, Pearlman E and Winikoff B. (2001) Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357:1402-1405.
4. Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4.
5. Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4. King TD, Abernathy M, Hord C, Nicholson LA, Benson J and Johnson BR. (1998) A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care. Carrboro, Ipas.
6. Clinician's guide for second-trimester abortion. Carrboro, NC, Ipas.
7. The Population Council. Medical methods of early abortion in developing countries: Consensus statement. *Contraception* 1998;58:257-259.
8. Thong KJ, Baird DT. Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1992;99:1004-1007.
9. World Health Organization Scientific Group on Medical Methods for Termination of Pregnancy. Medical methods for termination of pregnancy. WHO technical report series; 871. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.
10. Baird DT. Medical abortion in the first trimester. Best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2002;16:221-36.
11. Kahn JG, Becker BJ, Macisaa L, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000;61:29-40.
12. Elul B, Hajri S, Ngoc NTN, Ellertson C, Slama BC, Pearlman E, Winikoff B. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 2001;357(9266):1402-1405.
13. Guengant JP, Bangou J, Elul B, Ellertson C. Mifepristone-misoprostol medical abortion: Home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception* 1999;60:167-172.
14. Khan JG, Becker BJ, MacIsaac L, et al. The efficacy of medical abortion: A meta-analysis. *Contraception* 2000;61:29-40.
15. Tang OS, Ho PC. Pilot study on the use of sublingual misoprostol for medical abortion. *Contraception* 2001;64:315-317.
16. Harper C, Ellertson C, Winikoff B. Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception* 65 (2002) 133-42.
17. Castleman, Laura, and Carol Mann. 2002. *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management*. Chapel Hill, NC, Ipas.
18. Avort fără riscuri: Recomandări în probleme de strategie și practică pentru sistemele de ocrotire a sănătății, OMS, 2003
19. Raportul "Evaluarea strategică a aspectelor de politici, calitate și acces ale serviciilor de contracepție și avort în Republica Moldova"
20. Strategia Națională în Sănătatea Reproducerii în Republica Moldova pentru anii 2005- 2015
21. Standarde și recomandări de practică pentru efectuarea întreruperii electivă de sarcină, MSF, România, 2003
22. The care of Women Requesting induced abortion. Evidence-based Guideline No 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Due to review 2003.
23. Manual Vacuum aspiration : A summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide. Forrest C. Greenslade et al., Ipas, 1993
24. Ghid pentru furnizarea serviciilor la avort. Teresa McInerney etc., Ipas, 2003.
25. Sopwith W, Garner P, Hart A. (2001) Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review of decontamination procedures. Liverpool School of Tropical Medicine. Available online at: www.liv.ac.uk/lstm/deconreview.html.
26. Tang OS, Thong KJ and Baird DT. (2001) Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception* 64:29-32.
27. University of North Carolina. (2001) PRIME postabortion care. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).

28. World Health Organization. (2001) Basic documents. Forty-third edition. Geneva, World Health Organization.
29. Baird TL and Flinn SK. (2001) Manual vacuum aspiration: expanding women's access to safe abortion services. Chapel Hill, NC, Ipas.
30. Creinin MD. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 62:117-124.
31. Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 183(Suppl 2):S26-S33.
32. Creinin MD. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 62:117-124.
33. Gemzell-Danielsson K and Ostlund E. (2000) Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 79:702-706.
34. RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.
35. Cook R and Dickens B. (2000) Considerations for formulating reproductive health laws. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.1)
36. RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.
37. Berer M. (2000) Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organization* 78:580-592.
38. Baird T, Castleman LD, Gringle RE and Blumenthal PD. (2000)
39. Center for Reproductive Law and Policy. (2000) Making abortion safe, legal, and accessible: a tool kit for action. New York, Center for Reproductive Law and Policy. Comprehensive abortion care with Ipas MVA Plus™ – Reference manual and trainer's manual. Chapel Hill, NC, Ipas (forthcoming).
40. Ngai SW, Chan YM, Tang OS and Ho PC. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8:2139-2142.
41. AVSC International. (1999) Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff of hospitals and clinics. New York, AVSC International.
42. Borgatta L and Nickinovich D. (1997) Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 42:287-293.
43. Bertrand J and Tsui A. (1995) Indicators for reproductive health program evaluation. Chapel Hill, NC, The Evaluation Project.
44. Hakim-Elahi Tovell HM and Burnhill MS. (1990) Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 76:129-135.
45. Ordinul nr. 103 al MS de la 7.04.04 și Ghidul clinic „Înteruperea sarcinii în primul trimestru prin Aspirarea Vacuum Manuală”
46. WHO.1995. *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, WHO
47. Ashok PW, Penney GC, Flett GMM and Templeton A. (1998a) Aneffective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction* 13:2962-2965.
48. Population Council. (2000a) Burkina Faso: postabortion care. Upgrading postabortion care benefits patients and providers. Washington DC, Population Council, *Frontiers in Reproductive Health* World Health Organization. (2002a) Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/02.11)
49. United Nations. (2001 a) Abortion policies: a global review. Volume I Afghanistan to France. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/ 187)
50. MVA guide. Curriculumul NAF, SUA, 2002
51. Hyman, Alyson G., and Laura Castleman. 2005. *Women-centered abortion care: Reference manual*. Chapel Hill, NC, Ipas.
52. Healy, Joan, Karen Ostea and Janie Benson. 2006. Counting abortions so that abortions counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 95(2):209-20.
53. National Abortion Federation. 2006. *Clinical policy guidelines*. Washington, DC, National Abortion Federation.