

Introducere

Avortul astăzi este una din cele mai sigure proceduri medicale, cu condiția că este efectuat de către personal medical calificat, cu echipament oportun, tehnică corectă și 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 este nu mai mare de 1 la 100 000 proceduri (Alan Guttmacher Institute, 1999). În țările în curs de dezvoltare riscul de deces din cauza complicațiilor avortului efectuat în condiții nesigure este de câteva sute de ori mai mare decât atunci când avortul este efectuat de către profesioniști bine pregătiți în condiții sigure (OMS, 1998). Aspirația Vacuum Manuală, efectuată cu respectarea condițiilor unui avort sigur, este una dintre metodele de elecție de întrerupere a sarcinii în primul trimestru de gestație. Dilatarea și chiuretajul trebuie folosită doar atunci, când AVM sau avortul medicamentos nu sunt disponibile (OMS, 2003).

Scopul acestui ghid este ridicarea calității îngrijirilor în avort pentru femeile din Republica Moldova prin

- promovarea Aspirației Vacuum Manuale ca metodă sigură de avort
- promovarea celor mai bune practici în AVM, bazate pe dovezi științifice
- promovarea principiilor și drepturilor esențiale ale femeii în îngrijirile de avort, așa ca dreptul la consiliere, acord informat și calitate înaltă a serviciilor
- oferirea informației referitor la managementul optimal al complicațiilor legate de avort

Structura ghidului este concepută astfel, încât recomandările oferite să reflecte gradul de flexibilitate pe care îl are clinicistul într-o situație sau alta. În linii generale, atunci când rezultatele intervenției sunt binecunoscute, alegerea clinicistului este limitată. Atunci, însă, când rezultatele unei intervenții sunt incerte sau variabile, sau când preferințele pacientului pentru aceste rezultate sunt incerte sau variabile, practicianul are mai multe opțiuni de a-și ajusta acțiunile la cazul individual. Aceste variabile au fost reflectate în ghid prin propunerea a trei tipuri de intervenții (acțiuni) în conformitate cu gradul presupus de flexibilitate: intervenții standard, intervenții recomandate, intervenții opționale.

- **Intervențiile standard (S)** se aplică rigid. Ele trebuie urmate practic în toate cazurile. Excepțiile sunt foarte rare și dificil de justificat.
- **Intervențiile recomandate (R)** nu au forța recomandărilor standard, dar în caz că nu sunt respectate ele trebuie documentate și justificate prin considerente clinice raționale. Intervențiile recomandate oferă careva latitudine în managementul clinic.
- **Intervențiile opționale (O)** sunt neutre vizavi de alegerea tratamentului.

Ele reflectă doar faptul că există mai multe opțiuni și diferite persoane pot să facă o alegere diferită. Prezentarea lor în ghid contribuie la procesul de instruire, iar alegerea unei opțiuni sau altei nu necesită justificare.

Ghidul are 7 capitole.

Primul capitol - *Cine și unde poate să efectueze AVM* – se referă la cerințele față de personalul și instituțiile care efectuează AVM.

Capitolul II - *Consilierea și acordul informat* – stipulează drepturile de bază ale pacientei care a venit la avort.

Capitolele III - *Antibiotico-profilaxia peri-operatorie* și IV - *Proceduri pre-operatorii* – descriu volumul de investigații și alte proceduri importante în legătură cu AVM.

Capitolul V **Procedura de AVM** se referă nemijlocit la procedura de avort.

Capitolul VI **Supravegherea după AVM** stipulează principiile supravegherii post-avort.

Capitolul VII **Diagnosticul și Managementul complicațiilor** este descris managementul a așa complicații ale avortului ca hemoragia, perforația, șocul, infecția locală și sepsisul.

Cine și unde poate să efectueze AVM.

Procedura de AVM este o metodă sigură de avort atunci când este efectuată de personal calificat într-o instituție înzestrată oportun. (Anexa 5)

- Procedura de AVM poate fi efectuată de către un medic obstetrician-ginecolog cu pregătire necesară pentru a efectua AVM (S)
- Orice lucrător medical, care efectuează AVM, trebuie să fie instruit în performanțele procedurii, precum și în prevenirea, detectarea și managementul complicațiilor (S).
- Personalul din instituțiile, unde se efectuează AVM, trebuie să dispună de prezentul ghid clinic și să-l urmeze (R).
- Pacientele, cărora nu li se poate oferi procedura de AVM într-o anumită instituție, trebuie să fie referite la o instituție oportună (R).
- Instituția unde se efectuează AVM trebuie să dispună de echipament și accesorii conform listei din anexa 5 (S).
- Siguranța procedurii AVM, bazată pe respectarea standardelor, permite efectuarea ei atât în condițiile sălii de proceduri de staționar, cât și de ambulator (R).
- Fiecare instituție unde se efectuează AVM trebuie să dispună de instrucțiuni scrise privind managementul complicațiilor (S).

Consilierea și acordul informat.

1. Consiliați pacienta înainte de avort (S). Consilierea este discuția cu pacienta care a solicitat avortul și se simte 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. Procesul de consiliere poate fi facilitat prin oferirea de informații în scris referitor la subiectele discutate (O). in cadrul consilierii:

- Discutați despre decizia de a întrerupe sarcina și despre sentimentele ei în legătură cu asta (R). Convingeți-vă că decizia de a întrerupe sarcina este una benevolă (S).
- Oferiți informații exacte despre opțiunile posibile de a întrerupe sarcina, descrieți riscurile și beneficiile fiecărei metode (S). Această informație poate fi oferită atât în discuție individuală, cât și în grup (O).
- Oferiți informații exacte despre metodele de anestezie a procedurii, descrieți riscurile și beneficiile fiecărei metode (S). Această informație poate fi oferită atât în discuție individuală, cât și în grup (O).
- Oferiți informații exacte despre tehnica procedurii de AVM dacă pacienta a ales AVM (S).
- Oferiți informații exacte despre complicațiile procedurii de AVM (S) dacă pacienta a ales AVM (S).
- Discutați opțiunile de contracepție imediată după avort (S). Dacă pacienta pledează pentru DIU, fiți gata să-l inserați imediat după completarea avortului (R). Oferiți pacientei orice

altă metodă de contracepție aleasă de ea, sau referiți pacienta la serviciile de planificare familială pentru alegerea contracepției de lungă durată (R).

- Dacă pacienta a ales altă metodă decât AVM, urmați protocolul procedurii alese.
- Dacă pacienta a ales altă metodă decât AVM, și aceasta nu poate fi efectuată în instituția D-voastră, referiți pacienta la instituția respectivă.
- Respectați toate precauțiile rezonabile pentru a păstra confidențialitatea pe parcursul consilierii (S).
- Dacă problemele și necesitățile femeii se extind dincolo de scopurile și posibilitățile consilierii, referiți pacienta la serviciile oportune din comunitate – psiholog, asistent social, poliție, etc. (R).

2. Obțineți acordul informat la procedura de AVM (S) (Anexa 4). Acordul informat are ca scop de a se asigura că decizia de a întrerupe sarcina este benevolă și informată, și de a obține permisiune legală pentru avort. Permisivitatea legală pentru avort este un document scris, în care pacienta afirmă că ea înțelege esența procedurii și alternativele; riscurile potențiale, beneficiile și complicațiile; că decizia ei este fermă și benevolă; că ea este pregătită pentru a avea un avort. Informația necesară pentru a semna acest document este oferită de obicei pe parcursul consilierii. Oferiți informații suplimentare solicitate de pacientă pentru a semna acordul informat.

Antibiotico-profilaxia peri-operatorie.

- Indicați profilaxie cu antibiotice tuturor pacientelor care trebuie să urmeze un avort (R). Datele recente demonstrează, că administrarea de rutină a antibioticelor cu scop profilactic are avantaje comparativ cu antibiotico-profilaxia în grupul de risc (Anexa 3).
- Nu amânați avortul dacă antibiotico-profilaxia nu este la moment disponibilă (R).
- Administrați terapie cu antibiotice conform ghidurilor existente pacientelor cu indicații (R) (Anexa 3).
- Inițiați antibioticele la momentul inserării dilatatoarelor osmotice, în cazul în care acestea sunt folosite pentru pre-dilatarea colului (O).

Proceduri pre-operatorii .

- Obțineți și documentați istoricul medical (S)
- Confirmați sarcina (S). De obicei, tușeul vaginal și detectarea altor simptome ale sarcinii sunt suficiente pentru a confirma sarcina. Testarea de laborator sau examenul ecografic poate fi utilizată pentru confirmare (O). La termenele mici de sarcină, când semnele uterului sunt incerte, confirmați sarcina prin testarea la sarcină (R).
- Verificați și documentați vârsta gestațională (S). Diagnosticați vârsta gestațională conform I-ei zile a ultimei menstruații. Examenul ecografic poate fi informativ în verificarea sarcinii intrauterine și vârstei gestaționale (O).
- Examinați pacienta la prezența sarcinii ectopice dacă:

- examenul ecografic indică lipsa sarcinii intrauterine și testul la sarcină este pozitiv (S)

- pacienta cu testul la sarcină pozitiv are hemoragie vaginală și/sau dureri în bazinul mic (S).

Evaluarea poate include examen ecografic, aspirație uterină, aprecierea cantitativă în dinamică a GH (O).

- Apreciați Ht sau Hb la femeile cu istoric de anemie severă (R)
- Documentați factorul Rh la toate femeile care urmează un avort (S). Acest document poate fi obținut prin testare în instituția unde se efectuează avortul, sau într-o altă instituție medicală. În cazul în care pacienta deține un document care atestă factorul Rh (ex., buletin de identitate), testarea repetată nu este necesară.
- Apreciați semnele vitale (TA, ps, T) și efectuați examenul clinic dacă sunt indicații în baza istoricului medical sau simptomelor pacientei (R).

Procedura de AVM.

1. Considerați starea de confort a pacientei în timpul procedurii (S). Analgezice sau alte măsuri de asigurare a confortului trebuie oferite dacă nu există contraindicații (R). Anestezia locală cu agenți de tipul lidocainei, utilizată pentru alinarea disconfortului în timpul dilatării mecanice, este metoda de elecție în cazul în care pacienta a ales-o în cadrul acordului informat (R) (Anexa 4). Anestezia generală nu este recomandată deoarece este asociată cu rate mai mari de complicații comparativ cu anestezia locală (R).
2. În condiții de ambulator procedura AVM poate fi efectuată numai cu anestezie locală (S). Dacă pacienta alege anestezia generală, ea este referită către instituția, care i-o poate oferi (S).
3. Urmați instrucțiunile pentru tehnica procedurii de AVM (Anexa 1) (S).
4. Toate instrumentele ce pătrund în cavitatea uterină trebuie să fie sterile. (S). Vaginul poate să fie prelucrat cu un agent bactericid (O).
5. Predilatați cervixul la toate femeile nulipare cu vârsta sarcinii peste 9 săpt. de gestație, la femeile mai tinere de 18 ani, și la toate femeile cu vârsta sarcinii peste 12 săpt. de gestație (R). Predilatarea adecvată poate fi obținută prin utilizarea dilatoarelor osmotice sau administrarea misoprostolului 200 mg cu o oră înainte de procedură (O).
6. Dilatați cervixul gradual și gentil (R). La o vârstă gestațională foarte mică, folosiți predilatarea cu misoprostol (O).
7. În caz de necesitate, efectuați procedura sub control ecografic, care poate fi util pentru localizarea părților fetale și facilitarea extragerii lor, pentru verificarea uterului golit și intact (O).
8. Evaluați conținutul evacuat din uter; asigurați flotarea țesutului examinat și iluminarea lui dedesubt pentru identificarea produsului de concepție. Asigurați-vă de prezența sacului gestațional la vârsta de gestație sub 8 săpt., și de prezența părților embrionului după 8 săpt. (R). Poate fi efectuat examenul patomorfologic al țesutului (O).
 - 8.1. Dacă țesutul evaluat sau produsul de concepție este incomplet, reevaluați pacienta (S): reaspirați (R); efectuați examenul ecografic (R)
 - 8.2. Dacă în baza acțiunilor întreprinse în pp. 8.1. nu ați obținut țesut trofoblastic, urmați protocolul de excludere a sarcinii ectopice, și informați pacienta despre simptomele și riscurile sarcinii ectopice (S).
 - 8.3. Supravegheați pacienta până când diagnosticul de sarcină ectopică nu este exclus sau documentată referirea adecvată (S).
9. Inserați DIU, dacă aceasta a fost alegerea pacientei și ați obținut acordul informat.
10. Disponibilizați țesuturile după avort conform protocolului existent (S).

11. Prelucrați instrumentele după AVM conform Instrucțiunii Centrului Național de Medicină Preventivă nr. 09-3/1338 din 03.12.2002 „Privind prelucrarea instrumentelor de model „IPAS” pentru vacuum aspirație manuală (S).

Supravegherea după AVM.

Majoritatea complicațiilor serioase în urma avortului pot fi detectate în perioada imediată după avort. Accesibilitatea și calitatea serviciilor de îngrijire post-avort este o componentă importantă a bunăstării pacientelor.

- Verificați și documentați completarea procedurii (S).
- Oferiți și documentați administrarea antirezus imunoglobulinei tuturor pacientelor cu Rh negativ (S). Antirezus imunoglobulina poate fi injectată intracervical (O).
- Dacă antirezus imunoglobulina nu este administrată în instituție, efectuați una din cele ce urmează:
 1. documentați refuzul pacientei de a i se administra antirezus imunoglobulină
 2. documentați alte aranjamente pentru administrarea antirezus imunoglobulinei
- Asigurați supravegherea tuturor pacientelor în perioada imediată de recuperare după avort de către o persoană instruită în îngrijiri post-avort (S).
- Asigurați prezența medicului în instituție până când toate pacientele devin stabile (S).
- Pacienta poate părăsi instituția medicală imediat după ce simte că este capabilă s-o facă și semnele ei vitale sunt normale și stabile (R).
- Înainte de externare documentați următoarele criterii: stabilitatea TA și pulsului, durerile și hemoragia controlate (S).
- Oferiți instrucțiuni exacte pacientelor despre semnele și simptomele complicațiilor postoperatorii, precum și modalitatea de a cere ajutor în caz că aceste complicații survin (S). Instrucțiuni scrise trebuie oferite tuturor pacientelor (R).
- Înainte de externare, oferiți tuturor femeilor informații despre metodele de contracepție și, acelor care doresc, contraceptive sau referire la serviciile de planificare familială (R).
- După un avort medical, în mod ideal pacienta trebuie să vină la vizita de control peste 7-10 zile după procedură (O).
- Instituția trebuie să ofere un serviciu de contact de 24 din 24 ore, și să asigure referirea oportună în caz de necesitate (S).

Diagnosticul și Managementul complicațiilor.

Hemoragia

1. Dacă pacienta sângerează înainte de procedură, considerați sarcina ectopică sau avortul spontan (R).
2. Dacă pacienta sângerează excesiv pe parcursul procedurii, instituți măsuri de identificare a etiologiei hemoragiei și control al ei (S).

- Considerați procedura incompletă, atonia uterului, miom uterin, laceratii, perforatii, placenta acreta, sarcină cervicală sau în corn rudimentar, coagulopatii (R).
- Asigurați evacuarea completă a uterului dacă suspectați procedura incompletă (S). Țineți minte, că sângerarea peri-operatorie și post-operatorie este aproape întotdeauna cauzată de atonia uterului, adesea complicată de evacuarea incompletă. De aceea cele mai importante eforturi inițiale trebuie direcționate asupra evacuării complete a uterului, urmată de ridicarea tonusului prin administrarea de uterotonice. Efectuați ultrasonografia pentru a determina dacă uterul este golit și pentru a determina hemoragia ocultă (O).
- Efectuați masajul uterului sau administrați uterotonice (metilergometrină intracervical sau i/m; oxitocină (intracervical, i/m sau i/v; prostaglandine intracervical sau i/m) dacă suspectați atonia (O).
- Dacă suspectați o sursă cervicală de hemoragie, puteți asigura hemostaza prin compresia cervixului la nivelul fornixelor laterale prin aplicarea forcepsului fenestrat sau prin plasarea de sutură (O).
- Dacă suspectați coagulopatie, prelevați sânge pentru testele respective (O).
- In toate cazurile măsurați continuu volumul sângelui pierdut.

3. Dacă hemoragia continuă, instituiți următoarele măsuri (R):

- monitorizați și documentați TA, ps, starea clinică
- continuați măsurarea volumului sângelui pierdut
- administrați uterotonice
- stabiliți accesul i/v
- inițiați restituirea de volum adecvată
- pregătiți pacienta pentru transfer la instituția de referință dacă este necesar. Pacienta poate fi transferată la instituția de referință dacă hemoragia nu răspunde măsurilor terapeutice sau dacă hemodinamica pacientei este instabilă (S).

4. Hemoragia severă după procedura AVM este destul de rară, dar oricum trebuie menajată prompt. În timpul diagnosticului și tratamentului hemoragiei vaginale severe foarte minuțios trebuie monitorizate pulsul și presiunea arterială cu scopul de a depista la timp șocul. Semne de hemoragie vaginală severă:

- Eliminări sanguinolente abundente din vagin, de un roșu aprins, cu sau fără cheaguri
- Haine, pachete igienice, scutece îmbibate cu sânge
- Paloare (in special a pleoapelor interne, palmelor și guri).

4.1. Tratamentul inițial:

- Apreciați semnele vitale. Ridicați picioarele sau tălpile femeii în pat.
- Asigurați-vă că căile respiratorii sunt libere. Dați oxigen 6-8 l/min prin mască sau canulă nazală.
- Pentru a restabili volumul de lichide, imediat administrați fluide i/v (soluție Ringer lactat sau ser fiziologic cu rata de 1 l în 15-20 min). Poate să fie necesare de la 1 până la 3 l de lichide administrate i/v pentru a stabili o pacientă care a pierdut mult sânge sau este în stare de șoc.
- Hemoglobina de 5 g/100 ml sau mai mică, sau hematocrit de 15% sau mai mic, necesită hemotransfuzie.
- Dacă există vre-un semn de infecție – inclusiv febră, frisoane, puroi – prelevați hemocultura și administrați antibiotice cu spectru larg (i/v sau i/m). Dacă pacienta putea fi expusă la tetanus, sau istoricul ei de vaccinare este nesigur, administrați tetanus toxoid. (Expunerea la

tetanus este posibilă dacă avortul nu a fost efectuat cu instrumente sterile, sau plaga a fost contaminată cu murdărie).

- Faceți analgezie i/v sau i/m pentru controlul durerii (vezi Capitolul 3).
- Teste de laborator: hemoglobină sau hematocrit; grupa de sânge și factorul Rh; diureza.

4.2. Managementul definitiv - tratați cauza (cauzele) hemoragiei după cum urmează:

- Dacă există careva semne de traumă intra-abdominală (abdomen balonat, tensionat și dur, descreșterea sunetelor de peristaltică, semne de excitare peritoneală, grețuri/vomă, dureri în umăr sau abdominale, febră) sau sarcină ectopică, este necesar diagnosticul precis în continuare (laparoscopie sau laparotomie) și tratamentul imediat.
- Dacă, după examenul vaginal, se depistează careva leziuni sau ulceratii vizibile cervicale sau ale tractului genital, ele trebuiesc suturate.
- Tratați avortul incomplet prin evacuare, în funcție de vârsta sarcinii. Dacă uterul este de 12-14 săpt. sau mai mic, uterul poate fi evacuat prin AVM.
- După tratamentul cauzei hemoragiei, continuați monitorizarea semnelor vitale ale pacientei, diurezei, fluidelor, și ajustați tratamentul la starea pacientei.

5. In caz de hemoragie amânată după externarea din instituția unde s-a efectuat avortul, evaluați pacienta în aceeași instituție sau în orice serviciu de urgență (S).

Perforația

Perforația uterului ca complicație în cazul avortului incomplet este de obicei rezultatul introducerii a careva instrument în uter cu scopul inducerii avortului. Această situație poate să fie periculoasă pentru viață, și este necesar un management agresiv. Există un risc sporit de infecție și de lezare a organelor cavității abdominale sau bazinului mic. Dacă perforarea uterului survine în timpul procedurii AVM, de obicei este vorba de un defect foarte mic. Dacă complicația este recunoscută devreme și sunt luate măsurile de precauție necesare, laparotomia este necesară doar foarte rar. Contractarea uterului după evacuare adesea închide orificiul și stopează hemoragia.

1. Considerați perforația înainte de procedură atunci când femeia are

- puls frecvent
- presiune arterială joasă
- hemoragie excesivă
- istoric de inducere instrumentală a avortului

Considerați perforația in timpul procedurii dacă:

- vre-un instrument a pătruns la adâncime mai mare decât cea așteptată (în baza examenului bimanual) (S)
- pacienta simte dureri mai mari decât cele așteptate în timpul procedurii
- vacuumul din seringă dispare
- femeia sângerează excesiv
- printre țesutul extras din uter este prezent oment sau intestin
- pacienta simte dureri neordinare și persistente în perioada imediată de revenire

1.1. Dacă suspectați perforația și canula este în cavitate uterului, opriți imediat aspirația înainte de a extrage canula din uter (S).

1.2. Dacă suspecți perforația este mai sigur să menajați pacienta ca având perforație până la proba contrarie (R).

2. In caz de perforație supravegheați pacienta foarte riguros, chiar dacă ea este asimptomatică (S):

2.1. Dacă perforația s-a depistat când evacuarea este completă:

- Instituți administrarea i/v de fluide și antibiotice (O).
- Administrați uterotonice (ergometrină 0,2-0,5 mg i/m) (O).
- Supravegheați timp de două ore; apreciați semnele vitale frecvent; faceți pregătirile pentru referirea eventuală:

- Dacă pacientă se stabilizează și hemoragia diminuează, administrați ergometrină (0,2-0,5 mg) și continuați supravegherea în cursul nopții.

- Dacă starea pacientei se înrăutățește și hemoragia nu stopează necâtând la doze crescute de oxitocină și ergometrină, poate să fie necesară laparoscopia sau laparotomia pentru a localiza și repara sursa de hemoragie. Transferați pacienta la spital sau referiți pacienta la un nivel mai înalt dacă este necesar (O)

2.2. Dacă perforația s-a produs când evacuarea nu este completă dar înainte de a altera sarcina, procedura poate fi finisată imediat, sau amânată, sau referită la alt specialist (O).

2.3. Dacă perforația s-a produs când evacuarea nu este completă dar după alterarea sarcinii, procedura trebuie finisată cât mai repede posibil (R).

- Inițiați administrarea i/v de fluide și antibiotice. Apreciați hematocritul femeii, și pregătiți-vă de hemotransfuzie sau transfuzie de plasmă dacă vor fi indicații.
- Completați procedura sub control vizual direct pentru a aprecia trauma uterului și cervixului și pentru a preveni lezarea organelor abdominale, așa ca intestinul. Dacă vizualizarea directă nu este posibilă, referiți pacienta la un nivel mai înalt.

- Evacuarea uterului poate fi completată sub control ecografic direct (O).

- Avortul poate fi completat sub control laparoscopic (O).

- Avortul poate fi completat prin mini-laparotomie (O).

- Reparați leziunea dacă este necesar prin ambele coagularea vaselor sau suturarea defectului. Asigurați-vă că intestinul este intact și nu-s traumatate alte organe abdominale. (Dacă cervixul este alterat dincolo de plaga reparată sau este vorba de o perforație uterină masivă poate să fie necesară histerectomia).
- După intervenție, administrați oxitocice (dacă nu a fost înlăturat uterul), și timp de două ore monitorizați semnele vitale fiecare 15 min.

- Dacă pacientă se stabilizează și hemoragia diminuează sau stopează, administrați ergometrină (0,2-0,5 mg) și continuați supravegherea în cursul nopții.

- Dacă starea pacientei se înrăutățește pregătiți-vă să referiți pacienta la instituție specializată.

3. Spitalizați/pregătiți pacienta pentru îngrijire definitivă dacă (S):

- ați depistat viscera intraabdominală în cavitatea uterină, cervix, vagin, tubul de aspirație, sau în țesutul examinat
- ați depistat părți fetale în cavitatea abdominală
- ați depistat hematom intra-abdominal crescând

- este prezentă instabilitatea hemodinamicii.

Șocul

Șocul este o stare care amenință viața, și necesită tratament imediat și intensiv pentru a salva viața pacientului. Șocul este întreruperea oxigenării și circuitului sanguin în țesuturi din cauza deteriorării generale a sistemului circulator. În cazurile avortului incomplet, șocul este cauzat de obicei de hemoragie, sepsis sau traumă; orice femeie, care are semne ale acestor stări trebuie de asemenea să fie evaluată pentru șoc.

1. Considerați șocul în prezența următoarelor semne:

- Puls accelerat, slab (frecvența 110 pe min sau mai mult)
- Presiune arterială joasă (diastolică sub 60)
- Paloare (în special a pleoapelor interne, palmelor, sau gurii)
- Transpirații
- Respirație frecventă (30 pe min sau mai mult)
- Anxietate, confuzie, sau obnubilarea conștiinței.

2. Tratament inițial. Primele etape în tratamentul șocului sunt salvatoare de viață.

- Apreciați semnele vitale. Ridicați picioarele pacientului sau tălpile în pat. Mențineți pacientul cald, deoarece hipotermia este periculoasă, dar nu aplicați surse externe de încălzire. Poziționați capul pacientei lateral în eventualitatea vomitării, ca să se producă aspirația. Nu administrați NIMIC (fluide, droguri, mâncare) pe cale orală.
- Asigurați-vă că căile respiratorii sunt libere. Dați oxigen 6-8 l/min prin mască sau canulă nazală.
- Asigurați poziția ridicată a picioarelor în pat pentru a asigura refluxul de sânge la inimă. Dacă aceasta cauzează dificultăți de respirație, poate să fie vorba de insuficiență cardiacă sau edem pulmonar; în acest caz, coborâți picioarele și ridicați nivelul cordului pentru a diminua presiunea asupra plămânilor.
- Pentru a restabili volumul de sânge, administrați imediat fluide (soluție Ringer lactat sau ser fiziologic cu rata de 1 l în 15-20 min). NU ADMINISTRAȚI fluide prin gură.
- Hemoglobina de 50 g/l sau mai mică, sau hematocrit de 15% sau mai mic, necesită hemotransfuzie.
- Dacă există vre-un semn de infecție – inclusiv febră, frisoane, puroi – prelevați hemocultura și administrați antibiotice cu spectru larg (i/v sau i/m).
- Teste de laborator: hemoglobină sau hematocrit; hemoleucograma completă, inclusiv trombocitele; grupa de sânge și factorul Rh; electroliți și indicatorii funcției renale, diureza.
- Verificați și extrageți orice produse de concepție prezente în vagin.

3. Tratamentul în continuare - tratați prompt cauza de bază a șocului cu monitorizarea continuă a stării pacientei. Deoarece o cauză frecventă a șocului la pacientele după avort este reținerea produselor de concepție, evacuarea uterului (sau, dacă este necesar, reevacuarea), constituie o parte esențială a managementului definitiv.

Sepsisul

1. Considerați infecția locală sau generalizată în următoarele
Semne:

- Febră, frisoane sau transpirații
- Eliminări din vagin cu miros anormal
- Abdomen balonat
- Presiune arterială joasă

Simptome

- Istoric de interferență cu sarcina
- Dureri abdominale
- Semne de excitare a peritoneului
- Hemoragie prelungită
- Disconfort general; simptome gen gripă

2. Considerați risc sporit de șoc septic dacă

- avortul a fost mai tardiv decât 14 săptăm.
- femeia face febră înaltă sau are temperatură subnormală
- sunt prezente are orice semne de traumă intraabdominală, sau orice semne de șoc

3. Managementul infecției locale:

- Administrați imediat antibioticele cu spectru larg de acțiune efective contra agenților Gram-negativi, Gram-pozitivi, anaerobi, și chlamidia.
- Dacă femeia ar fi putut fi expusă la tetanus, sau istoricul ei de vaccinare este nesigur, administrați-i tetanus toxoid. (expunerea la tetanus este posibilă dacă avortul nu a fost efectuat cu instrumente sterile, sau plaga a fost contaminată cu murdărie).
- Faceți analgezie dacă este necesar.

4. Managementul infecției mai generalizate, sau pacientelor din grupul de risc de șoc septic:

- Apreciați semnele vitale. Nu administrați NIMIC (fluide, droguri, mâncare) pe cale orală.
- Inițiați imediat administrarea de antibiotice cu spectru larg de acțiune care sunt efective contra agenților Gram-negativi, Gram-pozitivi, anaerobi, și chlamidia (dacă este disponibil laboratorul bacteriologic, prelevați cultura înainte de administrarea antibioticelor).. Dacă femeia ar fi putut fi expusă la tetanus, sau istoricul ei de vaccinare este nesigur, administrați-i tetanus toxoid. (Expunerea la tetanus este posibilă dacă avortul nu a fost efectuat cu instrumente sterile, sau plaga a fost contaminată cu murdărie).
- Asigurați-vă că căile respiratorii sunt libere. Dacă pacienta este instabilă, dați oxigen 6-8 l/min prin mască sau canulă nazală.
- Dacă femeia devine instabilă, administrați fluide (soluție Ringer lactat sau ser fiziologic cu rata de 1 l în 15-20 min). NU ADMINISTRAȚI fluide prin gură
- Teste de laborator: dacă femeia a pierdut mult sânge sau pare anemică, apreciați hemoglobina sau hematocritul; hemoleucograma completă, inclusiv trombocitele; grupa de sânge și factorul Rh; diureza.
- Roentghenografia abdominală: roentghenografia abdominală în decubit dorsal poate depista aer sau nivel de lichid în intestine. În cazul infecției clostridiene, gazele pot fi văzute în țesuturi. De asemenea poate fi confirmată prezența DIU. Roentghenografia abdominală în poziție verticală poate demonstra aer sub diafragmă din perforația uterină sau intestinală.
- Managementul definitiv. in cazul sepsisului, tratamentul prompt definitiv al sursei de infecție poate fi salvator de viață. Cea mai frecventă sursă de infecție sunt țesuturile reziduale ale produsului de concepție. Infecția poate să se răspândească, și atunci pot fi mai multe surse de infecție. Considerați posibilitatea traumei intraabdominale, abcesului pelvian,

peritonitei, gangrenei gazoase, sau tetanusului. Toate sursele de infecție trebuie tratate. Adicional, dacă femeia are DIU, el trebuie înlăturat. Evacuarea uterului prin AVM imediat după instituirea terapiei cu antibiotice constituie tratamentul esențial pentru înlăturarea produselor reziduale de concepție (R). Trauma intraabdominală, abcesul pelvian, peritonita trebuie tratate prompt, și adesea se recurge la intervenție chirurgicală. Managementul gangrenei gazoase și tetanusului necesită îngrijiri specializate la un centru de nivel înalt.

- Tratamentul în continuare. După tratamentul cauzei infecției, continuați monitorizarea semnelor vitale ale pacientei, diurezei, balanței de lichide, și ajustați tratamentul la starea pacientei.

Anexa 1: Tehnica avortului prin aspirația vacuum manuala.

Procedura avortului

1. Respectați tehnica „non-contact”: porțiunile instrumentelor ce vor trece prin cervix sunt sterile; tehnica permite folosirea mănușilor de examinare nesterile

2. Respectați precauțiile universale privind sângele și alte lichide biologice

- A se proteja medicul și personalul medical de contactul direct cu sângele pacientei, secreția vaginală, lichidul amniotic și țesuturile fetale
- Recomandări de protecție
 - A folosi ecran protector pentru ochi
 - A acoperi toate porțiunile de contact cu material impermeabil
 - A schimba hainele murdare imediat după procedură
 - A evita înțeparea cu ace sau alte obiecte ascuțite

3. Pregătirea către procedură

- Dacă sunt indicate, se administrează substanțe analgezice sau/și sedative
- Femeia este poziționată în decubit dorsal, folosind fixaj pentru genunchi. Pelvisul trebuie să fie la marginea mesei.
- Curățiți vaginul și cervixul cu soluție antiseptică
- Injecțaiți 1ml de soluție anestezică locală pe suprafața cervixului la orele 12 înainte de aplicare tenaculumului. Se atașează tenaculumul și se efectuează blocajul cervical.

4. Dilatarea cervixului

Este necesară o dilatare adecvată pentru siguranța și confortul pacientei în timpul procedurii. Pentru procedura din primul trimestru, în cazul folosirii canulei flexibile, dilatarea de obicei nu este necesară.

Dilatarea ușoară a cervixului, în caz de necesitate, poate fi efectuată prin diferite tehnici:

- Dilatatoare rigide cu vârf rotunjit: Pratt, Hanks, Denniston.
- Dilatatoare metalice: Hegar: procedură rapidă și unică, dar mai dureroasă, cu risc sporit de apariție ale complicațiilor de tipul perforării sau lacerării canalului cervical.
 - Dacă se folosesc dilatatoare rigide, de început cu cel mai mic diametru, până se ajunge la diametrul potrivit.
- Agenți pentru maturizarea cervicală de tipul misoprostolului (200 mg per os sau vaginal, cu cel puțin 1 oră înainte de procedură)

5. Efectuarea aspirării uterine

- Pregătirea seringii MVA
 - Se închid valvele
 - Se creează vacuumul: se trage pistonul până la capăt.
- Alegerea diametrului potrivit de canulă

- Mulți medici preferă diametrul canulei 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 9-10mm.
- Majoritatea doctorilor folosesc canule flexibile standarde de 6-, 7-, 8-mm, pentru toate termenele până la a 10-a săptămână de gestație, fără a folosi dilatatoare rigide.

- Atașarea adaptorului potrivit la seringă
- 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 a nu fi contact cu fundusul.

* Rotirea canulei în jurul axei sale va face trecerea prin canal mai ușoară.

- Se atașează seringă MVA la canulă.
- Se efectuează aspirația uterină:
 - Valvele seringii se deschid
 - Se mișcă canula înainte/înapoi combinat cu mișcări de rotație. Canula se scoate și se oprește aspirația numai atunci când seringă este plină sau procedura de evacuare s-a terminat.
 - 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.
 - A evita atingerea pistonului seringii când aceasta este atașată la canula în uter. Aceasta poate cauza împingerea conținutului uterin evacuat din seringă înapoi în uter.
 - 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.

6. Sfârșitul procedurii

- Canula este scoasă din cervix.
- Se detașează tenaculumul; de observat dacă sângerarea din canal sau de pe locul aplicării pensei este în limitele normei.
- Se scoate speculumul; se șterge atent de sânge sau alți fluizi vulva. Instrumentele se pun direct în soluția de decontaminare.
- A ajuta pacienta a se ridica din poziție de decubit dorsal în cea semișezândă.

7. Evaluarea țesutului placentar

- Examinarea trebuie efectuată cu pacienta aflată încă în sala de operație în caz că e nevoie de sonografie sau reaspirare.
- A elibera conținutul seringii MVA printr-o strecurătoare.
- A spăla conținutul strecurătoarei cu apă rece, plasându-l apoi într-un vas transparent.
- Dacă e posibil, de efectuat examinarea la lumină pentru a facilita evaluarea.
- Avortul se consideră reușit atunci când:
 - Placenta și membranele ei sunt identificate
 - Volumul țesutului corespunde cu termenul de gestație.
 - Țesutul fetal (părțile fetale) se identifică după 9 săptămâni. în sarcini care au depășit 9 săptămâni, toate părțile fetale sunt diferențiate și identificate.

- Dacă avortul este incomplet, imediat se face reaspirarea uterului.

II. Examinarea țesutului pentru determinarea complicațiilor

1. Avortul incomplet:

- Dacă oricare din țesutul somatic fetal este prezent în aspirat, sunt mai mult de 8 săptămâni de sarcină.
- Dacă vre-un element somatic așteptat lipsește din țesutul examinat, de cercetat toate instrumentele și materialele pentru căutarea fragmentului scăpat din vedere. Dacă nu-i posibil de găsit - de presupus că elementul somatic este încă în uter.
- De efectuat o ultrasonografie pentru a controla desăvârșirea golirii uterului.

2. Sarcina ectopică. Dacă aspiratul nu conține rezultatul așteptat al concepției, trebuie de presupus o sarcină ectopică. Femeia trebuie să fie investigată mai departe.

3. Țesuturile anormale cer aprecierea de către un morfopatolog pentru a exclude mola hydatiformă sau choriocarcinoma.

Anexa 2: Controlul durerii in avortul din primul trimestru prin AVM

Riscurile anesteziei generale vis-a-vis de cea locală

- Generală: riscul crescut de apariție ale hemoragiilor, perforației, rupturilor de țesut în regiunea cervicală, complicațiilor respiratorii datorită efectului sistemic ale agenților anestezici. Complicațiile în urma anesteziei generale au fost înregistrate ca fiind cauză principală de deces după avort în Statele Unite în anii '80.
- Locală: risc înalt de rețineră a produselor de concepție (avort incomplet); toxicitate locală ale preparatelor anestezice, dacă acestea sunt folosite în doze mari.

Avantajele anesteziei locale

- Pacienta poate explica ceea ce simte.
- Scăderea după operație a duratei perioadei de grețuri: poate părăsi clinica ușor și repede, fără persoană de suport, e capabilă să asculte și să recepționeze sfaturile medicului.
- Risc scăzut de aspirație pulmonară când pacienta mănâncă sau bea înaintea procedurii.
- Cost scăzut.

Suportul psihologic ajută considerabil în reducerea anxietății, în special când se folosește anestezia locală fără sedative

- Suportul psihologic este absolut necesar pentru reușita unui avort, efectuat atât în staționar cât și la nivele primare de asistență medicală, în afara staționarului.
- Oferit corect, suportul psihologic va reduce frica femeii și sentimentele ei de durere.
- Pentru obținerea rezultatelor preconizate este necesară prezența personalului medical instruit în consiliere, atât înainte de procedură, pe parcursul ei, cât și după ea.

Opțiuni de control al durerii

Anestezie locală și folosirea suportului psihologic.

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

- Paracetamol 500-80 mg administrate oral cu 30-60 minute înainte de operație.
- Diazepam 5-10 mg administrate oral cu 30-60 minute înainte de operație.
- Poate fi administrată intravenos 0,4-0,5 mg de atropină pentru a preveni reacția vasovagală în timpul dilatării.

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

Exemplu de regim

- Diazepam administrat intravenos 5-10 mg.
- Fentanyl 0,025mg (0,5cc) inițial, urmat de 0,025mg la intervale de 1-2 minute, până la maximumul de 0,1mg (2cc)

Blocada cervicală

Exemple de tehnici.

- Blocada paracervicală (a ligamentelor uterosacrale), în locul de reflecție a epiteliului cervico-vaginal, în două sau patru locuri ale submucoasei.
- Blocajul intracervical, sub un unghi de 45 de grade în direcție laterală. Injecțiile se fac adânc în stroma cervicală (acul intră complet) la orele 3 și 9.
- Se injectează 1-2ml în submucoasă la orele 12 până se formează o "bulă". Apoi acul avansează până la joncțiunea dintre cervix și segmentul uterin inferior unde se mai injectează încă 2-4 ml. Pensa-col se aplică pe locul anesteziat. Injecțiile se repetă la orele 4 și 8, folosind același procedeu (la început superficial, iar apoi avansând până la joncțiune). Alternativ, se injectează cantități mai mici în cinci locuri, la orele 12, 3, 4, 8 și 9.

Sfaturi pentru mărirea toleranței pacientei.

- La introducerea acului a ruga pacienta să tușească pentru a masca durerea.
- După efectuarea unui bloc, de așteptat cel puțin 2 minute până a începe procedura.
- Doza recomandată de anestezic local: Lidocaina: 4 mg/kg; max. = 200mg = 20 ml 1%.

Reacții adverse.

- Hipersensivitate: urticarie, prurit, edem, tahicardie, tuse, grețuri, anafilaxie.
- Acțiunea toxicității (în funcție de doză).
 - Sistemul nervos central: slăbiciuni, insomnie, anxietate, tremur, ticuri nervoase, înrăutățirea vederii, convulsii, insuficiență respiratorie.
 - Sistemul cardiovascular: bradicardie, aritmie, hipotensiune, stop cardiac, colaps.
- Metode de rezolvare:
 - Menținerea deschisă a căilor respiratorii, administrarea oxigenului prin cavitatea nazală, a fi pregătit pentru intubare endotraheală.
 - Convulsii: în status epilepticus se administrează thiopental, amytal sau diazepam intravenos.
 - Colaps vascular: fluizi intravenoși, substanțe vasopresoare.

Anexa 3: Profilaxia cu Antibiotice pentru Infecția Post-Avortum

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

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

Criterii pentru profilaxie cu antibiotice axată (vs. de rutină) :

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

Regimurile profilactice de antibiotice.

- Doxiciclină 200 mg oral cu 30-60 min înainte de operație.
- Regim alternativ: metronidazol 1 g oral înainte de operație, apoi 500 mg oral fiecare 6 ore următoarele 3 doze.
- In ariile cu incidența înaltă a chlamidiozei, unii clinicieni tratează toți pacienții într-un regim terapeutic post-avortum de 3 zile.

Anexa 4: Model de acord informat la procedura de Aspiratie Vacuum Manuală

Acordul informat pentru procedura de avort prin AVM

Vacuum aspirația este procedeul prin intermediul căruia conținutul cavității uterine sunt evacuate prin o canulă specială folosind presiunea negativă produsă de o pompă electrică sau de o sursă manuală de vacuum. Canula este moale, flexibilă, nu atinge pereții uterului și, din această cauză, vacuum aspirația este mai puțin traumatică.

Pentru aspirare se folosește presiunea negativă produsă de o seringă specială și canule flexibile de plastic de diferite dimensiuni (de la Nr. 4 până la 12) în funcție de termenul de sarcină.

Avantajele aspirației vacuum manuale:

1. Prin această metodă se evită traumatizarea colului uterin și a endometrului:

- până la termenul de 7 săptămâni canula poate fi introdusă în uter fără dilatarea colului uterin.
- chiuretaj de control al cavității uterine nu este necesar.

2. Examinarea imediată a aspiratului obținut (oul fetal rămâne intact în seringă) permite de a confirma evacuarea completă a conținutului din uter și a diagnostica precoce sarcina extrauterină.

3. Procedura durează mult mai puțin decât chiuretajul și poate fi efectuată sub anestezie locală. În acest caz pacienta părăsește spitalul peste 15 – 30 minute.

4. Multiple studii științifice arată că numărul complicațiilor severe și a sterilității este mult mai redus în vacuum aspirație față de chiuretaj.

Etapele procedurii MVA:

- Medicul Vă examinează pentru aprecierea termenului de sarcină și particularităților D-voastră anatomice
- Organele genitale se prelucrează cu antiseptic
- Se recurge la metoda de anestezie pe care ați ales-o Dumneavoastră
- Se dilată colul uterin
- In uter se introduce canula pentru aspirație și cu ajutorul seringii se aspiră țesuturile de concepție
- Se înlătură instrumentele din uter și vagin
- Se examinează țesuturile extrase pentru a se asigura că sarcina a fost întreruptă

Trebuie să fiți conștientă de faptul, că în toate procedurile chirurgicale, medicale și de diagnosticare există unele riscuri pentru infecție, coagularea sângelui în vene și plămâni, hemoragie, șoc, reacții alergice și chiar moartea.

In legătură cu procedura specifică de întrerupere a sarcinii, există următoarele riscuri și pericole:

- Hemoragie, care poate cere dilatare și chiuretaj pentru a înlătura cheagurile sau resturile din uter.
- Avort incomplet sau continuarea sarcinii, care poate necesita o intervenție suplimentară.
- Infecția uterului, trompelor și a ovarelor.
- Sterilitate sau incapacitate de a naște copii.
- Stenoză cervicală cu necesitate de redilatare.

- Eșecul revenirii la ciclul menstrual.
- Formarea țesutului cicatrizant intrauterin.
- Col uterin incompetent.
- Perforarea uterului cu vătămarea uterului, ovarelor, altor organe vecine, care pot necesita intervenție abdominală și operație de restabilire a intestinului , a vezicii urinare, uterului sau a vaselor sangvine, sau histerectomia (înlăturarea) uterului
- Moartea in urma complicațiilor anesteziei sau procedurii de întrerupere a sarcinii

Aceste complicații , insa, sunt extrem de rare in Aspirarea Vacuum Manuala.

In unele cazuri medicul poate să nu depisteze sacul gestațional sau părți ale embrionului în țesutul aspirat. Aceasta poate să însemne că aveți o sarcină extrauterină. in așa caz veți primi informația necesară de la medicul dvs. referitor la conduita de mai departe.

Anestezia implică riscuri și pericole suplimentare, dar aplicarea mijloacelor anestezice este necesară pentru ușurare și protecție de durere în timpul procedurilor prevăzute și a celor suplimentare. Anestezia, posibil, va trebui să fie modificată fără ca să primiți explicații în timpul procedurii. În urma folosirii oricărui mijloc anestezic pot surveni probleme respiratorii, reacții la medicamente, paralizia, vătămarea creierului și chiar moartea, însă aceste complicații sunt extrem de rare și specifice mai mult anesteziei generale.

In afară de anestezia generală, mai puteți alege anestezia locală!

Avantajele anesteziei locale:

- sunteți în contact cu medicul, sunteți stăpână pe propriile senzații
- in caz de complicații diagnosticul este pus imediat, ceea ce este dificil in caz de anestezie generală
- sunteți scutită de riscurile anesteziei generale
- hemoragia in timpul procedurii este mai mică
- după procedură sunteți n conștiință, nu este nevoie de timp ca să reveniți la normal de la starea de somnolență care survine după anestezia generală

In caz de anestezie locală în timpul procedurii MVA veți simți atingerile, dar durerea va lipsi. Poate să persiste senzația de durere moderata în partea de jos a abdomenului (comparabilă cu aceea pe care o aveți în timpul menstruației, când ultima este dureroasă), de o intensitate mai mare sau mai mică, dar aceste crampe sunt absolut suportabile, mai ales că procedura este de scurtă durată.

Trebuie să știți, că în săptămânile care urmează după avort aveți aceleași șanse să deveniți gravidă ca și după o menstruație obișnuită. De aceea este strict necesar să **discutați cu medicul și să alegeți chiar acum o metodă de contracepție.**

Fiind conștientă de decizia de a întrerupe sarcina, cerând întreruperea sarcinii și citind acest formular Dumneavoastră împărțiți responsabilitatea pentru rezultatul acestei proceduri cu clinicienii si personalul care Vă oferă aceste servicii și nu aveți nici o pretenție în cazul survenirii unor complicații din cele enumerate.

Numele, prenumele pacientei _____

Data

Semnătura

Anexa 5: Echipament și accesorii pentru instituțiile unde se efectuează AVM

I. Pentru procedura AVM

Înainte de a începe procedura de AVM, încredințați-vă că următorul echipament și accesorii sunt disponibile în încăperea, în stare de lucru.

Furnitură și Echipament:

- Masă de examinare ginecologică
- Sursă puternică de lumină, de exemplu lampă
- Scaun pentru clinician (opțional)
- Vas de plastic cu soluție pentru decontaminare (0,05% clorină)

Instrumente și accesorii:

- Valvă vaginală
- Pensă „tire-balle”
- Forceps (pensă fenestrată)
- Wată, tifon
- Soluție antiseptică (preferabil non-alcoolică)
- Dilatatoare mecanice (Hegar, sau conice tip Pratt sau Denniston)
- Dilatatoare osmotice dacă sunt disponibile (tip Dialapam, Lamicel)
- Seringă de 10 ml și ac spinal mărimea 22 pentru blocul paracervical (opțional)
- Mănuși: noi sau curate, grad înalt de dezinfecție pentru examinare
- Noi sau curate, dezinfectate pentru prelucrarea instrumentelor

Instrumente AVM:

- Seringi vacuum
- Canule flexibile de diferite dimensiuni
- Adaptoare
- Silicon pentru lubrifierea seringilor
-

Pentru inspecția țesutului

Biopsia endometrului:

- Fixative
- Receptacol conform cerințelor laboratorului patomorfologic

Avortul incomplet, avortul în primul trimestru sau reglarea menstruației:

- Dispozitiv pentru filtrare (metalic, din plastic sau tifon)
- Vas transparent
- Sursă de lumină

Pentru resuscitarea de urgență

Se întâmplă rareori în cazul evacuării conținutului uterului, dar este necesar pentru cazurile de urgență:

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

Pentru dezinfectia de grad înalt sau sterilizarea instrumentelor:

- Containere nonmetalice
- Detergent
- Apă curată
- Soluție de clorină
- Dezinfectant de grad înalt sau agent de sterilizare
- Vas larg pentru fierberea canulei (opțional)

II. Medicamente

- Pentru analgezie (ex., paracetamol, ibuprofen)
- Anxiolitice (ex. Diazepam)
- Anestezice (lidocaină 0,5 – 1 %)
- Pentru facilitarea dilatării colului uterin - Misoprostol (Cytotec) 200 mg
- Pentru tratamentul complicațiilor. Nu este necesar în fiecare sală de tratament, dar trebuie să fie disponibil pentru clinician:
 - Antibiotice cu spectru larg
 - Tetanus toxoid
 - Uterotonice
- Pentru resuscitarea de urgență:
 - Atropină
 - Diazepam

Decontaminarea și sterilizarea echipamentului de AVM se efectuează conform Instrucțiunii Centrului Național de Medicină Preventivă nr. 09-3/1338 din 03.12.2002 „Privind prelucrarea instrumentelor de model „IPAS” pentru vacuum aspirație manuală”.

Instrucțiuni metodice privind prelucrarea instrumentelor de model „ IPAS” pentru vacuum aspirație manuală Nr. 09-3 1338 de la 03.12.02 al Centrului național științifico-practic de medicină preventivă.

1. Decontaminare. In conformitate cu standardul ramural 42-21-2-85 „Dezinfectia și sterilizarea utilajului și echipamentului medical. Metode, remedii și regim (expunere)”.

Instrumentele se plasează într-un container de plastic cu soluție de 3,0% de cloramină, sau de clorină 0,5%. Ultimele pot fi înlocuite cu soluție de H₂O₂ de 4%, sau clorură de var 3 %.

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

După decontaminare instrumentele pot fi luate numai folosind mănuși. în așa mod ca să fie complet acoperite cu lichid. Timpul de expoziție - minimal 30 minute. Se folosesc mănuși sau pensa pentru a scoate instrumentele din soluție.

Etapă următoare constă în prelucrarea separata preliminară a tuturor elementelor seringii și canulelor.

2. Se spăla minuțios instrumentele în apă caldă (40 grade) cu detergent (fără săpun). Se folosesc mănuși și echipament de protecție. *

Dacă vârful canulei este blocat cu țesut sau masă biologică, se spăla 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 seringă: se înlătura 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 spăla 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.

***Această prelucrare este în conformitate cu cerințele Ordinului MS Nr. 311 din 12.12.97 „Cu privire la perfecționarea asistenței medicale a persoanelor cu imunodeficiență (SIDA)”, standard ramural 42-21-2-85.**

3. Prelucrarea seringilor pentru VAM

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

4. Prelucrarea canulelor pentru VAM

Canulele trebuie sterilizate sau prelucrate prin dezinfectare la un nivel înalt.

Canulele pot fi sterilizate sau dezinfectate , utilizând :

Sterilizare

Soluție de glutaraldehidă , (SAIDEX), Deconex, Pentacid - 10 ore, Gegasept FF-2%- 15 min. sau Lizoformină de 8% - 4 ore.

Dezinfectare de grad înalt

Soluție de H₂O₂ 6%, t 40 grade, 80 minute. Soluția se schimbă zilnic.

Soluție de glutaraldehidă (SADEX), Pentacid, Deconex, temperatură obișnuită - 30 minute,

Lizoformină 1% - 60 minute sau de 2% - 30 minute, Gegasept FF 1% - 15 min.

Fierbere timp de 15 min.

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 un instrument steril, apucând-o de vârful opus aperturii. Se folosește imediat. Instrumentele sterile (dezinfectate) se păstrează o zi.

La pregătirea instrucțiunii metodice au colaborat : Rodica Comendant, conferențiar universitar, dr.șt.medicale, catedra Obstetrică Ginecologie a USMF N. Testemițanu și V. Andriuță, șef de secție CNȘPMP al MS.

Adjunctul med. șef sanitar de stat al RM, director general, dr. h.ș.m. M. Magdei