



Manuale di pratica clinica per la cura dell'aborto di qualità



World Health
Organization

human
reproduction
programme **hrp**
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Manuale di pratica clinica per la cura dell'aborto di qualità

Manuale di pratica clinica per la cura dell'aborto di qualità

ISBN 978-92-4-007520-7 (versione elettronica)

ISBN 978-92-4-007521-4 (versione cartacea)

© Organizzazione mondiale della sanità 2023

Alcuni diritti riservati. Quest'opera è disponibile con licenza Creative Commons Attribution NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

In base ai termini di questa licenza, è possibile copiare, ridistribuire e adattare l'opera per scopi non commerciali, a condizione che l'opera sia opportunamente citata, come indicato di seguito. In qualsiasi utilizzo di questo lavoro, non dovrebbe esserci alcun suggerimento che l'OMS approvi organizzazioni, prodotti o servizi specifici. L'uso del logo dell'OMS non è consentito. Se adatti il lavoro, devi concedere in licenza il tuo lavoro con la stessa licenza Creative Commons o equivalente. Se crei una traduzione di quest'opera, dovresti aggiungere la seguente dichiarazione di non responsabilità insieme alla citazione suggerita: "Questa traduzione non è stata creata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS non è responsabile del contenuto o dell'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale inglese sarà l'edizione vincolante e autentica".

Qualsiasi mediazione relativa alle controversie derivanti dalla licenza deve essere condotta in conformità con le regole di mediazione dell'Organizzazione mondiale della proprietà intellettuale (<http://www.wipo.int/amc/en/mediazione/regole/>).

Citazione suggerita. Manuale di pratica clinica per la cura dell'aborto di qualità. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2023. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dati di catalogazione in pubblicazione (CIP). I dati CIP sono disponibili su <http://apps.who.int/iris>.

Vendite, diritti e licenze. Per acquistare le pubblicazioni dell'OMS, vedere <http://apps.who.int/bookorders>. Per inviare richieste di uso commerciale e domande su diritti e licenze, vedere <https://www.who.int/diritto> d'autore.

Materiali di terze parti. Se desideri riutilizzare materiale di quest'opera attribuito a terzi, come tabelle, figure o immagini, è tua responsabilità determinare se è necessaria l'autorizzazione per tale riutilizzo e ottenere l'autorizzazione dal detentore del copyright. Il rischio di rivendicazioni derivanti dalla violazione di qualsiasi componente di proprietà di terzi nel lavoro spetta esclusivamente all'utente.

Avvertenze generali. Le designazioni utilizzate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS in merito allo status giuridico di qualsiasi paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o in merito alla delimitazione dei suoi confini o confini. Le linee tratteggiate e tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora un accordo completo.

La menzione di aziende specifiche o di prodotti di determinati produttori non implica che siano approvati o raccomandati dall'OMS rispetto ad altri di natura simile che non sono menzionati. Salvo errori ed omissioni, i nomi dei prodotti di proprietà sono contraddistinti dall'iniziale maiuscola.

Tutte le ragionevoli precauzioni sono state prese dall'OMS per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcuna garanzia, espressa o implicita. La responsabilità dell'interpretazione e dell'uso del materiale è del lettore. In nessun caso l'OMS sarà responsabile per danni derivanti dal suo utilizzo.

Design e layout: Little Unicorns

Contenuti

Ringraziamenti	vii
Abbreviazioni	ix
Glossario	xi
Scopo del manuale	xv
Principi guida	xv
1. Preaborto	1
1.1 Informazione, consulenza e processo decisionale.....	2
1.1.1 Fornire informazioni.....	2
1.1.2 Offrire consulenza.....	4
1.1.3 Facilitare il processo decisionale.....	4
1.1.4 Ottenere il consenso informato per l'aborto.....	5
1.1.5 Considerare gli approcci di autogestione.....	10
1.1.6 Discutere le opzioni contraccettive post-aborto prima dell'aborto	10
1.2 Anamnesi	11
1.3 Esame fisico	13
1.4 Laboratorio e altre indagini.....	15
1.5 Determinazione dell'età gestazionale della gravidanza.....	17
1.6 Prevenzione e controllo delle infezioni: precauzioni standard.....	19
1.6.1 Lavaggio delle mani e dispositivi di protezione individuale	19
1.7 Induzione di asistolia cardiaca fetale prima dell'aborto.....	19
2. Aborto	27
2.1 Aborto farmacologico.....	28
2.1.1 Sintesi dei metodi: aborto farmacologico	28
2.1.2 Approcci di autogestione.....	30
2.1.3 Considerazioni cliniche per l'aborto farmacologico a qualsiasi età gestazionale.....	31
2.1.4 Gestione del dolore per l'aborto medico.....	34
2.1.5 Aborto farmacologico indotto a < 12 settimane di gestazione.....	36
2.1.6 Aborto farmacologico indotto a ≥ 12 settimane di gestazione.....	40
2.1.7 Gestione medica dell'aborto mancato	45

2.1.8 Gestione medica della morte fetale intrauterina.....	49
2.2 Aborto chirurgico.....	54
2.2.1 Sintesi delle metodiche: aborto chirurgico.....	54
2.2.2 Considerazioni cliniche per l'aborto chirurgico.....	58
2.2.3 Terapia del dolore per aborto chirurgico.....	60
2.2.4 Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico.....	68
2.2.5 Aborto chirurgico a < 14 settimane di gestazione.....	73
2.2.6 Interruzione chirurgica a \geq 14 settimane di gestazione.....	79
3. Post-aborto	89
3.1 Prima della dimissione dalla struttura sanitaria dopo l'aborto.....	89
3.2 Cure successive dopo l'aborto	91
3.2.1 Cure successive dopo un aborto chirurgico non complicato o un aborto farmacologico	91
3.2.2 Ulteriore valutazione per confermare il successo dell'aborto farmacologico.....	92
3.3 Aborto incompleto	94
3.4 Valutazione e gestione delle complicanze dell'aborto.....	95
3.4.1 Complicanze legate all'aborto, in ordine alfabetico	95
3.4.2 Altre complicazioni derivanti dal metodo utilizzato per indurre l'aborto.....	98
3.4.3 Complicanze che non sono specifiche della procedura o del metodo di aborto	99
3.5 Contraccezione post-aborto.....	99
3.5.1 Informazioni generali	99
3.5.2 Idoneità medica all'uso di contraccettivi o alla sterilizzazione dopo l'aborto.....	100
Allegato 1. Metodologia e contributori	107
Allegato 2. Farmaci, forniture e attrezzature per un'assistenza di qualità durante l'aborto	108

Ringraziamenti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è molto grata per i contributi tecnici sia degli esperti esterni che del personale passato e presente dell'OMS che hanno informato lo sviluppo di questo documento, e anche lo sviluppo delle linee guida per la cura dell'aborto, su cui si basa gran parte di questo documento. La metodologia è descritta e i contributori sono elencati nell'allegato 1.

La produzione è stata supportata dal programma speciale di ricerca, sviluppo e formazione alla ricerca sulla riproduzione umana (HRP) UNDP-UNFPA-UNICEF-OMS-Banca mondiale.

Abbreviazioni

D&E	dilatazione ed evacuazione
EVA	aspirazione elettrica sottovuoto
hCG	gonadotropina corionica umana
ICD	Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati (pubblicazione dell'OMS)
io sono	intramuscolare
spirale	dispositivo intrauterino
IV	endovenoso
LMP	ultimo periodo mestruale
MVA	aspirazione manuale sottovuoto
FANS	farmaco antinfiammatorio non steroideo
Rh	Rhesus (gruppo sanguigno)
STI	infezione a trasmissione sessuale
UNDP	Programma di sviluppo delle Nazioni Unite
UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità

Glossario

Glossario

In alcune delle definizioni, la formulazione è stata modificata tenendo conto degli utenti finali di questo documento (operatori sanitari), in modo tale che differiscano dalle definizioni contenute nelle definizioni dell'OMS 2022 Linee guida per la cura dell'aborto ed è stata aggiunta una nuova definizione.

- **Assistenza basata sulla comunità:** servizi forniti da una forza lavoro sanitaria della comunità ampiamente definita, in base alla loro formazione e capacità, che comprende una gamma di operatori sanitari, laici e professionali, formali e informali, retribuiti e non, nonché personale della struttura che sostenerli e supervisionarli e fornire servizi e campagne di sensibilizzazione.

- **Assistenza completa in caso di aborto:** fornitura di informazioni, gestione dell'aborto (compresi l'aborto indotto e l'assistenza correlata alla perdita di gravidanza) e assistenza post-aborto. • **Sedazione cosciente**

(moderata): l'uso di una combinazione di medicinali – un sedativo per rilassare e un anestetico per bloccare il dolore – per indurre un livello di coscienza depresso durante una procedura medica, “durante la quale i pazienti rispondono intenzionalmente ai comandi verbali, sia da soli o accompagnato da una leggera stimolazione tattile”.¹

- **Dilatazione ed evacuazione (D&E):** D&E viene utilizzato dopo 12-14 settimane di gravidanza. È la tecnica chirurgica più sicura ed efficace per l'aborto successivo, dove sono disponibili professionisti qualificati ed esperti.

La D&E richiede la preparazione della cervice utilizzando dilatatori osmotici e/o agenti farmacologici e l'evacuazione dell'utero principalmente con il forcipe e l'utilizzo dell'aspirazione sottovuoto (fare riferimento alla voce in questo elenco) per rimuovere qualsiasi residuo di sangue o tessuto.

- **Durata o età gestazionale della gravidanza:** il numero di giorni o settimane trascorsi dal primo giorno dell'ultimo periodo mestruale normale (LMP) della donna nelle donne con cicli regolari (vedere la tabella seguente). Per le donne con cicli irregolari o quando la LMP non è nota, l'età gestazionale è la dimensione dell'utero, stimata in settimane, sulla base dell'esame clinico o dell'ecografia, che corrisponde a un utero gravido della stessa età gestazionale datata dalla LMP.

¹ Il testo tra virgolette è stato aggiunto da: Practice guidance for moderate procedural sedation and analgesia 2018: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Moderate Procedural Sedation and Analgesia, the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, American College of Radiology, American Dental Association, American Society of Dentist Anesthesiologists e Society of Interventional Radiology. *Anesthesiologia*. 2018;128:437–79. doi:10.1097/ALN.0000000000002043.

Tabella 1. Età gestazionale equivalente in settimane e giorni all'inizio della gravidanza

Settimane di gestazione	Giorni di gestazione
0	0–6
1	7–13
2	14–20
3	21–27
4	28–34
5	35–41
6	42–48
7	49–55
8	56–62
9	63–69
10	70–76
11	77–83
12	84–90
13	91–97
14	98–104

Nota: il giorno 0 è il primo giorno dell'ultimo periodo mestruale (LMP) ed è anche il primo giorno della settimana 0 di gestazione (non la settimana 1).

Fonte: linee guida per la cura dell'aborto (WHO; 2022; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>; p. xiv), adattate da Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition (WHO; 2012; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914>; p. iv), basato sulla classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati, 10a revisione (ICD-10), vol. 2, seconda edizione (WHO; 2004; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>; p. 95).

- **Aborto incompleto:** presenza clinica di un ostio cervicale aperto e sanguinamento, per cui tutti i prodotti del concepimento non sono stati espulsi dall'utero, oppure i prodotti espulsi non sono coerenti con la durata stimata della gravidanza. I sintomi comuni includono sanguinamento vaginale abbondante o prolungato e dolore addominale. Dopo un aborto indotto o spontaneo (cioè un aborto spontaneo) può verificarsi un aborto incompleto non complicato.
- **Aborto indotto:** perdita intenzionale di una gravidanza intrauterina dovuta a mezzi medici o chirurgici, che non è destinata a provocare un parto vivo.²
- **Morte fetale intrauterina (IUFD; morte fetale):** la morte intrauterina di un feto in qualsiasi momento durante la gravidanza.

² Questa definizione è stata aggiunta sulla base delle informazioni contenute nell'ICD-11

<https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/1517114528>

- **Metodi medici di aborto (aborto medico):** Uso di agenti farmacologici per terminare la gravidanza.
- **Salute mentale:** uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla propria comunità.
- **Aborto spontaneo (aborto spontaneo):** la perdita spontanea di una gravidanza prima che il feto sia di solito praticabile al di fuori dell'utero. I segni clinici dell'aborto spontaneo sono il sanguinamento vaginale, di solito con dolore addominale e crampi. Se la gravidanza è stata espulsa, l'aborto spontaneo è definito "completo" o "incompleto" a seconda che i tessuti siano trattenuti o meno nell'utero.
- **Aborto mancato:** arresto dello sviluppo della gravidanza in cui l'embrione/ il feto/tessuto embrionale o il sacco gestazionale vuoto rimangono nell'utero e l'orifizio cervicale è chiuso. I sintomi possono includere dolore e/o sanguinamento, oppure possono non esserci sintomi.
- **Dilatatori osmotici:** bastoncini corti e sottili fatti di alghe (laminaria) o materiale sintetico. Dopo il posizionamento nell'orifizio cervicale, i dilatatori assorbono l'umidità e si espandono, dilatando gradualmente la cervice.
- **Assistenza post-aborto:** Fornitura di servizi dopo un aborto, come servizi contraccettivi e collegamento ad altri servizi necessari nella comunità o oltre. Può anche includere la gestione degli effetti collaterali o delle complicazioni dopo un aborto.
- **Qualità dell'assistenza (QOC):** il QOC comprende sei aree o dimensioni della qualità necessari in relazione all'assistenza sanitaria:
 - efficace, fornendo un'assistenza sanitaria aderente a una base di prove e che si traduca in migliori risultati di salute per gli individui e le comunità, in base alle necessità;
 - efficiente, fornendo assistenza sanitaria in modo da ottimizzare l'uso delle risorse ed evitare sprechi;
 - accessibile, fornendo assistenza sanitaria tempestiva, geograficamente raggiungibile e fornito in un ambiente in cui le competenze e le risorse sono adeguate alle esigenze mediche;
 - accettabile/centrato sulla persona, fornendo assistenza sanitaria che tenga conto tener conto delle preferenze e delle aspirazioni dei singoli utenti del servizio e delle culture delle loro comunità;

Glossario

• **Equo**, fornendo assistenza sanitaria che non varia in termini di qualità a causa di caratteristiche personali come sesso, razza, etnia, posizione geografica o stato socioeconomico;

• **Sicuro**, fornendo assistenza sanitaria che riduce al minimo i rischi e i danni al servizio utenti.

- **Cura di sé**: la capacità degli individui, delle famiglie e delle comunità di promuovere salute, prevenire le malattie, mantenere la salute e far fronte a malattie e disabilità con o senza il supporto di un operatore sanitario. L'ambito della cura di sé comprende quindi la promozione della salute, la prevenzione e il controllo delle malattie, l'automedicazione, l'assistenza alle persone non autosufficienti, la ricerca di cure ospedaliere/specialistiche/primarie se necessario e la riabilitazione, comprese le cure palliative. Include una serie di pratiche e approcci di auto-cura.
- **Autogestione dell'aborto**: autogestione dell'intero processo di aborto medico o di una o più delle sue fasi componenti, come l'autovalutazione dell'idoneità all'aborto medico, l'autosomministrazione di farmaci senza la supervisione diretta di un operatore sanitario, e autovalutazione del successo del processo di aborto.
- **Metodi chirurgici di aborto (aborto chirurgico o procedurale)**: utilizzo di procedure transcervicali per interrompere la gravidanza, compresa l'aspirazione sottovuoto e la dilatazione ed evacuazione (D&E). In rari casi, ciò include l'isterotomia o l'isterectomia gravida.
- **Telemedicina (o Telemedicina)**: una modalità di fornitura di servizi sanitari in cui fornitori e clienti, o fornitori e consulenti, sono separati dalla distanza. Tale interazione può avvenire in tempo reale (in modo sincrono), ad esempio tramite telefono o collegamento video. Ma può anche avvenire in modo asincrono (store and-forward), quando viene inviata una query e successivamente viene fornita una risposta, ad esempio tramite e-mail o messaggio di testo/voce/audio.
- **Aspirazione sottovuoto (elettrica o manuale; EVA o MVA)**: Vuoto
l'aspirazione comporta l'evacuazione del contenuto dell'utero attraverso una cannula di plastica o metallo, attaccata a una fonte di vuoto. L'aspirazione a vuoto elettrica (EVA) utilizza una pompa a vuoto elettrica.

Fonte per le definizioni del glossario se non diversamente indicato: Linee guida per la cura dell'aborto. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>).

Scopo del manuale

odoo

Il manuale di pratica clinica dell'OMS per l'assistenza di qualità all'aborto ha lo scopo di facilitare l'applicazione pratica delle raccomandazioni tecniche dell'OMS (2022) in diversi contesti per l'assistenza. Legali, normativi, politici e di erogazione dei servizi possono variare le linee guida da paese a paese, le raccomandazioni e le migliori pratiche descritte in entrambi questi documenti mirano a consentire un processo decisionale basato sull'evidenza per quanto riguarda l'assistenza all'aborto di qualità.

Questo manuale è rivolto agli operatori sanitari che hanno già le competenze e la formazione necessarie per fornire un'assistenza all'aborto di qualità e/o trattare le complicanze dell'aborto non sicuro. Non è né un sostituto della formazione formale, né un manuale di formazione.

Ci auguriamo che questo manuale possa essere utile a una serie di operatori sanitari in contesti diversi e in diversi contesti legali e dei servizi sanitari.

Principi guida

Questo manuale si applica a tutti gli operatori sanitari raccomandati; fare riferimento alle raccomandazioni sull'erogazione del servizio nelle linee guida per la cura dell'aborto del 2022.

I fornitori di cure per l'aborto dovrebbero essere a conoscenza delle leggi nazionali e locali e dei requisiti di segnalazione. Nel quadro di tali leggi e requisiti, tutte le norme, gli standard e la pratica clinica relativi all'aborto dovrebbero promuovere e proteggere:

- la salute delle donne e degli adolescenti e i loro diritti umani
- decisioni informate e volontarie
- autonomia nel processo decisionale
- non discriminazione
- riservatezza e riservatezza.

Uguaglianza di genere e inclusività: in questo documento, riconosciamo che si può presumere che la maggior parte delle prove disponibili sull'aborto derivi dalla ricerca tra popolazioni di studio di donne cisgender, e riconosciamo anche che le donne cisgender, gli uomini transgender, non binari, gender-fluid e gli individui intersessuali con un sistema riproduttivo femminile e in grado di rimanere incinta possono richiedere cure per l'aborto. Per essere concisi e facilitare la leggibilità di questo documento, quando ci riferiamo a tutte le persone di genere diverso che potrebbero richiedere cure per l'aborto, usiamo più spesso la parola "donne", sebbene usiamo anche altri termini, come "individuo" e "persona". I fornitori di cure per l'aborto devono considerare i bisogni di - e fornire uguale assistenza a - tutti gli individui; l'identità di genere o la sua espressione non devono portare a discriminazioni.

Ambiente abilitante: l'ambiente di una persona gioca un ruolo cruciale nel modellare il suo accesso alle cure e influenzare i suoi risultati di salute. Un ambiente favorevole - che includa il rispetto dei diritti umani (compreso un quadro normativo e politico favorevole), la disponibilità e l'accessibilità delle informazioni e un sistema sanitario solidale, universalmente accessibile, conveniente e ben funzionante - è il fondamento di un aborto completo e di qualità cura.

Diritti umani: negare alle donne aspetti essenziali delle cure mediche, come la gestione del dolore o la gestione di un aborto incompleto, come punizione per aver abortito è una violazione dei diritti umani.

Per ulteriori informazioni su tutto quanto sopra, fare riferimento alle linee guida per la cura dell'aborto dell'OMS del 2022.⁴

⁴ Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>

Alcuni esempi pratici di come gli operatori sanitari possono applicare questi principi

Principi

- Trattare tutti gli individui allo stesso modo indipendentemente da età, sesso, razza, lingua, stato socioeconomico o civile, etnia, e servizi in modo equo e sicuro.
- Garantire che l'assistenza all'aborto sia sempre fornita con rispetto e compassione.
- Facilitare e sostenere l'autonomia delle persone nel processo decisionale.
- Fornire informazioni complete, accurate e di facile comprensione in più forme e lingue accessibili.
- Rispettare la dignità della donna, garantendone la privacy e la riservatezza.
- Essere sensibili ai bisogni e alle prospettive dell'individuo.
- Proteggere le informazioni mediche da divulgazioni non autorizzate.
- Siate consapevoli delle situazioni in cui una donna può essere costretta ad abortire contro la sua volontà (ad esempio in base al suo stato civile o di salute, come convivere con l'HIV).
- Quando si ha a che fare con gli adolescenti, chiedere se il giovane vuole i genitori coinvolti e, se lo fanno, incoraggiare i propri genitori a impegnarsi in modo solidale offrendo informazioni e istruzione – ma non insistere sull'autorizzazione all'aborto da parte di un genitore/tutore, a meno che non sia un requisito legale.
- Garantire che tutti gli individui possano ricevere le cure di cui hanno bisogno senza difficoltà finanziarie e senza dover ricorrere all'aborto non sicuro.
- Impegnarsi con la comunità locale per garantire il sostegno per l'aborto di qualità Servizi.

1. Pre-aborto

- Informazione, consulenza e processo decisionale
 - Fornire informazioni
 - Offrire consulenza
 - Facilitare il processo decisionale
 - Ottenere il consenso informato per l'aborto
 - Prendere in considerazione le opzioni di autogestione
 - Discutere le opzioni di contraccezione prima della procedura di aborto
- Storia medica
- Esame fisico
- Laboratorio e altre indagini
- Determinazione dell'età gestazionale della gravidanza
- Prevenzione e controllo delle infezioni
- Induzione dell'asistolia fetale prima della procedura di aborto

Obiettivi per il capitolo 1

- Fornire informazioni e guida in modo che una donna possa capire, per permetterle di prendere le proprie decisioni sull'opportunità di abortire e, in tal caso, quale metodo scegliere.
- Fornire l'opportunità di discutere le opzioni di autogestione per l'aborto e l'uso futuro della contraccezione, ove appropriato.
- Confermare lo stato di gravidanza e la durata gestazionale.
- Valutare qualsiasi condizione medica che richieda una gestione e/o che possa influenzare la scelta della procedura di aborto.

Pre-
aborto
Obiettivi

1.1 Informazione, consulenza e processo decisionale

Non esiste un unico approccio raccomandato per fornire servizi di aborto. Decidere quale operatore sanitario fornirà il servizio (tra le opzioni consigliate) o se la donna stessa gestirà tutti o alcuni dei compiti, e la scelta del luogo di erogazione del servizio dipenderà dai valori e dalle preferenze dell'individuo, dalle risorse disponibili, e il contesto nazionale e locale.

È importante garantire che la gamma di opzioni di erogazione del servizio fornisca quanto segue alla persona che richiede assistenza:

- accesso a informazioni scientificamente accurate e comprensibili in tutte le fasi;
- accesso a operatori sanitari competenti;
- accesso ad attrezzature e medicinali di qualità garantita (compresi quelli per il dolore gestione);
- supporto di rinvio di riserva se desiderato o necessario;
- collegamenti a una scelta appropriata di servizi contraccettivi per coloro che desiderano la contraccezione post-aborto.

1.1.1 Fornire informazioni

Informazioni accurate, di alta qualità e basate su prove sull'aborto devono essere disponibili alle persone e fornite in modo da rispettare la privacy e la riservatezza.

Le informazioni dovrebbero essere presentate in modo non coercitivo, non discriminatorio, comprensibile, accettabile e accessibile all'individuo, compresi i formati che si rivolgono a popolazioni con scarsa alfabetizzazione e diversamente abili e lingue diverse. Tuttavia, il diritto di rifiutare le informazioni quando offerte deve essere rispettato.

Come minimo, le informazioni fornite dovrebbero includere:

- le opzioni disponibili per i metodi di aborto e la gestione del dolore;
- i potenziali rischi e benefici dell'aborto e le alternative all'aborto;
- cosa accadrà prima, durante e dopo la procedura o il processo di aborto, compreso ciò che la cliente potrebbe vedere durante la gravidanza (sangue, coaguli di sangue, prodotti del concepimento) e qualsiasi test che potrebbe essere eseguito;
- qualsiasi aspetto dell'assistenza che potrebbe essere autogestito se lo si desidera, con o senza supporto remoto;
- quali possibili effetti collaterali l'individuo può sperimentare durante e dopo la procedura o il processo di aborto (ad es. dolore e sanguinamento);

- quanto tempo potrebbero richiedere la procedura o il processo e il recupero;
- quando possono essere riprese le normali attività, incluso quando può tornare la fertilità;
- come riconoscere potenziali effetti collaterali e sintomi di continua gravidanza e altri motivi medici per tornare per cure di follow-up, comprese complicazioni come sanguinamento abbondante prolungato o febbre;
- quando, dove e come accedere alle cure di follow-up o ai servizi aggiuntivi che si potrebbero desiderare, come la consulenza e la contraccezione.

Fatti chiave sull'aborto

- L'aborto sicuro ha un rischio molto basso di complicanze (< 1%), quindi la maggior parte delle donne non subirà alcun effetto a lungo termine sulla propria salute generale o riproduttiva (1,2).
- Il rischio di morte per un aborto sicuro è inferiore a quello per un'iniezione di penicillina o portare a termine una gravidanza (3,4).
- Le prove in generale non suggeriscono che ci sia un'associazione tra aborto sicuro ed esiti avversi nelle gravidanze successive (5).
- Non esiste alcun legame tra l'aborto sicuro e qualsiasi condizione di salute, come il cancro al seno o la depressione (6).
- Le sequele psicologiche negative si verificano in un numero molto limitato di donne e sembrano essere la continuazione di condizioni preesistenti, piuttosto che essere il risultato dell'esperienza dell'aborto indotto (7,8).

re-
aborto

1.1.2 Offrire consulenza

Alcune persone potrebbero desiderare di ricevere consulenza prima o dopo un aborto. La consulenza è più che fornire informazioni. Il counseling è un processo mirato e interattivo attraverso il quale una persona riceve volontariamente supporto, informazioni aggiuntive e guida non direttiva da una persona formata, in un ambiente che favorisce la condivisione aperta di pensieri, sentimenti, percezioni ed esperienze personali.

Quando offri e fornisci consulenza, ricorda di applicare i seguenti principi.

- Fornire consulenza solo se l'individuo l'ha richiesta o acconsentito – la consulenza non è richiesta.
- Garantire la privacy e mantenere la riservatezza.
- Chiedi alla persona cosa vuole o di cui ha bisogno, quali sono le sue preoccupazioni, dai loro il tempo necessario per rispondere e ascoltare attentamente le loro esigenze e preferenze espresse.
- Presenta tutte le opzioni adatte all'individuo, evitando di imporre i tuoi valori e le tue convinzioni personali.
- Evidenziare le informazioni rilevanti durante la sessione di consulenza (come il informazioni fornite nella sezione 1.1.1).
- Comunicare le informazioni in modo chiaro, rispettoso e non giudicante, e in un modo e in un linguaggio comprensibili per l'individuo.
- Supportare le esigenze della persona e assicurarsi di dare risposte adeguate alle sue domande e che comprenda le informazioni fornite.
- Utilizzare un processo decisionale condiviso per determinare quali servizi sono necessari, assicurandosi allo stesso tempo di sostenere l'autonomia della donna nel processo decisionale.

La consulenza non è la stessa cosa del processo di ottenimento del consenso informato (fare riferimento alla sezione 1.1.4).

1.1.3 Facilitare il processo decisionale

Se la donna sceglie di abortire e una scelta di metodi di aborto è disponibili, dovrebbe essere autorizzata a scegliere tra i metodi disponibili appropriati, in base alla durata della gravidanza e alle sue condizioni mediche. Utilizzare lo strumento fornito in Fig. 1.1 per facilitare questa scelta.

Anche informazioni adeguate e scientificamente accurate sui potenziali fattori di rischio e sui vantaggi e gli svantaggi di ogni metodo disponibile sono fondamentali per aiutarla a fare una scelta. Le informazioni rilevanti sono presentate nella Tabella 1.1.

1.1.4 Ottenere il consenso informato per l'aborto

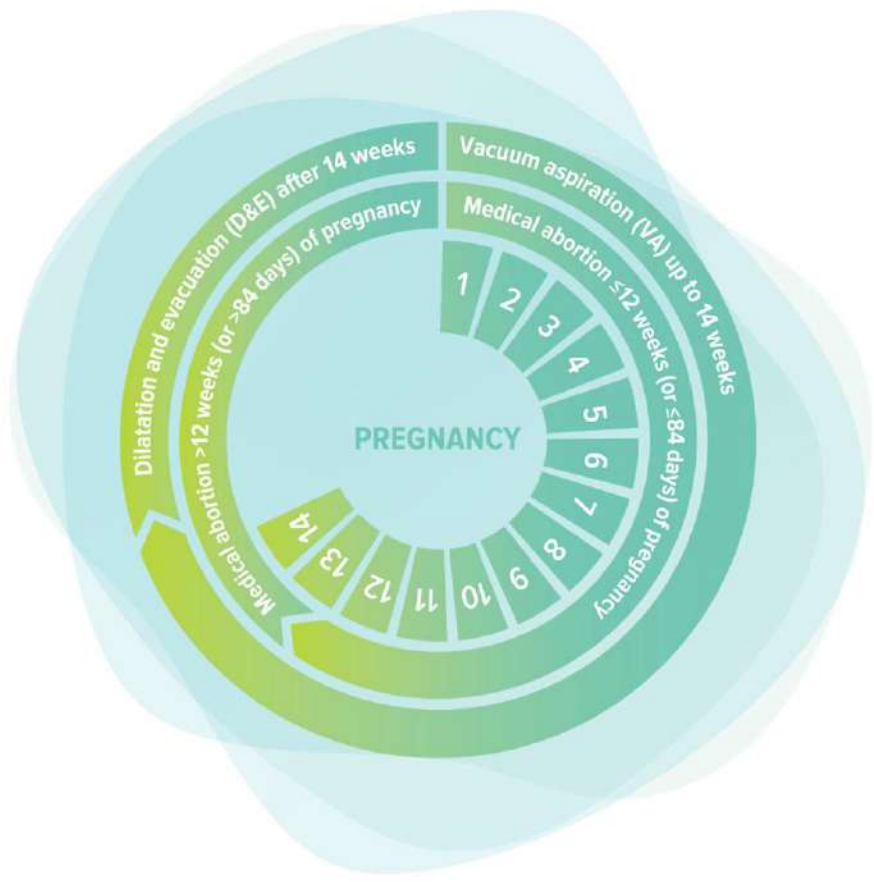
La fornitura dell'aborto deve essere basata sul consenso libero e informato della persona che ha l'aborto, e questo consenso deve essere ottenuto e documentato prima dell'aborto. L'accesso delle donne a cure di qualità per l'aborto non dovrebbe essere limitato sulla base di

- mancanza di autorizzazione da parte del coniuge, del partner, dei genitori/tutori o della salute autorità;
- essere celibe;
- discriminazione nei confronti delle persone con disabilità, che hanno diritto all'autonomia;
- età o qualsiasi altro fattore sociodemografico.

Il consenso dovrebbe essere fornito senza coercizione o false dichiarazioni e dovrebbe includere informazioni complete, di alta qualità e accurate sui benefici, i rischi e le alternative associati. Tali informazioni dovrebbero essere disponibili in una gamma di formati e lingue che le rendano accessibili alle persone con capacità ridotte e dovrebbero essere presentate in modo accettabile per la donna.

È un diritto
di scegliere
il proprio
aborto

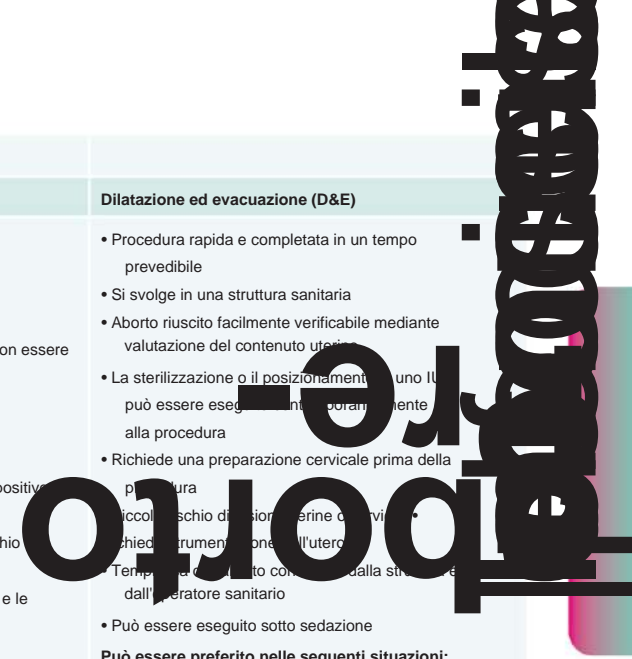
Figura 1.1 Metodi di aborto raccomandati per durata della gravidanza



aborto pre-

Tabella 1.1 Caratteristiche delle procedure di aborto

< 12 settimane di gestazione		≥ 12 settimane di gestazione	
<p>Aborto medico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evita l'intervento chirurgico • Limita il processo di aborto spontaneo • Controllato dalla donna e può aver luogo a casa • Richiede tempo (ore o giorni) per essere raggiunto successo dell'aborto e la tempistica potrebbe non essere prevedibile • Le donne avvertono sanguinamento e crampi e potenzialmente altri effetti collaterali (nausea, vomito) • Può richiedere più visite cliniche o sorveglianza rispetto all'aspirazione sottovuoto <p>Può essere preferito nelle seguenti situazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per donne gravemente obese • In presenza di malformazioni uterine o fibromi <p><small>• Precedente intervento chirurgico cervicale</small></p> <ul style="list-style-type: none"> • Per le donne che vogliono evitare l'intervento chirurgico intervento • Se un esame pelvico non è fattibile o non desiderato 	<p>Aspirazione sottovuoto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedura rapida e completata in un tempo prevedibile • Si svolge in una struttura sanitaria • Aborto riuscito facilmente verificato da valutazione del contenuto uterino aspirato • La sterilizzazione o il posizionamento di un dispositivo intrauterino (IUD) possono essere eseguiti contemporaneamente alla procedura • Rischio minimo di lesioni uterine o cervicali • Richiede strumentazione dell'utero • Tempistica dell'aborto controllata dalla struttura e dall'operatore sanitario • Può essere eseguito sotto sedazione <p>Può essere preferito nelle seguenti situazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ci sono controindicazioni all'aborto farmacologico • Se ci sono limiti di tempo per l'aborto 	<p>Aborto medico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evita l'intervento chirurgico • Può sembrare più naturale per alcune donne • Si svolge in una struttura sanitaria • Richiede tempo (ore o giorni) per essere raggiunto successo dell'aborto e la tempistica potrebbe non essere prevedibile • Le donne avvertono sanguinamento e crampi e potenzialmente altri effetti collaterali (nausea, vomito) • Le donne rimangono nella struttura fino all'esito positivo dell'espulsione della gravidanza • Le donne con una cicatrice uterina hanno un rischio molto basso (0,28% o circa 1 su 350) di rottura uterina durante l'aborto farmacologico tra le 12 e le 24 settimane (9) <p>Può essere preferito nelle seguenti situazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per donne gravemente obese • In presenza di malformazioni uterine o fibromi <p><small>• Precedente intervento chirurgico cervicale</small></p> <ul style="list-style-type: none"> • Per le donne che vogliono evitare l'intervento chirurgico • Per le donne che vogliono vedere il feto • Se gli operatori sanitari qualificati non sono disponibili per fornire D&E 	<p>Dilatazione ed evacuazione (D&E)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedura rapida e completata in un tempo prevedibile • Si svolge in una struttura sanitaria • Aborto riuscito facilmente verificabile mediante valutazione del contenuto uterino • La sterilizzazione o il posizionamento di un IUD può essere eseguiti contemporaneamente alla procedura • Richiede una preparazione cervicale prima della procedura • Piccolo rischio di lesioni uterine o cervicali • Richiede strumentazione dell'utero • Tempistica dell'aborto controllata dalla struttura e dall'operatore sanitario • Può essere eseguito sotto sedazione <p>Può essere preferito nelle seguenti situazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ci sono controindicazioni al medico abortivo • Se ci sono limiti di tempo per l'aborto
<p>Controindicazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precedente reazione allergica a uno dei farmaci coinvolti • Porfiria ereditaria • Insufficienza surrenalica cronica • Gravidanza ectopica nota o sospetta (né il misoprostolo né il mifepristone tratteranno la gravidanza ectopica) <p>Cautela e giudizio clinico sono richiesti nei casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia a lungo termine con corticosteroidi (compresi quelli con asma grave non controllato) • Disturbo emorragico • Grave anemia • Malattie cardiache preesistenti o fattori di rischio cardiovascolare • Uno IUD in atto (rimuoverlo prima di iniziare il regime) 		<p>Controindicazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non sono note controindicazioni assolute <p>Cautela e giudizio clinico sono richiesti nei casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno IUD in atto (rimuoverlo prima di iniziare la procedura) 	
<p>Controindicazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precedente reazione allergica a uno dei farmaci coinvolti • Porfiria ereditaria • Insufficienza surrenalica cronica • Gravidanza extrauterina accertata o sospetta (né il misoprostolo né il mifepristone tratteranno la gravidanza ectopica) <p>Cautela e giudizio clinico sono richiesti nei casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia a lungo termine con corticosteroidi (compresi quelli con asma grave non controllato) • Disturbo emorragico • Grave anemia • Malattie cardiache preesistenti o fattori di rischio cardiovascolare • Uno IUD in atto (rimuoverlo prima di iniziare il regime) 		<p>Controindicazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non ci sono assoluti conosciuti controindicazioni <p>Cautela e giudizio clinico sono richiesti nei casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno IUD in atto (rimuoverlo prima di iniziare la procedura) 	



1.1.5 Considerare approcci di autogestione

Per l'aborto farmacologico fino a 12 settimane di gestazione, gli individui possono condurre alcuni o tutti gli elementi relativi al processo di aborto interamente da soli: autovalutazione dell'idoneità, autosomministrazione di farmaci e autovalutazione del successo dell'aborto. In genere, l'autogestione comporta interazioni con operatori sanitari qualificati nella comunità o presso una struttura sanitaria, inclusa una farmacia. Idealmente, l'individuo dovrebbe decidere quali aspetti della cura dell'aborto desidera gestire autonomamente, in base alle proprie circostanze e preferenze individuali. Per alcune donne, l'autogestione di alcuni o tutti gli elementi di un aborto farmacologico può essere l'unica opzione praticabile nel loro contesto, mentre per altre può essere una scelta attiva e una preferenza tra le opzioni disponibili. Per coloro che hanno un aborto chirurgico che richiede il priming cervicale, le donne possono anche svolgere un ruolo attivo nell'autogestione del priming cervicale se questo verrà fatto utilizzando metodi farmacologici, ad esempio mifepristone e/o misoprostolo (vedere paragrafo 2.2.4).

1.1.6 Discutere le opzioni contraccettive post-aborto prima dell'aborto

È stato dimostrato che l'inizio immediato della contraccezione dopo l'aborto migliora l'aderenza e riduce il rischio di gravidanze indesiderate. Tutte le opzioni contraccettive possono essere prese in considerazione per l'uso dopo un aborto non complicato. Se la persona desidera iniziare o riprendere un metodo contraccettivo, possono essere prese in considerazione tutte le opzioni contraccettive e la maggior parte dei metodi può essere iniziata al momento dell'aborto.

Pertanto, idealmente, la contraccezione post-aborto dovrebbe essere discussa prima della procedura.

Fornire informazioni e offrirsi di discutere le opzioni contraccettive nel contesto della consulenza.

- Informare tutte le donne che a seguito di un aborto, l'ovulazione può verificarsi già 8-10 giorni dopo e di solito entro un mese, mettendole a rischio di gravidanza a meno che non venga utilizzato un metodo contraccettivo efficace il prima possibile dopo l'aborto, entro i primi mese.
- Se la donna è interessata alla contraccezione, fornirle informazioni accurate per aiutarla a scegliere il metodo contraccettivo più appropriato per soddisfare le sue esigenze (fare riferimento alla sezione 3.5: Contraccezione post-aborto, e anche alla nuova edizione 2022 di Family planning: a global manuale per i fornitori [10]).

- Se il suo metodo contraccettivo preferito non è disponibile o se una complicazione le impedisce di ottenere immediatamente il suo metodo preferito, offrirle un metodo "ponte" o un metodo contraccettivo che potrebbe essere sicuro per lei ora fino a quando non potrà iniziare il suo metodo preferito .
- Se una donna sta cercando di abortire in seguito a quello che considera un fallimento contraccettivo, discuti se il metodo potrebbe essere stato usato in modo errato e come usarlo correttamente, o se potrebbe essere preferibile per lei passare a un metodo diverso.
- Alcune donne preferiscono ritardare qualsiasi discussione sulle opzioni contraccettive fino a quando l'aborto non ha avuto successo. In questi casi, i fornitori non dovrebbero discutere affatto di contraccezione – questo deve essere rispettato.
- La decisione finale sull'uso della contraccezione e la scelta del metodo da utilizzare spetta esclusivamente alla donna. La contraccezione dovrebbe essere fornita solo quando la donna ha dato il suo libero e informato consenso.

IMPORTANTE: i fornitori di aborti non devono mai implicare che accettare di iniziare la contraccezione dopo un aborto sia un prerequisito per ottenere un aborto; questa decisione dovrebbe sempre essere lasciata alla discrezione della persona che chiede l'aborto, accettando che alcuni non vorranno usare la contraccezione.

1.2 Anamnesi

Oltre a stimare la durata della gravidanza, l'anamnesi clinica dovrebbe servire a identificare controindicazioni e fattori di rischio di complicanze. Inviare l'individuo a un'adeguata struttura sanitaria di livello superiore per la procedura di aborto e/o per altri servizi, se necessario, se vengono rilevate altre condizioni sanitarie/mediche (ad es. comorbidità o anomalie uterine) che possono causare o esacerbare complicazioni.

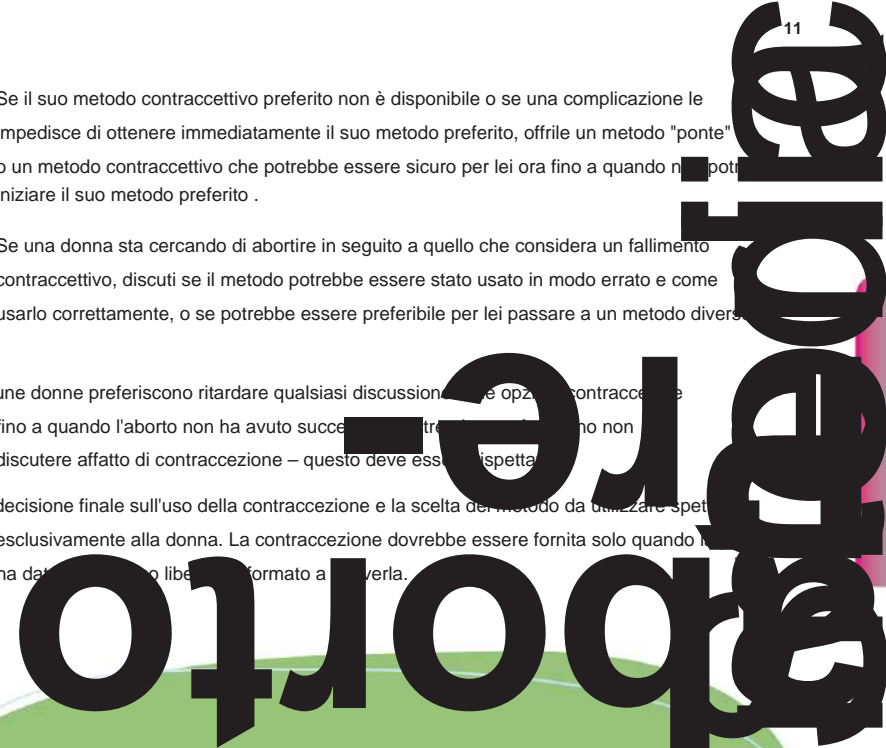


Tabella 1.2 Elementi di anamnesi

Dati personali	Nome, età e informazioni di contatto, se possibile
Motivo per cercare assistenza medica	<ul style="list-style-type: none"> • Circostanze della gravidanza (se richieste ai fini della segnalazione), inclusi sintomi della gravidanza o possibili complicazioni, come sanguinamento vaginale
Storia ostetrica	<ul style="list-style-type: none"> • Dettagli delle gravidanze precedenti e dei loro esiti, tra cui: gravidanza ectopica, gravidanza molare, precedente aborto spontaneo o aborto, morte fetale, parto vivo e precedente parto cesareo
Storia ginecologica	<ul style="list-style-type: none"> • Prima data dell'ultimo periodo mestruale (LMP), se l'ultimo periodo era normale e schema del ciclo mestruale • Problemi ginecologici, inclusi precedenti interventi chirurgici ginecologici, anamnesi di mutilazione genitale femminile o altre anomalie o condizioni fisiche note • Attuale uso di contraccettivi e anamnesi contraccettiva
Storia sessuale	<ul style="list-style-type: none"> • Storia o sintomi di qualsiasi infezione a trasmissione sessuale (IST), compreso l'HIV/AIDS
Anamnesi chirurgica/medica	<ul style="list-style-type: none"> • Malattie croniche, come ipertensione, disturbi convulsivi, disturbi della coagulazione del sangue, malattie del fegato, malattie cardiache, diabete, anemia falciforme, asma, malattia psichiatrica significativa • Dettagli di ricoveri passati rilevanti, dettagli di operazioni chirurgiche passate rilevanti • Uso recente di qualsiasi metodo fisico (come l'inserimento di oggetti) come tentativo di autointerruzione della gravidanza
Farmaci e allergie	<ul style="list-style-type: none"> • Medicinali assunti giornalmente • Uso di farmaci o rimedi erboristici recenti, compresi i dettagli del loro uso (dose, via, tempistica) se utilizzati nel tentativo di interrompere autonomamente la gravidanza • Allergia ai farmaci
Storia sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto sociale • Violenza o coercizione, ad es. da parte di partner o familiari • Altre questioni sociali che potrebbero avere un impatto sull'assistenza • Storia e uso attuale di alcol, droghe illecite <p>Nota: nel contesto della fornitura di servizi medici, gli operatori sanitari possono incontrare donne con situazioni sociali complicate. Facilitare l'invio ai servizi sociali per soddisfare i bisogni delle donne è un aspetto importante dell'assistenza sanitaria di qualità. Tuttavia, la storia sociale non dovrebbe essere utilizzata per creare ulteriori barriere all'assistenza, inclusa l'assistenza di qualità all'aborto.</p>

a La consulenza o la fornitura di contraccettivi non deve mai essere un prerequisito per fornire un aborto.

1.3 Esame fisico

Sebbene non sempre indicati, alcuni o tutti i seguenti elementi di un esame fisico possono consentire un'ulteriore valutazione dell'età gestazionale e l'identificazione di problemi medici rilevanti. Inviare l'individuo a una struttura sanitaria di livello superiore appropriata per la procedura di aborto e/o per altri servizi, se necessario, se vengono rilevate altre condizioni sanitarie/mediche (ad es. comorbidità o anomalie uterine) che possono causare o esacerbare complicazioni.

13

aborto

Tabella 1.3 Elementi dell'esame fisico

Salute generale valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Aspetto generale • Segni vitali • Segni di debolezza, letargia, anemia o malnutrizione • Segni o segni di violenza fisica • Esame fisico generale (come indicato)
Esame addominale	<ul style="list-style-type: none"> • Se la data di inizio dell'ultimo periodo mestruale (LMP) è incerta, palpare per l'utero, annotando le dimensioni e se è presente dolorabilità. • Annotare eventuali altre masse addominali. • Prendere nota di eventuali cicatrici addominali dovute a precedenti interventi chirurgici.
Esame pelvico • Spiegare cosa aspettarsi durante l'esame pelvico, se necessario è applicabile. <ul style="list-style-type: none"> • Esaminare i genitali esterni per anomalie o segni di malattia o infezione. <p>Esame speculum: ispeziona la cervice e la vagina canale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cerca anomalie o corpi estranei. - Cerca segni di infezione, come pus o altre perdite dal sistema cervicale. - Se è presente pus o altra secrezione, prelevare un campione per la coltura, se possibile, e somministrare antibiotici prima dell'aspirazione. - A questo punto può essere eseguita la citologia cervicale, se indicata e disponibile. <p>Esame bimanuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notare le dimensioni, la forma, la posizione e la mobilità del utero. - Valutare le masse annessiali e/o la dolorabilità. - Valutare la dolorabilità dell'utero alla palpazione o con il movimento della cervice e/o la dolorabilità dello spazio rettovaginale (cul-de-sac), che può indicare un'infezione. <p>Confermare lo stato di gravidanza e la durata della gravidanza.</p>	

un esame pelvico (bimanuale e/o speculum) è utile per confermare l'età gestazionale della gravidanza quando la LMP è incerta e per indagare ulteriormente su segni e sintomi di IST, oppure può essere indicato dal punto di vista medico per altri motivi, sulla base del giudizio clinico. L'esame pelvico può servire come controllo di conferma prima di iniziare l'aborto chirurgico.

1.4 Laboratorio e altre indagini

IMPORTANTE: i test di laboratorio di routine non sono un prerequisito per fornire servizi di aborto.

Alcuni o tutti i seguenti test possono essere eseguiti sulla base di fattori di rischio individuali, risultati dell'esame obiettivo e risorse disponibili:

- test di gravidanza, se la gravidanza non è confermata; • emoglobina o ematocrito, se clinicamente rilevanti;
- Test Rhesus (Rh), in cui l'immunoglobulina Rh è disponibile per Rh-negativo donne;
 - età gestazionale < 12 settimane: non è necessario testare o somministrare immunoglobuline Rh per aborto medico o chirurgico;
 - età gestazionale ≥ 12 settimane: testare lo stato Rh e offrire immunoglobuline Rh per le donne Rh-negative;

Se l'immunoglobulina Rh e il test non sono disponibili, i servizi di aborto possono comunque essere forniti.
- Test HIV e/o consulenza;
- Screening delle IST (utilizzando campioni raccolti tramite analisi del sangue o durante visita medica);
- screening del cancro cervicale (tipicamente eseguito durante l'esame pelvico);
- altri test di laboratorio indicati dall'anamnesi (es. test di funzionalità renale o epatica).

Inviare l'individuo a un'adeguata struttura sanitaria di livello superiore per la procedura di aborto e/o per altri servizi, se necessario, se vengono rilevate altre condizioni sanitarie/mediche (ad es. comorbidità o anomalie uterine) che possono causare o esacerbare complicazioni.

IMPORTANTE: l'ecografia non è un prerequisito per fornire servizi di aborto, e in particolare lo screening di routine per la gravidanza extrauterina mediante ultrasuoni non è necessario prima dell'aborto.

- Caso per caso, potrebbero esserci motivi clinici per l'utilizzo degli ultrasuoni prima dell'aborto (ad es. per determinare la sede della gravidanza o per indagare su un problema medico).
- L'incidenza di gravidanze ectopiche è inferiore nelle persone che cercano di abortire rispetto alla popolazione generale (11).

1.5 Determinazione dell'età gestazionale della gravidanza

Determinare l'età gestazionale della gravidanza è un passaggio preliminare prima di selezionare il metodo di aborto più appropriato. Esistono diversi modi per determinare l'età gestazionale. La datazione della gravidanza può essere effettuata solo in base all'ultimo periodo mestruale (LMP) in combinazione con l'uso di uno strumento convalidato (ad es. app mobile, lista di controllo o rubrica della gravidanza), consentendo così l'opzione dell'autovalutazione dell'età gestazionale.

Quando la LMP è incerta, l'età gestazionale può essere determinata mediante un quadro clinico/esame fisico (es. esame pelvico e addominale bimanuale) o attraverso l'utilizzo di ultrasuoni per valutare le dimensioni dell'utero, stimate in settimane, che corrispondono a un'età gestazionale della stessa età gestazionale datata da LMP. In generale, dovrebbe essere utilizzato il metodo meno invasivo e appropriato alle circostanze e disponibile nel contesto.

IMPORTANTE: l'ecografia non è un prerequisito per fornire servizi di aborto, e in particolare lo screening di routine per la gravidanza extrauterina mediante ultrasuoni non è necessario prima dell'aborto.

- Caso per caso, potrebbero esserci motivi clinici per l'utilizzo degli ultrasuoni prima dell'aborto (ad es. per determinare la sede della gravidanza o per indagare su un problema medico).
- L'incidenza di gravidanze ectopiche è inferiore nelle richiedenti l'aborto rispetto alla popolazione generale (11).

I fornitori dovrebbero tenere a mente:

- Le informazioni sull'età gestazionale, come per qualsiasi forma di informazione sanitaria, dovrebbero essere di alta qualità, accurate, basate sull'evidenza e accessibili.
- Non fornire informazioni sull'età gestazionale allo scopo di orientare il processo decisionale sull'aborto.
- Presentare le informazioni sull'età gestazionale in modo rispettoso e accettabile per la persona che le riceve e proteggerne la privacy e la riservatezza. Queste informazioni non dovrebbero alimentare lo stigma e la discriminazione.
- Rispettare il diritto della persona di rifiutare tali informazioni quando offerte; ciò include il diritto di rifiutare di visualizzare le immagini ecografiche e/o di ascoltare i battiti cardiaci.

Tabella 1.4 Età gestazionale equivalente in settimane e giorni all'inizio della gravidanza

Settimane di gestazione	Giorni di gestazione
0	0–6
1	7–13
2	14–20
3	21–27
4	28–34
5	35–41
6	42–48
7	49–55
8	56–62
9	63–69
10	70–76
11	77–83
12	84–90
13	91–97
14	98–104

Nota: il giorno 0 è il primo giorno dell'ultimo periodo mestruale (LMP) ed è anche il primo giorno della settimana 0 di gestazione (non la settimana 1).

Fonte: OMS, 2022, pag. xiv (12), adattato da OMS, 2012, p. iv (13), basato su OMS, 2004, p. 95 (14).

IMPORTANTE: Se la persona ne fa richiesta o ne ha bisogno, i test prenatali e gli altri servizi medico diagnostici non devono essere rifiutati perché la donna potrebbe decidere di interrompere la gravidanza sulla base dei risultati. Una donna ha il diritto – in base al diritto internazionale sui diritti umani – di conoscere lo stato della sua gravidanza e di agire in base a queste informazioni. Allo stesso tempo, una cliente non dovrebbe essere costretta a ricevere informazioni che non desidera sulla gravidanza.

1.6 Prevenzione e controllo delle infezioni: precauzioni standard

Poiché le procedure e la cura dell'aborto possono comportare il contatto con sangue e altri fluidi corporei, tutto il personale clinico e di supporto che fornisce questi servizi dovrebbe comprendere e applicare le precauzioni standard per la prevenzione e il controllo delle infezioni, sia per la propria protezione che per quella dei propri pazienti.

Le precauzioni standard, chiamate anche precauzioni universali, riducono al minimo o eliminano la trasmissione della malattia da paziente a operatore sanitario, da operatore sanitario a paziente o da paziente a paziente. Vanno sempre applicati:

- in tutte le situazioni in cui gli operatori sanitari prevedano il contatto con sangue, qualsiasi fluido corporeo diverso dal sudore, lacrime o muco, o con i tessuti molli, indipendentemente dal presunto stato di infettività o dall'identità del paziente.

1.6.1 Lavaggio delle mani e dispositivi di protezione individuale

- Il lavaggio delle mani con sapone e acqua corrente dovrebbe essere una routine prima e dopo ogni contatto, anche dopo il contatto con oggetti potenzialmente contaminati, anche se si indossano i guanti.
- I guanti devono essere indossati (si possono usare guanti non sterili) e sostituiti tra contatti con pazienti diversi e tra esami vaginali e rettali della stessa paziente. Dopo aver completato la cura di una persona e rimosso i guanti, gli operatori sanitari devono sempre lavarsi le mani, poiché i guanti potrebbero presentare buchi non rilevati.
- Indossare barriere come camici, guanti, grembiuli, maschere, occhiali protettivi e calzature dovrebbe essere una routine, ove disponibile.
- Va notato che l'uso di forniture ausiliarie, come calzari sterili, aumenta i costi ma non fa una differenza significativa nei tassi di infezione.

1.7 Induzione di asistolia cardiaca fetale prima dell'aborto

Per l'aborto dopo la 20a settimana di gestazione, l'induzione dell'asistolia fetale può essere presa in considerazione per evitare segni di vita durante l'aborto farmacologico o nel caso in cui l'espulsione del feto avvenga dopo il priming cervicale ma prima di una dilatazione ed evacuazione pianificata (D&E).

La probabilità di sopravvivenza fetale transitoria dopo l'espulsione aumenta con l'aumentare dell'età gestazionale e con un intervallo più breve tra il priming cervicale e la procedura di aborto.).

Tabella 1.5 Regimi comunemente usati per indurre l'asistolia fetale

	Iniezione di cloruro di potassio (KCl), (intrafunicolo o intracardiaco)	Iniezione di digossina, (intra amniotica o intrafetale)	Iniezione di lidocaina, (intracardiaca o intratoracica)
	<ul style="list-style-type: none"> Questo approccio è molto efficace. 	<ul style="list-style-type: none"> La digossina ha un tasso di fallimento più elevato rispetto al KCl. Viene utilizzata per indurre l'asistolia fetale intrauterina. 	<ul style="list-style-type: none"> La lidocaina è raramente efficace.
	<ul style="list-style-type: none"> KCl è tipicamente somministrato il giorno dell'aborto o un giorno prima. Si osserva immediatamente asistolia al momento dell'iniezione. 	<ul style="list-style-type: none"> La digossina richiede tempo per l'assorbimento fetale per indurre la morte. Viene comunemente somministrato il giorno prima dell'aborto (per l'aborto farmacologico, ciò significa un giorno prima dell'inizio del misoprostolo, indipendentemente dal fatto che venga utilizzato o meno anche il mifepristone). L'asistolia è solitamente confermata prima dell'inizio dell'aborto. 	<ul style="list-style-type: none"> Lidocaina viene comunemente somministrata il giorno dell'aborto o un giorno prima. La cessazione dell'asistolia è osservabile all'interno di circa 5 minuti.
	<ul style="list-style-type: none"> Questo approccio richiede esperienza per un'iniezione precisa e sicura. 	<ul style="list-style-type: none"> La digossina è tecnicamente più facile da usare e non richiede ultrasuoni se somministrata intra-amniotica. Digossina ha dimostrato livelli sierici materni sicuri pari o inferiori a livelli terapeutici di digossina. 	<ul style="list-style-type: none"> Un'iniezione intracardiaca precisa richiede più esperienza rispetto al posizionamento intratoracico; entrambi i metodi sono altamente efficaci. La lidocaina presenta rischi materni minimi. Può essere un'alternativa sicura in contesti in cui la digossina o il KCl non sono disponibili.
	<ul style="list-style-type: none"> Dosaggi di KCl gamma da 4 a 6 mEq. 	<ul style="list-style-type: none"> I dosaggi di digossina vanno da 1 a 2 mg. 	<ul style="list-style-type: none"> I dosaggi di lidocaina vanno da 200 a 240 mg.

Fonti: Drey et al., Sicurezza della somministrazione di digossina intra-amniotica prima dell'aborto alla fine del secondo trimestre mediante dilatazione ed evacuazione, 2000 (15); Hammond, Recenti progressi nell'aborto del secondo trimestre: una revisione basata sull'evidenza, 2009 (17); e Tufa et al., Farmaci usati per indurre la morte fetale prima dell'aborto: una revisione sistematica, 2020 (18).

RIQUADRO 1.1: Passi per indurre l'asistolia fetale

1. Fornire informazioni alla donna sul processo di induzione fetale asistolia e cosa aspettarsi e seguire il processo di consenso informato delineando i rischi e i benefici della procedura (vedere la sezione 1.1.4).
2. Utilizzare una tecnica sterile per l'iniezione.
3. Chiedere al paziente di svuotare la vescica prima della procedura.
4. Trovare il sito di iniezione mediante esame fisico o ecografia.
 - La guida ecografica è necessaria solo per le iniezioni intracardiache o intrafuniche.
5. Prendi in considerazione l'uso della lidocaina come anestesia locale sulla pelle dell'iniezione luogo.
6. Utilizzare un ago spinale (da calibro 20 a calibro 22, di lunghezza adeguata) per eseguire lentamente iniettare il farmaco destinato ad essere utilizzato per indurre l'asistolia fetale (utilizzare la dose minima efficace).
 - Quando si esegue l'iniezione intra-amniotica di digossina senza ultrasuoni guida, confermare il corretto posizionamento dell'ago aspirando il liquido amniotico prima dell'iniezione.
 - In caso di gestazioni multiple, iniettare ciascun sacco/feto separatamente per indurre l'asistolia.
7. Confermare l'asistolia; questo può essere confermato immediatamente durante l'esecuzione iniezione intrafunica o intracardiaca e 24 ore dopo aver utilizzato l'iniezione di digossina intrafetale o intra amniotica. Se necessario, può essere somministrata un'altra iniezione.
8. Garantire l'emostasi e posizionare una medicazione piccola e pulita sul sito di iniezione.

Per coloro che saranno dimessi prima della procedura di aborto:

9. Fornire informazioni su quando tornare per il completamento dell'aborto processi.
10. Informare la donna del rischio di travaglio precoce, parto extramurale o fuoriuscita di fluido. Dille di contattare il suo fornitore di aborti o di visitare una struttura sanitaria se si verifica una di queste condizioni.

Fonti: Alfirevic et al., Amniocentesi e campionamento dei villi coriali per la diagnosi prenatale, 2017 (19); Diedrich, Drey e Society of Family Planning, Induzione della morte fetale prima dell'aborto, 2010 (20); Grimes et al., Iniezione di digossina fetocida prima della dilatazione e dell'evacuazione dell'aborto: evidenza ed etica, 2012 (21); e Reeves et al., Lidocaina transaddominale per indurre la morte fetale: uno studio di coorte, 2022 (22).

Induzione - abortiva - abortiva

Riferimenti per il capitolo 1

1. Atrash HK, Hogue CJ. L'effetto dell'interruzione della gravidanza sulla riproduzione futura. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1990;4(2):391–405. doi:10.1016/s0950-3552(05)80234-2.
2. Virk J, Zhang J, Olsen J. Aborto medico e rischio di successivi avversi esiti della gravidanza. *N Inglese J Med.* 2007;357:648–53. doi:10.1056/NEJMoa070445.
3. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. L'impatto sulla salute pubblica dell'aborto legale: 30 anni dopo. *Perspect Sex Reprod Salute.* 2003;35(1):25–8. doi:10.1363/3502503.
4. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Fattori di rischio per la mortalità correlata all'aborto indotto legale negli Stati Uniti. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):729–37. doi:10.1097/01.AOG.0000116260.81570.60.
5. Rowland Hogue CJ, Boardman LA, Stotland N. Capitolo 16: Rispondere alle domande sui risultati a lungo termine. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editori. *Gestione della gravidanza involontaria e anormale: cura completa dell'aborto.* Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2009: 252–63.
6. Mettere le cose in chiaro: i fatti su alcuni miti popolari sull'aborto. Documento informativo. Centro per i diritti riproduttivi; 2005 (http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bp_tk_myths.pdf).
7. Dagg PKB. Le sequele psicologiche dell'aborto terapeutico – negato e completato. Sono J psichiatria. 1991;148(5):578–85. doi:10.1176/ajp.148.5.578.
8. Maggiore B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Aborto e salute mentale: valutare le prove. Sono Psicol. 2009;64(9):863–90. doi:10.1037/a0017497.
9. Goyal V. Rottura uterina nell'aborto indotto da misoprostolo nel secondo trimestre dopo parto cesareo: una revisione sistematica. *Obstet Gynecol.* 2009;113:1117–23. doi:10.1097/AOG.0b013e31819dbfe2.
10. Pianificazione familiare: un manuale globale per i fornitori, quarta edizione aggiornata. Baltimora e Ginevra: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Centro per i programmi di comunicazione e Organizzazione mondiale della sanità; 2022 (<https://fphandbook.org/>).
11. Duncan C, Reynolds-Wright J, Cameron S. Utilità di un'ecografia di routine per il rilevamento di gravidanze ectopiche tra le donne che richiedono l'aborto: una revisione retrospettiva. *BMJ Sex Reprod Salute.* 2020;48(1):bmjsrh-2020-200888. doi:10.1136/bmjsh-2020-200888.
12. Linee guida per la cura dell'aborto. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2022 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>).
13. Aborto sicuro: guida tecnica e politica per i sistemi sanitari, seconda edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914>).
14. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati, 10a revisione (ICD-10), vol. 2, seconda edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>).
15. Drey E, Thomas LJ, Benowitz NL, Goldschlager N, Darney PD. Sicurezza di intra somministrazione di digossina amniotica prima dell'aborto alla fine del secondo trimestre mediante dilatazione ed evacuazione. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1063–6. doi:10.1067/mob.2000.105438.
16. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Aborto indotto a metà trimestre: una revisione. *Aggiornamento Hum Reprod.* 2007; 13:37–52. doi:10.1093/humupd/dml049.
17. Hammond C. Recenti progressi nell'aborto del secondo trimestre: una revisione basata sull'evidenza. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:347–56. doi:10.1016/j.ajog.2008.11.016.
18. Tufa TH, Prager S, Lavelanet AF, Kim C. Farmaci usati per indurre la morte fetale prima dell'aborto: una revisione sistematica. *Contracezione: X.* 2020;2:100046. doi:10.1016/g.conx.2020.100046.
19. Alfirevic Z, Navaratnam K, Mujezinovic F. Amniocentesi e campionamento dei villi coriali per la diagnosi prenatale. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(9):CD003252.
20. Diedrich J, Drey E. Società di pianificazione familiare. Induzione della morte fetale prima dell'aborto. *Contracezione.* 2010;81(6):462–73. doi:10.1016/j.contraception.2010.01.018.
21. Grimes DA, Stuart GS, Raymond EG. Iniezione di digossina fetocida prima della dilatazione e dell'aborto di evacuazione: evidenza ed etica. *Contracezione.* 2012;85(2):140–3.
22. Reeves MF, Goldfarb CN, Rubin SL, Kuperstock JL, DiBianco LP, Picciotto A. Lidocaina transaddominale per indurre la morte fetale: uno studio di coorte. *BMJ Sex Reprod Salute.* 2022;48:275–80.

2. Aborto

Aborto medico

- Sintesi dei metodi: aborto farmacologico
- Approcci di autogestione
- Considerazioni cliniche per l'aborto farmacologico (comprese le controindicazioni)
- Gestione del dolore per l'aborto farmacologico
- Aborto medico indotto a < 12 settimane di gestazione
- Aborto farmacologico indotto a ≥ 12 settimane di gestazione
- Gestione medica per l'aborto mancato
- Gestione medica della morte fetale intrauterina

Aborto chirurgico

- Sintesi dei metodi: aborto chirurgico (inclusi farmaci, forniture e attrezzatura)
- Gestione del dolore per l'aborto chirurgico
- Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico
- Aspirazione sottovuoto per aborto chirurgico a < 14 settimane di gestazione
- Aborto chirurgico a ≥ 14 settimane di gestazione

Obiettivi per il capitolo 2

- Fornire il metodo appropriato basato sulle informazioni raccolte nella fase pre-aborto
- Fornire la profilassi antibiotica ove necessario
- Offrire e fornire la gestione del dolore
- Eseguire il priming cervicale prima dell'aborto chirurgico, se necessario

Aborto

2.1 Aborto farmacologico

2.1.1 Sintesi dei metodi: aborto medico

L'aborto medico include i seguenti componenti o attività secondarie:

- io. valutare l'ammissibilità all'aborto farmacologico (ovvero determinare la durata della gravidanza ed escludere controindicazioni);
- ii. somministrare il regime appropriato dei farmaci abortivi e della gestione del processo di aborto e degli effetti collaterali comuni dei farmaci;
- iii. valutare se il processo di aborto ha avuto esito positivo e se sono necessari ulteriori interventi.

Un operatore sanitario può fornire l'intero pacchetto di cure per l'aborto farmacologico, ma è ugualmente possibile che i compiti secondari siano svolti da diversi operatori sanitari e in luoghi diversi, anche a distanza, e compresa l'autogestione di alcuni o tutti i compiti dalla donna, con il supporto necessario (fare riferimento alle raccomandazioni sull'erogazione del servizio nelle linee guida per la cura dell'aborto dell'OMS del 2022 [1]).

Tabella 2.1 Regimi di aborto farmacologico

RACCOMANDAZIONI	REGIME DI COMBINAZIONE		MISOPROSTOL DA SOLO
	MIPEPRISTONE	MISOPROSTOL (IN TUTTI I CASI, QUESTO DOVREBBE ESSERE UN MINIMO DI 24 ORE DOPO MIFEPRISTONE)	MISOPROSTOL
		>>>1-2 GIORNI	
ABORTO INDOTTO <12 SETTIMANE REGIMI RACCOMANDATI ^a	200 mg PO una volta	800 µg PV, SL o Bb	800 µg PV, SL o Bb
ABORTO INDOTTO <12 SETTIMANE REGIME ALTERNATIVO	Letrozolec (invece di mifepristone) 10 mg PO al giorno per 3 giorni	800 µg SL il giorno 4b	N / A
ABORTO INDOTTO ÷12 SETTIMANE	200 mg PO una volta	400 µg B, SL o PV ogni 3 oreb,d	400 µg B, SL o PV ogni 3 oreb,d
ABORTO MANCATO < 14 SETTIMANA Sa	200 mg PO una volta	800 µg B, PV o SLb	800 µg B, PV o SLb
INTRAUTERINO MORTE FETALE (IUFD) DA ÷ 14 A ÷ 28 SETTIMANA Sa	200 mg PO una volta	400 µg PV o SL ogni 3 oreb	400 µg SL o PV ogni 3 oreb
ABORTO INDOTTO < 14 SETTIMANE DIMENSIONI UTERINE (VEDI SEZIONE 3.3)	N / A	N / A	600 mg PO o 400 mg SLb
ABORTO INDOTTO ÷ 14 SETTIMANE DIMENSIONI UTERINE (VEDERE SEZIONE 3.3)	N / A	N / A	400 µg B, PV o SL ogni 3 oreb

B: buccale; NA: non applicabile; PO: orale; PV: vaginale; SL: sublinguale

^a Il regime di combinazione di mifepristone-misoprostolo è leggermente più efficace del solo misoprostolo.

^b Si possono prendere in considerazione dosi ripetute di misoprostolo (o ripetute all'intervallo indicato) quando necessario per ottenere il successo del processo di aborto. La guida dell'OMS non indica un numero massimo di dosi di misoprostolo. Gli operatori sanitari devono usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con l'età gestazionale avanzata.

^c Sono necessarie ulteriori prove per determinare la sicurezza, l'efficacia e l'accettabilità del regime di combinazione letrozolo più misoprostolo in età gestazionale avanzata, in particolare rispetto a quello del regime di combinazione mifepristone più misoprostolo (le prove disponibili si sono concentrate sul confronto con l'uso del solo misoprostolo).

^d La dose di misoprostolo deve essere ridotta per l'aborto indotto oltre le 24 settimane e l'IUFD oltre le 28 settimane, a causa dei dati limitati. Il giudizio clinico dovrebbe essere utilizzato per determinare il dosaggio appropriato, riconoscendo la maggiore sensibilità dell'utero alle prostaglandine.

Aborto farmacologico

RIQUADRO 2.1 Documentare l'aborto indotto per le statistiche sulla mortalità

Le statistiche sulla mortalità sono ampiamente utilizzate per la ricerca medica; per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei programmi di sanità pubblica e degli interventi sanitari; per l'allocazione delle risorse sanitarie; e per il follow-up dell'assistenza sanitaria (2). Ciò include statistiche separate sull'aborto indotto o "interruzione artificiale della gravidanza", che è regolato dalla legge ed è definito come "l'espulsione completa o l'estrazione da una donna di un embrione o di un feto (indipendentemente dalla durata della gravidanza), a seguito un'interruzione deliberata di una gravidanza in corso con mezzi medici o chirurgici, che non è intesa a provocare un parto vivo" (3, paragrafo 2.25.4.2). Fintanto che soddisfa la definizione di interruzione artificiale della gravidanza, dovrebbe essere considerato separatamente dall'aborto spontaneo o dalla morte del feto e chiaramente distinguibile nelle statistiche (3, sezione 2.25.4.1).

Si prega di fare riferimento al riquadro 2.2 relativo alla documentazione separata dei nati morti e delle morti fetali per le statistiche sulla mortalità.

2.1.2 Approcci di autogestione

Autogestione per l'aborto farmacologico prima delle 12 settimane di gestazione (vale a dire utilizzando la combinazione di mifepristone più misoprostolo o utilizzando solo misoprostolo): l'opzione dell'autogestione è raccomandata per questo, in alternativa alla supervisione diretta di persona da parte di un operatore sanitario – per svolgere uno o tutti i suddetti tre compiti componenti del processo di aborto medico, al di fuori di una struttura sanitaria (ad esempio a casa). Chiunque si impegni nell'autogestione dell'aborto medico deve anche avere accesso a informazioni accurate, medicinali di qualità garantita anche per la gestione del dolore, il supporto di operatori sanitari qualificati e l'accesso a una struttura sanitaria e ai servizi di riferimento se ne hanno bisogno o lo desiderano (1).

Telemedicina per l'aborto medico: la telemedicina è anche un'opzione raccomandata come alternativa alle interazioni di persona con l'operatore sanitario per fornire servizi di aborto medico in tutto o in parte (1). Ciò significa che la valutazione dell'idoneità all'aborto farmacologico, la consulenza e/o l'istruzione relativa al processo di aborto, l'istruzione e la facilitazione attiva della somministrazione di farmaci e l'assistenza post-aborto successiva possono essere forniti tramite la telemedicina.¹ Telemedicina i servizi dovrebbero includere i riferimenti (basati sulla posizione della donna) per i medicinali (medicinali per l'aborto e il controllo del dolore), qualsiasi cura per l'aborto o follow-up post-aborto richiesto (anche per cure di emergenza se necessarie) e per i servizi contraccettivi post-aborto, che può applicarsi sia all'aborto medico che a quello chirurgico. Per ulteriori informazioni, fare riferimento alla sezione 3.6.1 nelle linee guida per la cura dell'aborto dell'OMS del 2022.

¹ Va notato che le prove su questo approccio alla fornitura di servizi non includevano hotline, app digitali o modalità di comunicazione unidirezionali (ad esempio messaggi di testo di promemoria) che forniscono semplicemente informazioni.

2.1.3 Considerazioni cliniche per l'aborto medico a qualsiasi età gestazionale

- L'aborto farmacologico è un processo in più fasi che coinvolge due farmaci (mifepristone o letrozolo più misoprostolo) e/o dosi multiple di un medicinale (misoprostolo).
 - Il letrozolo in un regime di combinazione con misoprostolo è attualmente suggerito come regime alternativo solo per l'aborto prima delle 12 settimane di gestazione (e non per l'autogestione). Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche sulla sicurezza, l'efficacia e l'accettabilità dell'uso di questo regime in età gestazionale avanzata, specialmente rispetto a quello del regime combinato mifepristone più misoprostolo.
- Chiunque si sottoponga ad aborto farmacologico deve poter accedere a consulenza e cure di emergenza in caso di complicanze (cfr. Tabella 2.2).
- Informare la persona che il misoprostolo potrebbe avere effetti teratogeni se l'aborto fallisce e lei decide di continuare la gravidanza. Non è necessario insistere sull'interruzione di una gravidanza esposta; i dati sono limitati e inconcludenti per quanto riguarda la teratogenicità. Tuttavia, anche se il rischio è basso (< 1% di gravidanza esposta [4]), una donna dovrebbe essere informata di questo rischio. Il pre-natali di una gravidanza continua in queste situazioni.
- Informare l'individuo che è importante che l'aborto medico avvenga solo quando i farmaci utilizzati sono di buona qualità e sono somministrati correttamente. Anche se l'aborto medico ha un rischio di fallimento molto basso, anche quando i farmaci utilizzati sono di buona qualità e sono somministrati correttamente.
- Né il mifepristone né il misoprostolo (né entrambi combinati) interromperanno una gravidanza extrauterina.
 - L'assenza di sanguinamento dopo l'assunzione di misoprostolo è molto probabile che indichi un aborto farmacologico fallito, ma esiste la possibilità che significhi che la gravidanza è extrauterina.
 - Anche se una gravidanza è extrauterina, una donna può manifestare sanguinamento dopo aver assunto mifepristone e misoprostolo perché la decidua può rispondere ai farmaci.
 - Valutare la donna per una gravidanza in corso e per una gravidanza extrauterina se riferisce segni o sintomi di gravidanza continua dopo l'aborto farmacologico.

- Gli antibiotici profilattici non sono necessari e non sono raccomandati in precedenza ad un aborto farmacologico (1, sezione 3.3.4).

Controindicazioni all'aborto medico:

- precedente reazione allergica a uno dei medicinali coinvolti
- porfiria ereditaria
- insufficienza surrenalica cronica
- gravidanza ectopica nota o sospetta.

Cautela e giudizio clinico sono richiesti nei casi di:

- terapia a lungo termine con corticosteroidi (inclusi quelli con grave incontrollato asma)
- disturbo emorragico
- grave anemia
- malattie cardiache preesistenti o fattori di rischio cardiovascolare
- un dispositivo intrauterino (IUD) in sede (deve essere rimosso prima di iniziare il regime).

Inviare l'individuo a un'appropriata struttura sanitaria di livello superiore, se necessario, se vengono rilevate altre condizioni sanitarie/mediche (ad es. comorbidità o anomalie uterine) che possono causare o esacerbare complicanze.

Tabella 2.2 Effetti collaterali o complicanze dell'aborto farmacologico e loro gestione

Gestione degli effetti collaterali o delle complicanze	
Dolore	<p>Comunicazione rispettosa e non giudicante</p> <p>Supporto verbale e rassicurazione</p> <p>Spiegazione completa di cosa aspettarsi</p> <p>La presenza di una persona di supporto che possa stare con lei durante il processo (solo se lo desidera)</p> <p>Borsa dell'acqua calda o termoforo</p> <p>FANS, come l'ibuprofene</p> <p>Il dolore severo che persiste deve essere valutato per escludere una gravidanza extrauterina (a < 12 settimane di gestazione) o la rottura dell'utero, una rara complicanza, che è più probabile con una storia di precedente incisione uterina (a > 12 settimane di gestazione)</p>
Sanguinamento	<p>Creare ragionevoli aspettative circa la quantità e la durata del sanguinamento</p> <p>Se le evidenze di comparsa di emorragia, fornire fluidi</p> <p>Evitare l'assunzione di aspirina o altri farmaci antiaggreganti</p> <p>Assunzione solo di paracetamolo per il dolore</p> <p>Trasfusione di sangue, se necessaria (raro)</p>
Febbre/brividi (un effetto collaterale frequente di dosi ripetute di misoprostolo)	<p>Farmaci antipiretici, come il paracetamolo o l'ibuprofene per ridurre il disagio</p> <p>Se la febbre persiste per più di 24 ore dopo l'ultima dose di misoprostolo, è necessaria un'ulteriore valutazione</p>
Nausea e vomito	<p>Spiega che questo è autolimitante</p> <p>Rassicurare, fornire antiemetici se lo si desidera</p>
Diarrea	<p>Spiega che questo è autolimitante</p> <p>Rassicurare, fornire farmaci antidiarroici se lo si desidera</p> <p>Incoraggiare l'idratazione orale</p>
Infezione pelvica	<p>Se si sospetta un'infezione, eseguire un esame fisico</p> <p>Se l'infezione è confermata, fornire antibiotici e l'evacuazione uterina e ricoverare in ospedale se necessario</p>

Conoscere i rischi
 e le complicanze
 dell'aborto
 farmacologico

2.1.4 Gestione del dolore per l'aborto farmacologico

Quasi tutte le donne provano dolore e crampi durante e dopo un aborto. La gestione del dolore è un elemento importante della cura e dovrebbe essere offerta di routine e fornita se e quando lo si desidera, prima dell'aborto farmacologico. Dovrebbe essere somministrato in anticipo, in previsione dell'insorgenza del dolore (come misura profilattica) (5), o fornito alla donna nel caso sia necessario per un successivo utilizzo a casa.

- La quantità di dolore che gli individui provano e la loro risposta a quel dolore varia notevolmente.
- La necessità di gestire il dolore aumenta con l'età gestazionale e il tempo necessario per completare l'aborto.
- Il grado di dolore provato varia anche con l'età, la parità, il precedente parto vaginale, la storia di dismenorrea e il livello di ansia/paura dell'individuo che si sottopone all'aborto.
- L'ansia può aumentare la sensibilità al dolore.

Principi per la gestione del dolore:

- Valutare individualmente il bisogno di ogni donna per la gestione del dolore.
- Considerare sia metodi non farmacologici che farmacologici per ridurre il dolore associato all'aborto farmacologico (vedi Tabella 2.3).
- Prestare molta attenzione alla storia medica di un individuo, allergie e uso concomitante di farmaci che potrebbero interagire con qualsiasi agente analgesico o anestetico disponibile, per ottimizzare l'uso sicuro degli antidolorifici.

Tabella 2.3 Opzioni di gestione del dolore per l'aborto farmacologico

Metodi non farmacologici	Metodi farmacologici
<ul style="list-style-type: none"> • Rispettoso, non giudicante comunicazione • Supporto verbale e rassicurazione • Spiegazione completa di cosa aspettarsi • La presenza di una persona di supporto che possa stare con la donna durante il processo (se lo desidera) • Borsa dell'acqua calda o riscaldamento 	<p>A qualsiasi età gestazionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiolitici/sedativi (ad es. diazepam 5-10 mg) • Analgesia (FANS, ad es. ibuprofene 400-800 mg) • Farmaci adiuvanti, se indicati, per gli effetti collaterali del misoprostolo (ad es. loperamide per la diarrea) <p>A < 12 settimane di gestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se i FANS non sono disponibili o controindicati, si può prendere in considerazione paracetamolo/acetaminofene per il controllo del dolore. <p>A ≥ 12 settimane di gestazione:</p> <p>Oltre ai FANS, offri uno o più dei seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oppioidi orali (a seconda della disponibilità, ad es. codeina, morfina); • oppioidi intravenosi (ad es. fentanyl) o epidurali; e • alcuni anestetici e anestesie generali, dove appropriate.

a Quando si utilizza la gestione del dolore EV, deve essere presente un medico addestrato (e certificato, se richiesto dalla legge) per monitorare i segni vitali della donna (5). L'operatore sanitario che somministra la gestione del dolore EV deve essere preparato a fornire supporto respiratorio in caso di soppressione respiratoria.

Seguire i dosaggi raccomandati riduce notevolmente i rischi associati a queste opzioni di gestione del dolore per l'aborto farmacologico.

IMPORTANTE: Trascurare la gestione del dolore aumenta inutilmente l'ansia e il disagio, compromettendo seriamente la qualità delle cure. La negazione della gestione del dolore come punizione per aver abortito è una violazione dei diritti umani.

Aborto farmacologico

2.1.5 Aborto medico indotto a < 12 settimane di gestazione

I regimi terapeutici raccomandati per l'aborto farmacologico prima delle 12 settimane di gestazione sono riportati nella Tabella 2.4.

Tabella 2.4 Regimi di trattamento per l'aborto medico a < 12 settimane di gestazione

TIPO DI REGIME	INFORMAZIONI SUL DOSAGGIO	OSSERVAZIONI
MIFEPRISTONE PLUS MISOPROSTOL a CONSIGLIATO REGIME	Mifepristone 200 mg PO una volta 1-2 GIORNI PRIMA Misoprostolo 800 µg PV, SL o Bb	Si possono prendere in considerazione dosi ripetute di misoprostolo quando necessario raggiungere il successo del processo di aborto.
SOLO MISOPROSTOL CONSIGLIATO REGIME	Misoprostolo 800 µg PV, SL o Bb	La guida dell'OMS non indica un numero massimo di dosi di misoprostolo.
LETROZOLO PLUS MISOPROSTOL REGIME ALTERNATIVO	10 mg PO al giorno x 3 giorni Misoprostolo 800 µg SL il giorno 4	Questo regime può essere sicuro ed efficace a 14 settimane di gestazione.

B: buccale; NA: non applicabile; PO: orale; PV: vaginale; SL: sublinguale

a Il regime di combinazione di mifepristone-misoprostolo è leggermente più efficace del solo misoprostolo.

b Tutti i percorsi sono inclusi come opzioni per la somministrazione di misoprostolo, in considerazione delle preferenze del paziente e del fornitore.

DOPO L'UTERO AUMENTA DI DIMENSIONI CIRCA 1 CM PER SETTIMANA

Aborto farmacologico

L'UT

Considerazioni cliniche per l'aborto medico nelle prime età gestazionali

- Il mifepristone e il letrozolo vengono sempre somministrati per via orale.
- Il misoprostolo può essere somministrato per vie diverse, tra cui vaginale, buccale e sublinguale.
 - ÿ Gli effetti collaterali e le istruzioni per l'uso differiscono per le diverse vie (vedere la Tabella 2.5 Caratteristiche delle diverse vie di somministrazione del misoprostolo e le illustrazioni nella Fig. 2.1).
- La profilassi antibiotica non è necessaria per l'aborto farmacologico.
- Il mifepristone e il misoprostolo possono essere tranquillamente utilizzati a casa e il processo di espulsione dalla gravidanza non deve avvenire in ambito clinico se la persona lo desidera.
- Vedi anche considerazioni cliniche per l'aborto farmacologico a qualsiasi età gestazionale (sezione 2.1.3).

Somministrare le medicine e facilitare il processo di aborto

- Somministrare il(i) medicinale(i) per iniziare l'aborto farmacologico (o fornirli alla donna con chiare istruzioni).
- Discutere la gamma di dolore e sanguinamento associati all'aborto processi. Spiegare la possibilità di forti emorragie con coaguli, passaggio del tessuto della gravidanza e dolore che può essere significativamente più forte dei normali crampi mestruali per alcuni individui. Fare riferimento alla sezione 2.1.4 per informazioni sulla gestione del dolore.
- Garantire che tutte le donne abbiano accesso a informazioni, antidolorifici e servizi per supportare la gestione di successo del processo di aborto e affrontare gli effetti collaterali comuni dei farmaci (vedi tabella 2.2) e informazioni su dove cercare assistenza per eventuali complicazioni che possono insorgere (vedi sotto).

IMPORTANTE: è essenziale che la donna sappia di rivolgersi al medico per:

- **sanguinamento prolungato o intenso** (immergere più di due tamponi grandi all'ora per due ore consecutive);
- **febbre che dura da più di 24 ore** dopo l'ultima dose di misoprostolo;
- **sensazione di malessere generale per più di 24 ore** dopo il misoprostolo amministrazione.

Considerazioni per l'uso domestico (autogestione) di mifepristone più misoprostolo o misoprostolo da solo

Prima che la donna torni a casa con le medicine per l'aborto e per alleviare il dolore:

- assicurarsi che capisca quando e come usare i tablet;
- assicurarsi che comprenda quando e come autosomministrarsi farmaci antidolorifici e come utilizzare altre misure antidolorifiche, sulla base di una revisione delle sue preferenze;
- assicurarsi che l'individuo comprenda come contattare un operatore sanitario qualificato in caso di domande, preoccupazioni o complicazioni;
- fornire istruzioni su come utilizzare segni e sintomi clinici e/o umani (ad esempio, livelli di gonadotropina corionica (hCG) (nel sangue o nelle urine) per autovalutare il successo dell'aborto farmacologico (va notato che i risultati dei test di gravidanza ad alta sensibilità possono essere positivi fino a cinque settimane dopo l'aborto farmacologico riuscito).

Considerazioni per l'uso basato sulla struttura del misoprostolo

- Assicurarsi che la donna abbia accesso ai servizi igienici privati in attesa della gravidanza espulsione.

Tabella 2.5 Caratteristiche delle diverse vie di somministrazione del misoprostolo

Itinerario	Istruzioni per l'uso	Appuntamenti
Buccale	Le pillole vengono poste tra la guancia e le gengive e deglutite dopo 20-30 minuti	Febbre e brividi aumentati rispetto alla via vaginale
Sublinguale	Le pillole vengono poste sotto la lingua e deglutite dopo 30 minuti	Aumento della febbre, brividi, diarrea e vomito rispetto alla via vaginale Inizio d'azione più rapido e livelli di concentrazione plasmatica più elevati
Vaginale	Le pillole vengono poste nei fornici vaginali (le parti più profonde della vagina) e alla donna viene chiesto di sdraiarsi per 30 minuti	Possono essere visibili frammenti di pillola Tasso più basso di effetti collaterali

Aborto farmacologico

Figura 2.1 Illustrazione delle vie buccali e sublinguali di somministrazione del misoprostolo



APPUNTI:

- **Febbre/brividi** possono essere un effetto collaterale frequente di dosi ripetute di misoprostolo; la somministrazione di paracetamolo o ibuprofene ridurrà il disagio in questi casi. Deve essere valutata la febbre che persiste per più di 24 ore dopo l'ultima dose di misoprostolo.
- **Il dolore severo** che persiste deve essere valutato per escludere l'ectopia gravidanza.
- Per ulteriori informazioni, fare riferimento alla Tabella 2.2.

2.1.6 Aborto medico indotto a \geq 12 settimane di gestazione

I regimi terapeutici raccomandati per l'aborto medico a 12 settimane di gestazione o oltre sono mostrati nella Tabella 2.6.

Tabella 2.6 Regimi di trattamento per l'aborto farmacologico a \geq 12 settimane di gestazione

TIPO DI REGIME	INFORMAZIONI SUL DOSAGGIO	OSSERVAZIONI
MIFEPRISTONE PLUS MISOPROSTOL a	Mifepristone 200 mg PO una volta \gg 1-2 GIORNI PRIMA Misoprostolo 400 μ g B, SL o PVb ogni 3 ore c	La dose di misoprostolo deve essere ridotta per indotta l'aborto oltre le 24 settimane, riconoscendo la maggiore sensibilità dell'utero alle prostaglandine. Tuttavia, a causa della mancanza di studi clinici/ dati limitati, non ci sono raccomandazioni specifiche sul dosaggio; deve essere utilizzato il giudizio clinico per determinare il dosaggio appropriato.
MISOPROSTOL SOLO	N/A Misoprostolo 400 μ g PV, SL o Sib ogni 3 ore c	

B: buccale; NA: non applicabile; PO: orale; PV: vaginale; SL: sublinguale

a Il regime di combinazione di mifepristone-misoprostolo è più efficace del solo misoprostolo.

b L'evidenza suggerisce che la via vaginale è la più efficace. La considerazione per la preferenza del paziente e del fornitore suggerisce il inlusione di tutti i percorsi.

c Il misoprostolo può essere ripetuto all'intervallo indicato secondo necessità per ottenere il successo del processo di aborto. Guida dell'OMS non indica un numero massimo di dosi di misoprostolo. Gli operatori sanitari devono usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con l'età gestazionale avanzata.

Aborto
farmacologico
UTERINA
LIMITAZIONE MISURA A P

UTERINA

LIMITAZIONE MISURA A P

- uterino
- multiplo

Considerazioni cliniche per l'aborto medico in età gestazionale avanzata

- Il mifepristone viene sempre somministrato per via orale.
- Il misoprostolo può essere somministrato per vie diverse, tra cui vaginale, buccale e sublinguale.
 - Gli effetti collaterali e le istruzioni per l'uso differiscono per le diverse vie (vedere la Tabella 2.5 Caratteristiche delle diverse vie di somministrazione del misoprostolo e le illustrazioni nella Fig. 2.1).
- I medicinali per l'aborto possono essere somministrati in una struttura sanitaria o a casa.
- La profilassi antibiotica non è necessaria per l'aborto farmacologico.
- Le donne rimangono nella struttura fino all'espulsione della gravidanza riuscito.
- Se l'età gestazionale è superiore alle 20 settimane, alcuni fornitori di cure per l'aborto possono prendere in considerazione l'induzione dell'asistolia fetale prima della procedura (vedere paragrafo 1.7).
- La sensibilità uterina alle prostaglandine aumenta con l'età gestazionale. La dose appropriata di misoprostolo quindi diminuisce con l'aumentare dell'età gestazionale.
- Vedi anche considerazioni cliniche per l'aborto farmacologico a qualsiasi età gestazionale (sezione 2.1.3).

Somministrare le medicine e facilitare il processo di aborto

- Garantire che tutte le donne abbiano accesso a informazioni, antidolorifici e servizi per supportare la gestione di successo del processo di aborto e affrontare gli effetti collaterali comuni dei farmaci (vedi tabella 2.2) e informazioni su dove cercare assistenza per eventuali complicazioni che possono insorgere (vedi sotto).
- Discutere la gamma di dolore e sanguinamento associati al processo di aborto. Spiega che ci saranno forti emorragie con coaguli, passaggio del tessuto della gravidanza e dolore che sarà significativamente più forte dei normali crampi mestruali. Fare riferimento alla sezione 2.1.4 per informazioni sulla gestione del dolore.
- Somministrare il(i) medicinale(i) per iniziare l'aborto farmacologico (o fornirli a l'individuo con istruzioni chiare).
- Garantire la somministrazione tempestiva di ripetere misoprostolo ogni 3 ore, come molte volte quanto necessario per ottenere il successo del processo di aborto, sulla base del giudizio clinico. Il misoprostolo può essere somministrato anche se la persona soffre di sanguinamento e crampi/contrazioni.

- Offrire cure di supporto in attesa dell'espulsione dalla gravidanza.
- I crampi spesso iniziano prima della seconda dose di misoprostolo somministrato; tuttavia, la tempistica è variabile. A partire dal momento della prima dose di misoprostolo, le donne devono essere monitorate ogni 30 minuti, in particolare in relazione alla loro necessità di gestione del dolore.
- Febbre/brividi possono essere un effetto collaterale frequente di dosi ripetute di misoprostolo; somministrazione di paracetamolo o ibuprofene ridurrà il disagio in questi casi.
- Il tempo atteso per l'espulsione e il completamento dell'aborto è maggiore nelle donne nullipare e aumenta in tutte le donne in età gestazionale.

IMPORTANTE: è essenziale che la donna sappia di rivolgersi al medico per:

- **sanguinamento prolungato o intenso** (immergere più di due tamponi grandi all'ora per due ore consecutive);
- **febbre/brividi che durano più di 24 ore** dopo l'ultima dose di misoprostolo;
- **sensazione di male alla gamba per più di 24 ore** dopo la somministrazione di misoprostolo;
- **dolore severo che persiste** (è necessario non considerare tutto il dolore utero, una rara complicanza, che è più probabile con una storia di precedente incisione uterina).

Aborto

Coniugale

Espulsione fetale/placentare

- Se il feto o la placenta non sono passati dopo 24-48 ore dalla somministrazione della prima dose di misoprostolo, prendere in considerazione l'esecuzione di un esame vaginale e rimuovere qualsiasi tessuto presente nella vagina o nel tratto cervicale.
- L'esame ecografico di routine non deve essere utilizzato per lo screening di un aborto incompleto; le apparenze ecografiche si correlano male con i prodotti del concepimento ritenuti (6).
- Curettage uterino di routine dopo la completa espulsione del feto e la placenta è ingiustificata.
 - L'uso di metodi moderni di aborto farmacologico a 12 settimane di gestazione (ad es. misoprostolo con o senza mifepristone) determina bassi tassi (< 10%) di ritenzione di placenta.²
 - Evacuazione uterina mediante aspirazione sottovuoto (o curettage, dove l'aspirazione non è disponibile) per rimuovere la placenta deve essere eseguita solo in individui che hanno forti emorragie, febbre o ritenzione di placenta oltre le 3-4 ore dall'espulsione del feto.
- Il tessuto della gravidanza deve essere trattato allo stesso modo degli altri tessuti biologici materiale, a meno che i desideri individuali o le norme locali non impongano una gestione diversa.

Prima della dimissione dopo aborto farmacologico a 12 settimane di gestazione (vedere anche Capitolo 3, paragrafo 3.1)

- Rassicurare la donna che la procedura è terminata e che non lo è più incinta.
- Monitorarla (sanguinamento, dolore, pressione sanguigna e polso) e provvedere alla gestione secondo necessità.
- Può lasciare la struttura sanitaria quando è stabile e soddisfa i criteri per lo scarico.
- Documentare tutti i risultati del trattamento, inclusi eventuali eventi avversi.
- Offrire la contraccezione come desiderato.

² Le fonti indicano variamente tassi dell'8% (7) e del 6% (8).

2.1.7 Gestione medica dell'aborto mancato

L'aborto mancato è quando una gravidanza smette di svilupparsi, dove l'embrione/feto/ il tessuto embrionale o il sacco gestazionale vuoto rimane nell'utero con l'orifizio cervicale chiuso. I sintomi possono includere dolore, sanguinamento o nessun sintomo. Se viene eseguita un'ecografia di scansione può mostrare un embrione o un feto senza attività cardiaca, o quella che sembra essere una gravidanza in via di sviluppo precoce, con solo una sacca piena di liquido visibile all'interno dell'utero (1).

Considerazioni cliniche per la gestione dell'aborto mancato

- La gestione medica, chirurgica (aspirazione sottovuoto) e in attesa è tutto opzioni per la gestione dell'aborto mancato. La decisione sulla modalità di gestione dovrebbe essere basata sulle condizioni cliniche dell'individuo e sulla preferenza per il trattamento.
- La gestione dell'attesa può essere offerta come opzione a condizione che la donna sia informata del tempo più lungo per l'espulsione del tessuto gravidico e dell'aumento del rischio di svuotamento incompleto dell'utero, che richiederebbe un intervento chirurgico.
- Il tessuto della gravidanza deve essere trattato allo stesso modo di altro materiale biologico a meno che l'individuo non esprima il desiderio che venga gestito diversamente.

Per le donne che preferiscono la gestione medica dell'aborto mancato, vengono raccomandati i test di gravidanza gestazionale infrequenti. Per informazioni sulla T1, vedere riferimenti e alle informazioni nella sezione 2.1.5, incluse le tabelle 2.4 e 2.5 e la figura 2.1.

Aborto mancato

Tabella 2.7 Regimi di trattamento per aborto mancato a < 14 settimane di gestazione

TIPO DI REGIME	INFORMAZIONI SUL DOSAGGIO		OSSERVAZIONI
MIFEPRISTONE PLUS MISOPROSTOL (Regime consigliato)	Mifepristone 200 mg PO una volta	» 1-2 GIORNI PRIMA »	Misoprostolo 800 µg per qualsiasi via (B, PV o SL) una volta
			Il minimo consigliato l'intervallo tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è di 24 ore.
MISOPROSTOL SOLO (Regime alternativo)	N/A		Misoprostolo 800 µg per qualsiasi via (B, PV o SL)
			Se si utilizza questo regime, va notato che in età gestazionale > 9 settimane, l'evidenza mostra che la somministrazione ripetuta di misoprostolo è più efficace per ottenere il successo del processo di aborto. La guida dell'OMS non indica un numero massimo di dosi di misoprostolo.

B: buccale; NA: non applicabile; PO: orale; PV: vaginale; SL: sublinguale

Aborto
 farmacologico

Tabella 2.8 Confronto delle opzioni di gestione per aborti mancati e incompleti

Metodo	Potenziati vantaggi	Potenziabile svantaggi	Efficacia (%) Aborto mancato	Efficacia (%) Aborto incompleto
Gestione in attesa	<ul style="list-style-type: none"> • Può ridurre al minimo le visite • Evita gli effetti collaterali e le complicazioni di altri metodi • Evita intrauterino strumentazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Lasso di tempo imprevedibile • Può ancora richiedere follow-up aspirazione del vuoto se non riuscita 	16–75%	82–100%
Medico gestione	<ul style="list-style-type: none"> • Evita strumentazione intrauterina 	<ul style="list-style-type: none"> • Può causare più sanguinamento e necessità di seguire rispetto all'aspirazione sottovuoto • Effetti collaterali a breve termine del misoprostolo 	77–89%	61–100%
Gestione chirurgica (aspirazione sottovuoto)	<ul style="list-style-type: none"> • Risoluzione rapida 	<ul style="list-style-type: none"> • Operazione chirurgica 	96–100%	96–100%

Nota: per ulteriori informazioni sull'aborto incompleto, vedere paragrafo 3.3.

2.1.8 Gestione medica della morte fetale intrauterina

La morte fetale intrauterina (IUFD) o morte fetale si riferisce a situazioni in cui il feto non è più vivo, ma l'utero non ha ancora iniziato ad espellere il suo contenuto e l'orifizio cervicale rimane chiuso (9). La diagnosi viene effettuata mediante ecografia dopo i risultati clinici, che possono includere sanguinamento vaginale, suoni cardiaci fetali assenti all'auscultazione elettronica, incapacità di percepire i movimenti fetali o un utero significativamente più piccolo delle dimensioni previste (9).

L'IUFD può essere gestito in attesa o trattato chirurgicamente (D&E; vedere sezione 2.2.6) o medico, come descritto in questa sezione. La decisione sulla modalità di gestione dell'IUFD dovrebbe essere basata sulle condizioni cliniche dell'individuo e sulla preferenza per il trattamento. Il tessuto della gravidanza dovrebbe essere trattato allo stesso modo di altro materiale biologico a meno che l'individuo non esprima il desiderio che venga gestito diversamente.

Per le persone che preferiscono la gestione medica, i regimi raccomandati per IUFD da 14 a 28 settimane sono mostrati nella Tabella 2.9. È importante notare, tuttavia, che nel caso in cui il mifepristone venga assunto in regime ambulatoriale, è essenziale che la donna sappia di dover tornare in clinica o cercare assistenza se le membrane si rompono o se le contrazioni iniziano prima che abbia iniziato a prendere qualsiasi dose di misoprostolo.

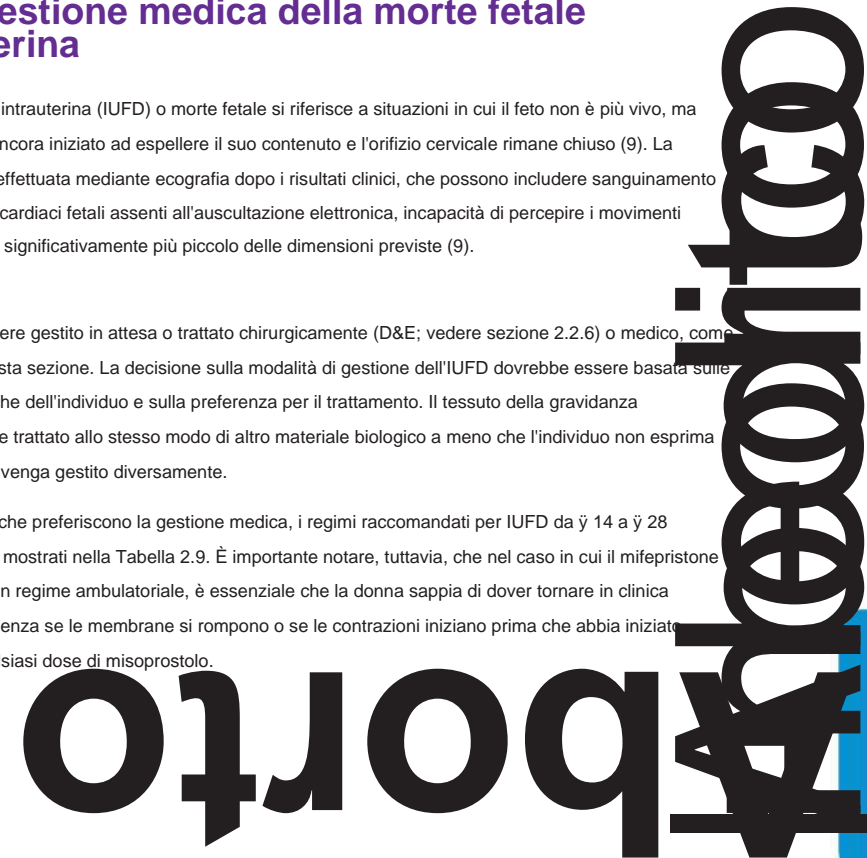


Tabella 2.9 Regimi di trattamento per la morte fetale intrauterina (IUFD) da 14 a 28 settimane

TIPO DI REGIME	INFORMAZIONI SUL DOSAGGIO	OSSERVAZIONI	
MIFEPRISTONE PLUS MISOPROSTOL (Regime suggerito) a	Mifepristone 200 mg PO una volta	» 1-2 GIORNI PRIMA b » Misoprostolo 400 µg PV o SL ogni 4-6 ore ^{b,c}	La dose di misoprostolo deve essere ridotta per l'aborto indotto oltre le 24 settimane e l'IUFD oltre le 28 settimane, a causa dei dati limitati. Il giudizio clinico dovrebbe essere utilizzato per determinare il dosaggio appropriato, riconoscendo la maggiore sensibilità dell'utero alle prostaglandine.
MISOPROSTOL SOLO C (Regime alternativo)	N / A	Misoprostolo 400 µg SL (preferito) o PV ogni 4-6 ore ^c	

NA: non applicabile; PO: orale; PV: vaginale; SL: sublinguale

a Il regime di combinazione di mifepristone più misoprostolo è più efficace del misoprostolo solo.

b L'intervallo minimo raccomandato tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è 24 ore.

c Il misoprostolo può essere ripetuto all'intervallo indicato secondo necessità per ottenere il successo della terapia processo di aborto. La guida dell'OMS non indica un numero massimo di dosi di misoprostolo. Gli operatori sanitari devono usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con gestazione avanzata età.

Aborto
 farmacologico

- tu
- M
- M
- o
- M

Adattare
 clinico
 San Fr

RIQUADRO 2.2: Documentare le morti fetali e i nati morti separatamente dall'aborto indotto nelle statistiche sulla mortalità

Le statistiche sulla mortalità sono ampiamente utilizzate per la ricerca medica; per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei programmi di sanità pubblica e degli interventi sanitari; per l'allocazione delle risorse sanitarie; e per il follow-up dell'assistenza sanitaria (2). Ciò include le statistiche sulla morte fetale, i nati morti e le morti neonatali, che devono essere tutte registrate separatamente dalle statistiche sull'interruzione artificiale della gravidanza. L'interruzione artificiale della gravidanza è definita come "l'espulsione completa o l'estrazione da una donna di un embrione o di un feto (indipendentemente dalla durata della gravidanza), a seguito di un'interruzione deliberata di una gravidanza in corso con mezzi medici o chirurgici, che non è intesa determinare un parto vivo" (3, sezione 2.25.4.2).

Istruzioni chiave dell'ICD-11: • Viene

utilizzato un solo certificato medico di causa di morte per tutti i decessi, compresi i nati morti (dall'aggiornamento del modulo internazionale di certificato medico di causa di morte nel 2016) (3, sezione 2.25.4.4).

- Come minimo, tutti i nati morti e i decessi successivi alla vita le nascite nate con 22 o più settimane complete di gestazione (o 154 giorni) dovrebbero essere incluse nelle statistiche, anche se i requisiti legali per la registrazione possono variare a seconda delle diverse legislazioni nazionali. Ciò non si applica all'interruzione artificiale della gravidanza, che è definita (vedi sopra) indipendentemente dalla durata della gravidanza e deve essere presentata separatamente dalla morte fetale, dalla nascita morta o dalla nascita viva (3, sezione 2.25.4.5).

- L'interruzione artificiale di una gravidanza in corso è regolata dalla legge e può essere indicata come aborto legale, aborto indotto, riduzione fetale o altre terminologie. Fintanto che soddisfa

il criterio di "inizio di interruzione artificiale di gravidanza", dovrebbe essere considerato separatamente dall'aborto spontaneo o dalla morte di un feto, chiaramente distinguibile dall'aborto (3, sezione 2.25.4.1).

Aborto

Artificiale

2.2 Aborto chirurgico

2.2.1 Sintesi delle metodiche: aborto chirurgico

L'aborto chirurgico comprende i seguenti compiti: somministrare la profilassi antibiotica e la gestione del dolore (che vanno dall'anestesia locale alla sedazione da minima a profonda o, in alcuni casi ove necessario, all'anestesia generale), priming cervicale, condurre la procedura di aborto utilizzando il metodo selezionato, supervisionare il paziente recupero e scarico.

Una gamma di operatori sanitari può svolgere questi vari compiti (fare riferimento alle raccomandazioni sull'erogazione dei servizi nelle linee guida per la cura dell'aborto dell'OMS del 2022 [1]).

Tabella 2.10 Metodi di aborto chirurgico

< 14 settimane	≥ 14 settimane
Aspirazione sottovuoto <ul style="list-style-type: none">• aspirazione manuale sottovuoto (MVA)• aspirazione elettrica sottovuoto (EVA)	Aspirazione sottovuoto avanzata <ul style="list-style-type: none">• VA• EVA Dilatazione ed evacuazione (D&E)

L'aspirazione sottovuoto comporta l'evacuazione del contenuto dell'utero attraverso una cannula di plastica o metallo, collegata a una fonte di vuoto. L'aspirazione a vuoto elettrica (EVA) utilizza una pompa a vuoto elettrica. Con l'aspirazione manuale sottovuoto (MVA), il vuoto viene creato utilizzando un aspiratore manuale in plastica da 60 ml attivato manualmente (chiamato anche siringa). Gli aspiratori MVA accolgono cannule da 4–12 mm. Il tubo di aspirazione per EVA può essere utilizzato con cannule fino a 16 mm di diametro, consentendo di utilizzare l'aspirazione a vuoto fino a 15-16 settimane di gestazione o per i casi di cura post-aborto che presentano con cervice dilatata dove sono necessarie cannule di diametro maggiore per il vuoto.

La dilatazione ed evacuazione (D&E) è la tecnica chirurgica per l'aborto dopo 12-14 settimane di gravidanza, che sono disponibili professionisti qualificati ed esperti. D&E prevede la preparazione della cervice utilizzando dilatatori meccanici e/o agenti farmacologici e l'evacuazione dell'utero principalmente con il colpo e l'uso di aspirazione sottovuoto (fare riferimento alla voce in questo elenco) per rimuovere qualsiasi residuo di sangue.

Per quanto riguarda i requisiti di documentazione, fare riferimento al riquadro 2.1 (Documentazione dell'aborto indotto per le statistiche sulla mortalità) e al riquadro 2.2 (Documentazione delle morti fetali e dei nati morti separatamente dall'aborto indotto nelle statistiche sulla mortalità), entrambi nella sezione 2.1.

Aborto chirurgico

Tabella 2.11 Forniture, medicinali e attrezzature per l'aborto chirurgico³

Valutazione clinica	Procedura di aspirazione del vuoto e dilatazione ed evacuazione procedura (D&E).	Recupero	In caso di complicazioni
<ul style="list-style-type: none"> • Guanti da esame puliti 	<ul style="list-style-type: none"> • Acqua pulita • Detersivo o sapone • Agenti e forniture di priming cervicale (ad es. misoprostolo, mifepristone, dilatatori osmotici) • Antidolorifici, come analgesici e ansiolitici • Guanti puliti e sterili • Dispositivi di protezione individuale (ad es. maschera facciale, visiera, camice, grembiule di plastica) • Soluzioni e materiali per la sterilizzazione o la disinfezione di alto livello • Spugne di garza o batuffoli di cotone • Soluzione antisettica (non a base alcolica) per preparare la cervice • Aghi (ago spinale calibro 22 per blocco paracervicale e ago calibro 21 per somministrazione farmaci) • Siringhe (5, 10 e 20 ml) • Lidocaina per blocco paracervicale • Silicone per la lubrificazione delle siringhe • Gelatina lubrificante 	<ul style="list-style-type: none"> • Assorbenti/assorbenti igienici • Analgesici • Antibiotici • Opuscoli informativi (sulla cura personale post-procedura e sulla contraccezione post-aborto) • Metodi contraccettivi post-aborto 	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriati antagonisti dei medicinali usati per il dolore • Uterotonici (ossitocina, misoprostolo o ergometrina) • Linea endovenosa (IV) e fluidi (soluzione salina, lattato di sodio, glucosio) • Imballaggio uterino • Borsa per ossigeno e Ambu
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivi per la misurazione della pressione sanguigna • Stetoscopi 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoclave o sterilizzatrice • Speculum (bocca larga per aumentare l'esposizione della cervice e corta per evitare di spingere via la cervice, o uno speculum di Sims se è disponibile un assistente) • Sorgente luminosa/faro frontale • Tenacolo (tenacolo atraumatico; quando disponibile) • Dilatatori meccanici affusolato, fino a 37 French (Fr) (o fino a 51 Fr per età gestazionale avanzata) o circonferenza equivalente Pratt, 13–43 Fr (o 41–79 Fr per età gestazionale avanzata) Hern, fino a 98 Fr per età gestazionale avanzata • Cannule di tutte le dimensioni fino a 16 mm • Aspiratore a vuoto elettrico (con cannule fino a 14–16 mm) o aspiratore a vuoto manuale (con cannule fino a 12–14 mm) • Pinza di evacuazione uterina Bierer (grande e piccola) • Pinza per evacuazione uterina Sopher (piccola) • Grande curette flessibile postpartum • Pinza spugna (ad anello). • Ciotola in acciaio inossidabile per la preparazione della soluzione • Vassoio per strumenti • Piatto in vetro trasparente per l'ispezione dei tessuti • Filtro (metallo, vetro o garza) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivi per la misurazione della pressione sanguigna • Stetoscopio 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaso in loco (cannula o siringa ad ultrasuoni) (regionale) • Guanti per la sutura

a L'attrezzatura per la dilatazione e l'evacuazione (D&E) è evidenziata in **grassetto**.

³ Per ulteriori dettagli, vedere l'Allegato 2: Farmaci, forniture e attrezzature per un'assistenza di qualità in caso di aborto.

Aborto
 Antibiotici

2.2.2 Considerazioni cliniche per l'aborto chirurgico

Se l'età gestazionale è superiore alle 20 settimane, alcuni fornitori di cure per l'aborto possono prendere in considerazione l'induzione dell'asistolia fetale prima della procedura (vedere paragrafo 1.7).

Inviare l'individuo a un'adeguata struttura sanitaria di livello superiore per la procedura di aborto e/o per altri servizi, se necessario, se vengono rilevate altre condizioni sanitarie/mediche (ad es. comorbidità o anomalie uterine) che possono causare o esacerbare complicazioni.

Devono essere in atto chiari meccanismi di riferimento per indirizzare le donne a una struttura di livello superiore nel caso in cui sorgano complicazioni durante la procedura o durante il recupero.

Dovrebbe essere in atto anche un rinvio di routine per indirizzare le donne alla contraccezione post-aborto, se questo non è disponibile in loco.

Profilassi antibiotica per aborto chirurgico

- La presenza di infezione nel tratto riproduttivo inferiore al momento dell'aborto chirurgico è un fattore di rischio per le infezioni del tratto riproduttivo post-aborto. La fornitura di antibiotici al momento dell'aborto (profilassi) serve a prevenire tali complicazioni dopo un aborto chirurgico.
 - Somministrazione monodose di nitroimidazoli, tetraciline o penicilline hanno dimostrato di essere efficaci se utilizzate come antibiotici profilattici per l'aborto chirurgico.
 - I regimi terapeutici a base di antibiotici non devono essere somministrati a meno che non sia presente preoccupazione per un'infezione esistente.
- Per l'aborto chirurgico, indipendentemente dal rischio individuale di infezione infiammatoria pelvica, si raccomanda un'appropriate profilassi antibiotica prima o perioperatoria (1, sezione 3.3.4).

Tecnica asettica

- Prima di qualsiasi procedura chirurgica di aborto, la cervice della donna dovrebbe essere pulita con un antisettico (es. betadine).
- La manipolazione e lo smaltimento sicuri di strumenti taglienti ("taglienti") - lame e aghi - è essenziale, così come la corretta manipolazione e lavorazione di altri strumenti e materiali per evitare potenziali infezioni sia per i pazienti che per gli operatori sanitari.
- Usare la tecnica del "no-touch" (vedi Box 2.3).

ATTENZIONE: Aspiratori, cannule e adattatori non sono sicuri da maneggiare a mani nude finché non vengono puliti.

RIQUADRO 2.3 La tecnica del "no-touch".

La tecnica no-touch è importante perché anche se la soluzione antisettica viene applicata all'inizio della procedura, non è possibile sterilizzare il tratto genitale.

La tecnica no-touch significa che le parti degli strumenti che entrano nell'utero (ad es. cannule, pinze, dilatatori) non devono toccare oggetti o superfici non sterili, comprese le cosce della paziente o le pareti vaginali o le mani/guanti dell'operatore, prima di essere inserita nell'utero. Il fornitore può utilizzare guanti puliti e non sterili per la procedura: i guanti sterili non sono necessari.

Pertanto, durante la procedura, l'operatore sanitario:

- afferra e tocca solo la porzione mediana dei dilatatori, evitando le punte;
- attacca la cannula alla sorgente del vuoto senza toccare la punta della cannula;
- tiene gli strumenti usati e i guanti di strumenti sterili e i guanti sul vuoto.

Fonte: Meckstroth e P. (2005) *Aborting the Past*, 2005.

2.2.3 Gestione del dolore per l'aborto chirurgico

Quasi tutte le donne avvertiranno dolore e crampi durante la preparazione cervicale, durante la procedura di aborto e dopo l'aborto. Questo dolore è principalmente correlato alla dilatazione cervicale (fisiologica, farmacologica e/o meccanica) e alle contrazioni uterine. La gestione del dolore è un elemento importante della cura e dovrebbe essere offerta di routine e fornita se e quando lo si desidera, prima e/o durante il priming cervicale e la procedura di aborto chirurgico. Alcuni farmaci possono essere somministrati in anticipo, in previsione dell'insorgenza del dolore (come misura profilattica) (5), oppure forniti alla donna nel caso sia necessario per un successivo utilizzo domiciliare.

- La quantità di dolore che gli individui provano e la loro risposta a quel dolore varia notevolmente.
- La necessità di gestione del dolore aumenta con l'età gestazionale e il tempo necessario per completare la procedura.
- Il grado di dolore provato varia anche con l'età, la parità, il precedente parto vaginale, la storia di dismenorrea e il livello di ansia/paura dell'individuo che si sottopone all'aborto.
- L'ansia può aumentare la sensibilità al dolore; una donna che è molto ansiosa circa la procedura potrebbe non essere in grado di stare ferma sul tavolo operatorio per un aborto chirurgico, compromettendo potenzialmente la sua sicurezza se questo non viene trattato.

Principi per la gestione del dolore:

- Valutare individualmente il bisogno di ogni donna per la gestione del dolore.
- Considerare sia metodi non farmacologici che farmacologici per ridurre il dolore associato all'aborto (vedi Tabella 2.12).
- Prestare molta attenzione alla storia clinica, allergie e uso concomitante di farmaci che potrebbero interagire con qualsiasi agente analgesico o anestetico disponibile, per ottimizzare l'uso sicuro degli antidolorifici.

Tabella 2.12 Opzioni di gestione del dolore per l'aborto chirurgico e durante il priming cervicale prima dell'aborto chirurgico

Terapia del dolore non farmacologica	Gestione farmacologica del dolore (per ulteriori dettagli, vedere Tabella 2.13)
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione rispettosa e non giudicante • Supporto verbale e rassicurazione • La presenza di un supporto persona che può stare con lei durante il processo (se la donna lo desidera) • Incoraggiare una respirazione profonda e controllata • Ascoltare la musica • Borsa dell'acqua calda o termoforo 	<p>Per il priming cervicale:</p> <p>La gestione del dolore dovrebbe essere offerta per qualsiasi tipo di priming cervicale</p> <p>Per il priming cervicale con dilatatori osmotici prima dell'aborto chirurgico a > 14 settimane, si suggerisce il PCB e si possono prendere in considerazione farmaci antidolorifici aggiuntivi, come il gel intravaginale.</p>
<p>Tutto quanto sopra, più:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tecnica operatoria delicata e fluida • Preavviso di ogni intervento procedurale (se la donna lo desidera) 	<p>Per l'aborto chirurgico a qualsiasi età gestazionale</p> <p>Analgesia con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) (es. ibuprofene)^a</p> <p>Si somministrano di routine prima del priming cervicale (PCB) (es. somministrando prima il gel intravaginale e i consigli del PCB si somministrano).</p> <p>La sedazione cosciente è l'opzione del dolore più comunemente utilizzata per l'aborto chirurgico. La sedazione cosciente è la sedazione cosciente più PCB dovrebbe essere utilizzata laddove sia disponibile la sedazione cosciente (vedi Tabella 2.13).</p> <p>Oltre a quanto sopra, possono essere offerti ansiolitici/sedativi.</p> <p>L'OMS sconsiglia l'uso di routine dell'anestesia generale per l'aborto chirurgico.</p>

a Per garantire che i farmaci orali siano più efficaci al momento della procedura, somministrarli 30-45 minuti prima della procedura. b La sedazione cosciente è anche nota come sedazione moderata o sedazione endovenosa (IV) in quanto viene comunemente somministrata per via endovenosa (vedere Tabella 2.13).

Esempio di come somministrare un blocco paracervicale (PCB) (11)

- Iniettare 1–2 ml di anestetico nel sito cervicale in cui verrà posizionato il tenacolo (alle 12 o alle 6, a seconda della preferenza dell'operatore o della presentazione della cervice).
- Successivamente, stabilizzare la cervice con un tenaculum nel sito anestetizzato.
- Utilizzare una leggera trazione per spostare lateralmente la cervice e definire la transizione di epitelio cervicale liscio al tessuto vaginale, che delinea il posizionamento per ulteriori iniezioni.
- Iniettare lentamente 2–5 ml di lidocaina a una profondità di 1,5–3 cm in 2–4 punti della giunzione cervicale/vaginale (ore 2 e 10 e/o ore 4 e 8).
 - La lidocaina può essere tamponata con bicarbonato di sodio, se disponibile.
 - Se la lidocaina non è disponibile, l'uso di soluzione salina normale può essere un'opzione.
- Spostare l'ago durante l'iniezione OPPURE aspirare prima dell'iniezione, per evitare iniezione intravascolare.
- La dose massima di lidocaina nel PCB è di 4,5 mg/kg di peso corporeo o generalmente nell'intervallo di 200-300 mg di lidocaina (circa 20 ml di 1% o 40 ml di 0,5%).

Uso di sedazione moderata o profonda o anestesia generale per la gestione del dolore

L'uso dell'anestesia generale è uno dei pochi aspetti potenzialmente letali della cura dell'aborto. Qualsiasi struttura che offra l'anestesia generale deve disporre delle attrezzature e del personale specializzati per somministrarla e gestire le potenziali complicanze. L'anestesia generale può essere un'opzione appropriata in determinate circostanze, come quando la gravidanza è il risultato di uno stupro o quando la donna ha una grave disabilità intellettiva o dello sviluppo.

Quando si utilizza la sedazione o l'anestesia generale, deve essere presente un operatore sanitario addestrato (e certificato, se richiesto dalla legge) per monitorare parametri respiratori, cardiovascolari e neurologici appropriati, incluso il livello di coscienza (5). L'operatore sanitario che somministra qualsiasi livello di sedazione o gestione del dolore per via endovenosa deve essere preparato a fornire supporto respiratorio in caso di depressione respiratoria.

Seguire i dosaggi raccomandati (vedi Tabella 2.13) riduce notevolmente i rischi associati a queste opzioni di gestione del dolore. Se vengono utilizzati medicinali che causano sedazione e, potenzialmente, depressione respiratoria, devono essere disponibili i loro antagonisti, preferibilmente su un carrello di emergenza, insieme alle istruzioni sul trattamento delle reazioni avverse.

IMPORTANTE: trascurare la gestione del dolore aumenta inutilmente l'ansia e il disagio, compromettendo seriamente la qualità delle cure e aumentando potenzialmente la difficoltà (e il tempo necessario per) l'esecuzione della procedura. La negazione della gestione del dolore come punizione per aver abortito è una violazione dei diritti umani.

Aborto

Abbonamenti

Tabella 2.13 Gestione farmacologica del dolore per aborto chirurgico – farmaci per sedazione e anestesia e loro effetti

Sedazione minima (ansia)	Sedazione cosciente (moderata).	Sedazione profonda	Anestesia generale
<p>Ansiolitici, ad es. uno dei seguenti, 30-60 minuti prima della procedura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • midazolam 10 mg PO • diazepam 	<p>Analgesici e ansiolitici combinati:</p> <p>Analgesici, ad esempio uno dei seguenti oppioidi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fentanil 50–100 µg EV • petidina 25-100 mg EV/IM) • tramadolo 50-100 EV/IM • morfina 0,1–0,2 mg/kg EV <p>Ansiolitici, somministrare una dose iniziale di uno dei seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • midazolam 1-2 mg EV • diazepam 5-10 mg EV • lorazepam 1 mg EV <p>IMPORTANTE: l'operatore deve sviluppare protocolli per garantire un adeguato controllo del dolore evitando la sedazione eccessiva.</p>	<p>Analgesici, ad esempio una delle seguenti combinazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • propofol con fentanil (this combinazione è più comunemente usata) • ketamina con petidina/fentanil. <p>Ansiolitici, somministrare una dose iniziale di uno dei seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • midazolam 1-2 mg EV • diazepam 5-10 mg EV • lorazepam 1 mg EV <p>IMPORTANTE: lo stato di anestesia generale potrebbe risultare come una complicazione della sedazione profonda, nel qual caso sarà necessario un ulteriore supporto respiratorio e cardiovascolare.</p> <p>Appunti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La valutazione pre-anestesia è necessario. • Liquidi limpidi (acqua, succhi limpidi, caffè nero) può essere consumato fino a 2 ore prima della procedura, mentre devono trascorrere almeno 6 ore dopo l'ultimo pasto leggero o 8 ore dopo aver consumato cibi fritti/grassi o carne prima della procedura. 	<p>Analgesici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • propofol • protossido di azoto (NO) • agenti bloccanti neuromuscolari (solo se è prevista l'intubazione) <p>Appunti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La valutazione pre-anestesia è necessario. • I liquidi chiari (acqua, succo di frutta, caffè nero) possono essere consumati fino a 2 ore prima della procedura, mentre devono trascorrere almeno 6 ore dopo l'ultimo pasto leggero o 8 ore dopo aver consumato cibi fritti/grassi o carne.

Aborto
 farmacologico

Tabella 2.13 (segue)

Sedazione minima (ansia)	Sedazione cosciente (moderata).	Sedazione profonda	Anestesia generale
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuzione dell'ansia prima e durante la procedura • Nessun effetto diretto sul dolore • Risposta normale alla stimolazione verbale • Nessun effetto sulle vie aeree, sulla ventilazione o sul sistema cardiovascolare 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuzione dell'ansia • Riduzione del dolore • Assonnato ma in grado di rispondere a stimoli verbali e tattili • Nessun effetto sulle vie aeree • Viene mantenuta una ventilazione adeguata • Il sistema cardiovascolare è mantenuto 	<ul style="list-style-type: none"> • L'ansia e il dolore sono ben controllati • Il paziente risponderà dopo stimolazione ripetuta o dolorosa • Assonnato senza riflesso palpebrale • Potrebbe essere necessario un intervento/posizionamento per mantenere le vie aeree • Potrebbe essere necessario il supporto della ventilazione • La funzione cardiovascolare è solitamente mantenuta 	<ul style="list-style-type: none"> • L'ansia e il dolore sono ben controllati • Amnesia, analgesia e rilassamento muscolare • Le vie aeree e la ventilazione sono compromesse • Il sistema cardiovascolare potrebbe richiedere supporto
<p>Non è necessario un monitoraggio continuo o frequente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio frequente dei segni vitali e del livello di coscienza ogni 3-5 minuti e ossigeno supplementare • Deve essere fornito da un esperto operatore sanitario in grado di fornire supporto vitale di base o avanzato (BLS/ALS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio continuo con ossigeno supplementare • In pazienti ben selezionati e in contesti appropriati, la sedazione profonda non aumenta il rischio di aspirazione polmonare o complicanze correlate all'anestesia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio continuo e ossigeno supplementare • Maggiore rischio di complicanze correlate all'anestesia rispetto alla sedazione • Ha bisogno di un team interdisciplinare gestione con anestesista, o con un operatore sanitario qualificato che può fornire anestesia generale

a Dovrebbero essere disponibili anche gli antagonisti: flumazenil (con incrementi di 0,2 mg EV in 30 secondi) inverte le benzodiazepine; il nalaxone (titolato con incrementi di 0,04 mg EV) inverte efficacemente i narcotici.

Fonti: Allen e Singh, linee guida cliniche della Society of Family Planning controllo del dolore nell'aborto chirurgico parte 1 – anestesia locale e sedazione minima, 2018 (12); Dean et al., La sicurezza della sedazione profonda senza intubazione per l'aborto in regime ambulatoriale, 2011 (13); Nichols et al., Gestione del dolore, 2009 (14).

Aborto
 Anestesia

2.2.4 Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico

Prima dell'aborto chirurgico, il priming cervicale (noto anche come preparazione o maturazione cervicale) può essere preso in considerazione per tutte le donne con una gravidanza di qualsiasi età gestazionale, in particolare per le persone con una gravidanza superiore alle 12 settimane di gestazione. Le raccomandazioni per questo sono presentate nella Tabella 2.14, insieme ai regimi medici suggeriti.

Il priming cervicale è particolarmente utile per le persone con le seguenti condizioni, per ridurre il rischio di lesione cervicale o perforazione uterina (che può causare emorragia) e il rischio di aborto incompleto:

- anomalie cervicali
- precedente intervento chirurgico alla cervice
- età adolescenziale
- gravidanza avanzata.

Le raccomandazioni e i regimi di priming cervicale possono essere seguiti anche nei casi di gestione chirurgica della morte fetale intrauterina (IUFD; vedere sezione 2.1.8), se il rammollimento e la dilatazione cervicale non sono ancora iniziati. Sarà necessario un giudizio clinico per determinare se in questi casi è necessario il priming cervicale.

Il priming cervicale può essere ottenuto utilizzando metodi meccanici (dilatatori osmotici naturali o sintetici) o agenti farmacologici (es. mifepristone e/o misoprostolo).

- Questo può essere avviato da un operatore sanitario diverso dal fornitore che lo farà condurre la procedura.
- L'uso di farmaci per il priming cervicale prima dell'aborto chirurgico può essere autogestito e può far risparmiare tempo di viaggio alla donna ed evitare l'uso di personale per l'inserimento di dilatatori osmotici.
- Il priming cervicale può aiutare a facilitare la procedura di aborto per un fornitore inesperto.
- Devono essere forniti farmaci antidolorifici appropriati con il priming cervicale (vedere Tabella 2.12 nella sezione 2.2.3).

Il priming cervicale presenta alcuni svantaggi, come disagio per la donna, costi aggiuntivi e tempo extra per somministrarlo in modo efficace.

IMPORTANTE: se una donna sottoposta a priming cervicale inizia a manifestare forti emorragie vaginali, dovrebbe sottoporsi senza indugio alla procedura di evacuazione.

Tabella 2.14 Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico

< 12 settimane di gestazione	≥ 12 settimane di gestazione
L'OMS sconsiglia l'uso di dilatatori osmotici per il priming cervicale.	12-19 settimane: si suggerisce un priming cervicale
Se si utilizza il priming cervicale, selezionare uno dei regimi medici suggeriti di seguito.	<ul style="list-style-type: none"> • farmaco da solo (una combinazione di mifepristone più misoprostol è preferito; vedi sotto) OPPURE • dilatatori osmotici c plus farmaci (mifepristone, misoprostolo o una combinazione di entrambi; vedi sotto)
	≥ 19 settimane: si raccomanda il priming cervicale
	<ul style="list-style-type: none"> • dilatatori osmotici più farmaci (mifepristone, misoprostolo o una combinazione di entrambi; vedi sotto)

Regimi medici consigliati:

- Mifepristone 200 mg per via orale 24–48 ore prima della procedura
- Misoprostolo 400 µg per via sublinguale 1-2 ore prima della procedura
- Misoprostolo 400 µg per via vaginale o buccale 2 ore prima della procedura

a L'evidenza del priming cervicale tra le 12 e le 19 settimane di gestazione è limitata e pertanto gli operatori sanitari dovrebbero utilizzare il giudizio clinico per decidere il metodo più conveniente per il priming cervicale prima dell'aborto chirurgico in questa fascia di età gestazionale.

b La via sublinguale è più efficace per la somministrazione di misoprostolo.

c Quando si utilizzano dilatatori osmotici, il tempo tra il posizionamento dei dilatatori e la procedura non deve superare i due giorni.

Esempio di come inserire dilatatori osmotici

- Posizionare uno speculum nella vagina e pulire la cervice con una soluzione antisettica analcolica.
- Somministrare l'anestesia locale al labbro cervicale e quindi afferrare il labbro della cervice con un tenacolo atraumatico. Quindi amministrare un PCB completo (vedere le informazioni sull'amministrazione di un PCB nella sezione 2.2.3).
- Afferrare l'estremità di un dilatatore osmotico con una pinza (pinza ad anello o ad impacco) e inserirla nel canale endocervicale in modo tale che la punta si estenda appena oltre l'orifizio cervicale interno, nell'utero (utilizzando la tecnica "no-touch", vedere Riquadro 2.3). Rivestire il dilatatore osmotico con gelatina lubrificante o con soluzione antisettica può facilitare il posizionamento.
- Posizionare in sequenza i dilatatori (se si utilizzano più dilatatori) uno accanto all'altro all'interno dell'orifizio cervicale, in modo che si adattino perfettamente al canale cervicale.

Ulteriori considerazioni per l'uso di dilatatori osmotici

- I dilatatori osmotici naturali (bastoncini di laminaria) raggiungono la massima dilatazione a 24 ore.
- I dilatatori osmotici sintetici (Dilapan-S) raggiungeranno una buona dilatazione in 6 ore ma continueranno a dilatarsi fino a 24 ore e possono essere utilizzati per le procedure in giornata.
- Quando inizialmente è stato posizionato un numero di dilatatori osmotici inferiore a quello desiderato, la procedura può essere ripetuta, dopo 4 ore o il giorno successivo, per posizionare il/i dilatatore/i aggiuntivo/i.
- Poiché vi è un rischio minimo di espulsione dopo il posizionamento dei dilatatori osmotici, le donne possono lasciare la clinica e tornare per la procedura in un secondo momento programmato.
- Gli operatori sanitari devono documentare il numero di dilatatori osmotici posizionati per garantire che tutti siano presi in considerazione quando vengono rimossi all'inizio della procedura di aborto.
- Il numero, il tipo e la combinazione di dilatatori osmotici da utilizzare la preparazione cervicale varia notevolmente in base ai protocolli locali, alle preferenze del fornitore e alle risorse disponibili, nonché in base alle seguenti considerazioni chiave:

• età gestazionale;

• parità;

• esperienza del fornitore;

• tipo di dilatatore osmotico utilizzato;

• per quanto tempo il/i dilatatore/i osmotico/i rimarrà/i in situ prima della procedura pianificata (tenendo conto del rischio di parto extramurale);

• uso di mifepristone e/o misoprostolo insieme a dilatatori osmotici per

priming cervicale (in questo caso, occorre prestare molta attenzione alla tempistica di priming cervicale rispetto alla procedura – ad es. il mifepristone può essere somministrato il giorno del posizionamento del dilatatore e il misoprostolo deve essere somministrato il giorno della procedura per ridurre al minimo il rischio di consegna extramurale).

- Vengono riassunte le informazioni chiave sulle caratteristiche dei dilatatori osmotici nella tabella 2.15.

Ulteriori considerazioni per l'uso del mifepristone

- Le donne possono manifestare spotting o lieve sanguinamento a causa del mifepristone.
- La gravidanza può passare durante il periodo intermedio (1-2 giorni) prima della procedura di aborto programmato.
- Il mifepristone somministrato 24-48 ore prima della procedura di aborto può essere combinato con il misoprostolo a causa del rischio di espulsione prima della procedura. Se il medico desidera aggiungere il misoprostolo, deve essere somministrato il giorno della procedura mentre il mifepristone è in uso e non a casa.

Ulteriori considerazioni per l'uso di misoprostolo

- Le donne possono manifestare sanguinamento e crampi, febbre, nausea, vomito e/o diarrea a causa del misoprostolo.
- Assicurarsi che ci sia un posto in cui le donne possano aspettare comodamente mentre il misoprostolo fa effetto (fino a 3 ore).
- Se la cervice non si dilata facilmente dopo una dose di misoprostolo, la dose può essere ripetuta per la stessa via di prima o per una via diversa, oppure prendere in considerazione l'uso di dilatatori osmotici.

Assicurarsi che esista un piano chiaro per l'aborto chirurgico prima che la donna prenda o utilizzi l'agente di adescamento cervicale e assicurarsi che abbia accesso al sistema sanitario se desidera o necessita di ulteriore supporto durante l'intervallo.

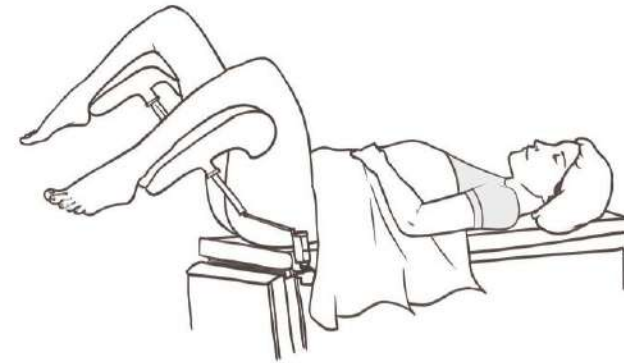
IMPORTANTE: per ridurre il rischio di infezione post-procedurale, si raccomanda la profilassi antibiotica iniziata prima o perioperatoriamente: le strutture che offrono l'aborto chirurgico dovrebbero adoperarsi per garantire un'adeguata fornitura di antibiotici (vedi Allegato 2). Se gli antibiotici non sono disponibili, tuttavia, l'aborto può ancora essere eseguito.

Figura 2.2 Fasi dell'aborto chirurgico a < 14 settimane di gestazione

1. Chiedi alla donna di svuotare la vescica
2. Lavarsi le mani e indossare i dispositivi di protezione individuale
3. Aiutare la donna sul lettino operatorio e nella posizione litotomica
4. Eseguire un esame bimanuale
5. Posizionare lo speculum
6. Eseguire la preparazione antisettica cervicale
7. Eseguire il blocco paracervicale
8. Dilatare la cervice
9. Inserire la cannula
10. Aspirare il contenuto uterino
11. Ispezionare il tessuto
12. Eseguire eventuali procedure simultanee
13. Recupero e dimissione dalla struttura

Fasi dell'aborto chirurgico (aspirazione sottovuoto) a < 14 settimane di gestazione

1. Chiedi alla donna di svuotare la vescica
2. Lavarsi le mani e indossare i dispositivi di protezione individuale: questo dovrebbe includere guanti puliti
3. Aiutare la donna sul lettino operatorio e nella posizione di litotomia dorsale



4. Eseguire un esame bimanuale: questo confermerà il giorno di gravidanza se è stato fatto una valutazione preoperatoria. L'operatore sanitario dovrebbe eseguire una valutazione accurata della dimensione e posizione uterina prima di eseguire un'evacuazione uterina.

- Se sono stati inseriti o presenti dilatori (ossia dilatori di dimensioni superiori a 10 mm; vedere sezione 2.2.4), devono essere rimossi dalla cervice, manualmente durante l'esame bimanuale con una pinza ad anello dopo il posizionamento dello speculum. Verificare che il numero di dilatori rimossi sia uguale al numero inserito.

5. Posizionare lo speculum: garantire un'adeguata visualizzazione della cervice.

6. Eseguire la preparazione antisettica cervicale: Pulire la cervice con una soluzione antisettica analcolica, iniziando dal sistema operativo cervicale con ogni nuova spugna e procedendo a spirale verso l'esterno fino a quando il sistema operativo non è stato completamente coperto dall'antisettico.

7. Eseguire un blocco paracervicale. Vedere la sezione 2.2.3 per le istruzioni.

8. Dilatazione della cervice: la dilatazione cervicale meccanica è un passaggio essenziale se la cervice è chiusa o non sufficientemente dilatata all'inizio della procedura (vedere Riquadro 2.4). La dilatazione non è necessaria quando la cervice consente a una cannula di dimensioni adeguate di adattarsi perfettamente all'orifizio cervicale. Le donne con aborto incompleto spesso hanno già una cervice adeguatamente dilatata.

Riquadro 2.4 Tecnica per la dilatazione cervicale mediante dilatatori meccanici

- Esaminare attentamente la posizione dell'utero e della cervice e posizionare a tenaculum sul labbro cervicale anteriore o posteriore. Con il tenacolo in posizione, applicare una trazione continua per raddrizzare il canale cervicale.
- Usare il dilatatore più piccolo (o un cercatore di plastica, se necessario e disponibile) per trovare inizialmente il canale cervicale.
- Inserire il dilatatore finché la punta non oltrepassa l'orifizio cervicale interno.
- Dilatare delicatamente, senza mai forzare, utilizzando la tecnica no-touch (vedi Riquadro 2.3) con successivi dilatatori meccanici, stabilizzando la cervice con una leggera trazione sul tenacolo cervicale.

NOTA:

La sicurezza della procedura di dilatazione meccanica al momento dell'esecuzione dell'aborto dipende da un'adeguata visibilità della cervice, da una tecnica delicata e dalla conoscenza della posizione uterina. Se la dilatazione è difficile, è meglio non forzare il dilatatore. Cambiare invece l'angolo o il percorso per identificare il canale cervicale o ripetere l'esame bimanuale per verificare la posizione uterina. A volte, cambiare lo speculum con uno con una lama più corta può fornire più spazio e flessibilità per raddrizzare l'angolo cervicale. Infine, se la dilatazione è particolarmente difficile, considerare la somministrazione di misoprostolo e ritardare la procedura di circa 3 ore, o chiedere l'assistenza di un collega, se disponibile.

9. Inserire la cannula: quando si ottiene un'appropriata dilatazione cervicale, inserire la cannula appena attraverso l'orifizio cervicale interno e nel mezzo della cavità uterina mentre si applica una leggera trazione alla cervice. Non inserire la cannula con forza, per evitare traumi alla cervice o all'utero. Interrompere la procedura se si verificano segni di perforazione uterina.

IMPORTANTE: è importante utilizzare una cannula di dimensioni adeguate alle dimensioni del contenuto uterino e alla dilatazione della cervice. L'uso di una cannula troppo piccola è inefficiente e può provocare la ritenzione di tessuto della gravidanza o la perdita di aspirazione. La dimensione della cannula suggerita (mm) per le gravidanze fino a 13 o 14 settimane dovrebbe generalmente corrispondere al numero di settimane di gestazione + 1. Ad esempio, a 7 settimane di gestazione, la dimensione della cannula dovrebbe essere di 8 mm.

10. Aspirare il contenuto uterino:

- Attaccare l'aspiratore preparato o la connessione per il vuoto alla cannula (oppure in alternativa la cannula e l'aspiratore possono essere già collegati), tenendo in una mano il tenacolo e l'estremità della cannula e nell'altra l'aspiratore o attacco del vuoto.
- Avviare l'aspirazione quando la punta della cannula si trova a metà dell'utero; quando l'utero si contrae, le pareti uterine si sentiranno più solide e il fondo scenderà.
- Evacuare il contenuto dell'utero ruotando delicatamente e lentamente la cannula di 180° in direzione. Sangue e tessuto saranno visibili attraverso la cannula.
- Non ritirare l'apertura della cannula oltre l'orifizio cervicale, altrimenti l'aspirazione andrà persa.
- Se si utilizza il sistema a vuoto, quando il recipiente si riempie, la connessione si romperà. Separare l'aspiratore dalla cannula, svuotare l'aspiratore in un apposito contenitore e ricominciare il vuoto.
- Ripetere questa procedura finché l'utero non è vuoto.
- Al termine della procedura, rimuovere la cannula e la cervice tenaculum, pulire la cervice con un tampone pulito, valutare la quantità di sanguinamento uterino o cervicale e controllare eventuali lacerazioni cervicali.

IMPORTANTE: i seguenti segni indicano che l'utero è vuoto.

- Appare schiuma rossa o rosa e non si vede più tessuto passare attraverso la cannula.
- Si avverte una sensazione granulosa quando la cannula passa lungo la superficie del utero evacuato.
- L'utero si contrae intorno alla cannula.
- La donna avverte crampi o dolore intensificati, indicando che l'utero è contrattazione.

11. Ispezionare il tessuto: l'ispezione del tessuto della gravidanza è importante per confermare il successo dell'aborto.

- Innanzitutto, svuotare l'aspirato uterino in un contenitore appropriato (non spingere il contenuto aspirato attraverso la cannula, poiché la cannula si contamina).
- Cercare:
 - la quantità e la presenza di tessuto: villi, decidua e sacco/membrane in quantità adeguate in base all'età gestazionale (nota: dopo 9-10 settimane di gestazione sono visibili parti fetali);
 - la presenza di villi idropici a grappolo, che suggeriscono un molare gravidanza.

IMPORTANTE: non eseguire curettage taglienti per verificare il successo dell'aborto.

- Se l'ispezione visiva non è risolutiva, il tessuto deve essere filtrato, posto in un contenitore trasparente, immerso in acqua o aceto e osservato con luce dal basso. Se indicato per reperti anomali, il campione di tessuto può anche essere inviato a un laboratorio di patologia.
- Se non è visibile alcun tessuto, è stato rimosso dall'utero meno tessuto del previsto o il campione di tessuto non è conclusivo, ciò potrebbe indicare:
 - aborto non riuscito: la cavità uterina contiene ancora tessuto, anche se al termine della procedura risultava vuota;
 - aborto spontaneo completato prima della procedura;
 - aborto fallito: tutto il tessuto rimane all'interno della cavità uterina;
 - gravidanza ectopica: quando non si vedono villi, la gravidanza ectopica è a possibilità e dovrebbe essere indagato;
 - anomalia anatomica: in un utero bicorni o settato, la cannula potrebbe essere stato inserito nel lato dell'utero che non conteneva la gravidanza;
 - datazione errata della gravidanza.
- Se non è assolutamente chiaro che il sacco/membrane e i villi sono presenti alla valutazione del tessuto, presumere che non siano presenti e tentare di riaspirare e ispezionare nuovamente il tessuto e/o valutare la gravidanza ectopica o l'anomalia anatomica.
- Se l'ispezione visiva non è conclusiva, utilizzare gli ultrasuoni, se disponibili, per confermare che l'evacuazione è completa.

12. Eseguire eventuali procedure concomitanti: una volta completata la procedura di aspirazione, procedere con eventuali procedure concomitanti da eseguire, come l'inserimento di IUD, la legatura delle tube o la riparazione di una lacerazione cervicale, se necessario.

13. Recupero e dimissione dalla struttura (cfr. Capitolo 3, paragrafo 3.1)

2.2.6 Aborto chirurgico a 14 settimane di gestazione

Considerazioni cliniche per l'aborto chirurgico in età gestazionale avanzata

- La procedura per l'aborto chirurgico a 14 settimane di gestazione è di solito la dilatazione e l'evacuazione (D&E), anche se in alcuni contesti, in questa fase può essere eseguita una "aspirazione avanzata tramite vuoto".
- Il priming cervicale con agenti farmacologici, con o senza l'aggiunta di dilatatori osmotici (a seconda dell'età gestazionale; vedere sezione 2.2.4), è raccomandato prima di tutte le procedure di D&E e di aspirazione sottovuoto avanzata.
- Fare riferimento alle considerazioni cliniche nella sezione 2.2.2.

Prima dell'inizio della procedura

- Assicurarsi che tutta l'attrezzatura necessaria sia pronta e disponibile per l'uso (cfr. punto 2.1.1 e allegato 1).
- Ridurre il rischio di infezione post-procedura:
 - utilizzando strumenti opportunamente disinfettati o sterilizzati
 - somministrazione di antibiotici profilattici prima o perioperatoriamente (vedere la sezione 2.2.2 e la nota sottostante)
 - utilizzando la tecnica no-touch (cfr. riquadro 2.3 nella sezione 2.2.2).
- Confermare che la donna abbia ricevuto farmaci antidolorifici appropriati (vedere sezione 2.2.3).
- Confermare se è stato eseguito il priming cervicale (vedere la sezione 2.2.4). Se osmotico i dilatatori sono stati posizionati in anticipo, quindi fare riferimento alla documentazione annotando il numero di dilatatori posizionati.
- Prima di utilizzare l'aspirazione sottovuoto per l'amniotomia e l'aspirazione del liquido amniotico, verificare che:
 - l'aspiratore trattiene il vuoto
 - sono prontamente disponibili aspiratori di riserva, nel caso in cui il primo aspiratore abbia problemi tecnici.

IMPORTANTE: per ridurre il rischio di infezione post-procedurale, si raccomanda la profilassi antibiotica iniziata prima o perioperatoriamente: le strutture che offrono l'aborto chirurgico dovrebbero adoperarsi per garantire un'adeguata fornitura di antibiotici (vedi Allegato 2). Se gli antibiotici non sono disponibili, tuttavia, l'aborto può ancora essere eseguito.

Figura 2.3 Fasi dell'aborto chirurgico a 14 settimane di gestazione

1. Chiedi alla donna di svuotare la vescica
2. Lavarsi le mani e indossare barriere protettive
3. Aiutare la donna sul lettino operatorio e nella posizione litotomica
4. Eseguire un esame bimanuale
5. Posizionare lo speculum
6. Eseguire la preparazione antisettica cervicale
7. Eseguire il blocco paracervicale
8. Valutare la dilatazione cervicale
9. Eseguire l'amniotomia e aspirare il liquido amniotico
10. Evacuare l'utero
11. Ispezionare il tessuto
12. Eseguire eventuali procedure simultanee
13. Recupero e dimissione dalla struttura

Passi per l'aborto chirurgico a 14 settimane di gestazione

1. Chiedi alla donna di svuotare la vescica

2. Lavarsi le mani e indossare i dispositivi di protezione individuale: questo dovrebbe includere guanti puliti

3. Aiutare la donna sul lettino operatorio e nella posizione di litomia dorsale.

4. **Eseguire un esame bimanuale:** questo confermerà o aggiornerà i risultati, se è stata effettuata una valutazione precedente. L'operatore sanitario dovrebbe avere una valutazione accurata della dimensione e posizione uterina prima di eseguire un'evacuazione uterina.

- Se sono stati utilizzati uno o più dilatatori osmotici (vedere la sezione 2.2.4) questi devono essere rimossi dalla cervice manualmente durante l'esame bimanuale o con una pinza ad anello dopo il posizionamento dello speculum. Verificare che il numero di dilatatori rimossi sia uguale al numero

5. **Posizionare lo speculum:** garantire un'adeguata visualizzazione della cervice.

6. **Eseguire la preparazione antisettica cervicale:** Pulire la cervice con una soluzione antisettica analcolica, iniziando dal sistema operativo cervicale con ogni nuova spugna e procedendo a spirale verso l'esterno fino a quando il sistema operativo non è stato completamente coperto dall'antisettico.

7. **Eseguire un blocco paracervicale:** vedere la sezione 2.3 per le istruzioni e il contributo, prendere in considerazione la dilatazione cervicale (maturata) per l'isterico e la gestione del dolore.

8. **Valutare la dilatazione cervicale:** eseguire una trazione sul tenacolo per far scendere la cervice nella vagina. Controllare l'adeguatezza della dilatazione tentando di far passare un grande dilatatore, un'annula di grosso calibro (12-16 mm) o una pinza Bierer attraverso la cervice. Se un tale strumento non può essere passato, è necessaria una maggiore dilatazione cervicale, con ripetizione del priming cervicale o dilatazione meccanica (vedi Riquadro 2.4).

IMPORTANTE: gli aborti chirurgici dovrebbero verificarsi solo se la cervice è adeguatamente dilatata. Ciò è particolarmente importante per gli aborti eseguiti a 14 settimane di gestazione.

9. **Inserire la cannula ed eseguire l'amniotomia e aspirare il liquido amniotico:** inserire una cannula da 12-14 mm collegata a un aspiratore se si utilizza MVA o una cannula da 14-16 mm se si utilizza EVA, attraverso la cervice nella cavità uterina, eseguire un'amniotomia (rottura artificiale delle membrane) e aspirare il liquido amniotico.

- La cannula di dimensioni adeguate (in millimetri) è generalmente equivalente o inferiore di 1–2 mm rispetto alla gestazione in settimane. In età gestazionale \geq 16 settimane, deve essere utilizzata la cannula più grande disponibile (14-16 mm, a seconda dei tubi e delle cannule disponibili), poiché la procedura includerà anche l'uso di pinze specializzate.
- Gli aspiratori MVA accolgono cannule da 4–12 mm. Il tubo di aspirazione per EVA può essere utilizzato con cannule fino a 16 mm di diametro, consentendo di utilizzare l'aspirazione a vuoto fino a 15-16 settimane di gestazione o per le donne che presentano aborto incompleto e cervice dilatata dove è necessaria una cannula di dimensioni maggiori per rimuovere efficacemente il tessuto della gravidanza.
- Eseguire l'aspirazione per aspirare il liquido amniotico come si farebbe per un aborto con aspirazione sottovuoto prima delle 12 settimane di gestazione (vedere sezione 2.2.5), ruotando delicatamente e lentamente la cannula di 180° in ciascuna direzione. Se la cannula scorre molto facilmente avanti e indietro attraverso l'utero, l'apertura potrebbe essere bloccata. In questo caso, rimuovere la cannula dall'utero e pulire se necessario, facendo attenzione a mantenere la tecnica no-touch (vedere Riquadro 2.3). Quando non è più possibile aspirare nulla, di solito dopo 1-2 minuti, rimuovere la cannula dall'utero.

NOTA:

La sicurezza della procedura di aspirazione dipende da un'adeguata visibilità della cervice, da una tecnica delicata e dalla conoscenza della posizione uterina. Se l'avanzamento degli strumenti è difficile, è meglio non forzarli. Cambiare invece l'angolo o il percorso per identificare il canale cervicale o ripetere l'esame bimanuale per verificare la posizione uterina. A volte, cambiare lo speculum con uno con una lama più corta può fornire più spazio e flessibilità per raddrizzare l'angolo cervicale. Infine, se la dilatazione o l'evacuazione sono particolarmente difficili, prendere in considerazione la somministrazione di misoprostolo e ritardare la procedura di circa 3 ore, o chiedere l'assistenza di un collega, se disponibile.

10. Evacuazione dell'utero:

- Ove possibile, utilizzare una pinza per completare l'evacuazione delle parti fetali e della placenta dalla sezione più bassa della cavità uterina.
 - Evitare di sondare in profondità l'utero, in particolare con gli strumenti inseriti nella posizione orizzontale.
 - Evitare di raggiungere l'utero in alto, dove c'è il rischio di perforazione maggiore. Invece, reinserire la cannula appena all'interno del sistema operativo e utilizzare l'aspirazione per portare il tessuto dal fondo al sistema operativo interno.

- Estrarre la placenta usando il forcipe e il massaggio del fondo (la tempistica della rimozione della placenta dipende dalla sua posizione e dalla facilità di estrazione fetale).
- L'ecografia può essere utile per localizzare le parti fetali se l'identificazione è altrimenti difficile.
- Nell'improbabile eventualità che le parti fetali non possano essere prontamente rimosse per qualsiasi motivo, prendere in considerazione la somministrazione di un agente uterotonico, come uno dei seguenti:
 - \approx 400–600 μ g di misoprostolo per via sublinguale o buccale;
 - un alcaloide dell'ergot, come 0,2 mg di methergine per via orale o IM;
 - ossitocina ad alto dosaggio 20 unità in 500 ml di soluzione fisiologica o Ringer lattato, a 30 gocce al minuto.Quindi, rivalutare dopo 3-4 ore e ripetere la procedura di evacuazione uterina.
- Come fase finale dell'evacuazione, fornire un'aspirazione (con una cannula da 8–12 mm) per rimuovere i coaguli di sangue e qualsiasi residuo di tessuto.

IMPORTANTE: interrompere la procedura se si verificano segni di perforazione uterina, come

- lo strumento entra nell'utero più del previsto;
- sanguinamento eccessivo;
- perdita della sensazione di contatto con l'utero (ultrasonometria);
- visualizzazione del contenuto addominale (come l'intestino) nel canale vaginale;
- dolore addominale affilato, improvviso;
- (se si utilizza l'ecografia) reperti quali parti fetali nella cavità addominale o emorragia intraddominale.

Vedere ulteriori informazioni sulla perforazione uterina nel Capitolo 3, sezione 3.4.

IMPORTANTE: i seguenti segni indicano che l'utero è vuoto.

- Appare schiuma rossa o rosa e non si vede più tessuto passare attraverso cannula.
- Si avverte una sensazione granulosa quando la cannula passa lungo la superficie del utero evacuato.
- L'utero si contrae intorno alla cannula.
- La donna avverte crampi o dolore intensificati, indicando che l'utero è contrattazione.

11. Ispezionare il tessuto: l'ispezione del tessuto della gravidanza è importante per confermare il successo dell'aborto.

- Devono essere identificate tutte le seguenti componenti della gravidanza:

ÿ quattro estremità

ÿ torace/colonna vertebrale

ÿ calvario

ÿ placenta.

IMPORTANTE: non eseguire curettage taglienti per verificare il successo dell'aborto.

- Se l'ispezione dei tessuti indica che l'aborto potrebbe non aver avuto successo, evacuare nuovamente l'utero o, se disponibile, utilizzare l'ecografia per confermare l'evacuazione completa. Se ancora non riesce a trovare tutte le parti fetali, l'operatore deve avere un alto grado di sospetto di perforazione uterina con parti fetali nell'addome (vedere Capitolo 3, sezione 3.4).

12. Eseguire eventuali procedure concomitanti: una volta completata la procedura di aspirazione, procedere con eventuali procedure concomitanti da eseguire, come l'inserimento di IUD o la legatura delle tube, se pianificata in anticipo, o la riparazione di una lacerazione cervicale, se necessario.

13. Recupero e dimissione dalla struttura (cfr. Capitolo 3, paragrafo 3.1)

Riferimenti per il capitolo 2

1. Linee guida per la cura dell'aborto. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2022 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>.
2. 2.15 Statistiche sulla mortalità. In: Guida di riferimento ICD-11 – BOZZA [sito web]. 2022 (<https://icd11files.blob.core.windows.net/refguide/html/index.html#mortality-statistics>, accesso 3 novembre 2022).
3. 2.25.4 Standard e obblighi di segnalazione per la mortalità nel periodo perinatale e neonatale. In: Guida di riferimento ICD-11 – BOZZA [sito web]. 2022 (<https://icd11files.blob.core.windows.net/refguide/html/index.html#definitionsin-perinatal-and-neonatal-mortality>, consultato il 3 novembre 2022).
4. Philip NM, Shannon C, Winikoff B. Misoprostolo e teratogenicità: revisione del resoconto delle prove di una riunione al Population Council. New York (NY): Population Council, Gynuit Health Projects; 2022.
5. Jackson E, Kapp N. Gestione del dolore per l'interruzione medica e chirurgica della gravidanza tra 13 e 24 settimane di gestazione: una revisione sistematica. *BJOG*. 2020;127(11):1348–57. doi:10.1111/1471-0528.16212.
6. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Lo spessore dell'endometrio dopo l'aborto medico non è predittivo del successivo intervento chirurgico. *Ultrasuoni Obstet Gynecol*. 2009;34(1):104–9. doi:10.1002/uog.6404.
7. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Interruzione medica di metà trimestre di gravidanza: una revisione di 1002 casi consecutivi. *Contracezione*. 2004;69(1):51–8. doi:10.1016/j.contraception.2003.09.006.
8. Green J, Borgatta L, Sia M, Saia K, Carr-Ellis S, Vragovic O. Tassi di intervento per la rimozione della placenta dopo l'aborto di induzione con misoprostolo. *Contracezione*. 2007;76(4):310–13. doi:10.1016/j.contraception.2007.06.010.
9. Lemmers, M, Verschoor M, Kim B, Hickey M, Vazquez J, et al. Trattamento medico per morte fetale precoce (meno di 24 settimane). *Database Cochrane Syst Rev*. 2019;(6):CD002253.
10. Meckstroth K, Paul M. Aborto per aspirazione del primo trimestre. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editori. *Gestione della gravidanza involontaria e anormale: cura completa dell'aborto*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2009: 135–56.
11. Maltzer DS, Maltzer MC, Wiebe ER, Halvorson-Boyd G, Boyd C. Gestione del dolore. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, a cura di. *Una guida clinica all'aborto medico e chirurgico*. New York (NY): Churchill Livingstone; 1999:73–90.
12. Allen RH, Singh R. Society of Family Planning linee guida cliniche per il controllo del dolore in aborto chirurgico parte 1 – anestesia locale e sedazione minima. *Contracezione*. 2018;97(6):471–77. doi:10.1016/j.contraception.2018.01.014.
13. Dean G, Jacobs AR, Goldstein RC, Gevirtz CM, Paul ME. La sicurezza della sedazione profonda senza intubazione per aborto in ambito ambulatoriale. *J Clin Anesth*. 2011;23(6):437–42. doi:10.1016/j.jclinane.2011.05.001.
14. Nichols M, Halvorson-Boyd G, Goldstein R, Gevirtz C, Healow D. Gestione del dolore. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD. *Gestione della gravidanza involontaria e anormale: cura completa dell'aborto*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2009: 90–110.
15. Fox MC, Hayes JL; Società di pianificazione familiare. Preparazione cervicale per l'aborto chirurgico del secondo trimestre prima delle 20 settimane di gestazione. *Contracezione*. 2007;76(6):486–95. doi:10.1016/j.contraception.2007.09.004.
16. Hammond C, Chasen S. Dilatazione ed evacuazione. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editori. *Gestione della gravidanza involontaria e anormale: cura completa dell'aborto*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2009: 157–77.
17. Newmann S, Dalve-Endres A, Drey EA; Società di pianificazione familiare. Clinico linee guida. Preparazione cervicale per aborto chirurgico dalla 20a alla 24a settimana di gestazione. *Contracezione*. 2008;77(4):308–14. doi:10.1016/j.contraception.2008.01.004.

3. Post-aborto

- Prima della dimissione dalla struttura sanitaria dopo l'aborto
- Follow-up dopo l'aborto
- Aborto incompleto
- Valutare e gestire le complicanze
- Contraccezione post-aborto

Obiettivi per il capitolo 3

- Affrontare eventuali complicazioni immediate dell'aborto o effetti collaterali.
- Fornire informazioni contraccettive e offrire consulenza contraccettiva e metodi.
- Valutare qualsiasi altra esigenza di salute sessuale e riproduttiva che potrebbe richiedere cure aggiuntive.

3.1 Prima della dimissione dalla struttura sanitaria dopo l'aborto

Dopo un aborto farmacologico a 12 settimane di gestazione o oltre, o dopo qualsiasi aborto chirurgico, rassicurare la donna che la procedura è terminata e che non è più incinta e documentare tutti i risultati del trattamento, inclusi eventuali eventi avversi.

Entro la prima ora dopo l'aborto, monitorarla per eventuali complicazioni (valutare sanguinamento, dolore/crampi, febbre, pressione sanguigna e polso [1]) e fornire la gestione secondo necessità. Vedere la sezione 3.4: Valutazione e gestione delle complicanze dell'aborto.

Con la donna, **rivedi il rischio di rimanere incinta di nuovo** prima delle sue prossime mestruazioni e spiega la possibilità di un ritorno alla fertilità entro due settimane dopo l'aborto. Fornire informazioni contraccettive e offrire consulenza contraccettiva alle donne che lo desiderano, quindi fornire loro il metodo che hanno scelto (se presente), in conformità con la guida nella sezione 3.5.

post-

Per l'aborto dopo le 14 settimane di gestazione, qualsiasi regolamentazione relativa alla **gestione/lo smaltimento dei resti della gravidanza e dei certificati di nascita o di morte** non dovrebbe rappresentare un onere o una violazione della riservatezza per le donne o gli operatori sanitari (cfr. riquadro 2.2 nel capitolo 2, sezione 2.1.8).

Fornire quanto segue, se necessario:

- compresse di ferro per l'anemia
- antidolorifici
- supporto emotivo.

Indirizza la donna ad altri servizi, a seconda della tua valutazione dei suoi bisogni prima dell'aborto, come consulenza e test per malattie sessualmente trasmissibili/HIV, servizi di supporto per la violenza di genere o altri servizi sociali o servizi medici specialistici.

Criteri di scarico

Può lasciare la struttura sanitaria quando soddisfa i criteri per la dimissione:

- deambulatorio
- pressione sanguigna e polso stabili
- il sanguinamento e il dolore sono controllati (1).

Al momento della dimissione, fornire alla donna chiare istruzioni scritte e orali, comprese le seguenti.

- Sanguinamento vaginale per due settimane dopo un aborto chirurgico o medico riuscito è normale.

• Le donne sperimentano un leggero sanguinamento o spotting dopo l'intervento chirurgico l'aborto, mentre il sanguinamento più pesante si verifica con l'aborto farmacologico e generalmente dura in media 9 giorni (ma può durare fino a 45 giorni in rari casi).

- La ripresa del rapporto sessuale può verificarsi quando la donna si sente pronta.
- Poiché l'ingorgo mammario può evolvere, soprattutto dopo aborti in fase avanzata l'età gestazionale, l'uso di bendaggi al seno, reggiseni stretti e/o l'inibizione farmacologica della lattazione possono essere utili per migliorare il comfort in alcuni casi.

- Dopo un aborto, le donne dovrebbero tornare in ospedale o in clinica nel caso di

Qualunque:

- segni/sintomi continui della gravidanza (es. nausea, vomito, dolorabilità mammaria, affaticamento);
- aumento dell'intensità dei crampi o del dolore addominale;
- forte sanguinamento vaginale, come l'immersione di più di due tamponi (o equivalenti) all'ora per due ore consecutive;
- febbre.

3.2 Assistenza post-aborto

3.2.1 Assistenza di follow-up dopo aborto chirurgico non complicato o aborto farmacologico

Il follow-up di routine non è necessario a seguito di un aborto chirurgico o medico non complicato, se l'individuo dispone di informazioni adeguate su quando cercare assistenza per le complicanze e ha ricevuto tutte le forniture o le informazioni appropriate per soddisfare le proprie esigenze contraccettive. Tuttavia, può essere offerta una visita di follow-up facoltativa 7-14 giorni dopo la procedura di aborto per fornire servizi contraccettivi. Eventuali problemi medici post-aborto dovrebbero sempre essere valutati e gestiti il prima possibile quando vengono sollevate preoccupazioni.

IMPORTANTE: quando indicato dal punto di vista medico, l'assistenza post-aborto dovrebbe sempre essere fornita e dovrebbe essere sempre confidenziale, anche in contesti in cui l'aborto è illegale.

Se la donna sceglie di partecipare a un appuntamento di follow-up

- Valutare il recupero della persona e informarsi su eventuali segni e sintomi di gravidanza in corso (es. nausea, vomito, tensione mammaria, affaticamento); in caso di aborto farmacologico, fare riferimento alla sezione 3.2.2 di seguito su come confermare il successo dell'aborto.
- Esaminare eventuali cartelle cliniche e documenti di riferimento disponibili.
- Chiedi informazioni su qualsiasi altro sintomo che ha avuto dopo la procedura; se ha bisogno di supporto emotivo relativo alla procedura, fornisci questo supporto o fai un rinvio appropriato e tempestivo.
- Eseguire un esame fisico mirato, se necessario, per valutare eventuali reclami.

Assistenza
post-
aborto

- Valutare gli obiettivi di fertilità dell'individuo e la necessità di servizi contraccettivi.
 - Se non è stato fornito o avviato alcun metodo contraccettivo prima della dimissione dalla struttura dopo l'aborto, fornire informazioni sulla contraccezione, offrire consulenza e fornire servizi contraccettivi, se richiesti (vedere paragrafo 3.5).
 - Se è già stato avviato un metodo contraccettivo, valutare il metodo utilizzato e la soddisfazione o le preoccupazioni del cliente e fornire il metodo secondo necessità. Se non è soddisfatta, aiutarla a scegliere un altro metodo che soddisfi le sue esigenze (vedi sezione 3.5).
- A seconda dei risultati della revisione e delle valutazioni, indirizzare la donna ad altri servizi di salute sessuale e riproduttiva, se necessario, e facilitare il suo accesso a tutti i servizi di riferimento necessari.

3.2.2 Ulteriore valutazione per confermare il successo dell'aborto farmacologico

Se una donna riferisce sintomi di gravidanza in corso e/o ha avuto solo un sanguinamento minimo dopo aver assunto il/i medicinale/i abortivo/i come indicato, si deve sospettare una gravidanza intrauterina in corso e un'ulteriore valutazione potrebbe includere un esame pelvico (per verificare la presenza di un utero in crescita) o un'ecografia scansione (per verificare una gravidanza in corso).

- Se queste valutazioni indicano una gravidanza intrauterina in corso, offrire l'aspirazione sottovuoto o ripetere la somministrazione di farmaci abortivi.

Se una donna riferisce sanguinamento e crampi prolungati o eccessivi e non si sospetta una gravidanza intrauterina in corso o un aborto incompleto, prendere in considerazione una diagnosi di gravidanza extrauterina e gestirla in modo appropriato.

Se una donna riporta sanguinamento più leggero del previsto o nessun sanguinamento e non si sospetta una gravidanza intrauterina in corso, prendere in considerazione una diagnosi di gravidanza ectopica e gestirla in modo appropriato.

Riquadro 3.1: Se una donna partecipa a un appuntamento di follow-up dopo un aborto farmacologico

Conferma il successo dell'aborto utilizzando uno dei seguenti metodi.

- ✔ Controllare segni e sintomi clinici, utilizzando l'esame bimanuale se clinicamente indicato.
- ✔ Valutare i livelli di gonadotropina corionica umana (hCG) tramite siero (questo è molto utile se è stato assunto l'hCG basale) o test delle urine (utilizzando test di gravidanza sulle urine a bassa sensibilità). Si noti che i risultati dei test di gravidanza ad alta sensibilità possono essere positivi fino a cinque settimane dopo l'aborto farmacologico riuscito.
- ✔ Utilizzare l'ecografia, se disponibile. Se viene utilizzata un'ecografia, il successo dell'aborto può essere determinato confermando l'assenza di un sacco gestazionale, purché la paziente non lamenti sintomi di gravidanza in corso.
Non utilizzare lo spessore endometriale come guida per la gestione clinica.

Post-
aborto

3.3 Aborto incompleto

L'aborto incompleto è definito dalla presenza clinica di un ostio cervicale aperto e sanguinamento, per cui tutto il tessuto della gravidanza non è stato espulso dall'utero, o i prodotti espulsi non sono coerenti con la durata stimata della gravidanza.

I sintomi comuni includono sanguinamento vaginale abbondante o prolungato e dolore addominale. Dopo un aborto indotto o spontaneo (cioè un aborto spontaneo) può verificarsi un aborto incompleto non complicato; la gestione in entrambi i casi è la stessa.

Per i pazienti clinicamente stabili, ci sono tre opzioni per la gestione dell'aborto incompleto: gestione in attesa, aspirazione sottovuoto o gestione medica con misoprostolo. La decisione sulla modalità di gestione dovrebbe essere basata sulle condizioni cliniche della donna e sulla sua preferenza per il trattamento.

- **La gestione dell'aspettativa** dell'aborto incompleto può essere offerta come opzione a condizione che la donna sia informata del maggior tempo per l'espulsione del tessuto gravidico e dell'aumentato rischio di svuotamento incompleto dell'utero. Questo può essere efficace quanto il misoprostolo.
- **L'aspirazione sottovuoto** per gestire l'aborto incompleto non complicato quando la dimensione dell'utero è inferiore a 14 settimane include il riconoscimento della condizione, la valutazione della dimensione dell'utero, la procedura di aspirazione sottovuoto e la gestione del dolore.
- **La gestione medica**, se selezionata, dovrebbe utilizzare i regimi presentati in Tabella 3.1.

Tabella 3.1 Regime raccomandato per la gestione dell'aborto incompleto con misoprostolo

Dimensione uterina ^a	Regime del misoprostolo (dose e via)
Dimensioni uterine < 14 settimane	600 µg per via orale o 400 µg sublinguale
≥ 14 settimane di dimensione uterina	400 µg sublinguali, vaginali o buccali ogni 3 ore ^b

^a Basato sull'esame fisico quando il paziente si presenta per la prima volta.

^b Il misoprostolo può essere ripetuto all'intervallo indicato secondo necessità per ottenere il successo del processo di aborto. La guida dell'OMS non indica un numero massimo di dosi di misoprostolo. Gli operatori sanitari devono usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con l'età gestazionale avanzata.

Per un confronto delle opzioni di gestione degli aborti mancati e incompleti, fare riferimento alla Tabella 2.8 nel Capitolo 2, sezione 2.1.7 Aborto mancato.

3.4 Valutare e gestire le complicanze dell'aborto

Quando l'aborto è stato eseguito in sicurezza, prendendo tutte le precauzioni necessarie, solo in rari casi si verificano complicanze potenzialmente letali. Queste complicazioni possono includere emorragia, infezione, perforazione uterina, complicanze correlate all'anestesia e rottura uterina.

Quando gli aborti vengono ottenuti da fornitori non addestrati, in luoghi non sicuri o utilizzando metodi non raccomandati, le complicazioni sono molto più comuni.

Alcune donne in cerca di cure successive possono essere gravemente malate e necessitano di cure di emergenza immediate per condizioni potenzialmente letali.

IMPORTANTE: l'assistenza di emergenza post-aborto dovrebbe essere sempre fornita anche in contesti in cui l'aborto è illegale.

Alcuni metodi di aborto non sicuro possono anche portare a complicazioni legate al metodo utilizzato, come: ingestione di veleno, sostanze tossiche o medicinali; inserimento di un corpo estraneo nell'ano, nella vagina o nella cervice; o trauma addominale (vedere paragrafo 3.4.2). Il trattamento delle complicanze in questi individui dovrebbe includere il trattamento di eventuali lesioni sistemiche o fisiche, oltre a qualsiasi complicanza correlata all'aborto (vedere la sezione 3.4.1 di seguito).

Gli operatori sanitari dovrebbero utilizzare il giudizio clinico per determinare se i pazienti possono aver bisogno di essere indirizzati a un ospedale o a una struttura diversa che offra un livello di assistenza più elevato.

3.4.1 Complicanze legate all'aborto, in ordine alfabetico

Complicanze legate all'anestesia

Dove viene utilizzata l'anestesia, il personale deve essere esperto nella gestione delle crisi epilettiche e nella rianimazione cardiorespiratoria. Gli agenti antagonisti (ad es. antagonisti degli oppioidi [naloxone], antagonisti delle benzodiazepine [flumazenil], anticolinesterasici) dovrebbero essere sempre prontamente disponibili in contesti in cui vengono utilizzati narcotici o benzodiazepine.

Gravidanza extrauterina

Sebbene l'incidenza della gravidanza extrauterina sia inferiore nei casi di aborto rispetto alla popolazione generale, gli operatori sanitari che valutano le donne in cerca di assistenza post-aborto dovrebbero comunque essere vigili sulla possibilità di una gravidanza extrauterina, soprattutto se non è stata eseguita un'ecografia pre-aborto.

Segni e sintomi comuni includono:

- dolore addominale
- sanguinamento o spotting prima dell'aborto
- sanguinamento minimo o nullo dopo aver completato il regime medico di aborto
- tessuto minimo o assente identificato alla fine dell'aborto chirurgico
- instabilità emodinamica (che indica una gravidanza ectopica interrotta).

Se si sospetta una gravidanza ectopica, è necessaria una valutazione immediata; se non è possibile eseguirla in loco, indirizzare la paziente senza indugio, seguendo il protocollo locale per la gestione della gravidanza ectopica.

NOTA:

Anche per le gravidanze continue, l'OMS raccomanda solo un'ecografia di routine all'inizio della gravidanza prima delle 24 settimane di gestazione per stimare l'età gestazionale, rilevare anomalie fetali e gravidanze multiple, ridurre l'induzione del travaglio per la gravidanza post termine e migliorare l'esperienza della gravidanza di una donna (2).

Emorragia

L'emorragia può derivare da ritenzione di tessuto, atonia uterina, trauma o danno alla cervice, coagulopatia o, raramente, perforazione uterina o rottura uterina.

Il trattamento appropriato per l'emorragia dipende dalla causa e dalla gravità e comprende:

- rianimazione (ossigeno e fluidi EV come indicato)
- attenta ispezione per lesioni cervicali o vaginali
- rievacuazione dell'utero, mediante aspirazione sottovuoto (non dilatazione e raschiamento)
- massaggio uterino
- somministrazione di farmaci uterotonici
- compressione uterina con impaccamento o grande catetere a palloncino di Foley
- trasfusione di sangue
- sostituzione dei fattori della coagulazione
- Laparoscopia
- chirurgia esplorativa (laparoscopia o laparotomia) con riparazione o isterectomia.

IMPORTANTE: ogni sito di erogazione del servizio deve essere in grado di stabilizzare immediatamente e trattare o indirizzare le donne con emorragia.

Infezione e sepsi

Segni e sintomi comuni di infezione includono:

- febbre o brividi;
- perdite vaginali o cervicali maleodoranti;
- dolore addominale o pelvico;
- sanguinamento vaginale prolungato o spotting;
- dolorabilità uterina.

Gli individui con infezione richiedono un trattamento con antibiotici. Se è presente anche del tessuto trattenuto e si sospetta che sia la causa dell'infezione, evacuare nuovamente l'utero utilizzando l'aspirazione a vuoto (non la dilatazione e il raschiamento). Gli operatori sanitari non devono attendere di terminare la somministrazione di una dose di antibiotici prima di evacuare il tessuto trattenuto nei pazienti clinicamente instabili. Le donne con infezioni gravi possono richiedere il ricovero in ospedale.

IMPORTANTE: valutare sempre i pazienti con infezione post-aborto per i segni di sepsi.

La sepsi materna è una condizione potenzialmente letale definita come disfunzione d'organo derivante da infezione durante la gravidanza, il parto, il post-aborto o il periodo postpartum.

I segni includono febbre o ipotermia più uno qualsiasi dei seguenti: battito cardiaco accelerato, pressione sanguigna, difficoltà respiratoria, ittero, diminuzione della minzione, stato mentale alterato.⁴

Gravidanza in corso

Le donne con segni di gravidanza in corso non falliscono e possono essere rievacuate per escludere una gravidanza ectopica e non hanno effettuato un'ecografia pre-aborto. Se si sospetta o si conferma una gravidanza uterina in un individuo che ha subito un'evacuazione offerta un'evacuazione uterina (mediante mezzi medici o chirurgici).

Perforazione uterina

Questa complicanza raramente non viene rilevata e si risolve spontaneamente con la necessità di intervento. Quando è disponibile un'ecografia pre-aborto, la diagnosi è facilitata.

⁴ Ulteriori informazioni sulla sepsi materna sono disponibili su: <https://smr.org/sepsis/> inclusa un'infografica https://srhr.org/sepsis/wp-content/uploads/2017/08/WHO_Infographic-Maternal-sepsis-overview-EN-A4-WEB.pdf, e ulteriori informazioni sulla sepsi in generale sono disponibili su: <https://www.who.int/news-room/schede-dettagli/sepsi>

metodo di scelta. Se lo stato della donna o i risultati durante la laparoscopia suggeriscono un danno all'intestino, ai vasi sanguigni o ad altre strutture, potrebbe essere necessaria una laparotomia per riparare eventuali danni.

- Se si sospetta una perforazione durante l'utilizzo di pinze affilate (come Bierer) durante D&E, laparoscopia (o, se non disponibile, laparotomia) dovrebbe essere utilizzata per indagare ulteriormente e riparare le lesioni.
- Durante qualsiasi aborto, il fornitore dovrebbe usare il giudizio clinico se lo è preoccupato per la potenziale perforazione.
- Se dopo un aborto chirurgico a 14 settimane di gestazione l'ispezione tissutale indica che l'aborto potrebbe non aver avuto successo (impossibilità di trovare tutte le parti fetali), anche dopo la rievacuazione dell'utero, l'operatore deve avere un alto grado di sospetto di perforazione uterina con parti fetali nell'addome, e dovrebbe quindi tentare di utilizzare gli ultrasuoni, se disponibili, per verificare la presenza di parti fetali intrauterine o intra-addominali, e quindi, se necessario, eseguire la laparoscopia/laparotomia in loco oppure riferire e trasferire il paziente in una struttura di livello superiore dove può essere fornita una gestione appropriata.

Rottura uterina

Questa rara complicanza dell'aborto è associata all'età gestazionale avanzata e alla presenza di una cicatrice uterina, ma la rottura dell'utero è stata segnalata anche in donne senza questi fattori di rischio. In una meta-analisi, il rischio di rottura uterina nelle donne con un precedente parto cesareo che hanno avuto un aborto indotto dal misoprostolo nel secondo trimestre è risultato pari allo 0,28% (3).

3.4.2 Altre complicazioni derivanti dal metodo utilizzato per indurre l'aborto

A seguito di un aborto non sicuro, possono verificarsi varie altre complicazioni derivanti dal modo o dal metodo di indurre l'aborto. Esempi sono l'avvelenamento, il trauma addominale o la presenza di corpi estranei nel tratto genitale, tra gli altri.

Gli individui con queste complicanze dovrebbero essere stabilizzati e trattati o indirizzati a un trattamento appropriato, oltre a gestire qualsiasi complicanza correlata all'aborto (vedere la sezione 3.4.1) e fornire un'adeguata assistenza post-aborto (come descritto in questo capitolo).

3.4.3 Complicanze che non sono specifiche della procedura o del metodo di aborto

Possono verificarsi le seguenti complicazioni, ma non sono specifiche della procedura o del metodo di aborto utilizzato. Queste complicanze devono essere trattate come se seguissero qualsiasi altra procedura medica o chirurgica:

- anafilassi
- reazioni asmatiche
- confisca
- sincope/reazione vasovagale
- ostruzione delle vie respiratorie superiori (soffocamento)
- tromboembolia venosa.

3.5 Contraccezione post-aborto

3.5.1 Informazioni generali

A seguito di un aborto indotto o spontaneo, l'ovulazione può tornare già 8-10 giorni dopo l'aborto, e il ciclo si ripresenta di solito entro un mese, e quindi l'inizio della contraccezione il prima possibile entro il primo mese è importante per le persone che desiderano ritardare o prevenire una futura gravidanza. (4,5) Per le persone che desiderano essere di nuovo incinte, i valori e le preferenze personali dovrebbero essere considerati per informare le decisioni in merito a quando sono pronte a concepire di nuovo.

Tutte le opzioni contraccettive possono essere prese in considerazione dopo un aborto, ma la scelta è informata e i desideri del cliente sono fondamentali. Se l'individuo desidera iniziare o riprendere un metodo contraccettivo, tutte le opzioni contraccettive possono essere prese in considerazione a qualsiasi momento della cura, e alcuni di essi possono essere iniziati al momento dell'aborto (6).

In generale, tutti i metodi contraccettivi possono essere iniziati immediatamente dopo un aborto chirurgico o medico.

- Inizio immediato della contraccezione dopo un aborto chirurgico significa che può essere iniziato lo stesso giorno della procedura, dopo che è stato confermato il successo.

aborto

- Inizio immediato della contraccezione dopo l'aborto farmacologico significa che può esserlo iniziato dopo aver preso la prima pillola (mifepristone o misoprostolo) del regime medico di aborto, ad eccezione degli IUD (vedere ulteriori informazioni nella sezione 3.5.2). Al momento non sono disponibili prove sull'inizio immediato della contraccezione dopo aver utilizzato un regime di aborto medico utilizzando letrozolo.

Come per l'inizio di qualsiasi metodo contraccettivo, dovrebbe essere verificata l'idoneità medica della donna per un metodo.

3.5.2 Idoneità medica all'uso di contraccettivi o alla sterilizzazione dopo l'aborto

- **Metodi ormonali (tra cui pillole, iniezioni, impianti, il cerotto e anello vaginale)** può essere iniziata immediatamente dopo qualsiasi aborto, compreso l'aborto settico.
 - › Se una donna inizia immediatamente l'anello vaginale, consigliarle di verificare l'espulsione se ha sanguinamento residuo o abbondante durante/dopo il processo di aborto medico.
 - › L'opzione dell'autosomministrazione di contraccettivi iniettabili nel periodo post-aborto (come approccio di autogestione) dovrebbe essere considerata e offerta come alternativa per le persone che desiderano utilizzare i contraccettivi iniettabili ma che non possono tornare regolarmente per accedere alle iniezioni ripetute (vedere la sezione sull'insegnamento ai clienti dell'autoiniezione, nel capitolo 4 di Pianificazione familiare: un manuale globale per i fornitori [7]).
 - › Se il cliente sceglie pillole contraccettive orali (OCP), fornire fino a un anno di fornitura, a seconda delle preferenze e dell'utilizzo previsto. Nota: gli OCP dovrebbero essere resi disponibili da banco senza prescrizione medica per le persone che utilizzano OCP (8, Raccomandazione 15).
- **Gli IUD** possono essere inseriti immediatamente dopo che qualsiasi aborto è stato determinato con successo. Il rischio di espulsione è leggermente più alto dopo l'aborto in età gestazionale superiore a 12 settimane; in questi casi, l'inserimento deve essere effettuato da una persona appositamente addestrata e la donna deve essere informata del rischio.

IMPORTANTE: uno IUD non deve essere inserito immediatamente dopo l'aborto settico.

- L'uso del **preservativo** può iniziare con il primo atto di rapporto sessuale dopo l'aborto, compreso l'aborto settico.

NOTA:

L'uso coerente e corretto dei preservativi maschili e femminili è altamente efficace nella prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV; ridurre il rischio di trasmissione dell'HIV sia da uomo a donna che da donna a uomo nelle coppie sierodiscordanti; ridurre il rischio di contrarre altre malattie sessualmente trasmissibili e condizioni associate, comprese le verruche genitali e il cancro cervicale; e prevenire gravidanze indesiderate.

L'uso del **diaframma o del cappuccio cervicale** può iniziare con il primo atto sessuale dopo l'aborto, compreso l'aborto settico. L'uso di questo metodo deve essere posticipato per sei settimane dopo l'aborto a 7-12 settimane di gestazione. Il diaframma deve essere rimontato dopo un aborto spontaneo non complicato nel primo trimestre. Dopo un aborto spontaneo o un aborto non complicato nel secondo trimestre, il rimontaggio del diaframma dovrebbe essere ritardato di sei settimane per consentire all'utero di tornare alle dimensioni normali.

- **I metodi basati sulla consapevolezza della fertilità (FAB)** possono generalmente iniziare quando ritornano i cicli mestruali regolari, ma potrebbe essere necessaria una consulenza speciale per garantire un uso corretto. I metodi basati sui sintomi dovrebbero essere avviati solo "con cautela" dopo l'aborto e dovrebbe essere offerta una consulenza speciale per garantire l'uso corretto del metodo in questa circostanza. L'uso di metodi basati sul calendario dovrebbe essere ritardato fino alla ripresa delle normali mestruazioni e nel frattempo dovrebbero essere offerti metodi contraccettivi temporanei alternativi.
- **La sterilizzazione chirurgica femminile** può essere eseguita immediatamente dopo un aborto non complicato, se la decisione di sottoporsi a questo intervento chirurgico è stata presa prima dell'aborto (non mentre una donna è sedata, sotto stress o dolerante). Questo intervento deve essere ritardato se l'aborto è complicato da infezione, grave emorragia, trauma o ematometra acuta. Assicurati che la persona capisca che questo metodo è irreversibile (permanente) e che sono disponibili metodi reversibili.
- **La vasectomia** può essere eseguita in qualsiasi momento. Assicurati che la persona capisca che questo metodo è irreversibile (permanente) e che sono disponibili metodi reversibili.
- **Pillole contraccettive d'emergenza (ECP) o IUD** possono essere utilizzate entro 5 giorni (120 ore) da un rapporto sessuale non protetto, per ridurre il rischio di gravidanza.
- L'uso dell'**astinenza** può iniziare con il primo atto di rapporto sessuale, dopo l'aborto, compreso l'aborto settico.

post-contraccezione

Tabella 3.2 Idoneità medica post-aborto per contraccettivi ormonali, dispositivi intrauterini (IUD) e metodi contraccettivi di barriera

Contraccezione post-aborto	< 12 settimane di gestazione	≥ 12 settimane di gestazione	Aborto post-settico immediato
Contraccettivi orali combinati	1	1	1
Contraccettivi combinati iniettabili	1	1	1
Patch e anello vaginale	1	1	1
Pillola a base di solo progesterone	1	1	1
DMPA e NET-EN iniettabili a base di solo progestinico	1	1	1
Impianti di solo progestinico LNG ed ETG	1	1	1
Dispositivo intrauterino con rame (IUD)	1	2	4
IUD a rilascio di GNL	1	2	4
Preservativo	1	1	1
Spermicida	1	1	1
Diaframma e cappuccio	1	1 ^a	1

DMPA: deposito di medrossiprogesterone acetato; ETG: etonogestrel; GNL: levonorgestrel; NET-EN: noretisterone enantato.
 a Non idoneo fino a 6 settimane dopo l'aborto

Definizione delle categorie di criteri di idoneità medica (MEC):

- 1: una condizione per la quale non vi è alcuna restrizione per l'uso del metodo contraccettivo
- 2: una condizione in cui i vantaggi dell'utilizzo del metodo generalmente superano i rischi teorici o comprovati
- 3: una condizione in cui i rischi teorici o comprovati di solito superano i vantaggi dell'utilizzo del metodo
- 4: una condizione che rappresenta un rischio per la salute inaccettabile se si utilizza il metodo contraccettivo.

Fonte: OMS, Criteri di ammissibilità medica per l'uso di contraccettivi, quinta edizione, 2015 (9).

Tabella 3.3 Idoneità medica post-aborto alla sterilizzazione chirurgica femminile

Condizione post-aborto	Idoneità medica alla sterilizzazione chirurgica femminile
Semplice	UN
Sepsi o febbre post-aborto	D
Grave emorragia post-abortiva	D
Grave trauma al tratto genitale; lacerazione cervicale o vaginale al momento dell'aborto	D
Perforazione uterina	S
Ematometra acuta	D

Definizione delle categorie di criteri di idoneità medica (MEC):

- A = (accetta): non vi è alcun motivo medico per negare la sterilizzazione a una persona con questa condizione.
- C = (attenzione): la procedura viene normalmente condotta in un contesto di routine, ma con preparazione e precauzioni extra.
- D = (ritardo): la procedura viene ritardata fino a quando la condizione non viene valutata e/o corretta; devono essere forniti metodi contraccettivi temporanei alternativi.
- S = (speciale): la procedura deve essere intrapresa in un ambiente con un chirurgo esperto e personale, e sono necessarie attrezzature per fornire anestesia generale e altro supporto medico di supporto. Per queste condizioni è necessaria anche la capacità di decidere il regime di anestesia più appropriati. Devono essere forniti metodi contraccettivi temporanei alternativi, se è necessario il rinvio o l'attesa di un ritardo.

Fonte: OMS, Criteri di ammissibilità medica per l'uso di contraccettivi, quinta edizione, 2015 (9).

Aborto
 -150
 ost-

Aborto
 -150
 ost-

Riferimenti per il capitolo 3

1. Linee guida di politica clinica 2020 per la cura dell'aborto. Washington (DC): Federazione nazionale per l'aborto; 2020 (https://prochoice.org/wp-content/uploads/2020_CPGs.pdf).
2. Raccomandazioni dell'OMS sulle cure prenatali per un'esperienza di gravidanza positiva. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>).
3. Goyal V. Rottura uterina nell'aborto indotto dal misoprostolo del secondo trimestre dopo parto cesareo: una revisione sistematica. *Obstet Gynecol.* 2009;113:1117–23.
4. Lähteenmäki P, Luukkainen T. Ritorno della funzione ovarica dopo l'aborto. *Clino Endocrinolo.* 1978;8:123–32.
5. Schreiber C, Sober S, Ratcliffe S, Creinin M. Ripresa dell'ovulazione dopo aborto medico con mifepristone e misoprostolo. *Contracezione.* 2011;84(3):230–3.
6. Kim C, Nguyen A, Berry-Bibee E, Ermias Y, Kapp N. Inizio della contraccezione ormonale sistemica dopo l'aborto: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Contracezione.* 2021;103(5):291–304.
7. Pianificazione familiare: un manuale globale per i fornitori, quarta edizione aggiornata. Baltimora e Ginevra: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Centro per i programmi di comunicazione e Organizzazione mondiale della sanità; 2022 (<https://fphandbook.org/>).
8. Linee guida dell'OMS sugli interventi di auto-cura per la salute e il benessere. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342741>).
9. Criteri di ammissibilità medica per l'uso di contraccettivi, quinta edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/181468>).

Allegato 1. Metodologia e contributori

Metodologia

Questo manuale è un aggiornamento del Manuale di pratica clinica 2014 per l'aborto sicuro. Il processo di aggiornamento è stato eseguito come descritto di seguito.

Scrivere

Questa edizione aggiornata è stata completamente rivista per consentire uno stretto allineamento con le linee guida per la cura dell'aborto del 2022. Il team di sceneggiatori comprendeva Caron Kim e Mekdes Wolderufael del Dipartimento per la salute e la ricerca sessuale e riproduttiva dell'OMS, Jane Patten di Green Ink Publishing Services Ltd e Kate Whitehouse, consulente indipendente.

L'edizione aggiornata è stata rivista internamente dai membri dell'unità Prevenzione dell'aborto non sicuro (PUA) del Dipartimento: Ferid Abubeker, Bela Ganatra, Heidi Johnston, Laurence Läser, Antonella Lavelanet, Ulrika Rehnström Loi. Durante le fasi iniziali del processo di aggiornamento, anche Abraham Sium ha contribuito alla scrittura e alla revisione.

Revisione tra pari

Al termine, l'edizione aggiornata è stata sottoposta a peer review. Il gruppo di revisori tra pari è stato determinato dal team di scrittura e dall'unità PUA in accordo. I peer reviewer non sono stati pagati per il loro lavoro. Le dichiarazioni di interesse sono state ottenute da tutti i revisori tra pari e non sono stati dichiarati interessi in conflitto.

I seguenti revisori paritari hanno fornito preziosi contributi durante la revisione della bozza: Alison Edelman (Oregon Health & Science University), Eva Lathrop (Population Services International [PSI]), Patricia Lohr (British Pregnancy Advisory Service [BPAS]), Steve Luboya (Pathfinder), Alice Mark (National Abortion Federation), Helena Paro (Federal University of Uberlândia, Minas Gerais, Brazil), Dhammika Pereira (MSI Reproductive Choices), Mariana Romero (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), Patricia Titulaer (Laerdal) e Francelle Toedtli (Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione [UNFPA]).

Allegato 2. Farmaci, forniture e attrezzature per la cura dell'aborto di qualità

Forniture	Medicinali	Attrezzatura
<ul style="list-style-type: none"> • Acqua pulita • Detersivo o sapone • Guanti puliti e sterili • Equipaggiamento per la protezione personale (ad es. maschera facciale, visiera, camice, grembiule di plastica) • Soluzioni e materiali per la sterilizzazione o la disinfezione di alto livello • Spugne di garza o batuffoli di cotone • Soluzione antisettica (non alcolica base) per preparare la cervice (es. betadine) • Aghi (ago spinale calibro 22 per blocco paracervicale e ago calibro 21 per somministrazione farmaci) • Dilatatori osmotici (es. laminaria sticks o Dilapan-S®) • Siringhe (5, 10 e 20 ml) • Assorbenti/assorbenti igienici • Borsa per ossigeno e Ambu • Imballaggio uterino • Opuscoli informativi • Silicone per la lubrificazione delle siringhe • Gelatina lubrificante • Metodi contraccettivi, inclusi contraccettivi reversibili a lunga durata d'azione (ad es. impianti, dispositivi iniettabili e dispositivi intrauterini) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto medico <ul style="list-style-type: none"> • ÿ mifepristone (anche per priming cervicale) • ÿ misoprostolo (anche per priming cervicale) • ÿ letrozolo • Analgesici <ul style="list-style-type: none"> • ÿ FANS (es. ibuprofene) • ÿ oppioidi (es. fentanil, tramadolo, morfina) • ÿ paracetamolo/paracetamolo • Ansiolitici (ad es. diazepam, midazolam, lorazepam) • Lidocaina per blocco paracervicale • Farmaci usati per indurre l'asistolia fetale <ul style="list-style-type: none"> • ÿ cloruro di potassio (KCl) • ÿ digossina • ÿ lidocaina • Antibiotici (es. tetraciclina, macrolidi, antimicrobici penicillina o nitroimidazolo) • Immunoglobulina anti-D a • Uterotonici (es. ossitocina, misoprostolo o ergometrina) • Linea e fluidi endovenosi (IV) (ad es. soluzione salina, lattato di sodio, glucosio) • Antagonisti degli oppioidi (ad es. naloxone, naltrexone) • Antagonisti delle benzodiazepine (es. flumazenil) • Antiemetici/antinausea (es. metaclopramide) • Antidiarroico (es. loperamide) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoclave o sterilizzatore • Dispositivi per la misurazione della pressione sanguigna • Sorgente luminosa/faro frontale • Stetoscopio • Speculum (bocca larga per aumentare l'esposizione della cervice e corta per evitare di spingere via la cervice, o uno speculum di Sims se è disponibile un assistente) • Tenacolo (tenacolo atraumatico, quando disponibile) • Dilatatori meccanici <ul style="list-style-type: none"> • ÿ affusolato, fino a 37 French (Fr) (o fino a 51 Fr per età gestazionale avanzata) o circonferenza equivalente • ÿ Pratt, 13–43 Fr (o 41–79 Fr per età gestazionale avanzata) • ÿ Hern, fino a 98 Fr per età gestazionale avanzata • Aspiratore vuoto elettrico (con cannule fino a 14–16 mm) o vuoto manuale aspiratore (con cannule fino a 12-14 mm) • Pinza di evacuazione uterina Bierer (grande e piccola) • Pinza per evacuazione uterina Sopher (piccola) • Grande curette flessibile postpartum • Pinza spugna (ad anello). • Ciotola in acciaio inossidabile per la preparazione della soluzione • Vassoio per strumenti • Piatto in vetro trasparente per l'ispezione dei tessuti • Filtro (metallo, vetro o garza) • Accesso in loco a una macchina ad ultrasuoni (opzionale) • Guida-ago lungo e sutura • Forbici

Nota: per il dosaggio, la via e l'uso, vedere il capitolo 2.

* L'immunoglobulina anti-D non deve essere somministrata per l'aborto a < 12 settimane di gestazione, ma si applica lo standard di cura per la somministrazione di anti-D a ÿ 12 settimane di gestazione.

Per ulteriori informazioni, si prega di contattare:

Dipartimento di salute e ricerca sessuale e riproduttiva

Organizzazione Mondiale della

Sanità 20, viale Appia

1211 Ginevra 27

Svizzera

E-mail: srhrp@who.int

Sito web: www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research

