

Data di pubblicazione: 11/12/2008

# Le procedure sanitarie per IVG

## Linee guida sull'IVG

La complessità del comportamento sessuale individuale e la fallibilità della contraccezione implicano che una parte di gravidanze indesiderate è inevitabile, anche in paesi con maggiore diffusione della contraccezione rispetto al nostro [1].

Sulla base dei dati provvisori del Ministero della Salute il numero complessivo di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) in Italia nel 2007 è stato di 127.038 [2].

Come recentemente sottolineato dal Consiglio d'Europa, lasciare o rendere l'aborto una pratica illegale non riduce la necessità di ricorrere a questo tipo d'intervento, ma impedisce l'accesso alla procedura in condizioni di sicurezza [3]. L'incidenza nel mondo di aborti in condizioni di non sicurezza (*unsafe abortion*) è di 14 ogni 1000 donne in età riproduttiva (15-44 anni), fra queste donne 1 su 4 andrà incontro a severe complicazioni compresa la morte [4].

La mortalità per *unsafe abortion* rappresenta la terza causa di mortalità materna (13% sul totale delle morti materne) ed è 550 volte maggiore della mortalità per aborto legale e medicalizzato (anche nei paesi sviluppati la mortalità è 20 volte maggiore) [4].

La medicalizzazione dell'aborto consente quindi una nettissima riduzione delle complicazioni e dei decessi. In Francia la mortalità per IVG era stimata in 332 casi/anno nel 1963, mentre negli ultimi anni oscilla tra 0 e 2 casi/anno. Le complicanze immediate - perforazioni uterine; emorragie; ritenzione di materiale ovulare, con o senza infezione - hanno mostrato la stessa evoluzione decrescente. I dati indicano assenza di conseguenze a lungo termine sulla fertilità futura o parti pretermine; limitatamente al caso di gravidanza entro i 3 mesi successivi a IVG, si registra un aumento di rischio di aborto spontaneo [5].

Nei paesi in cui l'aborto è previsto dalla legge le procedure illegali e in condizioni di non sicurezza non sono del tutto scomparse. La causa è da ricercarsi nella persistenza di condizioni che impediscono alle donne di esercitare effettivamente questo diritto: la mancanza di visibilità del servizio o la sua inadeguatezza per indisponibilità di strutture e medici, la necessità di ripetute consultazioni e accertamenti sanitari, i tempi di attesa, la mancanza di privacy, l'atteggiamento scoraggiante di alcuni professionisti sanitari, a volte i costi inaccessibili possono ostacolare notevolmente l'accessibilità ad una procedura sicura e appropriata [3,4].

Queste considerazioni rappresentano le ragioni per cui l'interruzione volontaria di gravidanza continua a costituire una necessità assistenziale e la sua valutazione un indicatore di efficacia della impostazione dei servizi sanitari.

Tre linee guida (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG; Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, ANAES; National Abortion Federation, NAF*) e un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) prendono in esame l'assistenza alla donna che richiede l'interruzione volontaria di gravidanza. Questi documenti, pur presentando

alcune differenze legate alla diversa normativa vigente nei paesi, sono omogenei su molti aspetti [6-9].

Per quanto riguarda il **management iniziale**:

- si sottolinea la necessità di minimizzare i tempi di attesa per ridurre le complicanze e permettere una scelta tra le tecniche utilizzabili: va fornita alla donna una consultazione clinica per IVG entro 5 giorni dalla richiesta (al massimo entro 2 settimane - RCOG), mentre l'intervento dovrebbe avvenire entro 2 settimane (al massimo tre - RCOG);
- alla prima consultazione la donna va informata in maniera chiara, utilizzando anche materiale scritto, su: tipo di intervento (medico/chirurgico, anestesia locale/generale), effetti collaterali immediati (dolore, sanguinamento), possibili complicanze, follow up;
- va effettuata una consulenza contraccettiva per verificare un eventuale uso scorretto del metodo adottato e valutare il cambio o l'inizio di un metodo;
- la valutazione pre-aborto richiede la determinazione del gruppo sanguigno, solo se appropriati possono essere proposti emocromo (se la donna proviene da aree endemiche per emoglobinopatie), Pap test (secondo screening), screening per le malattie sessualmente trasmesse;
- l'epoca gestazionale va stabilita in base al colloquio con la donna e all'esame clinico, l'esame ecografico non è un prerequisito essenziale per l'IVG, ma può essere necessario in caso di dubbi su epoca gestazionale o sede della gravidanza, perciò il servizio deve avere disponibilità e accesso all'esecuzione dell'esame;
- le IVG devono essere effettuate in day hospital, salvo eccezioni;
- le pazienti dovrebbero poter scegliere se effettuare l'interruzione con metodica medica o chirurgica e il tipo di anestesia.

Per quanto riguarda il **metodo**:

- l'[aborto medico](#) è considerata una tecnica appropriata fino a 9 settimane (63 giorni), di prima scelta per RCOG fino a 7 settimane (49 giorni), non raccomandato per epoche superiori. Il protocollo raccomandato è il seguente: mifepristone 200mg per os seguito da misoprostolo 400mcg per via orale o 800mcg vaginale; si considera possibile, nelle IVG precoci, l'assunzione a domicilio del misoprostolo dopo la somministrazione del mifepristone, che avviene solo in ambito ospedaliero;
- la tecnica chirurgica è appropriata fino a 14-15 settimane, il RCOG la sconsiglia prima di 7 settimane, per la maggiore probabilità di complicanze (fallimento o perforazione dell'utero), mentre insieme al WHO sottolinea la necessità di personale addestrato se effettuata dopo le 12 settimane.
- la visita post-IVG deve avvenire entro 14- 21 giorni; è utile per la valutazione clinica, particolarmente importante dopo aborto medico, e la sorveglianza della contraccezione;
- la contraccezione ormonale post-IVG può iniziare il giorno successivo all'intervento, mentre lo IUD può essere applicato subito dopo l'isterosuzione o durante la visita post-IVG.

La linea guida inglese [6] sottolinea inoltre l'importanza che i professionisti conoscano la frequenza delle complicanze per informare correttamente le pazienti. La complicanza più frequente è l'infezione post-aborto, che avviene nel 10% dei casi. Il proseguimento della gravidanza, con la

necessità di ripetere la procedura, complica 2.3/1000 interruzioni chirurgiche e 6/1000 interruzioni mediche. Sono complicanze rare l'emorragia (1.2/1000) e la perforazione uterina (1-4 /1000), più frequente la lacerazione della cervice (1% degli aborti chirurgici).

La linea guida statunitense [7] sottolinea l'importanza di consenso informato e counseling specificando la diversità di questi due processi: lo scopo del primo è assicurarsi che la decisione della donna sia libera, consapevole e informata, il secondo è invece rappresentato da un colloquio/discussione per:

- ascolto e sostegno di sentimenti, emozioni, dubbi
- preparare alla procedura e ridurre l'ansia
- valutare un eventuale intervento psicologico o sociale
- scegliere una contraccezione futura

Il *counseling* presuppone una volontarietà della donna e non deve creare barriere al servizio.

## **Bibliografia**

1. [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. National audit of induced abortion. London: RCOG; 2000 \[Testo integrale\]](#)
2. [Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza \(legge 194/78\). Dati preliminari 2007 e dati definitivi 2006. Roma; 2008 \[Testo integrale\]](#)
3. [Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Access to safe and legal abortion in Europe - Resolution 1607; 2008 \[Testo integrale\]](#)
4. [Unsafe abortion Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Geneva: World Health Organization; 2007 \[Testo integrale\]](#)
5. [Agence nationale d'accreditation et d'evaluation en santé. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines \(Rapport\). Paris: ANAES; 2001 \[Testo integrale\]](#)
6. [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. London: RCOG; 2004 \[Testo integrale\]](#)
7. [National Abortion Federation. Clinical Policy Guidelines. Washington, MD: NAF; 2008 \[Testo integrale\]](#)
8. [Agence nationale d'accreditation et d'evaluation en santé. Induced abortion up to 14 weeks. Paris: ANAES; 2001 \[Testo integrale\]](#)
9. [World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003 \[Testo integrale\]](#)

## ALLEGATO N. 6 - NOTA INFORMATIVA PER LA DONNA CHE RICHIEDE L'IVG CHIRURGICA

L'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è prevista in Italia dalla Legge 194 del 1978, che ne stabilisce modalità e condizioni di accesso. Una volta ottenuto il certificato per la IVG è possibile interrompere la gravidanza o attraverso la somministrazione di due farmaci (mifepristone e misoprostolo) oppure attraverso un piccolo intervento chirurgico, che richiede un giorno di permanenza in ospedale.

Queste note forniscono qualche informazione aggiuntiva sull'assistenza che Lei riceverà in questo ospedale nel caso in cui scelga di interrompere la gravidanza con un trattamento chirurgico. Esse non intendono in nessun modo sostituire il colloquio con il suo medico.

### Cos'è l'aborto chirurgico

L'aborto chirurgico prevede l'aspirazione del materiale ovulare dalla cavità uterina solitamente preceduta dalla dilatazione del collo uterino: è un intervento eseguito in sala operatoria, della durata di circa 10-20 minuti; può essere effettuato, a scelta della donna, in anestesia locale (infiltrazione di anestetico locale a livello del collo uterino) che non comporta la perdita di coscienza, oppure in anestesia generale (praticata come una comune iniezione endovenosa) che comporta la perdita di coscienza per il tempo dell'intervento. In fase pre-operatoria può essere necessaria la preparazione farmacologica all'intervento chirurgico con utilizzo di farmaci che determinano modificazioni del collo uterino rendendo più agevole la successiva fase chirurgica, soprattutto in pazienti giovani, alla prima gravidanza o con gravidanza superiore alla 10<sup>a</sup> settimana.

In caso si esegua l'intervento in anestesia generale saranno richiesti gli esami del sangue, un elettrocardiogramma ed una visita del medico anestesista, per l'intervento in anestesia locale è invece sufficiente il gruppo sanguigno da eseguire solo se non documentato. Per entrambi i casi è previsto il ricovero in day surgery di un giorno senza pernottamento in ospedale salvo eventuali complicazioni.

Dopo l'intervento, al risveglio, è possibile avvertire dolore di qualche intensità, dovuto alle contrazioni uterine, e sintomi collegati all'assunzione degli anestetici quali nausea e vomito.

L'intervento chirurgico potrebbe comportare: emorragia grave (1 caso su 1000 interventi), perforazione uterina (1 caso su 1000 interventi), danno al collo uterino (2 casi su 1000 interventi) e infezioni (1 caso su 100 interventi).

Sono possibili aborti incompleti, quindi con la necessità di ripetere l'intervento chirurgico (2 casi su 100 interventi).

La fertilità non viene alterata se tutto procede regolarmente; può essere alterata se si manifesta una complicanza infettiva grave o dei danni all'utero molto gravi quali perforazioni complicate.

### Come si svolge l'interruzione della gravidanza con metodo chirurgico

Al momento del primo accesso in ospedale, pre-ricovero, è necessario portare:

- il certificato del medico del consultorio o del medico di fiducia per l'interruzione di gravidanza;
- i referti degli accertamenti eseguiti;

- la tessera sanitaria;
- un documento di identità;

Successivamente il medico di Day Surgery:

- procede alla compilazione della cartella clinica
- esegue la visita e l'eventuale ecografia (se non già eseguita in altra sede)
- acquisisce il consenso al trattamento chirurgico
- prescrive gli ulteriori accertamenti richiesti anche sulla base del tipo di anestesia scelto, locale o generale.

Il giorno dell'intervento è necessario presentarsi presso il reparto di Day Surgery a digiuno.

- Accettazione in reparto da parte di personale dedicato che sarà disponibile a rispondere a tutte le domande sulle procedure che saranno effettuate
- Preparazione all'intervento con eventuale preparazione del collo uterino e terapia antibiotica.
- Esecuzione dell'intervento in sala operatoria in anestesia generale o locale.
- Ritorno in reparto dove si rimane in osservazione per alcune ore, di solito almeno 3.
- In caso di gruppo RH (D) negativo, e previa specifica informativa ed autorizzazione, si propone la sieroprofilassi anti D per evitare fenomeni di immunizzazione, che potrebbero creare problematiche in successive gravidanze.
- Visita di dimissione e consegna di materiale informativo dedicato contenente le precauzioni da assumere nei giorni successivi all'intervento ed i recapiti a cui segnalare tempestivamente eventuali problemi.
- Prescrizione dei farmaci sintomatici necessari
- Consegna di materiale informativo per la contraccezione e verifica della possibilità di inizio immediato anche con la prescrizione del metodo contraccettivo scelto, qualora questa non sia stata eseguita prima dell'accesso in ospedale.
- Vengono inoltre programmati una visita di controllo dopo 14 giorni presso il consultorio/ospedale ed un test di gravidanza dopo 20-30 gg.

## ALLEGATO N. 5 - PROFILO DI ASSISTENZA PER LA DONNA CHE RICHIEDE L'IVG CHIRURGICA

### 1. CRITERI DI AMMISSIONE

- Certificato per IVG rilasciato da un medico e firmato dalla donna
- Consenso informato per il trattamento chirurgico
- Gravidanza in utero con datazione ecografica inferiore o uguale a 90 giorni

### 2. SCHEMA DI ASSISTENZA

Giorno 0 (ambulatoriale o ricovero DS)

- verifica dei criteri di accesso e l'assenza di controindicazioni al trattamento chirurgico (visita ed ecografia per determinare età gestazionale e confermare gravidanza intrauterina se non già eseguite in altra sede);
- consegna del modulo informativo contenente il percorso e le procedure relative al trattamento chirurgico, il tipo di sedazione, le modalità di controllo del dolore (solo per le donne che non sono state precedentemente prese in carico dal consultorio familiare)
- acquisizione del consenso informato per il trattamento chirurgico
- acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali, per rispettare il diritto alla riservatezza;
- esami di laboratorio pre-operatori, emogruppo, ECG;
- compilazione della cartella clinica
- visita anestesiologicala

Giorno 1 (DS)

- preparazione farmacologica del collo all'intervento [consigliata in alcune condizioni<sup>(1)</sup>] da effettuarsi con Gemeprost o Misoprostolo ;
- intervento effettuabile sia in anestesia generale che in anestesia locale;
- l'ecografia post-intervento è una procedura non raccomandata nelle linee guida internazionali<sup>(2)</sup>;
- valutazione con la donna della necessità di trattamento antidolorifico
- profilassi antibiotica come previsto dalle linee guida nazionali "antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto" - 2008 ;
- immunoprofilassi anti D per le donne con gruppo RH (D) negativo;
- consegna foglio di dimissione contenente i dati relativi all'intervento, la eventuale prescrizione di farmaci da utilizzare al bisogno, le raccomandazioni<sup>(3)</sup> da seguire nei giorni successivi all'intervento
- informazione relativamente alla contraccezione ed eventuale prescrizione del metodo contraccettivo scelto dalla donna
- prenotazione della visita di controllo post-IVG in consultorio (se non già ottenuta al momento della certificazione) a due settimane dall'intervento
- compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, per chiusura dell'episodio di accesso in DS
- compilazione della scheda ISTAT di assistenza all'aborto volontario

- 
- 1) Le condizioni in cui è consigliabile la preparazione del collo sono: donne nullipare, età inferiore ai 18 anni, gravidanza con epoca gestazionale superiore alla 10 settimana
  - 2) Qualora si intenda eseguirla è opportuno che ciò avvenga alla fine dell'intervento chirurgico, in sala operatoria
  - 3) Raccomandazioni: Doccia, non bagno, evitare rapporti con penetrazione per almeno sette giorni, non assorbenti interni, consultare prontamente il medico al numero di telefono di riferimento se: febbre maggiore di 38°C che non si riduce con i farmaci; dolore persistente resistente alla terapia; emorragia (se dopo l'aborto avrà cambiato più di due assorbenti "maxi" ogni 15 minuti o quattro in due ore).

Giorno 14 (consultorio o ambulatorio ospedaliero)

- Visita di controllo e rilevazione eventuali complicanze dell'intervento
- Consulenza contraccettiva ed eventuale prescrizione