

**Protocollo Diagnostico-Terapeutico Assistenziale
per la Gestione della Paziente con Aborto**

Rev.	01	Firme
Data	26.07.2022	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "Biarco - Melascino - Morelli"
Redazione	Direttore f.f. UOC di Ostetricia e Ginecologia Dott. Marcello Tripodi	U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia Dott. Tripodi Marcello 5562/KC
	Dott. Andrea Azzerboni UOC di Ostetricia e Ginecologia	<i>azzerboni</i>
	Ost. Federica Giofrè UOC di Ostetricia e Ginecologia	<i>Federica Giofrè</i>
	Ost. Agata Mariapia Polimeni UOC di Ostetricia e Ginecologia	<i>Polimeni Agata</i>
	Direttore Sanitario di Presidio Dott. Demetrio Marino	<i>Marino</i>
Verifica	Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management Dott. Demetrio Marino	<i>Marino</i>
	Direttore Ricerca e Governo dell' Eccellenza e della Qualità Dott. Santo Ceravolo	<i>Ceravolo</i>
Approvazione	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Salvatore M. Costarella	<i>Costarella</i>

Sommario

Sommario	2
Introduzione	3
Scopo	3
Campo di Applicazione	3
Strumenti di Lavoro	3
Definizioni, terminologia e diagnosi	3
Management per aborto interno o ritenuto	4
Management per aborto interno o ritenuto fino alla 9 settimana	4
Trattamento farmacologico	4
Controindicazioni per uso di Misoprostolo e Mifepristone	6
Trattamento chirurgico	6
Dimissione:	6
Management per aborto interno o ritenuto dalla 10 alla 13 settimana	6
Dimissione:	6
Management per aborto interno o ritenuto dalla 14 alla 21 settimana	6
Trattamento chirurgico	7
Bibliografia e sitografia essenziale	9
Tabella 1	10
Controindicazioni uso Misoprostolo e Mifepristone	10
Allegato 1	11
Informativa per trattamento farmacologico dell'aborto	11
Allegato 2	12
Consenso informato per trattamento farmacologico dell'aborto mediante l'uso di mifepristone e misoprostolo	12
Allegato 3	13
Informativa per aborto con metodo chirurgico	13
Allegato 4	14
Consenso informato per sottoporsi all'intervento chirurgico di revisione cavitaria uterina	14
Allegato 5	16
Consenso informato per il trattamento farmacologico con Mifepristone e Misoprostolo	16

Introduzione

L'aborto è una delle evenienze più frequenti tra le patologie della gravidanza; si verifica frequentemente nei primi tre mesi di gravidanza, periodo in cui la supplementazione di acido folico e di progesterone può avere un effetto protettivo. Si stima che circa il 60% dei concepimenti esiti in aborto misconosciuto in fase precocissima, mentre il 15-20% delle gravidanze esita in aborto spontaneo entro la fine del terzo mese.

L'aborto comincia con un'emorragia e con dolori crampiformi, che aumentano fino all'espulsione dell'embrione sebbene, a volte, avviene senza sintomi e la diagnosi di aborto è meramente ecografica. Se l'embrione non viene espulso naturalmente, ci si deve sottoporre a un intervento di revisione strumentale della cavità uterina.

Le cause dell'aborto sono innumerevoli; tra le più frequenti ricordiamo anomalie cromosomiche, difetti genetici, infezioni del complesso TORCH, anticorpi antifosfolipidi e sindromi connesse, malformazioni uterine, abuso di farmaci e alcool.

Al momento, nell'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) di Ostetricia e Ginecologia del Grande Ospedale Metropolitano (GOM) di Reggio Calabria non è presente una linea guida comune a cui attenersi per quanto riguarda tale evento drammatico per la paziente.

Scopo

Scopo di questo protocollo diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) è di uniformare e di ottimizzare la gestione dei casi di aborto in base all'impiego delle più recenti evidenze scientifiche.

Campo di Applicazione

Il presente PDTA deve essere applicato a tutte le pazienti afferenti all'UOC di Ostetricia e Ginecologia del GOM di Reggio Calabria sia come ricovero ordinario e giornaliero sia come accesso ambulatoriale e di pronto soccorso ostetrico-ginecologico.

I destinatari del presente PDTA saranno tutti gli operatori che gestiranno la diagnosi e il trattamento dell'aborto interno o ritenuto in tutte le sue forme presso i locali della stessa UOC. Sarà responsabilità di tutto il personale Medico e Ostetrico-Infermieristico la sua formale applicazione e la redazione della documentazione cartacea. Eventuali scostamenti da tale PDTA di ogni natura (personale, tempistica, luoghi o approcci) devono essere documentati e motivati in cartella clinica da parte del Personale Medico e non medico.

Strumenti di Lavoro

Il presente PDTA è stato stilato dopo il lavoro di un'estesa ricerca bibliografica sia cartacea sia informatica online impiegando i principali motori di ricerca riguardo protocolli operativi e PDTA già presenti in Italia e all'estero. Il sito PubMed della US National Library of Medicine (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) è stato consultato impiegando come parole chiave "spontaneous abortion", "miscarriage" e "treatment". Le più recenti linee-guida e review sistematiche con e/o senza meta-analisi sono state consultate.

Definizioni, terminologia e diagnosi

Al fine di ottimizzare la comunicazione tra operatori dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia si suggerisce di utilizzare le sotto elencate definizioni e criteri diagnostici.

Aborto

- Visualizzazione di una camera gestazionale con un embrione non dotato di attività cardiaca con CRL ≥ 7 mm mediante ecografia transvaginale o con CRL ≥ 10 mm mediante ecografia transaddominale. In caso di CRL < 7 mm in assenza di attività cardiaca sarà necessario ripetere controllo ecografico dopo almeno 7 giorni.
- Visualizzazione di una camera ovulare con diametro medio ≥ 25 mm priva di echi embrionari. In caso di scarsa visualizzazione uterina si raccomanda di ripetere il controllo ecografico dopo sette giorni.

Aborto incompleto

Presenza all'interno della cavità uterina di echi iperecogeni, ben definiti (da riferire a tessuto trofoblastico) e vascolarizzati in una paziente nella quale una pregressa ecografia ha dimostrato la presenza di camera gestazionale intrauterina.

Aborto completo

Assenza all'interno della cavità uterina di tessuto trofoblastico in una paziente nella quale una pregressa ecografia ha dimostrato la presenza di camera gestazionale intrauterina.

Management per aborto interno o ritenuto

Si raccomanda di centralizzare tutti i casi di aborto ritenuto presso il Day Hospital dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia.

Durante la prima visita presso il Day Hospital la paziente dovrà presentare eventuale documentazione degli esami eseguiti attestanti la gravidanza in atto, tessera sanitaria e documento di identità'. La paziente afferisce tramite impegnativa con i seguenti codici ministeriali: 88.79.7 ecografia transvaginale

Al primo accesso in Day Hospital il Personale Ostetrico-Infermieristico rilascerà la modulistica informativa in base alle settimane di amenorrea (Allegato 1 e 3). Il Personale Medico effettuerà il counselling rispondendo a eventuali dubbi e perplessità della paziente ed eseguirà ecografia transvaginale per conferma della diagnosi o datazione della gravidanza al fine di stabilire il percorso più adatto. La paziente e il Medico firmeranno la modulistica relativa (Allegato 2 e 4).

Si raccomanda il ricovero ospedaliero in regime ordinario urgente solo in caso di metrorragia severa. In tal caso la paziente e il Medico firmeranno la modulistica relativa alla procedura di revisione cavitaria strumentale.

Management per aborto interno o ritenuto fino alla 9 settimana

Si raccomanda in caso di aborto ritenuto o incompleto di avvalersi di un trattamento di attesa della durata di 7 giorni. In tal caso si suggerisce di escludere segni e sintomi di infezione o di metrorragia severa in atto.

Si raccomanda di intraprendere il trattamento farmacologico dopo 7 giorni di attesa in caso di mancata espulsione completa del prodotto del concepimento (50% di casi) come dettagliato in seguito.

In presenza di infezione o di metrorragia severa in atto si raccomanda di effettuare in urgenza revisione cavitaria con cannula di Karmann.

Si suggerisce curettage solo in presenza di materiale residuo all'isterosuzione o in caso di sanguinamento uterino severo.

Trattamento farmacologico

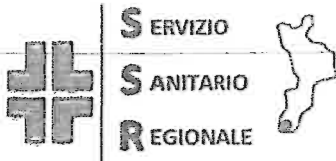
Si raccomanda di impiegare il seguente schema terapeutico: 600mg di mifepristone (mifegyne®) per via orale al primo accesso in Day Hospital seguiti da 400mcg misoprostolo per via sublinguale (MisoOne® 400mcg) dopo 48 ore al secondo accesso.

Si raccomanda che il trattamento farmacologico venga somministrato in presenza di personale medico solo dopo counselling con la paziente, e firma della scheda informativa e del consenso informato. In particolare, la paziente rimarrà in osservazione dopo la somministrazione di mifepristone circa 60 minuti (al fine di valutare allergie e idiosincrasia) e dopo la somministrazione di misoprostolo circa 3 ore (al fine di valutare sintomi quali: dolore addominale, vomito, diarrea, febbre e brivido).

Si suggerisce controllo ecografico prima della dimissione dal regime di Day Hospital (II accesso) solo in caso di perdite ematiche significative.

Si raccomanda di verificare l'eventuale espulsione della gravidanza mediante ecografia transvaginale da effettuare dopo circa 15 giorni.

In caso di completa espulsione il percorso terminerà, mentre in caso di espulsione parziale (presenza di materiale deciduo-coriale di 20mm) si raccomanda di effettuare una revisione cavitaria con isterosuzione sec. Karmann.



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"B.M.M. Reggio Calabria"
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore f.f. Dott. *Marcello Tripodi*



REGIONE
CALABRIA

Si raccomanda ricovero ordinario ed esecuzione di revisione cavitaria in regime di urgenza con isterosuzione sec. Karmann in caso di:

- sanguinamento vaginale di durata superiore ai 12 giorni,
- sanguinamento vaginale intenso (oltre 2 assorbenti/ore per oltre 2 ore),
- forti dolori addominali (che non regrediscono con i comuni analgesici),
- febbre ($>38^{\circ}\text{C}$) o brivido scuotente.

Si raccomanda di effettuare trattamento chirurgico elettivo (isterosuzione sec. Karmann) in caso di controindicazioni all'uso sia di mifepristone, sia di misoprostolo.

In caso di controindicazione ad un solo farmaco, si raccomanda la somministrazione di 600mg di mifepristone per via orale con rivalutazione ecografica dopo 48 ore (in caso di controindicazioni al misoprostolo) oppure somministrazione di 400mcg misoprostolo per via sublinguale da ripetere dopo 4-6 ore (in base alla sintomatologia) e rivalutazione ecografica dopo 3 ore dalla seconda somministrazione (in caso di controindicazione al mifepristone).

In caso di trattamento chirurgico elettivo per eventuale analisi genetica del prodotto del concepimento si rimanda a PDTA specifico attualmente in elaborazione.

Controindicazioni per uso di Misoprostolo e Mifepristone

Vedasi Tabella 1

Trattamento chirurgico

Si consiglia il seguente schema: si raccomanda sempre la preparazione della cervice uterina in tutte le donne programmate per trattamento chirurgico dell'aborto spontaneo con 400mcg misoprostolo per via sublinguale (2 compresse di Cytotec® 200mcg o 1 compressa di MisoOne® 400mcg) da somministrare 3 ore prima della procedura.

Seguita da doxiciclina 100 mg per os un'ora prima dell'intervento e poi 200 mg per os dopo la revisione chirurgica.

Si raccomanda di impiegare cannule di Karman di grandezza proporzionale all'epoca di amenorrea e di evitare la revisione per curettage (per il rischio di sinechie endouterine)

Per eventuale analisi genetica del prodotto del concepimento si rimanda a PDTA specifico attualmente in elaborazione.

Si raccomanda effettuare ecografia transvaginale di controllo al termine della procedura allegando i fotogrammi in cartella chirurgica per verificare la completa rimozione della gravidanza e di non ripeterla al momento della dimissione (alto tasso di falsi positivi per residui deciduo-coriali) in assenza di indicazione clinica (metrorragia, dolore non responsivo, etc.).

Dimissione:

Durante la dimissione il medico è tenuto alla redazione del foglio di dimissione, alla compilazione dell'ISTAT e alla compilazione della relativa SDO.

Management per aborto interno o ritenuto dalla 10 alla 13 settimana

Si consiglia il seguente schema: si raccomanda sempre la preparazione della cervice uterina in tutte le donne programmate per trattamento chirurgico dell'aborto spontaneo con 400mcg misoprostolo per via sublinguale (2 compresse di Cytotec® 200mcg o 1 compressa di MisoOne® 400mcg) da somministrare 3 ore prima della procedura.

Seguita da doxiciclina 100 mg per os un'ora prima dell'intervento e poi 200 mg per os dopo la revisione chirurgica.

Si raccomanda di impiegare cannule di Karman di grandezza proporzionale all'epoca di amenorrea e di evitare la revisione per curettage (per il rischio di sinechie endouterine)

Per eventuale analisi genetica del prodotto del concepimento si rimanda a PDTA specifico attualmente in elaborazione.

Si raccomanda effettuare ecografia transvaginale di controllo al termine della procedura allegando i fotogrammi in cartella chirurgica per verificare la completa rimozione della gravidanza e di non ripeterla al momento della dimissione (alto tasso di falsi positivi per residui deciduo-coriali) in assenza di indicazione clinica (metrorragia, dolore non responsivo, etc.).

Dimissione:

Durante la dimissione il medico è tenuto alla redazione del foglio di dimissione, alla compilazione dell'ISTAT e alla compilazione della relativa SDO.

Management per aborto interno o ritenuto dalla 14 alla 21 settimana

Si consiglia il seguente schema: si suggerisce iniziale trattamento farmacologico con la somministrazione di 600mg di mifepristone per via orale (3 compresse di Mifegyne® 200mg) in presenza di personale medico dopo counselling con la paziente, e firma della scheda informativa e del consenso informato.

Si raccomanda, dopo 36 ore dalla somministrazione di mifepristone, ricovero ospedaliero e somministrazione di 400mcg misoprostolo per via sublinguale (2 compresse di Cytotec® 200mcg o 1 compressa di MisoOne® 400mcg) da somministrare ogni 4 ore fino all'espulsione del prodotto del concepimento o per un totale di 3 somministrazioni.

Si raccomanda, in caso di mancata risposta, di ripetere lo stesso schema il giorno successivo.

Si raccomanda di completare il trattamento, secondo l'epoca gestazionale, svuotando la cavità con pinze ad anelli, revisionando la stessa con cannula di Karman di grandezza n. 12 e riducendo al minimo il curettage (per il rischio di aderenze endouterine).

Per eventuale analisi genetica del prodotto del concepimento si rimanda a PDTA specifico attualmente in elaborazione.

In caso di controindicazioni all'uso del mifepristone e/o del misoprostolo, escludere il solo farmaco controindicato dal trattamento e modulare, in base all'epoca gestazionale, il management farmacologico con somministrazione con ossitocina o con trattamento chirurgico.

Si raccomanda effettuare ecografia transvaginale o transaddominale di controllo al termine della procedura chirurgica per verificare la completa rimozione della gravidanza e di non ripeterla al momento della dimissione (alto tasso di falsi positivi per residui deciduo-coriali) in assenza di indicazione clinica (metrorragia, dolore non responsivo, etc.)

Trattamento chirurgico

Si consiglia il seguente schema: si raccomanda sempre la preparazione della cervice uterina in tutte le donne programmate per trattamento chirurgico dell'aborto spontaneo con 400mcg misoprostolo per via sublinguale (2 compresse di Cytotec® 200mcg o 1 compressa di MisoOne® 400mcg) da somministrare 3 ore prima della procedura.
Seguita da doxiciclina 100 mg per os un'ora prima dell'intervento e poi 200 mg per os dopo la revisione chirurgica.

In caso di intolleranza al Misoprostolo vedi trattamento farmacologico dell'aborto fino a 9 settimane.

Si raccomanda di impiegare cannule di Karman n.12 e di evitare la revisione per curettage (per il rischio di sinechie endouterine)
Per eventuale analisi genetica del prodotto del concepimento si rimanda a PDTA specifico attualmente in elaborazione.

Si raccomanda effettuare ecografia transvaginale di controllo al termine della procedura allegando i fotogrammi in cartella chirurgica per verificare la completa rimozione della gravidanza e di non ripeterla al momento della dimissione (alto tasso di falsi positivi per residui deciduo-coriali) in assenza di indicazione clinica (metrorragia, dolore non responsivo, etc.).

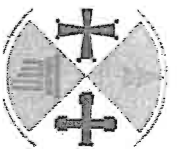


SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

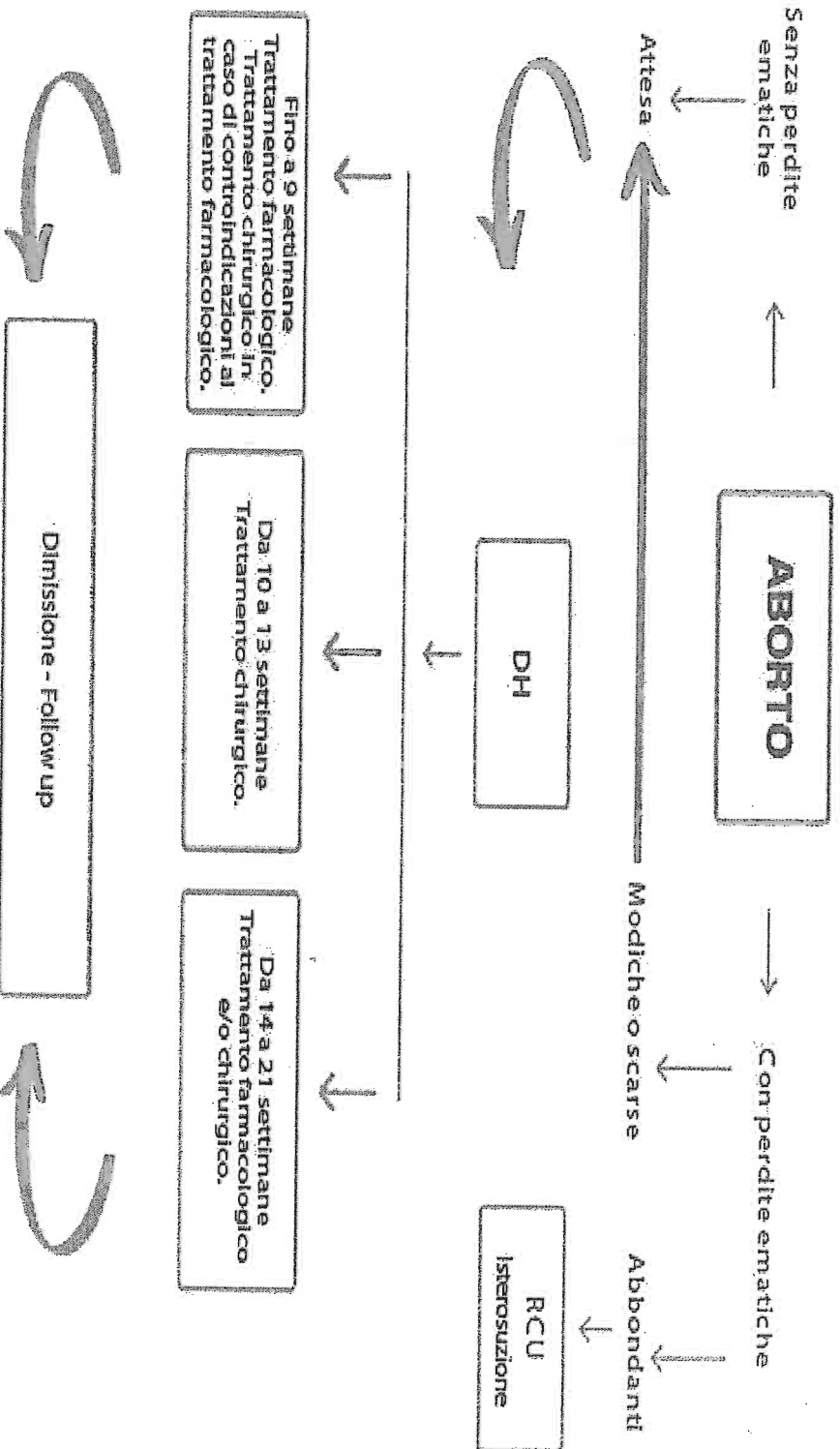


Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"B. M.M. Reggio Calabria"
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore f.f. Dott. Marcello Triposi



REGIONE
CALABRIA



Bibliografia e sitografia essenziale

Williams Ostetricia

Linee guide sieog del 2015

Tang J, Kapp N, Dragoman M, et al: WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. *Int J Gynaecol Obstet* 121(2):186,2013

American College of Obstetricians and Gynecologists: Misoprostol for postabortion care. Committee Opinion No. 427, February 2009b

American College of Obstetricians and Gynecologists: Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Practice Bulletin No. 104, May 2009, Reaffirmed 2011b

W. Cates et al., American Journal OB/GYN, vol. 132, p.16

Newmann SJ, Dalve-Endres A, Diedrich JT, Steinauer JE, Meckstroth K, Drey EA. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(8):CD007310. Published 2010 Aug 4. doi:10.1002/14651858.CD007310.pub2

Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(2):CD007207. Published 2010 Feb 17. doi:10.1002/14651858.CD007207.pub2

Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD000941. doi:10.1002/14651858.CD000941

Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(1):CD005216. Published 2011 Jan 19. doi:10.1002/14651858.CD005216.pub2

Chen MJ, Creinin MD. Mifepristone With Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2015;126(1):12-21. doi:10.1097/AOG.0000000000000897

Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):137-147. doi:10.1097/AOG.0000000000003017

Schmidt-Hansen M, Lord J, Hasler E, Cameron S. Simultaneous compared to interval administration of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10+0 weeks' gestation: a systematic review with meta-analyses [published online ahead of print, 2020 Feb 20]. *BMJ Sex Reprod Health.* 2020;bmjsrh-2019-200448. doi:10.1136/bmjsrh-2019-200448

Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception.* 2019;99(2):77-86. doi:10.1016/j.contraception.2018.11.002

Cleeve A, Fønhus MS, Lavelanet A. A systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of medical management of intrauterine fetal death at 14-28 weeks of gestation. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;147(3):301-312. doi:10.1002/ijgo.12964

Lemmers M, Verschoor MA, Hooker AB, et al. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2016;31(1):34-45. doi:10.1093/humrep/dev274

Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;2010(4):CD004901. Published 2010 Apr 14. doi:10.1002/14651858.CD004901.pub2

<https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2016/03/Induzione-al-Travaglio-di-Parto.pdf>

Tabella 1
Controindicazioni uso Misoprostolo e Mifepristone

<i>Principio Attivo</i>	<i>Controindicazioni Assolute</i>	<i>Controindicazioni Relative</i>
Misoprostolo	Ipersensibilità nota al principio attivo o a uno degli eccipienti	Elevato rischio di sviluppo patologie cardiovascolari
	Allattamento al seno	Precedenti interventi chirurgici sulla cervice uterina o sull'utero
	Gravidanza ectopica	Anomalie dell'utero (utero bicorni)
		Placenta previa
Mifepristone	Ipersensibilità nota al principio attivo o a uno degli eccipienti	Malattie del fegato o dei reni
	Insufficienza surrenalica	Anemia o malnutrizione
	Asma severa e resistente a terapia	Malattie cardiovascolari (ipertensione, diabete, ipercolesterolemia)
	Porfiria ereditaria	Coagulopatie
	Gravidanza oltre il 63° giorno	Asma
	Gravidanza ectopica	
	IUD in situ	

Allegato 1

Informativa per trattamento farmacologico dell'aborto

L'espulsione del prodotto del concepimento avviene mediante la somministrazione di mifepristone e misoprostolo e di norma viene eseguito entro la 9a settimana dal concepimento.

L'anonimato e la privacy verranno tutelati. Tutte le persone con cui verrà a contatto sono tenute al segreto professionale e a quello d'ufficio. Non esiti a segnalarci ogni anomalia dovesse notare.

cosa deve sapere

Per tale trattamento Lei dovrà essere ricoverata in day hospital per due giorni e sottoporsi ad una visita ambulatoriale il 15° giorno dopo l'espulsione del prodotto del concepimento; in seguito alla visita di controllo, nel 5% dei casi, dovrà essere sottoposta ad un raschiamento per completare la procedura o per bloccare perdite ematiche eccessive.

Il day hospital consiste in un ricovero programmato con più accessi limitati alle ore diurne per le necessità assistenziali. Il primo giorno di ricovero in day hospital è necessario portare: referti degli accertamenti eseguiti; tessera sanitaria; documento di identità ed impegnativa con codice: 88.79.7 ecografia transvaginale.

Le sarà somministrata per via orale 600 mg di mifepristone che agisce bloccando gli effetti del progesterone, l'ormone che permette alla gravidanza di progredire. Dopo la somministrazione di mifepristone in alcuni casi si possono avere dolori e perdite di sangue e nel 5% delle pazienti può già verificarsi l'espulsione.

Il secondo giorno Lei sarà a domicilio. Il terzo giorno, in regime di ricovero di day hospital, le saranno somministrate per via orale 400 mcg di misoprostolo, un farmaco della famiglia delle prostaglandine, che agisce provocando dopo un periodo variabile, l'espulsione del materiale abortivo. Dalla somministrazione del misoprostolo alla fine della procedura Lei sentirà dolori solitamente più forti di quelli mestruali che si riducono normalmente con l'espulsione del materiale abortivo. L'espulsione, in circa il 50-60% dei casi avviene entro 4 ore dall'assunzione del suddetto farmaco, nel 20-25% dopo entro le 24 ore e nel 10% successivamente.

È fortemente sconsigliata la dimissione volontaria contro il parere dei medici prima del completamento di tutta la procedura perché in tal caso l'espulsione potrebbe avvenire fuori dall'ospedale. Quando espellerà l'embrione, lei non vedrà il prodotto dell'espulsione, poiché a questa epoca l'embrione misura circa 0,5-1,5 cm ed è difficilmente individuabile in mezzo al sangue, al muco ed ai coaguli

Possibili effetti collaterali

- Dolori crampiformi addominali di tipo mestruale un po' più forti durante il periodo in cui avverrà l'espulsione del feto. Il 20-30% delle donne non avverte alcun dolore, il 50% accusa dolori sopportabili, mentre il 20-30% delle donne necessita di antidolorifici.

- Mal di testa che si può verificare nel 2-30% dei casi.

- Nausea nel 40-60% dei casi e vomito nel 20% dei casi.

- Diarrea nel 10-20% dei casi, che però è transitoria.

- Stato di debolezza nel 10% dei casi

- Un rialzo febbrile inferiore a 38° C è normale. In caso di un rialzo febbrile maggiore che duri più di 4 ore Lei dovrebbe contattare il Centro ginecologico di riferimento. Il dolore e gli altri sintomi si riducono dopo l'avvenuto aborto e ad eccezione del dolore per gli altri sintomi normalmente non è necessario alcun trattamento.

- Perdite di sangue sono come quelle che si verificano dopo un aborto spontaneo e sono paragonabili a quelle dei giorni in cui il flusso mestruale è maggiore. Le perdite di sangue continueranno anche se più ridotte per alcuni giorni, mediamente per 9 giorni. Lei dovrà preoccuparsi se, in qualsiasi momento, in due ore consecutive avrà cambiato quattro assorbenti oppure se riterrà che le perdite siano eccessivamente abbondanti. Le verrà fornito un numero di telefono a cui chiamare per comunicazioni o ricevere consigli telefonici e in ogni caso per ogni evenienza potrà sempre rivolgersi al "Pronto Soccorso Ginecologico" dell'Ospedale dove troverà sempre (24 ore su 24) un medico che la visiterà e saprà consigliarla al meglio.

- Sepsis (presenza di germi patogeni nel sangue) con pericolo di vita in un caso su 100.000. Non ci sono evidenze sull'utilità della profilassi antibiotica ed è un rischio presente con tutte le metodiche per l'aborto.

- In caso di debolezza, nausea, vomito, diarrea con o senza febbre per più di 24 ore dopo l'ultima somministrazione di Misoprostolo, Lei dovrebbe avvertire urgentemente il Centro ginecologico di riferimento.

Come dopo un aborto chirurgico lei potrà rimanere incinta già nelle prime settimane dopo l'aborto, anche se dovessero persistere ancora delle perdite ematiche. Se vuole evitare una nuova gravidanza adotti subito un sistema contraccettivo. È consigliabile non avere rapporti con penetrazione fino alla visita di controllo.

Allegato 2

Consenso informato per trattamento farmacologico dell'aborto mediante l'uso di mifepristone e misoprostolo

1. Ho letto le informazioni, che mi sono state consegnate e ho avuto le risposte alle mie domande sulle implicazioni di questo trattamento, alternativo a quello chirurgico.
2. Tale metodo implica l'assunzione per via orale di 600 mg di mifepristone il primo giorno e l'assunzione per via orale di 400 mcg di misoprostolo dopo due giorni, con un'eventuale seconda somministrazione dopo 3 ore.
3. Ho capito che dovrò essere ricoverata, in regime di DH con accessi controllati, per circa 3 giorni e che c'è una piccola probabilità (circa il 5%) che l'espulsione del prodotto del concepimento possa verificarsi già dopo l'assunzione del mifepristone, prima dell'assunzione del misoprostolo.
4. Ho capito che dovrò rimanere in ospedale anche dopo l'assunzione del misoprostolo e che l'aborto nel 50-60% dei casi avverrà entro 4 ore e nell'80% dei casi in giornata; in caso non dovesse succedere, sarò dimessa e ricontrollata dopo circa una settimana. In caso di perdite ematiche intense dovrò tornare per essere controllata in regime di PS. So che se dovessi chiedere di essere dimessa, contro il parere dei sanitari, l'espulsione potrebbe avvenire fuori dall'ospedale.
5. Ho capito che in una piccola percentuale di casi (2-3%) l'aborto non avviene completamente e che potrà quindi essere necessario prendere altri provvedimenti medici o chirurgici.
6. Ho capito che le perdite ematiche vaginali saranno più abbondanti di un normale flusso mestruale e che in una piccola percentuale di casi (5%), se persisteranno eccessive, potranno condurre anche alla necessità di una revisione chirurgica della cavità uterina.
7. Mi è stato spiegato che, come per l'aborto chirurgico, perdite ematiche eccessive nei giorni successivi possono comportare anche se raramente l'insorgere di una grave anemia, per cui non si può escludere la rara possibilità di una trasfusione; in tale eventualità mi verrà chiesto di sottoscrivere un ulteriore documento di autorizzazione.
8. Sono stata informata che il rischio di morte per complicazioni settiche (rischio presente con tutte le metodiche per l'aborto) è stimato in circa 1 su 100.000 aborti.
9. Mi sono stati spiegati quali sono i prevedibili sintomi che accompagneranno l'aborto e i trattamenti sintomatici consigliati.
10. Mi è stato indicato un numero telefonico a cui rivolgermi per consigli e so che potrò recarmi a qualsiasi ora presso la U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale "B.M.M.", dove è sempre presente un medico.

Decido quindi di accettare il trattamento medico dell'aborto. Tornerò per una visita di controllo il giorno che mi verrà indicato per sottopormi ad una visita ambulatoriale o, per mia scelta, di recarmi dal mio ginecologo di fiducia.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'intervento proposto

Data _____

Firma della Paziente _____

Firma del Medico _____

Allegato 3

Informativa per aborto con metodo chirurgico

Cos'è la revisione cavitaria uterina?

La revisione cavitaria prevede l'aspirazione del materiale ovulare dalla cavità uterina, con successivo curettage (se necessario) a volte, tale procedimento è preceduto dalla dilatazione del collo uterino; è un intervento eseguito in sala operatoria, della durata di circa 10-20 minuti. Sarà effettuato in anestesia locale (infiltrazione di anestetico locale a livello del collo uterino), che non comporta la perdita di coscienza. 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 10a settimana.

Saranno richiesti esami del sangue e un elettrocardiogramma ed 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 (in 2 casi su 100 interventi).

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

Come si svolge la revisione cavitaria uterina con metodo chirurgico?

Al momento del primo accesso in ospedale, in pre-ricovero, è necessario portare: referti degli accertamenti eseguiti; tessera sanitaria; documento di identità.

Successivamente il medico di day surgery:

- procede alla compilazione della cartella clinica
- esegue la visita ed ecografia
- 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.

Nel corso del ricovero sono previste le seguenti fasi:

- 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, compreso quella del collo uterino, se necessaria.
- Esecuzione dell'intervento in sala operatoria, in anestesia generale o locale.
- Ritorno in reparto e in osservazione per alcune ore, di solito almeno 3.
- In caso di paziente con gruppo sanguigno RH (D) negativo e, previa specifica informativa ed autorizzazione, verrà proposta 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 e informazioni sulle pratiche contraccettive per ridurre i rischi di gravidanze indesiderate poiché è possibile iniziare la contraccezione anche immediatamente dopo l'aborto.

Viene inoltre consigliato di programmare una visita di controllo dopo 14 giorni presso il consultorio/ospedale ed eseguire un test di gravidanza.

Allegato 4

Consenso informato per sottoporsi all'intervento chirurgico di revisione cavitaria uterina

L'intervento è eseguito secondo la modalità di suzione-aspirazione (metodo di Karman), che rappresenta nel mondo la modalità più frequente di tecnica fino al terzo mese di gestazione.

In anestesia locale il medico dapprima dilata il canale cervicale, che mette in comunicazione la cavità dell'utero con la vagina, poi introduce nella cavità dell'utero una sonda di plastica rigida di grandezza proporzionale alla settimana di gestazione raggiunta, la cui estremità è fornita di un ampio foro laterale a margini taglienti. Dopo aver collegato la sonda ad un aspiratore, il medico imprime alla sonda movimenti di rotazione e di "va e vieni"; in tal modo l'embrione e la sua placenta vengono frantumati e, aspirati dalla sonda, tramite un tubicino, si raccolgono in un recipiente esterno, tale metodica è associata con un controllo ecografico per verificare l'effettiva rimozione del materiale abortivo.

Conseguenze a breve termine

Rottura di utero.

È possibile che lo strumento usato per eseguire il raschiamento perfori l'utero e danneggi le anse intestinali adiacenti all'utero stesso. Se c'è questo sospetto, è necessario sottoporsi ad un intervento di laparoscopia e/o laparotomia per controllare il danno e per ripararlo. Il rischio di tale complicazione varia per le diverse epoche gestazionali: nelle prime 13 settimane il rischio di rottura d'utero è dello 0,1-0,3%.

Può accadere che nell'eseguire il raschiamento, non venga completamente rimosso il "prodotto del concepimento". Questo materiale residuo può causare una severa infezione, crampi e sanguinamenti; può allora essere necessario un ulteriore intervento di curettage (raschiamento) della cavità uterina, antibioticoterapia e, se l'infezione è avanzata o persistente, si deve ricorrere ad un'isterectomia (asportazione dell'utero). Inoltre, nonostante tutte le precauzioni d'asepsi, nel corso dell'intervento possono essere introdotti nell'utero dei germi ed essere causate, così, infezioni. Queste, nell'1,4% casi, sono più gravi ed hanno decorso acuto con febbre elevata e dolori al basso ventre.

È possibile che lo strumento usato per eseguire l'aborto causi una lesione dei grossi vasi sanguigni dell'utero (0,4% dei casi). Alcune donne hanno avuto bisogno di trasfusioni di sangue dopo l'interruzione di gravidanza.

L'aborto chirurgico è un anomalo processo di separazione della placenta dalla circolazione materna. Si può verificare che il liquido intorno al bambino o altri pezzi di tessuto residui si introducano nella circolazione materna, causando danni polmonari e, a volte, anche la morte. Questa complicanza si può verificare dai 2 ai 50 giorni dopo l'aborto ed è senza dubbio una delle complicanze maggiori.

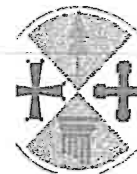
L'anestesia, sia locale è rischiosa anche per la revisione cavitaria uterina; convulsioni, arresto cardiaco e morte possono essere le complicanze maggiori legate all'anestesia.

Naturalmente la più grave complicanza è la morte materna. Più di 200 morti si sono verificate dal 1973 per l'interruzione di gravidanza. Il rischio è legato all'epoca gestazionale e alla modalità con cui viene eseguita l'interruzione.



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"B.M.M. Reggio Calabria"
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore f.f. Dott. Marcello Tripodi



REGIONE
CALABRIA

Conseguenze a lungo termine

Gravidanza ectopica (extrauterina)

Il rischio di avere esperienza di una gravidanza ectopica in seguito al raschiamento è aumentato notevolmente rispetto alla popolazione generale.

Si può verificare un'ostruzione degli osti tubarici e conseguente sterilità, con formazione di sinechie endouterine una complicazione che colpisce il 4% delle donne.

Incompetenza cervicale

Alcuni studi mostrano che esiste un rischio di parto pretermine e di aborti tardivi aumentato di 10 volte rispetto alla popolazione generale.

Conseguenze psicologiche

Esiste una vera e propria Sindrome Post Aborto (PAS). Le donne affette da tale sindrome vanno incontro più frequentemente a persistenti disturbi psicologici di tipo depressivo ed ansioso, abuso di alcol e farmaci, disordini di relazioni interpersonali, disfunzioni sessuali, abortività ripetuta, atti di masochismo e anche tentativi di suicidio. Spesso la PAS necessita di oltre 5 anni di terapia prima di poter superare queste difficoltà emotive. La sottoscritta, edotta dei rischi sopraesposti, acconsente all'intervento.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'intervento proposto

Data _____

Firma della Paziente _____

Firma del Medico _____

Allegato 5

Consenso informato per il trattamento farmacologico con Mifepristone e Misoprostolo

La sottoscritta

Cognome.....

Nome.....

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e civili in cui incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.;

DICHIARA

- Di non essere allergica al Mifepristone o ad uno qualsiasi degli altri componenti di questo medicinale
- Di non essere allergica al Misoprostolo, a medicinali simili (altre prostaglandine) o ad uno qualsiasi degli altri componenti di questo medicinale
- Di non soffrire di patologie epatiche o renali
- Di non soffrire di anemia o malnutrizione
- Di non essere affetta da patologie cardiovascolari (malattie del cuore o del circolo)
- Di non avere patologie tali da necessitare di terapie con glucocorticoidi
- Di non essere affetta da una malattia che ha effetti sulla coagulazione del sangue
- Di non aver attualmente in uso una spirale contraccettiva (quest'ultima deve essere rimossa prima dell'assunzione del primo medicinale)
- Di non aver recentemente assunto farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), come l'acido acetilsalicilico o il diclofenac
- Di non aver recentemente assunto medicinali antiacidi contenenti magnesio (utilizzati per trattare il bruciore di stomaco e il reflusso acido)

consenziente dei rischi connessi alle suddette dichiarazioni

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla terapia proposta

Reggio Calabria, lì, _____

Firma della Paziente

Firma del Medico _____