

DICHIARAZIONE DELL'IMAP SULL'ABORTO SICURO

Documento aggiornato dall' "International Medical Advisory Panel" (IMAP)
della "International Parenthood Planned Federation" (IPPF)
nel suo meeting del maggio 2006

Testo tradotto da: IPPF Medical Bulletin, volume 40, numero 3, 2006

INTRODUZIONE

Un aborto è l'interruzione di una gravidanza. Può essere spontaneo (miscarriage) o indotto. L'aborto indotto è una procedura comunemente usata ovunque nel mondo per interrompere una gravidanza indesiderata. Un aborto può essere provocato con tecniche chirurgiche, come l'aspirazione o la dilatazione e curettage, o medicalmente tramite farmaci. Quando effettuato precocemente da personale medico ben addestrato, con adeguate attrezzature, l'aborto indotto ha indici di sicurezza eccellenti.

L'aborto è definito pericoloso dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, quando è effettuato "da persone che difettano della necessaria abilità e/o in un ambiente in cui mancano i minimi standard medici". Nel 40% dei 46 milioni di interventi abortivi effettuati ogni anno, l'intervento avviene in condizioni di rischio. Tali aborti comportano un alto rischio di mortalità materna e di morbidità, determinando 68.000 morti ogni anno. L'aborto volontario è legale in quasi tutti i Paesi, anche se con regole differenti. La legalità non è il determinante fondamentale della sicurezza: gli aborti legali non sempre sono sicuri, né gli aborti illegali sono sempre pericolosi. La legislazione restrittiva dell'aborto, sostanzialmente non riduce il numero complessivo degli aborti, ma aumenta notevolmente la proporzione di quelli fatti in modo rischioso. Fornire l'aborto o indirizzare all'aborto - diritto di scelta - è una parte essenziale della salute sessuale e riproduttiva della donna. Come in tutti i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, deve essere mantenuta la riservatezza e la privacy della assistita. Per ridurre le gravidanze non volute e la necessità di abortire, dovrebbe

essere data alta priorità alla espansione e al miglioramento dei servizi per la contraccezione.

Benché l'aborto precoce, adeguatamente effettuato, comporti modesti rischi sanitari, i problemi aumentano progressivamente oltre la 10^a settimana dalla data dell'ultima mestruazione. Di conseguenza dovrebbero essere prese tutte le iniziative necessarie per informare il pubblico che l'aborto è più sicuro quando eseguito precocemente e che le donne, che considerano la scelta di abortire, dovrebbero essere incoraggiate a farlo il più precocemente possibile. Inoltre i servizi dovrebbero assicurare che l'aborto possa essere eseguito in tempi rapidi da personale esperto e ben addestrato. Un servizio che si limiti all'aborto precoce deve sapere dove poter indirizzare l'utenza le cui gravidanze siano di maggiore durata.

COUNSELLING E INFORMAZIONE

Ogni donna che consideri l'aborto dovrebbe avere accesso ad un counselling che fornisca supporto empatico, sensibile nel rispondere prontamente alla sua condizione personale e alla sua condizione culturale. Tale counselling dovrebbe includere tutte le opzioni e le opportunità assistenziali. Alcune donne, finita la sessione del counselling, richiedono ulteriore tempo per pervenire ad una decisione.

In alcune circostanze, una donna potrebbe essere sotto la pressione del partner, della famiglia, o di altri membri della società, sia per abortire che per continuare la gravidanza. Le adolescenti non sposate potrebbero essere particolarmente vulnerabili a tali pressioni. Davanti ad un sospetto di coercizione, si dovrebbe discutere que-

sta possibilità da soli con la donna. Le donne vittime di violenza sessuale dovrebbero essere indirizzate per un ulteriore supporto quando ritenuto utile.

Quale che sia il metodo di aborto scelto, le donne dovrebbero essere completamente informate sui tempi dell'aborto e su cosa aspettarsi durante o dopo l'intervento. Dovrebbero essere discussi la sicurezza dell'aborto, gli effetti collaterali immediati e tardivi, le complicazioni, e dovrebbe essere richiesto il consenso informato della donna. Quando si considera la possibilità dell'aborto farmacologico, l'assistita dovrebbe essere informata sull'utilizzo di farmaci, sulla durata delle procedure, sulla quantità del sanguinamento e del dolore che si deve aspettare. Le donne che richiedono l'aborto chirurgico, dovrebbero essere allo stesso modo completamente informate su cosa aspettarsi, compresa l'analgesia e le modalità di anestesia disponibili.

La donna dovrebbe ricevere un counselling contraccettivo, sia prima dell'aborto che ad ogni visita successiva, e dovrebbe avere accesso a vari tipi di contraccettivi; ma la scelta di un contraccettivo non può essere una precondizione per ottenere un aborto.

Una donna gravida HIV positiva si sentirà qualche volta indotta ad abortire. Comunque, come ogni altra assistita, la donna dovrebbe ricevere un counselling che le permetta di assumere la sua decisione informata. La positività al test HIV non è un motivo per ritardare l'accesso della donna a servizi sicuri per l'aborto.

ASSISTENZA PRE-ABORTO

Dovrebbe essere valutata la salute generale della donna per rilevare qualsiasi condizione medica, che potrebbe aumentare il rischio delle procedure abortive. In caso di condizioni cliniche serie, l'aborto dovrebbe essere praticato in una struttura specializzata, dove i rischi possano ridursi al minimo e le complicazioni possano essere trattate adeguatamente. Le donne andrebbero indagate per l'anemia. In caso di complicazioni o di rischio di complicazioni, che potrebbero richiedere una trasfusione di sangue, dovrebbero essere eseguiti, ove indicato, il gruppo sanguigno e il fattore RH, specialmente nei Centri di riferimento di alto livello.

L'esame pelvico deve essere eseguito per stabilire la datazione della gravidanza ed identificare una possibile gravidanza ectopica, una infezione concomitante o anomalie uterine. La presenza di malattie a trasmissione sessuale (MTS) aumenta la possibilità di una infezione pelvica post-abortiva. Una profilassi antibiotica di routine riduce complessivamente le complicazioni post-abortive. Ove l'infezio-

ne sia evidente o identificata dallo screening, si dovrebbe iniziare la terapia antibiotica prima dell'intervento abortivo.

TECNICHE ABORTIVE

Il metodo scelto per procurare l'aborto dipenderà dalla durata della gravidanza, dalla esperienza e abilità dell'operatore, dalle strutture e dai farmaci disponibili, e dalle preferenze della donna. Nella maggior parte dei casi la datazione può essere determinata dalla data dell'ultimo ciclo mestruale e dall'evidenza dell'esame pelvico. L'ecografia può essere utile quando vi è un dubbio clinico sulla durata della gravidanza o un sospetto di gravidanza ectopica. A meno che la donna abbia una seria condizione medica preesistente o che il metodo scelto richieda un ricovero, sia l'aborto medico che chirurgico vengono effettuati in day hospital. La figura 1 illustra i metodi appropriati in relazione all'epoca gestazionale.

Metodi chirurgici

Aspirazione

L'aspirazione è il metodo chirurgico preferito fino alla 12^a settimana dall'ultima mestruazione, e alcuni chirurghi abili possono eseguirlo con modalità sicure fino alla 15^a settimana. Il contenuto uterino viene aspirato tramite una cannula di plastica attaccata ad una fonte di vuoto. Il vuoto può essere generato sia da un aspiratore elettrico che da una siringa di plastica sotto controllo manuale. Per l'aspirazione oltre la 10^a settimana, se non è disponibile una pompa elettrica, è preferibile usare una siringa a doppia valvola piuttosto che una aspirazione manuale a valvola singola.

La procedura chirurgica richiede una anestesia locale, una leggera sedazione, o entrambe. L'anestesia generale andrebbe evitata, eccetto che in alcuni casi di aborto tardivo, a causa di un aumento dei rischi. A meno che la gravidanza sia molto precoce, l'aspirazione richiederà sia la dilatazione con utilizzo di dilatatori meccanici od osmotici (con o senza prostaglandine) che una preparazione cervicale con prostaglandine come misoprostolo o gemeprost. Il materiale aspirato può essere esaminato per confermare la presenza del prodotto del concepimento.

Dilatazione e curettage

La dilatazione e curettage (D&C) è applicabile per l'aborto fino alla 12^a settimana, e, da operatori molto abili, fino alla 14^a settimana. La D&C dovrebbe essere utilizzata solamente quando l'aspirazio-

ne uterina o l'aborto farmacologico non siano disponibili, in quanto una curette tagliente comporta rischi più alti ed è più dolorosa. I manager dei servizi sanitari dovrebbero fare ogni sforzo per rimpiazzare le curette con l'aspirazione uterina.

Dilatazione ed evacuazione

Dilatazione ed evacuazione è il metodo chirurgico preferito per le gravidanze oltre le 12 settimane. Richiede, comunque, capacità speciali ed usualmente si svolge sotto sorveglianza ecografica. Dovrebbe essere eseguita solamente in strutture dove gli operatori abbiano un carico di casi abbastanza elevato da mantenere la loro perizia.

Metodi farmacologici

La gravidanza si può interrompere medicalmente usando una combinazione del mifepristone, un antiprogesterinico, con una prostaglandina, come il misoprostolo o il gemeprost. Fino alla nona settimana questo metodo è molto efficace e sicuro, con meno del 5% di donne che necessitano di un successivo intervento chirurgico per aborto incompleto. Successivamente segue una fase, dalla 9^a alla 12^a settimana, in cui è preferibile l'aborto chirurgico, in quanto l'aborto farmacologico ai dosaggi attualmente utilizzati è meno efficace, con maggiori perdite di sangue e una probabilità più alta che il prodotto del concepimento venga ritenuto. Oltre le 12 settimane, i metodi farmacologici offrono di nuovo un'alternativa sicura ed efficace alle procedure chirurgiche. I servizi per l'IVG che offrono l'aborto medico dovrebbero avere accesso alle strutture per l'intervento chirurgico.

L'aborto medico precoce e tardivo contemplano entrambi la somministrazione di mifepristone seguito, dopo un periodo di tempo variabile (fino alle 48 ore), da una prostaglandina. Dopo le 9 settimane, la somministrazione di prostaglandine necessita spesso di essere ripetuta.

Un'alternativa alla combinazione di antiprogesterinici e prostaglandine è l'utilizzo della prostaglandina misoprostolo da sola, benché ciò sembri meno efficace, più lento ad agire, più doloroso, e più incli-

ne a determinare effetti collaterali gastrointestinali o di altro tipo. Il trattamento con solo misoprostolo resta sotto indagine a causa della larga disponibilità e del basso costo. In relazione alle preoccupazioni sulla teratogenicità, le donne che usano il misoprostolo per indurre l'aborto dovrebbero essere informate che, in caso di fallimento, l'aborto dovrebbe essere completato chirurgicamente.

La combinazione di methotrexate con una prostaglandina non è raccomandata in quanto meno efficace di mifepristone/prostaglandina, e in caso di fallimento c'è il rischio di malformazioni fetali.

Altri metodi

L'instillazione intra-amniotica o extra-amniotica di vari soluti è meno sicura e meno efficace della dilatazione ed evacuazione, e dovrebbe essere scoraggiata. L'isterectomia addominale o vaginale è indicata molto raramente per l'aborto tardivo. L'isterectomia dovrebbe essere praticata solo in donne in condizioni tali da indicare l'intervento indipendentemente dall'aborto volontario.

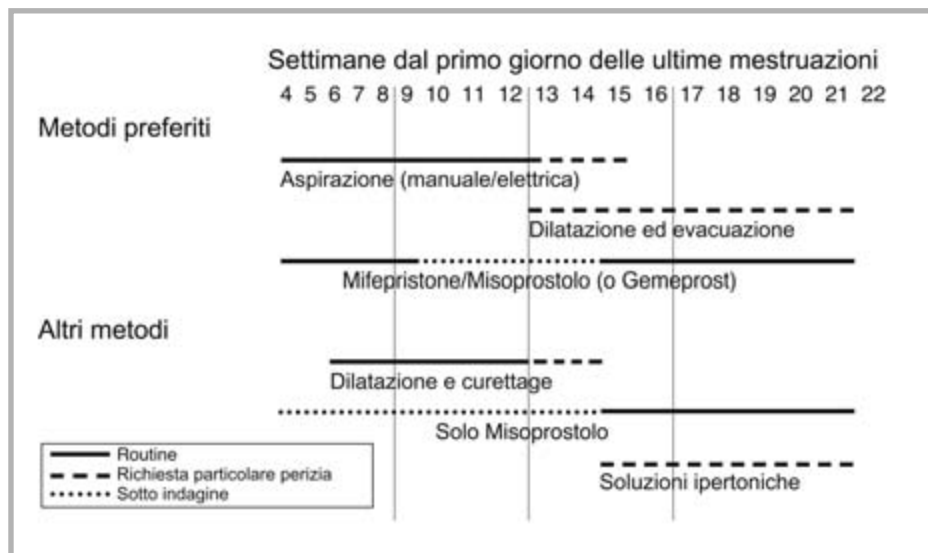


Figura 1: Tecniche abortive a seconda dell'epoca di gravidanza.

ASSISTENZA POST-ABORTO

Dopo ogni aborto, sia medico che chirurgico, si raccomanda di offrire immediatamente una gestione che contempli specialmente counselling e informazioni sulla contraccezione post-aborto.

Le donne dovrebbero ricevere informazioni sui possibili effetti collaterali e sulle complicazioni, e su come gestirsi da sole dopo la dimissione dai servizi. Dopo un aborto chirurgico, spotting e leggeri sanguinamenti potrebbero manifestarsi per parecchi giorni e persino settimane; nausea, con o senza vomito,

potrebbero essere fastidiosi, ma generalmente diminuiscono entro le 24 ore. Dopo l'aborto medico le perdite ematiche potrebbero essere maggiori, assomigliando alle mestruazioni. Dolori crampiformi sono comuni e possono essere trattati con antidolorifici da banco. Dovrebbero essere fornite informazioni su come riconoscere le complicazioni e come raggiungere i Centri per il follow-up.

Dopo l'aborto non è generalmente necessario eseguire un test di gravidanza, e non dovrebbe essere eseguito di routine. Comunque, se vi fosse un sospetto clinico di gravidanza che continua, potrebbe essere indicata l'esecuzione di una ecografia o di un test di gravidanza.

COUNSELLING E CONTRACCEZIONE

Il periodo post-aborto è un'opportunità per riconsiderare le preoccupazioni, spiegare i sintomi, e per discutere la contraccezione futura. Le donne dovrebbero essere avvertite che potrebbero concepire già 10 giorni dopo l'aborto.

Tutti i metodi contraccettivi possono essere considerati per l'utilizzo dopo l'aborto, assicurandosi di seguire i criteri medici di eleggibilità. Il diaframma e il cappuccio cervicale non dovrebbero essere usati fino a sei settimane dopo un aborto del secondo trimestre, ed è più probabile che i dispositivi intrauterini, se inseriti appena dopo un aborto del secondo trimestre, siano espulsi.

Abitualmente il periodo intorno all'evento "aborto volontario" non è per la donna il momento ideale per prendere una decisione su una sterilizzazione. Comunque, ove la donna avesse difficoltà a ritornare successivamente per tale procedura e ne facesse richiesta, potrebbe eseguire in sicurezza la sterilizzazione, tramite mini laparotomia o laparoscopia, combinandola con l'aborto. Tutte le donne dovrebbero essere informate sulla contraccezione di emergenza e come ottenerla. Per alcune donne può essere preferibile acquisire anticipatamente una contraccezione d'emergenza.

Tutte le donne dovrebbero essere informate sulla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, inclusa l'HIV. L'importanza di un attento e consistente utilizzo del preservativo dovrebbe essere enfatizzata, anche se è utilizzato un altro metodo contraccettivo.

COMPLICAZIONI E SEQUELE TARDIVE

Le complicazioni dell'aborto includono le emorragie, le infezioni e lo svuotamento uterino incomple-

to, e in caso di aborto chirurgico, lacerazioni cervicali e perforazione uterina. Queste complicazioni, rare nell'aborto precoce, aumentano con una maggiore frequenza nell'aborto più tardivo. Tutti i reparti di maternità dovrebbero essere attrezzati per riconoscere le complicazioni dell'aborto, con personale addestrato sia alla gestione delle complicazioni che a trasferire appropriatamente per una cura immediata.

Non vi è alcuna evidenza che un aborto senza complicazioni abbia effetto sulla futura fertilità, causi risultati sfavorevoli in successive gravidanze, o affligga la salute mentale della donna. Le evidenze non suggeriscono un rischio aumentato di tumore mammario dopo un aborto indotto.

Punti chiave

1. La legislazione restrittiva dell'aborto, sostanzialmente, non riduce il numero complessivo degli aborti, ma ne aumenta notevolmente la pericolosità.
2. Per ridurre le gravidanze non volute e la necessità di abortire, dovrebbe essere data alta priorità all'espansione e al miglioramento dei servizi per la contraccezione.
3. Benché l'aborto precoce, effettuato adeguatamente, comporti piccoli rischi sanitari, i pericoli aumentano progressivamente oltre la 10ª settimana dalla data dell'ultima mestruazione.
4. Le donne, che considerano la scelta di abortire, dovrebbero essere incoraggiate ad intervenire nella fase più precoce della gravidanza.
5. Quale che sia il metodo di aborto scelto, le donne dovrebbero essere completamente informate sui tempi dell'aborto e cosa aspettarsi durante o dopo l'intervento.
6. La donna dovrebbe ricevere un counselling contraccettivo sia prima dell'aborto che ad ogni visita successiva e dovrebbe avere accesso ai vari contraccettivi.
7. La procedura chirurgica richiede una anestesia locale, una leggera sedazione o entrambe. L'anestesia generale andrebbe evitata eccetto che in alcuni casi di aborto tardivo, a causa di un aumento dei rischi.
8. La D&C dovrebbe essere utilizzata solamente quando l'aspirazione uterina o l'aborto farmacologico non siano disponibili, in quanto una curette tagliente comporta rischi più alti ed è più dolorosa. I manager dei servizi per la salute dovrebbero fare ogni sforzo per rimpiazzare le curette con l'aspirazione uterina.
9. Dovrebbero essere fornite informazioni su come riconoscere le complicazioni e come raggiungere i Centri per il follow-up.
10. Tutte le donne dovrebbero essere informate sulla contraccezione di emergenza e come ottenerla. Per alcune donne può essere preferibile acquisire anticipatamente una contraccezione d'emergenza.
11. Laddove i responsabili delle decisioni capissero l'impatto sulla salute pubblica dell'aborto clandestino, sarebbero più propensi a spingere per riforme legislative.