

Udhërrëfyes i praktikës klinike për abortin e sigurt



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR



Data e publikimit: nëntor 2015
Data e rishikimit: sipas nevojës

Udhërrëfyesi i Praktikës Klinike për Abortin e Sigurt u miratua nga Ministria e Shëndetësisë
me Urdhër Nr. 491, Dt. 17/11/2015

Udhërrëfytes

i praktikës klinike
për abortin e sigurt

Data e publikimit: nëntor 2015

Data e rishikimit: sipas nevojës

GRUPI I PUNËS:

Petro Mersini	MSH
Silva Novi	MSH
Mirela Çela	QKCSA-ISH
Yllka Llanaj	QKCSA-ISH
Arjana Kuliçaj	FSDKSH
Fedor Kallajxhiu	SUOGJ "Koço Gliozheni"
Eliona Demaliaj	SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë"
Adriana Misja	SUOGJ "Koço Gliozheni"
Donika Beba	Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin

Falënderime

Falënderojmë anëtarët e grupit të punës për bashkëpunimin që kanë dhënë në hartimin e këtij udhërrëfyese, veçanërisht Qendrën Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (ACPD), e cila mbështeti dhe lehtësoi procesin e përgatitjes së këtij materiali.



PËRMBAJTJA E LËNDËS

Falënderime.....	4
HYRJE	9
Përkufizime dhe problematika	9
AKRONIMET.....	10
Objektivi:.....	10
Përdoruesit e udhërrëfyesit.....	10
METODAT E ABORTIT	12
Aborti medikal	12
Medikamentet dhe koha e marrjes së tyre	12
Masat mbrojtëse	12
Aborti që përdor Mifepristone (RU486) i pasuar nga Misoprostoli	13
Avantazhet:	13
Disavantazhet.....	13
Kundërindikacionet.....	13
Ekogafia para abortit.....	15
Ekzaminimet laboratorike.....	15
Metoda e rekomanduar nga IPPF dhe OBSH për ndërprerjen e shtatzënisë... ..	16
Metoda amerikane e Administrimit të Ushqimit dhe Barnave (FDA)	16
Metoda të tjera të zakonshme të mbështetura në evidenca.....	16
Aborti që bëhet vetëm me Misoprostol.....	17
Aborti me Methotrexate + Misoprostol	18
Kundërindikacionet	18
Dhënia e barnave	18
Ndjekja pas abortit	19

Aborti kirurgjikal	19
Kujdesi para abortit kirurgjikal	19
Metodat e abortit kirurgjikal	20
Aspirimi me vakuum	21
Dilatacioni dhe kyretazhi (D dhe C).....	21
Dilatimi dhe evakuimi (D dhe E)	21
Ekzaminimi i indeve pas abortit kirurgjikal	22
Procedurat përgatitore para kryerjes së abortit kirurgjikal	22
Indikacionet e abortit kirurgjikal.....	23
Kundërindikacionet e abortit kirurgjikal.....	23
Avantazhet e abortit kirurgjikal	23
Disavantazhet e abortit kirurgjikal	24
Hapat që duhen ndjekur para kryerjes së abortit kirurgjikal	24
Shtatzënia ektopike	25
Izoimunizimi Rh	26
Këshillimi dhe dhënia e informacionit sipas moshës së shtatzanisë	26
Informacioni për vendimmarrjen dhe këshillimin.....	26
Informacioni për procedurat e abortit	26
Procedurat invazive paraprake të dëmtimit fetal në rastet e ndërprerjes së shtatzënisë mbi 12 javë	27
Çështje të tjera që lidhen me procedurat e abortit	27
Monitorimi i gruas pas abortit kirurgjikal	29
Kujdesi pas abortit kirurgjikal dhe ndjekja	30
Komplikacionet pas abortit dhe menaxhimi i tyre.....	30
Monitorimi pas abortit	30
Udhëzime që duhet të jepni (me gojë e me shkrim) dhe këshillimet për periudhën pas abortit	31
Komplikacionet e hershme dhe të vonshme të abortit kirurgjikal.....	31
Menaxhimi i tyre	31
Ndjekja pas abortit për një periudhë prej disa javësh.....	32
Kujdesi pas ndërhyrjes kirurgjikale	33
Komplikacionet e hershme të abortit medikal	33
Komplikacionet e vonshme të abortit medikal	36
Komplikacionet e abortit (kirurgjikal + medikal) pas tremujorit të parë.....	37
Vazhdimi i shtatzënisë (dështimi i abortit)	37
Hematometria	37
Shoku	38
Trajtimi fillestar	38

Shenjat e stabilizimit.....	40
Vazhdimi i trajtimit për shok	40
Hemorragji e madhe vaginale (hemorragjia vaginale profuze).....	40
Trajtimi fillestar i gjakderdhjes vaginale masive.....	41
Shenjat e stabilizimit.....	41
Vazhdimi i trajtimit në rast gjakderdhjeje të madhe vaginale	41
Infeksioni dhe sepsisi	42
Shenjat dhe simptomat	42
Infeksioni, vlerësimi i situatës	42
Këshillimi për metodat e kontracepsionit.....	45
Çfarë janë metodat kontraceptive?.....	46
Prova të lidhura me metodat specifike kontraceptive	48
Rikthimi i fertilitetit	51
Masat pas abortit medikal	51
Metoda kontraceptive të tjera përveç pajisjeve intrauterine (DIU).....	52
Menaxhimi i dhimbjes gjatë procedurave të ndërprerjes së shtatëzenisë	53
REKOMANDIME KYÇ:	
REKOMANDIMET DIAGNOSTIKUESE DHE TERAPEUTIKE	58
Metoda të rekomanduara të abortit kirurgjikal	58
Metoda të rekomanduara të abortit medikal	58
Metodat e rekomanduara të abortit për shtatzënitë mbi 12 javë, deri në 14 javë.....	59
Rekomandimet e kujdesit para abortit.....	60
SHTOJCAT E UDHËRRËFYESIT	62
Shtojca 1. Menaxhimi klinik i komplikacioneve të abortit.....	62
Diagrami 1: Vlerësimi fillestar	62
Diagrami 2: Shoku	64
Diagrami 3: Hemorragji e madhe vaginale	66
Diagrami 4: Dëmtime intra-abdominale	67
Diagrami 5: Infeksioni dhe sepsisi	68
Shtojca nr. 2: Rekomandime të përshtatshme për sterilizim kirurgjikal pas abortit	71
Shtojca nr. 3: Konfidencialiteti dhe privatësia	72
Shtojca nr. 4: Pasojat ekonomike të abortit të pasigurt	72
Literaturë e përdorur.....	73
Fletë informimi dhe marrje pëlqimi për abortin medikal.....	74
Fletë informimi dhe marrje pëlqimi për abortin kirurgjikal me metodën e kyretazhit/kyretazh diagnostik/kyretazh terapeutik.....	78

Pasqyra e tabelave dhe diagrameve

Tabela 1. Mënyrat e veprimit të medikamenteve që përdoren për abortin medikal dhe efektet anësore të tyre	14
Tabela 2. Metodatat e abortit medikal dhe efektshmëria e tyre.....	14
Tabela 3. Procesi i dezinfektimit të instrumenteve.....	29
Tabela 4. Komplikacionet e hershme dhe të vonshme të abortit kirurgjikal	34
Tabela 5. Shenjat e shokut të hershëm dhe të vonshëm.....	39
Tabela 6. Medikamentet që përdoren për anestezinë intravenoze gjatë abortit.....	54
Diagrami 1: Vlerësimi fillestar	62
Diagrami 2: Shoku	64
Diagrami 3: Hemorragjia vaginale profuze	66
Diagrami 4: Dëmtimet/traumat intra-abdominale.....	67
Diagrami 5: Infeksioni dhe sepsisi	68

HYRJE

Përkufizime dhe problematika

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e ka përkufizuar abortin e pasigurt si një procedurë për ndërprerjen e një shtatzënie të padëshiruar, e kryer nga persona që u mungojnë aftësitë e nevojshme, apo në një mjedis që nuk është në përputhje me standardet minimale mjekësore, ose të dyja bashkë.

Është përlogaritur se çdo vit realizohen 22 milionë aborte të pasigurta. Pothuajse të gjitha abortet e pasigurta (98%) ndodhin në vendet në zhvillim. Në total, numri i aborteve të pasigurta është rritur nga 20 milionë në vitin 2003, në 22 milionë në vitin 2008, edhe pse në rang botëror shkalla e abortit të pasigurt ka mbetur e pandryshuar që prej vitit 2000. Si pasojë e komplikacioneve të abortit të pasigurt ndodhin rreth 47 000 vdekje.

Arritjet impresionuese në përdorimin e kontraktivëve kanë pasur rezultate të mira në zvogëlimin e numrit të shtatzënive të paplanifikuara, por nuk kanë mundur të eliminojnë nevojën për realizimin e një metode të sigurt aborti. Çdo vit është vlerësuar se 33 milionë përdorues të kontraktivëve në mbarë botën rrezikohen sërish nga shtatzëni të padëshiruara, edhe pse përdorin metoda kontraktive. Disa nga shtatzënitë e paplanifikuara janë ndërprerë nëpërmjet aborteve të detyruara dhe disa kanë përfunduar si lindje të paplanifikuara.

Edhe nëse aborti do të ishte ligjërish më i kufizuar ose i disponueshëm sipas kërkesës, mundësitë e një gruaje për të pasur një shtatzëni të padëshiruar dhe kërkesat e saj për abort të detyruar janë pothuajse të njëjta. Megjithatë, kufizimet ligjore dhe pengesa të tjera, i shtyj në shumë femra drejt vetabortit, ose drejt kërkesës për ta realizuar atë nga persona të pakualifikuar. Statusi ligjor i abortit nuk ka asnjë efekt mbi një grua që ka nevojë për kryerjen e një aborti, por fatkeqësisht ai ndikon dukshëm në qasjen e saj ndaj abortit të sigurt.

Kur legjislacioni e lejon abortin, duke përcaktuar indikacione të gjera, komplikacionet që vijnë si pasojë e abortit të pasigurt janë përgjithësisht më të pakta sesa në vendet ku aborti është ligjërish më i kufizuar.

Në pothuajse të gjitha vendet, ligji e lejon abortin për të shpëtuar jetën e gruas, por edhe për të ruajtur shëndetin fizik dhe/ose mendor të saj. Aborti i pasigurt, sëmundshmëria dhe vdekshmëria e grave që vijnë si pasojë e tij, mund dhe duhet të shmangen. Për këtë arsye, shërbimet për realizimin e një aborti të sigurt duhet të jenë të arritshme dhe në dispozicion të të gjitha grave, në zbatim të plotë të ligjit.

AKRONIMET

D dhe E	- Dilatacion dhe evakuim
D dhe C	- Dilatacion dhe kyretazh
DIU	- Dispozitiv intrauterin
HIV	- Human imunodeficiency virus
SST	- Sëmundjet seksualisht të transmetueshme
KCL	- Kloruri i kaliumit
PG	- Prostaglandina
Rh	- Faktori rhexus
IV	- Intravenoz
IUD	- Dispozitiv intrauterin
hCG	- Gonadotropina korionike humane
KID	- Koagulimi intravaskular i diseminuar
PF	- Planifikimi familjar
UPK	- Udhërrëfyes i praktikës klinike
PPK	- Protokoll i praktikës klinike
UNFPA	- United Nations Population Fund
OBSH	- Organizata Botërore e Shëndetësisë
MSH	- Ministria e Shëndetësisë
QKCSAISH	- Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore

Objektivi

Ky udhërrëfyes ka si synim përmirësimin e kujdesit në shërbimin shëndetësor seksual dhe riprodhues, uljen e numrit të shtatzënive të padëshiruara dhe ofrimin e kujdesit të duhur për një abort të sigurt.

Përdoruesit e udhërrëfyesit

Udhërrëfyesi është hartuar për t'u përdorur nga:

Personeli shëndetësor, që ofron kujdes për gruan shtatzënë, të tillë si:

- mjekët obstetër;
- mamitë;
- mjeku i familjes / i përgjithshëm, psikoterapeutët;
- farmacistët;
- të tjerë që ofrojnë kujdes për gruan shtatzënë.

METODAT E ABORTIT

Respektimi i dëshirës së një gruaje për të përdorur metodën më të efektshme të abortit është një faktor shumë i rëndësishëm, që i jep vlera ofrimit të shërbimeve në shëndetësi. Edhe pse zgjedhja e metodave do të reflektojë në aftësinë e sistemit shëndetësor, burimet e kufizuara të sistemit shëndetësor duhet të jenë në gjendje të ofrojnë metoda dhe procedura të ndryshme mjekësore. Atje ku nuk mund të ofrohet një zgjedhje e metodave, të paktën duhet të ketë gjithmonë një të tillë të rekomanduar. Gjithashtu, metodat e aspirimit me vakum dhe aborti medikal duhet të jenë gjerësisht në dispozicion për të trajtuar komplikacionet e aborteve spontane, ose ato të një aborti të pasigurt.

Aborti medikal

Aborti medikal quhet ndërprerja e shtatzënisë, e cila kryhet me medikamente, kryesisht me antiprogjestativë (Mifepristone) dhe që shoqërohet, në mjaft raste, me prostaglandina.

Medikamentet dhe koha e marrjes së tyre

Aborti medikal ka të bëjë me përdorimin e një antiprogjestativi, siç është Mifepristone (RU486), i pasuar nga një prostaglandinë (Misoprostol ose Gemeprost). Misoprostoli mund të përdoret i vetëm, por në këtë rast shkalla e suksesit është më e ulët. Aborti medikal përdoret nga java e katërt deri në javën e shtatë apo të nëntë, sipas protokolleve lokale, por mund të përdoret edhe pas 14 javësh. Metodat kirurgjikale janë të parapëlqyeshme nga java e nëntë deri në javën e 14, por efektshmëria e abortit medikal gjatë javëve 9-14 është ende në fazën e studimit. Ndonjëherë përdoret Methotrexate, një medikament antimitotik, i pasuar nga prostaglandina.

Mifepristone dhe Misoprostoli nuk kërkojnë ndonjë konservim të posaçëm dhe duhen ruajtur në temperaturën e dhomës (15-25 gradë celsius). Ambalazhet e hapura duhen hedhur pas 30 ditësh. Methotrexate dhe Gemeprost duhen mbajtur në një vend të freskët, ose në frigorifer.

Masat mbrojtëse

Një femër, e cila përdor abort medikal, duhet të ketë akses të afërt me një institucion mjekësor, i cili të jetë i aftë për të dhënë trajtim urgjent në rastet e abortit jo të plotë, duke përfshirë aspirimin (ose dilatimin dhe kyretazhin), transfuzionin e gjakut, trajtimin e shokut dhe reanimimin në raste urgjente.

Aborti medikal është gjithnjë më i sigurt sesa aborti i provokuar nga një personel që nuk ka aftësitë e duhura, ose në një mjedis pa standarde minimale të kujdesit mjekësor.

Një vizitë kontrolli më pas, zakonisht dy javë më vonë, është e domosdoshme për të konfirmuar ndërprerjen e shtatzënisë: hemorragjia pas abortit nuk është provë e zbrazjes së plotë të uterusit.

Aborti që përdor Mifepristone (RU486), i pasuar nga Misoprostoli

Indikacionet

- Parapëlqimet e gruas
- Moshë gestacionale e hershme
- Obeziteti (BMI>30) pa faktorë të tjerë risku kardiovaskular
- Uterus fibromatoz
- Keqformime uterine
- Ndërhyrje kirurgjikale të mëparshme cervikale

Avantazhet dhe disavantazhet e abortit medikal

Avantazhet:

- Mënjanon kirurgjinë dhe anestezinë;
- Ka hemorragji më 'natyrore', si menstruacione;
- Është emocionalisht më i lehtë për disa gra;
- Mund të kontrollohet nga pacientja; më tepër fshehtësi dhe autonomi; mund të realizohet në shtëpi;
- Është më i mirë se aborti kirurgjikal në mosha gestacionale të hershme, në raste obeziteti (indeksi i masës trupore > 30) pa faktorë të tjerë risku kardiovaskular, apo në rastet me fibromioma, keqformime terine, ose ndërhyrje të mëparshme kirurgjikale cervikale;
- Nuk ka rrezik të dëmtimeve cervikale/uterine.

Disavantazhet

- Mund të shkaktojë hemorragji, dhimbje barku, të vjella, diarre dhe efekte të tjera anësore;
- Pritje, pasiguri;
- Nevojiten vizita të tjera në klinikë;
- Medikamentet janë të kushtueshme;
- Mund të përdoret vetëm deri në javën e nëntë të shtatzënisë.

Kundërindikacionet

- Alergji e njohur ndaj Mifepristonit, Misoprostolit, Gemeprostit ose Prostaglandinave të tjera;
- Terapi afatgjatë me kortikosteroide;
- Dëmtime renale kronike;
- Çrregullime hemorragjike, terapi e njëkohshme me antikoagulantë;
- Shtatzëni ekstrauterine e konfirmuar apo e dyshuar;

- Masë e padiagnostikuar adneksale;
- **DIU** e vendosur brenda në uterus (hiqeni përpara se të jepni Miferpristone);
- Porfiri;
- Infeksione të rënda pelvike (shenjat: dhimbje gjatë lëvizjes së qafës së mitrës, dhimbje anormale të bacinit, masë adneksale, temperaturë e lartë, sekrecione purulente në cervix uteri dhe në vaginë).

Tabela 1. Mënyra e veprimit të medikamenteve të përdorura për abortin medikal dhe efektet anësore të tyre

Medikamentet	Veprimi	Efektet anësore
Mifepristone	<ul style="list-style-type: none"> • Një antiprogrestativ që bllokon receptorët endometrialë të progesteronit • Pengon shtatzëninë të rritet, zbut kollumin. • Rrit kontraktueshmërinë uterine • Shkakton gjakderdhje 	<ul style="list-style-type: none"> • Të përziera, të vjella, dhimbje koke, marrje mendsh, lodhje, takikardi
Misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Një prostaglandinë që shkakton kontraksione uterine 	<ul style="list-style-type: none"> • Krampe abdominale (te 25% e pacientëve, më shumë dhimbje se dhimbjet menstruale), të përziera, të vjella, diarre, temperaturë e përkohshme, marrje mendsh, dhimbje koke, ethe, urtikarie

Tabela 2. Metodat e abortit medikal dhe efektshmëria e tyre

Metodat	Efektshmëria	Përdorimi deri në:
Mifepristone + Misoprostol ose	>96%	9 javë nga menstruacionet e fundit
vetëm misoprostol	>83%	12 javë nga menstruacionet e fundit

Situata që gabimisht citohen si kundërindikacione

- **Sectio cesarea** të mëparshme, lindje (një apo shumë) të shumëfishta të mëparshme, obeziteti, fibroza, anomalitë uterine.
- Ka mendime të ndryshme në lidhje me faktin nëse astma, sëmundjet e zemrës, faktorët

kardiovaskularë të riskut, insuficienca renale dhe hepatike, epilepsia janë ose jo kundërindikacione. Rekomandohet konsultimi me një specialist.

- Te gratë në laktacion, ndonëse të dhënat janë të kufizuara, mjekët mund të këshillojnë mosushqyerjen me gji (të përdorin pompë dhe ta hedhin poshtë qumështin e gjirit) deri në 72 orë pas dhënies së misoprostolit.

Ekografia para abortit

Ekografia indikohet të realizohet në të gjitha rastet. Ajo duhet të përdoret sipas protokolleve të miratuara. **Ekografia duhet të jetë një parakusht për kryerjen e abortit.** Ekografia është e dobishme (por nuk ka 100 për qind sensibilitet ose specifikitet) për të konfirmuar kohëzgjatjen e shtatzënisë, për të diagnostikuar një shtatzëni ekstrauterine, ose një shtatzëni molare (pamjen e një 'stuhie dëbore'). Në këto raste duhet bërë ekografia dhe është më mirë të përdoret një sondë vaginale, sesa një sondë abdominale. Kontrolloni për praninë e sakusit gestacional, të embrionit dhe për praninë e aktivitetit kardiak. Në rast se duket embrioni, përdorni përmasat e tij për të vlerësuar moshën e shtatzënisë, sepse janë më të sakta krahasuar me matjen e sakusit gestacional. Mungesa e sakusit intrauterin mund të jetë treguese e një shtatzënie të hershme intrauterine, e një shtatzënie ekstrauterine (ektopike), apo e një shtatzënie abdominale. Në rastet kur nuk vizualizohet sakusi gestacional intrauterin (me anë të përdorimit të një sonde vaginale) dhe konstatohet një vlerë e B-hCG serike >2,000 mIU/mL, duhet marrë në konsideratë mundësia e shtatzënisë ektopike. E njëjta gjë mund të thuhet kur B-hCG është >3,600 dhe kur përdoret një sondë abdominale. Në raste të tilla, kërkohen ekzaminime të mëtejshme dhe/ose të ndërhyhet.

Ekzaminimet laboratorike

Ekzaminimet laboratorike rekomandohen para kryerjes së ndërprerjes së shtatzënisë. Nuk ekzistojnë ekzaminime specifike.

- Zakonisht kërkohet testi i shtatzënisë;
- Hemoglobina/hematokriti, kur dyshohet për anemi.

Paraprakisht duhet të përcaktohen grupi i gjakut dhe faktori Rh.

Këto do të orientojnë për rastet kur është i nevojshëm hemotransfuzioni, apo për gratë me Rh negativ, te të cilat nevojitet imunoglobulina anti-D (brenda 48-72 orëve të abortit; e pan-evojshme përpara javës së 6 të shtatzënisë)

- Prova e HIV-it, analiza të tjera për infeksione seksualisht të transmetueshme; ose mund të propozohen apo mund të jenë të nevojshme analiza që lidhen me probleme specifike shëndetësore të pacientes.
- Kulturat cervikale duhen marrë sipas protokolleve të vendit, ose kur janë të pranishme shenja të infeksionit vaginal/cervikal.
- Në qoftë se është e mundur, duhet të bëhet kontrolli për kancer të qafës së mitrës.

Metoda e rekomanduar nga IPPF-ja dhe OBSH-ja për ndërprerjen e shtatzënisë

- Mifepristone 200 mg, i pasuar 36-48 orë më vonë nga Misoprostol 800 mg (nga goja, nën gjuhë (bukale) (duke e mbajtur në gojë), ose në rrugë vaginale)¹, me një apo dy doza në ditë prej 400 mg, me dy orë distancë², deri në javën e nëntë të shtatzënisë.

Metoda amerikane e Administrimit të Ushqimit dhe Barnave (FDA)

- **Dita 1:** Mifepristone 600 mg (tri tableta, 200 mg), i marrë si një dozë e vetme nga goja.
- **Dita 2:** Pacientët me Rh negativ duhet të marrin imunoglobulinën anti-D 50 mg (doza për shtatzënitë deri në 12 javë), jo më vonë se 48 orë pas abortit.
- **Dita 3:** Kur aborti është kryer dhe është konfirmuar nëpërmjet ekzaminimit klinik (ose ekografi), jepni Misoprostol 400 mg (dy tableta prej 200 mg) si një dozë të vetme, nga goja.
- **Dita 14:** Vlerësoni klinikisht përfundimin e abortit (ose përdorni ekografinë apo B-hCG). Rekomandohet aspirimi me vakuum, në rast se zbulohet që shtatzënia vazhdon gjatë kësaj kohe, sepse ekziston rreziku i një keqformimi fetal. Rritja e B-hCG-së mund të jetë treguese e një shtatzënie në vazhdim. Në qoftë se nivelet e B-hCG-së janë ulur me 50 për qind në 24 orë, shtatzënia me siguri duhet të jetë ndërprerë. B-hCG-ja serike duhet të jetë nën 1 000 IU/L, dy javë pas dhënies së Mifepristonit.

Metoda të tjera të zakonshme të mbështetura në evidenca

Ofruesit duhet të udhëhiqen nga standarde mjekësore të vendosura, si edhe nga rregullore të miratuara.

- Mifepristone, 200 mg, i pasuar 36-48 orë më vonë nga Misoprostol në dozë 400 mg, nga goja, deri në javën e gjashtë të shtatzënisë (është më pak i efektshëm pas shtatë javëve). Pas marrjes së prostaglandinës, ndiqeni gruan për 4 deri në 6 javë. Kontrolloni pecetat sanitare dhe pecetat e shtratit për të parë nëse është kryer aborti. Nga ana tjetër, Misoprostoli mund të merret edhe në shtëpi.
- Këto regjime mund të plotësohen me një dozë shtesë Misoprostol 800 mg, të dhënë nga goja, ose në rrugë vaginale te gratë me një abort jokomplet në ditën e shtatë.
- **Marrja e Misoprostolit në shtëpi** është konstatuar si mënyrë e sigurt dhe e efektshme, por edhe e pranueshme nga pacientet. Në rast se një paciente me Rh-negativ do të marrë Misoprostol në shtëpi, disa protokolle këshillojnë dhënien imunoglobulinës anti-D në ditën e parë. Në rastet e një shtatzënie 6-12-javëshe, jepni 50 mg IM; në javën e 13 ose pas saj, jepni 300 mg IM.

¹ Ky regjim (me misoprostol vaginal) rekomandohet nga Organizata Botërore e Shëndetësisë. Shkalla e vazhdueshme e shtatzënisë, rreth 1 për qind; shkalla e suksesit është më shumë se 96 për qind. Shih **Bibliografinë**, faqe 32: World Health Organization, 2003.

² Organizata Botërore e Shëndetësisë deklaroi se doza të përsëritura të Misoprostolit i shtojnë efektet anësore, ndërsa nuk është provuar rritja e efektshmërisë. Shih **Bibliografinë**, faqe 32: World Health Organization, 2006.

Duhet të siguroheni gjithnjë që pacientja t'i referohet një institucioni spitalor apo mjekut gjinekolog për të vlerësuar komplikacionet e mundshme. Kjo është e domosdoshme në rastin e abortit medikal, duke qenë se hemorragjia është më pak e parashikueshme dhe në shtëpi mund të ndodhë hemorragji e madhe ose e vazhdueshme. Si metoda trajtimi mund të jenë të nevojshme aspirimi me vakuum, preparatet uterotonike, dhënia e likideve IV dhe transfuzionet e gjakut, të cilat mund të jepen në raste urgjente në klinika të kujdesit shëndetësor në spitale.

Aborti që bëhet vetëm me Misoprostol

Ky regjim është më pak i efektshëm dhe ka më shumë efekte anësore krahasuar me regjimet e kombinuara me Mifepristone, ose me Methotrexate. Megjithatë, në rastet kur këto medikamente nuk gjenden, aborti medikal mund të realizohet kur Misoprostoli është i vetmi medikament që disponohet. Efektshmëria është më e ulët krahasuar me atë të metodave kirurgjikale (84 % krahasuar me 95 %). Gjithsesi, niveli i sigurisë është shumë më i lartë sesa përdorimi i abortit të paligjshëm.

Janë rekomanduar edhe metoda të tjera:

- Doza të përsëritura Misoprostoli 800 mg, në rrugë vaginale, ose nën gjuhë (marrja nga goja është më pak e efektshme), **çdo tri orë**, deri sa të bëhet aborti, por maksimumi tri doza. Në rastet e intervaleve 3-orëshe, efektet anësore janë më të forta në krahasim me intervalet 12-orëshe (shih më poshtë).
- Doza të përsëritura të Misoprostolit 800 mg, në rrugë vaginale, **çdo 12 orë**, deri sa të realizohet aborti, por maksimumi tri doza. Administrimi sublingual ose nga goja në intervale 12-orëshe nuk ka efekt të mjaftueshëm: nëntë për qind e shtatzënive vazhdojnë në rast se përdoren deri në javën e nëntë të shtatzënisë. Shkalla e dështimit të kësaj metode ka të ngjarë të jetë edhe më e madhe në rast se jepen deri në javën e 12-të të shtatzënisë.
- Me dy regjimet e mësipërme, përqindja e abortit të plotë është 84%, përqindja e vazhdimit të shtatzënisë është rreth 5 % dhe përqindja e abortit jekomplet është afërsisht 11 %.
- Protokolle të tjera përdorin Misoprostol 800 mg, nga goja, në rrugë vaginale ose sublingual, i cili përsëritet në rast se aborti nuk ka filluar në ditën e 8-të dhe përsëri në ditën e 11-të, në rast se aborti nuk ka filluar ende. Ndjekja e ecurisë bëhet në ditën e 21-të.

Grave me Rh-negativ u administrohet imunoglobulina anti-D në dozë 50 mg, jo më vonë se 72 orë pas abortit. Kjo nuk është e nevojshme përpara javës së gjashtë të shtatzënisë.

Pas përdorimit të Misoprostolit janë raportuar keqformime fetale pas tremujorit të parë. **Prandaj, femrat duhet të këshillohen patjetër që ta çojnë deri në fund procedurën e abortit, ose në rrugë medikamentoze, ose kirurgjikale, pasi të jenë dhënë medikamentet.**

Aborti me Methotrexate + Misoprostol

Ky regjim mund të përdoret kur nuk gjendet Mifepristone. Kombinimi ka një efektshmëri prej më shumë se 90%, deri në javën e nëntë të shtatzënisë.

Pasi jepet Methotrexate, aborti duhet të përfundojë, sepse të dyja këto medikamente janë teratogjenë. **Prandaj, gratë duhet të këshillohen që ta çojnë deri në fund abortin, ose në rrugë medikamentoze, ose kirurgjikale, pasi të jenë dhënë medikamentet e mësipërme.**

Kundërindikacionet

- Anemi e rëndë.
- Koagulopati e njohur.
- Sëmundje akute hepatike ose renale.
- Konvulsione të pakontrolluara.
- Sëmundje akute inflamatore të zorrës.

Dhënia e medikamenteve

- **Dita 1:** Jepini Methotrexate 75 mg IM, ose 50 mg nga goja. Ashtu si me regjimin e kombinuar Mifepristone + Misoprostol, jepini udhëzime për efektet anësore, komplikacionet e mundshme, kontraktivët pas abortit dhe në të ardhmen. Pasi t'i keni dhënë një prostaglandinë (Misoprostol, Gemeprost ose tjetër), mbikëqyreni gruan për 4-6 orë. Kontrolloni pecetat sanitare dhe pecetën e shtratit për të parë nëse ka ndodhur aborti. Hapa të tjerë vijues mund të ndërmerren në qendrën shëndetësore ose në shtëpi, në varësi të distancës dhe të parapëlqimit të pacientes.
- **Dita 5-7:** Në qoftë se nuk ka hemorragji, jepini Misoprostol 800 mg nga goja, sublingual, apo në rrugë vaginale.
- **Dita 9:** Në rast se nuk ka pasur hemorragji, jepini edhe një dozë tjetër Misoprostol 800 mg.
- **Dita 11:** Në qoftë se nuk ka pasur hemorragji, jepini një dozë të tretë Misoprostoli 800 mg. Mund të jepen maksimumi tri doza Misoprostoli. Në rast se pacientja nuk aborton edhe pas dozës së tretë, rekomandohet procedura kirurgjikale (mundësisht me aspirim; ose dilatacion dhe kyretazh, kur nuk mund të bëhet aspirimi).

Në rast se pacienteve me Rh negativ u jepet imunoglobulina anti-D, jepeni në të njëjtën kohë me Misoprostolin, ose jo më vonë se 48 orë pas abortit. Ndoshta kjo nuk është e nevojshme pas javës së gjashtë të shtatzënisë.

Ndjekja pas abortit

Pas një aborti, gruaja duhet të marrë një informacion me gojë ose me shkrim rreth simptomave që mund të përjetojë dhe një përmbledhje të atyre simptomave që mund të bëjnë të domosdoshëm një konsultim të menjëhershëm mjekësor.

Dhimbja, gjakderdhja dhe temperatura e lartë duhet të shpjegohen me një gjuhë të thjeshtë për t'u kuptuar. Gjithsesi, duhet pasur kujdes në lidhje me informacionin me shkrim, i cili mund të shkelë konfidencialitetin në rast se merret vesh nga dikush që nuk duhet të jetë në dijeni të abortit. Nga ana tjetër, në qoftë se mund të sigurohet konfidencialiteti, analfabetizmi nuk përbën problem për informacionin e shkruar, duke qenë se gruaja mund t'i kërkojë dikujt tjetër që t'ia lexojë.

Pacientja duhet të ketë mundësi që të marrë ndihmë urgjente në çdo kohë dhe të dijë me saktësi se ku mund të drejtohet. Ajo duhet të ketë një letër (përsëri, nëse e lejon konfidencialiteti) që jep informacion të mjaftueshëm rreth procedurës, me qëllim që të lejojë një profesionist diku gjetkë për të trajtuar komplikacionet e mundshme.

Është me rëndësi që të gjitha pacienteve t'u sigurohet një vizitë pas abortit për të ndjekur ecurinë e tij, zakonisht në ditën e 4 dhe dy javë pas procedurës. Kjo është e detyrueshme pas një aborti medikal, për të verifikuar nxjerrjen e embrionit. Pas abortit kirurgjikal apo medikal, kjo vizitë është një mundësi tjetër për të trajtuar çështjen e shtatzënisë; për të verifikuar që kaviteti uterin është i zbrazët; për të siguruar që nuk ka komplikacione; për ta risiguruar gruan, në rast nevojë, mbi efektet anësore apo pasojat dhe për t'i treguar mirëkuptimin tuaj.

Duhet diskutuar vendi dhe koha se kur duhet bërë vizita e kontrollit, sipas rastit. Në qoftë se konfirmohet aborti i plotë në ditën e kryerjes së procedurës dhe nuk ka arsye më pas për ta kontrolluar gruan për shtatzëninë ose për shërbime të tjera, të tilla si trajtimi i infeksioneve seksualisht të transmetueshme apo ndërhyrjeve për çështje gjinore, vizita pas abortit duhet ofruar gjithnjë, qoftë edhe vetëm për ta siguruar gruan e për t'i shprehur mirëkuptimin tuaj.

Aborti kirurgjikal

Kujdesi klinik për femrat që i nënshtrohen abortit kirurgjikal

Kujdesi para abortit kirurgjikal

- Përcaktimi i moshës së shtatzënisë si një faktor i rëndësishëm për zgjedhjen e metodës së abortit (nëpërmjet ekzaminimit ekografik, testimeve laboratorike).
- Dhënia e informacionit mbi procedurën e abortit, si dhe plotësimi i fletës së konsensusit.
- Në rastet kur stafi që bën vlerësimin e shtatzënisë nuk disponon mjetet dhe aftësitë e duhura për realizimin e abortit kirurgjikal, gruaja referohet në institucionin me të afërt që siguron procedurën e abortit, pasi bëhet këshillimi i saj.
- Dhënia e informacionit për marrjen e kontraktivëve pas abortit janë hapa të rëndësishëm që plotësojnë kujdesin para abortit.

Metodat e abortit kirurgjikal

Metodat e abortit kirurgjikal janë metoda invazive, të cilat përdoren në rastet e ndërprerjes së vullnetshme të shtatzënisë deri në 12 javë, si dhe në raste të tjera mbi 12 javë, kur ka indikacion fetal (keqformime fetale, missed abortion etj.), ose indikacion amtar (patologji të nënës që rrezikojnë jetën e saj nëse vazhdohet shtatzënia).

1. Metodat që rekomandohen gjatë tremujorit të parë janë:

- a) Aspirimi me vakum elektrik dhe manual, për shtatzënitë deri në 12 javë;
- b) D & C, e pasuar nga aspirimi me vakum;
- c) Metoda e ndërprerjes së shtatzënisë nëpërmjet kryerjes së laparaskopisë apo laparatomisë, në rastet e GEU të komplikuar ose jo me hemoperitoneum.

2. Për shtatzënitë më shumë se 12-14 javë, metoda kirurgjikale që rekomandohet është:

- a. Dilatacioni dhe kyretazhi, duke përdorur vakum me aspirator dhe forceps.

Rekomandohet përgatitja e collumit përpara abortit kirurgjikal, për të gjitha femrat me amenorre mbi 12-14 javë. Megjithatë, kjo mund të merret në konsideratë për të gjitha moshat e shtatzënisë te femrat me risk të lartë për dëmtim të kollumit, ose perforacion të uterusit.

- b. Metoda e ndërprerjes së shtatzënisë nëpërmjet kryerjes së laparatomisë, në rastet e GEU të komplikuar ose jo me hemoperitoneum, të diagnostikuara, në raste të rralla, me vonesë mbi 12 javë.
- c. Ndërprerja e shtatzënisë nëpërmjet histerotomisë, në rastet e shtatzënive mbi 14 javë, në shtatzënitë me uterus post S/C dhe të keqformuara.

Përdorimi i anestetikëve rekomandohet në të gjitha rastet e abortit kirurgjikal, pavarësisht nga mosha e shtatzënisë.

Anestezia lokale me lidokainë rekomandohet në të gjitha rastet që rekomandohet dilatacioni i collumit.

Anestezia e përgjithshme nuk rekomandohet në procedurat rutinë të abortit, pasi komplikacionet e shkaktuara nga ajo janë më të shpeshta krahasuar me ato të anestezisë lokale.

Rekomandohet përdorimi rutinë i antibiotikëve, për qëllime profilaktike ndaj infeksioneve gjatë të gjitha procedurave të abortit kirurgjikal.

Aspirimi me vakuum

1. Teknika kirurgjikale që rekomandohet deri në javën e 15-të të shtatzënisë është aspirimi me vakum. Vakumi manual dhe elektrik kanë të njëjtën efektshmëri.
2. Teknika me vakum manual është komode deri në javën e 9-të të shtatzënisë, pasi është procedurë më pak e dhimbshme. Mbi këtë moshë dhe deri në javën e 14-të të shtatzënisë, procedura me vakum elektrik ka më pak komplikacione se aborti medikal.
3. Procedura e aspirimit me vakuum realizohet nëpërmjet përdorimit të kanjulate me numra të ndryshëm, të cilat përdoren në varësi të moshës së shtatzënisë, prej 4 mm deri në 16 mm. Para çdo përdorimi, kanjulat pastrohen dhe i nënshtrohen sterilizimit.
4. Aborti me vakum realizohet për një kohë të shkurtër, nën anestezi lokale ose anestezi endovenoze. Pacienti qëndron i hospitalizuar disa orë, në varësi të moshës së shtatzënisë.
5. Megjithatë, para inserimit të kanjulës kërkohet dilatacioni, i cili realizohet në mënyrë mekanike me dilatatorë, ose dilatatorë osmolarë, si dhe duke përdorur Misoprostol dhe Mifepriston përpara inserimit të kanjulës.
6. Pas aspirimit rekomandohet revizionimi i kavitetit me kyretë, i cili ul mundësinë e mbetjeve ovulare. Përdorimi i vakuum ekspirator ul përqindjen e komplikacioneve deri në 0.1%.
7. Komplikacionet që mund të ndodhin janë: infeksioni pelvik, hemorragji, dëmtimi i kollumit, perforacioni, komplikacionet e anesteziës, reziduat pas abortit dhe vazhdimësia e shtatzënisë.

Dilatacioni dhe kyretazhi (D dhe C)

1. D dhe C përfshin dilatin e collumit me anë të dilatatorëve mekanikë ose farmakologjikë, si dhe kyretimin e mureve të uterusit me kyreta të mprehta. (D dhe C përfshin dilatin e collumit me anë të dilatatorëve mekanikë ose farmakologjikë dhe kyretimin e kavitetit uterin nëpërmjet kyretave).
2. D dhe C është metodë që shoqërohet me më shumë dhimbje sesa ndërprerja me vakuum dhe paraqet më shumë komplikacione. Gjithashtu, sasia e gjakut të humbur me anë të metodës D dhe C është më e madhe në krahasim me metodën me vakuum.

Dilatimi dhe evakuimi (D dhe E)

1. D dhe E përdoret pas javës 12-14 të shtatzënisë. Kjo është procedura më e mirë dhe më e sigurt për abortet e vonshme, kur realizohet nga një personel i aftë teknikisht.
2. D dhe C kërkon përgatitjen e collumit me anë të përdorimit të dilatatorëve osmotikë ose të preparateve farmakologjike dhe evakuim të uterusit duke përdorur EVA me kanjula me diametër 12-16 mm dhe forceps me krah të gjatë.

3. Studimet kanë treguar se D dhe C, krahasuar me administrimin në likuidin amniotik të PGF 2a, është metodë më e shpejtë, më e sigurt dhe më e pranueshme deri në javën e 18-të të shtatzënisë.
4. D dhe C kryhet nën anestezi lokale me bllok paracervikal dhe analgjezikë antiinflamatorë josteroidalë.
5. Anestezia e përgjithshme nuk rekomandohet dhe rrit mundësinë e komplikacioneve. Procedura nuk zgjat më shumë se 30 sekonda.

Ekzaminimi i indeve pas abortit kirurgjikal

1. Pas realizimit të abortit kirurgjikal është i rëndësishëm ekzaminimi i produkteve të nxjerra, për të përjashtuar mundësinë e gravidancës ektopike, si dhe për të vlerësuar nëse aborti është realizuar komplet.
2. Gjithashtu, duhet t'i kushtohet vëmendje identifikimit të indeve të dyshimta për shtatzëni molare, të cilat duhen dërguar për ekzaminim histopatologjik.

Procedurat përgatitore përpara kryerjes së abortit kirurgjikal

Përgatitja e collumit

Në përgjithësi, përgatitja e collumit duke përdorur dilatatorë osmotikë, të tillë si laminaret ose preparatet farmakologjike, përdoret në abortin kirurgjikal disa herë në abortin deri në 12 javë, për të lehtësuar procedurën e dilatimit të collumit; për të realizuar abortin më shpejt dhe më lehtë, si dhe për të reduktuar nevojën për dilatimin medical të collumit. Përgatitja e collumit përpara abortit kirurgjikal është një benefit për gruan, sidomos në rastet e anomalive të uterusit, pas operacioneve cezariane ose ndërhyrjeve të tjera kirurgjikale.

1. Në rastin e adoleshenteve me shtatzëni të avancuara, ku dilatimi i collumit dhe procedura e abortit mund të shkaktojë perforacion dhe hemorragji.
2. Kjo procedurë rekomandohet për të gjitha femrat me moshë shtatzënie mbi 12-14-javëshe.
3. Për përgatitjen e collumit me dilatatorë osmolarë nevojiten të paktën 4 orë.

Në tremujorin e parë, administrimi vaginal i Misoprostolit 400 mcg, 3-4 orë para procedurës së abortit kirurgjikal ose sublingual, 2-3 orë para fillimit të procedurës është i efektshëm për përgatitjen e collumit.

4. Për përgatitjen e kollumit, Misoprostoli është parë si më pak i efektshëm në krahasim me laminaret.

Indikacionet e abortit kirurgjikal

1. Preferenca e gruas deri në 12 javë.
2. Moshë gestacionale jo e hershme, e avancuar deri në kufijtë e lejueshëm ligjorë të ndërprerjes së shtatzënisë.
3. Në rastet kur dështon metoda e abortit medikal.
4. Ndërprerja e shtatzënisë në moshë të avancuar në uteruset post s/cesarea.
5. Ndërprerja e shtatzënisë me laparoskopji ose laparotomi në rastet e GEU të diagnostikuar vonë (kur masa adneksiale është mbi 3 cm), ose kur ka dështuar metoda me Methotrexate.
6. Ndërprerja e shtatzënisë nëpërmjet histerotomisë, në rastet e patologjive të rënda amtare në shtatzënitë e avancuara.
7. Në rastet e alergjive ndaj Mifepristonit, Misoprosolit dhe prostaglandinave të tjera.
8. Sëmundje akute të heparit dhe të veshkave.

Kundërindikacionet e abortit kirurgjikal

1. Moshë gestacionale e hershme.
2. Keqformime uterine.
3. Ndërhyrje kirurgjikale të mëparshme të collum uteri.
4. Uterus fibromatoz.
5. Anamnezë për sëmundje trombo-embolike.
6. Obezitet.

Avantazhet e abortit kirurgjikal

1. Është metodë e shpejtë, që eviton kohën e pritjes dhe të pasigurisë.
2. Hemorragjia dhe dhimbja janë më të menaxhueshme se në abortin medikal.
3. Realizohet në institucione të specializuara dhe nga personel i trajnuar.
4. Përdoret deri në javën e 12-të të shtatzënisë.
5. Nuk kërkon vizita të përsëritura në klinikë ose në spital.

Disavantazhet e abortit kirurgjikal

1. Është metodë invazive, e cila kërkon në mënyrë të domosdoshme anestezi.
2. Përjetohet jo mirë emocionalisht.
3. Kërkon të kryhet në institucion të specializuar dhe nga personel i trajnuar dhe me eksperiencë.
4. Ka risk më të lartë për dëmtime të uterusit, collumit, për infeksione pas abortit, pasi është një metodë, e cila përdoret edhe në moshë që aborti medikal nuk është i suksesshëm.

Hapat që duhen ndjekur përpara kryerjes së abortit kirurgjikal

Anamneza

1. Anamneza ka rëndësi për të marrë në konsideratë kundërindikacionet dhe indikacionet për abortin kirurgjikal.
2. Për të identifikuar faktorët e riskut mbi mundësinë e komplikacioneve dhe trajtimin e tyre.
3. Marrja e informacionit lidhur me praninë e IST-ve apo infeksionin e HIV-it. Testimi për infeksionin e HIV-it është i rëndësishëm sa i përket marrjes së masave paraprake. Ai mund t'u ofrohet, por jo t'u kërkohej grave përpara procedurave të abortit.

Ekzaminimi fizik

1. Ekzaminimet rutinë (pulsi, TA, temp.) janë ekzaminimet bazë.
2. I rëndësishëm është vlerësimi i moshës së shtatzënisë nëpërmjet vlerësimit ekografik.
3. Gjithashtu, evidentimi i fibromave, shtatzënisë molare, GEU, TU pelvike janë vlerësime paraprake të rëndësishme, të cilat kërkojnë kujdes të veçantë lidhur me procedurat e abortit.
4. Ekzaminimi bimanual, i cili duhet të kryhet me vezikë të zbrazur, është i rëndësishëm për vlerësimin e pozicionit të uterusit, si dhe për eliminimin e komplikacioneve gjatë procedurës së abortit.

Ekzaminimet laboratorike

1. Analiza e gjakut, grupi i gjakut, vlerësimi i nivelit të hemoglobinës dhe hematokritit, në fillim të procedurës së abortit për të zbuluar aneminë, për më tepër, në rastet që shoqërohen me hemorragji, janë procedura të domosdoshme në marrjen e masave për realizimin e një aborti të sigurt.
2. Përcaktimi i Rh është i domosdoshëm për të dhënë imunoglobulinën pas abortit në rastet e femrave Rh negativ.

Ekzaminimi ekografik

1. Ekografia është ekzaminim që duhet të kërkohet rutinë para procedurës së abortit, pasi ajo përjashton GEU në javën e 6-të të shtatzënisë.
2. Disa mjekë e përdorin atë gjatë kryerjes së D dhe E.
3. Rekomandohet që ekzaminimi ekografik, i cili kryhet për procedurat e abortit, të bëhet në mjedise të veçanta nga ekzaminimi ekografik rutinë, i cili kryhet te gratë që kërkojnë kujdes prenatal.

Infeksionet e traktit riprodhues

1. Prania e IST-ve paraqet rrezikshmëri në rastin e abortit kirurgjikal, prandaj në rastet kur identifikohen IST, rekomandohet dhënia e antibiotikëve përpara fillimit të procedurës së abortit, si dhe respektimi i rregullave të sterilizimit dhe të pastrimit në mjediset ku realizohet aborti kirurgjikal.
2. Në qoftë se gruaja paraqet simptoma të IST-ve, duhet të bëhet trajtimi me antibiotikë.

Shtatzënia ektopike

1. Shtatzënia ektopike nuk është e shpeshtë, por rrezikon jetën e gruas. Kjo ndodh te 1.5-2% e shtatzënieve.
2. Shenjat dhe simptomat që të bëjnë të dyshosh për GEU janë: uterus i vogël se moshë amenorreike e shtatzënisë, dhimbja në fund të barkut, sidomos kur shoqërohet me sekrecione hemorragjike, gjendja e lipotimisë, zbehja, prania e masës adneksale.
3. Në rastet kur dyshohet për GEU, gruaja duhet të referohet urgjentisht në një qendër të specializuar për të konfirmuar diagnozën dhe për të filluar trajtimin.
4. Inspeksioni i materialeve të aspiruara përjashton mundësinë e një GEU-je të padiagnostikuar.

5. Kur të dhënat klinike orientojnë për GEU (anamnezë për GEU të mëparshme, sëmundje inflamatore pelvike, mospërputhje e moshës së shtatzënisë me madhësinë e uterusit, hemorragji e vazhdueshme ose shtatzëni në prani të DIU-së, apo dhimbje pelvike) është i domosdoshëm referimi për ekzaminim ekografik dhe vlerësim të hCG-së, si dhe referimi në një qendër të specializuar për trajtim të mëtejshëm.

Izoimunizimi Rh

Dhënia e imunoglobulinës anti-D pas procedurës së abortit, vazhdon të jetë e rekomandueshme, pasi nuk ka të dhëna që e kundërshtojnë, por rekomandohet dhënia e saj në doza më të ulëta (deri në 50 mikrogramë) në shtatzënitë me moshë gestacionale nën 12 javë, pasi mundësia e imunizimit është e vogël.

Këshillimi dhe dhënia e informacionit sipas moshës së shtatzënisë

Është shumë e rëndësishme dhënia e informacionit, si dhe këshillimi për të gjitha gratë shtatzëna sipas moshës, anamnezës, moshës së shtatzënisë, por edhe në lidhje me mundësinë e zgjedhjes së mënyrës së abortit.

Informacioni për vendimmarrjen dhe këshillimin

Këshillimi për femrat që dëshirojnë të kryejnë abort duhet të jetë vullnetar, konfidencial dhe i realizuar nga një person i trajnuar.

1. Nëse gruaja zgjedh të abortojë, këshilluesi e informon atë për kërkesat ligjore që i nevojiten. Gruas duhet t'i jepet koha e duhur për të menduar dhe, nëse ka nevojë, mund të rikthehet për t'u këshilluar. Megjithatë, duhet të sqarohet për avantazhet e abortit të hershëm. Nëse gruaja e ka marrë vendimin e kryerjes së abortit dhe moshë e shtatzënisë është 11-12 javë, realizimi i tij duhet kryer pa vonësë.
2. Disa herë gratë janë nën presionin e familjarëve apo të partnerit për të kryer abortin. Adoleshentet, gratë e abuzuara dhe gratë me HIV i kanë mundësitë më të mëdha për të qenë nën presion. Në rastet kur konstatohet që femra është abuzuar seksualisht, ose është dhunuar, ajo duhet të referohet në një qendër më të specializuar për të marrë këshillimin dhe trajtimin e duhur sipas rastit.

Informacioni për procedurat e abortit

Femrave duhet t'u jepet informacion mbi:

- Çfarë do të bëhet gjatë dhe pas procedurës.
- Çfarë mund të ndiejë (krampe, dhimbje, hemorragji).
- Sa kohe mund të zgjasë procesi.
- Si mund të menaxhohen dhimbjet e shkaktuara nga aborti.

- Risku për komplikacione lidhur me metodën përkatëse.
- Kur do të mund të jetë në gjendje t'i rikthehet aktivitetit normal dhe atij seksual.
- Kujdesi pas abortit.

Është e rëndësishme që personi, i cili jep informacionin, të jetë i trajnuar dhe t'i njohë të dyja metodat e abortit, avantazhet e disavantazhet, kushtet shëndetësore të gruas, moshën e saktë të shtatzënisë, si dhe faktorët e mundshëm të riskut lidhur me metodën e përdorur.

Procedurat invazive paraprake të dëmtimit fetal në rastet e ndërprerjes së shtatzënisë mbi 12 javë

Kur përdorim abortin medikal pas javës së 20-të të shtatzënisë (në rastet e keqformimeve fetale), duhen marre në konsideratë procedurat paraprake të dëmtimit fetal. Preparatet e përdorura për abortin medikal nuk janë feticide dhe ekziston mundësia e lindjes gjallë të fetusit mbi 20 javë pas përdorimit të Mifepristonit dhe Misoprosolit. Për këtë arsye, rekomandohen dy mënyra që veprojnë për të shkaktuar dëmtimin fetal:

1. Injektimi i klorurit të kaliumit (KCL) në kordonin umbelikal ose intrakardial, gjë që është shumë e efektshme, por kërkon përvojë dhe bëhet nën ekzaminimin me ekografi.
2. Injektimi intraamniotik ose intrafetal i digoksinës nuk është i nevojshëm të bëhet nën kontrollin me ekografi. Digoksina kërkon kohë për absorbim fetal, prandaj përdoret një ditë para fillimit të administrimit të Misoprosolit.

Çështje të tjera që lidhen me procedurat e abortit

Parandalimi i infeksionit dhe kontrolli

1. Meqenëse gjatë procedurave të abortit pacientja është e ekspozuar ndaj mundësisë së kontaminimit nëpërmjet lëngjeve biologjike, rekomandohet që institucionet ku realizohet aborti, të respektojnë të gjitha rregullat lidhur me marrjen e masave për parandalimin e infeksionit, me qëllim që të shmangin rrezikun e transmetimit të infeksionit nëpërmjet gjakut.
2. Këtu përfshihen larja e duarve para dhe pas procedurës, përdorimi i mjeteve mbrojtëse, siç janë doreza, maska etj., për të shmangur kontaktin me gjakun dhe lëngjet biologjike. Gjithashtu, sterilizimi i pajisjeve që do përdoren për realizimin e procedurës është kusht i rëndësishëm për të parandaluar infeksionin pas procedurës.

Larja e duarve dhe përdorimi i barrierave mbrojtëse

Larja e duarve para dhe pas procedurës së abortit është e domosdoshme (duke respektuar protokollin e larjes së duarve). Gjithashtu, është i detyrueshëm përdorimi i dorezave sterile njëpërdorimëshe dhe larja e duarve pas heqjes së dorezave, pasi ato mund të përmbajnë dëmtime të padukshme. Po kështu, duhen pasur kujdes në eliminimin e të gjitha pajisjeve të tjera të përdorura, pasi ato përbëjnë burim infeksioni.

Pastrimi

1. Detergjentët dhe uji i ngrohtë janë të përshtatshëm për pastrimin e dyshemesë, krevatit, tualetit, mureve dhe ndërresave.
2. Gjithashtu, e gjithë zona ku kryhet procedura duhet të dezinfektohet me dezinfektantë me bazë klori.
3. Mbledhja, ndarja dhe transporti i kujdesshëm i mbetjeve pas procedurës për t'i eliminuar ato në vendet e caktuara, janë pjesë e rëndësishme e kujdesit për një abort të sigurt. Po ashtu, duhen zbatuar me përpikëri të gjitha udhëzimet dhe rregullat për to.

Përpunimi i materialeve të kontaminuara nga likidet biologjike

1. Mjetet solide të kontaminuara nga likidet biologjike, sekrecionet, gjaku, mostrat laboratorike dhe indet e trupit, duhet të trajtohen si mbeturina klinike dhe të bëhet eliminimi i tyre sipas rregulloreve përkatëse të miratuara në fuqi.
2. Gjithashtu, të gjitha lëngjet biologjike, të tilla si sekrecionet, gjaku etj., duhet të mblidhen e të bëhet trajtimi dhe eliminimi i tyre.

Pastrimi i sigurt i pajisjeve pas përdorimit

1. Menjëherë pas kryerjes së procedurës së abortit, pajisjet e përdorura duhet të dërgohen për t'u pastruar dhe sterilizuar. Pajisjet mjekësore njëpërdorimëshe nuk është e nevojshme që të sterilizohen.
2. Hapi më i rëndësishëm për të siguruar dekontaminimin përfundimtar të instrumenteve është pastrimi fizik i tyre. Instrumentet duhet të mbahen të lagur deri në pastrimin e tyre. Në qoftë se lihen të thahen, vështirësohet procesi i pastrimit fizik të tyre. Për të hequr mbeturinat e kontaminuara, përdoret solucion dezinfektant klori 0.5.
3. Aspiratorët çmontohen përpara pastrimit, pastaj procedohet me të për t'u dezinfektuar, pasi hiqet edhe adaptor nga kanjula.
4. Duhet pasur parasysh se aspiratorët, kanjulat dhe adaptorët nuk janë të sigurt për t'u mbajtur deri sa të jenë pastruar. Pas aspirimit, të gjitha sipërfaqet lahen me ujë

dhe detergjentë. Të gjitha instrumentet duhet të sterilizohen ose të dezinfektohen me një dezinfektant të nivelit të lartë.

5. Sterilizimi vret të gjitha mikroorganizmat, duke përfshirë endosporet, të cilat mund të shkaktojnë tetanos dhe gangrenë. Niveli i lartë i dezinfektimit shkatërron të gjitha mikroorganizmat, duke përfshirë edhe virusin e hepatitit, HIV, por nuk vret endosporet e baktereve.

Tabela 3. Procesi i dezinfektimit të instrumenteve

Metoda	Mënyra/ preparati	Koha	Shënimet
STERILIZIMI	Autoklava	20 minuta në temp 121 gradë celsius dhe në presion 103.5-140 kpa	Është vërtetuar se sipërfaqet e pajisjeve të caktuara për dekontaminim mund të arrihen të dezinfektohen në një kohë deri në 30 minuta
	2% glutaraldehyde	5 orë në kontakt me formula alkaline të aktivuara në temperaturë 20-25 gradë celsius (ph=7.5-9)	Disa burime/prodhues sugjerojnë 10 orë për sterilizim.
Nivel i lartë i dezinfektimit	Klor (Hypochlorite natriumi)	5 minuta kontakt me solucionin e buferuar të hypochlorite (ph =7-8) në koncentrim të 5000 ppm chlorine të disponueshme në temperaturë 20-25 gradë celsius	Disa burime rekomandojnë 20 minuta në hollim 5% të bërë me ujë, ose 1% hollues të bërë me ujë të zier
	2% glutaraldehyde	30 minuta në kontakt me formula alkaline aktive, në temperaturë 20-25 gradë celsius (ph =7.5-9)	Disa burime/prodhues sugjerojnë 20 minuta për HLD
	ZIERJA	20 minuta në "rolling boil"	Pajisja duhet të jetë e mbrojtur, pajisjet që notojnë nuk duhet të jenë të mbuluara plotësisht

Monitorimi i gruas pas abortit kirurgjikal

1. Gjatë kohës së kryerjes së kësaj metode gruaja mbahet e monitoruar, pasi prania e dhimbjes së fortë mund të lidhet me perforacionin e uterusit, i cili kërkon laparotomi. Gjithashtu, hemorragjia profuze mund të kërkojë riaspirim për largimin e mbeturinave nga uterusit.
2. Në rastin e abortit të vonshëm është i nevojshëm vlerësimi manual i uterusit. Në qoftë se gruaja nuk paraqet komplikacione të hershme, ajo mund të largohet nga klinika pasi është jashtë efektit të anestezisë. Gjithashtu, duhet të informohet dhe instruktoret që të ketë kujdes për shenjat e rrezikut pas largimit nga klinika, të tilla si: hemorragjia profuze, ethet më shumë se një ditë, dhimbje pelvike, ose shenjat e vazhdimësisë së shtatzënisë.
3. Stafi mjekësor duhet ta informojë gruan për krampet uterine që mund të ketë dhe për të cilat mund të përdorë antiinflamatorë josteroidalë, si për shembull, ibuprofen.
4. Zakonisht, në abortet e tremujorit të parë, femrat i rikthehen punës pas disa orësh. Në abortin kirurgjikal, kryesisht gruas mund t'i thuhet të rikthehet pas 2 javësh për

të biseduar lidhur me përvojën rreth abortit dhe shqetësimet që mund të ketë, ndërsa për raste të veçanta, kur aborti kryhet për arsye shëndetësore, ose në rast dhune seksuale, mund të bisedohet me të për ta ndihmuar që t'u drejtohet shërbimeve të tjera të specializuara, të cilat e ndihmojnë për të lehtësuar gjendjen e saj.

Kujdesi pas abortit kirurgjikal dhe ndjekja

1. Pas abortit kirurgjikal, gratë lejohen të dalin nga institucioni shëndetësor menjëherë pas normalizimit të parametrave vitalë.
2. Në rastet e abortit kirurgjikal të pakomplikuar nuk rekomandohet rikontrolli i detyrueshëm, vetëm në rastet kur gruaja e dëshiron vetë, ose nëse ka pasur komplikacione. Rikontrolli rekomandohet 7-14 ditë pas procedurës.
3. Përpara se të dalin nga institucioni, të gjitha gratë që i janë nënshtruar abortit kirurgjikal duhet t'i nënshtrohen marrjes së informacionit për përdorimin e kontraceptivëve.
4. Përpara daljes nga institucioni shëndetësor, pas procedurës së abortit kirurgjikal, gruas i jepet informacion verbal ose i shkruar në lidhje me komplikacionet e mundshme, për shenjat e njohjes së tyre, si dhe kur duhet të referohet te mjeku. Po ashtu, mund t'i lihet një numër kontakti, në rast nevojë.

Komplikacionet pas abortit dhe menaxhimi i tyre

Aborti duhet të kryhet nga një personel mjekësor i trajnuar dhe në institucione që i kanë të gjitha pajisjet e nevojshme. Në këtë mënyrë, mundësia për komplikacione është e ulët. Rëndësia e realizimit të abortit në qendrat e specializuara dhe nga personel i trajnuar, si në rastet kur kryhet aborti medikal, po ashtu dhe afërsia me qendrat e specializuara, janë faktorë vendimtarë për të realizuar abortin e sigurt.

Monitorimi pas abortit

- Kontrolloni shenjat jetësore në tabelën e trajtimit.
- Mos jepni qetësues apo anestezi të përgjithshme: vendoseni pacienten në një pozicion të rehatshëm në dhomën e rikuperimit. Vëzhgojeni për 30 minuta.
- Pas qetësimit me medikamente apo pas anestezisë së përgjithshme, ndiqni rehabilitimin e plotë të pacientes. Nxirreni nga klinika pas miratimit të anestezistit dhe kontrollit të gjendjes klinike.
- Mbajini shënim dhimbjet. Dhimbja e tepërt mund të sinjalizojë për perforacion të uterusit apo prani të hematometerit në uterus. Shih tabelën.
- Përpara se ta nxirrni nga klinika/institucioni shëndetësor, sigurohuni që gruaja është në gjendje të urinojë.

Udhëzime dhe këshillime që duhet t'i jepni (me gojë e me shkrim) për periudhën pas abortit

- Si të përdorë medikamentet, në rast se i jepen.
- Se mund të ketë hemorragji vaginale të paktë, ose njolla gjaku për disa javë.
- Menstruacionet normale duhet të fillojnë brenda 4-8 javësh.
- Nauzeja dhe, në disa raste, të vjellat, mund të vazhdojnë deri në 24 orë.
- Mund të ketë dhimbje abdominale për disa ditë. Pacientja duhet të marrë analgjezikë (për shembull, paracetamol).
- Pacientja duhet të dijë ku të drejtohet në rast se ka shumë gjakderdhje, dhimbje të forta, temperaturë, në rast sinkopi apo nëse ndodhet në situata të tjera shqetësuese. Duhet të ekzistojë një sistem i efektshëm referimi. Ai duhet të ndodhet në një vend ku mund të shkohet lehtësisht gjatë gjithë kohës.
- Të mos bëjë dushe vaginale dhe të mos përdorë tamponë vaginalë.
- Marrëdhëniet seksuale duhet të rifillojnë në momentin e ndalimit të hemorragjisë vaginale dhe në çastin që gruaja e ndien të përshtatshme.
- Theksoni nevojën për të përdorur mjetet mbrojtëse në momentin e fillimit të aktivitetit seksual.
- Caktoni një takim formal për një vizitë kontrolli pesë javë më pas, ose më herët, nëse kërkohet nga pacientja.
- Pacientes duhet t'i krijohet mundësia të bëjë pyetje dhe të kërkojë mbështetje të mëtejshme që mund ti nevojitet.

Komplikacionet e hershme dhe të vonshme të abortit kirurgjikal (aspirim manual me vakum ose dilatacion dhe kyretazh).

Menaxhimi i tyre

Komplikacionet e hershme dhe të vonshme, të kryera në mënyrë kirurgjikale, mund të jenë të shumta dhe ndonjëherë fatale, deri në humbjen e jetës së pacientes.

Komplikacionet varen nga kushtet e asepsisë, në të cilën bëhet ndërhyrja, nga pajisjet e nevojshme në dispozicion, përgatitja e personelit mjekësor për ta kryer ndërhyrjen dhe për të dhënë ndihmën e nevojshme kur është e domosdoshme, nga aftësia për të diagnostikuar në kohë komplikacionet dhe aftësia për menaxhimin e tyre, si dhe nga moshja e shtatzënisë në momentin e kryerjes së abortit.

Komplikacionet e hershme dhe të vonshme janë me një incidencë që rritet me rritjen e moshës gestacionale.

Nga komplikacionet e hershme mund të përmendim:

1. Hemorragjia uterine;
2. Perforimi i uterusit nga interventi;
3. Alergjia nga medikamentet e anestezisë;
4. Reaksioni toksik nga lidokaina;

5. Thyerja e majës së kanjulës plastike;
6. Reaksioni vazovagal ose sinkopi;
7. Tromboembolia;
8. Shoku hipovolemik;
9. Dëmtime intraabdominale si pasojë e perforacionit të uterusit.

Komplikacionet e hershme dhe ato të vonshme mund të jenë fatale për gjendjen klinike të gruas, prandaj ky intervent duhet të kryhet në kushte të rrepta aseptie, me mjetet ndihmëse reanimatore në dispozicion dhe patjetër nga mjekë të trajnuar e me përvojë për të kryer ndërhyrjet. (Shih tabelën)

Sa më e madhe të jetë mosha e shtatzënisë, aq më i madh është rreziku i komplikacioneve, prandaj të gjitha komplikacionet, qofshin ato të hershme apo të vonshme, duhet të kihet parasysh nga personeli.

Nga komplikacionet e vonshme të aborteve mjekësore të kryera në mënyrë kirurgjikale, mund të përmendim:

1. Rezidua ovularis;
2. Vazhdim i shtatzënisë;
3. Hemorragji e vonshme si pasojë e rezidua ovularis në kavitetin uterin;
4. Hematometër;
5. Dhimbje abdominale si pasojë e kontraksioneve uterine apo e hematometrit dhe endometritit
6. Endometrit;
7. KID;
8. Dëmtime të integritetit të tubave uterine si pasojë e inflamacionit;
9. Infertilitet primar ose sekondar si pasojë e dëmtimeve endometriale dhe prishjes së kalueshmërisë tubare;
10. Shok septik (shih tabelat, aneksi 2).

Ndjekja pas abortit për një periudhë prej disa javësh

Pjesa më e madhe e personelit mjekësor e lë takimin për të ndjekur pacienten pasi mbaron procedura. Takimi shpesh fiksohet pesë javë pas procedurës, në periudhën pas menstruacioneve të ardhshme. Disa mjekë parapëlqejnë dy javë. Data e një takimi varet edhe nga përdorimi i masave mbrojtëse ndaj shtatzënisë (kontrceptivi) që pacientja ka nisur, çfarë masash mbrojtëse janë rekomanduar, apo ato që parashikohen të përdoren.

Kujdesi pas ndërhyrjes kirurgjikale

- Në rast se është e nevojshme, vendoseni pacienten në shtrat të pushojë, deri sa të bëhet plotësisht e vetëdijshme. Monitoroni shenjat klinike dhe jetësore çdo 30 minuta, ose edhe më shpesh, në rast nevoje. Mos e lini pacienten vetëm. Mbikëqyrja e saj për një periudhë 56-90 minuta është zakonisht e mjaftueshme.
- Kujdesuni për nevojat dhe shqetësimet emocionale të pacientes gjatë periudhës së rikuperimit. **Këshillimi:** Diskutoni/filloni kontraceptivin; këshillojeni të mos ketë marrëdhënie seksuale për një javë (dhe deri sa ajo vetë ta dëshirojë këtë); diskutoni me të për mundësinë e dhimbjeve dhe të humbjes së gjakut; komplikacionet e mundshme dhe shenja alarmi. Jepni informacion se si të marrë kujdes dhe ku ta marrë atë, në çdo kohë të ditës apo natës. Theksoni nevojën e përdorimit të kontraceptivëve pas rifillimit të aktivitetit seksual.

Komplikacionet e hershme të abortit medikal

- Diskutoni mbi **metodat** ekzistuese të abortit mjekësor (kirurgjikal dhe medikal), rreziqet dhe përfitimet e secilit prej tyre. Shpjegoni efektet anësore (shih Tabelën: Mënyra e veprimit të medikamenteve që përdoren për abortin medikal).

Shpjegojini në mënyrë të kuptueshme të gjitha komplikacionet e shkaktuara nga secila metodë, qofshin të vogla apo të mëdha, ku përfshihet edhe vdekja (ka një shkallë rreziku në të gjitha ndërhyrjet mjekësore). Komplikacionet kryesore janë: aborti jo i plotë, vazhdimi i shtatzënisë, hemorragjia, infeksioni dhe sekelat negative psikologjike (këto të fundit ndodhin te një numër shumë i vogël grash). Gjakderdhja dhe spazmat uterine tregojnë se medikamentet po japin efekt.

- Diskutojini **simptomat** që e bëjnë të domosdoshëm kontaktin me mjekun në gatishmëri, të cilat përfshijnë si më poshtë:
 - Hemorragji e shumtë (jepni një kriter që kuptohet, si mbushja e një apo dy tamponëve të mëdhenj apo pecetave sanitare (lines) të mëdha gjatë dy orëve të njëpasnjëshme). Shpjegoni se në rastin e abortit të provokuar me medikamente, gjakderdhja mund të jetë më e madhe sesa gjatë ciklit menstrual, me shumë hemorragji, dhe mund të shoqëroret me koagula. Sigurisht kjo varet nga mosha e shtatzënisë. Siguroni një sasi pecetash sanitare për përbalimin higjienik të hemorragjisë. Në shumë pak raste, hemorragjia do të duhet të ndalohet me anë të një procedure kirurgjikale. Njollat e gjakut mund të vazhdojnë për një periudhë deri në 30 ditë. Disa gra mund të përjetojnë episode hemorragjie masive 3-5 javë pas abortit.
 - Mungesa e plotë e hemorragjisë brenda 24 orësh: pas Misoprostolit, dhe në rast se shtatzënia në uterus nuk është konfirmuar para trajtimit, duhet të merret në konsideratë shtatzënia ektopike dhe të trajtohet si duhet.
 - Temperaturë e vazhdueshme (> 38° celsius), ose fillimi i temperaturës në ditët pas Misoprostolit.
 - Sekrecione vaginale me erë të rëndë.
 - Dhimbje barku të forta, të vazhdueshme apo me intensitet në rritje.
 - "Ndjesia se ndihesh shumë keq", duke përfshirë dobësinë, të përzierat, të vjellat ose diarrenë, më shumë se 24 orë pas marrjes së Misoprostolit.
- Diskutoni kohëzgjatjen që nevojitet deri sa aborti të quhet i plotë dhe përcaktoni nevojën e vizitave.

Tabela 4. Komplikacionet e hershme dhe të vonshme të abortit të kryer në mënyrë

Komplikacioni	Shenjat
1. Konstatohet kaviteti uterin pa rezidua ovularis	1. Mblidhet pak ose aspak material
2. Alergji ndaj një medikamenti	2. Urtikarie (shpërthim lezionesh në lëkurë, të cilat shoqërohen me prurit, eritema të kuqe të fryra ose në formën e njollave)
3. Reaksion toksik ndaj lidokainës	3. Ndonjëherë: vështirësi në frymëmarrje (shih Tabelën 2)
4. Rezidua ovularis	4. Materiali i përfituar mbas aspirimit nuk i përkon histopatologjikisht kohëzgjatjes së shtatzënisë. Shenjat mund të përfshijnë hemorragji vaginale dhe dhimbje barku
5. Thyhet maja e kanjules plastike (ndodh rrallë)	5. Kanjula është e thyer
6. Perforimi i uterusit gjatë histerometrisë	6. Instrumenti e tejkalon lartësinë fundike të përcaktuar me histerometër
7. Dyshohet se është perforuar uterusit apo dëmtuar collumn uteri dhe/ose prani e rezidua ovularis në kavitate.	7. Perforimi gjatë aspirimit manual me vakum është i rrallë kur përdoren kanjulat fleksibël. Kontrolloni për perforime të mundshme në rast se kanjula kalon përmes hapësirës së uterusit pa asnjë rezistencë, apo futet brenda më shumë se sa pritët, duke pasur parasysh madhësinë e uterusit; në qoftë se është vështirë të nxirret kanjula, në rast se në aspirim gjenden ind adipoz omentum apo ka prani të intestinit, ose në rast se shihen shenja tronditjeje
8. Dyshim për perforim të uterusit apo dëmtim të collumn uterit pas zbrazjes së plotë të uterusit	8. Kanjula ka hyrë përtej madhësisë së pritshme të uterusit Vakumi është pakësuar kur kanjula është futur në hapësirën e uterusit Ka raste të gjakderdhjes së tepruar, dhimbje jo të zakonshme Ka raste kur vihet re ind adipoz, intestin ose omentum (referojeni pacienten)
9. Dhimbje abdominale	9. Shtërngime të forta/kontraksione në uterus
10. Hemorragjia	10. Hemorragji vaginale masive
11. Komplikacione të lidhura me anestezinë	11. Shih tabelën (kontrolli i dhimbjeve tek abortet)
12. Reaksion vazovagal apo sinkopi	12. Gjendje sinkopi, djersitje, puls i ngadaltë, frymëmarrje e ngadaltë, nauze, hipertension, letargji, ankth, zbehe, marrje fryme
13. Embolizimi venoz i rrugëve të frymëmarrjes (i rrallë)	13. Tension i ulët dhe hipoksia konstatohen përkatësisht të 10 dhe 30 për qind e pacienteve, ndërsa dhimbja e gjoksit të 23 për qind e tyre
14. Shoku	14. Shih Shoku

Kirurgjikale (aspirim manual me vakuum ose dilatacion dhe kyretazh).

Diagnoza	Trajtimi
1. Nuk ka shtatzëni? Bëni testin Shtatzëni jashtë uterusit? Përdorni ekografinë, nëse e keni të mundur Kohët e fundit mund të ketë ndodhur një abort spontan i plotë Mund të ketë uterus didelf ose septa, në raste të rralla	1. Në rast se konfirmohet shtatzënia (intrauterine), përsërisni aspirimin • Shtatzënia jashtë uterusit (ektopike) është një komplikacion me rrezik për jetën. Jepini ndihmë urgjente menjëherë, ose referojeni
2. Kontrolloni për alergji nga medikamentet	2. Jepini diphenylhydramine 25-50 mg IV • Reaksion i fortë: epinefrinë 0.3 ccs 1:1000 SC (mund të përsëritet një herë, dhe pastaj çdo 15-20 minuta). • Oksigjen, filloni IV, mbron rrugët e frymëmarrjes
4. Në rast se ka ndonjë dyshim, ky mund të jetë një tregues për rikyretimin e kavitetit. Procedura duhet të kryhet me kujdes, dhe vetëm nga një personel i trajnuar	4. Përsëriteni procedurën
	5. Mos vazhdoni të eksplori hapësirën e uterusit. Përdorni një kanjulë të re për ta përfunduar procedurën. Maja që është shkëputur mund të nxirret me aspirim, histeroskopi ose të lihet në vend (mund të dalë vetë papritur) Zakonisht zgjidhet pa pasur nevojë për ndërhyrje kirurgjikale. Vëzhgojeni për 24 orë ose referojeni. Jepini ergometrinë 0.2 mg (shtoni një ose maksimumi dy doza, në rast se vazhdon të ketë gjakderdhje
	6. Ndalojeni procedurën menjëherë dhe nxirreni kanjulën. • Menaxhoni shokun në rast se kërkohet; mos jepni meterginëapo oksitocinë, në qoftë se dyshohet për omentum apo hernia intestinale (Loop hernia)
	7. Transferojeni pacienten në një departament obstetrik gjinekologjik në spital • Filloni lëngje IV dhe antibiotikë; jepini ergometrinë 0.2 mg IM (plus një ose maksimumi dy doza, në qoftë se vazhdon gjakderdhja), me përjashtim kur dyshohet se ka omentum apo hernia të intestinit. • Vëzhgojeni për 24 orë ose referojeni • Kontrolloni shenjat jetësore dhe shenjat abdominale shpesh gjatë dy orëve të para
8. Verifikoni nëse uterusit është zbratur, duke përdorur me shumë kujdes një kyretë	8. Në rast se gjendja përkeqësohet apo gjakderdhja vazhdon gjatë përdorimit të ergometrinës apo oksitocinës, referojeni pacienten për ndërhyrje kirurgjikale • Aspironi pa humbur kohë likidet dhe gjakun e koagular • Jepini një oksitocinë dhe filloni antibiotikun • Përmbajtje në kavitetin uterin: reviziononi uterusin • Traumë cervikale: pesë minuta shtypje të vazhdueshme. Suturoheni atë në rast se nuk ndalon gjakderdhja, ose referojeni • Shih tabelën (kontrolli i dhimbjeve të abortet) Ndalojeni procedurën • Mbani të hapura rrugët e frymëmarrjes • Kthejeni pacienten në krah (për të parandaluar gëlltitjen e të vjellave apo të pështymës)
10. Rezidua okulare? Traumë cervikale? Shumë rrallë: angioma endometrike (mund të bëjë të nevojshme histeroktominë)Hematometër?	10. Ngrijani pacientes këmbët lart • Në rast se situata përkeqësohet; trajtojeni për shok. Shih Shoku.
11. Duhet të jetë i pranishëm personel i specializuar; sigurohuni që të keni pranë medikamentet kundër narkozës (narcotic reversal agents)	
12. Kontrolloni presionin e gjakut, pulsën, frymëmarrjen	
	13. Në përgjithësi, embolizimi i venave nga prania e ajrit është kalimtar dhe jo me pasoja fatale • Jepini oksigjen dhe lëngje (me prurje të shpejtë) pa vonesë

- Mifepristone nuk është teratogjen, por janë raportuar keqformime pas përdorimit në tremujorin e parë të Misoprostolit (dhe të Methotrexate). **Gratë duhen këshilluar dhe motivuar për ta përfunduar abortin, në rrugë mjekësore apo përmes përdorimit të aspirimit (ose zgjerimit dhe kyretazhit), pasi të jenë dhënë medikamentet e para.** Informojeni pacienten se është e domosdoshme vizita pasuese për të konfirmuar abortin e plotë. Caktoni një takim formal për ditën e 14-të (mund të nevojiten vizita më të shpeshta në rast ankthi apo komplikacionesh).
- Aspirimi me vakum duhet të jetë i disponueshëm në çdo kohë, në rastet e pacienteve ku dalja e reziduave ovulare ndodh me vonesë, ose kur ajo parapëlqen aspirimin në vend që të presë deri sa të përfundojë aborti medikal.
- Diskutoni metodën e kontracepsionit, e cila duhet nisur sa më shpejt që të jetë e mundur pas abortit. Takimi formal në ditën e 14-të duhet të zhvillohet për të kontrolluar nëse procedura ka funksionuar dhe për të diskutuar mbi metodat e kontracepsionit.
- Ofroni shpjegime shtesë:
 - Dhënie nga goja: do të thotë të gëlltisësh tabletën (tabletat); gjatë marrjes së tabletave nga goja, përpara se të gëlltiten ato duhet të mbahen për 30 minuta në hapësirën e brendshme midis faqes dhe mishrave të dhëmbëve;
 - Marrje nën gjuhë: do të thotë që tabletat duhen vënë nën gjuhë deri sa të zhduken/shkrihen.
 - Administrimi vaginal i Misoprostolit mund të bëhet në shtëpi: pacientja duhet t'i lajë duart përpara sa ta fusë atë në vaginë. Duhet ta fusë thellë, dhe të qëndrojë e shtrirë për 30 minuta.
- **Kontrolli i dhimbjes:** Pacientja duhet të ketë medikamente që merren nga goja për qetësimin e dhimbjeve dhe të udhëzohet për përdorimin e tyre. Dhimbja zakonisht përshkruhet si shtrëngim. Ajo është më e fortë gjatë ekspulsionit të pjesëve ovulare dhe zgjat 2-4 orë, dhe më pas, zakonisht qetësohet.
- **Hemorragjia:** Fillon te 50 për qind të përdoruesve përpara se të fillojnë të marrin Misoprostol, por ky medikament zakonisht nevojitet për të përfunduar procesin e ekspulsionit të pjesëve ovulare.
- **Embrioni** është i vogël dhe zakonisht nuk shihet para javës 6-7 të shtatzënisë.

Komplikacionet e vonshme të abortit medikal

Personeli duhet të trajnohet dhe të ketë përvojë, pajisjet duhet të jenë të përshtatshme dhe sistemi i referimit i sigurt. Personeli duhet të jetë në gjendje të (ri)kyretojë një uterus, në raste të abortit jokomplet apo dështimit të abortit mjekësor.

Komplikacionet e vonshme të hasura në rastin e abortit medikal janë më të pakta se ato të hasura në rastin e abortit kirurgjikal, por nuk janë zero.

Më kryesoret janë: aborti jo i plotë, vazhdimi i shtatzënisë, hemorragjia, infeksioni dhe sekelat negative psikologjike (këto të fundit ndodhin te një numër shumë i vogël grash), të ndikuara nga çrregullime paraekzistuese). Në rastet e hemorragjive të shtuara apo infeksioneve, të cilat vihen re më shumë në rastet e përdorimit të medikamenteve në shtatzënitë mbi 10 javë, mund të haset shoku hipovolemik apo ai septik. (Shih *Shoku*)

Pas një aborti pa komplikacione, nuk ka dëshmi për pasoja negative (për shembull, për fertilitetin, shtatzënitë e mëvonshme, rrezik kanceri në gji, çrregullime psikologjike ose psikiatrike). Disa gra përjetojnë ndjenjë keqardhjeje, por kjo mund të konsiderohet

normale në shumicën e rasteve dhe nuk nënkupton patjetër që vendimi për abort ka qenë i gabuar.

Ndjenja e keqardhjes mund të ndahet në dy kategori: së pari, në lidhje me rrethanat që bënë të detyrueshme marrjen e vendimit për t'i dhënë fund shtatzënisë dhe, së dyti, me faktin se kush ka vendosur për marrjen e vendimit. Shpesh këto dy anë ngatërrohen me njëra-tjetrën si nga vetë pacientet, ashtu edhe nga disa ofrues të shërbimit mjekësor ose këshillues. Po ashtu, duhet të kihet parasysh se perceptimi i asaj që ka ndodhur ndryshon ose zbehet me kalimin e kohës.

Problemet ekzistuese psikologjike para abortit mund t'i shtojnë vështirësitë e përballimit të abortit. Përbuzja dhe ndjenja e fajit mund të krijohen dhe shtohen për shkak të ndikimit të fesë dhe elementeve të tjera negative. Mbështetja e partnerit dhe/ose e familjes ndihmon në procesin e shërimit. Po ashtu, komunikimi me njerëz të besuar ndihmon në uljen e vështirësive të mundshme psikologjike. Në rast se ka shenja depresioni ose probleme psikiatrike, mund të jetë i nevojshëm referimi te një psikolog ose psikiatër. Raste të tilla nuk janë të shpeshta dhe mund të pakësohen në saje të shërbimit me cilësi të lartë dhe këshillimit para dhe pas abortit.

Komplikacionet e abortit (kirurgjikal + medikal) pas tremujorit të parë

Komplikacionet që mund të ndodhin pas tremujorit të parë, pavarësisht teknikës së përdorur, shqyrtohen më pas. Ato janë aborti jokomplet, hematometri, shoku, hemorragjia masive, infeksioni dhe traumat intra-abdominale.

Vazhdimi i shtatzënisë (dështimi i abortit)

Vazhdimi i shtatzënisë, pra vazhdimi i ekzistencës së dhomës gestacionale, mund të ndodhë qoftë pas abortit kirurgjikal, ashtu edhe pas abortit medikal. Kjo gjë kërkon përsëritjen e aspirimit (mundësisht) ose dilatacionin dhe kyretazhin. Ekzistojnë të dhëna të pakta, për të mos thënë fare, rreth abortit mjekësor të përdorur në rastet kur aborti ka dështuar. Çdo grua që paraqitet me një abort jokomplet, mund të ketë ndonjërin prej këtyre **komplikacioneve me rrezik për jetën**: shok, hemorragji vaginale profuze, infeksion dhe sepsis.

Hematometria

Hematometria mund të ndodhë duke filluar nga disa orë deri në tri ditë pas abortit. Uterusi është fragjil, i dhimbshëm (dolent) në vizitën gjinekologjike dhe më i madh se norma si pasojë e pranisë së gjakut në kavitetin uterin, i cili shkakton presion në rektum. Janë të pranishme edhe spazmat, bashkë me simptomat vagale (prijje për të humbur ndjenjat, zbehtësi, bradikardi, presion të ulët gjaku, djersitje). Ka pak ose aspak sekrecione vaginale. Trajtimi konsiston në aspirimin e menjëhershëm të likidit dhe gjakut të koagulluar, gjë që çon në përmirësim të shpejtë. Pas zbrazjes së përsëritur të uterusit jepet një uterotonik (Misoprostol, oksitocinë ose ergometrinë). Shtohet edhe antibiotikoterapia.

Shoku

Shenjat

Shoku shkaktohet nga hemorragjia dhe/ose sepsisi, ku dhimbja është një faktor përkeqësues. Furnizimi me oksigjen në inde ndërpritet. Është një gjendje tepër e paqëndrueshme, me një rrezik të lartë vdekshmërie. Shenja të mundshme të shokut janë: puls i shpejtë (>100 për minutë) dhe i dobët; presioni i ulët i gjakut; zbehja e lëkurës rreth gojës ose në pëllëmbët e duarve; konjunktiviti me ngjyrë të zbardhur; frymëmarrja e shpejtë (>30 për minutë); ankthi, konfuzioni; marramendje; humbja e vetëdijes.

Trajtojeni menjëherë dhe filloni pa humbur kohë perfuzione IV. Në fillim trajtoni shokun, pastaj shkakun.

Trajtimi fillestar

Në rast nevojë, referojeni pacienten sipas mundësive dhe protokolleve vendore, por filloni menjëherë trajtimin fillestar.

- Sigurohuni që të jenë të hapura rrugët e frymëmarrjes.
- Kontrolloni shenjat vitale (pulsin, presionin e gjakut, frymëmarrjen).
- Siguroni linjën IV (intravenoze).
- Mbajeni pacienten ngrohtë.
- Kthejani trupin dhe kokën në njërën anë (në rast se vjell, ka më pak gjasa që të aspirojë).
- Ngrijini këmbët (ose fundin e krevatit). Megjithatë, në rast se kjo i shkakton vështirësi në frymëmarrje, mund të bëhet fjalë për edema pulmonare ose arrest kardiak. Në këtë rast, uljani këmbët dhe ngrijini kokën për të lehtësuar presionin pulmonar.
- Jepini ringer laktat IV ose solucion isotonik 1 L për 15-20 minuta (Intranyl me diametër 15-18 G). Mund të kërkohet 1-3 L për ta stabilizuar një paciente në shok.
- **Mos i jepni likide nga goja.**
- Në rast se është i disponueshëm, administroni oksigjen 6-8L/minutë (me maskë apo kanjulë nazale).
- Të hiqet çdo residua ovulare apo embrionale nëpërmjet kyretazhit ose aspirimit.
- Në rast se hemoglobina është < 7g/dL ose hematokriti <15%, është i nevojshëm të bëhet transfuzion gjaku.
- Ndiqini me rigozitet sasinë e likideve/gjakut të dhënë (përdorni një tabelë).

Tabela 5: Shenjat e shokut të hershëm dhe të vonë

Simptomat	Shenjat e shokut të hershëm (zakonisht mund të trajtohen në nivel të kujdesit shëndetësor parësor)	Shenjat e shokut të vonë (zakonisht duhet të trajtohen në nivelin e referuar)
Pulsi	>110 /minutë	I shpejtë dhe i dobët
Presioni i gjakut	Sistolik < 90 mmHg	Shumë i ulët
Zbehja	Konjuktivat, pëllëmbët e duarve, lëkura përreth gojës	Shumë e zbehtë
Frymëmarrja	>30/minutë	Shumë e shpejtë dhe e cekët
Vetëdija	E zgjuar, me ankth	E paqartë ose pavetëdije
Mushkëritë	Të pastra	Të mbushura
Hemoglobina	≥8g/dL	<8g/dL
Hematokriti	≥ 26%	<26%
Nxjerrja e urinës	≥30 mL/h	<30 mL/h
Lëkura	E zbehtë	E ftohtë, ngjitëse, djersitëse

- Kontrolloni debitin urinar. Në qoftë se debiti urinar ulet, pakësohet ose mungon, referojeni pacienten në një qendër më të specializuar. Shoku, ulja e volumit të gjakut (për shembull, për shkak të hemorragjisë ose diarresë së fortë), sepsisi dhe dëmtimet e uterusit, mund të shkaktojnë oliguri ose anuri. Është i nevojshëm korrigjimi i shpejtë i vëllimit qarkullues, si edhe eliminimi i shkakut të tij. Jepni me menjëherë likide: 50-200 mL solucion fiziologjik ose solucion ringer laktat për një periudhë prej 10 minutash.
- Në rast infeksioni (temperaturë, të dridhura, qelb), administroni antibiotikë me spektër të gjerë veprimi, mundësisht IV, ose IM. **Mos i jepni medikamente nga goja.**
- Ekzaminimet laboratorike janë të dobishme, por nuk duhet të bëhen shkak për vonesa në trajtim. Kërkoni grupin e gjakut dhe rrezusin, hemoglobinën, hematokritin, para transfuzionit (llojin dhe provën e pajtueshmërisë), numrin e trombociteve dhe nëse mundeni, elektrolitet në gjak, pH, uriceminë dhe/ose kreatininën.

Shenjat e stabilizimit

- Rritje e presionit të gjakut, presioni sistolik ≥ 100 mmHg.
- Ritmi i zemrës <90 /min.
- Vetëdije e ruajtur, konfuzion/ankth më i vogël.
- Ngjyra e lëkurës përmirësohet.
- Shkalla e djersitjes ulet ose është <30 /min.
- Sasia e urinës rritet dhe është >100 mL/4 orë.

Vazhdimi i trajtimit për shok

Gjatë hapave të mposhtëm, përgatituni njëherazi për ta referuar pacienten. Në rast se gjendja rëndohet, referojeni pa vonesë.

Në qoftë se pacientja nuk stabilizohet pas 20-30 minutash:

- Vazhdoni monitorimin, oksigjenin dhe likidet IV.
- Rivlerësoni nevojën për antibiotikë.
- Filloni menjëherë trajtimin e shkakut (shkaqeve) kryesore të shokut.

Nëse pacientja nuk stabilizohet pas dy orësh, referojeni menjëherë.

Nëse pacientja stabilizohet:

- Ndërpriteni oksigjenin në mënyrë graduale. Në rast se kjo gjë shkakton përkeqësim të disa prej shenjave si në *Tabelën 2*, hapeni përsëri oksigjenin me shpejtësi 6-8 L/minutë.
- Uleni administrimin e likideve IV deri në 1 L 6-8orë.
- Vazhdojini antibiotikët në rast se i keni filluar.
- Trajtoni shkakun (shkaqet) kryesore të shokut.

Hemorragji e madhe vaginale (hemorragjia vaginale profuze)

Shenjat

- Hemorragjia në sasi të moderuar deri në të paktë nënkupton mungesën e ndotjes së pecetës higjienike pas pesë minutash, përzierjen e gjakut të pastër me sekrecionet dhe mungesën e koagulave.
- Hemorragjia masive mund të shkaktohet nga trauma (në vaginë, në collum, në uterus), rezidua ovulare, fibroza apo atonia e uterusit (mungesë e tonusit normal).
- **Shenjat:** gjak i bollshëm, me ngjyrë të kuqe të ndezur, me apo pa koagula; peceta, peshqirë apo tesha të lagura me gjak; zbehje (konjuktivat, pëllëmbët e duarve, rreth gojës); marramendje, sinkopi, hipertension.
- Ka rrezik që gjakderdhja të vazhdojë: trajtojni shokun, në rast se shfaqet.

Trajtimi fillestar i gjakderdhjes vaginale masive

- Sigurohuni që rrugët e frymëmarrjes të jenë të lira.
- Kontrolloni shenjat vitale (pulsin, presionin e gjakut, frymëmarrjen).
- Siguroni linjën e IV-së.
- Mbajeni pacienten ngrohtë.
- Ngrijani pacientes këmbët (ose fundin e shtratit).
- Kontrolloni gjakderdhjen, në rast se është e mundur dhe sipas rastit, përmes përdorimit të tokolitikeve, tamponimit, masazhit të uterusit, zbrazjes në mënyrë kirurgjikale të uterusit (mundësisht me anë të aspirimit), suturimit të laceracioneve të mundshme ose shtypjes së uterusit me dy duar të vendosura një në kavitet dhe një tjetër mbi simfizën pubike.
- Nëse është e mundur, jepini oksigjen 6-8 L/minutë (me maskë apo me kanjula nazale).
- **Administroni solucione isotonike ose ringer laktat IV 1 L për 15-20 minuta.** Për të stabilizuar një paciente që ka humbur shumë gjak, mund të nevojiten 1-3 L. **Mos administroni likide nga goja.**
- Në rast se hemoglobina është <5-7 g/dL ose hematokriti < 15%, është e nevojshme të bëhet transfuzioni i gjakut.
- Monitoroni me rigorozitet sasinë e likideve/gjakut të dhënë (përdorni një diagramë).
- Monitoroni debitin urinar për të parë nëse ka pakësim apo mungesë të tij. Ngjyra më e errët tregon një sasi të ulur. Rritja është shenjë e mirë.
- Jepini analgjezikë në rrugë IV ose IM për dhimbjen.
- Në rast se ka infeksion (temperaturë, ethe, qelb), administroni antibiotikë me spektër të gjerë, mundësisht në rrugë IV, ose IM. **Mos i jepni medikamente nga goja.** Në rast nevoje, bëni toksoidin ose antitoksinën tetanike.
- **Ekzaminimet laboratorike janë të dobishme, por nuk duhen të bëhen shkak për vonesa në trajtim.** Kërkoni hemoglobinën, hematokritin, grupin e gjakut dhe rezusin para transfuzionit (llojin dhe përputhshmërinë), numrin e trombociteve në gjak dhe, në rast se është e mundur, elektrolitet e gjakut, pH, uriceminë dhe/ose kreatininën. Rënia e hemoglobinës dhe e hematokritit mund të ndodhë 6-8 orë pas fillimit të humbjes së gjakut (koha që kërkohet për të vendosur ekuilibrin).

Shenjat e stabilizimit

- Rrija e presionit të gjakut; presioni sistolik i gjakut ≥ 100 mmHg.
- Ritmi i zemrës <90/minutë.
- Ngjyra e lëkurës përmirësohet.
- Debiti urinar rritet dhe e kalon 100 mL/4 orë.

Vazhdimi i trajtimit në rast gjakderdhjeje të madhe vaginale

- Vazhdoni monitorimin, oksigjenin dhe likidet IV, për sa kohë pacientja është e pastabilizuar.

Kur pacientja është duke u stabilizuar:

- Ndërpritni oksigjenin në mënyrë graduale. Në qoftë se kjo gjë shkakton përkeqësimin e disa prej shenjave (*Diagrami 3*), hapeni përsëri oksigjenin me 6-8 L/minutë.
- Uleni administrimin e likideve IV deri në 1L/6-8 orë. Vazhdoni transfuzionin e gjakut sikundër e keni programuar dhe filluar.
- Rivlerësoni/vazhdoni antibiotikët, kontrollin e dhimbjes, masat e parandalimit të tetanosit në qoftë se i keni filluar, ose nëse është e nevojshme të fillohen.

Infeksioni dhe sepsisi

Kjo mund të lidhet ose jo me praninë e rezidua ovularis në uterus. Infeksioni mund të jetë i kufizuar në collum ose në uterus, por mund të jetë instaluar sepsis i përgjithshëm. **Gjithsesi, kërkohet trajtimi i menjëhershëm. Monitoroni me kujdes për të parë nëse ka shenja të shokut septik. Administroni menjëherë antibiotikë me spektër të gjerë. Bëni hemokulturën.** Çdo grua që paraqitet me infeksion pas abortit, mund të jetë duke kaluar një ose disa komplikacione me rrezik për jetën: shok, hemorragji vaginale masive ose septicemi. Në rast se aborti bëhet siç duhet, në kushte asepsie, infeksionet janë të rralla, por disa komplikacione, të tilla si si septicemia, mund të jenë shumë të dëmshme dhe vdekjeprurëse.

Shenjat dhe simptomat

- Bëni një ekzaminim të përgjithshëm fizik.
- Ethe, temperaturë e lartë, të djersitura, simptoma si të gripit (mund të mos jenë të pranishme, sidomos në disa infeksione shumë të rrezikshme si *clostridium*).
- Presion i ulët i gjakut.
- Sekretioni vaginale me erë të rëndë.
- Dhimbje abdonimale, pelvike, bark i distenduar, mbrojtje abdominale dhe ndjeshmëri gjatë ekzaminimit pelvik bimanual.
- Sub-involucion i uterusit
- Ndjeshmëri gjatë palpimit të uterusit dhe collumit.
- Mund të jetë e pranishme një masëadrenale (që mund të jetë një absces.)
- Dhimbja në shpatull mund të jetë një shenjë e shtatzënisë ekstrauterine (kjo është për shkak të irritimit të pjesës së sipërme të peritoneumit) ose të një traume intraabdominale.
- Gjakderdhje e zgjatur vaginale (kontrolloni për mundësinë e koagulimit të gjakut apo shenja anemie) ose njolla.
- Teste laboratorike: leukocitozë e shprehur.

Infeksioni: vlerësimi i situatës

Përcaktoni nëse ka rrezik të madh ose të vogël që pacientja të pësojë shok septik.

- **Rrezik i vogël për të pësuar shok septik:** temperaturë e paktë/e moderuar (< 38.5°C dhe 36.5°C), shenja vitale të qëndrueshme, presion gjaku, frymëmarrje), nuk ka dëshmi për dëmtime intra-abdominale.

- **Rrezik i madh për të pasur shok septik:** temperatura ≥ 38.5 °C ose 36.5 °C, OSE shtatzëni në tremujorin e dytë, OSE dëshmi të dëmtimeve intra-abdominale (bark i fryrë, zhurma të rritura të zorrëve, bark i fortë, ndjeshmëri në prekje, të përziera, të vjella), OSE çdo dëshmi shoku (presion i ulët gjaku, ankth, konfuzion, pavetëdije, zbehje, frymëmarrje të shpejtë, puls i dobët).

Trajtimi fillestar i sepsisit (njëlloj si më sipër)

- Sigurohuni që rrugët e frymëmarrjes të jenë të hapura.
- Monitoroni shenjat vitale (puls, presioni i gjakut, frymëmarrja).
- Jepini lëngje: solucion IV laktate ringer ose isotonik 1 L për 15-20 minuta. Mund të duhen 1-3 L për të stabilizuar një paciente në shok. **Mos i jepni lëngje nga goja.**

Kur pacientja është në rrezik të lartë shoku:

- **Fillojini antibiotikë IV menjëherë dhe trajtojeni për shok.** Përdorni antibiotikë me spektër të gjerë, që është i efektshëm kundër baktereve gram-negative dhe gram-pozitive, organizmave anaerobike dhe klamidias.
- Sipas statusit të vaksinave të pacientes, bëjini vaksinë tetanike dhe/ose serum antitetanik.
- Jepini analgjezik IV ose IM.
- Nuk ka nevojë për oksigjen, nëse pacientja është në gjendje të qëndrueshme dhe rreziku i shokut është i pakët.
- Në rast se gjendja e pacientes bëhet e paqëndrueshme, jepini oksigjen 6-8 L në minutë (me maskë ose me kanjulë nga hunda).
- Është e dobishme puna laboratorike, por nuk duhet të shkaktojë vonesa në trajtim.
- Në rast se pacientja ka humbur shumë gjak, vlerësoni hemoglobinën, hematokritin, grupin e gjakut dhe rrezusin para transfuzionit (tipin dhe përputhshmërinë), gjakun komplet për të vlerësuar aneminë, infeksionin dhe mundësinë e koagulimit vaskular të shpërndarë, numrin e trombociteve (në rast koagulimi vaskular të diseminuar (KID), numri i trombociteve do të jetë i ulët). Nëse ka mundësi, kërkoni elektrolitet, pH, urean dhe ose kreatininën.
- Monitoroni sasinë e urinës për të parë nëse është pakësuar apo nëse mungon. Një ngjyrë më e errët është tregues i një sasive të pakësuar.
- Në rast se është e mundur, bëni një radiografi në pozicionin shtrirë dhe më këmbë (flat plate) të barkut, për të kontrolluar nivelet e ajrit dhe të lëngjeve në intestin, si dhe një radiografi më këmbë për të kontrolluar ajrin nën diafragmë. Kjo sinjalizon perforimin e uterusit apo të zorrëve.
- **Trajtoni shkakun kryesor të infeksionit:** rizbrazni uterusin.
- Kontrolloni për shenja të gangrenës, tetanosit, dëmtime intra-abdominale, peritonit dhe abscese pelvike.

Shenjat e stabilizimit

- Rritja e presionit të gjakut; presioni sistolik i gjakut ≥ 100 mmHg.
- Ritmi i zemrës ≤ 90 /minutë.

- Debiti urinar rritet dhe e kalon 100 mL/4 orë.

Vazhdimi i trajtimit të sepsisit

- Vazhdoni monitorimin e shenjave vitale, të debitit urinar dhe të vëllimit të likideve/gjakut.
- Në qoftë se është dhënë oksigjen, fillojeni dhe hiqeni në mënyrë graduale. Në qoftë se kjo shkakton përkeqësim, hapeni përsëri oksigjenin me shpejtësi 6-8 L/minutë.
- Në rast se janë filluar perfuzionet IV, për t'i administruar pacientes antibiotikë, vazhdojeni trajtimin IV.
- Pasi të jetë korrigjuar vëllimi i likideve, uleni sasinë e likideve deri në 1L/6-8 orë.
- Në qoftë se hemoglobina është < 5g/dL, ose hematokriti < 15%, është i nevojshëm të bëhet transfuzion gjaku.

Dëmtime intra-abdominale (traumat intra-abdominale)

Perforimi gjatë histerometrisë dhe perforimi i dyshuar i uterusit dhe i collumit gjatë zvtimit të plotë ose jo, janë çështje të shqyrtuara më sipër (shih *Diagramin*).

Ekziston mundësia që të ndodhë perforimi apo dëmtimi i organeve përreth, infeksion dhe sepsis. Diagnoza diferenciale: shtatzëni ekstrauterine jo evolutive, perforim i abscesit, cist ovarian i rruptuar, apendicit akut.

Simptomat e pranishme përfshijnë dhimbjen abdominale, krampet abdominale; bark i fortë, i tensionuar dhe i distenduar, mbindjeshmëri, pakësim i zhurmave intestinale; të përziera, të vjella; dhimbje në shpatull, temperaturë; shok, sepsis.

Trajtimi fillestar i dëmtimeve intra-abdominale

- Kontrolloni shenjat vitale (pulsin, presionin e gjakut, frymëmarrjen).
- Kontrolloni hemoglobinën ose hematokritin.

Në rast se ka shenja shoku: (njëlloj si më sipër)

- Ngrijani këmbët lart pacientes.
- Sigurohuni që rrugët e frymëmarrjes të jenë të hapura.
- **Mos i jepni asgjë nga goja.**
- Në rast se keni oksigjen, fillojeni me 6-8 L/minutë.
- Jepini lëngje: solucion laktat ose isotonik ringer IV 1 L për 15-20 minuta (përdorni një shiringë me depozitë 16-18). Mund të duhen 1-3 L për të stabilizuar një paciente, e cila ka humbur shumë gjak ose është në shok.
- Në rast se hemoglobina është <5g/dL ose hematokriti < 15%, është e nevojshme të bëhet transfuzion gjaku.
- **Filloni menjëherë antibiotikë IM me spektër të gjerë ose, mundësisht, në rrugë IV.** Përdorni antibiotikë që japin rezultat ndaj baktereve gram-negativ dhe gram-pozitive, organizmave anaerobike dhe klamidias.

- Në rast se është e nevojshme, bëni vaksinë tetanike dhe/ose serum antitetanik.
- Jepini analgjezikë.
- Puna laboratorike është e dobishme, por nuk duhet të shkaktojë asnjë vonesë në trajtim.
- Vlerësoni hemoglobinën, hematokritin, grupin e gjakut dhe rrezusin para transfuzionit (tipin dhe përputhshmërinë), analizat e plota të gjakut për të parë aneminë, infeksionin dhe mundësinë e përhapjes së koagulimit vaskular, si dhe testoni numrin e trombociteve (në rast se paraqet shenja të KID, numri i trombociteve do të jetë i vogël). Në qoftë se e keni të mundur, kërkoni t'i bëhet niveli i elektroliteve në gjak, pH, urea dhe/ose kreatinina.
- Monitoroni sasinë e urinës për të parë nëse ka rënie ose mungesë të saj. Një urinë me ngjyrë më të errët tregon një sasi të ulur. Rritja është shenjë e mirë.
- Në se është e mundur, bëni radiografi flat-plate abdominale për të kontrolluar gazrat në kavitetin peritoneal, dhe një radiografi abdominale drejt (ose, në rast se është e pamundur, laterale) (prania e gazrave është shenjë e perforimit të uterusit ose të zorrëve).
- Në qoftë se është e nevojshme, largojini produktet e mbetura të shtatzënisë, duke vlerësuar zbrazjen e plotë të uterusit në kontroll të drejtpërdrejtë vizual (laparaskopi, mini-laparaskopi, ose me ekzaminim ekografik, nëse e keni këtë mundësi) dhe vlerësoni dëmtimin e shkakuar të organeve pelvike. Riparoni vazat, intestinën dhe organet e tjera abdominale me ndërhyrje kirurgjikale. Në rast se nuk mund të bëhet laparotomi ose laparaskopi, stabilizojeni dhe referojeni pacienten. Pas ndërhyrjes kirurgjikale, jepni oksitocinë dhe ndiqni shenjat vitale çdo 15 minuta, për dy orë; pastaj jepini ergometrinë 0.2-0.5 mg IM dhe ndiqeni gjatë natës. Në rast se pacientja përkeqësohet, referojeni.

Shenjat e stabilizimit dhe të përmirësimit

- Rritja e presionit të gjakut; presioni sistolik i gjakut ≥ 100 mmHg.
- Ritmi i zemrës ≤ 90 /minutë.
- Ngjyra e lëkurës përmirësohet.
- Sasia e urinës rritet dhe e kalon 100 mL/4 orë.

Vazhdimi i trajtimit të dëmtimeve intra-abdominale

- Vazhdoni monitorimin e shenjave vitale, të debitit urinar dhe të likideve.
- Për ndërhyrje kirurgjikale, referojeni pacienten.

Këshillimi për metodat e kontracepsionit

E drejta për planifikim familjar (PF) është miratuar zyrtarisht në Konferencën e Kombeve të Bashkuara në vitin 1966. Megjithatë, çdo vit, rreth 14 milionë vajza adoleshente në të gjithë botën mbeten shtatzënë dhe shumë prej tyre kryejnë aborte. Në Shqipëri, shërbimet e planifikimit familjar kanë filluar me liberalizimin e abortit në prill të vitit 1991. Në maj të vitit 1992 u miratuan aktivitetet e PF-së dhe aborti u bë i ligjshëm. Aktualisht shërbimi për

planifikimin familjar në Shqipëri ofrohet në kujdesin parësor, ku përfshihen qendrat shëndetësore (bazuar në paketën bazë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor), si dhe në poliklinikat e specialiteteve dhe maternitete, pra në të tria nivelet e kujdesit shëndetësor. Nga janari i vitit 1996 metodat kontraceptive si: pilula, prezervativi, injeksioni, DIU, lidhjet e tubave, ofrohen falas në të gjitha shërbimet shëndetësore publike.

Çfarë janë metodat kontraceptive?

Kontraceptivët janë metoda që parandalojnë shtatzëninë. Te ne janë njohur gjerësisht si metoda të planifikimit familjar. Ekzistojnë metoda kontraceptive për meshkujt, të tilla si prezervativi dhe sterilizimi kirurgjikal mashkullor, dhe kontraceptive për femra, të tilla si pilulat, pilula kontraceptive e urgjencës, injeksioni, DIU dhe sterilizimi kirurgjikal femëror. Më poshtë po japim pak informacion për të gjitha metodat moderne kontraceptive:

Kontraceptivët oralë: Janë tableta, pilula, të cilat pihen nga goja për aq kohë sa femra dëshiron të mos mbetet shtatzënë. Është një metodë mjaft e përhapur, të cilën e përdorin rreth 65 milionë gra në mbarë botën. Tabletat fillohen brenda 7 ditëve të para të ciklit menstrual, por edhe në çdo kohë mbasi të sigurohen që nuk janë shtatzënë dhe duhet të pihen rregullisht çdo ditë. Me mbarimin e një pakete fillohet paketa tjetër. Është një metodë e rikthyeshme, çka nënkupton që, nëse femra dëshiron të mbetet shtatzënë, mjafton të ndërpresë në çdo çast pirjen e tabletave dhe aftësia për të mbetur shtatzënë kthehet menjëherë. Nëse femra ka diarre apo të vjella, tabletat nuk thithen plotësisht dhe efekti i tyre zvogëlohet. Nëse harrohet të pihet një tabletë, gjithashtu efekti i tyre zvogëlohet dhe ekziston mundësia për shtatzëni. Kontraceptivët oralë mund të përdoren dhe për trajtimin e akneve në adoleshencë.

Kontracepsioni i emergjencës-është tabletë e cila merret nga goja dhe përdoret për të parandaluar një shtatzëni të padëshiruar në raste: kur një femër ka pasur seks të pambrojtur kundër dëshirës së saj (përdhunim), kur është çarë kondomi, kur DIU-ja ka dalë nga vendi apo kur janë harruar 2 ose më tepër kontraceptive oral. Fillohet sa më shpejt por jo më vonë se 120 orë mbas një akti seksual të pambrojtur.

Kontracepsioni i emergjencës: Ofrohet në paketa me 2 ose me 1 tabletë. Në rastin kur janë paketa me 2 tableta, fillohet duke marrë 1 tabletë dhe mbas 12 orëve merret një tabletë tjetër. Në rastet kur është më 1 tabletë, duhet të pihet tableta sa më shpejt që të jetë e mundur. Sa më shpejt të pihet aq më e sigurt është. Kontracepsioni i urgjencës nuk përdoret rregullisht si kontraceptiv ditor. Ai përdoret vetëm në raste emergjence.

Kontracepsioni i injektueshëm/injeksioni, apo siç njihet ndryshe, gjilpëra-depo, është një metodë shumë e preferuar nga gratë në Shqipëri. Ajo përmban hormone të ngjashme me progesteronin dhe aplikohet 1 herë në 3 muaj nga personeli shëndetësor. Nëse një femër zgjedh të përdorë injeksionin, duhet të planifikojë të bëjë injeksionin tjetër menjëherë mbas 3 muajve. Nëse shkohet për injeksionin pasardhës me 2 javë vonesë, kjo nuk ka siguri. Tri

injeksionet e para duhet të jepen në një interval prej 8 javësh, pas së cilit kërkohet një injeksion tjetër çdo 12 javë (84 ditë). Në qoftë se intervalet e injeksionit kalojnë më shumë se kaq, nuk disponohet kontracepsion i përshtatshëm nga java e 13-të dhe në vazhdim, prandaj doktori duhet të këshillojë metoda kontraceptive shtesë. Injeksioni është metodë e sigurt, e kthyeshme, parandalon shtatzëninë për një kohë të gjatë (3 muaj), mund të përdoret nga femrat e çdo moshe dhe nuk kërkon përdorim ditor.

Dispozitivi intrauterin apo DIU-ja është një tub i vogël fleksibël plastik ose metalik në formë T-je, i cili vendoset në uterus nëpërmjet vaginës nga një mjek i specializuar. Në zhangonin e përditshëm mund të ndeshet me emrat *aparati, spiralja, tubi, T-ja, sterileja* etj. Sterileja të mbron nga një shtatzëni e padëshiruar për një kohë të gjatë, e cila sipas llojit të DIU-së shkon 10 deri në 12 vjet. Nëse femra ndërron mendje dhe dëshiron të mbetet shtatzënë, mjafton të shkojë në çdo moment te mjeku, ta heqë atë, dhe aftësia për të ngelur shtatzënë rikthehet menjëherë. Kjo metodë nuk ndikon në aktivitetin seksual. DIU-ja mund të vendoset në çdo kohë, por është mirë të vendoset menjëherë pas menstruacioneve, pas lindjes ose pas abortit, për t'u siguruar paraprakisht që nuk ka ndodhur një shtatzëni. Përpara vendosjes së DIU-së do të ishte mirë të bëhej një analizë e sekrecioneve vaginale, për t'u siguruar se nuk ka prani të ndonjë infeksioni.

Prezervativi: Njihet me emra dhe zhargone të ndryshme, të tilla si: kondom, profilaktik, kapuç, llastik etj. Prezervativi është e vetmja metodë e planifikimit familjar që të mbron njëkohësisht edhe nga shtatzënia e padëshiruar, edhe nga infeksionet seksualisht të transmetueshme. Është një metodë thjeshtë dhe e sigurt për t'u përdorur; nuk ka efekte anësore hormonale; nuk ka nevojë për kujdes specialisti; është e lehtë për ta marrë apo blerë në çdo vend; mund të ndalohet në çdo kohë; mund të përdoret nga çdo moshë dhe mund të mbahet lehtësisht me vete.

Sterilizimi femëror: Është një metodë kontracepsioni kirurgjikale e njohur ndryshe si lidhja e tubave. Kjo metodë kryhet në maternitet nga mjeku specialist. Sterilizimi femëror është një metodë kirurgjikale definitive, e pakthyeshme, që siguron kontracepsion të përhershëm, prandaj është e përshtatshme për femrat që nuk duan të lindin më fëmijë. Gratë që zgjedhin këtë metodë vazhdojnë të kenë menstruacione normale, por nuk mund të mbeten shtatzënë. Për këtë arsye, një grua duhet të mendohet me kujdes nëse zgjedh këtë metodë.

Sterilizimi mashkullor: Është një metodë kontraceptive kirurgjikale e përhershme për meshkujt. Si e tillë, ajo përdoret nga ata meshkuj, të cilët janë të sigurt se nuk duan të kenë më fëmijë në të ardhmen. Sterilizimi kirurgjikal mashkullor është një procedurë e thjeshtë dhe e sigurt kirurgjikale, e cila nuk ndikon në aktivitetin seksual.

Aspirimi me vakuum gjatë tremujorit të parë: kontracepsioni

Rekomandimi:

- Fillimi i menjëhershëm i kontracepsionit hormonal dhe johormonal, si edhe sterilizimi që pason një abort në tremujorin e parë është diçka që inkurajohet dhe konsiderohet e sigurt.

- Vendosja e pajisjeve intrauterine (DIU) ose sterilizimi femëror, mund të kryhet menjëherë pas një aborti të suksesshëm, të pakomplikuar.
- Metodatat afatgjata kontraceptive kanë norma më të larta vijimësie dhe norma më të ulëta shtatzënie.

Forca e rekomandimit: e fortë

Cilësia e provës:

-IUD dhe kontraceptivë të kombinuar oralë (KOK): e lartë

-Metoda të tjera: e ulët në të moderuar

Rikthimi i fertilitetit

Një femër mund të ovulojë brenda 10 ditësh pas një aborti dhe mund të mbetet shtatzënë nëse kryen marrëdhënie seksuale pa përdorur një metodë moderne kontraceptive.

Siguria dhe pranueshmëria e kontracepsionit pas abortit

Kriteret mjekësore për kualifikimin nga ana shëndetësore për përdorimin e kontraceptivëve nga OBSH-ja në vitin 2009, i klasifikojnë të gjithë metodatat kontraceptive si të kategorisë 1, ose të sigurta për përdorim të menjëhershëm, pas një aborti të pakomplikuar në tremujorin e parë. Sterilizimi klasifikohet si i pranueshëm pas një aborti të pakomplikuar. Sterilizimi mashkullor mund të kryhet në çdo moment. Metodatat e bazuara në njohjen e fertilitetit mund të nisin sapo një grua të kalojë të paktën një menstruacion pas abortit.

Në krahasim me metodatat me veprim të shkurtër, të tilla si pilulat kontraceptive, metodatat me veprim të gjatë të kontrollit të lindjeve, siç janë implantet dhe DIU-të, kanë norma më të larta vijimësie dhe norma më të ulëta të përsëritjes së shtatzënisë krahasuar me metodatat e tjera.

Prova të lidhura me metodatat specifike kontraceptive

Implantet subdermale vetëm me progestin:

Kohortet e grave që përdorin implante kontraceptive etonogestrelë menjëherë pas abortit, shfaqin norma të larta vijimësie, të ngjashme me gratë që e vendosin me interval kohor nga kryerja e abortit.

Pajisjet intrauterine:

Në vitin 2010, një rishikim Cochrane i 11 provave të randomizuara të 7405 gra, arriti në përfundimin se inserimi i DIU-së menjëherë pas abortit është i sigurt dhe praktik. Ky rishikim nuk gjeti ndryshime në ngjarjet e papritura të rënda (infeksioni ose perforacioni) mes vendosjes së menjëhershme ose të vonuar. Normat e përjashtimit ishin lehtësisht më të larta në rastin e inserimit të menjëhershëm, por po ashtu ishin edhe normat afatgjata të vijimësisë. Në një provë të randomizuar kontrolli, të kryer kohëve të fundit, në të cilën gratë i nënshtroheshin inserimit të menjëhershëm ose të vonuar, ato me inserim të vonuar kishin probabilitet më të ulët për ta vendosur pajisjen dhe mundësi më të lartë për të pasur një

shtatzëni të përsëritur. Kërkesa për një vizitë ndjekëse për inserimin e DIU-së është një barrierë e rëndësishme për vendosjen e DIU-ve.

Injeksionet vetëm me progestin:

Nga një studim me 132 gra që përdorin acetat medroksiprogesteroni menjëherë pas abortit, nuk u raportua ndonjë ngjarje e rëndë e papritur, përveç normave të ulëta të vijimësisë së metodës në një vit dhe norma të larta të përsëritjes së shtatzënisë.

Kontraktivët e kombinuar oralë (KOK):

Nga një rishikim i fundit i 7 studimeve që përfshinë 1739 gra, nuk u raportua ndonjë ngjarje serioze e papritur në përdorimin e KOK-eve menjëherë pas abortit. Më tej, gratë që përdorën KOK-e menjëherë pas abortit shfaqën të njëjtat modele gjakderdhjeje si gratë që nuk përdornin kontracëpsion dhe më pak gjakderdhje se gratë që përdornin DIU me përmbajtje bakri.

Unaza e kombinuar vaginale:

Nga një studim kohort i kryer me 81 gra, të cilat vendosën unazë vaginale një javë pas abortit, nuk vu re ndonjë ngjarje e papritur ose infeksion.

Manikotat e kombinuara:

Nga një provë me 298 gra të randomizuara, që e kanë përdorur menjëherë pas abortit, ose disa ditë pas abortit, nuk u shfaqën ndryshime në normat e vijimësisë pas 2 dhe 6 muajsh. Nga 53% e grave, të cilat u kontaktuan pas 6 muajsh, gjysma kishin ndalur së përdoruri manikotat e kombinuara.

Gratë e reja

DIU-ja për gratë e reja, nën moshën 20-vjeçare, është klasifikuar nga OBSH-ja si e kategorisë së 2-të, në të cilën përfitimet janë më të rëndësishme se risqet. Ndërsa risku është lehtësisht më i rritur për shkak të normave më të larta të infeksioneve seksualisht të transmetueshme dhe përjashtimeve në popullatën e pacientëve, DIU-të janë një metodë e sigurt, e efektshme dhe e rekomanduar për gratë nën 20 vjeçe. Mund të aplikohet sterilizimi, por një grua e re ka nevojë për përkujdesje të veçantë, për shkak të mundësisë së lartë që ekziston për t'u penduar.

Aborti medikal gjatë tremujorit të parë me Mifepriston dhe Misoprostol ose vetëm me Misoprostol: Kontracëpsioni

Rekomandimi:

- Metoda hormonale që përfshin pilulat, manikotën e kombinuar, unazat, injeksionet ose implantet, mund të fillojë në ditën e pilulës së parë të abortit medikal.
- Vendosja e DIU-së dhe sterilizimi mund të kryhen kur është e sigurt që femra nuk është më shtatzënë.

Forca e rekomandimit: e fortë
Cilësia e provave: shumë e ulët

Rikthimi i fertilitetit

Mesatarisht, një grua do të ovulojë brenda 20 ditëve pas një aborti mjekësor me Mifepristone dhe Misopristol, por mund të ovulojë edhe brenda më pak se 8 ditëve. Prandaj, gratë që preferojnë ta shtyjnë fertilizimin, duhet të largohen nga qendra mjekësore me një metode efektive kontracepsioni. Nëse ajo dëshiron një DIU ose sterilizim, duhet të këshillohet se këto mund t'i jepen në të njëjtën kohë si aspirimi me vakuum, nëse ajo do të preferonte të largohet nga qendra shëndetësore me metodën e zgjedhur. Nëse ende dëshiron abort medikal, mund t'i këshillohet një metodë e përkohshme dhe një vizitë pasardhëse për t'i këshilluar DIU ose sterilizim, kur është e sigurt se nuk është më shtatzënë.

Nisja e kontraktivëve

Shumica e formave kontraktive (pilulat, injeksionet dhe implantet) mund të fillohen me pilulën e parë të një aborti mjekësor për aq kohë sa nuk ka kundërindikime mjekësore. Sapo të jetë e sigurt që gruaja nuk është shtatzënë, mund të vendoset DIU-ja ose të kryhet sterilizimi.

Implantet kontraktive

Një studim pilot i kryer me 20 gra që kishin implante kontraktive me përmbajtje etonogestrel, të vendosura në ditën e Mifepristonit, tregoi një vijimësi të lartë dhe kënaqësi përgjatë një viti, pa dështime në abortin medikal.

Pajisja intrauterine

DIU-të e vendosura 5-10 ditë pas një aborti të suksesshëm kanë norma të ulëta të përjashtimit dhe vijimësi të lartë. Vendosja e i DIU-së një javë pas abortit mjekësor ka një normë më të ulët shtatzënie krahasuar me vendosjen e vonuar pa një risk të rritur përjashtimi.

Sterilizimi

Sterilizimi mund të realizohet sapo të jetë e sigurt që gruaja nuk është më shtatzënë dhe se nuk është shumë e influencuar nga rrethanat e abortit të saj.

Kontraktivët oralë të kombinuar

Dy prova të randomizuara kontrolli të pilulave kontraktive orale të kombinuara filluan menjëherë pas abortit mjekësor dhe, krahasuar me placebon, treguan se pilulat nuk kanë ndonjë efekt të rëndësishëm në efikasitetin e abortit medikal, ose në sasinë apo kohëzgjatjen e hemorragjisë.

Metodat barrierë

Metodat barrierë janë të sigurta për t'u përdorur në çdo kohë pas një aborti medikal të tremujorit të parë dhe mund të përdoren si një urë për te metodat afatgjata ose sterilizimi.

Planifikimi i natyrshëm familjar

Planifikimi i natyrshëm familjar, ose metoda e njohjes së fertilitetit, duhet përdorur vetëm pasi një grua ka pasur të paktën një herë menstruacione pas abortit dhe vetëm nëse ka pasur cikle të rregullta menstruale para abortit.

Cilësia e provave klinike

Të dhënat klinike që mbështesin rekomandimin e nisjes së metodave hormonale në të njëjtën ditë me pilulën e abortit mjekësor janë të pakta. Ky rekomandim bazohet në opinionin e ekspertëve dhe të dhënat pilot. Nevoja e menjëhershme e një gruaje për kontracepsion të besueshëm pas një aborti mjekësor, bashkë me riskun se vonesa në kontracepsion redukton sasinë e marrjes, mbështet fuqishëm rekomandimin e fillimit të menjëhershëm të metodave.

Gratë e reja

DIU-ja për gratë nën moshën 20 vjeçe klasifikohet nga Organizata Botërore e Shëndetësisë si e kategorisë së dytë, në të cilën përfitimet janë më të rëndësishme se risqet. Ndërsa risku është lehtësisht i rritur për shkak të normave të larta të infeksioneve seksualisht të transmetueshme dhe përjashtimit në këtë popullatë pacientësh, DIU-të janë të sigurt, të efektshme dhe një metodë e rekomanduar për gratë nën moshën 20 vjeçe. Mund të aplikohet sterilizimi, por një grua e re ka nevojë për përkujdesje të veçantë, për shkak të mundësisë së lartë që ekziston për t'u penduar.

Aborti me medikamente gjatë tremujorit të parë me Mifepriston dhe Misoprostol ose vetëm me Misoprostol: përdorimi i DIU-së pas abortit

Rekomandimi: DIU-ja mund të vendoset brenda një jave pas një aborti mjekësor, kur një grua nuk është më shtatzënë.

Fuqia e rekomandimit: e fortë

Cilësia e provave: shumë e ulët

Rikthimi i fertilitetit

Mesatarisht, një grua do të ovulojë brenda 20 ditësh pas një aborti mjekësor me Mifepriston dhe Misoprostol, por mund të ovulojë edhe në më pak se 8 ditë. Nëse një grua dëshiron DIU pas abortit mjekësor, ajo mund të përdorë një metodë të përkohshme duke filluar nga vizita e parë dhe të rikthehet për të vendosur një DIU, kur është e sigurt se nuk është më shtatzënë. Nëse preferon ta lërë qendrën shëndetësore me një DIU, ajo mund të këshillohet për aspirimin me vakuum dhe inserimin e menjëhershëm si një alternativë e abortit mjekësor.

Masat pas abortit medikal

DIU-ja ose IUD-të mund të vendosen sapo të jetë e sigurt që gruaje nuk është shtatzënë pas një aborti, për aq kohë sa nuk ka kundërindikime mjekësore. DIU-të e vendosura 5-10

ditë pas një aborti të suksesshëm mjekësor kanë norma më të ulëta ekspulsioni dhe vijimësi të lartë. Vendosja e DIU një javë pas abortit mjekësor ka norma shtatzënie më të ulëta dhe kapje më të lartë krahasuar me vendosjen e vonuar pa risk ekspulsioni.

Gratë e reja

DIU-ja për gratë nën 20 vjeçe është klasifikuar nga OBSH-ja si e kategorisë së dytë, në të cilën përfitimet janë më të rëndësishme se risqet. Ndërsa risku mund të jetë pak më i lartë për shkak të normave të larta të infeksioneve seksualisht të transmetueshme dhe përjashtimeve në këtë popullatë pacientësh, DIU-të janë ende një mënyrë e sigurt, e efektshme dhe e rekomanduar për gratë nën moshën 20-vjeçare.

Dilatacioni i tremujorit të dytë dhe evakuimi ose aborti mjekësor: Kontracepsioni

Rekomandimi: Nisja e menjëhershme e kontracepsionit hormonal dhe johormonal pas (D dhe E) gjatë tremujorit të dytë ose pas abortit medikal është diçka që nxitet dhe konsiderohet e sigurt.

Forca e rekomandimit: e fortë

Cilësia e provës:

- Dispozitivi intrauterin pas D dhe E: e moderuar
- Metoda të tjera kontraceptive: e ulët

Metoda kontraceptive të tjera përveç dispozitivit intrauterin (DIU)

Edhe pse përdorimi i menjëhershëm i pjesës më të madhe të metodave të kontracepsionit nuk është studiuar formalisht në vijim të abortit të tremujorit të dytë, për shkak të sigurisë së demonstruar të kontracepsionit pas aspirimit me vakuum pas tremujorit të parë dhe abortit mjekësor, Organizata Botërore e Shëndetësisë e kategorizon nisjen e menjëhershme të injeksioneve hormonale, implanteve dhe kontracepsionit hormonal të kombinuar (pilula, manikota e kombinuar dhe unaza) dhe pilulave vetëm me progestin si të kategorisë 1, ose të sigurt për përdorim.

DIU

Një meta-analizë Cochrane e 11 provave të DIU-ve të menjëhershme, postabortale, që ndjekin përdorimin e abortit kirurgjikal, arriti në përfundimin që, edhe pse normat e përjashtimit mund të jenë më të larta me vendosjen e menjëhershme, vijimësia është më e lartë dhe pa rritje të komplikacioneve. Në dy prova të randomizuara të kontrollit të vendosjes së menjëhershme krahasuar me atë të vonuarën e DIU-së pas D dhe E të tremujorit të dytë, normat e përdorimit të DIU-së janë ndjeshëm më të larta me vendosjen e menjëhershme dhe pa rritje të normave të infeksionit ose të komplikacioneve. Normat e përjashtimit për gratë që patën vendosje të menjëhershme në të dy studimet ishin të ulëta (3.1% dhe 6.8%) dhe nuk kishin ndryshime nga vendosja e vonuar. Në veçanti, në të dy këto studime, rreth gjysma e grave me vendosje të vonuar nuk u kthyen për të vendosur DIU-në. Kërkesa e një vizite

ndjekëse për vendosjen e DIU-së është një barrierë e rëndësishme për të marrë DIU-në. Nuk ekzistojnë studime të vendosjes së DIU-së menjëherë pas abortit mjekësor të tremujorit të dytë dhe Kriteret mjekësore për kualifikimin nga ana shëndetësore për përdorimin e kontraktivëve nga OBSH-ja nuk kanë ndryshime bazuar në tipin e abortit të kryer, mjekësor ose kirurgjikal. Edhe pse jo e përkthyer në mënyrë direkte, prova nga vendosja post partum e DIU-së është bindëse. Për shkak të riskut të mundshëm të përjashtimit, OBSH-ja e klasifikon vendosjen e DIU-së pas një aborti të pakomplikuar të tremujorit të dytë si të kategorisë 2, që do të thotë se avantazhet e përdorimit të metodës janë përgjithësisht më të rëndësishme se risqet.

Cilësia e provës

Ekzistojnë të dhëna të limituara klinike, të cilat mbështesin rekomandimin e metodave të tjera të nisjes përveç DIU-ve, menjëherë pas D dhe E të tremujorit të dytë. Ky rekomandim është i bazuar në opinionin e ekspertëve. Nevoja e menjëhershme e një gruaje për kontracëpsion të besueshëm pas abortit, bashkë me riskun se kontracëpsioni i vonuar redukton sasinë e marrjes, mbështet fuqishëm rekomandimin se këto metoda duhen nisur menjëherë.

Gratë e reja

DIU-të për gratë nën moshën 20-vjeçare klasifikohen nga OBSH-ja si të kategorisë 2, në të cilën përfitimet janë më të rëndësishme se risqet. Ndërsa risku është lehtësisht më i lartë për shkak të normave më të larta të infeksioneve seksualisht të transmetueshme dhe përjashtimeve në këtë popullatë pacientësh, DIU-ja është një metodë e sigurt, e efektshme dhe e rekomanduar për gratë nën moshën 20-vjeçare. Mund të performohet sterilizimi, por një grua e re ka nevojë për përkujdesje të veçantë, për shkak të rrisht të lartë të pendimit.

Menaxhimi i dhimbjes gjatë procedurave të ndërprerjes së shtatzënisë

Të gjitha grave u duhet ofruar mundësia për menaxhimin e dhimbjes gjatë abortit kirurgjikal dhe medikal. Zgjedhja bëhet në varësi të moshës së shtatzënisë, anamnezës, gjendjes psikologjike të gruas dhe vendoset gjatë konsultës me mjekun para procedurës së abortit. Për të qetësuar dhimbjen gjatë procedurave të abortit ofrohen disa mundësi:

- 1. Anestezia lokale** – Eliminon ose redukton ndjenjën e dhimbjes të një pjesë të trupit, aty ku aplikohet, bëhet injektim lokal i medikamentit, në rastin e abortit realizohet blloku paracervikal.
- 2. Analgjezi e lehtë (Anxiolitikët)** – janë medikamente që heqin ankthin, duke dhënë një gjendje ku pacienti i përgjigjet normalisht komandave verbale; mund të preken funksioni njohës dhe koordinimi fizik. Frymëmarrja dhe funksionet kardiovaskulare janë të paprekura.
- 3. Analgjezi e moderuar ("Conscious Sedation")** – medikamenti jep deprimim të pjesshëm të vetëdijes. Pacientja përgjigjet përçart dhe nganjëherë vetëm mbas ngacmimeve taktile. Nuk ka nevojë për asistencë, respiracioni spontan, funksioni kardiovaskular pa ndryshime.

Tabela 6. Medikamentet që përdoren për anestezinë intravenoze gjatë abortit

Medikamenti	Klasifikimi dhe mekanizmi i veprimit	Doza dhe protokollet e përdorimit i/v	Fillimi piku dhe kohëzgjatja
Midazolam (Versed)	Benzodiazepinë (lidhet me GABA receptorët dhe jep depresion te SNQ)	Adultët: 0.05 mg/kg përsëritet çdo 2-3 minuta, sa të arrijë efektin qetësues të dëshiruar deri në doza maksimale 0.2 mg/kg. (Rritje të dozës me 1-3 mg çdo 2-3 minuta, deri në dozë maksimale 5 mg). Të moshuarit dhe ato me COPD, insuficiencë kardiake apo demencë: 0.02 mg/kg çdo 2-3 minuta, doza maksimale 0.2 mg/kg 0.5-1 mg çdo 2-3 minuta).	Fillon për: 1-3 minuta, Piku: 5-7 minuta, Zgjat: 20-30 minuta
Lorazepam (Ativan)	Benzodiazepinë (lidhet me GABA receptorët dhe jep depresion te SNQ)	Adult: 0.02-0.05 mg/kg përsëritet çdo 3-4 minuta, deri në dozë maksimale 4 mg. (1-2 mg çdo 3-4 minuta, deri në dozë maksimale 4 mg). Të moshuarit dhe ata me COPD insuficiencë kardiake dhe demencë: 0.02 mg/kg çdo 3-4 minuta, deri në dozë maksimale 4 mg.	Fillon: 3-7 minuta Piku : 10-20 min Zgjat: 6-8 orë
Diazepam (Valium)	Benzodiazepinë (lidhet me GABA receptorët dhe jep depresion te SNQ).	Adultët: 5 mg, mund të përsëritet çdo 5 minuta, deri në dozë maksimale 20 mg. Të moshuarit dhe ato me insuficiencë kardiake, COPD: 2.5 mg që mund të përsëritet çdo 5 minuta deri në dozë maksimale 10 mg	Fillimi: 1-5 minuta Zgjatja: 1-8 orë
Fentanil (Sublimaze)	Opioid narkotik (lidhet me receptorët opioidë në SNQ)	Adult: 0.5 -1 mcg/kg me doza 25-50 mcg deri në dozë maksimale 250 mcg Të moshuarit: 0.5-1 mcg/kg në doza 25 mcg-100mcg. Risku i deprimimit të SNQ rritet me moshën.	Fillimi: 1-2 minuta. Piku: 10-15 minuta Zgjat: 30-60 minuta
Meperidine Pethidin (Demerol)	Opioid narkotik (lidhet me receptorët opioidë në SNQ)	Adultët : 25-50 mg, doza maksimale 150 mg. Të moshuarit: 25-75mg. Të moshuarit janë më të prirë për deprimim të SNQ-së dhe të dridhura, nga grumbullimi i nor-meperidinës (metabolizohet nga meperidina) si rezultat i reduktimit të funksionit renal.	Fillimi: 5 minuta Piku : 1 orë Zgjatja: 2-4 orë
Propofol (Diprivan)	Anestetik/sedativ me veti strukturale, pa lidhje me opioidët dhe barbituratet)	Adult: 10-20 mg çdo 5 minuta deri në 100 mg. IV me ngadalë për të mënjeluar hipotensionin. Të moshuarit: 10 mg çdo 5 minuta, deri në dozë maksimale 50 mg. IV me ngadalë për të pakësuar riskun e hipotensionit, sidomos te të moshuarit dhe hipovolemikët.	Fillimi: 30 sekonda Zgjatja: 10-15 minuta
Ketaminë (Ketalar)	Jep gjendje kataleptike, pacienti shkëputet nga realiteti; Analgjezia dhe sedacioni (qetësimi) intens, pa hipotension)	Adult : 0.2-1.0 mg/kg. Mund të përsëritet deri në dozë maksimale 2 mg/kg. Të moshuarit: 0.2-0.75 mg/kg Mund të përsëritet deri në dozë maksimale 2 mg/kg.	Fillimi: 1-2 minuta Zgjatja: 15-30 minuta

Kujdes:

- (1) Nga kombinimi i benzodiazepinave me opioidët narkotikë ka risk të lartë të deprimimit kardiovaskular dhe respirator.
- (2) Deprimimi i respiracionit mund të zgjasë më shumë se analgjezia, monitorim të respiracionit dhe apneas.
- (3) Te pacientet e moshuara dhe me anamnezë të ngarkuar me sëmundje kronike, te pacientet me sëmundje kronike obstruk-

Efektet negative	Komente	Antidoti
Mund të japë depresim të respiracionit dhe funksionit kardiovaskular, ataksi, marrje mendsh, hipotension, bradikardi, mjegullim të pamjes, dhe agjitim paradoksal.	Avantazhet: fillim dhe eliminim i shpejtë i efektit. Si rezultat i këtyre vetive është më i përshtatshmi nga benzodiazepinat për qetësimin (sedacion) para procedurave. I kombinuar me një opioid, (për procedurat e dhimbshme) në këtë rast kujdes, dozat ulen 25-50% Kujdes: (1,3)	Flumazenil (0.2 mg mbi 15 sekonda, mund të përsëritet në 1 minutë, nëse nevojitet)
Mund të japë depresim të respiracionit dhe të funksionit kardiovaskular, ataksi, marrje mendsh, hipertension, bradikardi, mjegullim të pamjes dhe agjitim paradoksal.	Në krahasim me midazolamin, ka fillim më të ngadalshëm dhe kohëzgjatje më të madhe. Në doza maksimale mund të shkaktojë disfori dhe konfuzion. Si rezultat i fillimit dhe eliminimit të ngadaltë ka përdorim të kufizuar për qetësim (sedacion). Për procedura të dhimbshme kombinohet me një opioid dhe në këtë rast doza reduktohet me 25 -50%. Kujdes: (1,3)	Flumazenil (0.2 mg mbi 15 sekonda, mund të përsëritet në 1 minutë nëse nevojitet)
Mund të japë depresim të respiracionit dhe funksionit kardiovaskular, ataksi, marrje mendsh, hipotension, bradikardi, mjegullim të pamjes dhe agjitim paradoksal.	Ka gjysmë jetë më të gjatë në krahasim me midazolamin dhe lorazepam. Si rezultat, ka përdorim të kufizuar për procedurat e shkurta. Kur kombinohet me opiate doza reduktohet 25-50%. Kujdes: (1)	Flumazenil (0.2 mg mbi 15 sekonda, mund të përsëritet në 1 minutë në nevojitet)
Hipotension, bradikardia, depresim të respiracionit, nauze, të vjella, konstipacion, spazmë biliare, rash të lëkurës	Avantazhet: Fillim i shpejtë dhe eliminohet shpejt. Për këtë arsye është opioidi narkotik më i zgjedhur. Te të moshuarit duhet pasur kujdes. Kur kombinohet me benzodiazepinë duhet të reduktohen dozat fillestare të secilës prej tyre. Shkakton më pak çlirim të histaminës dhe shoqërohet me më pak rash të lëkurës dhe hipotension në krahasim me morfinën Kujdes: (1,2)	Nalokson (0.4 mg në fillim dhe mund të vazhdohet me 0.1 -0.2 mg çdo 2 -3 minuta) Kujdes: (4)
Hipotension, bradikardi, depresim të respiracionit, nauze, të vjella, konstipacion, spazmë biliare, rash të lëkurës.	Fillim të ngadalshëm dhe efekt te zgjatur ne krahasim me fentanylin. Çlirim më të madh të histaminës të shoqëruar me shumë hipotension e të kruara (prurit) ne krahasim me fentanylin. Efektet e padëshiruara janë më të zakonshme te të moshuarit. Kur kombinohet me benzodiazepinat duhen reduktuar dozat fillestare. Kujdes : (1,2)	Nalokson (0.4 mg në fillim dhe mund të vazhdohet me 0.1 -0.2 mg çdo 2 -3 minuta) Kujdes: (4)
Hipotension, bllok te zemrës, asistoli, bradikardi, infeksione dhe reaksione alergjike te pacientët që kanë reaksion nga vezët.	Meqenëse ka risk për hipotension dhe bradikardi ku bëhet me bolus duhet bërë nën monitor, dhe vetëm nga mjekë anestezistë. Ka avantazh se fillon shpejt dhe eliminohet shpejt. Pacientët me demencë, me probleme kardiovaskulare, hipovolemike, të moshuar, që përdorin beta-blokues, janë në risk për hipotension. Nuk ka ose ka efekt minimal analgjezik. Kombinohet me opioid narkotik për procedurat e dhimbshme Kujdes: kombinimi me opioide mund të japë depresim të thellë të respiracionit.	
Reaksione të SNQ, duke përfshirë ëndrra shumë reale, halucinacione, delir, hipertension, takikardi, rritje të presionit intrakranial (ICP), rritje të lëvizjeve tonikoklonike, depresim të respiracionit. Ka efekt të mirë analgjezik në doza të vogla (0.2 mg/kg).	Në ndryshim nga sedativë/ analgjezikët e tjerë mund të shkaktojë hipertension dhe takikardi dhe nuk duhet përdorur te pacientët me aneurizëm, ICP, ose hipertension. Efektet psikotike mund të eliminohen nga premedikimi me benzodiazepina. Shumë pacientë adutë nuk tolerojnë mirë efektet negative të SNQ. Jep sedacion dhe analgjezi. reaksionet psikotike mund të vazhdojnë më gjatë se efektet sedative/analgjezike. Kujdes: kombinimi i ketaminës me opioid narkotik mund të japë depresim të thellë të respiracionit.	

tive të mushkërive (COPD). Fillo me doza të ulëta dhe rriti gradualisht.

(4) Përdor Narcan (0.4 mg) si antidot të narkotikëve në rastin e depresimit të respiracionit, sidomos nëse respiracioni është superficial, mund të sjellë një rritje të tonusit simpatik, hipertension dhe, në disa raste, edemë pulmonare.

4. **Analgjezi e thellë** – Është një deprimim i vetëdijes, i induktuar nga medikamentet, gjatë së cilës pacientja është në gjumë dhe u përgjigjet vetëm stimulimeve të dhimbshme dhe të përsëritura; respiracioni është i ruajtur, por mund të kompromentohet dhe mund të duhet asistencë respiratore. Funkzioni kardiovaskular zakonisht pa problem.

Këto metoda ndihmojnë të kontrollojnë dhimbjen dhe të krijojnë rehati gjatë procedurës së abortit, ku secila prej tyre ka të përfitimet dhe risqet e saj. Për tremujorin e parë është e përshtatshme si anestezia lokale, ashtu edhe analgjezia IV. Për tremujorin e dytë rekomandohet analgjezia IV dhe nuk i ofrohet anestezia lokale pas një moshë të caktuar të shtatzënisë.

Në anestezinë lokale:

Pacientja është e zgjuar dhe e vetëdijshme, si edhe mund të ndiejë e të dëgjojë çfarë ndodh gjatë procedurës. Për arsye se njerëzit janë të ndryshëm, disa gra nuk ndihen rehat me këtë procedurë dhe për disa të tjera është e dhimbshme. Në këto raste mund të ofrohen mjekime kundër dhimbjes para dhe mbas ndërhyrjes për krampet dhe diskomfortin.

Mjeku injekton lidokainë në collumin uterin. Lidokaina bllokon impulset nervore që transmetojnë dhimbjen, duke mpirë zonën rreth injeksionit. Lidokaina e fillon efektin mbas 1-2 minutash dhe efekti zgjat 15-20 minuta; doza maksimale 100 mg.

Anët pozitive të anestezisë lokale:

Pacientja mund të vijë vetëm dhe s'ka nevojë për dikë tjetër që ta shoqërojë (megjithatë rekomandohet të vijë e shoqëruar). Ajo është e zgjuar dhe kontrollon çdo gjë që ndodh gjatë gjithë procedurës.

Anët negative dhe efektet anësore:

Megjithëse shumë të rralla, ekziston rreziku për reaksion alergjik, (rash, djersitje, shok). Duhet pyetur gjithmonë nëse ka pasur më parë reaksion nga anestetiku lokal.

Këtu përfshihen dhe marramendja, nauzeja, shije metalike në gojë dhe krampe.

Kalimi aksidental endovenoz i medikamentit mund të shoqërohet me konfuzion, konvulsione, eksitim të SNQ-së me/ose deprimim të miokardit, koma, që mund të shkojë deri në arrest kardiak.

Anestezia - gjysmë e vetëdijshme) IV

Kjo lloj anestezie bëhet duke administruar medikamente IV, opiate, barbiturike etj. (Tabela 1) Pacientja mund të jetë gjysmë e vetëdijshme ose tërësisht në gjumë. Edhe nëse duket se është zgjuar gjatë procedurës, pacientja ka amnezi të plotë ose të pjesshme për kohën e procedurës. Gjatë kësaj procedure mund të ketë nevojë për oksigjen me maskë. Zgjidhja ndodh 2-3 minuta mbasi mbaron procedura.

Kjo është një metodë shumë e mirë për gratë që s'duan të ndiejnë dhimbje. Në këtë rast injektohen IV, kombinim i dy ose tri medikamenteve, Fentanyl, Midazolam, Diprivan (shih

tabelën) dhe medikamente të tjera për të mënjanuar efektet anësore, si Atropine, Reglan etj..

Anët pozitive:

Pacientja nuk ndien, nuk sheh apo dëgjon dhe nuk e mban mend procedurën. Është një opsion i mirë për gratë që nuk duan të ndiejnë dhimbje dhe që nuk kanë sëmundje të rënda apo problem respiratore.

Anët negative dhe efektet anësore:

Megjithëse shumë të rralla, ekziston mundësia e reaksionit alergjik, që mund të variojë nga rash, djersitje dhe shok; zgjim i ngadalshëm, të vjella (risk për aspirim), apnoeqë mund të kërkojë intubim, arrest kardiak, hipotermi, dhe shumë rrallë, vdekje.

Efektet anësore: Përgjumje, nazue dhe të vjella, prurit, hiperemocion (zgjohet me të qeshura ose të qara). Anestezia duhet të bëhet vetëm nga profesionistë të licencuar dhe të trajnuar në administrimin e anestezisë.

Kujdes: nëse zgjidhni anestezinë IV, pacientja nuk duhet të hajë e të pijë 3-4 orë para ndërhyrjes, si dhe duhet të mënjanojë ushqimet e rënda dhe të yndyrshme. Me ushqyerjen mund të rifillojë 4-5 orë pas ndërhyrjes. Pacientja duhet të ketë me vete një shoqëruar, s'duhet të ngasë makinën, s'duhet të bëjë punë me makineri të rënda, apo punë që kërkojnë vendimmarrje gjatë 24 orëve të ardhshme.

Kjo procedurë për trimestrin e parë zgjat 3-5 minuta, por pacientja duhet të paraqitet në klinikë 2-3 orë përpara për të plotësuar kartelën, për të bërë konsultimin, analizat dhe pre-medikimin. Pas mbarimit të procedurës, shumicës së pacientëve u duhen 2-3 orë përpara se të jenë gati për t'u larguar nga klinika. Mbas anestezisë së përgjithshme nganjëherë mund të duhet një kohë më e gjatë për t'u zgjuar, por në të gjitha rastet nuk rekomandohet që t'i japin vetë makinës për t'u kthyer në shtëpi.

Në tremujorin e parë ofrohet si zgjedhje e parë anestezia lokale, ndërsa anestezia e përgjithshme rekomandohet në rastin e grave të agjituara, ose të atyre që nuk duan të ndiejnë gjë. Në tremujorin e dytë nuk rekomandohet anestezia lokale.

REKOMANDIME KYÇ: REKOMANDIMET DIAGNOSTIKUESE DHE TERAPEUTIKE

Metoda të rekomanduara të abortit kirurgjikal

Metoda me aspirim me vakuum është teknikë e rekomanduar e abortit kirurgjikal për shtatzënitë deri në 12, 14 javë. Procedura nuk duhet të kryhet në mënyrë rutinë me kyretazh. Dilatacioni dhe kyretazhi, nëse praktikohen aktualisht, duhet të zëvendësohen me aspirim me vakuum.

Forca e rekomandimit: i fortë

Cilësia e evidencës bazuar në kontrole të rastësishme: rekomandim i dobët deri në i moderuar.

Metoda të rekomanduara të abortit medikal

Metoda e rekomanduar për abortin medikal është Mifepristone, i ndjekur nga Misoprostol.

Për shtatzënitë deri në 9 javë (63 ditë)

Metoda e rekomanduar për abortin medikal është Mifepristone, i ndjekur 1 deri në 2 ditë më vonë nga Misoprostol.

Forca e rekomandimit: i fortë.

Cilësia e evidencës bazuar në kontrollin e rastësishëm: i moderuar.

Dozimi dhe drejtimi i administrimit të Mifepristone, i ndjekur nga Misoprostol

Mifepristone duhet të jepet gjithmonë në rrugë orale. Doza e rekomanduar është 200 mg. Administrimi i rekomanduar i Misoprostol është 1 deri në 2 ditë (24 deri në 48 orë) pas marrjes së Mifepristonit.

- Për rrugë vaginale, bukale dhe sublinguale, doza e rekomanduar e Misoprostolit është 800 mg.
- Për administrim oral, doza e rekomanduar e Misoprostolit është 400 mg.
- Në gravidancën deri në 7 javë (49 ditë), Misoprostoli mund të administrohet në rrugë vaginale, bukale, sublinguale ose në rrugë orale. Pas 7 javësh gravidance, administrimi oral i Misoprostolit nuk duhet të përdoret.
- Në gravidancën deri në 9 javë (63 ditë), Misoprostoli mund të administrohet në rrugë vaginale, bukale ose sublinguale.

Për shtatzënitë me moshë gestacionale nga 9-12 javë (63-84 ditë)

Metoda e rekomanduar për abortin medikal është 200 mg Mifepristone, i administruar në rrugë orale, i ndjekur 36 deri në 48 orë më vonë nga 800 mg Misoprostol, i administruar në rrugë vaginale. Më pas, dozat e Misoprostolit duhet të jenë 400 mg, i administruar në rrugë vaginale ose në rrugë sublinguale, çdo 3 orë deri në 4 doza, deri në heqjen e produktit të konceptimit.

Forca e rekomandimit: i dobët.

Cilësia e evidencës bazuar në kontrollin rutinë dhe një studim vëzhgimi: e ulët.

Për shtatzënitë me moshë gestacionale deri në 12 javë (84 ditë)

Metoda e rekomanduar e abortit medikal është 200 mg Mifepristone, i administruar në rrugë orale, i ndjekur 36 deri në 48 orë më vonë nga doza të përsëritura të Misoprostolit.

(Shih shënimet më poshtë për dozimin dhe rrugët e administrimit të Misoprostolit)

Forca e rekomandimit: i fortë.

Cilësia e evidencës bazuar në kontrollin rutinë: e ulët deri në e moderuar.

- Në shtatzëninë ndërmjet 12 deri në 24 javë, doza fillestare e Misoprostolit, e cila ndjek administrimin oral të Mifepristone, mund të jetë 800 mg, e administruar në rrugë vaginale, ose 400 mg e administruar në rrugë orale. Doza të mëtejshme të Misoprostolit duhet të jenë 400 mg, të administruara në rrugë vaginale ose në rrugë sublinguale, çdo 3 orë, deri në katër doza të mëtejshme.
- Për shtatzënitë përtej 24 javëve (më të mëdha se 24 javë), doza e Misoprostolit duhet të ulet, për shkak të ndjeshmërisë së madhe të uterusit të prostaglandina, por mungesa e studimeve klinike e parandalon dhënien e rekomandimeve specifike në lidhje me dozimin.

Për shtatzënitë deri në 12 javë (84 ditë)

Metoda e rekomanduar e abortit medikal është 800 mg Misoprostol, i administruar në rrugë vaginale ose sublinguale. Deri në tri doza të përsëritura prej 800 mg, mund të administrohen në intervale prej të paktën 3 orësh, por jo më shumë se 12 orë.

Forca e rekomandimit: i fortë.

Cilësia e evidencës bazuar në kontrollin rutinë: e lartë.

Shih: *Shtojcat*

Për shtatzënitë mbi 12 javë (mbi 84 ditë)

Metoda e rekomanduar e abortit medikal është 400 mg Misoprostol, i administruar në rrugë vaginale ose sublinguale, i përsëritur çdo 3 orë, deri në pesë doza maksimumi.

Forca e rekomandimit: i fortë.

Cilësia e evidencës bazuar në një kontroll rutinë: e ulët deri në e moderuar.

- **Për shtatzënitë përtej 24 javëve**, doza e Misoprostolit duhet të ulet, për shkak të ndjeshmërisë së madhe të uterusit të prostaglandina, por mungesa e studimeve klinike e parandalon dhënien e rekomandimeve specifike të dozimit.

Metodat e rekomanduara të abortit për shtatzënitë mbi 12 javë deri në 14 javë

Dilatacioni dhe evakuimi, por dhe metoda e abortit medikal (Mifepristone dhe Misoprostol; ose vetëm Misoprostol).

Janë metoda të rekomanduara për abortin për shtatzënitë 12 deri në 14 javë. Qendrat mjekësore duhet të ofrojnë të paktën njëri metodë (parapëlqehet të jenë të dyja metodat), në varësi të përvojës së mjekëve dhe trajnimit.

Përgatitja e collumit (cervikale)

Para abortit kirurgjikal, përgatitja cervikale duhet të bëhet për të gjitha gratë me shtazëni mbi 12 deri në 14 javë. Kjo gjë mund të bëhet dhe për të gjitha gratë shtazëna.

Forca e rekomandimit: i fortë.

Cilësia e evidencës bazuar në kontroll rutinë: e ulët.

- Për secilën nga këto metoda të përgatitjes cervikale, para abortit kirurgjikal në tremujorin e parë rekomandohet:
 - Mifepriston oral, 200 mg (24 deri në 48 orë para), ose
 - Misoprostol 400 mg, në rrugë sublinguale, 2 deri në 3 orë para procedurës, ose
 - Misoprostol 400 mg, i administruar në rrugë vaginale 3 orë para procedurës, ose
 - Laminaria e vënë në rrugë intercervikale, 6 deri në 24 orë para procedurës.
 Forca e rekomandimit: i fortë.
 Cilësia e evidencës bazuar në një kontroll rutinë: e ulët deri në e moderuar.
- Të gjitha gratë që bëjnë dilatacion dhe evakuim në një shtatzëni mbi 14 javë, duhet të bëjnë përgatitje cervikale përpara procedurës.
- Metodatat e rekomanduara të përgatitjes cervikale para dilatacionit dhe evakuimit në shtatzënitë pas 14 javësh, janë dilatatoret osmotikë ose Misoprostol.

Rekomandimet e kujdesit para abortit

Ekzaminimi ekografik

Mund të jetë ose jo i nevojshëm përdorimi i një skanimit me ultrasonde përpara abortit .

Forca e rekomandimit: i fortë

Cilësia e evidencës nga kontrolli rutinë dhe studime vëzhgimi: shumë e ulët

Shih: *Aneksin 5, Rekomandimin 12*

Antibiotikoterapia

Të gjitha gratë që do kryejnë abort kirurgjikal, pavarësisht nga rreziku i infeksionit inflamator pelvik, para operimit duhet të marrin antibiotikë profilaktikë të përshtatshëm.

Për gratë që bëjnë abort medikal, nuk rekomandohet përdorimi rutinë i antibiotikëve.

Forca e rekomandimit: i fortë

Cilësia e evidencës bazuar në vëzhgim: shumë e ulët

Menaxhimi i dhimbjes

Të gjitha grave u duhet ofruar mjekim për dhimbjen (për shembull: medikamente antiinflamatore josteroidale) gjatë abortit kirurgjikal dhe medikal.

Për abortin me vakum & aspirim dhe dilatacion & evakuim nuk rekomandohet anestezi e përgjithshme në mënyrë rutinë.

Forca e rekomandimit: i fortë.

Cilësia e evidencës bazuar në kontrollin rutinë: e ulët.

Vërejtje: Mjekimet për menaxhimin e dhimbjeve për abortin medikal dhe abortin kirurgjikal duhet të ofrohen gjithmonë dhe t'u jepen pa vonesë grave që i dëshirojnë ato. Në shumicën e rasteve, analgjezikët, anestezia lokale dhe/ose sedativët, të dhëna me një siguri verbale, janë të mjaftueshme, edhe pse nevoja për menaxhimin e dhimbjes rritet me rritjen e moshës së shtatzënisë.

Kontracesioni

Gruaja mund të fillojë kontracesion hormonal në kohën e abortit kirurgjikal, ose në kohën e pilulës së parë të regjimit të abortit medikal. Pas abortit medikal, mund të vendoset një DIU, kur jemi të sigurt që gruaja nuk është më shtatzënë.

Forca e rekomandimit: e fortë.

Cilësia e evidencës bazuar në kontroll rutinë: shumë e ulët.

Ndjekja

Nuk ka nevojë mjekësore për një vizitë rutinë ndjekjeje pas abortit kirurgjikal ose pas abortit medikal të kryer me Mifepristone dhe të ndjekur nga Misoprostol. Megjithatë, gratë duhet të këshillohen për shërbimet shtesë që janë në dispozicion të tyre, nëse u nevojiten ose nëse dëshirojnë.

Forca e rekomandimit: e fortë.

Cilësia e evidencës bazuar në studime vëzhgimi dhe në evidencë indirekte: e ulët.

Aborti jocomplet

Nëse madhësia e uterusit në kohën e trajtimit është aq sa një shtatzëni e moshës 13-javëshe ose më pak, për gratë me abort jocomplet rekomandohet qoftë aspirimi me vakum, ashtu edhe trajtimi me Misoprostol. Regjimi i rekomanduar i Misoprostolit është një dozë e vetme, e dhënë në rrugë sublinguale (400 mg), ose në rrugë orale (600 mg).

Forca e rekomandimit: e fortë.

Cilësia e evidencës bazuar në kontrollin rutinë: e ulët.

SHTOJCAT E UDHËRRËFYESIT

Shtojca 1. Menaxhimi klinik i komplikacioneve të abortit

Diagrami 1: Vlerësimi fillestar

Prezantimi	Hapi fillestar	Në rast shenjash shoku
<p>Pas një aborti, te një grua në moshë riprodhuese, që mund të ketë qenë shtatzënë, në prani të:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hemorragjisë të madhe vaginale• Shtrëngimeve ose dhimbjeve në pjesën e poshtme të barkut• Temperaturës• Shenjave të shokut	<p>Bëni vlerësimin e shokut</p> <ul style="list-style-type: none">• Puls të shpejtë, të dobët• Presion të ulët të gjakut• Zbehje dhe djersitje• Frymëmarrje të shpejtë• Ankth, konfuzion ose pavetëdije	<p>Kërkohet veprim i menjëhershëm (shih Tabela 2)</p>

Vlerësimi i plotë klinik

Rishikoni anamnezën: kohëzgjatjen e periudhës së menstruacioneve, kohëzgjatjen dhe sasinë e hemorragjisë, kohëzgjatjen dhe intensitetin e shtrëngimeve, dhimbjen abdominale, dhimbjen e shpatullës, alergjitë ndaj medikamenteve.

Ekzaminimi fizik: Shenjat vitale, zemra, mushkëritë, barku, ekstremitetet, indikacione të problemit sistemik (shok, sepsis etj.).

Ekzaminimi pelvik: Madhësia e uterusit, faza e abortit, pozicioni i uterusit.

Të tjera: Hiqni çdo produkt të dukshëm të shtatzënisë nga kanali (os) cervical. Nëse është e mundur, përcaktoni statusin e rrezusit.

<p>Shoku</p> <p>Herët</p> <ul style="list-style-type: none"> •Pulsi >110/minutë •TA sistolik <90 mmHg •Lëkurë e zbehtë dhe me djersë •Frymëmarrja >30/minutë •E vetëdijshme • Me ankth •Mushkëri të pastra •Hematokrit $\geq 26\%$ •Sasia e urinës $\geq 30\text{mL/orë}$ (Shih Diagrami 2) 	<p>Vonë</p> <ul style="list-style-type: none"> •Puls i dobët, shumë i shpejtë •TA shumë i ulët •Lëkurë e zbehtë dhe e ftohtë •Frymëmarrje e shpejtë •E pavetëdijshme • E paqartë • Edemë pulmonare • Hematokrit < 26% • Sasia e urinës <30 mL/orë 	<p>Dëmtime intra-abdominale</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dhimbje, shtrëngime abdominale •Bark i fryrë •Zhurma të pakta zorrësh •Bark i fortë, i tendosur, ndjeshmëri në prekje •Të përziera, të vjella •Dhimbje në shpatull •Temperaturë <p>Shih Diagrami 4</p>	<p>Infeksion dhe sepsis</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ethe, temperaturë, djersë •Sekrecione vaginale me erë të keqe •Histori ndërhyrjesh në shtatzëni •Dhimbje abdominale •A ka vënë mjet kundër shtatzënisë në uterus? •Gjakderdhje e zgjatur •Simptoma si të gripit <p>Shih Diagrami 5</p>	<p>Hemorragji e madhe vaginale</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gjakderdhje e madhe, me ngjyrë të kuqe të fortë vaginale, me ose pa copa të koaguluara, peceta higjienike të lagura me gjak, peshqirë, tesha të lagura •Zbehje
---	---	--	--	--

Diagrami 2: Shoku

Shoku Herët <ul style="list-style-type: none">•Pulsi >110/minutë•TA sistolik <90 mmHg•Lëkurë e zbehtë dhe me djersë•Frymëmarrja > 30/minutë•E vetëdijshme• Me ankth•Mushkëri të pastra•Hematokrit $\geq 26\%$•Sasia e urinës $\geq 30\text{mL/orë}$	Vonë <ul style="list-style-type: none">•Puls i dobët, shumë i shpejtë•TA shumë i ulët•Lëkurë e zbehtë dhe e ftohtë•Frymëmarrje e shpejtë•E pavetëdijshme• E paqartë• Edemë pulmonare• Hematokrit < 26%• Sasia e urinës <30 mL/orë	Trajtimi fillestar <ul style="list-style-type: none">•Sigurohuni që rrugët e frymëmarrjes të jenë të hapura•Kontrolloni shenjat vitale (pulsin, presionin e gjakut, frymëmarrjen)•Siguroni linjën IV: solucion ringer laktik ose isotonik 1 L për 15-20 minuta (gjilpërë me depozitë 16-18). Mund të duhen 1-3 L për të stabilizuar një paciente në shok•Kthejeni trupin dhe kokën anash, ngrijini këmbët (por, në rast se kjo i shkakton vështirësi në frymëmarrje, uljani këmbët dhe ngrijini kokën)• Mos i jepni lëngje nga goja•Jepini oksigjen 6-8 mL/minutë (në rase se keni)•Hiqni çdo produkt të dukshëm të shtatzënisë nga kanali (os) cervical• Transfuzion gjaku: në rast se hemoglobina <5g/dL, ose hematokriti <15%•Monitoroni sasinë e lëngjeve/gjakut të dhënë - përdorni një diagram•Monitoroni sasinë e urinës - ngjyrën dhe sasinë•Antibiotikë IV - në rast infeksioni• Mos i jepni medikamente nga goja. Analizat laboratorike janë të dobishme, por nuk duhet të shkaktojnë vonesa në trajtim. Kërkoni hemoglobinën, hematokritin, grupin e gjakut dhe rezusin para transfuzionit (llojin dhe përputhshmërinë), numrin e trombociteve dhe, nëse mundëni, elektrolitet në gjak, pH dhe/ose kreatininën.
---	--	--

<p>Vlerësoni reagimin ndaj lëngjeve pas 2-30 minutash</p> <p>Shenjat e stabilizimit</p> <ul style="list-style-type: none"> •Rritja e presionit sistolik të gjakut ≥ 100 mmHg •Ritmi kardiak <90/minutë •E ndërgjegjshme, konfuzion, ankth më i vogël •Ngjyra e lëkurës përmirësohet •Shkalla e djersitjes ≤ 30/minutë •Sasia e urinës > 100 mL/4 orë 	
<p>Në rast gjendjeje të qëndrueshme</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hiqjani oksigjenin në mënyrë graduale. <p>Në rast se kjo shkakton përkeqësim, fillojani përsëri oksigjenin me 6-8 L/minutë</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vlerësim klinik •Zbrazje e uterusit 	<p>Në rast gjendjeje të paqëndrueshme</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vazhdoni monitorimin e oksigjenit dhe të lëngjeve IV •Rivlerësoni nevojën e antibiotikëve •Trajtoni shkakun (shkaqet) kryesor të shokut
<p>Në rast gjendjeje të qëndrueshme</p> <ul style="list-style-type: none"> •Rregulloni IV dhe oksigjenin •Përfundoni vlerësimin klinik •Vazhdoni trajtimin e shkakut (shkaqeve) të shokut •Zbrazje e uterusit 	<p>Vlerësoni pas dy orësh</p> <p>Shenjat e stabilizimit</p> <ul style="list-style-type: none"> •TA në rritje, ≥ 100 mmHg •Ritmi i zemrës <90/minutë •E ndërgjegjshme, konfuzion, ankth i ulur •Ngjyra e lëkurës përmirësohet •Shkalla e frymëmarrjes ≤ 30/minut •Sasia e urinës >100 mL/4 orë
<p>Në rast gjendjeje të paqëndrueshme</p> <p>Referojeni në spital dytësor apo terciar</p>	

Diagrami 3: Hemorragji e madhe vaginale

<p>Prezantim</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Gjak i shumtë, me ngjyrë të kuqe të pastër nga vagina, me ose pa copa të koaguluara ·Pecetë, peshqirë, tesha të lagura me gjak ·Zbehje ·Marramendje <p>•Sinkop</p> <p>·Hipertension</p> <p>Shenjat e stabilizimit</p> <ul style="list-style-type: none"> •TA, sistolik >_100 mmHg •Ritmi i zemrës <90/minutë •Ngjyra e lëkurës përmirësohet •Sasia e urinës >100 mL/4 orë 	<ul style="list-style-type: none"> •Sigurohuni që rrugët e frymëmarrjes të jenë të hapura ·Kontrolloni shenjat vitale (pulsin, presionin e gjakut, frymëmarrjen) •Siguroni linjën IV ·Mbajeni pacienten ngrohtë •Ngrijani këmbët lart pacientes ·Kontrolloni gjakderdhjen (nëse është e mundur, me anë të përdorimit të oksitocinave, tamponimit, masazhit të uterusit, duke e zbrazur uterusin me aspirim, kyretim, ose shtypje me dy duar të brendshme/të jashtme) •Oksigjen 6-8 L/minutë (nëse keni) •Solucion ringer laktik ose isotonik 1 L për 15-20 minuta. Mund të duhen 1-3 L për të stabilizuar një paciente në shok. · Mos i jepni lëngje nga goja · Transfuzion gjaku: në rast se hemoglobina <5g/dL, ose hematokriti <15% ·Monitoroni sasinë e lëngjeve/gjakut të dhënë - përdorni një diagram ·Monitoroni sasinë e urinës - ngjyra e errët tregon sasi të pakësuar. Rritja është shenjë e mirë •Në rast infeksioni bëni antibiotikë IV ose IM · Mos i jepni medikamente nga goja •Në rast nevojë, bëjini tetanosin toksoid dhe tetanos antitoksin ·Analizat laboratorike janë të dobishme, por nuk duhet të shkaktojnë vonesa në trajtim. Kërkoni hemoglobinën, hematokritin, grupin e gjakut dhe rrezusin para transfuzionit (llojin dhe përputhshmërinë), numrin e trombociteve dhe, nëse mundeni, elektrolitet në gjak, pH dhe ose kreatininën. Rënia e hemoglobinës dhe hematokritit mund të ndodhë 6-8 orë pas humbjes konkrete të gjakut. 	<p>Nëse nuk ka mundësi për IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Kontroll për dhimbje •Zbrazje të uterusit ·Masazh të uterusit •Përgatituni për referim
--	---	--

Dyshim për dëmtim intra-abdominal ·Bark i fortë, dhimbje abdominale akute	Laceracione cervikale ose vaginale	Abort jokomplet ·Cerviksi i hapur ·Lartësia fundike e uterusit nuk përputhet me moshën gestacionale	Perforim i uterusit · Instrumenti shkon përtej uterusit · Ind adipoz ose intestin në mostër
·Kërkohet vlerësimi i menjëhershëm ·Mund të kërkohet laparotomi e menjëhershme	·Jepini analgjezikë IV ose IM për dhimbje ·Riparoni çarjet	·Vazhdoni monitorimin e oksigjenit dhe të lëngjeve IV ·Përcaktoni madhësinë e mitrës kur paraqitet gruaja	·Menaxhimi varet nga fakti nëse është bërë ose jo zbraze e plotë, në rast se jo, zbrazeni ·Vazhdoni lëngjet IV

Zbrazeni uterusin
 ≤14 javë: Aspirim manual me vakum ose dilatacion dhe kyretazh
 >14 javë: Misoprostol dhe/ose dilatacion dhe kyretazh

Diagrami 4: Dëmtime intra-abdominale

Perforim i dyshuar ose i konfirmuar i uterusit apo i qafës gjatë aspirimit me vakum elektrik/vakum manual dhe kyretazhit, ose histerometrisë (një procedurë që NUK rekomandohet)		Dëmtim i dyshuar ose i konfirmuar abdominal pas abortit		
Shenja të shokut Të hershëm •Pulsi >110/minutë •TA <90 mmHg, sistolik ·Lëkurë të zbehtë dhe me djersë ·Frymëmarrja >30/minutë ·E ndërgjegjshme ·Me gjendje ankthi ·Mushkëri të pastra ·Hematokriti ≥26 % •Sasia e urinës ≥ 30 mL/orë		Të vonë •Puls i dobët, shumë i shpejtë •TA shumë i ulët ·Lëkurë të zbehtë dhe të ftohtë ·Frymëmarrja e shpejtë ·E pandërgjegjshme ·Konfuzë ·Edemë pulmonare ·Hematokrit <26 % •Sasia e urinës <30 mL/orë		
JO	PO	Menaxhimi i shokut Shih Diagrami 2	PO	JO
A është uterus i zbrazët? Verifikojeni duke përdorur me kujdes një kyretë				

PO	JO	Transferoheni në një spital të kujdesit shëndetësor terciar, mundësisht në pavijonin e obstetrikës dhe të gjinekologjisë	<ul style="list-style-type: none"> • Solucion ringer IV laktik ose isotonik 1 L për 15-20 minuta (age 15-20 CC) • Antibiotikë IV/IM
----	----	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Ndiqeni për 24 orë • Ergometrinë 0.2 mg IM 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragji • Temperaturë • Dhimbje të forta • Shenja shoku 	PO JO	Pacientja mund të nxirret
---	---	--------------	---------------------------

Diagrami 5: Infeksioni dhe sepsisi

Paraqitja <ul style="list-style-type: none"> • Ethe, temperaturë e lartë, djersitje, simp toma si të gripit • Presion pak i ulët i gjakut • Sekrecione vaginale me erë të keqe ose me mukozë të kalbëzuar • Dhimbje abdonimale, pelvike, abdomen i fortë • Ndjeshmëri në prekje • Kthim prapa i uterusit • Dhimbje gjatë lëvizjes së uterusit dhe qafës • Dhimbje në shpatull • Gjakderdhje e zgjatur vaginale 	<ul style="list-style-type: none"> • Vlerësimi fillestar i riskut të shokut septik • Kohëzgjatja e shtatzënisë • Kontrolloni për shenja të infeksionit pelvik • Materiale të huaja në vaginë • Qelb në qafën e uterusit ose në vaginë • Dëshmi të infeksionit lokal pelvik <ul style="list-style-type: none"> • dhimbje adneksale • dhimbje uterine • dhimbje gjatë lëvizjeve cervikale • dhimbje në pjesën e poshtme të barkut • erë e keqe në gjak ose sekrecione, urinë, feçe
--	---

Risk i vogël i shokut septik <ul style="list-style-type: none"> • Temperaturë e lehtë/moderuar < 38.5°C dhe > 36.5°C • Shenjat vitale të qëndrueshme • Pa dëshmi të dëmtimit intra-abdominal 	Risk i lartë i shokut septik <ul style="list-style-type: none"> • Temperaturë > 38.5°C, ose < 36.5°C • Dëshmi të dëmtimit intra-abdominal (bark i fryrë, dhimbje në prekje) • Të përziera ose të vjella • Presion i ulët i gjakut • Ankth, konfuzion, zbehje, frymëmarrje e shpejtë, puls i dobët • E pavetëdijshme
--	--

<p>Trajtimi fillestar</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sigurohuni që rrugët e frymëmarrjes të jenë të hapura •Monitoroni shenjat vitale (pulsin, presionin e gjakut, frymëmarrjen) •Lëngje IV: solucion ringer laktik ose isotonik 1 L për 15-20 minuta •Mos jepni lëngje nga goja •Antibiotikë (preferohen në rrugë IV) •Tetanos toksoid dhe tetanos antitoksin •Analgjezik IM 	<p>Trajtim fillestar</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sigurohuni që rrugët e frymëmarrjes të jenë të hapura •Kontrolloni shenjat vitale (pulsin, presionin e gjakut, frymëmarrjen) •Siguroni serum IV: solucion ringer laktik ose isotonik 1 L për 15-20 minuta (age 16-18 CC). Mund të duhen 1-3 L për të stabilizuar pacienten në shok •Kthejeni trupin dhe kokën anash, ngrijini këmbët (megjithatë, në rast se kjo i shkakton vështirësi në frymëmarrje, uljani këmbët dhe ngrijini kokën). • Mos i jepni lëngje nga goja •Jepini oksigjen 6-8L/minutë (nëse kenë) •Hiqjani çdo produkt të dukshëm të shtatzënisë nga kanali (os) cervical •Transfuzion gjaku: nëse hemoglobina < 5g/dL ose hematokriti <15% •Monitoroni sasinë e lëngjeve të dhëna – përdorni një diagram •Monitoroni nxjerrjen e urinës – ngjyrën dhe sasinë •Antibiotikë në rrugë IV – në rast infeksioni • Mos i jepni medikamente nga goja •Radiografi abdominale – për të parë nëse ka perforim të uterusit ose të intestinit •Analizat laboratorike janë të dobishme, por nuk duhet të shkaktojnë asnjë vonesë në trajtim. Në rast se pacientja ka humbur shumë gjak, vlerësoni hemoglobinën, hematokritin, grupin e gjakut dhe rhesusin para transfuzionit (tipin dhe përputhshmërinë), analizat e gjakut komplet për të vlerësuar aneminë e infeksionin dhe KID, numrin e trombociteve (nëse ka KID, numri i trombociteve do të jetë i ulët). Nëse kenë mundësi, kërkoni elektrolitet e gjakut, pH, urea dhe ose kreatininën.
--	--

<p>Në qoftë se pacientja është në gjendje të stabilizuar</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vazhdoni antibiotikët dhe serumin IV •Zbrazni uterusin •Ndiqeni për 48 orë 	<p>Në qoftë se janë të pranishme shenja të koagulimit vaskular</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Gjaku nuk koagullohet ·Gjakderdhje nga vende ku mund të jenë çarë venat etj. •Zbrazje e uterusit •Transfuzion gjaku · Referojeni në qendra të kujdesit shëndetësor 	<p>Shenjat të gangrenës me gaz ose të tetanosit</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Gangrena me gaz: radiografia tregon praninë e gazit në legen · Tetanosi Kontraktime të dhimbshme të muskujve, spazma të përgjithshme, konvulsione · Referojeni në qendra të kujdesit terciar pas përpjekjeve fillestare për ta stabilizuar + antibiotikë dhe qetësues në rast tetanosi 	<p>Shenja të dëmtimit intra-abdominal</p> <ul style="list-style-type: none"> •Radiografia tregon ajër në bark, bark të fortë, dhimbje në prekje •Vazhdoni oksigjenin, antibiotikët dhe lëngjet në rrugë IV ·Laparotomi urgjente ose referojeni menjëherë në kujdesin shëndetësor terciar <p>Shih Diagramin 4</p>	<p>Në rast se zhvillohen shenja të shokut</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ulje e presionit të gjakut •Puls të shpejtë, të dobët · Frymëmarrje të shpejtë · Zbehje <p>Kërkohet vëmendje e menjëhershme</p> <p>Shih Diagramin 2</p>
---	---	---	--	--

Shtojca nr. 2: Rekomandime të përshtatshme për sterilizim kirurgjikal pas abortit

Rekomandimet e përshtatshme për sterilizim kirurgjikal pas abortit	
Gjendja pas abortit	Sterilizimi kirurgjikal
E pakomplikuar	P
Gjendje febrile ose sepsis	V
Hemorragji e rëndë postabortale	V
Trauma të rënda në traktin gjeneral, në qafën e uterusit dhe në zonën vaginale, gjatë kohës së kryerjes së abortit	V
Perforacion i uterusit	S
Hematometri akute	V

Përkufizimi i kategorive

P = (*pranim*): për një person me këtë gjendje, nuk ka asnjë arsye për të mohuar sterilizimin.

K = (*kujdes*): procedura kryhet normalisht në mënyrë rutinë, por me një përgatitje dhe kujdes të veçantë.

V = (*vonesë*): procedura shtyhet për në një fazë të mëvonshme, pasi të jetë përmirësuar gjendja e gruas. Në këtë rast duhet t'i sigurohet gruas një metodë kontrceptive e përkohshme.

S = (*special*): procedura duhet të ndërmerret në një mjedis të posaçëm, me kirurg dhe staf me përvojë, si dhe të disponohen pajisjet e nevojshme për të siguruar anestezi të përgjithshme. Në këto kushte kërkohet aftësi për të vendosur mbi procedurën më të përshtatshme dhe anestezinë e nevojshme. Duhet rekomanduar një metodë kontrceptive e përkohshme, derisa të kryhet ndërhyrja e sterilizimit dhe, si rezultat, edhe ndërhyrja do të vonohet.

Shtojca nr. 3: Konfidencialiteti dhe privatësia

Shumë gra dhe vajza, veçanërisht adoleshentet dhe vajzat e pamartuara, frikësohen se konfidencialiteti nuk do të ruhet, gjë që u jep pasiguri atyre, mbi të gjitha në rastet e aborteve të paligjshme. Ky fenomen mund të shtojë rastet e aborteve të pasigurta, të aborteve të jashtëligjshme të kryera në fshehtësi etj. Konfidencialiteti është një parim kyç i etikës mjekësore dhe një aspekt i së drejtës për privatësi. Ai duhet t'i garantohet çdo pacienti/klienti. Kujdestarët e shërbimeve mjekësore dhe në përgjithësi ofruesit e shërbimeve, e kanë për detyrë ruajtjen e konfidencialitetit, duhet ta bëjnë këtë në mënyrë të lirshme, por mbi një bazë të qartë informacioni. Adoleshentet konsiderohen të pjekura për të marrë këshillim pa praninë e një prindi ose të ndonjë personi tjetër dhe kanë të drejtë të plotë për një jetë private, ndaj edhe mund të kërkojnë shërbime dhe trajtime në fshehtësi të plotë. Menaxherët e shërbimeve shëndetësore duhet të sigurojnë që institucionet mjekësore të ofrojnë intimitet për biseda ndërmjet grave dhe ofruesve të shërbimeve. Për shembull, dhoma e procedurave duhet të ndahet në mjedise të përshtatshme, në mënyrë të tillë që të sigurojë intimitet vizual dhe auditiv për pacientin. Në dhomë, gjatë abortit, duhet të jenë vetëm anëtarët e domosdoshëm të stafit. Mjedisi duhet të ketë hapësirë të përshtatshme për veshjen dhe zhveshjen e grave, në mënyrë që ato të ndihen komode në intimitetin e tyre.

Shtojca nr. 4: Pasojat ekonomike të abortit të pasigurt

Aborti i sigurt është kursim. Kostoja e sistemeve shëndetësore për trajtimin e ndërlikimeve që vijnë si pasojë e abortit të pasigurt është e madhe, sidomos në vendet e varfra. Kostoja e përgjithshme mesatare për rast, që qeveritë shpenzojnë, është llogaritur (në vitin 2006, në dollarë amerikanë) në 114 dollarë për Afrikën dhe 130 dollarë për Amerikën Latine.

Kostot ekonomike të abortit të pasigurt në sistemin shëndetësor të një vendi i tejkalojnë shpenzimet për periudhën pas abortit të sigurt. Një studim ikohëve të fundit llogarit një kosto vjetore prej 23 milionë dollarë për trajtimin e komplikimeve të vogla që vijnë si pasojë e abortit të pasigurt, në nivelin parësor të kujdesit shëndetësor; 6 miliardë dollarë për trajtimin e infertilitetit pas abortit dhe 200 milionë dollarë çdo vit për shpenzimet nga individët dhe familjet në Afrikën sub-Sahariane për trajtimin e komplikimeve pas abortit. Përveç kësaj, 930 milionë dollarë janë vlerësuar shpenzimet vjetore nga individët dhe shoqëritë e tyre, për të ardhurat e humbura nga vdekjet apo paaftësitë afatgjata, për shkak të pasojave kronike të shëndetit që vijnë nga aborti i pasigurt.

Është llogaritur se aborti i pasigurt i ka kushtuar sistemit shëndetësor të Meksikës 2 milionë dollarë në vitin 2005, përpara legalizimit të abortit. Me qasje në abort të sigurt, sistemi mund të shpëtojë 1.7 milionë dollarë në vit. Kështu, një sasi e madhe e parave mund të ruhet dhe të përdoret për të plotësuar nevojat e tjera urgjente, duke përfshirë sigurimin e cilësisë së shërbimeve, me standarde dhe udhëzime të përditësuara, me ofrues të trajnuar dhe teknologji të përshtatshme, nëse shtatzënitë e padëshiruara pengohen nga metoda efektive kontracesioni dhe aborti i sigurt është i arritshëm. Baza ekonomike e forcon më tej shëndetin publik dhe të drejtat e njeriut për ofrimin e abortit të sigurt.

Literatura

Guidelines for Safe abortion: technical and policy guidance for health systems 2nd -ed, World Health Organization 2012.



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË

Klinika / Spitali _____

FLETË INFORMIMI DHE MARRJE PËLQIMI PËR: ABORTIN MEDIKAL

I/ E nderuar pacient/e,

Të nderuar prindër!

Juve ju është rekomanduar:

• **ABORTI MEDIKAL**

INFORMIMI I PACIENTIT

Abort medikal quhet ndërprerja e shtatzënisë, e cila kryhet me medikamente, kryesisht me antiprogestativë (Mifepristone) dhe që shoqërohet në mjaft raste me prostaglandina. Aborti medikal konsiston në përdorimin e një antiprogestativi, Mifepristone (RU486), të pasuar nga një prostaglandinë (Misoprostol ose Gemeprost). Misoprostoli mund të përdoret i vetëm, por në këtë rast shkalla e suksesit është më e ulët. Aborti medikal përdoret nga java e katërt deri në javën e shtatë apo të nëntë, sipas protokolleve lokale, por edhe pas 14 javësh. Metodat kirurgjikale janë të preferueshme nga java e nëntë deri në javën e 14-të, por efektiviteti i abortit medikal gjatë javëve 9-14 është ende në studim e sipër. Ndonjëherë përdoret Methotrexate, një medikament antimetabolit, i pasuar nga prostaglandina. Mifepristone dhe Misoprostoli nuk kërkojnë ndonjë konservim të posaçëm dhe duhen ruajtur në temperaturën e dhomës (15-25 gradë C). Ambalazhet e hapura duhen hedhur pas 30 ditësh. Methotrexate dhe Gemeprost duhen mbajtur në një vend të freskët ose në frigorifer.

Një femër e cila përdor abort medikal duhet të ketë akses të afërt me një institucion mjekësor, i cili duhet të ofrojë trajtim urgjent në rastet e abortit jokomplet, duke përfshirë aspirimin (ose dilatimin dhe kyretazhin), transfuzionin e gjakut, trajtimin e shokut dhe reanimimin në raste urgjente.

Aborti medikal është gjithnjë më i sigurt sesa aborti i provokuar nga një personel që nuk ka aftësitë e duhura, ose në një mjedis pa standarde minimale të kujdesit mjekësor.

Një vizitë kontrolli më pas, zakonisht dy javë më vonë, është **e domosdoshme** për të konfirmuar

ndërprerjen e shtatzënisë: hemorragjia pas abortit nuk është provë e zbrazjes së plotë të uterusit.

Avantazhet e abortit medikal:

- Mënjanon kirurgjinë dhe anestezinë;
- Hemorragji më 'natyrore', si menstruacione;
- Emocionalisht më i lehtë për disa gra;
- Kontrollohet nga pacientja; më tepër fshehtësi dhe autonomi; mund të realizohet në shtëpi;
- Më i mirë se aborti kirurgjikal në mosha gestacionale të hershme, në raste obeziteti (indeksi i masës trupore > 30), pa faktorë të tjerë rrisht kardiovaskular, apo në raste me fibromioma, keqformime uterine ose ndërhyrje të mëparshme kirurgjikale cervikale;
- Nuk ka rrezik të dëmtimeve cervikale/uterine.

Disavantazhet e abortit medikal:

- Hemorragji, dhimbje barku, të vjella, diarre dhe efekte të tjera anësore;
- Pritje, pasiguri;
- Vizita të tjera në klinikë;
- Medikamentet janë të kushtueshme;
- Mund të përdoren vetëm deri në javën e nëntë të shtatzënisë.

Aborti që bëhet vetëm me Misoprostol

Ky regjim është më pak i efektshëm dhe ka më shumë efekte anësore, në krahasim me regjimet e kombinuara me Mifepristone, ose në rastet e premedikimit me Methotrexate. Megjithatë, në rastet kur këto medikamente nuk gjenden, aborti medikal mund të realizohet kur Misoprostoli është i vetmi medikament që disponohet. Efektiviteti është më i ulët krahasuar me atë të metodave kirurgjikale (84 % krahasuar me 95 %). Gjithsesi, niveli i sigurisë është shumë më i lartë sesa përdorimi i abortit të paligjshëm.

Janë rekomanduar edhe metoda të tjera:

Doza të përsëritura Misoprostoli 800 mg, në rrugë vaginale ose nën gjuhë (marrja nga goja është më pak e efektshme), çdo tri orë, deri sa të bëhet aborti, por maksimumi tri doza. Në rastet e intervaleve 3-orëshe, efektet anësore janë më të forta, në krahasim me intervalet 12-orëshe (shih më poshtë).

Doza të përsëritura të Misoprostolit 800 mg, në rrugë vaginale, çdo 12 orë, deri sa të realizohet aborti, por maksimumi tri doza. Administrimi sublingual ose nga goja në intervale 12 orëshe nuk është mjaftueshëm i efektshëm: 9% e shtatzënive vazhdojnë, në rast se përdoren deri në javën e nëntë të shtatzënisë. Shkalla e dështimit të kësaj metode ka të ngjarë të jetë edhe më e madhe nëse jepen deri në javën e 12-të të shtatzënisë.

Me dy regjimet e mësipërme, përqindja e abortit të plotë është 84%, përqindja e vazhdimit të shtatzënisë është rreth 5% dhe përqindja e abortit jokomplet është afërsisht 11%.

Metodë tjetër është Misoprostol 800 mg, nga goja, në rrugë vaginale ose sublingual, i cili përsëritet nëse aborti nuk ka filluar në ditën e 8-të, dhe përsëri në ditën e 11-të në rast se aborti nuk ka filluar ende. Ndjekja e ecurisë bëhet në ditën e 21-të.

Pas përdorimit të Misoprostolit janë raportuar keqformime fetale pas tremujorit të parë. *Prandaj, mjeku ju këshillon që ta çoni deri në fund abortin, ose në rrugë medikamentoze, ose kirurgjikale, pasi të jenë dhënë medikamentet e mësipërme.*

Aborti me Methotrexate + Misoprostol

Ky regjim mund të përdoret kur nuk gjendet Mifepristone. Kombinimi është i efektshëm më shumë se 90% deri në javën e nëntë të shtatzënisë. Pasi jepet Methotrexate, aborti duhet të përfundojë, sepse të dyja këto medikamente janë teratogjenë. *Prandaj, mjeku ju këshillon që ta çoni deri në fund abortin, ose në rrugë medikamentoze, ose kirurgjikale, pasi të jenë dhënë medikamentet e mësipërme.*

RREZIQET DHE KOMPLIKACIONET

Kundërindikacionet e abortit medikal:

- Alergji e njohur ndaj Mifepristonit, Misoprostolit, Gemeprostit ose prostaglandinave të tjera.
- Terapia afatgjatë me kortikosteroide.
- Dëmtime renale kronike.
- Çrregullime hemorragjike, terapia e njëkohshme me antikoagulantë.
- Shtatzëni ekstrauterine e konfirmuar apo e dyshuar.
- Masë e padiagnostikuar adneksale.
- **DIU** e vendosur brenda në uterus (hiqeni përpara se të jepni Mifepristone).
- Porfiria
- Infeksione të rënda pelvike (shenjat: dhimbje gjatë lëvizjes së qafës së mitrës, dhimbje anormale të bacinit, masë adneksale, temperaturë e lartë, sekrecione purulente në cerviks uteri dhe në vaginë).

Mifepristone: Një antiprogrestativ që bllokton receptorët endometrialë të progesteronit, e pengon shtatzëninë të rritet, zbut collumin, rrit kontraktueshmërinë uterine, shkakton gjakderdhje. Efektet anësore: të përziera, të vjella, dhimbje koke, marrje mendsh, lodhje, takikardi

Misoprostol: Një prostaglandinë që shkakton kontraksione uterine. Efektet anësore: krampe abdominale (më shumë dhimbje se dhimbjet menstruale të 25 % e pacienteve), të përziera, të vjella, diarre, temperaturë e përkohshme, marrje mendsh, dhimbje koke, ethe, urtikarie.

Kundërindikacionet e abortit me Methotrexate + Misoprostol

- Anemi e rëndë;
- Koagulopati e njohur;
- Sëmundje akute hepatike ose renale;
- Konvulsione të pakontrolluara;
- Sëmundje akute inflamatore e zorrës.

Duhet të siguroheni gjithnjë që t'i referoheni një institucioni spitalor apo mjekut gjinekolog për të vlerësuar komplikacionet e mundshme. Kjo është e domosdoshme në rastin e abortit medikal, duke qenë se hemorragjia është më pak e parashikueshme dhe në shtëpi mund të ndodhë hemorragji e madhe ose e vazhdueshme.

Në qoftë se dëshironi informacione të mëtejshme, ju lutemi mos nguroni të pyesni.

Nënshkrimi i mjekes/mjekut: _____

BISEDA SQARUESE ME MJEKUN

“ Unë e kam lexuar dhe e kam kuptuar pjesën për informimin e pacientit. Gjatë

bisedës sqaruese me mjekun, pata mundësinë të bëj të gjitha pyetjet që më kanë interesuar.

Pyetje drejtuar mjekut:

Përgjigje:

...

Për pyetjet që kam bërë, mora përgjigje të plota dhe të qarta, të cilat i kam kuptuar.

Gjatë **bisedës sqaruese me mjeken/mjekun** _____

_ përveç të tjerash, më janë sqaruar edhe: urgjenca e ndërhyrjes, përparësitë dhe dobësitë e saj krahasuar me metodat e tjera, komplikimet e mundshme, efektet e padëshiruara të medikamenteve/mjeteve anestetike, faktorët që rrisin rrezikun, ndërhyrjet e mundshme ndihmëse dhe pasuese, si dhe (në vijim shënoni dhe ndryshimet e bëra me dorë në pjesën e informimit të pacientit). _____

Data e planifikuar e fillimit të abortit medikal

KONSENSUSI - PËLQIMI

E kam menduar mirë vendimin tim. **Nuk** kam nevojë për më shumë kohë që të vendos.

“ **E jap pëlqimin** tim për **abortin medikal**.

- “ **Vetëm me Misoprostol**
- “ **Misoprostoli dhe Mifepristone ose Gemeprost**
- “ **Methotrexate + Misoprostol**
- “ _____

Pajtohem për ndryshimet dhe zgjerimet e metodës së paraparë, të cilat paraqiten si të domosdoshme vetëm gjatë hulumtimit, si dhe për ndërhyrjet ndihmëse dhe pasuese.

Në qofte së refuzoni masat e caktuara, ju lutemi shënoni cilat:

Vlen vetëm në rastet e refuzimit të operacionit:

“ **Nuk e jap pëlqimin** për **abortin medikal**.

Mjeku më ka sqaruar se me këtë refuzim mund të vështirësohet dhe të vonohet shumë diagnoza dhe mjekimi i sëmundjes, madje edhe të pamundësohen.

Vendi/data/ora

Pacienti/familjari i autorizuar/kujdestari zyrtar

Mjeku

**nënshkruan vetëm njëri prind, dhe njëkohësisht me nënshkrimin e tij sqaron se e ka të drejtën e kujdestarit, ose vepron në pajtim me prindin tjetër.*

*Përgatitur nga grupi i punës për hartimin e
“Udhërrëfyes i praktikës klinike për abortin e sigurt”*



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË

Klinika /spitali _____

**FLETË INFORMIMI DHE MARRJE PËLQIMI PËR:
ABORTIN KIRURGJIKAL ME METODËN E KYRETAZHIT/KYRETAZH
DIAGNOSTIK/KYRETAZH TERAPEUTIK**

I/ E nderuar pacient/e,

Të nderuar prindër!

Juve ju është rekomanduar:

“ **KYRETAZHI**

INDIKACIONET PËR KYRETAZH TË MUKOZËS SË MITRËS

Kyretazhin e mukozës së mitrës (abrazion, abortim) e këshillojmë për arsyet e mëposhtme:

- diagnostikuese

- “ për të sqaruar shkaqet e çrregullimeve të hemorragjisë (për shembull, shkaqet hormonale, tumoret, inflamacionet);

- terapeutike (mjekimi)

- “ për të ndalur një hemorragji të madhe nga mitra,
- “ për të mjekuar sëmundjet e mundshme të sipërfaqes së mitrës (për shembull, për të hequr polipet) dhe/ose
- “ për të hequr mbetjet indore pas lindjes apo dështimit, përkatësisht për të hequr fetusin e vdekur në mitër.

Por edhe për:

- “ abort kirurgjikal

INFORMIMI I PACIENTIT

Kyretazhi

Me anestezi të përgjithshme (narkozë) ose me anestezi lokale dhe me anën e një instrumenti në formën e lugës (kyreta) bëhet gërryerja e mukozës së mitrës, për të hequr embrionin/fetusin (shih fig.). Në qoftë se qafa e mitrës është shumë e ngushtë, para kyretazhit, ajo zgjerohet butësisht me anë të instrumentave. Në ras-

te të veçanta (për shembull tek abortimi i fetusit të vdekur në mitër), zgjerimi i qafës së mitrës mund të lehtësohet me medikamente, të cilat bëjnë zbutjen e saj (prostaglandinat).

Pas kyretazhit, indi i hequr hulumtohet me metoda mikroskopike. Në përputhje me rezultatet vendoset nëse ka nevojë për trajtim të mëtejshëm dhe për ç’lloj trajtimi.

RREZIQET DHE KOMPLIKACIONET

Në shumë raste kyretazhi bëhet pa asnjë lloj ndërlikimi.

Lëndimi apo **shpimi** i murit të mitrës (perforimi) dhe dëmtimi i organeve fqinje nga instrumentat (dëmtimi i zorrës, fshikëzës së urinës) janë të rralla. Zakonisht ato kërkojnë vetëm një mbikëqyrje të shkurtër. Vetëm në disa raste të posaçme mund të rekomandohet një mbikëqyrje stacionare gjatë natës ose dhënia e antibiotikëve. Në raste tepër të rralla (p.sh., në rastet e komplikimeve gjatë abortit), këto lëndime pas abortit mund të detyrojnë një **operacion** me hapje të barkut (laparotomia) ose shpim të barkut (laparoscopia) - në raste të jashtëzakonshme me heqjen e mitrës – dhe/ose me **transfuzion të gjakut**. Këto masa mund të jenë të domosdoshme edhe në rastin e **hemorragjive të rënda** dhe/ose **hemorragjive pas abortit**, të cilat mund të shfaqen edhe pa pasur lëndime, veçanërisht kur mpiksja e gjakut është e çrregulluar, ose kur pacienti merr terapi për pengimin e mpiksjes së gjakut (p.sh., marcumar* heparine)

Hemorragjitë e lehta që shfaqen pas disa orësh, janë normale. **Infeksionet** e hapësirës së mitrës dhe/ose vezëpërçuese pas kyretazhit mund të bëjnë të domosdoshëm një mjekim medikamentoz. Pas abortit mund të ndodhë shumë rrallë që, si pasojë e infeksioneve ose çrregullimeve në mjekimin e plagës, të shfaqen **dëmtime** të përhershme ose **ngjitje** të grykës së qafës së mitrës, kanalit të qafës së mitrës, hapësirës së mitrës ose vezëpërçuesve. Si pasojë ka çrregullime të menstruacioneve dhe/ose vështirësi për të mbetur shtatzënë, ndoshta edhe sterilitet. Në qoftë se aplikohen **medikamente** për zgjerimin parapërgatitor të qafës së mitrës, si efekte të padëshirueshme, ndonjëherë mund të shfaqen të përziera, të vjella, diarre, si dhe dhembje të lehta në pjesën e poshtme të barkut.

Me gjithë kujdesin gjatë procedurës, mund të mbeten pjesë indesh në mitër. Ato mund të shkaktojnë hemorragji të gjata dhe hedhje spontane të indit të mbetur. Në rastet më të rralla, pas kyretazhit është i domosdoshëm një rikyretazh për heqjen e plotë të indit të ngelur.

Kur pacientja vuan nga **alergjia** ose **mbindjeshmëria** (p.sh., ndaj medikamenteve, mjeteve për narkozë, mjeteve dezinfektuese, lateksit) për një kohë të caktuar mund të shfaqen edemë, kruajtje e lëkurës, teshtitje, ekzemë, marrje mendsh ose të vjella, si dhe reaksione të ngjashme më të lehta. **Komplikimet e rënda në kuadër të funksioneve të rëndësishme për jetën** (të zemrës, qarkullimit të gjakut, frymëmarrjes, veshkave dhe **dëmtimet e përhershme** (p.sh., pamjaftueshmëria e organeve dhe paraliza) janë shumë të rralla.

Sikurse pas çdo operacioni, në venat e mëdha mund të krijohet mpiksje gjaku (**tromboza**), të cilat në rrethana të veçanta mund të ngjiten dhe t’i mbyllin enët e gjakut (**embolia**). Si masë kalimtare, përveç të tjerash, mund të merret në konsideratë edhe dhënia e mjetit që pengon mpiksjen e gjakut (p.sh., **injeksioni i heparinës**), i cili megjithatë rrit **prirjen për hemorragji** dhe mund të shpjerë në çrregullime të rënda të **mpiksjes së gjakut**.

Ndërhyrjet ndihmëse dhe pasuese

Edhe masat përgatitore shoqëruese, ose ato pasuese, nuk janë krejt pa rreziqe. Kështu p.sh., infuzionet ose injeksionet, ndonjëherë mund të shkaktojnë **dëm-**

time lokale të indeve në vendin e shpimit (abscesi nga injektimi, nekroza dhe/ose ngacmimi/pezmatimi i venave), si dhe **dëmtime nervore** kalimtare, e shumë rrallë edhe të përherëshme (dhembje, paraliza).

Me gjithë kujdesin që bëhet, konservimi i gjakut, përgatitja e derivateve të plazmës dhe prodhimeve të tjera të gjakut, nuk mund të përjashtohet plotësisht **infektimi** juaj gjatë transfuzionit të tyre, p.sh., shumë rrallë me viruse të hepatit (verdhëza) dhe më rrallë me HIV (AIDS), si dhe me shkaktarin e BSE-së, përkatësisht variantin e sëmundjes Creutzfeld-Jakob. Këto rreziqe përjashtohen duke dhuruar gjak për vetveten. Nëse është ose jo i mundshëm dhe i arsyeshëm vetëdhurimi në rastin tuaj, kjo sqarohet gjatë diskutimit me mjekun.

Në qoftë se dëshironi informacione të mëtejshme, ju lutemi mos ngurroni të pyesni.

Ju lutemi që të respektoni me përpikëri udhëzimet vijuese, ashtu siç ju urdhëron mjeku!

Para ndërhyrjes: Kirurgu, në bashkëpunim me mjekun e sëmundjeve të gjakut, vendos nëse duhet dhe kur duhet të ndërpritet medikamenti për pengimin e mpiksjes së gjakut, përkatësisht për zëvendësimin e tij me një tjetër.

Pas ndërhyrjes: Nëse mjeku nuk e përcakton ndryshe: Mos përdorni tampon, Mos bëni shpëlarje të vaginës dhe hiqni dorë nga marrëdhëniet seksuale.

Në qoftë se ndërhyrja bëhet në mënyrë **ambulatore**, duhet t'ju dërgojë në shtëpi një person i afërt, meqenëse aftësitë tuaja reaguese mund të jenë të kufizuara nga veprimi i medikamenteve anestezike dhe i atyre për eliminimin e dhembjeve. Po ashtu, duhet të këshilloheni me mjekun përpara se të filloni të ngisni makinën. Gjatë kësaj kohe nuk duhet të pini alkool dhe as të merrni vendime të rëndësishme.

Në qoftë se shfaqen temperatura (mbi 38°C), hemorragji ose dhembje të forta, ju lutemi të informoni menjëherë mjeken/mjekun tuaj, edhe atëherë kur këto shfaqen për herë të parë disa ditë pas ndërhyrjes!

Nënshkrimi i mjekes /mjekut: _____

BISEDA SQARUESE ME MJEKUN

Unë e kam lexuar dhe e kam kuptuar **pjesën për informimin e pacientit**. Gjatë bisedës sqaruese me mjekun, pata mundësinë të bëj të gjitha pyetjet që më interesuan.

Pyetje drejtuar mjekut:

.....

Përgjigje:

.....

Për pyetjet që kam bërë, kam marrë përgjigje të plota dhe të qarta, të cilat i kam kuptuar.

Gjatë **bisedës sqaruese me mjeken/mjekun** _____

_ përveç të tjerash, më janë sqaruar edhe: urgjenca e ndërhyrjes, përparësitë dhe dobësitë e saj krahasuar me metodat e tjera, komplikimet e mundshme, efektet e padëshiruara të medikamenteve/mjeteve anestetike, faktorët që rrisin rrezikun, ndërhyrjet e mundshme ndihmëse dhe pasuese, si dhe (në vijim shënoni dhe ndryshimet e bëra me dorë në pjesën e informimit të pacientit). _____

Data e planifikuar e operacionit

KONSENSUSI – PËLQIMI

E kam menduar mirë vendimin tim. **Nuk** kam nevojë për më shumë kohë që të vendos.

“ **E jap pëlqimin** tim për **kyretazhin e mitrës/abortim**.

Pajtohem për anestezinë kundër dhembjeve, për ndryshimet dhe zgjerimet e metodës së paraparë, të cilat paraqiten si të domosdoshme vetëm gjatë hulumtimit, si dhe për ndërhyrjet ndihmëse dhe pasuese

Në qofte së refuzoni masat e caktuara, ju lutem të shënoni cilat:

Vlen vetëm në rastet e refuzimit të operacionit:

“ **Nuk e jap pëlqimin** për kyretazhin e propozuar të mitrës/abortim.

Mjeku më ka sqaruar se me këtë refuzim mund të vështirësohet dhe të vonohet shumë diagnoza dhe mjekimi i sëmundjes, madje edhe të pamundësohen.

.....

Vendi/data/ora

Pacienti/familjari i autorizuar/kujdestari zyrtar

Mjeku

**nënshkruan vetëm njëri prind dhe njëkohësisht me nënshkrimin e tij, sqaron se e ka të drejtën e kujdestarit, ose vepron në pajtim me prindin tjetër.*

*Përgatitur nga grupi i punës për hartimin e
“Udhërrëfyes i praktikës klinike për abortin e sigurt”*

