# 

# Inducerad abort

**Telefonrådgivning – Bokning**

* Anamnes: SM, paritet, preventivmedel (erfarenhet och önskemål), information om möjlighet till kuratorskontakt
* Kort information om abortmetoder, preventivmetoder och ev. studier
* Tidsbokning, information om läkarbesöket
* Dokumentation görs i TakeCare

**Läkare eller barnmorska med specialutbildning**\***:**

Skriver kortfattad journal i TakeCare (dikterar ej – detta för att patienten direkt ska träffa barnmorska som behöver kunna se journalen omgående):

**Anamnes:**

* Ev ambivalens
* Tid/nuv graviditet
* Tid/nuv sjukdomar
* Trombosheriditet/risk
* Rökning
* Medicinering och allergier
* Kontraindikationer såsom överkänslighet mot mifepriston eller misoprostol, blödningsrubbningar, binjurebarksinsufficiens, svår astma

**Undersökning**

* Gynekologisk undersökning med beskrivning av uterus storlek och position.
* Screening för **bakteriell vaginos** och **klamydia.** Påbörja behandling innan abort.
* Erbjud HIV-provtagning – det måste dock gå 6 veckor sedan smittotillfälle för att utesluta HIV.
* Vid symtom eller hos riskgrupper även riktad provtagning t.ex. GC, Syfilis, Hepatit B
* Ultraljud – Hinnsäck? Intrauterin? Gulesäck? Grav-längd enl CRLeller BPD? Adnexförändringar?
* Vid kirurgisk abort även: BT, auskultation hjärta och lungor

**Behandling**:

* Preventivmedelsrådgivning till kvinnor med riskfaktorer (t.ex. kronisk sjukdom, BMI >35, ålder >40 år) görs av gynekolog eller ST-läkare
* Behandling av BV och klamydia ska påbörjas innan aborten.

|  |  |
| --- | --- |
| Bakteriell vaginos | T. Metronidazol (Flagyl®) 400g 1x2 i 7dagar  alt: Vag. Klindamycin (Dalacin®) 100mg till natten i 3 dagar |
| Klamydia el. cervicit | T. Doxycyklin (**Doxyferm®) 100 mg 2 tabl första dagen, därefter 1x1 i 8 dagar** Skriv ”Fritt enl SML” |

* Beslut om abortmetod (kirurgisk, hemabort, inneliggande abort)
* Kvinnan har rätt att kräva abort. Beslut om metod fattas tillsammans med kvinnan.
* Vid **spiralgraviditet** ska spiralen extraheras så snart som möjligt. Om intrauterin graviditet inte ses är risken hög för extrauterin.
* Läkare anmäler i **Orbit** vid kirurgisk abort samt **ordinerar Cytotec pre-operativt.**Gör riskvärdering inför kirurgisk abort – se PM *Tidig abort tom 12+0*
* Ordinera läkemedel vid medicinsk abort när datum är bekräftat hos barnmorska.

|  |  |
| --- | --- |
| Svår astma | Kan vara stressutlöst och behöva inneliggande övervakning |
| Koagulationsrubbning | Vid blödningsbenägenhet kan kirurgisk abort vara att föredra.  **Vid trombosrisk kan profylax behövas. Överväg koagulationskonsult.** |
| Insulinbeh. Diabetes | Överväg kirurgisk abort för bättre kontroll. |
| Vid pågående cancersjuksom | Kan behöva rådgivning på SMVC och hos behandlande onkolog innan beslut. Kan behöva tromosprofylax i samband med abort. |

**Barnmorska:\***

Dokumenterar kortfattat i TakeCare:

* Ger kompletterande information om vald abortmetod ifall kvinnan har ytterligare frågor.
* Delar ut läkemedel och förklarar hur kvinnan ska ta dem.
* Blodgruppering för kirurgisk abort och medicinsk abort efter v 12
* Preventivmedelsrådgivning (och förskrivning) till kvinnor utan riskfaktorer
* Psykosocialt inkl erbjudande om kuratorskontakt
* Utlandsvård ta MRSA, vid symtom även ESBL och VRE

\*Barnmorska med genomgången utbildning inom abortvård enligt SFOG’s certifiering kan självständigt handlägga medicinsk abort med konfirmerad intrauterin graviditet och graviditetslängd upp till vecka 10+0. Konfirmerad intrauterin graviditet innebär ultraljudsdokumentation av hinnsäck och gulesäck. Vid dessa besök dokumenterar barnmorska samtliga punkter beskrivna under punkterna läkarbesök och barnmorskebesök.

**Preventivmedel efter abort**

Kirurgisk abort:

* Samtliga metoder bör påbörjas direkt i samband med operationen.
* Implantat och spiral sätts in direkt på operationssalen.

Medicinsk abort:

* P-stav kan sättas tidigast 30 min efter mifepriston.
* P-ring kan startas när blödning lugnat sig – senast dag 5.
* Annan hormonell antikonception påbörjas samma dag eller dagen efter misoprostol.
* **Tidig spiral**: Spiral bör sättas in så tidigt som möjligt efter aborten helst inom 7 dagar räknat från mifepriston-intag. Ifall kvinnan beskriver en ”typisk” abort med initialt riklig blödning som sedan avtagit och uterus palperas normalstor kan spiral sättas utan HCG eller ultraljud. Vid osäkerhet eller misstanke om fortsatt graviditet skall ultraljud göras – dvs **frikostig inställning till ulj innan tidig spiralinsättning**. Om ulj bekräftat avslutad graviditet behöver kvinnan inte kontroller grav-test efteråt.
* Depo-Provera bör inte ges innan misoprostolbehandlingen

**🡪 Viktigt är att kvinnan kontrollerar behandlingseffekt med uHCG-test 2000 mlU/ml 14-21 d efter abort oavsett vald preventivmetod.**

**Minderårig patient**

Enligt abortlagen har en kvinna själv, oberoende av ålder, rätt att själv bestämma om hon vill göra abort.

* **< 18 år**: kontakt med kurator rekommenderas. Uppmana till samtal med vårdnadshavare. Annan (närstående) vuxen kan accepteras som kontakt.
* **< 15 år**: alltid kontakt med kurator. Mognadsbedömning utförs av specialist eller ST-läkare i samråd med specialist. Huruvida föräldrar är informerade eller ej skall dokumenteras i journalen. Anmälan till socialtjänsten vid misstanke om att patienten far illa.
* Abortbehandlingen ska inte fördröjas pga ovanstående.

**Medicinsk abort t.o.m v 12+0**

Aborten kan påbörjas vid positivt graviditetstest 25 mlU/ml om:

* Intrauterin hinnsäck med gulesäck och/eller foster konstaterats.
* ”Very early medical abortion” (VEMA): Vid förtjockad slemhinna eller hinnsäck utan foster/gulesäck **utan misstanke om extrauterin graviditet** (blödning, smärta) **eller mola:** bedöm om ultraljudsbilden kan överensstämma med sista mens. I nuläget är det vetenskapliga underlaget inte tillräckligt för att bedöma om abort säkert kan påbörjas vid väldigt tidig graviditet – erbjud i första hand kvinnan att delta i VEMA-studien.

Ifall kvinnan inte uppfyller inklusionskriterierna kan abort påbörjas ändå. Då tas **s-hCG innan mifepriston-intag och 1 vecka efteråt** för att kontrollera att s-hCG är i sjunkande (>80% minskning jfr baseline). Viktigt med information till patienten om att extrauterin graviditet inte kunnat uteslutas och att hon vid symptom på detta omedelbart ska kontakta gyn-akuten.

**Medicinsk abort t.o.m. v 10+0 – hemabort eller på dagvården:**

Påbörjas på mottagningen och fullföljs hemma eller på dagvården. Hemabort kräver frisk patient som förstår instruktionerna samt kan göra sig förstådd per telefon. Myndig närstående som är med under misoprostol-behandlingen rekommenderas. Kvinnan ska informeras om att det kan ta upp till en vecka innan hon börjar blöda.

Kvinnor som av medicinska, sociala eller humanitära skäl inte kan eller vill genomföra hemabort kan behandlas med misoprostol på dagvården. De behöver dock inte kvarstanna tills aborten är komplett (ska i dessa fall kontrollera behandlingseffekt med uHCG-test enligt ovan).

|  |  |
| --- | --- |
| Behandling |  |
| Dag 1 | T Mifegyn® (alt T. Mifepristone®) 200 mg p.o. på mottagningen |
| Dag 2/3  24-48 h (upp till 72h) efteråt | Misoprostol (T Cytotec®) 0,8 mg (4 tabl) vaginalt (eller 2+2 sublingualt vid riklig blödning)  🡪 Om kvinnan ej börjat blöda inom 3 h:  Misoprostol 0,4 mg (2 tabl) vaginalt, sublingualt eller peroralt  🡪 Gravida mellan v 9+0 – 10+0 kan får ytterligare en dos misoprostol 0,4 mg (2 tabl) om de inte börjat blöda efter ytterligare 3 timmar |
| Smärtlindring +  Antiemetika | 1) Paracetamol 500mg 2x4  2) Ibuprofen 600 mg 1x2  3) OxyNorm 5 mg vb  4) Metoklopramid 10mg vb |

**Medicinsk abort på dagvården v.10+0 t.o.m. 12+0**

Aborten påbörjas på abortmottagningen där kvinnan intar mifepristone. Behandling med misoprostol sker på dagvården. Kvinnan bör ha möjlighet att kvarstanna över natten om hon inte aborterat under dagen.

|  |  |
| --- | --- |
| Behandling |  |
| Dag 1 | T Mifegyn® (alt T. Mifepristone®) 200 mg p.o. på mottagningen |
| Dag 2/3  36-48 h efteråt | 1)Misoprostol (T Cytotec®) 0,8 mg (4 tabl) vaginalt (eller 2+2 sublingualt vid blödning)  2)Misoprostol 0,4 mg (2 tabl) vaginalt, sublingualt eller peroralt var 3:e timme. Högst 4 doser. (tot 1,6mg)  3) Om inget hänt under dagen kvarstannar kvinnan på avdelningen för exeres (eller upprepad behandling med cytotec) dagen efter. |
| Smärtlindring +  Antiemetika | * Paracetamol 500mg 2x4 * Ibuprofen 600 mg 1x2 * OxyNorm 10 mg vb * Metoklopramid 10mg vb |

**Samtliga patienter som genomgår en medicinsk abort uppmanas höra av sig till abortmottagningen:**

* Om de kräks upp mifepristone inom 1 h.
* Vid fortsatta graviditetssymtom, eller utebliven blödning, 1 vecka efter misoprostol-behandlingen.
* Vid feber, riklig blödning (mer än två maxi bindor per timme under mer än två timmar), eller ihållande svår smärta bör abortpatienter uppmanas att söka gyn-akuten.
* **Ifall hon ångrar sig**: Det finns en risk att hon aborterar på enbart mifepristone men risken är betydligt större om hon även tagit misoprostol. Enbart mifepristone är inte förknippat med missbildning, det är däremot misoprostol. Ifall kvinnan ångrar sig rekommenderas viabilitets-ultraljud efter 2 veckor. Har hon tagit misoprostol rekommenderas även riktat ultraljud v 18-20.

**Kirurgisk abort v 7+0 - 12+0**

Skall helst utföras 7+0 – 12+0 för att maximera förutsättningen för komplett abort.

Om <v 7+0 eller >12+0 eller vid hög-risk (se nedan) skall ingreppet utföras av en van operatör. Det är upp till operatören att besluta vid vilken gravididtetslängd hen kan utföra kirurgisk abort men ej >13+0 veckor.

Från vecka 13+1 – 15+0 kan D&E utföras av gynekolog med särskild kompetens.

* **Förbehandling: misoprostol 0,4mg (2 tabl) sublingualt 1 h pre-operativ**t   
  (alt: misoprostol 0,4mg vag 3 timmar pre-op eller mifepriston 200mg p.o. 24-48h pre-op)
* Operatören träffar patienten innan operationen för information.
* Antibiotika påbörjas pre-op vid misstänkt/bekräftad klamydia samt vid BV.
* Ingreppet utförs i narkos eller sedering. **PCB** läggs för per- och post-operativ smärtlindring.
* Enligt lag är läkaren skyldig att verifiera att aborten är komplett. Detta kan kontrolleras med peroperativt ultraljud eller inspektion av operationsutbyte.
* Syntocinon® 8,3 µg/ml 1 ml (5 IE) iv kan ges peroperativt om riklig blödning eller ökad risk för sådan (kan ge intensiva krampsmärtor i samband med prostglandinbehandling).
* Spiral eller p-stav insättes med fördel direkt efter vakumaspirationen.
* **Rh-profylax** till Rh-negativa.
* Riskvärdering och val av sugens storlek enligt nedan:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grav-längd | Dilatation till | Sugcurette nr |
| 7-10v | **9** | **8** |
| 11-12v | **11** | **10** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Riskvärdering exceres** | | |
|  | **Hög Risk** | **Låg Risk** |
| **Riskfaktorer** | * Tidigare större uterus-kirurgi t.ex. sectio eller myomektomi * BMI >25 * Under puerperiet eller ammande * Pågående infektion | * BMI <25 * Frisk kvinna * Inga tidigare uterusoperationer * Normalformad uterus * Tagit Cytotec pre-operativt |
| **Åtgärder** | * Strukturerad time-out och avslut * Kvinnan får gå hem tidigast efter 2 timmar utan läkarbed. enbart ifall VAS <3 och NEWS 0. * Bör ha specialistläkare närvarande. * Rekommenderas att exceres görs ultraljuds-lett. | * Strukturerad time-out och avslut * Kvinnan får gå hem tidigast efter 1 timme utan läkarbed. enbart ifall VAS <3 och NEWS 0 * Kan utföras av ST-läkare självständigt efter uppkörning\* |

\* Uppkörning kan göras vid kirurgisk abort eller vid exceres vid rester. ST-läkaren beskriver och utför samtliga steg och specialist utfärdar därefter ”körkort” för exceres.

* Riskbedömning görs i samband med beslut om exceres. Skriv i TakeCare ifall det är   
  Hög eller Låg risk. I Orbit-anmälan skrivs att ultraljud ska finnas på sal vid Hög risk.
* Vid rester görs alltid en övervägning ifall vakuum-sug verkligen behövs.   
  Många gånger räcker ögletång för att avlägsna rester.
* Vid pågående infektion bör behandling påbörjas innan kirurgisk abort utförs.

**Uppföljning och återbesök efter abort:**

Evidens för hygienråd finns inte.

Återbesök för spiralinsättning erbjuds till patienten helst inom 7 dagar räknat från mifepristone.

Övriga erbjuds återbesök cirka 14-21 dagar efter misoprostol-behandlingen för uHCG-test 2000 mlU/ml och klinisk kontroll.

Om hon avböjer återbesöket skickas grav-test 2000 mIU/ml med hem.

* Negativt grav-test: ingen uppföljning
* Positivt grav-test minst 14 dagar efter aborten: ringer till mottagningen och återbesök bokas in efter några dagar till barnmorska för nytt uHCG-test
  + - Negativt: ingen åtgärd
    - Positivt: läkarbedömning krävs
* Vid fortsatt graviditet erbjuds kirurgisk abort alternativt en ny medicinsk abort efter undersökning och bedömning av läkare.
* Vid inkomplett abort erbjuds i första hand misoprostol 0,4 mg (2 tabl) sublingualt  
  (eller 0,6 mg (3 tabl) p.o.). Detta leder till komplett abort inom 10-14 dagar hos upp till 97-99%.

**Medicinsk abort v 12+1 - 21+6**

Remissbedömning ska alltid göras av specialistläkare och patienten bör bokas för bedömning av läkare på abortmottagningen.

Aborten genomförs inneliggande på vårdavdelning alternativt i dagvården.

Patienter som undersökts på CFM för second opinion skall i första hand återgå till inremitterande klinik för sen abort.

För de sena aborter som ska utföras på Karolinska Universitetssjukhuset skall ytterligare ett ultraljud göras för att bekräfta graviditetslängden om inte denna tidigare är bedömd med ultraljud och dokumenterad av två olika undersökare. Patienter som undersökts via CFM behöver ej undersökas igen.

Vid **tidigare sectio** skall risken för uterusruptur beaktas fr.o.m. v 18+0 och en lägre dos misoprostol ska övervägas. Starta med halverad dos och öka efter 1 dygn ifall behandlingen inte gett effekt. Syntocinon® skall ej användas vid sluten, omogen cervix.

Fr.o.m. v 18+1 skall ansökan göras till socialstyrelsens rättsliga råd:

* Patient ansöker om tillstånd
* Specialist eller ST inom obstetrik och gynekologi skriver medicinskt utlåtande   
  (i TakeCare mall) och bedömer viabilitet av fostret
* Kurator gör psykosocial utredning.
* Komplett ansökan skickas till Rättsliga rådet som sammanträder 08:00 fredagar.   
  Ansökan måste komma in 14:00 dagen innan. Vid ärenden som inte kan vänta kontaktas Rättsliga rådets kansli via Socialstyrelsens växel tel: 075-247 30 00
* Efter tillstånd från socialstyrelsen ska abort utföras skyndsamt, speciellt sen grav-längd.

|  |  |
| --- | --- |
| Behandling |  |
| Dag 1 | * Mifepriston 200mg p.o. intas på abortmottagningen |
| Dag 3 (36-48h senare) | * Misoprostol 0,8 mg (4 tabl) vaginalt (eller 2+2 sublingualt vid riklig blödning) på avd. * Om pat. inte aborterar: Misoprostol 0,4 mg (2 tabl) sublingualt/vag/p.o. Dosen upprepas var 3:e timme högst 4 ggr (tot 8 tabl). * Om hon inte aborterat under dagen ges Mifegyne 200mg p.o. kl 20. |
| Dag 4 | Upprepa förfarandet för dag 3. Amniotomera om möjligt. Överväg antibiotika om vattenavg. >18h. AKTIV HANDLÄGGNING!!! |
| Dag 5 | Läkare bör göra klinisk bedömning inklusive ultraljud.  Upprepa förfarandet för dag 3.  Överväg även en eller flera av nedanstående:   * Amniotomi om möjligt. * Mekanisk dilatation med Dilaplan®/Laminaria eller ballongkateter. * Byte till Minprostin® 2mg vag. Kan upprepas efter 6 timmar. * I sista hand: Dilatation och evakuering på operation. Oftast behövs inte ytterligare dilatation – var försiktig med hänsyn till perforationsrisk. Evakuering helst digitalt. Om det inte går kan största ögletången eller abort-tång användas av erfaren gynekolog. |
| Efter fostrets framfödande | * 1 ml Syntocinon® (5E) iv. * Rh-profylax\* till Rh negativa |
| Smärtlindring | * Ibuprofen 400 mg x 3 + Paracetamol 1g x 4 * Pracervikalblockad (PCB) av läkare eller specialutbildad barnmorska med 10 ml Marcain® 2,5 mg/ml x 2. Kan upprepas efter 1h. Om ytterligare behövs skall läkare kontaktas. Max-dos 60ml/dygn. * TENS * Oxynorm® 5 mg som kan upprepas efter 4h * Injektion Morfin 10 mg/ml 1 ml iv alt Ketogan Novum® 5 mg/ml 1 ml sc. * EDA vid behov i sena graviditetsveckor. * Illamående: Metoklopramid 10 mg (max 30 mg/24 h) po alt. Primperan® 5 mg/ml 2 ml iv. |
| Laktation > v15 | Undvik helst medicinsk behandling pga biverkningar. Om patienten ändå vill ha behandling ges Dostinex® 0,5 mg 2 tabl. Se PM om Avbrytande av laktation vid abort och vid påbörjad amning. |

\*Enligt ARG rapporten Graviditetsimmunisering räcker det med 500IE (100 µg) v 12+0 - 20+0 och 1250-1500IE (250-300 µg) efter v 20+0, men i nuläget används på kliniken RhD-profylax 1500 IE i en förfylld spruta (Rhophylac®) som skall ges till Rh-negativa vid kirurgisk abort eller sent medicinskt avbrytande.

**Placenta**

* Om placenta inte avgår spontant: avvakta ca 1h om kvinnan inte blöder.
* **Kontakta läkare vid blödning >500 ml**
* Läkare bör undersöka patienten i gynstol. Om placenta ses skall denna lösas manuellt med Credés handgrepp alt. med ögletång.
* Om det misslyckas och patienten inte blöder kan misoprostol 0,4 mg po (2 st tabl) ges. Förnyad undersökning när det gått 2 timmar. Ifall placenta fortfarande inte avgått bör den då lösas på operation.
* Exeres endast vid behov så som vid blödning eller om placenta inte avgår trots åtgärder eller om stor placentarest finns kvar i uterus. Observera att det finns ökad risk för perforation och överväg ulj-ledd exeres.

**Efter aborten:**

* Överväg sjukskrivning till kvinnan och partnern i 10-14 dagar pga krisreaktion.
* Överväg remiss för PAD – särskilt om önskemål finns från CFM.
* Erbjud kuratoskontakt.
* Informationsbroschyr och muntlig info.
* Evidens för hygienråd saknas.

Referenser

* ARG-rapport 78: Inducerad Abort
* ARG-rapport 74: Graviditetsimmunisering
* WHO Medical management of abortion, 2018
* Sesam-pärmen
* SFOG-råd för Inducerad abort, FARG 2020

**Versionshistorik**

Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 3 | 2021-01-14 | Reviderad layout | Ronak Perot |
| 2 | 2020-12-16 | Reviderad layout | Ronak Perot |
| 1 | 2020-12-07 | Ny | Ronak Perot |