

Gravidanza fisiologica

- La donna che accede al ns. servizio deve essere presa in carico dall'equipe nella sua totalità.
- Nel caso la gravidanza deroghi dalla fisiologia e sopraggiungano complicazioni, bisogna definire un percorso specialistico illustrato alla paziente.
- Durante la gravidanza il numero minimo di visite è 4.
- È estremamente importante che la cartellina ambulatoriale contenga le informazioni cliniche, e che, ad ogni incontro, sia **firmata e timbrata** dal medico

Agenda della gravidanza

Il primo trimestre (entro 12⁺⁶ settimane)

La **prima visita** dovrebbe avvenire idealmente entro le 10 settimane.

Obiettivi della prima visita in gravidanza sono:

- offrire informazioni sui servizi disponibili per l'assistenza e il sostegno alla donna, compresi i corsi di accompagnamento alla nascita; sui benefici di legge a tutela di maternità e paternità; sugli stili di vita e la gestione dei sintomi; sui test di screening
- identificare le donne che potrebbero avere bisogno di un'assistenza intensiva e pianificare il loro percorso
- condurre un'indagine anamnestica sulla salute mentale, prestando attenzione a eventuali sintomi e segni di disagio psichico. Si ricorda la disponibilità di una psicologa due volte alla settimana in reparto e la proficua collaborazione con la psichiatria territoriale.
- identificare le donne con mutilazioni genitali
- ricercare eventuali sintomi e segni di violenza domestica
- misurare l'indice di massa corporea, rilevare la pressione
- offrire informazioni sulle possibilità di screening e di diagnosi prenatale della sindrome di Down
- offrire, nei casi di incertezza, l'indagine ecografica per la determinazione dell'epoca gestazionale
- offrire l'indagine ecografica per le anomalie fetali strutturali, da effettuarsi fra 19⁺⁰ e 21⁺⁰ settimane di età gestazionale
- offrire un esame citologico vaginale, **solo se non è stato effettuato nei tre anni precedenti**.

Nel corso dello stesso incontro o a breve distanza di tempo, ma comunque entro lo stesso periodo, devono essere programmati:

- esami ematologici, idealmente prima di 10 settimane (emogruppo, *status* Rh(D), screening emoglobinopatie, anemia, anticorpi anti eritrociti, HIV, rosolia, sifilide, toxoplasmosi) e gli altri esami limitatamente ai gruppi a rischio
- analisi delle urine (proteinuria e urinocoltura per ricerca della batteriuria asintomatica)
- indagine ecografica per determinare l'epoca gestazionale
- percorso diagnostico per la sindrome di Down, attraverso:
 - **test sierici combinati con traslucenza nucale da 11⁺⁰ settimane a 13⁺⁶ settimane;**
 - test sierici da 15⁺⁰ settimane a 20⁺⁰ settimane.
 - Pianificazione di esami citogenetici invasivi per le donne > 35 aa o con fattori di rischio attraverso una adeguata informazione alla paziente. Nel caso richiedere una consulenza genetica.

Note

- La datazione dell'età gestazionale va eseguita **tra 7 e 11 settimane attraverso la verifica del CRL, oppure tra 12 e 16 settimane attraverso la misurazione del DBP.**
- si raccomanda di ridatare una gravidanza **solo se** la discrepanza rispetto all'epoca mestruale sia ≥ 7 giorni

Il secondo trimestre (da 13.^o settimane a 27.^o settimane)

Le **visite** in questo periodo hanno lo scopo di **esaminare e discutere con la donna gli esiti dei test di screening**, registrandone i risultati nella cartella che la donna porta con se.

Gli obiettivi sono:

- **identificare le donne che necessitano di assistenza diversa** da quella appropriata per la gravidanza fisiologica e, in questo caso, riformulare il relativo piano di assistenza
- verificare se i **livelli di emoglobina** sono inferiori a 10,5 g/100 ml e considerare la supplementazione con ferro se appropriata
- rilevare la pressione arteriosa
- offrire, alle donne **che hanno avuto un diabete gestazionale in una gravidanza precedente** un test da carico di glucosio (OGTT) a **16-18 settimane** di età gestazionale, e un ulteriore OGTT a **28 settimane** di età gestazionale, se la prima determinazione è risultata normale
- offrire, alle donne con uno dei fattori di rischio identificati, un OGTT (75 g) a **24-28 settimane** di età gestazionale (v. dopo)

*Si ricorda che l'**indagine ecografica per la diagnosi di anomalie fetali strutturali** deve essere eseguita **fra 19⁺⁰ e 21⁺⁰ settimane**.*

Il terzo trimestre (da 28.ª settimana al termine)

Le **visite** in questo periodo hanno l'**obiettivo** di

- esaminare e discutere con la donna i risultati degli esami eseguiti, registrandone i risultati nella cartella che la donna porta con sé. Identificare le donne che necessitano di assistenza diversa da quella appropriata per la gravidanza fisiologica e, in questo caso, riformulare il relativo piano di assistenza
- offrire lo screening per gli anticorpi atipici per emazie
- verificare se i livelli di emoglobina sono inferiori a 10,5 g/100 ml e considerare la supplementazione con ferro se appropriato
- **offrire a 28 settimane la profilassi anti-D di routine alle donne Rh(D) negative**
- rilevare la pressione arteriosa

La donna deve essere informata dell'offerta di corsi di accompagnamento alla nascita organizzati dalla nostra S.C.

Alle donne deve essere prenotata un'**ecografia a 32 settimane**.

A **34 settimane** la o il professionista deve offrire alla donna informazioni e l'opportunità di discutere della **preparazione al travaglio e alla nascita**, includendo informazioni sulla pianificazione del parto, su come riconoscere il travaglio e come affrontare il dolore. Le informazioni offerte in forma verbale devono essere supportate da materiale cartaceo o altro materiale.

A 36 settimane deve essere verificata la presentazione del feto.

Questo è anche il periodo in cui devono essere offerte **informazioni sull'allattamento al seno, le cure del neonato, i test di screening per il neonato, la profilassi con vitamina K, la cura di sé dopo la nascita**. Queste informazioni devono essere supportate da materiale cartaceo o altro materiale.

A 40 settimane la o il professionista deve offrire alla donna **informazioni sulla gestione della gravidanza fino a 41 settimane e oltre il termine**.

Alimentazione in gravidanza

In gravidanza è consigliata un'alimentazione variata.

Gli alimenti da includere sono:

- abbondanti quantità di frutta e verdura
- farinacei come pane, pasta, riso, patate
- proteine derivate da pesce, carne, legumi
- abbondanza di fibre derivate da pane integrale, frutta e verdura
- prodotti caseari come latte, formaggi, yoghurt.

Per un principio di precauzione, i professionisti devono informare le donne in gravidanza del fatto che **alcuni tipi di alimenti possono rappresentare un rischio per madre e feto:**

- formaggi a pasta molle derivati da latte crudo e muffe, come Camembert, Brie e formaggi con venature blu
- pâté, inclusi quelli di verdure
- fegato e prodotti derivati
- cibi pronti crudi o semicrudi
- carne cruda o conservata, come prosciutto e salame
- frutti di mare crudi, come cozze e ostriche
- pesce che può contenere un'alta concentrazione di metil-mercurio, come tonno (il consumo deve essere limitato a non più di due scatolette di media grandezza o una bistecca di tonno a settimana), pesce spada, squalo
- latte crudo non pastorizzato.

In gravidanza il consumo di **caffaina** (presente nel caffè, nel tè, nella cola e nel cioccolato) dovrebbe essere limitato a non più di 300 mg/die (3-4 caffè).

Acido Folico

Si raccomanda che le donne che programmano una gravidanza, o che non ne escludono attivamente la possibilità, assumano regolarmente almeno 0,4 mg al giorno di acido folico per ridurre il rischio di difetti congeniti. Per essere efficace l'assunzione di acido folico deve iniziare almeno un mese prima del concepimento e continuare per tutto il primo trimestre di gravidanza.

Ferro

La supplementazione con ferro **non deve essere offerta di routine a tutte le donne in gravidanza**, dal momento che non porta benefici di salute per la madre e il feto e può avere effetti collaterali indesiderati.

Vitamine

I professionisti devono informare le donne in gravidanza che la supplementazione con vitamina A (assunzioni maggiori di 700 microgrammi al giorno) deve essere evitata perché potenzialmente teratogena.

► I professionisti devono informare le donne in gravidanza che è opportuno evitare il consumo di fegato e di alimenti prodotti a partire dal fegato, in quanto contengono elevati livelli di vitamina A.

La supplementazione routinaria con vitamina D in gravidanza non è raccomandata.

► La supplementazione è consigliata, dopo una valutazione caso per caso, nelle donne appartenenti ai seguenti gruppi a rischio:

- donne del sud asiatico, africane, caraibiche e di origini medio orientali
- donne che si espongono raramente al sole
- donne che seguono un'alimentazione povera di vitamina D.

Alcool

Poiché le prove di efficacia non sono conclusive, per un principio precauzionale i professionisti devono informare le donne in gravidanza o che hanno pianificato una gravidanza che la scelta più sicura è non assumere alcol.

Fumo

Il fumo in gravidanza comporta rischi per la salute feto-neonatale.

Droghe

► I professionisti devono comunicare alle donne in gravidanza o che abbiano intenzione di avviare una gravidanza, che l'uso anche moderato di cannabis, oltre che delle altre droghe, e da evitare in quanto può provocare danni sul regolare sviluppo fisico e neuropsichico del feto e del bambino.

Farmaci

Il ricorso ai farmaci in gravidanza, compresi quelli da banco e quelli non convenzionali, deve avvenire in caso di effettiva necessità, poiché solo di un numero esiguo di essi è stata provata la sicurezza in gravidanza.

► La scelta di un farmaco per il trattamento di una patologia acuta o cronica della donna in gravidanza può essere supportata consultando un centro di informazione teratologica e/o lo specialista di riferimento.

Farmaci e gravidanza: a chi rivolgersi in Italia

In Italia, i servizi ai quali è possibile rivolgersi sono:

- *Centro antiveneni degli Ospedali riuniti di Bergamo: tel. 800883300 attivo 24 ore*
- *Tossicologia perinatale dell'Azienda ospedaliera Careggi di Firenze: tel. 055.7946731 attivo il lunedì ore 14-17, dal martedì al venerdì ore 10-14*
- *Telefono rosso del Policlinico universitario A. Gemelli di Roma: tel. 06.3050077 attivo da lunedì a venerdì ore 9-13*
- *Servizio di informazione teratologica CePIG (Centro per l'informazione genetica) dell'Università degli studi-Azienda ospedaliera di Padova: tel. 049.8213530 attivo da lunedì a venerdì ore 11-13.*

Sport

I professionisti devono informare le donne in gravidanza che iniziare o continuare un'attività fisica moderata in gravidanza non è associato a eventi avversi.

Attività fisica

- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza riguardo i potenziali pericoli di un'attività sportiva che preveda impatto fisico e possa comportare il rischio di cadute e traumi addominali e notevole sforzo fisico.
- ▶ I professionisti devono informare le donne che le immersioni subacquee in gravidanza sono risultate associate a difetti congeniti e a malattia fetale da decompressione.

Attività sessuale

I professionisti devono informare le donne che avere rapporti sessuali nel corso della gravidanza non è associato a eventi avversi.

Viaggi aerei

I professionisti devono informare le donne in gravidanza che i viaggi aerei di lunga percorrenza sono associati a un rischio aumentato di trombosi venosa nella popolazione generale, ma non è chiaro se ci sia un ulteriore incremento di questo rischio in gravidanza.

- ▶ L'utilizzo di calze elastiche in viaggi aerei a lunga percorrenza è efficace nella popolazione generale.

Cintura di sicurezza

I professionisti devono informare le donne che in gravidanza l'uso della cintura di sicurezza non presenta dei rischi e risulta efficace nel ridurre le conseguenze di un incidente. I professionisti devono anche informare le donne del corretto uso della cintura di sicurezza.

Nausea e vomito

I professionisti devono informare le donne del fatto che nausea e vomito sono sintomi generalmente non associati a eventi avversi in gravidanza e che si risolvono spontaneamente entro le 16-20 settimane di gestazione.

- ▶ Tra i trattamenti farmacologici disponibili mirati alla riduzione di nausea e vomito gli **antistaminici** sono efficaci. L'assunzione di questi farmaci è associata a sonnolenza.

Pirosi gastrica

I professionisti devono informare le donne in gravidanza che soffrono di pirosi gastrica che modifiche nell'alimentazione e nella postura assunta dopo i pasti e durante il sonno possono offrire un sollievo ai sintomi.

- ▶ I trattamenti farmacologici sono efficaci, ma non si hanno informazioni sulla loro sicurezza in gravidanza.

Stipsi

I professionisti devono informare le donne in gravidanza con problemi di stipsi che introdurre fibre alimentari nella dieta può risolvere il disturbo.

Emorroidi

I professionisti devono informare le donne in gravidanza con problemi di emorroidi che cambiamenti nella dieta potrebbero alleviare i sintomi. Se i sintomi permangono e sono severi può essere considerato l'utilizzo di **creme** antiemorroidarie.

Vene varicose

I professionisti devono informare le donne che le vene varicose sono un sintomo frequente in gravidanza, non associato a danni per la salute. Inoltre devono informare le donne che indossare calze elastiche non previene l'insorgenza delle vene varicose, ma potrebbe migliorarne i sintomi.

Perdite vaginali

I professionisti devono informare le donne che un aumento nelle perdite vaginali è un cambiamento fisiologico della gravidanza. Un approfondimento diagnostico deve essere preso in considerazione quando le perdite sono associate a prurito, dolore, cattivo odore o dolore alla minzione.

- ▶ Quando necessario, la tricomoniasi vaginale può essere trattata con **metronidazolo per via orale**. Non sono stati dimostrati effetti teratogeni sul feto in seguito all'utilizzo di metronidazolo in gravidanza.
- ▶ La terapia topica della candidosi vaginale con imidazolo per una settimana è un trattamento efficace in gravidanza.
- ▶ La terapia per via orale della candidosi vaginale **non** deve essere considerata.

Mal di schiena ed altre sintomatologie algiche

I professionisti devono informare le donne che esercizi in acqua, massaggi, utilizzo di un cuscino cuneiforme e corsi di back care (compreso il tilt pelvico), individuali o di gruppo, possono essere di aiuto nell'alleviare il mal di schiena in gravidanza.

Esame clinico della donna in gravidanza

- **Il peso materno** e l'altezza devono essere misurati al primo appuntamento, e la misurazione del peso ripetuta ad ogni visita.
- Poiché la misurazione della **pressione arteriosa** è un test efficace per lo screening della pre-eclampsia, deve essere effettuato a ogni visita in gravidanza.
- L'esame del seno svolto di routine durante la gravidanza non è raccomandato.
- I professionisti che assistono le donne in gravidanza devono identificare le donne sottoposte a mutilazioni genitali femminili appena accertato lo stato gravidico, in modo da poter pianificare l'assistenza intrapartum.
- I professionisti che assistono le donne in gravidanza devono prestare attenzione alla presenza di sintomi e segni riconducibili a episodi di violenza domestica.
- I professionisti che assistono la donna in gravidanza devono prestare attenzione nel corso degli incontri a rilevare condizioni di disagio psicosociale.
- Nel caso in cui il professionista riscontrasse un disturbo mentale nel corso della gravidanza o durante il parto, dopo averne parlato con la donna e con il medico di famiglia, deve pianificare una consultazione con uno specialista.
- **Al primo appuntamento**, sia nel periodo prenatale sia dopo il parto, i professionisti che assistono la donna in gravidanza devono raccogliere informazioni circa:
 - grave disturbo mentale passato o presente, come schizofrenia, disturbo bipolare, psicosi puerperale e depressione grave
 - eventuali trattamenti farmacologici e/o ricoveri per disturbi mentali
 - storia familiare (primo e secondo grado parentale) di gravi disturbi mentali come schizofrenia, disturbo bipolare, psicosi puerperale e depressione grave.

Si ricorda la presenza dello psicologo in reparto, a cui segnalare i casi di fragilità, e si fa presente la proficua collaborazione con la psichiatria territoriale per i casi che necessitano di una assistenza psichiatrica.

Anemia e emoglobinopatie

A tutte le donne devono essere assicurati counselling e test in grado di identificare le portatrici di emoglobinopatie (anemia falciforme e talassemia).

In gravidanza, alla prima visita (idealmente entro 10 settimane), i professionisti devono offrire informazioni e screening delle emoglobinopatie (anemia falciforme e talassemia) a tutte le donne che non li hanno ricevuti in precedenza.

In caso di sospetto, deve essere prenotato un appuntamento presso il centro di microcitemia del Galliera.

La determinazione **dell'emogruppo e del fattore Rh(D)** deve essere offerta nel primo trimestre a tutte le donne in gravidanza.

► L'immunoprofilassi anti-Rh(D) deve essere offerta di **routine a tutte le donne in gravidanza Rh(D) negative non sensibilizzate a 28 settimane.**

► In tutte le donne, indipendentemente dal loro stato Rh(D), deve essere ricercata la presenza di anticorpi atipici anti-emazie nel primo trimestre e a 28 settimane.

► A tutte le donne in gravidanza che presentano anticorpi atipici anti-emazie in misura clinicamente rilevante devono essere offerti la consulenza di un centro specializzato e informazioni sull'assistenza successiva.

Screening per anomalie strutturali fetali

► L'indagine ecografica per la diagnosi di anomalie fetali deve essere offerta di routine tra **19⁺⁰ settimane e 21⁺⁰ settimane.**

Diagnosi prenatale della sindrome di Down

Raccomandazioni

► Il percorso per la diagnosi prenatale della sindrome di Down deve essere offerto a tutte le donne entro 13+6 settimane. Se la donna si presenta al primo incontro a un'epoca che non consente l'offerta del test del primo trimestre, un test come il triplo test deve essere offerto in epoca più tarda (per esempio tra 15+0 settimane e 20+0 settimane).

► Per le donne che hanno scelto il test combinato – comprendente translucenza nucale, gonadotropina corionica umana (hCG), proteina plasmatica A associata alla gravidanza (PAPP-A) – questo deve essere eseguito **tra 11+0 settimane e 13+6 settimane.**

► La misurazione isolata della translucenza nucale non è raccomandata per individuare la sindrome di Down.

Screening delle infezioni

Alle donne con fattori di rischio deve essere proposto lo screening per la batteriuria asintomatica basato sull'**urinocoltura**, e lo screening per *Chlamydia trachomatis* deve essere offerto alle donne in gravidanza con fattori di rischio riconosciuti alla prima visita prenatale e deve essere eventualmente ripetuto nel terzo trimestre.

- Lo screening sierologico per l'epatite B deve essere offerto **nel terzo trimestre**
- Lo screening per l'**HIV** deve essere offerto a tutte le donne all'inizio della gravidanza e al terzo trimestre.

- Lo screening sierologico per la suscettibilità alla **rosolia** deve essere offerto a tutte le donne all'inizio della gravidanza.
- L'esecuzione dello screening dell'infezione da **streptococco beta-emolitico gruppo B** con tampone vaginale e rettale e terreno di coltura selettivo è raccomandata per tutte le donne a 36-37 settimane.
- Lo screening sierologico della **sifilide**, effettuato con un test specifico per il treponema, è raccomandato in tutte le donne **alla prima visita e alla fine della gravidanza**.
- Lo screening prenatale della **toxoplasmosi** è raccomandato e consiste in una sierologia al primo controllo prenatale, ripetuta ogni 4-6 settimane se il primo esame risulta negativo, fino al termine della gravidanza.
- Lo screening per l'infezione da HSV-1 e HSV-2 nelle donne in gravidanza **non è** raccomandato.
- Lo screening di routine per la gonorrea non è raccomandato nelle donne in gravidanza, ma deve essere offerto alle donne a rischio di infezione.

Screening per problemi clinici (diabete)

Al primo appuntamento in gravidanza, a tutte le donne va misurata la glicemia plasmatica per identificare le donne con diabete preesistente alla gravidanza. Sono definite affette da **diabete preesistente** alla gravidanza le donne con valori di **glicemia plasmatica a digiuno ≥ 126 mg/dl** (7,0 mmol/l), di glicemia plasmatica *random* ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), di HbA1c (standardizzata ed eseguita entro le 12 settimane) $\geq 6,5\%$. Indipendentemente dalla modalità utilizzata. È necessario che risultati superiori alla norma siano confermati in un secondo prelievo.

► Nelle donne con gravidanza fisiologica e raccomandato lo screening per il diabete gestazionale, eseguito utilizzando fattori di rischio definiti.

A **16-18 settimane** di età gestazionale, alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- diabete gestazionale in una gravidanza precedente
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico ≥ 30
- riscontro, precedentemente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia plasmatica compresi **fra 100 e 125 mg/dl** (5,6-6,9 mmol/l) deve essere offerta una curva da carico con **75 g** di glucosio (OGTT 75 g) e un ulteriore OGTT 75 g a **28 settimane** di età gestazionale, se la prima determinazione è risultata normale. Sono definite affette da diabete gestazionale le donne con uno o più valori di glicemia plasmatica superiori alle soglie riportate nella tabella sottostante.

A **24-28 settimane** di età gestazionale, alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- età ≥ 35 anni
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico ≥ 25 kg/m²
- macrosomia fetale in una gravidanza precedente ($\geq 4,5$ kg)
- diabete gestazionale in una gravidanza precedente (**anche se con determinazione normale a 16-18 settimane**)
- anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2)
- famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh), Caraibi (per la popolazione di origine africana), Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto) deve essere offerto un OGTT 75 g.

Sono definite affette da diabete gestazionale le donne con uno o più valori di glicemia plasmatica superiori alle soglie riportate nella tabella sottostante.

► **Per lo screening del diabete gestazionale non devono essere utilizzati la glicemia plasmatica a digiuno, glicemie *random*, *glucose challenge test* (GCT) o minicurva, glicosuria, OGTT 100 g.**

► Alle donne cui è stato diagnosticato un diabete gestazionale deve essere offerto un OGTT 75 g non prima che siano trascorse 6 settimane dal parto.

Criteria per la diagnosi di GDM con OGTT 75 g

<i>glicemia plasmatica</i>	<i>mg/dl</i>	<i>mmol/l</i>
digiuno	≥ 92	$\geq 5,1$
dopo 1 ora	≥ 180	$\geq 10,0$
dopo 2 ore	≥ 153	$\geq 8,5$

Raccomandazioni Varie

- ▶ La presentazione fetale deve essere diagnosticata **a 36 settimane** o successivamente, epoca a partire dalla quale puo influenzare la pianificazione del parto. Una sospetta malpresentazione fetale deve essere confermata con l'ecografia.
- ▶ Il conteggio formale di routine dei movimenti fetali percepiti non è raccomandato.
- ▶ L'auscultazione del battito cardiaco fetale puo confermare che il feto è vivo, ma non ha alcun valore predittivo sull'esito della gravidanza.

Esami minimi in gravidanza

- **All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13^a settimana, e comunque al primo controllo**

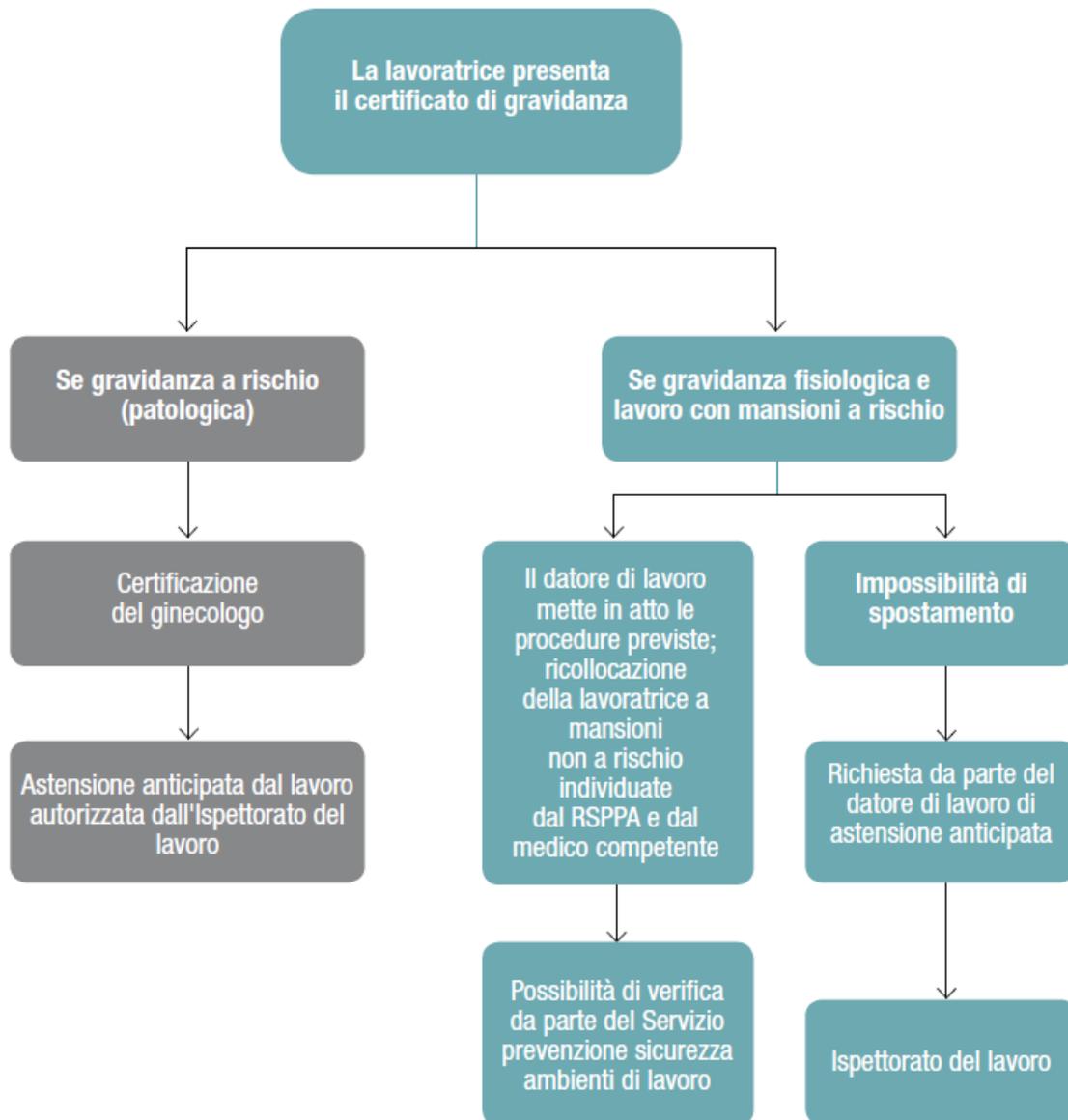
EMOCROMO, GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D), GOT, GPT, VIRUS ROSOLIA ANTICORPI TOXOPLASMA ANTICORPI (in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 gg. fino al parto), TPHA, VDRL, HIV, GLUCOSIO, ESAME URINE, Test di Coombs indiretto (in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità AB0, il test deve essere ripetuto alla 34^a-36^a settimana).

Lo screening per l'HCV deve essere offerto alle donne a rischio.

ECOGRAFIA OSTETRICA (Test Combinato)

- **Tra la 14^a e la 18^a settimana:** ESAME URINE
- **Tra la 15^a e la 16^a settimana:** AMNIOCENTESI (ev.)
- **Tra la 19^a e la 23^a settimana:** ESAME URINE, ECOGRAFIA OSTETRICA
- **Tra la 24^a e la 27^a settimana:** GLICEMIA, ESAME .
- **Tra la 28^a e la 32^a settimana:** EMOCROMO, FERRITINA, ESAME, ECOGRAFIA OSTETRICA
- **Alla 37^a settimana:** VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HB_sAg, VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI, VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI, tamponi vaginali e rettali per ricerca Streptococco Agalactiae, esami basali.

Percorso di tutela della lavoratrice in gravidanza



Gravidanza a termine

Ci si riferisce a gravidanze singole, cefaliche, non complicate

Nonostante la debole evidenza che la nascita post-termine di per sé abbia un impatto avverso sulla mortalità perinatale in assenza di complicazioni, la mortalità perinatale a ≥ 42 sett. è doppia rispetto al termine.

Il rischio maggiore pare determinato dalla macrosomia e dall'oligoamnios, quando non vi sia una precedente IUGR misconosciuta, responsabile del 52% delle morti intrauterine "improvvisi ed inspiegabili".

Per evitare i rischi legati alla prosecuzione della gravidanza, l'induzione del parto deve essere offerta a tutte le donne con gravidanza non complicata **da 41+0 a 42+0** settimane di età gestazionale.

Tale condotta è provata che non aumenta il tasso di cesarei, ed aumenta la soddisfazione della paziente.

Il primo monitoraggio CTG va eseguito a **40+1** (scelta prudenziale), quindi almeno bisettimanalmente.

In occasione del primo monitoraggio vanno misurati:

1. **biometria fetale**
2. **AFI**
3. **eventualmente il doppler delle arterie ombelicali (utile solo nelle gravidanze a rischio, visto che l'emodinamica feto-placentare non si modifica a termine di gravidanza).**

Si ricorda che il liquido amniotico può ridursi anche in 24 ore, quindi può essere necessario ricontrollarlo durante l'attesa del taglio o dell'induzione

► Il momento in cui effettuare l'induzione del parto deve tener conto delle preferenze della donna, dei risultati dei test di sorveglianza fetale adottati e del contesto assistenziale.

La donna che si sottopone ad induzione di gravidanza deve firmare un **valido consenso informato**.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13^a settimana, e comunque al primo controllo:

- 90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. H
- 90.65.3 GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D), qualora non eseguito in funzione preconcezionale
- 90.09.2 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
- 90.04.5 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
- 91.26.4 VIRUS ROSOLIA ANTICORPI: in caso di IgG negative, entro la 17^a settimana
- 91.09.4 TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 gg. fino al parto
- 91.10.5 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]: qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- 91.11.1 TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]: qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- 91.22.4 VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
- 90.27.1 GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
- 90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
- 88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA
- 90.49.3 ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]: in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità ABO, il test deve essere ripetuto alla 34^a-36^a settimana.

Tra la 14^a e la 18^a settimana:

- 90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

Tra la 19^a e la 23^a settimana:

- 90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA

Tra la 24^a e la 27^a settimana:

- 90.27.1 GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
- 90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

Tra la 28^a e la 32^a settimana:

- 90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
- 90.22.3 FERRITINA [P/(Sg)Er]: in caso di riduzione del volume globulare medio
- 90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)
- 88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA

Fra la 33^a e la 37^a settimana:

- 91.18.5 VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HB_sAg
- 91.19.5 VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
- 90.62.2 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
- 90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)
- 91.22.4 VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI in caso di rischio anamnestico

Tra la 38^a e la 40^a settimana:

- 90.44.3 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

Dalla 41^a settimana:

- 88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA: su specifica richiesta dello specialista
- 75.34.1 CARDIOTOCOGRAFIA: su specifica richiesta dello specialista; se necessario, monitorare fino al parto

(*) In caso di batteriuria significativa:

Bibliografia

SNLG

linea guida 20

Gravidanza fisiologica

Aggiornamento 2011

ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. Number 55, September 2004 (replaces practice pattern number 6, October 1997). Management of Postterm Pregnancy. Obstet Gynecol. 2004; 104:639. Livello VI (ACOG III).

AOGOI

GRAVIDANZA PROTRATTA (POST-TERM).

UPTODATE

Postterm pregnancy

Author

Errol R Norwitz, MD, PhD

Section Editor

Charles J Lockwood, MD

Deputy Editor

Vanessa A Barss, MD

Disclosures

Clinical Practice Obstetrics Committee, Maternal Fetal Medicine Committee, Delaney M, et al. Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks. J Obstet Gynaecol Can 2008; 30:800.