

INFORMAZIONI IMPORTANTI PER IL BUON ESITO DELLA GRAVIDANZA

Dott. Lino Del Pup via Mazzini 77/2 Cordenons PN tel 360 693900 - 338 6672444

Gentile Signora,

questo protocollo di gestione della gravidanza ha lo scopo di fornirle informazioni utili a garantire il miglior andamento della Sua gravidanza. E' basato sulle linee guida integrate con i migliori studi disponibili e con l'esperienza maturata in oltre 37 anni. Legga con attenzione e conservi nella cartellina ostetrica, questo documento che sintetizza ed integra le informazioni personalizzate che sono state e saranno fornite durante le visite ostetriche. Le può discutere e chiedere chiarimenti. Faccia vedere questo protocollo anche al Suo Medico di medicina generale in modo da poter coordinare meglio le indagini da svolgere. Le raccomando infine di seguire scrupolosamente anche le indicazioni fornite sullo stile di vita in gravidanza (alimentazione, controllo del peso, attività fisica, igiene,...)

PRIMA VISITA OSTETRICA

Gli obiettivi della prima visita sono: fare anamnesi, rilevare peso e pressione arteriosa e effettuare l'ecografia ostetrica, dare informazioni e ottenere i consensi, stampare la prima parte della cartella ostetrica, dei referti ed allegati. Dopo la visita deve leggere attentamente questo documento, le altre informative, prenotare per tempo le indagini prenatali e fare le analisi come indicato del referto della prima visita inserito nella cartella ostetrica da portare al Suo Medico di medicina generale e a me in tutte le visite e anche quando va in ospedale.

Indagini da fare nelle prime settimane di gravidanza fino alla 13^a (primo trimestre)

A) ESAMI DI LABORATORIO ESENTI (in base alla Gazzetta Ufficiale del 10-9-98):

- **Esame urine.**

- **Emocromo.** I livelli di emoglobina inferiori al normale per Lei sono <11 g/100 mL nel primo trimestre e <10,5 g/100 mL da 28 settimane in poi. Non si allarmi se i valori sono fuori dagli intervalli indicati nei referti perché quelli sono limiti generici validi per le non gravide. La normalità o meno delle Sue analisi la stabiliremo quando le porta alla prossima visita nell'ambito di una valutazione basta sulla Sua peculiare situazione.

- **Glicemia.** "Alle donne che hanno avuto un diabete gestazionale in una gravidanza precedente deve essere offerto un auto monitoraggio precoce della glicemia o un OGTT a 16- 18 settimane di età gestazionale, e un ulteriore OGTT a 28 settimane di età gestazionale" (LG 2011) Se è obesa, insulino resistente o ha la sindrome ovaio policistico valuteremo l'opportunità di fare questa indagine e l'emoglobina glicata HbA1c

- **AST, ALT**

- **Virus Rosolia** IgG ed IgM. Non serve farli solo se vi è documentata immunità, dovuta a pregressa infezione o a vaccinazione, ovvero IgG positive e IgM negative, in tal caso portare le analisi fatta in precedenza che lo comprovano. Se le IgM del prelievo in gravidanza sono positive riferirlo immediatamente: significa che l'infezione è recente, o in atto, e quindi pericolosa e faremo subito controllo infettivologico. La vaccinazione anti-rosolia deve essere fatta prima di concepire e nel post partum se non vi è documentazione di avvenuta vaccinazione con due dosi di vaccino o se ha Igg e anche igm negative ovvero è suscettibile. Anche se vi è stata eliminazione della trasmissione endemica della rosolia in Italia dal 2021 (ma non all'estero).

- **Toxoplasmosi** IgG ed IgM. In caso di IgG ed IgM negative (mai avuto contatto con il toxoplasma ovvero suscettibilità) ripeterle ogni mese fino al parto, per diagnosticare precocemente l'eventuale acquisizione dell'infezione in gravidanza e attuare scrupolosamente tutte le norme di igiene necessarie (descritte anche nel dettaglio più avanti), tra cui, lavarsi bene le mani prima di mangiare, lavare molto bene le verdure, non mangiare carni crude nè insaccati non cotti. Anche secondo le nuove linee guida confermano che la sierologia per toxoplasma va "ripetuta ogni 4-6 settimane" e "le donne devono essere informate delle misure igieniche che possono evitare l'infezione". Non serve ripetere la sierologia se vi è immunità pregressa (protezione), ovvero IgG positive e IgM negative, in tal caso portare al ricontrollo le analisi che lo comprovano. Solo se le IgM sono positive lo riferisca appena è in possesso degli esami per programmare gli approfondimenti: "cinetica delle IgG su un ulteriore prelievo, valutazione dell'avidità IgG e della presenza di IgA". Se contrae la toxoplasmosi in gravidanza valuteremo i pro e contro dell'eventuale uso di spiramicina o pirimetamina-sulfadiazina avvalendoci anche della consulenza infettivologica e/o microbiologica. L'importante è farlo precocemente. Rimane fondamentale l'igiene come da Linee Guida ISS 2023: "l'utilizzo di guanti e la pulizia accurata di mani e unghie dopo la manipolazione di materiale potenzialmente contaminato da feci di gatto (sabbia, terra, ad esempio per esposizione durante il giardinaggio); la riduzione del rischio di esposizione dei gatti domestici al virus tenendo i gatti in casa e offrendo loro solo alimenti cotti, conservati o secchi; l'utilizzo di guanti durante la pulizia della lettiera del gatto, che va eseguita regolarmente (ogni 24 ore) disinfettando la lettiera vuota con acqua quasi bollente per cinque minuti; il consumo di carne ben cotta (>67°C) o congelata ad almeno -20°C, temperatura che permette l'eliminazione delle cisti di *T. gondii*; il consumo di uova cotte e latte pastorizzato; il lavaggio accurato sotto acqua corrente di frutta e ortaggi freschi prima del consumo; la pulizia di mani, superfici o utensili che sono venuti a contatto con carne cruda, frutta o ortaggi freschi; il consumo di acqua non contaminata da oocisti, evitare il consumo di carne essiccata e di alimenti stagionati o affumicati"

- **Sifilide** screening sierologico da eseguire con test treponemici immunometrici o immunoenzimatici per la ricerca degli anticorpi (ELISA o EIA o CLIA o CMIA), deve essere offerto a tutte le donne in gravidanza alla prima visita prenatale e nel terzo trimestre. Un ulteriore test treponemico (TPHA) e un test non treponemico (RPR o VDRL) dovrebbero essere sempre utilizzati come *reflex* in caso di positività del test immunoenzimatico, al fine di confermare la diagnosi e definire lo stato di attività della malattia. VDRL e TPHA (Treponema pallidum anticorpi), vanno fatti due volte "alla prima visita e alla fine della gravidanza" anche in base alle vecchie (LG 2011)

- **HIV** 1-2 anticorpi, va fatto due volte "all'inizio della gravidanza e al terzo trimestre" (LG 2011)

- **Gruppo sanguigno ABO ed RH.** Non serve rifarlo se ha il tesserino o analisi che lo documenta. Bisogna farlo anche del partner, se non ne avete già documentazione. Segnali al medico e a me se è RH negativa e il partner è RH positivo.

- **Test di Coombs indiretto** (ricerca anticorpi irregolari anti eritrociti). "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 (si ricordi di farla 3 mesi prima del parto!). 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. L'immunoprofilassi anti-Rh(D) deve essere offerta di routine a tutte le donne in gravidanza Rh(D) negative non sensibilizzate a 28 settimane da effettuarsi

in dose unica da 1.500 UI (300 µg) di immunoglobuline a 28 settimane circa di gestazione, o in due dosi da 500 UI (100 µg) ognuna a 28 e 34 settimane di gestazione".(LG 2011)

B) ESAMI DI LABORATORIO AGGIUNTIVI UTILI Attualmente non sono esenti, ma utili e possono esserlo se la gravidanza è a rischio:

- **Urinocoltura** "per ricerca della batteriuria asintomatica che deve essere trattata " .è necessario il rilievo di almeno 100 000 unità (10 alla 5) formanti colonie/mL su due campioni successivi di urine positivi per lo stesso germe" (LG 2011) Raccolga le urine a metà minzione. Se sarà necessario usare un antibiotico: amoxicillina associata ad acido clavulanico 2 die per 7 giorni o nitrofurantoina (evitare nel terzo trimestre e se deficienza di glucosio-6-fosfato deidrogenasi) 50-100 mg x 4 die per 7 giorni o fosfomicina trometamolo 3 g monodose la sera. Urinocoltura di controllo dopo 10 giorni dalla fine della terapia.

- **Elettroforesi dell'emoglobina** (ETF Hb) o cromatografia liquida ad alto rendimento (HPLC). Serve a valutare se la madre è portatrice di anemie congenite come la talassemia o anemia mediterranea o anemia falciforme. Non serve ripeterlo se lo ha già fatto. Secondo le Linee Guida "in epoca preconcezionale, 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 a tutte le donne che non li hanno ricevuti in precedenza. Il test deve essere effettuato preferibilmente utilizzando la cromatografia liquida ad alto rendimento (HPLC) offerta in tutti i casi in cui l'MCH è <27 pg. Se la donna è identificata come portatrice di una emoglobinopatia, counselling e screening devono essere tempestivamente offerti anche all'uomo".

- **Emoglobina glicata (HbA1c)** nelle donne obese o con fattori di rischio per diabete mellito.

- **Epatite B** screening sierologico mediante HBsAg + Ac anti-HBsAg + Ac antiHBcAg o esame HBV- reflex*, ove disponibile, deve essere fatto al primo contatto in gravidanza e nel terzo trimestre a tutte le donne non vaccinate contro HBV (LG 2023) (HBV-*reflex* viene definito come: Antigene HBsAg + Anticorpi anti-HBsAg + Anticorpi anti-HBcAg, includendo: Anticorpi anti-HBcAg IgM, se HBsAg e anti-HBcAg positivi; Antigene HBeAg, se HBsAg positivo; Anticorpi anti-HBeAg, se HBeAg negativo.

La vaccinazione anti-HBV dovrebbe essere offerta alle donne in gravidanza non

vaccinate in precedenza con *marker* di infezione da HBV negativi (HBsAg, Ac antiHBsAg, Ac anti-HBcAg) e con fattori di rischio e/o conviventi con persona positiva a HBV.

- **Epatite C** (HCV) da fare al primo e al terzo trimestre e non solo "in presenza di fattori di rischio" come da linee guida (LG2010)

- **Infezione da *Trypanosoma cruzi* (Malattia di Chagas)** lo screening sierologico va fatto nel primo trimestre o comunque alla prima visita prenatale nelle donne a rischio. Sono a rischio le donne sudamericane, ovvero " nate in uno dei 21 Paesi endemici per l'infezione (Argentina, Belize, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Guyana francese, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Suriname, Uruguay, Venezuela) o nate da madre proveniente da uno di tali Paesi, e/o che hanno ricevuto trasfusioni di sangue in uno dei 21 Paesi endemici, e/o che hanno risieduto in uno dei 21 Paesi endemici per più di 6 mesi" (Linee Guida

- **Citomegalovirus (CMV)** IgG ed IGM va sempre fatto e se sieronegativa igg e igm rifatto mensilmente fino a 24 settimana. "La diagnosi di infezione materna primaria da CMV in gravidanza dovrebbe essere basata sulla comparsa di IgG virus-specifiche nel siero di una donna in precedenza sieronegativa o sulla rilevazione di anticorpi IgM specifici associati con IgG a bassa avidità. In caso di infezione primaria materna, i genitori dovrebbero essere informati che il rischio di trasmissione e di infezione fetale intrauterina è compreso fra 30% e 40% e che, se il feto è infetto, il rischio di sequele dopo la nascita è compreso fra 20% e 25%. La diagnosi prenatale di infezione fetale da CMV dovrebbe essere basata sull'amniocentesi, effettuata almeno 7 settimane dopo la data presunta dell'infezione materna e dopo 21 settimane di gestazione. Questo intervallo è importante perché sono necessarie da 5 a 7 settimane dopo l'infezione fetale per la replicazione nel rene di una quantità di virus rilevabile nel liquido amniotico. La diagnosi di infezione secondaria dovrebbe essere basata su un aumento significativo del titolo anticorpale IgG, con o senza la presenza di IgM ed IgG ad alta avidità. In caso di dimostrata infezione secondaria, l'amniocentesi può essere considerata, ma in questa condizione il rapporto rischio-beneficio è diverso a causa della minore frequenza di trasmissione materno-fetale del virus. In seguito alla diagnosi di infezione fetale da CMV, a determinare la prognosi del feto possono contribuire eventuali anomalie ecografiche rilevate attraverso ecografie seriate ogni 2-4 settimane, ma è importante comunicare che l'assenza di segni ecografici non garantisce un esito normale della gravidanza. Anche la determinazione della quantità di DNA del CMV nel liquido amniotico può aiutare a predire l'esito fetale." Non serve, o serve meno, rifare la sierologia se vi è immunità pregressa, ovvero IgG positive e IgM negative. In caso di IgG ed IgM negative ripeterle dopo un mese, per diagnosticare precocemente l'eventuale acquisizione dell'infezione in gravidanza. Solo se le IgM sono positive, nel prelievo in gravidanza, riferirlo subito a me e al medico di base.

- **Esami Microbiologici del secreto vaginale: colturale tampone vaginale generale ed Esame molecolare per ricerca clamidia, gonorrea, ureaplasmi e micoplasmi.** Servono per la diagnosi precoce di infezioni, anche asintomatiche, che potrebbero alterare il decorso della gravidanza o nelle gravide a rischio di alterazioni dell'ecosistema vaginale o infezioni genitali. Secondo le linee guida 2011 "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". "La vaginosi batterica è stata associata a parto pretermine particolarmente se già presente in fase precoce di gravidanza anche se con risoluzione spontanea. "Alle donne in gravidanza asintomatiche e senza fattori di rischio identificati per parto pretermine non deve essere offerto di routine lo screening per la vaginosi batterica

- **TSH** utile per valutare se vi sono anomalie tiroidee, magari asintomatiche. Se presenti vanno prontamente trattate. Il TSH ideale deve essere <3

- **Pap test** (ricerca cellule pretumorali nel collo uterino) va fatto, meglio dopo il primo trimestre, se non eseguito entro gli ultimi 3 anni o meglio annualmente, in particolare in casi a rischio: mi faccia vedere l'ultimo pap test che ha fatto così valutiamo quando rifarlo. Vediamo anche quando ha fatto HPV DNA (ricerca dei ceppi di papilloma virus ad alto rischio di dare anomalie cellulari).

-**Infezione tubercolare** screening attraverso l'intradermoreazione di Mantoux o test IGRA va fatto se è una gravidanza a rischio di infezione/riattivazione ovvero con limitato accesso alle cure e/o immunosoppressa. O se proveniente Paesi con incidenza di tubercolosi >100/100.000 come Angola, Botswana, Burundi, Cameroon, Chad, Congo, Costa d'Avorio, eSwatini, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Equatoriale, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mozambico, Namibia, Nigeria, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica del Congo, Repubblica Unita di Tanzania, São Tomé e Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Sudafrica, Sudan del Sud, Uganda, Zambia, Zimbabwe; Bolivia, Haiti, Perù; Groenlandia, Kirgizstan; Altri paesi: Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalia; Cambogia, Filippine, Isole Marshall, Kiribati, Laos, Mongolia,

ECOGRAFIE OSTETRICHE

Le ecografie ostetriche gratuite in gravidanza sono solo tre ed hanno delle indicazioni diverse a seconda del periodo, ma per prudenza controlleremo ogni volta ecograficamente il feto.

La **prima ecografia** serve per stabilire la datazione, la sede, il numero e la vitalità degli embrioni, l'abbiamo già svolta alla prima visita e non serve quindi prenotarne altrove un'altra con l'impegnativa del medico di base. In base al reperto ecografico e ad eventuali problemi riscontrati alla prima ecografia, come aree di mancato accollamento, raccolte ematiche sotto la placenta, abbiamo concordato quando rivederci: prenatali con anticipo. Si ricordi sempre di dirmi se ha avuto lei o vi sono nei familiari malformazioni o anomalie genetiche. Per risparmiare può fare gratuitamente in ospedale la prima ecografia esente in gravidanza, ma solo verso la 11-13+6 settimana in modo che in tale indagine, chiedendolo alla prenotazione, valutano lo spessore della translucenza nucale e l'anatomia fetale analizzabile in questa epoca. In questo modo può ridurre i costi delle indagini prenatali e riservali a quelle più accurate come il DNA fetale che faremo appena è alla 10 settimana (vedi sotto). Se privilegia invece la qualità del rilievo di anomalie morfologiche al primo trimestre faccia dopo il DNA fetale verso le 11-13+6 settimane una ecografia accurata da operatori esperti che valuteremo insieme al ricontrollo.

L'**ecografia delle 19-21 settimane**, detta "**morfologica**", può rilevare eventuali malformazioni fetali nel 30-70% dei casi, ma purtroppo non nel 100% in quanto alcuni organi, come ad esempio il cuore, sono molto difficili da valutare. Per questo è fortemente raccomandato dalle linee guida che la morfologica sia effettuata da un "ecografista esperto" con "attrezzatura di standard adeguato". Tenuto conto delle liste di attesa generalmente lunghe, l'ecografia morfologica va prenotata presto per poterla svolgere in centri che forniscano i massimi standard qualitativi di accuratezza e non serve farla nel posto dove partorirà, ma dove danno migliori garanzie di accuratezza diagnostica. Ne discuteremo e potrà avvalersi dell'allegato con le indicazioni e i numeri di telefono per aiutarla a prenotare le indagini prenatali. Come da colloquio informativo: le ribadisco ancora una volta che per un esame così importante, e difficile da eseguire, come l'ecografia morfologica il criterio di scelta deve essere la qualità che dipende molto dall'esperienza dell'operatore, non solo dalla vicinanza o basso costo. Le linee guida riconfermano che "è necessario informare la donna circa il reale valore diagnostico dell'ecografia: in considerazione della scarsa sensibilità dell'indagine ecografica, un risultato negativo (non vedere anomalie nel feto) non consente di escludere la presenza di malformazioni. Il tasso di rilevazione varia con il tipo di anomalia fetale, l'indice di massa corporea della donna (se è in sovrappeso si vede male e la rilevazione di anomalie è ridotta) e con la posizione del feto al momento dell'indagine. L'ecografia morfologica offre l'opportunità di compiere una scelta riproduttiva consapevole, interrompere la gravidanza prima della 23 settimana se ha malformazioni e di pianificare eventuali terapie intrauterine e modalità e luogo del parto. L'**ecocardiografia fetale** è un'indagine ecografica cardiaca aggiuntiva specifica da fare in cardiologia, se vi sono i seguenti fattori di rischio che la invito a segnalare: gravidanza da procreazione assistita, rischio genetico- familiare di malformazioni cardiache, infezioni virali insorte in gravidanza (CMV, Coxackie), diabete insulino dipendente (non compensato), fenilchetonuria, lupus eritematosus e la sindrome LLAC (Lupus Like Anticoagulant), assunzione al primo trimestre di alcol, anticonvulsivanti, litio, derivati della vitamina A, aberrazioni cromosomiche o sospetti emersi alle indagini ecografiche di screening. Una buona ecocardiografia la fa comunque se fa la morfologica in mani molto esperte e con apparecchiature all'avanguardia: ne riparleremo.

La **terza ecografia** detta "**biometrica**", delle 30-34 settimane, potrebbe rilevare eventuali malformazioni non emerse in precedenza, ma soprattutto valuta la crescita fetale ed eventuali patologie ostetriche o anomalie morfologiche emerse tardivamente. Personalmente ritengo sia comunque ancora oggi utile prenotarla per tempo, soprattutto se riesce a farla gratuitamente in ospedale, magari solo per questa ecografia vale la pena farla nello stesso in cui desidera partorire. Se nello svolgimento verrà rivalutata la normalità dell'anatomia fetale per escludere malformazioni evolutive o a manifestazione tardiva vi è almeno la speranza di poter pianificare eventuali terapie intrauterine o stabilire meglio modalità e luogo del parto.

Le **altre ecografie** che svolgeremo nel mio studio, a completamento delle visite, servono prevalentemente a valutare la vitalità, o la crescita fetale, o le modificazioni del collo uterino, o della placenta e liquido amniotico: non a controllare la normalità anatomica del feto. Questo viene fatto da operatori che vi si dedicano in modo specifico alla diagnosi ecografica delle malformazioni. Anche per gli ecografisti ostetrici esclusivamente dedicati a questo, come ribadito, NON è possibile, con la tecnologia attuale, vedere tutte le malformazioni e la normalità delle ecografie NON esclude che vi siano anomalie genetiche fetali. Ogni esame ecografico ha degli obiettivi precisi e dei limiti per questo le consiglio di consultare, ad integrazione delle informazioni date oralmente, anche le Linee Guida della Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica (SIEOG) che può trovare al sito: www.sieog.it/LineeGuida.asp

Indagini per lo screening e la diagnosi precoce delle anomalie cromosomiche, come ad esempio il mongolismo (trisomia 21), trisomia 18 e 13. Si ricordi di dirmi se ha avuto lei o vi sono nei suoi familiari malformazioni o anomalie genetiche, ma sappia che la maggioranza delle anomalie insorgono "de novo" ovvero in feti con genitori, nonni e zii senza anomalie genetiche. Le indagini di screening, non invasive, non a rischio di abortività, servono per individuare le pazienti a maggiore rischio, sono DNA fetale e ultrascreen/translucenza nucale e vanno fatte sempre. Le indagini che confermano il sospetto di anomalie cromosomiche, dette diagnostiche o invasive, sono villi coriali e amniocentesi. Tali indagini invasive in quanto hanno un rischio di abortività dello 0.5-1% in genere si riservano alle gravide con rischio di anomalie abbastanza alto da giustificarle: ne riparleremo ampiamente per valutare se servono nel suo caso tenendo conto soprattutto dell'esito del DNA fetale, ma anche del livello di sicurezza che desidera avere. La normalità delle ecografie NON esclude che vi siano anomalie genetiche fetali e allo stesso modo avere normali indagini per lo screening o diagnosi precoce delle anomalie cromosomiche non esclude del tutto le malformazioni, ma ne riduce molto la possibilità. Il fatto di stimare solo il rischio di trisomia 21, 18 e 13 con l'ultrascreen, con accuratezza attorno al 90% non esclude che vi siano alterazioni cromosomiche diverse da solo quelle tre quelle analizzate. Esso non stima il rischio di trisomie degli altri 20 cromosomi, a parte 21, 18 e 13 e non rileva il rischio di tutte altre numerosissime e possibili anomalie genetiche. L'ultrascreen ha anche purtroppo un 5% (1/20) di fasi positivi. Il DNA fetale che faremo è molto più accurato, ad es per le trisomie 21-18-13 ha accuratezza 99.9% ma può analizzare tutti i cromosomi, anche quelli sessuali e le anomalie degli stessi. Può inoltre analizzare molte altre anomalie genetiche che i genitori non sapendo di essere portatori possono trasmettere o anomalie "de novo" insorte nel feto. Più indagini si fanno minore è il rischio di anomalie genetiche residue, ma anche una serie numerosa di indagini genetiche normali, non esclude che vi siano alterazioni genetiche diverse da quelle analizzate. I possibili falsi negativi e anche i falsi positivi dello screening con DNA fetale per trisomia 21, 18 e 13 sono entrambi meno di 1/1000 (<0.1%): quindi il DNA

fetale costa di più ma è più accurato, indaga in modo più ampio le anomalie e ha meno rischio di abortire a causa di indagini diagnostiche invasive come villocentesi o amniocentesi.

Le indagini per lo screening delle anomalie cromosomiche come ultrascreen / translucenza nucale sono da programmare al più presto in base al colloquio informativo che abbiamo svolto alla prima e successive visite in gravidanza: ne abbiamo discusso i vantaggi, limiti e rischi ma ne possiamo riparlare appena ci vediamo. Il DNA fetale glielo faccio io appena compie la 10 settimana. Ulteriori informazioni le trova nei paragrafi in fondo e nell'allegato vi sono tutte le informazioni su come e dove prenotarle. Le ricordo che il periodo ideale per il DNA fetale che le farò io è dopo la 10 settimana, per l'ultrascreen è da 11 settimane fino a 13 settimane + 6 giorni, per i villi coriali dalle 10 alle 13 settimane e per le amniocentesi 15^a-16^a. La data precisa Le verrà indicata all'atto dell'appuntamento, in cui fornirà la data della mestruazione corretta [UMC] in base ai dati della prima ecografia che abbiamo svolto. Ribadisco che vanno prenotate al più presto, prima del prossimo incontro, per non rischiare di non trovare posto, l'ultrascreen o la sola translucenza nucale con valutazione dell'anatomia fetale.

CONSIGLI COMPORTAMENTALI PER IL BUON ESITO DELLA GRAVIDANZA

Lavoro a rischio

“La tutela della gravidanza rappresenta un diritto della donna lavoratrice e un obbligo del datore di lavoro. La donna in gravidanza che lavora ha quindi diritto a essere correttamente e adeguatamente informata rispetto alle tutele normative previste. Le varie disposizioni legislative specifiche in materia possono variare (per aggiornamento veda i siti e senta il datore lavoro), ma sono state organizzate nel D.Lgs. 151/2001 Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità a norma dell'art. 15 della legge 8/3/2000, n. 53. Il testo, almeno nella parte riguardante la tutela della salute, ha mantenuto inalterato il quadro previsto dalla precedente normativa (L. 1204/71) e confermato l'atteggiamento di tutela assoluta nei confronti dei lavori pericolosi, faticosi e insalubri. In questa cornice normativa sono da inserire i raccordi con le norme generali poste a tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008), che indicano anche le figure tecniche che devono valutare la sussistenza delle condizioni di tutela: in breve esse sono rappresentate dal responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale (RSPPA), che valuta l'esistenza del rischio e suggerisce al datore di lavoro le soluzioni per controllarlo; dal medico competente, che controlla lo stato di salute della lavoratrice e la compatibilità con il lavoro svolto, effettuando la sorveglianza sanitaria e valutando caso per caso, rispetto alla peculiare tipologia delle mansioni effettuate, se sono necessarie variazioni delle stesse o l'astensione anticipata dal lavoro. Infine il datore di lavoro è il responsabile finale della tutela della salute dei lavoratori. La verifica della osservanza della norma (attività di vigilanza) è effettuata sia dai Servizi di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (Medicine del lavoro) delle Aziende sanitarie locali di competenza territoriale, sia dall'Ispettorato del lavoro provinciale che è anche deputato a rilasciare il nulla osta alla richiesta di astensione anticipata dal lavoro chiesta dall'azienda” (LG 2011). La sua attività lavorativa potrebbe quindi essere a rischio, se svolge lavori pesanti, sempre in piedi, rischiosi, a contatto con sostanze potenzialmente tossiche, mi informi di questo, oltre a parlarne con i datori di lavoro o i suoi delegati e con chi di competenza (vedi sopra il testo riportato integralmente dalle Linee Guida 2011). Per lavori non a rischio in gravidanze normali conviene lavorare fino alla ottavo mese e stare più a casa dopo quando il bimbo avrà più bisogno di Lei: a tal fine le farò al sesto - settimo mese un certificato di idoneità, se vi saranno le condizioni adeguate.

Lavoro non a rischio, ma gravi complicanze o patologie preesistenti

L'astensione anticipata si può richiedere anche per lavori non a rischio se Lei ha “gravi complicanze alla gestazione o preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dalla stato di gravidanza”. In questo caso posso farle la certificazione per l'astensione, che farà poi convalidare da un Collega del distretto Sanitario in cui risiede e che presenterà all'ispettorato del lavoro.

Alimentazione in gravidanza

In gravidanza non serve mangiare di più, ma fare più attenzione alla qualità del cibo. L'assunzione di cibo va frazionata in almeno cinque piccoli pasti al giorno, regolarmente distanziati, evitando lunghe pause di digiuno. E' consigliata un'alimentazione variata che comprenda: abbondanti quantità di frutta e verdura; cereali preferibilmente integrali, contenenti fibre, con apporto calorico pari ai reali fabbisogni; proteine derivate da pesce, carne, legumi e prodotti caseari come latte, formaggi o yoghurt.

Eviti o limiti per il principio di precauzione: “formaggi a pasta molle derivati da latte crudo e mufte, 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; latte crudo non pastorizzato” (LG 2011).

Il pesce di grossa taglia va limitato o meglio evitato in quanto può contenere un'alta concentrazione di metil-mercurio, inquinanti e altri interferenti endocrini: 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 e squalo. In gravidanza il consumo di caffeina (presente nel caffè, nel tè, nella cola e nel cioccolato) dovrebbe essere limitato a non più di 300 mg/die.

Nella sala d'attesa dello studio di via Mazzini 77/2 a Cordenons PN è disponibile un copia del libro che ho scritto dal titolo “Alimentazione in gravidanza ed allattamento. Consigli pratici per la salute ed il benessere delle madre e del bambino” (edizioni Editeam 2006, pag. 136): la invito a leggerla mentre attende il suo turno, in particolare legga attentamente i paragrafi sui consigli pratici evidenziati dalla sfondo a righe blu. Altre informazioni sulla dieta corretta in gravidanza sono disponibili nel sito che le consiglio di visitare: www.inran.it/648/linee_guida.html

Ulteriori indicazioni personalizzate Le verranno date in base all'andamento delle analisi, ai sintomi e soprattutto del suo peso corporeo di base ed all'aumento in gravidanza. A tal fine deve controllare settimanalmente, o almeno mensilmente, al mattino, prima di colazione e svuotata la vescica il Suo peso e riferirlo ad ogni visita. E' utile chiami la mia segreteria che la mette in contatto con la Nutrizionista, se vi sono problemi nutrizionali o di peso o anche ai fini preventivi.

Peso materno

“Il peso materno e l'altezza devono essere misurati al primo appuntamento insieme al calcolo dell'IMC o BMI (peso[kg]/altezza [m²]). Le misurazioni ripetute a ogni appuntamento devono essere limitate ai casi a rischio di esiti di salute avversi per non generare uno stato ansioso a fronte di benefici incerti o non ben definiti” (LG 2011) L'apporto calorico va proporzionato ai consumi. Se il peso è eccessivo o cresce troppo non fare drastiche restrizioni caloriche: può essere dannoso in gravidanza! E' meglio farsi seguire, come sopra indicato.

Diabete gestazionale

Si riportano le raccomandazioni delle nuove linee guida. "I fattori di rischio da identificare nel corso della prima visita sono: indice di massa corporea (IMC) >30 kg/m²; macrosomia fetale pregressa ≥4,5 kg; diabete gestazionale pregresso; anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete); famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: Asia meridionale, Medio Oriente e Caraibi (per la popolazione di origine africana). I professionisti devono informare le donne in gravidanza che nella maggioranza delle donne il diabete gestazionale viene controllato da modifiche della dieta e dall'attività fisica. Alle donne con diabete gestazionale e indice di massa corporea (IMC) prima della gravidanza >27 kg/m² deve essere consigliato di diminuire l'apporto di calorie (a 25 kcal/kg/giorno o meno) e di fare una moderata attività fisica (almeno 30 minuti al giorno). Se dieta e attività fisica non sono sufficienti per controllare il diabete gestazionale, si devono assumere antiglicemici orali o insulina; questa condizione si verifica in una percentuale compresa fra il 10% e il 20% delle donne. Se il diabete gestazionale non viene controllato, c'è il rischio di complicazioni del parto come la distocia di spalla. La diagnosi di diabete gestazionale è associata a un potenziale incremento negli interventi di monitoraggio e assistenziali in gravidanza e durante il parto. Le donne con diabete gestazionale hanno un rischio aumentato, difficile da quantificare, di sviluppare un diabete tipo 2 dopo il parto". (LG 2011)

Infezioni alimentari trasmissibili al feto

In gravidanza va posta molta attenzione all'igiene del cibo per evitare patologie infettive a rischio per il feto. Per un principio di precauzione eviti di portare cibo alla bocca se non si è lavata le mani, non mangi verdure frutta se non sono ben lavate o se ha il dubbio che altri non lo abbiano accuratamente fatto; non assuma cibi pronti crudi o semicrudi; carne cruda o conservata, come prosciutto e salame, latte crudo non pastorizzato o formaggi a pasta molle derivati da latte crudo e muffe (come Camembert, Brie e formaggi con venature blu), pâté, inclusi quelli di verdure e frutti di mare crudi, come cozze e ostriche

- Per diminuire il rischio di toxoplasmosi, soprattutto se non è immune, durante la gravidanza e nel periodo periconcezionale, si consiglia di: lavare le mani prima, durante e dopo la preparazione degli alimenti; lavare frutta e verdura (incluse le insalate già preparate) prima della manipolazione e del consumo con le sostanze disinfettanti apposite (come ad. Amuchina diluita); non mangiare carne cruda o poco cotta, come prosciutti o insaccati; cuocere bene la carne e anche le pietanze surgelate già pronte; se maneggia carne cruda usare guanti e lavarsi bene le mani successivamente; lavare bene coltelli e recipienti venuti a contatto con la carne cruda; evitare il contatto con le mucose dopo aver manipolato carne cruda; la carne refrigerata a t° inferiore a -20° non è a rischio; evitare il contatto con terriccio potenzialmente contaminato indossando i guanti e successivamente lavando bene le mani, anche mentre si lavano, più volte, gli ortaggi crudi; evitare il contatto con le feci dei gatti (indossare i guanti nel cambiare la lettiera e successivamente lavare bene le mani o meglio farlo fare ad altri); alimentare i gatti solo con cibo liofilizzato in scatola o ben cotto. Per approfondimenti Le consiglio il sito: www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/148

- Per diminuire il rischio di salmonellosi si consiglia di: lavare frutta e verdura prima della manipolazione e del consumo; lavare le mani prima, durante e dopo la preparazione degli alimenti; refrigerare gli alimenti preparati in piccoli contenitori, per garantire un rapido abbattimento della temperatura; cuocere tutti gli alimenti derivati da animali, soprattutto pollame, maiale e uova; evitare (o perlomeno ridurre) il consumo di uova crude o poco cotte (per esempio, all'occhio di bue), di gelati e zabaioni fatti in casa, o altri alimenti preparati con uova sporche o rotte; consumare solo latte pastorizzato o UHT; proteggere i cibi preparati dalla contaminazione di insetti e roditori; evitare le contaminazioni tra cibi, avendo cura di tenere separati i prodotti crudi da quelli cotti; non usare gli utensili da cucina per il cotto una volta usati su prodotti crudi; evitare che persone con diarrea preparino gli alimenti. Per approfondimenti le consiglio il sito: www.epicentro.iss.it/problemi/salmonella/salmonella.asp

- Per diminuire il rischio di listeriosi in gravidanza si consiglia di: bere solo latte pastorizzato o UHT; evitare di mangiare carni o altri prodotti elaborati da gastronomia senza che questi vengano nuovamente scaldati ad alte temperature; evitare di contaminare i cibi in preparazione con cibi crudi e/o provenienti dai banconi di supermercati, gastronomie e rosticcerie; non mangiare formaggi molli se non si ha la certezza che siano prodotti con latte pastorizzato; non mangiare pâté di carne freschi e non inscatolati; non mangiare pesce affumicato.

Acido folico

Le ricordo che deve proseguire la supplementazione di acido folico alla dose di almeno 400 mcg (0.4 mg) al giorno fino alla 12 settimana. Non serve usarlo se usa un multivitaminico adatto alla gravidanza che sempre già contiene anche acido folico. Inizi immediatamente l'acido folico se già non lo assumeva prima della gravidanza, come è fortemente raccomandato per ridurre alcune malformazioni fetali: "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" www.iss.it/binary/acid/cont/raccomandazione.1154944407.pdf

- può proseguire la supplementazione di acido folico anche per tutta la gravidanza e l'allattamento, se non assume cinque porzioni di vegetali freschi al giorno o usa solo vegetali cotti o se ha particolari esigenze.

Ferro

La somministrazione routinaria in gravidanza, quotidiana o intermittente, di ferro o di ferro e folato è associata a una riduzione della prevalenza di anemia materna a termine, ma le prove disponibili non dimostrano, per le donne senza anemia, altri sostanziali benefici sull'esito della gravidanza. Le dosi e le formulazioni in grado di ridurre gli effetti collaterali dovrebbero essere incoraggiate. La supplementazione con ferro va sempre data quando vi è carenza o anemia (Hb < 10.5 g/dl).

Integratori e multivitaminici

Una dieta varia e ben bilanciata in genere fornisce ad una gravida sana tutto quanto basta e pertanto non è indispensabile assumere routinariamente integratori o multivitaminici, salvo per specifiche esigenze, come malassorbimenti, malattie, iperemesi, gemellarità,...

La supplementazione con vitamina A a dosi maggiori di 700 microgrammi al giorno o 2310 U deve essere evitata perché potenzialmente teratogena ovvero può causare malformazioni. L'uso di vitamina D 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.

Fumo, alcoolici e droghe

In gravidanza è importante non fumare. Se fuma deve smettere completamente e subito in quanto "il fumo materno risulta associato a un aumentato rischio di mortalità perinatale, morte improvvisa del lattante, distacco placentare, rottura prematura delle membrane, gravidanza ectopica, placenta previa, parto pretermine, aborto spontaneo, basso peso alla nascita, sviluppo di labio-

palatoschisi nel bambino e..mortalità infantile". (LG 2011) Non deve permettere che si fumi in sua presenza o negli ambienti in cui soggiorna.

Non bere alcoolici, nemmeno quantità ritenute da Lei minime, in quanto in base alle Linee Guida (LG 2011) "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"

"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." (LG 2011)

Farmaci

I farmaci possono avere effetti dannosi sul feto in qualsiasi periodo della gestazione. Possono causare malformazioni congenite se somministrati nel corso del primo trimestre in particolare a 3-11 settimane (fase di differenziazione e proliferazione embrionale ad alta suscettibilità ad agenti esterni). Nel corso del secondo e del terzo trimestre possono alterare la crescita e lo sviluppo funzionale del feto o avere effetti tossici. Usi quindi solo i farmaci indispensabili dopo aver valutato con il medico gli eventuali rischi, particolarmente in epoca preconcezionale e nel primo trimestre. "A parità di efficacia terapeutica meglio scegliere farmaci introdotti sul mercato da più tempo, per i quali sono altamente meno probabili effetti avversi sconosciuti, utilizzando la posologia minima efficace del trattamento" e per patologie croniche "in accordo con lo specialista di riferimento, i farmaci a minor rischio teratogeno, alle minime dosi efficaci". I prodotti da banco e le terapie non convenzionali vanno prudenzialmente evitati per tanti motivi tra cui vi è il fatto che "l'assenza di un sistema di sorveglianza degli esiti avversi comporta il mancato riconoscimento e la sottovalutazione di effetti non desiderati". (LG 2011) Informi me, il Suo Medico di medicina generale e l'eventuale specialista di riferimento per la patologia dei farmaci accidentalmente assunti o che potrebbe assumere. Per ulteriori informazioni mandi una e-mail a: cifav@cro.it e consulti gli altri servizi di informazione, come indicato in fondo al protocollo e anche qui di seguito: www.farmaciegravidanza.org; www.guidausofarmaci.it/appendice.asp?titolo=Gravidanza&livello=4&id=4 oppure www.allattamento.it/appendice.asp?titolo=Gravidanza&livello=5&id=5; <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/55732.pdf>; www.perinatology.com; <http://toxnet.nlm.nih.gov>. Le linee guida raccomandano anche di "confermare la scelta interpellando un centro di informazione teratologica" o i servizi di consulenza telefonica specifica per uso di farmaci in gravidanza: Centro antiveleni 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

Consigli per trattare i comuni sintomi gravidici: nausea, pirosi gastrica, stipsi, emorroidi, varici, perdite vaginali

Le Linee Guida (LG 2011) dicono di "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. Studi ... non indicano un aumento del rischio di difetti congeniti. Ciclizina, clemastina, ciproptadina, clorfenamina, cetirizina, feniramina, meclizina, orciprenalina, prometazina sono considerati farmaci di scelta in gravidanza (non la difenidramina, associata a schisi orale). L'assunzione di questi farmaci è associata a sonnolenza. Gli studi disponibili non evidenziano un'associazione tra assunzione di fenotiazine e teratogenicità, ma per il metoclopramide, la mancanza di altre informazioni sulla sicurezza in gravidanza non consente di considerarlo un agente di prima scelta. Lo zenzero è tra i trattamenti non farmacologici efficaci, ma la sua sicurezza in gravidanza non è stata accertata. Per l'acupressione nel punto P6 le informazioni non sono definitive."

Per le "donne in gravidanza che soffrono di pirosi gastrica le modifiche nell'alimentazione e nella postura assunta dopo i pasti e durante il sonno possono offrire un sollievo ai sintomi: riduzione di cibi ad alto contenuto di grassi e gastro irritanti come la caffeina, consumo di piccoli pasti frequenti, eliminazione di cibi piccanti dalla dieta e posizione eretta specie dopo i pasti, leggermente sollevata durante il sonno. I trattamenti farmacologici sono efficaci, ma non si hanno informazioni (sufficienti) sulla loro sicurezza".

In casi di stipsi "introdurre fibre alimentari nella dieta può risolvere il disturbo Non ci sono prove riguardo efficacia e sicurezza di agenti osmotici (lattulosio, sali di magnesio) o ammorbidenti fecali (docusato di sodio, paraffina liquida)".

Per le emorroidi "cambiamenti nella dieta potrebbero alleviare i sintomi. Se i sintomi permangono e sono severi può essere considerato l'utilizzo di creme antiemorroidarie".

Per le vene varicose "indossare calze elastiche non previene l'insorgenza, ma potrebbe migliorarne i sintomi", mentre non vi sono dati sulla sicurezza dei farmaci".

"Un aumento nelle perdite vaginali è fisiologico: possono anche essere riconducibili a una serie di altre condizioni fisiologiche o patologiche quali dermatiti vulvari o reazioni allergiche..Se le perdite hanno un forte e sgradevole odore, associato a prurito e a dolore nella minzione, si deve considerare l'ipotesi che possa trattarsi di vaginosi batterica, tricomoniiasi o candidiasi. La clindamicina può essere usata in gravidanza. Un approfondimento diagnostico (esame microbiologico microscopico e/o colturale - tampone vaginale) deve essere preso in considerazione. Il *Trichomonas vaginalis* è associato a eventi avversi in gravidanza e può essere trattata con metronidazolo per via orale. Non sono stati dimostrati effetti teratogeni. Le infezioni vaginali da *Candida albicans* non appaiono associate a eventi avversi della 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, poiché non si dispone di dati certi relativi a efficacia e sicurezza".

Attività sportiva, ricreativa e sessuale. L'attività sportivo-ricreativa e sessuale non va necessariamente limitata o interrotta: dipende dalla peculiarità individuali, dal periodo della gravidanza e da eventuali rischi o patologie individuali. Le Linee Guida (LG 2011) confermano che "...iniziare o continuare un'attività fisica moderata in gravidanza non è associato a eventi avversi". E' preferibile fare un'attività che piace o che già praticava, il nuoto o le attività rivolte specificamente a gravide (ginnastica, pilates, yoga,...). Deve invece evitare "un'attività sportiva che preveda impatto fisico e possa comportare il rischio di cadute e traumi addominali e notevole sforzo fisico" inoltre "le immersioni subacquee in gravidanza sono risultate associate a difetti congeniti e a malattia fetale da decompressione". Riduca l'intensità o stia a riposo se avverte contrazioni. Consideri che, se non ha controindicazioni a muoversi, la sedentarietà non solo non giova alla gravidanza, ma ha potenziali rischi: trombotico, eccessivo aumento di peso,..., mancanza di una adeguata preparazione fisica per il travaglio e il parto. Avere "rapporti sessuali nel corso della gravidanza non è associato a eventi avversi" anzi "il rischio di parto pretermine è ridotto nel gruppo a maggiore frequenza di rapporti sessuali".

Viaggi e cinture di sicurezza

Le Linee Guida sulla gravidanza (LG 2011) indicano che “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: utilizzare una cintura di sicurezza a tre punti; porre la cintura ben al di sopra e al di sotto dell'addome gravido e non sopra; tenere il nastro addominale il più possibile sotto l'addome gravido steso sopra le cosce; passare il nastro diagonale al di sopra dell'addome facendolo passare fra i seni; regolare la cintura secondo il proprio confort e in modo che non scatti senza motivo”.

Sebbene “non vi siano rischi specifici per la gravidanza associati ai viaggi aerei commerciali, è comunque necessario essere consapevoli delle complicazioni mediche della gravidanza che possono rappresentare una controindicazione per i viaggi aerei: anemia grave con emoglobina inferiore a 7,5 g/dL; frattura instabile, quando possa verificarsi un consistente gonfiore degli arti inferiori; recente emorragia; otite media e sinusite; gravi malattie respiratorie; crisi emolitiche recenti in presenza di falcemia; recente chirurgia gastrointestinale, ammettendo che la riduzione pressoria e l'espansione gassosa possano produrre una distensione delle linee di sutura”. I viaggi aerei a lungo raggio, o anche con altri mezzi, se di durata superiore alle 4 ore, aumentano il rischio di tromboembolia venosa prevenibili indossando calze elastiche, compiendo esercizi di *stretching* dei polpacci, camminando nella cabina del velivolo, evitando la disidratazione bevendo molta acqua e minimizzando nel contempo il consumo di alcol e caffeina. Scegliere destinazioni e ambienti che non mantengano a lungo elevata la temperatura corporea e prevenga la disidratazione bevendo molto. Eviti gli ambienti affollati (nell'aria vengono immessi microorganismi con starnuti, tosse e parlando vicino) e limiti i contatti stretti (baci, strette di mano): sono vie di acquisizione di infezioni che possono passare al bambino.

Corsi per gravide. I “corsi di accompagnamento alla nascita” possono essere fatti presso il consultorio di riferimento o l'ospedale presso il quale desidera partorire. Possono essere utili anche gli incontri specifici per la promozione dell'allattamento al seno o per l'analgesia in corso di travaglio. Si informi e prenoti per tempo in genere dopo la 23 settimana.

APPROFONDIMENTI UTILI

Le ricordo ancora di indagare e segnalare se nella propria storia clinica, in quella del marito o nelle rispettive famiglie, oppure in precedenti figli, vi siano malattie genetiche o infettive trasmissibili: ad esempio talassemia, difetti congeniti o epatiti. Segnali se è affetta da diabete, ipertensione, malattie della tiroide, allergie o altre malattie. La presenza in famiglia o nella sua storia di trombosi, flebiti o aborti ricorrenti va segnalata. Cerchi di ricordare se ha assunto dei farmaci all'inizio della gravidanza. Queste informazioni sono state già analizzate alla prima visita, ma ripensandoci talvolta emergono nuovi elementi: me li riferisca al ricontrollo dato che possono rendere necessarie specifiche indagini.

SUCCESSIVE VISITE OSTETRICHE

Le visite successive dipendono dalle peculiari esigenze individuali: generalmente sono mensili, ma potrebbero essere più frequenti nei periodi più delicati (1° e 3° trimestre), nei casi a rischio o in presenza di sintomi e segni allarmanti. Nei controlli riferisca gli eventuali disturbi, il peso corporeo e l'incremento di peso dall'ultimo controllo. Verranno anche misurata la pressione e visionate le indagini svolte.

Pressione arteriosa e prevenzione preeclampsia

In ogni nostro incontro viene misurata o mi riferirà la pressione arteriosa misurata a casa, ma è utile che la ricontrolli anche ogni volta che va dal Medico di Medicina Generale a fare le ricette. La pressione può variare molto e risentire di fattori emotivi e quindi servono più misure per rilevare o escludere problemi pressori. L'ipertensione è definita come il rilievo di una singola pressione arteriosa diastolica di 110 mmHg o il rilievo consecutivo di 90 mmHg in due misurazioni successive a distanza di almeno 4 ore. La proteinuria è definita come un'escrezione maggiore o uguale a 300 mg di proteina in una raccolta delle urine di 24 ore o il rilievo mediante striscia reattiva (*dipstick*) di due campioni di urina da raccolta pulita a distanza di almeno 4 ore con 2+ di proteinuria” “ Il test efficace per lo screening della pre-eclampsia [ipertensione +proteinuria= rischio] è la misurazione della pressione arteriosa, che deve essere effettuato a ogni visita in gravidanza.

Al primo appuntamento devono essere ricercati i seguenti fattori di rischio per la preeclampsia [le raccomando di segnalarmeli se non li abbiamo già individuati prima]: età ≥ 40 anni; nulliparità; intervallo >10 anni dalla gravidanza precedente; storia familiare di pre-eclampsia; storia precedente di pre-eclampsia; indice di massa corporea (IMC) ≥ 30 kg/m²; malattie vascolari preesistenti come l'ipertensione; malattia renale preesistente; gravidanza multipla; diabete pregravidico. Se ha uno o più di questi fattori di rischio valutiamo se usare preventivamente acidoacetilsalicilico (75-150 mg die) e devono essere programmate misurazioni più frequenti della pressione arteriosa. La pressione arteriosa deve essere misurata come segue: rimuovere gli indumenti stretti, assicurandosi che il braccio sia rilassato e sollevato a livello del cuore; utilizzare un bracciale di dimensioni adeguate; gonfiare il bracciale fino a 20-30 mmHg sopra il livello di pressione sistolica apprezzato alla palpazione; rilasciare la tensione del bracciale lentamente, alla velocità di 2 mmHg al secondo o al *beat*; rilevare la pressione arteriosa ai valori più vicini di 2 mmHg; misurare la pressione arteriosa diastolica come scomparsa dei suoni (fase V). Una condizione di ipertensione – con una singola misurazione della pressione diastolica di 110 mmHg, o due letture consecutive di 90 mmHg ad almeno 4 ore di distanza – dovrebbe indurre una maggiore sorveglianza. Se la pressione sistolica è superiore a 160 mmHg in due letture consecutive a distanza di almeno 4 ore deve essere preso in considerazione il trattamento, garantendo un ambiente tranquillo per una maggiore attendibilità del dato. Per i casi *borderline* (per esempio: 135/90 mmHg o 145/80 mmHg) è opportuno effettuare una seconda misurazione a distanza di circa mezz'ora dalla prima. Si rivolga subito al pronto soccorso o mi chiami subito in presenza di sintomi di pre-eclampsia: forte mal di testa; visione sfocata o lampi; dolore sottocostale, epigastrico a barra; vomito ripetuto nel terzo trimestre; gonfiore improvviso del viso, delle mani (segno dell'anello) o dei piedi..) Quindi, in sintesi, mi informi subito se vi sono fattori di rischio ipertensivo, se vi è ipertensione e/ o se vi sono troppe proteine nell'esame delle urine e se vi sono sintomi a rischio di pre-eclampsia.

Indagini di laboratorio

Le indagini che porta in visione sono analizzate, spiegate eventuali anomalie e patologie e presi i relativi provvedimenti. Dopo la vista programmi subito, per tempo, il controllo ostetrico successivo e le ulteriori indagini, come consigliato nel referto ostetrico. Porti sempre con se la cartella ostetrica, con le analisi fatte in modo da coordinare al meglio gli interventi anche degli altri professionisti: medico di famiglia, medico che effettua l'indagine preconcezionale o la morfologica, ..., anestesista, personale della

degenza ostetrica e della sala parto, neonatologo -pediatra. Segnali se vi sono situazioni di disagio psichico, problemi relazionali di coppia, socioeconomico- lavorativi, mutilazioni genitali o violenza domestica per i quali desidera essere aiutata.

**** Indagini da svolgere nelle settimane di gravidanza dalla 14^a alla 18^a**

A) ESAMI ESENTI (GU 10-9-98):

- **Esame urine** (in caso di batteriuria significativa all'esame precedente fare anche l'urinocoltura)
- **Toxoplasmosi** IgG ed IgM. Serve rifarlo se la paziente non è immune (igg ed igM negativi). Se le IgM sono positive riferirlo al ginecologo appena è in possesso degli esami.
- **Rosolia**. "Nelle donne risultate suscettibili alla rosolia il test deve essere ripetuto a 17 settimane e deve essere programmata la vaccinazione nel periodo postnatale" (LG 2011)

B) ESAMI AGGIUNTIVI non esenti (possono essere esenti se la gravidanza è a rischio):

- **test da carico di glucosio o curva glicemica** (OGTT con 75 g) "a 16-18 settimane per le donne che hanno avuto un diabete gestazionale in una gravidanza precedente" e "un ulteriore OGTT a 28 settimane di età gestazionale, se la prima determinazione è risultata normale" (LG 2011)
- **pap test** che svolgeremo al ricontrollo, se non è stato fatto entro 1-3 anni o con cadenza che dipende dai Suoi fattori di rischio per patologia del basso tratto genitale (precedenti pap anomali, nel quale caso faremo anche la colposcopia, infezioni da HPV ad alto rischio, fumo,...)
- **emocromo** ripetuto se l'emoglobina è minore di 10,5 g/100 ml. Considerare la supplementazione con ferro se è un'anemia da carenza di ferro e non congenita.
- **CitoMegaloVirus**. Tutti i casi in cui è stato eseguito e le IgM sono positive vanno subito comunicati a ginecologo e medico di base e gestiti in collaborazione con infettivo logo valutando caso per caso cosa fare.

C) INDAGINI PRENATALI per lo **screening delle anomalie cromosomiche** (DNA fetale e ultracreen/translucenza nucale) e altre indagini genetiche deve averle fatte entro 13 settimane e 6 giorni ed essere a basso rischio: vedi paragrafi appositi e materiale informativo fornito. Se non la ha fatte volutamente in quanto contraria e non interromperebbe in nessun caso la gravidanza volontariamente anche se ha un rischio elevato raccomandando di fare almeno una ecografia premorfologica alla 16 settimana ed una accurata ecografia alla 19-21 settimane: ne riparliamo ampiamente.

APPROFONDIMENTI UTILI

Se ha o ha avuto sintomi simil influenzali li segnali, vi sono virus che possono passare la placenta, anche se con sintomi materni scarsi: ad esempio il citomegalovirus.

***** Indagini da svolgere nelle settimane dalla 19^a alla 23^a**

A) ESAMI ESENTI (GU 10-9-98):

- **Esame urine** (in caso di batteriuria significativa all'esame precedente fare anche l'urinocoltura)
- **Ecografia ostetrica detta "morfologica"**, da fare alla 19^a-22^a settimana, e che va già prenotata con congruo anticipo. "Se nel corso dell'esame venisse rilevato che la placenta ricopre in tutto o in parte l'orifizio uterino interno, alla donna deve essere offerta un'ecografia a 32 settimane" (LG 2011). Il dott. Del Pup consiglia comunque di prenotare per tempo l'ecografia ostetrica delle 30-32 settimane detta "biometrica" che servirà non solo per valutare la placenta, ma anche la crescita e per rivalutare l'anatomia fetale in modo da evidenziare eventuali malformazioni fetali, non rilevate a 19-21 settimane, o segni di sofferenza fetale. Per questo andrà svolta in sede idonee, preferibilmente dove è stata fatta l'ecografia morfologica o presso l'ospedale in cui si andrà a partorire.

B) ESAMI AGGIUNTIVI non esenti, possono essere esenti se la gravidanza è a rischio:

- quegli esami previsti nei periodi precedenti che non sono stati eseguiti, sono risultati anomali o dimostrano la mancata protezione (IgG ed IgM negative per **toxoplasma** o **citomegalovirus**)
- altri eventuali in base alle esigenze specifiche.

****** Indagini da svolgere nelle settimane di gravidanza dalla 24^a alla 27^a**

A) ESAMI ESENTI (GU 10-9-98):

- **Esame urine**
- **urinocoltura** (in caso di batteri presenti all'esame urine o di sospetta cistite)
- **Glicemia**
- **test da carico di glucosio o curva glicemica** (OGTT con 75 g a 2 ore) a 24-28 settimane di età gestazionale alle donne con uno dei fattori di rischio identificati per diabete gestazionale: "indice di massa corporea (IMC) >30 kg/m²; macrosomia fetale pregressa ≥4,5 kg; diabete gestazionale pregresso; anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete); famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: Asia meridionale, Medio Oriente e Caraibi (per la popolazione di origine africana)" (LG 2011) La curva glicemica va prenotata con anticipo ed i valori limite per OMS su sangue venoso sono 120 mg/dl, su sangue capillare 140/mg/dl (su plasma rispettivamente 140 e 160).

B) ESAMI AGGIUNTIVI esenti se la gravidanza è a rischio:

- **Flussimetria Doppler** delle arterie uterine (se vi erano anomalie flussimetriche all'ecografia morfologica)

Astensione dal Lavoro

Se lei è una lavoratrice assistita INPS ricordare di chiedere/ far preparare in tempo il certificato INPS per astensione obbligatoria dal lavoro da compilare entro la 28^a settimana.

Parto prematuro e contrazioni

Il parto prematuro potrebbe avere gravi conseguenze fetali in questa parte della gravidanza, poi sempre meno mentre si avvicina al termine. I sintomi premonitori possono essere subdoli o assenti, ma è molto importante che Lei si sforzi di intuire se ha reali contrazioni o solo normale motilità uterina. Secondo le nuove linee guida, infatti, "l'efficacia nella pratica di interventi di prevenzione del parto pretermine spontaneo deve ancora essere dimostrata". "Il trattamento con antibiotici non presenta

generalmente benefici e il loro impiego è efficace nel ridurre il parto pretermine spontaneo limitatamente alle donne a rischio con vaginosi batterica. I programmi di cessazione del fumo di tabacco, il progesterone, la terapia periodontale e l'olio di pesce potrebbero avere in futuro un ruolo come interventi preventivi in donne asintomatiche. All'impiego di antibiotici per il trattamento della tricomoniasi è risultato associato un aumento del rischio di parto pretermine spontaneo". Il cerchiaggio cervicale ovvero tenere chiuso il collo uterino con suture potrebbe essere utile ma presto. Trattare la batteriuria asintomatica è utile. Il classico e diffuso consiglio di stare a riposo, non ha dimostrato di cambiare il rischio di parto pretermine, ma forse potrebbe essere utile il monitoraggio domiciliare delle contrazioni uterine. Inoltre "alle donne a basso rischio non deve essere offerto lo screening del parto pretermine, poiché non vi sono prove che dimostrino l'accuratezza dei test disponibili". Infatti le indagini più affidabili nel prevedere la Sua maggiore probabilità di partorire presto sono solo la misurazione ultrasonografica della lunghezza e della dilatazione cervicale (*funneling*), che facciamo sempre al controllo ecografico, e lo screening con fibronectina fetale cervicovaginale, che può fare in ospedale se vi fossero dei sospetti. Il rischio che Lei partorisca presto può essere attendibilmente ridotto solo tramite l'adeguato riconoscimento delle contrazioni uterine, che vanno distinte dalla fisiologica motilità uterina, o tramite la misurazione della proteina C reattiva nel liquido amniotico, che può fare in ospedale se vi fossero dei sospetti. Le linee guida non raccomandano di fare, ma indicano come "raccomandazioni per la ricerca", che "è necessario condurre studi per determinare la validità di test semplici ed economici –come la gonadotropina corionica umana sierica materna, la proteina C reattiva sierica e i livelli cervico-vaginali di fibronectina fetale" (LG 2011)

- Entro le 28 settimane "aderire ai corsi di accompagnamento alla nascita presenti sul territorio".

***** **Indagini da svolgere nelle settimane di gravidanza dalla 28^a alla 32^a**

A) ESAMI ESENTI (GU 10-9-98):

- **Esame urine** (in caso di batteriuria significativa all'esame precedente fare anche l'urinocoltura)

- **Emocromo**. Verificare se i livelli di emoglobina sono inferiori a 10,5 g/100 ml e considerare la supplementazione con ferro se appropriato.

- **Ferritina**

- **Ecografia ostetrica** delle 30-32 settimane o biometrica può servire non solo per valutare la crescita fetale, o la posizione della placenta, ma anche per rivalutare l'anatomia fetale in modo da evidenziare eventuali malformazioni fetali, non rilevate a 19-21 settimane. Consiglio di prenotarla per tempo in sedi idonee, preferibilmente dove è stata fatta l'ecografia morfologica o presso l'ospedale in cui si andrà a partorire. Le ribadisco che le ecografie che potremmo fare di supporto alle visite ostetriche possono stimare la crescita, il battito cardiaco, i movimenti e la posizione fetale, la condizione del collo uterino oppure la sede della placenta, ma non consentono di escludere malformazioni o patologie fetali. Le nuove linee guida sottolineano infatti i limiti dell'ecografia biometrica di cui è importante che Lei sia consapevole e pertanto riporto i passi più significativi. E' incerta la stima della validità della singola misurazione della circonferenza addominale nel terzo trimestre per identificare i feti con peso alla nascita inferiore al 10° percentile. "La validità diagnostica del Doppler dell'arteria ombelicale .. è molto modesta" e vi è una "scarsa accuratezza della misurazione ultrasonica del volume del liquido amniotico nello screening di feti piccoli per l'età gestazionale". "La misurazione della distanza fondo uterino-sinfisi pubica viene indicata come uno strumento per identificare le gravidanze da indirizzare all'indagine ecografica" ma "non è un valido predittore di feti a rischio". Viene raccomandato che "la distanza fondo uterino-sinfisi pubica deve essere misurata e registrata a ogni visita prenatale dopo le 24+0 settimane di età gestazionale", ma Lei farà comunque l'ecografia. "La stima della validità della biometria fetale per identificare i feti con peso alla nascita superiore al 90° percentile è incerta." (LG 2011) Ma per prudenza noi controlleremo la crescita ad ogni controllo. Si ricordi di segnalare se ha avuto interventi per endometriosi o fibromi uterini o altre patologie che possono rendere rischioso il parto vaginale.

B) ESAMI AGGIUNTIVI non esenti (possono essere esenti se la gravidanza è a rischio):

- **Test di Coombs indiretto** (ricerca anticorpi irregolari anti eritrociti). "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 (= quindi rifaccia il test di Coombs indiretto anche se è RH positiva!). 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. L'immunoprofilassi anti-Rh(D) deve essere offerta di routine a tutte le donne in gravidanza Rh(D) negative non sensibilizzate a 28 settimane da effettuarsi in dose unica da 1.500 UI (300 µg) di immunoglobuline a 28 settimane circa di gestazione, o in due dosi da 500 UI (100 µg) ognuna a 28 e 34 settimane di gestazione".(LG 2011) Si può evitare se ha fatto RH fetale al DNA fetale. - quegli esami previsti nei periodi precedenti che non sono stati eseguiti, sono risultati anomali o dimostrano la mancata protezione (es: IgG ed IgM negative per toxoplasma o citomegalovirus)

- **Flussimetria Doppler** delle arterie ombelicali ed altri distretti fetali (se vi è ridotta crescita fetale, scarso liquido amniotico o pregresse anomalie flussimetriche).

Si ricordi di fare sempre il **vaccino antipertosse** a 28-32 settimane

APPROFONDIMENTI UTILI

Nell'ultimo trimestre si consiglia di controllare a domicilio la pressione arteriosa almeno ogni settimana e di riportare i valori: se questi superano i 140 mmHg per la massima o i 90 mmHg per la minima in due misure a riposo, e a distanza di due ore, ci sentiamo o si rivolga al pronto soccorso ostetrico.

Generalmente in questo periodo si inizia ad assumere ferro, se necessario, ma non serve di routine (Raccomandazione A Linee guida ISS 2004). E' meglio proseguire o ricominciare l'acido folico. Soprattutto se vi è anemia associare acido folico e ferro.

"Alle donne in cui la placenta si estende al di sopra dell'orifizio uterino interno deve essere offerta una ecografia transvaginale a 32 settimane."

A "32-33 settimane le donne con feto singolo in presentazione podalica possono discutere con il professionista se utilizzare la moxibustione per aumentare la probabilità di una versione spontanea cefalica" (LG 2011) o meglio discutiamo le opzioni manovre di versione o cesareo programmato, previo ricontrollo.

***** **Indagini da svolgere nelle settimane di gravidanza dalla 33^a alla 37^a**

A) ESAMI ESENTI (GU 10-9-98):

- **Esame urine** (in caso di batteriuria significativa all'esame precedente fare anche l'urinocoltura)

- **Emocromo**

- **Virus Epatite B** [HBV] (antigene HbsAg) “deve essere offerto nel terzo trimestre a tutte le donne in gravidanza, per consentire di programmare – per le donne risultate positive” (LG 2011) gli interventi che si sono mostrati efficaci nel ridurre il rischio di trasmissione
- **Virus Epatite C** [HCV] (anticorpi)
- **Virus immunodef. acquisita** [HIV 1-2] “deve essere offerto a tutte le donne all’inizio della gravidanza e al terzo trimestre, per consentire di programmare - per le donne risultate positive - gli interventi che si sono mostrati efficaci nel ridurre il rischio di trasmissione dell’infezione da madre a figlio” (LG 2011): terapia antiretrovirale, taglio cesareo e astensione dall’allattamento al seno. Lo screening sierologico della sifilide, effettuato con un test specifico per il treponema,
- **Test di Coombs indiretto** (in caso di incompatibilità ABO ovvero marito di gruppo diverso dalla moglie. Come ad esempio Lui A e/o B e Lei O)

B) ESAMI AGGIUNTIVI non esenti (possono essere esenti se la gravidanza è a rischio):

- **VDRL/ TPHA** non rientra negli esami esenti GU 10-9-98 ma oggi “è raccomandato in tutte le donne alla prima visita e alla fine della gravidanza” (LG 2011)
- **Lo screening della colonizzazione da streptococco di gruppo B** la farà indipendentemente dalla modalità di parto prevista, tra 36+0 e 37+6 settimane di gestazione, mediante l’esecuzione di un tampone vaginale e rettale e la coltura su terreno selettivo. Lo faranno in ospedale alla presa in carico un mese prima del parto. Se non glielo fanno lo faccio io. Se ha infezione da streptococco di gruppo B deve ricevere un trattamento antibiotico intraparto. (LG 2011)
- esami previsti nei periodi precedenti che non sono stati eseguiti, sono risultati anomali o dimostrano la mancata protezione (IgG ed IgM negative per toxoplasma o citomegalovirus)
- **PT, PTT e fibrinogeno** (richieste dall’anestesista per l’anestesia epidurale)
- **ECG** (elettrocardiogramma)

MODALITA' DEL PARTO, ANESTESIA, EVENTUALE PROGRAMMAZIONE DEL TAGLIO CESAREO

In base all’andamento della gravidanza, alla presentazione ed alle dimensioni fetali, in questo periodo rivalutiamo i pro e contro delle diverse modalità del parto nel suo specifico caso e si programmano di conseguenza gli ulteriori controlli da me e/o in ospedale. Si ricordi di segnalare se ha avuto interventi per endometriosi o fibromi uterini o altre patologie. Le Linee Guida 2010 indicano che 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 e, alle donne con presentazione podalica, deve essere offerto il rivolgimento per manovre esterne, da effettuare a partire da 37 settimane...” con monitoraggio fetale continuo e disponibilità di sala operatoria”. “La versione cefalica è controindicata in donne con una cicatrice o un’anomalia uterina, con compromissione fetale, membrane rotte, sanguinamento vaginale e problemi medici”. La prego di leggere attentamente il documento che integra e sintetizza quanto discusso verbalmente ed adattato al Suo caso e che trova al sito: www.snlg-iss.it/Ign_taglio_cesareo_assistenza_donne o almeno legga la versione semplificata (www.snlg-iss.it/pubblico_cesareo_assistenza). Se non ha internet come in precedenza le fornisco io il materiale informativo. Nelle situazioni in cui vi siano dubbi sulla migliore modalità del parto presenterò anticipatamente il suo caso e lo discuterò con i Colleghi dell’ospedale a cui desidera rivolgersi.

In questo periodo avrà 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...” o altro in base alle Sue esigenze.

PRENOTAZIONI E CONTROLLI URGENTI

- prenoti il controllo pre-parto, chiamato anche “presa in carico” alla 36° settimana di gravidanza circa presso l’ospedale in cui intende partorire.
- se sceglie di fare l’anestesia epi o peridurale prenotarla in tempo e fare anche PT, PTT, fibrinogeno e richiesta di visita anestesiológica per analgesia in corso di travaglio
- se ha contrazioni intense e/o ravvicinate o se sente muovere il feto di meno contattare subito il proprio ginecologo e/o rivolgersi nel reparto di ostetricia in ospedale per fare un controllo urgente
- se vi è ridotta crescita fetale, scarso liquido amniotico, ipertensione.. o pregresse anomalie flussimetriche valuteremo se prenotare una Flussimetria Doppler delle arterie ombelicali ed altri distretti fetali.
- “Lo screening per l’infezione da HSV-1 e HSV-2 nelle donne in gravidanza non è raccomandato” ma se “le lesioni erpetiche genitali sono presenti al momento del parto o compaiono nelle ultime 6 settimane di gravidanza”..va effettuato “un taglio cesareo, indipendentemente dallo stato sierologico.”(LG 2011) Quindi informi subito dell’eventuale comparsa di herpes ovvero della comparsa genitale di bollicine raggruppate e dolorose.

***** Indagini da svolgere nelle settimane di gravidanza dalla 38ª alla 40ª

A) ESAMI ESENTI (GU 10-9-98):

- Esame delle urine (in caso di batteriuria significativa all’esame precedente fare anche l’urinocoltura)

B) INDAGINI AGGIUNTIVE che possono essere esenti, se la gravidanza è a rischio e vanno programmati in base ai protocolli dell’ospedale in cui partorirà, tenendo conto delle Sue necessità e degli eventuali segnali di allarme. Le linee guida indicano che: -“Il conteggio formale di routine dei movimenti fetali percepiti non è raccomandato” I movimenti fetali che devono essere di almeno 10 al giorno, ma vi è un’ampissima variabilità nel numero di movimenti percepiti per cui gli studi non riescono a dimostrarne l’utilità. Tuttavia se percepisce meno movimenti o non sente più muovere il feto, pur sollecitandolo e tendo contro dei momenti di “riposo”, vada subito all’ospedale.

- “L’auscultazione del battito cardiaco fetale può confermare che il feto è vivo, ma non ha alcun valore predittivo sull’esito della gravidanza”.
- “ In donne con gravidanza senza complicazioni non deve essere proposta la cardiocografia per la valutazione del benessere fetale.” Quando indicata, o dopo la data presenta del parto, la cardiocografia [CTG] deve essere programmata nell’ospedale in cui andrà a partorire prenotando magari al momento del controllo preparto.

Sempre in base a specifiche esigenze può fare il controllo del liquido amniotico [AFI= Indice del Fluido Amniotico oppure diametro della sacca principale di liquido] e/o la Flussimetria Doppler delle arterie ombelicali ed altri distretti fetali se il liquido amniotico è scarso, se la CTG rileva anomalie o se la gravidanza è comunque a rischio.

APPROFONDIMENTI UTILI

"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" (LG 2011)

Si consiglia di continuare a controllare domicilio la pressione arteriosa però da questo momento meglio due volte la settimana: se maggiore di 140/90 in due misure distanti 2 ore contatti il suo ginecologo o vada all'ospedale.

***** **Indagini da svolgere, in ospedale, compiuta la 40ª settimana e oltre:**

A) ESAMI ESENTI:

- **Esame urine** (per rilevare proteinuria)
- **Cardiotocografia [CTG]**
- **Controllo del liquido amniotico**

B) ESAMI AGGIUNTIVI Se la gravidanza è a rischio o in base alle specifiche esigenze sono esenti e possono essere necessari: flussimetria Doppler, CTG computerizzata, profilo biofisico fetale,...

Le nuove linee guida tendono a ridurre o iniziare più tardivamente i controlli considerato che l'utilità dei diversi protocolli di controllo del benessere fetale a termine è molto difficile da studiare. Elenco le conseguenti raccomandazioni:

"A 40 settimane la o il professionista deve offrire alla donna informazioni sulla gestione della gravidanza fino a 41 settimane e oltre il termine." "Alle donne con gravidanza non complicata deve essere offerta l'opportunità di partorire spontaneamente." "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." " 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." "I professionisti che assistono la donna in gravidanza devono rispettare la scelta della donna di non effettuare l'induzione del parto e, da quel momento in poi, condividere con lei le opzioni assistenziali." "Alle donne che a 42+0 settimane di età gestazionale rifiutano l'induzione al parto deve essere offerto un monitoraggio più frequente, consistente nella cardiotocografia almeno due volte a settimana abbinata a una stima ecografica della massima tasca di liquido amniotico (*maximum amniotic pool depth*)". (LG 2011)

Bibliografia principale ed approfondimenti WEB che si raccomanda di consultare direttamente

1. Gazzetta Ufficiale 10-9-1998 e seg.
2. Linee guida AOGOI
3. Linee Guida SIEOG (www.sieog.it)
4. SaPeRiDoc (www.saperidoc.it)
5. Sistema Nazionale per le Linee Guida. (<http://www.snlg-iss.it>)

Resto disponibile ad ogni ulteriore chiarimento o approfondimento. Le ribadisco di informare o consultare sempre anche il Suo Medico di medicina generale portandogli/le queste informazioni ed i referti delle mie visite.

Dott. Lino Del Pup

Copyright **Lino Del Pup** 2025