

LINEE GUIDA SULLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

*Basate sulle linee guida sulla "Gravidanza Fisiologica" dell'ISS-SNLG, aggiornamento 2011
Comitato Regionale Percorso Nascita (CRPN)- Gruppo Tecnico Regionale ASR Abruzzo*

Gli operatori in campo ostetrico sono due distinti professionisti: l'ostetrica/o e il medico specialista ostetrico-ginecologo. Le Linee guida dell'Istituto Superiore della Sanità – Sistema Nazionale Linee Guida (Aggiornamento 2011) riconoscono l'ostetrica/o quale professionista idoneo all'assistenza, in autonomia e con proprie responsabilità, della gravidanza a basso rischio e raccomandano che le donne con una gravidanza a basso rischio siano prese in carico da una rete di assistenza integrata costituita da l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali. Questo modello prevede anche che, in presenza di fattori predisponenti ad una condizione di medio o alto rischio, ci sia il coinvolgimento del ginecologo e che l'assistenza spetti ai due professionisti, ginecologo ed ostetrica/o, ciascuno con proprie competenze ed interventi da coniugare in modo complementare.

Il concetto di rischio è di tipo dinamico: ogni gravidanza può presentare uno o più rischi e diversi gradi di rischio in momenti diversi. I fattori di rischio possono essere preesistenti alla gravidanza o rappresentati da complicazioni che insorgono nel corso della gravidanza.

Lo scopo delle linee guida è organizzare le informazioni fondate su prove di efficacia disponibili per consentire ai professionisti della salute di offrire alle donne in buona salute con una gravidanza singola senza complicazioni di scegliere i trattamenti appropriati in circostanze specifiche.

AGENDA DELLA GRAVIDANZA

Il primo trimestre (entro 12+6¹settimane)

La **prima visita** dovrebbe avvenire idealmente entro le 10 settimane. La necessità di un incontro precoce in gravidanza è motivata dal fatto che nel corso della prima visita la donna può chiedere – e in ogni caso le devono essere offerte – numerose informazioni.

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
- raccomandare l'assunzione giornaliera di almeno 0,4 mg di acido folico per tutto l'arco della gravidanza.
- raccomandare controlli ogni 4-6 settimane
- identificare le donne che potrebbero avere bisogno di un'assistenza intensiva e pianificare il loro percorso. L'assistenza specialistica è necessaria nei seguenti casi¹:

Anamnesi patologica

- Ipertensione preesistente alla gravidanza
- Diabete mellito
- Patologie cardiovascolari
- Tromboembolie pregresse e/o trombofilia nota
- Emoglobinopatie
- Difetti congeniti della coagulazione e diatesi emorragica
- Patologie renali e urologiche
- Patologie croniche dell'apparato respiratorio
- Patologia autoimmune e sindrome da anticorpi antifosfolipidi
- Patologie epatiche
- Patologie endocrine

¹ "Profilo assistenziale condiviso per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio", Regione Piemonte, DGR n. 34-8769 del 12/05/2008

- Patologie oncologiche
- Patologie psichiatriche e/o neurologiche in trattamento
- Patologie genetiche familiari
- Patologie infettive croniche (HIV, HCV, HBV, Tubercolosi, Sifilide)
- Assunzione cronica di farmaci
- Abuso di sostanze (incluso alcool)
- BMI (*Body Mass Index* [peso (kg)/altezza (m)²]) inferiore a 18 kg/m² o superiore a 35 kg/m²

Anamnesi ostetrico-ginecologica remota

- Precedente morte endouterina o neonatale
- Precedenti malformazioni fetali/neonatali
- Aborti ricorrenti (maggiore o uguale a tre)
- Precedente neonato con peso alla nascita <2500gr
- Precedente neonato con peso alla nascita >4500gr
- Ipertensione o preeclampsia / eclampsia / s. HELLP nella precedente gravidanza
- Pregresso parto pretermine
- Pregresse patologie placentari
- Pregressa isoimmunizzazione
- Malformazioni uterine e/o miomi
- Pregressa chirurgia uterina (conizzazione, resezione di setto uterino, pregresso TC longitudinale sul corpo dell'utero)
- Pregresso cerchiaggio cervicale

Anamnesi ostetrico-ginecologica attuale

- Gravidanza multipla
- Età materna <16 anni
- Età materna >40 anni
- Pressione diastolica uguale o maggiore a 90 mm/Hg
- Sindrome da iperstimolazione ovarica in PMA
- condurre un'indagine anamnestica sulla salute mentale, prestando attenzione a eventuali sintomi e segni di disagio psichico
- identificare le donne con mutilazioni genitali
- ricercare eventuali sintomi e segni di violenza domestica

- misurare l'indice di massa corporea (BMI), rilevare la pressione arteriosa e ricercare una eventuale proteinuria
- offrire lo screening per status Rh (emogruppo e fattore Rh) anemia (emocromo), anticorpi antieritrociti (test di Coombs indiretto) indipendentemente dallo stato Rh, HIV, sifilide, rosolia, toxoplasmosi. Nelle donne risultate suscettibili alla rosolia il test deve essere ripetuto intorno alla 17^a settimana. In caso di negatività il test della toxoplasmosi va ripetuto ogni 4-6 settimane fino al termine della gravidanza. Lo screening per l'infezione da citomegalovirus, sebbene non supportato da evidenza e non escluso dalla partecipazione al costo, può essere proposto come norma di buona pratica clinica (CRPN)
- offrire esame completo urine e urinocoltura (esclusa dalla partecipazione al costo in caso di batteriuria significativa)
- offrire informazioni e la possibilità di eseguire test di screening per le emoglobinopatie (in particolare: anemia falciforme e talassemia) se non eseguiti in precedenza. La ricerca delle emoglobinopatie, preferibilmente attraverso la cromatografia liquida ad alto rendimento (HPLC), è raccomandata in presenza di alterazioni di alcuni parametri dell'emocromo (MCV, MCH, MCHC) e/o fattori di rischio. Se la donna è identificata come portatrice di una emoglobinopatia, counselling e screening devono essere tempestivamente offerti anche all'uomo.
- offrire lo screening per Chlamydia trachomatis e gonorrea in presenza di fattori di rischio per le infezioni sessualmente trasmesse.
- offrire lo screening per l'HCV alle donne a rischio: uso di droghe iniettabili, emodialisi, transaminasi GPT (ALT) elevata, trasfusione con concentrati di fattori della coagulazione prima del 1987, trasfusione con componenti del sangue o trapianto di organi solidi prima del 1992, nate da madre HCV-RNA positiva.
- offrire informazioni sulle possibilità di screening e di diagnosi prenatale della sindrome di Down e di altri difetti congeniti mediante:
 - test sierici combinati con traslucenza nucale da 11+0 settimane a 13+6 settimane;
 - test sierici da 15+0 settimane a 20+0 settimane
 - prelievo di villi coriali
 - amniocentesi

- offrire l'indagine ecografica per la:
 - visualizzazione dell'impianto in sede uterina della camera ovulare (o sacco gestazionale) ed il loro numero
 - visualizzazione della presenza dell'embrione/feto, del loro numero e dell'attività cardiaca
 - datazione della gravidanza
 - valutazione delle regioni annessiali e della morfologia uterina
 - eventuale misurazione della translucenza nucale
- 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, se non è stato effettuato nei tre anni precedenti
- offrire informazioni dettagliate circa la possibilità della donazione solidaristica del cordone ombelicale secondo le modalità previste dal servizio di riferimento regionale
- offrire la possibilità di una valutazione anestesiologicala per impostare un programma di analgesia e valutare i rischi e benefici

Si raccomanda inoltre l'esecuzione dei seguenti esami ematologici esclusi dalla partecipazione al costo in base al Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 10 settembre 1998: glicemia, GOT (AST), GPT (ALT).

Il secondo trimestre (da 13+0 settimane a 27+6 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 sé.

Gli obiettivi sono:

- identificare le donne che necessitano di assistenza diversa da quella appropriata per la gravidanza a basso rischio e, in questo caso, riformulare il relativo piano di assistenza
- verificare se i livelli di emoglobina sono inferiori al normale per l'epoca di gravidanza (<11 g/100 mL nel primo e secondo trimestre) e considerare la supplementazione con ferro se appropriata, fornendo alle donne informazioni sui possibili effetti collaterali.

- rilevare la pressione arteriosa
- offrire lo screening per il diabete gestazionale alle donne a rischio, mediante curva da carico di glucosio (OGTT 75 g). Nelle donne non a rischio garantire la determinazione della glicemia a digiuno. Sono definite affette da diabete gestazionale le donne con uno o più valori di glicemia superiori ai valori soglia: ≥ 92 a digiuno, ≥ 180 dopo 1 ora, ≥ 153 dopo 2 ore.

Nella maggior parte delle donne lo screening va eseguito a 24-28 settimane. E' sufficiente la presenza di almeno una delle seguenti condizioni per raccomandarlo:

- età ≥ 35 anni
- indice di massa corporea (BMI) pregravidico ≥ 25 kg/m²
- macrosomia fetale in una gravidanza precedente ($\geq 4,5$ kg)
- anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2)

Va eseguito più precocemente, a 16-18 settimane, in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- diabete gestazionale in una gravidanza precedente
- indice di massa corporea (BMI) 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)

La curva glicemica va ripetuta a 28 settimana se la prima determinazione è risultata normale.

- offrire esame completo urine (ed urinocoltura in caso di batteriuria significativa)
- in caso non sia stato già discusso nel primo trimestre, offrire informazioni sull'indagine ecografica per la diagnosi di anomalie strutturali fetali, garantendo spazio e tempo per consentire alla donna di esprimere le proprie incertezze e le proprie preoccupazioni e di confrontarsi con la o il professionista. Queste informazioni devono essere supportate da materiale cartaceo o altro materiale. Se la donna ha scelto di fare una **indagine ecografica per la diagnosi di anomalie fetali strutturali**, questa deve essere eseguita fra 19+0 e 21+0 settimane. 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^a settimane
- in caso non sia stato già discusso nel primo trimestre, offrire la possibilità di una valutazione anestesiológica per impostare un programma di analgesia e valutare i rischi e benefici

Il terzo trimestre (da 28+0 settimane 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 se
- identificare le donne che necessitano di assistenza diversa da quella appropriata per la gravidanza a basso rischio e, in questo caso, riformulare il relativo piano di assistenza
- rilevare la pressione arteriosa
- misurare la distanza sinfisi-fondo
- offrire lo screening per anemia (emocromo), per gli anticorpi atipici per emazie indipendentemente dallo stato Rh (test di Coombs indiretto a 28 settimane) per HBV, HCV, HIV, toxoplasmosi, sifilide, streptococco beta emolitico
- offrire esame completo urine (ed urinocoltura in caso di batteriuria significativa)
- offrire a 28 settimane la profilassi anti-D di routine alle donne Rh(D) negative
- verificare se i livelli di emoglobina sono inferiori al normale per l'epoca di gravidanza (<10,5 g/100 mL nel terzo trimestre) e considerare la supplementazione con ferro. In caso di riduzione del volume globulare medio, la determinazione della ferritinemia tra 28 e 32 settimane è esclusa dalla partecipazione al costo (Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 10 settembre 1998)
- offrire una ecografia tra la 28-32 settimana per valutare la crescita fetale, la quantità di liquido amniotico e l'inserzione placentare². Nelle donne nelle quali un precedente esame ha rilevato una placenta che ricopre in tutto o in parte l'orifizio uterino interno si raccomanda di seguire tale ecografia in prossimità della 32^a settimana
- offrire informazioni e opportunità di discutere dei **corsi di accompagnamento alla nascita** presenti sul territorio, della **preparazione al travaglio e alla nascita**, includendo informazioni sulla pianificazione del parto, su come riconoscere il travaglio e come affrontare

² Linee Guida SIEOG - 2010

il dolore e di **ogni altro argomento giudicato rilevante dalla donna**. Le informazioni offerte in forma verbale devono essere supportate da materiale cartaceo o altro materiale

- offrire, in caso non sia già stato discusso in precedenza, la possibilità di una **valutazione anestesiológica**, indirizzando la donna, intorno alla 34^a settimana con tutta la documentazione, presso il centro anestesiológico del punto nascita scelto per impostare un programma di analgesia e valutare i rischi e benefici.

A **36 settimane** deve essere verificata la presentazione del feto e, alle donne con presentazione podalica, può essere offerto, dove indicato, il **rivolgimento per manovre esterne**, da effettuare a partire da 37 settimane. 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 partire dalla **38^a settimana** la o il professionista deve concordare l'invio della gestante, con tutta la documentazione, presso il Punto Nascita scelto dalla donna/coppia dove verrà effettuato il bilancio di salute materno-fetale e la presa in carico con la valutazione del timing, le modalità del parto e il monitoraggio della gravidanza oltre il termine (41+0 settimane).