

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Presentazione

Il presente documento è stato prodotto nel 2001 dal gruppo di lavoro "Gravidanza Fisiologica" costituitosi per la realizzazione del Progetto 3 Programma Regionale finalizzato all'attuazione, gestione e riorganizzazione dei Consultori Familiari, ed è attualmente oggetto di revisione alla luce dei nuovi dati emersi in letteratura con particolare riferimento al manuale pubblicato nel 2002 dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità): WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the implementation of the New Model e alle linee guida pubblicate dal NICE (National Institute for Clinical Excellence) inglese nel 2003: Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman.

L'obiettivo del Gruppo di Lavoro era di raggiungere un consenso in merito alle procedure, le indagini strumentali, gli esami di laboratorio necessari e utili a garantire un buon livello di qualità nell'assistenza ostetrica alla gravidanza a basso rischio.

I componenti del gruppo si sono confrontati riportando le scelte attuate quotidianamente nella propria pratica clinica, e il proprio giudizio teorico sul valore e l'applicabilità delle procedure prese in considerazione. A seguito di una discussione e un confronto con i dati e i documenti della letteratura scientifica, si è giunti ad una scelta il più possibile condivisa e supportata dalle evidenze scientifiche.

Il documento è quindi l'espressione di un consenso che contestualizza il rigore scientifico e metodologico in considerazione d'altri fattori ritenuti vincolanti nella programmazione sanitaria: cultura, mercato, risorse disponibili, situazione sociale, responsabilità professionale.

E' delineato un programma d'assistenza ostetrica di base, applicabile alla sola popolazione di donne gravide a basso rischio, in grado di identificare precocemente quelle condizioni che deviano il decorso fisiologico della gravidanza verso una patologia, o una situazione di rischio (materno e/o fetale), a seguito delle quali procedere poi con un programma assistenziale differenziato e mirato al problema emergente. In allegato i criteri per la selezione e la rilevazione delle gravidanze a rischio.

Il Coordinatore del Gruppo Gravidanza Fisiologica
Prof. G. Masellis

Febbraio 2004

Note per la lettura delle Linee guida.

Accanto a ciascuna procedura / esame sono riportati

1. il giudizio dato dal centro Cochrane Italia che si basa sulla forza (grado) delle evidenze della letteratura che supportano tale procedura / esame secondo il seguente schema:
 - 1.1. giudizio A: vi sono **forti** evidenze per raccomandare l'esecuzione del test
 - 1.2. giudizio B vi sono **buone** evidenze per raccomandare l'esecuzione del test
 - 1.3. giudizio C vi sono **insufficienti** evidenze per raccomandare o non raccomandare l'esecuzione del test
 - 1.4. giudizio D vi sono **buone** evidenze per non raccomandare l'esecuzione del test
 - 1.5. giudizio E vi sono **forti** evidenze per non raccomandare l'esecuzione del test (vedi Linee guida Regione Umbria)
2. un giudizio sintetico ricavato da lavori scientifici di cui è stato citato tra parentesi il nome del primo autore. (Vedi bibliografia)
3. il giudizio degli operatori che si sono confrontati in merito alla procedura / esame
4. l'utilizzo della procedura / esame nella pratica clinica attuale
5. (in grassetto) la raccomandazione cui il gruppo di lavoro è giunto dopo il confronto e il raggiungimento di un consenso finale.

Per le procedure / esami mancanti del giudizio Cochrane e di dati di letteratura sono riportati i soli punti 3 4 5.

Per **raccomandato di routine** si intende richiesto sistematicamente per tutte le gestanti salvo un loro esplicito rifiuto.

Per **non raccomandato di routine** si intende richiesto solo su precisa indicazione.

PROCEDURE CLINICHE

PRIMO INCONTRO – COLLOQUIO IN GRAVIDANZA

Giudicato unanimemente utile, in quanto si ritiene aumenti il grado di consapevolezza, di conoscenza e di sicurezza nelle donne in gravidanza . Attualmente proposto di routine a tutte le gravide che si rivolgono per la prima volta al Consultorio Familiare; condotto prevalentemente dalle ostetriche.

Raccomandato di routine .

ESAME OBBIETTIVO GENERALE.

Eseguito non sistematicamente e solo da alcuni operatori viene giudicato utile per una valutazione dello stato generale di salute della donna.

Raccomandato di routine al primo controllo ostetrico, eseguito dal ginecologo.

ESPLORAZIONE VAGINALE

Giudizio C (Cochrane) di efficacia sconosciuta (Enkin). Non sono rilevate evidenze che correlino la valutazione della cervice con l'incidenza di parto pretermine. (Buekens)

Nella pratica clinica attuale viene eseguita di routine a tutte le gestanti ad ogni controllo ⁴.

Raccomandata di routine al 1° controllo ostetrico mentre non dovrà essere routinaria ai controlli successivi.

ESAME OBBIETTIVO MAMMELLE

Attualmente eseguito solo da una parte degli operatori. Giudicato importante anche come primo passo nel percorso di promozione e sostegno all'allattamento materno.

Raccomandato al 1° controllo ostetrico.

ESAME DELLA CERVICE CON SPECULUM E PAP-TEST

Diffusamente utilizzato nel corso del 1° controllo ostetrico.

Raccomandato di routine quando sia passato più di un anno dall'ultima valutazione.

PALPAZIONE ESTERNA DELL'ADDOME per la valutazione dello sviluppo del volume uterino.

Utilizzato di routine ad ogni controllo ritenuto utile ed attendibile .

Raccomandato di routine ad ogni controllo.

MISURA DELLA LUNGHEZZA SINFISI PUBICA – FONDO UTERINO per la valutazione dello sviluppo del volume uterino.

Giudizio C (Cochrane Italia), probabilmente utile (Enkin), attualmente non utilizzato di routine. Ritenuto utile come supporto alla palpazione esterna dell'addome.

Non raccomandato di routine.

CONTROLLO DEL PESO MATERNO

Giudizio C (Cochrane Italia), non sono rilevate evidenze che correlino le variazioni di peso materno con patologie indotte dalla gravidanza (Enkin). Attualmente misurato di routine ad ogni controllo ostetrico.

Raccomandato ad ogni controllo come indicatore di una corretta rieducazione alimentare .

RILEVAZIONE DEI MOVIMENTI ATTIVI FETALI (MAF) per la valutazione del benessere fetale.

Giudizio C (Cochrane Italia), probabilmente non utile (Enkin), poco utilizzato attualmente.

Non raccomandato di routine.

ASSISTENZA GESTITA DALL'OSTETRICA.

Esperienza già consolidata in alcuni distretti, favorevoli le evidenze scientifiche (Villar) (Enkin).

Raccomandata (dopo consenso informato) per le gravide a basso rischio con la consulenza del ginecologo secondo protocolli concordati e incontri di supervisione prestabiliti.

ASSISTENZA GESTITA DAL MEDICO GINECOLOGO

Secondo alcuni riferimenti bibliografici ritenuta non utile nella popolazione non selezionate (Enkin, Villar). Offerta prevalente nella pratica attuale.

Non raccomandata di routine nelle gravidanze a basso rischio (eventuale consulente e supervisore secondo protocolli concordati).

MISURA DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

Giudizio A (Cochrane, Italia), probabilmente utile (Enkin).

Esame utile per la diagnosi di ipertensione preesistente alla gravidanza o indotta dalla gravidanza.

Attualmente misurata di routine ad ogni controllo.

Raccomandata di routine ad ogni controllo.

AUSCULTAZIONE BATTITO CARDIACO FETALE (BCF)

Giudizio A (Cochrane, Italia). Pur non avendo alcun valore predittivo sul decorso della gravidanza è considerato utile per valutare lo stato vitale del feto e per rassicurare i genitori.

Raccomandato di routine ad ogni controllo.

ECOGRAFIA OSTERICA 1°, 2°, 3° TRIMESTRE

Dati bibliografici discordanti. Giudizio A (Cochrane Italia). Sovrapposizione di effetti utili e dannosi (Enkin). Utile se gli obiettivi sono concordati e condivisi da sanitari, managers, utenti (Nelson).

Esame efficace per ottenere una riduzione dei parti indotti per gravidanza oltre il termine, per una diagnosi precoce di gravidanza plurima, tuttavia non è stato dimostrato un miglioramento dell'esito clinico. Se utilizzata per la diagnosi precoce delle malformazioni fetali (come nella nostra realtà al 2° trimestre) non serve per la maggior parte dei casi a cambiare la storia clinica della patologia diagnosticata, bensì autorizza un eventuale interruzione di gravidanza. Nel 3° trimestre permette di ridurre le mortalità perinatale e il n° di nati con Apgar basso. Attualmente proposta di routine ad ogni trimestre nella metà dei distretti, solo al 2° e 3° trim. nella rimanente metà.

Raccomandata di routine al 1°(11-14sett), 2°(19-21sett.) e 3°(30-32sett.) trimestre

TRIPLO-TEST

Giudizio B (Cochrane Italia).

È un test predittivo e non diagnostico, permette di fare un calcolo individuale e personalizzato (non basato sulla sola età materna) del rischio di avere un neonato con Trisomia 21, (e con minore sensibilità di altre aneuploidie), e/o sospettare la presenza di difetti di chiusura del tubo neurale. Vengono dosati tre marcatori sierici: Gonadotropina corionica (HCG), alfa-feto-proteina, estriolo coniugato (E3).

Nel caso di positività del test, valutata in base ad un quoziente scelto di soglia di rischio, è consigliato l'esame del cariotipo fetale su cellule del liquido amniotico (amniocentesi) o su cellule del sangue fetale (funicolocentesi). Attualmente l'esame viene richiesto a discrezione dell'operatore o su richiesta dei genitori.

Non raccomandato di routine.

MISURA ECOGRAFICA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE (NT)

È un test predittivo e non diagnostico; permette di fare un calcolo individuale e personalizzato del rischio di avere un neonato affetto da anomalia cromosomica basato sull'età materna, l'epoca di gestazione, la storia ostetrica e la misura della NT del feto eseguita tra la 11a e la 14° settimana. La NT è uno spazio transonico che corrisponde ad una piccola raccolta liquida presente nel sottocute della nuca del feto e che varia secondo l'età gestazionale e lo stato di benessere del feto. Questa pratica pare avere una buona sensibilità anche per tassi di falsi positivi non superiori al 5% e su popolazioni non selezionate (Nicolaidis K.H.). L'efficacia del test è dimostrata da studi multicentrici costruiti ad hoc in condizioni che non rispecchiano quelle attualmente esistenti nella nostra realtà. Il gruppo pertanto intravede l'introduzione di questa tecnica nella pratica routinaria assistenziale solo se inquadrata in un preciso programma di screening per la diagnosi precoce delle patologie cromosomiche su tutta la popolazione ostetrica.

Non raccomandato di routine

AMNIOCENTESI

Non ritenuta test di routine per popolazione non selezionata. Attualmente viene proposta a tutte le gravide che hanno compiuto i 35 anni, in ragione di un aumentato rischio di aneuploidia (la più frequente e compatibile con la vita è la Trisomia 21). In questo modo si diagnosticano precocemente circa il 50% delle aneuploidie rilevabili alla nascita.

Si raccomanda di mantenere invariata questa indicazione.

VALUTAZIONE ECOGRAFICA DELLA QUANTITÀ DI LIQUIDO AMNIOTICO per la valutazione del benessere fetale.

Giudizio C (Cochrane, Italia), di efficacia sconosciuta (Enkin).

Attualmente non raccomandata prima del termine al di fuori dei tre esami standard programmati.

Non utile per il monitoraggio del benessere fetale nella gravidanza a basso rischio fino alla 40° settimana.

CARDIOTOCOGRAFIA

Giudizio C (Cochrane, Italia), probabilmente dannoso (Enkin).

Attualmente viene diffusamente e difformemente utilizzato.

Non raccomandato di routine prima del termine.

Accettato (seppure criticamente) solo come momento di raccordo tra il centro di assistenza di base e il centro di assistenza al parto.

ESAMI EMATOCHIMICI

ACIDO URICO - CREATININA

Giudizio C (Cochrane Italia). Ritenuti utili per una valutazione di base della funzionalità renale, e, nel caso dell'ac. Urico, per il monitoraggio della pre-eclampsia, mentre non risulta efficace come indicatore precoce di pre-eclampsia . Prevalentemente richiesti di routine ad ogni trimestre.

Non utile in nessuna epoca di gestazione. Non raccomandato di routine.

BILIRUBINA – GAMMA GT

Giudizio C (Cochrane Italia). Ritenuti poco significativi e utili.. Attualmente richiesti a discrezione dell'operatore.

Non raccomandati di routine .

COLINESTERASI

Giudizio D (Cochrane Italia). Non vi sono evidenze sufficienti a supportare l'esecuzione sistematica di questo test come screening preoperatorio in una popolazione a basso rischio(Cochrane). Attualmente ritenuto utile e richiesto come preparazione ad un eventuale taglio cesareo, soprattutto nei distretti provinciali .

Non raccomandato di routine.

COOMBS INDIRETTO

Importante nel monitoraggio delle gestanti Rh negative. Attualmente viene richieste da 3 a 5 volte nel corso della gravidanza .

Raccomandato nella prima valutazione, e, nelle gestanti Rh negative, ogni mese a partire dalla 20a settimana.

CURVA DA CARICO

Giudizio E (Cochrane Italia). Non è ritenuto utile e proponibile di routine come test di screening per il diabete gestazionale. Attualmente viene proposto solo su indicazione.

Non raccomandato di routine.

EMOCROMO

Giudizio A (Cochrane Italia). Ritenuto unico esame valido per lo screening dell' anemia in gravidanza.

Attualmente richiesto ad ogni trimestre.

Raccomandato di routine ad ogni trimestre.

EMOGRUPPO-FATTORE RH

Giudizio A (Cochrane Italia). Utile per rilevare il rischio isoimmunizzazione materno – fetale e in caso di complicanze o interventi ostetrici urgenti.

Attualmente richiesto di routine al 1° trimestre.

Raccomandato di routine al primo trimestre.

GLICEMIA

Giudizio A. Ritenuto unico test di screening valido per individuare un diabete preesistente alla gravidanza o un diabete gestazionale(Cochrane Italia). Attualmente richiesto di routine ad ogni trimestre.

Raccomandato al 1°trimestre e al 2° trimestre dopo la 24a settimana.

QUADRO LIPIDICO

Giudizio C (Cochrane Italia). Non ritenuto utile .

Non raccomandato di routine.

SIDEREMIA – TRANSFERRINA - FERRITINA

Giudizio E. Non devono essere considerati tests di screening per la diagnosi di anemia nella gravidanza fisiologica. La ferritina è ritenuta utile come test di secondo livello(Cochrane Italia). Attualmente vengono largamente richiesti ed utilizzati ad ogni epoca di gravidanza .

Non raccomandati di routine.

TRANSAMINASI

Giudizio C (Cochrane Italia). Incerta la sua utilità nella gravidanza fisiologica. Richiesto di routine al 1° trimestre per valutare la funzionalità epatica e successivamente a discrezione dell'operatore con l'obiettivo di diagnosticare un'epatogestosi.

Raccomandato di routine al primo trimestre.

ESAME DELLE URINE

Giudizio A (Cochrane Italia). Utile per la diagnosi di patologie metaboliche e renali preesistenti alla gravidanza, per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza, e per rilevare eventuale proteinuria.

Richiesto mensilmente.

Raccomandato di routine ogni mese e dalla 36a settimana ogni 15 giorni.

ESAMI SIEROLOGICI E MICROBIOLOGICI PER PATOLOGIE INFETTIVE

HIV

Giudizio A (Cochrane, Italia).

E' stata dimostrata l'efficacia del trattamento con AZT nelle gestanti positive.

Proposto diffusamente in quasi tutti i distretti.

Raccomandato di routine nel 1° trimestre, dopo consenso informato.

CMV (citomegalovirus)

Giudizio C (Cochrane, Italia).

Permangono dubbi sulla sua utilità, sulla gestione di un eventuale positività.

Nelle prime 20 settimane la positività, oltre all'allarme che crea, non giustifica alcun tipo di scelta: non una terapia in quanto inesistente, non l'interruzione di gravidanza, in quanto il danno fetale è lungi dall'essere dimostrato. Dalla 21° alla 31° settimana è certamente inutile, in quanto nulla potrebbe incidere sull'evoluzione della gravidanza. Dopo le 36 settimane di gravidanza, anche se in mancanza di evidenze certe, è interesse del neonatologo conoscere una eventuale infezione, per impostare una appropriata assistenza dopo la nascita

Raccomandato al 3° trimestre.

RUBEO – TEST

Giudizio A (Cochrane, Italia).

Ritenuto efficace per la prevenzione dell'infezione fetale e della patologia neonatale.

Attualmente proposto di routine al 1° trimestre.

Raccomandato di routine al 1° trimestre, da ripetersi una volta nel 2° trimestre in caso di sieronegatività.

TOXO- TEST

Giudizio B (Cochrane, Italia).

Si ritiene esistano misure atte a prevenire il contagio e a migliorare l'out-come neonatale in caso di sieronegatività in gravidanza. Inoltre è utile raccomandare misure comportamentali atte a prevenire il contagio alle gestanti sieronegative.

Raccomandato di routine nel 1° trimestre; da ripetere ogni 40 – 60 giorni in caso di sieronegatività.

HCV (epatite C)

Giudizio C (Cochrane, Italia).

Non esistono trattamenti efficaci. Attualmente poco proposto.

Raccomandato al 3° trimestre.

Hbs Ag (epatite B)

Giudizio A (Cochrane, Italia).

E' possibile e utile la profilassi dei neonati da madre Hbs Ag positiva.

Raccomandato di routine al 3° trimestre.

VDRL, TPHA

Giudizio A (Cochrane, Italia). Esiste una terapia efficace.

Raccomandato di routine al 1° trimestre.

COPROCOLTURA

Ritenuto obsoleto.

Non raccomandato di routine.

URINOCOLTURA

Giudizio A (Cochrane, Italia).

Utile per la diagnosi di batteriuria asintomatica con conseguente riduzione del rischio di infezione delle vie urinarie. Attualmente utilizzato di routine solo in alcuni centri da alcuni operatori.

Raccomandato solo se rilevata batteriuria nelle urine.

TAMPONE VAGINALE per ricerca streptococco B

Giudizio A. La diagnosi permette di mettere in atto misure di prevenzione dell'infezione neonatale: rara ma molto grave (Cochrane, Italia).

Raccomandato di routine tra la 35° e la 37a settimana.

RACCOMANDAZIONI SCHEMATICHE PER LE PROCEDURE CLINICHE

PRIMO INCONTRO-COLLOQUIO IN GRAVIDANZA

OBIETTIVI:

- 1) presentare il piano di assistenza alla gravidanza fisiologica offerta dalla struttura
- 2) proporsi come punto di riferimento e impostare un rapporto basato sulla reciproca fiducia
- 3) rassicurare e rispondere ai dubbi espressi (o sottintesi) dalla donna
- 4) migliorare le abitudini e gli stili di vita (fumo, alimentazione, esercizio fisico, ecc...)
- 5) rilevare l'eventuale rischio ostetrico

QUANDO: entro 7 giorni dalla richiesta e possibilmente entro la 10a settimana di amenorrea

COME: su appuntamento

CHI: l'operatore/operatrice che sarà il principale punto di riferimento per la donna nel corso della gravidanza e del puerperio.
Si individua comunque nell'ostetrica la professionalità più indicata a svolgere tale prestazione

PRIMA VISITA OSTETRICA IN GRAVIDANZA

OBIETTIVI:

- 1) Valutare lo stato di salute generale della donna
- 2) valutare la gravidanza in corso
- 3) valutare il rischio ostetrico
- 4) fare un piano assistenziale personalizzato

QUANDO: entro la 12a settimana di amenorrea

COME:

- a) anamnesi
- b) esame obiettivo generale con valutazione delle mammelle
- c) esplorazione vaginale per la valutazione dei genitali interni e del volume uterino
- d) no speculum di routine
- e) no PAP-test di routine
- f) auscultazione del BCF

CHI: ginecologo/a
possibilmente con una valutazione complessiva del caso fatta insieme all'ostetrica che ha fatto il primo colloquio

RACCOMANDAZIONI SCHEMATICHE PER LE PROCEDURE CLINICHE

CONTROLLI SUCCESSIVI ALLA 1a VISITA

OBIETTIVI

1. Controllare e accertare il decorso fisiologico della gravidanza
2. Rassicurare la donna
3. Sorvegliare il rispetto del piano assistenziale

FREQUENZA: - controlli ogni 6 settimane fino alla 38a settimana.
- i controlli successivi alla 38a settimana si svolgeranno sulla base degli accordi presi tra struttura territoriale e struttura luogo del parto.

COME: - Colloquio – raccordo anamnestico
- Peso
- P.A.
- Valutazione del volume uterino per palpazione addominale esterna; eventuale misura S – F
- No esplorazione vaginale di routine (solo su indicazione)
- Auscultazione del BCF

CHI: - ginecologo, ostetrica, o entrambi secondo protocollo concordato.

Non sono ritenuti esami di routine: CTG, profilo biofisico fetale, stima del peso fetale per valutare il benessere fetale prima del termine di gravidanza

Laddove non vi siano accordi o protocolli specifici, è auspicabile che almeno uno degli ultimi controlli in gravidanza (oltre la 38a settimana) avvengano nella struttura che sarà la sede del parto e che procederà alla “presa in carico” della gestante.

RACCOMANDAZIONI SCHEMATICHE PER LE PROCEDURE DI DIAGNOSI PRENATALE

ECOGRAFIA 1° TRIMESTRE (11-14 sett.) di routine dopo consenso informato

OBIETTIVI:

- 1)diagnosi di sede della gravidanza
- 2)datazione della gravidanza
- 3)verifica della vitalità embrio-fetale
- 4)diagnosi di corionicità in caso di gravidanza plurima
- 5)diagnosi di eventuali patologie uterine o annessiali associate alla gravidanza.

MODALITA' secondo le linee guida della SIEOG (1996) indicate per l'esame ecografico standard di I°livello

ECOGRAFIA 2° TRIMESTRE (19-21 sett.) di routine dopo consenso informato

OBIETTIVI:

- 1) verifica epoca gestazionale
- 2) rilevazione patologie della placenta e del liquido amniotico
- 3) diagnosi di malformazioni fetali ecograficamente rilevabili

MODALITA': secondo le linee guida della SIEOG (1996) indicate per l'esame ecografico standard di I°livello

ECOGRAFIA 3° TRIMESTRE (30-34 sett.) di routine dopo consenso informato

OBIETTIVI:

- 1) verifica dello sviluppo fetale
- 2) rilevazione patologie della placenta e del liquido amniotico
- 3) diagnosi di malformazioni fetali ecograficamente rilevabili
- 4) verifica posizione e presentazione fetale

MODALITA': secondo le linee guida della SIEOG (1996) indicate per l'esame ecografico standard di I°livello

AMNIOCENTESI

- **non di routine**
- **routinaria e sistematica l'informazione**
- a carico del S.S.N. dopo il 35° anno
- previa Consulenza Genetica
- previo consenso informato

TRIPLO TEST

- non di routine**
- si ritiene utile fornire di routine una corretta informazione alla gestante/coppia**

NT

- non di routine**
- si ritiene utile fornire di routine una corretta informazione alla gestante/coppia**

PROPOSTA SCHEMATIZZATA DELLE RACCOMANDAZIONI PER L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

	EPOCA (SETTIMANE)	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	OPERATORE COINVOLTO	ESAMI DI LABORATORIO IN PROGRAMMA
ECO 1° TRIM. 11-14 SETT.	ENTRO 12a	I° COLLOQUIO	OSTETRICA	gruppo.-FattoreRh Coombs indiretto Emocromo Glicemia Transaminasi Esame Urine RPR-TPHA HIV TOXO-RUBEOtest
	ENTRO 12a	I° CONTROLLO	GINECOLOGO OSTETRICA	
ECO 2° TRIM. 19-21 SETT.	18a	2° CONTROLLO	OSTETRICA	Esame urine
	24a	3° CONTROLLO	GINECOLOGO	Emocromo Glicemia Esame urine
ECO 2° TRIM. 30-32 SETT. 35-37 SETT.	30a	4° CONTROLLO	OSTETRICA	Esame urine
	34a	5° CONTROLLO	GINECOLOGO OSTETRICA	Emocromo Esame urine HbsAg HCV CMV
Tampone vag. STREPTOC. Gr.B	38a	5° CONTROLLO Programmazione successivi controlli presso la sede del Parto	OSTETRICA	Esame urine

BIBLIOGRAFIA

Linee guida per l'assistenza alla gravidanza fisiologica.

Approvate dalla Regione Umbria
DGR 308 del 28/01/1997.

Linee Guida per l'assistenza alla gravidanza.

AGENZIA Sanitaria Regione Emilia Romagna.

Linee guida di assistenza alla gravidanza fisiologica.

Regalia A.L.-Terzian E. Istar 9, pp.84-93 , 1994.

Efficacia delle modalità di assistenza in medicina perinatale.

Enkin M., Keirse M.J.N.C., Renfrew M., Neilson J.

A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University press, 1995.

Randomised controlled trial of routine cervical examination in pregnancy.

European Community Collaborative Study Group on Perinatal Screening.

Buekens P., Alexander S., Bousten M., Blondel B., Kaminski M., Reid M.

Lancet 344 pp.841-4, 1994.

Routine symphysis-fundal height measurement during pregnancy. Cochrane review.

Neilson J. P.

The Cochrane Library Issue 3, 1998. Oxford Update Software.

Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane review.

Villar J., Kan-Neelofur D.

The Cochrane Library Issue 3, 1998 Oxford: Update Software

Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation (Cochrane Review)

Smail F.

The Cochrane Library Issue 1, 2000. Oxford :Update Software

Routine Ultrasound scanning improve outcome in pregnancy? Meta-analysis of various outcome measures.

Bucher H.C., Schmidt J. G:

British Medical Journal 307 pp.13-17, 1993.

Routine Ultrasound in early pregnancy. Cochrane review.

Neilson J.

The Cochrane Library Issue 3, 1998. Oxford Update Software

Ultrasound screening for fetal abnormalities in the first trimester.

Chitty L.S., Pandya P.P.

Prenatal Diagnosis 17:13 pp.1269-1281 1997.

L'ecografia dell'11°-14° settimana. Diagnosi di anomalie fetali.

Nicolaides K.H., Sebire N.J., Snijders J.M.R.

Parthenon Publishing. Edizione Italiana 2000.

Operatori appartenenti al Gruppo Gravidanza Fisiologica

Ost. Mara Barzanti	Cesena
Ost. Valeria Castagnoli	Forlì
Dr.ssa Roberta Cecchini	Rimini
Dr. Antonio Cerreoni	Cesena
Dr. Guido Fuochini	Bologna
Ost. Mara Maini	Modena
Ost. Cinzia Nocca	Modena
Dr.ssa Paola Picco	Modena

Coordinatore: Prof. Giuseppe Masellis

L'ostetrica Barzanti è stata sostituita dalla dr.ssa Daniela Trevisani di Cesena

Le ostetriche Maini e Nocca sono state sostituite dalle ostetriche Cristina Cavallini e Sonia Gilioli di Modena.

**ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA FISIOLOGICA
CRITERI DI ESCLUSIONE (allegato 1)**

SCHEMA PER LA RILEVAZIONE DEL RISCHIO ANAMNESTICO

Età materna inf. 18	
Peso pregravidico inf. Al 20% del peso ideale	
Fumo (attuale) superiore/uguale a 20 sig./di.	
Tossicodipendenza	
Grande multiparità sup. a 4 gravidanze a termine	
Condizione sociale sfavorevole	
Esposizione a rischi ambientali e professionali*	
Esposizione a raggi e farmaci	
Malattie eredo-familiari	
Sindromi immunitarie/malattie autoimmuni	
Ipertensione	
Diabete	
Coagulopatie /patologie ematologiche e vascolari	
Patologie oncologiche	
Cardiopatie	
Nefropatie	
Endocrinopatie **	
Epilessia	
Patologie psichiatriche	
Malformazioni uterine	
Malattie a trasmissione sessuale	
Storia ostetrica sfavorevole	Aborto abituale
	Abortività tardiva o parto pretermine
	Morte fetale da cause sconosciute
	Morte fetale
	Iposviluppo inf. 10° percentile
	Ipertensione in gravidanza
	Preclampsia o eclampsia
	Diabete gestazionale
	Isoimmunizzazione materno-fetale
	Anomalie congenite fetali
	Interventi chirurgici sull'utero ***
	Gravidanza multipla
	Gravidanza in portatrice di IUD

Le gravide che presentano una o più di queste condizioni saranno gestite e assistite dal medico e seguiranno un piano assistenziale e protocolli diversi dalla Linea Guida Proposta per le gravidanze fisiologiche.

Il venir meno alla condizione (criterio di esclusione) può comportare la ammissione alla gestione riservata alle gravidanze fisiologiche.

* Si ricorda, in questi casi l'opportunità di usufruire dell'istituto di astensione dall'attività lavorativa per le mansioni a rischio (legge 1204, 1974).

** Sono escluse le patologie tiroidee in eutiroidismo trattate con tiroidina.

*** I pregressi T.C. non costituiscono criterio di esclusione, salvo prevedere un colloquio con il ginecologo da farsi al 5° mese per la valutazione delle modalità di parto.

**ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO
CRITERI DI ESCLUSIONE (allegato2)**

SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL RISCHIO ATTUALE *

	FATTORE DI RISCHIO SOSPETTO O ACCERTATO	SETTIMANA DI GESTAZIONE IN CUI SI VERIFICA
	Gravidanza multipla	
	Malformazione uterina	
	Miomi uterini	
	Infezioni urinarie attuali o ricorrenti	
	Infezioni genitali a rischio di trasmissione materno-fetale/neonatale	
	Infezioni sistemiche a rischio di trasmissione materno-fetale/neonatale	
	Inserimento placentare anomalo	
	Presentazione anomala	
	Iperensione in gravidanza, preclampsia, eclampsia	
	Minaccia di parto pretermine o d'aborto	
	Oligo-polidramnios	
	Malformazioni o patologie fetali	
	Ritardo di crescita intrauterino	
	Microsomia fetale	
	Sanguinamenti anomali	
	Diabete gestazionale	
	Isoimmunizzazione materno-fetale	
	HIV-AIDS	
	Dati di laboratorio anomali	
	Tromboflebite	
	Alterazioni della funzione epatica	
	Sifilide attiva	
	Malaria	
	Parassitosi intestinali	
	Asma-TBC-insufficienza respiratoria	
	Malattia reumatica cardiaca	
	Endocrinopatie	
	Cardiopatie	
	Gravidanza in portatrice di IUD	
	Insorgenza di psicopatologia	
	Richiesta frequente di consulenza	
	Altro	

* Le gravide che presentano una o più di queste condizioni saranno valutate dal medico/ginecologo e seguiranno un piano assistenziale e protocolli diversi dalla Linea Guida proposta per le gravidanze a basso rischio.