



Sistema nazionale
per le linee guida



Gravidanza fisiologica

Estratto dei quesiti e delle raccomandazioni

Presentazione

La gravidanza e il parto sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia, e vanno vissuti con serenità confidando nella qualità del Servizio sanitario nazionale e nelle competenze dei suoi professionisti. Per questo motivo, il Ministero della salute sta investendo risorse per ottimizzare il percorso nascita e garantire agli utenti equità nell'offerta di servizi, con un forte impegno contro gli elementi di inappropriately dell'assistenza sanitaria.

Le linee guida rappresentano un anello importante di questa strategia, in quanto riferimento scientifico solido, preciso, condiviso dalle società scientifiche e di semplice consultazione. Esse costituiscono un utile ausilio per i professionisti e consegnano alle Regioni e alle Aziende sanitarie indicazioni chiare per la messa in pratica di percorsi assistenziali efficaci e per l'utilizzo efficiente delle risorse.

Questo documento affronta specificatamente la gravidanza fisiologica ed è stato redatto sulla base di una rigorosa e aggiornata analisi della letteratura scientifica. Nella linea guida, le informazioni fondate su prove di efficacia sono organizzate per consentire – sia ai professionisti sia alle donne in buona salute con una gravidanza singola senza complicazioni – di scegliere i trattamenti appropriati in 56 distinte circostanze.

In particolare la linea guida valuta la accuratezza e l'efficacia degli screening (malformazioni fetali, percorso diagnostico della sindrome di Down, malattie infettive, problemi ematologici, diabete, depressione, nascita pretermine) e l'appropriatezza di interventi per la valutazione dell'accrescimento del benessere fetale e

per l'assistenza di particolari condizioni cliniche, come la presentazione podalica o la gravidanza a termine. Altre sezioni del documento sono dedicate agli stili di vita, al trattamento dei comuni sintomi e all'esame clinico della gestante. La linea guida considera due altri temi centrali nell'assistenza alla gravidanza: l'organizzazione delle cure – con un'analisi dell'efficacia della continuità dell'assistenza – e i contenuti e le modalità della comunicazione fra la donna e il professionista.

Non meno importante delle raccomandazioni è l'agenda della gravidanza che correda questo documento. Traducendo in un pratico calendario le indicazioni della linea guida, l'agenda definisce i contenuti informativi e descrive gli interventi di provata efficacia che devono essere offerti alla donna in ciascuno degli incontri con i professionisti che la assistono.

Questa linea guida è frutto del lavoro di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di esperti – specialisti in ginecologia e ostetricia, ostetriche, medici di medicina generale, neonatologi, pediatri, sociologi, epidemiologi, metodologi di linee guida, documentalisti esperti in ricerche bibliografiche e rappresentanti delle associazioni che si occupano di nascita – coordinato dal Sistema nazionale linee guida dell'Istituto superiore di sanità su mandato del Ministero della salute. A tutti loro va il nostro sincero ringraziamento.

*Il Ministro della salute
Prof. Ferruccio Fazio*

L'informazione alla donna in gravidanza

- **Quesito 1A** • Quali sono i contenuti informativi, le modalità e i tempi della comunicazione con le donne per favorire scelte consapevoli sull'assistenza in gravidanza?
- **Quesito 1B** • Quali sono le preferenze e i bisogni delle donne nei riguardi dell'informazione offerta?

Raccomandazioni

Contenuti e modalità dell'informazione

- ▶ I professionisti devono fornire alle donne informazioni basate su prove di efficacia aggiornate per compiere scelte consapevoli sull'assistenza in gravidanza.
- ▶ I professionisti devono fornire alle donne informazioni dettagliate sulle strutture e sulle figure professionali responsabili dell'assistenza.
- ▶ L'informazione deve essere offerta in forma divulgativa. La modalità più efficace per offrire informazioni alla donna consiste in colloqui individuali. Altre modalità efficaci includono opuscoli, audiovisivi e strumenti interattivi offerti non come sostituti, ma come supporto e successivamente al colloquio individuale.
- ▶ Deve essere garantita l'accessibilità delle informazioni alle donne con disabilità fisiche, sensoriali o dell'apprendimento e a quelle che non conoscono la lingua italiana.
- ▶ Nel corso di ogni incontro i professionisti devono offrire alla donna in gravidanza informazioni coerenti e chiare. Inoltre devono dare alla donna la possibilità di discutere gli argomenti presentati e di formulare domande. Le decisioni della donna devono essere rispettate, anche se contrarie alle opinioni del professionista.

Test di screening

- ▶ Prima di eseguire ogni esame, i professionisti devono informare la donna in gravidanza riguardo gli obiettivi del test. Il professionista deve assicurarsi che la donna abbia compreso queste informazioni e che abbia a disposizione una quantità di tempo sufficiente per decidere. Il diritto della donna di accettare o meno di eseguire il test deve essere esplicitato.

- ▶ L'informazione sui test di screening deve essere offerta alla donna al primo contatto con il professionista che l'assiste e in un luogo che offra la possibilità di avviare una discussione; la modalità può essere quella di incontri individuali o in piccolo gruppo.
- ▶ L'informazione sui test di screening deve includere le caratteristiche del test (affidabilità), le modalità di esecuzione e una descrizione esaustiva della condizione indagata.

Corsi di accompagnamento alla nascita

- ▶ Alle donne in gravidanza deve essere offerta la possibilità di seguire corsi di accompagnamento alla nascita, organizzati con modalità che consentano l'interazione tra le partecipanti e i conduttori dei corsi. Le donne chiedono e devono ricevere informazioni su gravidanza, modalità di parto, allattamento al seno, cura del bambino, genitorialità.

Promozione dell'allattamento al seno

- ▶ Alle donne in gravidanza deve essere offerta la possibilità di frequentare incontri diretti specificatamente a promuovere l'allattamento al seno. Per essere efficaci, gli incontri devono essere condotti con modalità interattiva e informale e devono coinvolgere piccoli gruppi di donne. Anche gli incontri individuali e le iniziative di *peer support* sono modalità efficaci di promozione dell'allattamento al seno.

Alcol e fumo

- ▶ Le raccomandazioni relative alle informazioni su alcol e fumo sono riportate nel capitolo *Stili di vita*, a pag. 5.

L'organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza

Professionisti coinvolti

- **Quesito 2** • Quali professionisti devono offrire l'assistenza?

Raccomandazione

- ▶ Alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o. In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti.

Raccomandazioni per la ricerca

- ▶ È necessario condurre in Italia studi clinici controllati per valutare l'efficacia dell'assistenza alla gravidanza fisiologica fornita da figure professionali diverse.
- ▶ È necessario condurre in Italia studi qualitativi mirati a indagare le preferenze delle donne nei confronti delle figure professionali che le assistono in gravidanza.

Continuità dell'assistenza

- **Quesito 3** • Qual è l'efficacia della continuità dell'assistenza?

Raccomandazioni

- ▶ Nel corso della gravidanza la donna deve essere assistita dagli stessi professionisti o dallo stesso gruppo di professionisti in modo continuativo.
- ▶ Le professioniste o i professionisti di riferimento, con i quali la donna ha stabilito un rapporto di fiducia, le devono garantire la continuità dell'assistenza durante tutta la gravidanza e, in presenza di eventuali complicazioni, devono definire per la donna un percorso di consulenza specialistica.

Documentazione del percorso assistenziale

- **Quesito 4** • Con quali modalità deve essere raccolta e conservata la documentazione clinica del percorso assistenziale?

Raccomandazioni

- ▶ La raccolta dei dati di salute prenatale deve essere effettuata con criteri e modalità standardizzati (per esempio tramite *checklist*), al fine di identificare e registrare le condizioni di rischio.
- ▶ I professionisti e i servizi di assistenza alla gravidanza devono affidare alla donna la cartella con la documentazione clinica prenatale.

Frequenza e modalità delle visite

- **Quesito 5** • Con quale frequenza e modalità si devono effettuare le visite prenatali?

Raccomandazioni

- ▶ Il numero delle visite offerte alle donne in gravidanza non deve essere inferiore a quattro.
- ▶ All'inizio della gravidanza i professionisti devono fornire alle donne informazioni scritte sul programma delle visite, comprendenti il numero previsto, la tempistica e i contenuti degli incontri.
- ▶ Le donne devono avere l'opportunità di discutere il programma delle visite con il professionista che le assiste.
- ▶ Ogni visita deve essere condotta in maniera strutturata, focalizzandosi sui contenuti e sugli obiettivi dell'incontro.
- ▶ Rispetto agli appuntamenti successivi, nella fase iniziale della gravidanza deve essere previsto un incontro di maggiore durata, per consentire una valutazione complessiva e offrire alla donna la possibilità di discutere con il professionista che la assiste.
- ▶ Quando è possibile, i test e gli altri accertamenti raccomandati devono essere effettuati nel corso degli incontri previsti, al fine di ridurre il disturbo per la gestante. I test devono essere pianificati in modo che i risultati siano disponibili per il successivo incontro programmato.

Stili di vita

Lavoro in gravidanza e salute

- **Quesito 6** • Quali sono in Italia le tutele normative previste per la donna in gravidanza che svolge un'attività lavorativa?

Raccomandazione

- ▶ I professionisti devono adeguatamente informare le donne delle tutele normative previste per la gravidanza e la maternità, 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.*

Listeriosi, salmonellosi, toxoplasmosi

- **Quesito 7** • Quali sono le misure di prevenzione efficaci in gravidanza per ridurre i rischi di listeriosi, salmonellosi e toxoplasmosi?

Listeriosi: raccomandazione

- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza su come ridurre il rischio di listeriosi. Per ridurre il rischio di listeriosi 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.

Salmonellosi: raccomandazione

- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza su come ridurre il rischio di salmonellosi. 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
 - evitare che persone con diarrea preparino gli alimenti.

Toxoplasmosi: raccomandazione

- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza su come ridurre il rischio di toxoplasmosi. Per diminuire il rischio di toxoplasmosi si consiglia di:
 - lavare frutta e verdura (incluse le insalate già preparate) prima della manipolazione e del consumo
 - lavare le mani prima, durante e dopo la preparazione degli alimenti
 - cuocere bene la carne e anche le pietanze surgelate già pronte
 - evitare le carni crude conservate, come prosciutto e insaccati
 - evitare il contatto con le mucose dopo aver manipolato carne cruda
 - evitare il contatto con terriccio potenzialmente contaminato da feci di gatto (eventualmente indossare i guanti e successivamente lavare bene le mani)
 - evitare il contatto con le feci dei gatti (eventualmente indossare i guanti nel cambiare la lettiera e successivamente lavare bene le mani).

Acido folico, ferro, vitamina A e D

- **Quesito 8** • In gravidanza e nel periodo periconcezionale è efficace la supplementazione con acido folico, ferro, vitamina A, vitamina D?

Acido folico: raccomandazione

- ▶ 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.

Nota: Questa raccomandazione è stata adattata dal Network italiano promozione acido folico per la prevenzione primaria di difetti congeniti ed è consultabile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/acid/cont/raccomandazione.1154944407.pdf>

Ferro: raccomandazione

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

Vitamina A: raccomandazioni

- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza che la supplementazione con vitamina A (assunzioni maggiori di 700 microgrammi al giorno) deve essere evitata perché potenzialmente teratogena.
- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza che è opportuno evitare il consumo di fegato e di alimenti prodotti a partire dal fegato, in quanto contengono elevati livelli di vitamina A.

Vitamina D: raccomandazioni

- ▶ La supplementazione routinaria con vitamina D in gravidanza non è raccomandata.
- ▶ La supplementazione è consigliata, dopo una valutazione caso per caso, nelle donne appartenenti ai seguenti gruppi a rischio:
 - donne del sud asiatico, africane, caraibiche e di origini medio orientali
 - donne che si espongono raramente al sole
 - donne che seguono un'alimentazione povera di vitamina D.

Consumo di alcol

- **Quesito 9** • In quale quantità l'alcol in gravidanza può essere considerato non dannoso per la salute materna e feto-neonatale?

Raccomandazione

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

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ È necessario condurre studi prospettici per esplorare gli effetti dell'alcol in gravidanza.

Fumo

- **Quesito 10** • Quali sono in gravidanza i rischi del fumo sulla salute materna e feto-neonatale?

Raccomandazioni

- ▶ Il fumo in gravidanza comporta rischi per la salute feto-neonatale.
- ▶ Al primo contatto con la donna i professionisti devono accertare se fuma e, in caso positivo, discutere la sua condizione di fumatrice e offrirle informazioni circa i rischi per il nascituro associati al fumo (come la maggiore probabilità di partorire un bambino di basso peso alla nascita e la maggiore probabilità di parto pretermine), compreso quello passivo, enfatizzando i benefici che derivano dalla scelta di smettere di fumare.
- ▶ Il professionista della salute deve rispondere alle domande della donna e del partner circa la possibilità di smettere di fumare e deve offrire informazioni personalizzate, consigli e supporto su come smettere di fumare per tutto il periodo della gravidanza e oltre.
- ▶ Le donne che non ritengono di essere in grado di cessare completamente l'abitudine al fumo devono essere incoraggiate a ridurre il numero di sigarette e, più in generale, l'esposizione al fumo.

Consumo di cannabis

- **Quesito 11** • Quali sono gli effetti del consumo di cannabis in gravidanza sulla salute materna e feto-neonatale?

Raccomandazione

- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza del fatto che gli effetti dannosi diretti della cannabis sul feto sono incerti, ma non possono essere esclusi.

Farmaci

- **Quesito 12** • Quali sono i benefici e i danni dell'assunzione di farmaci in gravidanza?

Raccomandazioni

- ▶ Il ricorso ai farmaci in gravidanza, compresi quelli da banco e quelli non convenzionali, deve avvenire in caso di effettiva necessità, poiché solo di un numero esiguo di essi è stata provata la sicurezza in gravidanza.
- ▶ La scelta di un farmaco per il trattamento di una patologia acuta o cronica della donna in gravidanza può essere supportata consultando un centro di informazione teratologica e/o lo specialista di riferimento.
- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza e le donne che stanno pianificando una gravidanza del fatto che sono pochi i farmaci, compresi quelli da banco e quelli non convenzionali, di cui è stata provata la sicurezza in gravidanza.
- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza e le donne che stanno pianificando una gravidanza che anche l'assunzione di farmaci da banco e non convenzionali va valutata con il professionista che le assiste.

Attività fisica

- **Quesito 13** • Quali sono gli effetti dell'attività fisica in gravidanza sulla salute materna e feto-neonatale?

Raccomandazioni

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

Attività sessuale

- **Quesito 14** • Quali sono le conseguenze dell'attività sessuale in gravidanza sulla salute materna e feto-neonatale?

Raccomandazione

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

Viaggi in aereo

- **Quesito 15** • Quali sono i rischi legati ai viaggi in aereo in gravidanza?

Raccomandazioni

- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza che i viaggi aerei di lunga percorrenza sono associati a un rischio aumentato di trombosi venosa nella popolazione generale,

ma non è chiaro se ci sia un ulteriore incremento di questo rischio in gravidanza.

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

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ Occorre condurre studi per quantificare il rischio di trombosi venosa quando si viaggia.

Viaggi in auto: uso delle cinture di sicurezza

• **Quesito 16** • L'uso delle cinture di sicurezza in gravidanza comporta dei rischi? Qual è l'uso corretto?

Raccomandazione

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

Disturbi in gravidanza

Nausea e vomito

• **Quesito 17** • Quali interventi sono efficaci e sicuri nel trattamento di nausea e vomito gravidici?

Raccomandazioni

- ▶ I professionisti devono informare le donne del fatto che nausea e vomito sono sintomi generalmente non associati a eventi avversi in gravidanza e che si risolvono spontaneamente entro le 16-20 settimane di gestazione.
- ▶ Tra i trattamenti farmacologici disponibili mirati alla riduzione di nausea e vomito gli antistaminici sono efficaci. L'assunzione di questi farmaci è associata a sonnolenza.
- ▶ Lo zenzero è tra i trattamenti non farmacologici efficaci per la riduzione di nausea e vomito, ma la sua sicurezza in gravidanza non è stata accertata. Per l'acupressione nel punto P6 le informazioni non sono definitive.

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ È necessario condurre studi per valutare la sicurezza degli interventi (farmacologici e non farmacologici) volti al trattamento di nausea e vomito in gravidanza.

Pirosi gastrica

• **Quesito 18** • Quali interventi sono efficaci e sicuri nel trattamento della pirosi gastrica in gravidanza?

Raccomandazioni

- ▶ I professionisti devono informare le donne in gravidanza che soffrono di pirosi gastrica che modifiche nell'alimentazione e nella postura assunta dopo i pasti e durante il sonno possono offrire un sollievo ai sintomi.
- ▶ I trattamenti farmacologici sono efficaci, ma non si hanno informazioni sulla loro sicurezza in gravidanza.

Stipsi

• **Quesito 19** • Quali interventi sono efficaci e sicuri nel trattamento della stipsi in gravidanza?

Raccomandazione

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

Emorroidi

• **Quesito 20** • Quali interventi sono efficaci e sicuri nel trattamento delle emorroidi in gravidanza?

Raccomandazione

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

Vene varicose

• **Quesito 21** • Quali interventi sono efficaci e sicuri nel trattamento delle vene varicose in gravidanza?

Raccomandazione

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

Perdite vaginali

• **Quesito 22** • Quali interventi sono efficaci e sicuri nel trattamento delle perdite vaginali in gravidanza?

Raccomandazioni

- ▶ I professionisti devono informare le donne che un aumento nelle perdite vaginali è un cambiamento fisiologico della gravidanza. Un approfondimento diagnostico deve essere preso in considerazione quando le perdite sono associate a prurito, dolore, cattivo odore o dolore alla minzione.
- ▶ Quando necessario, la tricomoniasi vaginale può essere trattata con metronidazolo per via orale. Non sono stati dimostrati effetti teratogeni sul feto in seguito all'utilizzo di metronidazolo in gravidanza.
- ▶ La terapia topica della candidosi vaginale con imidazolo per una settimana è un trattamento efficace in gravidanza.
- ▶ La terapia per via orale della candidosi vaginale non deve essere considerata, poiché non si dispone di dati certi relativi a efficacia e sicurezza in gravidanza.

Mal di schiena

• **Quesito 23** • Quali interventi sono efficaci e sicuri nel trattamento del mal di schiena in gravidanza?

Raccomandazione

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

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ È necessario condurre studi per la valutazione dell'efficacia e della sicurezza dei numerosi trattamenti disponibili per il mal di schiena in gravidanza.

Disfunzione della sinfisi pubica

- **Quesito 24** • Quali interventi sono efficaci e sicuri nel trattamento della disfunzione della sinfisi pubica?

Raccomandazione

- ▶ Non sono disponibili studi di valutazione dell'efficacia e della sicurezza degli interventi per il trattamento della disfunzione della sinfisi pubica.

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ È necessario condurre studi per valutare l'efficacia di interventi per il trattamento della disfunzione della sinfisi pubica.

Sindrome del tunnel carpale

- **Quesito 25** • Quali interventi sono efficaci e sicuri nel trattamento della sindrome del tunnel carpale?

Raccomandazione

- ▶ Non sono disponibili studi di valutazione dell'efficacia e della sicurezza degli interventi per il trattamento della sindrome del tunnel carpale.

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ È necessario condurre studi per valutare l'efficacia di interventi per il trattamento della sindrome del tunnel carpale.

Esame clinico della donna in gravidanza

Misura del peso e dell'indice di massa corporea (IMC) ed esame routinario del seno e delle pelvi

- **Quesito 26** • Qual è in gravidanza l'efficacia della misurazione routinaria del peso e dell'indice di massa corporea e dell'esame routinario del seno e della pelvi?

Misura del peso: raccomandazione

- ▶ Il peso materno e l'altezza devono essere misurati al primo appuntamento insieme al calcolo dell'IMC ($\text{peso}[\text{kg}]/\text{altezza}[\text{m}^2]$). Le misurazioni ripetute a ogni appuntamento devono essere limitate ai casi a rischio di esiti di salute avversi.

Esame del seno: raccomandazione

- ▶ L'esame del seno svolto di routine durante la gravidanza non è raccomandato, in quanto non ci sono prove che sia efficace per la promozione dell'allattamento.

Esame delle pelvi: raccomandazione

- ▶ L'esame pelvico di routine non è raccomandato come strumento predittivo di nascita pretermine o sproporzione cefalo-pelvica.

Mutilazioni genitali femminili

- **Quesito 27** • Quali interventi sono efficaci per migliorare l'esito della gravidanza in donne affette da mutilazioni genitali femminili?

Raccomandazione

- ▶ I professionisti che assistono le donne in gravidanza devono identificare le donne sot-

toposte a mutilazioni genitali femminili appena accertato lo stato gravidico, in modo da poter pianificare l'assistenza intrapartum.

Violenza domestica

- **Quesito 28** • Quali interventi sono efficaci per migliorare l'esito della gravidanza in donne vittime di violenza domestica?

Raccomandazione

- ▶ I professionisti che assistono le donne in gravidanza devono prestare attenzione alla presenza di sintomi e segni riconducibili a episodi di violenza domestica. È importante creare un rapporto di fiducia e di collaborazione con la propria assistita per poterle offrire l'opportunità di confidarsi.

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ È necessario condurre studi per la valutazione dell'efficacia di interventi da implementare nell'ambito del fenomeno della violenza domestica.

Screening per la salute mentale

- **Quesito 29** • Qual è l'efficacia dello screening per la depressione in gravidanza e in generale dello screening per la salute mentale?

Raccomandazioni

- ▶ Non ci sono i criteri per intraprendere uno screening della depressione in gravidanza, poiché non esistono prove dell'accuratezza dei test disponibili, né prove a supporto del miglioramento di esiti clinici rilevanti.
- ▶ I professionisti che assistono la donna in gravidanza devono prestare attenzione nel corso degli incontri a rilevare condizioni di disagio psicosociale, utilizzando, con domande aperte, le comuni modalità di comunicazione medico-paziente e offrendo attivamente sostegno, se necessario.

- ▶ Nel caso in cui il professionista riscontrasse un disturbo mentale nel corso della gravidanza o dopo il parto, dopo averne parlato con la donna e con il medico di famiglia deve pianificare una consultazione con uno specialista.
- ▶ Al primo appuntamento, sia nel periodo prenatale sia dopo il parto, i professionisti che assistono la donna in gravidanza devono raccogliere informazioni circa:
 - grave disturbo mentale passato o presente, come schizofrenia, disturbo bipolare, psicosi puerperale e depressione grave
 - eventuali trattamenti farmacologici e/o ricoveri per disturbi mentali
 - storia familiare (primo e secondo grado parentale) di gravi disturbi mentali come schizofrenia, disturbo bipolare, psicosi puerperale e depressione grave.

Screening dei problemi ematologici

Anemia

- **Quesito 30** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening per anemia esclusivamente nel corso della prima visita e a 28 settimane oppure anche a 33-37 settimane?
- **Quesito 31** • Le donne anemiche dovrebbero ricevere una supplementazione di ferro?
- **Quesito 32** • Le donne anemiche che hanno ricevuto una supplementazione di ferro dovrebbero essere sottoposte a un controllo dell'emoglobina (Hb) a fine trattamento?

Raccomandazioni

- ▶ I professionisti devono offrire alle donne in gravidanza lo screening dell'anemia. Gli esami devono essere effettuati precocemente, al primo appuntamento; successivamente devono essere ripetuti a 28 settimane per disporre di un tempo adeguato per il trattamento, se necessario, e a 33-37 settimane.
 - ▶ Devono essere indagati i casi di livelli di emoglobina inferiori al normale per l'epoca di gravidanza (<11 g/100 mL nel primo trimestre e <10,5 g/100 mL da 28 settimane); in questi casi, se indicata, deve essere prescritta la terapia opportuna, fornendo alle donne informazioni sui possibili effetti collaterali.
- *Queste raccomandazioni attribuiscono valore al riconoscimento e al trattamento dell'anemia in gravidanza rispetto alla supplementazione profilattica di ferro.*

Emoglobinopatie

- **Quesito 33** • Lo screening delle emoglobinopatie dovrebbe essere offerto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

Raccomandazioni

- ▶ 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 (anemia falciforme e talassemia) 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).
 - ▶ La ricerca, preferibilmente attraverso la cromatografia liquida ad alto rendimento (HPLC), deve essere offerta in tutti i casi in cui la Hb corpuscolare media sia inferiore a 27 picogrammi.
 - ▶ Se la donna è identificata come portatrice di una emoglobinopatia, counselling e screening devono essere tempestivamente offerti anche all'uomo.
- *Queste raccomandazioni attribuiscono valore al favorevole rapporto benefici/danni e benefici/costi dello screening universale in aree con elevata prevalenza di emoglobinopatie, come quella del bacino del Mediterraneo.*

Sorveglianza e immunoprofilassi delle donne Rh(D) negative

- **Quesito 34** • Nelle donne in gravidanza con fenotipo Rh(D) negativo si dovrebbe eseguire di routine l'immunoprofilassi anti-D prenatale?
- **Quesito 35** • Alle donne in gravidanza con fenotipo Rh(D) negativo, in assenza di immunoprofilassi, lo screening anticorpale dovrebbe essere consigliato soltanto nel corso della prima visita e a 28 settimane oppure ogni mese?
- **Quesito 36** • A tutte le donne in gravidanza, indipendentemente dal fenotipo Rh(D), dovrebbe essere offerto lo screening anticorpale di routine nel terzo trimestre?

Raccomandazioni

- ▶ La determinazione dell'emogruppo e del fattore Rh(D) deve essere offerta nel primo trimestre a tutte le donne in gravidanza.
- ▶ L'immunoprofilassi anti-Rh(D) deve essere offerta di routine a tutte le donne in gravidanza Rh(D) negative non sensibilizzate a 28 settimane.
- ▶ In tutte le donne, indipendentemente dal loro stato Rh(D), deve essere ricercata la presenza di anticorpi atipici anti-emazie nel primo trimestre e a 28 settimane.
- ▶ A tutte le donne in gravidanza che presentano anticorpi atipici anti-emazie in misura clinicamente rilevante devono essere offerti la consulenza di un centro specializzato e informazioni sull'assistenza successiva.

Screening per anomalie strutturali fetali

Validità ed efficacia delle indagini

- **Quesito 37** • Quali sono la validità diagnostica e l'efficacia nella pratica delle seguenti indagini per identificare le anomalie fetali strutturali maggiori:
 - ecografia del primo, secondo e terzo trimestre?
 - misura della translucenza nucale?
 - dosaggio dell'alfafetoproteina?

Esperienze e bisogni informativi delle donne

- **Quesito 38** • Quali sono le esperienze e i bisogni informativi delle donne nei confronti delle indagini per le anomalie strutturali?

Raccomandazioni

Validità ed efficacia delle indagini

- ▶ L'indagine ecografica per la diagnosi di anomalie fetali deve essere offerta di routine tra 19⁺⁰ settimane e 21⁺⁰ settimane.
- ▶ L'indagine ecografica per la diagnosi di anomalie fetali consente di:
 - compiere una scelta riproduttiva consapevole e decidere per tempo per una eventuale interruzione di gravidanza
 - preparare i futuri genitori alla gestione di disabilità, eventuali trattamenti, cure palliative
 - programmare la nascita in centri specializzati
 - considerare eventuali interventi intrauterini.
- ▶ La misurazione della translucenza nucale per individuare anomalie fetali non è raccomandata.

- ▶ Il test dell'alfafetoproteina abbinato all'indagine ecografica per individuare difetti del tubo neurale non è raccomandato.
- ▶ Non ci sono prove di efficacia dell'indagine ecografica condotta nel terzo trimestre allo scopo di individuare anomalie fetali, né prove che l'indagine ecografica del terzo trimestre abbia ricadute su esiti rilevanti relativi alla salute materna e feto neonatale.

Informazione alle donne

- ▶ Al primo appuntamento, il professionista deve fornire alle donne informazioni circa gli scopi dell'indagine e le implicazioni del riscontro di eventuali anomalie fetali, in modo che la donna possa consapevolmente decidere se sottoporsi o meno all'indagine ecografica.
- ▶ I professionisti devono informare le donne delle limitazioni dell'indagine ecografica eseguita di routine e del fatto che il tasso di rilevazione varia con il tipo di anomalia fetale, l'indice di massa corporea della donna e con la posizione del feto al momento dell'indagine.
- ▶ I professionisti devono informare la donna di un'anomalia riscontrata durante l'ecografia, in modo che possa compiere una scelta riproduttiva consapevole (proseguire o meno la gravidanza).

Diagnosi prenatale della sindrome di Down

Validità ed efficacia degli esami diagnostici

• **Quesito 39** • Quali sono la validità diagnostica e l'efficacia nella pratica dei seguenti esami utilizzati nel percorso diagnostico prenatale della sindrome di Down:

- esami ematochimici
 - translucenza nucale
 - età materna
 - ecografia
 - *marker* ecografici (cisti dei plessi corioidei, ispessimento della plica nucale, foci iperecogeni intracardiaci, intestino iperecogeno, pielectasia renale, anomalie biometriche del femore e dell'omero)
 - osso nasale
- in epoche di gravidanza diverse (primo, secondo, primo e secondo trimestre)?

Raccomandazioni

- ▶ Il percorso per la diagnosi prenatale della sindrome di Down deve essere offerto a tutte le donne entro 13⁺⁶ settimane. Se la donna si presenta al primo incontro a un'epoca che non consente l'offerta del test del primo trimestre, un test come il triplo test deve essere offerto in epoca più tarda (per esempio tra 15⁺⁰ settimane e 20⁺⁰ settimane).
- ▶ Per le donne che hanno scelto il test combinato – comprendente translucenza nucale, gonadotropina corionica umana (hCG), proteina plasmatica A associata alla gravidanza (PAPP-A) – questo deve essere eseguito tra 11⁺⁰ settimane e 13⁺⁶ settimane.
- ▶ La misurazione isolata della translucenza nucale non è raccomandata per individuare la sindrome di Down.

Esperienze e bisogni informativi delle donne

- **Quesito 40** • Quali sono le esperienze e i bisogni informativi delle donne nei confronti del percorso diagnostico della sindrome di Down?

Raccomandazioni

- ▶ Il professionista della salute al primo incontro deve offrire alla donna in gravidanza una corretta informazione sul percorso per la diagnosi prenatale della sindrome di Down.
- ▶ L'informazione deve essere basata su prove di efficacia aggiornate e deve prevedere:
 - una descrizione accurata e bilanciata circa il quadro clinico della sindrome di Down
 - una descrizione del percorso per la diagnosi prenatale della sindrome di Down, comprensiva della definizione dei vantaggi e degli svantaggi dei diversi test disponibili
 - un'ipotesi delle decisioni che sarà necessario prendere nei diversi momenti del percorso, incluse le conseguenze di tali decisioni
 - una spiegazione accurata di come i test non offrano la certezza della diagnosi
 - una spiegazione accurata del significato probabilistico del test
 - informazioni su villocentesi e amniocentesi.
- ▶ A una donna con un risultato positivo al test deve essere garantita la possibilità di accedere rapidamente a un counselling con professionisti esperti e con capacità comunicative.

Screening delle infezioni

Batteriuria asintomatica

- **Quesito 41** • Nelle donne in gravidanza asintomatiche lo screening della batteriuria dovrebbe essere eseguito tramite urinocoltura oppure tramite esame delle urine standard?
- **Quesito 42** • Nelle donne gravide lo screening della batteriuria asintomatica tramite urinocoltura dovrebbe essere eseguito su un solo campione oppure su due campioni successivi?
- **Quesito 43** • Lo screening della batteriuria asintomatica nelle donne in gravidanza dovrebbe essere eseguito soltanto alla prima visita oppure ripetuto anche nei trimestri successivi?

Raccomandazioni

- ▶ All'inizio della gravidanza deve essere proposto lo screening per la batteriuria asintomatica basato sull'urinocoltura, con campione prelevato da mitto intermedio, poiché l'identificazione e il riconoscimento della batteriuria asintomatica riduce il rischio di pielonefrite.
- ▶ I professionisti devono informare la donna circa la corretta raccolta, la conservazione e il trasporto del campione.
- ▶ Per porre una diagnosi di batteriuria è necessario il rilievo di almeno 105 unità formanti colonie/mL su due campioni successivi di urine positivi per lo stesso germe.
- ▶ Nelle donne in cui, nel corso della gravidanza, si riscontra la presenza di batteriuria all'esame delle urine è opportuno ripetere l'urinocoltura.

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ È necessario condurre studi clinici randomizzati per confermare i benefici dello screening della batteriuria asintomatica.
- *Queste raccomandazioni attribuiscono valore alla riduzione del rischio di pielonefrite associato alla terapia antibiotica nelle donne riconosciute affette da batteriuria asintomatica.*

Vaginosi batterica asintomatica

- **Quesito 44** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening della vaginosi batterica asintomatica?
- **Quesito 45** • Lo screening della vaginosi batterica asintomatica dovrebbero essere proposto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?
- **Quesito 46** • Le donne gravide con vaginosi batterica asintomatica dovrebbero ricevere un trattamento antibiotico?

Raccomandazione

- ▶ 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, poiché l'identificazione della vaginosi batterica asintomatica non diminuisce il rischio di parto pretermine e di altri esiti avversi della gravidanza.
- *Questa raccomandazione attribuisce valore alla indisponibilità di test affidabili per l'identificazione della condizione e alle prove che indicano che il trattamento antibiotico è risolutivo di una vaginosi batterica, ma non risulta associato alla prevenzione di esiti avversi di gravidanza. I vantaggi sono circoscritti al sottogruppo con precedente parto pretermine, nel quale riduce il rischio di basso peso neonatale (1.500-2.499 g).*

Infezione da *Chlamydia trachomatis*

- **Quesito 47** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening della *Chlamydia trachomatis*?
- **Quesito 48** • Lo screening della *Chlamydia trachomatis* dovrebbe essere proposto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?
- **Quesito 49** • Le donne gravide con infezione da *Chlamydia trachomatis* dovrebbero ricevere un trattamento antibiotico?

Raccomandazione

- ▶ Lo screening per *Chlamydia trachomatis* deve essere offerto alle donne in gravidanza

con fattori di rischio riconosciuti alla prima vista prenatale e deve essere eventualmente ripetuto nel terzo trimestre.

→ Questa raccomandazione attribuisce valore ai benefici relativi dello screening nella popolazione a rischio di infezione da *Chlamydia trachomatis*.

Infezione da *Citomegalovirus*

• **Quesito 50** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening dell'infezione da *Citomegalovirus* (CMV)?

Raccomandazione

- ▶ Lo screening dell'infezione da *Citomegalovirus* non deve essere offerto alle donne in gravidanza poiché non ci sono prove di efficacia a supporto dell'intervento.
- *La diagnosi di infezione fetale di per sé non è un indicatore di malattia. Non è stato ancora identificato un marker del periodo prenatale per prevedere se un feto con infezione congenita sarà sintomatico o meno, o se si svilupperanno sequele e di che tipo. I dati degli studi osservazionali sulla profilassi o terapia con gammaglobuline anti-CMV specifiche disponibili non sono stati confermati da studi clinici controllati randomizzati. I farmaci antivirali utilizzabili per l'infezione si sono dimostrati teratogeni negli animali e mancano studi sull'uso in gravidanza. Questa raccomandazione attribuisce valore alla alta sieroprevalenza della infezione nella popolazione italiana, alla ridotta gravità delle sequele neonatali conseguenti a una infezione materna secondaria, alla assenza di trattamenti prenatali di provate efficacia e sicurezza per la prevenzione della trasmissione verticale o per la riduzione delle conseguenze di una infezione congenita.*

Epatite B

- **Quesito 51** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening del virus dell'epatite B (HBV) soltanto nel primo trimestre, soltanto nel terzo trimestre oppure sia nel primo trimestre sia nel terzo trimestre?
- **Quesito 52** • Le donne gravide sieronegative per HBV dovrebbero ricevere la vaccinazione anti HBV?
- **Quesito 53** • L'immunoprofilassi neonatale dovrebbe essere proposta a tutti i nati da madre HBsAg positiva (positiva per l'antigene di superficie "s") oppure esclusivamente ai nati da madre HBeAg positiva (positiva per l'antigene "e" riscontrabile in circolo)?

Raccomandazione

- ▶ Lo screening sierologico per l'epatite B deve essere offerto nel terzo trimestre a tutte le donne in gravidanza, 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.
- *Questa raccomandazione attribuisce valore alla disponibilità di interventi di provata efficacia nella riduzione del rischio di trasmissione verticale dell'infezione da HBV.*

Epatite C

- **Quesito 54** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening del virus dell'epatite C (HCV)?
- **Quesito 55** • Lo screening dell'HCV dovrebbe essere proposto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

Raccomandazione

- ▶ Alle donne in gravidanza non deve essere offerto lo screening per il virus dell'epatite

C, poiché non ci sono prove della sua efficacia nella pratica. La ricerca degli anticorpi anti-HCV deve essere circoscritta alle donne appartenenti alle categorie a rischio per infezione da HCV.

→ Questa raccomandazione attribuisce valore alla mancanza di strategie comportamentali o terapie di provata efficacia in grado di ridurre la trasmissione verticale di HCV.

Infezione da HIV

- **Quesito 56** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening dell'infezione da *human immunodeficiency virus* (HIV) soltanto nel primo trimestre oppure sia nel primo trimestre sia nel terzo trimestre?
- **Quesito 57** • Lo screening dell'HIV dovrebbe essere proposto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

Raccomandazioni

- ▶ Lo screening per l'HIV 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.
- ▶ Ogni struttura sanitaria deve definire il percorso assistenziale per la donna in gravidanza HIV positiva, per garantirle l'assistenza da parte di un gruppo multidisciplinare di specialisti.
- Queste raccomandazioni attribuiscono valore alla disponibilità di interventi di provata efficacia nella riduzione del rischio di trasmissione verticale dell'infezione da HIV.

Rosolia

- **Quesito 58** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening della rosolia soltanto nel corso della prima visita prenatale oppure sia nella prima visita sia a 17 settimane?

Raccomandazione

- ▶ Lo screening sierologico per la suscettibilità alla rosolia deve essere offerto a tutte le don-

ne all'inizio della gravidanza. Nelle donne risultate suscettibili alla rosolia il test deve essere ripetuto a 17 settimane e deve essere programmata la vaccinazione nel periodo postnatale, allo scopo di proteggere le eventuali future gravidanze.

→ Questa raccomandazione attribuisce valore alla possibilità di identificare, attraverso lo screening, le donne suscettibili in modo da pianificare una vaccinazione postpartum e, allo stesso tempo, di informare le donne con una infezione rubeolica contratta in gravidanza dei rischi per lo sviluppo fetale associati all'infezione.

Infezione da streptococco gruppo B

- **Quesito 59** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening dell'infezione da streptococco di gruppo B?
- **Quesito 60** • Le donne in gravidanza con infezione da streptococco di gruppo B dovrebbero ricevere un trattamento antibiotico intraparto?
- **Quesito 61** • Le donne in gravidanza con fattori di rischio per infezione da streptococco di gruppo B non sottoposte a screening dovrebbero ricevere un trattamento antibiotico intraparto?

Raccomandazioni

- ▶ L'esecuzione dello screening dell'infezione da streptococco beta-emolitico gruppo B con tampone vaginale e rettale e terreno di coltura selettivo è raccomandata per tutte le donne a 36-37 settimane.
- ▶ Le donne in gravidanza con infezione da streptococco di gruppo B devono ricevere un trattamento antibiotico intraparto.
- Queste raccomandazioni attribuiscono valore alla possibilità di identificare, attraverso lo screening, le donne nelle quali il trattamento antibiotico intraparto è potenzialmente in grado di ridurre una infezione neonatale da SGB a esordio precoce (early onset GBS infection) e alla possibilità di ridurre il numero delle donne che arrivano al parto con tampone eseguito da oltre 5 settimane (considerato l'intervallo ottimale), considerando che comunque, prima delle 37 settimane compiute, vi è indicazione alla profilassi antibiotica intraparto indipendentemente dal risultato del test.

Sifilide

- **Quesito 62** • Lo screening della sifilide dovrebbe essere proposto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?
- **Quesito 63** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening della sifilide soltanto nel primo trimestre oppure sia nel primo sia nel terzo trimestre?

Raccomandazione

- ▶ Lo screening sierologico della sifilide, effettuato con un test specifico per il treponema, è raccomandato in tutte le donne alla prima visita e alla fine della gravidanza.
- *Questa raccomandazione attribuisce valore alla possibilità di identificare, attraverso lo screening, le donne affette da sifilide, dal momento che è disponibile un trattamento antibiotico di provate efficacia e sicurezza.*

Toxoplasmosi

- **Quesito 64** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening della toxoplasmosi?
- **Quesito 65** • La donna che sieroconverte in gravidanza dovrebbe ricevere un trattamento antiprotozoiario?
- **Quesito 66** • Il feto di una madre che sieroconverte in gravidanza dovrebbe essere sottoposto a esami per diagnosticare l'avvenuta infezione?
- **Quesito 67** • Le donne dovrebbero ricevere informazioni relative alla prevenzione primaria della toxoplasmosi in gravidanza?

Raccomandazioni

- ▶ Lo screening prenatale della toxoplasmosi è raccomandato e consiste in una sierologia al primo controllo prenatale, ripetuta ogni 4-6 settimane se il primo esame risulta negativo, fino al termine della gravidanza.

- ▶ Le donne devono essere informate delle misure igieniche che possono evitare l'infezione in gravidanza.

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ Sono necessari studi clinici controllati randomizzati che valutino l'efficacia e la sicurezza in gravidanza dei trattamenti per la toxoplasmosi.
- *Queste raccomandazioni attribuiscono valore alla possibilità di identificare, attraverso lo screening, le donne suscettibili di toxoplasmosi, alle quali fornire informazioni e istruzioni sui trattamenti e i comportamenti potenzialmente in grado di ridurre la trasmissione materno fetale di Toxoplasma gondii.*

Infezione da *Herpes simplex virus*

- **Quesito 68** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere consigliato lo screening per l'*Herpes simplex virus* (HSV)?
- **Quesito 69** • Le donne in gravidanza con infezione da HSV dovrebbero ricevere un trattamento antivirale?
- **Quesito 70** • Lo screening dell'HSV dovrebbe essere proposto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

Raccomandazione

- ▶ Lo screening per l'infezione da HSV-1 e HSV-2 nelle donne in gravidanza non è raccomandato.
- *Questa raccomandazione attribuisce valore alla possibilità, in caso di infezione primaria, quando le lesioni erpetiche genitali sono presenti al momento del parto o compaiono nelle ultime 6 settimane di gravidanza, di evitare durante il parto l'esposizione del neonato alle lesioni erpetiche genitali effettuando un taglio cesareo, indipendentemente dallo stato sierologico.*

Gonorrea

- **Quesito 71** • Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerto lo screening per la gonorrea?
- **Quesito 72** • Lo screening della gonorrea dovrebbe essere proposto a tutte le donne in gravidanza oppure solo alle donne a rischio?

Raccomandazione

- ▶ Lo screening di routine per la gonorrea non è raccomandato nelle donne in gravidanza, ma deve essere offerto alle donne a rischio di infezione.
- *Questa raccomandazione riflette la mancanza di informazioni sulla efficacia del trattamento dell'infezione gonococcica nella riduzione di esiti perinatali avversi e attribuisce valore ai benefici relativi dello screening nella popolazione a rischio di infezione.*

Screening per problemi clinici

Diabete gestazionale

- **Quesito 73** • Quali sono la validità diagnostica e l'efficacia nella pratica dei test di screening per identificare le donne a rischio di diabete in gravidanza?

Raccomandazioni

- ▶ Nelle donne con gravidanza fisiologica è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale, effettuato utilizzando fattori di rischio identificati.
- ▶ I fattori di rischio da identificare nel corso della prima visita sono:
 - indice di massa corporea (IMC) $>30 \text{ kg/m}^2$
 - macrosomia fetale pregressa $\geq 4,5 \text{ kg}$
 - diabete gestazionale pregresso
 - anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete)
 - famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh), Caraibi (per la popolazione di origine africana), Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto).
- ▶ Alle donne con diabete gestazionale e indice di massa corporea (IMC) prima della gravidanza $>27 \text{ kg/m}^2$ deve essere consigliato di diminuire l'apporto di calorie (a $25 \text{ kcal/kg/giorno}$ o meno) e di fare una moderata attività fisica (almeno 30 minuti al giorno).
- ▶ Per lo screening del diabete gestazionale non devono essere utilizzati la glicemia plasmatica a digiuno, glicemie *random*, GCT o minicurva e glicosuria.
- ▶ 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, se la prima determinazione è risultata normale.
- ▶ Alle donne con uno dei fattori di rischio identificati deve essere offerto un OGTT (75 g a 2 ore) a 24-28 settimane di età gestazionale.
- ▶ La diagnosi di diabete gestazionale viene posta sulla base dei criteri dell'Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization, WHO).

- ▶ 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
 - 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.

→ *Queste raccomandazioni attribuiscono valore ai benefici relativi di processi di screening già utilizzati e la cui efficacia nel ridurre alcuni esiti avversi perinatali è documentata da rigorose prove di efficacia.*

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ Si devono condurre studi clinici controllati randomizzati multicentrici per confrontare efficacia e costo-efficacia delle diverse modalità di screening del diabete gestazionale.

Pre-eclampsia

• **Quesito 74** • Qual è la validità diagnostica dei test di screening per identificare le donne a rischio di sviluppare pre-eclampsia?

Raccomandazioni

- ▶ Il test efficace per lo screening della pre-eclampsia 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 pre-eclampsia:
 - 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.

- ▶ Per le donne in gravidanza con uno di questi fattori di rischio 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.
- ▶ Non vi sono prove di efficacia che dimostrino la validità di test diversi da quello indicato per lo screening della pre-eclampsia.
- ▶ I professionisti devono informare tutte le donne in gravidanza della necessità di consultare immediatamente un professionista in presenza di sintomi di pre-eclampsia. I sintomi includono:
 - 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.

→ Queste raccomandazioni attribuiscono valore all'assenza di prove sull'efficacia di interventi che possono modificare la storia naturale della malattia e ridurre esiti avversi perinatali nelle gravide identificate a rischio di pre-eclampsia utilizzando i test di screening.

Nascita pretermine

• **Quesito 75** • Qual è la validità diagnostica dei test di screening per identificare le donne a rischio di parto pretermine?

Raccomandazione

- ▶ 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.

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ 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 – e per determinare l'accuratezza diagnostica della misurazione transvaginale della lunghezza cervicale e del *funneling* (dilatazione della parte interna del canale cervicale e riduzione della sua lunghezza).

Placenta previa

• **Quesito 76** • A quale epoca è opportuno offrire una ecografia alle donne in cui è stata in precedenza diagnosticata una placenta previa?

Raccomandazione

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

Accrescimento e benessere fetali

Accrescimento fetale

• **Quesito 77** • Quali sono la validità diagnostica e l'efficacia nella pratica dei seguenti metodi per identificare le deviazioni dalla normale crescita fetale:

- esame clinico/palpazione addominale
- misurazione della lunghezza fondo uterino-sinfisi pubica
- ecografia (biometria fetale)
- velocimetria Doppler ombelicale
- valutazione ecografia del liquido amniotico?

Raccomandazioni

- ▶ La distanza fondo uterino-sinfisi pubica deve essere misurata e registrata a ogni visita prenatale dopo le 24⁺⁰ settimane di età gestazionale.
- ▶ Nelle donne in gravidanza a basso rischio non sono raccomandate né la stima ultrasonica delle dimensioni fetali in feti sospetti di essere grandi per l'età gestazionale né valutazioni Doppler di routine.

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ È necessario condurre studi prospettici per valutare la validità diagnostica e l'efficacia nella pratica dell'utilizzo dell'ultrasonografia nel terzo trimestre per predire nati piccoli per l'età gestazionale.

Benessere fetale

- **Quesito 78** • Quali sono la validità diagnostica e l'efficacia nella pratica dei seguenti metodi per determinare il benessere fetale:
 - palpazione addominale per diagnosticare la presentazione fetale
 - conteggio di routine dei movimenti fetali
 - auscultazione del battito cardiaco fetale
 - cardiocografia
 - ecografia dopo 24 settimane?

Raccomandazioni

- ▶ La presentazione fetale deve essere diagnosticata a 36 settimane o successivamente, epoca a partire dalla quale può influenzare la pianificazione del parto. Una valutazione routinaria della presentazione con la palpazione addominale prima di 36 settimane non deve essere offerta perché non è accurata e può essere sgradevole. Una sospetta malpresentazione fetale deve essere confermata con l'ecografia.
- ▶ Il conteggio formale di routine dei movimenti fetali percepiti non è raccomandato.
- ▶ L'auscultazione del battito cardiaco fetale 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.
- ▶ Le prove di efficacia non rilevano benefici derivanti dalla esecuzione di un'ecografia di routine dopo 24 settimane in donne in cui non sia stata identificata una specifica indicazione.

Gravidanza a termine e presentazione podalica

Gravidanza a termine

- **Quesito 79** • Quali sono i rischi associati a una gravidanza a termine?
- **Quesito 80** • Quali sono i benefici e i danni dell'induzione del parto per prevenire i rischi associati alla prosecuzione della gravidanza dopo 40⁺⁰ settimane?

Raccomandazioni

- ▶ 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 cardiocografia almeno due volte a settimana abbinata a una stima ecografica della massima tasca di liquido amniotico (*maximum amniotic pool depth*).

Raccomandazioni per la ricerca

- ▶ Sono necessari studi per valutare efficacia, sicurezza, soddisfazione materna e *compliance* di diversi protocolli per una condotta di attesa per gravidanza di età gestazionale di 41⁺⁰ settimane.

- ▶ Sono necessari studi per identificare specifiche categorie di gravidanze a elevato rischio di mortalità e morbosità fetoneonatale che potrebbero beneficiare della pratica di induzione al parto a termine. In questo modo l'induzione al parto potrebbe diventare una pratica indirizzata più precisamente verso alcune categorie a particolare rischio.
- ▶ Sono necessari studi che esplorino differenze di rischio interetniche nella mortalità perinatale a partire da 40⁺⁰ settimane di età gestazionale.

Presentazione podalica a termine

• **Quesito 81** • Quali sono gli interventi efficaci per promuovere la versione cefalica di un feto in presentazione podalica?

Raccomandazioni

- ▶ A tutte le donne con gravidanza senza complicazioni e feto singolo in presentazione podalica deve essere offerta la versione cefalica per manovre esterne a partire da 37 settimane, effettuata 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.
- ▶ Quando non è possibile effettuare la versione cefalica per manovre esterne a 37 settimane di età gestazionale, alla donna deve essere offerto un appuntamento a 36 settimane di età gestazionale.

Raccomandazione per la ricerca

- ▶ È necessario condurre studi prospettici per valutare l'efficacia della tocolisi nell'aumentare la frequenza di successo nelle versioni cefaliche per manovre esterne.