

NHS
***National Institute for
Clinical Excellence***

Assistenza prenatale

**Assistenza di routine per la
donna gravida sana**

Clinical Guideline 6

Ottobre 2003

Sviluppato dal National Collaborating
Centre for Women's and Children's Health

Raccomandazioni principali

1 Alle donne dovrebbe essere offerta una informazione basata sulle prove di efficacia ed il supporto necessario per consentire loro di prendere decisioni informate riguardanti la loro assistenza. Le informazioni dovrebbero comprendere dettagli su dove saranno viste e su chi si prenderà cura di loro. Considerare le scelte delle donne dovrebbe far parte del processo di decisione.

2 Lo schema degli appuntamenti prenatali dovrebbe essere determinato dalla utilità degli appuntamenti stessi. Per una donna nullipara, con una gravidanza non complicata, uno schema con 10 appuntamenti dovrebbe essere adeguato. Per una donna che ha già partorito e con una gravidanza non complicata, uno schema con 7 appuntamenti dovrebbe essere adeguato.

3 Alle donne gravide dovrebbe essere offerta una ecografia precoce per determinare l'età gestazionale (in sostituzione del periodo di amenorrea in ogni caso) e per scoprire gravidanze gemellari. Questo dovrebbe assicurare una datazione affidabile, migliorare l'interpretazione dello screening del secondo trimestre per la Sindrome di Down, e ridurre il bisogno di induzione del travaglio dopo 41 settimane.

4 Dovrebbe essere offerto alle donne gravide lo screening per la sindrome di Down con un test con un tasso di scoperta di più del 60% ed un tasso di falsi positivi inferiore al 5%. I test seguenti sono adatti:

- da 11 a 14 settimane
 - translucenza nucale (NT)
 - il test combinato (NT, hCG e PAPP-A)
- da 14 a 20 settimane
 - tritest (hCG, AFP e uE3)
 - quadruplo test (hCG, AFP, uE3 e inibina A)
- da 11 a 14 settimane e da 14 a 20 settimane
 - test integrato (NT, PAPP-A + hCG, AFP, uE3, inibina A)
 - test su siero integrato (PAPP-A + hCG, AFP, uE3, inibina A)

5 Le prove di efficacia non avvalorano lo screening routinario per il diabete gestazionale, che dovrebbe quindi non essere offerto.

La seguente guida è basata sulle prove di efficacia. Lo schema per gradi usato per le raccomandazioni (A,B,C,D, GPP [good practice point] o NICE2002) è descritto in Appendice A; un sommario delle prove di efficacia sulle quali la linea guida è basata, è fornita nella linea guida completa (sezione 5). Il riferimento al NICE2002 indica che la raccomandazione deriva dal ‘NICE technology appraisal of routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women’ (sezione 6)
 La guida copre l’assistenza di base per tutte le gravide. Alcune donne richiedono un’assistenza aggiuntiva – vedi Appendice E.

1 Guida

1.1 Assistenza con al centro la donna e decisione informata

I principi trattati in questa sezione si applicano a tutti gli aspetti della guida dell’assistenza prenatale

- | | | |
|-------|--|------------|
| 1.1.1 | Alle donne gravide dovrebbe essere data l’opportunità di frequentare incontri/corsi prenatali e di avere informazioni scritte sull’assistenza prenatale. | A |
| <hr/> | | |
| 1.1.2 | Alle donne gravide dovrebbe essere date informazioni basate sulle prove di efficacia e supporto utile per consentire loro di prendere decisioni informate sulla loro assistenza. Le informazioni dovrebbero comprendere dettagli su dove saranno viste e su chi si occuperà di loro. Considerare le scelte delle donne dovrebbe far parte del processo di decisione. | C |
| <hr/> | | |
| 1.1.3 | Durante il primo contatto, alle donne gravide dovrebbero essere date informazioni riguardo: i servizi sanitari e le opzioni disponibili; considerazioni sugli stili di vita, incluse informazioni sulla dieta; ed i test di screening. | C |
| <hr/> | | |
| 1.1.4 | Le donne dovrebbero essere informate sul proposito di ogni screening prima che sia effettuato. Dovrebbe essere ben chiaro il diritto di una donna di accettare o rifiutare un test. | D |
| <hr/> | | |
| 1.1.5 | Ad ogni appuntamento prenatale, le ostetriche ed i medici dovrebbero dare informazioni consistenti e spiegazioni chiare, e dovrebbero dare alla donna l’opportunità di discutere argomenti e di fare domande. | D |
| <hr/> | | |
| 1.1.6 | La comunicazione e l’informazione dovrebbero essere date in una forma accessibile anche alle donne che hanno bisogni aggiuntivi, come quelle con disabilità fisiche, cognitive e sensoriali e quelle che non parlano o leggono la lingua (italiana). | GPP |

Facciamo presente che a tutte le donne alla prima gravidanza viene offerto in Inghilterra e in Galles il libro ‘The Pregnancy Book’ (pubblicato dal Dipartimento di

Sanità di Inghilterra e Galles) da parte dell'operatore. Questo libro fornisce informazioni su molti aspetti della gravidanza, compresi: come il feto si sviluppa; decidere dove partorire; sentimenti e relazioni durante la gravidanza; assistenza prenatale e corsi; problemi in gravidanza; quando la gravidanza va male; informazioni su diritti, tutele e assegni; una lista di utili organizzazioni. Ha anche una sezione sui padri in attesa.

1.2 Fornitura ed organizzazione dell'assistenza

1.2.1 Chi fornisce l'assistenza?

1.2.1.1 Modelli che prevedono la conduzione dell'ostetrica e del medico di base (GP) dovrebbero essere offerti alle donne con gravidanze non complicate. Il coinvolgimento di routine dei ginecologi-ostetrici nell'assistenza alle donne con gravidanze non complicate con appuntamenti programmati non risulta migliorare gli esiti perinatali, rispetto al loro coinvolgimento se e quando insorgono complicazioni.

A

1.2.2 Continuità dell'assistenza

1.2.2.1 L'assistenza prenatale dovrebbe essere fornita da un piccolo gruppo di operatori con cui la donna si trova a suo agio. Dovrebbe esserci continuità dell'assistenza durante tutto il periodo prenatale.

A

1.2.2.2 Un sistema con chiari percorsi di consulenza dovrebbe essere organizzato in modo che le donne che necessitano di assistenza aggiuntiva siano gestite e trattate da gruppi appropriati di specialisti quando si identificano problemi.

D

1.2.3 Dove dovrebbero avvenire gli appuntamenti-incontri prenatali?

1.2.3.1 L'assistenza prenatale dovrebbe essere prontamente e facilmente accessibile a tutte le donne e dovrebbe essere sensibile ai bisogni delle donne individuali e della comunità locale.

C

1.2.3.2 L'ambiente dove gli appuntamenti prenatali hanno luogo dovrebbero dare l'opportunità alle donne di discutere di argomenti sensibili come la violenza domestica, l'abuso sessuale, la malattia psichiatrica e l'uso illecito di droghe.

GPP

1.2.4 Documentazione dell'assistenza

1.2.4.1 Cartelle strutturate e dedicate alla maternità dovrebbero essere usate per l'assistenza prenatale.

A

1.2.4.2 I servizi di maternità dovrebbero avere un sistema che consenta alle donne di portarsi appresso una propria cartella (case notes).

A

1.2.4.3 Una cartella standard e nazionale con un minimo di dati comuni dovrebbe essere sviluppata ed usata per aiutare gli operatori a fornire la assistenza raccomandata (EB) alle donne gravide.

GPP

1.2.5 Frequenza degli appuntamenti prenatali

1.2.5.1 Uno schema di appuntamenti prenatali dovrebbe essere determinato dalla funzione degli appuntamenti. Per una donna nullipara con una gravidanza non complicata, uno schema di 10 appuntamenti dovrebbe essere adeguato. Per una donna pluripara con una gravidanza non complicata, uno schema di 7 appuntamenti dovrebbe essere adeguato.

B

1.2.5.2 Precocemente in gravidanza, tutte le donne dovrebbero ricevere informazione appropriata, scritta, circa il probabile numero, il periodo ed il contenuto degli appuntamenti prenatali associati con diverse opzioni di assistenza e dovrebbero avere l'opportunità di discutere lo schema con la loro ostetrica o con il medico.

D

1.2.5.3 Ogni appuntamento prenatale dovrebbe essere strutturato ed avere un chiaro contenuto. Appuntamenti più lunghi servono in fase iniziale per permettere una valutazione completa e la discussione. Ogni volta che è possibile, gli appuntamenti dovrebbero incorporare test di routine ed indagini, in modo da minimizzare i disagi alle donne.

D

1.2.6 Determinazione dell'epoca gestazionale: Amenorrea ed ultrasuoni

1.2.6.1 Alle donne gravide dovrebbe essere offerta una ecografia per determinare l'epoca gestazionale (al posto dell'ultima mestruazione) in tutti i casi) e per individuare gravidanze multiple. Questo può assicurare l'affidabilità della determinazione dell'età gestazionale, migliorare la prestazione dello screening del secondo trimestre per la sindrome di Down e ridurre il bisogno di induzione del travaglio dopo le 41 settimane.

A

1.2.6.2 Preferibilmente le ecografie dovrebbero essere effettuate fra 10 e 13 settimane e dovrebbe essere usato il CRL per determinare l'età gestazionale. Alle donne che si presentano a 14 o più settimane dovrebbe essere offerta un'ecografia per stimare l'età gestazionale usando la circonferenza della testa od il diametro bi-parietale.

GPP

1.2.7 Che cosa dovrebbe accadere durante gli appuntamenti prenatali?

Il contenuto del primo appuntamento e degli appuntamenti a 16, 18-20, 25, 28, 31, 34, 36, 38, 40 e 41 settimane è elencato in Appendice F.

1.3 Considerazioni sullo stile di vita

1.3.1 Lavoro durante la gravidanza

- | | | |
|---------|---|------------------------|
| 1.3.1.1 | Le donne gravide dovrebbero essere informate dei loro diritti e dei benefici previsti. | <hr/> C <hr/> |
| 1.3.1.2 | La maggioranza delle donne può essere rassicurata che possono continuare a lavorare in sicurezza durante la gravidanza. Ulteriori informazioni sui possibili rischi occupazionali in gravidanza sono disponibili presso 'the Health and Safety Executive' (www.hse.gov.uk/mothers/index.htm). | <hr/> D <hr/> |
| 1.3.1.3 | L'occupazione dovrebbe essere indagata e verificata per identificare le donne a rischio aumentato per l'esposizione occupazionale. | <hr/> GPP <hr/> |

Le informazioni sui diritti ed i benefici per la maternità cambiano spesso nel tempo. Ulteriori informazioni possono essere ottenute dal sito del Dipartimento per il Commercio e l'Industria (DTI)....

1.3.2 Supplementi nutrizionali

- | | | |
|---------|--|----------------------|
| 1.3.2.1 | Donne gravide (e quelle che intendono rimanere gravide) dovrebbero essere informate che una supplementazione con acido folico, prima del concepimento e fino a 12 settimane di gravidanza, riduce il rischio di avere un bambino con difetto del tubo neurale (anencefalia e spina bifida). La dose raccomandata è di 400 mcg al giorno. | <hr/> A <hr/> |
| 1.3.2.2 | La supplementazione con ferro non dovrebbe essere offerta di routine a tutte le donne gravide. Non dà benefici né alla salute della madre né a quella del feto e può avere effetti collaterali spiacevoli per la madre. | <hr/> A <hr/> |
| 1.3.2.3 | Le donne gravide dovrebbero essere informate che la vitamina A (più di 700 mcg) può essere teratogena e perciò dovrebbe essere evitata. Le donne gravide dovrebbero essere informate che anche il fegato ed i prodotti a base di fegato contengono alti livelli di vitamina A, e che il loro consumo dovrebbe essere evitato. | <hr/> C <hr/> |
| 1.3.2.4 | Non c'è sufficiente evidenza per valutare l'efficacia di vitamina D in gravidanza. In assenza di evidenti benefici, la supplementazione di vitamina D non dovrebbe essere offerta routinariamente alle donne gravide | <hr/> A <hr/> |

1.3.3 Infezioni acquisite con il cibo

- | | | |
|---------|---|----------------------|
| 1.3.3.1 | Le donne gravide dovrebbero essere informate su come ridurre il | <hr/> D <hr/> |
|---------|---|----------------------|

rischio di listeriosi:

- bevendo solo latte pastorizzato o UHT
- non mangiando formaggio tenero maturato con muffa come Camembert, Brie, o verde (non c'è rischio con formaggi duri come il Cheddar, o formaggio artigianale o processato)
- non mangiando paté (di qualsiasi tipo, anche vegetale)
- non mangiando pasti di pronto consumo, non cotti o poco cotti

- 1.3.3.2 Le donne gravide dovrebbero essere informate su come ridurre il rischio di infezione di salmonella:
- evitando uova crude o poco cotte o cibo che può contenerle (come maionese)
 - evitando carne cruda o poco cotta, specialmente di pollame.
-

1.3.4 **Medicine prescritte**

- 1.3.4.1 Poche medicine sono state provate sicure per l'uso in gravidanza. La prescrizione di medicine dovrebbe essere limitata al massimo durante la gravidanza e dovrebbe essere limitata alle circostanze in cui il beneficio supera il rischio.
-

1.3.5 **Medicine da banco**

- 1.3.5.1 Le donne gravide dovrebbero essere informate che poche medicine da banco sono state provate sicure in gravidanza. Le medicine da banco dovrebbero essere usate il meno possibile durante la gravidanza.
-

1.3.6 **Terapie complementari**

- 1.3.6.1 Le donne gravide dovrebbero essere informate che poche terapie complementari sono state provate sicure ed efficaci durante la gravidanza. Le donne non dovrebbero presumere che tali terapie siano sicure e dovrebbero usarle il meno possibile durante la gravidanza.
-

1.3.7 **Attività fisica in gravidanza**

- 1.3.7.1 Le donne gravide dovrebbero essere informate che intraprendere o continuare una attività fisica moderata in gravidanza non è associato ad esiti avversi.
-

- 1.3.7.2 Le donne gravide dovrebbero essere informate dei potenziali danni di certe attività fisiche in gravidanza, per esempio, sport di contatto o di alto impatto, sport vigorosi con racchette, sport che possono comportare il rischio di trauma addominale, cadute o stress delle giunture, e il nuoto subacqueo con respiratore, che può dare esito a difetti congeniti ed a malattia da decompressione del feto.
-

1.3.8 **Rapporti sessuali in gravidanza**

1.3.8.1 Le donne gravide dovrebbero essere informate che I rapporti sessuali in gravidanza non sono associati ad alcun esito avverso. **B**

1.3.9 Alcool e fumo in gravidanza

1.3.9.1 L'uso eccessivo di alcolici ha un effetto negativo sul feto. Perciò si suggerisce alla donna gravida di limitare il consumo di alcool a non più di una dose al giorno. Ognuna delle seguenti quantità di bevande costituiscono una 'dose di alcool': un bicchierino di liquore, un bicchiere piccolo di vino, mezza pinta di birra di media gradazione alcolica. **C**

1.3.9.2 Le donne gravide dovrebbero essere informate sui rischi specifici del fumo durante la gravidanza (come il rischio di avere un bambino con basso peso alla nascita o pretermine). Si dovrebbero mettere in evidenza i benefici di smettere di fumare in ogni momento. **A**

1.3.9.3 Alle donne che fumano o che hanno appena smesso di fumare dovrebbero essere offerti interventi mirati alla cessazione del fumo. Quelli ritenuti efficaci includono consigli del medico, riunioni di gruppo, e terapia comportamentale (basata su manuali di auto-aiuto). **A**

1.3.9.4 Le donne che non riescono a smettere di fumare dovrebbero essere incoraggiate a ridurre il fumo. **B**

La linea di aiuto del NHS per le donne gravide fumatrici è disponibile al N. 0880 169 0 169.

1.3.10 L'uso di Cannabis in gravidanza

1.3.10.1 Gli effetti diretti della cannabis sul feto sono incerti ma possono essere dannosi. L'uso di cannabis è associato al fumo, che si sa essere nocivo; perciò le donne dovrebbero essere scoraggiate dall'uso di cannabis durante la gravidanza. **C**

1.3.11 Viaggi aerei in gravidanza

1.3.11.1 Le donne gravide dovrebbero essere informate che i viaggi aerei di lunga durata sono associati ad un aumentato rischio di trombosi venosa, anche se non è chiaro se vi è un rischio ulteriore durante la gravidanza. Nella popolazione generale, indossare calze con corretta compressione è efficace per ridurre il rischio. **B**

1.3.12 Viaggi in auto

1.3.12.1 Le gravide dovrebbero essere informate sull'uso corretto delle cinture di sicurezza (sotto e sopra la pancia non sulla pancia) **B**

1.3.13 Viaggi all'estero durante la gravidanza

1.3.13.1 Le donne gravide dovrebbero essere informate che, in caso di viaggi all'estero, dovrebbero prendere in considerazione con l'ostetrica o con il medico alcuni argomenti, quali il tipo di volo, le vaccinazioni e l'assicurazione di viaggio **GPP**

1.4 Gestione di comuni sintomi della gravidanza

1.4.1 Nausea e vomito nel primo periodo di gravidanza

1.4.1.1 Le donne dovrebbero essere informate che gran parte dei casi di nausea e vomito in gravidanza si risolvono spontaneamente entro 16-20 settimane di gravidanza e che la nausea ed il vomito non sono solitamente associati con un esito negativo della gravidanza. Se una donna richiede o gradisce un rimedio, i seguenti interventi appaiono efficaci nel ridurre i sintomi:

- Non-farmacologici
 - zenzero
 - P6 acupressure
- Farmacologici
 - antistaminici

A

1.4.1.2 Informazioni su tutti i metodi di auto-aiuto e sui trattamenti non farmacologici dovrebbero essere messe a disposizione della donna con nausea e vomito. **GPP**

1.4.2 Bruciore di stomaco

1.4.2.1 Alle donne che presentano questi sintomi in gravidanza dovrebbero essere offerte informazioni sullo stile di vita e sulle modifiche alla dieta. **GPP**

1.4.2.2 Antiacidi dovrebbero essere offerti alle donne, il cui bruciore di stomaco rimane fastidioso nonostante le modifiche dello stile di vita e della dieta. **A**

1.4.3 Costipazione

1.4.3.1 Alle donne con alvo costipato dovrebbero essere offerte informazioni riguardanti modifiche alla dieta, tipo aggiunta di crusca o di fibre cereali. **A**

1.4.4 Emorroidi

1.4.4.1 Pur mancando evidenza sull'efficacia dei trattamenti per le emorroidi in gravidanza, alle donne dovrebbero essere offerte informazioni sulle modifiche alla dieta. Se i sintomi clinici rimangono fastidiosi, dovrebbero essere considerate le creme per le emorroidi. **GPP**

1.4.5. Vene varicose

1.4.5.1 Le donne dovrebbero essere informate che le vene varicose sono un sintomo comune in gravidanza, che non causa danni. Le calze compressive possono migliorare i sintomi ma non prevengono l'emergere delle vene **A**

1.4.6 Perdite vaginali

1.4.6.1 Le donne dovrebbero essere informate che un aumento delle perdite vaginali è un comune cambiamento fisiologico che accade durante la gravidanza. Se questo è associato a prurito, dolenzia, cattivo odore o bruciore alla minzione può esserci una causa infettiva, che può essere indagata. **GPP**

1.4.6.2 Un trattamento di 1 settimana con un topico a base di imidazolo è efficace in caso di infezione da candida nella donna gravida. **A**

1.4.6.3 Trattamenti orali per la candidiasi vaginale in gravidanza hanno efficacia e sicurezza incerte e quindi non dovrebbero essere offerti. **GPP**

1.4.7 Mal di schiena

1.4.7.1 Le donne dovrebbero essere informate che la ginnastica in acqua, i massaggi e gli incontri di gruppo ed individuali per la cura della schiena possono ridurre il mal di schiena in gravidanza. **A**

1.5 Esame clinico della gravida

1.5.1 Misura del peso e dell'indice di massa corporea (BMI)

1.5.1.1 Peso ed altezza della gravida dovrebbero essere misurati al primo appuntamento prenatale. Dovrebbe essere calcolato il BMI (peso[kg] / altezza [m]²) **B**

1.5.1.2 La ripetizione della misura del peso in gravidanza dovrebbe essere limitata ai casi in cui può servire per la gestione clinica. **C**

1.5.2 Esame del seno

1.5.2.1 L'esame di routine del seno nell'ambito dell'assistenza prenatale non è raccomandato per la promozione dell'allattamento. **A**

1.5.3 Esame pelvico

1.5.3.1 L'esame pelvico di routine non accerta con accuratezza l'epoca gestazionale e non prevede con accuratezza il parto prematuro o la sproporzione cefalopelvica. Non è raccomandato. **B**

1.5.4 Mutilazioni genitali femminili

1.5.4.1 Le gravide che hanno avuto mutilazioni genitali dovrebbero essere identificate precocemente durante l'assistenza prenatale mediante domande poste con sensibilità. In questi casi la visita serve a programmare l'assistenza al parto. **C**

1.5.5 Violenza domestica

1.5.5.1 I professionisti della salute devono essere attenti ad individuare sintomi e segni di violenza domestica; alle donne dovrebbe essere data l'opportunità di svelare la violenza domestica in un ambiente in cui si sentono al sicuro. **D**

Ulteriori informazioni sulla violenza domestica sono offerte nella pubblicazione del Dipartimento di Sanità Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals (Marzo 2000).

1.5.6 Screening psichiatrico

1.5.6.1 Bisogna chiedere alle donne precocemente in gravidanza se hanno avuto precedenti malattie psichiatriche. Le donne che hanno avuto una storia con seri problemi psichici dovrebbero essere inviate per una consulenza psichiatrica durante il periodo prenatale. **B**

1.5.6.2 Alle donne non dovrebbe essere offerto uno screening di routine, nel periodo prenatale, per prevedere lo sviluppo della depressione postatale. **A**

1.5.6.3 Alle gravide non dovrebbero essere offerti interventi di educazione prenatale per ridurre la depressione perinatale o postatale, poiché tali interventi non sono stati dimostrati efficaci. **A**

1.6 Screening per condizioni ematologiche

1.6.1 Anemia

1.6.1.1 Alle gravide dovrebbe essere offerto lo screening per l'anemia. Lo screening dovrebbe avvenire precocemente in gravidanza (al primo appuntamento) e a 28 settimane insieme ad altri test ematici. Questo permette di trattare l'anemia, quando c'è, per un tempo sufficiente. **B**

1.6.1.2 I livelli di emoglobina al di fuori dei normali limiti in gravidanza per il Regno Unito (cioè 11 g/dl al primo contatto e 10,5 g/dl a 28 settimane) dovrebbero essere investigati e si dovrebbe considerare la supplementazione con ferro. **A**

1.6.2 Gruppi ematici ed anticorpi anomali per i globuli rossi

1.6.2.1 Alle donne dovrebbe essere offerto il test per il gruppo del sangue e per lo stato RhD precocemente in gravidanza. **B**

1.6.2.2 Si raccomanda di offrire la profilassi anti-D di routine in gravidanza alle donne Rh negative non immunizzate. **NICE 2000**

1.6.2.3 Le donne dovrebbero essere screenate per anticorpi atipici per i globuli **B**

rossi, all'inizio della gravidanza e a 28 settimane, indipendentemente dal loro stato RhD.

1.6.2.4 Alle donne con una presenza significativa di anticorpi atipici per i globuli rossi dovrebbe essere offerto l'invio in consulenza per ulteriori indagini e consigli per la gestione futura della gravidanza.

D

1.6.2.5 Se la gravida è RhD-negativa può essere offerta la possibilità di testare il partner per capire se la profilassi anti-D è necessaria.

GPP

1.7 Screening per anomalie fetali

1.7.1 Screening per anomalie strutturali

1.7.1.1 Alle gravide dovrebbe essere offerto uno screening ecografico per scoprire eventuali anomalie strutturali, idealmente fra 18 e 20 settimane di gestazione, eseguito da un ecografista addestrato in modo appropriato e con un apparecchio con standard appropriato, come evidenziato dal 'Comitato Nazionale per gli Screening'.

A

1.7.2 Screening per la sindrome di Down

1.7.2.1 Dovrebbe essere offerto alle donne gravide lo screening per la sindrome di Down con un test con un tasso di scoperta di più del 60% ed un tasso di falsi positivi inferiore al 5%. I test seguenti sono adatti:

- da 11 a 14 settimane
 - translucenza nucale (NT)
 - test combinato (NT, hCG e PAPP-A)
- da 14 a 20 settimane
 - tritest (hCG, AFP e uE3)
 - quadruplo test (hCG, AFP, uE3 e inibina A)
- da 11 a 14 settimane e da 14 a 20 settimane
 - test integrato (NT, PAPP-A + hCG,AFP, uE3, inibina A)
 - test su siero integrato (PAPP-A + hCG,AFP, uE3, inibina A)

B

1.7.2.2 Da aprile 2007 dovrebbe essere offerto un test per la sindrome di Down che prevede un tasso di scoperta superiore al 75% ed un tasso di falsi positivi inferiore al 3%. Le misure dovrebbero essere correlate all'età e portare ad una risposta basata su un valore soglia di 1 su 250 a termine. I test seguenti sono adatti:

- da 11 a 14 settimane
 - test combinato (NT, hCG e PAPP- A)
- da 14 a 20 settimane
 - quadruplo test (hCG, AFP, uE3 e inibina A)
- da 11 a 14 settimane e da 14 a 20 settimane
 - test integrato (NT, PAPP-A + hCG,AFP, uE3, inibina A)
 - test su siero integrato (PAPP-A + hCG,AFP, uE3, inibina A)

B

1.7.2.3 Le donne andrebbero informate sul tasso di scoperta e sul tasso dei falsi positivi dello screening offerto e di quelli che potrebbero essere offerti. Dovrebbe essere reso chiaro il diritto della donna di accettare o

D

di rifiutare il test.

1.8 Screening per le infezioni

1.8.1 Batteriuria asintomatica

1.8.1.1 Alle gravide dovrebbe essere offerto lo screening per la batteriuria asintomatica con coltura delle urine del mitto intermedio, precocemente in gravidanza. L'identificazione ed il trattamento della batteriuria asintomatica riduce il rischio di parto pretermine.

A

1.8.2 Vaginosi batterica asintomatica

1.8.2.1 Non dovrebbe essere offerto alle gravide lo screening di routine per la vaginosi batterica poiché l'evidenza suggerisce che l'identificazione ed il trattamento della vaginosi batterica asintomatica non riduce il rischio di parto pretermine e di altri esiti neonatali negativi.

C

1.8.3 Clamidia tracomatis

1.8.3.1 Non dovrebbe essere offerto alle gravide lo screening di routine per la clamidia asintomatica, poiché non c'è evidenza della sua efficacia e del vantaggio economico). Tuttavia questa indicazione potrebbe cambiare con l'implementazione del programma nazionale per l'infezione opportunistica da clamidia.

C

1.8.4 Citomegalovirus

1.8.4.1 L'evidenza disponibile non supporta lo screening di routine per il citomegalovirus nelle gravide e quindi non dovrebbe essere offerto.

B

1.8.5 Virus dell'Epatite B

1.8.5.1 Lo screening sierologico per l'epatite B dovrebbe essere offerto alle gravide per poter offrire dopo la nascita, alle donne infette un intervento efficace per ridurre il rischio di trasmissione da madre a bambino.

A

1.8.6 Virus dell'Epatite C

1.8.6.1 Non dovrebbe essere offerto lo screening di routine per l'epatite C perché non c'è sufficiente evidenza della sua efficacia e del vantaggio economico.

C

1.8.7 HIV

1.8.7.1 Dovrebbe essere offerto alle gravide lo screening per la infezione da

A

HIV precocemente nella assistenza prenatale, perché interventi prenatali appropriati possono ridurre la trasmissione della infezione dalla madre al bambino.

- 1.8.7.2 Un sistema con chiari percorsi di consulenza dovrebbe essere approntato in ogni unità o reparto per garantire che ogni donna diagnosticata sia gestita e trattata dagli specialisti adeguati.

D

1.8.8 Rosolia

- 1.8.8.1 Lo screening per la suscettibilità alla rosolia dovrebbe essere offerto precocemente in gravidanza per identificare le donne a rischio di contrarre la rosolia e per consentire la vaccinazione dopo il parto allo scopo di proteggere le gravidanze future.

B

1.8.9 Streptococco gruppo B

- 1.8.9.1 Non dovrebbe essere offerto lo screening di routine per lo streptococco di gruppo B perché l'evidenza della sua efficacia clinica e del vantaggio economico rimane incerta.

C

1.8.10 Sifilide

- 1.8.10.1 Lo screening per la sifilide dovrebbe essere offerto a tutte le gravide in un'epoca precoce nell'assistenza prenatale perché il trattamento della sifilide è benefico per la madre e per il feto

B

- 1.8.10.2 Poiché la sifilide è rara nel Regno Unito ed un risultato positivo non significa che la donna ha la sifilide, dovrebbe esserci un chiaro percorso di consulenza quando il test risulta positivo.

GPP

1.8.11 Toxoplasmosi

- 1.8.11.1 Non dovrebbe essere offerto lo screening sierologico di routine per la toxoplasmosi perché i danni dello screening possono superare i potenziali benefici.

B

- 1.8.11.2 Le gravide dovrebbero essere informate delle misure di prevenzione primaria per evitare la infezione da toxoplasmosi, quali:
- Lavarsi le mani prima di maneggiare cibo
 - Lavare accuratamente tutti i frutti e vegetali, compresa l'insalata già preparata, prima di mangiare
 - Cuocere accuratamente carne cruda e pasti pronti surgelati
 - Indossare guanti e lavare accuratamente le mani dopo aver maneggiato terra o aver fatto giardinaggio
 - Evitare di toccare feci di gatto nella lettiera o sul suolo

C

1.9 Screening per problemi clinici

1.9.1 Diabete gestazionale

1.9.1.1	Non c'è evidenza a supporto dello screening per il diabete mellito gestazionale, che non dovrebbe essere offerto.	B
1.9.2 Pre-eclampsia		
1.9.2.1	Durante il primo contatto si dovrebbe valutare il livello di rischio di pre-eclampsia della donna in modo da formulare di conseguenza il successivo schema di appuntamenti prenatali. La possibilità di sviluppare la pre-eclampsia è aumentata nelle donne che: <ul style="list-style-type: none"> • sono nullipare • hanno 40 o più anni • hanno una storia familiare di pre-eclampsia (per esempio, madre o sorella con pre-eclampsia) • hanno una storia precedente di pre-eclampsia • hanno un indice di massa corporea (BMI) di 35 o più al primo contatto • hanno una gravidanza multipla o una pre-esistente malattia vascolare (per esempio, ipertensione o diabete). 	C
1.9.2.2	Ogni volta che si misura la pressione arteriosa in gravidanza si dovrebbe fare il test sulle urine per la proteinuria.	C
1.9.2.3	Tutto il personale dovrebbe servirsi degli stessi apparecchi con tecnica e condizioni standardizzate per misurare la pressione nel periodo prenatale in modo da poter fare validi paragoni.	C
1.9.2.4	Le gravide dovrebbero essere informate sui sintomi della pre-eclampsia avanzata, perché possono essere associati a ad esiti della gravidanza peggiori per la madre e per il bambino. I sintomi comprendono cefalea, problemi di visione, quali scotomi o lampi davanti agli occhi; forte dolore appena sotto le coste; vomito ed improvviso gonfiore al viso, alle mani o ai piedi.	D
1.9.3 Parto pretermine		
1.9.3.1	La visita vaginale allo scopo di esaminare la cervice uterina non è un metodo efficace per prevedere il parto pretermine e perciò non dovrebbe essere offerta.	A
1.9.3.2	Anche se l'accorciamento della cervice uterina, identificato con una ecografia transvaginale, e aumentati livelli di fibronectina sono associati ad un rischio aumentato di parto pretermine, l'evidenza non indica che questa informazione migliori l'esito; perciò né l'uno né l'altro metodo dovrebbero essere usati per prevedere il parto pretermine nelle donne gravide sane.	B
1.9.4 Placenta previa		
1.9.3.1	La gran parte delle placente ad inserzione bassa, scoperte con una ecografia a 20 settimane, si sistemerà al tempo della nascita. Solo quando	C

la placenta copre l'orifizio interno della cervice è quindi utile offrire alla donna un'altra ecografia a 36 settimane. A questo punto, se l'ecografia transaddominale non chiarisce il problema, si dovrebbe offrire una ecografia transvaginale.

1.10 Crescita fetale e benessere

1.10.1 Palpazione addominale per la presentazione fetale

1.10.1.1 La presentazione fetale dovrebbe essere valutata con la palpazione addominale a 36 settimane o dopo, quando la presentazione può influenzare i piani per la nascita. La valutazione della presentazione con la palpazione addominale non dovrebbe essere offerta prima di 36 settimane perché non è sempre accurata e può essere una manovra fastidiosa.

C

1.10.1.2 La presentazione anomala fetale dovrebbe essere confermata con una valutazione ecografia.

GPP

1.10.2 Misura della distanza sinfisi-fondo

1.10.2.1 Alle donne gravide dovrebbe essere offerta la stima delle dimensioni fetali ad ogni appuntamento prenatale per scoprire bambini piccoli o grandi per la data.

A

1.10.2.2 La distanza sinfisi-fondo dovrebbe essere misurata e messa sul grafico ad ogni appuntamento prenatale.

GPP

1.10.3 Monitoraggio di routine dei movimenti fetali

1.10.3.1 La conta dei movimenti fetali non dovrebbe essere proposta di routine.

A

1.10.4 Auscultazione del cuore fetale

1.10.4.1 L'auscultazione del cuore fetale può confermare che il feto è vivo ma è improbabile che possa avere alcun valore predittivo, perciò l'auscultazione di routine non è raccomandata. Tuttavia, quando richiesta dalla madre, l'auscultazione può dare rassicurazione.

D

1.10.5 Cardiotocografia

1.10.5.1 L'evidenza non supporta l'uso di routine del monitoraggio elettronico fetale (cardiotocografia) pre-natale per la valutazione fetale nelle donne con gravidanza non complicata e perciò non dovrebbe essere offerto

A

1.10.6 Valutazione ecografia nel terzo trimestre

1.10.6.1	L'evidenza non supporta l'uso di routine della ecografia dopo le 24 settimane di gravidanza e perciò non dovrebbe essere offerta.	A
1.10.7 Eco-Doppler dell'arteria ombelicale ed uterina		
1.10.7.1	L'uso dell'Eco-Doppler dell'arteria ombelicale per prevedere il difetto di crescita non dovrebbe essere offerto di routine	A
1.10.7.2	L'uso dell'Eco-Doppler dell'arteria uterina per prevedere la pre-eclampsia non dovrebbe essere offerto	B
1.11 Gestione di problemi clinici specifici		
1.11.1 Gravidanza dopo 41 settimane		
<i>(Vedi anche la sezione 1.2.6 sulla determinazione ecografia.)</i>		
1.11.1.1	Prima della induzione vera e propria, si dovrebbe offrire alla donna una visita vaginale per lo scollamento delle membrane.	A
1.11.1.2	Alle donne con gravidanze non complicate dovrebbe essere offerta l'induzione del travaglio dopo 41 settimane.	A
1.11.1.3	A partire da 42 settimane alle donne che non accettano l'induzione dovrebbe essere offerto un aumentato monitoraggio prenatale consistente nella cardiotocografia almeno 2 volte la settimana e nella misurazione della pozza più profonda di liquido amniotico.	GPP
1.11.2 Presentazione podalica a termine		
1.11.2.1	A tutte le gravide a 36 settimane con feto singolo in presentazione podalica, in caso di gravidanza non complicata, dovrebbe essere offerta la versione cefalica per manovre esterne (ECV). Le eccezioni comprendono donne in travaglio; donne con una cicatrice o anomalia uterina, casi con feto compromesso, membrane rotte, sanguinamento vaginale ed altre condizioni mediche.	A
1.11.2.2	Quando non è possibile prenotare l'ECV a 37 settimane si dovrebbe prenotare a 36 settimane.	GPP

2 Note sullo scopo della linea guida

Tutte le linee guida del NICE sono sviluppate sulla base di un documento che definisce l'ambito di azione della linea guida. Lo scopo di questa linea guida fu stabilito all'inizio del suo sviluppo, dopo un periodo di consultazioni; è disponibile in internet presso www.nice.org.uk/article.asp?a=30837

Questa linea guida è stata sviluppata con i seguenti intenti. Questa linea guida copre sia l'assistenza prenatale che dovrebbero ricevere tutte le donne sane con una gravidanza non complicata e con feto singolo, sia l'assistenza di base per tutte le donne. Non copre le cure aggiuntive che dovrebbero essere offerte alle donne ritenute a rischio aumentato di complicazioni (vedi Appendice E).

Questa linea guida interessa a quelli che lavorano nel SSN o che si servono del SSN in Inghilterra e nel Galles:

- gruppi professionali che prendono parte all'assistenza alle donne gravide, come ostetrici, ostetriche, medici di base e pediatri
- quelli che hanno responsabilità di commissionare o programmare i servizi di maternità come ..PCT commissioners, and public health and trust managers.
- le donne gravide e le loro famiglie

La linea guida non comprende consigli sulle indagini o sul trattamento delle complicazioni che possono intervenire in gravidanza (es. il trattamento della pre-eclampsia, delle anomalie fetali, delle gravidanze multiple). La linea guida non si interessa di nessun aspetto riguardante l'assistenza intraparto o postparto e quindi esclude le informazioni sui fattori di rischio alla nascita, o sull'assistenza postatale, sull'allattamento, o sulle cure genitoriali.

3 Implementazione nel SSN

3.1 In generale

Le comunità locali dovrebbero rivedere le loro pratiche attuali, riguardanti l'assistenza prenatale di routine alla luce di questa linea guida, sviluppando i loro Piani Locali. La revisione dovrebbe considerare le risorse necessarie ad implementare le raccomandazioni stabilite nella sezione 1, le persone e l'organizzazione necessaria e le scadenze stabilite per la completa implementazione. E' interesse delle donne gravide che il tempo impiegato per la implementazione sia più rapido possibile.

Linee guida cliniche locali, percorsi e protocolli di assistenza dovrebbero essere rivisti alla luce di questa linea guida e modificati opportunamente.

Questa linea guida dovrebbe essere usata insieme al Children's National Service Frameworks (England and Wales); for more information, see

www.doh.gov.uk/nsf/children.htm (England) and

www.wales.nhs.uk/sites/page.cfm?orgid=334&pid=934 (Wales).

Ulteriori informazioni sugli standard nello screening per le malattie infettive in gravidanza saranno disponibili in *Screening for Infectious Diseases in Pregnancy: Standards to Support the UK Antenatal Screening Programme* (Dipartimento della sanità, in preparazione).

Altre informazioni sullo screening per la talassemia e per le emoglobine anomale sono disponibili nel sito web del SSN sull'anemia falciforme e sulla talassemia www.kcl-phs.org.uk/haemscreening/

Le informazioni sullo screening per la Sindrome di Down sono date alla pagina web www.nelh.nhs.uk/screening/antenatal_pps/down.html

Una lista completa dei criteri per gli screening del Comitato Nazionale degli Screening possono essere trovati nella sua libreria online (www.nsc.nhs.uk/library/lib_ind.htm) under the title *The UK National Screening Committee's criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme*.

3.2 Audit

3.2.1 Affinchè I professionisti dell'assistenza sanitaria possano verificare la loro aderenza a questa linea guida, si raccomanda che i piani di gestione della gravidanza siano registrati per ogni donna (se non viene già fatto). Queste informazioni dovrebbero essere incorporate nei sistemi locali di registrazione di dati per audit, prestando attenzione alla appropriatezza delle categorie dei sistemi elettronici di registrazione.

3.2.2 Programmi di audit clinici prospettici dovrebbero registrare la proporzione di pazienti, in cui il trattamento e l'assistenza aderiscono alla linea guida. Tali programmi potrebbero essere più efficaci per migliorare l'assistenza dei pazienti, se vengono incorporati in accordi organizzativi o legati ad attività specifiche post-diploma o post-laurea.

3.2.3 I criteri di audit consigliati sono inseriti nella Appendice D. Questi possono essere usati come base per audit clinici locali, compatibilmente con quelli già in uso.

4 Raccomandazioni basate sulla ricerca

Le raccomandazioni seguenti, basate sulla ricerca, sono state identificate per questa linea guida, non perché sono le più importanti, ma perché sono le più rappresentative. Il set completo, scelto dal Guideline Development Group, è scritto in dettaglio nella 'full guideline'

Prodotta dal 'National Collaborating Centre for Women's and Children's Health' (vedi la sezione 5).

L'assistenza prenatale è fortunata di avere alcune aree chiave in cui l'evidenza può chiaramente puntellare la pratica clinica. Tuttavia, dobbiamo notare che ci sono ancora aree nell'assistenza in cui l'evidenza è limitata. Per alcune di queste aree, come lo screening per il diabete gestazionale e gli screening del primo trimestre per le anomalie, le ricerche sono in corso e siamo in attesa dei risultati. Per altre aree, come le seguenti, c'è un bisogno urgente di rimediare alla mancanza di evidenze.

- Nell'area della qualità dei servizi, si raccomanda che la ricerca sia condotta sugli aspetti seguenti:

- Modi efficaci per aiutare i professionisti a supportare le gravide per una scelta informata
 - Le preferenze delle donne riguardo a chi deve dare assistenza durante la gravidanza
 - Metodi alternativi di dare informazione e supporto prenatale, come servizi ad accesso libero
 - Come assicurare la soddisfazione delle donne ed una bassa morbilità e mortalità con un calendario ridotto di appuntamenti.
- Si raccomanda che sia fatta ricerca sulla sicurezza ed efficacia dei trattamenti per la lombalgia, per trovare trattamenti efficaci per la disfunzione della sinfisi pubica e per valutare interventi efficaci per la sindrome del tunnel carpale.
 - Anche se ci sono efficaci metodi di screening per la violenza domestica, e se sappiamo che tali screening sono accettabili per le donne, non c'è evidenza sufficiente sugli interventi efficaci per migliorare gli esiti di salute alle donne identificate. Perciò si raccomanda che sia fatta ricerca con urgenza per valutare gli interventi per la violenza domestica.
 - Si raccomanda che si faccia ricerca sull'efficacia e sui costi della questione etnica, e sull'efficacia ed i costi dei test di laboratorio per gli screening prenatali per l'anemia falciforme e per la talassemia.
 - Riguardo alle infezioni, si raccomandano ricerche nelle aree seguenti:
 - conferma degli effetti benefici dello screening per la batteriuria asintomatica con RCT aggiornati
 - i benefici dello screening per la clamidia in gravidanza
 - l'efficacia clinica ed il rapporto costo-efficacia dello screening prenatale per GBS (strepto B).
 - Serve la ricerca per determinare la frequenza ottimale ed i periodi giusti per la misurazione della pressione arteriosa e sul ruolo dello screening della proteinuria.
 - Servono ulteriori ricerche per trovare modi più efficaci di individuare e gestire i feti piccoli e grandi per l'epoca della gestazione.

5 Linea guida completa

L'Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica (NICE) ha commissionato lo sviluppo di questa guida al Centro di Collaborazione Nazionale per la salute di donne e bambini (NCCWCH). Il Centro ha installato un Gruppo per lo sviluppo della linea guida, che ha visionato l'evidenza e ha sviluppato le raccomandazioni. La linea guida completa, Assistenza prenatale: assistenza di routine per la donna gravida sana, sarà pubblicato dal NCCWCH; sarà disponibile sul suo sito web (www.rcog.org.uk), sul web del NICE (www.nice.org.uk), e sul sito del National Electronic Library for Health (www.nelh.nhs.uk).

I membri del Gruppo di Sviluppo della linea guida sono elencati nella Appendice B. Informazioni sul Panel indipendente di Revisione della linea guida sono date nell'appendice C.

Il libretto '*The Guideline Development Process – Information for the Public and the NHS*' ha maggiori informazioni sul processo di sviluppo delle linee guida da parte dell'Istituto. E' disponibile presso il sito web dell'Istituto e si possono ordinare copie telefonando a 0870 1555455 (dando il riferimento N0038).

6 Condotta correlata del NICE

La condotta NICE (2002) sull'uso della profilassi di routine, prenatale per le donne RhD-negative.

NICE Technology Appraisal Guidance No. 41. London: National Institute for Clinical Excellence. Disponibile presso: www.nice.org.uk/Docref.asp?d=31686

7 Data della prossima revisione

Si prevede di iniziare il processo di revisione dell'evidenza 4 anni dopo la data di emissione di questa linea guida. La revisione può cominciare prima di 4 anni se viene individuata della evidenza significativa in grado di influenzare le raccomandazioni della linea guida. La linea guida aggiornata sarà disponibile entro 2 anni dall'inizio del processo di revisione.

Una versione di questa linea guida per le donne gravide, i loro partners e per il pubblico è disponibile presso il sito web del NICE (www.nice.org.uk) o presso la linea telefonica di risposta del NHS (0870 1555455; citando la referenza N0310 per la versione inglese e N0311 per la versione inglese e del Galles).

Appendix A: Grading scheme

The grading scheme and hierarchy of evidence used in this guideline (see Table) is adapted from Eccles and Mason (2001).

Recommendation grade	Evidence
A	Directly based on category I evidence
B	Directly based on: <ul style="list-style-type: none"> category II evidence, or extrapolated recommendation from category I evidence
C	Directly based on: <ul style="list-style-type: none"> category III evidence, or extrapolated recommendation from category I or II evidence
D	Directly based on: <ul style="list-style-type: none"> category IV evidence, or extrapolated recommendation from category I, II or III evidence
Good practice point	The view of the Guideline Development Group
NICE 2002	Recommendation taken from the NICE technology appraisal
Evidence category	Source
Ia	Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials
Ib	At least one randomised controlled trial
IIa	At least one well-designed controlled study without randomisation
IIb	At least one other type of well-designed quasi-experimental study
III	Well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies or case studies
IV	Expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities
Adapted from Eccles M, Mason J (2001) How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment 5 (16).	

Appendice E: Donne che richiedono una assistenza aggiuntiva

La linea guida offre raccomandazioni su una assistenza clinica di base a tutte le donne gravide, ma non offre informazioni sull'assistenza aggiuntiva che alcune donne richiedono. Le donne gravide con le seguenti condizioni richiedono un'assistenza aggiuntiva quella descritta in questa linea guida:

- malattia cardiaca, inclusa ipertensione
- malattia renale
- disordine endocrino o diabete insulino-dipendente
- disordine psichiatrico (in trattamento)
- disordine ematologico, inclusa malattia tromboembolica, malattie autoimmuni, come la sindrome antifosfolipidi
- epilessia che richiede l'uso di farmaci anticonvulsivanti
- malattia maligna
- asma severo
- uso di droghe come eroina, cocaina (incluso crack-cocaina) ed estasi
- donne infette da HIV o HBV
- disordini autoimmuni
- obesità (BMI di 35 o più al primo contatto) o sottopeso (BMI inferiore a 18 al primo contatto)
- donne che possono avere un rischio più elevato di sviluppare complicazioni es. donne di 40 anni o più e donne che fumano
- donne che sono particolarmente vulnerabili (es. < 20 anni) o che mancano di supporto sociale.

Donne che hanno avuto una delle seguenti situazioni nelle gravidanze precedenti:

- aborto ricorrente (tre o più perdite consecutive) o una perdita del secondo trimestre
- parto pretermine
- pre-eclampsia severa, sindrome HELLP o eclampsia
- immunizzazione Rh o altri anticorpi antigruppo significativi
- chirurgia uterina compresi taglio cesareo, miomectomia o conizzazione
- emorragia pre-parto o dopo-parto in due occasioni
- ritenzione di placenta in due occasioni
- psicosi puerperale
- grande multipara (più di sei gravidanze)
- una morte fetale o una morte neonatale
- un bambino piccolo per la data (inferiore al 5° percentile)
- un bambino grande per la data (superiore al 95° percentile)
- un bambino che pesa meno di 2500 g o più di 4500g
- un bambino con anomalia congenita (strutturale o cromosomica)

Appendice F: Appuntamenti prenatali (tempi e contenuti)

Il programma sottostante, che è stato determinato dallo scopo di ogni appuntamento, presenta il numero raccomandato di appuntamenti di assistenza prenatale per le donne sane, con gravidanza che rimane non complicata nel periodo prenatale: dieci appuntamenti per le donne nullipare e sette per le pluripare.

Primo/i appuntamento/i

Il primo appuntamento dovrebbe essere prima di quanto avvenisse in passato (prima di 12 settimane) e, poiché ci sono maggiori informazioni da dare nella gravidanza iniziale, può essere utile un secondo appuntamento:

- dare informazioni, con la possibilità di discutere argomenti e fare domande; offrire informazioni verbali supportate da informazioni scritte (su argomenti quali la dieta e gli stili di vita, servizi di assistenza alla gravidanza disponibili, tutela della maternità e sufficiente informazione per facilitare la decisione informata sui test di screening)
- identificare le donne che possono aver bisogno di assistenza aggiuntiva (vedi Appendice E) e programmare il tipo di assistenza necessario per il caso
- controllare il gruppo sanguigno e lo stato RhD
- offrire lo screening per anemia, allo anticorpi, virus epatite B, HIV, rosolia, sifilide
- offrire lo screening per la batteriuria asintomatica
- offrire lo screening per la sindrome di Down
- offrire una ecografia per la datazione
- offrire lo screening ecografico per anomalie strutturali (20 settimane)
- misurare il BMI (body mass index), la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria

Dopo il primo (e possibilmente il secondo) appuntamento, per le donne che scelgono di fare gli screening dovrebbero essere programmati i seguenti test prima delle 16 settimane (eccetto che per gli screening che possono essere eseguiti fino a 20 settimane):

- test ematici (per controllare il gruppo-RhD e screening per anemia, allo anticorpi, virus epatite B, HIV, rosolia, sifilide)
- test delle urine (per rilevare la proteinuria e la batteriuria asintomatica)
- ecografia per determinare la datazione usando
 - CRL fra 10 e 13 settimane
 - DBP o CC da 14 in su
- screening per la sindrome di Down usando
 - translucenza nucale da 11 a 14 settimane
 - screening plasmatici da 14 a 20 settimane

16 settimane

Il successivo appuntamento dovrebbe essere programmato a 16 settimane per:

- rivedere, discutere e documentare i risultati di tutti i test di screening eseguiti; ripensare al tipo di assistenza alla gravidanza ed identificare le donne che hanno bisogno di assistenza aggiuntiva (vedi Appendice E)
- indagare quando il livello di Hb è inferiore a 11 g/dl e considerare la supplementazione con ferro, se indicata

- misurare la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria
- dare informazioni, con una possibilità di discutere argomenti e porre domande; offrire informazioni verbali supportate da incontri-corsi prenatali e da informazione scritta.

18-20 settimane

A 18-20 settimane, se la donna lo sceglie, una ecografia dovrebbe essere eseguita per la scoperta di anomalie strutturali. Alle donne, la cui placenta è previa sull'orificio interno, dovrebbe essere offerta una ecografia di controllo a 36 settimane.

25 settimane (solo per nullipare)

per:

- misurare la lunghezza sinfisi-fondo e metterla sul grafico
- misurare la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria
- dare informazioni, con una possibilità di discutere argomenti e porre domande; offrire informazioni verbali supportate da incontri-corsi prenatali e da informazione scritta.

28 settimane (per tutte le donne)

per:

- offrire un secondo screening per anemia e per allo anticorpi atipici
- indagare quando il livello di Hb è inferiore a 10,5 g/dl e considerare la supplementazione con ferro, se indicata
- offrire profilassi anti-D alle donne Rh negative
- misurare la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria
- misurare la lunghezza sinfisi-fondo e metterla sul grafico
- dare informazioni, con una possibilità di discutere argomenti e porre domande; offrire informazioni verbali supportate da incontri-corsi prenatali e da informazione scritta.

31 settimane (solo per nullipare)

per:

- misurare la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria
- misurare la lunghezza sinfisi-fondo e metterla sul grafico
- dare informazioni, con una possibilità di discutere argomenti e porre domande; offrire informazioni verbali supportate da incontri-corsi prenatali e da informazione scritta
- rivedere, discutere e documentare i risultati dei test di screening eseguiti a 28 settimane; ripensare al tipo di assistenza alla gravidanza ed identificare le donne che hanno bisogno di assistenza aggiuntiva (vedi Appendice E)

34 settimane (per tutte le donne)

per:

- offrire seconda dose di profilassi anti-D alle donne Rh negative
- misurare la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria
- misurare la lunghezza sinfisi-fondo e metterla sul grafico
- dare informazioni, con una possibilità di discutere argomenti e porre domande; offrire informazioni verbali supportate da incontri-corsi prenatali e da informazione scritta
- rivedere, discutere e documentare i risultati dei test di screening eseguiti a 28 settimane; ripensare al tipo di assistenza alla gravidanza ed identificare le donne che hanno bisogno di assistenza aggiuntiva (vedi Appendice E)

36 settimane (per tutte le donne)

per:

- misurare la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria
- misurare la lunghezza sinfisi-fondo e metterla sul grafico
- controllare la posizione del feto
- offrire alle donne con feto in presentazione podalica la versione cefalica per manovre esterne
- eseguire o controllare ecografia se la placenta era previa al precedente controllo
- dare informazioni, con una possibilità di discutere argomenti e porre domande; offrire informazioni verbali supportate da incontri-corsi prenatali e da informazione scritta.

38 settimane (per tutte le donne)

per:

- misurare la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria
- misurare la lunghezza sinfisi-fondo e metterla sul grafico
- dare informazioni, con una possibilità di discutere argomenti e porre domande; offrire informazioni verbali supportate da incontri-corsi prenatali e da informazione scritta.

40 settimane (solo per nullipare)

per:

- misurare la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria
- misurare la lunghezza sinfisi-fondo e metterla sul grafico
- dare informazioni, con una possibilità di discutere argomenti e porre domande; offrire informazioni verbali supportate da incontri-corsi prenatali e da informazione scritta.

41 settimane (per le donne che non hanno ancora partorito a 41 settimane)

- dovrebbe essere offerto lo scollamento delle membrane
- dovrebbe essere offerta l'induzione del travaglio
- misurare la pressione arteriosa e testare le urine per la proteinuria
- misurare la lunghezza sinfisi-fondo e metterla sul grafico
- dare informazioni, con una possibilità di discutere argomenti e porre domande; offrire informazioni verbali supportate da informazione scritta.

Generale

Gli operatori impegnati nella assistenza sanitaria dovrebbero prestare attenzione ai segni ed ai sintomi di condizioni che possono influire sulla salute della madre e del feto, quali la violenza domestica, la pre-eclampsia ed il diabete.

L'algoritmo allegato mostra lo schema delle cose da fare ad ogni appuntamento.

Algoritmo: ASSISTENZA PRENATALE DI ROUTINE ALLA DONNA SANA IN GRAVIDANZA

- Le necessità di ogni donna gravida devono essere rivalutate ad ogni appuntamento, per tutta la gravidanza
- In occasione di ciascun accesso, le donne dovrebbero ricevere informazioni con l'opportunità di discutere temi specifici e porre domande; esse dovrebbero avere con sé la propria cartella
- I risultati di tutti i test devono essere oggetto d'informazione e non di sola comunicazione
- Le informazioni date a voce devono essere ribadite in occasione di incontri collettivi e supportate da informazioni scritte basate su prove scientifiche

Appuntamenti: **N** = Solo per nullipare (3) **N P** = Per nullipare e pluripare (7)

Identificare donne che possono avere bisogno di cure aggiuntive (vedi appendice E) Fornire informazioni sulla dieta e considerazioni sullo stile di vita, sui servizi di assistenza alla gravidanza, sui test di screening e sui diritti della gravida. Informare le donne dei benefici dell'assunzione di acido folico (400 mcg al dì fino alla 12 sett.) Offrire i test di screening: il loro scopo deve essere chiaramente compreso PRIMA della loro esecuzione Misurare BMI (Body Mass Index : kg/altezza in metri al quadrato), pressione arteriosa (PA) ed eseguire esame urine per proteinuria Offrire programmi di supporto anti-fumo alle donne che fumano o hanno smesso da poco	N P	Offrire entro le 12 settimane, ev. anche in due incontri
Le donne in gravidanza dovrebbero essere informate dello scopo di ogni test di screening prima di eseguirlo. Deve essere chiarito il diritto di ogni donna di eseguire o non eseguire i test		
<ul style="list-style-type: none"> • gruppo, RH e anticorpi anti-GR, emoglobina, HbsAg, HIV, rubeotest, sierologia per sifilide; es. urine per batteriuria asintomatica • Ecografia per conferma epoca gestazionale • Screening della sindrome di Down: -translucenza nucale 11-14 settimane -Screening sierologico 14-20 sett 		Offrire precocemente , entro le 12 settimane
Rivedere, discutere e registrare i risultati di tutti i test di screening effettuati; misurare PA ed esame urine per proteinuria	N P	16 sett
ecografia per l'identificazione di anomalie strutturali; se a quest'epoca vi è riscontro di placenta estesa al di sopra dell'OUI, è necessario offrire un'altra ecografia a 36 sett, i cui risultati andranno valutati all'appuntamento delle 36 sett.		Offrire tra 18 e 20 sett
Misurare SF (sinfisi-fondo), PA ed esame urine per proteinuria	N	25 sett,
Misura SF + PA + es. urine per proteinuria; offrire nuovamente screening anemia e AC anti-GR Offrire la 1° dose di anti-D se RH neg	N P	28 sett
Misura SF+PA+es.urine per proteinuria. Rivedere, discutere e registrare i risultati dei test di screening eseguiti	N	31 sett
Misura SF + PA + es.urine per proteinuria. Offrire la 2° dose di anti-D se RH neg. Per le pluripare rivedere, discutere e registrare i risultati dei test di screening eseguiti	N P	34 sett.
Misura SF e PA + es.urine per proteinuria. Verificare presentazione, se podalico offrire rivolgimento	N P	36 sett.
SF + PA + es.urine per proteinuria	N P	38 sett.
SF +PA + es.urine per proteinuria	N	40 sett
SF + PA + es.urine per proteinuria offrire scollamento membrane offrire induzione dopo compimento 41° settimana	N P	41 sett.