

Monitoraggio donna gravida

WWW.FISIOKINESITERAPIA.BIZ

Finalità principale dell'Ostetricia Moderna è

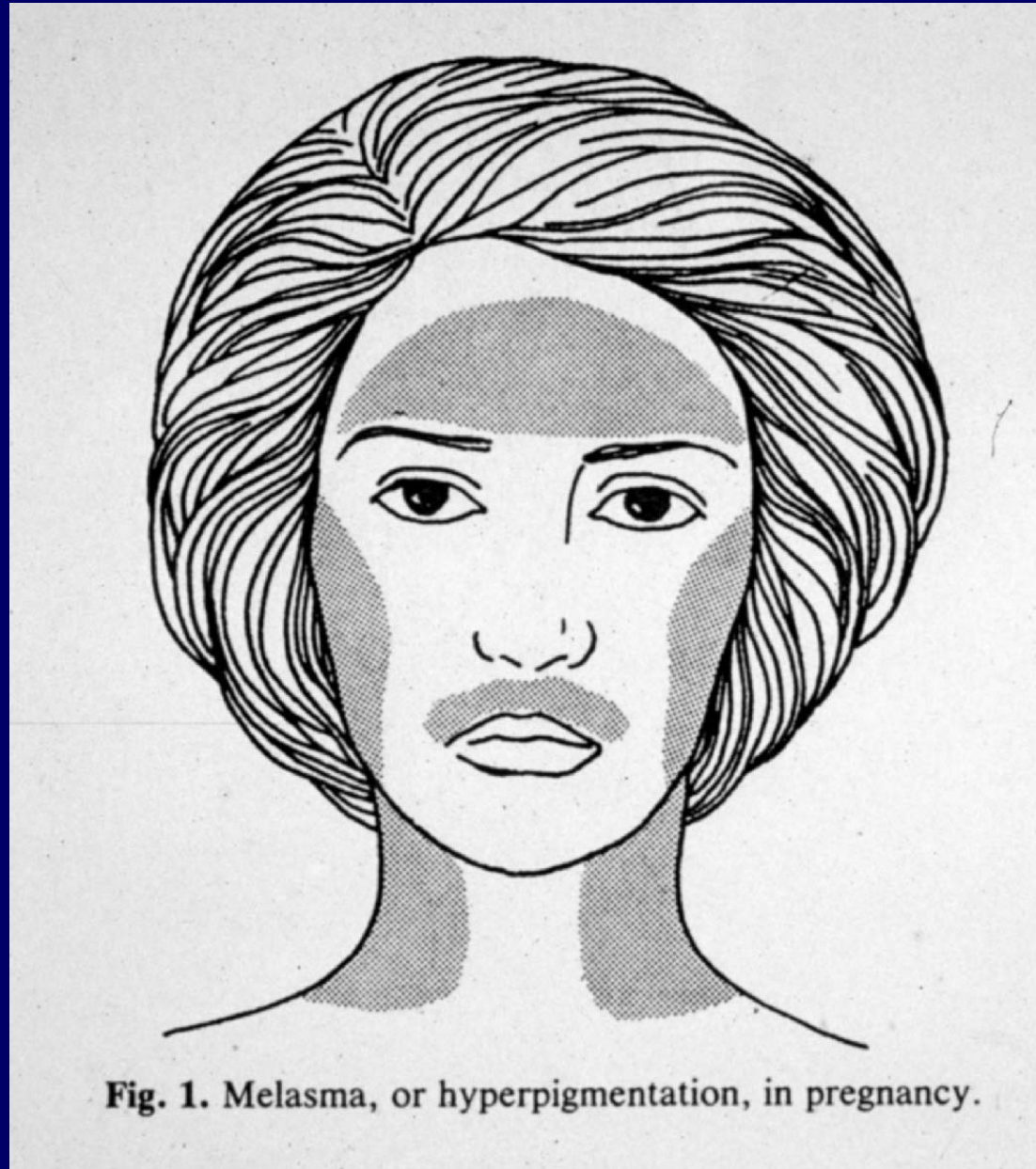
“garantire ad ogni neonato di nascere
con un potenziale di sviluppo
psico-fisico quanto più immodificato
possibile rispetto a quello “ereditato”
dai due gameti parentali al momento
della loro unione !” **(Fecondazione)**

(J.P. Greenhill – 1974)

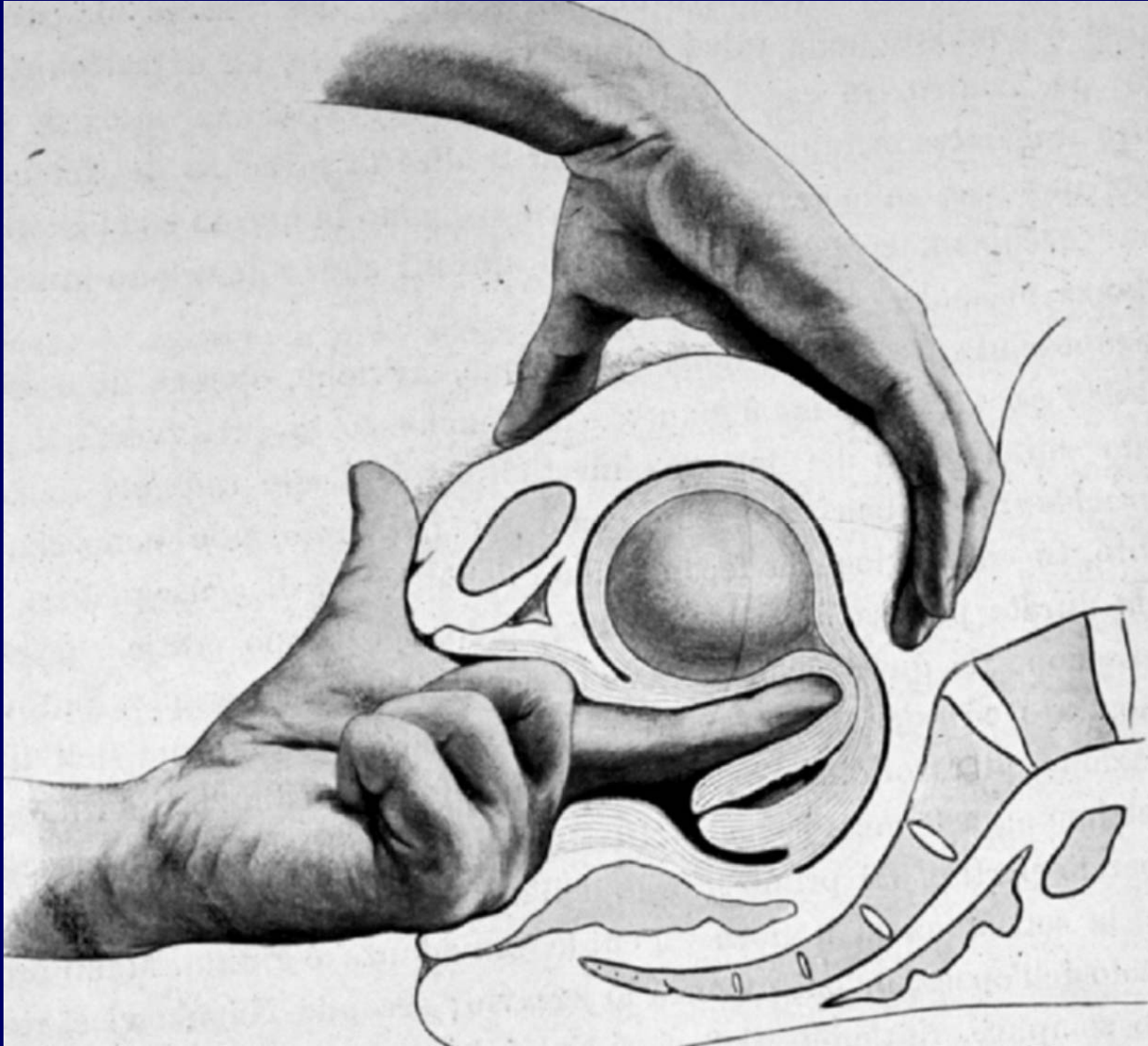
Di fronte ad una donna in età fertile che accusa un ritardo mestruale e riferisce di avere avuto rapporti sessuali, soprattutto se in assenza di alcun metodo anticoncezionale, la prima diagnosi da fare è quella di stabilire se si tratta di una gravidanza iniziale o di altra amenorrea secondaria. Questo dilemma diagnostico attualmente è facilmente risolvibile dosando le β -HCG ematiche, dosaggio che può far riconoscere una gravidanza iniziale prima ancora che sia comparso lo stesso ritardo mestruale

Dal punto di vista clinico la diagnosi di gravidanza si basa su:

- ❑ segni di presunzione legati a fenomeni materni generali (aumento di volume dell'addome, pigmentazione della linea alba, comparsa del cloasma gravidico, pollacchiuria, nausea, vomito mattutino, scialorrea, variazioni del gusto)
- ❑ segni di probabilità legati a fenomeni materni locali, riguardanti cioè l'apparato genitale femminile (amenorrea, aumento di volume dell'utero, senso di gonfiore mammaria con iperpigmentazione dell'aureola, iperemia delle mucose genitali)
- ❑ segni di certezza legati alla dimostrazione della presenza del feto (Ecografia precoce, rilevazione del BCF, MAF)



**Il cloasma
gravidico nelle
pazienti di
carnagione scura
può essere molto
accentuato e
precoce,
soprattutto se il
feto è di sesso
maschile.**



**Tra i segni di
probabilità più
significativi vi è
il segno di
Hegar,
rappresentato in
diapositiva,
assieme al segno
di Piskaczek, al
segno di Hicks
ed al polso di
Oslander**

L'ottimale controllo di una gravida dovrebbe idealmente iniziare prima del concepimento con la cosiddetta valutazione preconcezionale:

- cura di malattie potenzialmente pericolose
- valutazione dei fattori di rischio
- accurata anamnesi familiare
- accurata anamnesi ostetrica
- esame obiettivo generale e ginecologico

Prima del concepimento si ritiene necessario un adeguato trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, delle endocrinopatie, delle infezioni ricorrenti delle vie urinarie, del diabete, delle cardiopatie, delle anemie, delle carenze vitaminiche, dell'obesità, dell'ipertensione e di ogni altra patologia che possa complicare il decorso della gravidanza. Particolare attenzione va rivolta alle terapie croniche con farmaci potenzialmente teratogeni

In fase preconcezionale si devono valutare i possibili fattori di rischio per una successiva gravidanza:

- età materna (>35 anni)
- età paterna (>55 anni)
- presenza di malformazioni uterine e/o di miomi uterini soprattutto se intramurali o sottomucosi
- cattive condizioni socio-economiche
- abuso di droghe (alcool, tabacco, allucinogeni, eroina, cocaina, metadone, etc.)
- esposizione a sostanze tossiche o radiazioni ionizzanti nell'ambiente di lavoro.

Va quindi raccolta attentamente l'anamnesi familiare con particolare riguardo a:

- gemellarità
- ipertensione
- diabete
- anomalie congenite (cromosomopatie, difetti del tubo neurale, emofilia, emoglobinopatie, ritardi mentali)

Altrettanta attenzione va rivolta all'anamnesi ostetrica:

- aborti, morti intrauterine, parti pretermine, distocie, difetti di crescita o macrosomie fetali, altre patologie neonatali (analizzando ogni documentazione clinica di gravidanze precedenti: cartelle cliniche, referti di esami strumentali e/o di laboratorio, etc.)

**Infine al momento della visita
preconcezionale è opportuno prescrivere
alcuni esami di laboratorio:**

- ❑ Gruppo Sanguigno e Fattore Rh (ev. Test di Coombs Indiretto)**
- ❑ Emocromo completo, glicemia, creatininemia, es. urine con sedimento**
- ❑ Tests sierologici x la sifilide, rosolia, CMV, Herpes, HIV, Epatite A-B-C, Toxoplasmosi**

...e quindi prendere le eventuali opportune decisioni

Al momento della 1a Visita in gravidanza, se non vi è stata la valutazione preconcezionale, dovranno essere effettuate tutte le misure precedentemente indicate e bisognerà ripetere gli esami eventualmente diventati obsoleti (>4-6 mesi) e sarà anche necessario accertare e riportare per iscritto nella Cartella Clinica i seguenti parametri clinici della gestante:

- Es. obiettivo generale**
- Condizioni dell'apparato genitale e delle mammelle**
- Statura e Peso corporeo pre-gravidico ed attuale**
- Valori della P.A.**
- Esecuzione del PAP-test (se >1 anno dall'ultimo)**

Non vi è accordo unanime sulla necessità di una Ecografia Ostetrica precoce, ma quest'accertamento diventa indispensabile se:

- non è certa l'età gestazionale
- non vi è corrispondenza tra dimensioni dell'utero e durata dell'amenorrea dichiarata
- si repertano durante la Visita Ostetrica patologie a carico dell'utero e/o degli annessi (miomi, cisti ovariche, tumefazioni pelviche, etc.)

Sulla Gazzetta Ufficiale del 20.10.1998 è stato pubblicato il Decreto 10.09.98 del Ministro della Sanità recante gli aggiornamenti dei protocolli d'accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità , senza partecipazione al costo da parte dei cittadini. Questo Decreto, noto come “Decreto Bindi” contiene quindi le prestazioni minimali ritenute necessarie per seguire correttamente una gravidanza fisiologica.

Nel “Decreto Bindi” è previsto che al momento della 1a Visita da effettuarsi entro la 13a settimana di gestazione siano prescritti alla paziente i seguenti esami di laboratorio:

- Emocromo completo, Gruppo Sang. ABO e Rh, AST e ALT, Glicemia, Es. Urine completo**
- Sierologia: Rosolia, Toxoplasmosi, Lue (TPHA e VDRL), HIV, Test di Coombs Indiretto (solo nelle paz. Rh negative)**
- Ecografia Ostetrica**

Le Visite successive si programmano ogni 4 settimane nelle prime 32 settimane di gestazione e successivamente ogni 2 settimane fino alla 36a S.G. e quindi ogni settimana fino al parto. Al momento della prima Visita bisogna valutare i fattori di rischio per eventuali embriopatie ed informare adeguatamente e correttamente la paziente sulle attuali possibilità diagnostiche della cosiddetta “Diagnosi Prenatale” con particolare riferimento a quanto previsto dalla legge n. 194/78

DOMANDE

il riposo notturno
è soddisfacente?

compare stanchezza
eccessiva durante le
occupazioni abituali?

affanno durante
gli sforzi?

nausea,
acidità a digiuno,
pesantezza dopo
i pasti?

stitichezza?

disturbi emorroidari?

dolori lombo-sacrali?

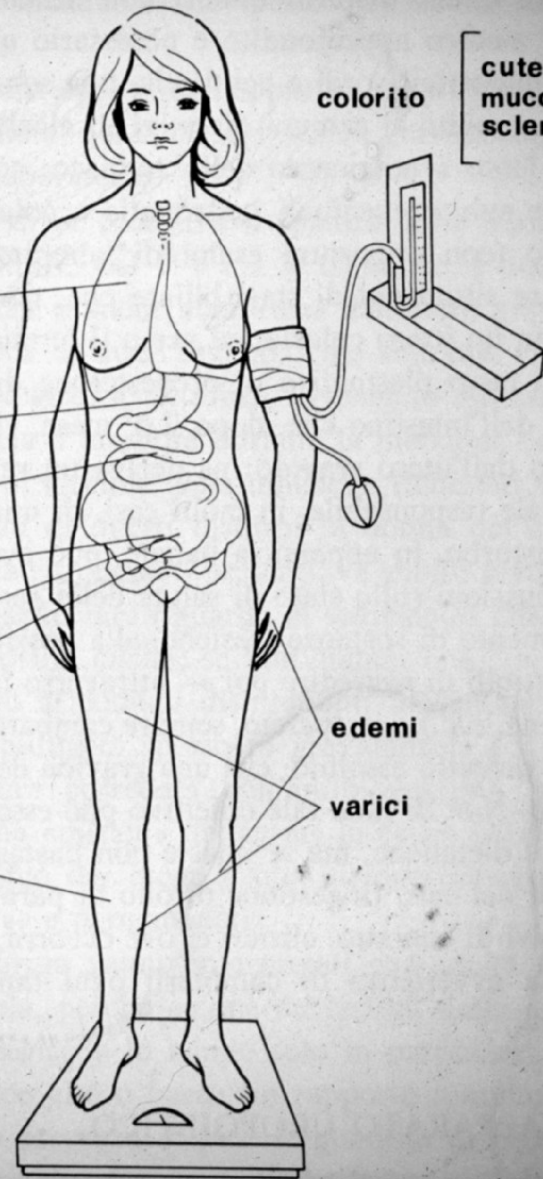
pollachiuria,
bruciore alla
minzione,
tenesmo?

crampi?

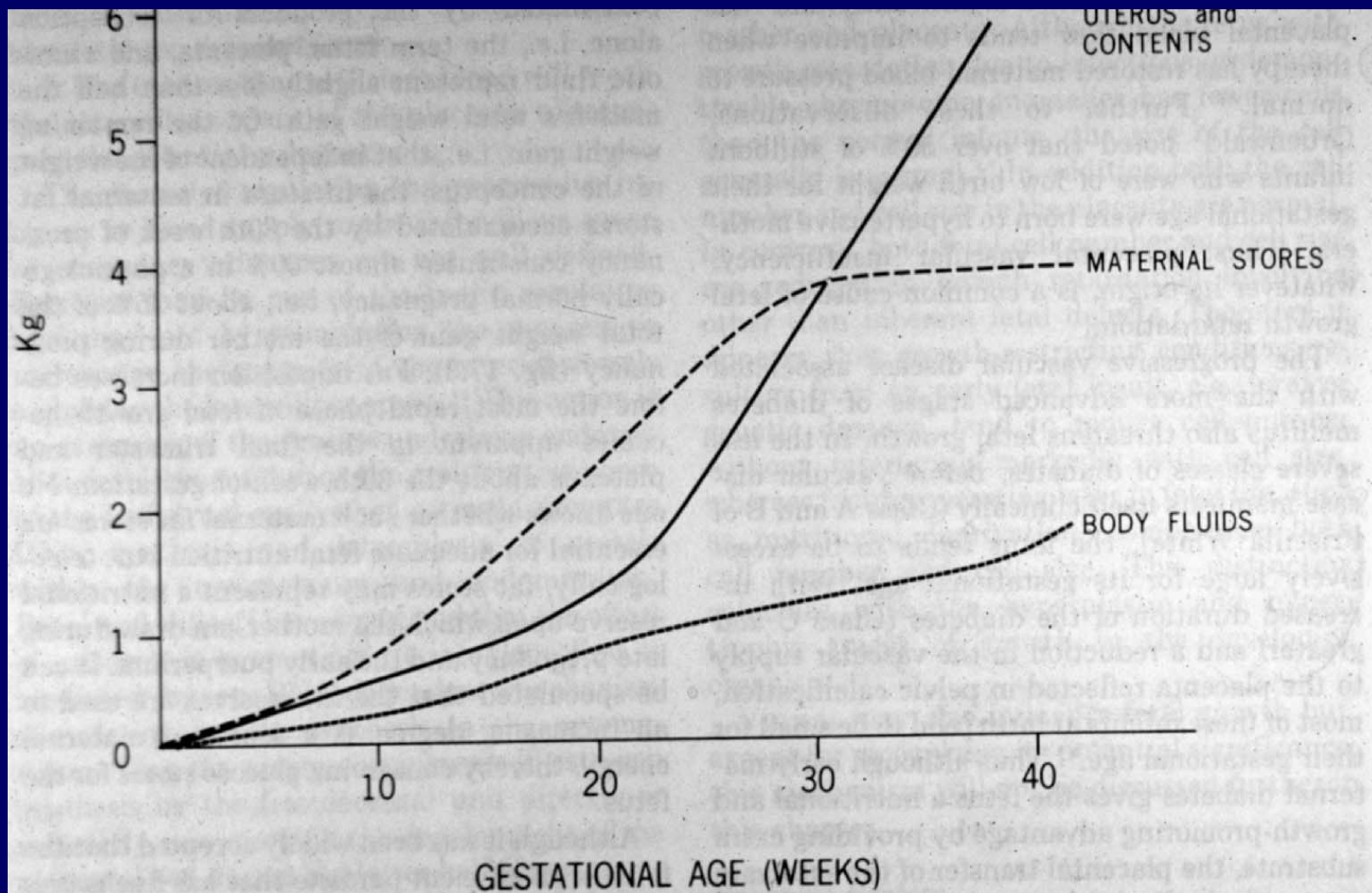
RILIEVI

colorito

cute
muco
scler



**Ad ogni Visita
Ostetrica è
indispensabile
effettuare i
controlli indicati e
porre alla paziente
le domande
indicate in
diapositiva.**



17.3. Components of weight gain in normal pregnancy

Una particolare attenzione deve essere posta all'aumento del peso corporeo materno

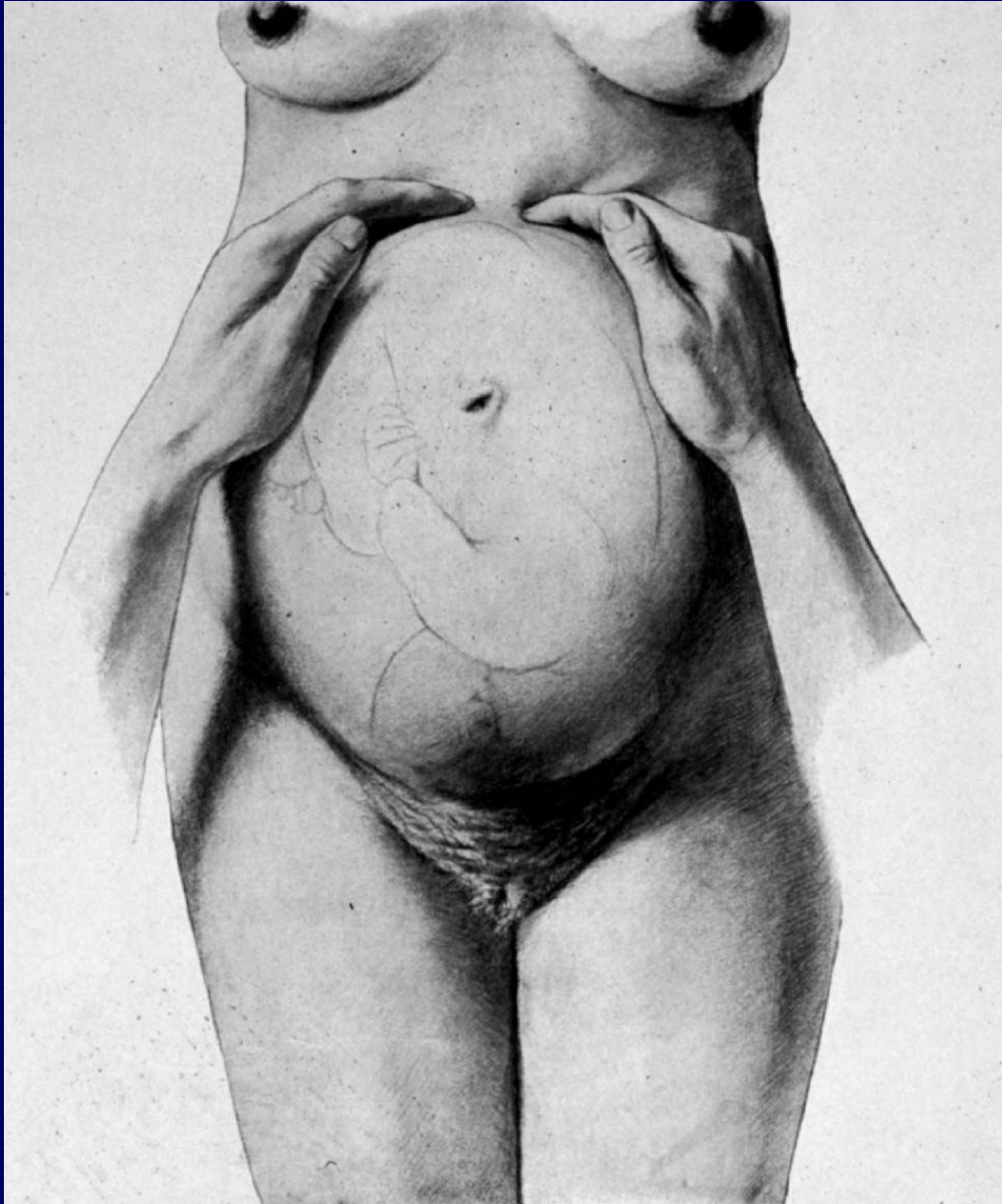
TAVOLA VI - *Distribuzione dell'aumento del peso corporeo nel corso della gravidanza (valori medi).*

Quote d'incremento ponderale attribuibili a:	Aumento di peso (in g) fino alla			
	10 ^a sett.	20 ^a sett.	30 ^a sett.	40 ^a sett.
Feto	5	300	1.500	3.400
Placenta	20	170	430	650
Liquido amniotico	30	350	750	800
Utero	140	320	600	970
Ghiandole mammarie	45	180	360	405
Sangue	100	600	1.300	1.250
Liquidi interstiziali	0	30	80	1.680
Totale	340	1.950	5.020	9.155
Aumento effettivo del peso corporeo	650	4.000	8.500	12.500
Differenza, ovvero «riserva materna»	310	2.050	3.480	3.345

**La
distribuzione
dell'aumento
di peso
materno alle
diverse età
gestazionali
per le diverse
componenti
gravidiche**

Gli esami previsti dal “Decreto Bindi” alle diverse età gestazionali sono:

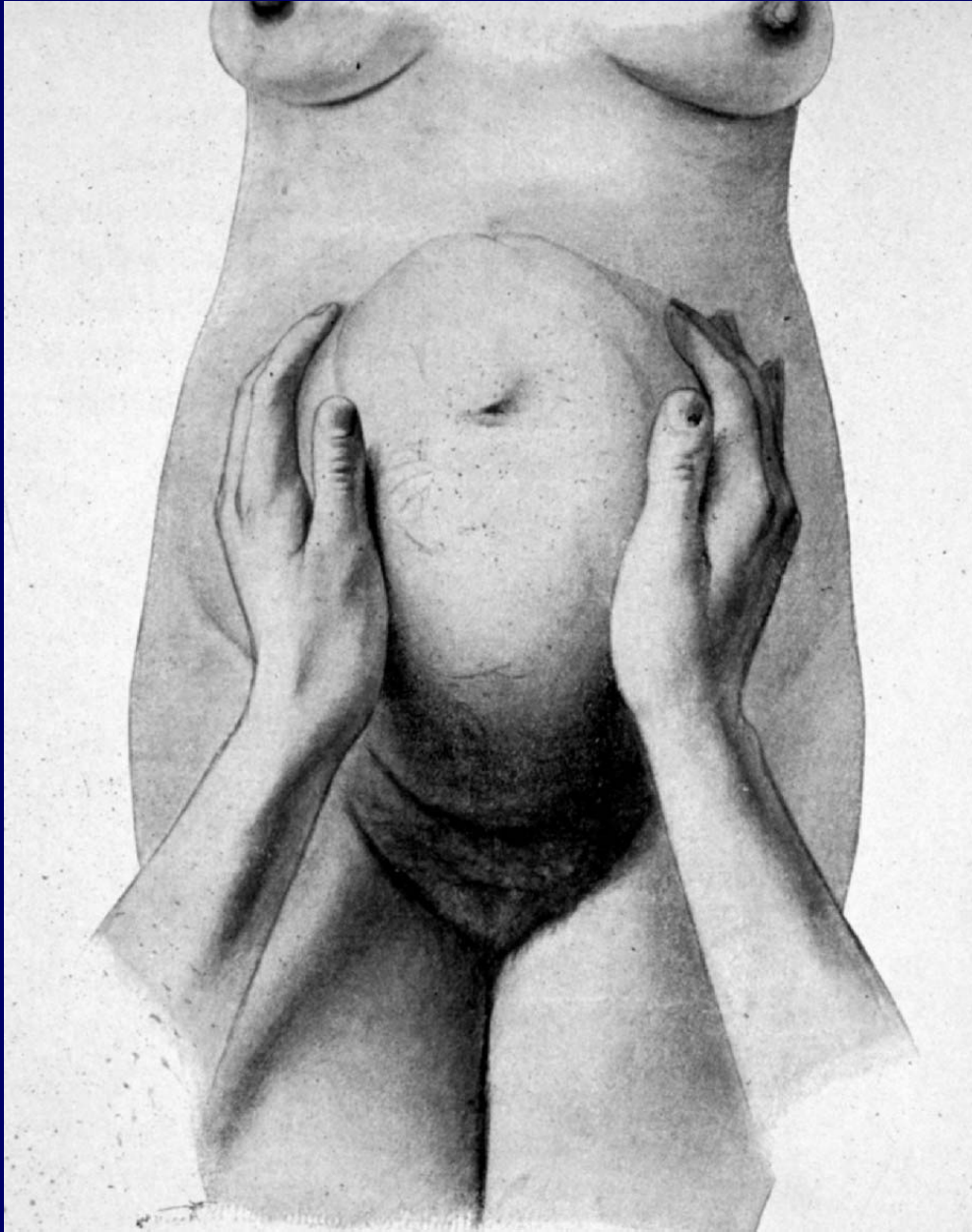
- **14[^]-18[^] S.G.: Es. Urine completo**
- **19[^]-23[^] S.G.: Es. Urine completo. Ecografia Ostetrica**
- **24[^]-27[^] S.G.: Glicemia, Minicarico di Glucosio, Es. Urine completo**
- **28[^]-32[^] S.G.: Emocromo completo, Ferritina, Es. Urine completo, Ecografia Ostetrica**
- **33[^]-37[^] S.G.: Emocromo completo, Es. Urine, Sierologia: HBV, HCV, HIV 1-2 (in caso di rischio anamnestico)**
- **Dalla 41[^] S.G.: Ecografia Ostetrica, Cardiotocografia seriata**
- **In caso di batteriuria significativa: Urinocultura con ABG**



**Nelle Visite Ostetriche
eseguite nel 3°
trimestre di
gestazione bisogna
effettuare le
cosiddette**

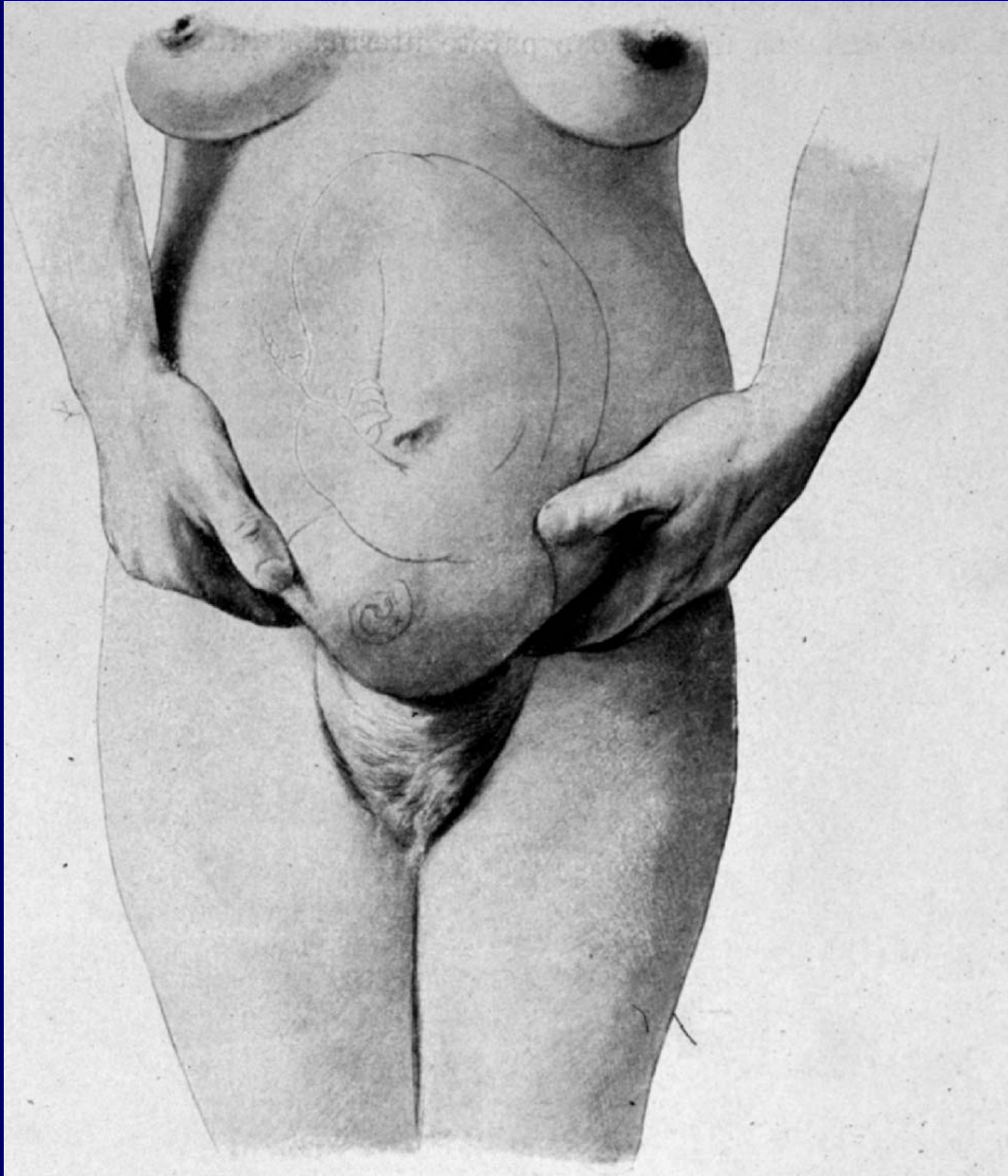
“Manovre di Leopold”.

**La prima, indicata in
diapositiva tende a
stabilire il livello
raggiunto dal fondo
uterino**



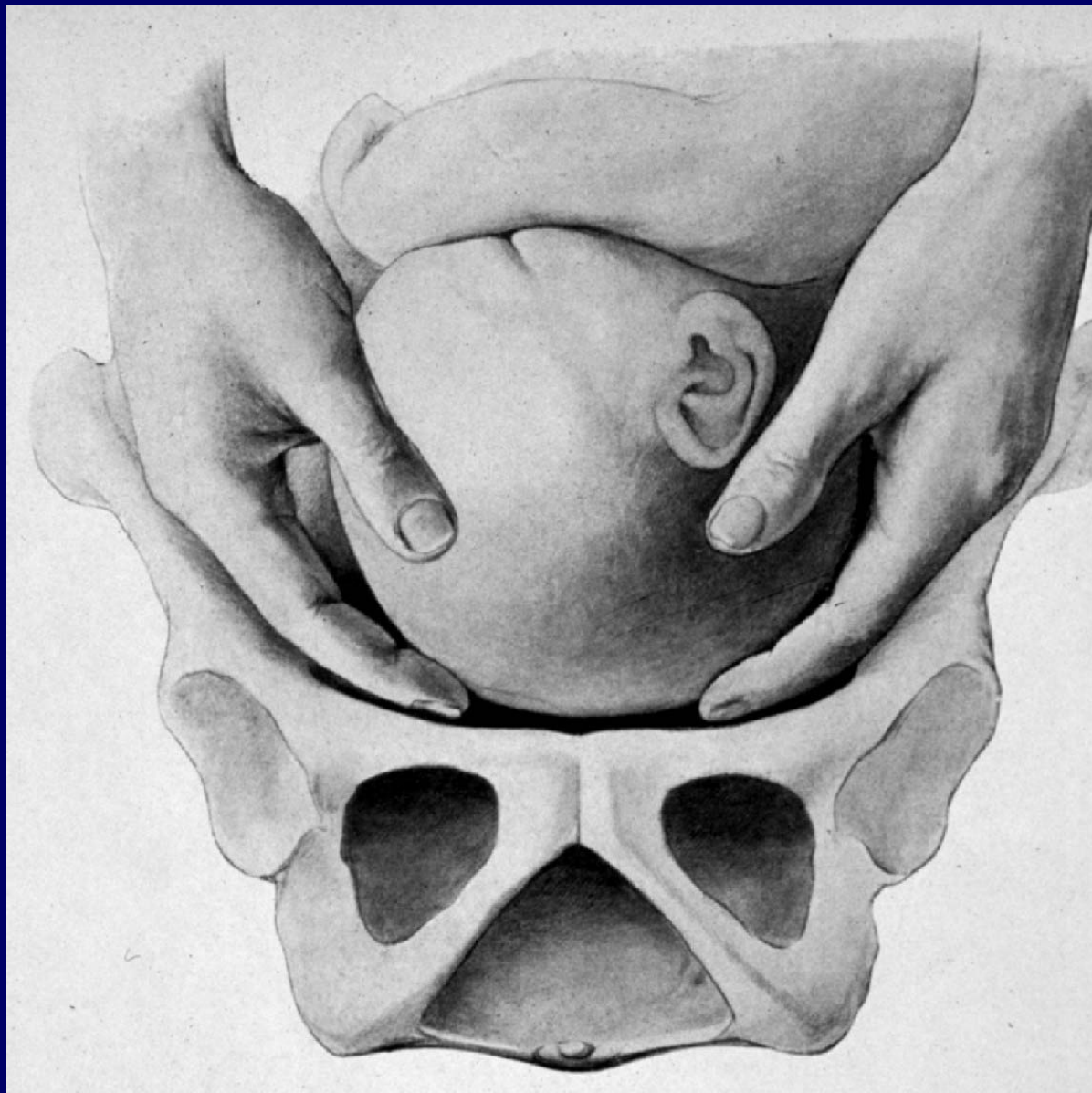
**La seconda
manovra di
Leopold è
finalizzata a
stabilire la
“Situazione”
fetale.**

**Per Situazione
s'intende il rapporto
tra diametro
longitudinale
dell'utero e diametro
cefalo-podalico fetale**

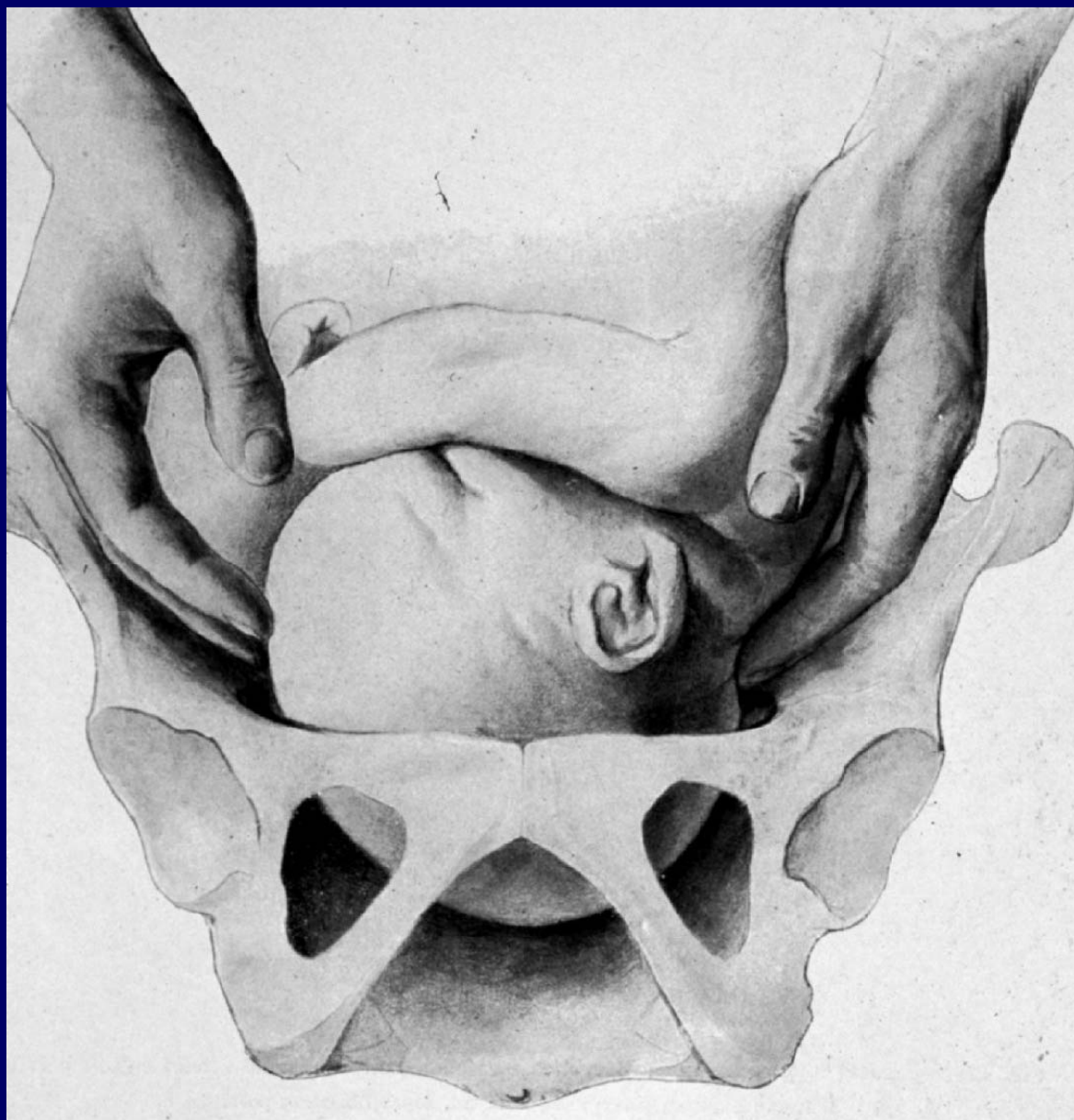


La terza
manovra di
Leopold

è finalizzata a
stabilire il
grado di
impegno della
parte presentata
fetale nello
scavo pelvico



**Se
l'impegno
non è avvenuto
le due mani
dell'esaminatore
riescono a
raggiungersi al di
sotto della parte
presentata fetale**



**Se la parte
presentata fetale
è impegnata
nello scavo
pelvico le mani
dell'esaminatore
non riescono ad
avvicinarsi tra
loro**

Se si tiene conto della premessa indicata nella prima diapositiva, e cioè la finalità da raggiungere secondo GREENHILL (salvaguardare il potenziale di sviluppo psico-fisico fetale), non bisogna dimenticare che attualmente le due condizioni che maggiormente incidono sui tassi di Mortalità e Morbilità Perinatali sono:

- la prematuranza
- i ritardi di crescita intrauterina