

COMACCHIO (FE) , 1 APRILE 2016

PALAZZO BELLINI

**DIABETE GESTAZIONALE,  
IPOTIROIDISMO ED ANEMIA  
IN GRAVIDANZA**



**DOTT.SSA CLAUDIA GUARALDI**  
**U.O.C. OSTETRICA E**  
**GINECOLOGIA**  
**VALDAGNO (VI)**

**IL DIABETE GESTAZIONALE:  
MANAGEMENT OSTETRICO**

## PERCHE' LO SCREENING DEL DIABETE GESTAZIONALE

- ▣ IL GDM E' UNA COMUNE COMPLICANZA DELLA GRAVIDANZA CHE PUO' AVERE CONSEGUENZE IMPORTANTI SULL'OUTCOME MATERNO E FETO/NEONATALE
- ▣ NONOSTANTE GLI STUDI PERO' ANCORA NEL MONDO NON C'E' UNIFORMITA' DI VEDUTE SULLE POLITICHE DI SCREENING PERCHE' NON VI SONO SUFFICIENTI EVIDENZE SECONDO, SOPRATTUTTO GLI ANGLOSASSONI, SUL RAPPORTO RISCHIO BENEFICIO DELLO SCREENING SULLA SALUTE FETO/MATERNA

# FISIOPATOLOGIA

---

- Nelle prime fasi della gravidanza, estrogeni e progesterone determinano una iperplasia delle cellule  $\beta$  pancreatiche con conseguente aumento della secrezione di insulina.
- L'hPL è responsabile dello “stato diabetogeno” della gravidanza:
  - aumenta la lipolisi
  - riduce la sensibilità dei tessuti periferici all'insulina
  - risparmio del glucosio e degli amminoacidi per il feto
- La richiesta insulinica in gravidanza aumenta del 30% e la sensibilità insulinica si riduce del 44%

# DIABETE GESTAZIONALE (GDM)

---

- IL DIABETE MELLITO GESTAZIONALE E' CARATTERIZZATO DA UN'INTOLLERANZA GLUCIDICA DI ENTITA' VARIABILE CHE INIZIA O VIENE DIAGNOSTICATA PER LA PRIMA VOLTA IN GRAVIDANZA E SI RISOLVE DOPO LA NASCITA DEL BAMBINO
- PER DISTINGUERE CONDIZIONI DI DIABETE PREESISTENTE LA GRAVIDANZA E' RACCOMANDATO RIPETERE UN'OGTT NON PRIMA DI 6 SETTIMANE DOPO IL PARTO
- COMUNQUE ESISTE UNA MAGGIORE PREDISPOSIZIONE AL DIABETE TIPO 2 NELLE DONNE AFFETTE DA DIABETE GESTAZIONALE



# Gravidanza fisiologica

A G G I O R N A M E N T O 2 0 1 1

## 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?

DOPO UN LUNGO DIBATTIMENTO DOPO LA PUBBLICAZIONE DELL'HAPO STUDY E DELLE NUOVE LINEE GUIDA DELL'IADSPG DEL 2010, L'ISS HA CONVOCATO UNA RIUNIONE DI ESPERTI PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI ITALIANI INCLUDENDOVISIDAMD COMPONENTI DEL PANEL DI ESPERTI DELLE LINEE GUIDA DELLA GRAVIDANZA FISILOGICA, MEMBRI DELL'ISS, E MEMBRI DEL CEVEAS  
PRIMA PUBBLICAZIONE NEL 6/2010 AGGIORNATA A



# SCREENING GDM: LINEE GUIDA ISS 2011

---

## Raccomandazioni

---

- ▶ Al primo appuntamento in gravidanza, a tutte le donne che non riportano determinazioni precedenti, va offerta la determinazione della glicemia plasmatica per identificare le donne con diabete preesistente alla gravidanza. Sono definite affette da diabete preesistente alla gravidanza le donne con valori di glicemia plasmatica a digiuno  $\geq 126$  mg/dl (7,0 mmol/l), di glicemia plasmatica *random*  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l), di HbA1c (standardizzata ed eseguita entro le 12 settimane)  $\geq 6,5\%$ . Indipendentemente dalla modalità utilizzata, è necessario che risultati superiori alla norma siano confermati in un secondo prelievo.

# SCREENING GDM: LINEE GUIDA ISS 2011

- ▶ Nelle donne con gravidanza fisiologica è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale, eseguito utilizzando fattori di rischio definiti.

A 16-18 settimane di età gestazionale, alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- diabete gestazionale in una gravidanza precedente
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico  $\geq 30$
- riscontro, precedentemente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia plasmatica compresi fra 100 e 125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l)

deve essere offerta una curva da carico con 75 g di glucosio (OGTT 75 g) e un'ulteriore OGTT 75 g a 28 settimane di età gestazionale, se la prima determinazione è risultata normale.

A 24-28 settimane di età gestazionale, alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- età  $\geq 35$  anni
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$
- macrosomia fetale in una gravidanza precedente ( $\geq 4,5 \text{ kg}$ )
- diabete gestazionale in una gravidanza precedente (anche se con determinazione normale a 16-18 settimane)
- anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2)
- 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)

deve essere offerto un OGTT 75 g.

# SCREENING GDM: LINEE GUIDA ISS

## 2011

- QUINDI IN ITALIA E' RACCOMANDATO NON PIU' LO SCREENING UNIVERSALE MA LO SCREENING PER FATTORI DI RISCHIO
- PER LO SCREENING NON DEVONO ESSERE UTILIZZATI LA GLICEMIA A DIGIUNO, GLICEMIE RANDOM,IL GLUCOSE CHALLENGE TEST (GCT O MINICURVA),LA GLICOSURIA O L'OGTT DA 100 GR DI GLUCOSIO
- I CRITERI DIAGNOSTICI SONO I SEGUENTI

**Tabella 5. Criteri per la diagnosi di GDM con OGTT 75 g**

<i>glicemia plasmatica</i>	<i>mg/dl</i>	<i>mmol/l</i>
diggiuno	≥92	≥5,1
dopo 1 ora	≥180	≥10,0
dopo 2 ore	≥153	≥8,5

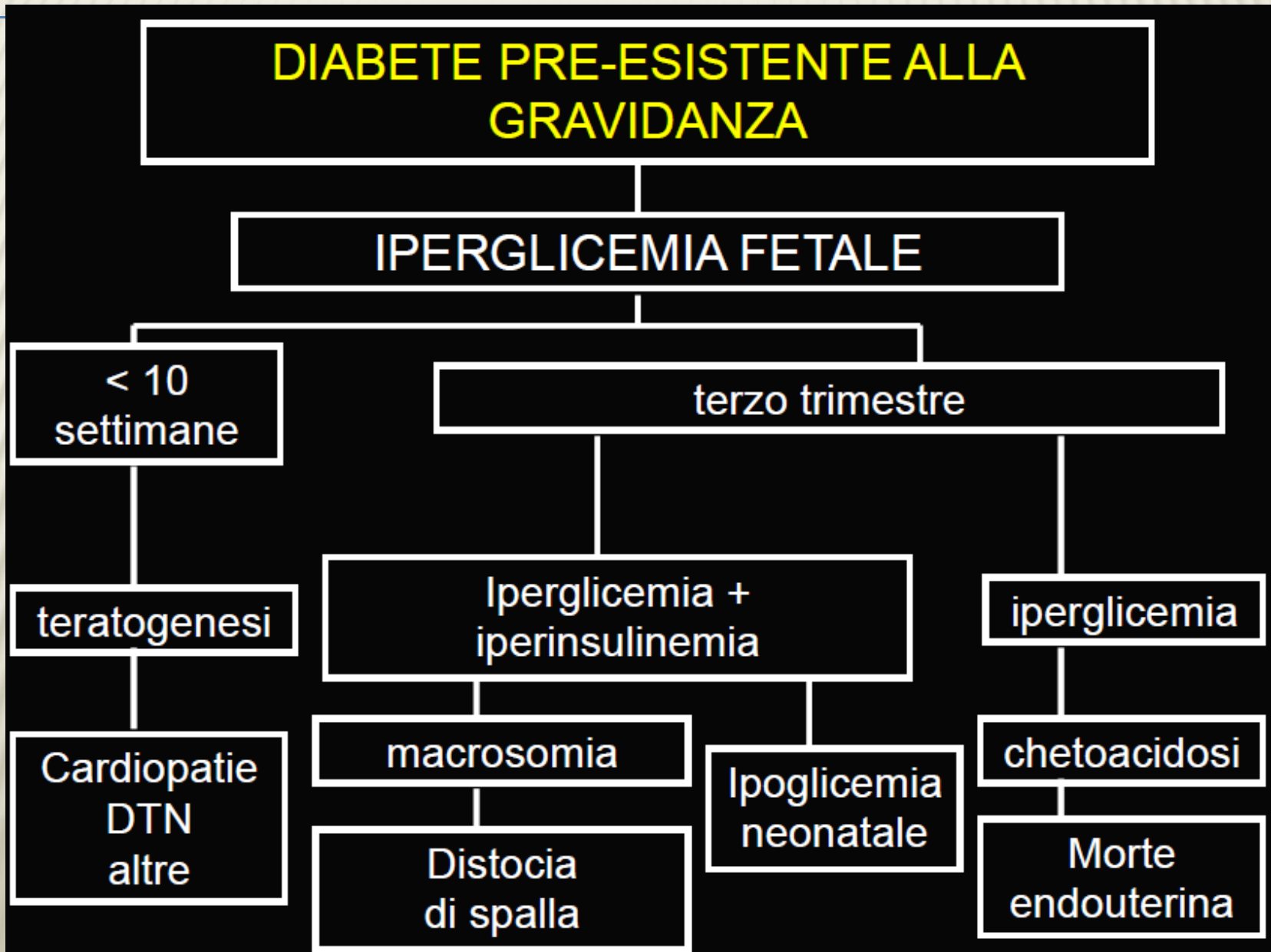


# SCREENING GDM: LINEE GUIDA ISS 2011

---

- ▶ 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, è necessario assumere 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 un'aumentata frequenza di complicazioni della gravidanza e del parto, come pre-eclampsia e 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, in particolare nei primi 5 anni dopo il parto.

# COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA



# COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA

**DIABETE GESTAZIONALE**

**IPERGLICEMIA FETALE**

terzo trimestre

iperglicemia +  
iperinsulinemia

macrosomia

distocia di spalla

ipoglicemia  
neonatale

iperglicemia

chetoacidosi

morte  
endouterina

Lo squilibrio metabolico è tardivo e le anomalie fetali sono le stesse della popolazione generale

# COMPLICANZE FETO-NEONATALI

---

- Morte improvvisa neonatale
- Macrosomia (peso neonatale > 90° centile)
- Ipoglicemia neonatale
- Sindrome da Distress Respiratorio
- Iperbilirubinemia
- Turbe elettrolitiche (ipomagnesemia, ipocalcemia)

# MORTE IMPROVVISA NEONATALE

---

- Si verifica nelle ultime 3-6 settimane di gestazione in genere nei casi di diabete gestazionale misconosciuti o inadeguatamente trattati
- L'iperglicemia materna e conseguentemente fetale porta ad una maggiore utilizzazione di glucosio da parte del feto
- Si passa quindi da un metabolismo aerobio ad uno anaerobio (ipossia fetale) con conseguente acidosi e morte fetale improvvisa.

# IPOGLICEMIA NEONATALE

---

- La cronica esposizione al glucosio induce una iperplasia marcata delle cellule  $\beta$  pancreatiche fetali con aumento della sintesi e secrezione insulinica
- Al momento della nascita viene meno il passaggio del glucosio da madre a feto, pertanto i livelli elevati di insulinemia circolante conducono ad uno stato di ipoglicemia neonatale
- L'ipoglicemia va corretta prima con l'alimentazione poi se grave ( $<25\text{mg/dL}$ ) o sintomatica (raramente si hanno convulsioni, se presenti però danno esiti neurologici a distanza nel 50% dei casi) va corretta con terapia parenterale

# SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO

---

- La cronica esposizione dei pneumociti di II ordine agli elevati livelli di insulinemia fetale determina una ridotta sintesi di surfactante
- La prematurità iatrogena determina un alto numero di ricoveri in terapia intensiva neonatale
- Il rischio di svilupparla è maggiore <38 settimane

# MACROSOMIA FETALE

---

- Definita come peso fetale  $>90^{\circ}$  centile per l'epoca gestazionale
- Predizione ecografica del peso fetale non accurata: la misura della CA o la stima del peso fetale hanno entrambe moderata validità: LR 5,7 (95% CI 4.3-7.6) e LR 6.9 (95% CI 5.2-9.0) rispettivamente

▫ (Coomarasamy e coll. BJOG 2005; 112:1461- 1466)



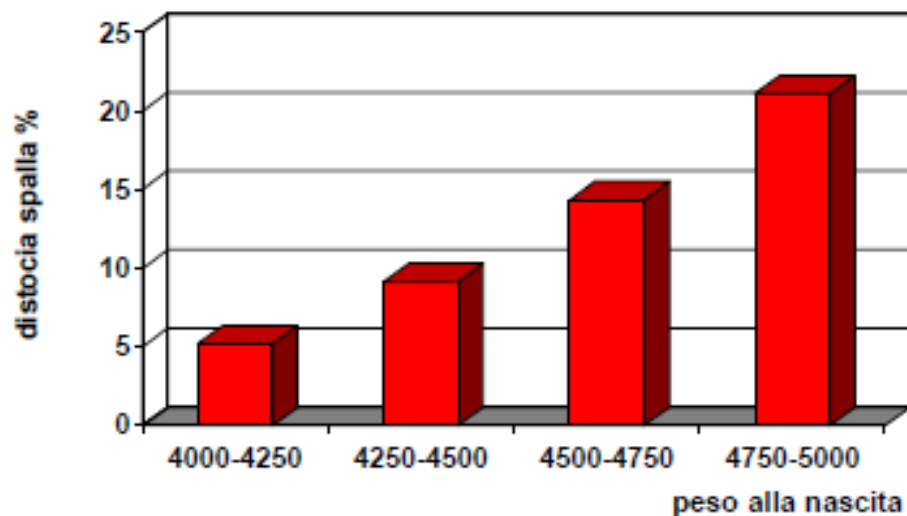
# COMPLICANZE FETO-NEONATALI PERIPARTUM

- parti operativi (6 volte)
- distocia di spalla (2-4 volte)
- trauma alla nascita
  
- Restrizione della crescita fetale (associata a volte a ipertensione/preeclampsia)
- Aumentata incidenza di anomalie fetali (3-5 volte)
- Rischio futuro per la progenie di obesità, diabete, deficit intellettivo e motorio

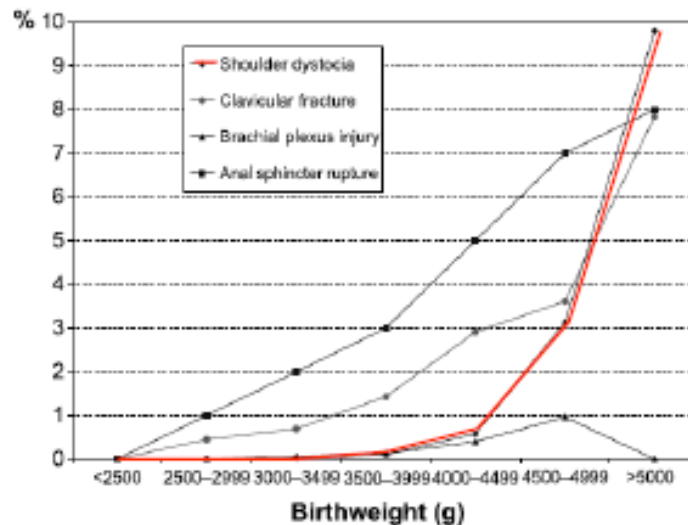
# MACROSOMIA E DISTOCIA DI SPALLA

Nesbit et al: shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California.

AJOG 179:476, 1998

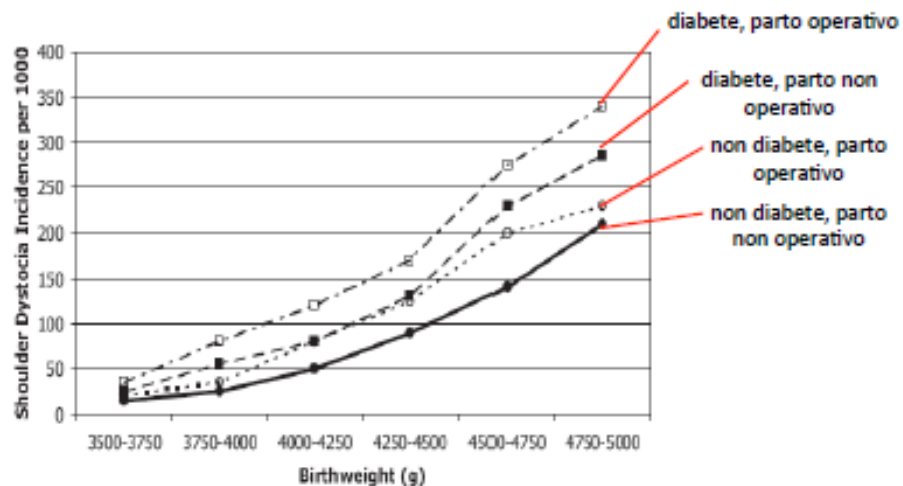


Complicazioni fetali e materne in rapporto al peso alla nascita (Svezia)



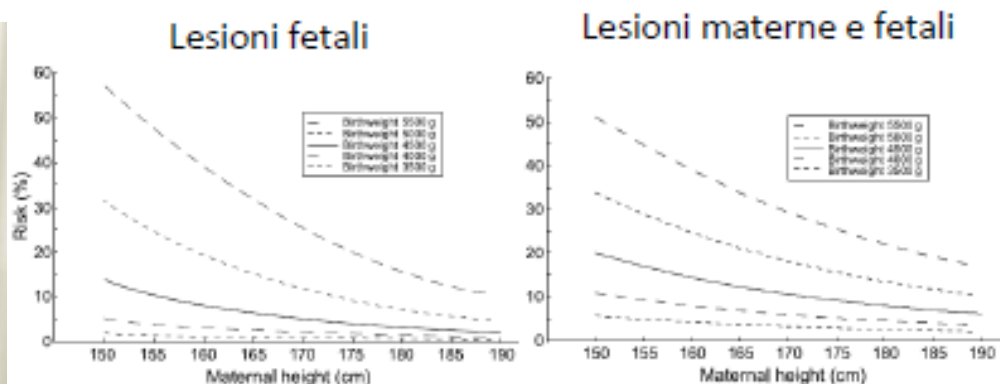
# MACROSOMIA E DISTOCIA DI SPALLA

## Distocia di spalla in funzione del peso fetale e delle modalità di parto



Nesbit et al: AJOG 179:476, 1998

## Rischio di lesioni fetali e materne in funzione del peso fetale e dell' altezza materna



Gudmundsson et al: BJOG: 112:764, 2005

# METODICHE PER PREVENIRE IL PESO FETALE

- ▣ Esame clinico, ecografia e stima materna hanno risultati simili e in genere deludenti
  - Bassa sensibilità
  - Alti tassi positivi
  - Basso valore predittivo positivo
  - Basso valore predittivo negativo
- ▣ La accuratezza diventa accettabile solo nelle popolazioni con alta prevalenza di macrosomia
  - Pazienti diabetiche
  - Pazienti oltre il termine

# ECOGRAFIA E STIMA PESO FETALE

Esistono numerose formule per il calcolo del peso fetale:

- La formula più usata (Hadlock BPD,CC,CA, femore) funziona tanto bene quanto le altre
- Formule di particolare complessità (es. uso di eco 3D) sono difficili da usare e non danno necessariamente risultati migliori
- E' probabile che soprattutto nelle gravide diabetiche formule basate sulla sola CA funzionino meglio
- La predizione di macrosomia è più accurata a 34--37 settimane che a termine

# ECOGRAFIA E PESO FETALE

Prediction of birthweight > 4000 gr  
in a low risk population (prev. 9%)

Melamed et al: UOG 38:74, 2011

Formula	Sens %	FPR %	PPV %	NPV %
Warsof	49.3	3	64.1	94.6
Hadlock (4 prmts)	71.8	7.1	52.7	96
Woo	98.5	36.4	23.2	99

Weight prediction in LGA fetuses

Rosati et al: *J Mat Fetal Med* 23:7, 2010

Formula	Mean error % $\pm$ SD	Prediction within (%)		
		5%	10%	15%
Warsof (AC)	4.16 $\pm$ 3.3	68	94	98
Hadlock (BPD,AC,F)	5.92 $\pm$ 4.9	48	80	94
Shepard (BPD,AC)	8.12 $\pm$ 4.6	32	63	92

# ECOGRAFIA E PESO FETALE

Mean error in weight prediction in LGA fetuses using different parameters

Rosati et al: *J Mat Fetal Med* 23:7, 2010

Formula	Diabetic	Non diabetic
AC only	4.00 $\pm$ 2.4	4.9 $\pm$ 3.7
HC/BPD + AC	6.7 $\pm$ 4.6	6.4 $\pm$ 4.3
HC/BPD+AC+F	4.9 $\pm$ 3.5	4.8 $\pm$ 3.4

# DISTOCIA DI SPALLA

---

- Evento imprevedibile e non prevenibile (2% dei feti macrosomi)
- Complicanze materne: emorragie e lacerazioni
- Complicanze neonatali: lesioni del plesso brachiale, fratture della clavicola e dell'omero, encefalopatia ipossico-ischemica con danno neurologico e morte



# COMPLICANZE MATERNE

---

- L'iperglicemia in gravidanza aumenta il rischio di :
- ipertensione in gravidanza
- Preeclampsia
- Parto cesareo
- Sviluppo di diabete mellito dopo la gravidanza

# MONITORAGGIO GLICEMIA NEL DG

- Pazienti con diabete gestazionale devono fare il controllo della glicemia a digiuno e un'ora dopo ciascun pasto
- Devono mantenere se possibile la glicemia a digiuno < 95 e la glicemia postprandiale <140 mg/dl
- Il dosaggio dell'HbA1C è utile in epoca preconcezionale per la stima del rischio di anomalie fetali: alti livelli di Hb glicosilata si associano ad un'aumentata incidenza di anomalie fetali (apparato cardiovascolare, SNC, scheletrico, genito-urinario)
- Dosata mensilmente, è utile nella valutazione del compenso glicemico

# MONITORAGGIO III TRIMESTRE NEL DG

---

- Controllo ecografico della crescita fetale e del liquido amniotico a 28 e 32 settimane
- Ecografia a 36 settimane per stima del peso fetale. Se  $>4500$  gr a termine, programmare il taglio cesareo a 38 settimane con

▫ **2013**



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

**PRACTICE  
BULLETIN**

*CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS*

# TIMING DEL PARTO

---

- Il parto prima del termine non è indicato salvo che in caso di: polidramnios severo, scarso controllo metabolico, restrizione della crescita fetale, ipertensione/preeclampsia
- In tutti i casi di Diabete ben compensato non vi è la necessità di indurre il parto prima del termine
- Se si decide di attendere, deve essere eseguito un monitoraggio del benessere fetale una volta alla settimana

# TIMING DEL PARTO

## Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period

NICE guideline

Published: 25 February 2015

[nice.org.uk/guidance/ng3](http://nice.org.uk/guidance/ng3)

### Timing and mode of birth

- 1.4.1 Discuss the timing and mode of birth with pregnant women with diabetes during antenatal appointments, especially during the third trimester. **[new 2015]**
- 1.4.2 Advise pregnant women with type 1 or type 2 diabetes and no other complications to have an elective birth by induction of labour, or by elective caesarean section if indicated, between 37<sup>+0</sup> weeks and 38<sup>+6</sup> weeks of pregnancy. **[new 2015]**
- 1.4.3 Consider elective birth before 37<sup>+0</sup> weeks for women with type 1 or type 2 diabetes if there are metabolic or any other maternal or fetal complications. **[new 2015]**
- 1.4.4 Advise women with gestational diabetes to give birth no later than 40<sup>+6</sup> weeks, and offer elective birth (by induction of labour, or by caesarean section if indicated) to women who have not given birth by this time. **[new 2015]**
- 1.4.5 Consider elective birth before 40<sup>+6</sup> weeks for women with gestational diabetes if there are maternal or fetal complications. **[new 2015]**
- 1.4.6 Diabetes should not in itself be considered a contraindication to attempting vaginal birth after a previous caesarean section. **[2008]**

# MANAGEMENT OSTETRICO – NICE 2015

28 weeks	<p>Offer ultrasound monitoring of fetal growth and amniotic fluid volume.</p> <p>Offer retinal assessment to all women with pre-existing diabetes.</p> <p>Women diagnosed with gestational diabetes as a result of routine antenatal testing at 24–28 weeks enter the care pathway.</p>
32 weeks	<p>Offer ultrasound monitoring of fetal growth and amniotic fluid volume.</p> <p>Offer nulliparous women all routine investigations normally scheduled for 31 weeks in routine antenatal care.</p>
34 weeks	<p>No additional or different care for women with diabetes.</p>
36 weeks	<p>Offer ultrasound monitoring of fetal growth and amniotic fluid volume.</p> <p>Provide information and advice about:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ timing, mode and management of birth</li> <li>▪ analgesia and anaesthesia</li> <li>▪ changes to blood glucose-lowering therapy during and after birth</li> <li>▪ care of the baby after birth</li> <li>▪ initiation of breastfeeding and the effect of breastfeeding on blood glucose control</li> <li>▪ contraception and follow-up.</li> </ul>
37 <sup>+0</sup> weeks to 38 <sup>+6</sup> weeks	<p>Offer induction of labour, or caesarean section if indicated, to women with type 1 or type 2 diabetes; otherwise await spontaneous labour.</p>
38 weeks	<p>Offer tests of fetal wellbeing.</p>
39 weeks	<p>Offer tests of fetal wellbeing.</p> <p>Advise women with uncomplicated gestational diabetes to give birth no later than 40<sup>+6</sup> weeks.</p>

# TIMING DEL PARTO

	<b>ACOG Practice Bulletin 2013</b>	<b>NICE guidelines 2015</b>
<b>Diabete pre-gestazionale</b>	39 - 40	37 - 38+6 TC solo se indicato (macrosomia)
<b>Diabete pre-gestazionale NON compensato</b>	Entro 39	Entro 37+0
<b>Diabete gestazionale</b>	Sovrapponibile a gravidanza fisiologica	Parto non oltre 40+6

# FOLLOW UP MATERNO

---

- una curva da carico glicemico dovrebbe essere effettuata dopo almeno 6 settimane dal parto per escludere un diabete persistente
- se normale, la curva da carico deve essere comunque ripetuta dopo 3 anni
- se alterata, deve essere ripetuta dopo 1 anno




## .....A LUNGO TERMINE

---

- Si stima che circa il 50% delle pazienti affette da GDM svilupperà DM II entro i successivi 5 anni
- Ci sono scarse informazioni sui rischi cardiovascolari delle donne con precedente GDM
- Anche se è opinione diffusa che la prole di madri con GDM è a rischio di sviluppare obesità e alterazioni del metabolismo glicemico, l'entità del rischio non è quantificabile

# IL NOSTRO PROTOCOLLO PER IL DIABETE GESTAZIONALE

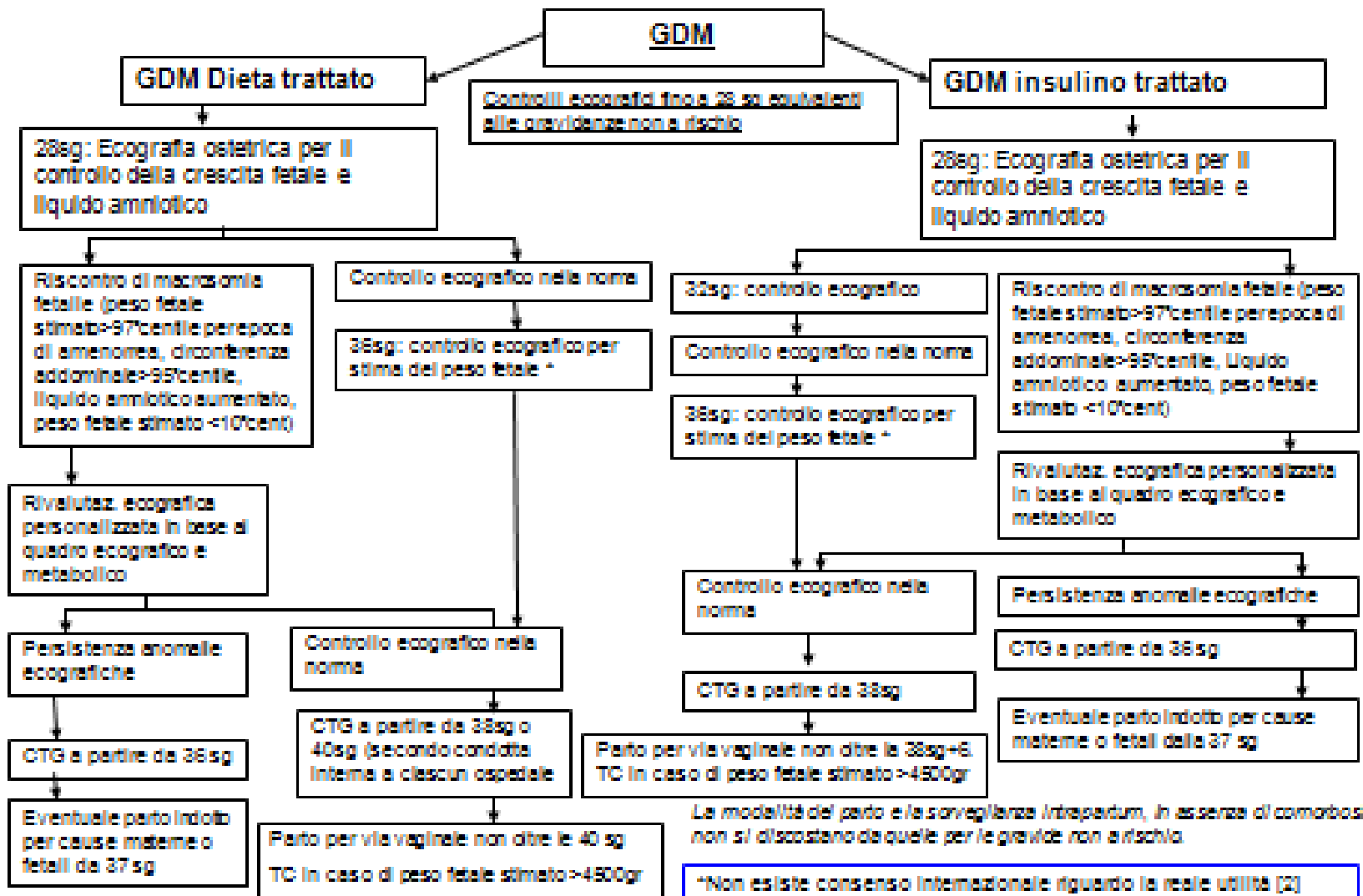
	<b>PDTA DIABETE GESTAZIONALE</b>	PDTA - 004	
		UOSD DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA	Rev. 0 Data 13/10/2015

## PDTA DIABETE GESTAZIONALE

Gruppo di lavoro	Firma
Dott.ssa Simonetta Lombardi	<i>Simonetta Lombardi</i>
Dott.ssa Silvana Costa	<i>Silvana Costa</i>
Dott.ssa Chiara Marangon	<i>Chiara Marangon</i>
Dott.ssa Romina Cazzaro	<i>Romina Cazzaro</i>
Dott. Carmelo Pamio	<i>Carmelo Pamio</i>
Dott.ssa Rosita Vassallo	<i>Rosita Vassallo</i>
Dott. Giovanni Martini	<i>Giovanni Martini</i>
Dott.ssa Claudia Guaraldi	<i>Claudia Guaraldi</i>
Dott. Eleonardo Schieven	<i>Eleonardo Schieven</i>
Dott. Valentino Miconi	<i>Valentino Miconi</i>
Dott.ssa Liliana Lora	<i>Liliana Lora</i>
Dott. Natalino Bianco	<i>Natalino Bianco</i>
Coordinatore Davide Navetti	<i>Davide Navetti</i>
Coordinatore Maria Luisa Pala	<i>Maria Luisa Pala</i>
Coordinatore Guido Bianchini	<i>Guido Bianchini</i>
Infermiere Sabrina Cozza	<i>Sabrina Cozza</i>
Dott.ssa Silvia Rancan	<i>Silvia Rancan</i>

- Condivisione percorso fra ginecologi, diabetologi, MMG, medici di laboratorio e pediatri dell'ULSS5
- Punti di forza: dopo lo screening prenotazione diretta presso diabetologia del followup, dopo la gravidanza prenotazione da parte del diabetologo di curva di controllo
- La condivisione del percorso permette l'uniformità di comportamento

## Management della paziente in gravidanza con diabete gestazionale (GDM)



La modalità del parto e la sorveglianza intrapartum, in assenza di comorbidità non si discostano da quelle per le gravide non a rischio

\*Non esiste consenso internazionale riguardo la reale utilità [2]

# LA NOSTRA ESPERIENZA

---

- 55% di pazienti straniere
- 40% delle gravide con diagnosi di GDM ha un'età > 35 anni
- Rispetto la letteratura 30% di terapia insulinica

# PUNTO NASCITA DI VALDAGNO 2013

	N° GRAVIDE	INDUZIONI	PS	TC	TC PROGRAMMATI
NIT	5 (17.9%)	4	2(1 VO)	3	1
IT	23 (82,1%)	16	12 (1VO)	11	6
N° TOTALE PARTI 28 (100%) IL 4.6% DELLE GRAVIDE È AFFETTO DA DIABETE					

GESTAZIONALE, PREVALENTEMENTE INSULINO TRATTATO. IL 50% DEI DG NIT HA PARTORITO, L'ALTRO 50% HA AVUTO UN PARTO CESAREO PER COMPLICANZE IN TRAVAGLIO; DEI DGIT IL 52.2% HA PARTORITO DOPO INDUZIONE CHE È STATA ESEGUITA FRA 38 E 39 SETTIMANE GESTAZIONALI, CON PESI ALLA NASCITA < 4000KG TRANNE IN UN CASO DI 4210; NEL 47.8% HA PARTORITO MEDIANTE TAGLIO CESAREO DI CUI PIU' DELLA META' ERANO TAGLI CESAREI PROGRAMMATI (INDICAZIONE PREVALENTE PREGRESSO TC 1 TC GEMELLARE 1 PER RETINOPATIA) IL RESTANTE ERANO TC IN TRAVAGLIO O PER DISTOCIA O PER FALLITA INDUZIONE, SOLO UN NATO AVEVA

# PUNTO NASCITA VALDAGNO - 2014

	N°GRAVIDE	INDUZIONI	PS	TC	TC PROGRAMMATI O ALTRI MOTIVI
NIT	5 (20.8)	2	2	3	2
IT	19 (79.2%)	14	10	9	4
	24 (100%)	16	12 (50%)	12 (50%)	6

SU UN TOTALE DI 553 NATI, IL 4.3% DELLE GRAVIDE È AFFETTO DA DIABETE GESTAZIONALE, PREVALENTEMENTE INSULINOTRATTATO. DEI DGNIT IL 50% HA PARTORITO SPONTANEAMENTE, L'ALTRO 50% HA AVUTO UN PARTO CESAREO PER COMPLICANZE IN TRAVAGLIO, NON LEGATE AL DG

NEI DGNIT TUTTE HANNO PARTORITO SPONTANEAMENTE DOPO INDUZIONE

SE CONSIDERARIAMO SOLO LE INDUZIONI (16) 12 HANNO PARTORITO SPONTANEAMENTE DOPO INDUZIONE DI CUI 10 ERANO DGIT, DEI TC DOPO INDUZIONE (6) 5 ERANO DGIT 2 PER FALLITA INDUZIONE 1 PER AIT. CTG: 2 PER DISTOCIA 1 SOLO CON PESO >4000 (4300GR). LF

# PUNTO NASCITA VALDAGNO - 2015

	N°GRAVIDE	INDUZIONI	PS	TC	TC PROGRAMMATI
NIT	6	4	3 (1 NON INDOTTO)	3	1
IT	1	1	1	0	0
	7	5	4	3	1

N° TOTALE PARTI 490; GRAVIDE AFFETTE DA DIABETE GESTAZIONALE 1,5%  
DEI TRAVAGLIO INDOTTI IL 50% HA PARTORITO SPONTANEAMENTE, IL 50% HA PARTORITO CON TAGLIO CESAREO PER MANCATO IMPEGNO DELLA PARTE PRESENTATA

DATI CORRETTI?

# IN CONCLUSIONE

---

- L'ADOZIONE DI UN PROTOCOLLO PER IL DIABETE GESTAZIONALE CONSENTE LA RIDUZIONE DELLE COMPLICANZE MATERNO FETALI, SIA PER L'ADEGUATO CONTROLLO GLICEMICO MATERNO FETALE, CHE PER L'ADEGUATA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE
- L'INNALZAMENTO DELL'EPOCA DI INDUZIONE, RIDUCE IL NUMERO DI INDUZIONI, AUMENTA I TRAVAGLI SPONTANEI E RIDUCE IL RISCHIO DI COMPLICANZE DEL TRAVAGLIO ED IL RISCORSO AL TAGLIO CESAREO
- ADEGUATA RACCOLTA DATI ANCHE DELLE COMPLICANZE NEONATALI, CONSENTIRA' DI CONTROLLARE L'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO E LA SUA EFFICACIA IN TERMINI DI RISCHIO MATERNO-FETALE





**GRAZIE PER L'ATTENZIONE.....**