

In data odierna \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nel corso del primo colloquio con il Dott \_\_\_\_\_ vengo informata che la mia condizione di sovrappeso ( BMI ---) inquadrata secondo letteratura come nello specchio qui sotto riportato ed espressa in BMI ( Un indicatore di un rapporto tra peso ed altezza)

<b>BMI</b>	<b>Condizione di Peso Corporeo</b>
Intorno 18.5	Sottopeso
18.5-24.9	Normale
25-29.9	Sovrappeso
30 ed oltre	Obesa
40 ed oltre	Estremamente Obesa

[www.mayoclinic.com/health/pregnancy-and-obesity/MY01943](http://www.mayoclinic.com/health/pregnancy-and-obesity/MY01943)

Il mio BMI nel contesto del quadro qui sopra mi inquadra come \_\_\_\_\_. Questa condizione mi espone -contestualmente al mio desiderio di gravidanza - ad una riduzione della efficacia delle cure dei programmi di fecondazione assistita per la soluzione del mio problema di sterilità e ad un aumentato rischio di morbilità materno-fetale nonché postnatale.

I rischi associati ad una gravidanza per una donna obesa rispetto ad una donna in normopeso sono: abortività, anomalie congenite fetali, tromboembolismo, diabete gestazionale, pre-eclampsia, parto complicato, emorragie postpartum, infezioni , morti fetali e neonatali, aumentato rischio di ricorso a taglio cesareo . Infine esistono dati parziali che suggeriscono che l'obesità potrebbe costituire un rischio aumentato di morte materna rispetto alle donne in normopeso ( Il 28% di gravide morte nel triennio 2003-2005 raccolte dal Confidential Enquiry into Maternal and Child report era obesa verso una prevalenza di obesità nella popolazione generale del 16%-19%)

Vengo informata ed io esaustivamente comprendo che una riduzione del peso sotto guida medica mi migliorerebbe la prognosi delle cure e ridurrebbe parte dei rischi qui sopra riportati in misura solo per alcuni di essi calcolabili. Consapevole di questa indicazione e delle raccomandazioni dei medici con cui mi sono confrontata mi impegno a rivolgermi a specialisti internisti e/o psicoalimentaristi nelle finalità di una riduzione di peso utile per ridurre i rischi riportatimi e per migliorare l'efficacia delle cure.

Vengo altresì informata che è sconsigliabile iniziare una gravidanza senza prima avere portato il mio BMI < 30 .

Da ultimo vengo informata che in ogni caso , sia quello di un successo nella perdita di peso che in quello di un successo parziale od insuccesso con la reiterata volontà di proseguire e nella ricerca di una gravidanza, consapevole dei rischi cui andrò in corso dei quali i medici mi hanno già esaustivamente premesso, vengo informata che essi **NON PROCEDERANNO IN ALCUN CASO AD UN TRASFERIMENTO DI PIU DI UN EMBRIONE PER TRANSFER** per ridurre al minimo il rischio di possibili gravidanze gemellari. Né peraltro procederanno in alcun caso ad una procedura di Inseminazione Intrauterina.

Tutto questo avendo integralmente inteso e avendo anche ascoltato ogni possibile alternativa di soluzione ai miei problemi, sottoscrivo e mi rimetto ad un primo controllo tra 6 mesi.

Dott \_\_\_\_\_ Signora \_\_\_\_\_

1 controllo dopo circa 6 mesi -> A fronte di una riduzione di peso con nuovo BMI ricalcolato di \_\_\_\_\_ e della volontà della signora di proseguire con un ulteriore calo di peso già concordato con il proprio terapeuta, si soprassiede allo inizio delle cure per ulteriori 6 mesi

Dott \_\_\_\_\_ Signora \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

2 controllo dopo circa 6 mesi ( un anno dal counseling) -> A fronte di un successo/insuccesso della strategia di ridurre il peso corporeo fino al raggiungimento di un risultato utile a ridurre il rischio complesso già in precedenza illustrato, decido di proseguire con le cure iniziando un percorso di gravidanza a rischio per il quale il medico mi ha dato ampia spiegazione e ciò nonostante decido in autonoma ed esplicita consapevolezza di affrontare questo rischio per la mia impossibilità a ridurre ulteriormente il peso e la mia determinata volontà ad avere un figlio.

Signora \_\_\_\_\_ Dott \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Nel counseling di accesso alle coppie che scelgono di intraprendere programmi di fecondazione assistita e possibilmente nelle pratiche ginecologico ostetriche, pubbliche e private, delle coppie che non ricorrono all'impiego di queste tecniche andrebbe chiaramente esplicitato che una condizione di obesità ( con BMI > a 40 , come gruppo maggiormente a rischio e con BMI tra 35.1 e 40 , come gruppo di rischio minore ma sempre significativo) espone le donne che iniziano una gravidanza a maggiori rischi rispetto a coloro che sono di BMI inferiore. Specificamente questi rischi sono: pre-eclampsia, morte fetale anteparto, parto mediante taglio cesareo, parto operativo, distocia di spalla, aspirazione di meconio, morte neonatale precoce. Sono inoltre descritte complicanze emocoagulative , maggiori rischi di diabete gestazionale .La obesità materna in una gravidanza precoce è associata significativamente ad un numero importante di complicazioni legate alla gravidanza ed a condizioni neonatali. (Cedergren MI . Obstetrics and Gynecology February, 2004 - vol 103, Issue 2 – pp219-224)

L'obesità ( BMI>30) riduce inoltre i successi delle pratiche di fecondazione assistita.

BMI	Condizione di Peso Corporeo
Intorno 18.5	Sottopeso
18.5-24.9	Normale
25-29.9	Sovrapeso
30 ed oltre	Obesa
40 ed oltre	Estremamente Obesa

[www.mayoclinic.com/health/pregnancy-and-obesity/MY01943](http://www.mayoclinic.com/health/pregnancy-and-obesity/MY01943)

## **Come può una obesità inficiare la mia gravidanza ?**

***Se sei obesa durante la gravidanza aumenti i rischi di varie complicazioni, tra le quali:***

**Diabete Gestazionale** . Donne che sono obese hanno un maggiore rischio di sviluppare un diabete gestazionale rispetto a donne di peso normale.

**Preeclampsia**. Donne obese hanno un rischio aumentato di sviluppare una pressione sanguigna alta e proteine nelle urine dopo la 20° settimana di gravidanza ( preeclampsia).

**Infezioni**. Donne obese durante la gravidanza hanno un aumentato rischio di infezioni nel tratto urinario. L'obesità induce anche un rischio aumentato di infezioni post-partum sia nel caso di un parto vaginale che in quello di un parto chirurgico.

**Trombosi**. Donne obese durante la gravidanza sono ad alto rischio per lo sviluppo di una serie di condizioni nelle quali si formino coaguli all'interno dei vasi sanguigni (Trombosi).

**Apnea ostruttiva notturna**. Donne obese in gravidanza sono ad aumentato rischio di un disturbo molto serio del sonno nel quale il respiro si blocca ripetutamente e riparte ( Obstructive Sleep Apnea) . La gravidanza può anche peggiorare una simile condizione pre-esistente.

**Gravidanza oltre termine**. L'obesità aumenta il rischio per il quale una gravidanza prosiegua oltre il termine atteso per l'espletamento del parto stesso

Problemi durante il travaglio di parto. L'induzione del travaglio di parto è maggiormente frequente nelle donne obese. L'obesità può inoltre interferire con l'impiego di alcuni farmaci come quelli impiegati per il blocco epidurale.

**Taglio Cesareo.** L'obesità aumenta il rischio di taglio cesareo elettivo e di urgenza. L'obesità aumenta inoltre il rischio di complicazioni del taglio cesareo , come una guarigione ritardata ed infezioni delle ferite. Donne obese hanno inoltre una ridotta possibilità di partorire con successo per via vaginale dopo un taglio cesareo.

**Interruzioni di gravidanza.** L'obesità comporta un aumentato rischio di aborto spontaneo e morte fetale.

[www.mayoclinic.com/health/pregnancy-and-obesity/MY01943](http://www.mayoclinic.com/health/pregnancy-and-obesity/MY01943)

# Gestione della donna con obesità in gravidanza

Dalle Linee Guida della Centre for Maternal and Child Enquires ( CMACE) e del Royal College Obstetrics and Gynecology (RCOG)

Pubblicate il 19 marzo 2010

L'obesità è diventato il fattore di rischio di più frequente occorrenza in gravidanza. Viene definita Obesità un Body Mass Index (BMI) di 30 kg/m<sup>2</sup> o maggiore alla prima consultazione in gravidanza. Esistono tre diverse classi di obesità: BMI 30-34.9 (Classe 1) ; BMI 35-39.9 (Classe 2) e BMI 40 ed oltre (classe 3 ) Mentre la maggior parte delle raccomandazioni riguardano donne con BMI di 30 , alcune raccomandazioni sono specificamente dirette a classi di obesità maggiori. Anche donne con pesi vicine ai valori soglia di queste definizioni possono beneficiare delle raccomandazioni quivi inserite comunque la scelta dei cut-offs riflette considerazioni ponderate degli interventi medici verso la determinazione del rischio, quali la prevalenza locale della condizione del rischio e la organizzazione sanitaria del luogo in cui le donne portatrici di questo rischio vivono. I servizi di assistenza sanitaria per le gravide possono migliorare sensibilmente i rischi delle donne obese seguendo le raccomandazioni espresse. Le raccomandazioni si rivolgono a prima del concepimento, durante e dopo la gravidanza.

I rischi associati ad una gravidanza per una donna obesa rispetto ad una donna in normopeso sono: abortività, anomalie congenite fetali, tromboembolismo, diabete gestazionale, pre-eclampsia, parto complicato, emorragie postpartum, infezioni , morti fetali e neonatali, aumentato rischio di ricorso a taglio cesareo . Infine esistono dati parziali che suggeriscono che l'obesità potrebbe essere un rischio aumentato di morte materna rispetto alle donne in normopeso ( Il 28% di gravide morte nel triennio 2003-2005 raccolte dal Confidential Enquiry into Maternal and Child report era obesa verso una prevalenza di obesità nella popolazione generale del 16%-19%)

## **Cosa è necessario prevedere nella presa in carico delle donna obese in età riproduttiva?**

### **4 Attenzioni prima della gravidanza .**

Un buon servizio sanitario deve assicurarsi che tutte le donne in età gravidica abbiano l'opportunità di ottimizzare il loro peso prima di una gravidanza . Suggerimenti utili per il loro peso corporeo ed il loro stile di vita devono essere assicurati durante ogni consultazione medica e peso, altezza e BMI vanno monitorati costantemente. D

Donne in età da gravidanza con BMI > 30 devono ricevere informazioni e suggerimenti circa il loro rischio della obesità durante la gravidanza e puerperio e devono essere supportate nella perdita di peso prima della gravidanza. D

Una analisi comparativa tra donne obese e donne che non sono obese le prime hanno un aumentato rischio per abortività, anomalie congenite fetali, tromboembolismo, diabete gestazionale, pre-eclampsia, parto complicato, complicazioni anestesilogiche, emorragie postpartum, infezioni , morti fetali e neonatali, aumentato rischio di ricorso a taglio cesareo . Esse hanno inoltre una minore possibilità di avere latte o di continuare per tempi adeguati ad averne . I bimbi nati da donne obese hanno aumentato rischio di morte fetale, anomalie congenite, prematurità, macrosomia,

e morte neonatale. Aumentao rischio inoltre di obesita e disordini metabolici nella infanzia.  
EVIDENZA 2++

Il rischio di pre-eclampsia valutato in uno studio svedese su 151,025 donne tra una gravidanza e la successiva ha dimostrato che , diabete gestazionale mellito ( GDM) , di dimensioni oltre l'epoca gestazionale del feto, il ricorso al taglio cesareo, e le morti fetali sono correlate linearmente all'aumento di peso guadagnato dalle donne stesse. EVIDENZA 2+

In uno studio di coorte di 4102 donne non diabetiche obese prima della prima gravidanza con feto singolo ripèorta che una riduzione di peso di almeno 4.5 kg riduce il rischio di diabete gestazionale fino al 40% . La riduzione non va ottenuta a gravidanza in corso pena un rischio sullo sviluppo del tubo neurale del feto . EVIDENZA 2-

**Donne con un BMI  $\geq 30$  che desiderano iniziare una gravidanza devono essere incoraggiate ad usare 5 mg di supplementazione con acido folico al giorno iniziando almeno un mese prima del concepimento e continuando nel primo trimestre di gravidanza.**

**Tutti i professionisti sanitari che ruotano attorno ad una donna gravida devono assicurarsi di informare e verificare che le donne con BMI > 30 seguano il consiglio di assumere 10 microgrammi di Vitamina D al giorno durante la gravidanza e lo allattamento. C**

## **5 Provvedimenti per la gestione prenatale**

**La gestione della donna gravida obesa deve essere integrata in ogni passaggio clinico prenatale da procedure chiare e linee guida disponibili**

**6 Ogni donna gravida dovrebbe avere peso ed altezza misurati con strumenti appropriati e con un calcolo di BMI . La misurazione dovrebbe essere annotata e registrata su cartella e sulla cartella elettronica.**

**7 Ogni donna con BMI >30 deve essere informata accuratamente e con informazioni accessibili dei rischi associati con la obesità in gravidanza e come queste possono essere minimizzate . Le donne devono avere l'opportunità di discutere queste informazioni.**

## **8 Valutazione del rischio durante la gravidanza**

**8.1 Donne gravide con BMI  $\geq 40$  devono avere una consultazione con un anestesista ostetrico così che potenziali difficoltà per l'accesso venoso, anestesia regionale o generale possano essere riconosciute in anticipo. Un piano di analgesia del parto dovrebbe essere discusso e la discussione documentata in cartella.**

**Donne con BMI  $\geq 40$  devono avere una documentazione della valutazione nel loro terzo trimestre di gravidanza da parte di personale adeguatamente qualificato per determinare la esperienza manuale richiesta per quel parto e considerare i temi della compliance tissutale.**

## **9 Tromboprofilassi**

### **9.1 Quali precauzioni prendere per minimizzare il rischio di tromboembolismo in donne con obesità materna?**

**Donne con BMI  $\geq 30$  devono essere valutate nella loro visita prenatale e durante la gravidanza per il loro rischio trombo embolico. L'uso prenatale e postpartum della profilassi deve essere considerata utilizzando le linee guida specifiche del RCOG Clinical Green Top Guidelines No 37 ( che prevedono l'uso di eparina a basso peso molecolare nelle donne con BMI  $>30$  e due o più fattori di rischio aggiuntivi. Laddove ne venga fatto uso questo va proseguito per le prime sei settimane postpartum)**

**Nelle donne con BMI  $>30$  che lo richiedono si deve usare una dose appropriata per peso materno secondo le suddette linee guida.**

**Le stesse donne vanno incoraggiate a mobilitarsi quanto prima possibile.**

**A tutte le donne con BMI  $>40$  va offerta la trombo profilassi postnatale in accordo con la modalità con cui è avvenuto il parto**

## **10 Sorveglianza materna e screening**

### **10.1 Quale considerazione specifica deve essere portata nella sorveglianza di una donna obesa?**

**Va impiegata una bracciale per la misurazione della pressione sanguigna adeguato alla dimensione della donna e il dato va riportato in cartella.**

**Donne con BMI  $>35$  hanno un aumentato rischio di pre-eclampsia e devono pertanto sottoporsi ad una sorveglianza specifica secondo criteri della Pre-eclampsia COMMUNITY GUIDELINE (PRECOG) del 2004.**

**Tutte le donne con BMI  $>30$  devono essere studiate per il diabete gestazionale così come raccomandato dalla NICE Clinical guidelines 63 ( Diabetes in Pregnancy , July2008).**

## **11 Pianificazione del travaglio e del parto**

**Cosa va discusso con la donna con obesità materna riguardo il proprio travaglio e parto?**

**Donne con BMI  $>30$  devono discutere prima del parto delle possibili complicazioni intraparto associate con il loro BMI e devono essere congiuntamente considerate le strategie utili. Questo va documentato nelle note in cartella.**

**Donne con BMI  $>30$  devono prendere una decisione personalizzata per un parto vaginale dopo cesareo che deve fare seguito ad una discussione sui fattori clinici rilevanti per questa scelta.**

## **12 Assistenza durante il parto**

### **12.1 Dove dovrebbe partorire una donna obesa?**

**Una donna con BMI  $>35$  deve partorire in una unità ostetrica di riferimento dotata di appropriati servizi di assistenza neonatale come raccomandato dalle NICE Clinical Guidelines No 55 ( Intrapartum Care sept 2007)**

### **12.2 L'obesità materna rappresenta una indicazione per l'induzione del travaglio?**

**No in assenza di altre indicazioni mediche od ostetriche questa non rappresenta di per sé una indicazione e va incoraggiato il parto spontaneo.**

**12,3 Quali linee di comunicazione sono richieste durante un travaglio ed un parto nelle donne con obesità materna?**

**La disponibilità di un anestesista deve essere verificata quando una donna con BMI >40 si presenta al punto nascita con il rischio di un parto o intervento anticipato. Questa comunicazione va annotata nelle note della ostetrica**

**Lo staff operatorio va allertato ogni qualvolta una donna di peso >120 kg si avvicina alla struttura per un possibile intervento**

**Un ostetrico ed un anestesista con una esperienza specifica di almeno 6 anni in training o in una equivalente esperienza in non training deve essere informato e disponibile per la assistenza di donne con BMI>40 durante il travaglio o il parto, incluso la necessità per un possibile parto perativo vaginale od addominale e per una valutazione clinica routinaria.**

**12.4 quale assistenza ostetrica è richiesta durante il travaglio per una donna con BMI elevato ?**

**Una assistenza ostetrica continua**

**12.5 Quali interventi specifici sono necessari per una donna obesa durante il travaglio ed il parto ?**

**Donne con BMI>40 devono avere un accesso venoso stabilito nel travaglio iniziale**

**Tutte le donne con BMI>30 devono essere sensibilizzate ad avere una gestione attiva nel terzo stadio del loro travaglio. E questo va documentato in cartella.**

**Donne con BMI >30 che si sottopongono a taglio cesareo hanno un aumentato rischio di infezioni e devono ricevere profilassi antibiotica al momento della gravidanza come raccomandato dalle NICE Clinical Guidelines No 13 ( Caesarian Section , April 2004)**

**Come raccomandato dalle NICE No13 donne che si sottopongono a taglio cesareo che hanno >2 cm di grasso sottocutaneo devono avere sutura dello spazio sottocutaneo per ridurre le infezioni degli spazi ed avere cicatrizzazioni di seconda intenzione.**

**13 Assistenza postnatale e follow-up dopo la gravidanza**

**Quando iniziare lo allattamento e quanto mantenerlo?**

**13.1 L'obesità si associa con una scarsa possibilità di allattamento al seno ed una riduzione della sua durata. Donne con BMI>30 devono ricevere un adeguato supporto di specialisti e consigli allo scopo prima e dopo la nascita riguardo i benefici , l'inizio ed il mantenimento dello allattamento**

**13.2 Quale continuità assistenziale richiedono le donne obese a seguito della loro gravidanza ? Donne con BMI >30 devono continuare a ricevere suggerimenti nutrizionali da professionisti di scopo nella finalità di ridurre il loro peso.**

**Tutte le donne con BMI>30 che hanno esperito un diabete gestazionale devono sottoporsi a test di tolleranza al glucosio dopo 6 settimane dal parto**

**Tutte le donne con BMI>30 e diabete gestazionale con test di tolleranza al glucosio normale devono essere seguite dal loro medico di famiglia con screening per riconoscere un eventuale sviluppo di diabete di tipo 2.**

**Tutte le donne con BMI >30 che hanno avuto diagnosi di diabete gestazionale devono sottoporsi a screening annuale per fattori di rischio cardiometabolici e deve essere loro suggerito uno stile di vita con gestione della riduzione del loro peso corporeo**

#### **14 Linee Guida locali**

**Cosa deve essere incluso nelle linee guida locali sul management delle obesità matrne?ùOgni unità di maternità deve avere linee guida multidisciplinari accessibili che siano comunicate a tutti gli individui e le organizzazioni che provvedono alla assistenza della donna gravida con BMI>30. Queste linee guida devono insidere considerazioni di:**

**Criteri di riferimento**

**Risorse utili agli scopi gestionali e dotazioni.**

**Assistenza in gravidanza**

**Luogo per partorire e assistenza al parto**

**Dotazione di servizi anestesilogici**

**Gestione delle emergenze ostetriche**

**Consigli postnatali**

#### **15 Risorse utili agli scopi gestionali e dotazioni.**

**15.1 Quali sono i processi di verifica utili per essere certi che una unità di maternità abbia risorse ed apparecchiature appropriate per la gestione della gravida obesa?**

**Tutte le unità di maternità debbono avere una documentata valutazione del rischio contestualizzato nella sede in oggetto , specificamente riguardo le risorse per assistere in appropriatezza le donne gravide con BMI>30. Questa valutazione deve seguire questi specifici requisiti:**

**Spazio per la movimentazione di uomini e apparecchiature**

**Accessibilità incluse la larghezza degli accessi e le soglie**

**Piani di lavoro ( letti, pavimentazioni ecc) sicuri ( fino ad una tolleranza di 250 Kg)**

**Camici adeguati**

**Appropriato approvvigionamento**

**Trasporto**

**Livelli di personale adeguati**

**Disponibilità di:**

**Misuratori di pressione a bracciale largo**

**Bilance adeguate**

**Sedie larghe**

**Sedie a rotelle larghe**

**Dotazione per ecografie in sede**

**Ecc**

**Una unità di maternità deve avere una lista centrale di tutti i presidi ed apparecchiature o strumentazioni richieste per proffedere in modo sicuro alla assistenza della donna con BMI >30.**

#### **16 Formazione delle figure professionali coinvolte**

**16.1 quali sono le nozioni e le formazioni sul campo necessarie per la gestione della donna gravida obesa ?**

**Tutte le figure professionali coinvolte nella gestione della donna obesa gravida devono essere istruiti sulla nutrizione materna e sul suo impatto sulla salute materna, fetale e postnatale.**

**Tutti gli stessi attori devono ricevere una istruzione sul campo per impadronirsi della manualità necessaria nell'uso dell'equipaggiamento specialistico necessario per la gestione prenatale e postnatale della gravida obesa**

**17 area di ricerca Omissis**

**18 Standards per Audits**

**Proporzione di donne con BMI>30 che fanno uso di supplementazione di 5 g di acido folico prima della gravidanza**

**Proporzione delle donne con BMI >30 che cominciano 10 microgrammi di calcio giornaliero prima o durante la gravidanza**

**Proporzione delle donne gravide che hanno una registrazione di altezza, peso e BMI nella maternità nelle note scritte e codificate a mezzo cartella elettronica.**

**Proporzione delle donne con BMI>40 che hanno avuto una valutazione anestesiológica prenatale.**

**Proporzione delle donne con BMI>30 e due ulteriori fattori di rischio per malattia trombo embolica che hanno iniziato una trombo profilassi farmacologica prescritta precedentemente la nascita**

**Proporzione di quante donne con BMI>40 hanno assunto trombo profilassi prescritta dopo la nascita**

**Proporzione di donne con BMI >30 che hanno avuto un test di tolleranza al glucosio durante la gravidanza**

**Proporzione di donne con BMI>30 che hanno avuto una gestione attiva della terza fase del travaglio**

**Indicazioni per la induzione del travaglio di parto nelle donne con BMI >30**

**Proporzione dei parti operativi e dei tagli cesarei nelle donne con BMI>40 che sono state assistite da un ostetrico/a ed un anestesista con una esperienza di esercizio guidato di 6 anni o di più**