

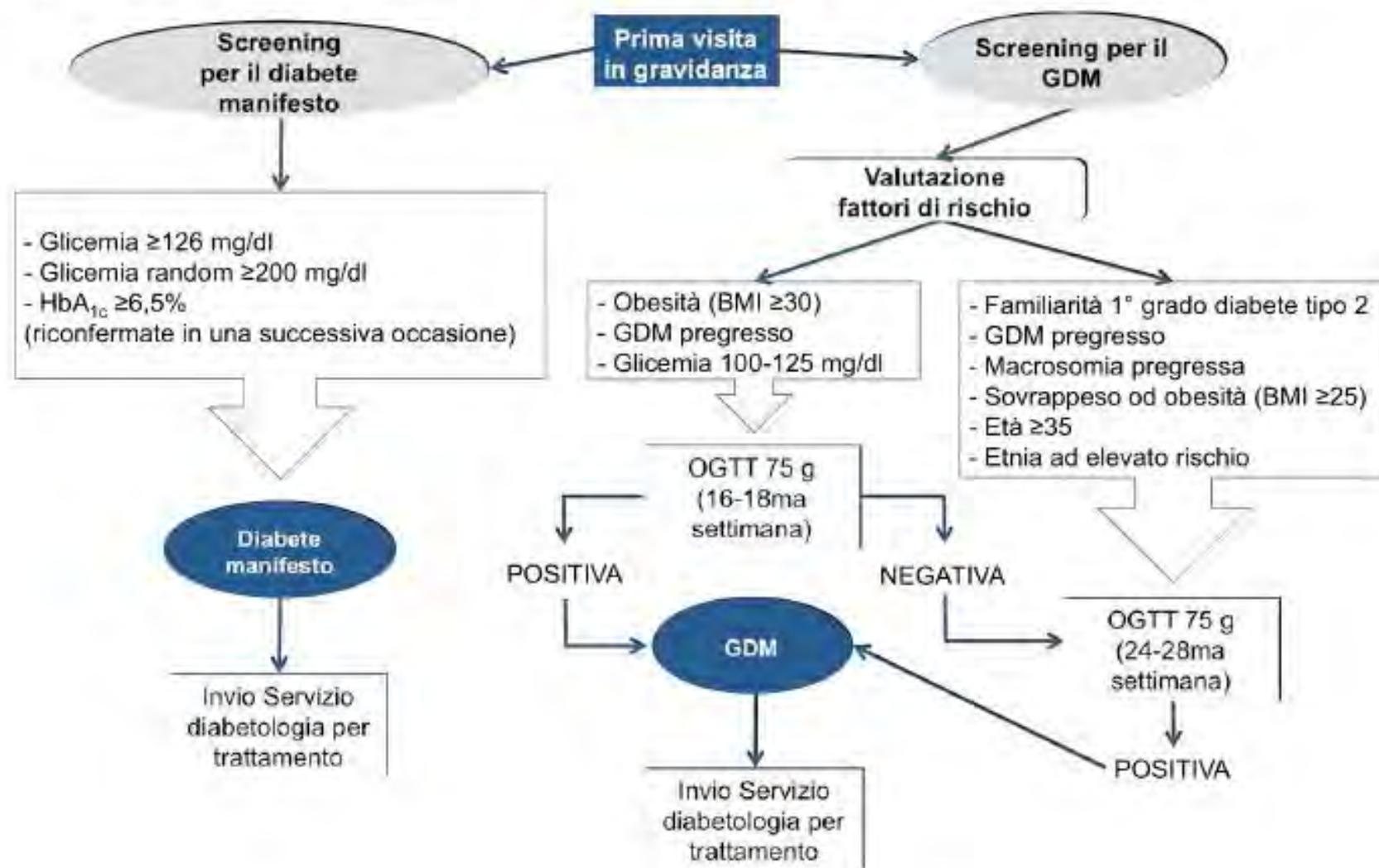
Il PDTA dell'iperglicemia in gravidanza : punti critici e possibili soluzioni (SOTTOTITOLO : prendete quello che vi serve)



Dott.ssa Lina Clementi

UO Malattie del Ricambio e Diabetologia ASUR Marche Area Vasta 5 San Benedetto del Tronto

Figura 1. L'iter diagnostico per lo screening e la diagnosi del GDM.





Questo primo passaggio è piuttosto complicato, è necessario quindi che lo spieghiamo in maniera chiara sia all'interno del team diabetologico sia con i nostri colleghi (laboratorio analisi, MMG e ginecologi) altrimenti il rischio è l'incomprensione....



Il modo per evitare incomprensioni è condividere il percorso di screening e diagnosi con i nostri colleghi , e controllarne regolarmente l'applicazione

Punti da presidiare

1. Come vengono effettuate le OGTT ?
2. I target riportati sono corretti?
3. Vengono rispettate le indicazioni per le settimane gestazionali nella prescrizione dell'OGTT ?
4. E i fattori di rischio ?



i nuovi LEA ci aiuteranno ??

ALLEGATO 10B**PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO**

All'inizio della gravidanza , possibilmente nel PRIMO TRIMESTRE (entro 13 settimane + 6 gg) e comunque al primo controllo : 90.27.1 glucosio (3)

90.26.5 GLUCOSIO dosaggio seriale dopo carico (da 2 a 4 determinazioni) Inclusa determinazione del glucosio basale 90.27.1 **con 75 g di glucosio (OGTT75 g) e solo in presenza di fattori di rischio (3)**

(3) secondo Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica , aggiornamento 2011

ALLEGATO 8 PACCHETTI PRESTAZIONALI NUOVO NOMENCLATORE (DIABETE MELLITO)

90.41.8 :

TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH ≥ 0.45 mU/L e ≤ 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 ≥ 3.5 , referto di TSH + FT4; Se FT4 < 3.5 , esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi definiti a livello regionale

Nel DMT1, in gravidanza, diabete gestazionale, diabete pregestazionale, in aggiunta



Come accedono le
gravide
al nostro centro?
Corsie preferenziali?
Agende dedicate?
CUP? NO CUP?

[DOCUMENTO 2 gravide informazioni.doc](#)

[DOCUMENTO 3 consigli alimentari gravide.doc](#)

[PERCORSO.doc](#)

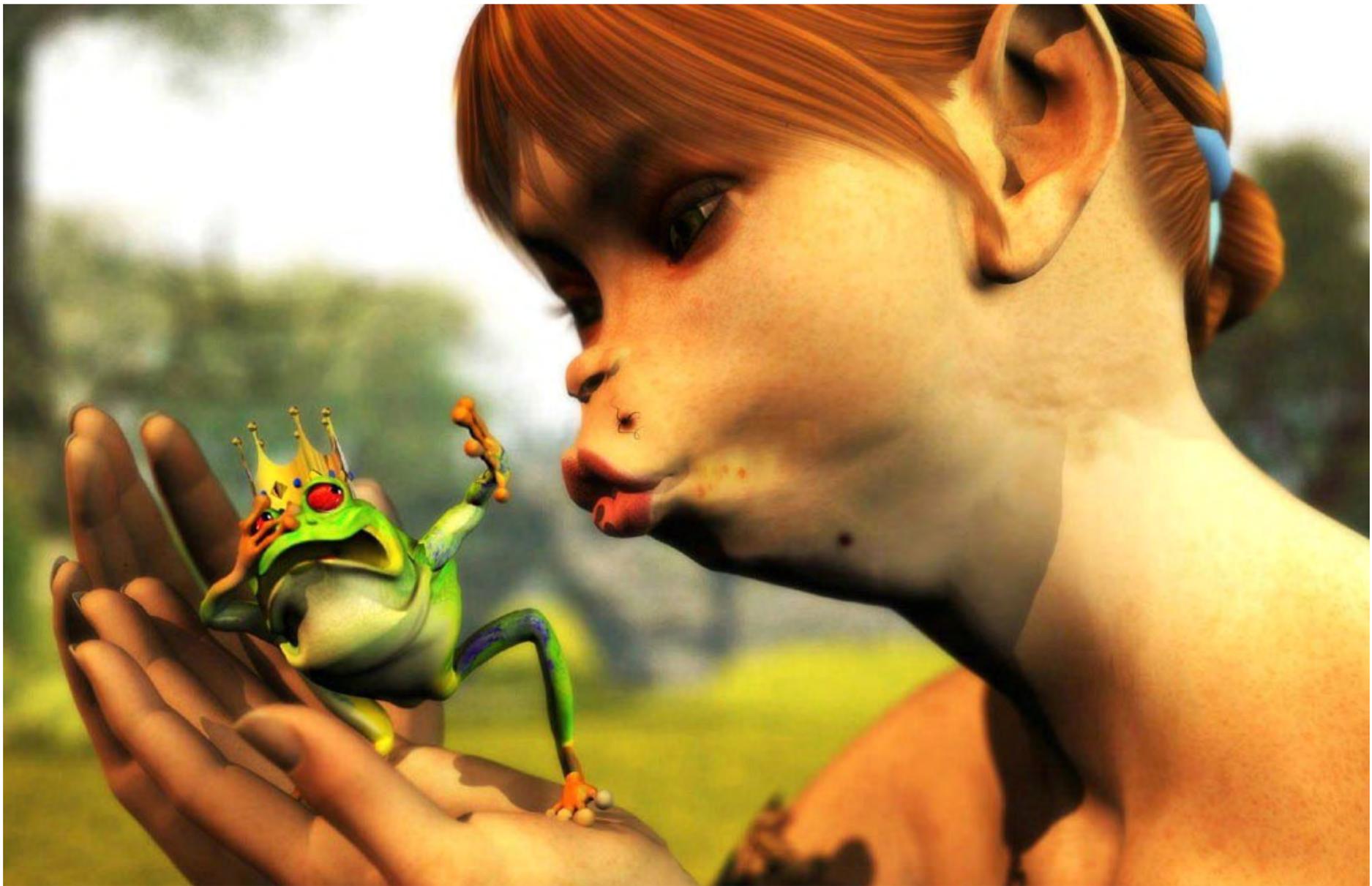


DIABOLICA
ESENZIONE.....

013 a termine?

M50 ?

0.13 a termine potrebbe essere anche molto utile ai fini epidemiologici (M 50 non vuol dire nulla ma 013 a termine è solo diabete gestazionale...)



Diabetologi e ginecologi : un rapporto a volte non proprio amorevole ma assolutamente da coltivare....

Monitoraggio ostetrico e neonatale

- Valutazione AFI e biometrie fetali (ogni quanto?) registrazione dei percentili?
- Stima ecografica del peso fetale, CA, AFI a termine?
- Cardiotocografia e AFI a partire da quando?
- Timing del parto? In quali casi anticipare? In quali casi induzione del travaglio? In quali casi TC?
- Controllo delle glicemie in travaglio?
- Controllo glicemie capillari neonato (da che ora? e quanto spesso? Definizione ipoglicemia neonatale?)
- Protocollo ipoglicemie neonatali?

- NON esistono protocolli da importare già belli e pronti . E' necessario discuterli, condividerli e infine implementarli a livello locale
- E ricontrollarli regolarmente



Quindi di nuovo : riunirsi, condividere , implementare, ricontrollare
Quelli a seguire sono i protocolli condivisi nel nostro centro

30 esima settimana

- ecografia ostetrica per biometria fetale e AFI
- Conteggio MAF a domicilio

34 esima settimana

- ecografia ostetrica per biometria fetale e AFI
- conteggio MAF a domicilio(>10 al di')

36 -37esima settimana

- cardiotocografia(CTG) :una volta alla settimana
- conteggio MAF a domicilio

38 esima settimana

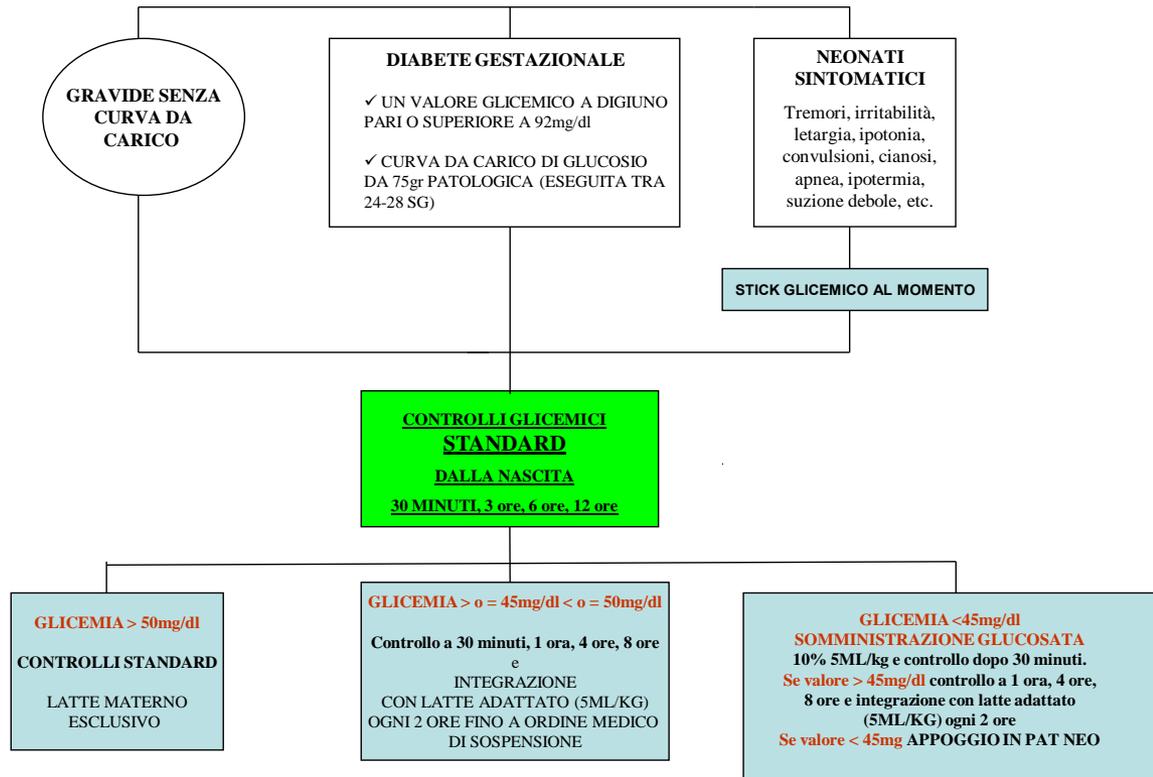
- ecografia ostetrica per biometria fetale e AFI
- CTG 2 volte la settimana

39-40 esima settimana

- CTG 2 volte alla settimana
- Conteggio MAF a domicilio

Dopo la 40 esima settimana l'eventuale monitoraggio cardiotocografico e l'entuale induzione del parto vanno personalizzati alla gestione del caso specifico in considerazione della biometria fetale e del controllo metabolico

DIABETE E GRAVIDANZA ASPETTI NEONATALI



L'ultimo controllo deve essere > o = 60 mg/dl, altrimenti proseguire i controlli ogni 4 ore fino a tale valore



Follow up!

