

XX CONGRESSO
NAZIONALE
2015 

Centro Congressi
Magazzini del Cotone
Genova 13|16
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della
Diabetologia alla luce del
Piano Nazionale Diabete



Programmazione di gravidanza nelle donne con diabete pregestazionale: applicazione del nostro modello organizzativo in un follow up di 7 anni

**Bonfadini S., Agosti B., Rocca L. , Zarra E. , Cimino A.
UO Diabetologia, Spedali Civili di Brescia
Direttore: U. Valentini**



Premessa: le evidenze

- Il rischio di malformazioni aumenta in relazione al grado di alterazione glicometabolica presente nella fase immediatamente postconcepimento
- Esistenza una relazione fra scompenso diabetico periconcezionale e tasso di abortività precoce.
- Un'attenta programmazione della gravidanza permette di ridurre sensibilmente il rischio di malformazioni congenite e la morbilità materno-fetale legata al diabete

Importanza del precoce counseling e della programmazione di gravidanza

Scenario attuale

- Solo una parte delle donne diabetiche ricevono counseling preconcezionale; solo una minoranza delle gravidanze in queste donne risulta programmata. Spesso all'inizio della gravidanza è presente uno scarso controllo glicemico.
- In Italia la percentuale di gravidanze programmate risulta inferiore al 50% nelle donne con diabete tipo 1 e al 40% in quelle con diabete tipo 2.
- Carezza di centri di riferimento dedicati e di percorsi strutturalmente condivisi



Scopo dello studio

Descrivere l'attività di gestione della programmazione della gravidanza svolta dal 2007 al 2013 nella UO Diabetologia degli Spedali Civili di Brescia.

Materiali e Metodi

Studio osservazionale retrospettivo

52 donne con diabete di tipo 1 e 2 per un totale di 72 programmazioni di gravidanze

Tab. 1: Caratteristiche della popolazione in studio

Diabete tipo 1/tipo 2	56/16	Presenza di due o più complicanze (n°)	5	Terapia con MDI	34
Durata media diabete (aa)	10±3	RDNP stabile	9	Terapia con CSII	27
Età media (aa)	34±2	Microalbuminuria (eGFR> 60 ml/min)	2	Terapia ADO	11
Emoglobina Glicata (mmol/mol)	56,7±13	Ipoglicemie gravi/chetoacidosi ultimi 24 mesi	4/2	insulino sensibilizzanti	7
BMI (kg/m2)	23.6±1,7	Neuropatia diabetica	2	secretagoghi	3
Complicanze (SI/NO)	16/56	Controindicazioni alla gravidanza	2	inibitori del DPP4	1



Materiali e Metodi: la nostra procedura operativa

- Visite a cadenza mensile con monitoraggio di HbA1 e glicemie capillari;
- Definizione degli obiettivi glicemici;
- Modifica della terapia ipoglicemizzante, antiipertensiva e ipocolesterolemizzante
- Valutazione funzionalità tiroidea;
- Valutazione e stabilizzazione delle complicanze del diabete;
- Valutazione controindicazioni alla gravidanza;
- Educazione a gestione terapia insulinica intensiva, autocontrolli, ipoglicemie
- Valutazione dietista per verifica della terapia nutrizionale;
- Valutazione da parte del ginecologo curante;
- Eventuale valutazione psicologica.

Percorso educativo e formativo
Team multidisciplinare

 Spedali Civili di Brescia Azienda Ospedaliera UNITÀ OPERATIVA DIABETOLOGIA	Procedura Operativa
	Programmazione Gravidanza

1) Scopo

Descrivere le modalità con cui viene gestita la programmazione della gravidanza nelle pazienti diabetiche che la desiderino.

2) Campo di applicazione

Pazienti diabetiche che desiderano una gravidanza

3) Terminologia ed Abbreviazioni

AmbGD	Ambulatorio Gravidie Diabetiche	IP	Infermiere
DG	Diabete e Gravidanza	MED	Medico
FAG	Fluorangiografia	RdF	Responsabile di Funzione
FO	Fondo Oculare	RUO	Responsabile Unità Operativa
HbA1c	Emoglobina Glicosilata		

4) Responsabilità

RdF DG	definisce le modalità assistenziali e formative, concordandole con il RUO
MED	informa correttamente le pazienti in età fertile delle problematiche della gravidanza in donne diabetiche.
MED IP di turno AmbGD	corretta applicazione del percorso

5) Descrizione Attività

5.1 Introduzione

Vista l'importanza dell'euglicemia fin dall'inizio della gestazione al fine di evitare patologia malformativa fetale, è indispensabile che le pazienti diabetiche in età fertile possano programmare eventuali gravidanze. Il concepimento deve essere procrastinato sino al raggiungimento di obiettivi specifici che riguardano l'informazione/educazione della paziente e del partner, il conseguimento di un buon controllo metabolico e la stabilizzazione delle eventuali complicanze presenti.

5.2 Informazione Pazienti

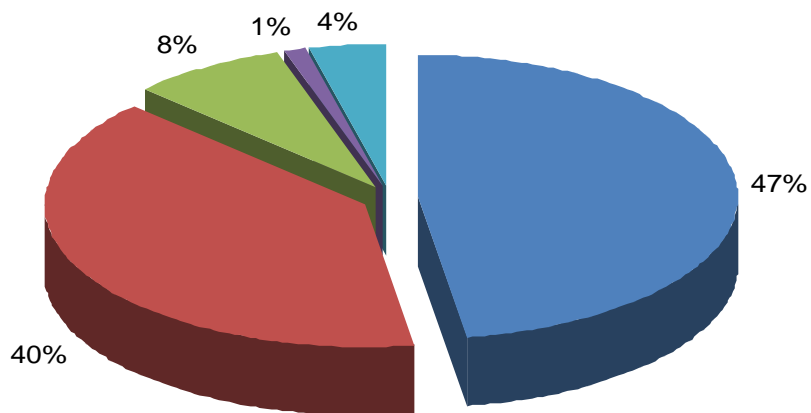
Tutte le pazienti diabetiche in età fertile o al raggiungimento della maturità sessuale vanno correttamente informate sulle problematiche del diabete e gravidanza, in particolare per ciò che riguarda: il rischio di anomalie congenite e complicanze materne ed ostetriche, le complicanze neonatali, la necessità di una adeguata contraccezione fino ad un controllo ottimale del diabete. Responsabile dell'informazione è il MED di turno presso l'ambulatorio routinario, che deve registrare l'intervento sulla cartella informatizzata, nella scheda educazione. I medici di turno presso l'ambulatorio, devono periodicamente richiamare e rafforzare l'argomento.

Documento	Revisione	Data Revisione	Pagina
PO UOD 720	00	05/05/2010	3 di 5



Risultati 1: terapia in programmazione

Modifica della terapia all'inizio della programmazione



No modifiche della terapia

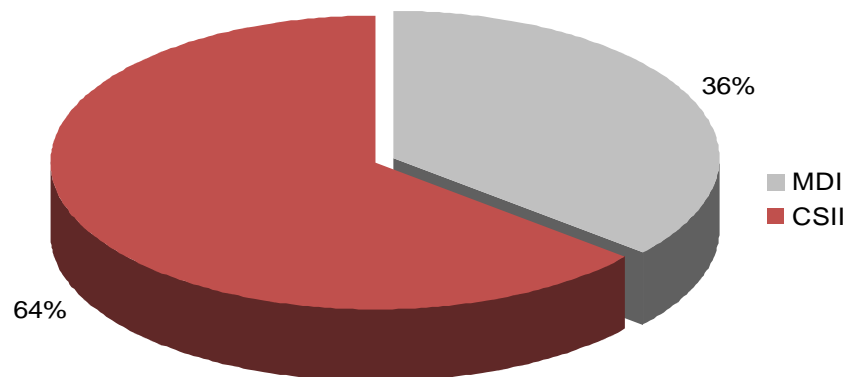
Terapia antipertensiva

Adeguamento della levotiroxina

Terapia ipoglicemizzante

Sospensione della statina

Terapia insulinica in programmazione



MDI

CSII

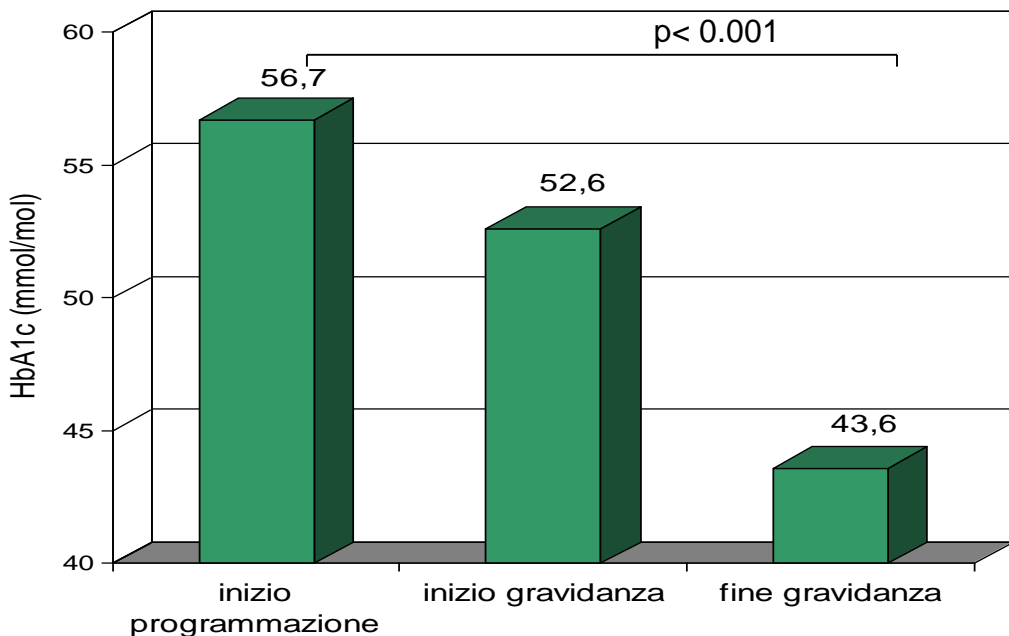


Risultati 2

Tempo medio di programmazione

Tempo medio di programmazione 13 ± 8 mesi; nelle donne che hanno seguito percorso di fecondazione assistita tempo medio di programmazione è stato di 54 ± 20 mesi ($p < 0.001$). Trend di aumento durata media di programmazione anche nelle donne che hanno iniziato terapia con CSII all'inizio della programmazione.

Valore di glicata (mmol/mol)



- Trend in riduzione della glicata, significativo fra inizio della programmazione e fine della gravidanza
- 82% delle programmazioni ha raggiunto il target glicemico previsto dal protocollo
- 54% il target glicemico è stato raggiunto in fase di preconceppimento



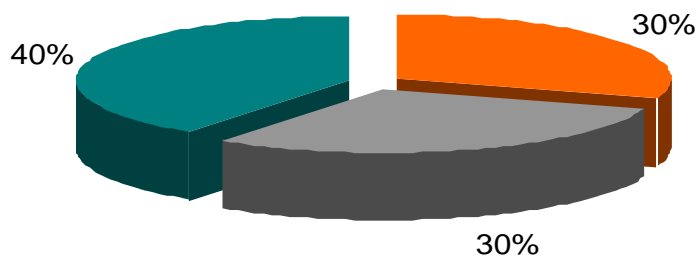
Risultati 3

72 programmazioni di gravidanza

Interruzioni 19 (22%)
16 + 3 pazienti perse al follow up

Aborti 19 (22%)

Gravidanze a termine 34 (56%)
(33+ 1 in corso)



sterilità o problemi coppia

controindicazioni mediche

scelta paziente



Gravidanze a termine

Aborti spontanei

Tutti precoci (entro 9W)
Poliabortività in 4 pazienti

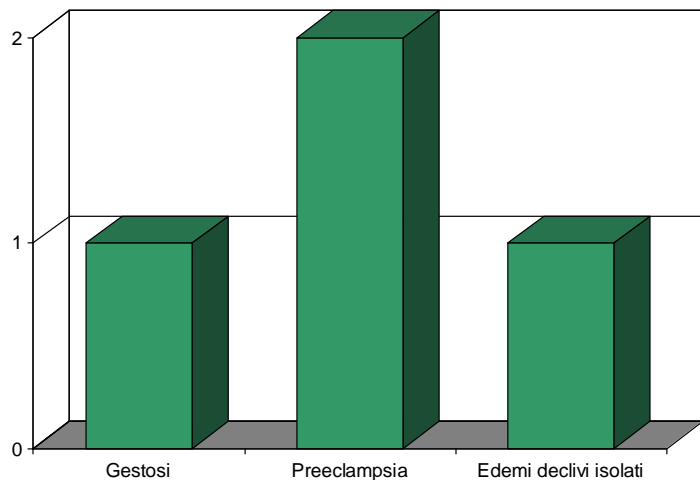
Crescita fetale regolare nel 61%
Registrazione 30 esiti gravidanza



Risultati 4

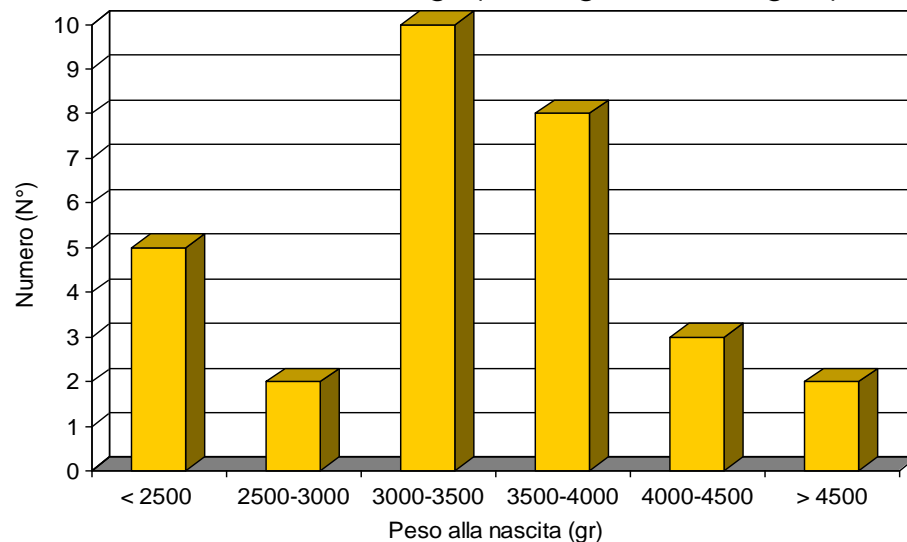
Esiti materni

- Uguale incidenza parto cesareo e parto vaginale
- Settimana media del parto 37W
- Stabili per entità e numero complicanze legate alla patologia diabetica
- Complicanze materne registrate (13%)



Esiti fetali

- 10 maschi e 20 femmine
- Punteggio Apgar medio 9 (sia 1' che 5')
- Peso medio di 3450 gr (3600 gr M; 3300 gr F).



Altre complicanze neonatali registrate: morte intrauterina in gravidanza gemellare (1), malformazioni (2) e ipoglicemia neonatale (1).



Conclusioni 1

- Nella nostra casistica dal 2007/2013 è stato programmato il 33% delle gravidanze (43% delle diabetiche tipo 1 e 25% tipo 2)
- Età media di inizio programmazione relativamente avanzata
- In quasi la metà delle programmazioni è stata necessaria la modifica della terapia in corso
- le programmazioni con durata maggiore si sono osservate nei casi di ricorso alla fecondazione assistita o di avvio a terapia con CSII
- l'ottimizzazione del controllo glicemico è stato raggiunto in più dell'80% delle programmazioni
- Il 64% delle gravidanze sono state portate a termine con un indice di complicanze sia materne che fetali del 13%.



Conclusioni 2

In corso...

- Aggiornamento del database e ampliamento della casistica
- Verifica mediante gruppo di confronto (gravidezze non programmate in donne con diabete pregestzionale)
- Identificare indicatori di processo per migliorare nostro percorso

Ancora tanto da fare per..

Educazione sessuale e counseling precoce

Programmazione di gravidanza

Protocollo strutturato con percorsi educativi e team multidisciplinare

Grazie a tutti per l'attenzione