

Nascita e promozione della salute

A. Fastelli , F. Volpi , R. Schiaffelli , S. Zucconi*
Ostetriche Consultorio Via XIV Settembre Asl Umbria 1 Perugia
*Coordinatrice Ostetriche Via XIV Settembre

Congresso Associazione Scientifica Andria
"Premio Umberto Nicolini "
Verona 12/04/2014

Introduzione

La promozione della salute è un processo che inizia già in fase preconcezionale con la scelta da parte della donna di uno stile di vita più sano, idoneo a favorire lo sviluppo embrio- fetale .

L'alimentazione e lo stato nutrizionale influenzano il decorso della gravidanza, il parto e la salute di mamma e bambino.

Il fisiologico incremento ponderale è legato all'aumento del metabolismo basale che assicurando la crescita e il buon funzionamento della placenta favorisce l'ottimale crescita del feto.

L'aumento del fabbisogno calorico richiede un aumento quantitativo e qualitativo dell'apporto nutrizionale che tuttavia deve essere equilibrato .

Il giusto accrescimento individuale si calcola in base al BMI pregravidico. La formula da cui si ricava è peso diviso altezza elevato al quadrato.

Variazioni in eccesso o in difetto devono essere valutate attentamente:

l'eccesso di peso può predisporre la donna a diabete gestazionale, gestosi, parto pretermine, macrosomia fetale o ritardo dell'accrescimento intrauterino con esiti sfavorevoli per l'espletamento del parto;

uno scarso aumento priva il feto di sostanze nutritive fondamentali per il suo regolare sviluppo e la sua salute futura.

Per le donne immigrate, vivere in Italia comporta anche un cambiamento dello stile alimentare che generalmente prevede un adeguamento alla dieta mediterranea in toto o in parte.

Nelle diverse etnie l'aumento di peso in gravidanza può essere influenzato da abitudini alimentari, culturali e stili di vita relativi al Paese di origine.

Uno studio condotto dal Dr Nils Haldvan Morken su 50000 donne norvegesi e pubblicato su Acta Obstetrica e Ginecologica Scandinava nel 2013, ha messo in evidenza che l'aumento ponderale in gravidanza superiore a 16 kg aumenta il rischio di espletamento del parto con taglio cesareo.

Obiettivo del nostro lavoro è valutare, in un gruppo di donne seguite presso il nostro servizio :

- se il BMI pregravidico influisce sull'esito del parto .
- se l'aumento ponderale superiore a 16 kg è correlato ad un aumento del numero dei tagli cesarei.
- se c'è una differenza nell'aumento di peso in gravidanza tra donne italiane ed extracomunitarie.

Materiali e metodi

E' stato condotto uno studio retrospettivo esaminando 500 cartelle di gravide seguite presso uno dei Consultori di Perugia (Via XIV Settembre) dal 2005 al 2013.

E' stato selezionato un campione di 110 donne provenienti da Paesi comunitari ed extracomunitari, rispettando il seguente criterio di inclusione: gravidanza fisiologica, presa in carico nel primo trimestre e seguita fino a termine, con TSH e OGTT nella norma.

Sono stati esclusi dallo studio :pregressi TC, presentazione podalica, placenta previa, disturbi del comportamento alimentare, ipotiroidismo, diabete gestazionale, grave obesità, gestosi ,che uscite dal percorso della fisiologia , sono state seguite dall'ambulatorio di Medicina Prenatale.

Di ogni donna è stato rilevato peso e altezza, ricavato il BMI iniziale e compilato la curva di accrescimento ponderale con il peso rilevato ad ogni visita di controllo.

Di ognuna sono stati considerati i seguenti parametri :

età, nazionalità, titolo di studio, occupazione, stato civile, parità, fumo in gravidanza, tipo di parto, peso del neonato.

Risultati

Età compresa tra 15 e 44 anni

<20	5	(4,5%),
20-24	14	(12,7%)
25-29	31	(28,2%)
30-34	31	(28,2%)
35-39	25	(22,7%)
40-44	4	(3,6%)

Paesi di origine 21 nazionalità , raggruppate in 5 macroaree:

Africa	(9%)	(Marocco,Algeria,Camerun,Gabon)
Asia	(15%)	(Cina,Filippine Bangladesh,Indonesia,Corea,India)
America –Australia	(15%)	(Repubblica Dominicana,Perù,Ecuador,Australia)
Europa	(45%)	(Italia,Germania,Romania,Macedonia)
Paesi dell'Est	(16%)	(Polonia,Ucraina,Moldavia)
italiane	46	(41,8%)
straniere	64	(58,2%)

occupazione

occupate (58%)
disoccupate (10%)
casalinga (15%)
studentessa (17%)

titolo di studio

elementare-media inferiore 28 (25,5%)
media superiore-laurea 82 (74,5%)

stato civile

coniugate – conviventi (89%)
totale assenza del partner(11%)

parità

nullipare 74 (67,3%)
pluripare 36 (32,7%)

BMI iniziale

sottopeso 4 (3,6%),
normopeso 87 (79,1%)
soprapeso 19 (17,3%) .

aumento kg

<8 10 (9,1%)
8-15,9 68 (61,8%)
>16 32 (29,1%)

altezza

140-149 3 (2,7%)
150-159 22 (20,0%)
160-169 57 (51,8%)
>170 28 (25,5%)

tipo di parto

parto spontaneo 95(86,4%)
taglio cesareo 15(13,6%)

peso del neonato

<2500 5 (4,5%)
2500-3999 87 (79,1%)
>4000 9 (8,2%)
n d 9 (8,2%)

Analisi statistica

I dati rilevati seppure quantitativamente ridotti ,risultano statisticamente significativi in base alla $p < 0,05$.E' stato calcolato OR ratio pari a 0,04 come stima del rischio di essere sottoposta a taglio cesareo vs parto spontaneo.

Discussione

La regressione evidenzia come fattori influenzanti in maniera significativa la tipologia del parto(spontaneo vs cesareo) siano l'aumento di peso durante la gravidanza,la parità (nullipare vs pluripare) ed il peso alla nascita (>3999 gr vs 2500 – 3999 gr).

La differenza ,che resta significativa correggendo per queste tre variabili, riguarda la parità,mentre il peso>3999 gr resta ai limiti della significatività statistica.

L'aumento di peso resta un fattore importante ma perde parte della sua significatività quando corretto per gli altri tre fattori (BMI ,parità, peso alla nascita).

Il BMI pregravidico non è influente sull'esito del parto ,ma ciò che è importante è l'effettivo aumento ponderale nell'arco della gravidanza.Sono aumentate meno di 8 kg (9,1%) delle donne,tra 8 - 16 kg (61,8%) , più di 16 kg (29,1%).

Anche nella nostra casistica è confermato che un aumento >16kg aumenta di circa 3,4 volte il rischio di fare un TC .

Le nullipare vs pluripare hanno maggiore probabilità di fare TC quando il peso fetale è > 4000gr.

Le extracomunitarie hanno un aumento ponderale in gravidanza di poco superiore alle italiane,ma questo non influenza il tipo di parto.

Conclusioni

Nella logica del “Fare meno e fare meglio”

il monitoraggio dell'aumento ponderale in gravidanza con un counseling appropriato sull'alimentazione, è promozione della fisiologia della gravidanza e del parto.

Nelle extracomunitarie si hanno buoni risultati se la gravidanza viene seguita fin dall'inizio.

Tutto questo è per l'Ostetrica espressione di una professionalità più attenta all'essenziale rivolta anche alla salute del nascituro e al suo benessere futuro.

Si ringrazia per la collaborazione e il supporto dato il Dr. I.Fusco Moffa epidemiologo USL Umbria 1, la D.rssa D. Bovo ,Responsabile Staff Comunicazione Aziendale Us1 Umbria 1,la Drssa Ostetrica F.Fiandra Responsabile Area Professionale.

Bibliografia essenziale

- 1) Bortolus R.-Mastoiacovo P., “Genitori più” Prendiamoci cura della loro vita. Materiale informativo per gli operatori. Sette azioni per la vita del tuo bambino, 2009.
- 2) Del Pup L ., “Alimentazione in gravidanza e allattamento”, Editeam, 2006
- 3) Halvdan Morken N., articolo tratto dalla rivista Acta Obstetrica e Gynecologica Scandinavica, 2013.
- 4) Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Linee guida per una sana alimentazione italiana - Consigli per gravidanza e allattamento, 2003.
- 5) Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Linee guida per una sana alimentazione italiana - Controlla il peso e mantieniti sempre attiva, 2012.
- 6) Ministero della Salute Istituto Superiore di Sanità, Linee guida della gravidanza fisiologica, 2010.
- 7) Marchi A., “Midwifery – Arte ostetrica ritrovata”, Cantagalli, 2012.
- 8) Parolari L .-Sacchetti G., “Donne immigrate:gravidanza e maternità”, Carocci, Roma, 2001.

Riferimenti online:

www.guadagnaresalute.it/alimentazione