

**Dott. Walter INSEGNO**

*medico chirurgo*

**Specialista in Ostetricia e Ginecologia**

Dir. responsabile della Struttura Semplice di  
Diagnostica Prenatale per Immagini ed Invasiva  
nella Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia

**Ospedale Evangelico Internazionale**

-----  
**STUDIO:** C.so Solferino 12/4 GENOVA  
tel. 010/879627

**Riceve su appuntamento**

-----  
DIAGNOSTICA PRENATALE: ECOGRAFIA FETALE, AMNIOCENTESI  
ECOGRAFIE GINECOLOGICHE

# CONSIGLI UTILI IN GRAVIDANZA



# INDICE

<b>LE PRIME SETTIMANE DI GRAVIDANZA.....</b>	<b>pag. 3</b>
<b>SUI RISCHI DI MALFORMAZIONI.....</b>	<b>pag. 5</b>
<b>CONSIGLI PER IL PERIODO CHE VA DALLA 16<sup>a</sup> ALLA 28<sup>a</sup> SETTIMANA .....</b>	<b>pag. 9</b>
<b>CONSIGLI PER LE ULTIME SETTIMANE DI GRAVIDANZA, DALLA 31<sup>a</sup> AL TERMINE.....</b>	<b>pag. 11</b>
<b>CONSIGLI SULL'ALLATTAMENTO.....</b>	<b>pag. 13</b>
<b>PROBLEMI VENOSI IN GRAVIDANZA.....</b>	<b>pag. 15</b>
<b>IL RISCHIO DELLA TOXOPLASMOSE IN GRAVIDANZA.....</b>	<b>pag. 16</b>
<b>VIAGGIARE IN GRAVIDANZA.....</b>	<b>pag. 17</b>



# LE PRIME SETTIMANE DI GRAVIDANZA

## Qualche cenno di fisiologia ma anche di patologia

E' giusto pensare a ciò che di bello vuol dire gravidanza, ma pur essendo un momento *naturale* della vita della donna esistono dei rischi e pericoli che è prudente e realistico considerare. Negli ultimi decenni il numero di gravidanze a buon fine è senz'altro aumentato tanto da creare l'aspettativa e l'illusione in molte persone solo di un lieto evento.

Nella realtà gli eventi negativi sono stati minimizzati ma non si sono azzerati del tutto. Se si usasse il metro del numero dei controlli del sangue, strumentali (ecografie, monitoraggi ecc.) e clinici (visite) che sono eseguiti nei pochi mesi di gravidanza, questo stato troverebbe analogia solo con quello di una *grave malattia*.

## Ma sappiamo che la gravidanza non è una malattia!!!!

Per la verità questi controlli hanno nella gravidanza una valenza preventiva: se non si considerassero i rischi ci si comporterebbe in modo imprudente e si illuderebbero in un'aspettativa irrealistica i futuri genitori .



## Il corpo cambia

Anche senza bisogno di un test, molte donne intuiscono quasi subito che una gravidanza è cominciata grazie a piccoli segnali che provengono dal loro corpo. Ad esempio, dormendo sulla pancia ci si accorge che *i seni* sono un po' più sensibili ed ingrossati. Le *nausee*, l'abbondante *salivazione* e soprattutto il *vomito* sono un altro pesante fenomeno.

Può accadere poi che ci si senta stanche e fiacche: è bene non ignorare questi messaggi e fare frequenti riposini.

Sono anche presenti un gonfiore alla pancia, lievi dolori addominali e alla schiena, la necessità di urinare più frequentemente: le stesse sensazioni che la donna avverte nei giorni che precedono l'inizio di una mestruazione, ma più intense e più prolungate nel tempo.

L'utero in realtà è ancora piccolo, e l'aumento di volume della pancia è dovuto unicamente all'aria che si accumula nell'intestino. Gli ormoni della gravidanza rallentano il transito intestinale: si va meno frequentemente di corpo (stipsi), la digestione è lenta, l'addome si distende (meteorismo). Un buon sistema per stimolare la funzione intestinale è quella di bere molto e mangiare frutta. Anche il movimento e le passeggiate aiutano l'intestino a rimettersi in funzione.

Le secrezioni vaginali sono destinate ad aumentare. Ciò che non deve invece accadere è l'insorgenza di prurito, bruciore, cattivo odore o *perdite di sangue*. Nella realtà i processi fisiologici di impianto placentare sono responsabili, in una donna su cinque, di piccole perdite di sangue nelle prime settimane ma queste possono essere anche il segnale di difficoltosa evoluzione della gravidanza. E' prudente pertanto in questi casi eseguire un controllo.

## Solo la metà delle gravidanze supera il 3° mese

Ancora oggi abbiamo un'incompleta conoscenza degli eventi che caratterizzano una perdita precoce della gravidanza. Il buon andamento del graduale processo di sviluppo embrionale dipende da una serie di fattori diversi: genetici, alimentari, ambientali, ma anche da un certo grado di *fortuna*. Se avviene qualche *sbaglio di costruzione*, la gravidanza s'interrompe. Circa la metà delle gravidanze si interrompono nei primi tre mesi. Nella maggior parte dei casi ciò avviene nei primissimi giorni dopo il concepimento in un periodo nel quale la donna ancora non sa di essere in gravidanza.

Nelle gravidanze che superano il ritardo mestruale (siamo ormai nel II mese) questo rischio è ancora molto alto: circa il 20%. Oltre questo periodo (quando con l'ecografia già si vede il battito cardiaco dell'embrione) il rischio di aborto scende al 5%. In circa la metà dei casi la perdita è legata a *malattie genetiche non ricorrenti* mentre nella rimanente metà il motivo è sconosciuto.

Alcuni fattori di rischio si possono associare all'aborto: fumo, radiazioni, farmaci, infezioni.

### **Se avviene un aborto**

Quando l'embrione muore esiste ancora un tessuto placentare adeso alla parete uterina che produce ormoni della gravidanza: in questa fase precocissima la donna non avverte alcun cambiamento. Dopo qualche giorno, con l'iniziale distacco del tessuto placentare, inizia un sanguinamento e quindi un dolore al basso addome e alla schiena. Questa evoluzione è conosciuta come *aborto spontaneo*. Occasionalmente questo processo può non avere inizio e si avrà un *aborto ritenuto*.

Esiste ancora un'evoluzione strana e meno comune dell'aborto: il sacco gestazionale cresce senza contenere alcun embrione, rimane cioè vuoto, privo di un embrione che o non si è formato o è degenerato così precocemente da non essere visibile con l'ecografia (*blighted ovum*).

L'impatto emotivo è in questi casi forse l'aspetto più importante. La maggior parte delle donne si domandano «*perché è successo?*» oppure «*perché proprio a me?*». Purtroppo nella maggior parte dei casi l'aborto non è prevedibile né prevenibile, non si conosce un modo o una terapia per evitare un eventuale aborto. Non vi sono quindi risposte a queste domande. Depressione e *senso di perdita* sono reazioni normali.

Anche in una gravidanza di poche settimane la donna fantastica sul bimbo: sarà un maschio o una femmina, dove andrà a scuola ecc. La fantasia serve a creare un legame molto stretto con il proprio bambino. La perdita della gravidanza cancella tutto questo. Nella maggior parte dei casi questo disagio emotivo *passa col tempo*.

Prima di affrontare una nuova gravidanza è necessario più che un miglioramento fisico un miglioramento emotivo. In genere è utile aspettare fin quando non ci si sente emotivamente pronti.

### **Una gravidanza pericolosa**

Nella *traversata* che l'uovo fecondato fa nella tuba per arrivare all'utero può accadere che qualche ostacolo gli impedisca di avanzare. In questi casi vi è il pericolo di una *gravidanza extrauterina*. In questi casi non solo la gravidanza si interrompe quasi sempre, ma vi è il temuto pericolo che la tuba si rompa ed avvenga un'emorragia interna. La comparsa di un dolore, specie se localizzato nelle zone più laterali dell'addome, diverso e più intenso di quello che normalmente molte donne avvertono prima della mestruazione, che aumenta col passar del tempo e specie se associato a piccole perdite di sangue deve spingere la donna ad eseguire un controllo per escludere l'ipotesi di questa complicazione.

## **SUI RISCHI DI MALFORMAZIONI**

Non viva come singolare la Sua preoccupazione sul suo futuro bambino: ogni donna che pensa di diventare mamma vive la paura che il proprio figlio possa avere qualche problema. Il più delle volte questa preoccupazione, per fortuna, è proprio eccessiva. Nel nostro Paese, su 100 nati, si hanno 2-3 bambini con problemi seri: per la loro salute, per il loro aspetto, per le loro capacità. Molto spesso si dispone di terapie adeguate, mediche e chirurgiche.

Da cosa derivano i principali difetti del neonato? Spesso da fattori *ereditari*, altre volte dall'esposizione a *sostanze pericolose* in gravidanza: mercurio e piombo, tossine prodotte da infezioni contratte durante la vita intrauterina, a volte un miscuglio di *fattori ereditari* e *rischi acquisiti*.

La più parte dei problemi si diagnosticano alla nascita: sono quelli *congeniti*. Molti bambini con difetti congeniti nascono da genitori che non sembrano aver alcun difetto particolare, ma sono più ricorrenti in quelle famiglie nelle quali alcuni problemi sono già presenti.

E' possibile effettuare alcuni test diagnostici: la scelta è propria di ogni mamma. Molte decidono di non effettuarli, altre preferiscono sapere prima.

## **Due parole sulla genetica**

Ogni cellula del nostro corpo contiene dei geni appaiati e dei cromosomi. Gli ovuli e gli spermatozoi contengono ciascuno 23 cromosomi, ogni altra cellula ne contiene 46. Quando un ovulo viene fecondato da uno spermatozoo si forma una cellula con 46 cromosomi da cui avrà origine il bambino.

Ogni cromosoma porta moltissimi geni, anch'essi tutti appaiati, metà dalla madre e metà dal padre. Un gene può essere *dominante o recessivo*: se un gene è dominante cancellerà i fattori ereditari portati dall'altro, che è recessivo.

Per esempio il colore blu degli occhi è un carattere recessivo: se si incontrano un gene con il carattere occhi marroni ed un gene con occhi blu, gli occhi saranno marroni. Perché siano blu è necessario che entrambi i geni siano per occhi blu, ossia entrambi recessivi.

Il carattere dominante e recessivo si ha anche per alcune malattie genetiche. Sono patologie ereditarie con carattere **dominante**:

- ◆ la *malattia di Huntington*, che colpisce il sistema nervoso, è una sindrome neurologica, con impedimento dei movimenti ed alterazioni mentali. Viene diagnosticata intorno ai 40 anni, e si accompagna a morte precoce, circa 15 anni dopo la diagnosi. Si manifesta con una incidenza di 1 caso su 100.000 persone. Se si è manifestato un caso nella Sua famiglia, il test genetico potrà dire se Lei, il Suo compagno o il Suo bambino svilupperanno la malattia;
- ◆ la *polidattilia*: è la presenza di dita soprannumerarie. E' facilmente correggibile per via chirurgica.

Altre patologie sono **recessive**; ciò significa che, per esprimersi, devono essere presenti in entrambi i geni. Ognuno di noi porta, nel suo patrimonio genetico, qualche gene recessivo e patologico: ma, in genere senza problemi. Si è *portatori sani*. Se, nella coppia, si è entrambi *portatori sani un gene alterato*, i figli avranno 1 probabilità su 4 di avere la patologia. Se solo uno porta il gene patologico recessivo e l'altro non lo ha, i figli saranno tutti dei portatori. Queste sono le patologie più frequenti:

- ◆ *Anemia falciforme*: i globuli rossi trasportano meno ossigeno e si distruggono più facilmente. Spesso sono anemici. La frequenza è di circa 1 su 625. I portatori sono 1 su 10.
- ◆ *Talassemia o anemia mediterranea*: nelle forme più gravi può comportare malattie del fegato e del cuore, e diventare incompatibile con una vita normale. Circa 1 su 250 è portatore.
- ◆ *Fibrosi cistica* : compare generalmente nell'infanzia, a volte subito dopo la nascita. I polmoni producono un muco denso, appiccicoso, che può interferire con il funzionamento intestinale. Uno su 1.000-2.000 ne è affetto, ed 1 su 10-20 ne è portatore.

Alcune patologie sono legate al cromosoma X, e spesso sono a carattere recessivo: se presente in una donna, questa può essere *portatrice sana* se l'altro X è normale. Nell'uomo, poiché non vi è un altro X, il carattere recessivo legato alla X si manifesta come patologia. Se una donna è portatrice di una patologia legata al cromosoma X ed il futuro padre non è portatore, metà dei figli maschi potrà risultare affetto, mentre le femmine generalmente saranno portatrici. Le malattie legate al cromosoma X sono:

- ◆ *Emofilia*: comporta un difetto nella coagulazione del sangue. E' presente in circa 1 su 10.000 maschi.
- ◆ *Distrofia muscolare di Duchenne*: è la distrofia muscolare più grave, nei malati la malattia indebolisce terribilmente i muscoli. Generalmente compare verso i 2 anni, e costringe alla sedia a rotelle a 10-12 anni. Colpisce quasi esclusivamente ragazzi.
- ◆ *Ritardo mentale familiare*: è una condizione grave di ritardo mentale, che si verifica approssimativamente in 1 bambino su 1.000 ed in una bambina su 2.000.

E' piuttosto difficile che le alterazioni cromosomiche siano ereditarie: in genere si verificano al momento del concepimento, e sono età materna dipendente: a 20 anni circa 1 caso su 500, a 30 anni 1 caso su 400, a 35 anni 1 caso su 200, a 40 anni 1 caso su 50, a 45 anni 1 caso su 30. Le più comuni patologie cromosomiche sono:

- ◆ *Sindrome di Down*: in questo caso vi è un cromosoma in più, il n. 21. Per questo si parla di *trisomia*. L'incidenza, alla 12° sett. è di 1 caso su 1068 a 20 anni, 1 su 626 a 30 anni, 1 su 249 a 35 anni, 1 su 68 a 40 anni e 1 su 16 a 45 anni.
- ◆ *Sindrome di Klinefelter*: anche in questo caso vi è un cromosoma in più. Si verifica in maschi che hanno 2 cromosomi X ed un cromosoma Y. Si riscontra in 1 caso su circa 1.000 nati.
- ◆ *Sindrome di Turner*: si verifica solo in bambine, che hanno una sola X anziché due.

Molte patologie sono multifattoriali: qualcuna può essere evidenziata in corso di gravidanza. La chirurgia può, in qualche caso, essere risolutiva.

- ◆ *Malformazioni cardiache*: sono le più comuni malformazioni congenite, circa 1 caso su 125 nascite. Il destino, ossia la prognosi, di questi bambini dipende molto dal tipo e dalla gravità della malformazione. E' opportuno ricordare che se un genitore ha una malformazione congenita, è più frequente che questa ricorra nei figli: da ciò la utilità a fare una particolare ecografia, in gravidanza, volta ad accertare questi disturbi, di solito poco evidenziabili con ecografie ostetriche di routine.
- ◆ *Malformazioni di sviluppo del tubo neurale*: spina bifida ed anencefalia. E' per ridurre queste patologie (1-2 casi su 1.000 nascite) che è opportuno assumere acido folico nei primi mesi di gravidanza.
- ◆ *Malformazioni del palato o labbro leporino*: circa 1 caso su 1.000 nati.
- ◆ *Piede torto*: circa 1 caso su 1.000 nati.
- ◆ *Onfalocèle*: mancanza dei muscoli e della cute addominale. Circa 1 caso ogni 5.000 nati.

## Tests Genetici

Per alcune donne risulta molto importante poter escludere una patologia genetica, tipo la *sindrome di Down*. Per queste donne varrà la pena di considerare l'eventualità di effettuare un'amniocentesi o un test di screening per sindrome di Down.

I **Tests Genetici** si dividono sostanzialmente in test di screening e test diagnostici.

- ❖ I test di screening sono esami del sangue, nel quale si dosano alcune sostanze che possono modificare la loro quantità in presenza di alcune patologie cromosomiche. Sono *esami di orientamento*, che danno probabilità statistiche, e che, per lo più, si limitano a suggerire o rafforzare l'idea di effettuare test diagnostici.

I test di screening sono esami non invasivi e di basso costo, ma forniscono un risultato che dà un rischio solo probabilistico. Essi ci dicono se il rischio legato all'età materna è aumentato o diminuito in funzione della determinazione plasmatica di alcune proteine che possono aumentare o diminuire in caso di patologia cromosomica fetale. Il test può risultare positivo per alterazione cromosomica, anche in assenza di reale patologia, e ciò succede in circa 1 volta ogni 20 casi (falsi positivi) e può risultare negativo anche in presenza di reale difetto cromosomico fetale (falsi negativi). Si dispone di diverse metodiche, con una capacità di rilevare la patologia che oscilla dal 60 al 90%, e ciò rende inevitabile che circa 1 caso su 10 non venga riconosciuto dai test.

Attualmente il test di screening più precoce e più sensibile (c.a il 92%) è il test Combinato rappresentato dalla misurazione ecografica della *traslucenza nucale* associata al dosaggio di 2 proteine



plasmatiche ( la Free-BhCG e la Papp-A). Il test viene eseguito tra la 11<sup>a</sup> e la 14<sup>a</sup> settimana di gravidanza.

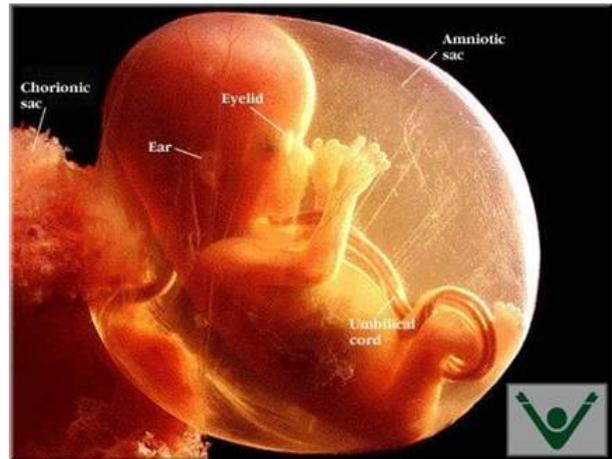
Il test di screening ecografico che io eseguo (per cui sono certificato dalla Fetal Medicine Foundation di Londra diretta dal Prof. Nicolaides) si basa sulla misurazione della translucenza nucale, sulla presenza dell'osso nasale, sulla valutazione doppler della valvola tricuspide per valutarne la continenza, del dotto venoso e dell'angolo facciale ed ha una sensibilità c.a del 90%.

Un altro comune *test di screening* è il *tritest* dove si dosa l' alfa-Feto-Proteina, l'estriolo e la free-BhCG fra la 16<sup>a</sup> e 18<sup>a</sup> settimana di gravidanza. Esso ha una sensibilità intorno al 70% e, a mio avviso, può essere utile solo se unito al test Combinato del I trim. (nel test cosiddetto Integrato) che però dà il risultato finale dopo la 18<sup>o</sup> sett.

❖ I tests diagnostici sono essenzialmente:

- la *villocentesi* (alla 10<sup>a</sup>-12<sup>a</sup> settimana).
- *l'amniocentesi* (alla 15<sup>a</sup>-18<sup>a</sup> settimana).
- *l'ecografie mirate* ecografia precoce entro la 9<sup>a</sup>;
  - del I trim. con valutazione della translucenza nucale, osso nasale ecc.;
  - del II trim. morfologica;
  - del III trim. biometria.
- L'amniocentesi è, ad oggi, l'unico esame diagnostico in grado di escludere una patologia cromosomica. E' sempre un esame invasivo, anche se il rischio di abortività non è molto elevato (circa 1 su 300). L'esame risulta convenzionato dal SSN solo dopo i 35 anni compiuti. Si esegue in ospedale dopo i 35 anni al momento dell'esame stesso o privatamente, presso il mio Studio, prima dei 35 anni, verso la 15<sup>a</sup> - 16<sup>a</sup> settimana.
- L'Ecografia mirata è una tecnica che consente di vedere all'interno del nostro corpo mediante l'utilizzo di onde sonore ad alta frequenza (ultrasuoni) che attraversano i tessuti. L'utilizzo della diagnostica ecografica in Ostetricia & Ginecologia, ma soprattutto in Ostetricia, ha avuto, nell'ultimo decennio, una rapida diffusione, tanto che, in Italia, si effettuano tre o più esami ecografici alla quasi totalità della popolazione ostetrica. Il miglioramento degli apparecchi sonografici è stato talmente repentino che in dieci anni siamo arrivati ad una III generazione di strumenti, che sfruttano la tecnologia digitale. Le ragioni più comuni per cui si esegue l'ecografia in campo ostetrico sono: determinare con buona precisione l'epoca della gravidanza e la posizione del feto ed accertare che il suo sviluppo sia normale. E' altresì importante attualmente offrire alla gestante uno screening per quanto riguarda le diagnosi prenatali di cromosomopatie e di malformazioni legate allo studio accurato dei vari apparati fetali che più frequentemente possono essere interessati da questo tipo di patologie. L'esperienza fino ad ora disponibile suggerisce che un esame ecografico routinario, non mirato, consente di identificare **dal 30% al 70%** di tutte le malformazioni. E' indubbio, perciò, che l'esame ecografico di base in ostetricia debba rispondere routinariamente oggi ad una serie di quesiti e richieda:
  - una buona e completa preparazione dell'operatore. Personalmente, per poter effettuare le ecografie ostetriche, ho conseguito i Certificati di Competenza presso il Gruppo del Prof. Kipros Nicolaides del Kings' College Hospital di Londra, uno dei Centri più all'avanguardia nel mondo, col quale continuo a collaborare soprattutto per conto dell'Ospedale Evangelico Internazionale dove ormai da anni sono Dir. Responsabile della Struttura Semplice di Diagnostica Prenatale per Immagini ed Invasiva. Inoltre collaboro anche con il Gruppo del Prof. Pilu dell'Ospedale S. Orsola di Bologna dove frequento c.a. quattro week-end all'anno per corsi di aggiornamento.

- un'apparecchiatura idonee a questi scopi; apparecchiatura alquanto sofisticata che permette una "lettura" sonografica precisa, con alti livelli di grigio, con focalizzazione dinamica sia in trasmissione che in ricezione su tutti i punti e le linee di scansione, con ingrandimenti dell'immagine senza perdita di risoluzione, con Color Doppler ad alta sensibilità per le basse velocità, con Power Doppler per lo studio di perfusione dei vasi e con trasduttori convex e transvaginali a doppie frequenze. L'apparecchio sonografico che ho in Studio, GE Voluson 730 Pro, presenta tutte queste essenziali caratteristiche oltre ad avere la possibilità di effettuare un'ecografia tridimensionale (3D) anche in tempo reale (4D).



## CONSIGLI PER IL PERIODO CHE VA DALLA 16<sup>a</sup> ALLA 28<sup>a</sup> SETTIMANA

Oramai si trova già molto avanti nel viaggio della gravidanza. Questo periodo è forse quello più gratificante, ancora non molto appesantita, ma già... visibilmente *interessante*: L'addome aumenta i suoi diametri, arrivando circa alle costole.

Il feto, a 20 settimane pesa circa 400 gr ed è lungo circa 25 cm. A 28 settimane pesa circa 1 kg. ed è lungo circa 35 cm. L'idea di un viaggio può essere utile per spiegare alcune cose: così come è importante impegnarsi per guidare bene, per essere al meglio della propria forma fisica, gustando il panorama senza distrarsi troppo, allo stesso modo è fondamentale prendersi cura di Sé e del proprio viaggio di gravidanza.

Attorno a Sé avrà tante persone che, in qualche modo, partecipano a questo *viaggio*: marito, familiari, amiche. Sappia essere Lei la persona che decide, Lei quella che si assume la responsabilità della guida e delle scelte. Ascolti tutti, ma non perda la Sua capacità di scelta e la Sua autonomia. Sapendo anche concedersi delle distrazioni adeguate, con amici, per gratificarsi, per compensarsi delle tante piccole e grandi difficoltà che si trova ad affrontare.

A proposito di viaggi (vedi capitolo a pag. **17**): in auto allacci sempre la cintura di sicurezza, ponendo quella inferiore al di sotto del ventre, e quella superiore facendola passare al centro del petto, fra i due seni.

In questa fase è importante seguire ancora più da vicino alcuni dei consigli già dati: anche se aumenta l'appetito, cerchi di mangiare poco, ma spesso; muoversi senza stancarsi; riposare adeguatamente, anche nel corso dell'intera giornata, interrompendola con brevi intervalli in cui stare sdraiata.

Pesarsi ogni settimana: è molto importante. Avrà conosciuto i Suoi *nuovi* gusti, da gravida. Cerchi di assecondarli, senza esagerare: l'importante è mangiare di tutto, per essere certa di acquisire tutte le vitamine ed i micronutrienti necessari. A volte si ha nausea per la carne: la sostituisca con il pesce; anche se surgelato va benissimo. Se invece non le piacesse né l'una né l'altro deve comunque cercare di non restare senza proteine. Un sistema che, in casi estremi, funziona bene è quello di mangiare del bianco d'uovo: è albumina, una proteina preziosa. Le consiglio di far solidificare l'albume, in tegame o bollendo le uova, di farlo raffreddare, e mescolarlo poi con l'insalata, scartando il rosso. Due - quattro bianchi al giorno possono in parte compensare il rifiuto di carne e pesce.

A volte interviene o si accentua un po' di stitichezza: beva molto e si accerti di assumere fibre in quantità adeguate. Poi utilizzi i Suoi normali rimedi, o faciliti l'evacuazione con supposte di glicerina. Eviti di far passare troppi giorni senza andare in bagno.

Possono comparire delle smagliature, e qualche macchia: sull'addome, al centro, si accentua la *linea nigra*, le areole mammarie diventano più scure.

Le perdite vaginali tendono ad aumentare in gravidanza: se filanti, chiare o biancastre sono piuttosto normali. Sono invece da riferire se macchiate di sangue, o con cattivo odore.

Il circolo venoso, nelle gambe, risente delle nuove condizioni e dell'effetto degli ormoni della gravidanza sulle pareti delle vene. In queste condizioni è più facile che si gonfino le gambe, che si evidenzia qualche vena superficiale, o che compaiano delle vene varicose. Prescindendo dai vari rimedi (vedi capitolo a pag. **15** e di cui parleremo in visita) prenda l'abitudine di stare spesso con le gambe stese, ponendo i piedi su uno sgabello: è molto utile.

Dalla 29<sup>a</sup> settimana i movimenti fetali vengono avvertiti con maggiore vigore.

Può avere qualche difficoltà a fare respiri profondi, perché l'utero cresciuto solleva il diaframma, un muscolo che aiuta a respirare.

Può avvertire anche il bisogno di urinare con maggiore frequenza.

Il feto cresce rapidamente, compaiono ciglia, sopracciglia ed unghie, si muove, dà calci, dorme, deglutisce, succhia un pollice, fa pipì. La sua pelle si riveste di una vernice (*vernix*) e di peli sottilissimi (*lanugine*).

### **Piccolo memorandum per le prossime settimane:**

Fra la 18<sup>a</sup> e la 21<sup>a</sup> settimana è bene effettuare la seconda ecografia, questa volta *morfologica*, ossia con lo studio dei vari distretti dell'organismo fetale. Vedrà che il peso del bambino o le misure dei suoi vari distretti, vengono espressi in *percentili*. Le spiego: una misura che sia al 50° percentile significa che è nella media di quanto si osserva. Se invece risulta al 60° vuol dire che è un poco di più (del 10%) della media normale. Le misure cominciano ad essere un poco *ai limiti* della norma quando sono al di sopra del 75° o al di sotto del 25° percentile. Sono fuori dalla norma se al di sopra del 95° percentile o al di sotto del 5° percentile.

Dalla 30<sup>a</sup> settimana è bene effettuare un controllo settimanale della pressione arteriosa: la minima è alterata se supera i 90 mm di Hg. Se risultasse più alta del dovuto la controlli più frequentemente. Se persistesse più elevata me ne dia notizia.



## **CONSIGLI PER LE ULTIME SETTIMANE DI GRAVIDANZA, DALLA 31<sup>a</sup> AL TERMINE**

Giunta al III trimestre, il più del viaggio ostetrico è stato compiuto. Ci si avvicina ora al momento più importante, avendo già superato una serie di difficoltà, e soprattutto essendo ormai entrata completamente nel Suo ruolo di mamma in attesa. Sappia rallegrarsene con se stessa.

Da adesso in avanti sarà sempre più importante sapere essere attenta a Sé stessa ed alle possibili esigenze del bambino.

Le rinnovo, ora con più calore, le raccomandazioni già espresse: si pesi ogni settimana, segua ritmi di vita regolari ed ordinati, alternando periodi di attività (passeggiate) a periodi di completo riposo (sdraiata di fianco è meglio!). Le donne che vogliono far tutto, considerandosi quasi *onnipotenti*, spesso si trovano a misurare le conseguenze delle loro imprudenze. Non pensi solo alle cose mediche, o di dovere: si impegni anche nel cercare e perseguire le cose che più Le fanno piacere: non per distrarsi e non pensare a ciò che l'aspetta, ma proprio per gratificarsi delle tante difficoltà emotive e fisiche che sta affrontando.

Il respiro sarà sempre un po' più difficoltoso: è sempre il diaframma che viene sospinto verso l'alto dall'utero che cresce.

Potrebbe avvertire delle contrazioni: se sporadiche sono quasi usuali, se frequenti (più volte al giorno) e dolorose, o addirittura regolari (4 -5 ogni ora) possono indicare l'inizio di un vero e proprio travaglio di parto.

A volte può fuoriuscire qualche goccia di colostro dai capezzoli: è normale. L'ombelico può risultare completamente appianato.

Può avere bisogno di urinare più spesso (anche a seguito di movimenti fetali) o perdere qualche goccia di urina: non si preoccupi.

Il feto scalcia e si distende: i suoi movimenti andranno poi diminuendo man mano che la sua casa risulterà più angusta. La sua crescita procede rapidamente: da Kg. 1,350 a 32 settimane, ne peserà circa kg. 2,300 quattro settimane più avanti.

### **Cosa preparare per il momento in cui andrà in ospedale**

Quando sarà il momento delle prime avvisaglie, sarà utile non doversi preoccupare delle cose più banali. Tenga quindi pronto, o quasi pronto, il borsone con ciò che può essere utile in Ospedale:

#### ❖ **Corredo Neonato:**

- Primavera – estate:
  - ⌘ 4 magliette di cotone maniche corte o smanicate o body;
  - ⌘ 4 coprifasce di cotone;
  - ⌘ 4 mutandine di spugna
- autunno – inverno:
  - ⌘ 4 magliette di lana - cotone sulla pelle o cotone felpato - maniche corte o body;
  - ⌘ 4 coprifasce di lana, felpa o spugna (preferibilmente con bottoni);
  - ⌘ 4 mutandine di spugna

**Tutti gli indumenti, anche se nuovi, devono essere lavati non con detersivi disinfettanti.**

- ⌘ 1 pacco di pannolini – mutandine prima misura (3 –5 kg.);
- ⌘ 4 bavagliolini di spugna;
- ⌘ 1 pacco di salviettine imbevute per l'igiene del bambino;
- ⌘ 1 confezione di crema per il pannolino.

#### ❖ **Corredo Mamma:**

- ⌘ necessario per la toilette personale;
- ⌘ 5 asciugamani ospite;
- ⌘ 1 spugna;
- ⌘ 2 confezioni mutandine a rete;
- ⌘ 1 pacco assorbenti igienici grandi (tipo neonato, non da incontinenti);
- ⌘ 1 pacco assorbenti notte donna;
- ⌘ esami ed ecografie eseguite in gravidanza.

#### ❖ **Facoltativo:**

- ⌘ detergente per la pulizia del seno;
- ⌘ coppette assorbilatte in stoffa;
- ⌘ olio di mandorle dolci o di germe di grano;
- ⌘ caramelle di destrosio o miele.

### **Vado o non vado?**

È prudente telefonare prima ed eventualmente recarsi in Reparto (tel. 010/55229811) quando si avvertono:

- ◆ *contrazioni regolari e dolorose (vi sono travagli falsi, destinati ad interrompersi, e veri: in questi l'intervallo tra le contrazioni è piuttosto breve, generalmente inferiore ai 10 min)*
- ◆ *perdite di sangue rosso vivo, (peraltro frequenti, in concomitanza con le modificazioni del collo uterino)*
- ◆ *perdite vaginali liquide (nel sospetto di una rottura delle membrane amniotiche. Una sensazione di «bagnato» è più frequentemente associata alla perdita del cosiddetto «tappo mucoso»; mentre la rottura delle membrane di solito si accompagna alla caratteristica di «gocciolare»)*
- ◆ *un aumento della pressione arteriosa (se uguale o maggiore di 140/90: occorre ricontrollarla, e poi andare in ospedale per escludere che stia per comparire una particolare condizione patologica, che si chiama «preeclampsia o gestosi»)*
- ◆ *un aumento della proteinuria all'esame delle urine (normale se inferiore a 20 mg/dL)*
- ◆ *una prolungata mancata percezione dei movimenti fetali (inferiori a 10 movimenti nella giornata)*

## **Se l'attesa dovesse protrarsi**

Come Lei sa, la gravidanza, a volte, può protrarsi anche oltre la 40<sup>a</sup> settimana. E' un periodo delicato, perché da un lato sappiamo che il bambino è ormai maturo, quindi pronto a ben sopravvivere fuori dal suo ambiente intra-uterino.

Dall'altro, il forzare le contrazioni, per favorire o anticipare il parto, spesso può creare qualche inconveniente nella dinamica del parto.

Per questi motivi è necessario attendere che anche il muscolo uterino, e tutto il sistema endocrino che lo regola, sia pronto per il parto.

Ma sappiamo anche che la placenta, l'organo che consente al bimbo di ricevere ossigeno e nutrimento, può deteriorarsi, a volte con una certa rapidità.

Per questi motivi si ritiene utile fare dei controlli clinici e strumentali ravvicinati, per accertarsi che tutto vada per il meglio, e per intervenire con discreta tempestività ove così non fosse.

Sostanzialmente io seguo questi 3 parametri principali:

- ⌘ quello clinico, valutando le Sue condizioni, generali e locali;
- ⌘ il monitoraggio cardiocografico per verificare eventuali condizioni di ridotto benessere fetale;
- ⌘ la determinazione ecografica della quantità di liquido amniotico, espressione della funzionalità placentare.

Per poter eseguire questi accertamenti, all'ultima visita intorno alla 39° o 40° sett., le proporrò un elenco di appuntamenti presso l'Ospedale Evangelico, in regime ambulatoriale (controllo cardiocografico)

## **CONSIGLI SULL'ALLATTAMENTO**

Allattare è una cosa del tutto naturale, è la normale risposta del nostro corpo dopo il parto, per soddisfare i bisogni (alimentari, affettivi...) del nostro bambino.

Perché si nota nelle donne un eccessivo bisogno di informazioni, la maggior parte delle gestanti si chiedono e ci chiedono se potranno allattare come se per far ciò occorressero attitudini particolari, formazione e chissà cos'altro. Quando noi rispondiamo a queste domande molto spesso ci troviamo a sfatare, semplicemente, dei luoghi comuni.

D'altro canto un certo tipo di pediatria continua ad incalzare le donne con messaggi negativi "...ma il suo latte è abbastanza nutriente?....." "...ha già tre mesi sarebbe bene incominciare a dare un omogeneizzato di frutta, non vorrà allattarlo fino a quando parte per il militare"....le donne che allattano per molto tempo devono farlo quasi clandestinamente, sono considerate madri che non vogliono lasciare crescere il loro bambino, che si ostinano a nutrirlo con il loro latte, quando "abbiamo la fortuna di vivere in una civiltà così avanzata che ha messo a disposizione dei nostri figli dei specialissimi latti"; peccato che tutti i latti artificiali derivino dal latte di mucca o dalla soia.

La confusione e la cattiva informazione, anche da parte del personale sanitario, è tale che un organo competente quale **O.M.S.** ha sentito la necessità di dare precise disposizioni in materia di allattamento.

### **COSA FARE IN GRAVIDANZA:**

Durante la gravidanza non è necessario fare nulla per favorire l'allattamento.

Tutte le cure sono rivolte unicamente ad una corretta igiene:

- sostenere il seno con un reggiseno adeguato, in cotone, non deve stringere, se il seno aumenta di volume adeguare il reggiseno.
- Non occorre strofinare il capezzolo con manopole, guanti di crine....dopo il bagno o la doccia passare una crema idratante oppure olio di mandorle dolci insistendo dolcemente sui capezzoli.
- La grossezza del seno non ha nessuna relazione con la quantità di latte che si produrrà in allattamento, neanche la presenza o no di colostro durante la gravidanza ha una relazione con la riuscita dell'allattamento.

- Se avete i capezzoli piatti potete usare dei semplici dispositivi che mantenendo in leggera trazione il capezzolo (qualche minuto durante il giorno) "allenanandolo" per l'allattamento.
- Ricordate che avrete un esperto alleato.....vostro figlio.....lui sa esattamente cosa vuole, di cosa ha bisogno, di quanto ne ha bisogno, ascoltatelo.
- In caso di dubbi esponetevi all'ostetrica, parlandone si troverà sicuramente una risposta.

### **COSA FARE QUANDO E' ARRIVATO IL BAMBINO:**

- Attaccare il bambino al seno, appena nato, il prima possibile per tutto il tempo che lo desidera, quando si stacca e si addormenta tenerlo nel letto con voi, non abbiate fretta di metterlo subito nella culla.
- Attaccatelo ogni volta che vi viene portato, non date aggiunte di latte artificiale prima di attaccarlo al seno, se il bambino resta in camera con voi attaccatelo ogni volta che lo richiede, soprattutto se l'allattamento appare difficoltoso.
- Non cronometrate la poppata, il bambino si staccherà quando sarà sazio.
- Non staccate il bambino da un seno per attaccarlo all'altro.
- Prima di allattare cercate una posizione comoda.
- State in stretto contatto visivo con il bambino, tenete il bambino fra le braccia, l'allattamento non è solo un mezzo per nutrire il corpo ma...anche lo spirito.
- La montata latte può arrivare anche dopo 10 giorni dal parto. Soprattutto nei primi giorni il seno si presenta molto turgido e dolente, prima di attaccare il bambino è bene massaggiare il seno con una spugna imbevuta di acqua calda partendo dalla radice della mammella fino al capezzolo (mungitura), quando il bambino è attaccato al seno continuare questa "mungitura" con la mano per favorire la fuoriuscita del latte.
- Non staccate il bambino da un seno per farlo attaccare all'altro, la qualità del latte varia dall'inizio alla fine della poppata (il primo latte è più trasparente e zuccherino per placare la fame, alla fine diventa più denso e ricco di grassi per dare sazietà nelle ore successive.), rischiate che il bambino non voglia più attaccarsi e la forte trazione che fa sul capezzolo lo può irritare.
- Se il seno non svuotato è dolente potete svuotarlo manualmente con la manovra della mungitura, conservare il latte in un contenitore sterile, con la data e congelatelo, lo potete utilizzare entro 3 mesi; una scorta di latte può essere molto utile.
- **NON USARE IL TIRALATTE SE NON NECESSARIO.**
- **NON USARE LE COPPETTE ASSORBILATTE;** in caso non ne possiate fare a meno cambiatele frequentemente.
- Attaccare il bambino in modo corretto, con il viso rivolto verso il seno, mettergli in bocca non solo il capezzolo ma tutta l'aureola, fare attenzione che il bambino non faccia trazione sul seno.

### **COSA FACCIO SE.....**

- In caso di febbre allattate tranquillamente il bambino avendo l'accortezza di usare una mascherina protettiva, durante l'allattamento si possono assumere sia farmaci antipirettici sia antibiotici, per qualsiasi terapia consultate il vostro medico che vi consiglierà la terapia idonea al vostro caso.
- Su un seno o entrambi può comparire una zona dolente, arrossata, calda, è probabile che si tratti di un ingorgo mammario, consultate il vostro medico o un'ostetrica in ospedale che valuterà la situazione e vi darà le indicazioni necessarie.
- I capezzoli possono irritarsi fino al punto di formare delle lesioni che sanguinano, quasi sempre questo è dovuto all'errato modo di attaccare il bambino, di staccarlo



dal seno, dall'uso improprio del tiralatte, dall'uso delle coppette assorbilatte. Appena vedete che i capezzoli si arrossano e vi fanno molto male consultate un'ostetrica in ospedale che valuterà la situazione e vi darà le indicazioni necessarie.

## **PROBLEMI VENOSI IN GRAVIDANZA**

I consigli che seguono indicano alcune regole di stile di vita che sono importanti per evitare o ridurre i problemi causati da vene varicose oppure da malattie venose più sfumate:

1. *evitare il più possibile di stare in piedi a lungo*: la posizione eretta, per la forza di gravità, scarica sulle vene delle gambe la massa sanguigna e se queste sono incontinenti o varicose, le dilata enormemente
2. *non sedersi su sedie o poltrone troppo basse*: l'eccessiva angolatura dell'articolazione del ginocchio provoca lo "strozzamento" delle vene superficiali.
3. *sforzarsi di camminare molto, se possibile nuotare*: questi tipi di attività fisica sono benefici per il circolo venoso: mantengono il tono muscolare in efficienza, con relativo guadagno del ritorno venoso.
4. è evidente che chi è portatrice di una malattia venosa, soprattutto varicosa, debba *evitare di stare troppo a lungo in ambienti caldi* o vicino a fonti di calore (ad esempio esporsi a lungo al sole, bagni caldi ecc.).
5. se le gambe sono molto pesanti, specie alla fine della giornata, dormire con le gambe leggermente sollevate (inserire un cuscino sotto il materasso).
6. in presenza di disturbi maggiori, valutare (con visita angiologica) l'opportunità di indossare *calze elastiche e/o solette flebologiche*.

### **Per aiutare a scegliere le calze elastiche**

La calza elastica è, a tutti gli effetti, un dispositivo medico, cioè curativo; la pressione che il prodotto deve esercitare a livello della caviglia deve essere pertanto correlata al grado di prevenzione che si vuole ottenere oppure alla patologia di cui la donna soffre.

Le calze elastiche sono classificate in base ad una scala, ideata in Germania, suddivisa in cinque classi, da 0 a 4 (K0, K1, K2, K3 e K4).

Le calze di compressione K0 sono ancora considerate NON terapeutiche, e comprendono le cosiddette calze "riposanti".

Le calze di compressione K1 sono calze terapeutiche e producono una pressione di 20/30 mmHg alla caviglia: sono indicate in tutti i casi di vene varicose non complicate. Esteticamente le calze K1 sono molto simili a comuni calze coprenti e le ditte produttrici hanno diversi colori in catalogo, in modo da essere più gradevoli anche alla vista. La materia impiegata nella loro realizzazione può essere cotone oppure microfibra.

Le calze di compressione K2 producono una pressione di 30/40 mmHg alla caviglia e sono indicate per insufficienze venose ad elevata pressione, specie con cospicuo gonfiore delle gambe alla sera.

Le calze di compressione K3 producono una pressione di 40/50 mmHg alla caviglia e sono indicate per insufficienze venose associate a sindrome post-tromboflebitica o con gonfiore costante durante tutto il giorno.

Le calze di compressione K4 producono una pressione di 50/60 mmHg alla caviglia e sono indicate per gravi insufficienze venose o nel linfedema; il loro utilizzo è solo ospedaliero.

# IL RISCHIO DELLA TOXOPLASMOSI IN GRAVIDANZA

Il *Toxoplasma Gondii* è un parassita capace di infettare sia l'uomo che gli animali. La trasmissione può avvenire nell'adulto per via orale con l'ingestione di carni crude (soprattutto agnello e maiale), verdure, latte, uova contaminate o per contatto con animali domestici infetti (gatto, soprattutto le sue feci). Pertanto è importante lavarsi accuratamente le mani dopo che si è toccato un animale domestico non familiare. E' altresì importante lavare accuratamente la verdura soprattutto se si intende mangiarla cruda.

L'infezione evolve di solito in modo silente ed asintomatico; l'eventuale sintomatologia (febbricola e linfadenopatia laterocervicale o raramente inguinale ed ascellare ) ha decorso benigno non preoccupante.

In gravidanza però il parassita può essere trasmesso al feto, che essendo incapace di reagire immunologicamente, può subire danni.

I dati raccolti da studi prospettici dimostrano che l'incidenza e la severità della Toxoplasmosi congenita variano con il periodo nel quale è avvenuta l'infezione.

Durante il *primo trimestre* di gravidanza l'infezione può essere trasmessa dalla madre al feto nel 15-25% dei casi e può determinare aborto spontaneo o nascita di feto morto.

Le infezioni del *secondo trimestre* si possono trasmettere nel 25-54% dei casi e possono causare idrocefalia e forme tardive di corioretinite (anche a distanza di anni).

Nel *terzo trimestre* il rischio di infezione del feto aumenta al 65% ma, di solito, si ha una evoluzione asintomatica o una manifestazione clinica meno grave quale l'ittero neonatale per la sofferenza epatica e splenica.

Rarissima è la possibilità di trasmissione transplacentare nel caso in cui la madre abbia subito l'infezione due mesi *prima del concepimento*.

Molto rara, infine, la possibilità di trasmissione dell'infezione al feto, da parte di madri che vanno incontro ad immunodepressione, per malattia o terapia (in questi casi la trasmissione sarebbe secondaria ad una riattivazione).

## **Norme igienico alimentari per la gestante recettiva alla toxoplasmosi**

- cuocere sempre molto bene le carni prima del consumo;
- evitare il consumo di carni crude o poco cotte, salumi crudi, frutti di mare crudi, latte non pastorizzato, uova crude;
- lavare accuratamente frutta e verdure prima del consumo;
- lavare sempre le mani prima di mangiare e dopo aver toccato carni crude, frutta e verdure non lavate, terra o altri materiali potenzialmente contaminati con le feci del gatto;
- pulire accuratamente le superfici della cucina e gli utensili venuti a contatto con carni crude, frutta e verdure non lavate;
- usare sempre guanti di gomma in tutte le attività che possono comportare il contatto con materiali potenzialmente contaminati con le feci del gatto (giardinaggio, orticoltura, pulizia lettiera del gatto, ecc.);
- evitare il contatto con il gatto e soprattutto con le sue feci; in caso di presenza di un gatto in casa adottare le seguenti precauzioni: alimentare l'animale con cibi cotti o in scatola evitando che esca di casa, affidare ad altri la pulizia della sua cassetta, facendo sostituire frequentemente (meglio se quotidianamente) la lettiera e igienizzando il contenitore per almeno 5' con acqua bollente;
- evitare viaggi al di fuori dell'Europa e del Nord America
- eliminare dalla propria abitazione veicoli animali (mosche, scarafaggi, ecc.)

# VIAGGIARE IN GRAVIDANZA

Posso viaggiare in gravidanza? Ci sono particolari precauzioni da prendere? Esistono modi di viaggiare migliori di altri? Il periodo della gravidanza è importante? Le risposte a queste domande dipendono dall'epoca gestazionale e dalla presenza di fattori di rischio, condizioni che aumentano il rischio di patologia e che necessitano pertanto di una maggiore prudenza e sorveglianza.

La maggior parte delle donne possono viaggiare tranquillamente in gravidanza. È indispensabile però seguire alcune raccomandazioni.

## Quando viaggiare

Dopo i primi tre mesi generalmente ci si sente meglio. Il fisico comincia ad adattarsi allo stato di gravidanza, la nausea è oramai attenuata, il vomito è scomparso, la sonnolenza non è più un problema.

Se vi è quindi la possibilità di programmare il viaggio, il *secondo trimestre* (IV, V e VI mese) è pertanto il momento migliore per affrontarlo.

Problemi possono invece presentarsi negli ultimi mesi: sarebbe quindi più prudente evitare lunghi spostamenti e per troppo tempo con l'avvicinarsi della data del parto.

## Consigli generali

Indipendentemente dalle modalità di viaggio, è utile prendere alcune precauzioni per migliorare il benessere e la sicurezza.

1. *Passeggiare spesso*, quasi ogni ora: serve ad evitare gonfiore degli arti inferiori, a volte molto intenso e fastidioso.
2. *Calzare scarpe comode, indossare calze elastiche ed indumenti che non costringono*. I tessuti a contatto della nostra pelle devono essere di fibre naturali come cotone o lana: sono meno irritanti ed assorbono il sudore.
3. *Mangiare poco e spesso*: portarsi della frutta o piccoli snacks per prevenire la nausea.
4. *Non assumere farmaci* che non siano stati prescritti dal proprio ginecologo.
5. Sottoporsi ad un *controllo clinico prima della partenza*.
6. *Indirizzi utili*. Se il viaggio durerà a lungo (alcune settimane) o se avviene nelle ultime settimane di gravidanza è bene avere dei punti di riferimento nella zona dove si andrà a soggiornare come l'indirizzo di un altro ginecologo, un ospedale con reparto di ostetricia o altra struttura utile per affrontare le eventuali necessità o situazioni di emergenza.

## QUALE MEZZO SCEGLIERE?

Automobile, bus, treno, aereo o nave? In linea di massima vanno bene tutti ma nei lunghi viaggi è preferibile il mezzo più veloce. Si sconsiglia un prolungato spostamento in moto.

## Via terra

L'automobile va bene per viaggi non troppo lunghi. Dieci ore di viaggio sono pesanti anche al di fuori della gravidanza. Non più di 5-6 ore di viaggio al giorno sono un buon obiettivo.

È bene *indossare sempre una cintura di sicurezza*. Alcune donne temono che la cintura di sicurezza possa costringere il feto se l'automobile si ferma bruscamente o in caso di impatto violento. Nella realtà ciò avviene eccezionalmente perché il feto è protetto dal liquido amniotico che lo circonda, dai muscoli, organi ed ossa materni. In caso di incidente è bene tuttavia consultare immediatamente il proprio ginecologo od un pronto soccorso ostetrico.

Se l'automobile possiede un *Air Bag* indossare la cintura di sicurezza è ancora più doveroso: in caso di incidente il trauma addominale potrebbe essere maggiore. Se l'*Air Bag* dovesse aprirsi, il gas non è nocivo.

Si può scegliere di viaggiare in autobus od in treno. Gli autobus hanno corridoi stretti e toilette piccole. I treni, invece, hanno più spazio per passeggiare. I loro piccoli sbandamenti non sono pericolosi.

## **Come indossare la vostra cintura di sicurezza**

E' bene posizionare la cintura *orizzontale* (quella in basso) al di sotto dell'addome, abbassandola quindi un poco, in modo da circondare senza costringere. La cintura *trasversale* dev'essere posizionata tra i due seni ed intorno alla spalla, regolando il sedile in modo che quest'ultima non strofini sul collo. E' bene inoltre che non siano regolate troppo lente.

## **Via aria**

Di norma, volare è sicuro in gravidanza. La maggior parte delle compagnie aeree accettano donne gravide al di sotto delle 36 settimane (è bene pertanto portare un certificato con la data presunta di parto).

I *metal detector* utilizzati come sistemi di sicurezza negli aeroporti non arrecano alcun danno al feto.

Esistono alcune regole per un viaggio tranquillo:

1. Farsi assegnare un posto vicino al corridoio per poter passeggiare ed andare facilmente in bagno.
2. La cabina può essere sia riscaldata che rinfrescata anche in un piccolo aereo. Nonostante ciò è bene indossare pochi abiti leggeri a strati che si possano rimuovere con facilità.
3. Bere bevande leggere per evitare la nausea, ma abbondantemente poiché l'aria della cabina è asciutta.

## **Via mare**

Le navi da crociera possono rappresentare un mezzo di viaggio comodo e rilassante. Tuttavia alcune persone soffrono il *mal di mare*: se è la prima esperienza, questo non è il momento più adatto per provare. E' bene informarsi su eventuale assistenza medica specifica quando la nave è in mare aperto.

## **VIAGGI ALL'ESTERO**

In questo caso è bene tenere a mente alcune problematiche:

### **Cibi e bevande.**

I viaggi in altri paesi portano talvolta a contatto con patologie non usuali. I nativi sono abituati alla presenza di alcuni microrganismi reperibili nel cibo e nelle bevande, ma gli stessi possono essere causa di patologie nel nuovo ospite.

La cosiddetta *diarrea del viaggiatore* può essere un disturbo leggero per chi non è in gravidanza, ma può diventare un serio problema per la gestante. In caso di diarrea è bene reintegrare la perdita di liquidi bevendo molto. E' anche utile portare con se dei farmaci per affrontare questo disturbo, da assumere solo dopo aver consultato il medico. Ma il sistema migliore è fare attenzione all'alimentazione per prevenire il disturbo:

1. Bere solamente acqua pura imbottigliata e bevande leggere. Lo iodio usato per purificare l'acqua può non essere sicuro per le donne in gravidanza.
2. Non usare ghiaccio nelle bevande, non bere dalla bottiglia ed usare preferibilmente bicchieri di carta.
3. Evitare frutta fresca e verdura a meno che non venga precedentemente cotta e sbucciata.
4. Fare attenzione a cibi crudi o poco cotti (possono anche essere veicolo di toxoplasmosi).
5. Accertarsi che il latte assunto sia effettivamente pastorizzato.

### **Malaria.**

La malaria è un'infezione tropicale trasmessa dalla puntura di una zanzara. Causa anemia e sintomi simil-influenzali. Può determinare aborto, ritardo di accrescimento ed altri problemi gravi. Evitare le punture di zanzare nelle aree endemiche non è facile; un aiuto è rappresentato dall'uso di abiti coprenti e di repellenti per le zanzare sotto forma di spray o lozioni.

Non esistono farmaci che proteggano con sicurezza dalla malaria. Tuttavia la *cloroquina* può fornire un aiuto sia nella prevenzione che nel trattamento. L'assunzione andrebbe effettuata prima, durante e dopo il viaggio per alcune settimane.

E' preferibile non recarsi nelle zone endemiche e soprattutto dove esistono quei tipi di malaria che non rispondono alla cloroquina.

**Le vaccinazioni.**

Alcuni paesi richiedono la vaccinazione obbligatoria prima del viaggio. E' preferibile somministrare il vaccino prima della gravidanza. Molti vaccini non sono proprio utilizzabili in gravidanza. In questi casi è preferibile pertanto rinviare il viaggio a dopo il parto.