



Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al
Republicii Moldova
Protocol clinic standardizat pentru medici de familie
Moartea antenatală a fătului

A. Partea introductivă

A.1	Diagnosticul	Moartea antenatală a fătului – Retenție de făt mort in utero
A.2	Codul bolii (CIM 10)	O 02.1
A.3	Utilizatorii	Nivelul de asistență medicală primară
A.4	Scopul protocolului	Sporirea calității managementului gravidelor cu moartea antenatală a fătului
A.5	Data elaborării	2018
A.6	Data revizuirii	2022
A.7	Definiția	Moartea antenatală a fătului se consideră decesul fătului de la termenul sarcinii 22 săptămâni care survine înainte de debutul travaliului. Făt mort este acel făt care nu are semne de viabilitate – lipsa respirației, bătăilor cordului fetal sau pulsației vaselor ombilicale.
A.8	Factorii de risc	1. Anamneza eredocolaterală: • Avorturi spontane recurente • Tromboembolism venos sau pulmonar • Anomalii congenitale sau cariotip anormal • Retardul de dezvoltare mental 2. Anamneza extragenitală: • Tromboembolism venos sau pulmonar • Diabet zaharat • Hipertensiune cronică • Trombofilie • Lupus eritematos sistemic • Maladii autoimune • Epilepsie • Anemie severă • Cosanguinitate • Maladii cardiace 3. Anamneza obstetricală a gravidei: 3.1. În antecedente: • Avorturi spontane recurente • Copii cu anomalii ereditare în anamneză • Restricția de creștere intrauterină a fătului • Hipertensiunea indusă de sarcină/ preeclampsia severă • Decolarea prematură a placentei • Moartea antenatală a fătului 3.2. Sarcina curentă: 3.2.1. Cauze materne: • Vârsta ≥ 40 ani; • TORCH infecții (parvovirus B19, CMV, sifilis, lysteria monocytogenes); • Hipertensiune indusă de sarcină/ Preeclampsia severă • Diabet zaharat gestațional • Fumatul, alcoolul, droguri. • Obezitatea • Trauma abdominală • Colestază intrahepatică

		• Decolarea prematură a placentei • Hemoragii vaginale • Ruperea prematură prenatală a membranelor amniotice 3.2.2. Cauze fetale: • Aloimunizarea fetală • Hidropsul neimun • Restricția de creștere intrauterină a fătului • Infecția intrauterină • Anomalii congenitale • Anomalii cromosomiale • Complicații ale sarcinii multiple (sindromul transfuzor-transfuzat, insuficiența placentară, polihidramnios-oligohidramnios) 3.2.3. Cauze ovulare: • Hematom placentar • Placenta mai mare sau mai mică ca norma • Edemul placentar • Infarcte placentare • Anomalii ale structurii, lungimii sau inserției cordonului ombilical • Prolabarea cordonului ombilical • Noduri ale cordonului ombilical • Tumori placentare
--	--	--

B. Partea generală

Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere	Motive	Pași
B.1 Diagnosticul (C.1)		
Investigații clinice și paraclinice	Stabilirea decesului intrauterin al fătului.	Investigațiile clinice și paraclinice;(C.1) Stabilirea termenului de gestație; Stabilirea decesului fetal; (C.1.2)
B.2 Tactica de conduită (C.2)		
Consiliere psihologică (C.2.3) Triaajul pacientei (C.2)	Finisarea sarcinii care și-a pierdut scopul	Determinarea stării generale a gravidei; (C.2.1) Evidențierea maladiilor asociate; Stabilirea modalității de triere; Trierea gravidei în staționar de nivel II – III (C.2.4)
B.3 Management postpartum (C.3)		
Consilierea psihologică (C.3.1) Investigații paraclinice (C.3.2) Recomadări (C.3.3)	Restabilirea fizică și psihică a lăuzei	Evaluarea cauzelor posibile a decesului fetal; Întreprinderea măsurilor de reabilitare în dependență de cauza survenirii decesului antenatal;

C. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor

C	Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor	Gradul de dovezi
C.1 C.1.1	Investigații clinice și paraclinice pentru stabilirea diagnosticului 1. Clinic:	

C.1.2	a) absența bățăilor cordului fetal (BCF) și mișcărilor fetale; b) stoparea în creștere a uterului (dimensiunile uterine nu corespund termenului sarcinii);	D						
	2. Paraclinic: a) Cardiotocografia (CTG); b) Ultrasonografia (USG) care certifică decesul fetal: Lipsa BCF și a mișcărilor fetale	D						
		3						
C.2	Tactica de conduită							
C.2.1	Evaluarea stării generale și obstetricale a gravidei: - Anamneza; - Examenul somatic general și pe sisteme – starea generală, starea tegumentelor, Ps, TA, t⁰, FR; - Examenul obstetrical – prezența sau absența contracțiilor, evaluarea eliminărilor vaginale;							
C.2.2	Tactica la nivel de asistență medicală primară (după constatarea decesului fetal): Coordonarea conduitei clinice a cazului decesului antenatal între medicul de familie, obstetrician ginecolog, șeful secției consultative al spitalului raional, la necesitate șeful secției consultative din Centrul Perinatologic de nivel II în următoarele situații: - Travaliu declanșat; - Ruperea prenatală a pungii amniotice; - Semne vădite de infecție; - Hemoragie din căile genitale (decolare de placentă, placenta praevia); - Preeclampsie; - Patologia extragenitală decompensată.	3						
C.2.3	Consilierea pacientei și a rudelor, cu informarea despre disgnostic, riscurile și complicațiile posibile, preferabil cu implicarea psihologului.	D						
C.2.4	Trierea pacientei. Stabilirea modalității de triere la nivele superioare de asistență perinatală (desinestătător sau cu transport sanitar) este dependentă de starea pacientei și prezența maladiilor concomitente la aceasta. Pacientele fără maladii asociate sunt triate în staționar de nivelul II, pacientele cu complicații obstetricale grave și maladii asociate decompensate sunt triate în staționar de nivelul III.							
C.3	Management postpartum							
C.3.1	Consilierea familiei - Consilierea psihologică trebuie inițiată imediat. - Este necesar de explicat că rezultatele finale a tuturor investigațiilor vor fi în aproximativ, în 2-3 luni. - Este necesar de explicat că în ciuda unei evaluări aprofundate, cauza decesului poate să nu fie elucidată.	A C B						
C.3.2	Investigații suplimentare							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Maladia prezentă/suspectă</th><th>Categorii</th><th>Investigații</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladii extragenitale</td><td>Diabet zaharat</td><td>Hemoglobina glicozilată</td></tr> </tbody> </table>	Maladia prezentă/suspectă	Categorii	Investigații	Maladii extragenitale	Diabet zaharat	Hemoglobina glicozilată	3
Maladia prezentă/suspectă	Categorii	Investigații						
Maladii extragenitale	Diabet zaharat	Hemoglobina glicozilată						

C.3.3	materne		Hemoglobina a jeune	2
		Maladii ale tiroidei	TSH T3, T4 Anti TPO	
	Infecții materne bacteriene/virale	Culturi vaginale	Escherichia Coli Klebsiella Streptococcus B Enterococcus Mycoplasma/Ureaplasma Haemophilus influenzae Chlamidia	2
		Serologie	TORCH: Citomegalovirus Parvovirus B19 Listeria Toxoplasma Herpes simplex Sifilis Rubeola	1
	Trombofilia ereditară · Istoric familial de trombofilie ereditară · Istoric matern de CID ³ sindrom · Restricție de creștere intrauterină sau anomalii placentare	Teste care pot fi efectuate imediat postpartum	Mutația factorului V Leiden Mutația genei protrombinei Mutația MTHFR ²	
		Teste care pot fi efectuate la 6-8 săptămâni postpartum ¹	FVIII Antitrombina Proteina C Proteina S Timpul trombinei Homocisteina serică	
	Trombofilia dobândită · Restricție de creștere intrauterină · Maladii autoimune	Sindromul antifosfolipidic	Lupus anticoagulant Anticorpi anticardiolipinici Anticorpi anti-beta2 glycoproteina 1	
		Maladii autoimune	Anticorpi antinucleari	
	Cariotipul părinților	Translocații Mosaicism	Aneuploidii fetale Anomalii congenitale 3 și mai multe avorturi spontane recurente	
	1. Investigarea trombofiliei ereditare nu mai devreme de 6-8 săptămâni postpartum deoarece Proteina S scade în timpul sarcinii			
	2. MTHFR - metilentetrahidrofolatreductazei			
	3. CID sindrom – Sindromul coagulării intravasculare diseminate			
Recomandări:				
· Părinții trebuie să fie informați referitor la cauza care a dus la moartea antenatală a fătului, riscul de recurență și măsurile necesar de a fi întreprinse pentru evitarea recurențelor.				
· Femeile trebuie să fie informate referitor la necesitatea renunțării la deprinderi vicioase: fumat alcool.				
· Femeile trebuie să fie informate și consultate referitor la adaosul excesiv în greutate și necesitatea normalizării indexului masei corporale IMC< 25 (obeze, supraponderale).				
· Consilierea cuplului referitor la prevenirea sarcinii viitoare până la corijarea complexă a unor maladii de bază.				
· Informarea cuplului referitor la metodele de contracepție și fertilitate.				

Anexa 1	Conduita preconcepțională și în timpul sarcinii a pacientelor cu moartea antenatală a fătului în anamneză	Gradul de dovezi
	Preconcepțional: • Anamneza somatică și obstetricală detaliată; • Informarea referitor la riscul sporit de declanșare a complicațiilor obstetricale pe parcursul sarcinii ulterioare; • Evaluarea cauzelor și analiza cazului de moarte antenatală anterior, cât și informarea despre riscul de recurență și măsurile necesare de a fi întreprinse pentru evitarea unui avort spontan; • Încurajarea renunțării la deprinderi vicioase: fumat, alcool, droguri; • Consilierea femeilor supraponderale și obeze referitor la necesitatea normalizării indexului masei corporale $IMC < 25$; • Suplimentarea cu acid folic; • Consultația geneticianului; • Efectuarea testelor pentru diagnosticul diabetului zaharat, trombofiliei, sindromului antifosfolipidic, afecțiunilor tiroidiene, cât și altor maladii somatice la necesitate. Trimestrul I de sarcină • USG +dublu test (11 - 13+6 s.a) • hCG, PAPP-A, translučența nucală; • Efectuarea testelor pentru diagnosticul diabetului zaharat, trombofiliei, sindromului antifosfolipidic, afecțiunilor tiroidiene, cât și altor maladii somatice la necesitate. Trimestrul II de sarcină • USG fetal la termenul 18-20 s.a.; • Doppler arterei uterine la 22-24 s.a.; • Triplu test (15 - 20 s.a); Trimestrul III de sarcină • USG și doppler fetal pentru aprecierea dezvoltării fătului, și stabilirea precoce a complicațiilor; • Monitorizarea mișcărilor fetale de către gravidă; • Consilierea și informarea gravidei referitor la naștere și perioada postpartum.	2++ C – 2+ B-1++ B - 2+ B - 2+

Aprobat prin ordinal Ministerului Sănătății Muncii și Protecției Sociale nr. 551 din 02.05.2018

„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie Moartea antenatală a fătului”

Bibliografie:

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 55: Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth (2010, reaffirmed 2014).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 102: Management of Stillbirth. Obstet Gynecol 2009;113(3):748-61.
3. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. (2006). Stillbirth and Bereavement: Guidelines for Stillbirth Investigation.
4. Reproductive Care Program of Nova Scotia. Intrauterine Fetal Death and Stillbirth: Guidelines for Investigation. February 2016.
5. WHO recommendations for induction of labour, 2011.
6. Institute of Obstetricians and Gynecologists, Royal College of Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programs Division, Health Service Executive. Oxytocin to accelerate or induce labour. Clinical Practice Guideline No. 36, Version 1.0, April 2016.
7. Leduc D., Biringer A., Lee L., Dy J. Induction of labour. SOGC clinical practice guideline, N 296, Sep 2013.
8. Schott J, Henley A, Kohner N. Pregnancy Loss and the Death of a Baby. Guidelines for professionals. 3rd ed. London: Bosun Press, on behalf of Sands (stillbirth and neonatal death society); 2007.
9. Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. BMJ 2005;331:1113-7.
10. Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. Int J Gynaecol Obstet 2007;99 Suppl 2:S190-S193.
11. Fernanda Tavares Da Silva, Bernard Gonik, et al. Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. Elsevier. Vaccine 34. (2016) 6057-6068

Elaborat de:

D.ș.m., conf. univ. **Tatiana Belousova**,
Catedra Obstetrică și Ginecologie N1,
USMF "Nicolae Testemițanu"
D.ș.m., conf. univ. **Iurie Dondiu**,
Catedra Obstetrică și Ginecologie N2,
USMF "Nicolae Testemițanu"
D.ș.m., conf. univ. **Natalia Corolcova**,
Catedra Obstetrică și Ginecologie N1,
USMF "Nicolae Testemițanu"
D.ș.m., conf. univ. **Ion Bologan**,
Catedra Obstetrică și Ginecologie N1,
USMF "Nicolae Testemițanu"
Doctorand, **Mihaela Burac**, Catedra
Obstetrică și Ginecologie N1, USMF
"Nicolae Testemițanu"

Clasificarea nivelului de dovezi:

1++ Meta-analiza de calitate înaltă, review sistematic al studiilor clinice randomizate cu risc foarte redus de prejudiciu.

1+ Meta-analize bine efectuate, evaluări sistematice ale studiilor controlate randomizate, studii clinice randomizate sau controlate, cu un risc redus de prejudiciu.

1- Meta-analize, review-uri sistematice ale studiilor controlate randomizate, studii clinice randomizate sau controlate, cu un risc ridicat de prejudiciu.

2++ Review –uri sistematice ale studiilor caz-control sau de cohortă de înaltă calitate, cu un risc foarte scăzut de confuzie, prejudiciu și o mare probabilitate ca corelația este cauzală.

2- Studii caz-control sau de cohortă cu un risc ridicat de confuzie, prejudiciu și un risc semnificativ că corelația nu este de cauzalitate.

3 Studii ne analitice, raportări de cazuri, serii de cazuri.

4 Opinia experților.

Grade de recomandare

A. Cel puțin o meta-analiză, analiză sistematică sau studiu controlat randomizat, evaluat ca 1++ și direct aplicabil populației țintă; sau o revizuire sistematică a studiilor randomizate controlate, constând în principal din studii clasificate ca 1+ direct aplicabile populației țintă și care demonstrează coerența generală a rezultatelor.

B. Analiza studiilor evaluate ca 2++ direct aplicabile populației țintă, cu rezultate concludente, sau dovezi extrapolate din studiile evaluate ca 1++ sau 1+.

C. Dovezi, inclusiv studii clasificate ca 2+ direct aplicabile populației țintă și care demonstrează coerența generală a rezultatelor; sau dovezi extrapolate din studii evaluate ca 2++.

D. Nivelul de evidență 3 sau 4; sau dovezi extrapolate din studii evaluate ca 2+.

