

Este documento é um trabalho em desenvolvimento e será atualizado durante a epidemia, tão logo dados estejam disponíveis.

Gravidez

Os dados existentes sobre a apresentação clínica e os resultados do COVID-19 para as gestantes e seus bebês ainda são escassos.

As mulheres podem ter imunidade reduzida durante a gravidez e, portanto estatisticamente, apresentam maior risco de morbimortalidade grave por outras infecções respiratórias como SARS e MERS.^{1,2}

No entanto, ainda não há evidências publicadas de que as mulheres grávidas corram mais risco de contrair COVID-19 do que as mulheres não-grávidas, ou que a manifestação da doença seja diferente em mulheres grávidas e em não-grávidas.

A maioria das gestantes infectadas com COVID-19 apresentará sintomas leves/moderados de resfriado/gripe, mas tendo em vista a falta de evidências disponíveis, as gestantes devem ser consideradas como população de risco.

- Algumas gestantes com COVID-19 podem também apresentar doença grave que inclui hipóxia, distúrbios eletrolíticos de hipotensão e hipoperfusão da placenta, o que pode potencialmente causar sofrimento fetal, aborto espontâneo ou morte fetal no útero.
- É possível que uma doença grave possa estar associada ao parto prematuro, seja iatrogênico (mãe muito doente para continuar a gravidez), seja devido ao trabalho de parto prematuro como consequência da infecção, embora isso não esteja claro.²⁻⁵

Parto / Cesária

Transmissão vertical

- Alguns estudos de caso sugerem que não há transmissão transplacentar para o feto do COVID-19, e não há evidências de transmissão pelo canal durante o parto⁶.
- Até o momento, nenhum vírus foi isolado na placenta, líquido amniótico ou cordão umbilical (mas as evidências são muito escassas e pouco confiáveis)⁶
- Até o momento não foram encontradas evidências de transmissão vertical, embora tenha havido casos neonatais em que se suspeita de transmissão pós-natal. O principal risco de transmissão entre mãe e recém-nascido é pelo contato próximo (respiratório, gotículas de ar).
 - ❖ **O parto vaginal** de uma parturiente suspeita/confirmada deve ser realizado preferencialmente na sala de isolamento (isso evitará possível contaminação durante o transporte para outros serviços e sala de parto),
 - ❖ **A cesárea** deve ser realizada no Centro Cirúrgico, por indicação médica,
 - ❖ **A equipe envolvida** em assistir o parto ou cesariana e na recepção do bebê (parteira, enfermeira, médico, anestesista ...) deve usar EPIs apropriados para prevenir contra contato e gotículas, de acordo com as recomendações, e de acordo com as orientações do CO específico (para OCB: inclui bata resistente a líquidos e avental sobre a bata, se necessário, respirador N95/FPP2, proteção para os olhos e luvas),
 - ❖ **A limpeza e desinfecção completas** de todas as superfícies, materiais e equipamentos precisam ser feitas após cada intervenção.

Recém-nascidos

Existem alguns relatos de recém-nascidos que foram infectados e supõe-se que isso tenha sido acontecido após o nascimento⁷. A gravidade da doença em neonatos ainda não está clara, por falta de

dados suficientes. Não há mortes relatadas em neonatos confirmados com COVID-19. No entanto, com base na experiência de outros vírus respiratórios, pode-se esperar que alguns grupos, como prematuros, possam representar maior risco.

Tendo em vista os benefícios inquestionáveis da amamentação e as limitadas evidências de que o vírus COVID-19 não está presente no leite materno, a OMS ainda recomenda a continuidade da amamentação. Para reduzir qualquer risco potencial, são recomendadas precauções adicionais para reduzir a contaminação pós-natal.

Portanto, aconselhamos mães suspeitas ou positivas com COVID 19:

Aleitamento

- A mãe apta deve ser incentivada a amamentar (após aconselhamento sobre os riscos e benefícios). A mãe deve seguir as precauções apropriadas do PCI para impedir a transmissão, incluindo o uso de máscara facial, lavagem frequente das mãos, limpeza das mamas.
- Se a mãe estiver muito doente ou inapta para amamentar, o leite pode ser retirado manualmente ou com uma bomba de leite, seguindo o PCI apropriado, a fim de fornecer leite materno ao bebê e manter a produção de leite materno para após a recuperação.
- Se a mãe se recusar a amamentar o bebê durante a doença, os substitutos do leite materno (SLM) devem ser disponibilizados, mas a mãe ainda deve ser incentivada a retirar o leite para manter a produção, especialmente na ausência de fornecimento sustentável de SLM. Atenção específica deve ser dada às medidas do PCI ao preparar o SLM.

Ligação mamãe-bebê

- Idealmente, mamãe e bebê podem ser mantidos juntos no mesmo quarto.
- Mães sintomáticas que estão amamentando devem praticar a higiene respiratória, inclusive durante a amamentação (por exemplo, o uso de uma máscara médica perto do recém-nascido, principalmente se a mãe tiver sintomas respiratórios), devem realizar a higiene das mãos antes e após o contato com o recém-nascido, além da limpeza e desinfecção rotineiras de superfícies com as quais a mãe esteve em contato.
- A OMS também recomenda que "canguru/contato pele-com-pele" devam continuar, mas com as devidas precauções respiratórias e de higiene das mãos⁸. Tendo em vista o risco desconhecido em recém-nascidos prematuros, esta prática deve ser analisada caso a caso, em acordo com a mãe.
- Se o recém-nascido ou a mãe estiver doente demais para amamentação ou KMC, pode ser razoável cuidar do recém-nascido em local separado, com isolamento individual (não em isolamento de grupo de COVID, nem em contato com casos negativos ou não suspeitos). Se um espaço de isolamento individual com atendimento adequado 24 horas não estiver disponível, o recém-nascido pode ser mantido no mesmo quarto, mas a uma distância adequada da mãe.
- Se o recém-nascido precisar de cuidados separados da mãe, certificar que eles sejam tratados como um contato com COVID-19 e isolados por 14 dias desde o nascimento ou sua última exposição.

Observação do recém-nascido se a mãe é COVID positiva

- Os bebês nascidos de mulheres positivas para COVID-19 devem ser observados para o desenvolvimento de efeitos adversos por 14 dias, seja com a mãe (como acima) ou em uma área de isolamento individual. Caso mamãe e bebê estejam bem e não seja possível permanecer no hospital por 14 dias, o auto isolamento deve continuar em casa e uma visita de acompanhamento deve ser planejada.

MSF Documento de orientação intersetorial: gestantes/lactantes e seus recém-nascidos com suspeita/confirmação de infecção por COVID 19, V2 (25/3/2020)

- É importante ressaltar que um teste negativo nos primeiros 14 dias pode não excluir a infecção e o recém-nascido ainda deve ser considerado um contato até 14 dias após a última exposição.

EPI para a Equipe

- ❖ **A equipe envolvida** em assistir mamãe e bebê deve usar EPIs apropriados para prevenir contra contato e gotículas, de acordo com as recomendações, e de acordo com as orientações do CO específico. (para OCB: inclui bata resistente a líquidos e avental sobre a bata, se necessário, respirador N95/FPP2, proteção para os olhos e luvas).

Aborto espontâneo / Incompleto

i. Em isolamento:

Se a mulher suspeita ou confirmada do COVID-19 for internada em isolamento e houver o diagnóstico de aborto espontâneo/aborto incompleto com o colo do útero fechado, pode ser dada prescrição padrão de misoprostol²:

- Primeiro trimestre: 200 mg de Mifepristone depois de 36 horas 800 µg de Misoprostol se o colo uterino estiver fechado
- Se não houver Mifepristone ou se o colo do útero estiver aberto, apenas 800 µg de Misoprostol podem ser administrados (4 comprimidos)
- Se a paciente não estiver sangrando gravemente, há a opção de espera, a maioria das mulheres expulsará espontaneamente após horas/dias.
 - ❖ **A equipe envolvida** no manejo do paciente deve usar EPIs apropriados para prevenir contra contato e gotículas, de acordo com as recomendações, e de acordo com as orientações do CO específico. (para OCB: inclui bata resistente a líquidos e avental sobre a bata, se necessário, respirador N95/FPP2, proteção para os olhos e luvas)

ii. Em casa:

Se a gestante estiver em isolamento doméstico, trate em casa:

- Primeiro trimestre: 200 mg de Mifepristone depois de 36 horas 800 µg de Misoprostol.
- Se não houver Mifepristone ou se o colo do útero estiver aberto, podem ser administrados apenas 800 µg de Misoprostol (4 comprimidos)
- Se o sangramento persistir ou se houver sinais de infecção uterina, encaminhe para o hospital (algumas mulheres precisarão de aspiração cirúrgica - e uma pequena porcentagem (menos de 1%) precisará de transfusão de sangue)¹¹.

* Veja os cuidados obstétricos e neonatais essenciais de MSF

Morte fetal no útero

- ❖ O parto deve ser feito **no isolamento**.
- ❖ As indicações para indução do parto devem considerar o **estado da mãe** (gravidade da doença, dificuldade respiratória e cardiovascular...).
- ❖ A equipe que assistiu o parto deve usar EPIs apropriados para prevenir contra contato e gotículas, de acordo com as recomendações, e de acordo com as orientações do CO específico. (para OCB: inclui bata resistente a líquidos e avental sobre a bata, se necessário, respirador N95/FPP2, proteção para os olhos e luvas)
- ❖ **Limpeza e desinfecção** completas de todas as superfícies, materiais e equipamentos precisam ser feitas após cada intervenção.

Nota

Toda a equipe de limpeza, que limpará a sala de isolamento durante a admissão da mulher e após o parto ou o Centro Cirúrgico após a cesariana, deve usar EPI apropriado para prevenir contato e gotículas de acordo com as recomendações de cada OC. Para OCB, isso inclui respirador N95 / FFP2, bata, luvas resistentes, proteção para os olhos e botas ou sapatos de trabalho fechados, de acordo com as orientações do OC específico.

Referências

1. Chui, M.L. et al. Um estudo controlado por caso comparando curso clínico e resultados de mulheres grávidas e não grávidas com síndrome respiratória aguda grave. BJOG Um Int. J. Obstet. Gynaecol. 111, 771-774 (2004).
2. Rasmussen, S. A., Smulian, J. C., Lednicky, J. A., Wen, T. S. & Jamieson, D. J. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) e Gravidez: O que os obstetras precisam saber. Sou. J. Obstet. Ginecol. 0, (2020).
3. Chen, H. et al. Características clínicas e potencial de transmissão vertical intra-uterina da infecção por COVID-19 em nove gestantes: uma revisão retrospectiva de prontuários. Lancet 395, 809–815 (2020).
4. Infecção por corona vírus (COVID-19) e gravidez. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/coronavirus-pregnancy>. (Acesso: 15 de março de 2020)
5. Gravidez e amamentação | CDC. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.html>. (Acesso: 15 de março de 2020)
6. Zhu, H. et al. Análise clínica de 10 recém-nascidos de mães com pneumonia 2019-nCoV. Transl. Pediatr. 9, 51-60 (2020).
7. relato de caso de infecção neonatal por COVID-19 na China | Doenças Infecciosas Clínicas | Oxford Academic. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa225/5803274>. (Acesso: 18 de março de 2020)
8. Gerenciamento de casos. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/patient-management>. (Acesso: 16 de março de 2020)