

ATENDIMENTO DE GESTANTES DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Poon LC, et al. Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: Information for healthcare professionals. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Special Article. 4 April 2020. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13156>

Em resposta aos esforços mundiais para o combate à pandemia de COVID-19, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propôs um guia de suporte para atendimentos de gestantes com quadros suspeitos ou confirmados, onde sugere manejo em diferentes condições:

- ✓ Pré-natal de pacientes ambulatoriais.
- ✓ Triage da gestante no hospital.
- ✓ Manejo intraparto de mulheres confirmadas ou suspeitas COVID-19.
- ✓ Cuidados pós-parto e neonatais de mulheres confirmadas ou suspeitas da COVID-19.
- ✓ Suporte psicológico.

Abordagem de Gestantes Durante Pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 tem causado quadros respiratórios graves em todo o mundo desde o caso índice em dezembro na China. Desde então temos tentado aprender, conhecer e principalmente combater essa pandemia que, em gestantes, pode ser uma doença grave, de potencial letal para mãe e feto. As sugestões para controle devem começar pelas precauções dos serviços que vão receber essas mulheres.

Pré-natal em Pacientes Ambulatoriais

A gravidez é um estado fisiológico que predispõe as mulheres à infecção respiratória viral. Devido às alterações fisiológicas nos sistemas imunológico e cardiopulmonar, as mulheres grávidas são mais propensas a desenvolver doenças graves após a infecção por vírus respiratórios. Em 2009, as mulheres grávidas representaram 1% das pacientes infectadas pelo vírus influenza A do subtipo H1N1, mas representaram 5% de todas as mortes relacionadas ao H1N1.

Além disso, SARS-CoV e MERS-CoV são ambos responsáveis por complicações graves durante a gravidez, incluindo a necessidade de intubação endotraqueal, admissão em uma unidade de terapia intensiva (UTI), insuficiência renal e morte. A taxa de mortalidade de casos de infecção por SARS-CoV em mulheres grávidas é de até 25%.

Atualmente, no entanto, não há evidências de que as mulheres grávidas sejam mais suscetíveis à infecção por COVID-19 ou que aquelas com infecção por COVID-19 sejam mais propensas ao desenvolvimento de pneumonia grave.

A gravidez também pode modificar a manifestação clínica, por exemplo, linfocitopenia pode ser ainda mais acentuada. Até o momento, os dados resumidos de cinco pequenas séries, incluindo 56 mulheres grávidas diagnosticadas com COVID-19 durante o segundo e terceiro trimestre, demonstraram que os sintomas mais comuns na apresentação foram febre e tosse; dois terços dos pacientes apresentavam linfopenia e aumento da proteína C reativa, e 83% dos casos apresentaram tomografia computadorizada de tórax mostrando múltiplos fragmentos de opacidade em vidro fosco nos pulmões.

Além do impacto da infecção por COVID-19 em uma mulher grávida, existem preocupações relacionadas ao potencial efeito no resultado fetal e neonatal; portanto, as mulheres grávidas requerem atenção especial em relação à prevenção, diagnóstico e manejo.

Foi relatado que a pneumonia viral em mulheres grávidas está associada a um risco aumentado de nascimento prematuro, restrição de crescimento fetal (FGR) e mortalidade perinatal. Com base em dados nacionais de base populacional, foi demonstrado que mulheres grávidas com outras pneumonias virais (n= 1462) tiveram um risco aumentado de nascimento prematuro, FGR, e um recém-nascido com baixo peso ao nascer e um índice de Apgar menor que 7 aos 5 minutos, em comparação com aqueles sem pneumonia (n= 7310). De 12 mulheres grávidas com SARS-CoV em Hong Kong, China, relataram três mortes maternas; quatro dos sete pacientes que apresentaram no primeiro trimestre tiveram aborto; quatro de cinco pacientes tiveram parto prematuro; e duas mães se recuperaram sem parto, mas a gravidez em andamento foi complicada pela restrição de crescimento fetal (FGR).

Dado o maior risco de infecção e resultados piores, incluindo mortalidade muito alta, entre a população idosa e com comorbidades (em particular diabetes, hipertensão

etc., como observado por Yang et al), é importante considerar o impacto potencial de hiperglicemia e hipertensão pré-existentes no resultado de COVID-19 em mulheres grávidas.

Atualmente, não existem estudos para nos guiar nesse aspecto, mas com base em evidências de mulheres não grávidas, seria lógico supor que o risco de adquirir e apresentar manifestações clínicas mais graves em mulheres grávidas com essas comorbidades, principalmente a hiperglicemia, ser maior.

O maior risco de adquirir SARS-CoV-2 em mulheres grávidas com hiperglicemia também pode estar parcialmente relacionado a um maior risco de exposição devido a visitas mais frequentes aos serviços de saúde para acompanhamento.

O estresse da infecção, acompanhado por ansiedade severa e uso de altas doses de corticosteróides, provavelmente agrava o controle glicêmico e aumenta o risco de infecções secundárias e, portanto, requer cuidadosa consideração no manejo. Da mesma forma, mulheres com hipertensão pré-existente ou gestacional podem ter maior risco de manifestar pré-eclâmpsia e suas consequências.

Atualmente, não há evidências para orientar sobre esses aspectos; no entanto, é importante destacar que uma em cada sete gestações é impactada pela hiperglicemia e uma em cada 10 é impactada pela hipertensão. Essas questões devem ser lembradas no manejo clínico, juntamente com a importância de observar a presença dessas condições para permitir a coleta de mais dados que orientariam as decisões informadas.

Nesse ponto, o manejo clínico dessas condições deve seguir protocolos estabelecidos, incluindo a triagem para pré-eclâmpsia e o início da profilaxia com aspirina. Mulheres com hiperglicemia devem preferencialmente receber insulina caso seja necessária terapia médica.

Redução número de consultas. Sempre verificar sinais e sintomas antes de vir para consulta de pré-natal:

Idade gestacional	Consulta	Ultrassonografia	Comentários
Em torno 12 semanas	Pessoalmente	USG com TN	<ul style="list-style-type: none"> História detalhada, exames de rotina Explicar rotinas para prevenção de COVID-19
16 semanas	Telemedicina		
20 semanas	Pessoalmente	Morfológico	
24 semanas	Telemedicina		<ul style="list-style-type: none"> TOTG Se possível colher em casa
28 semanas	Pessoalmente		Rotina (checar necessidade de profilaxia RH)
30 semanas	Telemedicina		Rotina (checar PA ambulatorial, se possível)
32 semanas	Pessoalmente	Aval Crescimento fetal	Rotina
34 semanas	Telemedicina		Rotina (checar PA ambulatorial, se possível)
36 semanas	Pessoalmente		<ul style="list-style-type: none"> Rotina Profilaxia SGB, se indicado
37-41 semanas	Pessoalmente		Rotina
Pós-parto	Telemedicina		A não ser que tenha queixas necessárias para presencial

Caso Suspeito

- ✓ Paciente com doença respiratória aguda, febre e pelo menos um sinal/sintoma de doença respiratória (por exemplo, tosse, falta de ar), sem outra etiologia que explique completamente a apresentação clínica e uma história de viagem para um país/área ou território que relata a transmissão local da infecção por COVID-19 durante os 14 dias anteriores ao início dos sintomas;
- ✓ Um paciente com qualquer doença respiratória aguda que tenha estado em contato com um caso confirmado ou provável de COVID-19 (veja a definição de contato abaixo) nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas;
- ✓ Paciente com infecção respiratória aguda grave, febre e pelo menos um sinal/sintoma de doença respiratória (por exemplo, tosse, falta de ar), necessitando de hospitalização e sem outra etiologia que explique completamente a apresentação clínica

Caso Provável

Um caso suspeito para quem os testes laboratoriais para COVID-19 são inconclusivos.

Caso Confirmado

Pessoa com confirmação laboratorial da infecção por COVID-19, independentemente de sinais e sintomas clínicos.

Qualquer caso suspeito deve ser testado para infecção por COVID-19 usando testes moleculares disponíveis, como qRT - PCR. As amostras do trato respiratório inferior provavelmente têm um valor diagnóstico mais alto em comparação com as amostras do trato respiratório superior para detectar a infecção por COVID-19.

A OMS recomenda que, se possível, amostras do trato respiratório inferior, como escarro, aspirado endotraqueal ou lavagem broncoalveolar, sejam coletadas para o teste COVID-19.

Se os pacientes não apresentarem sinais ou sintomas de doença do trato respiratório inferior ou a coleta de amostras para doença do trato respiratório inferior for clinicamente indicada, mas a coleta não for possível, amostras de trato respiratório superior de swabs combinados nasofaríngeo e orofaríngeo devem ser coletadas.

Se o teste inicial for negativo em um paciente com forte suspeita de infecção por COVID-19, o paciente deve ser reamostrado, com um intervalo de tempo de amostragem de pelo menos 1 dia e amostras coletadas em vários locais do trato respiratório (nariz, escarro, aspirado endotraqueal).

Amostras adicionais, como sangue, urina e fezes, podem ser coletadas para monitorar a presença de vírus e o derramamento de vírus em diferentes compartimentos do corpo. Quando a análise de qRT - PCR é negativa por dois testes consecutivos, a infecção por COVID-19 pode ser descartada.

Paciente na Triagem Hospitalar ou Maternidade

Paciente gestante que chegar a emergência com sintomas respiratórios ou sintomas obstétricos deve ser triada para COVID-19. Se a triagem for positiva, oferecer máscara, a equipe deve usar EPI se precisar manipular a paciente.

Encaminhar paciente para isolamento. Avaliar os sinais e sintomas de COVID-19 e a testagem deve seguir os critérios locais para confirmação diagnóstica.

- ✓ Sintomas leves e sem fatores de risco: retorno ao serviço se houver piora dos sintomas encaminhar ao pré-natal. Monitorar sintomas em casa;
- ✓ Sintomas moderados ou com fatores de risco: exame físico detalhado, exames de laboratório e raio-X tórax, se necessário. A decisão de internação deve basear-se nos resultados dos exames;
- ✓ Sintomas doença grave: avaliação multidisciplinar (obstetra, intensivista, neonatologista, infectologista). Tratamento em geral em centros terciários. Parto deverá ser considerado. Conduta individualizada.

Manejo Intraparto de Mulheres Confirmadas ou Suspeitas COVID-19

- ✓ COVID-19 por si só não é indicação para interrupção da gravidez, é necessário avaliar a condição respiratória da gestante e, se com o parto, a ventilação materna poderia ser melhorada por questões mecânicas. Internar, de forma ideal, em quartos com pressão negativa, se disponíveis;
- ✓ Diminuir ao mínimo necessário equipe para suporte ao parto. Diminuem as chances de contaminação profissionais de saúde. Doulas devem ser evitadas e acompanhantes devem ser restritos;
- ✓ Época do parto deve ser individualizada considerando: status clínico da paciente, idade gestacional e bem estar fetal. Parto vaginal pode ser conduzido com abreviação período expulsivo;
- ✓ Choque séptico, falência de órgãos ou sofrimento fetal agudo devem ser causas para interrupção imediata da gravidez por cesariana. Se possível em sala compressão negativa;
- ✓ Para proteção da equipe médica, banheiras, piscinas de parto devem ser evitadas por evidências de presença de vírus em fezes de gestantes;
- ✓ Anestesia regional ou geral pode ser utilizada para alívio da dor ou para cesárea;
- ✓ Nos casos de prematuridade o uso de corticoterapia para acelerar maturidade pulmonar é aconselhado em pacientes gravemente doentes;

- ✓ Embriões/fetos resultados de aborto, frutos de mães suspeitas ou confirmadas de COVID-19 devem ser testados e seu descarte deve ser feito sempre considerando a possibilidade de estarem infectados.

Cuidados Pós-Parto e Neonatais de Mulheres Confirmadas ou Suspeitas de COVID-19

- ✓ Com relação ao manejo neonatal de casos suspeitos, prováveis e confirmados de infecção materna por COVID-19, o cordão umbilical deve ser pinçado rapidamente e o recém-nascido deve ser transferido para a área de ressuscitação para avaliação pela equipe pediátrica. Não há evidências suficientes sobre se o pinçamento tardio do cordão aumenta o risco de infecção para o recém-nascido por contato direto. 59 Nas unidades em que o pinçamento tardio é recomendado, os médicos devem considerar cuidadosamente se essa prática deve ser continuada.
- ✓ As precauções de contato e o uso de EPI devem ser mantidos durante o período pós-parto, até que a mãe dê negativo para a COVID-19.
- ✓ Aleitamento materno permitido (às evidências ainda não demonstraram transmissão pelo leite materno de forma consistente), desde que a condição clínica da mãe permita. Se a mãe estiver clinicamente instável, evitar aleitamento e tratar a mãe. Durante a mamada, mãe deve estar de máscara e com equipamento proteção se for sintomática respiratória leve;
- ✓ Alojamento conjunto é permitido. Orientar as mães para higienização e precaução de contato. Manter o berço (se possível incubadora – proteção física mais eficiente) a 2 metros da cama da paciente;
- ✓ Visitas: evitar. Sugerir envio de vídeos ou fotos através de mídias sociais. Mesmo na alta sugerir restrição de visitas pelo isolamento social. Seguindo protocolos locais de isolamento.

Suporte Psicológico

As mulheres grávidas correm um risco maior de ansiedade e depressão; uma vez definidos, com suspeita/provável/ confirmada infecção por COVID-19, eles podem apresentar graus variados de sintomas psiquiátricos que são prejudiciais à saúde materna e fetal.

- ✓ A separação mãe/bebê pode impedir a ligação precoce, bem como o estabelecimento da lactação. Esses fatores inevitavelmente causam estresse adicional às mães no período pós-parto.
- ✓ Os profissionais de saúde devem prestar atenção à saúde mental de um paciente, incluindo avaliar prontamente seus padrões de sono e fontes de ansiedade, depressão e até ideação suicida. Um psiquiatra perinatal deve ser consultado quando necessário.

Não existem drogas confirmadas para prevenção do COVID-19. Assim sendo, até termos vacinas eficazes, a prevenção continua sendo nosso melhor aliado no combate a esse mal.