



SOGOMAT-SUL

Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

PROTOCOLO **COVID-19 NA GESTANTE**



Dra. Camila Insuela - R3
Baseado no Protocolo HRMS Agosto/2020



SOGOMAT-SUL

Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

CLASSIFICAÇÃO

CASOS LEVES

Síndrome gripal com sintomas leves (febre, tosse, coriza, odinofagia, cefaleia, fadiga, mialgia, anosmia, ageusia, dor abdominal, diarreia). Sem sinais e sintomas de gravidade e ausência de comorbidades descompensadas.

CASOS GRAVES

- Saturação de SpO₂ <95% em ar ambiente (pacientes pneumopatas podem apresentar SatO₂ previamente menor);
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade;
- Piora nas condições clínicas de doença de base;
- Hipotensão;
- Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória;

CASOS CRÍTICOS

- Paciente com insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório invasivo;
- Instabilidade hemodinâmica ou sinais de disfunções orgânicas (alteração do nível de consciência, oligúria, hiperlactatemia entre outros) com ou sem uso de vasopressor;



Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

CONDUTA CASOS LEVES

- Prescrever sintomáticos;
- Colher Swab naso e orofaríngeo de TODAS as pacientes se estiver entre 3°-5°dia do início dos sintomas;
- Isolamento domiciliar por PELO MENOS 14 dias após início dos sintomas e, necessariamente, estar AFEBRIL NAS ULTIMAS 72 HORAS sem uso de antitérmicos, com melhora significativa dos sintomas respiratórios;

Oseltamivir 75mg VO 12/12h por 5 dias

Azitromicina 500mg/dia por 5 dias;

CONDUTA CASOS GRAVES

- Internar em enfermaria com isolamento respiratório (gotículas) e contato (isolamento individual ou coorte);
- Coletar exame para COVID-19 de acordo com dia dos sintomas;
- Coletar D-dímero (em caso de necessidade de oxigenioterapia suplementar) nos pacientes com SUSPEITA FORTE ou CONFIRMAÇÃO diagnóstica;
- Gasometria arterial e lactato (avaliar individualmente a necessidade);
- Considerar coleta de culturas em pacientes com suspeita de infecção bacteriana secundária;
- Solicitar TC de tórax (na impossibilidade, fazer radiografia de tórax);

EXAMES

- Hemograma
- Ureia
- Creatinina
- Bilirrubina total e frações
- TGO
- TGP
- PCR
- CPK
- Sódio
- Potássio
- Magnésio
- DHL
- TAP
- TTPA
- Troponina (se sintomas ou instabilidade)
- Ferritina



**REPETIR EM
48 HORAS**

CONDUTA CASOS GRAVES

Enoxaparina 40mg SC
1x/dia (*)

Peróxido de hidrogênio
1% 10-15ml VO 12/12h

Prednisolona 40mg VO
1x/dia por 10 dias (**)

Oseltamivir 75mg VO
12/12 por 5 dias (***)

Ceftriaxone 1g IV 12/12h
de 5 a 7 dias (****)

Azitromicina 500mg IV
1x/dia por 5 dias (****)

Oxigenioterapia

Hidratação venosa
adequada (*****)

Tratar comorbidades



Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

CONDUTA CASOS GRAVES

- (*) Profilaxia de TEV com Enoxaparina ou Heparina não fracionada (ANEXO 1);
- (**) Para pacientes com necessidade de oxigenioterapia suplementar. Alternativa: Hidrocortisona 80 mg IV de 12/12h;
- (***) Para síndrome gripal ainda sem agente etiológico (suspender se confirmação de COVID-19);
- (****) Se pacientes estáveis e suspeita de infecção bacteriana; Alternativa: Amoxicilina-Clavulanato (1000 mg+200 mg) IV de 8/8h associados a Azitromicina 500mg VO 1x ao dia por 5 dias – se não houver contraindicação OU Azitromicina 500mg IV 1x ao dia por 5 dias;
- (*****) Manter equilíbrio diário negativo de 0,5-1 litro (risco aumentado de edema pulmonar em gestante);

CONDUTA CASOS CRÍTICOS

- Internar em enfermaria com isolamento respiratório (gotículas) e contato (isolamento individual ou coorte);
- Coletar exame para COVID-19 de acordo com dia dos sintomas;
- Coletar D-dímero nos pacientes com SUSPEITA FORTE ou CONFIRMAÇÃO COVID-19 a cada 48-72h conforme evolução clínica;
- Considerar coleta de culturas conforme protocolo do setor;
- Solicitar TC de tórax

EXAMES

- Hemograma
- Ureia
- Creatinina
- Bilirrubina total e frações
- TGO
- TGP
- PCR
- CPK
- Sódio
- Potássio
- Magnésio
- DHL
- TAP
- TTPA
- Troponina (se sintomas ou instabilidade)
- Ferritina
- Gasometria
- Lactato

CONDUTAS CASOS CRÍTICOS

Enoxaparina 40mg SC 1x/dia (*)	Peróxido de hidrogênio 1% 10-15ml VO 12/12h (**)	Prednisolona 40mg VO 1x/dia por 10 dias (**)
Oseltamivir 75mg VO 12/12 por 5 dias (***)	Azitromicina 500mg IV 1x/dia por 5 dias	Antibioticoterapia (****)
Oxigenioterapia	Hidratação venosa adequada (****)	Tratar comorbidades

- (*) Profilaxia de TEV com Enoxaparina ou Heparina não fracionada (ANEXO 1);
- (**) Realizar bochechos conforme protocolo de higiene bucal.
- (***) Para pacientes com necessidade de oxigenioterapia suplementar. Alternativa: Hidrocortisona 80 mg IV de 12/12h;
- (****) Para síndrome gripal ainda sem agente etiológico (suspender se confirmação de COVID-19);



Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

- (*****) Pacientes críticos com suspeita de MSSA, introduzir Piperacilina-Tazobactam 4,5 g IV 6/6h por 10 dias;
- (*****) Pacientes críticos com critérios para multirresistência, introduzir Teicoplanina 400 mg 12/12h e Meropenem 1 g 8/8h, devendo ser avaliado o aumento de cobertura para outros agentes multirresistentes, conforme epidemiologia local; Linezolida pode ser considerada para pacientes com insuficiência renal;
- (*****) Manter equilíbrio diário negativo de 0,5-1 litro (risco aumentado de edema pulmonar em gestante);

EXAMES DIAGNÓSTICOS

- 3°-7° dia de sintomas – RT-PCR
- A partir do 7° dia de sintomas – teste rapidó COVID (IGM/IGG)

- Pacientes imunossuprimidos solicitar RT-PCR do 3°-14° dia de sintomas;
- Não realizar coleta se paciente já apresentar teste externo documentado como POSITIVO.

INDICAÇÃO ADMISSÃO NA “SEMI-UTI” (ISOLADA PPPs OU SALA CIRÚRGICA)

UM dos abaixo:

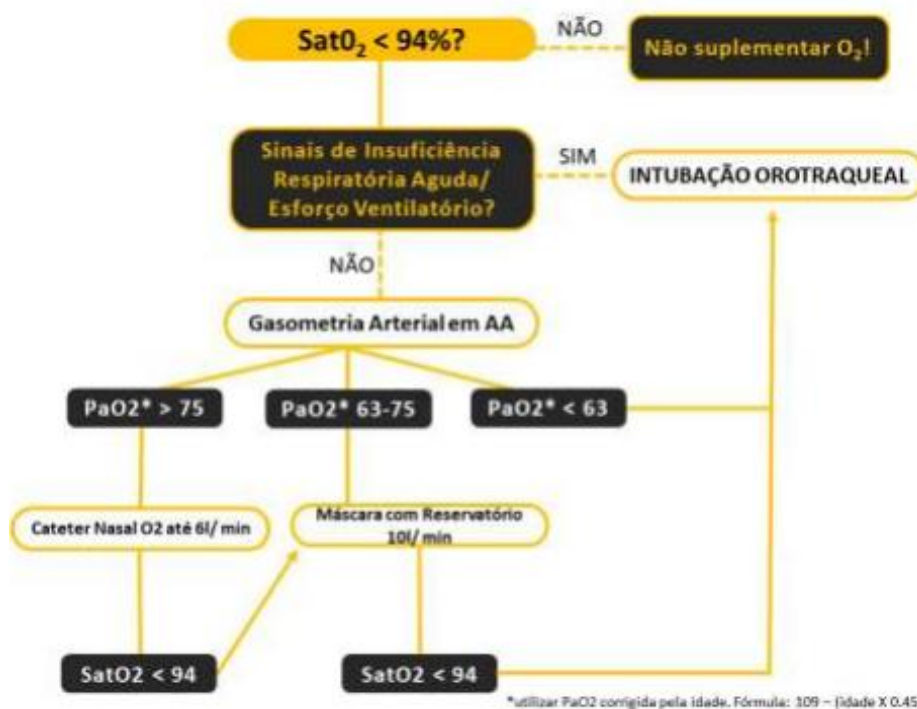
- Sat O2 < 93%
- Sat O2 > 93% com FR > 24 rpm
- Dispneia e alteração de ausculta pulmonar

INDICAÇÃO ADMISSÃO NA UTI

- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva;
- Instabilidade hemodinâmica (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg);
- Sinais de má perfusão orgânica – alteração de nível de consciência, oligúria, hiperlactatemia (> 4 mmol/L), entre outros, com ou sem uso de vasopressor;
- Sepses ou choque séptico;

CRITÉRIOS IOT

- Catéter nasal de O₂ > 5L/min para manter Sat O₂ > 93%
- FR > 28 ipm
- PaCO₂ > 50mmHg e/ou Ph < 7,25
- PaO₂

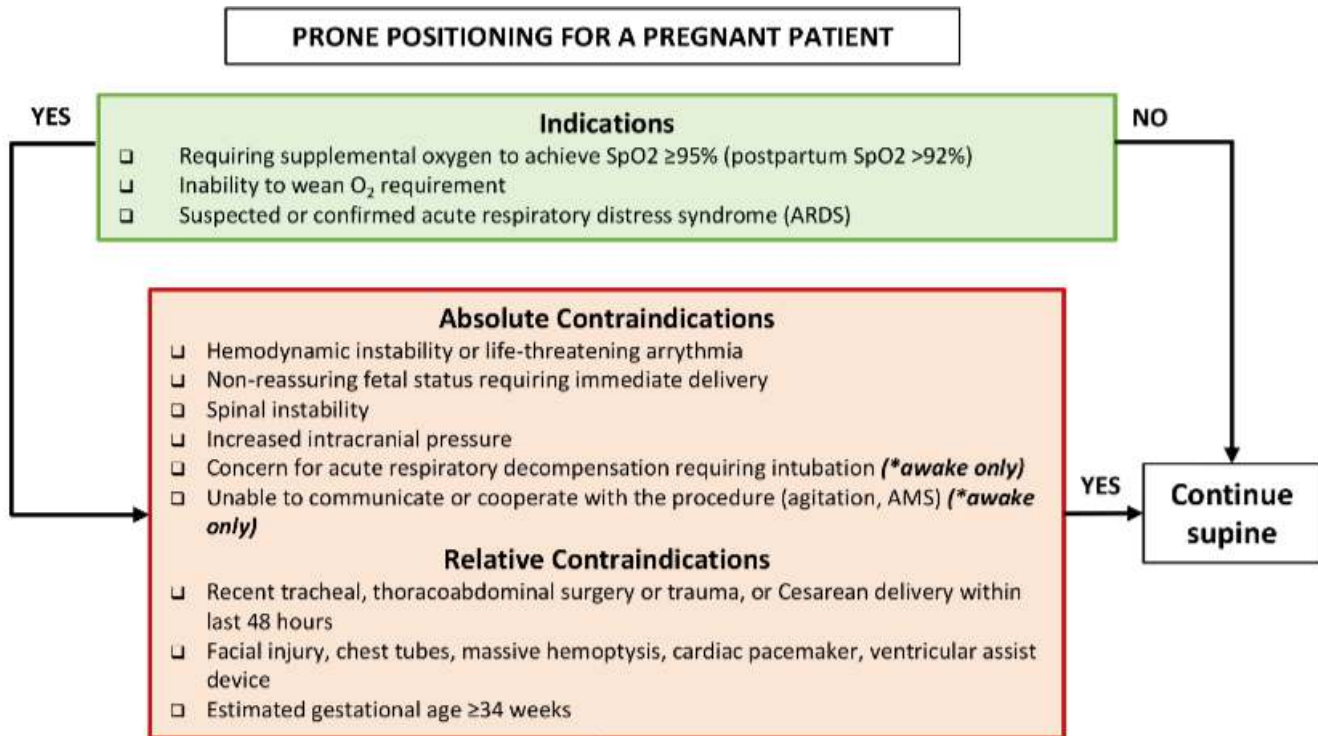




SOGOMAT-SUL

Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

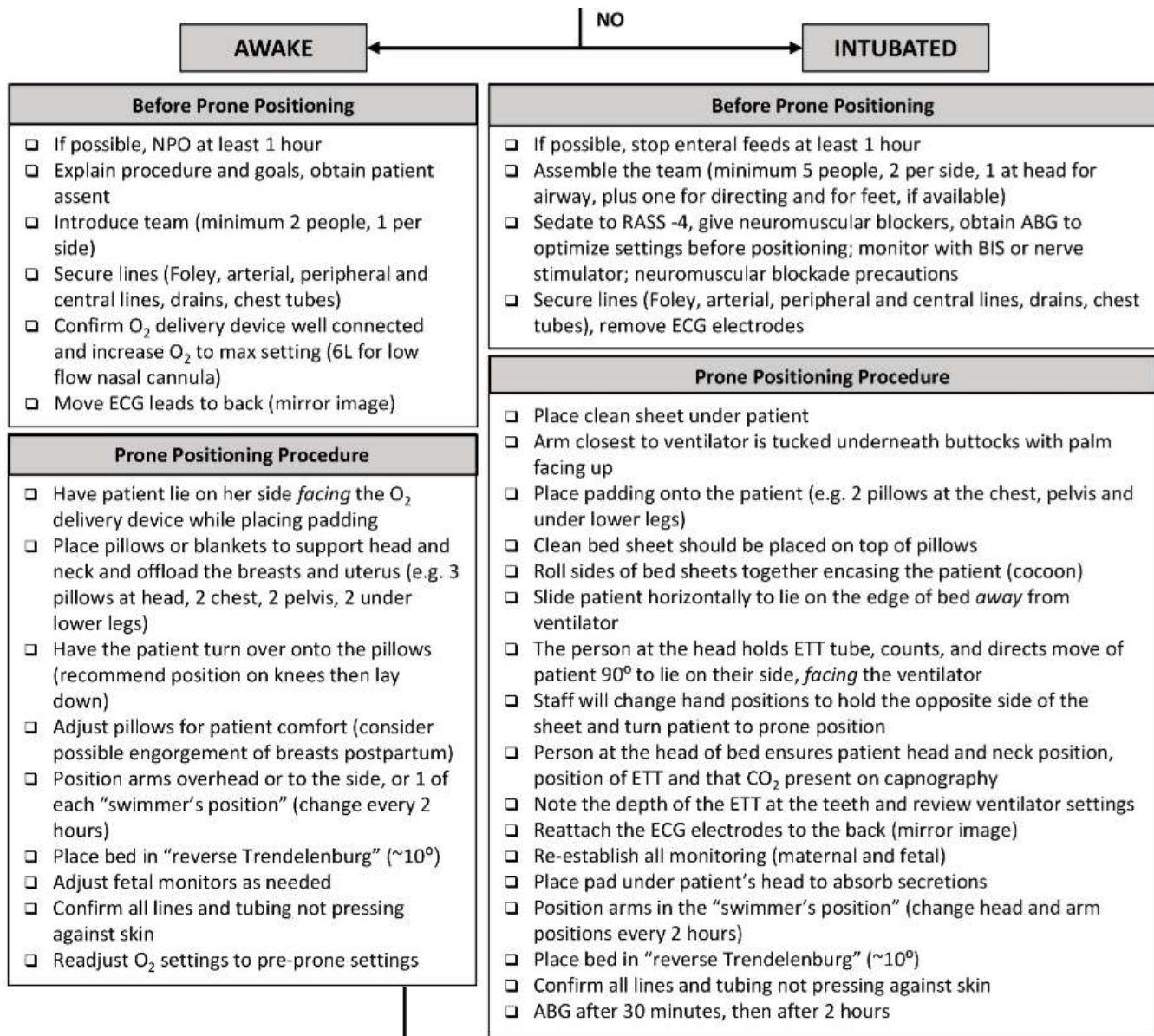
POSICIONAMENTO PRONA EM PACIENTES GESTANTES





SOGOMAT-SUL

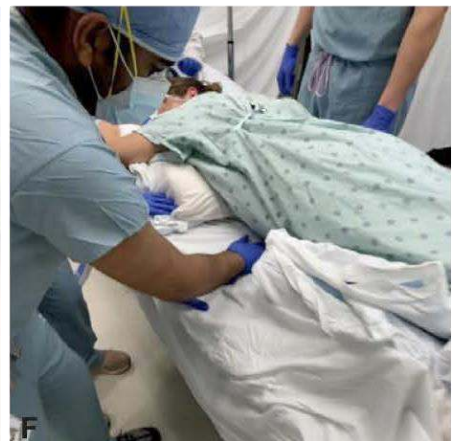
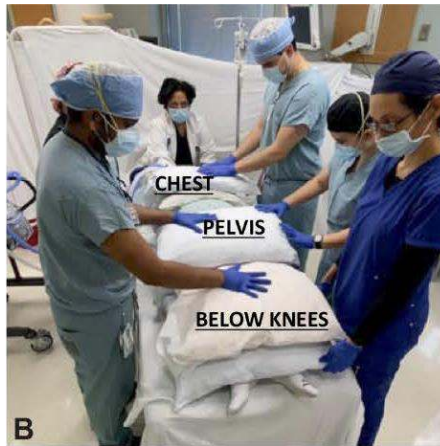
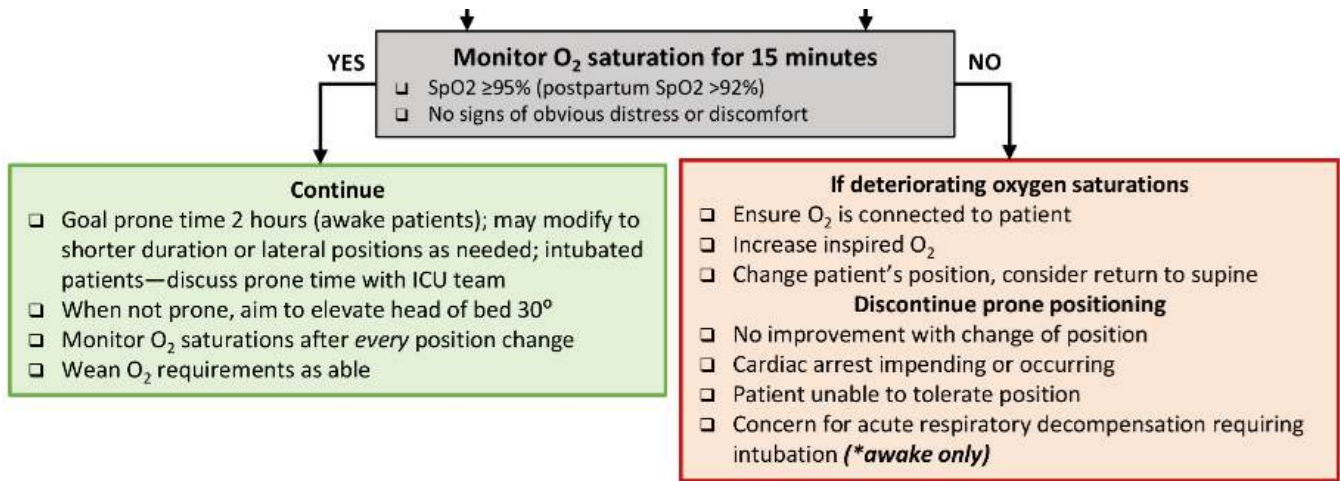
Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul





SOGOMAT-SUL

Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul





Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

PARTO

- Antes de 24 semanas – o risco de uma cesárea de emergência/indução do parto SUPERA os benefícios fetais (CONDUTA EXPECTANTE);
- Paciente estável entre 24 a 34 semanas – antecipar o parto se ALTERAÇÃO NA VITALIDADE FETAL. Realizar cardiocografia diária, ultrassom com doppler a cada 48 horas (atentar para LIQUIDO AMNIOTICO);
- Paciente ESTÁVEL no 3º trimestre – programar o parto após a infecção se vitalidade fetal adequada;
- Cesariana aumenta em 4 vezes a morbimortalidade materna em pacientes COVID +.

INDICAÇÃO PARTO TERAPÊUTICO

- Gestante sob IOT entre 24 e 28 semanas – a decisão de monitorização fetal deve se basear no PESO FETAL ESTIMADO, CAPACIDADE DA UTI NEO do serviço, EPIS disponíveis, entre outros;
- Gestante sob IOT acima de 28 semanas – proceder o parto se houver CONFIGURAÇÕES VENTILATÓRIAS MÁXIMAS. Orienta-se realizar um parto cesariano controlado e não aguardar o sofrimento fetal com necessidade de realizar um parto de urgência na UTI;
- O parto deve ser considerado como um componente do tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica refratária ou do agravamento da doença crítica em mulheres grávidas, especialmente se 32 semanas de gestação ou mais;
- Individualização dos casos, com discussão multidisciplinar com as equipes do cuidado intensivo, obstetrícia, pediatria, anestesiologia, entre outros;

ANEXO 1 – PROFILAXIA TEV

- D-dímero não é um bom parâmetro durante a gestação, pois a própria gestação leva a aumento do mesmo.
- Considerar, no mínimo, 14 dias de profilaxia. Aumentar tempo de uso caso cálculo de risco para TEV aumentado de acordo com o RCOG (GESTANTE OU PUÉRPERA).

PESO	Até 90 kg	Entre 90 e 130 kg	> 130 kg
Heparina de baixo peso molecular (Enoxaparina)	40 mg SC 1 x ao dia	60 mg SC 1 x ao dia	80 mg SC 1 x ao dia

Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium; RCOG – Abril 2015



SOGOMAT-SUL

Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

RISCO TEV RCOG

Risk factors for VTE

Pre-existing risk factors	Tick	Score
Previous VTE (except a single event related to major surgery)		4
Previous VTE provoked by major surgery		3
Known high-risk thrombophilia		3
Medical comorbidities e.g. cancer, heart failure; active systemic lupus erythematosus, inflammatory polyarthropathy or inflammatory bowel disease; nephrotic syndrome; type I diabetes mellitus with nephropathy; sickle cell disease; current intravenous drug user		3
Family history of unprovoked or estrogen-related VTE in first-degree relative		1
Known low-risk thrombophilia (no VTE)		1 ^a
Age (> 35 years)		1
Obesity		1 or 2 ^b
Parity ≥ 3		1
Smoker		1
Gross varicose veins		1
Obstetric risk factors		
Pre-eclampsia in current pregnancy		1
ART/IVF (antenatal only)		1
Multiple pregnancy		1
Caesarean section in labour		2
Elective caesarean section		1
Mid-cavity or rotational operative delivery		1
Prolonged labour (> 24 hours)		1
PPH (> 1 litre or transfusion)		1
Preterm birth < 37 th weeks in current pregnancy		1
Stillbirth in current pregnancy		1

Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium; RCOG – Abril 2015

RISCO TEV RCOG

Transient risk factors

Any surgical procedure in pregnancy or puerperium except immediate repair of the perineum, e.g. appendicectomy, postpartum sterilisation		3
Hyperemesis		3
OHSS (first trimester only)		4
Current systemic infection		1
Immobility, dehydration		1
TOTAL		

Abbreviations: ART assisted reproductive technology; IVF in vitro fertilisation; OHSS ovarian hyperstimulation syndrome; VTE venous thromboembolism.

^a If the known low-risk thrombophilia is in a woman with a family history of VTE in a first-degree relative postpartum thromboprophylaxis should be continued for 6 weeks.

^b BMI \geq 30 = 1; BMI \geq 40 = 2

- If total score \geq 4 antenatally, consider thromboprophylaxis from the first trimester.
- If total score 3 antenatally, consider thromboprophylaxis from 28 weeks.
- If total score \geq 2 postnatally, consider thromboprophylaxis for at least 10 days.
- If admitted to hospital antenatally consider thromboprophylaxis.
- If prolonged admission (\geq 3 days) or readmission to hospital within the puerperium consider thromboprophylaxis.

For patients with an identified bleeding risk, the balance of risks of bleeding and thrombosis should be discussed in consultation with a haematologist with expertise in thrombosis and bleeding in pregnancy.

Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium; RCOG – Abril 2015

ANEXO 2 – EPI PADRÃO

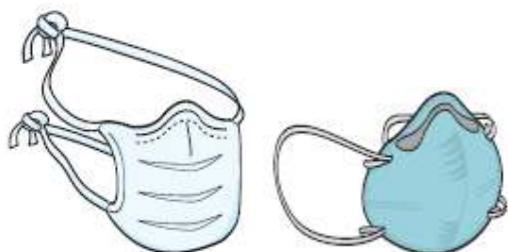
Luvras (2 pares)



Avental branco TNT fino



Máscara cirúrgica ou N95



Óculos ou protetor facial



Gorro (cobrindo orelhas)



ANEXO 3 – PARAMENTAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Fora da sala cirúrgica:

1. Máscara N95 por cima do gorro



2. Máscara cirúrgica por cima da máscara N95



3. Óculos ou protetor facial e 2º gorro por cima da orelha



4. Avental branco TNT fino



5. Arregaçar as mangas e realizar degermação das mãos e antebraço



ANEXO 3 – PARAMENTAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Fora da sala cirúrgica:

6. Secar as mãos com compressa ESTÉRIL



8. Auxiliar puxa as mangas do avental



7. Colocar 1º par de luvas ESTÉRIL



9. Entrar na sala cirúrgica





SOGOMAT-SUL

Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

ANEXO 4 – PARAMENTAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Dentro da sala cirúrgica:

**10. Avental azul
IMPERMEÁVEL ESTÉRIL**



**11. Colocar 2º par de luvas
ESTÉRIL**



PRONTO!



ANEXO 4 – DESPARAMENTAÇÃO APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Dentro da sala cirúrgica:

1. Retirar junto avental impermeável azul e 1º par de luvas



Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul
ANEXO 4 – DESPARAMENTAÇÃO APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Fora da sala cirúrgica:

2. Retirar junto avental branco TNT e 2º par de luvas



5. Retirar óculos



3. Lavar as mãos com água e sabão



6. Retirar máscara cirúrgica por elástico atrás da orelha



4. Retirar 1º gorro colocando indicador POR DENTRO e em direção às costas



7. Retirar máscara N95 colocando dedo POR DENTRO da região que cobre o queixo e em direção às costas





Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

REFERÊNCIAS

- Plano de Ação Emergencial COVID-19 – Ginecologia e Obstetrícia – Agosto 2020 – Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.
- Plano de Ação Emergencial COVID-19 – Manejo Clínico Pacientes Adultos – Julho/2020 – Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.
- Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID-19, FEBRASGO – Abril 2020.