



## Recomendações da Secção de Anestesiologia Obstétrica da SPA no período perinatal em contexto COVID 19

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou a doença COVID 19 como **pandemia** mundial. A 26 de março, por determinação da DGS, entrou em vigor em Portugal a **fase de mitigação** da pandemia, significando que estamos perante transmissão comunitária. É também expectável que a prevalência de infeção por SARS-CoV-2 se mantenha na população mundial nos próximos meses.

Devido às modificações cardiopulmonares e à imunossupressão próprias da gravidez, pelo menos do ponto de vista teórico, a mulher grávida pode ser mais suscetível a contrair COVID 19 do que a restante população, assim como a desenvolver formas mais graves de doença.

As grávidas contactam com o sistema de saúde em várias fases da gravidez, podendo ser necessário ficar internadas por qualquer intercorrência. O internamento hospitalar ocorrerá invariavelmente no momento do parto. A imprevisibilidade de quando e como decorrerá o parto torna a standardização da atuação clínica, neste domínio, particularmente difícil. A esta imprevisibilidade acresce, frequentemente, a possibilidade de instalação de emergências materno-fetais.

Alguns dos sintomas da COVID 19, como polipneia, fadiga, mialgias e febre são comuns durante o trabalho de parto, sobretudo se este for prolongado.

Alguns autores reportaram que 15% das mulheres internadas para o parto foram positivas para SARS-CoV-2, sendo que 88% eram assintomáticas.

### Orientações metodológicas

Nesta fase de mitigação, e de acordo com o acima referido, todas as utentes internadas nas Unidades Obstétricas devem ser consideradas **“casos suspeitos”** devendo fazer, sempre, o teste de despistagem à COVID 19.

Esta estratégia implica grandes adaptações das instituições para criar áreas, circuitos e procedimentos para as utentes nas diferentes situações: **infetadas**, **não infetadas** e as que **aguardam resultado do teste**. Devem existir **áreas dedicadas** para cada uma destas três circunstâncias, independentemente da fase da gravidez ou parto em que as utentes se encontrem: pré-parto, periparto e pós-parto. Nas situações de **infetadas** ou que **aguardam resultado do teste** as utentes deverão permanecer em quartos individuais, idealmente de pressão negativa.



Estas medidas são fundamentais para **diminuir o risco de contágio** das utentes e dos profissionais de saúde envolvidos, exigindo uma gestão adequada e atempada de **material, equipamento** (incluindo equipamento de proteção individual - EPI) e **recursos humanos**. O acréscimo de utentes em isolamento e de procedimentos a realizar, implicam o óbvio reforço das equipas.

- Todos os profissionais são responsáveis pela sua segurança e pela segurança dos que o rodeiam.
  - Os movimentos dos profissionais dentro da instituição devem ser restringidos ao estritamente necessário.
  - À entrada na Unidade Obstétrica, se a utente não possuir máscara sanitária, esta deverá ser fornecida explicando a sua utilização correta. O seu uso é obrigatório durante toda a permanência na instituição de saúde. A utente deverá passar as mãos por SABA antes e depois de colocar a máscara e sempre que der entrada numa outra área da Unidade Obstétrica (p ex. à entrada no bloco operatório).
  - Perante grávida/parturiente que não utilize corretamente a máscara sanitária, os profissionais de saúde devem colocar máscaras FFP2.
  - Os acompanhantes só devem ser permitidos em casos muito excecionais e, nesse caso, considerar a realização de teste de despistagem à COVID 19.
  - As utentes deverão manter entre si e entre os profissionais de saúde uma distância mínima de 2m, a não ser que seja necessária a aproximação para avaliação clínica.
- 
- A **comunicação interdisciplinar** dentro da equipa perinatal deve ser promovida para que a estratégia delineada para a utente contemple as especificidades de cada valência clínica: Anestesiologia, Obstetrícia, Neonatologia e Enfermagem.
  - É de extrema importância que a equipa realize **briefings** por forma a planear etapas e procedimentos dos cuidados a prestar à grávida/puérpera. De igual modo, sobretudo quando ocorrerem eventos críticos, deve realizar-se **debriefing**, por forma a melhorar a performance da equipa em situações semelhantes.
  - As Unidades Obstétricas devem promover exercícios de **treino** dos procedimentos implementados no contexto COVID 19 (p ex. colocação e remoção de EPI) ou de outros procedimentos emergentes que se tornaram mais exigentes neste contexto (p ex. abordagem da via aérea).
- 
- Os profissionais que contactam com as utentes **infetadas** ou que **aguardam resultado do teste** devem utilizar o EPI adequado aos cuidados que prestam (de acordo com as normas da instituição) e não devem cuidar simultaneamente de outras utentes.
  - Sempre que uma utente for diagnosticada com COVID19 todos os elementos envolvidos nos seus cuidados, devem ser avisados de imediato.
  - O número de profissionais adstritos à área de isolamento deve ser limitado ao mínimo essencial.



- Deve ser transmitido à utente, de forma clara, toda a informação relativa à sua condição clínica e aos procedimentos inerentes. Pode ser permitido manter consigo o telemóvel por forma a minorar os efeitos do isolamento. Esta poderá ser a forma privilegiada de comunicação com equipa de saúde.
- Quando está planeado um procedimento eletivo (p ex. uma cesariana), este só se deve efetivar quando o resultado do teste de despistagem à COVID 19 for conhecido.
- A alta da utente deve ser o mais precoce possível e todas as valências envolvidas deverão planear os cuidados para que tal aconteça.

## Orientações clínicas

Nesta população, a informação científica sobre a COVID 19 é muito escassa, existindo múltiplas dúvidas sobre a abordagem clínica ideal no período perinatal. Assim sendo têm-se adotado medidas, de algum modo, importadas da experiência com outras infeções semelhantes e/ou da experiência nos países onde a epidemia teve início.

- Todas as utentes **que aguardam resultado do teste** devem ser abordadas como estando **infetadas**, independentemente da sintomatologia - (a carga viral de um doente assintomático é igual à de um doente sintomático).
- **A analgesia neuroaxial deve ser promovida.** Idealmente por PCEA - (diminuição do contacto com a parturiente).
- **A anestesia neuroaxial é segura** em mulheres com COVID-19 - (o risco real da anestesia geral é muito superior ao risco teórico da meningite viral).
- O **Consentimento Informado** deverá ser obtido idealmente de forma digital ou na presença de testemunha, e registado *online*.
- A COVID 19 pode cursar com **trombocitopenia**, mas raramente é inferior a  $100 \times 10^9/L$ , sendo desejável uma contagem plaquetária recente previamente à abordagem do neuroeixo.
- Desconhece-se se o parto vaginal aumenta o risco de infeção do RN, mas tem-se verificado **maior taxa de cesariana**. A decisão de cesariana deve ser a mais atempada possível para se evitar, a todo o custo, uma cesariana emergente com anestesia geral.
- Dependendo da condição da utente e do procedimento a realizar, o anestesiológista e o enfermeiro de anestesia devem usar o EPI adequado de acordo com as diretrizes institucionais.
- Poderão existir **kits padronizados** com o material e fármacos necessários ao procedimento analgésico/anestésico.
- Na necessidade de realizar **procedimentos altamente aerossolizantes** (como a intubação/extubação traqueal ou reanimação cardiopulmonar), estes devem ser realizados pelos profissionais mais experientes, com EPI avançado e seguindo os protocolos adotados. Restringir ao mínimo o número de profissionais dentro da sala e deve atribuir-se a função de **estafeta** a um outro profissional, que permanecerá à porta, do lado exterior, para prestar auxílio.



### Infeção confirmada ou utentes sintomáticas que aguardam resultado do teste

- Envolver o **Serviço de Infeciologia** na orientação clínica das doentes, sobretudo nas situações de infeção confirmada.
- Para além da vigilância habitual, dever-se-á proceder à monitorização *standard* da ASA: FC; PANI; FR; SatO<sub>2</sub> e Temp; e realizar **balanço hídrico**.
- Evitar sobre-hidratação com a consequente sobrecarga cardiopulmonar.
- Oxigenoterapia para manter **SatO<sub>2</sub> >94%**.
- Ponderar a necessidade de monitorizar as trocas gasosas e estado metabólico através de gasimetria - (se grávida, manter **PaO<sub>2</sub> > 70mmHg** para garantir uma adequada oxigenação fetal).
- Considerar a realização de RX tórax ou TC torácica.
- Considerar **antibioterapia** (a sobreinfeção bacteriana é comum).

### Bibliografia:

- DGS. Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Version 2. Coronavirus (Covid-19) Infection in Pregnancy, Março. 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines>
- Sutton Desmond et all. April 13, 2020 NEJM.org. DOI: 10.1056/NEJMc2009316
- Yu N et all. [www.thelancet.com/infection](http://www.thelancet.com/infection), March 24, 2020  
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30176-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30176-6)
- Bauer M. et all. Obstetric Anesthesia During the COVID-19 Pandemic. Anesthesia & Analgesia J Publishahed of print. DOI:10.1213/ANE.0000000000004856
- Landau R et all. Lessons learned from first COVID-19 cases in the United States Anesthesia & Analgesia. J Publishahed of print. DOI:10.1213/ANE.0000000000004840
- Bauer M. et all. Neuroaxial procedures in COVID-19 positive parturients: a review of current reports. Anesthesia & Analgesia J Publishahed of print. DOI:10.1213/ANE.0000000000004831
- Chua MSQ AND ALL. FRom the frontline of COVID-19-How prepared are the obstetricians: A commentary. BJOG 2020; <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16192>.
- Favre e all. Guidelines for preganat women with suspect SARS-CoV-2 infection. Lancet Infect Dis 2020; published online March 3. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30157-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30157-2).