Protocolo: 652822
Data: 04/08/2020
Título: LAUDA DE 04-07-2020 RSMS 4498 Orientações clínicas na internação de casos suspeitos de COVID 19 em gestantes ou puérpera
Página(s): a

ATO DA SECRETÁRIA

RESOLUÇÃO SMS Nº 4498 DE 03 DE AGOSTO DE 2020

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar e conceder efeito normativo à a NOTA TÉCNICA Orientações clínicas na internação de casos suspeitos de COVID 19 em gestantes ou puérperas, anexo I desta Resolução.

Art. 2º Esta Resolução produz efeitos enquanto durar a epidemia do novo Coronavírus no âmbito da Cidade do Rio de Janeiro.
Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 03 de agosto de 2020.

ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO
Secretária Municipal de Saúde

Orientações clínicas na internação de casos suspeitos de COVID 19 em gestantes ou puérperas

Apresentação clínica

A COVID 19 tem uma apresentação clinica muito ampla, podendo até ser assintomática. Seus principais sintomas são febre, tosse seca, dispneia e fadiga/mialgia, podendo ocorrer também, anosmia, cefaléia, diarréia, náuseas, vômitos entre outros sintomas.

A complicação mais temida é a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), definida pelo Ministério da Saúde como a presença de saturação de O_2 < 95% em ar ambiente, sinais de desconforto respiratório, aumento da frequência respiratória, piora das condições clínicas de doenças de base e hipotensão arterial em pacientes com síndrome gripal.

Internação

Os critérios recomendados para internação hospitalar são saturação de O2< 95%, frequência respiratória > 24 irpm, febre refratária a partir de 39°C, deterioração de doença de base, disfunção orgânica, TC de tórax com > 50% de comprometimento pulmonar. Nestes casos, as mulheres internadas deverão ser classificadas de acordo com a gravidade da apresentação da doença, algumas vezes após a realização de exames laboratoriais e radiológicos.

Durante a internação se fará necessária a observação dos critérios de alerta, que podem ser analisados através da avaliação do escore rápido de qSOFA: avaliação da PA sistólica (PA< que 100mmHg), frequência respiratória (> 22irpm) e alteração do estado mental (Glasgow <15). Cada variável pontua um ponto, um escore maior ou igual a 2 reflete um maior risco de morbimortalidade.

De acordo com a classificação da gravidade sugerimos os encaminhamentos para internações em unidades hospitalares com a complexidade necessária ao tratamento clínico que inclui o suporte ventilatório.

Mulheres classificadas com doença em estágio grave e as em estágio moderado que não apresentaram melhora com oxigenioterapia, internadas em maternidades que não estão inseridas em hospitais gerais deverão ser reguladas para transferência, pois necessitam de maior recurso tecnológico e recurso humano especializado.

Doença em estágio Moderado Saturação de O_2 < 95% em ar ambiente, dispnéia, frequência respiratória > 24 irpm, taquicardia, febre refratária >39°C , piora dos outros sintomas, doença de base descompensada (ex. diabetes, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia entre outras).		
Internação em leito de isolamento ou enfermaria de coorte	1. Puncionar um acesso venoso com jelco 18 ou 16, 2. Aferir sinais vitais a cada 4h, incluindo oximetria de pulso, 3. Colher sangue para análise laboratorial[1], 4. Colher sangue arterial para gasometria, 5. Tomografar ou, na impossibilidade de fazê-lo num primeiro momento, radiografar o tórax, 6. Realizar US obstétrica, dopplerfluxometria e cardiotocografia de acordo com a indicação obstétrica e idade gestacional.	1. Dieta hiperproteica, 2. Oferecer oxigenioterapia sob cateter nasal baixo fluxo e DLE ou pronação. 3. Oseltamivir, 75mg, VO, 12/12h por 5 dias, 4. Antibioticoterapia venosa: ceftriaxone 2g /dia e azitromicina 500mg/dia, por 5 dias, 5. Dexametasona 6mg/EV/dia, 10 dias, 6. Anticoagulação profilática, 7. Terapêutica cabível a doença de base.

[1] Hemograma completo, sódio, potássio, uréia, creatinina, LDH, PCR, AST, ALT, coagulograma, RPC, EAS, se disponível, D-dímero e troponina.

Anticoagulação profilática

Peso em Kg	Dose da ENOXAPARINA
Até 50	20mg/dia
51-90	40mg/dia
91-130	60mg/dia
131-170	80mg/dia
>171	0,6mg/kg/dia

Doença em estágio Grave Saturação de O_2 < 95%, frequência respiratória maior que 30 irpm, imagem radiológica mostrando mais de 50% de comprometimento pulmonar.		
Internação em leito de isolamento ou enfermaria de coorte com suporte clínico para agravamento da doença	1. Puncionar um acesso venoso com jelco 18 ou 16, 2. Aferir sinais vitais a cada 2h, com monitorização continua da oximetria, 3. Colher sangue para análise laboratorial[1], 4. Colher sangue arterial para gasometria, 5. Realizar US obstétrica com dopplerfluxometria e cardiotocografia de acordo com a indicação obstétrica e idade gestacional, 6. Tomografar o tórax, caso não tenha realizado previamente.	1. Dieta zero até segunda ordem, 2. Oferecer oxigenioterapia sob cateter nasal até 5l/min ou em caso de alto fluxo[2], máscara com reservatório. 3. Oseltamivir, 75mg, VO, 12/12h por 5 dias, 4. Antibioticoterapia venosa: ceftriaxone 2g /dia e azitromicina 500mg/dia, por 5 dias, 5. Dexametasona 6mg/EV/dia, 10 dias, 6. Anticoagulação profilática, 7. Sintomáticos e DLE, se possível tentar pronação, 8. Terapêutica cabível a doença de base.

[1] Hemograma completo, sódio, potássio, uréia, creatinina, LDH, PCR, AST, ALT, coagulograma, RPC, EAS, se disponível, D-dímero e troponina.
[2] Se necessário, oxigênio em alto fluxo, ou se não ocorrer melhora da saturação com oxigenoterapia, solicitar transferência para leito de unidade de terapia intensiva.

Atenção:

Lembrar que caso seja utilizada a máscara de Venturi, a mesma ocasiona dispersão de aerossol no ambiente, sendo obrigatório o uso de PFF2 ou N95.

Cateter nasal tipo “óculos” até 6L/min (equivalente a FiO2 40-45%).

Máscara com reservatório até 10L/min (equivalente a FiO2 80-95%).

Valor desejados com a oxigenoterapia: pO2>75 e Sat O2>94%.

Doença em estágio Crítico Disfunção de múltiplos órgãos, choque, insuficiência respiratória que necessite de ventilação mecânica ou alto fluxo de O_2		
Internação em leito de unidade de terapia intensiva (isolamento ou coorte)	1. Puncionar um acesso venoso com jelco 18 ou 16, 2. Aferir sinais vitais a cada hora e monitorização contínua, 3. Colher sangue para análise laboratorial[1], 4. Colher sangue arterial para gasometria, 5. Tomografar o tórax, 6. Realizar US obstétrica, dopplerfluxometria e cardiotocografia de acordo com a indicação obstétrica e idade gestacional.	1. Dieta zero 2. Oferecer oxigenioterapia sob máscara com reservatório, alto fluxo. Avaliar necessidade de intubação orotraqueal. 2. Oseltamivir, 75mg, VO, 12/12h por 5 dias, 3. Antibioticoterapia venosa: ceftriaxone 2g /dia e azitromicina 500mg/dia, por 5 dias, 4. Dexametasona 6mg/EV/dia, 10 dias 5. Anticoagulação profilática, 6. Sintomáticos, 7. Terapêutica cabível a doença de base.

[1] Hemograma completo, sódio, potássio, uréia, creatinina, LDH, PCR, AST, ALT, coagulograma, RPC, EAS, se disponível, D-dímero e troponina.

Indicação de Intubação - IOT

Insuficiência respiratória aguda grave e refratária a medidas iniciais de suporte (FR > 30 irpm, SatO2 < 92, pH arterial < 7,35, Pa O2 < 70mmHg, PaCO2 > 50mmHg),

Impossibilidade de manter via área pérvia,

Depressão do nível de consciência (Glasgow < 8),

Instabilidade hemodinâmica grave.

Com relação a terapêutica antimicrobiana, esta só deve ser realizada na suspeita de infecção secundária.

Atenção para pacientes que necessitem de oxigenioterapia (ainda que fora da UTI) ou de ventilação mecânica, pois estas se beneficiarão com a administração de dexametasona na dose de 6mg/dia, durante 10 dias, por via oral ou endovenosa. Tal prescrição reduz a mortalidade por COVID19 de acordo com as últimas evidências apresentadas pelos estudos clínicos desenvolvidos na Universidade de Oxford.

Corticoterapia

Metilprednisolona 0,7 a 1,0 mg/Kg EV de 12/12h por 3 dias a 7 dias.

Dexametasona 6mg/EV/ dia por 10 dias.

Com relação ao uso de EPI, os mesmos devem ser utilizados de acordo com a exposição apresentada na assistência, prevenção de gotículas e ou aerossol.

Importante proceder a notificação e lembrar que os casos internados durante a primeira semana de doença deverão ser submetidos a coleta de material para RT-PCR. Recomenda-se a realização do RT-PCR em todas as gestantes com síndrome gripal ou SRAG internadas.

A indicação da via de parto se dará através da discussão da equipe multiprofissional que presta a assistência nos casos de doença grave e crítica. O diagnóstico de COVID 19 não justifica a indicação

de interrupção da gestação.

Abstract Suport

R. San-Juan etal., Incidence and clinical prcfiles of COVID-19 pneumonia in pregnant women: A single-centre cohort study from Spain, E Clinical Medicine (2020), https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100407

Mulheres grávidas que apresentaram sintomas de coronavírus tiveram 61,5% de chance de desenvolver pneumonia, de acordo com o estudo. Isso comparou com um risco médio de 25% para mulheres entre 30 e 40 anos na Espanha.

52 mulheres grávidas adultas que foram diagnosticadas com COVID-19 entre 6 de março e 5 de abril. Cerca de 32, do grupo contraíram pneumonia, das quais mais da metade exigia oxigênio suplementar.

A maioria das mulheres grávidas com COVID-19 não precisou ser induzida ao trabalho de parto e apenas três das mulheres incluídas no estudo precisaram de uma cesariana.

Prone positioning and high-flow oxygen improved respiratory function in a 25-week pregnant woman with COVID-19

Prone Positioning in Awake, Nonintubated Patients With COVID-19 Necessity Is the Mother of Invention

https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.05.022

Sabe-se que o pronação melhora a oxigenação e mortalidade, no entanto, pouco se sabe sobre este posicionamento em mulheres grávidas. A Organização Mundial da Saúde concluiu que existem poucas evidências em mulheres grávidas, mas elas podem se beneficiar ao serem colocados em posições laterais para gerenciar a infecção respiratória por COVID-19.

Oxford University News Release - 16 June 2020
Low-cost dexamethasone reduces death by up to one third in hospitalised patients with severe respiratory complications of COVID-19

A dexametasona, um esteroide barato e amplamente usado em todo o mundo se mostrou capaz de reduzir a mortalidade em casos graves de covid-19.

A dexametasona **reduziu as mortes em um terço nos pacientes ventilados**(*risk ratio* de 0,65; intervalo de confiança, IC, de 95%, de 0,48 a 0,88; *P* = 0,0003) e **em um quinto em outros pacientes recebendo apenas oxigênio** (risk ratio de 0,80; IC 95%, de 0,67 a 0,96; P = 0,0021). **Não houve benefício entre os pacientes que não necessitaram de suporte respiratório**(risk ratio de 1,22; IC 95%, de 0,86 a 1,75; P = 0,14).

Referência bibliográfica

FEBRASGO, Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID 19, atualização em 23/04

SGORJ, Orientações sobre o manejo das gestantes com COVID 19, atualização em 01/06

UNIFESP, Protocolo assistencial, Fluxos de COVID 19, Web Conferência em AssistÊncia obstétrica na pandemia de COVID 19, em 09/06

Ministério da Saúde, Protocolos Assistências https://coronavirus.saude.gov.br/profissional-gestor

Coronavirus disease 2019 during pregnancy: a systematic review of reported cases, em 18/04 https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.013

Prone positioning and high-flow oxygenimproved respiratory function in a 25-weekpregnant woman with COVID-19 -08/05 https://www.ejog.org/article/S0301-2115(20)30273-6/pdf

Oxford University, Low-cost dexamethasone reduces death by up to one third in hospitalised patients with severe terpiratory complications of COVID-19, http://www.ox.ac.uk/news/2020-06-16-low-cost-dexamethasone-reduces-death-one-third-hospitalised-patients-severe

R.San-Juan e tal., Incidence and clinical prcfiles of COVID-19 pneumonia in pregnant women: A single-centre cohort study from Spain, E Clinical Medicine (2020), https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100407