

# **Tymczasowe wytyczne ISUOG dotyczące zakażenia nowym koronawirusem zespołu ostrej niewydolności oddechowej 2 (SARS-CoV-2) u kobiet w ciąży i porożu: informacja dla pracowników opieki zdrowotnej**

Poon, LC et al. doi: 10.1002/uog.22013

Translation by: Monika Mazanek-Mościcka

Reviewed by: Kasia M. Maksym, UCL EGA Institute for Women's Health

## **ZAGADNIENIA KLUCZOWE**

1. Ciężarne z potwierdzoną chorobą wywołaną przez SARS-CoV-2 (COVID-19) powinny być leczone w specjalnie do tego celu przeznaczonych szpitalach trzeciego stopnia referencyjności i poinformowane o ryzyku niekorzystnych wyników ciążowych.
2. W celu zapewnienia bezpiecznego porodu i opieki nad noworodkiem należy w obrębie bloku porodowego przygotować izolatki z podciśnieniem.
3. Podczas epidemii COVID-19 u wszystkich zgłaszających się ciężarnych należy rutynowo przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący niedawno przebytych podróży, wykonywanej pracy, istotnych kontaktów i klasterów (tzn. TOCC) oraz objawów klinicznych.
4. Diagnostyka ciężarnych z podejrzaną, prawdopodobną lub potwierdzoną COVID-19 powinna obejmować badanie obrazowe klatki piersiowej, szczególnie tomografię komputerową.
5. Przypadki podejrzanego/prawdopodobnego zakażenia powinno się leczyć w warunkach izolacji, a przypadki potwierdzone – w izotakach z podciśnieniem. Chore z potwierdzonym zakażeniem będące w stanie krytycznym powinny być przyjmowane na oddziały intensywnej terapii do izolatek z podciśnieniem.
6. Badania przedporodowe i poród u ciężarnych z infekcją COVID-19 należy przeprowadzać w izotakach z podciśnieniem na oddziale porodowym. Liczba osób sprawujących opiekę nad ciężarną i mających wstęp do pomieszczenia, gdy jest ono zajmowane przez chorą, powinna być ograniczona.
7. Wszyscy członkowie personelu medycznego opiekujący się kobietami z infekcją COVID-19 powinni być wyposażeni w środki ochrony indywidualnej.
8. Opiekę nad ciężarną z COVID-19 powinien sprawować zespół wielospecjalistyczny (obejmujący położników, perinatologów, specjalistów intensywnej terapii, anestezjologów położniczych, położne, wirusologów, mikrobiologów, neonatologów i specjalistów chorób zakaźnych).

9. Termin i sposób porodu powinno się ustalać indywidualnie, wzięwszy pod uwagę stan kliniczny pacjentki, wiek ciążowy i stan płodu.
10. W zależności od stanu klinicznego pacjentki, po konsultacji z anestezjologiem położniczym można rozważyć zarówno znieczulenie przewodowe, jak i ogólne.
11. Na podstawie dostępnych obecnie ograniczonych danych, nie stwierdzono zakażeń wewnątrzmacicznych, spowodowanych wertykalną transmisją zakażenia do dziecka od matki, u której wystąpiła COVID-19 pod koniec ciąży.
12. Obecnie nie dysponujemy wystarczającymi danymi dotyczącymi bezpieczeństwa karmienia piersią i konieczności odseparowania matki od dziecka. Jeśli kobieta jest w stanie ciężkim lub krytycznym, najlepszą opcją wydaje się izolacja z próbą odciągania pokarmu w celu podtrzymania laktacji. Pacjentka, u której nie występują żadne objawy lub występują objawy łagodne, może razem z personelem medycznym rozważyć zaniechanie izolacji i podjąć karmienie piersią (system rooming-in).
13. Personel medyczny sprawujący opiekę położniczą oraz osoby wykonujące położnicze badanie ultrasonograficzne powinni być odpowiednio przeszkoleni i wyposażeni w ochronne maski medyczne i/lub systemy respiracyjne z oczyszczaniem powietrza (PAPR).
14. Po badaniu ultrasonograficznym ciężarnej z podejrzaną/prawdopodobną/potwierdzoną COVID-19 powierzchnię głowicy powinno się oczyścić i zdezynfekować odpowiednim środkiem zgodnie ze specyfikacją producenta. W trakcie dezynfekcji, należy wziąć pod uwagę zalecany czas pozostawiania środka (wet time) na głowicy i innych powierzchniach.