



Jordemoderforeningen og DSOG's kliniske vejledning ifht. håndtering af COVID-19-smittede gravide og fødende kvinder, deres partner og det nyfødte barn

(8. juli 2020, version 7)

Nedenstående dokument er udarbejdet til de danske fødeafdelinger. Dokumentet er et klinisk supplement til Sundhedsstyrelsen (SST) generelle retningslinjer "Retningslinje håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet" (8.7. 2020) (<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Retningslinjer-for-haandtering-af-COVID-19>).

Denne vejledning vil løbende blive opdateret, aktuelle opdateringer fremgår på side 4, tidligere opdateringer fremgår på side 29-30.

Forfattere:

Anne-Mette Schroll (Jordemoderforeningen)

Hanne Brix Westergaard (Formand DSOG)

Lis Munk (formand Jordemoderforeningen)

Lone Hvidman (obstetiker, formand DSOG's obstetriske guidelinegruppe)

Annemette Wildfang Lykkebo (Næstformand DSOG)

Dokumentet er udarbejdet i samarbejde med:

- De fagligt ansvarlige for neonatalafdelingerne fra de fire universitetssygehuse i Danmark: Tine Brink Henriksen (AUH), Pia Sønderby Christensen (ÅUH), Gitte Zachariassen (OUH) og Morten Breindahl (RH).
- Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv medicin (DASAIM) har ligeledes suppleret med vejledning ifht. håndtering ved anæstesi.
- Dansk Føtalmedicinsk Selskab.
- Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase

Kontakt vedr. dokumentet, spørgsmål og forslag bedes venligst stilet til:

- For jordemødre: Anne-Mette Schroll (AMSc@jordemoderforeningen.dk)
- For obstetrikere og ledende overlæger: Annemette Wildfang Lykkebo (Annemette.Wildfang.Lykkebo@rsyd.dk)
- For neonatologer: Morten Breindahl (morten.breindahl@regionh.dk)
- For anæstesiologerne: Patricia Duch (patricia.duch@regionh.dk)
- For føtalmedicinere: Puk Sandager (puk@dadlnet.dk)
- For tromboseeksperter: Anita Sylvest Andersen (anita.sylvest.andersen@regionh.dk)

Herefter samles disse af Anne-Mette Schroll og Hanne Brix Westergaard, som kommunikerer med SST.

Indholdsfortegnelse

1. Opdateringer	45
2. Baggrund	57
Virus	57
Epidemiologi	57
Transmission	79
Symptomer hos moderen	79
Virkning på fosteret	911
3. Hygiejniske overvejelser og værnemidler for personale	911
Generelle forholdsregler mod smittespredning:	911
Hygiejniske overvejelser	911
Værnemidler oa.	1012
4. Generelle råd til gravide kvinder fra sundhedsmyndighederne	1113
Overordnede råd	1113
Råd vedrørende social kontakt og selv-isolation	1113
Råd vedrørende rutinekontroller i graviditeten	1113
Omlacering af gravide medarbejdere i sundheds-, social- og ældresektoren samt gravide medarbejdere i dagtilbud 0-6 år	1113
5. Henvendelse i graviditet/ fødsel for kvinder med påvist eller mistænkt COVID-19	1214
6. Hvem skal testes for COVID-19	1416
Den gravide kvinde	1416
Den fødende kvinde	1416
Partner eller anden i husstanden	1517
7. Behandling af mistanke om eller bekræftede COVID-19-syge gravid/fødende og barslende kvinder med moderate/svære symptomer	1618
8. Forebyggelse af venøs tromboembolisk sygdom hos gravide, fødende og barslende med COVID-19	1719
9. Svangrekontrol (jordemoder, egen læge, obstetrisk konsultation) hos gravid COVID-19 syg/mistanke herom	1921
Screeningsundersøgelser	1921
Rutine jordemoderkonsultationer, egen læge	1921
Særligt obstetrisk syge ol./ikke rutine konsultationer	1921
Antenatal kontrol efter COVID-19 sygdom	1921
10. Vaginal fødsel	2022
Overvejelser ved fødsel for asymptomatiske kvinder testet positiv for SARS-CoV-2	2022

Overvejelser ved fødsel hos kvinder med mistænkt/påvist COVID-19 og symptomer herpå.....	2022
Overvejelser ved fødsel hos kvinder med overstået COVID-19	2123
Fødselsanalgesi og anæstesi til kvinder med erkendt eller mistænkt COVID-19.....	2123
11. Planlagt hjemmefødsel.....	2224
12. Kirurgisk intervention inkl. sectio (akut/elektivt)	2224
Akut sectio	2224
Elektivt sectio	2224
13. Testning af det nyfødte barn af COVID-19-syge mor.....	2224
14. Efter fødsel – nyfødt barn og kvinde på fødestue/barsel.....	2224
Det raske nyfødte barn og mor med påvist/mistænkt COVID-19 infektion ved fødsel	2224
Ambulant fødsel: Rask nyfødt barn, hvor mor har født ukompliceret og <i>ikke har behov</i> for indlæggelse pga. COVID-19-infektion	2325
Indlæggelse: Rask nyfødt barn, hvor mor har behov for indlæggelse af obstetriske årsager (ikke COVID-19 relateret indlæggelse).....	2325
Indlæggelse: Rask nyfødt barn, hvor mor er syg med COVID-19, og har behov for sygehusindlæggelse grundet COVID-19.....	2426
Amning hos mødre med COVID-19 infektion.....	2426
15. Udskrivelse: Rask nyfødt, hvor familiemedlem er påvist/mistænkt COVID-19-positiv	2426
16. Efter fødsel: Samvær mellem nyfødt barn indlagt på neonatal-afdelingen og forældre med eller mistænkt for COVID-19	2527
17. Sammenfatning vedr. partner/pårørende i samme husstand	2527
18. Kodning	2628
19. Referencer	2628
20. Bilag	2729
21. Diverse revisioner.....	2830

1. Opdateringer

Version	Dato	Opsummering af ændringer
0	23.3.2020	
1-6		For tidligere opdateringer se kap 20.
11.6.20	Version 7	<p>Kap. 2. SST har indarbejdet retningslinjen for gravide og fødende i den generelle <i>Retningslinje for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet</i>. SST's opdaterede viden om symptomer på let COVID-19. Nyeste viden om bl.a. risikogrupper, herunder, at RCOG påpeger fokus på D-vitaminmangel.</p> <p>Kap. 6. Opdateret ihht. SST's generelle retningslinjer. Således skal personer tidligere testet positiv for SARS-CoV-2 altid testes ved fornyet henvendelse, men mindre testet indenfor ≤ 48 timer. Regionerne har ændret vejledning ifht. antal pårørende på hospital. Bilag B bortfalder.</p> <p>Kap. 7. Revision ifht. håndtering af den indlagte gravide/fødende med COVID-19.</p> <p>Kap. 8. Revision vedr. tromboserelaterede risikofaktorer</p> <p>Kap. 9. Tilføjelse om fokus på mentale helbred ved svangrekonsultationerne. Tilføjelse om antenatale kontroller efter svær COVID-19.</p> <p>Kap. 10. Revision med inddeling ifht. test positiv for SARS-CoV-2 og symptomer på COVID-19. Ikke længere anbefaling for kontinuerlig CTG under fødslen hos asymptomatiske kvinder testet positiv for SARS-CoV-2, medmindre andet indikerer dette.</p> <p>Kap. 20 Bilag B bortfalder.</p>

2. Baggrund

Verdenssundhedsorganisationen WHO har d. 11. marts 2020 erklæret udbruddet af COVID-19 for en pandemi med smitte i de fleste lande i verden

Denne kliniske vejledning omhandler håndteringen af gravide og fødende, hvor der er mistanke om eller bekræftet COVID-19. Derudover beskriver denne vejledning håndteringen af det nyfødte barn. Vejledning er bl.a. baseret på SST's *Retningslinje for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet*. (se referenceliste).

Vedrørende de mere generelle anbefalinger i sundhedsvæsenet henvises der i nedenstående til de af SST udarbejdede retningslinjer.

For fødsler, hvor hverken den gravide eller partner viser mistanke om eller har påvist COVID-19 smitte, er det SST's anbefaling at svangre- og fødselsforløb forløber som vanligt. Gravide skal dog anbefales at følge SST's generelle anbefalinger vedrørende hygiejne og opmærksomhed på symptomer. Ligeledes skal den gravide informeres om, at der kun kan deltage én pårørende ved fødslen. Endelig skal alle fødende kvinder testes for SARS-CoV-2 ved ankomst til hospitalet, dette gælder ikke ved hjemmefødsler.

Retningslinjen gælder for medarbejdere på de danske fødesteder (jordemødre, sygeplejersker, SOSU og læger) og er baseret på en kombination af den tilgængelig evidens, god praksis og ekspertrådgivning.

Den tilgængelige evidens er fortsat hovedsageligt baseret på kasuistikker, lokale opgørelser fra fødesteder og for de fleste endnu ikke peer-reviewed artikler. Der er nyligt publiceret få systematiske reviews baseret på kohortestudier. Evidensen må på den baggrund graderes som C-D og i nogle tilfælde som "god klinisk praksis".

Cochrane-sammenslutningen har ud fra 14 kriterier analyseret nationale guidelines fra 19 lande med mere end 10.000 test-positive (DK ikke inkluderet) vedr. håndtering af graviditet og COVID-19-infektion (per 10.4.2020) (se referenceliste). Vi forsøger i denne retningslinje at belyse disse 14 kriterier.

Denne vejledning vil være under regelmæssig gennemgang i takt med, at der fremkommer ny viden. Hvis du gerne vil foreslå yderligere områder som denne vejledning skal dække, eller har eventuelle afklaringer, eller der er brug for at indsende ny viden til overvejelse, bedes du per mail kontakte en af ovenstående personer.

Virus

Novel coronavirus (SARS-COV-2) som forårsager sygdommen COVID-19 (Coronavirus disease 2019), er en ny stamme af coronavirae, som først blev identificeret i Wuhan City, Kina. Andre coronavirusinfektioner inkluderer forkølelse (HCoV 229E, NL63, OC43 og HKU1), Middeløsten respiratorisk syndrom (MERS-CoV) og alvorlig akut respiratorisk syndrom (Severe Acute Respiratory Syndrome = SARS-CoV).

Epidemiologi

Virus ser ud til at have sin oprindelse i slutningen af 2019, i Hubei-provinsen, Kina. I marts erklærede WHO COVID-19 for en pandemi, med epicenter i Europa. Efterfølgende er USA blevet det land i verden, der har den højeste forekomst af smittede og døde.

Situationen ændrer sig fortsat, og for den mest opdaterede rådgivning, venligt se SST's hjemmeside (www.sst.dk/corona). Vi opdaterer løbende denne vejledning, når der kommer ny viden.

SST's opdaterede retningslinje beskriver de klassiske sygdomsforløb ved hhv. mild, moderat og alvorlig COVID-19, se bilag A med beskrivelse af klassiske mild symptomer på COVID-19 (s.9 <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Retningslinjer/Retningslinjer-for-haandtering-af-COVID-19.ashx?la=da&hash=BE6BE868AA53E335DD6F7003AD134D5E5D8AD122>).

En case-serie fra New York med 43 kvinder testet positiv for COVID-19 viste samme sygdomsmønster, som for ikke-gravide: 86% med milde symptomer, 9% med alvorlige symptomer og 5% kritisk syge. Antallet af cases er for få til at drage endelige konklusioner, ligesom der heller ikke er lavet sammenligning ifht. køn, alder, co-morbiditet ol. I en anden case-serie, også fra New York, beskrives resultaterne af screening af 215 kvinder, der fødte på to hospitaler, hvor man havde indført obligatorisk screening af alle fødende. Blandt disse havde 15,4 % ved ankomst en positiv test for SARS-CoV-2, men kun 4 kvinder (1,9 %) havde symptomer på COVID-19, mens de resterende 13,7 % var asymptomatiske ved ankomst.

Jordemoderforeningen og DSOG har bedt Statens Serum Institut (SSI) om data på gravide og fødende med SARS-CoV-2. Den 13.5.2020 er der opgjort data på 5.936 gravide/fødende (15,1 % af samtlige gravide per 1.3.2020) testet for SARS-CoV-2, heraf 94 testet positiv (1,6 % af samtlige testede gravide). Bemærk test af samtlige fødende er først iværksat per 30.4.2020. Se afsnit om symptomer hos moderen.

Tabel 1. Antal testede og laboratoriebekræftede COVID-19 positive gravide/fødende og barslende kvinder sammenlignet med ikke gravide kvinder alder 15-45 år i Danmark (13.5.2020).

	Antal per 1.3.2020	Antal testede (%)	Bekræftet COVID-19 pos (%)
Gravide/fødende i alt	39,375	5,936 (15,1)	94 (1,6)
GA ≤ 11+6	2,933	51 (1,7)	<5 (-)
GA 12+0-27+6	19,289	1,644 (8,5)	57 (3,5)
GA 28+0-36+6	8,302	1,205 (14,5)	21 (1,7)
GA ≥ 37+0	5,114	2,576 (50,4)	10 (0,4)
Ukendt GA	3,737	460	< 5 (-)
Barslende (14 dg. efter fødsel)	3,096	367 (11,9)	<5 (-)
Ikke-gravide kvinder (15-45 år)	1,067,054	85,547 (8,0)	2,558 (3,0)
I alt	1,109,525	91,850 (8,28)	2,653 (2,9)

* Pga. ønsket om anonymitet, angives antal ikke, hvis det er mindre end 5 (her angivet som < 5).

Transmission

Ved de fleste tilfælde af COVID-19 er der evidens for human overførsel (fra menneske til menneske.) Dog er der nyligt dukket tilfælde op, hvor der ikke er bevis for kontakt med inficerede mennesker. Virus ser ud til at sprede sig let via åndedrættet, via overflader eller ad fækale veje.

Der er ikke viden om, at gravide har øget risiko for at pådrage sig infektionen.

I forhold til smitte i graviditeten mellem mor og foster (vertikal transmission) er der fortsat meget sparsom viden. Nye studier tyder på at vertikal transmission er mulig. Andelen af afficerede gravide og betydningen heraf for det nyfødte barn er endnu ikke fastlagt. Der er publiceret 2 rapporter om påvist IgM for SARS-CoV-2 i blodet fra nyfødte. IgM kan ikke passere placenta, hvorfor ovenstående tolkes som et neonatal immunrespons på infektion in utero. UKOSS beretter om 2,5 % af nyfødte (n=6) testet positiv for SARS-CoV-2 med svælgpodning indenfor 12 timer efter fødsel. I en kinesisk caseserie blev prøver fra fostervand, navlesnorsblod, placentapodning, neonatal svælgpodning, vaginalpodning og brystmælk, fra COVID-19 inficerede mødre, alle testet negativt for virus.

Ovenstående viden er fortsat baseret på få case-rapporter. Udviklingen følges tæt, hvorfor viden om COVID-19 ifht. graviditet, fødsel og barsel vil ændres med tiden.

Symptomer hos moderen

Der er flere og flere studier der peger på, at der i den generelle befolkninger er en stor population af asymptomatiske smittebærere eller smittebærere med meget få og milde symptomer.

Gravide kvinder er ikke nødvendigvis mere modtagelige for virale infektioner, men pga. forandringer i immunsystemet kan de opleve mere alvorlige symptomer, specielt i slutningen af graviditeten.

Størstedelen af de COVID-19 syge gravide kvinder vil kun opleve milde eller moderate symptomer som feber, tør hoste og træthed. Andre tidlige, men knap så hyppige symptomer, inkluderer symptomer fra øvre luftveje (tab af smags- og/eller lugtesans, stoppet næse, ondt i halsen, øjenbetændelse, sjældnere øre-pine), generelle symptomer (hovedpine, muskelsmerter, rygsmarter), symptomer fra mave-tarm (appetitløshed, kvalme, opkast, diarre, mavesmerter) eller symptomer fra hud (udslæt, i det tidlige stadie oftest vesikulære eller maculopapuløse, evt. eksematøse). Mere alvorlige symptomer såsom lungebetændelse og markant hypoxi er udbredt blandt COVID-19- syge ældre, immunsupprimerede og/eller kronisk syge (f.eks., kræft, kronisk lungesygdom). Disse symptomer kan også forekomme hos gravide kvinder, og skal i så tilfælde identificeres og behandles omgående.

Flere og flere studier fra England og USA viser samstemmende, at overvægt (BMI ≥ 25) eller fedme, ældre (> 35 år), afrikansk eller anden etnisk minoritet samt co-morbiditet (f.eks. hypertension, inflammatorisk sygdom ol.) øger risikoen for COVID-19 sygdom i graviditeten og efter fødsel.

I de danske data fra SSI fandt man, at i alt 16 af de 94 COVID-19-positive danske kvinder har født, heraf 6 ved kejsersnit (ukendt årsag). Gestationsalder var for < 5 før GA 36+6, de resterende fødte til terminen. I forhold til indlæggelse efter fødsel blev 10 kvinder udskrevet mindre end 12 timer efter ankomst ("ambulant fødsel"). De resterende 6 kvinder forblev indlagt mere end 12 timer efter ankomst, årsagen til indlæggelse er ukendt.

I alt 11 af 94 gravide/fødende kvinder med bekræftet COVID-19 har været indlagt, heraf de 6 som ovenfor beskrevet efter fødsel. Få af disse gravide/fødende (<5) har været indlagt på intensiv afdeling (ITA). Årsagen hertil er uoplyst, ingen af disse er døde.

Blandt de 94 gravide kvinder med bekræftet COVID-19, havde 6 underliggende sygdomme (kardiovaskulær eller respiratorisk sygdom).

Gruppen bag det danske forskningsprojekt "COVID-19 i graviditet" har opgjort indrapporterede danske tal fra alle danske fødesteder (data per 30.4.2020). Her rapporteres om 61 gravide/fødende testet positiv for SARS-CoV-2. Blandt disse havde 77 % ukompliceret COVID-19 smitte, mens 21 % var indlagt. Af de 21 % indlagte havde 38 % en COVID-relateret indlæggelse, de øvrige en graviditetsrelateret indlæggelse. Mindre end 3 gravide var indlagt på ITA (se vedhæftede rapport). Rapporten opdateres løbende og vil indgå i fremtidige revisioner af dette dokument.

Ud fra de hidtidige data har man antaget, at gravide kvinder har samme sygdomsmønster, som ikke-gravide i samme aldersgruppe. Nyere data tyder dog på, at dette skal analyseres nøje, førend en endelig konklusion kan drages.

En svensk opgørelse fra Folkhälsomyndigheden finder en 5 gange øget risiko for indlæggelse på ITA blandt gravide/nyligt gravide kvinder (OR 5,3 (95 % CI: 2,9-10,1)) i forhold til ikke-gravide kvinder i samme aldersgruppe (se reference kap. 18). Resultaterne er baseret på få gravide cases (n=13). Mulige årsager til en øget risiko for indlæggelse på ITA for COVID-positive gravide er, udover øget risiko for svær COVID-sygdom, en lavere tærskel for indlæggelse for gravide eller at den gravide er indlagt af anden ikke-COVID-relateret årsag (ex. svær præeklamsi, blødning efter fødsel ol.). Der er ikke gjort rede for bl.a. indlæggelsesmønster, socioøkonomiske faktorer eller alder. Man beretter om 1 COVID-relateret dødsfald, ikke indlagt på ITA.

De svenske tal kan ikke umiddelbart overføres til danske forhold, idet man i Sverige bl.a. har haft en anden overordnet strategi for håndtering af COVID. I Danmark er gravide medarbejdere i sundhedsvæsenet omplaceret/fraværdsmeldte fra graviditetsuge 28. Samtidig har man i Sverige et langt højere smittetryk i visse dele af landet sammenlignet med DK.

Den første større populationsbaserede kohorte-undersøgelse fra England (UKOSS) fandt 427 gravide kvinder indlagt med bekræftet SARS-COV-2 infektion (1.3.-14.4.2020), svarende til 0,49 % af gravide/fødende indlagt. Det påpeges også her, at indlæggelse kan være pga. COVID-19-sygdom men også anden graviditets- eller fødselsrelateret årsag. Af de 427 kvinder, havde 24 % klassiske tegn på COVID-19-sygdom ved billeddiagnostik.

I alt 243 (57%) kvinder havde født, heraf 144 (59 %) ved sectio. Størstedelen af disse pga. ikke-COVID-relateret sygdom (27 % pga. maternel relateret sygdom (ikke udspecificeret om COVID-relateret) og 24 % på føtal indikation). I alt 28 (20 %) kvinder kom i universel anæstesi under sectio. Heraf blev 18 (64 %) intuberet pga. kompromitteret maternel respiration, de resterende 10 pga. haste-sectio af anden årsag.

Blandt de 427 kvinder havde 10 % brug for "level 3-critical care"*, heraf 4 med behov for ECMO. I alt 5 (1,2 %) kvinder døde (3 pga. komplikationer til COVID-19 sygdom, 2 af andre årsager), sv.t en maternel mortalitetsrate på 5,6 per 100.000 gravide/fødende.

Risikoen for indlæggelse med bekræftet SARS-COV-2 infektion var højere blandt etnisk-afrikanske og andre minoritetsgrupper (OR 4,99 (CI 3,37-6,00)), ved samtidig eksisterende co-morbiditet (OR 1,52 (1,12-2,06)), alder over 35 år (OR 1,35 (1,01-1,81)) og overvægt eller fedme (OR 1,91 (1,37-2,68), OR 2,20 (1,56-3,10)). Den øgede risiko blandt etniske grupper tilskrives og diskuteres fortsat i forhold til bl.a. socioøkonomiske og genetiske faktorer eller et andet respons på infektion.

RCOG henviser til, at D-vitaminmangel er associeret til Akut Respiratorisk Distres Syndrom (ARDS) som ses ved COVID-19. D-vitaminsupplement har været foreslået som værende gavnligt i forhold til

at reducere risikoen for at udvikle COVID-19, data er dog begrænsede. Der henvises til DSOG's generelle vejledning vedrørende graviditet og D-vitaminmangel.

Graviditet er forbundet med en hyperkoagulabel tilstand. Øget viden om COVID-19-sygdom har vist, at indlagte med COVID-19 ligeledes er i en hyperkoagulabel tilstand. Derfor er det sandsynligt, at gravide med COVID-sygdom er i øget risiko for dyb venetrombose. Immobilisering ifbm. indlæggelse eller selv-isolering hjemme vil formentlig øge denne risiko yderligere. Se yderligere information i kapitel 8.

Den stigende evidens indikerer derfor, at der skal tages særligt hensyn til at minimere gravides risiko for at blive inficeret med SARS-CoV-2 og at udviklingen skal følges nøje.

* Indlæggelse på intensiv med behov for understøttende behandling svt. 2 eller flere organer eller behov for respiratorbehandling, svt. ITA-indlæggelse.

Virkning på fosteret

Der er i øjeblikket ingen data, der antyder en øget risiko for spontan abort eller tidlig graviditetstab i forhold til COVID-19. Case-rapporter vedr. tidlige graviditet med SARS og MERS, viser ikke en sikker association mellem infektion og øget risiko for spontanabort eller graviditetstab i 2. trimester.

Der er indtil nu ikke viden om at virus er teratogent. Som beskrevet under transmission er der viden om to cases med påvist vertikal transmission.

I UKOSS-kohorten var den mediane gestationsalder ved fødsel 38 uger (IQR 36-39). Blandt de kvinder som fødte havde 27 % en præterm fødsel, heraf 47 % iatrogen af maternal årsag og 15 % iatrogen af føtal årsag (se reference kap. 18).

I alt 10 % af nyfødte til terminen blev indlagt på neonatalafdeling, 6 af disse (2,5 %) blev testet positiv for SARS-CoV-2 indenfor de første 12 timer efter fødsel, heraf nogle som var født ved sectio før fødsel. Det er uklart om 2 perinatale dødsfald var relateret til eksisterende COVID-19-infektion hos moderen (reference kap. 18).

3. Hygiejniske overvejelser og værnemidler for personale

Generelle forholdsregler mod smittespredning:

- Smitte sker via dråber fra luftvejene ved fx hoste/nys og fra forurenede overflader.
- Korrekt håndhygiejne, rengøring og så vidt muligt at holde 1-2 meters afstand er de vigtigste midler til at forebygge smitte ved håndtering af alle patienter/borgere.
- Værnemidler, fx handsker og masker, er ikke i sig selv nok til at forebygge smitte. De skal bruges korrekt og i kombination med korrekt håndhygiejne, rengøring og afstand – ellers kan de give falsk tryghed og selv udgøre en smitterisiko.

Hygiejniske overvejelser

Virusload (mængden af vira) er af betydning for sværhedsgrad af sygdom. Det er derfor vigtigt, at man træffer de fornødne hygiejniske foranstaltninger for at begrænse virusload, også på isolationsstuen.

Ved forventeligt brug af børnebord bør dette først tages på isolationsstuen så tæt på forløsningsrum som muligt.

Jordmoderen/obstetrikere vil ved berøring af kvinden få viruskontaminerede handsker. Virusload vil stige med stigende antal berøringer og længden heraf, hvilket skal tages i betragtning ved forløsningen af barnet.

Så vidt muligt lægges barnet først på mors bryst, når mors hænder, arme, bryst og mave er afvasket med vand og sæbe.

Værnemidler *oa.*

Af SSI's vejledning fra 2017 fremgår det, at sundhedspersoner anbefales brug af maske (kirurgisk maske type II) og beskyttelsesbriller/visir i situationer med risiko for stænk og sprøjt. Dette gælder således også ved alle fødsler, uanset den fødende kvindes COVID-19 status. (se referenceliste).

SST's anbefaling *COVID-19 forebyggelse af smittespredning* tilsiger, at personalet, i tilfælde hvor tæt ansigt-til-ansigt kontakt ikke kan undgås, kan anvende både ansigtsmaske og beskyttelsesbriller, alternativt mundbind med visir. Dette er særligt relevant ved ansigt-til-ansigt kontakt af over 15 minutters varighed, eller hvor opgavevaretagelsen indebærer mange korterevarende ansigt-til-ansigt kontakter i løbet af en arbejdsdag (se referenceliste).

Ved mistanke om COVID-19/ bekræftet COVID-19

Ved direkte patientkontakt, og under fødsel ved al ophold på fødestue/isolationsstue, bør personalet bære smittebeskyttelsesudstyr i form af:

- Handsker
- Væskeafvisende, langærmet engangsovertrækskittel
- Kirurgisk maske type II/IIR og
- Visir/beskyttelsesbriller

Disse forholdsregler ophører, såfremt kvinden er testet negativ for COVID-19.

Såfremt personalet håndterer en asymptomatisk indlæggelseskrævende eller fødende kvinde, som efterfølgende testes positiv for SARS-CoV-2, og der ikke har været anvendt de anbefalede værnemidler, bør afdelingen kontakte den lokale infektionshygiejniske enhed ifht. videre håndtering og smitteopsporing. Der henvises i øvrigt til SST's vejledning *COVID-19: Smitteopsporing af nære kontakter* (se referenceliste).

Personalet bør være oplært, og en del af personalet bør have erfaring i brug af isolationsstuer samt i brug af beskyttelsesudstyr, herunder korrekt på- og aftagning af værnemidler (se div link til dette kap 18).

Ved sectio ol. indgreb, hvor aerosolgenererende procedurer kan forekomme, som feks. intubation og andre højrisiko procedurer i relation til håndtering af luftveje bør al personale på stuen bære FFP2- eller FFP3-maske, som begge beskytter mod dråbesmitte. Dette er ligeledes vigtigt for det neonatologiske team, der skal håndtere barnet, idet de altid bør være forberedte på at skulle håndtere en luftvejsproblematik hos det nyfødte, potentielt påvirkede barn med behov for umiddelbar stabilisering.

SSI meddeler på forespørgsel om, hvorvidt isolationsstuen skal være med 'negative pressure', at denne form for isolationsstue er beregnet til aeroliserende procedurer, som f.eks. ved intubation og sugning af luftveje, og at det derfor ikke er aktuelt i forhold til fødsler.

Se link til div. vejledninger kap. 18.

4. Generelle råd til gravide kvinder fra sundhedsmyndighederne

Overordnede råd

Hvis den gravide kvinde inficeres med COVID-19, får hun mest sandsynligt ingen eller milde symptomer og vil blive rask.

Hvis hun udvikler forværring af symptomer, åndenød eller hun ikke bedres i symptomer kan det være tegn på, at hun er ved at udvikle en lungeinfektion. Dette kræver vurdering og behandling og kvinden skal derfor kontakte sin egen læge, vagtlæge eller fødested.

Råd vedrørende social kontakt og selv-isolation

Gravide kvinder tilrådes at følge SST's anbefalinger til personer i øget risiko for et alvorligt forløb af COVID-19 (se referenceliste).

Råd vedrørende rutinekontroller i graviditeten

Gravide kvinder tilrådes at deltage i alle rutine svangrekontroller med mindre de opfylder kriterierne for isolation. Derfor bør kvinden, som IKKE er påvist eller mistænkt syg af COVID-19 deltage i de planlagte graviditetskontroller, herunder kontrol af blodtryk, fostertilvækst og urinundersøgelse. Planlagte kontroller og ultralydsskanninger kan dog pga. udfordringer ifht. personalesituationen blive udsat eller foregå per telefon. Fødesteder vil give besked herom.

Hvis kvinden er påvist eller mistænkt syg af COVID-19 bedes hun kontakte sit fødested, hvor man vil vurdere situationen ifht. de registrerede kontroller og planlægge videre forløb, samt sikre at information om COVID-19-sygdom registreres i journalen.

Omlacering af gravide medarbejdere i sundheds-, social- og ældresektoren samt gravide medarbejdere i dagtilbud 0-6 år

I retningslinjen fra SST "Anbefaling til personer i øget risiko. Håndtering af COVID-19" præciserer det, at arbejdsgiver skal omlacere den gravide medarbejder fra graviditetsuge 28 (28+0) til andet ikke-borgernært arbejde - ud fra et udvidet forsigtighedsprincip med fokus på det ufødte barn.

Dette gælder for gravide i sundheds-, social- og ældresektor samt gravide medarbejdere i dagtilbud 0-6 år, der har arbejdsfunktioner med tæt kontakt til patienter, borgere eller børn, fx ved behandlings- pleje eller omsorgsopgaver. Såfremt det ikke er muligt at omlacere medarbejderen til andet ikke-borgernært arbejde, f.eks. telefonkonsultationer ol. og hjemmearbejde ikke er muligt i den funktion eller ift. de opgaver, som den gravide medarbejder varetager, skal den gravide medarbejder fraværsmeldes.

Arbejdsgruppen har med inspiration fra England udarbejdet en række Q&A. Disse opdateres og vedligeholdes af SST på: <https://www.sst.dk/corona/faq#corona-faq-gravide>

5. Henvendelse i graviditet/ fødsel for kvinder med påvist eller mistænkt COVID-19

Nedenstående skemaer tilrådes anvendt ved visitation (telefonisk (og i sjældne tilfælde personlig henvendelse)) både for gravide og fødende kvinder (skema 1). I visitationen skal der samtidigt spørges til evt. COVID-19 syg/mistænkt syg person i husstanden (skema 2). Der henvises i øvrigt til SST's *Retningslinje vedrørende håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet*.

Alle gravide testes såfremt der forventes indlæggelse mere end 24 timer og alle fødende testes. Kvinden re-testes selvom tidligere påvist SARS-CoV-2 positiv uanset symptomophør, med mindre testet < 48 timer tidligere.

Skema 1. Anbefalinger ift. gravide/fødende og COVID-19

	Gravid/fødende Bekræftet COVID-19 og indtil 48 timer efter symptomophør	Gravid /fødende Klinisk mistanke om COVID-19 (ikke påvist)*	Gravid/fødende Uden symptomer
Podning for SARS-CoV-2**	Ja, med mindre testet ≤ 48 timer tidligere.	Ja	Den gravide skal podes ved indlæggelse i mere end 24 timer, og den fødende skal podes ved fødsel på sygehus
Isolation	Ja*	Ja	Nej, kun ved positiv test for SARS-CoV-19
Kan føde vaginalt	Ja	Ja	Ja
Amning	Ja, men med smitteforebyggende tiltag	Ja, men med smitteforebyggende tiltag	Ja
Samvære med barn	Ja	Ja	Ja
Hjemmefødsel	Nej	Nej	Ja***
Ultralydkontrol/ jdm.konsultation ol.	Ja, men overvej evt. udskydelse til 48 timer efter symptomfrihed	Ja, men overvej evt. udskydelse til 48 timer efter symptomfrihed	Ja

* Kvinde skal ikke isoleres, når det er mere end 48 timer efter symptomophør.

** Henviser til SST's *Retningslinje for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet*.

*** Alle regioner har genindfører tilbuddet om hjemmefødsel til familier uden symptomer eller påvist aktiv COVID-19-sygdom. Dette kan ændres, såfremt situationen tilsiger dette, for at sikre tilstrækkelige jordemoderfaglige ressourcer i sundhedsvæsenet.

Skema 2. Anbefalinger ift. partner* og COVID-19 ifm. graviditet og fødsel

	Partner Bekræftet COVID-19 og indtil 48 timer efter symptomophør	Partner Klinisk mistanke om COVID-19 (ikke påvist)	Partner Uden symptomer
Podning for SARS-CoV-2**	-	Ja	Nej***
Samvær med barn	Nej****	Nej**** Ved negativ test for SARS-CoV-2 kan partner være sammen med barnet	Ja
Hjemmefødsel	Nej	Nej	Ja*****
Fødsel, ultralydskontrol/ jdm.konsultation ol.	Partner må ikke deltage	Partner må ikke deltage Ved negativ test for SARS-CoV-2 kan partner deltage ved fødslen, såfremt partner har milde symptomer.	Partner kan deltage ved ultralydskontrol og andre svangrekonsultationer Partner kan deltage ved fødsel

*Partner eller anden i husstanden

** Henviser til SST's *Retningslinje for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet*.

***Der er mulighed for at borgere, uden symptomer, selv kan booke test i regi af TestCenter Danmark.

**** Medmindre moderen også er syg. I så fald må partneren med COVID-19 eller mistanke herom gerne være sammen med den nyfødte i hjemmet.

***** Alle regioner (Region Hovedstaden per 1.6.2020) genindfører tilbuddet om hjemmefødsel til familier uden symptomer eller påvist aktiv COVID-19-sygdom. Dette kan dog igen ændres, såfremt situationen tilsiger dette, for at sikre tilstrækkelige jordemoderfaglige ressourcer i sundhedsvæsenet.

Alle gravide skal informeres om, at hvis de eller deres partner/andre i husstanden er mistænkt eller har påvist aktiv COVID-19, skal de ringe ind før henvendelse, mhp. korrekt visitation og håndtering ifht. værnemidler.

Ved henvendelse fra kvinden eller egen læge skal der ved optagelse af telefonanamnese spørges ind til, om kvinden og partner/andre i husstanden kan have symptomer på COVID-19 iht. ovenstående skema og spørgeguide (Bilag A).

Partner med mistanke om eller påvist COVID-19 sygdom må ikke komme på hospitalet. Kvinden kan i stedet have én anden pårørende med, dette gælder også for familier uden positive/mistanke om COVID-19-sygdom.

Hvis partner har milde symptomer, der kunne være forenelige med COVID-19, men testes negativ for SARS-CoV-2, kan partner være tilstede ved fødslen.

Ved påvist eller klinisk mistanke om SARS-COV-2 positiv gravid/fødende eller anden person i husstanden ud fra ovenstående spørgeguide skal der tages de fornødne forholdsregler ved kvinden/parrets ankomst.

Ved første tegn på begyndende fødsel skal den gravide kontakte fødeafdelingen således, at man kan forberede modtagelse af kvinden.

Alle gravide kvinder med mistænkt eller påvist SARS-COV-2 iklæder sig selv værnemidler iht. lokale retningslinjer og følges umiddelbart herefter på isolationsstue/fødestue (Bilag C).

Personalet bærer værnemidler: vandafvisende kittel med lange ærmer, handsker og maske med visir/beskyttelsesbriller.

Der er så få personaler på stuen som muligt, og så lidt trafik ud og ind af stuen som muligt.

Fødslen skal så vidt muligt foregå ambulat, såfremt kvinden ikke har komplikationer til COVID-19 og det nyfødte barn er raskt. Se nedenfor.

6. Hvem skal testes for COVID-19

Gravide og fødende, samt partner følger de generelle sundhedsfaglige indikationer for test som fremgår af Sundhedsstyrelsens Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet. Indikationer for test opdateres løbende på baggrund af ny viden og epidemiens udvikling (se referenceliste).

Den gravide kvinde

Ved lette symptomer f.eks. tab af smags- og lugtesans, hovedpine, symptomer fra svælget og øvre luftveje som forkølelse, let feber, muskelsmerter, eller evt. let tør hoste, kan egen læge eller anden visiterende sundhedsperson henvise den gravide til klinisk vurdering, udredning og test for SARS-CoV-2 (se SST's *Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet* for mere viden om symptomer og sygdomsforløb ved COVID-19).

Derudover er det anbefalingen, at alle gravide, der kræver indlæggelse i mere end 24 timer testes for SARS-CoV-2; testning foregår via fødeafdelingen. Dette er med henblik på at sikre mod smittespredning på sygehuset, samt beskytte sundhedspersonale mod evt. smitte med COVID-19. Den gravide kvinde med lette symptomer på COVID-19 behandles ud fra et forsigtighedsprincip som værende smittet med COVID-19, indtil der foreligger svar på testen for SARS-CoV-2.

Derudover fremgår der af SST's retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet yderligere en række sundhedsfaglige indikationer for test af SARS-CoV-2. I nedenstående er der ikke angivet mere specifikke anbefalinger, idet disse løbende justeres via SST. For mere viden herom henvises til ovenstående retningslinje.

Hvis kvinden indlægges i graviditeten i anden afdeling end obstetrisk afdeling, bedes kvinden eller indlæggende afdelingen orientere fødestedet om, at kvinden er testet SARS-COV-2-positiv. Dette mhp. at kunne planlægge fremtidige graviditetskontroller.

Den fødende kvinde

Alle fødende (spontan i fødsel, igangsatte, planlagte kejsersnit), der er visiteret til eller overflyttes til fødsel på en fødeafdeling, skal testes for SARS-CoV-2. Dette foregår via fødeafdelingen. Podning af den fødende sker med henblik på at sikre mod smittespredning på sygehuset, samt beskytte

sundhedspersonale mod evt. smitte med COVID-19. Såfremt den fødende har symptomer foreneligt med COVID-19 behandles hun ud fra et forsigtighedsprincip som værende smittet med COVID-19, indtil der foreligger svar på testen for SARS-CoV-2.

Såfremt den fødende er testet negativ mindre end 48 timer før fødsel, kan dette testresultat anvendes.

Den SARS-CoV-2 positive gravide skal ved ankomst selv påføre sig almindelig kirurgisk maske uden udåndningsventil jf. SST's retningslinjer. Alle fødende kvinder med mistanke om eller påvist SARS-CoV-2 følges umiddelbart på isolationsstue/ fødestue. Personale bærer værnemidler jf. SSTs retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet.

Asymptomatiske gravide og fødende håndteres efter vanlig praksis, isolation og værnemidler effektueres såfremt positivt testresultat.

Såfremt positivt testresultat tilrådes det, at personale, der defineres som en nær kontakt håndteres jf. Sundhedsstyrelsens retningslinje *COVID-19: Smitteopsporing af nære kontakter*. Ved tvivl om en medarbejder har været en nær kontakt, bør der tages kontakt til den lokale infektionshygiejniske enhed.

Den asymptomatiske gravide eller fødende med tidligere påvist COVID-19.

På trods af tidligere test positiv for SARS-CoV-2 skal den gravide og fødende altid testes ved fornyet henvendelse, men mindre hun er testet for ≤ 48 timer siden.

Hvis en asymptomatisk gravid eller fødende kvinde testes positiv for SARS-CoV-2 efter netop overstået, bekræftet COVID-19, fx forud for indlæggelse, eller som følge af nær kontakt til en person med bekræftet COVID-19, bør et positivt testresultat håndteres ihht. nedenstående:

- Tidligere påvist COVID-19 < 8 uger siden: Det positive testresultat tilskrives inaktivt virus RNA.
- Tidligere påvist COVID-19 > 8 uger siden: Det kan ikke udelukkes at det positive testresultat skyldes re-infektion med SARS-CoV-2, hvorfor personen ud fra et forsigtighedsprincip håndteres som værende smittet.

Ovenstående forudsætter at personen, som minimum har haft ophør af symptomer i 48 timer og er at betragte som rask ift. sin tidligere COVID-19 infektion.

Partner eller anden i husstanden

Partner og anden i husstanden følger SST's generelle indikationer for test. Disse ses i SST's retningslinje for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet.

Partner uden symptomer skal ikke testes i forbindelse med deltagelse i fødslen ej heller ved administrativ medindlæggelse, men skal være opmærksom på generelle anbefalinger om at holde afstand til personale og andre patienter, og at sikre god håndhygiejne.

Hvis partner har milde symptomer, der kunne være forenelige med COVID-19, men testes negativ for SARS-CoV-2, kan partner være tilstede ved fødslen.

7. Behandling af mistanke om eller bekræftede COVID-19-syge gravid/fødende og barslende kvinder med moderate/svære symptomer

Indtil der er svar på test for SARS-CoV-2 skal en gravid/fødende med mistænkt moderate/svære symptomer på COVID-19 behandles som om, at hun er test-positiv.

COVID-19-infektion hos den gravide kvinde er ikke i sig selv indikation for forløsning, med mindre den gravide kvindes tilstand på baggrund af COVID-19-infektion eller fosterets tilstand tilsiger dette.

Gravide og fødende kvinder indlagt på hospital med forværring af symptomer relateret til COVID-19-sygdom skal håndteres i et multidisciplinært team bestående af infektionsmedicinere, obstetrikere, anæstesilæge, neonatolog/pædiatrisk bagvagt og ansvarshavende jordemoder, hvor man diskuterer og konkluderer:

- Prioriteringen af den medicinske behandling af kvinden mhp. at stabilisere tilstanden
- I hvilken afdelingen den gravide bedst modtager denne behandling (dette aftales lokalt)

Der er øget risiko for venøs tromboembolisk (VTE) sygdom. Derfor skal alle gravide/fødende/barslende kvinder med mistanke om eller påvist SARS-CoV-2 vurderes og behandles iht. vejledningen, kap 8 (skema 3).

Vigtige pointer ifht. denne håndtering af gravide før fødsel:

1. Individuel vurdering af kvinden foretages i en multidisciplinært samarbejde, herunder om fødslen skal fremskyndes for at bedre kvindens tilstand eller fosterets velbefindende. I denne vurdering skal indgå: kvindens tilstand, fosterets tilstand, muligheden for forbedring af tilstanden ved en planlagt forløsning (sectio) og endelig gestationsalderen.
2. Hvis maternel stabilisering er nødvendig før fødsel, skal dette prioriteres før fosteret, ligesom ved andre akutte tilstande f.eks. svær præeklamsi.
3. Hovedprioriteten er altid kvindens velbefindende.

Monitorering af kvinden

1. Med (SAT, BT, P, RF-frekvens), hyppighed afhængigt af kliniske tilstand (iht. RCOG).
2. Røntgen-undersøgelser særligt CT af thorax skal foretages på samme indikationer som for ikke-gravide. Man skal forsøge at afdække abdomen for at beskytte fosteret.
3. Ved påvist trombocytopeni (trombocytter \leq 50) skal evt. magnyl- og anden antitrombotisk behandling seponeres og kvinden skal konfereres med trombose-team.
4. Kvinder med moderat til svær COVID-19 sygdom skal monitoreres på timebasis med væskeskema
 - man skal stile mod neutral væskebalance
 - hvis yderligere væskeindgift synes nødvendig, skal man starte med 250-500 ml. væske og vurdering af evt. væskeretention skal monitoreres.
5. Unge sunde kvinder kan kompensere for forværring af vejrtrækningsfunktionen og er i stand til at bibeholde normal ilt saturation, indtil de pludselig dekomponerer. Derfor er nedenstående opmærksomhedspunkter essentielle.
6. Tegn på dekomponering inkluderer øget iltbehov eller $FiO_2 > 40\%$, respirationsfrekvens $> 30/\text{min}$. trods iltterapi, fald i urinproduktion/akut nyresvigt eller tiltagende sløvhed, på trods af normal ilt saturationen. I så fald skal akut vurdering og tiltag iværksættes.
7. Ved pludselig forværring af symptomer skal lungeemboli eller akut hjertesygdom mistænkes.

8. Ved feber skal anden årsag hertil herunder langvarig vandafgang eller anden årsag end COVID-relateret feber overvejes. Der skal foretages bloddyrkning efter vanlig praksis og med lav tærskel for anvendelse af antibiotika.

Man bør stile efter, at oxygensaturationen er > 94% og titrere oxygensupplement herefter.

Der er rapporter om, at selv ved bedring af tilstanden kan der komme en akut forværring, hvorfor den gravide kvinde bør forblive indlagt til observation i 24-48 timer efter bedring i tilstanden. Ved udskrivelse skal hun informeres om at henvende sig akut ved forværring.

Når kvinden udskrives, skal hun tilses ambulant ca. 14 dage senere mhp. ultralydbaseret vurdering af fostertilvækst, fostervand og flow.

Monitorering af fosteret

1. CTG (fra GA 26-28) eller doptone.
2. Antenatal lungemodnende steroidbehandling skal overvejes ved truende for tidlig fødsel. Ved behov for akut forløsning, bør denne ikke forsinkes til fordel for lungemodning.
3. Ligeledes skal man ved truende præterm fødsel (forventet fødsel indenfor 24 timer i GA 24+0-31+6) overveje behandling for føtal neuroprotektion med magnesium-sulfat. Ved behov for akut forløsning, bør denne så vidt muligt udsættes indtil magnesium sulfat er påbegyndt administreret (se DSOGs vejledning).
4. Hovedprioriteten er altid kvindens velbefindende.

8. Forebyggelse af venøs tromboembolisk sygdom hos gravide, fødende og barslende med COVID-19

Risikoen for VTE under graviditet er i forvejen let øget i forhold til ikke-gravide (Lindqvist P, Dahlbäck B, Maršál K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstet Gynecol.* 1999 Oct;94(4):595–9.), hvorfor alle gravide/barslende bør risikostratificeres løbende, jf retningslinjen "Tromboembolisk sygdom under graviditet og post partum – risikovurdering, profylakse og behandling" ved Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (https://www.dsth.dk/pdf/Rapporter_retningslinjer/03_GRAVID.pdf?e=2589360/7542775). Trombose risikoen under graviditet og efter fødsel ved samtidig COVID-19 infektion er dog stort set ubeskrevet (Ref: Coagulation changes and thromboembolic risk in COVID-19 pregnant patients. PMID: 32437961 May 22, 2020 Benhamou, Dan; Keita, Hawa; Bouthors, Anne Sophie *Anaesth Crit Care Pain Med*). COVID-19 øger formentligt risikoen for VTE hos gravide i lighed med en række andre trombose risici, og regnes derfor for en enkeltstående risikofaktor, når VTE-risikoen hos den enkelte kvinde skal vurderes. Det anbefales derfor at risikostratificere alle gravide/barslende med COVID-19 infektion i henhold til skema 3.

Alle indlagte gravide med samtidig COVID-19-infektion anbefales vægtjusteret tromboseprofylakse med LMH uanset sværhedsgraden af infektionen forudsat der ikke er kontraindikation for LMH f.eks. pga. blødning, eller hvis fødsel skønnes umiddelbart forestående (se skema vedr. tromboseprofylakse og vægtjusterede dosis nedenfor). Tromboseprofylakse seponeres, når kvinden udskrives, hvis der ikke i øvrigt er indikation for at fortsætte trombose-profylakse (se skema 3). For gravide med COVID-19 infektion, der ikke er indlæggelseskrævende, er der ikke indikation for tromboseprofylakse, men mobilisering og god væskebalance anbefales.

For barslende COVID-19-positive kvinder risikostratificeres individuelt efter nedenstående skema (Skema 3). Ved indikation opstartes profylakse med LMH 4 timer efter fødslen forudsat tilladelig blødning (se skema vedr. tromboseprofylakse og vægtjusterede dosis nedenfor).

For gravide eller barslende med svær COVID-19 infektion indlagt i intensivt regi anbefales højdosis LMH under indlæggelsen i lighed med anbefalinger for ikke-gravide.

Skema 3. Risikovurdering for venøs tromboemboli hos gravide og barslende med COVID-19 infektion.

Risikofaktorer	Vurdering af indikation for tromboseprofylakse hos COVID-19 positiv
<p>COVID-19 positiv</p> <p>Tidligere VTE med kendt udløsende årsag</p> <p>Familiær tromboseanamnese (førstegradsslægtning)</p> <p>Kendt trombofili</p> <p>Alder > 35 år</p> <p>Præ-gravid BMI > 30 kg/m²</p> <p>In vitro fertilisationsbehandling</p> <p>Paritet ≥ 3</p> <p>Flerfoldsgraviditet</p> <p>Forløsning ved sectio</p> <p>Fødsel varende over 24 timer</p> <p>Post partum blødning > 1 liter eller blodtransfusion</p> <p>Dehydrering</p> <p>Systemisk infektion</p> <p>Svær præeklampsi</p> <p>Medicinsk grundsygdom (f.eks. behandlingskrævende inflammatorisk tarmsygdom, nefrotisk syndrom, seglcelleanæmi, systemisk lupus erythematosus eller cancer).</p>	<p>Gravide:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LMH under indlæggelse. • Ved ≥4 risikofaktorer: LMH 7 dage efter udskrivelsen <p>Post partum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved 3 risikofaktorer: LMH + kompressionsstrømper 7 dage post partum • Ved ≥ 4 risikofaktorer: LMH + kompressionsstrømper 6 uger post partum

Vægtbaseret dosis ved profylaktisk behandling med LMH ud fra prægravid vægt

< 50 kg	3.500 IE Innohep® dgl/20 mg Klexane® dgl/2.500 IE Fragmin® dgl
50-90 kg	4.500 IE Innohep® dgl/40 mg Klexane® dgl/ 5.000 IE Fragmin® dgl
91-130 kg	8.000 IE Innohep® dgl/60 mg Klexane® dgl/ 7.500 IE Fragmin® dgl
131-170 kg	10.000 IE Innohep® dgl/80 mg Klexane® dgl/ 10.000 IE Fragmin® dgl

9. Svangrekontrol (jordemoder, egen læge, obstetrisk konsultation) hos gravid COVID-19 syg/mistanke herom

For at begrænse smitterisikoen på hospitalet anbefales det, at den gravide kommer alene til nedenstående undersøgelser, med mindre andet i særlige tilfælde er aftalt med fødestedet.

Screeningsundersøgelser

Det skal ved alle screeningsundersøgelser (1. og 2. trimester-ultralyd-screening, OGTT, ol.) vurderes, om denne kan udsættes mhp. afklaring af COVID-19-smitte.

Såfremt tiden ikke kan udsætte, anbefales det, at kvinden ses som den sidste på programmet.

En mere detaljeret planlægning af disse kontroller foretages lokalt/regionalt.

Rutine jordemoderkonsultationer, egen læge

Det anbefales, at disse primært foretages som telefonkonsultation eller udskydes til 48 timer efter sygdom. Dog skal det sikres, at der løbende foretages kontrol af blodtryk, fostertilvækst (klinisk fosterskøn, SF-mål) og urinundersøgelse. En mere detaljeret planlægning af disse kontroller foretages lokalt/regionalt.

COVID-19 pandemien påvirker generelt det mentale helbred, men der er tiltagende evidens for, at det blandt gravide kvinder kan være endnu mere udtalt, at de oplever angst og andre mentale helbredsproblemer som følge af COVID-19 pandemien (referencer, RCOG, nr. 49, 50). Jordemødre og læger bør have dette for øje under svangrekonsultationerne.

Særligt obstetrisk syge ol./ikke rutine konsultationer

Konsultationer ved jordemoder, føtalmedicinere eller obstetriker håndteres efter individuel vurdering. I flere tilfælde kan dette gøres ved telefonkonsultation.

En mere detaljeret planlægning af disse kontroller foretages lokalt/regionalt.

Antenatal kontrol efter COVID-19 sygdom

Der er på nuværende tidspunkt begrænset viden om mulige påvirkninger af fosteret.

Gravide kvinder som er raske efter COVID-19 uden eller med milde eller moderate symptomer, som ikke har krævet indlæggelse, skal følge de vanlige svangrekonsultationer.

For gravide kvinder, der er kommet sig efter svær eller kritisk COVID-19, som krævede indlæggelse skal den fremtidige svangrekontrol koordineres med obstetriker, herunder skal hun ca. 14 dage efter sygdomsophør monitoreres med tilvækstskanning inkl. fostervand- og flow-måling med mindre der allerede er planlagt tidligere skanning af anden årsag (f.eks. føtal vækstretardering).

10. Vaginal fødsel

Alle kvinder anbefales så tidligt som muligt i fødselsforløbet testet for SARS-CoV-2, dvs. optimalt i latensfasen.

Sted for testning aftales lokalt, men såfremt moderate/svære COVID-19 symptomer skal patienten vurderes på fødeafdelingen.

Såfremt milde COVID-19 symptomer kan kvinden derefter være hjemme i latensfasen.

Såfremt partner er COVID-19-syg (testet eller ved symptomer) må denne ikke komme på hospitalet.

Kvinden og dennes partner/pårørende kan jævnfør SST's retningslinje fjerne masken efter ankomst på isolationsstuen.

Overvejelser ved fødsel for asymptomatiske kvinder testet positiv for SARS-CoV-2

Kvinden anbefales fødsel på hospital.

Der er på nuværende tidspunkt ingen evidens for, at kvinder uden symptomer på COVID-19 men testet positiv for SARS-CoV-2 har øget risiko for føtal påvirkning. Ved ankomst anbefales det ikke at anvende rutinemæssige monitorering af fosteret med CTG, medmindre det er indiceret af anden årsag.

Overvejelser ved fødsel hos kvinder med mistænk/påvist COVID-19 og symptomer herpå.

Kvinden anbefales fødsel på hospital på en fødeafdeling.

Ved ankomst skal kvinden og fosteret monitoreres, inklusiv vurdering ved obstetrisk bagvagt af graden af COVID-19.

Kvinden med symptomer på COVID-19 konfereres herefter i et multidisciplinært team (obstetrisk -, anæstesiologisk -, pædiatrisk bagvagt, samt ansvarshavende jordemoder i forhold til videre håndtering.

For øvrige tiltag se kapitel 7.

Rent fagligt håndteres fødslen som vanligt. Der anbefales dog kontinuerligt CTG ved symptomatisk COVID-19 (uanset feberstatus), da der er påvist føtal påvirkning under fødsel hos kvinder med COVID-19.

Der er ikke evidens for at anbefale sectio.

Fødende med påvist eller mistanke om COVID-19 anbefales tidlig anlæggelse af fødeepidural for at minimere risikoen for at skulle håndtere luftveje, såfremt der skal udføres operative procedure.

Afvigelse herfra bør bero på en individuel vurdering ved obstetrisk bagvagt. For yderligere information vedrørende anæstesi, se nedenfor.

Der anbefales vanlig håndtering ved feber under fødsel og vandafgang.

Anvendelse af badekar anbefales ikke, da virus kan forekomme i fæces. Samtidigt er det ikke muligt for personale at anvende relevant beskyttelse.

Så vidt muligt lægges barnet først på mors bryst, når mors hænder, arme, bryst og mave er afvasket med vand og sæbe. Der anbefales fortsat sen afnavling, hvis ikke andet er indiceret.

I forbindelse med fødsel og efterfølgende barselsophold anbefales det, for at mindske risiko for smittespredning, at der maksimalt er 2 pårørende, inkl. partner og at det er de samme 2 pårørende under hele opholdet. Der henvises til de lokale retningslinjer.

Overvejelser ved fødsel hos kvinder med overstået COVID-19

For kvinder, som er blevet raske efter COVID-19 uden behov for indlæggelse og som har været i isolation efter dette, kan den tidligere plan for fødsel fastholdes.

For kvinder, som er blevet raske efter svær eller kritisk COVID-19 med behov for indlæggelse, planlægges fødslen ud fra vurdering af fosterets tilvækst og kvindens øvrige ønsker.

Overvågning under fødsel efter overstået infektion under ovenstående vilkår må bero på en vurdering, idet der er sparsom evidens vedr. påvirkning af fosteret ifht. COVID-19, vækstretardering og tidligere viral lungeinfektion.

Fødselsanalgesi og anæstesi til kvinder med erkendt eller mistænkt COVID-19

Det tilstræbes at håndtere så meget som muligt i rolig fase som forberedelse til en eventuel akut situation, hvor både tid til handling og fokus på sikkerhed vil vanskeliggøres af isolationsprocedurer og personlige værnemidler.

Alle fødende med erkendt eller mistænkt COVID-19:

- Isoleres efter gældende retningslinjer og personlige værnemidler bæres ved al kontakt også selvom det forsinker en akut situation.
- Anæstesiologisk bagvagt orienteres om alle fødende med erkendt eller mistænkt COVID-19.
- Blodprøver allerede ved indlæggelsen kan overvejes for at være på forkant med en eventuel akut situation. Fx BAS-test, trombocytter, INR og hgb.
- Vedrørende koagulationstal: Det skønnes ikke nødvendigt at kontrollere koagulationsfaktorer og trombocytter før anlæggelse af neuroaxial blokade (1,2) med mindre der mistænkes svær organpåvirkning (3).

Tidlig Fødepidural:

- Fødende med mistænkt eller bekræftet COVID19 anbefales tidlig anlæggelse af epiduralkateter, og evt. afvigelse herfra bør bero på individuel vurdering ved obstetriker.
- I samarbejde med jordemødre evalueres løbende om den anlagte fødepidural fungerer sufficient.
- Indikation: For at mindske behov for generel anæstesi og luftvejshåndtering i tilfælde af akut sectio.
- Kontraindikation: Neuroaksial blokade til patienter med COVID-19 anses for sikker når vanlige kontraindikationer for neuroaksial blokade overholdes.

Ved akut/elektivt sectio:

Opsprøjtning af fødepidural eller spinal anæstesi er første valg.

Ved behov for generel anæstesi følges vanlige retningslinjer for anæstesi til sectio suppleret med retningslinjer for luftvejshåndtering for COVID-19 patienter.

Der er kun få data tilgængeligt angående gravide smittet med Coronavirus. Ovenstående er baseret på den nuværende tilgængelige viden og vil blive opdateret løbende.

11. Planlagt hjemmefødsel

Hjemmefødsel skal ikke foregå i hjem, hvor der er mistanke om eller bekræftet smitte hos den gravide eller partner/andre i husstanden. Dette med henblik på at sikre jordemoderen mod smitte i hjemmet, og samtidig sikre tilstrækkelige jordemoderfaglige ressourcer i sundhedsvæsenet. Retten til at få stillet en regional jordemoder tilstede ved hjemmefødsel kan fraviges ved højt smittetryk for at sikre tilstrækkelige jordemoderfaglige ressourcer i sundhedsvæsenet.

Ved overflytning til fødsel på sygehus håndteres fødslen efter retningslinjer for fødsel på sygehus.

12. Kirurgisk intervention inkl. sectio (akut/elektivt)

Alle kirurgiske procedure på COVID-19 positive patienter skal så vidt muligt planlægges, så de håndteres som de sidste på en operationsliste.

Akut sectio

Anæstesen og neonatolog skal orienteres, såfremt der på fødegangen er en kvinde eller partner med påvist SARS-COV-2.

Ved melding af akut sectio skal der straks gøres opmærksom på, at kvinden er COVID-19 positiv. Tidsrammerne for "Akut sectio grad 1 og 2" skal tilstræbes overholdt, dog skal håndtering af værnemidler for personalet prioriteres.

Personalet på OP-stuen iføres værnemidler: af særlig betydning for anæstesipersonale. Se kapitel 3.

Vær **opmærksom** på at med disse værnemidler kan kommunikationen i en akut situation være vanskelig.

Elektivt sectio

Forundersøgelse organiseres ihht. det enkelte fødesteds retningslinjer, men nedenstående kan anbefales:

- Forundersøgelser til elektive sectioner foretages om muligt per telefon
- Kvinden vurderes af anæstesen på dagen for sectio.

Sectio på SARS-COV-2 positiv patient foretages om muligt som sidste operation på stuen. Personalet iføres værnemidler, se kap. 3.

13. Testning af det nyfødte barn af COVID-19-syge mor

Det raske nyfødte barn skal IKKE testes efter fødsel. Det syge nyfødte barn testes kun for COVID-19, såfremt det har symptomer – dette afgøres af børnelæger.

14. Efter fødsel – nyfødt barn og kvinde på fødestue/barsel

Det raske nyfødte barn og mor med påvist/mistænkt COVID-19 infektion ved fødsel
Der er ikke stærke holdepunkter for at COVID-19 smitter transplacentært, men dråbesmitte fra mor til ellers raskt nyfødt barn efter fødsel er en mulighed. Se kapitel 2.

Hvis barnet smittes er der ikke på nuværende tidspunkt dokumentation for, at barnet får alvorlig sygdom.

Et barn, som har opholdt sig sammen med COVID-19 syg mor efter fødsel, må betragtes som smittebærer, uanset om barnet har symptomer eller ej.

Familien bliver sammen med det nyfødte barn, også ved COVID-19-positive mor. Kvinden og partner/anden pårørende skal bære mundbind for at beskytte det nyfødte barn.

Der er ikke indikation for at adskille klinisk raske nyfødte fra deres forældre efter fødsel. Der er imidlertid en række negative effekter (herunder indflydelse på amning og tilknytning) af adskillelse.

Smittebegrænsende tiltag: mundbind til forældre, god håndhygiejne, afvask af brystet før amning eller anden hud-til-hud-kontakt (sæbe og vand) bør imidlertid iværksættes for at reducere risikoen for smitte af barnet. Disse overvejelser er i tråd med britiske og norske anbefalinger.

Ambulant fødsel: Rask nyfødt barn, hvor mor har født ukompliceret og ikke har behov for indlæggelse pga. COVID-19-infektion

Det raske nyfødte barn isoleres på fødestuen sammen med mor efter fødsel. Barnet vurderes af jordemoder, som kan udskrive familien efter gældende retningslinjer og med nedenstående information.

For kvinden skal der tages stilling til evt tromboseprofylakse – se kapitel 8.

Det tilstræbes, at familien udskrives til ambulant fødsel.

Smittebegrænsende tiltag: se ovenfor.

Familien informeres både mundtligt og skriftligt om forholdsregler vedr. observation af det nyfødte barn. Vejledningen 'Nyfødt barn af forældre med COVID-19' (del af informationspakken) gives til forældrene (Bilag D). Vejledningen indeholder punkter, som forældrene kan bruge i forbindelse med observationen af deres barn.

Der udleveres telefonnummer vedr. spørgsmål til barnets helbred ved hjemsendelse. Denne henvendelse kan resultere i akut undersøgelse på sygehuset, også selvom barnet kun har diskrete symptomer. Der kan evt. benyttes Skype eller videokonsultation.

Hele familien opfordres til smittebegrænsende tiltag hjemme.

Indlæggelse: Rask nyfødt barn, hvor mor har behov for indlæggelse af obstetriske årsager (ikke COVID-19 relateret indlæggelse)

Familien isoleres på fødestuen/barselsstue efter fødsel. Forholdsregler ifht. partner se nedenfor.

For kvinden skal der tages stilling til evt tromboseprofylakse – se kapitel 8.

Smittebegrænsende tiltag: se ovenfor og organiseres i øvrigt ihht. lokale forhold.

Håndteres i øvrigt svt. gældende obstetriske retningslinjer.

Indlæggelse: Rask nyfødt barn, hvor mor er syg med COVID-19, og har behov for sygehusindlæggelse grundet COVID-19

Kvinden håndteres ihht. gældende lokale retningslinjer. Det videre barselsforløb vil være afhængigt af kvindens tilstand, og det må bero på lokale forhold, hvorvidt kvinden skal forblive indlagt på barselsgang eller overflyttes til anden afdeling.

For kvinden skal der tages stilling til evt tromboseprofylakse – se kapitel 8.

Barnet kan isoleres sammen med mor og partner (hvis muligt), eller kan være hjemme med partner.

Partner skal betragtes som smittebærere og isoleres, hvis medindlagt med COVID-19 positiv mor og barn, og skal opfordres til smittebegrænsende tiltag (se ovenfor).

Amning hos mødre med COVID-19 infektion

Der er ikke påvist SARS-CoV-2 i brystmælk fra mødre med påvist infektion på fødselstidspunktet.

Det findes ingen holdepunkter for at COVID-19 smitter via modermælk. Mødre som er isoleret sammen med et raskt nyfødt barn, kan amme, men skal anvende mundbind, god håndhygiejne, vask af brystet med sæbe og vand før amning.

Syge nyfødte og for tidligt fødte børn kan ernæres med modermælk fra brystpumpe i henhold til afdelingens rutiner. God hygiejne, som vanligt ved håndtering af udstyr er essentielt.

15. Udskrivelse: Rask nyfødt, hvor familiemedlem er påvist/mistænkt COVID-19-positiv

Ud fra et forsigtighedsprincip anbefales det, at partner eller anden i husstanden med symptomer på - eller bekræftet COVID-19 holder sig adskilt fra barnet indtil 48 timer efter ophør af symptomer på COVID-19. Dette er dog ikke anbefalingen, hvis partneren er den primære tilknytningsperson (f.eks. hvis moderen er intensivt syg og ikke kan være hos barnet).

Familien informeres både mundtligt og skriftligt af jordemoder om forholdsregler vedr. observation af det nyfødte barn. Vejledningen 'Nyfødt barn af forældre med COVID-19' (del af informationspakken) gives til forældrene ved udskrivelse (Bilag D). Vejledningen indeholder punkter, som forældrene kan bruge i forbindelse med observationen af deres barn.

Alle familier med nyfødte børn af COVID-19 positiv mor tilbydes mulighed for direkte telefonisk henvendelse til fødestedet de første 3 uger efter udskrivelsen, også selvom barnet kun har diskrete symptomer; herunder manglende suttelyst, slaphed, hurtig, udsættende eller besværet vejrtrækning, hoste, feber eller hypotermi, tiltagende gylpetendens eller tegn til forkølelse.

Organisationen heraf aftales lokalt med fødestedets neonatolog.

Hvis barnet skal vurderes klinisk, følges sygehusets rutiner mhp. mødested, så risiko for smittespredning på sygehuset begrænses.

Der skal være lav tærskel for at tage virusprøver på symptomatisk nyfødte, men podning af asymptomatiske børn anbefales ikke. Ved indlæggelse af nyfødte fra hjemmet med syg mor eller

partner skal barnet (uafhængig af symptombillede) opfattes som smittet (indtil afklaret) og isoleres med forældre.

16. Efter fødsel: Samvær mellem nyfødt barn indlagt på neonatalafdelingen og forældre med eller mistænkt for COVID-19

Der foreligger for nuværende ikke viden om, at syge nyfødte og for tidligt fødte børn kan udvikle alvorlig COVID-19-sygdom. Imidlertid kan det ikke udelukkes, at syge nyfødte og for tidligt fødte børn med behov for respirationsstøtte eller intensiv behandling er særligt følsomme, som det ses ved andre virale luftvejs sygdomme. For at sikre andre indlagte nyfødte på neonatalafdelingen god beskyttelse mod postnatal smitte, bør nyfødte med SARS-CoV-2 positiv mor indlægges på et særskilt afsnit eller isolationsstue, der er skærmet fra resten af neonatalafdelingen.

Nyfødte, som indlægges på neonatalafdelingen holdes, så vidt muligt, adskilt fra mor med svære symptomer dvs. COVID-19 sygdom, hvor mor er så syg, at hun ikke kan tage vare på sig selv eller sit barn, eller ikke vurderes til at være i stand til at begrænse smittespredning ved hjælp af maske. I denne periode kan en partner tage rollen som omsorgsperson for barnet.

Alle andre SARS-CoV-2 positive mødre kan være isoleret med deres barn, hvis de følger den lokale afdelings anvisninger. Dette med henblik på at undgå smitte af personale, beskytte barnet mod yderligere eksponering, men også for at de andre indlagte børn undgår smitte. Hvis mor er bekræftet SARS-CoV-2 positiv, er partner og søskende at betragte som smittefarlige.

Alle retningslinjerne knyttet til kontakt mellem forældre og barn kan fraviges efter skøn ved livstruende sygdom hos enten mor eller barn, eller hvis der gælder andre særlige forhold.

Denne retningslinje er baseret på tilgængelig information pr. 2. april 2020. SST følger området tæt i samarbejde med relevante faglige eksperter, og retningslinjen vil blive opdateret ved behov.

17. Sammenfatning vedr. partner/pårørende i samme husstand

Nedenstående gælder alle gravide/fødende og deres partner.

Antallet af pårørende på hospital skal begrænses for at mindske risiko for smittespredning, dette gælder også for gravide og fødende. Der henvises til de lokale retningslinjer.

Såfremt partner eller andre i samme husstand er testet SARS-COV-2-positiv og ikke har været symptomfri i mere end 48 timer må denne ikke komme på hospitalet. Efter fødslen anbefales det ligeledes, for at mindske risiko for smittespredning, at der maksimalt må komme 2 pårørende, inkl. partner og at det er de samme 2 pårørende. Der henvises til de lokale retningslinjer. Partner testes ikke for SARS-COV-2 ifbm. fødsel.

Hvis kvinden er bekræftet SARS-COV-2-positiv er partner og søskende at betragte som smittebærere, disse anbefales derfor testet ihht. SST's retningslinjer vedrørende smitteopsporing af nære kontakter.

Såfremt partner ikke er COVID-19 syg eller mistanke herom, må denne være medindlagt under barsel. Partner må iagttage relevante smittebegrænsende tiltag, og har forpligtigelse til at udvise en skærpet opmærksomhed på symptomer.

18. Kodning

Nedenstående diagnoser anvendes ved mistanke om/påvist COVID-19:

DZ038PA1 "Observation pga. mistanke om COVID-19-infektion".
DB342A "COVID-19-infektion uden angivelse af lokalisation". Ved positiv test.

Husk ved påvist COVID-19 infektion også at registrere bi-diagnosen:

DO985 " Anden viral sygdom som komplicerer graviditet, fødsel eller barselsperiode".

19. Referencer

- Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet, <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Retningslinjer-for-haandtering-af-COVID-19>, opdateres løbende, seneste opdateret 9. juni 2020
- Håndtering af COVID-19: Anbefalinger til personer i øget risiko <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Haandtering-af-COVID-19-Anbefalinger-til-personer-i-oeget-risiko> (opdateret den 25.5.2020)
- <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-06-18-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy, RCOG, 19. June 2020
- Knight, M et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in the UK: national population based cohort study. BMJ 2020;369:m2107 <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2107.full.pdf>
- Collin, J et al. Pregnant and postpartum women with SARS-CoV-2 infection in intensive care in Sweden. AOGS. doi:10.1111/aogs.13901 <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.13901>
- <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/uog.22013> ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals
- <https://ripe-tomato.org/2020/03/22/covid-19-in-pregnancy/>
- Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. AJOG MFM, 2020.
- <https://hygiejne.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/retningslinjer/nir/nir-generelle.pdf?la=da>
- <https://dsth.dk/pdf/COVID-19-retningslinje-web.pdf>
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32440660/?from_single_result=PMID%3A+32440660&expanded_search_query=PMID%3A+32440660

- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32439389/?from_single_result=PMID%3A+32439389&expanded_search_query=PMID%3A+32439389
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437961/?from_single_result=PMID%3A+32437961&expanded_search_query=PMID%3A+32437961
- <https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer/infektionshygiejniske-retningslinjer-for-covid-19> (inkl. div. videoer ol. vedrørende værnemidler og korrekt håndtering af disse).
- <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Retningslinjer-for-haandtering-af-COVID-19>
- COVID-19: Smitteopsporing af nære kontakter, <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/COVID-19-Smitteopsporing-af-naere-kontakter>, senest opdateret 16. juni
- Håndtering af COVID-19: Retningslinjer for brug af værnemidler og øvrige tiltag mod smittespredning i sundheds- og ældresektoren og i indsatser for socialt udsatte mv. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Haandtering-af-COVID-19/Haandtering-af-COVID-19---Retningslinjer-for-brug-af-vaernemidler-mv.ashx?la=da&hash=24EE0B3567A766DD8B7109D83319D918ADF25960> Opdateret 23.4.2020
- <https://www.sst.dk/da/corona/FAQ> Spørgsmål og svar om ny coronavirus og COVID-19 15.5.2020
- Cochrane Pregnancy and Childbirth. COVID-19 review of national clinical practice guidelines for key questions relating to the care of pregnant women and their babies: <https://pregnancy.cochrane.org/news/covid-19-review-national-clinical-practice-guidelines-key-questions-relating-care-pregnant>

20. Bilag

- Bilag A** Spørgeguide vedr. COVID-19 telefonisk visitation i graviditet og fødsel – version 7
- Bilag B** Udgår
- Bilag C** Håndtering ved ankomst, påvist eller mistanke herom COVID-19 gravid, fødsel – version 7
- Bilag D** Generel vejledning til forældre vedr nyfødt barn i familie med påvist eller mistænkt COVID-19 infektion – version 4
- Bilag E** Vejledning om håndtering af hjemmefødsler ifbm COVID-19
- Bilag E** COVID-19 i graviditet. Rapport med danske tal 1.3.-30.4.2020. Version 1.

Arbejdsgruppen har med inspiration fra England udarbejdet en række Q&A, der vil blive opdateret og vedligeholdt af SST på: <https://www.sst.dk/corona/faq#corona-faq-gravide>

21. Diverse revisioner

Version	Dato	Opsummering af ændringer
0	23.3.2020	
1	25.3.20	<p>Kap. 3. Tilføjelse vedr. generelle anbefalinger af brug af værnemidler ved fødsel.</p> <p>Kap. 5. Ændring i skema, undertekst oa.</p> <p>Kap. 6. Vedr. test af gravide og fødende ifht. symptomer på COVID-19</p> <p>Kap. 9. Alle kvinder med COVID-symptomer v. fødsel skal vurderes klinisk, således ikke afvente latensfase i hjemmet.</p> <p>Kap. 10. Planlagt hjemmefødsel – ihht. SST's retningslinje.</p>
2	29.3.20	<p>Layoutmæssig redigering</p> <p>Kap. 2. Præcisering af tekst vedr. ét tilfælde af vertikal transmission Præcisering af tekst vedr. asymptomatiske smittebærere og mulig virkning på fosteret</p> <p>Kap. 4. Tilføjet forhold vedrørende rygning</p> <p>Kap. 7. Præcisering af behandling og observationspunkter i graviditet og under fødslen for gravide med moderate/svære symptomer</p> <p>Kap. 8. Gravide kvinder, som har været indlagt grundet COVID-19 infektion, skal tilbydes tilvækstscanning</p>
3	14.4.2020	<p>Kap. 2. Opdateret ifht. nyeste viden om sygdomsprofil, samt risiko for trombose.</p> <p>Kap. 3. Vedrørende værnemidler ifbm. sectio oa. procedure.</p> <p>Kap. 4. Vigtigheden af ved rutinekontroller at monitorere BT, fostertilvækst og urin præciseres.</p> <p>Kap. 5. Præcisering af tabel og opdeling i gravid/fødende og partner.</p> <p>Kap. 6 Gravide, hvor fosteret har misdannelser, som giver anledning til TORCH-prøver, hvor fosteret er konstateret død efter normal 1. trimesterskanning eller foetus mortus senere i graviditeten skal testes for SARS-CoV-19. Partner med milde symptomer kan via egen læge blive henvist til test for COVID-19.</p> <p>Kap. 7. Covid-19 gravide skal ikke bære mundbind under fødslen, såfremt personalet bærer værnemidler.</p> <p>Kap. 7-9-13 Afsnit om antitrombotisk behandling ifbm. Indlæggelse, fødsel og barsel.</p>

		<p>Kap. 15. Præcisering af afsnit vedr. mor med bekræftet COVID-19 og barn indlagt på neonatalafdelingen.</p>
4	29.4.2020	<p>Kap. 2. Opdateret ifht. nyeste viden om forekomst og sygdomsprofil, herunder danske tal.</p> <p>Kap. 3. Præcisering af generelle forholdsregler ifht smittespredning, samt håndtering ifht. nyeste retningslinje fra SST.</p> <p>Kap. 5. Skemaer er opdaterede ihht. SSTs retningslinjer.</p> <p>Kap. 6. Præcisering af at alle gravide som indlægges mere end 24 timer, samt alle fødende skal testes for SARS-CoV-2 (test-svar <48 t. gammelt kan anvendes).</p> <p>Afsnit om test for SARS-Cov-2 af gravide med senabort, foetus mortus og/eller særlige CNS-relaterede misdannelse er taget bort. Selskaberne diskuterer i øjeblikket håndteringen ifht. fund af særlige misdannelser. Ved indlæggelse ifbm. senabort eller foetus mortus testes kvinden ihht. ovenstående.</p> <p>Kap. 9. Ændring således, at kvinden ikke skal bære maske under fødsel</p> <p>Kap. 17. DSOGs anbefalede diagnosekoder for mistænkt/bekræftet COVID-sygdom og graviditet/fødsel.</p>
5	19. maj 2020	<p>Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase har medvirket til denne revision og bidraget med kapitel 8 omkring risiko for tromboembolisk sygdom.</p> <p>Kap. 2. Afsnit om evidensgradering. Opdateret ifht. nyeste viden om forekomst og sygdomsprofil for både den gravide og fosteret/nyfødte, herunder nu med danske, svenske og britiske data på gravide med COVID-19.</p> <p>Kap. 4. Afsnit om omplacering af gravide medarbejdere i sundheds-, ældre og plejesektoren, samt gravide medarbejdere i dagtilbud 0-6 år.</p> <p>Kap. 5. Alle personer kan nu tilmelde sig test for SARS-CoV-2 uanset symptomer eller ej.</p> <p>Kap. 5. Såfremt personale har håndteret en patient med positivt testresultat, tilrådes det, at personale, der har været i direkte kontakt med kvinden uden anvendelse af de anbefalede værnemidler, testes for SARS-COV-2 på dag 6 og 8. Personalet sygemeldes indtil svar på disse tests.</p> <p>Kap. 7. Opdateret ifht nyeste viden om sygdom, herunder fokus på</p>

		<p>monitorering, risiko for forværring pga lungeemboli eller hjertesvigt, samt fokus på anti-trombotisk behandling.</p> <p>Kap. 8. Nyt kapitel om forebyggelse af tromboembolisk sygdom for gravide, fødende og barslende kvinder med COVID-19.</p> <p>Kap. 10. Ændret anbefaling ifh. Fødeepidural for fødende kvinder med påvist eller mistanke om COVID-19 sygdom.</p> <p>Kap. 14. Opdateret ifht. anbefalede behandling af alle med COVID-19 sygdom og antitrombotisk behandling.</p> <p>Kap. 19. Opdateret ifht. nyeste referencer.</p> <p>Kap. 20. Bilag A-C opdateret ifht. mulighed for test af alle borgere uanset symptomer. Bilag E. Vejledning om håndtering af hjemmefødsler under COVID-19 epidemien Bilag F. Rapport COVID-19 i Graviditet Rapport for perioden 1.marts – 30. april 2020</p> <p>Kap. 21. Oversigt over alle revisioner siden første udgave d. 23.3.2020.</p>
29.5.2020	Version 6	Korrektioner således at der i denne kliniske vejledning kun er anført sundhedsfaglige anbefalinger ifht. teststrategi.