



Dansk Jordemoderfagligt Selskab

# Klinisk vejledning om håndtering af COVID-19-smittede gravide og fødende kvinder, deres partner og det nyfødte barn

(Marts 2021, version 9)

Nedenstående dokument er udarbejdet til de danske fødeafdelinger af medlemmer fra Jordemoderforeningen, Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) og Dansk Selskab for obstetrik og Gynækologi (DSOG). Dokumentet er et klinisk supplement til Sundhedsstyrelsen (SST) generelle retningslinjer "Retningslinje håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet" (5.2.2021) (<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Retningslinjer-for-haandtering-af-COVID-19>).

Denne vejledning vil løbende blive opdateret, aktuelle opdateringer fremgår i afsnit 1.0, tidligere opdateringer fremgår af bilagsdelen sidst i dokumentet.

## Forfattere:

Jordemoderforeningen, Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) og DSOG har i oktober 2020 udpeget en guidelinegruppe, som fremadrettet og løbende vil gennemgå den foreliggende evidens og div. retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen (SST):

Anne-Mette Schroll (Jordemoderforeningen, ph.d., tovholder)

Hanne Brix Westergaard (DSOG, overlæge, ph.d., Hillerød Hospital. Tovholder)

Rikke Bek Helmig (DSOG, overlæge, ph.d., Aarhus Universitetshospital, Skejby)

Lone Krebs (DSOG, professor, overlæge, Hvidovre Hospital)

Anna Aabakke (DSOG, afdelingslæge, ph.d., Holbæk Sygehus)

Mette G. Backhausen (DJS, jordemoder, ph.d., Sjællands Universitetshospital).

Stinne Høgh (DJS, forskningsjordemoder, Rigshospitalet)

## Dokumentet er udarbejdet i samarbejde med følgende specialer / subspecialer:

- Neonatologi: Tine Brink Henriksen, Århus Universitetshospital, Pia Sønderby Christensen Ålborg Universitetshospital, Gitte Zachariassen Odense Universitetshospital og Morten Breindahl Rigshospitalet.
- Anæstesi: Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv medicin (DASAIM) har ligeledes suppleret med vejledning ift. håndtering ved anæstesi. Kontaktperson Patricia Duch, Hillerød Hospital.
- Dansk Føtalmedicinsk Selskab.
- Dansk Selskab for trombose og hæmostase: Overlæge Anita Sylvest Andersen, Herlev Hospital.
- Infektionsmedicin: Afsnittet omkring behandling af svær COVID-19 har været i review hos overlæge Ann-Brit Eg Hansen, Infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre Hospital.
- Endokrinologi: Vedrørende D-vitamins rolle i forhold til COVID-19 har vi søgt rådgivning hos overlæge, dr.med. Peter Schwartz, Endokrinologisk afdeling, Rigshospitalet.
- Dansk Fertilitetsselskab: Overlæge og professor Ulla Breth Knudsen, Regionshospitalet Horsens.

## Kontakt vedr. dokumentet bedes venligst stilet til tovholdere:

- Anne-Mette Schroll ([AMSc@jordemoderforeningen.dk](mailto:AMSc@jordemoderforeningen.dk))
- Hanne Brix Westergaard ([hbw@dadlnet.dk](mailto:hbw@dadlnet.dk))

## Indhold

<b>1. Opdateringer</b> .....	<b>5</b>
<b>Definitioner og forkortelser</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Baggrund</b> .....	<b>7</b>
Virus .....	7
Epidemiologi .....	7
Transmission .....	8
COVID-19 hos gravide kvinder .....	8
Virkning på fosteret og nyfødte .....	14
Konklusion.....	15
<b>3. Vaccination af gravide og ammende kvinder</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Generelle råd til gravide kvinder fra sundhedsmyndighederne</b> .....	<b>19</b>
Overordnede råd.....	19
Råd vedrørende social kontakt og selv-isolation .....	19
Råd vedrørende rutinekontroller i graviditeten.....	19

Omplacering af gravide medarbejdere i sundheds-, social- og ældresektoren samt gravide medarbejdere i dagtilbud 0-6 år .....	20
<b>5. Henvendelse i graviditet/fødsel/barsel for kvinder med påvist eller mistænkt COVID-19 .....</b>	<b>20</b>
Fremgangsmåde.....	21
Anbefalinger for gravide, fødende og barslende kvinder, samt deres partner med mistænkt eller påvist COVID-19 .....	21
Tabel 2. Anbefalinger ift. gravide/fødende og COVID-19 .....	21
<b>6. Hvem skal testes for COVID-19 og hvorledes skal de isoleres? .....</b>	<b>22</b>
<b>Den gravide kvinde</b> .....	23
<b>Den fødende kvinde</b> .....	23
Den asymptomatiske gravide eller fødende med tidligere påvist COVID-19.....	24
Den gravide eller fødende kvinde med tidligere påvist COVID-19, nu aftagende eller ingen symptomer. ....	24
<b>7. Behandling af gravid, fødende eller barslende kvinder med moderate/svære symptomer på mistænkt eller bekræftet COVID-19 .....</b>	<b>25</b>
Monitorering af kvinden med moderat/svære symptomer .....	25
Håndtering under fødslen hos fødende med COVID-19 symptomer (jf. også kap. 10): .....	29
<b>8. Forebyggelse af venøs tromboembolisk sygdom hos gravide, fødende og barslende med COVID-19 .....</b>	<b>30</b>
Gravide i selvisolation eller med asymptomatisk ny coronavirus infektion, eller mild/moderat COVID-19 .....	31
Indlagte gravide kvinder, der er positive for ny coronavirus .....	31
Barslende kvinder med COVID-19.....	31
Gravide og barslende med svær COVID-19.....	31
Gravide og barslende med COVID-19 med forværring eller uden bedring af symptomer .....	31
<b>9. Svangrekontrol (jordemoder, egen læge, obstetrisk konsultation) hos gravid COVID-19 syg/mistanke herom .</b>	<b>33</b>
Screeningsundersøgelser .....	33
Rutine jordemoderkonsultationer og undersøgelser ved egen læge .....	33
Særligt obstetrisk syge (ikke rutine konsultationer) .....	33
Antenatal kontrol efter COVID-19 sygdom .....	34
<b>10. Vaginal fødsel.....</b>	<b>34</b>
Fødsel for kvinder testet positiv for ny coronavirus med uden symptomer .....	34
Overvejelser ved fødsel hos kvinder med mistænkt/påvist COVID-19 og symptomer herpå. ....	35
Fødsel hos kvinder med overstået COVID-19 .....	35
Fødselsanalgesi og anæstesi til kvinder med erkendt eller mistænkt COVID-19.....	36
<b>11. Planlagt hjemmefødsel.....</b>	<b>37</b>
<b>12. Kirurgisk intervention inkl. sectio (akut/elektivt) .....</b>	<b>37</b>
Akut sectio .....	37
Elektivt sectio .....	38

<b>13. Testning af det nyfødte barn af COVID-19-syge mor.....</b>	<b>38</b>
<b>14. Efter fødsel – nyfødt barn og kvinde på fødestue/barsel.....</b>	<b>38</b>
Det raske nyfødte barn og mor med påvist/mistænkt COVID-19 infektion ved fødsel .....	38
Ambulant fødsel: Rask nyfødt barn, hvor mor har født ukompliceret og <i>ikke har behov</i> for indlæggelse pga. COVID-19-infektion .....	38
Indlæggelse: Rask nyfødt barn, hvor mor er smittet med ny coronavirus men kun har behov for indlæggelse af obstetriske årsager (ikke COVID-19 relateret indlæggelse) .....	39
Indlæggelse: Rask nyfødt barn, hvor mor er syg med COVID-19, og har behov for sygehusindlæggelse grundet COVID-19.....	39
Amning hos mødre med COVID-19 infektion.....	39
<b>15. Udskrivelse: Rask nyfødt, hvor familiemedlem er påvist/mistænkt COVID-19-positiv .....</b>	<b>40</b>
<b>16. Efter fødsel: Samvær mellem nyfødt barn indlagt på neonatal-afdelingen og forældre med eller mistænkt for COVID-19 .....</b>	<b>41</b>
<b>17. Kodning .....</b>	<b>41</b>
<b>18. Referencer.....</b>	<b>42</b>
<b>19. Bilag .....</b>	<b>47</b>
<b>20. Diverse revisioner.....</b>	<b>48</b>

## 1. Opdateringer

Version	Dato	Opsummering af ændringer
1-8		<b>For tidligere opdateringer se kap 20.</b>
9		<p><b>Kap. 2. Baggrund:</b> Opdateret med nyeste evidens, herunder danske data.</p> <p><b>Kap. 3.</b> Udeladt "Hygiejniske overvejelser og værnemidler for personale".</p> <p><b>Nyt Kap. 3. Vaccination:</b> Rådgivning ifht. vaccination af gravide og ammende, herunder anbefaling ifht. vaccination af særlige risikogrupper af gravide og ammende kvinder (tabel 1 og Bilag H).</p> <p><b>Kap. 5 &amp; 6:</b> Opdateret i tekst og skemaer ifht. SSTs nyeste retningslinjer for test- og isolationsstrategi, herunder præcisering af test af partner.</p> <p><b>Kap. 7:</b> Opdateret med nyeste viden om behandling af COVID-19.</p> <p><b>Kap. 8:</b> Ændret anbefaling ifht. tromboseprofylakse.</p> <p><b>Kap. 19:</b> Opdatering og tilføjelse af div. bilag:</p> <p><b>A:</b> Spørgeguide ved COVID-19 – telefonisk visitation.</p> <p><b>C:</b> Håndtering ved ankomst påvist eller mistanke om COVID-19.</p> <p><b>D:</b> Uændret.</p> <p><b>E:</b> Vejledning om håndtering af hjemmefødsler.</p> <p><b>F:</b> Ny dansk rapport "COVID-19 og graviditet".</p> <p><b>G:</b> Opdateret liste med relevante studier.</p> <p><b>H:</b> Liste over højrisiko-gravide, som vil kunne tilbydes COVID-19 vaccination.</p> <p><b>I:</b> Gode råd til gravide om forebyggelse af smitte mod COVID-19 og til gravide, som er smittet med ny coronavirus.</p> <p><b>J:</b> Spørgeguide ved henvendelse til fødeafsnit med symptomer på COVID 19.</p> <p><b>K:</b> Vaccinationsinformation til gravide.</p> <p><b>L:</b> Vaccinationsinformation til personalet.</p>

## Definitioner og forkortelser

### DEFINITIONER

I denne guideline bruges følgende definitioner ift. smitte med SARS-CoV2 og sygdom som følge heraf:

- Ny coronavirus = SARS-CoV-2
- COVID-19 = Sygdom forårsaget af ny coronavirus. Denne kan være mild, moderat eller svær sygdom.

### FORKORTELSER

**BMI:** Body Mass Index

**CTG:** Cardio-toco-grafi

**COVID-19:** sygdom forårsaget af ny coronavirus (Coronavirus disease 2019)

**DJS:** Dansk Jordemoderfagligt Selskab

**DSOG:** Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

**FFP3-maske:** FFP= filtering face piece. Åndedrætsværn i beskyttelsesklasse FFP3 giver maksimal beskyttelse (sammenlignet med FFP1 og FFP2) mod indånding af luftforurening.

**ICNARC:** Intensive Care National Audit & Research Centre, britisk forskningscenter

**ITA:** Intensivt afsnit

**LMH:** Lav molekylær heparin

**NIR:** Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer

**PregCOV-19 Review:** PregCOV-19 Living Systematic Review. Et review af Allotey et al over 77 kohorte studier, der adresserer en række faktorer relateret til COVID-19 eller mistanke herom blandt gravide og nyligt gravide, samt deres børn (1). Forfatterens intention er, at reviewet skal opdateres løbende.

**SARS-CoV-2:** Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

**SSI:** Statens Seruminstitut

**SST:** Sundhedsstyrelsen

**UKOSS:** UK Obstetric Surveillance System (Et britisk system som studerer sjældne obstetriske sygdomme).

**VTE:** Venøs tromboembolisk sygdom

## 2. Baggrund

Denne kliniske vejledning omhandler håndteringen af gravide og fødende, hvor der er mistanke om eller bekræftet COVID-19. Derudover beskriver vejledningen håndteringen af det nyfødte barn.

Vejledning er bl.a. baseret på SST's *Retningslinje for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet* (2).

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

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.

Denne guideline er forfattet af et multidisciplinært team ud fra den bedst tilgængelige evidens.

Grundet pandemiens nylige og akutte opståen er mængden og kvaliteten af evidens om graviditet og COVID-19 fortsat ikke af den højeste kvalitet (evidensgrad 3-4), men nyligt er der publiceret ca. 30 systematiske reviews baseret på kohortestudier (evidensgrad 2).

Der henvises til en oversigt over de inkluderede studier i (Bilag G).

### Virus

Ny coronavirus (SARS-CoV-2) som forårsager sygdommen COVID-19 (Coronavirus disease 2019), er en ny stamme af coronavirae. Andre coronavirusinfektioner inkluderer forkølelse (HCoV 229E, NL63, OC43 og HKU1), Mellemøsten Respiratorisk Syndrom (MERS-CoV) og alvorlig akut respiratorisk syndrom (Severe Acute Respiratory Syndrome = SARS-CoV).

### Epidemiologi

Virus blev først identificeret i Wuhan City, Kina i slutningen af 2019 og

verdenssundhedsorganisationen WHO erklærede d. 11. marts 2020 COVID-19 for en global pandemi

(3). WHO publicerer ugentlige opdaterede rapporter om udviklingen globalt såvel som nationalt

[Coronavirus Disease \(COVID-19\) Situation Reports \(who.int\)](https://www.who.int/coronavirus).

For opdateret generel rådgivning, se SST's hjemmeside ([www.sst.dk/corona](http://www.sst.dk/corona)).

SST's retningslinje beskriver de klassiske sygdomsforløb ved hhv. mild, moderat og alvorlig COVID-19 (Bilag A) (2).

## Transmission

Størstedelen af COVID-19-tilfælde opstår som smitte fra menneske til menneske. Virus spreder sig via dråber fra åndedrættet, via overflader eller ad fækal vej. Transmissionen øges ved tæt kontakt med en smittet person eller via overflader.

Viden om smitte mellem mor og foster (vertikal transmission) er fortsat sparsom, men den nuværende evidens viser, at denne smittevej sjældent forekommer. Såfremt barnet smittes er dette uafhængigt af fødemåde, tidlig eller sen afnavling, amning eller om mor og nyfødt forbliver sammen (4–6).

UKOSS beretter om 4,6% af nyfødte (n=12) testet positiv for ny coronavirus med svælgpodning, heraf 6 positive indenfor 12 timer efter fødsel (7).

I et studie fra New York med 1481 fødsler blev 116 kvinder testet positiv for ny coronavirus, disse fødte i alt 120 børn. Alle nyfødte blev testet 24 timer efter fødsel, ingen af disse var positive. Ingen af 79 nyfødte (66% follow-up), som fik foretaget serologiskundersøgelse 5-7 dage efter fødsel, havde positiv test. Fjorten dage efter fødsel blev 73 af disse re-testet, og der var fortsat ingen af disse, som var positive (4).

### Danske studier

I et studie fra Hvidovre Hospital blandt 1.313 fødende kvinder og 1.206 nyfødte fandt man en justeret prævalens af IgG antistoffer for ny coronavirus RNA på 2,6% (n = 28) af de gravide kvinder. Blandt 21 børn født af disse kvinders havde 14 (67%) IgG antistoffer i navlesnorsblodet. I alt fandt man, at 17 (1,4%) nyfødte havde IgG antistoffer (8). Forekomsten af antistoffer hos de nyfødte skyldes mest sandsynligt passiv transplacentar overførsel af maternelle antistoffer.

## COVID-19 hos gravide kvinder

Gravide kvinder synes ikke at være i højere risiko for at blive smittet med ny coronavirus end befolkningen generelt (9–11).

### Symptomer

Hovedparten af gravide kvinder inficeret med ny coronavirus vil være asymptomatiske (12). I Preg-COV-19 Living Systematic Review (Preg-COV-19) fandt man i studier med universel screening i graviditeten, at 74% (95% CI 51-93) var asymptomatiske (1). I et studie fra USA fandt man, at 86% af kvinder indlagt til fødsel og testet positiv for ny coronavirus var asymptomatiske (1).

Hovedparten af gravide kvinder med symptomatisk COVID-10 vil kun opleve milde forkølelses- eller influenzasymptomer (12). I PregCOV-19 Review identificerede man 64.000 gravide eller nyligt gravide



kvinder med mistænkt eller bekræftet COVID-19 (per 29.11.2020) (1). De hyppigst rapporterede symptomer var hoste (41%), feber (40%), efterfulgt af dyspnø (21%), myalgi (19%), tab af smags- og lugtesans (14%) og diarre (8%). Færre gravide havde feber eller myalgi sammenlignet med ikke-gravide kvinder i samme aldersgruppe.

I et amerikansk prospective kohort studie (PRIORITY (Pregnancy CoRonavirus Outcomes RegIsTry)) (13) fandt man, at det hyppigste første symptom hos inficerede gravide kvinder var hoste (20%), ondt i halsen (16%), muskelsmerter (12%) og feber (12%). Blandt 594 inkluderede kvinder havde ¼ persisterende symptomer 8 uger efter symptomdebut.

Der er for nuværende ikke viden om, hvorvidt graviditet vil medføre øget risiko for senfølger efter COVID-19.

### Alvorlig COVID-19 sygdom hos gravide kvinder

Generelt rangerer COVID-19-symptomer fra milde forløb (ingen tegn til pneumoni eller hypoxi), moderat sygdom (viral pneumoni), svær sygdom (svær pneumoni med ilt saturation < 90%) og kritisk sygdom (ARDS, sepsis, septisk chok, og komplikationer med f.eks. lungeemboli eller akut corona syndrom).

Overordnet er indlæggelse på intensiv afdeling (ITA) for kvinder i fertil alder meget sjælden.

I Preg-COV-19 fandt man, at 73/11.580 kvinder med bekræftet COVID-19 døde ("of any cause") og 16/1.935 kvinder havde behov for ECMO-behandling (1). Et retrospektivt studie fra USA fra januar 2021 sammenlignede gravide kvinder med og uden COVID-19 (april-nov 2020, database, der dækker ca. 20% af den amerikanske population). Data var tilgængelig for 406.446 kvinder indlagt til fødsel, heraf 6.380 (1.6%) fødende kvinder med COVID-19. Maternel mortalitet på hospital var sjældent, men signifikant højere blandt gravide kvinder med COVID-19 (141 per 100.000 kvinder, 95% CI 65–268) sammenlignet med kvinder uden COVID-19 (5 per 100.000, 95% CI 3.1–7.7) (14).

Et endnu ikke reviewet studie samlede resultater fra 2 store studier: PAN-COVID (registerstudie med mistænkt eller påvist COVID-19 uanset tidspunkt i graviditeten, fra 11 lande) og AAP SONPM (registerstudie af påvist maternel COVID-19 på tidspunkt for fødsel (14 dage før til 3 dage efter fødsel) (15). Maternel mortalitet var sjældent forekommende 3/651 (0,46% i PAN-COVID) blandt kvinder med bekræftet COVID-19 og 5/2.398 (0.21% i AAP SONPM).

Resultaterne diskuteres, idet der generelt er en høj grad af underrapportering (ca. 10% rapporteres) af gravide/fødende kvinder med asymptomatisk/mild COVID-19. Herved vil den reelle maternelle

mortalitet (infektion fatality rate) være 10 gange lavere (0,046%) og dermed svarende til estimerer på 0,03% for en aldersmatchet baggrundsbefolkning (mænd og kvinder) (16). Den materielle mortalitet er dog stadig højere sammenlignet med data fra før COVID-pandemien, f.eks. omregnes den perinatale materielle mortalitetsrate i AAP SONPM til 167 per 100.000 (kvinder med COVID-19 omkring fødselstidspunktet) mod før-COVID rate på 17,3 per 100.000 i USA.

I Storbritannien følges sjældne obstetriske udfald af UKOSS (UK Obstetric Surveillance System). UKOSS' 2. opdaterede rapport under COVID-pandemien inkluderer data fra 1.3.-31.8.2020 (17), men ligesom i mange andre lande inkluderer kun patienter, som blev indlagt herunder indlagt til fødsel. Man fandt 1.148 gravide kvinder indlagt med positiv test for ny coronavirus, heraf 62% med symptomer på COVID-19. Blandt 1.148 indlagte blev 63 (5%) indlagt på ITA. I alt 8 (1%) indlagte kvinder døde med symptomatisk COVID-19, heraf 6 COVID-19-relaterede dødsfald, svarende til en materiel mortalitetsrate på 2,2 per 100.000 (95% CI 0,9-4,3).

Data vedrørende materiel mortalitet analyseres under pandemien af MBRRACE-UK (18). Man fandt 9 materielle dødsfald (op til 6 uger post partum) og 1 dødsfald op til 1 år post partum (marts-maj 2020). Heraf 7 COVID-19-relaterede dødsfald, 1 formentlig som følge af COVID-19 og 2 af anden årsag.

I et italiensk populationsbaseret kohortestudie (25.2. - 22.4.2020) med 146 gravide indlagt (2,1 per 1000 graviditeter), blev 7 (4,8%) indlagt på ITA. Der var ingen materielle dødsfald (19).

Der er således forskelle i udfald mellem landene og man må konkludere, at udfald varierer ift. baggrundspopulationens karakteristika, samt test-/screeningsstrategi.

Det er på nuværende tidspunkt fortsat usikkert om pandemien vil medføre en signifikant øget risiko for materiel død.

Svær COVID-19 sygdom synes hyppigere i 3. trimester. I det opdaterede UKOSS blev størstedelen af symptomatiske tilfælde indlagt i 3. trimester, 83% efter GA 28, 52% fra eller efter GA 37. Årsagen til indlæggelse for asymptomatiske gravide var for hovedparten henvendelse pga. fødsel (68%) (17). For symptomatiske kvinder var ca. 1/3 pga. symptomatisk COVID-19, 1/3 pga. fødsel og de resterende af andre årsager.

I en Nordisk opgørelse over alle gravide kvinder indlagt grundet COVID-19 sygdom i perioden marts-juni i Danmark, Norge, Sverige, Island og Finland blev 12/56 (21,4%) indlagt på ITA (20). Ingen kvinder døde.

I en svensk lokal opgørelse fra et tertiært center under pandemiens start blandt 53 kvinder (20-45 år) indlagt på ITA med COVID-19 fandt man en 5 gange øget risiko for indlæggelse blandt gravide/nyligt forløste kvinder (n=13) (OR 5,39 (95 % CI: 2,9-10,1)) i forhold til ikke-gravide kvinder i samme aldersgruppe (21). Blandt de 13 gravide eller nyligt gravide kvinder var 7 i respirator.

#### Data fra studier som sammenligner graden af COVID-19 hos gravide og ikke gravide kvinder.

Med den stigende mængde evidens er der nu mere og mere der tyder på, at graviditet i sig selv, og særligt i 3. trimester, kan være en risikofaktor for svær COVID-19, sammenlignet med ikke-gravide kvinder i samme aldersgruppe.

I PregCOV-19 fandt man, at gravide kvinder havde større risiko for indlæggelse på ITA (OR 1.62, 95% CI 1.33–1.96) og respiratorbehandling (OR 1.88, 95% CI 1.36–2.60) (1). Disse data er hovedsageligt baseret på ét amerikansk studie med 2 større begrænsninger. For det første kunne man ikke skelne mellem indlæggelser på ITA pga. COVID-19 eller anden obstetrisk årsag, for det andet manglede graviditetsstatus på 2/3 af de inkluderede kvinder i fertil alder. Man fandt 9% gravide blandt de inkluderede, højere end de 5% forventede. Dette kan medføre signifikant bias.

Et opdateret US-CDC-studie (januar - oktober 2020) diskuterer disse begrænsninger (22) og sammenligner gravide (n=23.434) og ikke-gravide kvinder (n=386.028, i fertil alder) med symptomatisk COVID-19. Graviditetsraten var 5,7%, tæt på det forventede antal – jævnfør ovenstående. Derudover inkluderer studiet kun symptomatisk COVID-19 patienter. Derfor er dette studie sandsynligvis mindre påvirket af bias forårsaget af gravide kvinder indlagt mestendels af obstetriske årsager. Man fandt, at gravide kvinder med symptomatisk COVID-19 havde større risiko for indlæggelse på ITA (adjusted risk ratio (aRR) 3,0 (95% CI 2,6-3,4)), respiratorbehandling (aRR 2.9, 95% CI 2.2–3.8), ECMO (aRR 2.4, 95% CI 1.5–4.0) og død (1.5 versus 1.2 per 1.000 (aRR 1.7, 95% CI 1.2–2.4)).

Et case-kontrolstudie fra Mexico sammenlignede gravide med symptomatisk COVID-19 med ikke-gravide matchede kontroller (23). Dette studie havde samme udfordringer som studierne ovenfor og derfor samme risiko for bias. Der var f.eks. kun information om indlæggelse på ITA for 1/5 af de gravide kvinder. Gravide kvinder havde større risiko for død (OR 1.84, 95% CI 1.30–2.61), pneumoni (OR 1.99, 95% CI 1.81–2.19) og indlæggelse på ITA (OR 2.25, 95% CI 1.86–2.71), men samme risiko for respiratorbehandling (OR 0.93, 95% CI 0.70–1.25).

En lang række mindre studier fra USA og Frankrig peger i samme retning med en øget risiko for indlæggelse, indlæggelse på ITA, respiratorbehandling og død (24–27).

### Danske studier

I den danske database "COVID-19 infektion i graviditeten" blev der i perioden 1.3. - 31.10.20 identificeret 418 gravide/fødende med positiv ny coronavirus. Blandt disse var 65 (15,5%) indlagt uanset årsag (f.eks. fødsel), mens 23 (5,5 %) var indlagt grundet COVID-19 symptomer. Antallet af indlæggelser på ITA var < 3 og der var ingen dødsfald (28).

Mulige årsager til en øget risiko for indlæggelse på ITA blandt ny coronavirus positive gravide i udenlandske studier er, udover en mulig øget risiko for svær COVID-19, en lavere tærskel for indlæggelse af gravide eller, at den gravide er indlagt på ITA af anden ikke-COVID-relateret årsag (f.eks. svær præeklampsi, blødning efter fødsel).

Tidligere har SST ud fra et forsigtighedsprincip udpeget gravide kvinder som værende i øget risiko, men på baggrund af ovenfor påviste øgede sammenhænge betragtes gravide kvinder nu som værende i en reel risikogruppe.

[Personer med øget risiko ved COVID-19 - Sundhedsstyrelsen](#)

### Effekten af COVID-19 på graviditet og fødsel

Præterm fødsel er associeret med perinatal mortalitet samt morbiditet både på kort sigt og livslangt.

Effekten af ny coronavirus på graviditets- og fødselsudfald vil afhænge af hvilken gruppe af gravide/fødende, der undersøges. Er det alle gravide smittet med ny coronavirus eller kun dem indlagt med symptomatisk COVID-19? I størstedelen af de internationale studier ser man alene på gruppen af indlagte med symptomatisk COVID-19 og har fundet en 2-3 gange øget risiko for præterm fødsel, mens tilsvarende nye nordiske og danske studier finder en lavere forekomst af patologiske fødselsudfald (28,29). Dog fandt man også i det fællesnordiske studie af alle gravide indlagt grundet COVID-19 (marts - juni 2020) en øget forekomst af præterm fødsel og forløsning ved akut kejsersnit(20).

I PregCOV-19 fandt man en øget risiko for præterm fødsel (17%) blandt gravide med COVID-19, heraf 94% iatrogen forbundet, svarende til en 3 gange øget risiko i forhold til gravide kvinder i samme aldersgruppe uden COVID-19 (1).

Det opdaterede UKOSS-studie fandt en fortsat øget risiko for præterm fødsel, hvor 19% af symptomatiske gravide kvinder fødte præterm sammenlignet med 9% blandt asymptomatiske COVID-19. Blandt symptomatiske var 78% af de præterme fødsler iatrogen betinget. Sammenlignet

med en historisk kohorte af gravide kvinder uden ny coronavirus, havde gravide kvinder med symptomatisk COVID-19 en øget risiko for fødsel før GA 32 (adjusted OR [aOR] 3.98, 95% CI 1.48–10.70) og før GA 37 (aOR 1.87, 95% CI 1.23–2.85). Denne risiko kunne ikke genfindes blandt asymptomatiske COVID-19 gravide.

Risikoen for præterm fødsel som følge af symptomatisk COVID-19 er således 2-3 gange højere end for gravide uden COVID-19.

I det opdaterede UKOSS-studie fandt man fortsat en øget risiko for sectio. Blandt kvinder med symptomatisk COVID-19 blev 49% forløst ved sectio sammenlignet med 29% i en historisk kontrolgruppe fra 2018 (17). Blandt de, som fik sectio, kom 20 % i universel anæstesi, heraf 64 % pga. kompromitteret maternel respiration, de resterende pga. haste-sectio af anden årsag.

I et svensk studie fra et tertiært center under pandemiens første bølge testede man alle kvinder i fødsel. Raten af sectio og præterm fødsel blandt 155 ny coronavirus positive var sammenlignelige med 604 ny coronavirus negative var sammenlignelig, men antallet af igangsættelser var lavere i gruppen med COVID-19 (29).

#### Danske studier

I et studie fra Hvidovre Hospital fandt man ikke en øget risiko for præterm fødsel, sectio, og lignende men studiet savner styrke til med rette at kunne påvise en eventuel sammenhæng (8).

I den danske kohorte (1.3. - 31.10.20) fandt man ikke blandt de 279 kvinder, der havde født, sammenlignet med 2018-fødselsdata en øget risiko for præterm fødsel (7% (N=15) vs. 2018: 5,7%) eller kejsersnit ( 20.8% (N = 14) vs. 2018: 19.1%) (28,30).

#### Risikofaktorer for indlæggelse med COVID-19 på graviditeten

Det er påvist at overvægt (BMI  $\geq 25$ ), ældre (> 35 år), afrikansk, asiatisk eller anden etnisk minoritet, bopæl i områder eller husholdninger med øget risiko for social depravering, samt prægravid ko-morbiditet (f.eks. diabetes, hypertension) øger risikoen for indlæggelse med COVID-19 i graviditeten og efter fødsel. Endelig er der fundet en øget risiko for COVID-19 hos grupper i samfundet, som er mere udsatte for mulig smitte, herunder medarbejdere i sundhedssektoren og andre job i borgernær kontakt. I det nordiske studie (marts - juni 2020) var BMI  $\geq 30$ , anden etnisk herkomst og multiparitet associeret med indlæggelseskrævende COVID-19 sammenlignet med fødende i 2018 (20).

I PregCOV-19 fandt man en association til alder > 35 år (OR 1.78 (95% CI 1.25–2.55)); BMI > 30 (OR 2,38, CI 1,67-3,39), essentiel hypertension OR 2.0 (95% CI 1.14–3.48) og prægestationel diabetes (OR 2,51, CI 1,31-34,80) (1).

Det opdaterede UKOSS-studie fandt fortsat blandt gravide kvinder med symptomatisk COVID-19 en øget risiko for indlæggelse hos gravide af etnisk minoritet (afroamerikanske: aOR 6.24, (95% CI 3.93–9.90), asiatiske aOR 4.36, (95% CI 3.19–5.95) og andre minoriteter aOR 12.95, (95% CI 4.93–34.01)), med overvægt/ fedme (aOR 1.86 (95% CI 1.39–2.48)/2.07 (95% CI 1.53–2.29)) og med relevant medicinsk ko-morbiditet (aOR 1.83 (95% CI 1.32–2.54)).

Den øgede risiko blandt etniske grupper tilskrives og diskuteres fortsat i forhold til bl.a. socioøkonomiske faktorer. Den øgede risiko for COVID-19 blandt etniske minoriteter genfindes også i baggrundsbefolkningen. Danske studier

I den danske kohorte fra perioden 1.3. - 31.10.20 fandt man blandt de 418 gravide/fødende med positiv ny coronavirus – uanset sværhedsgrad af infektion – ingen association mellem risikoen for smitte og alder og BMI sammenlignet med kvinder, som havde født i 2018. Men der var en øget forekomst af smittede med ny coronavirus blandt kvinder af anden etnisk herkomst, som ikke var født i Danmark, sammenlignet med kvinder, som havde født i 2019 (28)(.

#### D-vitamin og COVID-19

D-vitamins eventuelle beskyttende rolle ift. COVID-sygdom diskuteres og mange studier er på vej. Man diskuterer bl.a. en mulig association mellem øget risiko for svær COVID-19 sygdom i nogle etniske grupper er D-vitamin mangel. Der henvises til DSOGs generelle vejledning vedrørende graviditet og D-vitaminmangel.

#### Virkning på fosteret og nyfødte

Der er fortsat intet der tyder på, at virus medfører en øget risiko for misdannelser.

I PregCOV-19 Review fandt man ikke øget risiko for intrauterin fosterdød eller neonatal død blandt gravide kvinder med COVID-19. Risiko for spontan abort kunne ikke belyses pga. insufficente data (1).

Der er ikke fundet øget risiko for føtal vækstretardering som følge af COVID-19 (15). Det vurderes dog fortsat sandsynligt, idet føtal vækstretardering blev fundet hos 2/3 af gravide afficerede med SARS (31,32).

I PregCOV-19 fandt man, at 95% af de nyfødte var raske uden behov for neonatal støtte (1).

I det opdaterede UKOSS-studie fandt man, at 19 % af nyfødte, hvor mødrene havde symptomatisk COVID-19 blev indlagt på neonatalafdeling (17).

Som tidligere i dette kapitel beskrevet er symptomatisk COVID-19 associeret til en øget risiko for iatrogen præterm fødsel og dermed en øget risiko for perinatal mortalitet samt morbiditet både på kort og lang sigt. Samme risiko ses ikke ved asymptomatisk COVID-19.

### Danske studier

I den danske kohorte (1.3. - 31.10.20) med 281 børn fandt man ikke en øget risiko for indlæggelse på neonatalafdeling (10% (N = 28) vs. 2019: 9.4%). Der var ingen neonatale dødsfald (28).

### Konklusion

Gravide kvinder synes ikke at være i øget risiko for at blive smittet med ny coronavirus sammenlignet med den øvrige befolkning.

Mere end 2/3 af gravide testet positive for ny coronavirus er asymptomatiske, og langt størstedelen af symptomatiske COVID-19 har kun milde til moderate symptomer.

Det er påvist øget risiko for indlæggelse med COVID-19 i graviditeten og efter fødsel ved overvægt (BMI  $\geq 25$ ), alder > 35 år, etniske minoriteter (afrikansk, asiatisk eller anden etnisk minoritet), bopæl i områder eller husholdninger med øget risiko for social depravering, prægravid ko-morbiditet (f.eks. diabetes, hypertension) og hos grupper i samfundet, som er mere udsatte for mulig smitte, herunder medarbejdere i sundhedssektoren og andre job i borgernær kontakt.

Gravide kvinder med symptomatisk COVID-19 har sammenlignet med:

- ikke-gravide kvinder med COVID-19 øget risiko for indlæggelse på ITA, men iflg. det største systematiske review ikke i øget risiko for død som følge af COVID-19. Data fra USA har dog vist en let øget risiko for død.
- gravide kvinder uden COVID-19 øget risiko for alvorlig sygdom herunder død, denne risiko er dog meget lille (UK Maternal Mortality rate 2,2 per 100.000).

Der er øget risiko for præterm fødsel og sectio for gravide med COVID-19.

Der er ikke fundet øget risiko for smitte eller sygdom hos nyfødte af kvinder med ny coronavirus.

### 3. Vaccination af gravide og ammende kvinder

#### Sundhedsstyrelsens retningslinje og internationale anbefalinger

Det danske vaccinationsprogram mod COVID-19 blev initieret af Lægemiddelstyrelsen efter godkendelse d. 21.12.2020 af Pfizer-BioNTech COVID-19-vaccinen (Cominarty®). Efter denne er yderligere 2 vacciner godkendt (Moderna 6. januar 2021 og AstraZeneca d 29. januar 2021).

Ingen af vaccinerne er testet på gravide eller ammende kvinder, hvorfor de ikke er godkendt til anvendelse i Danmark. I Sundhedsstyrelsens retningslinje (d. 5.2.2021) for håndtering af vaccination mod COVID-19 anbefales ikke vaccination med Cominarty®, COVID-19 Vaccine Moderna® eller AstraZeneca® til gravide og ammende kvinder. [Retningslinje for håndtering af vaccination mod COVID-19 \(sst.dk\)](#)

Der er dog tilfælde, hvor gravide og ammende kvinder efter individuel lægelig vurdering kan tilbydes vaccination, idet risikoen for alvorlig COVID-19 hos den gravide/ammende kvinde vil overskygge en eventuel risiko ved vaccination. Særlige sygdomskategorier med høj og moderat risiko for alvorlig COVID-19 hos gravide kvinder er beskrevet i tabel 1 og ligeledes vedhæftet i Bilag H. Disse gravide kvinder (høj risiko/moderat risiko) kan efter rådgivning og dialog med den behandlende obstetriker visiteres til vaccination. Henvvisning hertil foregår altså som udgangspunkt IKKE via egen læge.

Det tilrådes at COVID-19-vaccinen ikke gives samtidigt med anden vaccination og med minimum 14 dages interval før/efter administration af andre vacciner. Altså skal vacciner mod DiTeKiPol (difteri-tetanus-kighoste-polio) eller influenza, som tilbydes til gravide kvinder, udskydes til min. 14 dage efter administration af COVID-19-vaccinationen.

Tidligere har SST ud fra et forsigtighedsprincip udpeget gravide kvinder som værende i øget risiko, men på baggrund af den stigende mængde evidens betragtes gravide kvinder, og specielt gravide kvinder i 3. trimester, nu som værende i en reel risikogruppe.

Internationalt diskuteres vaccination af gravide og ammende kvinder, idet der ikke er mistanke om, at vaccinen kan medføre øget risiko for den gravide eller fosteret, men flere nationale sundhedsmyndigheder påpeger, at der er behov for mere evidens førend rutinevaccination af gravide kvinder kan anbefales. FIGO udtaler (2.3.2021), at gravide og ammende kvinder bør tilbydes vaccination (33). I England (NHS) betragtes gravide kvinder som i moderat risiko (clinically vulnerable) selv uden co-morbiditet. De britiske sundhedsmyndigheder (NHS) anbefaler, at ammende kvinder tilbydes vaccination ([Coronavirus \(COVID-19\) vaccine - NHS \(www.nhs.uk\)](#)).

#### Studier angående COVID-19-vaccination og graviditet



Der pågår nu et randomiseret studie med test af gravide kvinder [Study to Evaluate the Safety, Tolerability, and Immunogenicity of SARS CoV-2 RNA Vaccine Candidate \(BNT162b2\) Against COVID-19 in Healthy Pregnant Women 18 Years of Age and Older - Full Text View - ClinicalTrials.gov.](#)

#### Sådan virker COVID-19-vaccinerne

Alle tre godkendte vacciner mod COVID-19 indeholder nukleinsyrer (RNA eller DNA). Forskellen mellem vaccinerne er måden, hvorved disse nukleinsyrer er indkapslede, for derved at kunne komme ind i cellerne og aktivere immunforsvaret. For COVID-19 Vaccine AstraZeneca® er nukleinsyrerne indkapslet i en inaktiv virus, som ikke kan dele sig, og derfor ikke kan medføre sygdom. Vaccinen aktiverer kroppens immunforsvar overfor en svækket version af virussens proteiner - de såkaldte spikeproteiner på viruscellens overflade. For Comirnaty® og COVID-19 Vaccine Moderna® har man genskabt virussens genetiske kode og indkapslet det i fedtstoffer, hvorved det kan trænge ind i cellerne. Herefter oversætter cellen koden til et protein - svarende til coronavirus' spike-protein og immunforsvaret aktiveres.

Nukleinsyrerne og hjælpestofferne i vaccinen bliver hurtigt nedbrudt i kroppen, efter de har effektueret ovenstående.

#### Kvinder og par som ønsker graviditet/fertilitetsbehandling

For både kvinder og mænd anbefales, at man tager imod det anbefalede vaccinationstilbud uanset planlagt graviditet eller fertilitetsbehandling.

Man kan tilmelde sig fertilitetsbehandling efter 2. vaccination.

#### Medfører COVID-19-vaccination øget risiko for infertilitet eller alvorlige graviditetsudfald?

Der er ingen evidens og ingen teoretisk grundlag for, at nogen af de godkendte vacciner kan påvirke fertiliteten for kvinder eller mænd.

Der er ikke data, som har påvist en øget risiko for spontan abort, dødfødsel eller medfødte misdannelser som følge af COVID-19-vaccination.

Der findes dog aktuelt ikke kliniske studier, med tilstrækkelig mængde data til at belyse dette.

#### **Tabel 1. Gravide - gradsinddeling af øget risiko (høj vs. moderat) ved COVID-19**

Liste over gravide kvinder i øget risiko og som derfor vil kunne tilbydes vaccination.

<b>Gravide i høj risiko (klinisk ekstremt sårbare)</b>	
Vaccinegruppe 5	
<b>Nedsat immunforsvar</b>	Organtransplanterede

	<p>Knoglemarvs- eller stamcelletransplanterede indenfor de seneste 6 måneder</p> <p>Tilstande med øget risiko for infektion (f.eks. seglcelleanæmi eller svær kombineret immundefekt (SCID))</p> <p>Splenektomi</p> <p>Indtagelse af immunsupprimerende medicin i en grad som øger risikoen for infektion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienter, der får mere end 7,5 mg prednisolon dagligt</li> <li>• Patienter i behandling med biologisk medicin <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vedrørende Retuximab: hæmmer B-celle-respons og kan dermed reducere antistofresponsen ved vaccinen, som det er set ved influenza vaccine. Man tænker dog ikke, at det er farligt, men at vaccinen måske ikke dækker lige så godt for denne gruppe patienter. Præparatet benyttes dos ikke så meget til gravide og gives med langt interval, hvorfor det foreslåes, at man giver COVID-19 vaccinen kort inden ny injektion af Retuximab gives.</li> </ul> </li> <li>• Patienter i 2-stofs immunsupprimerende behandling af inflammatorisk tarmsygdom</li> </ul>
<b>Kræftsygdom</b>	Kemoterapi eller antistofbehandling mod kræft, inkl. immunterapi.
<b>Lungesygdom</b>	<p>Alvorlig lungesygdom, f.eks. cystisk fibrose, svær astma eller svært nedsat lungefunktion på anden baggrund</p> <p>Vedrørende svær astma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FEV1 &lt;70% af forventede værdi eller</li> <li>• Fast (=daglig) prednisolon-behandling uafhængigt af dosis</li> <li>• En eller flere akutte forværringer/eksacerbationer indenfor de seneste 12 måneder behandlet med prednisolonkur</li> </ul>
<b>Hjertesygdom</b>	<p>Svær hjertesygdom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplex medfødt hjertesygdom (GUCH).</li> </ul> <p>Dog frasat bikuspid aortaklap med ingen/let aortainsufficiens/-stenose, velopereret coarctatio med ingen/velbehandlet hypertension, simple skillevægsdefekter (ASD, VSD og AVSD) uden betydende klapsygdom.</p> <p>- Erhvervet hjertesygdom:</p> <p>Moderat til svært symptomatisk hjertesvigt med begrænsning i fysisk aktivitet (NYHA II-IV)</p> <p>Tilstand med forhøjet blodtryk i lungekredsløbet (pulmonal hypertension)</p>
<b>Nyresygdom</b>	<p>Kronisk nyresvigt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eGFR &lt;60</li> </ul> <p>nefrotisk syndrom med plasma albumin &lt;20 gr/l og/eller dialyse</p>

<b>Gravide i moderat risiko (klinisk sårbare)</b> Vaccinegruppe 10	
<b>Hjertesygdom</b>	Hjerte-karsygdom (f.ex hjertesvigt)
<b>Nyresygdom</b>	Kronisk nyresygdom Med påvirket kreatinin
<b>Endokrinologisk sygdom</b>	Svær diabetes (type 1 og 2 (ikke gestationel diabetes)) På linie med ikke gravide diabetikere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Påvirket nyrefunktion (forhøjet creatinin)</li> <li>• HbA1c&gt;70 efter gestationsalder 12</li> </ul>
	Ekstrem overvægt (BMI >40)
<b>Leversygdom</b>	Leversygdom (f.eks. hepatitis)

## 4. Generelle råd til gravide kvinder fra sundhedsmyndighederne

### Overordnede råd

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

Hvis kvinden udvikler forværring af symptomer, åndenød eller 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 eller vagtlæge. Kvinden skal kontakte sit fødested med henblik på obstetrisk vurdering ved kraftig hovedpine, hvor der ikke er effekt af paracetamol, åndenød i hvile eller ved let fysisk aktivitet, ved nedsatte fosterbevægelser efter graviditetsuge 24+0, smerter i maven, kraftige plukkeveer eller ved vaginal blødning (se i øvrigt 'Gode råd til gravide', bilag I).

### 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 (34).

### 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 på grund af udfordringer omkring personalesituationen blive udsat eller foregå per telefon. Fødestedet vil give besked herom. Hvis kvinden er påvist eller mistænkt syg af ny coronavirus bedes hun kontakte sit fødested telefonisk, hvor man vil vurdere situationen i forhold til de registrerede kontroller og planlægge videre forløb samt sikre, at information om COVID-19-sygdom registreres i journalen.

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

Ud fra et hensyn til både den gravide og fosteret betragtes gravide som værende i en øget risiko for at få et alvorligt forløb ved COVID-19. Arbejdsgiver skal omplacere den gravide medarbejder fra graviditetsuge 28 (28+0) til andet ikke-borgernært arbejde, alternativt skal den gravide fraværsmedles. Dette gælder for gravide i sundheds-, social- og ældresektoren samt gravide medarbejdere i dagtilbud 0-6 år, der har arbejdsfunktioner med tæt kontakt til patienter, borgere eller børn, f.eks. ved behandlings- pleje eller omsorgsopgaver. For yderligere, se 'Sundhedsstyrelsens gode råd: Gode råd til dig, der er i øget risiko' (<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Pjece-Gode-raad-til-dig-i-oeget-risiko>).

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

Nedenstående skemaer tilrådes anvendt ved visitation både for gravide, fødende og barslende kvinder (tabel 2). I visitationen skal der samtidigt spørges til evt. COVID-19 syg/mistænkt syg person i husstanden (tabel 3).

Der henvises i øvrigt til SST's *Retningslinje vedrørende håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet*.

Alle gravide og barslende kvinder testes, såfremt der forventes indlæggelse mere end 24 timer og alle fødende kvinder testes. Gravide og fødende kvinder tidligere påvist ny coronavirus positiv, re-testes først efter 12 uger.

- For eventuel testning for ny coronavirus af kvinder, der ønsker at føde hjemme, henvises til strategier i de enkelte regioner.
- Gravide/barslende indlagte mere end 7 døgn skal IKKE re-testes, såfremt de tidligere har haft negativ test.

- Partner og anden i husstanden følger SST's generelle indikationer for test, heri står bl.a. at også medindlagte pårørende anbefales test, såfremt forventet indlæggelse mere end ét døgn og at test forud for fødsel håndteres som akutte indlæggelser, dvs. ved ankomst til sygehus.
- Det er derfor arbejdsgruppens anbefaling, at alle fødende kvinder og deres partnere testes ved ankomst til fødestedet.

### Fremgangsmåde

Anbefalinger for gravide, fødende og barslende kvinder, samt deres partner med mistænkt eller påvist COVID-19

Table 2. Anbefalinger ift. gravide/fødende og COVID-19

Gravid/fødende	Tidligere Ny coronavirus positiv (nu rask*)	Aktuelt Ny coronavirus positiv	Klinisk mistanke om COVID-19	Ingen mistanke om COVID-19 (rask)
Podning for Ny coronavirus **	Nej, hvis mindre end 12 uger siden	Nej, hvis mindre end 12 uger siden.	Ja	Den gravide skal podes indlæggelse i mere end 48 timer, og den fødende skal podes ved fødsel på sygehus
Isolation	Nej*	Ja	Ja	Nej, kun ved positiv test for ny coronavirus
Kan føde vaginalt	Ja	Ja	Ja	Ja
Amning	Ja	Ja, men med smitteforebyggende tiltag	Ja, men med smitteforebyggende tiltag	Ja
Samvær med barn	Ja	Ja	Ja	Ja
Hjemmefødsel	Ja	Nej	Nej	Ja***
Ultralydkontrol/ jdm. konsultation ol.	Ja	Ja, men overvej evt. udskydelse til 48 timer efter symptomfrihed	Ja, men overvej evt. udskydelse til 48 timer efter symptomfrihed	Ja

\* Testet positiv indenfor de sidste 12 uger og skelen mellem:

- Enten symptomophør i mere end 48 timer eller fra dag 10 efter symptomdebut, forudsat 48 timers feberfrihed (uden antipyretisk medicin) og betydelig klinisk bedring, og dermed kun mildere grad af tilbageværende symptomer.

- Eller asymptomatisk i hele forløbet og har været isoleret 7 dage.

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

\*\*\* Alle regioner har tilbud 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.

Table 3. Anbefalinger ift. partner <sup>A</sup> og COVID-19 ifm. graviditet og fødsel

Partner	Tidligere Ny coronavirus positiv (nu rask <sup>B</sup> )	Aktuelt ny coronavirus positiv <sup>B</sup>	Klinisk mistanke om COVID-19	Ingen mistanke om COVID-19 (rask)
---------	--	---	------------------------------	-----------------------------------

<b>Podning for ny coronavirus<sup>c</sup></b>	Nej	-	Ja, og kan ikke være ledsager indtil neg. svar foreligger	Ja
<b>Samvær med barn</b>	Ja	Nej <sup>B/E</sup>	Nej <sup>E</sup> Ved negativ test (< 48 t. gammel) for Ny coronavirus kan partner være sammen med barnet	Ja
<b>Hjemmefødsel</b>	Ja	Nej <sup>B</sup>	Nej Ved negativ test for ny coronavirus (< 48 t, gammel) kan partner deltage ved fødslen, såfremt partner har milde symptomer. Partner anbefales at bære mundbind.	Ja <sup>F</sup>
<b>Fødsel, ultralydskontrol/ jdm.konsultation ol.</b>	Ja	Partner må ikke deltage <sup>B</sup>	Partner må ikke deltage Ved negativ test for Ny coronavirus (< 48 t, gammel) kan partner deltage ved fødslen, såfremt partner kun har milde symptomer.	Partner kan deltage ved ultralydskontrol og andre svangrekonsultationer Partner kan deltage ved fødslen, såfremt testsvar er negativt

A: Partner eller anden i husstanden.

B: \*Testet positiv indenfor de sidste 12 uger og skelen mellem:

- Enten symptomophør i mere end 48 timer *eller* fra dag 10 efter symptomdebut, forudsat 48 timers feberfrihed (uden antipyretisk medicin) og betydelig klinisk bedring, og dermed kun mildere grad af tilbageværende symptomer.
- Eller asymptomatisk i hele forløbet og har været isoleret 7 dage.

C: Partner må først komme på hospital/deltage ved hjemmefødsel, hvis:

- uden *symptomer* på COVID-19 og mere end 48 timers *eller* fra dag 10 efter symptomdebut, forudsat 48 timers feberfrihed (uden antipyretisk medicin) og betydelig klinisk bedring, og dermed kun mildere grad af tilbageværende symptomer.
- Eller asymptomatisk i hele forløbet og har været isoleret 7 dage.

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

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

F: Alle regioner har tilbud 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.

## 6. Hvem skal testes for COVID-19 og hvorledes skal de isoleres?

Gravide og fødende, samt partner følger de generelle sundhedsfaglige indikationer for test som fremgår af Sundhedsstyrelsens Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet (2).

Indikationer for test opdateres løbende på baggrund af ny viden og epidemiens udvikling for

reference, se ovenstående.

### 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 den åbne henvisning via coronaprover.dk benyttes. Ved symptomer som kræver en sundhedsfaglig vurdering, kontaktes praktiserende læge eller vagtlæge uden for normal åbningstid (se SST's *Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet* for mere viden om symptomer og sygdomsforløb ved COVID-19) samt bilag J ("Spørgeguide ved henvendelse til fødeafsnit med symptomer på COVID-19").

Derudover er det anbefalingen, at alle gravide, der kræver indlæggelse i mere end 24 timer testes for ny coronavirus; testning foregår via fødeafdelingen. 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 ny coronavirus (tabel 2).

Derudover fremgår der af SST's retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet yderligere en række sundhedsfaglige indikationer for test af ny coronavirus. 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 afdeling orientere fødestedet om, at kvinden er testet ny coronavirus -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 ny coronavirus (tabel 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 ny coronavirus.

Hvis kvinden indlægges mhp. elektivt sectio eller igangsættelse af fødsel, planlægges test indenfor 48 timer forud for indlæggelsen.

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

Den ny coronavirus positive gravide skal ved ankomst selv påføre sig almindelig kirurgisk maske uden udåndingsventil jf. SST's retningslinjer. Alle fødende kvinder med mistanke om eller påvist ny coronavirus 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. SST's COVID-19: Smitteopsporing af nære kontakter (35). 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.

Såfremt den gravide/fødende kvinde tidligere er testet positiv for ny coronavirus skal hun kun retestes, hvis det er mere end 12 uger siden, hun blev testet positiv for ny coronavirus.

#### Den gravide eller fødende kvinde med tidligere påvist COVID-19, nu aftagende eller ingen symptomer.

Hvis en gravid eller fødende kvinde tidligere er testet positiv for ny coronavirus og/eller netop har 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 i henhold til nedenstående (tabel 2):

- Tidligere påvist COVID-19 for mindre end 12 uger siden: Det positive testresultat tilskrives inaktivt virus RNA. Kvinden skal IKKE isoleres, hvis hun er uden symptomer i mere end 48 timer eller fra dag 10 efter symptomdebut, forudsat 48 timers feberfrihed (uden antipyretisk medicin) og betydelig klinisk bedring, og dermed kun mildere grad af tilbageværende symptomer.
- Tidligere påvist COVID-19 for mere end 12 uger siden: Det kan ikke udelukkes, at det positive testresultat skyldes re-infektion med ny coronavirus, hvorfor personen ud fra et forsigtighedsprincip håndteres som værende ny-smittet og isoleres.

<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Retningslinjer-for-haandtering-af-COVID->

#### Partner eller anden i husstanden



Partner og anden i husstanden følger SST's generelle indikationer for test, heri står bl.a. at også medindlagte pårørende anbefales test, såfremt forventet indlæggelse mere end ét døgn og at test forud for fødsel håndteres som ved akutte indlæggelser, dvs. ved ankomst til sygehus (tabel 3). Det er derfor arbejdsgruppens anbefaling, at alle partnere testes ved ankomst til fødestedet, når kvinden skal føde.

Hvis kvinden indlægges mhp. elektivt sectio eller igangsættelse af fødsel, planlægges test indenfor 48 timer forud for indlæggelsen, samme strategi anbefales derfor for medfølgende partner.

<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Retningslinjer-for-haandtering-af-COVID->

Hvis partner har milde symptomer, der kunne være forenelige med COVID-19, men testes negativ for ny coronavirus, kan partner være til stede ved fødslen.

## 7. Behandling af gravid, fødende eller barslende kvinder med moderate/svære symptomer på mistænkt eller bekræftet COVID-19

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

Nedenstående anbefalinger er udarbejdet på baggrund af løbende opdaterede guidelines fra RCOG (36), og i dialog med danske infektionsmedicinere.

### Monitorering af kvinden med moderat/svære symptomer

– Gravide og fødende kvinder indlagt på hospital med forværring af symptomer relateret til COVID-19 inklusiv følgende symptomer:

- Behov for ilttilskud for at opretholde saturation på 94-98 %
- Respirationsrate > 20/min
- Puls > 110/min

skal håndteres i et multidisciplinært team bestående af obstetrisk speciallæge, infektionsmedicinere, 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 afdeling den gravide bedst modtager denne behandling (dette aftales lokalt)
- Hvem der er ansvarlig for kommunikation med pårørende og sikrer relevant tolkning, såfremt dette er nødvendigt.

- Gravide > GA 20 indlagt grundet COVID-19 bør tilses af gynækologisk-obstetrisk speciallæge dagligt.
- COVID-19-infektion hos den gravide kvinde er ikke i sig selv indikation for forløsning, medmindre den gravide kvindes tilstand på baggrund af COVID-19-infektion eller fosterets tilstand tilsiger dette. I denne vurdering skal indgå: kvindens tilstand, fosterets tilstand, muligheden for forbedring af tilstanden ved en planlagt forløsning (sectio) og endelig gestationsalderen.
  - Hvis maternel stabilisering er nødvendig før fødsel, skal dette prioriteres før fosteret, ligesom ved andre akutte tilstande f.eks. svær præeklampsi.
  - *Hovedprioriteten er altid kvindens velbefindende.*
- Monitorering af fosteret under indlæggelse, ej i fødsel
  - CTG (fra GA 26-28) eller doptone. Hyppighed af monitorering må bero på en individuel vurdering baseret på bl.a. gestationsalder og kvindens tilstand. Man skal have in mente at CTG-forandringer kan skyldes flere faktorer herunder steroid behandling og feber.
  - Antenatal lungemodnende steroidbehandling skal overvejes ved truende for tidlig fødsel. Ved behov for akut forløsning, bør denne ikke forsinkes til fordel for lungemodning.
  - 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 opstartet (se DSOGs vejledning).
  - Hovedprioriteten er altid kvindens velbefindende.
- Der er øget risiko for venøs tromboembolisk (VTE) sygdom. Derfor skal alle gravide/fødende/barslende kvinder med mistanke om eller påvist aktuel ny coronavirus vurderes og behandles iht. vejledningen, kap 8 (skema 3).
- Hyppigheden hvormed vitale værdier (SAT, BT, P, RF-frekvens, temperatur) måles er afhængig af kvindens kliniske tilstand(36).
- Man bør stille efter, at iltsaturationen er > 94% og titrere oxygensupplement herefter.

- Man bør føre væske-vandladningsskema og stile mod neutral væskebalance
- Røntgen-undersøgelser herunder røntgen og CT af thorax skal foretages på samme indikationer som for ikke-gravide. Man skal forsøge at afdække abdomen for at beskytte fosteret.
- COVID-19 er associeret med thrombocytopeni. Differentialdiagnostisk skal præeklamsi derfor overvejes og udredes. Ved trombocytopeni (trombocytter  $\leq 50$ ) skal evt. magnyl- og anden antitrombotisk behandling seponeres og kvinden skal konfereres med trombose-team. Kvinden bør anvende TED-strømper.
- 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.
- 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.
- COVID-19 pneumoni giver primært et svært hypoxisk respirationssvigt og man skal være opmærksom på at patienterne kan være svært udtrættede uden at de har CO<sub>2</sub> ophobning.

Tegn på dekomponering inkluderer følgende, og i så fald skal akut vurdering og tiltag iværksættes:

- øget iltbehov eller FiO<sub>2</sub> > 35%
  - respirationsfrekvens > 25/min. trods iltterapi
  - fald i urinproduktion/akut nyresvigt
  - tiltagende sløvhed, på trods af normal ilt saturationen.
- Ved pludselig forværring af symptomer skal lungeemboli eller akut hjertesygdom mistænkes.

- 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.
- Ved forhøjede leukocytter mistænkes bakteriel infektion og indikation for antibiotika skal overvejes. Lymfocytniveauet ved COVID-19 infektion er generelt normalt eller lavt, og et lavt lymfocytantal er associeret med mere alvorlig COVID-19 forløb. I tilfælde af behandling med steroid (se behandling nedenfor), kan dette dog forårsage stigning i leukocytniveau.
- Medicinsk behandling af gravide med moderate/svære symptomer

#### 1. Steroid:

- Behandling med steroid i 10 dage eller indtil udskrivelse (37,38) anbefales ved symptomer og behov for ilt-terapi. Kriterierne for behandling er (39):
  - Lungeinfiltrat ved røntgen af thorax eller CT af thorax OG
  - Perifer iltmætning (SpO2)  $\leq$  94% uden ilttilskud OG
  - Behov for tilskud af ilt.
- Hvis lungemodning ikke er indiceret anbefales: tbl. prednisolon 40 mg daglig eller inj. hydrocortison 50 mg x 3 daglig eller 100 mg x 2 daglig.
- Hvis lungemodning er indiceret, anbefales intramuskulær inj. Dexamethason 6mg im x2 dgl. i 2 dage (i alt 4 doser) og derefter tbl. prednisolon 40 mg daglig eller inj. hydrocortison 50 mg x 3 daglig eller 100 mg x 2 daglig.
- Under amning anbefales samme præparater og dosis steroid som for gravide angivet ovenfor (40).
- Under steroid behandling gives tbl. Calcium med vitamin D 400mg/19ug, 2stk dgl, hvis den gravide ikke allerede får dette. Ved behandling med steroid i over 5 dage, fortsættes behandlingen i 8 uger.

#### 2. Remdesivir

- Graviditet og amning er relative kontraindikationer for behandling med Remdesivir grundet sparsomme data. Men behandling med Remdesivir kan overvejes efter nøje afvejning af fordele og ulemper ved behandlingen i et multidisciplinært behandler-team (41). Remdesivir kan være indiceret til gravide, der opfylder

nedenstående kriterier, inklusive et verificeret behov for ilttilskud. Et progredierende iltbehov giver bestyrket indikation for Remdesivir.

Kriterier for behandling med Remdesivir iht. Dansk Selskab for Infektionsmedicin (42)

- Symptomvarighed  $\leq 12$  dage OG
- Perifer iltmætning (SpO<sub>2</sub>)  $\leq 94\%$  uden ilttilskud ELLER
- Lungeinfiltrat ved røntgen af thorax eller CT af thorax OG behov for tilskud af ilt
- Remdesivir bør *ikke* rutinemæssigt opstartes til patienter, der er i respirator/ECMO og bør for patienter på intensiv afdeling seponeres ved tegn på bivirkninger (f.eks. stigende kreatinin og ALAT).

Remdesivir har vist at forkorte tiden til klinisk bedring ved COVID-19 (43).

- Postpartum kan behandling med Remdesivir ligeledes overvejes i det multidisciplinære team iht. ovenstående.
- Remdesivir kan anvendes under amning. Barnet bør monitoreres tæt og kontrolleres med lever- og nyretal (44). Neonatolog involveres i behandlingsteamet.

### 3. Interleukin-6 receptor antagonister

- Tocilizumab (interleukin-6 receptor antagonist) kan ligeledes anvendes til gravide og ammende ved de samme indikationer som gælder for andre COVID-19 syge efter vurdering i det multidisciplinære team, da der ikke er evidens for, at det er teratogent eller fetotoxisk.
- 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.
- Gravide, som har været indlagt grundet symptomer på COVID-19, skal tilbydes ambulante kontrol ca. 14 dage efter udskrivelse mhp. ultralydbaseret vurdering af fostertilvækst, fostervand og flow.

Håndtering under fødslen hos fødende med COVID-19 symptomer (jf. også kap. 10):

- Følgende samarbejdspartnere skal være adviceret om, at kvinden er i fødsel: Obstetrisk bagvagt, anæstesiologisk bagvagt, ansvarshavende jordemoder og neonatologisk bagvagt.

- Vitale værdier inkl. ilt saturation måles hver time.
- Der føres væske-vandladningsskema og der stiles mod nul-balance.
- Der stiles mod ilt saturation på > 94%
- Kontinuerlig CTG anbefales under fødslen.
- Skalp-elektrode og skalp-pH kan anvendes hos kvinder med aktuelt COVID-19 infektion.
- Fødsel i vand kan ikke anbefales til kvinder med COVID-19 symptomer. Risikoen for smitte ved vandfødsel er ukendt for covid-19 positive asymptomatiske kvinder, hvorfor det må frarådes.
- Epidural anbefales med henblik på at undgå universal anæstesi ved behov for akutte indgreb.
- Lattergas kan anvendes.

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

Svær COVID-19 infektion øger i sig selv risikoen for venøs tromboemboli (VTE), og det samme gør komplikationer i forbindelse med COVID-19 som dehydrering, immobilisering og respiratorisk svigt. Ved indlæggelseskrævende COVID-19 ses der ofte ændringer i koagulationen i protrombotisk retning. Som ved andre svære infektionssygdomme formodes koagulationsændringerne ved kritisk COVID-19 at opstå sekundært til det udtalte inflammatoriske respons. En mere aggressiv tromboseprofylakse end vanligt formodes derfor at være nødvendig hos patienter med COVID-19 (45). Risikoen for VTE under graviditet er i forvejen øget i forhold til ikke-gravide (46), hvorfor alle gravide/barslende løbende bør risikostratificeres for VTE, jf. retningslinjen ”Tromboembolisk sygdom under graviditet og post partum – risikovurdering, profylakse og behandling” ved Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (47) (tabel 4).

Tromboserisikoen under graviditet og barsel med samtidig COVID-19 er stort set ubeskrevet (48,49). En nyligt studie med 406.446 kvinder indlagt til fødsel, hvoraf 6.380 (1,6%) havde påvist COVID-19, viste en signifikant øget risiko for VTE (0,2% vs. 0,1%;  $p < 0.001$ ) og myokardieinfarkt (0,1% vs. 0,004%,  $p < 0.001$ ) hos gravide med samtidig COVID-19 i forhold til gravide uden COVID-19 (14). COVID-19 formodes således at øge risikoen for VTE hos gravide og regnes derfor for en enkeltstående risikofaktor, når VTE-risikoen hos den enkelte kvinde skal vurderes (tabel 4) (50). Det anbefales derfor at risikostratificere alle gravide og barslende kvinder med COVID-19 i henhold til tabel 3. Ved

indikation for profylaktisk lav-molekylær heparin (LMH) doseres på baggrund af prægravid vægt (tabel 5).

#### Gravide i selvisolation eller med asymptomatisk ny coronavirus infektion, eller mild/moderat COVID-19

For gravide kvinder, der er i selv-isolation med enten asymptomatisk ny coronavirus-infektion eller mild eller moderat COVID-19, der ikke er indlæggelseskrævende, er der ikke indikation for tromboseprofylakse, men mobilisering og god væskebalance anbefales (tabel 4).

#### Indlagte gravide kvinder, der er positive for ny coronavirus

Alle indlagte gravide positive for ny coronavirus uafhængigt af symptomer eller ej anbefales vægtjusteret tromboseprofylakse med LMH, forudsat der ikke er kontraindikation for LMH f.eks. pga. blødning, eller hvis fødslen skønnes umiddelbart forestående (tabel 4). Profylaktisk LMH fortsættes i 7-14 dage efter udskrivelsen, hvis den gravide fortsat har COVID-symptomer, men kan seponeres, såfremt hun er asymptomatisk ved udskrivelsen (tabel 4 & 5).

#### Barslende kvinder med COVID-19

Alle indlagte barslende kvinder testet positiv for ny coronavirus uanset sværhedsgrad anbefales tromboseprofylakse med LMH under indlæggelsen, forudsat der ikke er kontraindikation for LMH. Behandlingen med LMH startes 4 timer efter fødslen forudsat tilladelig blødning, og fortsættes til mindst 10 dage efter udskrivelsen (tabel 4 & 5).

Ved genindlæggelse indenfor 6 uger efter fødslen, bør tromboseprofylakse ligeledes tilbydes under indlæggelsen og indtil mindst 10 dage efter udskrivelsen, men profylaktisk LMH til 6 uger efter fødslen kan være indiceret ved persisterende COVID-19 sygdom og co-morbiditet (tabel 4 & 5).

#### Gravide og barslende med svær COVID-19

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 (51).

#### Gravide og barslende med COVID-19 med forværring eller uden bedring af symptomer

Ved sygdomsforværring eller manglende bedring af symptomer bør udredning for lungeemboli eller hjertesvigt overvejes, ligesom der bør være opmærksomhed på, at udredningsniveau og behandlingstiltag ikke forsinkes alene pga. graviditet, amning eller den pågående COVID 19 infektion.

**Tabel 4. Vurdering af indikation for tromboseprofylakse hos gravide og barslende med COVID-19 infektion.**

<b>Gravide:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LMH under indlæggelse, og 7-14 dage efter udskrivelsen ved fortsatte COVID-symptomer</li> <li>• For øvrig risikostratificering se "Tromboembolisk sygdom under graviditet og post partum – risikovurdering, profylakse og behandling" ved Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (DSTH.dk)</li> </ul>	
<b>Post partum til 6 uger efter fødslen:</b>	
<b>Risikofaktorer:</b> Aktuelt testet ny coronavirus positiv (asymptomatiske eller COVID-19*) Tidligere VTE med kendt udløsende årsag Familiær tromboseanamnese (førstegradsslægtning) Kendt trombofili Alder > 35 år Præ-gravid BMI > 30 kg/m <sup>2</sup> In vitro fertilisationsbehandling Paritet ≥ 3 Flerfoldsgraviditet Forløsning ved akut sectio Fødsel varende over 24 timer Post partum blødning > 1 liter eller blodtransfusion Dehydrering Anden systemisk infektion udover COVID-19 Svær præeklampsi Medicinsk grundsygdom (f.eks. behandlingskrævende inflammatorisk tarmsygdom, nefrotisk syndrom, seglcelleanæmi, systemisk lupus erythematosus eller cancer)	<b>Anbefaling:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LMH under indlæggelse til og med 10 dage efter udskrivelsen</li> <li>• Ved ≥ 3 risikofaktorer: LMH + kompressionsstrømper 6 uger post partum</li> </ul>

\*- Hvis **asymptomatisk**: skal betragtes som positiv indenfor de første 7 dage efter test og dermed behandles i dette tidsrum.

Hvis **nu eller tidligere symptomatisk**: Skal behandles hvis fortsat symptomatisk COVID-19 eller symptomophør i mindre end 48 timer *eller mindre end dag 10* efter symptomdebut, forudsat 48 timers feberfrihed (uden



antipyretisk medicin) og betydelig klinisk bedring, og dermed kun mildere grad af tilbageværende symptomer.

**Tabel 5. Vægtbaseret dosis ved profylaktisk behandling med LMH ud fra prægravid vægt**

<b>&lt; 50 kg</b>	3.500 IE Innohep® dgl/20 mg Klexane® dgl/2.500 IE Fragmin® dgl
<b>50-90 kg</b>	4.500 IE Innohep® dgl/40 mg Klexane® dgl/ 5.000 IE Fragmin® dgl
<b>91-130 kg</b>	8.000 IE Innohep® dgl/60 mg Klexane® dgl/ 7.500 IE Fragmin® dgl
<b>131-170 kg</b>	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

### 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 undersøgelsen ikke kan udsættes, anbefales det, at kvinden ses som den sidste på programmet.

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

### Rutine jordemoderkonsultationer og undersøgelser ved egen læge

Det anbefales, at rutine jordemoderkonsultationer og gravidundersøgelser 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 end for baggrundsbefolkningen (52,53). Jordemødre og læger bør have være opmærksomme på dette under svangrekonsultationerne.

### Særligt obstetrisk syge (ikke rutine konsultationer)

Konsultationer ved jordemoder, føtalmedicinere eller obstetrikere 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 svangrekontroller.

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 at bliver testet for ny coronavirus ved ankomst til fødestedet. Ved moderate/svære COVID-19 symptomer skal patienten vurderes på fødeafdelingen.

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

Såfremt partner er COVID-19 syg må denne ikke komme på hospitalet. Man betragtes som værende smittefri, hvis man har været uden symptomer i 48 timer, eller hvis man 10 dage efter sygdomsdebut, har betydelig klinisk bedring og mindst 48 timer uden feber. Hvis man er testet positiv, men ikke har symptomer, skal der være gået 7 dage fra testtidspunktet for at man kan betragtes som smittefri.

Kvinden og hendes partner/pårørende kan fjerne masken efter ankomst på isolationsstuen.

### Fødsel for kvinder testet positiv for ny coronavirus med uden symptomer

Kvinden anbefales fødsel på hospital.

Der er på nuværende tidspunkt ingen evidens for, at kvinder uden symptomer på COVID-19, men testet positiv for ny coronavirus 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.

Der er ikke kontraindikation for at anvende føtal scalp-elektrode eller tage scalp-pH.

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

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

Kvinden anbefales fødsel på hospital på en fødeafdeling.

Ved ankomst skal kvinden og fosteret monitoreres. Derudover skal graden af COVID-19 vurderes ved obstetrisk bagvagt.

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

For øvrige tiltag se kapitel 7.

Obstetrisk håndteres fødslen som vanligt. Der anbefales dog kontinuerligt CTG ved symptomatisk COVID-19 (uanset feberstatus).

Der er ikke evidens for at anbefale sectio.

Der anbefales vanlig håndtering ved feber under fødsel og vandafgang.

Der er ikke kontraindikation for at anvende føtal scalp-elektrode eller tage scalp-pH.

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.

## 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 (tabel 2).

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 individuel vurdering.

### 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.

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, f.eks. BAS-test, trombocytter, INR og hgb.
- Vedrørende koagulationstal: Det skønnes ikke nødvendigt at kontrollere koagulationsfaktorer og trombocytter før anlæggelse af neuroaxial blokade med mindre der mistænkes svær organpåvirkning.

Tidlig fødeepidural:

- Fødende med mistænkt eller bekræftet COVID19 anbefales tidlig anlæggelse af epiduralkateter for at mindske behov for generel anæstesi og luftvejshåndtering i tilfælde af akut sectio. Afvigelse herfra bør bero på individuel vurdering ved obstetriker.
- I samarbejde med jordemødre evalueres løbende om den anlagte fødeepidural 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 fødeepidural 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 fortsat kun få data tilgængeligt angående gravide kvinder smittet med Coronavirus. Ovenstående er baseret på den nuværende tilgængelige viden og vil blive opdateret løbende.

## 11. Planlagt hjemmefødsel

Hjemmefødsel anbefales ikke, hvor der er mistanke om eller bekræftet smitte hos den gravide eller partner/andre i husstanden (tabel 2 & 3). Dette med henblik på at sikre mor og barn den rette behandling og overvågning ved forværring af symptomer, samt at sikre jordemoderen mod smitte i hjemmet.

Retten til at få stillet en regional jordemoder tilstede ved hjemmefødsel kan fraviges ved højt smittetryk for at sikre tilstrækkelige jordemoderfaglige ressourcer i sundhedsvæsenet.

Såfremt partner har milde symptomer og negativ test for ny coronavirus < 48 timer tidligere kan denne deltage i hjemmefødsel, men anbefales at bære mundbind.

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

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

Alle kirurgiske procedurer 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 ny coronavirus.

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 iht. det enkelte fødesteds retningslinjer, men nedenstående kan anbefales:

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

Sectio på ny coronavirus 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 nyfødte barn skal IKKE testes efter fødsel.

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

### Det raske nyfødte barn og mor med påvist/mistænkt COVID-19 infektion ved fødsel

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

Der er ikke indikation for at adskille klinisk raske nyfødte fra deres forældre efter fødsel. Tvært imod er der 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 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 efter ambulansfødsel.

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 videokonsultation.

Hele familien opfordres til smittebegrænsende tiltag hjemme.

**Indlæggelse: Rask nyfødt barn, hvor mor er smittet med ny coronavirus men kun har behov for indlæggelse af obstetriske årsager (ikke COVID-19 relateret indlæggelse)**

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

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

Smittebegrænsende tiltag: se ovenfor og organiseres i øvrigt iht. lokale forhold. Håndteres i øvrigt sv.t. gældende obstetriske retningslinjer.

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

Kvinden håndteres iht. 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 barselgang 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 ny coronavirus i brystmælk fra mødre med påvist infektion på fødselstidspunktet.

Der 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, eller hvis man 10 dage efter sygdomsdebut, har betydelig klinisk bedring og mindst 48 timer uden feber. Hvis man er testet positiv, men ikke har symptomer, skal der være gået 7 dage fra testtidspunktet for, at man kan betragtes som smittefri. 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/tilknyttede pædiater.

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 er fortsat 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 luftvejssygdomme. For at sikre andre indlagte nyfødte på neonatalafdelingen god beskyttelse mod postnatal smitte, bør nyfødte med ny coronavirus 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 ny coronavirus 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 ny coronavirus 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.

## 17. 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".

## 18. Referencer

1. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, m.fl. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 1. september 2020;m3320.
2. Sundhedstilsynet. Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet. 2020; Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Retningslinjer-for-haandtering-af-COVID-19>
3. Lamontagne F, Agoritsas T, Macdonald H, Leo Y-S, Diaz J, Agarwal A, m.fl. A living WHO guideline on drugs for covid-19. *BMJ*. 04 2020;370:m3379.
4. Salvatore CM, Han J-Y, Acker KP, Tiwari P, Jin J, Brandler M, m.fl. Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. oktober 2020;4(10):721–7.
5. Walker KF, O'Donoghue K, Grace N, Dorling J, Comeau JL, Li W, m.fl. Maternal transmission of SARS-CoV-2 to the neonate, and possible routes for such transmission: a systematic review and critical analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2020;127(11):1324–36.
6. WHO. Definition and categorization of the timing of mother-to-child transmission of SARS-CoV-2 [Internet]. [henvist 9. marts 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-mother-to-child-transmission-2021.1>
7. Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C, m.fl. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ*. 08 2020;369:m2107.
8. Egerup P, Olsen LF, Christiansen A-MH, Westergaard D, Severinsen ER, Hviid KVR, m.fl. Impact of SARS-CoV-2 antibodies at delivery in women, partners and newborns [Internet]. *Obstetrics and Gynecology*; 2020 sep [henvist 17. november 2020]. Tilgængelig hos: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.09.14.20191106>
9. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L, m.fl. Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ*. 22. maj 2020;m1985.
10. Smith V, Seo D, Warty R, Payne O, Salih M, Chin KL, m.fl. Maternal and neonatal outcomes associated with COVID-19 infection: A systematic review. Ryckman KK, redaktør. *PLOS ONE*. 4. juni 2020;15(6):e0234187.
11. Prabhu M, Cagino K, Matthews K, Friedlander R, Glynn S, Kubiak J, m.fl. Pregnancy and postpartum outcomes in a universally tested population for SARS-CoV-2 in New York City: a prospective cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. november 2020;127(12):1548–56.
12. UK Government. COVID-19: investigation and initial clinical management of possible cases [Internet]. [henvist 11. december 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan->

novel-coronavirus-initial-investigation-of-possible-cases/investigation-and-initial-clinical-management-of-possible-cases-of-wuhan-novel-coronavirus-wn-cov-infection

13. Afshar Y, Gaw SL, Flaherman VJ, Chambers BD, Krakow D, Berghella V, m.fl. Clinical Presentation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Pregnant and Recently Pregnant People. *Obstet Gynecol.* december 2020;136(6):1117–25.
14. Jering KS, Claggett BL, Cunningham JW, Rosenthal N, Vardeny O, Greene MF, m.fl. Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized Women Giving Birth With and Without COVID-19. *JAMA Intern Med.* 15. januar 2021;
15. Mullins E, Hudak ML, Banerjee J, Getzlaff T, Townson J, Barnette K, m.fl. Pregnancy and neonatal outcomes of COVID-19 – co-reporting of common outcomes from the PAN-COVID and AAP SONPM registry. *medRxiv.* 9. januar 2021;2021.01.06.21249325.
16. Ward H, Atchison C, Whitaker M, Ainslie KE, Elliott J, Okell L, m.fl. Antibody prevalence for SARS-CoV-2 following the peak of the pandemic in England: REACT2 study in 100,000 adults. *medRxiv.* 21. august 2020;2020.08.12.20173690.
17. Vousden N, Bunch K, Morris E, Simpson N, Gale C, O'Brien P, m.fl. The incidence, characteristics and outcomes of pregnant women hospitalized with symptomatic and asymptomatic SARS-CoV-2 infection in the UK from March to September 2020: a national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). *medRxiv.* 5. januar 2021;2021.01.04.21249195.
18. MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care. Rapid report: Learning from SARS-CoV-2-related and associated maternal deaths in the UK [Internet]. 2020. Tilgængelig hos: [https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrpace-uk/reports/MBRRACE-UK\\_Maternal\\_Report\\_2020\\_v10\\_FINAL.pdf](https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrpace-uk/reports/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2020_v10_FINAL.pdf)
19. Maraschini A, Corsi E, Salvatore MA, Donati S, ItOSS COVID-19 Working Group. Coronavirus and birth in Italy: results of a national population-based cohort study. *Ann Ist Super Sanita.* september 2020;56(3):378–89.
20. Engjom H, Aabakke AJ, Klungsoyr K, Svanvik T, Äyräs O, Jonasdottir E, m.fl. COVID-19 in pregnancy – characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital because of SARS-CoV-2 infection in the Nordic countries. *medRxiv.* 9. februar 2021;2021.02.05.21250672.
21. Collin J, Byström E, Carnahan A, Ahrne M. Public Health Agency of Sweden's Brief Report: Pregnant and postpartum women with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in intensive care in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* juli 2020;99(7):819–22.
22. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, m.fl. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 6. november 2020;69(44):1641–7.
23. Martinez-Portilla RJ, Sotiriadis A, Chatzakis C, Torres-Torres J, Espino Y Sosa S, Sandoval-Mandujano K, m.fl. Pregnant women with SARS-CoV-2 infection are at higher risk of death and pneumonia: propensity score matched analysis of a nationwide prospective cohort (COV19Mx). *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* februar 2021;57(2):224–31.

24. DeBolt CA, Bianco A, Limaye MA, Silverstein J, Penfield CA, Roman AS, m.fl. Pregnant women with severe or critical coronavirus disease 2019 have increased composite morbidity compared with nonpregnant matched controls. *Am J Obstet Gynecol*. 20. november 2020;
25. Badr DA, Mattern J, Carlin A, Cordier A-G, Maillart E, El Hachem L, m.fl. Are clinical outcomes worse for pregnant women at  $\geq 20$  weeks' gestation infected with coronavirus disease 2019? A multicenter case-control study with propensity score matching. *Am J Obstet Gynecol*. november 2020;223(5):764–8.
26. Oakes MC, Kernberg AS, Carter EB, Foeller ME, Palanisamy A, Raghuraman N, m.fl. Pregnancy as a risk factor for severe coronavirus disease 2019 using standardized clinical criteria. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 22. januar 2021;3(3):100319.
27. Lokken EM, Huebner EM, Taylor GG, Hendrickson S, Vanderhoeven J, Kachikis A, m.fl. Disease Severity, Pregnancy Outcomes and Maternal Deaths among Pregnant Patients with SARS-CoV-2 Infection in Washington State. *Am J Obstet Gynecol*. 19. januar 2021;
28. Aabakke A, Krebs L. COVID-19 i graviditet, rapport for perioden 1. marts - 31. august 2020 [Internet]. [henvist 27. november 2020]. Tilgængelig hos: <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/5f7ef92c2c1737355da5b769/1602156846868/COVID-19+i+graviditet+--+Rapport+for+marts-august+v1.1.pdf>
29. Ahlberg M, Neovius M, Saltvedt S, Söderling J, Pettersson K, Brandkvist C, m.fl. Association of SARS-CoV-2 Test Status and Pregnancy Outcomes. *JAMA*. 23. september 2020;
30. esundhed.dk. Fødte og fødsler (1997 -) [Internet]. [henvist 27. november 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.esundhed.dk/Emner/Gravide-foedsler-og-boern/Foedte-og-foedsler-1997->
31. Schwartz DA, Graham AL. Potential Maternal and Infant Outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses*. 10 2020;12(2).
32. Alserehi H, Wali G, Alshukairi A, Alraddadi B. Impact of Middle East Respiratory Syndrome coronavirus (MERS-CoV) on pregnancy and perinatal outcome. *BMC Infect Dis*. 2. marts 2016;16:105.
33. FIGO Statement\_COVID-19 vaccination pregnant breastfeeding women. 2021.
34. Sundhedstyrelsen. Sundhedsstyrelsens gode råd: Gode råd til dig, der er i øget risiko. 2020; Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Haandtering-af-COVID-19-Anbefalinger-til-personer-i-oeget-risiko>
35. Sundhedstyrelsen. COVID-19: Smitteopsporing af nære kontakter. 2020; Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/COVID-19-Smitteopsporing-af-naere-kontakter>
36. RCOG. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy [Internet]. Report No.: Version 13: Published Friday 19 February 2021. Tilgængelig hos: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v13.pdf>
37. The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 — Preliminary Report. *N Engl J Med*. 17. juli 2020;NEJMoa2021436.

38. World Health Organization (WHO). Corticosteroids for COVID-19. Living Guidance. 2 September 2020 [Internet]. [henvist 4. december 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Corticosteroids-2020.1>
39. Dansk Selskab for Infektionsmedicin. Retningslinje til behandling af indlæggelseskrævende voksne patienter med COVID-19. Version 11 [Internet]. 2021 jan [henvist 26. februar 2021]. Tilgængelig hos: <http://www.infmed.dk/download?UID=0f649841510afd914f09fd904863ad25854a475e>
40. Protocol of the RECOVERY trial [Internet]. clinicaltrials.gov. [henvist 28. november 2020]. Tilgængelig hos: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04381936>
41. The Irish Health Service Executive. HSE Interim Guidance for the Use of Antiviral Therapy in the Clinical Management of Acute Respiratory Infection with SARS-CoV2 (COVID-19). [Internet]. 2020 dec [henvist 26. februar 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.hse.ie/eng/services/list/2/gp/antibiotic-prescribing/hospital-related-guidelines/hse-interim-guidance-for-antiviral-therapy-in-the-management-of-covid-19-v6-0.pdf>
42. Dalager-Pedersen M. Retningslinje til behandling af indlæggelseskrævende voksne patienter med COVID-19 [Internet]. Dansk Selskab for Infektionsmedicin; Tilgængelig hos: <http://www.infmed.dk/site/tools/download.php?UID=0f649841510afd914f09fd904863ad25854a475e>
43. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, m.fl. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Final Report. *N Engl J Med.* 05 2020;383(19):1813–26.
44. Remdesivir [Internet]. Drugs and Lactation Database (LactMed). 2020 [henvist 28. november 2020]. Tilgængelig hos: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556881/>
45. Hellfritsch M, Kümler T, Hansen AT, Tang M, Berthelsen KG, Fialla AD, m.fl. [Venous thromboembolism in patients with COVID-19]. *Ugeskr Laeger.* 01 2020;182(23).
46. Lindqvist P, Dahlbäck B, Marşál K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstet Gynecol.* oktober 1999;94(4):595–9.
47. Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (DSTH). Tromboembolisk sygdom under graviditet og post partum – risikovurdering, profylakse og behandling [Internet]. Tilgængelig hos: [https://www.dsth.dk/pdf/Rapporter\\_retningslinjer/03\\_GRAVID.pdf?e=2589360/7542775](https://www.dsth.dk/pdf/Rapporter_retningslinjer/03_GRAVID.pdf?e=2589360/7542775)
48. Benhamou D, Keita H, Ducloy-Bouthors AS, Obstetric Anaesthesia and Critical Care Club Working Group. Coagulation changes and thromboembolic risk in COVID-19 obstetric patients. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2020;39(3):351–3.
49. Turan O, Hakim A, Dashraath P, Jeslyn WJL, Wright A, Abdul-Kadir R. Clinical characteristics, prognostic factors, and maternal and neonatal outcomes of SARS-CoV-2 infection among hospitalized pregnant women: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* oktober 2020;151(1):7–16.
50. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-10-14-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v12.pdf>

51. Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (DSTH). FOREBYGGELSE OG BEHANDLING AF TROMBOSE OG BLØDNING HOS COVID-19-PATIENTER. 2020; Tilgængelig hos: <https://dsth.dk/pdf/COVID-19-retningslinje-web.pdf>
52. Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'connell MP. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juni 2020;249:96–7.
53. Ravaldi C, Ricca V, Wilson A, Homer C, Vannacci A. Previous psychopathology predicted severe COVID-19 concern, anxiety, and PTSD symptoms in pregnant women during “lockdown” in Italy. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 20. november 2020; Tilgængelig hos: <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01086-0>

## 19. Bilag

**Nedenstående bilag er samlet på DSOGs hjemmeside:**

**Bilag A** Spørgeguide vedr. COVID-19 telefonisk visitation i graviditet og fødsel – **version 8**

**Bilag B** Udgået

**Bilag C** Håndtering ved ankomst, påvist eller mistanke herom COVID-19 gravid, fødsel – **version 9**

**Bilag D** Generel vejledning til forældre vedr. nyfødt barn i familie med påvist eller mistænkt COVID-19 infektion – **version 9**

**Bilag E** Vejledning om håndtering af hjemmefødsler ifm. COVID-19 – version 9

**Bilag F** COVID-19 i graviditet. Rapport med danske tal 1.3.-31.10.2020. Version 2.

**Bilag G** Oversigtstabel over relevante studier, **version 2**.

**Bilag H** Liste over højrisiko-gravide, som vil kunne tilbydes COVID-19 vaccination – version 1.

**Bilag I** Gode råd til gravide om forebyggelse af smitte mod COVID-19 og til gravide, som er smittet med ny coronavirus – version 1.

**Bilag J** Spørgeguide ved henvendelse til fødeafsnit med symptomer på COVID-19 – version 2.

**Bilag K** Vaccinationsinfo til gravide – version 2.

**Bilag J** Vaccinationsinfo til personale – version 2.

## 20. Diverse revisioner

Version	Dato	Opsummering af ændringer
0	23.3.2020	
1	25.3.20	<p><b>Kap. 3.</b> Tilføjelse vedr. generelle anbefalinger af brug af værnemidler ved fødsel.</p> <p><b>Kap. 5.</b> Ændring i skema, undertekst o.a.</p> <p><b>Kap. 6.</b> Vedr. test af gravide og fødende ift. symptomer på COVID-19</p> <p><b>Kap. 9.</b> Alle kvinder med COVID-symptomer v. fødsel skal vurderes klinisk, således ikke afvente latensfase i hjemmet.</p> <p><b>Kap. 10.</b> Planlagt hjemmefødsel – iht. SST's retningslinje.</p>
2	29.3.20	<p><b>Layoutmæssig redigering</b></p> <p><b>Kap. 2.</b> Præcisering af tekst vedr. ét tilfælde af vertikal transmission Præcisering af tekst vedr. asymptomatiske smittebærere og mulig virkning på fosteret</p> <p><b>Kap. 4.</b> Tilføjet forhold vedrørende rygning</p> <p><b>Kap. 7.</b> Præcisering af behandling og observationspunkter i graviditet og under fødslen for gravide med moderate/svære symptomer</p> <p><b>Kap. 8.</b> Gravide kvinder, som har været indlagt grundet COVID-19 infektion, skal tilbydes tilvækstscanning</p>
3	14.4.2020	<p><b>Kap. 2.</b> Opdateret ift. nyeste viden om sygdomsprofil, samt risiko for trombose.</p> <p><b>Kap. 3.</b> Vedrørende værnemidler ifm. sectio o.a. procedure.</p> <p><b>Kap. 4.</b> Vigtigheden af ved rutinekontroller at monitorere BT, fostertilvækst og urin præciseres.</p> <p><b>Kap. 5.</b> Præcisering af tabel og opdeling i gravid/fødende og partner.</p> <p><b>Kap. 6</b> 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.</p> <p>Partner med milde symptomer kan via egen læge blive henvist til test for COVID-19.</p> <p><b>Kap. 7.</b> Covid-19 gravide skal ikke bære mundbind under fødslen, såfremt personalet bærer værnemidler.</p> <p><b>Kap. 7-9-13</b> Afsnit om antitrombotisk behandling ifm. Indlæggelse, fødsel og barsel.</p> <p><b>Kap. 15.</b> Præcisering af afsnit vedr. mor med bekræftet COVID-19 og barn indlagt på neonatalafdelingen.</p>



4	29.4.2020	<p><b>Kap. 2.</b> Opdateret ift. nyeste viden om forekomst og sygdomsprofil, herunder danske tal.</p> <p><b>Kap. 3.</b> Præcisering af generelle forholdsregler ift smittespredning, samt håndtering ift. nyeste retningslinje fra SST.</p> <p><b>Kap. 5.</b> Skemaer er opdaterede iht. SSTs retningslinjer.</p> <p><b>Kap. 6.</b> Præcisering af at alle gravide som indlægges mere end 24 timer, samt alle fødende skal testes for ny coronavirus (test-svar &lt;48 t. gammelt kan anvendes).</p> <p>Afsnit om test for ny coronavirus af gravide med senabort, foetus mortus og/eller særlige CNS-relaterede misdannelse er taget bort. Selskaberne diskuterer i øjeblikket håndteringen ift. fund af særlige misdannelser. Ved indlæggelse ifm. senabort eller foetus mortus testes kvinden iht. ovenstående.</p> <p><b>Kap. 9.</b> Ændring således, at kvinden ikke skal bære maske under fødsel</p> <p><b>Kap. 17.</b> 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><b>Kap. 2.</b> Afsnit om evidensgradering.</p> <p>Opdateret ift. 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><b>Kap. 4.</b> Afsnit om omplacering af gravide medarbejdere i sundheds-, ældre og plejesektoren, samt gravide medarbejdere i dagtilbud 0-6 år.</p> <p><b>Kap. 5.</b> Alle personer kan nu tilmelde sig test for ny coronavirus uanset symptomer eller ej.</p> <p><b>Kap. 5.</b> Såfremt personale har håndteret en patient med positivt testresultat, tilrådes det, at personale, der har været i direkte kontakt med kvinden <b>uden</b> anvendelse af de anbefalede værnemidler, testes for ny coronavirus på dag 6 og 8. Personalet sygemeldes indtil svar på disse tests.</p> <p><b>Kap. 7.</b> Opdateret ift nyeste viden om sygdom, herunder fokus på monitorering, risiko for forværring pga. lungeemboli eller hjertesvigt, samt fokus på anti-trombotisk behandling.</p> <p><b>Kap. 8.</b> Nyt kapitel om forebyggelse af tromboembolisk sygdom for gravide, fødende og barslende kvinder med COVID-19.</p> <p><b>Kap. 10.</b> Ændret anbefaling ift. Fødepidural for fødende kvinder med påvist eller mistanke om COVID-19 sygdom.</p> <p><b>Kap. 14.</b> Opdateret ift. anbefalede behandling af alle med COVID-19 sygdom og antitrombotisk behandling.</p> <p><b>Kap. 19.</b> Opdateret ift. nyeste referencer.</p>

		<p><b>Kap. 20.</b> Bilag A-C opdateret ift. mulighed for test af alle borgere uanset symptomer.</p> <p>Bilag E. Vejledning om håndtering af hjemmefødsler under COVID-19 epidemien</p> <p>Bilag F. Rapport COVID-19 i Graviditet Rapport for perioden 1.marts – 30. april 2020</p> <p><b>Kap. 21.</b> 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 ift. teststrategi.
11.6.20	Version 7	<p><b>Kap. 2.</b> SST har indarbejdet retningslinjen for gravide og fødende i den generelle <i>Retningslinje for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet</i>.</p> <p>SST's opdaterede viden om symptomer på let COVID-19.</p> <p>Nyeste viden om bl.a. risikogrupper, herunder, at RCOG påpeger fokus på D-vitaminmangel.</p> <p><b>Kap. 6.</b> Opdateret iht. SST's generelle retningslinjer. Således skal personer tidligere testet positiv for ny coronavirus altid testes ved fornyet henvendelse, men mindre testet indenfor <math>\leq 48</math> timer.</p> <p>Regionerne har ændret vejledning ift. antal pårørende på hospital.</p> <p>Bilag B bortfalder.</p> <p><b>Kap. 7.</b> Revision ift. håndtering af den indlagte gravide/fødende med COVID-19.</p> <p><b>Kap. 8.</b> Revision vedr. tromboserelaterede risikofaktorer</p> <p><b>Kap. 9.</b> Tilføjelse om fokus på mentale helbred ved svangrekonsultationerne.</p> <p>Tilføjelse om antenatale kontroller efter svær COVID-19.</p> <p><b>Kap. 10.</b> Revision med inddeling ift. test positiv for ny coronavirus og symptomer på COVID-19.</p> <p>Ikke længere anbefaling for kontinuerlig CTG under fødslen hos asymptomatiske kvinder testet positiv for ny coronavirus, medmindre andet indikerer dette.</p> <p>Kap. 20 Bilag B bortfalder.</p>
8	Dec. 2020	<p><b>Introduktion:</b> Præcision af definitioner:</p> <p>Ny coronavirus beskriver asymptomatisk test positiv COVID-19 omfatter symptomatisk test-positiv.</p> <p>Bilag A og C er tilpasset i henhold til Dette.</p> <p>Nyt afsnit med oversigt over anvendte forkortelser</p> <p><b>Kap. 2.</b> Kapitlet er opdateret med den nyeste evidens inkl. danske tal.</p> <p><b>Kap. 5.</b> Arbejdsgruppen afventer svar fra sundhedsmyndighederne vedrørende en række forhold omkring testning. Kapitel 5 skal derfor</p>

		<p>anvendes med en række forbehold. Det anbefales at følge de lokale vejledninger indtil svar foreligger.</p> <p>Skema 1 er opdateret. Der er tilføjet kolonne med gravid/fødende med positiv covid-19 test tidligere i graviditeten. I skema 2 er indført, at partner med milde symptomer, men med negativ Ny Coronavirus test (&lt; 48 timer gammel) kan deltage ved hjemmefødsel. Herved skabes kongruens med tilsvarende anbefaling for partner på hospital.</p> <p><b>Kap. 6.</b> Opdateret i henhold til SST's generelle retningslinjer.</p> <p><b>Kap. 7.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ændring af overskrift</li> <li>- Gennemgribende opsætningsmæssig revision.</li> <li>- Tilføjelse af anbefalinger under fødslen hos symptomatiske gravide herunder anbefalinger om CTG, Skalp-elektrode og -pH og vandfødsel.</li> <li>- Tilføjelse af medicinsk behandling af gravide med moderat/svære covid-19 symptomer, herunder at steroid behandling anbefales ved symptomer og behov for ilt eller anden forværring, samt at Remdesivir kan anvendes i visse situationer.</li> </ul> <p><b>Kap. 8.</b> Opdateret med den nyeste viden om tromboseprofylakse, herunder at tromboseprofylaksen kan seponeres, når kvinden udskrives, hvis den gravide er asymptomatisk og ikke er i selv-isolation, forudsat der ikke i øvrigt er indikation for at fortsætte trombose-profylakse (se skema 3). Ved fortsatte symptomer fortsættes behandling med LMH indtil den akutte fase er overstået (7-14 dage efter udskrivelse).</p>
--	--	---