

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

# **INFORME TÉCNICO 001/2021**

Coordenação de Vigilância Epidemiológica

## **VIGILÂNCIA UNIVERSAL DA SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Rio de Janeiro, março de 2021.  
Segunda Versão

## VIGILÂNCIA UNIVERSAL DA SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P)

### BREVE HISTÓRICO

A doença causada pela SARS-CoV-2 – COVID-19, foi registrada pela primeira vez em dezembro de 2019, na China, tendo o primeiro caso no Brasil registrado em 26 de fevereiro de 2020<sup>1</sup>. O vírus espalhou-se rapidamente pelos continentes e em 11 de março de 2020 passou a ser considerada uma Pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>2</sup>.

Quadros graves e óbitos pelo COVID-19 impactam em maior proporção a população de idosos e pessoas com comorbidades, denominados grupos de riscos. Apesar de crianças e adolescentes, em sua maioria, apresentarem quadros leves, moderados ou assintomáticos, estas podem desenvolver manifestações clínicas exuberantes e graves<sup>3</sup>.

Em abril de 2020, a Inglaterra emitiu nota de alerta sobre quadro clínico incomum em crianças com ou sem COVID-19. Na sequência foram emitidos informes com atualizações de casos na França, Reino Unido, Itália, França e Estados Unidos. Até então o espectro clínico da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) era desconhecida<sup>3</sup>.

No Brasil, a primeira reunião sobre a SIM-P ocorreu em 05 de maio, com participação de representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Hospital Geral Universitário Gregório Marañón<sup>3</sup>.

Com o avançar dos casos em 14 de maio, o CDC publica alerta com definição de caso. No dia seguinte a OMS publica alerta com definição de caso e formulário de notificação e o CDC publica avaliação rápida de risco. Nesse período já tínhamos no mundo 300 casos e cinco óbitos. Dessa forma, em 20 de maio o Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Reumatologia e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), publicam alerta brasileiro e orientação quanto ao manejo clínico dos casos<sup>3,4,5</sup>.

Na sequência em 24 de julho, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica N° 16/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS, trazendo orientações sobre a notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19. A partir de então foi disponibilizado formulário online no RED-CAP para notificações em todo o território Nacional para SIM-P<sup>3</sup>.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E LABORATORIAIS DA SIM-P TEMPORALMENTE ASSOCIADA À COVID-19

- Os dados sobre a apresentação clínica e características epidemiológicas de crianças com SIM-P ainda são limitados e permanecem em constante evolução.
- Em uma série de casos do Reino Unido, Itália, França e Suíça, as idades das crianças acometidas variaram de 2 a 16 anos e a maioria não tinha comorbidades.
- Febre persistente por  $\geq 4$  dias foi o sintoma mais frequente e outros sintomas comuns foram gastrointestinais (84%), incluindo vômitos, dor abdominal e/ou diarreia; sintomas mucocutâneos semelhantes aos da Doença de Kawasaki (incluindo conjuntivite e erupção cutânea); e achados neurológicos incluindo cefaleia, irritabilidade e encefalopatia.
- Algumas crianças apresentaram quadros abdominais agudos e foram submetidas a laparotomia exploradora, com achados intra-operatórios de linfadenite mesentérica e peritonite.
- Várias crianças desenvolveram hipotensão (74%) com indicação de admissão em unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) e suporte inotrópico, e alguns evoluíram com necessidade de ventilação mecânica não invasiva ou invasiva devido ao desconforto respiratório por disfunção cardíaca.
- Uma minoria de crianças (16%) foi colocada em oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO).
- A ecocardiografia demonstrou função ventricular cardíaca deprimida na maioria dos pacientes, mas foram menos comumente relatados como tendo regurgitação valvar, artérias coronárias dilatadas (16%) ou aneurismas de artéria coronária franca (AAC) (4%).
- De uma forma geral, os exames laboratoriais revelam a elevação significativa de marcadores inflamatórios, como a proteína C reativa (PCR), velocidade de hemossedimentação (VHS), procalcitonina e/ou ferritina. Outros achados comuns incluem hiponatremia, lesão renal aguda e hipoalbuminemia, e vários pacientes tiveram derrames serosos (pleural, pericárdico e peritoneal), sugerindo inflamação generalizada.
- Os níveis de troponina eram elevados em muitos pacientes (81%), e os níveis de peptídeo natriurético do tipo pró-B (proBNP) estavam marcadamente elevados na maioria (70%), sugerindo dano miocárdico e insuficiência cardíaca, respectivamente.
- As anormalidades hematológicas relatadas incluíram neutrofilia, linfopenia, níveis de plaquetas baixos a normais, D-dímero elevado e fibrinogênio baixo. Eventos trombóticos não foram relatados.

### VIGILÂNCIA PARA SIM-P

- Monitorar a tendência dos casos de SIM-P por COVID-19 e sua relação com os casos notificados por esta doença em crianças e adolescentes, no estado do Rio de Janeiro;
- Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de SIM-P por COVID-19, no estado do Rio de Janeiro.

## Critérios para definições de Caso

**Caso Suspeito** - deverão considerar a suspeição da SIM-P baseado na definição adotada de caso preliminar pelo Ministério da Saúde<sup>5</sup>:

### Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

- Presença de febre ( $\geq 38^\circ$ ) persistente ( $\geq 3$  dias) em pacientes com faixa etária entre 0 a 19 anos

**E**

pelo menos dois seguintes sinais ou sintomas:

- Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés),
- Hipotensão arterial ou choque,
- Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina/NT-proBNP),
- Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados).
- Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)

**E**

- Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros.

**E**

- Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica.

**ATENÇÃO:** Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico.

**Caso Confirmado laboratorial** - pacientes com faixa etária entre 0 a 19 anos, que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico e resultado laboratorial detectável para técnica de RTP-PCR ou reagente para testes imunológicos à exposição ao SARS-CoV-2;

**Caso Confirmado Clínico-Epidemiológico** - pacientes com faixa etária entre 0 a 19 anos, que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico e sem resultado laboratorial de exposição ao SARS-CoV-2, mas com contato intradomiciliar com resultado positivo RT-PCR ou sorologia.

**Caso Descartado** - pacientes com faixa etária entre 0 a 19 anos, **com** ou **sem** resultado laboratorial detectável para técnica de RTP-PCR ou reagente para testes imunológicos à exposição ao SARS-CoV-2 que não preencheram critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico.

## Notificação

Assim, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro optou por **manter a vigilância universal da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica em todo o Estado, a partir da notificação imediata em até 24 horas, via REDCap**. Quando identificada a SIM-P, o caso deverá ser notificado pelo site [REDCap](https://is.gd/simpcovid) no formulário online: <https://is.gd/simpcovid>

### Recomendações quanto ao fluxo para notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19<sup>5</sup>:

1. A notificação individual da SIM-P deverá ser realizada de forma universal, isto é, por qualquer serviço de saúde ou pela autoridade sanitária local ao identificar indivíduo que preencha a definição de caso.
2. A notificação individual da SIM-P não deverá ser restrita às unidades de saúde (US) com Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) instalado, entretanto, naquelas onde há NHE ativo, este deverá participar das atividades relacionadas à notificação.
3. A notificação individual da SIM-P pelo serviço de saúde inclui a realização periódica de busca ativa de indivíduos hospitalizados que preencham a definição de caso, coleta de exames, investigação clínico-laboratorial, acompanhamento e encerramento dos casos, que deverão ser repassados ao serviço de vigilância, e não apenas o registro da notificação.
4. A notificação individual da SIM-P deverá ser realizada, preferencialmente, pelo serviço de saúde responsável pelo atendimento do caso, por meio do preenchimento da notificação individual diretamente no formulário online: <https://is.gd/simpcovid>.
  - 4.1 Ao final do preenchimento da notificação individual no formulário online será gerado um PDF com os dados da notificação. O notificante deverá fazer o download. Este deverá ser impresso e enviado junto às amostras para o laboratório Central de Saúde Pública – LACEN-RJ.
  - 4.2 Na impossibilidade de gerar um PDF da notificação pelo REDCap, imprimir o formulário do Anexo A para acompanhar as amostras que serão encaminhadas ao LACEN-RJ.
5. Na impossibilidade de notificação da SIM-P pela US notificadora diretamente no formulário online, este deverá ser impresso (Anexo A), preenchido e enviado ao serviço de vigilância epidemiológica do município que a US está localizada, em meio físico ou digitalizado.
  - 5.1 Nestes casos, o serviço de vigilância epidemiológica municipal será responsável pela digitação do caso no formulário online <https://is.gd/simpcovid>
6. A SES RJ coordena o fluxo de informações das notificações da SIM-P no estado do Rio de Janeiro por meio da Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Coordenação de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) e Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Este fluxo poderá ser revisto quando permanente.

7. A partir da identificação do caso que atenda aos critérios, a notificação no formulário online, ou repasse das informações ao serviço de vigilância epidemiológica municipal para digitação do caso, deverá ser realizado em até 24 horas.
8. O CIEVS e a CVE estabelecerão fluxo de comunicação semanal com as vigilâncias epidemiológicas municipais, via correio eletrônico, para comunicação dos casos da SIM-P notificados no formulário online, podendo ser revisto quando pertinente.
9. Recomenda-se às US notificantes, revisar periodicamente os registros de saúde disponíveis para identificação de dados importantes da evolução do caso (resultado laboratorial, tratamento, alta, óbito, transferência de hospital e outros). Novos dados revisados deverão ser informados ao serviço de vigilância epidemiológica municipal e estes deverão ser encaminhado para o e-mail [simpCOVID19@gmail.com](mailto:simpCOVID19@gmail.com), para que a SES faça a atualização.
10. As vigilâncias municipais deverão acompanhar os casos da SIM-P temporalmente associadas à COVID-19 notificados, com as atualizações necessárias até seu encerramento no sistema, consolidando, analisando e divulgando os dados por meio de boletins epidemiológicos, com atenção para investigação dos contatos próximos.
11. As SMS através das vigilâncias epidemiológicas municipais deverão prestar orientação e suporte junto as US notificadoras quanto aos critérios clínicos e epidemiológicos, fluxos de notificação, podendo contar com o apoio desta SVS/SES RJ quando necessário.
12. As US e vigilâncias epidemiológicas municipais que tiveram registro de casos a partir do dia 26/02/2020, momento em que houve a confirmação do primeiro caso da COVID-19 no Brasil, recomenda-se a inserção dos registros retroativos, a partir desta data, no formulário online com a finalidade de captar os casos desde o início das ocorrências, e assim ter cenário mais fidedigno da magnitude do problema.

## LABORATÓRIO

### Orientações quanto ao fluxo de coleta e análise das amostras<sup>5</sup>:

1. A unidade notificadora deverá realizar coleta de amostras laboratoriais de acordo com a definição de caso, acondicionar as amostras para transporte, cadastrar a amostra no GAL e enviar ao laboratório de referência, conforme fluxo local;
2. O CADASTRO NO GAL deverá ser realizado para o AGRAVO: COVID-19; no campo FINALIDADE colocar Investigação, e no campo DESCRIÇÃO colocar Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P);
3. Preencher o formulário de notificação (Anexo 2 - <https://is.gd/simpCOVID>) e encaminhar amostra com a requisição impressa e guia de encaminhamento.
4. A notificação no formulário online deverá ser realizada de forma independente à coleta de amostras; e

5. Os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) deverão triar, processar, analisar as amostras dos casos notificados para SIM-P enviadas pelas unidades notificadoras e liberar os resultados no GAL com a mesma prioridade dos casos suspeitos para COVID-19.

**OBS.: O horário de entrega de amostras no LACEN RJ é de 8 às 17h, inclusive nos finais de semana.**

Registra no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial

Agravo: COVID - 19

Finalidade: Investigação

Descrição: Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica

#### **Indicação para a coleta de amostras em situação de óbito<sup>5</sup>:**

Para pacientes que evoluíram para o óbito deverá ser realizada a coleta das seguintes amostras para o diagnóstico viral e histopatológico:

- Tecido da região central dos brônquios (hilar), dos brônquios direito e esquerdo e da traqueia proximal e distal;
- Tecido do parênquima pulmonar direito e esquerdo; e
- Tecido das tonsilas e mucosa nasal.

#### **COLETA, TRANSPORTE E ACONDICIONAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA IDENTIFICAÇÃO LABORATORIAL DE SARS-CoV-2 EM CASOS SUSPEITOS DE SIM-P, SEM PRÉVIO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

**RT PCR SARS-CoV-2**

**AMOSTRAS PARA RT-PCR**

- Amostra de Aspirado nasofaríngeo;

- Swab de nasofaringe
- Amostra de Secreção respiratória inferior: escarro, lavado traqueal ou lavado bronco alveolar.

#### **ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DAS AMOSTRAS PARA SOROLOGIA**

- As amostras para diagnóstico molecular devem ser mantidas refrigeradas (2 a 8°C) até o processamento, que não deve ultrapassar 72 horas após a coleta.
- Na impossibilidade de processamento dentro desse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C. Caso haja necessidade de transporte das amostras deve-se assegurar a manutenção da temperatura. É importante evitar o congelamento e descongelamento sucessivos da amostra.
- A embalagem para o transporte de amostras de casos suspeitos com infecção por SARS-CoV-2 devem seguir os regulamentos de remessa para Substância Biológica UN3373, Categoria B

#### **FLUXO DE CADASTRO E ENVIO DE AMOSTRAS**

- MATERIAL BIOLÓGICO: Swab nasofaringe;
- PESQUISA: Coronavírus – LACEN.

#### **SOROLOGIA**

#### **AMOSTRAS PARA SOROLOGIA**

- Soro

#### **ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DAS AMOSTRAS PARA SOROLOGIA**

- Enviar amostra de soro colhida em tubo de poliestireno com tampa de cor amarela. Refrigerar entre 2 a 8 °C por até 72 horas. Após este prazo, congelar a – 20 °C.
- Transporte: em caixa de isopor com gelo reciclável.

#### **FLUXO DE CADASTRO E ENVIO DE AMOSTRAS**

- MATERIAL: soro;
- PESQUISA: Covid-19 Sorologia.



## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA PRECOCE<sup>3</sup>**

- Uso apropriado de Equipamento de Proteção Individual (EPI);
- Reanimação e tratamento de suporte avançado de vida adequado à faixa etária;
- Antibioticoterapia empírica deve ser iniciada de acordo com os protocolos locais de sepse após coleta de hemoculturas;
- Coleta de exames complementares: hemograma com plaquetas, sódio, potássio, CK total, CK-MB, troponina, pro-BNP, glicose, creatinina, ureia, DHL, triglicerídeos, colesterol total, TGO/AST, TGP/ALT, TAP, TTPa, fibrinogênio, D-dímero, VHS, proteína C reativa, ferritina, pesquisa na urina de elementos anormais e sedimentoscopia, proteinúria (coleta em spot urinário ou em 24h);
- Conforme necessidade de diagnósticos diferenciais de cada paciente: sorologias, hemocultura, urocultura, coprocultura e cultura da orofaringe;
- Solicitar painel viral respiratório, com pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR ou antígeno e sorologia para SARS-CoV-2;
- Estar alerta para a possibilidade de rápida deterioração e agravamento da inflamação;
- Assim sendo, observar elevação ou persistência da febre, deterioração cardiorrespiratória, piora dos sintomas gastrintestinais, hepatoesplenomegalia ou linfadenopatia, disseminação do exantema cutâneo, agravamento dos sintomas neurológicos. Além disto, atentar-se para alterações laboratoriais com aumento de marcadores da inflamação, hemograma com citopenias (anemia, leucopenia, plaquetopenia), ferritina elevada, VHS inesperadamente baixo ou em queda (sugerindo síndrome da tempestade de citocina), fibrinogênio em ascensão (indicando atividade inflamatória) ou em queda abrupta (iniciando coagulopatia de consumo), TGO, TGP ou DHL em ascensão, triglicérides crescentes, D-dímeros crescentes e hiponatremia com piora da função renal;
- Monitoração cardiorrespiratória precoce, incluindo aferição contínua de saturação de O<sub>2</sub> contínua, pressão arterial e realização de ECG;
- Considerar a infusão de gamaglobulina intravenosa e ácido acetil salicílico nos casos que preenchem critérios para síndrome de Kawasaki;
- Ponderar também sobre o uso da gamaglobulina intravenosa se forem preenchidos os critérios para a síndrome do choque tóxico; e
- Monitorização rigorosa dos casos com envolvimento miocárdico (troponina e/ou pro-BNP elevadas/ECG com alterações cardíacas e/ou anormalidades no ecocardiograma).

## **CASOS MODERADOS A GRAVES**

1. Considerar internação hospitalar com a possibilidade de monitorização cardiorrespiratória

## 2. Avaliação laboratorial:

- 2.1 Hemograma completo com diferencial
- 2.2 Função renal com dosagem de ureia e creatinina
- 2.3 Função hepática com dosagem de ALT, AST, albumina, bilirrubina
- 2.4 Marcadores cardíacos: troponina e pró-BNP
- 2.5 EAS e urinocultura
- 2.6 Gasometria com lactato
- 2.7 Marcadores de inflamação: VHS, PCR, procalcitonina, ferritina, IL-6 (se disponível)
- 2.8 Painel de coagulação: PT, PTT, fibrinogênio, D-dímero
- 2.9 CK, LDH
- 2.10 Cultura de sangue
- 2.11 Sorologia para SARS-CoV-2
- 2.12 Swab nasofaríngeo ou amostra do trato respiratório inferior para SARS-CoV-2 por RT-PCR; considerar enviar amostra de fezes se apresentar sintomas gastrointestinais

## 3. Imagem:

- 3.1 Raio-x do tórax
  - 3.2 Ultrassonografia abdominal ou tomografia computadorizada se estiver relacionada a sintomas/achados físicos.
4. Eletrocardiograma de doze derivações (ECG)
  5. Ecocardiograma (transtorácico)
  6. Consulta precoce de especialistas para auxiliar na condução do caso, como terapia intensiva, cardiologia, reumatologia, doenças infecciosas, alergia / imunologia, neurologia

## **CASOS LEVES**

Para algumas crianças com febre de curta duração (<4 dias) que não estão gravemente doentes e não exigem envolvimento de vários sistemas, a avaliação inicial no ambiente ambulatorial pode ser considerada.

Uma avaliação laboratorial preliminar, incluindo hemograma completo com diferencial, testes de função hepática, eletrólitos, PCR, VHS, urinalise e swab nasofaríngeo para SARS-CoV-2 e sorologia podem ser úteis para decidir se exames mais complexos ou hospitalização são necessários. Considerar outras causas de febre com base na sintomatologia (ou seja, outros vírus respiratórios, faringite estreptocócica).

Em caso de febre persistente ou surgimento de novos sintomas, deve-se repetir a avaliação clínica e os testes laboratoriais que devem ser realizados preferencialmente no ambiente ambulatorial ou no departamento de emergência a cada 24 horas.

A indicação de internação hospitalar deve ser considerada em casos de deterioração no estado clínico e/ou exames laboratoriais alterados.

## **SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA STANDARD**

O medicamento IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETÁVEL (POR FRASCO) será disponibilizado pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o CID 10: B34.2 - Infecção por coronavírus de localização não especificada.

**Local para solicitação de cadastro:** Riofarmes Praça XI (orientações para as unidades solicitantes via e-mail: safiespecializado@gmail.com)

Todas as informações e documentações necessárias para solicitação via CEAF estarão disponíveis em: <https://www.saude.rj.gov.br/medicamentos/medicamentos-especializados/como-ter-acesso> e no Anexo 5.

## **TRATAMENTO<sup>3</sup>**

Discutir precocemente com equipe de emergência pediátrica, medicina intensiva pediátrica, infectologia e reumatologia pediátricas;

- Todas as crianças e adolescentes devem ser tratadas como suspeitos de COVID-19;
- Utilizar os protocolos locais de manejo da COVID-19 suspeita ou confirmada e diretrizes para antibioticoterapia empírica;
- Tratamento de suporte é recomendado para doença leve ou moderada;
- Discutir transferência imediata para unidade de terapia intensiva pediátrica, se houver deterioração clínica ou doença grave; e
- Terapias antivirais e imunomoduladoras só devem ser consideradas no âmbito de protocolos clínicos bem definidos, e discutidas individualmente com comitês de ética locais. Incluir decisão compartilhada com a família.

Os objetivos do tratamento da SIM-P são diminuir a inflamação sistêmica e reverter a disfunção orgânica a fim de diminuir a mortalidade e reduzir o risco de sequelas a longo prazo, como o desenvolvimento de aneurisma de artérias coronárias ou disfunção cardíaca persistente.

Diante da descoberta recente desta síndrome, as recomendações para tratamento foram feitas com base na extrapolação de outras síndromes.

Todos os pacientes que preencherem os critérios para Doença de Kawasaki devem ser tratados de acordo com as diretrizes previamente publicadas para esta patologia.

A terapia de primeira linha para Doença de Kawasaki inclui o tratamento com altas doses de IVIG e aspirina. Diante dos resultados favoráveis em séries iniciais de casos de crianças com SIM-P que receberam IVIG, também deve-se considerar IVIG para pacientes com SIM-P que não atendem aos critérios de Doença de Kawasaki pela possibilidade de efeitos imunomoduladores.

O tratamento com corticosteroides é uma terapia adjuvante comumente usada para o tratamento da Doença de Kawasaki.

## **IVIG**

- Se atenderem aos critérios de Doença de Kawasaki: 2 g / kg IV, normalmente administrados em dose única;
- Se atenderem aos critérios Síndrome Hemofagocítica: 1–2 g / kg IV.

**Usar com cuidado se houver sobrecarga de fluidos ou disfunção renal. Considerar terapia alternativa.**

## **Aspirina**

- Se atenderem aos critérios Doença de Kawasaki: 30–50 mg/kg/d, diminuir para 3–5 mg/kg/d;

**Quando estiver afebril por 48h. Precaução em trombocitopenia grave.**

## **Corticosteroides**

- Estratégia de dosagem 1: Metilprednisona 0,8 mg/kg 12/12h IV por 5–7 dias ou até que a PCR se normalize seguido por prednisona/prednisolona 2mg/kg/d via oral (desmame lento quando uso superior a 2 semanas);
- Estratégia de dosagem 2: metilprednisolona 10–30 mg/kg IV uma vez ao dia por 3 dias seguido por prednisona/prednisolona via oral 2 mg/kg/d até o dia 7 ou até normalização da PCR em seguida, desmame lento em 2-3 semanas;
- Pulsoterapia com metilprednisolona 30 mg/kg IV uma vez ao dia × 3 doses seguido por 1 mg/kg IV 12/12h. Desmame lento após.

**Precaução se RT-PCR positivo para SARS-CoV-2, sugerindo infecção ativa.**

## **SEGUIMENTO PÓS- ALTA**

### **Acompanhamento Ambulatorial com:**

- Infectologista
- Cardiologista
- Neurologista
- Reumatologista
- Pediatra Geral

**PARA MAIORES INFORMAÇÕES E SOLICITAÇÕES, CONTACTE A ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL:**

**E-mail para dúvidas e apoio técnico quanto à notificação no REDCap®, enviar para:**

[simpcovid19@saude.rj.gov.br](mailto:simpcovid19@saude.rj.gov.br)

### **Superintendência de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde**

Rua México nº 128, Sala 401, Castelo, Rio de Janeiro - RJ

**Telefone:** (21) 2333-3852 / 2333-3996 / 2333-3993

**E-mail:** [notifica.ses.rj@gmail.com](mailto:notifica.ses.rj@gmail.com)

**Coordenadora:** Sílvia Carvalho

### **Coordenação de Vigilância Epidemiológica**

Rua México nº 128, Sala 424, Castelo, Rio de Janeiro - RJ

**Telefone:** (21) 2333-3776 / 2333-3864 / 2333-3866

**E-mail:** [cvesesrj@gmail.com](mailto:cvesesrj@gmail.com)

**Coordenadora:** Gabrielle Damasceno da Costa

### **Gerência de Doença Imunopreveníveis e de Transmissão Respiratória**

Rua México nº 128, Sala 416, Castelo, Rio de Janeiro - RJ

**Telefone:** (21) 2333-3859 / 2333-40244

**E-mail:** [gdi.sestrj@gmail.com](mailto:gdi.sestrj@gmail.com)

**Gerente:** Itacirema Bezerra

**Laboratório Central Noel Nutels (LACEN/RJ)**

Rua do Rezende nº118, Centro, Rio de Janeiro - RJ

**Telefone:** (21) 2332-8598 // (21) 2332-8607

**E-mail:** dt@lacen.fs.rj.gov.br

**Direção Geral:** Andréa Cony Cavalcanti

**Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**

Rua Júlio do Carmo, nº 585, Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ

**Telefone:** (21) 2333-3966

**E-mail:** especializado.safie@saude.rj.gov.br // [safiespecializado@gmail.com](mailto:safiespecializado@gmail.com)

**Coordenadora Especializada:** Marcia Moreira

**Área Técnica da Saúde da Criança - SUPAPS**

Rua México nº 128, Sala 421, Castelo, Rio de Janeiro - RJ

**Telefone:** (21) 2333-3854// (21) 233-3857

**E-mail:** saude.crianca@saude.rj.gov.br // [saudecrianca.sesrj@gmail.com](mailto:saudecrianca.sesrj@gmail.com)

**Gerente:** Anna Rigato

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Andrea Cony

Débora Fontenelle

Eny Queiroz

Fernanda Fialho

Gabrielle Damasceno de Costa

Gilvania de Lima Moura

Itacirema Bezerra

Keli Marini dos Santos Magno

Luiz Cláudio Pereira Ribeiro

Márcia Moreira

Paula Rita Dias de Brito de Carvalho

Pedro Coscarelli

Rossana Teixeira Monteiro

Sílvia Carvalho

**BIBLIOGRAFIA**

1. World Health Organization. Timeline: Who's covid-19 response [Internet]: WHO; 2020 [citado em 8 set 2020]. Disponível em: <<<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#event-98>>>.
2. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil [Internet]; Brasil: 2020 [citado em 8 set 2020]. Painel Coronavírus: Casos acumulados de COVID-19 por data de notificação. Acesso em: 8 set de 2020. Disponível em: <<<https://covid.saude.gov.br/>>>.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota de Alerta: Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal. Departamentos Científicos de Infectologia (2019-2021) e de Reumatologia (2019-2021), 20 de maio de 2020 [citado em 8 set 2020]. Disponível em: <<<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sindrome-inflamatoria-multissistemica-em-criancas-e-adolescentes-provavelmente-associada-a-covid-19-uma-apresentacao-aguda-grave-e-potencialmente-fatal/>>>.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes com a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19): Resumo Científico. 2020 May 15 [citado em 8 set 2020]; Disponível em: <<[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52176/OPASWBRACOVID1920062\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52176/OPASWBRACOVID1920062_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>>
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica Nº 16/2020, de 20 de Julho de 2020. Orientações sobre a notificação da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à COVID-19. Brasília: 20 jul. 2020 [citado em 8 set 2020]. Disponível em: <<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-tecnica-no-16-2020-cgpni-deidt-svs-ms/>>>.

Anexo 1: Instruções de preenchimento

Anexo 2: Formulário de notificação

Anexo 3: Relação de documentos e exames para prontuário

Anexo 4: Laudo de solicitação

Anexo 5: Autorização para retirada de medicamentos



## ANEXO 1

### **INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA CASOS DA SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA, TEMPORALMENTE ASSOCIADA À COVID-19**

#### **CAMPOS DA FICHA/FORMULÁRIO:**

##### **Identificação da Notificação:**

**1. UF de Notificação:** OBRIGATÓRIO. Selecione o Estado que está sendo realizada a notificação.

Ao selecionar um Estado surgirá o seguinte campo:

1.1 Município de notificação: Selecione o Município que está sendo realizada a notificação.

**2. Nome da Unidade de Notificação:** OBRIGATÓRIO. Preencha o nome completo da unidade notificadora, sem abreviações.

Ao escrever a unidade notificadora surgirá o seguinte campo:

2.1 CNES: Insira o CNES da unidade notificadora.

**3. Data da Notificação:** OBRIGATÓRIO. Preencha a data de notificação com DD- MM- AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.

**4. Nome do (a) profissional notificador (a):** OBRIGATÓRIO. Preencha o nome completo do (a) profissional notificador (a), sem abreviações.

**5. Telefone de contato do (a) profissional notificador (a) / unidade notificante:** Preencha o campo com DDD e telefone para contato do (a) profissional notificador (a) ou unidade notificante. Campo deverá conter apenas números.

**6. E-mail de contato do (a) profissional notificador (a) / unidade notificante:** OBRIGATÓRIO. Preencha o campo com e-mail do (a) profissional notificador (a) ou unidade notificante.

##### **Identificação do caso ou óbito**

**7. Nome do(a) paciente:** OBRIGATÓRIO. Preencha o nome completo do (a) paciente, sem abreviações.

- 8.** Data de nascimento do(a) paciente: OBRIGATÓRIO. Preencha a data de nascimento do (a) paciente com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.
- 9.** Nome da mãe: OBRIGATÓRIO. Preencha o nome completo da mãe do (a) paciente.
- 10.** Nome do (a) responsável: APENAS se responsável não for a mãe.
- 11.** Nacionalidade do (a) paciente: Selecione uma opção entre: brasileiro (a) ou outra. Ao selecionar “Brasileiro (a)” surgirão os seguintes campos:
- 12.1 N° do CPF do (a) paciente: Insira o número do CPF do (a) paciente.
- 12.2 N° do Cartão Nacional do SUS do (a) paciente: Insira o número do CNS do (a) paciente.
- Ao selecionar “Outra” surgirá o seguinte campo:
- 12.3 Outra nacionalidade: Preencha o campo com o país de nascimento do (a) paciente.
- 12.** Sexo de nascimento do(a) paciente: OBRIGATÓRIO. Selecione uma das seguintes opções: Feminino, Masculino ou Ignorado.
- Ao selecionar “Feminino” surgirá o seguinte campo:
- 12.1 A paciente está gestante? Selecione uma das seguintes opções: Sim, Não, Não sabe ou Não se aplica.
- Ao selecionar “Sim” surgirá o seguinte campo:
- 12.1.1 Período gestacional: Selecione uma das seguintes opções: 1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre ou ignorado.
- 13.** Raça/Cor do paciente: Selecione uma opção entre: Branca, preta, parda, amarela, indígena ou não declarado.
- Ao selecionar “Indígena” surgirá o seguinte campo:
- 13.1 Qual etnia do (a) paciente: Descreva qual é a etnia do(a) paciente.
- 14.** UF de residência do (a) paciente: Selecione o Estado de residência do (a) paciente. Ao selecionar um Estado surgirá o seguinte campo:
- 14.1 Município de residência do (a) paciente: Selecione o Município de residência do (a) paciente.
- 15.** Logradouro de residência do (a) paciente: Escreva o logradouro (rua/avenida/beco) de residência do (a) paciente.
- 16.** N° da residência do (a) paciente: Insira o número de residência do (a) paciente.

17. Complemento da residência do (a) paciente: Caso possua, insira complemento de residência do (a) paciente.
18. Bairro de residência do (a) paciente: Escreva o bairro de residência do (a) paciente.
19. CEP de residência do (a) paciente: Insira o CEP de residência do (a) paciente.
20. Telefone de contato do (a) paciente: Preencha o campo com DDD e telefone para contato do (a) paciente. Campo deverá conter apenas números.

#### **Identificação da internação:**

21. Data da Internação: Preencha a data de internação com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.
22. Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação: Descreva qual é a principal hipótese diagnóstica no momento de internação.
23. Internação em UTI: Selecione uma das seguintes opções: Sim ou Não.  
Ao selecionar “Sim” surgirão os seguintes campos:
  - 23.1 Data entrada UTI: Preencha a data de entrada na UTI com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.
  - 23.2 Data alta UTI: Preencha a data de saída da UTI com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.

#### **Critério de atendimento:**

24. Quais os critérios de definição de caso encontra-se presentes: OBRIGATÓRIO.  
Marque na lista os sinais e sintomas apresentados pelo (a) paciente.

#### **Ao marcar “Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e $\geq 3$ dias” surgirá o seguinte campo:**

- 23.1 Data de início da febre: Preencha a data de início da febre com DD-MM-AAAA.  
Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.

Sinais/Sintomas e achados clínicos

25. Data de início dos sintomas: Preencha a data de início dos sintomas com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.
26. Peso: Insira o peso do (a) paciente em quilogramas.
27. Altura: Insira a altura do (a) paciente em centímetros.
28. Sinais e sintomas percebidos/relatados: OBRIGATÓRIO. Marque na lista os sinais e sintomas percebidos e/ou relatados pelo (a) paciente.  
Ao marcar “Outros” surgirá o seguinte campo:

28.1. Qual (is) outro (s) sinais e sintomas foram percebidos/relatados: Descreva quais sinais e sintomas percebidos e/ou relatados pelo (a) paciente que não estão inseridos na listagem acima.

- 29.** Complicações apresentadas: Marque na lista as complicações apresentadas pelo (a) paciente.

Ao marcar “Outras” surgirá o seguinte campo:

29.1. Especificar outra (s) complicação: Descreva quais complicações apresentadas pelo (a) paciente que não estão inseridos na listagem acima.

### **Antecedentes clínico-epidemiológicos:**

- 30.** Doença ou condição pré-existente: Marque na lista as doenças ou condições pré-existentes apresentadas pelo (a) paciente.

Ao marcar “Outras” surgirá o seguinte campo:

30.1 Se outra (s) doença (s) ou condição (ões) pré-existente (s), qual (is): Descreva quais complicações apresentadas pelo (a) paciente que não estão inseridos na listagem acima.

- 31.** Faz uso de medicação diária? Selecione uma das seguintes opções: Sim, não, não sabe/não respondeu.

Ao selecionar “sim” surgirá o seguinte campo:

31.1. Se sim, qual/quais: Descreva quais medicações diariamente são usadas pelo (a) paciente.

- 32.** Recebeu alguma vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas? Selecione uma das seguintes opções: Sim, não, não sabe/não respondeu.

Ao assinalar “sim” surgirá o seguinte campo:

32.1. Se sim, qual/quais: Descreva quais vacinas o (a) paciente recebeu nos últimos 60 dias.

- 33.** Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki: Selecione uma das seguintes opções: Sim, não, não sabe/não respondeu.

Ao selecionar “sim” surgirão os seguintes campos:

33.1 Quando ocorreu o diagnóstico prévio de Sínd. Kawasaki: Descreva quando ocorreu o diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki.

33.2 Fez ou faz algum acompanhamento/ tratamento: Selecione uma das seguintes opções: Sim, não, não sabe/não respondeu.

**34.** Teve contato com algum caso suspeito ou confirmado para COVID-19: OBRIGATÓRIO. Selecione uma das seguintes opções: Sim, não, ignorado.

26.1 Se sim, data da última exposição: Preencha a data da última exposição com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.

### **Resultado de exames:**

**35.** Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

Caso haja mais de um exame disponível, priorizar os piores resultados observados e realizados após suspeita da SIM-P.

35.1 Hemoglobina: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.2 Leucócitos totais: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.3 Neutrófilos: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.4 Linfócitos: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.5 Hematócrito: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.6 Plaquetas: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.7 TTPTa: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.8 TP: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.9 Fibrinogênio(g/L):Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.10 Procalcitonina: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.11 Proteína C Reativa: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.12 VHS (Velocidade de Hemossedimentação): Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

35.13 D-dímero:Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.

- 35.14 IL-6: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.15 Creatinina: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.16 Sódio: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.17 Potássio:Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.18 Ureia: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.19 NT-ProBNP: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.20 BNP: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.21 Troponina: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.22 CKMB: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.23 DHL (U/I): Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.24 Triglicérides: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.25 TGO: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.26 TGP: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.27 Albumina: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.28 Lactato: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.29 Ferritina: Selecione uma das seguintes opções: Normal, alterado ou não realizado.
- 35.29 Realizou hemocultura: Selecione uma das seguintes opções: Sim, não ou ignorado.

Ao selecionar “sim” surgirão os seguintes campos:

35.29.1 Data da coleta: Preencha a data da coleta de hemocultura com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.

35.29.2 Resultado: Insira o resultado da hemocultura.

35.30 Realizou exame de imagem: Selecione uma das seguintes opções: Sim, não ou ignorado.

Ao selecionar “sim” surgirão os seguintes campos:

35.30.1 Data de realização do exame de imagem: Preencha a data de realização do exame de imagem com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.

35.30.2 Se sim, qual(is) exame(s) de imagem: Marque na lista quais exames de imagem foram realizados.

Ao marcar cada opção surgirão os seguintes campos:

35.30.2.1 Ao marcar “Radiografia do tórax/ou tomografia de tórax” surgirá o seguinte campo: Resultado (Radiografia do Tórax /Tomografia do Tórax):Infiltrado, Derrame Pleural,Imagem de vidro fosco,Condensação, Outros.

35.30.2.2 Ao marcar “Ultrassonografia de abdome” surgirá o seguinte campo: Hepatomegalia, Esplenomegalia, Colite, Ileíte, Linfadenite, Ascite, Outros.

35.30.2.3 Ao marcar “Ecocardiograma” surgirá o seguinte campo: Sinais de disfunção miocárdica, Sinais de pericardite, Sinais de valvulite, Anormalidades coronarianas, Outros

35.31 Realizou eletrocardiograma? Sim, não e ignorado

Ao selecionar “sim” surgirá o seguinte campo: qual o resultado.

35.32 Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19?

OBRIGATÓRIO Sim, não, ignorado.

Ao selecionar “sim” surgirá o seguinte campo: qual a técnica da análise. RT-PCR, sorologia, teste rápido, outros

Em caso de assinalar outros Qual (is) outro (s) exame (s) específico (s) para COVID-19 realizou?

27. 5 Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19?

Ao selecionar “sim” surgirá o seguinte campo: quais? Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado.

### **Tratamento:**

**36.** Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

36. 1 Antivírico: Selecione um das seguintes opções: Sim, não ou se desconhece.

Ao selecionar “sim” surgirá o seguinte campo:

36.1.1 Qual (is): Marque um ou mais medicamento entre os listados.

Ao marcar “outros” surgirá o seguinte campo:

36.1.1.1 Especifique: OBRIGATÓRIO. Especifique qual (is) antivírico (s) fez uso e não estava descrito na lista anterior.

36.2 Corticosteróide: Selecione um das seguintes opções: Sim, não ou se desconhece.

Ao selecionar “sim” surgirá o seguinte campo:

36.2.1 Se sim, qual(is): Descreva qual (is) corticosteróide(s) fez uso.

36.3 Imunoglobulina intravenosa: Selecione um das seguintes opções: Sim, não ou se desconhece.

Ao selecionar “sim” surgirão os seguintes campos:

36.3.1 Se sim, qual a data de início: Preencha a data de início da terapêutica com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.

36.3.2 Dose diária: Incluindo a unidade, insira qual é a dose diária utilizada de imunoglobulina intravenosa.

36.3.3 Duração da terapêutica: Em dias, insira quanto tempo durou a terapêutica.

36.4 Anticoagulação sistêmica: Selecione um das seguintes opções: Sim, não ou se desconhece.

Ao selecionar “sim” surgirão os seguintes campos:

36.4.1 Se sim, qual a data de início: Preencha a data de início da terapêutica com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.

36.4.2 Dose diária: Incluindo a unidade, insira qual é a dose diária utilizada de anticoagulante sistêmico.

36.4.3 Duração da terapêutica: Em dias, insira quanto tempo durou a terapêutica.

36.5 Outra(s): Selecione um das seguintes opções: Sim, não ou se desconhece.

Ao selecionar “sim” surgirá o seguinte campo:

36.5.1 Se sim, qual(is): Descreva qual ou quais terapêuticas foram utilizadas e não estão inseridas nos itens acima.

### **Variáveis de encerramento:**

37. Diagnóstico médico final: Selecione uma das seguintes opções: Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P), Kawasaki, Kawasaki atípica, Síndrome do Choque Tóxico ou Outro.



Ao selecionar “Outro” surgirá o seguinte campo:

37.1 Se outro, especifique: Caso não tenha descrito nos itens acima, descreva qual diagnóstico médico final.

38. Evolução: Selecione uma das seguintes opções: Alta hospitalar ou óbito.

Ao selecionar “alta hospitalar” surgirá o seguinte campo:

38.1 Se alta: Selecione uma das seguintes opções: Sem sequela (s), com sequela (s) ou ignorado.

Ao selecionar “com sequela (s)” surgirá o seguinte campo:

38.1.1 Se com sequela, qual (is): Descreva qual ou quais sequelas foram observadas.

39.Data da evolução: Preencha a data de evolução do caso com DD-MM-AAAA. Ao clicar em “Today”, automaticamente o sistema preencherá a data com o dia atual.

40. Observação: Utilize o campo para escrever observações referente ao caso.

Resize font:

 [Returning?](#)MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

## Ficha de notificação para casos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica, temporalmente associada à COVID-19

Definição de caso preliminar\*

**Caso que foi hospitalizado ou óbito com:**

- **Presença de febre elevada (considerar o mínimo de 38°C) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade)**

E

- **Dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:**
  - **Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés)**
  - **Hipotensão arterial ou choque**
  - **Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina / NT-proBNP)**
  - **Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados)**
  - **Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)**

E

- **Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros**

E

- **Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica**

E

- **Evidência de COVID-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com pacientes com COVID-19**

### Comentários adicionais

- **Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.**

\*Adaptada pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OPAS/OMS (WHO/2019-nCoV/MIS\_Children\_CRF/2020.2), validada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Instituto Evandro Chagas.

NT-proBNP - N-terminal do peptídeo natriurético tipo B; TP - Tempo de protrombina; TTPa - Tempo de tromboplastina parcial ativada; VHS - Velocidade de hemossedimentação; PCR - Proteína C-reativa.

### Identificação da notificação

UF de Notificação:

\* must provide value

Nome da Unidade de Notificação:

\* must provide value

Local de Atendimento

Data da Notificação:





\* must provide value

Nome do (a) profissional notificador(a):

\* must provide value

Telefone de contato do (a) profissional notificador (a)/ unidade notificante:	<input type="text"/> <b>Com DDD e apenas números. Ex.: 6133333333</b>
E-mail de contato do (a) profissional notificador(a)/ unidade notificante: <b>* must provide value</b>	<input type="text"/>
<b>Identificação do caso ou óbito</b>	
Nome do paciente: <b>* must provide value</b>	<input type="text"/>
Data de nascimento do (a) paciente: <b>* must provide value</b>	<input type="text"/>  <input type="text"/> <b>Today</b> D-M-Y
Nome da mãe: <b>* must provide value</b>	<input type="text"/>
Nome do (a) responsável:	<input type="text"/> <b>Não é necessário, se responsável fora mãe.</b>
Nacionalidade do (a) paciente:	<input type="text" value="v"/>
Sexo de nascimento do(a) paciente: <b>* must provide value</b>	<input type="text" value="v"/>
Raça / Cor do paciente:	<input type="text" value="v"/>
Endereço de residência do (a) paciente	
UF de residência do (a) paciente:	<input type="text" value="v"/>
Logradouro de residência do (a) paciente:	<input type="text"/>
Nº da residência do (a) paciente:	<input type="text"/>
Complemento da residência do (a) paciente:	<input type="text"/>
Bairro de residência do (a) paciente:	<input type="text"/>
CEP de residência do (a) paciente:	<input type="text"/>
Telefone de contato do (a) paciente:	<input type="text"/> <b>Com DDD e apenas números. Ex.: 6133333333</b>
<b>Identificação da internação</b>	
Data internação:	<input type="text"/>  <input type="text"/> <b>Today</b> D-M-Y
Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação?	<input type="text"/>
Internação em UTI?	<input type="radio"/> <b>Sim</b> <input type="radio"/> <b>Não</b> <span style="float: right;"><b>reset</b></span>

## Critérios atendidos

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?

**\* must provide value**

- Febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  e  $\geq 3$  dias**
- Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés)**
- Hipotensão arterial ou choque**
- Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias**
- Evidência de coagulopatia**
- Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)**
- Marcadores de inflamação elevados**
- Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa**
- Evidência de COVID-19 ou história de contato próximo com caso de COVID-19**

Sinais/Sintomas e achados clínicos:

Data de início dos sintomas:

 Today D-M-Y

Peso:

 Em kilogramas (Kg). Ex.: 49,700

Altura:

 Em centímetros (cm). Ex.: 120,22.

Sinais e sintomas percebidos/relatados:

**\* must provide value**

- Alterações na cor da pele (Ex.: palidez, cianose)**
- Cefaleia**
- Confusão mental**
- Conjuntivite**
- Coriza**
- Diarreia**
- Dispneia**
- Dor à deglutição**
- Dor de garganta**
- Dor no peito**
- Dores abdominais**
- Edema cervical**
- Edema de mãos e pés**
- Irritabilidade**
- Letargia**
- Linfadenopatia**
- Náusea / Vômitos**
- Mialgia**
- Manchas vermelhas pelo corpo (Ex.: exantema, rash etc.)**
- Oligúria ( $< 2\text{ml/kg/hr}$ )**
- Saturação  $\text{O}_2 < 95\%$  ar ambiente**

**Taquicardia**

**Tosse**

**Outros**

**Complicações apresentadas:**

- Não apresentou complicações
- Convulsões
- Edema agudo pulmonar
- Evento tromboembólico
- Falência de outros órgãos
- Hipertensão arterial
- Hipotensão (necessidade de drogas vasoativas)
- Infarto do miocárdio
- Insuficiência renal aguda
- Necessidade de ventilação invasiva
- Necessidade de ventilação não invasiva
- Necessidade de troca plasmática
- Pneumonia
- Sepsis
- Outras

**Antecedentes clínico-epidemiológicos****Doença ou condição pré-existente:**

- Não apresenta
- Cardiopatia
- Diabetes
- Dislipidemia
- Desnutrição
- Doença hematológica
- Doença neurológica
- Doença reumatológica
- Doença oncológica
- Imunossuprimido

**Hipertensão arterial**

- Hipertensão pulmonar
- Nefropatia
- Pneumopatia
- Síndrome genética
- Outra (s)

Faz uso de medicação diária?

Recebeu alguma vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas?

Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki?

Teve contato com algum caso suspeito ou confirmado para COVID-19?

**\* must provide value**

**Resultado de exames**


**Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:**

**1 - Caso haja mais de um exame disponível, priorizar os piores resultados observados e realizados após suspeita da SIM-P.**

Hemoglobina:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 13,5g/L.	Alterado	Não realizou reset
Leucócitos totais:	<input type="radio"/> Normal Ex.: $9 \times 10^9/L$ .	Alterado	Não realizou reset
Neutrófilos:	<input type="radio"/> Normal Ex.: $7 \times 10^9/L$ .	Alterado	Não realizou reset
Linfócitos:	<input type="radio"/> Normal Ex.: $5 \times 10^9/L$ .	Alterado	Não realizou reset
Hematócrito:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 40%	Alterado	Não realizou reset
Plaquetas:	<input type="radio"/> Normal Ex.: $300 \times 10^9/L$ .	Alterado	Não realizou reset
TTPTa:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 30s.	Alterado	Não realizou reset
TP:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 10s.	Alterado	Não realizou reset
Fibrinogênio (g/L):	<input type="radio"/> Normal Ex.: 2g/L.	Alterado	Não realizou reset
Procalcitonina:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 0,5 ng/mL.	Alterado	Não realizou reset
Proteína C Reativa:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 1,0 mg/dL.	Alterado	Não realizou reset
VHS (Velocidade de Hemossedimentação):	<input type="radio"/> Normal Ex.: 30mm/h.	Alterado	Não realizou reset
D-dímero:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 5 mg/L.	Alterado	Não realizou reset
IL-6:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 7 pg/mL.	Alterado	Não realizou reset
Creatinina:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 1mg/dL.	Alterado	Não realizou reset
Sódio:	<input type="radio"/> Normal Ex.: 135 mmol/L.	Alterado	Não realizou reset



Potássio:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 4,5mmol/L.		
Ureia:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 30mg/dL.		
NT-ProBNP:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 10pg/mL.		
BNP:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 10pg/mL.		
Troponina:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 0,3ng/mL.		
CKMB:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 190 U/L.		
DHL (U/l):	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 200 U/L.		
Triglicérides:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 95mg/dL.		
TGO:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 15 U/L.		
TGP:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 15 U/L.		
Albumina:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 3,2g/dL.		
Lactato:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 3 mmol/L.		
Ferritina:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Alterado	<input type="radio"/> Não realizou reset
	Ex.: 10µg/L.		
Realizou hemocultura?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Ignorado reset
Realizou exame de imagens?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Ignorado reset
Realizou eletrocardiograma?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Ignorado reset
Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Ignorado reset
	* must provide value		

<b>Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19?</b> <b>* must provide value</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado	<a href="#">reset</a>
<b>Tratamento</b>		
<b>Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?</b>		
<b>Antivírico?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Se Desconhece	<a href="#">reset</a>
<b>Corticoesteróide?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Se Desconhece	<a href="#">reset</a>
<b>Imunoglobulina intravenosa?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Se Desconhece	<a href="#">reset</a>
<b>Anticoagulação sistêmica?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Se Desconhece	<a href="#">reset</a>
<b>Outra(s)?</b>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Se Desconhece	<a href="#">reset</a>
<b>Variáveis de encerramento</b>		
<b>Diagnóstico médico final:</b>	<input type="radio"/> Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) <input type="radio"/> Kawasaki <input type="radio"/> Kawasaki atípica <input type="radio"/> Síndrome do Choque Tóxico <input type="radio"/> Outro	<a href="#">reset</a>
<b>Evolução:</b>	<input type="text"/>	
<b>Data da evolução:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	 Today D-M-Y
<b>Observação:</b>	<input type="text"/>	
<input type="button" value="Submit"/>		
<input type="button" value="Save &amp; Return Later"/>		

Secretaria de  
SaúdeGOVERNO DO ESTADO  
RIO DE JANEIROSubsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde  
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO PARA SÍNDROME INFLAMATORIA  
PEDIÁTRICA ASSOCIADA A COVID19 (IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G) - CID: B34.2

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

DOCUMENTOS	EXAMES ESPECÍFICOS
<input type="checkbox"/> LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME) <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE <input type="checkbox"/> CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="checkbox"/> NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE. <input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO MÉDICA	<p><b>EXAMES OBRIGATÓRIOS DE ACORDO COM CRITÉRIO DE INCLUSÃO:</b></p> <input type="checkbox"/> PESQUISA DE SARS-COV-2 POR RT – PCR <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2 <input type="checkbox"/> D-DÍMERO <input type="checkbox"/> FIBRINOGÊNIO <input type="checkbox"/> FERRITINA <input type="checkbox"/> ALBUMINA SÉRICA <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> PTT <input type="checkbox"/> TROPONINA/NT-PROBNP <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> DHL <input type="checkbox"/> TRIGLICERÍDEOS <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> PROTEINÚRIA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> RAIO X DO TÓRAX <input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX
<b>CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO</b>	
<p><b>OBRIGATÓRIO A PRESENÇA DE:</b></p> <input type="checkbox"/> PRESENÇA DE FEBRE ( $\geq 38^{\circ}$ ) E PERSISTENTE ( $\geq 3$ DIAS) EM PACIENTES COM <b>FAIXA ETÁRIA ENTRE 0 A 19 ANOS:</b> <input type="checkbox"/> MARCADORES DE INFLAMAÇÃO ELEVADOS, COMO VHS, PCR OU PROCALCITONINA, ENTRE OUTROS; <input type="checkbox"/> AFASTADAS QUAISQUER OUTRAS CAUSAS DE ORIGEM INFECCIOSA ÓBVIA DE INFLAMAÇÃO, INCLUINDO SEPSE BACTERIANA, SÍNDROMES DE CHOQUE ESTAFILOCÓCICA OU ESTREPTOCÓCICA; <input type="checkbox"/> EVIDÊNCIA DE COVID-19 (BIOLOGIA MOLECULAR, TESTE ANTIGÊNICO OU SOROLÓGICO POSITIVOS) OU HISTÓRIA DE CONTATO COM CASO DE COVID – 19.	
<p><b>OBRIGATÓRIO PRESENÇA DE PELO MENOS DOIS (2) DOS SEGUINTE SINAIS OU SINTOMAS:</b></p> <input type="checkbox"/> CONJUNTIVITE NÃO PURULENTO OU ERUPÇÃO CUTÂNEA BILATERAL OU SINAIS DE INFLAMAÇÃO MUCO-CUTÂNEA (ORAL, MÃOS OU PÉS); <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ARTERIAL OU CHOQUE; <input type="checkbox"/> MANIFESTAÇÕES DE DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA, PERICARDITE, VALVULITE OU ANORMALIDADES CORONÁRIAS (INCLUINDO ACHADOS DO ECG OU ELEVÇÃO DE TROPONINA/NT-PROBNP); <input type="checkbox"/> EVIDÊNCIA DE COAGULOPATIA (POR TP, TTPA, D-DÍMERO ELEVADOS); <input type="checkbox"/> MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS AGUDAS (DIARRÉIA, VÔMITO OU DOR ABDOMINAL).	
<p><b>ATENÇÃO:</b></p> <input type="checkbox"/> PODEM SER INCLUÍDOS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM <b>FAIXA ETÁRIA ENTRE 0 A 19 ANOS</b> QUE PREENCHEREM CRITÉRIOS TOTAIS OU PARCIAIS PARA A SÍNDROME DE KAWASAKI OU CHOQUE TÓXICO, <b>COM HISTÓRICO DE COVID-19.</b>	
<p><b>ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO:</b>            APRESENTAÇÃO DISPONÍVEL: IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G FRASCO</p>	
<p>DATA:    /    /       ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____</p>	



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

##### CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente*				kg	
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente*				cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
11- Anamnese*							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: _____							
<b>13- Atestado de capacidade*</b> A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____ <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>							
14- Nome do médico solicitante*						17- Assinatura e carimbo do médico*	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*				16- Data da solicitação*			
<b>18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*:</b> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____							
<b>19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*</b> <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação						<b>20- Telefone(s) para contato do paciente</b> _____ _____	
<b>21- Número do documento do paciente</b> <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____						<b>23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*</b> _____	
<b>22- Correio eletrônico do paciente</b> _____							

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Secretaria de  
SaúdeGOVERNO DO ESTADO  
RIO DE JANEIROSubsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde  
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

### **AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTO(S)**

Eu, **(Paciente)** \_\_\_\_\_, portador(a) do  
CNS nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o  
nº \_\_\_\_\_, **autorizo** o (a) **Sr(a). (procurador**  
**(a))** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, **portador(a)** da carteira de identidade  
nº \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco expedida pelo \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o  
nº \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, telefone de  
contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, **a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do**  
**Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura **Paciente**: \_\_\_\_\_

Assinatura do **Procurador (a)**: \_\_\_\_\_

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

#### **Observações:**

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
  - Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR(a) (original e cópia);
  - Identidade do PACIENTE (cópia);
  - Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
  - Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);