

NOTA INFORMATIVA 31 - CEVS/SES-RS

Porto Alegre, 24 de abril de 2023.
(Primeira publicação em 19 de fevereiro de 2021.)

Atualiza as orientações sobre a Vigilância da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à COVID-19 é uma complicação da infecção pelo SARS-CoV-2 que ocorre em crianças e adolescentes, dias ou semanas após a COVID-19. É uma doença de notificação compulsória imediata, inserida na Lista de Doenças de Notificação Compulsória pela Portaria GM/MS nº3418, de 31 de agosto de 2022.

O diagnóstico da SIM-P envolve aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. Além da identificação dos sinais e sintomas incluídos entre os critérios de caso, o afastamento de outras causas de origem infecciosa e inflamatória faz-se necessário. A história de contato com o SARS-CoV2 será confirmada por meio de testes diagnósticos, preferencialmente da sorologia. A sorologia é preconizada visto que a SIM-P é uma manifestação tardia da infecção pelo SARS-CoV2. As amostras de sorologia para SARS-CoV2 são enviadas para a Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, pelo LACEN/RS.

A SIM-P caracteriza-se por um quadro clínico com necessidade de hospitalização. Além dos exames laboratoriais, exames de imagem como ecocardiografia e ultrassonografia de abdome são necessárias para a elucidação diagnóstica. Frequentemente, os casos de SIM-P requerem internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O tratamento preconizado é a imunoglobulina endovenosa humana. A obtenção da imunoglobulina endovenosa humana para tratamento da SIM-P, pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), tornou-se possível através da publicação da Portaria nº766, de 18 de agosto de 2020.

2 DEFINIÇÃO DE CASO PRELIMINAR DE SIM-P

Caso que foi hospitalizado ou óbito em indivíduos de 0 a 19 anos 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 Pelo menos 2 (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.

3 NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Os casos suspeitos identificados pelo médico assistente devem ser notificados na ficha online através do link abaixo:

REDCap: <http://is.gd/simpcovid>

As Vigilâncias Epidemiológicas do nível municipal e estadual devem ser comunicadas. Os casos suspeitos a partir de 26/02/2020 devem ser investigados e notificados retrospectivamente. Esclarecimentos podem ser realizados através do e-mail: simpcovid@saude.rs.gov.br

4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Considerando que para os casos de SIM-P a exposição ao vírus SARS-CoV-2 ocorre em média 02 (duas) a 04 (quatro) semanas anterior à manifestação do quadro clínico, a sorologia quantitativa IgG para SARS-CoV-2 deve ser realizada para todos os casos que atenderem à definição de casos da SIM-P temporalmente associada à COVID-19, em qualquer fase clínica da síndrome. Pacientes que não tenham realizado RT-PCR para o SARS-CoV-2 previamente à internação deverão realizar também este exame.

4.1. Identificação e cadastro da(s) amostra(s):

Sorologia: Amostra de 2 mL de soro, preferencialmente coletada em tubo com gel separador e centrifugada

RT-PCR: Amostra de swab de nasofaringe e orofaringe ou aspirado nasofaríngeo

Para ser enviada(s) ao LACEN a(s) amostra(s) deverão:

- a) Estar cadastrada(s) no GAL na rede de LACEN da seguinte maneira:

Os campos da requisição de exames do GAL serão preenchidos de acordo com os dados referentes à solicitação, informações clínicas/dados clínicos gerais da seguinte forma:

- Finalidade: **Investigação**
- Descrição: **Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)**
- Agravado/doença: **COVID-19**
- Caso: **Suspeito**
- Material Clínico: **SORO**
- Pesquisa: **SIM-P por COVID-19**
- Imprimir a ficha do GAL
- Entrar na Triagem e Encaminhar para Rede
- Material Clínico: **SWAB**
- Pesquisa: **Coronavírus**
- Imprimir a ficha do GAL
- Entrar na Triagem e Encaminhar para Rede

As duas amostras podem ser cadastradas na mesma requisição

- b) A(s) amostra(s) deve(m) estar acompanhada(s) da Ficha de Notificação da SIM-P (ANEXO I) - ou formulário impresso preenchido disponível em: <https://is.gd/simpcovid>, e a ficha do GAL.

4.2. Acondicionamento e transporte da(s) amostra(s):

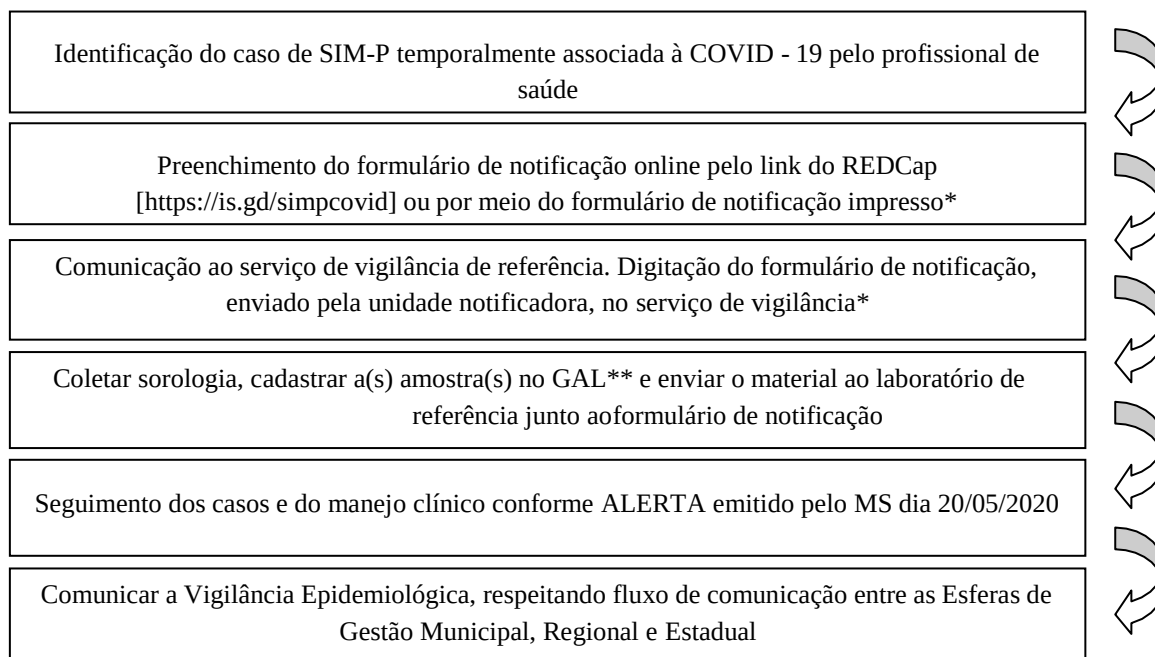
- Armazenar a(s) amostra(s) em temperatura de 2 a 8°C e enviar em até 72h após a coleta;
- A(s) amostra(s) deverão ser acondicionada(s) para o transporte em caixa térmica exclusivas, com gelo reciclável em quantidade suficiente para manter a temperatura entre 2 a 8°C durante o trajeto;
- Os tubo(s) da(s) amostra(s) devem ser acondicionados em uma embalagem secundária de transporte (saco plástico) para evitar que possíveis vazamentos do tubo contaminem a caixa ou ambiente;
- Observar que o tubo seja transportado em posição vertical;

- Deve ser verificado se o tubo está bem fechado e se está identificado no corpo e não na embalagem secundária de transporte a fim de evitar que a(s) amostra(s) seja(m) encaminhada(s) sem identificação;
- A identificação do tubo (nome do paciente, data da coleta, município de origem) deve estar legível e rigorosamente igual ao cadastrado no GAL que foi impresso. *Identificações ilegíveis ou duvidosas serão passíveis de descarte da amostra.*
- Entregar no Recebimento de Amostras Biológicas do LACEN/RS;
- Telefone para dúvidas de laboratório: Virologia (51) 3288 - 4020

Exames adicionais recomendados para auxílio diagnóstico

Hemograma com plaquetas, exame qualitativo de urina, eletrólitos, ureia, creatinina, TGO, TGP, coagulograma com fibrinogênio e D-dímero, triglicerídeos, ferritina, troponina, pró-BNP, hemoculturas e demais exames de investigação conforme síndrome clínica a critério da equipe assistente.

Fluxo das orientações sobre a vigilância de SIM-P



*Excepcionalmente quando a unidade notificadora não puder notificar diretamente no formulário online de notificação individual.

**Gerenciador de Ambiente Laboratorial

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica nº60/2021 – Sorologia para os casos suspeitos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à COVID-19.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 02 fev. 2021a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica nº1020/2021. **Atualizações acerca das notificações da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica associada à COVID-19.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 10 set. 2021b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº766, de 18 de agosto de 2020. Inclui atributo a procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0766_20_08_2020_rep.html Acesso em 21 de dezembro de 2022a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº3418, de 31 de agosto de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt3418_01_09_2022.html Acesso em 21 de dezembro de 2022b.

ANEXO I: Ficha de notificação de SIM-P

Ficha de notificação para casos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à COVID-19 (formulário online <https://is.gd/simpcovid>)

DEFINIÇÃO DE CASO

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

- Pelo menos 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 caso de 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.

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Identificação da notificação

UF de Notificação: _____ Município de notificação: _____
 Nome da Unidade de Notificação: _____
 CNES: _____ Data da Notificação: ____/____/____
 Nome do profissional: _____
 Telefone de contato do profissional / unidade notificante: _____
 E-mail de contato do profissional / unidade notificante: _____

Identificação do caso ou óbito

Nome do paciente: _____
 Nome da mãe: _____
 Nome do(a) Responsável: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____
 Nº do CPF: _____ Nº do Cartão Nacional de Saúde: _____
 Sexo: () Masculino () Feminino
 Se sexo feminino, está gestante? () sim () não () não sabe () não se aplica
 Se sim, período gestacional: _____
 () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () ignorado
 Raça/cor: () branca () preta () parda () amarela () indígena () não declarado
 Se indígena, qual etnia? _____
Endereço de residência
 Logradouro: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Complemento: _____
 UF: _____ Município: _____ Telefone: (____) _____

Identificação da hospitalização

Data internação: ____/____/____
 Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação? _____
 Internação em UTI? () Sim () Não
 Se sim, data de entrada na UTI: ____/____/____ data de alta da UTI: ____/____/____

CrITÉRIOS atendidos

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?
 () Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e ≥ 3 dias Data de início da febre: ____/____/____
 () 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: ____/____/____ Peso: _____ Kg Altura: _____ cm
 Quais sinais e sintomas foram percebidos?
 () Alterações na cor da pele () Dispneia () Irritabilidade
 (ex. palidez, cianose) () Dor à deglutição () Letargia
 () Cefaleia () Dor de garganta () Linfadenopatia
 () Confusão mental () Dor no peito () Náusea / Vômitos
 () Conjuntivite () Dores abdominais () Mialgia
 () Coriza () Edema cervical () Manchas vermelhas pelo
 () Diarreia () Edema de mãos e pés corpo (exantema, rash, etc.)

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

() Oligúria (<2ml/kg/hr) () Tosse () outros, especificar:
() Taquicardia () Sat.O₂ <95% ar ambiente _____

Complicações apresentadas:

() Não houve complicação () Infarto do miocárdio () Pneumonia
() Convulsões () Insuficiência renal aguda () Seps
() Edema Agudo Pulmonar () Necessidade de ventilação () Outros, especificar:
() Evento tromboembólico invasiva _____
() Falência de outros órgãos () Necessidade de ventilação não invasiva
() Hipertensão arterial () Necessidade de troca plasmática
() Hipotensão – necessidade de uso de drogas vasoativas

Antecedentes clínico-epidemiológicos

Doença ou condição pré-existente:

[] Não apresenta
[] Cardiopatia *Se sim:* () pericardite; ou [] Imunossuprimido
() congênita ou () adquirida. () arritmia [] Hipertensão arterial
Se congênita: [] Diabetes [] Hipertensão pulmonar
() acianogênica ou [] Dislipidemia [] Nefropatia
() cianogênica. [] Desnutrição [] Pneumopatia
Se adquirida: [] Doença hematológica [] Síndrome genética
() insuficiência cardíaca; [] Doença neurológica [] Outras. Quais? _____
() febre reumática; [] Doença reumatológica
() miocardite; [] Doença oncológica

Faz uso de medicação diária?

() Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, qual/quais? _____
Se não, fez uso de algum medicamento nos 30 dias antes do início dos sintomas?
() Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, qual/quais? _____

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

() Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, qual/quais? _____
Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki? () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, quando? _____
Fez ou Faz algum acompanhamento/tratamento? () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Teve contato com algum caso suspeito ou confirmado para COVID-19?
() sim () não () Não sabe/Não respondeu Se sim, data da última exposição: __/__/____

Resultados de Exames

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

Hemoglobina (g/L): TTPTa: () normal () alterado () não realizou
() normal () alterado () não realizou TP: () normal () alterado () não realizou
Leucócitos totais (x10⁹/L): **Fibrinogênio (g/L):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Neutrófilos (x10⁹/L): **Procalcitonina (ng/mL):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Linfócitos (x10⁹/L): **Proteína C reativa (mg/dL):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Hematócrito (%): **VHS (mm/h):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Plaquetas (x10⁹/L): **Dímero-D (mg/L):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

IL-6 (pg/mL):

() normal () alterado () não realizou

Creatinina (μmol/L):

() normal () alterado () não realizou

Sódio (mmol/L):

() normal () alterado () não realizou

Potássio (mmol/L):

() normal () alterado () não realizou

Ureia (mmol/L):

() normal () alterado () não realizou

NT Pro-BNP (pg/mL):

() normal () alterado () não realizou

BNP (pg/mL):

() normal () alterado () não realizou

Troponina (ng/mL):

() normal () alterado () não realizou

CKMB (U/L):

() normal () alterado () não realizou

DHL (U/L):

() normal () alterado () não realizou

Triglicérides:

() normal () alterado () não realizou

TGO (U/L):

() normal () alterado () não realizou

TGP (U/L):

() normal () alterado () não realizou

Albumina (g/dL):

() normal () alterado () não realizou

Lactato (mmol/L):

() normal () alterado () não realizou

Ferritina (μg/mL):

() normal () alterado () não realizou

Hemocultura? () Sim () Não () Ignorado Data da coleta: __/__/__

Resultado: _____

Realizou exame de imagens? () Sim () Não () Ignorado. Se sim, data: __/__/__

Qual(is) exame(s) de imagem?

() Radiografia do Tórax

Resultado:

() Imagem de vidro fosco

() Tomografia do Tórax

() Infiltrado

() Condensação

() Derrame Pleural

() Outros. _____

() Ultrassonografia de abdome - Resultado:

() Hepatomegalia

() Ileíte

() Outros. _____

() Eplnomegalia

() Linfadenite

() Colite

() Ascite

() Ecocardiografia - Resultado:

() Sinais de disfunção miocárdica

() Anormalidades coronarianas

() Sinais de pericardite

() Outros. _____

() Sinais de valvulite

Realizou eletrocardiograma? () Sim () Não () Ignorado Resultado: _____

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19? () Sim () Não () Ignorado

Se sim, qual(is)?

RT-PCR: () Sim () Não Data da coleta: __/__/__

Material de coleta:

() *swab* nasofaringe () secreção traqueal

() Outros, especificar _____

Resultado da coleta:

() Detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Se detectável para outros agentes infecciosos,

() Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19)

quais? _____

() Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19)

() Ignorado

() Detectável para outros agentes infecciosos

Sorologia/Teste Rápido para SARS-CoV-2: () Sim () Não

Data da coleta: __/__/__ Método de sorologia: () Teste rápido () Outro

Resultado:

() Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

() Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)

() Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) () Ignorado

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19? () Sim () Não () Ignorado Se sim, quais? _____
(Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado).

Tratamento

Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

Antivírico? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)?

[] Ribavirina [] Lopinavir ou Ritonavir [] Tocilizumabe [] Ivermectina [] Remdesivir

[] Outros _____

Corticoesteroide? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Imunoglobulina intravenosa? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Anticoagulação sistêmica? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Outra(s)? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Variáveis de encerramento

Diagnóstico médico final:

() SIM-P () Kawasaki

() Kawasaki atípica

() Síndrome do Choque Tóxico

() Outro, especifique: _____

Evolução: () Alta hospitalar

Se alta: () sem sequelas () com sequelas.

Qual/quais? _____

() Óbito

Data da evolução: __/__/__