

ELABORAÇÃO

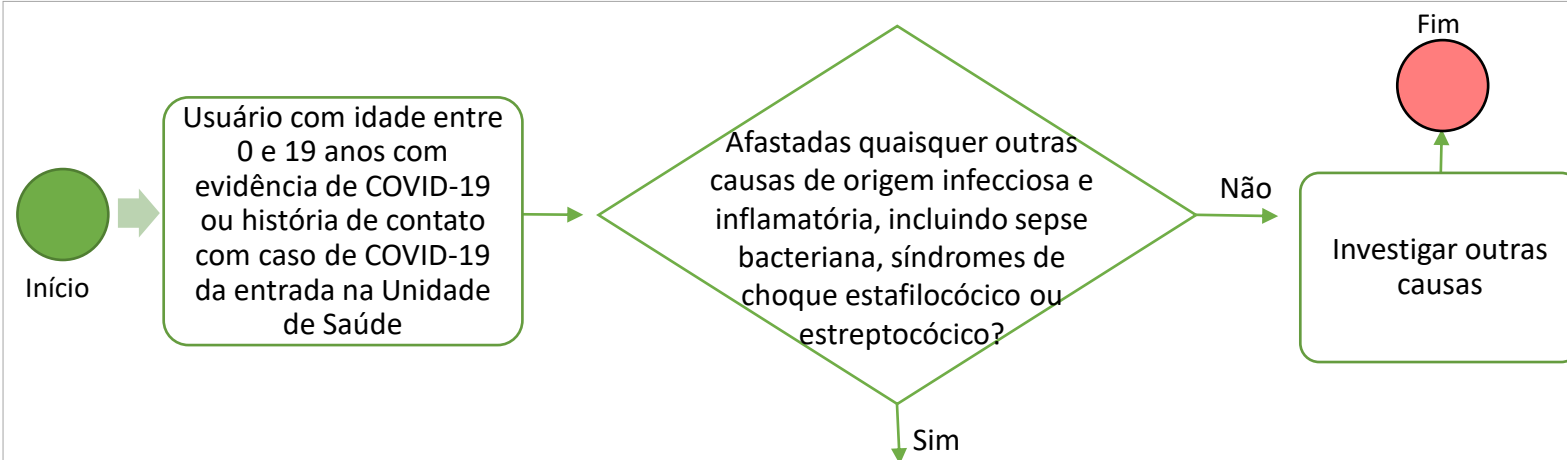
Anna Cindy Araújo Leite – Chefe do Departamento da Qualidade e Projetos Especiais de Saúde

REVISÃO

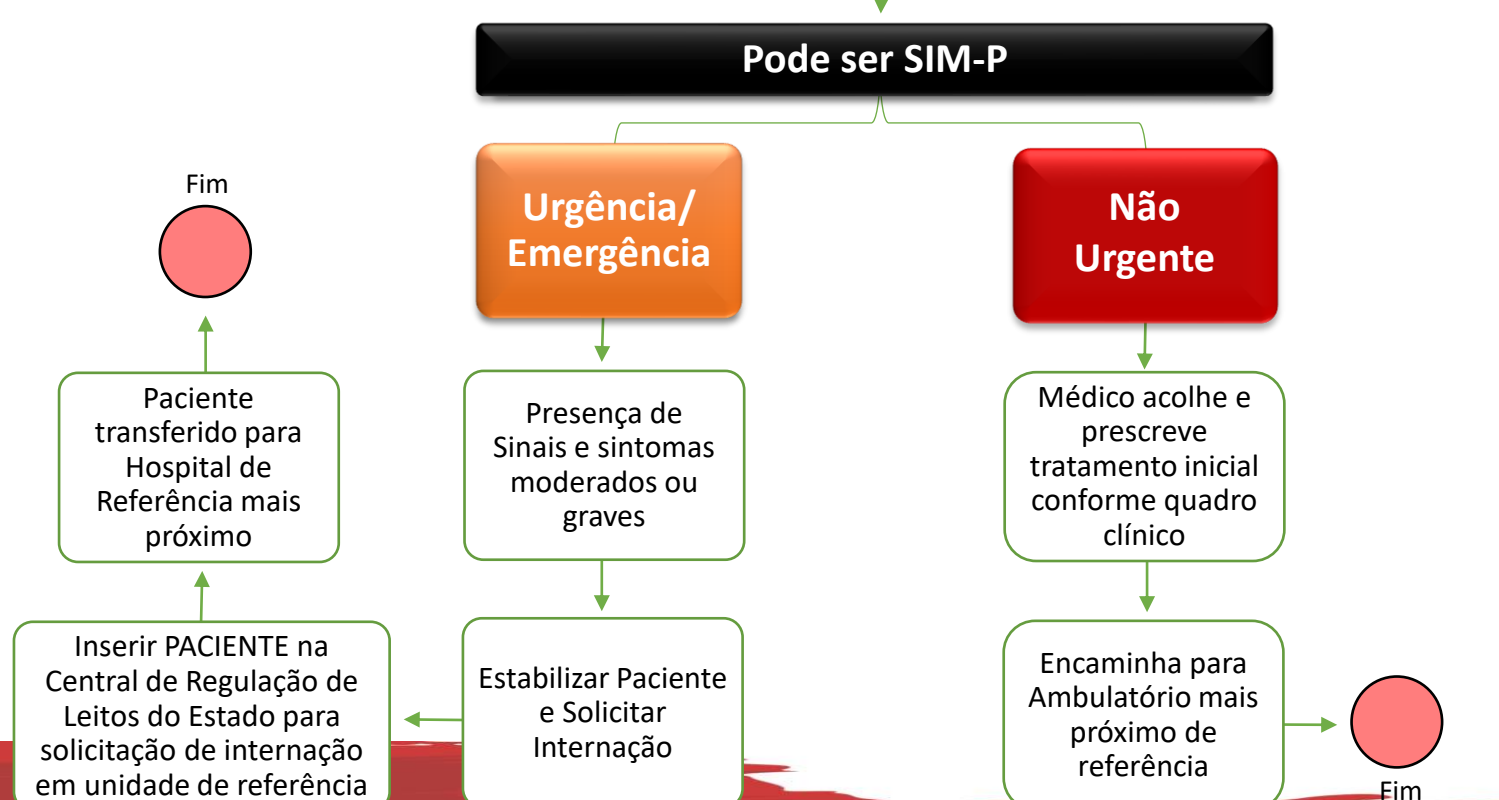
Josélia dos Santos – Superintendente de Assistência à Saúde
Mayrlan Avelar – Chefe do Departamento de Epidemiologia
Tayara Pereira – Superintendente de Epidemiologia e Controle de Doenças

APROVAÇÃO

Waldeise Pereira – Secretária Adjunta de Epidemiologia
Carlos Vinícius – Secretário Adjunto de Assistência à Saúde



- Presença de febre elevada (> 38°C) e persistente (≥ 3 dias), mais pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:**
- Conjuntivite não purulenta ou lesão cutânea bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés);
 - Hipotensão arterial ou choque;
 - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronarianas [incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina, ou N-terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP)];
 - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa ou D-dímero elevados);
 - Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal);
 - Marcadores de inflamação elevados (VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros);



Protocolo Clínico – Ministério da Saúde

- Antibioticoterapia** → Em casos de choque e com sinais de sepse – iniciar antibioticoterapia empírica imediatamente. A escolha do antimicrobiano deverá levar em conta a apresentação clínica e a epidemiologia local (ceftriaxone associado à clindamicina tem sido a associação mais frequentemente utilizada).
- Imunoglobulina endovenosa (IGEV)** → Apresentações moderadas e graves e naqueles que preenchem critérios completos ou parciais para a síndrome de Kawasaki e/ou síndrome de ativação macrófágica; Casos que têm apresentação como síndrome do choque tóxico que se mostraram refratários ao tratamento convencional. A dose é de 1-2 g/kg, em infusão endovenosa contínua de 12 horas. A IGEV pode ser repetida nos casos refratários à primeira dose.
- Corticoesteroides** → Metilprednisolona é o corticoesteroide de escolha para os casos de SIM-P. Seu uso deve ser considerado, junto com a IGEV, nos casos graves e nos que foram refratários à infusão da mesma, podendo ser administrada em forma de pulsoterapia. A dose alta inicial varia de 10 a 30 mg/kg/dia por 1 a 3 dias consecutivos, seguido de 2 mg/kg/dia por 5 dias, devendo sua dose ser diminuída gradualmente ao longo de 2 a 3 semanas.
- Anticoagulantes** → O ácido acetil salicílico (AAS) deverá ser utilizado nos casos de SIM-P com manifestações da síndrome de Kawasaki e/ou plaquetose (≥450.000/μL), na dosagem de 30 a 50 mg/kg/dia, sendo sua dose reduzida para 3 a 5 mg/kg/dia (máximo 80 mg/dia) assim que a criança estiver afebril por 48 horas e mantida até a normalização da contagem plaquetária e confirmação de coronárias sem alterações com pelo menos 4 semanas do diagnóstico. Tratamento com AAS deve ser evitado em pacientes com plaquetas ≤80.000/μL. A enoxaparina deverá ser associada ao AAS nos casos com aneurismas coronarianos com z-score ≥10 e mantida por tempo indefinido. Nos casos de SIM-P com evidência de trombose ou que apresentem disfunção ventricular, com fração de ejeção < 35%, a enoxaparina deverá ser mantida por pelo menos 2 semanas após a alta hospitalar.
- Suporte inotrópico** → Dobutamina ou milrinona estão indicados naqueles pacientes com sinais de baixo débito sistêmico ou insuficiência cardíaca e que apresentam disfunção ventricular, desde que a pressão arterial sistêmica ainda esteja adequada. Caso os pacientes se apresentem com hipotensão arterial sistêmica, a epinefrina em infusão contínua deve ser a droga de escolha para uso inicial.

Atenção!

1. A decisão de encaminhamento para unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica deverá levar em conta a gravidade das manifestações da doença.
2. **Isolamento do paciente:** a SIM-P é uma condição clínica imune-mediada, pós-infecciosa. Portanto, as medidas de isolamento devem ser baseadas nas manifestações clínicas e nos resultados virológicos (RT-PCR para o SARS-CoV-2) e não nos resultados sorológicos.
3. **Imunomoduladores:** Recomendamos que o uso destes agentes deve ser idealmente acompanhado por um reumatologista pediátrico e dentro do contexto de um estudo clínico amparado por comitê de ética.
4. **Antivirais:** Mesmo nos casos em que há identificação da presença de RNA viral em amostras de nasofaringe, o papel dos antivirais atualmente disponíveis ainda não está estabelecido.

Notificação!

Casos confirmados ou suspeitos de SIM-P deverão ser notificados em até 24 horas da detecção do caso através de preenchimento do formulário de notificação online pelo link do REDCap <https://is.gd/simpcovid> ou por meio do formulário de notificação pelo mesmo link impresso.

Referências

Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Pediatria.

Classificação de Risco / Recepção / Consultório Médico / Unidades de Observação e Internação

VALIDAÇÕES

<p>Secretário Adjunto de Assistência à Saúde</p>  <p>Data: 13/10/2020</p>	<p>Secretaria Adjunta de Epidemiologia</p>  <p>Data: 13/10/2020</p>	<p>Superintende de Acompanhamento à rede de Serviços</p>  <p>Data: 13/10/2020</p>	<p>Superintendente de Assistência à Saúde</p>  <p>Data: 13/10/2020</p>	<p>Superintendente de Epidemiologia e Controle de Doenças</p>  <p>Data: 13/10/2020</p>
--	---	--	---	---