

ATO DA SECRETÁRIA

RESOLUÇÃO SMS Nº 4456 DE 23 DE JUNHO DE 2020

Dispõe sobre a obrigatoriedade de Notificação de Casos/óbitos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Crianças e Adolescentes no âmbito do município do Rio de Janeiro.

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor e,

CONSIDERANDO o atual cenário epidemiológico da pandemia de COVID-19, que demonstra que o risco de doença grave e morte tem sido maior em idosos e em pessoas com outras comorbidades, como hipertensão, cardiopatias, pneumopatias e doenças neoplásicas e que há dados limitados descrevendo as manifestações clínicas do COVID-19 em crianças e adolescentes.

CONSIDERANDO que o Ministério da Saúde, por intermédio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS), assim como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) reconhecem a necessidade de alerta à comunidade pediátrica, reforçando a importância do diagnóstico e tratamento precoces da Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Crianças e Adolescentes associada à COVID-19.

CONSIDERANDO que as manifestações clínicas em crianças e adolescentes geralmente são mais leves e menos frequentes, porém algumas crianças requerem hospitalização e cuidados intensivos.

CONSIDERANDO relatórios recentes da Europa e da América do Norte que descrevem que grupos de crianças e adolescentes necessitaram de admissão em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com uma condição inflamatória multissistêmica, com algumas características semelhantes à Doença de Kawasaki e da síndrome do choque tóxico;

CONSIDERANDO que há relatos de casos descrevendo apresentação de doença aguda acompanhada de uma síndrome hiperinflamatória, levando a choque e falência de múltiplos órgãos e que essa síndrome pode estar relacionada ao COVID-19;

CONSIDERANDO que é essencial caracterizar a Síndrome Inflamatória multissistêmica e seus fatores de risco, entender a causalidade e descrever as intervenções de tratamento (anti-inflamatório, incluindo imunoglobulina parentérica e esteroides);

CONSIDERANDO que há dados limitados descrevendo as manifestações clínicas do COVID19 em crianças e adolescentes e que uma parcela dos que são atendidos requerem hospitalização e cuidados intensivos e,

CONSIDERANDO que há necessidade urgente de coleta de dados padronizados que descrevam as apresentações clínicas, gravidade, resultados e epidemiologia, espectro completo da doença e distribuição geográfica em nosso município, de acordo com a definição de caso estabelecida pela OMS.

RESOLVE:

Art. 1º Torna OBRIGATÓRIO a Notificação de casos e/ou óbitos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica em crianças e adolescentes, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o município.

§ 1º. A Notificação deverá ser semanal (NCS), ou seja, realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

§ 2º. A notificação é obrigatória para todos os profissionais de saúde, ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente;

§ 3º. A notificação será realizada diante da suspeita ou confirmação da doença;

§ 4º. A notificação de que trata o caput será realizada através da ficha individual de Síndrome inflamatória multissistêmica associada com o Formulário de Relatório de Caso COVID-19 (anexo)

§ 5º. O fluxo de notificação será via formulário digital em ambiente drive com acompanhamento pela Superintendência de Vigilância em Saúde já estabelecido para as demais doenças e agravos no seguinte link: <https://forms.gle/7SJo3KFaN6D5m4ku6>

Parágrafo único. A Secretaria Municipal de Saúde poderá reestabelecer a qualquer tempo, diante da relevância clínico epidemiológicas da doença, o prazo de notificação desta doença de semanal para imediato.

Art. 2º. Para efeitos de notificação de casos e/ou óbitos, suspeitos ou confirmados de Síndrome Inflamatória Multissistêmica em crianças e adolescentes (pacientes menores de 21 anos) considerar-se-ão:

- Febre persistente;
- Provas elevadas de atividade inflamatória (PCR, procalcitonina e neutrofilia);
- Linfopenia;
- Indícios de disfunção única ou de múltiplos órgãos (choque, comprometimento cardíaco, respiratório, renal, gastrointestinal ou neurológico);
- Detecção do RNA viral por RT-PCR, sorologia positiva, Teste Rápido COVID ou exposição à Covid-19 nas quatro semanas precedentes ao surgimento dos sintomas.

§ 1º. Deve ser excluído qualquer outra causa

§ 2º. A espera por resultados não deve atrasar a notificação dos casos/óbitos

Art. 3º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação

Rio de Janeiro, 23 junho de 2020

ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO
Secretária Municipal de Saúde

PCRJ - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ANEXO ÚNICO DE QUE TRATA A RESOLUÇÃO SMS Nº 4456 DE 23 DE JUNHO DE 2020.

ANEXO
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA

UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICANTE:

_____ CNES _____

Data da notificação: ____/____/____

Nome do profissional notificante: _____ E-mail:

_____ Tel./Cel.: () _____

CRITÉRIO DE INCLUSÃO IDADE > 21

E

 FEBRE >38,0°C por >24 horas, OU febre febre por >24 horas.

E

 6 exames laboratoriais de infecção a serem ou presentes:

- TPOR
- NVHs
- ↑ ferrugênia
- ↑ creatonina
- ↑ Eritrora
- Hemina
- ↑ LDH
- ↑ Interleudina 6 (IL-6)
- neurótica esterase
- linócitos reduzidos
- albumina baixa

E

 Evidência de doença severa que necessidade de internação com falência de 2 ou mais sistemas E

- Circulatório (choque, prostração elevada, alteração ecocardiograma, arritmia)
- Renal (aumento ácidozes ou falência renal)
- Respiratório (pneumonia, BRAG, embolia pulmonar)
- Hematológico (ferimentos trombocitopenia, trombocitose ou trombocitopenia)
- Gastrointestinal (dor abdominal) vômitos, apendicite, diarreia)
- Dermatológico (lesões mucocutâneas)
- Neurológico (ataxia, alterações de comportamento, AVC, meningite asséptica, encefalopatia)

E

AUSÊNCIA DE OUTRA HIPÓTESE:

E

CONFIRMAÇÃO DE INFECÇÃO RECENTE A SARS-COV-2 OU

RT-PCR: Pos () / Neg () ____/____/____

Sero logia: Pos () / Neg () ____/____/____

Teste Rápido: Pos () / Neg () ____/____/____

OU

História de exposição COVID-19 até 4 semanas antes do início dos sintomas

Data de início de sintomas: ____/____/____

COM ORBITADES

	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>
Imunossupressão / neoplasia		
Obesidade		
Diabetes		
Convulsões		
Anemia Falciforme		
Mal Formações Congênitas		
Doença Pulmonar		
Asma		
Doenças Reumáticas		
Outras:		

INTERNAÇÃO

Data Internação: ____/____/____

Internação UTI: () sim () não. Quantos dias? _____

TRATAMENTO

	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>
VNI		
VMI		
Esteróide		
Imunoglobulina		
Aminovascular		
Imunobiológicos		
Antiagregente plaquetário		
Anticoagulante		
Dialise		
Outros:		

DESPECHO

Permanece internado? () sim () não

Alta: ____/____/____

Óbito: ____/____/____