

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRO.ENE.002 – Página 1/6	
Título do Documento	PROTOCOLO PARA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

SUMÁRIO

1. AUTORES.....	2
2. SIGLAS E CONCEITOS.....	2
3. INTRODUÇÃO.....	2
4. OBJETIVOS.....	2
5. JUSTIFICATIVAS.....	2
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	2
7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	2
8. PRINCIPAIS VARIANTES.....	3
9. DIAGNÓSTICO (EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS E CRITÉRIOS).....	3
10. ESCALA DE INCAPACIDADE – GRAVIDADE.....	4
11. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO COM MONITORAMENTO.....	4
12. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....	4
13. CRITERIOS DE INTERNAÇÃO EM UTI.....	4
14. ALTA HOSPITALAR.....	5
15. PROGNÓSTICO.....	5
16. REFERÊNCIAS.....	5
17. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	6

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRO.ENE.002 – Página 2/6	
Título do Documento	PROTOCOLO PARA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

1. AUTORES

Mariana Braatz Krueger Barreira

2. SIGLAS E CONCEITOS

SGB – Síndrome de Guillain-Barré

LCR – liquor

AIDP - polirradiculopatia desmielinizante inflamatória aguda

m – metros

PLEX – plasmaférese

IVIG – imunoglobulina

IOT – intubação orotraqueal

UTI – unidade de terapia intensiva

3. INTRODUÇÃO

As polineuropatias imunomediadas agudas são classificadas sob o epônimo Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

A SGB normalmente ocorre após uma doença infecciosa em que a resposta imune gera anticorpos que reagem de forma cruzada com gangliosídeos nas membranas nervosas, ou seja, mimetismo molecular. Essa resposta autoimune resulta em dano ao nervo ou bloqueio funcional da condução nervosa.

4. OBJETIVOS

Abordar conceito, quadro clínico, diagnóstico, investigação etiológica, diagnóstico diferencial e manejo clínico

5. JUSTIFICATIVAS

Síndrome que requer reconhecimento de prontidão, para adequado manejo.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Inclusão: paciente com SGB
- Exclusão: pacientes com paralisia flácida que não seja SGB

7. HISTÓRIA CLÍNICO E EXAME FÍSICO

A apresentação clínica inicialmente começa com parestesia em membros inferiores distalmente (queixa de dor em pés) predominantemente simétrico evoluindo para dor neuropática frequentemente, progredindo para paresia ascendente arreflexa/hiporeflexa. A disfunção autonômica, com íleo paralítico, retenção urinária, hipotensão ortostática e arritmias, também são frequentes.

A SGB é uma doença monofásica, geralmente atingindo a gravidade máxima (nadir) em 4 semanas. Um estudo mostrou que 80% dos pacientes com SGB atingem o nadir em 2 semanas após o início da fraqueza e 97% atingem o nadir dentro de 4 semanas. A fase

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRO.ENE.002 – Página 3/6	
Título do Documento	PROTOCOLO PARA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

progressiva é geralmente seguida por uma fase de platô variando de 2 dias a 6 meses (duração média de 7 dias) antes que os pacientes comecem a se recuperar.

8. PRINCIPAIS VARIANTES

A polirradiculopatia desmielinizante inflamatória aguda (AIDP) é a mais comum (60-80% na Europa e América do Norte), seguido da neuropatia axonal motora aguda. Cada variante de SGB tem características clínicas, fisiopatológicas e patológicas distintas. São classificadas em: Polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda (AIDP), neuropatia axonal motora aguda (AMAN), neuropatia axonal sensorial-motora aguda, Síndrome de Miller Fisher - SMF (oftalmoplegia externa, ataxia e fraqueza muscular com arreflexia) e encefalite Bickerstaff (encefalopatia e hiperreflexia, em combinação com características de SMF como oftalmoplegia e ataxia)

9. DIAGNÓSTICO (EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS E CRITÉRIOS)

Crítérios obrigatórios:

- Fraqueza progressiva nas pernas e braços (às vezes, inicialmente apenas nas pernas)
- Arreflexia (ou diminuição dos reflexos do tendão) em membros fracos

Em torno de 9-10% pode ter normoreflexia.

- Líquor (LCR)

A punção lombar é freqüentemente realizada em pacientes com suspeita de SGB. É importante ressaltar que esse procedimento deve ser feito especialmente para excluir outros diagnósticos, em vez de confirmar SGB. Uma combinação de nível elevado de proteína e contagens de células normais no LCR (denominada dissociação albuminocitológica) é considerada uma marca registrada do GBS. Níveis elevados de proteína no LCR são encontrados em aproximadamente 50% dos pacientes nos primeiros 3 dias após o início da fraqueza, o que aumenta para 80% após a primeira semana.

- Eletroneuromiografia: considerar quando o diagnóstico é duvidoso ou evolução atípica, assim como avaliação de prognóstico.

Características que devem levantar dúvidas sobre o diagnóstico de SGB

- Aumento do número de células mononucleares no líquido cefalorraquidiano (> 50 células por μ l) ou células polimorfonucleares no líquido cefalorraquidiano
- Disfunção pulmonar grave com fraqueza limitada dos membros no início
- Sinais sensoriais graves com fraqueza limitada no início
- Disfunção da bexiga ou intestino no início
- Febre no início
- Nível sensorial agudo da medula espinhal
- Progressão lenta com fraqueza limitada e sem envolvimento respiratório
- Marcada assimetria persistente de fraqueza
- Disfunção persistente da bexiga ou intestino

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRO.ENE.002 – Página 4/6	
Título do Documento	PROTOCOLO PARA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

10. ESCALA DE INCAPACIDADE - GRAVIDADE

- 0 (saudável),
- 1 (sintomas menores e capaz de correr),
- 2 (capaz de caminhar 10 m sem ajuda, mas incapaz de correr),
- 3 (capaz de caminhar 10 m em um espaço aberto com ajuda),
- 4 (acamado ou em cadeira de rodas),
- 5 (necessitando de ventilação assistida por pelo menos parte do dia),
- 6 (morto).

11. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO COM MONITORAMENTO

- Imunoterapia:

- Plasmaférese (PLEX): troca de plasma consiste em cinco tratamentos administrados ao longo de 2 semanas, envolvendo um total de cerca de cinco volumes de plasma;
- Imunoglobulina na dose de 0,4 g / kg por dia por 5 dias consecutivos ou 1 g / kg por dia por 2 dias. Mesma eficácia da PLEX, avaliar disponibilidade e questões socioeconômicas.
- Indicações: pacientes graves (não deambulam) – escala ≥ 3 – principalmente iniciado nas duas primeiras semanas

- Monitorar disfunção respiratória a cada 4/4 horas^{3,4}:

- Através do manovacômetro: pacientes que apresentem $P_{\text{Imax}} < -30 \text{ cmH}_2\text{O}$ (adultos), $P_{\text{Emax}} < 40 \text{ cmH}_2\text{O}$ (adultos), capacidade vital (CV) $< 20 \text{ mL/kg}$ ou metade do valor normal para a idade, ou uma redução da CV de mais de 30% na monitorização, devem ser intubados eletivamente para evitar IOT de urgência. Em menores de 6 anos (que não colaboram), deve ser avaliado aumento da frequência cardíaca, $p\text{CO}_2 \geq 50 \text{ mmHg}$ e uso de musculatura acessória.
- Peak flow: A avaliação da tosse é realizada pela medida objetiva do pico de fluxo de tosse, ou peak flow, cujo valor normal é superior a 300 l/min, sendo $< 250 \text{ L/min}$ associado com necessidade de avaliação de ventilação mecânica em adultos, não havendo parâmetros na pediatria no monitoramento da SGB⁵.

- Prevenir complicações: mudança de decúbito, avaliar profilaxia de trombose venosa e cuidados com infecção respiratória, associado com a reabilitação e suporte psicológico.

12. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Paciente com quadro de paralisia flácida aguda, para investigação e monitoramento, assim como, a depender da escala de incapacidade, tratamento de suporte e imunoterapia.

13. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO EM UTI

As indicações de manejo de UTI são: disfunção cardiovascular autonômica grave (por exemplo, arritmias ou variação acentuada na pressão arterial), disfunção de deglutição grave ou reflexo de tosse diminuído, rápida progressão da fraqueza ou escala de

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRO.ENE.002 – Página 5/6	
Título do Documento	PROTOCOLO PARA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

incapacidade ≥ 3 se com disfunção bulbar ou com sinais de disfunção respiratória. Um estado de insuficiência respiratória iminente é definido como sinais clínicos de dificuldade respiratória, incluindo falta de ar em repouso ou durante a fala, incapacidade de contar até 15 em uma única respiração, uso de músculos respiratórios acessórios, aumento da frequência respiratória ou cardíaca, capacidade vital $< 15 - 20$ ml/kg ou metade do valor normal para a idade, ou gasometria arterial ($pCO_2 \geq 50$ mmHg) ou medições de oximetria de pulso anormais^{4,5}.

14. ALTA HOSPITALAR

Requer estabilidade clínica e sem critérios de gravidade, podendo ser necessário esperar 4 semanas.

15. PROGNÓSTICO

A recuperação ocorre principalmente nos primeiros 6 meses, podendo permanecer com evolução até 5 anos, principalmente para os sintomas subjetivos, como fadiga ou dor neuropática. O risco de recorrência é extremamente baixo, sendo menor que 5%. A escala modificada de Erasmus (mEGOS) é uma ferramenta de prognóstico, em que pode ser utilizada principalmente para avaliar possibilidade de retomada da marcha⁵.

16. REFERÊNCIAS

- Leonhard, S.E., Mandarakas, M.R., Gondim, F.A.A. *et al.* Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. *Nat Rev Neurol* **15**, 671–683 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0250-9>
- van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nat Rev Neurol*. 2014 Aug;10(8):469-82. doi: 10.1038/nrneurol.2014.121. Epub 2014 Jul 15. PMID: 25023340.
- Barbas Carmen Sílvia Valente, Ísola Alexandre Marini, Farias Augusto Manoel de Carvalho, Cavalcanti Alexandre Biasi, Gama Ana Maria Casati, Duarte Antonio Carlos Magalhães *et al.*
Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte 2. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2014 Sep [cited 2021 Apr 05]; 26(3): 215-239. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2014000300215&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20140034>.
- Lawn ND, Fletcher DD, Henderson RD, Wolter TD, Wijdicks EF. Anticipating mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome. *Arch Neurol*. 2001 Jun;58(6):893-8. doi: 10.1001/archneur.58.6.893. PMID: 11405803.
- González-Suárez, I., Sanz-Gallego, I., Rodríguez de Rivera, F. J., & Arpa, J. (2013). Guillain-Barré syndrome: natural history and prognostic factors: a retrospective review of 106 cases. *BMC neurology*, 13, 95. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-13-95>

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO	PRO.ENE.002 – Página 6/6	
Título do Documento	PROTOCOLO PARA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	Emissão: 09/01/2023	Próxima revisão:
		Versão: 1	08/01/2025

17.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

ELABORAÇÃO/ REVISÃO

Mariana Braatz Krueger Barreira

ANÁLISE
Carla Meneses Azevedo Alves
Unidade de Gestão da Qualidade

Data:

____/____/____

Assinatura e carimbo:

APROVAÇÃO
Maria Airtes Vieira Vitoriano
Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

Data:

____/____/____

Assinatura e carimbo:

Jailton Vieira Silva
Gerente de Atenção à Saúde

Data:

____/____/____

Assinatura e carimbo: