



ORIGINALES

Síndrome de Guillain Barré: perfil clínico epidemiológico e assistência de enfermagem

Síndrome de Guillain Barré: perfil clínico epidemiológico y asistencia de enfermería
Guillain Barré syndrome: epidemiological clinical profile and nursing care

Denise de Fátima Hoffmann Rigo¹

Claudia Ross²

Lili Marlene Hofstätter²

Maria Fernanda Azevedo Pompilio Leonel Ferreira³

¹ Enfermeira Residente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Brasil.
denisehoffmannrigo@yahoo.com.br

² Docente de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Brasil.

³ Médica da divisão de Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal de Cascavel. Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.366661>

Submissão: 8/03/2019

Aprovação: 23/06/2019

RESUMO:

Introdução: A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é considerada uma polineuropatia inflamatória aguda.

Objetivo: Conhecer as características sócio demográficas, clínica epidemiológicas e assistenciais de pacientes internados com SGB em um hospital escola do Oeste do Paraná.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva acerca da caracterização sócio demográfica, clínica epidemiológica e assistencial de pacientes internados com SGB em um hospital escola no período de 2013 a 2017. Totalizando 23 pacientes cujos prontuários eletrônicos foram analisados. Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa XLStat (2010).

Resultados: A maioria dos pacientes apresentou idades entre 51 e 60 anos (31,12%), seguidas das idades 41 a 50 anos (13,04%) e menores de 15 anos (13,04%), sexo masculino (60,87), com grande parte apresentando sintomas infecciosos prévios como mialgia, cefaleia, febre, diarreia. Os sintomas referentes a SGB apresentados no período de 4 a 9 dias antes da internação englobou a forma ascendente, simétrica, com diminuição da força muscular. Durante a internação foram submetidos a procedimentos como cateterismo vesical e punção venosa periférica. Entre os exames laboratoriais destacou-se o hemograma e diagnóstico a eletroneuromiografia. O tratamento principal foi a imunoglobulina. A maioria dos pacientes apresentou alta dependência para assistência de enfermagem conforme sistema de classificação de pacientes de Fugulin.

Conclusão: O desenvolvimento de estudos que propiciam o conhecimento da caracterização de um grupo específico de pacientes acometidos por uma doença considerada rara, constituem-se em instrumentos para o planejamento em saúde.

Palavras-Chave: Síndrome de Guillain-Barré; Epidemiologia; Hospitais de Ensino.

RESUMEN:

Introducción: El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) se considera una polineuropatía inflamatoria aguda.

Objetivo: Conocer las características sociodemográficas, clínicas epidemiológicas y asistenciales de pacientes internados con SGB en un hospital escolar del Oeste de Paraná.

Metodología: Se trata de una investigación cuantitativa, retrospectiva acerca de la caracterización sociodemográfica, clínica epidemiológica y asistencial de pacientes internados con SGB en un hospital escolar en el período de 2013 a 2017. Totalizando 23 pacientes cuyos prontuarios electrónicos fueron analizados. Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa XLStat (2010).

Resultados: La mayoría de los pacientes presentó edades entre 51 y 60 años (31,12%), seguidas de las edades de 41 a 50 años (13,04%) y menores de 15 años (13,04%), sexo masculino (60, 87), con gran parte presentando síntomas infecciosos previos como mialgia, cefalea, fiebre, diarrea. Los síntomas referentes a SGB presentados en el período de 4 a 9 días antes de la internación englobó la forma ascendente, simétrica, con disminución de la fuerza muscular. Durante la internación fueron sometidos a procedimientos como cateterismo vesical y punción venosa periférica. Entre los exámenes de laboratorio se destacó el hemograma y diagnóstico a la electroneuromiografía. El tratamiento principal fue la inmunoglobulina. La mayoría de los pacientes presentó alta dependencia de asistencia de enfermería conforme sistema de clasificación de pacientes de Fugulin.

Conclusión: El desarrollo de estudios que propician el conocimiento de la caracterización de un grupo específico de pacientes atacados por una enfermedad considerada rara, se constituyen en instrumentos para la planificación en salud.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré; epidemiología; Hospitales de Enseñanza.

ABSTRACT:

Introduction: Guillain-Barré syndrome (GBS) is considered an acute inflammatory polyneuropathy.

Objective: To know the socio-demographic, clinical epidemiological and care characteristics of patients hospitalized with GBS in a school hospital in the West of Paraná.

Methodology: This is a quantitative, retrospective study about the socio-demographic characterization, clinical epidemiology and care of hospitalized patients with GBS in a school hospital from 2013 to 2017. Totaling 23 patients whose electronic records were analyzed. All statistical analyzes were performed in the XLStat program (2010).

Results: The majority of the patients presented ages ranging from 51 to 60 years (31.12%), followed by ages 41 to 50 (13.04%) and under 15 (13.04%), male (60.87) , with most presenting previous infectious symptoms such as myalgia, headache, fever, diarrhea. The symptoms related to GBS presented in the period from four to nine days before admission included the ascending, symmetrical form with a decrease in muscle strength. During the hospitalization they underwent procedures such as bladder catheterization and peripheral venous puncture. Among the laboratory exams, the blood test and diagnosis of electro-urography were highlighted. The main treatment was immunoglobulin. Most of the patients presented high dependence for nursing care according to Fugulin's patient classification system.

Conclusion: The development of studies that allow the knowledge of the characterization of a specific group of patients affected by a disease considered rare, constitute instruments for health planning.

Key words: Guillain-Barré syndrome; Epidemiology; Hospitals of Teaching.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é considerada uma polineuropatia inflamatória aguda com maior ocorrência na atualidade, geralmente, apresentando-se como uma paresia flácida simétrica ascendente e arreflexa. ⁽¹⁾

No que tange a incidência esta pode variar conforme região geográfica e sexo. Em países ocidentais a incidência varia de 0,89 a 1,89 por 100.000 pessoas (média de 1,11) e em crianças de 0,5 a 1,5 por 100.000 pessoas, com discreta predominância no sexo masculino. Observa-se aumento de 20% de chance de adquirir a doença a cada 10 anos após a primeira década de vida. A maior parte dos casos é precedida por infecções do trato respiratório superior ou por diarréia, ocasionadas por quadros

virais. Os principais agentes etiológicos associados são *Campylobacter jejuni* (até 30% dos casos) e citomegalovírus (em até 10% dos casos). No diagnóstico clínico, o exame neurológico aponta debilidade simétrica dos membros inferiores com reflexos osteotendinosos ausentes ou diminuídos e dor. Os principais exames complementares são a eletroneuromiografia (ENMG) e a análise do líquido, sendo que no primeiro ocorrem alterações específicas para cada forma clínica da doença e no líquido a dissociação albuminocitológica.⁽²⁾

Em Cascavel/PR ocorreu um aumento de casos de SGB nos anos de 2007 e 2008, com registros de 2,1 e 4,5 casos por 100.000 habitantes nos períodos de agosto/2006 a julho/2007 e de agosto/2007 a julho/2008, respectivamente, ultrapassando a incidência recomendada de 1 caso/100.000 habitantes. Frente ao contexto da doença no Estado do Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, a partir de 2016 determinou a notificação obrigatória da doença e implantou o protocolo estadual para vigilância da SGB e outras doenças neurológicas agudas graves pós-infecciosas no Estado.⁽³⁾

A SGB é uma patologia considerada rara, sendo de modo geral sua incidência anual baixa, porém é uma enfermidade que ocorre mundialmente e independente de fatores como idade, sexo, classe social e hábitos de vida. É uma doença de rápida evolução, cuja recuperação e cura podem ocorrer dentro de semanas a meses, com complicações e evolução para forma potencialmente fatal, exigindo diagnóstico rápido. Apesar da gravidade a SGB apresenta bom prognóstico, com aproximadamente 95% dos casos recuperando-se por completo e apenas 2 a 5% evoluindo para óbito, não havendo, no entanto, perspectivas de recuperação após dois anos de evolução da patologia.^(4;5)

Nesta conjuntura, o presente estudo objetivou conhecer as características sócio demográficas, clínica epidemiológicas e assistenciais de pacientes internados com SGB em um hospital escola do Oeste do Paraná no período de 2013 a 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, descritiva que apresenta uma caracterização sócio demográfica, clínica epidemiológica e assistencial de pacientes internados com SGB em um hospital escola do Oeste do Paraná a partir de prontuários eletrônicos. Atualmente este hospital conta com 210 leitos ativos, sendo referência na região Oeste para o atendimento de traumatologia e neurologia abrangendo 25 municípios que compõem 10ª Regional de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná – PR (SESA-PR).⁽⁶⁾

A busca de pacientes com o diagnóstico de SGB foi realizada primeiramente pela Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID 10 – G61.0 SGB)⁽⁷⁾ no sistema de prontuário eletrônico Tasy Philips (sistema de gestão em saúde hospitalar) e posteriormente confirmada pela listagem de liberação de imunoglobulina da farmácia central do hospital referentes ao período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Os dados obtidos na primeira busca foram cruzados com estes últimos a fim de garantir que não ocorreriam perdas de pacientes/prontuários. A população de estudo contabilizou inicialmente 28 pacientes com o diagnóstico de SGB.

O critério de inclusão para o estudo contemplou todos os pacientes que tiveram diagnóstico médico para SGB internados em um hospital escola do oeste do Paraná para o período de estudo. Os critérios de exclusão todos os pacientes cujos prontuários não constavam evolução do médico neurologista e/ou que não apresentavam dados registrados referentes à caracterização proposta. Deste modo, ao final totalizou-se 23 pacientes com o diagnóstico de SGB cujos prontuários foram analisados.

A coleta de dados foi realizada a partir dos registros nos prontuários eletrônicos dos pacientes buscando-se informações sócio demográficas, clínica epidemiológicas e assistenciais pertinentes aos internamentos. O instrumento de coleta de dados foi construído com base no protocolo de vigilância da SGB do Estado do Paraná ⁽³⁾ e contemplou dados sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, município de residência; dados clínico epidemiológicos: sintomas prévios a internação, sinais e sintomas na internação e na alta, exames laboratoriais e de imagem realizados; medicamentos utilizados; procedimentos realizados; dados assistenciais baseados na classificação de Fugulin. ⁽⁸⁾

Os dados coletados foram dispostos em planilhas de Excel para constituição do banco de dados e posterior análise descritiva dos resultados encontrados para a caracterização sócio demográfica, clínica epidemiológica, exames e medicamentos utilizados.

Os medicamentos foram agrupados conforme sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) ⁽⁹⁾ para segundo nível, que indica o grupo principal terapêutico.

Os dados assistenciais foram analisados de acordo com o sistema de classificação de pacientes (SCP) de Fugulin⁽⁸⁾, realizada pelos enfermeiros durante período de internação e registrados em prontuário eletrônico, considerando-se a primeira e última classificação. Tal classificação permite avaliar a complexidade assistencial e a evolução do paciente internado. Para isso, utiliza-se de um instrumento composto por doze áreas do cuidado: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, integridade tecidual, terapêutica, curativo, tempo utilizado no curativo. Cada área do cuidado avaliada recebe uma pontuação de um a quatro pontos e a somatória desses pontos varia de 12 a 48, indicando de forma crescente a complexidade assistencial do paciente, correspondendo a: cuidado mínimo (12 a 17 pontos), cuidado intermediário (18 a 22 pontos); alta dependência (23 a 28 pontos); cuidado semi-intensivo (29-34 pontos) e cuidado intensivo (35 a 48 pontos).

Após isso, foi então aplicado o Teste de Qui-quadrado de Independência para as variáveis sociodemográficas, clínica epidemiológicas, assistenciais, exames, e medicamentos, associando-as com o sexo do paciente, no intuito de verificar a associação entre as mesmas. Para as classificações clínicas da doença nos diferentes momentos (início dos sintomas/admissão e período de alta, e para a primeira e última classificação de Fugulin) foi também aplicado o Teste de Qui-quadrado de McNemar visando avaliar se os períodos de admissão e alta eram estatisticamente diferentes.

Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa XLStat (2010) ⁽¹⁰⁾, assumindo um nível de significância de 5%, onde $p < 0,05$ indica que as categorias são

estatisticamente diferentes, ou seja, “p significativo”, e $p > 0,05$ indica que as categorias não são estatisticamente diferentes, são iguais, ou seja, “p não-significativo”.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os preceitos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) tendo parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unioeste sob nº 2.748.437.

RESULTADOS

Ao realizar a análise descritiva dos resultados, pôde-se observar que dentro do período estudado tivemos uma distribuição de casos ascendente nos anos de 2013 com 17,5%, 2014 com 21,5%, 2016 e 2017 com 26% respectivamente, com exceção do ano de 2015 com 8,69%. A maioria dos casos apresentou idades entre 51 e 60 anos (31,12%), seguidas das idades 41 a 50 anos (13,04%) e menores de 15 anos (13,04%). Do total, 60,87% eram do sexo masculino e 39,13% do feminino, apresentando, em sua maioria, estado civil casado (65,22%) e religião católica (65,22%). Quanto à escolaridade, 39,13% não apresentou tal dado em registro, 26,09% possuía Ensino Fundamental completo e 13,04% Ensino Fundamental incompleto. O município de residência da cidade de Cascavel-PR foi o mais frequente (56,52%) seguido de Campina da lagoa e Santa Tereza do Oeste com 8,70%. Acerca da profissão dos pacientes, 60,87% não apresentaram este dado em registro, 13,04% eram lavradores e 8,70% do lar. Por fim, 100% dos pacientes teve desfecho de alta hospitalar.

Quanto aos sintomas gerais prévios à internação, a maioria dos pacientes apresentou mialgia (73,91%), cefaleia (56,52%), febre (39,13%) diarreia e disfagia (17,39%), respectivamente.

Em relação ao período de duração do início dos sintomas até admissão/internação hospitalar do paciente, a maioria destes durou entre 4 a 6 dias (34,78%), depois por 7 a 9 dias (21,74%) e 1 a 3 dias (17,39%). Em 86,96% dos casos foi verificada a presença de deficiência motora, principalmente de forma ascendente e simétrica (69,57%). Em 95,65% ocorreu a diminuição da força muscular, sendo que destes, 47,83% foram em membros inferiores (MMII) e 43,48% em MMII e membros superiores (MMSS). Cerca de 34,78% dos pacientes apresentaram diminuição do tônus muscular, 26,09% comprometimento de musculatura cervical, 21,74% de musculatura respiratória, e 17,39% de musculatura da face. Apenas 8,70% dos pacientes permaneceram internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (Tabela 1). No que tange o tempo de internação obteve-se uma média de 34 dias, variando entre o maior tempo de 81 dias e o menor tempo de 5 dias de permanência hospitalar.

Tabela 1 - Frequências absolutas (FA) e relativas (FR %) do período de início dos sintomas até admissão dos pacientes com SGB* (NA: não se aplica; Membros inferiores (MMII); Membros superiores (MMSS)).

Variáveis	Respostas	FA	FR %
Período dos sintomas ao internamento (dias)	1 a 3	4	17,39
	4 a 6	8	34,78
	7 a 9	5	21,74
	10 a 12	1	4,35
	13 a 15	1	4,35
	16 a 19	1	4,35
	Superior a 20	3	13,04
Presença de deficiência motora	Não	3	13,04
	Sim	20	86,96
Se sim, qual?	Ascendente	1	4,35
	Ascendente e Simétrica	16	69,57
	Descendente	4	17,39
	NA	2	8,70
Diminuição da força muscular	Não	1	4,35
	Sim	22	95,65
Local	MMII	11	47,83
	MMII e MMSS	10	43,48
	MMSS	2	8,70
Diminuição do tônus muscular	Não	15	65,22
	Sim	8	34,78
Comprometimento da musculatura respiratória	Não	18	78,26
	Sim	5	21,74
Comprometimento da musculatura cervical	Não	17	73,91
	Sim	6	26,09
Comprometimento da musculatura da face	Não	19	82,61
	Sim	4	17,39
Internação na UTI	Não	21	91,30
	Sim	2	8,70

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*SGB: Síndrome de Guillain-Barré.

Em relação ao período de alta hospitalar, 65,22% dos pacientes com SGB ainda apresentavam deficiência motora, sendo a maioria ascendente e simétrica (47,83%). O mesmo foi observado para a diminuição da força muscular (73,91%), principalmente em MMII (47,83%). Somente 8,70% dos pacientes apresentavam diminuição do tônus muscular, e apenas 4,35% comprometimento da musculatura da face. Nenhum destes mostrava comprometimento da musculatura respiratória e cervical (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequências absolutas (FA) e relativas (FR %) no período da alta hospitalar dos pacientes com SGB (NA: não se aplica; MMII; MMSS).

Variáveis	Respostas	FA	FR %
Presença de deficiência motora	Não	8	34,78
	Sim	15	65,22
Se sim, qual?	Ascendente	1	4,35
	Ascendente e simétrica	11	47,83
	Descendente	4	17,39
	NA	7	30,43

Diminuição da força muscular	Não	6	26,09
	Sim	17	73,91
Local	MMII	11	47,83
	MMSS	1	4,35
	MMSS e MMII	5	21,74
	NA	6	26,09
Diminuição do tônus muscular	Não	21	91,30
	Sim	2	8,70
Comprometimento da musculatura respiratória	Não	23	100,00
	Sim	0	0,00
Comprometimento da musculatura cervical	Não	23	100,00
	Sim	0	0,00
Comprometimento da musculatura de face	Não	22	95,65
	Sim	1	4,35

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*SGB: Síndrome de Guillain-Barré.

Dos pacientes portadores SGB, a minoria apresentou comorbidades como: hipertensão arterial (26,09%), câncer (13,04%) e diabetes *mellitus* (4,35%).

Durante o período de internação, verificou-se que os procedimentos mais frequentemente realizados nos pacientes foram sondagem vesical de demora (69,57%) e punção de cateter venoso periférico (100%), sendo os demais procedimentos (Intubação orotraqueal, sondagem nasogástrica, drenagem de tórax e punção de cateter venoso central) realizados em menos de 13% dos casos.

Ao analisar a associação dos sintomas prévios das variáveis relacionadas à internação, início dos sintomas até o período de internação, sintomas que os pacientes apresentavam no momento da alta hospitalar, diferentes comorbidades e procedimentos realizados no período da internação e suas associações com os diferentes sexos não houve nenhuma associação estatística significativa ($p > 0,05$).

Acerca dos exames laboratoriais observou-se que todos os pacientes realizaram hemograma; 95,65% exames de glicose, potássio, sódio, Tempo de tromboplastina parcialmente ativada (KPTT) e proteína C reativa (PCR); 91,30% exames de transaminase glutâmico-pirúvica (TGP), transaminase glutâmico-oxalacética (TGO), tempo de protrombina (TAP) e ureia; 82,61% de bilirrubina total e frações, cloro, creatinina e rotina de líquido; 65,22% Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) no líquido; 60,87% pró-calcitonina; 56,52% ácido láctico e gasometria; e 52,17% magnésio. Outros exames foram realizados com menor frequência (menor que 50%).

Quanto aos exames de imagem e diagnóstico, o único realizado na maioria dos pacientes foi a eletromiografia (90,48%), seguida da tomografia de crânio (45,45%) e RX de tórax (31,82%).

Ao analisar a classe de medicamentos utilizados e quantidade ingerida das mesmas, verificou-se que: 91,30% dos pacientes utilizaram um medicamento da classe "J06" (imunoglobulinas); 78,26% um medicamento da classe "A03" (Agentes Antiespasmódico, anticolinérgicos e propulsivos); 73,91% um medicamento da classe "B01" (Agentes antitrombóticos); 60,87% um medicamento da classe "N02" (analgésicos); 52,17% um medicamento da classe "M01" (anti-inflamatórios); 52,17%

dois medicamentos da classe “A02” (Antiácidos e inibidores da bomba de prótons); 47,83% um medicamento das classes “C02” (Anti-hipertensivos) e “C03” (diuréticos); 39,13% entre um e dois medicamentos da classe “B05” (Substitutos do sangue e soluções para perfusão).

Para avaliar a complexidade assistencial dos pacientes portadores de SGB foi realizada a coleta de dados a partir do registro do sistema de classificação de pacientes (SPC) de Fugulin, sendo que 21 pacientes apresentaram essa classificação disponível em prontuário eletrônico.

Quando realizada a análise da primeira e da última classificação de Fugulin do paciente, não foi observada diferença estatística ($p > 0,05$) tornando os dois períodos estatisticamente iguais.

Comparando os pacientes que mantiveram, melhoraram ou pioraram sua classificação na primeira e última avaliação, averiguou-se que na classificação de Fugulin apenas 20% dos pacientes apresentaram melhora do quadro e 80% mantiveram a classificação de alta dependência. Dentre as áreas de cuidado avaliadas para classificar o paciente verificou-se 10% de melhora significativa para integridade tecidual, sendo para as demais áreas menos de 5% de melhora. A oxigenação foi a área que mais demonstrou piora significativa (20%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequências relativas (FR %) e porcentagem de manutenção, melhora e piora das áreas avaliadas na classificação de fugulin, para a primeira e a última classificação dos pacientes com SGB. p: valor do Teste de McNemar.

Áreas do cuidado	Respostas	1º	Última	Situação	p-valor
		Classificação	Classificação		
		FR %	FR %		
Estado mental	Orientado	100	100	100% manteve	*
Oxigenação	Não depende de oxigênio	95	80	75% manteve	0,371
	Uso intermitente de máscara ou cateter	5	20	5% melhora 20% piora	
Sinais vitais	Controle de 4 em 4 horas	5	0	95% manteve	*
	Controle de rotina, ou de 6 em 6 horas	95	100	5% melhora	
Motilidade	Dificuldade a incapacidade p/ se movimentar	20	20	90% manteve	1
	Nenhuma a pouca limitação de movimentos	80	80	5% melhora 5% piora	
Deambulação	Deambula sem auxílio, ou restrito ao leito	75	80	95% manteve	1
	Necessita de auxílio para deambular	25	20	5% melhora	

Alimentação	Autossuficiente ou por boca, com auxílio	95	95	100% manteve	*
	Enteral	5	5	-	
Cuidado Corporal	Autossuficiente	10	10	100% manteve	*
	Banho e higiene oral auxiliados pela Enfermagem	90	90	-	
Eliminação	Uso de comadre ou eliminação no leito	0	5	95% manteve	1
	Comadre, eliminação no leito e uso de CVD	70	60	5% melhora	
	Autossuficiente ou uso do vaso com auxílio	30	35	-	
Integridade tecidual	Pele íntegra	90	100	90% manteve	*
	Destruição derme, epiderme ou evisceração	10	0	10% melhora	
Terapêutica	IV Intermitente	100	100	100% Manteve	*
Curativo	Sem curativo	100	100	100% Manteve	*
Tempo utilizado no curativo	Sem curativo	100	100	100% Manteve	*

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

(*): p-valor não pôde ser calculado devido à presença de linhas apenas com valores zerados ou iguais entre os diferentes tempos.

DISCUSSÃO

O presente estudo busca caracterizar pacientes internados em um hospital escola acometidos pela SGB. Destaca-se que em revisão de literatura acerca da temática verificou-se uma baixa produção científica nacional o que dificultou a discussão dos resultados. Para tal, buscou-se referencial disponível que mais se aproximasse da realidade estudada.

Os achados deste estudo apresentaram uma caracterização sociodemográfica de 23 pacientes que mostrou predominância do sexo masculino (n: 14; 60,87%) seguido do sexo feminino (n: 9; 39,13%), abrangendo faixa etária entre 51 e 60 anos (n: 9; 31,12%), seguida de 41 a 50 anos (n: 3; 13,04%) e menores de 15 anos (n:3; 13,04%).

Estudo realizado na Alemanha com um total de 73 pacientes com SGB, mostrou a predominância de 42 homens frente a 31 mulheres, variando a idade entre 22 a 80 anos.⁽¹¹⁾

Em estudo realizado no mesmo hospital escola desta pesquisa no período de 2009 a 2012 verificou-se variação na distribuição etária, no qual de um total de 8 pacientes, 3 (37,5%) apresentaram idades entre 20 a 30 anos, 2 (25%) entre 50 a 60 anos de idade, 1 (12,5%) menor de 20 anos, 1 (12,5%) menor de cinco anos, e 1 (12,5%) entre 40 a 49 anos. Já em relação ao sexo identificaram que os pacientes investigados no período, não apresentava diferença para a variável sexo, sendo 50% para o sexo masculino e feminino, respectivamente.⁽¹²⁾

Observa-se no decorrer dos anos que houve uma mudança no perfil sócio demográfico dos pacientes acometidos pela SGB internados na instituição de estudo, apontando um crescimento do número de casos de SGB em homens e adultos acima de 41 anos.

Os resultados que englobam os sintomas gerais prévios à internação, apontaram que a maioria dos pacientes apresentou: mialgia (73,91%), cefaleia (56,52%), febre (39,13%) diarreia e disfagia respectivamente (17,39%). Neste interim, o período de duração dos sintomas até a admissão/internação, na maioria dos pacientes foi de 4 a 6 dias (34,78%), seguido por 7 a 9 dias (21,74%). Estudos recentes mostram que os sintomas da SGB manifestam-se entre uma e quatro semanas, após infecção viral ou bacteriana.⁽¹³⁾

Destaca-se que os microrganismos frequentemente correlacionados a SGB são *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, citomegalovírus, vírus Epstein-Barr e quadro gripal, cujas manifestações clínicas contemplam sintomas como mialgia, cefaleia, febre e diarreia.⁽¹⁴⁾

Ao analisar os resultados relacionados à clínica dos pacientes observou-se em 86,96% dos casos a presença de deficiência motora, principalmente de forma ascendente e simétrica (69,57%), com diminuição da força muscular (95,65%), sendo esta em MMII (47,83%) e em MMII e MMSS (43,48%), e na maioria dos pacientes não ocorreu diminuição do tônus muscular, comprometimento da musculatura respiratória, cervical e da face. Estudo corrobora com os resultados encontrados apontando que os sintomas predominantes na fase aguda da doença são: fraqueza muscular, paralisia, falta de sensibilidade, dormência, dor e diminuição dos reflexos que normalmente atingem os pés, pernas, tronco, braços e mãos.⁽¹³⁾

O padrão clínico clássico da SGB é a paralisia ascendente que evolui ao longo de horas até dias com formigamento, fraqueza, diminuição da sensibilidade nas extremidades, sendo os membros inferiores mais afetados que os superiores. Em discordância com os achados no presente estudo, a literatura aponta que a diparesia facial ocorre em 50% dos indivíduos afetados. Em geral, o prognóstico da doença é

bom, estimando-se que 90% dos pacientes tem recuperação funcional completa ou permanece com déficits mínimos até um ano após o início do SGB.⁽¹⁴⁾

Entre os procedimentos mais realizados no paciente destacam-se a sondagem vesical de demora (69,57%) e a punção de cateter venoso periférico (100%), sendo que os demais procedimentos como: intubação orotraqueal, sondagem nasogástrica, drenagem de tórax e punção de cateter venoso central foram realizados em menos de 13% dos casos. Tais procedimentos são decorrentes do quadro clínico e do longo período de recuperação do paciente com SGB, bem como das complicações que a doença pode acarretar, Entre estas: retenção de urina, taquicardia, hipertensão, dificuldade de comunicação, deficiência nutricional, imobilismo, trombose venosa, fluidos no pulmão, falência respiratória.⁽¹³⁾

Acerca dos exames laboratoriais, observou-se que os principais exames realizados nos pacientes foram hemograma, glicose, potássio, sódio, tempo de tromboplastina parcialmente ativada (KPTT), proteína C reativa (PCR), transaminase glutâmico-pirúvica (TGP), transaminase glutâmico-oxalacética (TGO), tempo de protrombina (TAP), ureia, bilirrubina total e frações, cloro, creatinina e rotina de líquor, Velocidade de Hemossedimentação (VHS), *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) no líquor, pró-calcitonina. Os exames laboratoriais auxiliam no diagnóstico, tratamento e manejo adequado da doença e dos pacientes.

A interpretação laboratorial na rotina do cuidado é extremamente importante, a fim de auxiliar na detecção de alterações do organismo frente à patologia, para tanto, os exames identificados neste estudo, como a creatinina e ureia são indicados para avaliação de função renal; o potássio e sódio para detecção de alterações hidroeletrólíticas; o PCR como marcador de infecção /inflamação; TAP e KPTT para avaliação de hemostasia; TGO e TGP para avaliação de função hepática; e a glicose para alterações glicídicas. Já o hemograma, exame solicitado para todos os pacientes do estudo, permite a avaliação do paciente de forma sistêmica.⁽¹⁵⁾ Já o exame de líquor para verificar a dissociação proteína-célula presente na SGB.⁽¹⁶⁾

O diagnóstico e o acompanhamento da SGB baseiam-se em um conjunto de dados clínicos, laboratoriais e exames de imagem e diagnóstico. Verificou-se que o único exame realizado na maioria dos pacientes foi a eletromiografia (90,48%), seguida da tomografia de crânio (45,45%) e do Raio-X de tórax (31,82%). O exame de eletroneuromiografia pode mostrar formas desmielinizantes ou axonais presentes na SGB.⁽¹⁶⁾ A tomografia computadorizada de crânio, devido ao uso de contraste aumenta a capacidade de diferenciação entre tecidos, facilitando a visualização de lesões quando comparado com imagens não contrastadas adquiridas previamente, e com isso acompanhar a evolução do paciente e intervir com maior eficácia. Já o acompanhamento da condição pulmonar do paciente com SGB pode ser realizado por meio da radiografia de tórax permitindo detectar alterações precoces como pneumonias decorrentes do quadro de paralisia respiratória e restrição ao leito.⁽¹⁷⁾

Na análise dos medicamentos verificou-se que a classe de imunoglobulinas (91,30%) foi a mais utilizada nos pacientes. No Brasil, inclusive em outros países, a imunoglobulina é o tratamento de primeira escolha para SGB por ser considerado mais seguro, de fácil administração, eficiente, com menos eventos adversos, custo mais acessível, e o único medicamento disponível na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) aos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).⁽¹³⁾ Outra opção terapêutica não comumente utilizada no Brasil é a

plasmaferese, devido ao fato desta apresentar eventos adversos como hipotensão, trombofilia e outros⁽⁵⁾. Ambos os tratamentos apresentam eficácia semelhante, promovendo a recuperação mais rápida do paciente, quando comparadas com o tratamento conservador (não usar nenhum dos dois), principalmente na aceleração da recuperação motora. Ressalta-se que a combinação das duas modalidades terapêuticas não é indicada, uma vez que isso não confere melhora adicional ao paciente.⁽¹⁸⁾

Os demais medicamentos utilizados foram da classe dos agentes antiespasmódicos, anticolinérgicos e propulsivos e agentes antitrombóticos, analgésicos e anti-inflamatórios. As dores na SGB são neuropáticas de origem nociceptiva que resulta de uma disfunção das vias de transmissão do impulso nervoso da dor, no qual o estímulo doloroso ocorre de forma crônica. Esse quadro justifica o uso de analgésicos e anti-inflamatórios, porém esta classe de medicamentos quando em um uso contínuo, afeta o sistema gastrointestinal, o que desencadeia o uso de agentes da classe de antiespasmódicos, anticolinérgicos e propulsivos. O fato de os pacientes comumente apresentarem paralisia principalmente de MMII, justifica o uso de medicamentos da classe dos antitrombóticos, uma vez que estes permanecem acamados.⁽¹⁹⁾

Este estudo também originou resultados que implicam em diversos aspectos referentes ao processo de assistência ao paciente com SGB, que necessita ser assistido por uma equipe multiprofissional, mas em especial pela equipe de enfermagem, pois esta permanece a beira leito diariamente tendo como cerne de seu trabalho a prestação do cuidado direto e indireto ao paciente.

Para tanto, é essencial o planejamento de ações e gerenciamento do cuidado, registro do planejamento executado e, finalmente, avaliação do processo, permitindo gerar conhecimentos a partir da prática, e principalmente ofertar assistência integral e de ao paciente com SGB. Sob esta ótica é de extrema relevância utilizar os instrumentos disponíveis a fim de consolidar o planejamento do cuidado, conhecendo o grau de complexidade da assistência que uma determinada clientela necessita.⁽²⁰⁾

Quando realizada a comparação entre a primeira e última classificação de Fugulin considerando os pacientes que mantiveram, melhoraram ou pioraram nesta classificação averiguou-se que apenas 20% apresentaram melhora e 80 % manteve a classificação de alta dependência. Isso expressa que o paciente necessita de auxílio em várias áreas do cuidado executadas pela equipe de enfermagem como: movimentação no leito, higiene corporal, cuidados com a pele, entre outras, tanto durante a internação como após a alta em seu domicílio.

Dentre as áreas de cuidado analisadas na primeira e última classificação dos pacientes obteve-se 10% de melhora para integridade tecidual, sendo que para as demais menos de 5% de melhora. A oxigenação foi a área que mais demonstrou piora (20%). Tal achado é decorrente do fato da recuperação dos pacientes com SGB de um modo geral ser lenta e progressiva podendo estender-se por dias, meses e até anos.

Apesar dos resultados mostrarem todos os pacientes orientados no tempo e espaço, não dependentes de oxigênio, com sinais vitais estáveis em intervalos regulares de rotina, estes apresentaram limitações importantes como: nenhuma a pouca limitação de movimentos, restrição ao leito, dependência da equipe de enfermagem para banho

e higiene oral, uso de comadre, eliminação no leito e uso de cateter vesical de demora. Isso requer maior atenção por parte da equipe de enfermagem, tendo em vista que os mesmos necessitam (ão) ser submetidos a diversos procedimentos como administração de medicamentos, aspiração de vias aéreas, cateterismo vesical, mudança de decúbito, higiene e conforto, entre outros cuidados. Tudo isso demanda planejamento e dimensionamento adequado da equipe para atender as necessidades assistenciais destes pacientes já que a complexidade do cuidado é mais alta. ⁽²¹⁾

CONCLUSÃO

O desenvolvimento de estudos que propiciam o conhecimento da caracterização de um grupo específico de pacientes acometidos por uma doença considerada rara, no qual sua etiologia exata ainda é uma incógnita, torna-se de extrema relevância uma vez que se constituem em instrumentos para o planejamento em saúde, bem como em subsídio aos profissionais de saúde a fim de prestar assistência de qualidade a esta clientela.

O estudo possibilitou verificar que a maioria dos casos se concentraram em idades acima de 40 anos, sexo masculino, com sinais e sintomas prévios a internação como mialgia, cefaleia, febre, diarreia e disfagia relacionados a quadro infeccioso prévio. Os sinais clássicos da SGB como a forma ascendente, simétrica e diminuição da força muscular surgiram de 4 a 9 dias antes da internação mantendo-se até a alta hospitalar.

Ainda, de acordo com a classificação de Fugulin a maioria destes pacientes apresentaram complexidade assistencial de alta dependência. A caracterização obtida no estudo permite inferir a necessidade de assistência por uma equipe multiprofissional, bem como da equipe de enfermagem para o cuidado integral. Além disso, conhecer as características sócio demográficas, clínica epidemiológicas e assistenciais de pacientes com SGB possibilita um planejamento mais adequado da assistência de enfermagem.

Destaca-se a dificuldade em se obter estudos científicos sobre a SGB e assistência de enfermagem, tendo em vista a baixa produção acerca dessa temática, o que dificultou uma discussão mais ampla dos resultados obtidos na presente pesquisa. Assim, aponta-se necessidade de ampliação de investigações sobre o assunto, bem como ampla divulgação e aplicação do protocolo estadual, a fim de otimizar o diagnóstico de forma precoce, buscando início rápido da terapêutica e diminuição de sequelas nos pacientes acometidos pela doença.

REFERÊNCIAS

1. Matos, AMB. Perfil clínico, epidemiológico, laboratorial e letroneuromiográfico de pacientes com síndrome de guillain barré assistidos no hospital geral de fortaleza. Hospital geral de Fortaleza, Fortaleza 2017.
2. Maranhão LS; Ribas GW; Bandeira M. Síndrome de guillain-barré em paciente pediátrico: relato de caso e revisão da literatura. Rev. Med. UFPR 3(1): 41-44. 2016.
3. Paraná. Protocolo de vigilância da síndrome de guillain-barré e outras doenças neurológicas agudas graves pós-infecciosas. Secretaria De Estado da Saúde Superintendência de Vigilância em Saúde, versão 4.0, 2016.

4. Beneti, GM; Silva DLD. Síndrome de Guillain-Barré. Semina: Ciências Biológicas e Saúde, Londrina, 27(1): 57-69, jan/jun. 2006.
5. Brasil. Portaria SAS/MS nº 1171. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Síndrome de Guillain-Barré, 2015.
6. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNEAS. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4104802738368. Acesso em: 08 jan 2019.
7. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
8. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN Nº 543/2017, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2017. [cited 2019 jan 30]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
9. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2016. Oslo, 2016.
10. Addinsoft. Software XLSTAT Versão Anual 2017.19.02. Licença ID 43894 (Node-lock).
11. Derksen A, Ritter C, Athar P, Kieseier BC, Mancias P, Hartung HP, Sheikh KA, Lehmann HCL. [Sural sparing pattern discriminates Guillain-Barré syndrome from its mimics.](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mus.24226) *Muscle & Nerve* Volume [internet] 2014, [cited 2019 Jan 25] 50:780-784. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mus.24226>
12. Moraes A , Casarolli ACG, Eberhardt TD, Hofstatter LM. Caracterização dos pacientes com síndrome de guillain-barré internados em um Hospital Universitário. *Revista Enfermagem Contemporânea*. [internet] 2015, [cited 2019 Jan 25] Jan./Jun.;4(1):7-11 Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/532>
13. Costa ACD. Síndrome de Guillain-Barré: uma revisão integrativa de literatura e de dados do Sistema Único de Saúde. Universidade de Brasília Faculdade de Ciências de Saúde Departamento de Saúde Coletiva. Brasília, DF 2016
14. Sudulagunta [SR](#), Sodalagunta [MB](#), Sepehrar [M](#), Khorram [H](#), Raja [SKB](#), Kothandapani [S](#), Noroozpour [Z](#), Sham [MA](#), Prasad [N](#), Ensolarado [SP](#), Mohammed [MD](#), Gangadharappa [R](#), Sudarshan [RN](#). Síndrome de Guillain-Barre: Perfil clínico e controle. *Ger Med Sci* [Internet]. 2015; [cited 2019 Jan 25] 13(16). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4576316/>
15. Costa DAG. Interpretação de exames. 2. Ed. São Paulo: Medcel, 2014.
16. Santos SLF, Alves HHS, Prado RMS, Barros KBNT. Parâmetros terapêuticos da síndrome de guillainbarré: uma revisão sistemática de estudos de casos. *RPBeCS*. [internet] 2017, [cited 2019 Jan 25] 4(1):09-17. Available from: <https://docplayer.com.br/57331757-Revista-brasileira-de-pesquisa-em-ciencias-da-saude.html>
17. Souza ABG, Chaves LD, Silva MCM (org.). Enfermagem em clinica medica e cirúrgica: teoria e prática. São Paulo (SP): Martinari, 2014.
18. Silva RPA. Síndrome de guillain-barré: Revisão retrospectiva da casuística dos casos hospitalizados no Centro Hospitalar do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Jun de 2015.
19. Souza LS, Comarella L. Comparação da eficácia e segurança da gabapentina no tratamento da dor na índrome de guillain-barré. *Revista Saúde e Desenvolvimento* 5(3), jan/jun 2014.

20. Casarolli ACG, Eberhardt TD, Moraes A, Hostätter LM. Assistência de enfermagem na síndrome de guillain-barré. REVISTA CONTEXTO & SAÚDE IJUÍ EDITORA UNIJUÍ v. 14 n. 27 JUL./DEZ. 2014 p. 16-22.
21. Nobre IEAM, Barros LM, Gomes MLS et al. Sistema de classificação de pacientes de fugin: perfil assistencial da clínica médica. Rev enferm UFPE, Recife, 11(4):1736-42, abr., 2017.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia