

Instruções para investigação etiológica para polirradiculoneurite (síndrome de Guillain-Barré)

1º PASSO: notificação

PREENCHA a ficha de notificação / investigação e encaminhe-a ao núcleo hospitalar de epidemiologia (NHE) ou à comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) do seu hospital.

A ficha de notificação está disponível na página seguinte e nos sites:
<http://www.saude.pi.gov.br/paginas/vigilancia-de-agrivos-neurologicos>
<http://fms.teresina.pi.gov.br/vigilancia-das-sindromes-neuroinvasivas>

2º PASSO: soro

SOLICITE ao laboratório a coleta de soro para **“síndrome neuroinvasiva – painel para 1ª amostra de soro”, preferencialmente ANTES da administração de imunoglobulina ou de plasmaférese**, especificamente:

- Três frascos de soro-gel* (contendo gel separador) de 4 ml cada

Peça ao laboratório que centrifugue os frascos, separe o soro e o encaminhe ao LACEN-PI o mais rápido possível, sob refrigeração, acompanhado por cópia da ficha de investigação e mediante cadastro no sistema GAL.

3º PASSO: urina

SOLICITE ao laboratório a coleta de urina para **“Síndrome neuroinvasiva - Zika – urina”**, especificamente:

- 15 ml (no mínimo) em coletor universal (bem vedado)

Peça ao laboratório que transfira a urina para um tubo de Falcon e o encaminhe ao LACEN-PI o mais rápido possível, sob refrigeração, acompanhado por cópia da ficha de investigação e mediante cadastro no sistema GAL.

4º PASSO: líquido

SOLICITE ao laboratório o encaminhamento do líquido coletado para **“Síndrome neuroinvasiva – painel para líquido”**, especificamente:

- 03 ml* de LCR em tubo criogênico com tampa de rosca

Peça ao laboratório que encaminhe o líquido ao LACEN-PI o mais rápido possível, sob refrigeração, acompanhado por cópia da ficha de investigação e mediante cadastro no sistema GAL.

5º PASSO: swab nasofaríngeo

SOLICITE ao laboratório, NHE ou CCIH a coleta de swab nasofaríngeo para **“Síndrome neuroinvasiva – vírus respiratórios – swab” para os casos em que sintomas gripais / respiratórios ocorreram há até 10 dias**, especificamente:

- 3 swabs conforme rotina da Influenza

Peça ao laboratório que encaminhe os swabs em meio de transporte ao LACEN-PI o mais rápido possível, sob refrigeração, acompanhados por cópia da ficha de investigação e mediante cadastro no sistema GAL.

6º PASSO: fezes

SOLICITE ao laboratório, NHE ou CCIH a coleta de fezes para **“Síndrome neuroinvasiva – isolamento viral em fezes” para os casos em menores de 15 anos com fraqueza muscular flácida aguda** ou em qualquer paciente em que haja suspeita clínica, epidemiológica ou radiológica de poliomielite, especificamente:

- 8g de fezes (2/3 do frasco coletor universal)

Peça ao laboratório que encaminhe as fezes ao LACEN-PI o mais rápido possível, sob refrigeração, acompanhadas por cópia da ficha de investigação e mediante cadastro no sistema GAL.

Na situação descrita, acrescente e encaminhe ao NHE/CCIH a ficha de notificação de PFA/poliomielite.

Por meio das técnicas de isolamento viral, reação em cadeia de polimerase e enzimmunoensaio (ELISA), poderão ser pesquisados:

- Herpes vírus (HSV-1, HSV-2, CMV, EBV e VZV)
- Enterovírus
- Arbovírus (incluindo os vírus dengue, Zika, chikungunya e Nilo Ocidental)
- Vírus respiratórios (Influenza A, Influenza B, parainfluenza, adenovírus e vírus sincicial respiratório)
- *Campylobacter jejuni*

Os exames serão processados no LACEN-PI e no Instituto Evandro Chagas (Ministério da Saúde), com prazos para liberação de resultados de até 90 dias. Portanto, as medidas terapêuticas necessárias deverão ser instituídas de acordo com o julgamento clínico da equipe assistente, de forma empírica e independente destes resultados.

Nos casos em que houver relato de vacinação até 60 dias antes do início dos sintomas:

- Acrescente a notificação de EAPV (evento adverso pós-vacinal)
- Proceda a investigação específica para eventos relacionados à vacina em questão

Taxa de produção, volume total e alíquota de líquido passível de coleta com segurança em uma punção lombar em diferentes grupos etários.

	Taxa de produção de líquido (ml/h)	Volume total de líquido (ml)	Volume máximo de líquido colhido com segurança em uma punção lombar (ml)
Adultos	22	150-170	15-17
Adolescentes	18	120-170	12-17
Crianças	12	100-150	10-15
Lactentes	10	60-90	6-9
Neonatos	1	20-40	2-4

Huang TT, Chung HW, Chen MY, Giang LH, Chin SC, Lee CS, et al. Supratentorial cerebrospinal fluid production rate in healthy adults: quantification with 3-dimensional cine phase-contrast MRI imaging with high temporal and spatial resolution. *RadioLOGY* 2004;233(2):620-6.
Rubin RC, Henderson ES, Chinnock M, Walker MS, Ruff DP. The production of cerebrospinal fluid in man and its modification by acetazolamide. *J Neurosurg* 1966;25(4):439-64.
Yasuda T, Tomita T, Mizuno DG, Dinnovan M. Measurement of cerebrospinal fluid output through external ventricular drain-age in one hundred infants and children: correlation with cerebrospinal fluid production. *Pediatr Neurosurg* 2002;36(2):204-6.
Thwaites G, Fisher M, Henington C, Scott G, Solomon T and Iren J. British Infection Society guidelines for the diagnosis and treatment of tuberculosis of the central nervous system in adults and children. *Journal of Infection* 2008;59:357-387.

**os volumes das coletas em crianças com idade < 8 anos deverão ser individualizados e orientados pelo pediatra assistente.*

Caso agudo de encefalite, meningite asséptica, meningoencefalite, mielite, encefalomielite ou polirradiculoneurite sem causa definida e requerendo hospitalização.

Dados gerais

1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual

2 Agravado/doença 1-Encefalite viral aguda [A86] - 2-Mielite transversa viral aguda [G05.1] 3-Encefalomielite disseminada aguda [G05.8] - 4-Síndrome de Guillain-Barré [G61.0] 5-Outras: _____

3 Data da Notificação _____

4 UF _____ 5 Município de Notificação _____ Código (IBGE) _____

6 Data da hospitalização _____ 6 Serviço de vigilância sentinela (hospital) _____ CNES _____

Notificação individual

7 Nome do paciente _____ 8 Data de Nascimento _____

9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

11 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado

12 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

13 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

14 Número do Cartão SUS _____ 15 Nome da mãe _____

Dados da residência

16 UF _____ 17 Município de Residência _____ Código (IBGE) _____ 18 Distrito _____

19 Bairro _____ 20 Logradouro (rua, avenida,...) _____ Código _____ 21 Número _____

22 CEP _____ 23 Complemento (apto., casa, ...) _____ 24 Geo campo 1 _____

25 (DDD) Telefone _____ 26 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 27 País (se residente fora do Brasil) _____

Dados da investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais

28 Data da investigação _____ 29 Ocupação _____ 30 Data de início dos sintomas _____

31 Viajou nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 32 Caso afirmativo, especifique o destino _____

Antecedentes epidemiológicos

33 Vacinado contra febre amarela (a qualquer tempo)? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

34 Esteve em locais onde houve morte de aves ou equinos? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

35 Houve casos semelhantes na família ou vizinhança? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

36 Houve infecção precedente (dentre dos últimos 60 dias) com sintomas sugestivos de: Gripe / resfriado Dengue, Zika ou chikungunya 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Diarreia Outras doenças: _____

37 Caso afirmativo, especifique a data do início do adoecimento prévio: _____

38 Há imunodepressão conhecida ou presumida? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

39 Houve vacinação recente? (há < 60 dias) 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

40 Caso afirmativo, especifique tipo(s), dose(s), lote (s) e fabricante (s) _____

41 Houve administração de imunoglobulina humana hiperimune ou realização de plasmaférese? 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica

42 Data de início da infusão _____

Conclusão

43 Exames e procedimentos realizados (anexar resultados) Hemograma Tomografia computadorizada Eletroencefalografia Biópsia Líquor Ressonância magnética Eletroencefalograma Necropsia

44 Desfecho intra-hospitalar 1- Cura 2-Melhora parcial 3 - Óbito 4 - Ignorado

45 Diagnóstico de alta / óbito _____ 46 Data da alta ou óbito _____ 44 Data do encerramento _____

48 Diagnóstico etiológico 1-Dengue 2-Zika 3-Chikungunya 4-Flavivirus indeterminado 5-Outro: _____

49 Classificação do caso 1-Confirmado 2-Descartado 3-Provável 4-Inconclusivo

50 Critério de classificação 1-Clinico 2-IgM soro 3-IgM LCR 4-RT-qPCR soro 5-RT-qPCR LCR; 6-RT-qPCR urina 7-Isolamento viral soro 8-Isolamento viral LCR 9-PRNT soro 10-PRNT LCR 11-Imuno-histoquímica 12-Outro

Investigador

Responsável pela investigação _____ Função _____ Telefone _____