



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS

| | |
|---|--------------------------|
| ESPECIALIDADE: MEDICINA INTERNA | PROTOCOLO N° 05 |
| TÍTULO: SÍNDROME FEBRIL ICTÉRICO AGUDO | N° de páginas: 06 |
| | CID: R50.8 |

1. INTRODUÇÃO

Variadas doenças com etiologia infecciosa são apresentadas, do ponto de vista clínico, como uma síndrome, dentre vários destaca-se o Síndrome Febril Ictérico Agudo (SFIA). A febre e icterícia constituem sinais muito frequentes na prática clínica, e comuns em diversas patologias, O diagnóstico diferencial da doença é um desafio, pois que muitas doenças têm quadros clínicos sobrepostos ou sintomas semelhantes, principalmente no início das manifestações clínicas. Apesar da incidência, vários problemas envolvem a abordagem sindrômica da febre e icterícia de instalação aguda, dentre os quais ressaltamos o desconhecimento dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico clínico, o custo elevado dos exames laboratoriais, falhas no sistema de vigilância epidemiológica, atrasos na instituição de tratamento efectivo precoce, contribuindo no agravamento e elevação da morbimortalidade.

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde, diante do novo panorama apresentado pelas doenças infecciosas emergentes e reemergentes, propôs modificar o sistema de vigilância internacional das doenças de notificação obrigatória, introduzindo o conceito de vigilância sindrômica.(1)

A importância da abordagem sindrômica reside na vigilância de doenças que têm um ou mais das seguintes características: rápida disseminação fora da comunidade e transmissão rápida, taxa de mortalidade inesperadamente alta, nenhum tratamento eficaz, síndrome recentemente reconhecido no país afectado, evento incomum ou inesperado, alto potencial de restrição negócios ou viagens e considerável notoriedade política na imprensa.(2)

Estudos realizados na região da África Subsaariana sobre síndrome febril icterico agudo, mostra que a febre-amarela é a única causa reconhecida de icterícia no Sistema de Vigilância Internacional, porém, apenas 5% dos casos de vigilância são positivos para febre-amarela; portanto, (95%) dos casos indicam o envolvimento de outros patógenos.(1)

2. DEFINIÇÃO

Síndrome febril icterico agudo (SFHA) é uma condição clínica caracterizada por apresentação súbita de febre e icterícia na ausência de factores predisponentes conhecidos do paciente nomeadamente doença hepática crónica, doença hepática induzida por drogas e doença hepática auto-imune.

Definição de caso: Doente com idade superior a 1 ano, com relato febre (aferida ou não), com duração inferior a 21 dias (3 semanas) e icterícia. (3)

3. EPIDEMIOLOGIA / ETIOLOGIA

A síndrome febril icterico agudo, é frequente nas doenças infecciosas. Na África subsaariana, a febre com icterícia pode ocorrer na presença de infecções parasitárias (malária, toxoplasmose, esquistossomose), bacterianas (febre tifóide, leptospirose, *Borrelia burgdorferi*, tifo esfoliante) ou virais (hepatite viral, vírus Ebola, hantavírus, vírus do herpes). Compreender a epidemiologia local dessas infecções e problemas de saúde pública na região é útil para a formulação de diagnósticos diferenciais.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que só a malária, seu impacto sobre as populações humanas continua aumentando: ocorre em mais de 90 países, pondo em risco cerca de 40% da população mundial e estima-se que ocorram de 300 a 500 milhões de novos casos, com média de um milhão de mortes por ano. Em Angola a malária constitui a primeira causa de morbimortalidade, em 2018 foram registados 5.928.260 casos, resultando em 11.814 óbitos. (4). Em Janeiro de 2016 foram notificados casos de febre-amarela em Angola, primeiro na comunidade eritreia e mais tarde na população local. O surto teve início a 5 de Dezembro de 2015 no município de Viana. A partir daí, propagou-se pelo país até ao país vizinho, a República Democrática do Congo. De 5 de Dezembro de 2015 a 13 de Junho de 2016 foram notificados em Angola um total de 4306 casos suspeitos, com 376 mortes, com uma taxa de casos fatais (TCF) de 8,8%. Estes números incluem 884 casos confirmados em laboratório, com 121 mortes (TCF: 13,7%) Febre (4)

4. FACTORES DE RISCO

- Gestação
- Idade: **idosos** (>65 anos) e crianças (<13 anos)
- Pacientes com risco social elevado ou em trânsito (viajantes)

Comorbidades: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença renal crónica, HIV/SIDA, neoplasias e outras causas de imunossupressão

5. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O quadro clínico sindrômico é caracterizado por febre e icterícia; podendo acompanhar-se de outros sinais e sintomas como calafrios, sudorese profusa, cefaleia, mal-estar, cansaço, mialgia, artralgia, anorexia, náuseas e vômitos, diarreia, fotofobia, dor ocular e tosse. Deve o profissional ficar em alerta para os sinais de gravidade como no quadro resumo abaixo

| Sinais de gravidade/ alerta | Alterações exames complementares |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Alteração de consciência, coma ou convulsões • Dispneia ou hiperventilação. • Bradicardia <40 b/min • Taquicardia > 150 b/min • Manifestações hemorrágicas • Oligúria ou anúria • Vômito frequente • Dor abdominal • Hipoglicémia | <ul style="list-style-type: none"> • Anemia grave • Hipoglicemia • Acidose metabólica • Disfunção renal • Hiperlactatemia • Edema pulmonar ao Rx tórax |

6. DIAGNÓSTICO CLÍNICO, LABORATORIAL E TRATAMENTO

| MALÁRIA | | |
|---|---|---|
| Apresentação Clínica | Diagnostico específico | Tratamento |
| Período de incubação: P. falciparum (8-12 dias) P. vivax(13 a 7 dias), P. malariae (18-30 dias) P. ovale (15 dias). Prostração, febre alta, calafrios, mialgia, cefaleia, náuseas e vômitos, icterícia, hepatoesplenomegalia, alteração da consciência, convulsões, delírio, oligúria, colúria, Anemia | Gota espessa. Teste rápido. | Conforme protocolo/ Programa nacional da malária. Coartem, Artemether e Artesunato |
| LEPTOSPIROSE | | |
| Leptospirose: Leptospira interrogans; (1-28 dias) Fase precoce: Febre de início abrupto, cefaleia, mialgia, exantema, e regride em 3-7 dias. Fase tardia: Ocorre em 15% dos infectados, início após 7 dias, conhecida como doença de Weill (triade: icterícia rubínica, insuficiência renal aguda e hemorragias). Manifestações atípicas: miocardite, pancreatite e distúrbios neurológicos | Teste rápido, Cultura (Urina, Sangue e LCR), Microaglutinação (MAT) > 1/800; Reação em cadeia de polimerase (PCR). | Fase precoce: Amoxicilina, 500mg VO 2x/dia, ou Doxiciclina 100mg VO 2x/d; (5-7 dias). Fase tardia: Ceftriaxona: adultos 1-2g IV 2/d, ou Cefotaxima 1g IV 6/6h, ou Penicilina G crist. 1,5 milhões UI IV 6/6h, ou Ampicilina 1g IV 2/dia; (7 dias) |
| FEBRE TIFOIDE | | |
| Agente: Salmonella typhi, (1-3 semanas). Febre alta, cefaleia, mal-estar geral, hiporexia, dissociação pulso-temperatura, artralgia, hepatoesplenomegalia, mialgia, manchas rosadas no tronco (roséola tífica - rara) diarreia, obstipação intestinal, tosse seca, além de Apresentações mais raras como psicose aguda, mielite, meningite. | Hemocultura, Coprocultura, Urocultura Mielocultura | Ciprofloxacina 500mg VO 2x/d por 14 dias; ou Bactrim 960mg VO 12/12h por 14 dias ou Ceftriaxona: adultos: 2-3g/dose 24/24h, IV; por 14 dias ou, Cloranfenicol 50mg/kg/dia VO 6/6h até 4g/ dia (14-21 dias) |

| HEPATITES VIRAIS AGUDAS | | |
|---|--|---|
| HAV (15- 50 dias) HBV (30-180 dias) HCV (15-150 dias) HEV (14-60 dias) Variável. Classicamente febre, icterícia, colúria e acolia. No caso da hepatite A os sintomas são acompanhados de diarreia, encefalopatia. | Testes rápidos para hepatites A, B e C Anti-HAV IgM, HBsAg, Anti-HBc IgM, Anti-HCV e Anti-HEV IgM. | Não existe tratamento específico. Se necessário, apenas tratamento sintomático para náuseas, vômitos e prurido. Repouso relativo até normalização das transaminases. Ajustar dieta de acordo com Apetite e aceitação |
| FEBRE-AMARELA | | |
| Agente: Vírus da febre-amarela (3-6 dias) Evolução bifásica, inicialmente apresenta febre alta, dissociação pulso-temperatura (bradicardia relativa), mal-estar geral, cefaleia, fotofobia e mialgia com remissão em 3-4 dias. Pode evoluir para cura ou formas graves (segunda fase), com diarreia, vômitos, insuficiência renal e hepática | ELISA, MAC-ELISA e isolamento viral. A imunohistoquímica é Encaminhada a laboratório de referência. | Internamento, suporte clínico e tratamento sintomático. |

EXAMES COMPLEMENTARES INESPECÍFICOS

LABORATORIAIS: Hemograma, LDH, PCR, VIH, Glicémia, Transaminases, Bilirrubinas, Coagulograma, Ureia, Creatinina.

IMAGIOLÓGICO: Deve ser realizados o Rx simples do tórax em P/A e Ecografia abdominal. Sempre que as condições clínicas justifiquem deve-se incluir o exame de Electrocardiograma e Tomografia crânio encefálica.

7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIA

Estabelecer o diagnóstico diferencial com as seguintes patologias: Menengite, Covid 19, Dengue, Chikungunia, Colecistite, Colangite, Diarreias, endocardite infecciosa, e outros infecções.

8. COMPLICAÇÕES

A síndrome febril icterico agudo, frequentemente evolui com complicações graves, quer para o doente quer para a comunidade, devido o potencial em originar surtos epidémicos, sempre que se registam atrasos no diagnóstico. As principais complicações são: lesão renal aguda, síndrome de desconforto respiratório agudo, sangramentos, convulsões, síndrome hemolítico-urémico, coagulação intravascular disseminação, miocardite, endocardite, pericardite, pneumonia grave, peritonite, perfuração ileal etc

9. PROGNÓSTICO

Varia de acordo a entidade nosológica e factores do hospedeiro.

10. ASSINATURAS

| Autor(es): | Função | Assinatura | Data |
|---------------------|---------------|-------------------|-------------|
| | | | |
| Aprovado por | Função | Assinatura | Data |
| | | | |

| Revisto por | Função | Assinatura | Data |
|--------------------|---------------|-------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | Nº Revisão: |

11. ANEXOS

- i. FLUXOGRAMA
- ii. INDICADORES DE AVALIAÇÃO



iii. BIBLIOGRAFIA

1. Allan KJ, Biggs HM, Halliday JEB, Kazwala RR, Maro VP, Cleaveland S, et al. Epidemiology of Leptospirosis in Africa: A Systematic Review of a Neglected Zoonosis and a Paradigm for 'One Health' in Africa. *PLoS Negl Trop Dis*. 14 de Setembro de 2015;9(9):e0003899.
2. Katz R, May L, Baker J, Test E. Redefining syndromic surveillance. *J Epidemiol Glob Health*. Dezembro de 2011;1(1):21–31.
3. Manual de Treinamento em Vigilância Sindrômica - Pesquisa Google [Internet]. [citado 25 de Setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.google>
4. A Agenda de Transformação [Internet]. Regional Office for Africa. [citado 25 de Setembro de 2021]. Disponível em: [tps://www.afro.who.int/pt/publications/agenda-de-transformacao-1](https://www.afro.who.int/pt/publications/agenda-de-transformacao-1)
5. Katz, Rebecca, Larissa May, Julia Baker, e Elisa Test. «Redefining Syndromic Surveillance». *Journal of Epidemiology and Global Health* 1, n. 1 (Dezembro de 2011): 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2011.06.003>.
6. Kwagonza, Leocadia, Ben Masiira, Henry Kyobe-Bosa, Daniel Kadobera, Emily B. Atuheire, Bernard Lubwama, Atek Kagirita, et al. «Outbreak of Yellow Fever in Central and Southwestern Uganda, February-May 2016». *BMC Infectious Diseases* 18, n. 1 (3 de Novembro de 2018): 548. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3440-y>.
7. Perfil etiológico del síndrome febril icterohemorrágico agudo y síndrome febril icterico agudo en los valles del Apurímac, Quillabamba, Chanchamayo y Alto Huallaga, Perú, 1999-2000.» Acedido 25 de Setembro de 2021. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342003000300004
8. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, et all "Icterícia". in Harrison. *Princípios de Medicina Interna*, 2018. 20ª ed. Brasil: McGraw-hill