

Título: EVALUACIÓN POSVIAJE DEL NIÑO VIAJERO

Autoras:

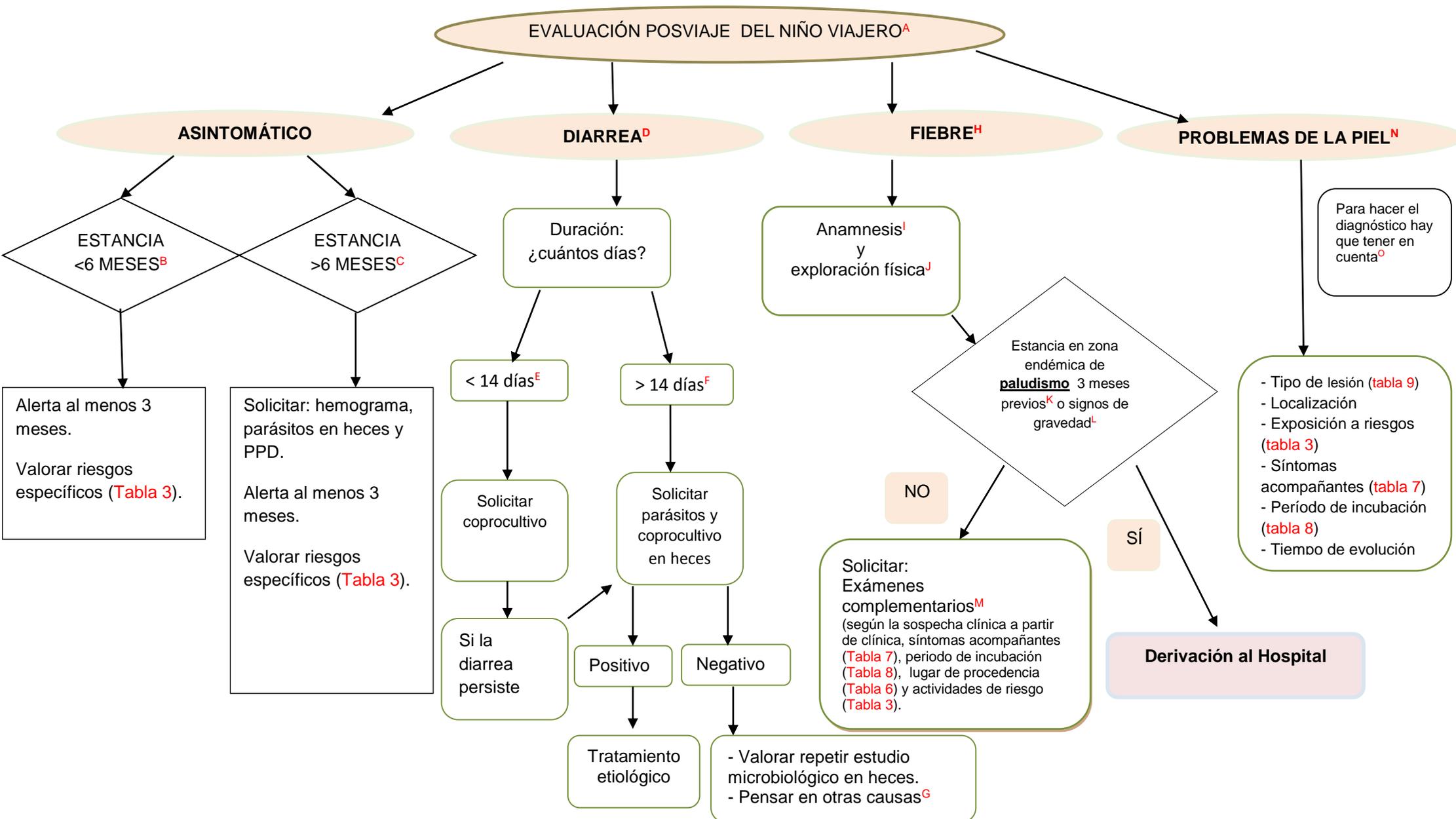
Dolors Canadell Villaret

Pediatra. CAP Barberà. Barberà del Vallès. Barcelona.

Rosa Macipe Costa

Pediatra. CS San Pablo. Zaragoza.

Cómo citar este artículo: Canadell Villaret D, Macipe Costa R. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Evaluación posviaje DEL NIÑO VIAJERO . AEPap. 2017 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org



- A. El viaje internacional (VI) de un menor es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria^{1,2}. Son causas frecuentes de viajes el trabajo de los padres, el turismo, la adopción internacional y la inmigración. Los menores que van a estar sometidos a mayores riesgos son los menores inmigrantes que viajan para visitar a sus familiares y amigos a su país de origen (*Visiting Friends and Relatives*)³.
En la atención a estos pacientes debemos adelantarnos a la posibilidad de que realicen un VI y proponerles las medidas oportunas con suficiente antelación (Tabla 1: decálogo del niño viajero⁴).
La mayoría de las enfermedades que presentan los niños viajeros son leves y autolimitadas. En muchos casos el período de incubación es corto y los síntomas los presentan durante el viaje. Se estima que el 8% de los viajeros adquieren enfermedades con sintomatología suficientemente llamativa como para consultar⁵.
Al regreso debemos ser capaces de identificar aquellas patologías que requieren actuación urgente y las que pueden tener repercusión en la salud pública.
La sintomatología que se presenta con más frecuencia es: diarrea, problemas de piel, fiebre y problemas respiratorios.
En este algoritmo abordaremos la diarrea, la fiebre al regreso de un viaje a zona tropical o subtropical y los problemas de la piel.
Para ayudarnos a realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados, actualmente disponemos de recursos en internet (Tabla 2).
- B. En general, en viajeros cuyos viajes tienen una duración menor de 6 meses, la posibilidad de encontrar algún hallazgo estando asintomático es muy baja. Por lo tanto, no parece necesaria la búsqueda activa de enfermedades en personas asintomáticas. No existen recomendaciones específicas por parte de organismos científicos, como el CDC. Se recomienda aplicar el sentido común⁶. La solicitud de exámenes complementarios debería realizarse en función de los riesgos específicos (Tabla 3) a los que se ha sometido. Por ejemplo, la búsqueda de esquistosomas en orina tras baño en un lago en África donde la esquistosomiasis es endémica.
- C. En pacientes cuya estancia sea superior a 6 meses, sobre todo, si las condiciones sanitarias en las que han vivido son deficientes, puede realizarse un hemograma con recuento de eosinófilos y una prueba de tuberculina.
En caso de eosinofilia, realizar parásitos en heces. Para el estudio de la eosinofilia nos ayudarán la Tabla 4 y la Tabla 5.
- D. La diarrea del viajero es el problema de salud más frecuente en todo tipo de estancia en el medio tropical y subtropical. Se calcula que entre el 30-60% de los viajeros, según destino, padecerán una diarrea⁷⁻⁹.
En general, la diarrea del viajero es un cuadro agudo, leve y autolimitado, pero, al coincidir con un viaje, puede ocasionar molestias importantes por lo que se contempla, con un grado de evidencia I-A, el tratamiento empírico durante el viaje en los casos moderados y graves. En los niños el tratamiento de elección es la azitromicina 10 mg/kg/día de uno a tres días, además de las medidas habituales, que son básicamente las sales de rehidratación oral^{7,9}.
- E. La etiología de la diarrea aguda, de menos de 14 días de duración, suele ser bacteriana (80%) y en mucha menor proporción, vírica. Las bacterias más frecuentemente implicadas son *E. coli enterotoxigénico*, seguido de *Campylobacter jejuni*, *Shigella spp.*, y *Salmonella spp.* Los parásitos y protozoos suelen ser causa de diarrea persistente. En un tercio de los casos no se aísla ningún germen¹⁰.
- F. En los casos en los que la diarrea persiste (>14 días), debemos pensar en causa infecciosa, sobre todo en una parasitosis. La *Giardia* es el parásito más frecuente¹⁰. Otros parásitos frecuentemente aislados son *Cryptosporidium species*, *Entamoeba histolytica*, *Isospora belli*, *Microsporidia*, *Dientamoeba fragilis* y *Cyclospora cayetanensis*.

- G. Si el estudio de parásitos en heces es negativo, hay que valorar si la recogida de heces se realizó de forma adecuada y considerar su repetición. Otras causas entre las que tendremos que hacer el diagnóstico diferencial una vez que hayamos descartado una parasitosis son:
- Cuadros posinfecciosos: síndrome del intestino irritable posinfeccioso, intolerancia a la lactosa, alteraciones de la flora intestinal secundarias a tratamientos antibióticos, *sprue* tropical o sobrecrecimiento bacteriano.
 - Infección persistente o coinfección con gérmenes no sensibles al antibiótico empleado.
 - Enfermedad intestinal previa enmascarada en un cuadro infeccioso (enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal en ocasiones desencadenada por un cuadro de diarrea del viajero).
- H. La fiebre es uno de los síntomas que con más frecuencia puede presentar un niño a la vuelta de un viaje a zona tropical y subtropical. En el diagnóstico diferencial debemos tener en cuenta no solo las enfermedades importadas, sino también las cosmopolitas o de distribución universal (catarro de vías altas, mononucleosis, neumonía, infección urinaria,...).
- Es importante en la primera visita descartar enfermedades con alto potencial de mortalidad (malaria, fiebres víricas hemorrágicas, meningococemia,...) y enfermedades que pueden comportar un riesgo para la salud pública (sarampión, tuberculosis, hepatitis víricas, fiebres hemorrágicas,...).
- I. La anamnesis debe ser exhaustiva y detallada. Se tendrá en cuenta:
- Antecedentes personales: enfermedades previas, enfermedades crónicas, alergias...
 - Regiones geográficas visitadas (Tabla 6): distribución de enfermedades infecciosas propias de cada región.
 - Preparación e historia del viaje: vacunas recibidas, profilaxis antimalaria y exposición a riesgos (Tabla 3).
 - Síntomas acompañantes (Tabla 7): nos ayudará a realizar el diagnóstico.
 - Período de incubación (Tabla 8): nos permitirá descartar o incluir determinados diagnósticos.
 - El patrón de presentación del síndrome febril nos puede ayudar a orientar el diagnóstico (ritmo horario, fiebre en agujas, fiebre diaria o a días alternos), así como la asociación con otros síntomas, como cefaleas, escalofríos, sudor, vómitos y/o diarreas.
 - Tratamientos realizados.
- J. Exploración física: debe ser muy minuciosa y completa. Según los hallazgos de la anamnesis y la exploración física podremos orientar el diagnóstico (Tabla 7).
- K. Estancia en zona de malaria. Por su potencial gravedad y por su frecuencia, toda fiebre al regreso del trópico es malaria hasta que no se demuestre lo contrario. La zona endémica de paludismo por *Plasmodium falciparum* es África subsahariana, aunque no está restringido a esta zona (https://www.cdc.gov/malaria/travelers/about_maps.html).
- El riesgo de padecer paludismo es mayor durante el primer mes tras el regreso. La malaria por *P. falciparum* puede ser mortal en pocas horas y por ello se considera una urgencia. Hay que tener en cuenta que en el momento de la evaluación el paciente puede estar afebril y que el haber realizado correctamente la profilaxis no excluye completamente la posibilidad de padecerla.
- L. Signos de gravedad. Habitualmente las enfermedades graves en los viajeros al regreso del trópico van acompañadas de fiebre. Los síntomas que nos pueden avisar que se trata de una enfermedad grave son hemorragias, afectación neurológica y distrés respiratorio grave.
- M. Exámenes complementarios.
- Hemograma, perfil hepático y renal.

- Pruebas de coagulación.
- Proteína C reactiva.
- Sedimento de orina y urinocultivo.
- Radiografía de tórax.
- Serologías: citomegalovirus, Epstein Barr, fiebre tifoidea, paratifoidea, rickettsia, sarampión, leptospira...
- Serología o PCR: dengue, Chikungunya, Zika, HIV.
- Ig G e Ig M frente a hepatitis A.
- Hemocultivo.
- Otras: según sospecha clínica.

Según la sospecha clínica deberemos, en un reducido número de pacientes, enviarlos a un servicio especializado donde se pueda completar el diagnóstico y tratamiento.

N. Los problemas de la piel son la segunda causa de consulta de los viajeros internacionales. La principal causa, según la Red GeoSentinel^{12,13} fue la *Larva cutánea Migrans*, seguida de picaduras de insectos e infecciones cutáneas¹². En los niños, son también frecuentes las mordeduras por animales (perro, gato y mono, por orden de frecuencia)¹³.

Según el Hospital Ramón y Cajal, las lesiones cutáneas detectadas con más frecuencia son la *Larva cutánea migrans*, seguidas de sarna y micosis cutáneas¹⁴.

- O. Para diagnosticar la lesión es importante valorar:
- Tipo de lesión: papular, macular, nodular, ulcerativa (Tabla 9).
 - Localización: zonas expuestas o no.
 - Historia de exposición a riesgos (Tabla 3).
 - Síntomas acompañantes: fiebre, dolor, prurito.
 - Periodo de incubación (Tabla 8).
 - Tiempo de evolución.
 - Tratamientos previos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patología importada por el niño viajero. Macipe Costa RM, Canadell Villaret D, García Sánchez N. Form Act Pediatr Aten Prim. 2015; 8(4):164-74.
2. Canadell Villaret D, Fumadó Pérez V, Sau Giralt I. Casos clínicos en patología importada. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 261-74.
3. Harvey K, Esposito DH, Han P, Kozarsky P, Freedman DO, Plier DA, *et al*. Surveillance for travel-related disease—GeoSentinel Surveillance System, United States, 1997-2011. MMWR Surveill Summ. 2013;62:1-23.
4. Canadell D, de Aranzabal M; Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción AEPap. Decálogo del Niño viajero. Familia y Salud. [Consultado 6 de nov de 2016]. Disponible en <http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/ocio-y-actividad-fisica/ocio-en-familia/decalogo-del-nino-viajero>

5. Sotir MJ, LaRocque RC. Travel Epidemiology. In: Brunette GW (ed.). CDC Health Information for International Travel. (The Yellow Book). Nueva York: Oxford University Press; 2016. [Consultado 7 de octubre de 2016]. Disponible en <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/introduction/travel-epidemiology>
6. Libman M. Screening asymptomatic returned travelers. In: Brunette GW (ed.). CDC Health Information for International Travel. (The Yellow Book). Nueva York: Oxford University Press; 2016. [Consultado 7 de octubre de 2016]. Disponible en <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/post-travel-evaluation/screening-asymptomatic-returned-travelers>
7. Hill DR, Ericsson CD, Pearson RD, Keystone JS, Freedman DO, Kozarsky PE, *et al.* The practice of travel medicine: guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2006; 43:1499-539.
8. Connor BA. Travelers' diarrhea. In: Brunette GW (ed.). CDC Health Information for International Travel. (The Yellow Book). Nueva York: Oxford University Press; 2016. [Consultado 7 de octubre de 2016]. Disponible en <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/the-pre-travel-consultation/travelers-diarrhea>
9. Hill DR, Beeching NJ. Travelers' diarrhea. Curr Opin Infect Dis. 2010;23:481-7.
10. Hagmann S, Neugebauer R, Schwartz E, Perret C, Castelli F, Barnett ED, *et al.* Illness in children after international travel: analysis from the GeoSentinel Surveillance Network. Pediatrics. 2010;125:e1072-80.
11. Gautret P, Cramer JP, Field V, Caumes E, Jensenius M, Gkrania-Klotsas E, *et al.* Infectious diseases among travellers and migrants in Europe, EuroTravNet 2010. Euro Surveill. 2012;17(26). pii: 20205.
12. Rack J, Wichmann O, Kamara B, Gunther M, Cramer J, Schonfeld C, *et al.* Risk and spectrum of diseases in travelers to popular tourist destinations. J Travel Med. 2005;12:248-53.
13. O'Brien BM. A practical approach to common skin problems in returning travellers. Travel Med Infect Dis. 2009;7:125-46.
14. López Vélez R, Pérez Molina JA, Zamarrón Fuertes P, López de Ayala Balzola A. Enfermedades infecciosas importadas por viajeros internacionales a los trópicos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Tabla 1. Decálogo del niño viajero

1. **Planifica el viaje** con cierta antelación y consulta con tu pediatra sin falta. También te informará sobre las **vacunas necesarias**.
 2. Prepara un **botiquín** con, al menos, **termómetro**, yodo, **ibuprofeno o paracetamol** y **suero oral**. Si tu hijo tiene una enfermedad crónica lleva la medicación.
 3. Viaja con tranquilidad. Lleva la tarjeta sanitaria europea o un seguro médico internacional.
 4. Lleva una bolsa de mano con: comida y ropa de recambio; pañales, chupete, un repelente y la medicación que sean necesarios. Y haz una foto al equipaje para que sea más fácil recuperarlo en caso de pérdida.
 5. En la maleta: ropa y calzado adecuados, repelente de mosquitos, **crema solar**, gorra y gafas de sol, mosquitera y juguetes (entretenimiento); en su caso, unas gafas de recambio.
- Si viajas a un país tropical o subtropical ten presente:
6. Sólo debes beber agua, zumos o refrescos embotellados y precintados. No comas verdura cruda, fruta ya pelada, ensaladas, cubitos de hielo ni helados. No compres comida en puestos ambulantes. **Lava las manos** a menudo con agua y jabón o solución hidroalcohólica y seca las manos con una toalla limpia (*Lee **Diarrea del viajero***).
 7. **Protégete contra el calor**. Ponte crema protectora cada dos horas. Usa gorra y gafas de sol. **Toma agua** o zumos envasados con frecuencia. En las horas de más calor no te expongas al sol ni hagas esfuerzos. Si estás en África no te bañes en lagos o ríos de agua dulce si no tienes información sobre esquistosomiasis.
 8. Usa ropa de manga larga de algodón o hilo. Ponte repelente de mosquitos día y noche frecuentemente y en especial a partir del atardecer. Cierra ventanas y puertas. Si no hay aire acondicionado usa mosquiteras que no tengan agujeros. Los mosquitos pueden transmitir enfermedades.
- No toques animales. Los perros, monos, gatos, murciélagos...al morder pueden transmitir enfermedades mortales como **la rabia**. Si te muerden consulta pronto a un centro sanitario.
9. Si vas a una **zona donde hay malaria** toma la medicación contra ésta antes, durante y después del viaje. Sigue las recomendaciones. Usa repelente de mosquitos y mosquiteras.
 10. Si tienes fiebre, diarrea, lesiones en la piel, síntomas respiratorios u otros, al volver del viaje debes consultar con tu pediatra. Le debes decir dónde has viajado y cuando has regresado. Es importante que él lo sepa porque tu enfermedad puede tener relación con el viaje y más si es zona de **paludismo**.

¡Disfruta del viaje!

Tabla 2. Enlaces de interés para el abordaje de enfermedades importadas

Descripción de enfermedades	http://wwwnc.cdc.gov/travel/diseases http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/table-of-contents Yellow book (capítulo 3) http://www.uptodate.com/contents/search http://www.who.int/ith/en/ International travel and health. http://www.seimc.org/documentos/guias/2006/Guia1_2006_Viajero.pdf
Diagnóstico microbiológico	http://www.cdc.gov/dpdx/ http://www.seimc.org/documentoscientificos.php?mn_MP=3&mn_MS=358
Tratamientos	http://pediamecum.es/ http://www.guia-abe.es/ http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18624es/s18624es.pdf http://www.sanfordguide.com/

Tabla 3. Exposición a riesgos durante el viaje

Riesgos relacionados con la comida	<p>Agua o bebidas no embotelladas. Cubitos, helados ambulantes, leche no pasteurizada. Comida ambulante. Verdura cruda, ensaladas, fruta pelada. Comer en restaurantes poco higiénicos, con moscas,...</p>
Tipo de viaje	<p>Dormir al aire libre, en tiendas de campaña, ... Baños en agua dulce: ríos, lagos, ... Paseos por arrozales, bosques, playas, ... Tipo de calzado no adecuado.</p>
Contacto animales	<p>Picaduras de insectos (mosquitos, moscas, garrapatas, ...). Mordedura o arañazo de perro, gato, mono, murciélago, ...</p>
Parenteral	<p>Transfusiones, pinchazos con agujas, inyectables, piercings, tatuajes.</p>
Protección malaria	<p>No Ingesta diaria de medicación antimalaria, no uso de mosquiteras, repelente y ropa adecuada.</p>
Contacto con personas enfermas	<p>Amigdalitis, mononucleosis, sarampión, neumonía, infecciones digestivas, hepatitis, tuberculosis, ...</p>
Otros	<p>Relaciones sexuales, lavado de manos inadecuado, ...</p>

Tabla 4. Causas de eosinofilia*

Parásitos en heces que causan eosinofilia	Parásitos (que no están o no pueden ser detectados en heces) que causan eosinofilia	Parásitos en heces que no causan eosinofilia	Causas no parasitarias
<i>Ascaris lumbricoides</i> . <i>Ancylostoma spp.</i> <i>Necator spp.</i> <i>Trichuris trichiura</i> . <i>Strongyloides stercoralis</i> . <i>Taenias (solium y saginata)</i> . <i>Schistosomas</i> . <i>Paragonimus</i> . <i>Ophisthorchis</i> . <i>Fasciola</i> .	<i>Angiostrongylus</i> . <i>Anasakis</i> . <i>Capillaria spp.</i> (Cysticercosis). <i>Echinococcus</i> . Filariasis (<i>Wuchereria bancrofti</i>), <i>Brugia spp</i> , <i>Mansonella spp</i> , <i>Onchocerca volvulus</i> , <i>Dracunculus medinensis</i> . <i>Loa loa</i> .	<i>Entamoeba spp.</i> <i>Cryptosporidium</i> . <i>Giardia intestinalis</i> .	Asma. Atopia. Fármacos. Enfermedades hematológicas: leucemia, linfoma, ... Enfermedades inmunológicas: enfermedad de Crohn, lupus...

*Domestic Intestinal Parasite Guidelines. 2011. Centers for Disease Control and Prevention.
<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/intestinal-parasites-domestic.pdf>

Tabla 5. Eosinofilia y signos y síntomas acompañantes

SÍNTOMAS Y SIGNOS ACOMPAÑANTES	PARÁSITO PROBABLE
Fiebre	<i>Schistosoma</i> (Fiebre de Katayama). <i>Toxocara</i> . Estados iniciales de <i>Strongyloides</i> , <i>Ascaris</i> , <i>Anchylostoma</i> . <i>Trichinella</i> . <i>Fasciola</i> . <i>Gnathostoma</i> .
Urticaria	Filarias. <i>Gnathostoma</i> . <i>Schistosoma</i> . <i>Strongyloides</i> . <i>Anchylostoma</i> . <i>Trichinella</i> . <i>Toxocara</i> . <i>Fasciola</i> .
Anemia	<i>Anchylostoma</i> . <i>Necator</i> .
Diarrea/dolor abdominal	<i>Strongyloides</i> . <i>Anchylostoma</i> . <i>Ascaris</i> . <i>Trichiuris</i> . <i>Schistosoma</i> . <i>Trichinella</i> .
Adenopatías	Filarias linfáticas. <i>Onchocerca</i> .
Hematuria	<i>Schistosoma</i> .
Síntomas oculares	<i>Onchocerca</i> . <i>Loa loa</i> . <i>Toxocara</i> . Cisticercosis.
Síntomas respiratorios	Síndrome de Loeffler (<i>Strongyloides</i> , <i>Anchylostoma</i> , <i>Necator</i> , <i>Ascaris</i>).
Mialgias	<i>Trichinella</i> .
Edema migratorio	<i>Loa loa</i> . Filarias linfáticas.
Hepatomegalia	<i>Schistosoma</i> . <i>Toxocara</i> . Hidatidosis <i>Fasciola</i> .
Esplenomegalia	<i>Schistosoma</i>
Afectación del sistema nervioso central	Cisticercosis <i>Schistosoma</i> . <i>Trichinella</i> .

Tabla 6. Infecciones importadas de distribución preferentemente tropical y subtropical, según las zonas de origen del paciente.

América Central, América del Sur y Caribe	África del Norte	África Subsahariana	Asia
<p>Protozoos: Malaria. Enfermedad de Chagas. Leishmaniasis. Babesiosis. Protozoos intestinales^a.</p> <p>Helmintos: Nematodos intestinales^b. Esquistosomiasis. Filariasis^c. Larva migrans cutánea. Gnatostomiasis. Paragonimiasis. Angiostrongiloidiasis. Hidatidosis. Teniasis. Cisticercosis. Himenolepiasis.</p> <p>Virus: Arbovirosis. Fiebres hemorrágicas: dengue, fiebre amarilla, Junín, Machupo. Encefalitis.</p> <p>Hongos: Histoplasmosis. Paracoccidioidomicosis. Blastomicosis. Coccidioidomicosis.</p> <p>Bacterias y micobacterias: Lepra. Rickettsiosis. Bartonelosis. Treponematosis endémicas. Tracoma.</p> <p>Ectoparásitos: Miasis. Tungiasis.</p>	<p>Protozoos: Leishmaniasis. Babesiosis. Protozoos intestinales^a.</p> <p>Helmintos: Nematodos intestinales^b. Esquistosomiasis. Larva migrans cutánea. Hidatidosis. Himenolepiasis.</p> <p>Hongos: Blastomicosis.</p> <p>Bacterias y micobacterias: Lepra. Rickettsiosis.</p>	<p>Protozoos: Malaria. Tripanosomiasis africana. Leishmaniasis. Babesiosis. Protozoos intestinales^a.</p> <p>Helmintos: Nematodos intestinales^b. Filariasis^c, loiasis. Esquistosomiasis. Larva migrans cutánea. Paragonimiasis. Gnatostomiasis. Dracunculosis. Hidatidosis. Teniasis. Cisticercosis. Himenolepiasis. Opistorquiasis. Clonorquiasis. Capilariasis.</p> <p>Virus: Arbovirosis. Fiebres hemorrágicas: dengue, fiebre amarilla, Marburg, Ébola, Lassa. Encefalitis. Chikungunya. Kaposi endémico. Linfoma de Burkitt.</p> <p>Hongos: Histoplasmosis. Blastomicosis.</p> <p>Bacterias y micobacterias: Lepra. Rickettsiosis. Treponematosis endémicas. Piomiositis tropical. Úlcera de Buruli. Tracoma.</p> <p>Ectoparásitos: Miasis. Tungiasis.</p>	<p>Protozoos: Malaria. Leishmaniasis. Protozoos intestinales^a.</p> <p>Helmintos: Nematodos intestinales^b. Esquistosomiasis. Filariasis linfáticas. Larva migrans cutánea. Paragonimiasis. Gnatostomiasis. Dracunculosis. Hidatidosis. Teniasis. Cisticercosis. Himenolepiasis. Opistorquiasis. Clonorquiasis. Capilariasis.</p> <p>Virus: Arbovirosis. Fiebres hemorrágicas: dengue, fiebre amarilla, Congo-Crimea, Nipah. Encefalitis japonesa. Chikungunya. Gripe aviar.</p> <p>Hongos: Histoplasmosis. Blastomicosis. Peniciliosis.</p> <p>Bacterias y micobacterias: Lepra. Rickettsiosis. Treponematosis endémicas. Melioidosis. Tracoma.</p> <p>Ectoparásitos: Tungiasis.</p>

^aAmebiasis, giardiasis, ciclosporidiasis, isosporidiasis y balantidiasis.

^bAscariasis, uncinariasis, tricuriasis y estrongiloidiasis.

^cLinfáticas, oncocercosis, mansonelosis.

Tabla 7. Orientación diagnóstica en función de síntomas acompañantes de la fiebre

SINTOMA ACOMPAÑANTE	POSIBLES DIAGNOSTICOS
Fiebre + exantema.	Dengue, chikungunya, zika, rickettsiosis, fiebre tifoidea, infección aguda VIH, sarampión, fiebres hemorrágicas, leptospirosis, malaria.
Fiebre + dolor abdominal.	Fiebre tifoidea y paratifoidea, hepatitis víricas, absceso amebiano.
Fiebre + hemorragia (petequias, equimosis).	Fiebres hemorrágicas víricas (dengue, ébola, Marburg, Lasa,...), meningococemia, leptospirosis, sepsis por BGN, rickettsiosis, malaria.
Fiebre + eosinofilia.	Esquistosomiasis aguda, fasciola, infecciones parasitarias.
Fiebre + infiltrados pulmonares o síntomas respiratorios.	Neumonías bacterianas o por <i>Mycoplasma</i> , legionelosis, esquistosomiasis aguda, fiebre Q, leptospirosis, tuberculosis, malaria, hidatidosis, histoplasmosis.
Fiebre + broncoespasmo.	Síndrome de Löeffler, fiebre de Katayama, eosinofilia pulmonar tropical.
Fiebre + afectación del estado de conciencia.	Malaria cerebral, meningitis vírica o bacteriana, tripanosomiasis africana, tifus, neurocisticercosis.
Fiebre + diarrea.	Dengue, enteropatógenos, fiebre hemorrágica, malaria.
Fiebre + ictericia.	Hepatitis víricas, fiebre amarilla, malaria, fiebres hemorrágicas víricas, leptospirosis, brucelosis, fiebre recurrente, tifus.
Fiebre + esplenomegalia.	Síndrome mononucleósico (EB, CMV, VIH), malaria, leishmaniasis visceral, tripanosomiasis, esquistosomiasis aguda, brucelosis, fiebre tifoidea.
Fiebre sin foco.	Malaria, dengue, absceso amebiano, brucelosis, esquistosomiasis, fiebre hemorrágica, fiebre tifoidea, leptospirosis, rickettsiosis, sepsis, TBC.
Fiebre que persiste más de dos semanas.	Malaria, fiebre tifoidea, infección por CMV o Epstein Barr, toxoplasmosis, brucelosis, primoinfección VIH, esquistosomiasis aguda, fiebre Q, leishmaniasis visceral, tuberculosis, toxoplasmosis, brucelosis.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; BGN: bacilos gran negativos; EB: Epstein-Barr;
CMV: citomegalovirus; TBC: tuberculosis

Tabla 8. Periodo de incubación de algunas enfermedades febriles

Breve (7-10 días o menos)	Intermedio (2-4 semanas)	Largo (> 1mes)
Arboviriasis. Dengue. Enteritis bacterianas. Fiebre tifoidea. Leptospirosis. Malaria*. Infecciones meningocócicas Fiebre Q*. Psittacosis. Rickettsiosis. Fiebre recurrente*. Brucelosis*. Sarampión.	Malaria. CMV. VIH. Fiebre tifoidea. Tripanosomiasis. Hepatitis viral. Brucelosis. Esquistosomiasis. Absceso hepático amebiano.	Absceso hepático amebiano. Malaria (vivax, ovale, malariae). Hepatitis viral. Tuberculosis. Esquistosomiasis. Leishmaniasis visceral. Tripanosomiasis. Brucelosis. Sífilis. Histoplasmosis. Larva migrans visceral.

*Periodo de incubación suele ser > 10 días.

Fuente: http://www.seimc.org/documentos/guias/2006/Guia1_2006_Viajero.pdf

Tabla 9. Diagnóstico posible según tipo de lesión.

TIPO DE LESIÓN	DIAGNÓSTICOS
PAPULARES	Picaduras de insectos Oncocercosis Sarna
NODULARES O AFECTACIÓN SUBCUTÁNEA	Infecciones bacterianas Oncocercosis Miasis Tunguiasis Loa Loa Gnathostomiasis Eritema nodoso
MACULARES	Micosis Enfermedad de Lyme
LESIONES LINEALES/SERPIGINOSAS	Larva cutánea migrans Larva currens Gnathostomiasis Fitofotodermatitis
ULCERATIVAS	Leishmaniasis Úlcera de Buruli Paracoccidiomicosis Tripanosomiasis (chancro)
HEMORRÁGICAS	Ebola Fiebre amarilla Dengue hemorrágico
MIGRATORIAS	Larva cutánea migrans Larva currens Loa Loa Gnathostomiasis
PRURIGINOSAS	Sarna Hemintiasis abdominales Larva cutánea migrans Piojos Oncocercosis Loa loa Esquistosomiasis
URTICARIA	Filarias Gnathostoma Schistosoma Strongyloides Anchylostoma. Trichinella Toxocara Fasciola