

Consulta del viajero (III). Consulta después del viaje



A. GARCÍA DE FRANCISCO, C. PRIETO ZANCUDO*
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Diplomado en Medicina Tropical y Salud Comunitaria U.A.M.
E.A.P. Alameda de Osuna I. Madrid

Traveler's consultation (III). Following the progression after the travel

RESUMEN

La consulta del viajero no termina cuando el viaje finaliza. El seguimiento del viajero en la consulta del médico de familia después del regreso es fundamental para recopilar toda la información sanitaria acaecida durante el viaje.

En esta consulta se anotarán todos los acontecimientos relacionados con la salud del individuo, se registrará la adherencia a los tratamientos profilácticos pautados antes de la realización del viaje, se preguntará al paciente por reacciones adversas a medicamentos utilizados y finalmente se practicará un despistaje de enfermedades potencialmente presentes cuando el viajero acuda a la consulta con síntomas o signos de enfermedad. Es muy importante resaltar la importancia que tiene el tiempo de incubación de muchas enfermedades tropicales, ya que pueden producir una sintomatología retardada en el tiempo como el paludismo por *Plasmodium vivax* u *ovale*, (de varios meses o años, después de la infección).

En la historia clínica del viajero tiene que quedar constancia el tipo de viaje realizado (alto o bajo riesgo), así como los tratamientos y vacunas utilizados, si hubo problemas sanitarios durante el viaje y si se realizó el despistaje de alguna enfermedad después del viaje por presencia de síntomas.

Después de realizar todos los pasos anteriores podremos dar por finalizada la consulta del viajero.

Palabras clave: Viajero. Tropical. Historia clínica. Médico.

ABSTRACT

The traveler's consultation do not finish at the end of the travel. It is very important to follow the progression of the traveler in the family practice consultation after the travel.

In this consultation the physician have to register the incidences happened in the travel in the medical record, the adherence to the treatments and prophylaxis, adverse events of the medicaments, and so on. Finally the physician must to realize a screening about different tropical diseases prevalent in the travel, when the traveller has signs and symptoms of the sickness.

It is very important to know the period of incubation of many tropical diseases, because they can produce signs and symptoms relapses like the malarialia of the *Plasmodium vivax* and *ovale* (months or years after the infection).

The physician has to register in the medical record the kind of travel (travel of high or low risk), the period that the traveler stayed in the foreign country, vaccines and prophylaxis suitable and the screenings realized about different diseases.

When the physician follows all these parts of the consultation, we can say that the traveler's consultation is finished.

Key words: Traveler. Tropical. Medical record. Physician.

INTRODUCCIÓN

Como vimos en el anterior capítulo la consulta médica después del viaje, constituye una parte esencial de la consulta del viajero en conjunto. Queremos reseñar la gran importancia que tiene, el realizar la consulta del viajero *siempre antes del viaje*¹, aunque es cierto, que en muchas situaciones esta parte de la consulta no se ha realizado (situaciones en las que el viajero no solicitó asesoramiento médico previo y aquellas otras en las que por carencia de conocimientos y/o herramientas no se pudo hacer).

El objetivo de este artículo es, dar al médico de Atención Primaria unas pautas sencillas y prácticas para abordar la consulta del viajero a su regreso.

Los motivos más frecuentes de consulta que podemos observar en pacientes que hayan realizado un viaje de estas características son la presencia de síntomas (fiebre, diarrea, prurito, astenia, etc.), los accidentes durante el viaje y las reacciones adversas a la profilaxis o tratamientos utilizados durante el viaje.

El esquema que vamos a seguir para describir esta consulta, se basa fundamentalmente en la estructura de una historia clínica convencional de Atención Primaria, con algunas matizaciones en los aspectos de la patología médica tropical. Creemos que esta demanda requiere citar al paciente en una consulta programada, para poder desarrollar aquellos aspectos que se consideran básicos en una consulta del viajero.

HISTORIA CLÍNICA

Para conseguir acercarnos lo más posible al diagnóstico en un paciente sintomático con antecedentes de viaje a un país tropical/subtropical es necesario formular las siguientes preguntas²:

¿Dónde ha estado usted?

Conocer el país(es) que el paciente ha visitado es fundamental para iniciar este tipo de consulta. Unas nociones básicas de geografía médica tropical nos van a ser de gran ayuda.

Existen numerosos documentos y guías que nos pueden orientar a cerca de las enfermedades más frecuentes en cada uno de estos países³.

Como ejemplo, en el caso de la malaria, según la zona del planeta que se visite, existe un determinado tipo de *Plasmodium* (*P*): en África subsahariana existe mayor riesgo de *P. falciparum*, en América insular, Méjico y Centroamérica es el *P. vivax* el de mayor prevalencia y en Sudamérica y sur de Asia son el *P. malarie*, *P. falciparum* y *P. vivax*.

La OMS realiza publicaciones anuales clasificando las zonas de riesgo de paludismo, según la resistencia del *Plasmodium* a cloroquina⁴. Es importante tener en cuenta que el *P. falciparum* es el único *Plasmodium* que puede tener resistencia a cloroquina y que su infección puede llegar a ser mortal.

¿Dónde fue usted dentro de ese país?

Las características de la región que visitó en cada país son muy importantes ya que existe mayor riesgo de infección tropical en aquellos pacientes que visitaron zonas rurales o selváticas que aquellos que permanecieron durante cortos periodos de tiempo en zonas urbanas y en hoteles de 1ª clase⁵.

¿Cuánto tiempo estuvo allí?

La importancia de conocer el tiempo que el paciente permaneció en el lugar de destino es fundamental. La posibilidad de contacto con agentes infecciosos locales es directamente proporcional al tiempo de exposición en la zona.

Conociendo el periodo de incubación de los diferentes agentes etiológicos (virus, bacterias, parásitos, etc.), podemos relacionar la aparición de síntomas con un determinado cuadro infeccioso (Tabla I).

Continuando con el ejemplo de la malaria, el *P. falciparum* presenta un periodo de incubación de 8-40 días en el 75% de los casos⁶, mientras que el *P. ovale* puede tener un periodo de incubación de años de evolución en el 45% de los casos (por la presencia de hipnozoitos en el hígado). Por otro lado, el diagnóstico de paludismo no sería una opción a considerar en un paciente febril cuya exposición potencial fue menor de 7 días antes de la aparición de la fiebre.

¿Qué hizo usted en ese país?

La razón del viaje es muy importante para poder estimar el riesgo de infección tropical, por ejemplo, los viajes de negocios suelen limitarse a zonas urbanas durante cortos periodos de tiempo, por lo que conllevan un bajo riesgo, mientras que viajes multiaventuras a zonas selváticas, viajes con propósito sexual, viajes de cooperación sanitaria o misiones religiosas conllevan alto riesgo sanitario.

¿Qué medidas higiénico-dietéticas y profilácticas realizó usted?

El conocimiento por parte del médico del estado de inmunización del paciente antes de realizar el

Tabla I

PERIODOS DE INCUBACIÓN DE ALGUNAS INFECCIONES TROPICALES
BREVE (MENOS DE 10 DÍAS)
Infecciones por arbovirus, incluido el dengue y la fiebre amarilla Fiebres maculadas Peste Salmonelosis no tifoídica
INTERMEDIO (DE 10 A 21 DÍAS)
Fiebres hemorrágicas, incluida la fiebre Lassa Tifus y tifo de los matorrales y fiebre Q Fiebre entérica Brucelosis Infecciones por <i>P. Vivax</i> , <i>P. Malarie</i> y <i>P. Ovale</i> Infecciones por <i>P. Falciparum</i> Tripanosomiasis africana
PROLONGADO (MÁS DE 21 DÍAS)
Infecciones agudas por VIH Rabia Hepatitis viral (A,B,C,D y E) Tuberculosis Absceso hepático amebiano Infecciones por <i>P. Vivax</i> , <i>P. Malarie</i> y <i>P. Ovale</i> Leishmaniasis visceral Filariasis aguda (<i>W. Bancrofti</i>) Esquistosomiasis

viaje, la profilaxis realizada y el tratamiento que hubiera recibido durante el viaje es básico, ya que si el paciente se vacunó de fiebre amarilla o de la hepatitis A o B, estas entidades quedarían prácticamente excluidas (la vacunación confiere una protección del 100%).

Las medidas higiénico-dietéticas que se aconsejan a los viajeros antes de realizar el viaje son de suma importancia, como ya comentamos en el capítulo de la consulta antes del viaje. El viaje puede tener un alto riesgo sanitario si estas medidas no se realizaron correctamente.

EXPLORACIÓN FÍSICA (SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES)

Fiebre

La fiebre mayor de 40°, con frecuencia no es de origen infeccioso (puede deberse a hipotermia maligna, golpe de calor o reacciones farmacológicas⁷). Dentro de las enfermedades infecciosas que pueden causar fiebre en el trópico, algunas tienen una distribución más amplia que otras y además son más frecuentes que otras (Tabla II). Existen dife-

rentes patrones febriles que nos pueden aproximar al diagnóstico, y que son característicos de determinados agentes infecciosos:

Fiebre continua

Se mantiene constante a lo largo del día, y puede deberse a *rickettsiosis* o fiebre tifoidea.

Fiebre remitente

Presenta fluctuaciones de 2 a 3 °C a lo largo del día, pero nunca alcanza valores normales de temperatura. Puede ocurrir en la tuberculosis, fiebre tifoidea, *P. falciparum*, septicemias o tripanosomiasis africana.

Fiebre recurrente

Periodos febriles separados por varios días de temperatura normal. Sucede en las infecciones por *Borrelia recurrentis*, malaria (en infección por *P. falciparum*, se combinan los periodos febriles cada 72 h).

Tabla II

ALGUNAS ENFERMEDADES QUE ORIGINAN FIEBRE EN EL TRÓPICO
FRECUENTES, CON DISTRIBUCIÓN AMPLIA
Infecciones por arbovirus (dengue) Hepatitis infecciosa Fiebre entérica Tuberculosis Paludismo
MENOS FRECUENTES, CON DISTRIBUCIÓN AMPLIA
Poliomielitis Infección aguda por VIH Brucelosis Absceso hepático amebiano Toxoplasmosis Filariasis
MENOS FRECUENTES, CON DISTRIBUCIÓN LIMITADA
Fiebre amarilla Tifos de los matorrales Leptospirosis Peste Leishmaniasis visceral Esquistosomiasis aguda Fiebres hemorrágicas (Ébola) Tifo transmitido por piojos, pulgas y garrapatas Fiebre recurrente Melioidosis Tripanosomiasis africana

Febre intermitente

Periodos febriles a días alternos (cada 48 h), como sucede con el *P. vivax*.

Febre bifásica (o joroba de camello)

Dos periodos febriles separados por un intervalo de 1 a 3 días, esto ocurre en el dengue.

Doble febre cotidiana

Dos picos de febre al día como sucede en la leishmaniasis visceral.

Patrón febril no definido

Es el patrón más frecuente.

Manifestaciones cutáneas⁸

Dentro del polimorfismo de las lesiones cutáneas que pueden aparecer en las diferentes enfermedades tropicales, podemos aproximarnos al diagnóstico, con el siguiente esquema:

TIPO DE LESIÓN	POSIBLE DIAGNÓSTICO
Rash macropapular	Dengue Fiebres hemorrágicas Leptospirosis Infección aguda VIH
Eritema crónico migrans	Enfermedad de Lyme
Pápulas eritematosas	Fiebre tifoidea
Pústulas	Infección gonocócica diseminada
Petequias, equimosis y hemorragias	Meningococemia Dengue Fiebre hemorrágica viral Fiebre amarilla Fiebre de las montañas rocosas Leptospirosis
Escara	Tifus por picadura de garrapata Antrax
Úlcera	Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
Urticaria	Difteria cutánea Infecciones por helmintos

Manifestaciones digestivas

Diarrea

La diarrea es la enfermedad más común del viajero (20-70% de los viajeros cuando el viaje dura 2 semanas) y en un 15% se acompaña de fiebre⁹. Los patógenos más frecuentes son: *E. Coli enterotoxigénica*, *Shigella*, *Salmonella*, *Campilobacter*, *Yersinia*, *virus* (rotavirus fundamentalmente) y parásitos¹⁰. El cuadro suele consistir en una gastroenteritis que normalmente comienza en el transcurso de la primera semana del viaje y dura de 3 a 7 días en el 60% de los casos. Es más frecuente en adultos jóvenes que en mayores. Si la clínica perdura más de 2 semanas habría que pensar en parásitos como *Giardia* o *ameba* como agentes etiológicos.

Lesiones hepáticas

La etiología más frecuente de hepatitis en medio tropical es la hepatitis vírica producida por el VHA y VHE, sólo la hepatitis E puede ser fulminante en embarazadas.

La fiebre amarilla es hepatotrófica y produce hepatitis grave tras 2 semanas de la exposición.

La fiebre Lassa, fiebre del valle del Rift, dengue, fiebre hemorrágica viral, pueden ser causa de hepatitis con ictericia.

La tuberculosis, esquistosomiasis, leptospirosis, brucelosis, leishmaniasis, fiebre Q, histoplasmosis y *Larva migrans visceral* pueden ser causantes de hepatitis granulomatosa.

El absceso hepático amebiano por lo general suele ser asintomático y suele estar relacionado con una exposición años antes.

Las duelas hepáticas suelen provocar fiebre, colangitis, y hepatomegalia sensible.

Las reacciones medicamentosas pueden imitar una hepatitis infecciosa, como la producida por la quinina, quinidina y los antituberculosos.

Manifestaciones pulmonares

Un 11% de los pacientes viajeros con fiebre presentan afectación pulmonar¹¹. Las causas más frecuentes son virus (adenovirus y virus respiratorio sincitial -VRS-), sin embargo podemos observarlas también en:

—Legionelosis: relacionada con los sistemas de ventilación.

—Parásitos: helmintiasis, como esquistosomiasis y ascariasis. Las filarias y los áscaris pueden producir un síndrome característico denominado síndrome eosinofílico pulmonar tropical.

—Tuberculosis: relacionada generalmente con reactivación de un foco primario, aunque en viajeros a corto plazo representa un riesgo bajo.

—Fiebres hemorrágicas: como Ébola, Maburg, Lassa y Crimea-Congo.

—Hongos: histoplasmosis, cryptococosis (relacionada con el excremento de murciélago en cuevas).

—*P. falciparum* que puede producir síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), pudiendo llegar a ser mortal.

Manifestaciones neurológicas

—Infecciones meningocócicas: típicas en África subsahariana y peregrinos de la Meca.

—Paludismo cerebral: producido por el *P. falciparum*, se caracteriza por confusión y crisis convulsivas, además este parásito puede provocar hipoglucemias severas que pueden agravar el cuadro o imitarlo¹².

—Rabia: por mordedura de perros infectados, produce fiebre y encefalitis.

—Encefalitis japonesa: transmitida por la picadura de un mosquito durante la noche, se observa en zonas rurales orientales cercanas a campos de arroz.

—Meningitis aséptica: puede estar asociada a infecciones de *Rickettsia*, *Borrelia*, *Treponema pallidum* (sífilis 2ª), *Leptospira*, *Brucella* y *Salmonella*.

—Encefalitis febril aguda: se trata de una presentación rara de neurocisticercosis común en emigrantes.

Manifestaciones en órganos hematopoyéticos

Esplenomegalia

Puede aparecer en enfermedades como leishmaniasis visceral cerebral (Kala-Azar), tripanosomiasis, dengue, leptospirosis, tífus y fiebre hemorrágica.

Linfadenopatías

Si son regionales pueden estar producidas por un foco infeccioso local (faringitis, etc.).

La rickettsiosis relacionada con la mordedura de la garrapata y las E.T.S. (linfocitosis venérea, herpes genital y chancroide), son más frecuentes en las zonas tropicales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ante la sospecha de una enfermedad tropical, con síntomas y signos de gravedad debemos remitir al paciente a un centro médico especializado en medicina tropical.

No obstante el médico de familia puede realizar una pequeña batería de pruebas complementarias iniciales, para descartar algunas de las enfermedades del viajero más frecuentes y aquéllas que son potencialmente más graves:

—Hemograma con fórmula, recuento y VSG.

—Bioquímica general.

—Perfil hepático.

—Bioquímica y sedimento de orina.

—Coprocultivo y parásitos en heces (se han de recoger 3 muestras durante 6 días a días alternos).

Con esta primera batería analítica podemos realizar una correlación aproximada entre las alteraciones observadas y algunas enfermedades tropicales:

Anomalías en el hemograma

Alteraciones en la serie roja

La anemia es muy inespecífica y común en muchas enfermedades.

La hemoconcentración es frecuente en el dengue.

Tabla III

CAUSAS INFECCIOSAS DE EOSINOFILIA	
ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO PARASITARIAS	
Tuberculosis	
Hongos: coccidiomicosis, aspergilosis broncopulmonar alérgica	
Bacterias: escarlatina en resolución	
ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARASITARIAS MÁS FRECUENTES	
Angiostrongiliasis	
Anisakiiasis	
Ascariasis	
Capilariasis	
Cisticercosis	
Dracunculosis	
Equinocosis	
Fasciolosis	
Filariasis: Linfática (<i>Wuchereria</i> , <i>Brugia</i>)	
Loiasis	
Mansonelosis	
Oncocercosis	
Eosinofilia pulmonar tropical	
Gnatostomiasis	
Uncinarias (<i>Ancylostoma</i>)	
Opistorquiasis	
Paragonimiasis	
Equistosomiasis	
Estrongiloidiasis	
Triquinosis	
Trichuriasis	
<i>Larva migrans visceral</i>	

Tabla IV

CAUSAS DE EOSINOFILIA NO INFECCIOSA

ENFERMEDADES CUTÁNEAS

Eczema
Dermatitis herpetiforme
Celulitis eosinofílica (síndrome de Well)

ENFERMEDADES MALIGNAS

Leucemia eosinofílica
Leucemia mielogénica
Enfermedad de Hodgkin
Carcinoma de intestino, ovario, pulmón, páncreas y de otros órganos sólidos

ENFERMEDADES DE COLÁGENO VASCULAR

Poliarteritis nodosa
Dermatomiosistosis
Artritis reumatoide

SÍNDROMES HIPEREOSINOFÍLICOS

Endocarditis eosinofílica de Loeffler
Síndrome pulmonar de Loeffler
Infiltración pulmonar con eosinofilia
Gastroenteritis eosinofílica
Granuloma eosinófilo

OTRAS CAUSAS

Neumonitis por hipersensibilidad
Granulomatosis de Wegener
Enfermedades inflamatorias intestinales
Anemia Perniciosa
Síndrome eosinofilia-mialgia
Sarcoidosis
Hipoadrenalismo

Alteraciones en la serie blanca

—Fórmula normal: se puede producir en la fiebre de las montañas rocosas.

—Leucopenia: se observa en la malaria y en el dengue.

—Leucocitosis: no es frecuente en el paludismo.

—Eosinofilia: sugiere la posibilidad de parasitosis (Tabla III), que por lo general es asintomática y sin fiebre, con excepciones como la esquistosomiasis (fiebre de Takayama), tripanosomiasis y fasciolosis. Generalmente la eosinofilia es más elevada en fases tempranas de la infección aguda que en infecciones crónicas¹³, especialmente en: triquinosis, *Larva migrans visceral*, *Ascaris pneumonia*, estrongiloidiasis, filariasis, síndrome eosinofílico pulmonar y esquistosomiasis aguda¹⁴.

Aunque existen otras causas de eosinofilia como: reacciones alérgicas, interacciones farmacológicas o enfermedades del colágeno vascular entre otras (Tabla IV).

Alteraciones en las plaquetas

La trombocitopenia es frecuente en la malaria y en el dengue y la trombocitosis es frecuente en la mayoría de las infecciones.

Alteraciones en la bioquímica

Hipoglucemia: es típica en la malaria

Aumento de transaminasas:

—Moderado: fiebre hemorrágica, leptospirosis, fiebre Q, shigelosis, aunque lo más frecuente es que estén elevadas por enfermedades de origen no tropical como en la infección por el VEB, CMV y enterovirus.

—Franco: en hepatitis virales (A, B, E, C y D).

Aumento de LDH y bilirrubina: es frecuente en la malaria.

Podemos añadir como complemento de las anteriores pruebas y dependiendo de los resultados una 2ª batería de pruebas: urocultivo, frotis sanguíneo, examen de gota gruesa para malaria y serología para virus hepatotrofos.

Las técnicas más especializadas como PCR para malaria, serología arbovirus y hemocultivos, solamente se van a poder realizar en medio hospitalario.

DERIVACIÓN HOSPITALARIA

La presencia de síntomas y signos de gran afectación del estado general, en un paciente con antecedente de haber viajado a un país tropical, constituye un criterio de derivación urgente a un centro hospitalario¹⁵. Éstos pueden ser:

—Neurológicos: estado confusional, signos focales, crisis convulsivas, sospecha de meningitis.

—Digestivos: disentería.

—Pulmonares: hemoptisis.

—Dermatológicos: hemorragias cutáneas extensas.

—Hematológicos: anemia grave.

CORRESPONDENCIA:

Carmelo Prieto Zancudo
C.S. Alameda de Osuna
C/ Carabela, 7
28042 Madrid
e-mail: cprieto@nexo.es

Bibliografía

1. Solsona L, Llorens MJ, Gascón J. Consejo sanitario para los viajes internacionales (I). FMC 1999; 6 (10): 655-68. (Pr).
2. Strickland GT. Fiebre en el viajero que ya regresó. Clin Med Norteam 1992; 6: 1469-91. (Pr).
3. CDC travel information. Summary of Health Information for International Travel (The Blue Sheet). 30 June 2000. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/travel/bluesheet.htm>. (Ce).
4. International travel and health. Vaccination requirements and health advice. WHO. Geneva. 1 January 2000. (Ce).
5. Prieto C. Guía del viajero. Área 4. Atención Primaria. INSALUD. Madrid. 1994. (Pr).
6. Blair DC. A week in the life of travel clinic. Clin Microbiol Rev 1997; 10 (4): 650-73. (Pr).
7. Humar A, Keystone J. Evaluating fever in traveler from tropical countries. BMJ 1996; 312: 953-6. (Pr).
8. Lockwood DN, Keystone JS. Skin lesion in returned traveler. Med Clin North Am 1999; 83 (4): 1393-411. (Pr).
9. Okhuysen PC, Ericsson CD. Diarrea del viajero: prevención y tratamiento. Clin Med Norteam 1992; 6: 1409-22. (Pr).
10. Ansdell VE, Ericsson CD. Prevention and empiric treatment of traveler's diarrhea. Med Clin North Am 1999; 83 (4): 945-70. (Pr).
11. López Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). FMC 1996; 3 (4): 222-8. (Pr).
12. Suh KN, Kozarsky PE, Keystone JS. Evaluation of fever in the returned traveler. Med Clin North Am 1999; 83(4): 997-1017. (Pr).
13. Wolfe MS. Eosinophilia in the returning traveler. Med Clin North Am. 1999; 83(4): 1019-32. (Pr).
14. Weller PF. Eosinofilia en viajeros. Clin Med Norteam 1992; 6: 1469-86. (Pr).
15. López Velez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (II). FMC 1996; 3 (5): 279-85. (Pr).

Nota: Abreviaturas de los tipos de estudios de las referencias bibliográficas recogidas, según el grado de evidencia científica:
Pr: Revisión clínica;
X: Estudios transversales;
Ce: Comité de expertos;
Ra: Ensayo clínico aleatorio randomizado.