



Los niños viajeros: un reto para el médico de primer contacto.

En los últimos años se ha producido un aumento espectacular de los viajes internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que hacia el año 2015 se habrá duplicado el número de viajes de larga distancia que hubo 20 años atrás. El hecho de viajar implica una serie de riesgos, mayores cuanto más pobres son las condiciones sociosanitarias del país de destino. La medicina de los viajes, especialidad médica interdisciplinaria que podemos considerar competencia de la salud internacional nace y se desarrolla rápidamente en los últimos 20 años para dar respuesta a las necesidades del creciente número de viajeros en el ámbito mundial (desplazamientos profesionales, retorno de emigrantes a su país de origen, turismo), con el fin de prevenir problemas de salud y, en definitiva, hacer del viaje una experiencia positiva. Independientemente del motivo del viaje, conviene tener una noción de las enfermedades más frecuentes del país o zona geográfica de destino, para poder hacer frente a cualquier acontecimiento adverso desde el punto de vista sanitario. En muchas ocasiones se trata de países de baja renta o del trópico, con ecosistemas ricos en microorganismos y, por tanto, con alta incidencia de enfermedades infecciosas. Los viajeros son precisamente las personas más susceptibles de padecer en destino e importar enfermedades agudas contra las cuales, a diferencia de los residentes de la zona, no poseen inmunidad. Lo mismo ocurre con los inmigrantes que vuelven a sus países: después de un largo período de ausencia pierden la semi-inmunidad que habían adquirido tras muchos años de estimulación antigénica constante. La incidencia de infecciones importadas está aumentando considerablemente en los últimos años, incluso en los niños, debido al incremento de los viajes de recreo. En la actualidad cada vez más mexicanos viajan al extranjero al año, de ellos un 5-6% son menores de 16 años. También son cada vez más frecuentes los viajes a países en vías de desarrollo de los hijos de familias inmigrantes nacidos en nuestro país. Se estima que de cada 100,000 viajeros/mes a países tropicales, la mitad tendrán algún problema de salud durante o inmediatamente después del viaje; de ellos, un 0,6% necesitará hospitalización (0,3% del total de viajeros). En la mayor parte de los casos la fiebre en el niño viajero es debida a una enfermedad infantil común, pero el antecedente del viaje debe descartar enfermedades infecciosas potencialmente peligrosas. Aunque los niños viajan con adultos, es importante explicarles a ellos, siempre que la edad lo permita, las características del viaje

para evitar temores y para que participen ilusionados de esa experiencia. No está de más una visita previa al pediatra y es aconsejable también una revisión posterior al viaje dependiendo del destino. No olvidemos que un niño es siempre un viajero de riesgo. Es importante la prevención de las enfermedades importadas en los niños que realizan un viaje internacional. Entre estos niños, presentan mayor riesgo aquellos que visiten países tropicales o en vías de desarrollo, sobre todo si se realiza un viaje fuera de las rutas turísticas convencionales. Merecen especial atención dentro de este grupo, aquellos cuya finalidad del viaje sea visitar a familiares o amigos, ya que sus riesgos se asemejan a los de la población autóctona. El principal problema entre los niños viajeros estriba en que los padres, en la mayoría de las ocasiones, no tienen en cuenta los riesgos inherentes al viaje y no consultan previamente con el pediatra. Dentro de las enfermedades infecciosas, el primer lugar en número estaría ocupado por las parasitosis, y dentro de este grupo, destacarían sobre todo las intestinales. A una considerable distancia de estas se encontrarían las hepatitis víricas. Los casos de paludismo importado, con menor incidencia que las anteriores, se han incrementado en los últimos años tanto en niños inmigrantes como en viajeros, en áreas endémicas y en ocasiones pueden ser graves, sobre todo en los más pequeños.¹

Es importante realizar una cuidadosa anamnesis del viaje:

- a.- Antes del viaje: estado de salud previo del niño, vacunaciones recibidas, si recibió quimioprofilaxis antipalúdica o algún otro tratamiento.
- b.- Datos sobre el viaje: país o región visitada, fecha de salida y llegada, medios de transporte, tipo de alojamiento, rural o urbano, etc.
- c.- Exposición a riesgos: actividades realizadas durante el viaje, contacto con animales, ingesta de alimentos/agua, baños en agua dulce.

En la mayoría de los casos, es conveniente realizar la consulta con un mes de antelación, al menos, con el fin de que se puedan realizar pautas aceleradas de vacunación o quimioprofilaxis según los casos.

La recomendación para lactantes no vacunados sería realizar un plan acelerado de inmunizaciones a partir de las seis semanas de edad.

También sería recomendable administrar, a partir

de las 6 semanas la vacuna conjugada contra el neumococo.²

El médico que atiende al niño viajero debe valorar en primer lugar la posibilidad de que pueda padecer o ser portador de enfermedades infecciosas importadas, presentes de forma habitual en el país al cual viaja pero inusuales en nuestro medio, así enfermedades tropicales como parasitosis intestinales, filariasis o paludismo. Es importante que el pediatra tenga presente la posibilidad de estas enfermedades para evitar retrasos en el diagnóstico y poder indicar el tratamiento correcto.

El pediatra o el médico de primer contacto tendrá que estar alerta para no retrasar el diagnóstico de las enfermedades importadas (infecciosas o no) o las prácticamente erradicadas en nuestro país. Se considera que cuando un niño lleva residiendo en México más de un año, las posibilidades de encontrar enfermedades de diagnóstico inusual en nuestro medio prácticamente desaparecen (representan excepciones las enfermedades de transmisión genética, algunas formas de paludismo, enfermedad de Chagas y la esquistosomiasis, las cuales pueden dar sintomatología años después de haberlas contraído en un viaje al extranjero).

Es razonable que los estudios encaminados a efectuar un diagnóstico estén orientados según sea la anamnesis, la cual debe incluir: estado de vacunación, ruta de viaje hasta México, fecha exacta de entrada al país, lugares visitados, duración del viaje, condiciones de vida actuales, entorno familiar, hábitos higiénico-dietético, convivencia con animales, alergias, presencia de enfermedades antes y después del viaje, sintomatología actual, tratamiento o prácticas realizadas en el viaje, estado de salud de los convivientes con el niño, alimentación durante el viaje, contacto directo con maleza, tierra, arena, fango, agua estancada. La exploración física nos puede aportar infinidad de datos que orienten a la realización de exámenes complementarios. No hay que olvidar realizarla con el paciente totalmente desnudo acompañado de los padres, hay datos clave que podemos encontrar al revisar piel y mucosas: piel de leopardo (lesiones hiper o hipopigmentadas) podemos sospechar de oncocercosis, máculas anestésicas o ya ulcerada (lepra), lesiones por rascado, las secundarias a dermatofitosis, escabiosis o pediculosis, la existencia de enanema o diferentes tipos de exantema, son todos signos que se pueden encontrar con cierta frecuencia hay que sospechar de: dengue, fiebre tifoidea,

tifus, brucelosis, rickettsiosis, sarampión, rubeola. Los oncocercomas hay que buscarlos en el tejido subcutáneo (cresta iliaca o meseta tibial). Hay que buscar linfedemas, principalmente en las extremidades inferiores por las filarias linfáticas. Eritema migratorio sospecharemos de larva migrans.

Ictericia: hepatitis, paludismo, fiebre amarilla, leptospirosis, fiebre recurrente.

Ojos: conjuntivitis por *Trichinella spiralis*, *Chlamydia trachomatis* y a coriorretinitis de la oncocercosis.

Búsqueda de adenopatías en las diferentes áreas, sin olvidar la región inguinal y posterocervical. Pueden ser secundarias a múltiples enfermedades (linfomas, esquistosomiasis, tuberculosis, filariosis, lepra, pian, pinta, lúes, peste, leishmaniasis, Whipple).

En el examen del aparato respiratorio la tos crónica con o sin hemoptisis debemos sospechar de: tuberculosis, parásitos intestinales cuyo ciclo vital incluye el tránsito pulmonar; toda crisis asmática nos hará sospechar de: eosinofilia pulmonar por filarias, síndrome de Löfller (*Ascaris*, *Strongyloides*, *uncinarias*, *Toxocara*).

En el examen abdominal las masas y las visceromegalias (sobre todo la esplenomegalia) han de ser buscadas y analizadas dentro de todo el contexto del paciente (paludismo, fiebre tifoidea, brucelosis, leishmaniosis visceral, dengue, esquistosomiasis).

Hepatomegalia: amebiasis, paludismo, fiebre tifoidea, hepatitis, leptospirosis, esquistosomiasis.

El dolor abdominal o la dilatación intestinal (objetivada como una masa en la exploración)

pueden aparecer en algunas parasitosis intestinales (*Ascaris lumbricoides*).

Genitales: Descartar en las niñas vaginitis producidas por *Enterobius vermicularis*.

En la exploración neurológica, enfermedades tales como paludismo, tripanosomiasis, meningo-encefalitis víricas, epilepsia tardía hay que descartar cisticercosis.

Dentro de los estudios de laboratorio complementarios podemos solicitar: biometría hemática, examen general de orina, Mantoux (PPD), coproparasitoscópico, coprocultivo, gota gruesa y radiografía de tórax.³⁻⁶

Conclusión.

Es importante que el médico de primer contacto, haga una anamnesis completa así como una exploración clínica minuciosa, en todos aquellos niños de padres viajeros, niños viajeros que no solo vienen de paseo de otras regiones del orbe, sino también niños que regresan de vacaciones de otras regiones de mismo México, sabemos que existen enfermedades que son endémicas de ciertos estados, por el hecho de pasar unos días de estancia en dichos sitios, los niños tarde o temprano van estar en contacto con los agentes y al llegar a su lugar de origen puede desencadenar un peregrinaje de médico en médico, de estudio en estudio en ocasiones sin dar con el agente, principalmente en las grandes ciudades que aunque llegan a contar con toda la tecnología y los médicos necesarios, en ocasiones por ser padecimientos poco comunes y poco estudiados se llegan a confundir con padecimientos habituales en la consulta.

Dr. Iván Renato Zúñiga Carrasco

Jefe del Departamento de Epidemiología. Miembro del Comité de Infecciones Nosocomiales del H.G.Z. C/M.F. 4 IMSS Cd. del Carmen, Campeche.

Dra. Janett Caro Lozano

Jefa del Departamento de Epidemiología. Miembro del Comité de Infecciones Nosocomiales del H.G.Z. C/M.F. 35 IMSS Cosamaloapan, Veracruz.

Referencias

1. Solsona, L.; De Balanzó, X. Prevención de enfermedades del viajero; el viajero que regresa. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29(1):105-120.
2. Martín ME. Pediatría e inmigración. Plan de atención al niño inmigrante y niño viajero. *Bol SPAO* 2008; 2(1):76-85.
3. Poch, J; Montesdeoca, A; Hernández, BA; Aparicio, J; Herranz, M; López, R. Valoración del niño inmigrante. *An Sist Sanit Navar* 2006; (Supl. 1): 35-47.
4. Atención al Niño de origen extranjero. Atención Primaria Instituto Madrileño de la Salud. 2002. p.p. 5-9 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580403_spa.pdf
5. Cortés, RO; Aparicio, HA; Montón, AJ. Valoración inicial del niño inmigrante. *Pediatr Integral* 2005; 9(9): 725-733.
6. Porras, GA; Morillo, GB. Síndrome febril en el niño inmigrante. *Vox paediatrica*. 2007; 15 (1):50-55.