

Rey González, Lara\*; Gómez Rial, María Ángeles\*\*; Álvarez Muñiz, Luisa\*; Esteban Meruendano, Gloria\*\*.

**\*Servicio de Medicina Interna**

**\*\*Servicio de Microbiología**

La movilidad poblacional ha representado, desde un punto de vista histórico, un papel fundamental en la expansión de las enfermedades infecciosas. En nuestra provincia conviven extranjeros ( 5,1 % del censo ), ourensanos retornados, jóvenes que emigran y viajeros de todas las edades que cada vez se mueven más lejos en este mundo global. Todos son susceptibles de adquirir enfermedades en su periplo, desde traumatismos a enfermedades infecciosas

Las enfermedades en los inmigrantes ,en comparación con los nacionales, tienen más a menudo causa infecciosa que cardiovascular o tumoral. Las enfermedades infecciosas en los inmigrantes se pueden dividir en tres grupos :

- **comunes** , las más frecuentes y similares a las de la población de acogida : gripe, infecciones respiratorias , infecciones urinarias.
- transmisibles y conocidas en nuestro medio, menos frecuentes: hepatitis virales, tuberculosis, VIH-ETS.
- importadas ( malaria ,dengue, fiebre chikungunya, filariasis, parasitosis intestinales ...) .Son infrecuentes y en general no transmisibles.

En el presente capítulo abordamos la patología infecciosa del viajero y de la emigración ,atendiendo a los grupos sindrómicos más frecuentes. La mayoría de las consultas después de un viaje se realizan por síndrome febril, diarrea, prurito y otras alteraciones cutáneas, astenia y reacciones adversas a fármacos.

### 1- FIEBRE EN EL VIAJERO

El 2-3% de los viajeros occidentales que van a países en desarrollo presentan un cuadro febril , con frecuencia autolimitado. De los viajeros que regresan enfermos la fiebre es el motivo más frecuente de consulta al especialista (18- 41% según la región del viaje). En las consultas de las Unidades de Enfermedades tropicales de nuestro país las causas más frecuentes de fiebre son: paludismo en el 28-40% de los casos, dengue, rickettsiosis, fiebre tifoidea y patógenos entéricos. Es fundamental realizar una anamnesis cuidadosa:

*Características del huésped:* enfermedades previas, estado de inmunidad, país de origen.

*Inmunizaciones antes del viaje:* Hepatitis A, B y Fiebre amarilla ( vacunas efectivas); Fiebre Tifoidea (vacuna menos efectiva). *Pauta de profilaxis antipalúdica:* tipo de medicación, cumplimiento del tratamiento, posibles interacciones farmacológicas y/o efectos secundarios.

*Toma de otros medicamentos*

*Acerca del viaje:* lugar, época del año, tiempo de estancia, fecha de regreso, tipo y actividades que se realizaron en el mismo, viajes previos a zonas de riesgo. *Indagación de posible exposición a distintos focos:* agua no tratada, productos no pasteurizados, carne o pescado mal cocinados, contacto con animales y/o garrapatas, contacto con enfermos, exposición a agua dulce , visitas a cuevas, pernoctación en lugares con mosquitos, chinches, moscas tsé-tsé ..., relaciones sexuales de riesgo.

#### Establecer la duración y patrón de la fiebre:

- *Aguda:* crisis de Malaria, infecciones piógenas.
- *Bifásica:* Dengue y otras viriasis tropicales.
- *Recurrente:* Borreliosis , Filariasis.
- *Terciana o cuartana:* *Plasmodium vivax , ovale.*

#### Estimar el período de incubación:

*Breve (< 21 días):* malaria, dengue, Arbovirus, enteritis bacteriana, fiebre tifoidea y paratifoidea, rickettsias, leptospirosis, tularemia, tripanosomiasis, meningococemia, esquistosomiasis, hepatitis A, C y E, sífilis, amebiasis, bartonelosis por arañazo de gato, estrongiloidiasis, flavivirus ( encefalitis transmitida por garrapatas ), micosis endémicas (histoplasmosis) ,babesiosis...

*Largo (>1 mes):* malaria (P. vivax, ovale), fiebre tifoidea y paratifoidea ,amebiasis,hepatitis virales.TBC. Leishmaniasis. *Tripanosomiasis.* *Brucelosis.* *Sífilis.* HIV. *Histoplasmosis.* *Larva migrans visceral.* Cisticercosis. Fascioliasis. Lepra. Miasis. Micetoma. Rabia. Triquinosis. Úlcera de Buruli...

#### Valoración inicial del cuadro febril (TABLA 1)

- Lo primero es valorar enfermedades con **riesgo vital**. Aunque son muy infrecuentes ,si hay manifestaciones hemorrágicas se deben descartar las fiebres hemorrágicas virales y proceder al tratamiento de soporte intensivo y aislamiento del paciente. En nuestro país se diagnostican cada año más casos de **dengue** ya que se adquiere en el medio rural o urbano de zonas turísticas/ emigración como Caribe, Centroamérica y Sudeste asiático .La clínica es variada con fiebre, artralgias, mialgias ,exantema ,petequias ,equimosis y hemorragias. El diagnóstico de dengue

es serológico. Ante un paciente con lesiones petequiales también se debe descartar meningococemia, otras bacteriemias-sepsis, infecciones por rickettsias y paludismo grave. Si el viajero procede de un área endémica, con fiebre y alteración del nivel de conciencia, valorar la posibilidad de **paludismo cerebral** e instaurar tratamiento empírico inmediato frente a *P. falciparum* aunque el frotis/ gota gruesa sea negativo (en las formas graves los parásitos pueden estar secuestrados en el lecho capilar).

- En los pacientes no graves, **sin focalidad**, se procederá al estudio escalonado del síndrome febril. Son básicas las siguientes pruebas diagnósticas: hemograma completo, frotis-gota gruesa, pruebas de función hepática y renal, hemocultivos, cultivos de heces y orina, serologías específicas y radiografía de tórax. El frotis de sangre x 3 puede ser diagnóstico de paludismo, tripanosomiasis, bartonelosis, fiebre recurrente... La leucopenia orienta más a dengue, fiebre tifoidea, brucelosis, rickettsiosis, infección VIH. La trombopenia aparece más en el dengue, paludismo o brucelosis y la eosinofilia en parasitosis, estadios migratorios iniciales de algunas helmintiasis. Se harán los estudios serológicos en función de los datos epidemiológicos: itinerario del viaje, exposiciones conocidas y períodos de incubación. Es importante descartar ETS como la lúes y la infección por el VIH. Por su prevalencia hacer un despistaje intenso de la tuberculosis en los casos de posibles exposiciones. En los pacientes estables hay que considerar que un 25% de los casos tiene infecciones virales autolimitadas y puede estar indicado un período de observación antes de realizar pruebas cruentas. Siempre conviene guardar suero de la fase aguda para determinaciones posteriores según la evolución clínica y valorar seroconversiones.

<b>SIN FOCO</b>	<i>Malaria. Dengue. Tuberculosis. Leptospirosis. Fiebre tifoidea. Infección aguda VIH. Hepatitis virales. Brucelosis. Absceso amebiano. Esquistosomiasis. Fiebres hemorrágicas virales. Leishmaniasis...</i>
<b>DIARREA</b>	<i>Shigelosis. Salmonelosis. Campylobacter sp. Malaria. Dengue. Fiebres hemorrágicas. Hepatitis víricas. Colitis amebiana. Estrongiloidiasis. Ciclosporiasis...</i>
<b>ADENOPATÍAS</b>	<i>Síndrome mononucleósico (CMV, VEB, VIH). Malaria. Dengue, Tripanosomiasis. Leishmaniasis Peste. Brucelosis. Esquistosomiasis Bartonelosis. Filariasis linfáticas. Sífilis secundaria, toxoplasmosis...</i>
<b>AFECTACIÓN HEPÁTICA</b>	<i>Hepatitis A, B, C, E, CMV, VEB. Dengue. Fiebre amarilla. Sífilis 2ª. Rickettsiosis, Fiebre Q. Leptospirosis. TBC. Malaria. Absceso amebiano. Fiebres hemorrágicas, Fiebre recurrente. Fármacos...</i>
<b>MIALGIAS</b>	<i>Arbovirisias. Triquinosis. Cisticercosis. Fiebres hemorrágicas. Leptospirosis. Rickettsiosis. Legionelosis. VIH. Coxsackie, VEB. Piomiositis...</i>
<b>RASH</b>	<b>Petequial:</b> Meningococo. Malaria. Fiebres hemorrágicas. Fiebre recurrente. Leptospira... <b>Máculo-papular:</b> Dengue. Fiebre tifoidea. Enfermedades víricas exantemáticas. VIH. Leptospirosis. Rickettsiosis. Esquistosomiasis. Sífilis. Fiebre chikungunya. Fármacos..
<b>NEUROLÓGICA</b>	<i>Meningitis bacteriana. Malaria. Encefalitis víricas. Arbovirisias. Fiebre tifoidea. Tripanosomiasis africana. Rabia. Poliomielitis. Encefalitis por garrapatas. Angiostrongiliasis...</i>
<b>RESPIRATORIA</b>	<i>Gripe. TBC. Legionelosis. Histoplasmosis. Coccidioidomicosis. Fiebre Q. Helmintos (Ascaris, Strongyloides, Paragonimus, Schistosoma, Toxocara, filarias). Eosinofilia pulmonar tropical.</i>
<b>ARTRITIS</b>	<b>Agudas:</b> Gonorrea. Mordeduras. Enfermedad de Lyme. Brucelosis, Rubeola. Parvovirus B19. Hepatitis. B. VIH. Fiebre chikungunya. O'nyong-nyong. Alfavirus: Sindbis, Ross River. Histoplasmosis. Filariasis... <b>Crónicas:</b> micobacterias no TBC, esporotricosis, coccidioidomicosis...
<b>EOSINOFILIA</b>	<i>Esquistosomiasis aguda ( fiebre de Katayama). Triquinosis. Fasciola, Estrongiloidiasis. Filariasis. Uncinariasis. Triquinosis. Reacciones alérgicas, enfermedades hematológicas...</i>
<b>TROMBOPENIA</b>	<i>Dengue, malaria ...</i>

TABLA 1. ETIOLOGÍA DE LA FIEBRE EN EL VIAJERO.

## 2- DIARREA

La diarrea es la patología más común durante los viajes. La causa más frecuente de la diarrea del viajero (DV) es *Escherichia coli* enterotoxigénica. En un 2% de los pacientes la diarrea evoluciona a crónica, de un mes o más de duración (TABLA 2).

TABLA 2 . DIARREA EN EL VIAJERO

AGUDA < 2 Sem.	CON FIEBRE	SIN FIEBRE
<b>CON SANGRE</b>	Shigellosis ulcerativa, <i>Campylobacter sp</i> , <i>Salmonella sp E.coli</i> enterohemorrágico.	Parasitosis:amebiasis E. inflamatoria intestinal. <i>Clostridium difficile</i>
<b>SIN SANGRE</b>	<i>Salmonella sp</i> . Shigellosis no ulcerativa <i>Campylobacter sp</i> Malaria ( <i>P. falciparum</i> )	Bacterias enterotoxigénicas ( <i>E.coli</i> , <i>S. aureus</i> , <i>C. perfringens</i> ) Virus Tóxicos alimentarios
<b>DIARREA PERSISTENTE</b>	BACTERIANA: <i>Salmonella spp</i> , <i>C. difficile</i> , Sobrecrecimiento bacteriano, Esprúe tropical. PROTOZOARIA: <i>Giardia lamblia</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Cyclospora cayetanensis</i> , <i>Cryptosporidium spp</i> , <i>Strongyloides estercoralis</i> , <i>Schistosoma mansoni</i>	
<b>FENÓMENOS POST-INFECCIOSOS</b>	Deficiencia temporal de disacaridasas. Síndrome de intestino irritable post-infeccioso	
<b>CAUSAS NO INFECCIOSAS</b>	Enfermedad celíaca. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.	

En los pacientes que acuden con DV aguda enviar muestra de heces para cultivo (medios para *Campylobacter*, *Yersinia* y *Vibrio*), determinación de huevos y parásitos, tinción BAAR (*Cryptosporidium* y *Cyclospora*), ELISA para *Giardia* y *Entamoeba* y detección de toxinas para *Clostridium difficile*. Si tiene fiebre realizar hemocultivos. Siempre descartar paludismo .En la DV sanguinolenta realizar colonoscopia, con búsqueda de trofozoítos amebianos.

En la DV persistente se requiere además: ELISA VIH, perfil tiroideo, calcemia, 5- hidroxindolacético, estudio de "Síndrome de malaabsorción" con endoscopia digestiva alta y colonoscopia si procede. La serología para *Strongyloides stercoralis*, *Schistosoma mansoni*, *entamoeba histolytica* es útil en casos de posible exposición a estos patógenos. En todas las muestras de biopsia-aspirado se debe hacer un minuciosa búsqueda de parásitos. La biopsia intestinal puede diagnosticar otras enfermedades como el esprue tropical-no tropical, celiaquía o una enfermedad inflamatoria intestinal ( Crohn, colitis ulcerosa ) . En un 4-14% de las DV persiste a los 6 meses un síndrome de intestino irritable postinfeccioso de etiología poco aclarada.

El **tratamiento** de la DV es a menudo un autotratamiento realizado durante el viaje : dieta astringente, reposición hidroelectrolítica y ciprofloxacino 750 mg/12h 3 días o azitromicina 1g en monodosis ( en zonas con *Campylobacter sp* resistente a quinolonas) .El diagnóstico de Giardiasis puede ser difícil y estar indicado el tratamiento empírico con tinidazol en pacientes con DV subaguda sin etiología . En la DV crónica si no hay diagnóstico etiológico : suspender leche y derivados, valorar tratamiento secuencial con tinidazol y albendazol.

### 3- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

Son la 2ª causa de morbilidad en los viajeros después de la diarrea. Lo más frecuente es la patología habitual: gripe, infecciones respiratorias de vías bajas ,neumonías , legionelosis ( aire acondicionado, cruceros, balnearios). Aunque infrecuentes deben considerarse por su epidemiología y gravedad: *Plasmodium falciparum* ( trombopenia, anemia), *Leptospira sp* (hiperbilirrubinemia), *Burkholderia pseudomallei* (melioidosis ),fiebre Q, fiebre de Katayama ( infección aguda por Schistosoma)... La tuberculosis debe ser siempre valorada , más aún en personas que pasan largos períodos en países con alta prevalencia y si son cooperantes en contacto con enfermos. La histoplasmosis y coccidioidomycosis son muy infrecuentes, con clínica muy similar a la TBC; pueden ser adquiridas en zonas endémicas de América (histoplasmosis aguda en excursiones a cuevas) Si la afectación pulmonar se acompaña de eosinofilia orienta a fases migratorias de las helmintiasis como la esquistosomiasis,estrongiloidiasis, infestaciones por nematodos y ascariasis.

### 4- LESIONES CUTÁNEAS:

Constituyen el 18% de las causas de consulta en el viajero. Las más habituales son: picadura de insectos, larva migratoria, abscesos cutáneos y reacciones alérgicas. Las picaduras de artrópodos y las infestaciones como la sarna, piojos , pulgas y ácaros tienen una clínica similar a la que se da en nuestro medio. Son infrecuentes pero cada año se diagnostican más casos de dengue, miasis, leishmaniasis y rickettsiosis.

- **Exantema** : meningococemia, dengue, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica, rickettsiosis, fiebres tifoidea ,fiebre recurrente, infección VIH ,filarias, fiebre de Katayama.... La varicela, el sarampión y otros exantemas "infantiles" pueden darse en viajeros no vacunados y son más frecuentes que otras patologías exóticas.
- Es importante valorar factores de riesgo de ETS y buscar la presencia de **Úlceras**: Sífilis, VHS, chancroide, donovanosis, linfogranuloma venéreo. **Secreción genital** : Gonococo, *Chlamydia trachomatis*. Adenopatía inguinal: chancroide, linfogranuloma ... Realizar siempre ELISA VIH.

- Lesiones migratorias: Larva cutánea migrans, larva currens (*Strongyloides stercoralis*),Loa Loa, dracunculiasis, fasciolosis, uncinarias, paragonimiasis, miasis.
- Linfangitis: bacteriana, *Leishmania*, Filariasis linfática (*Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*...)
- Úlceras: ectima, artrópodos, leishmania, miasis, tungiasis, úlceras tropicales, ántrax, tularemia, peste, infecciones por micobacterias..
- Prurito: artrópodos, esquistosomiasis, larva cutánea migrans, dracunculiasis, uncinarias, loiasis, oncocercosis, estroñgloidiasis, tripanosomiasis africana, escabiosis, micosis...
- Lesiones lineales: *M. marinum*, esporotricosis, fitofotodermatitis

**5- SÍNDROMES NEUROLÓGICOS (TABLA 3)**

Son infrecuentes pero pueden ser la alarma de una situación de extrema gravedad. Aún con todas las pruebas negativas hay que valorar la posibilidad del **PALUDISMO CEREBRAL** en el viajero con fiebre y alteración del nivel de conciencia e instaurar tratamiento empírico si la epidemiología lo aconseja. En nuestro país son excepcionales los casos de **RABIA** .En viajeros que han sufrido mordeduras de animal( perros, gatos, murciélagos...) conviene examinar el animal cuando sea posible ; ante una mordedura de alto riesgo no demorar la vacuna y la administración de gammaglobulina antirábica. En la tripanosomiasis humana africana (enfermedad del sueño) hay mayores posibilidades de observar el microorganismo si se concentra la muestra de LCR. .

**TABLA 3. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS**

<p><b>Viajeros</b></p>	<p>Afectación cerebral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afebril: neurocisticercosis</li> <li>• Febril: Malaria cerebral, tripanosomiasis africana, rabia..</li> </ul> <p>Meningitis bacteriana , meningoencefalitis linfocitaria (virus, TBC, brucelosis, VHS, VVZ, rickettsiosis), meningoencefalitis eosinofílica (<i>Angyostrongylus cantonensis</i>, <i>Gnastostoma spinigerum</i>, <i>Baylisascaris procyonis</i>, <i>Paragonimus</i>).</p>
<p>Inmigrantes</p> <p>Larga estancia</p>	<p>Afectación cerebral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión difusa:</li> </ul> <p>Encefalitis: Tripanosomiasis africana, priones... Meningitis: TBC, Micosis primarias profundas...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión Focal :</li> </ul> <p>Neurocisticercosis.Esquistosomiasis, Paragonimiasis , absceso amebiano. <i>Gnasthostoma spinigerum</i>, drepanocitosis... Afectación S.N. periférico: Lepra, beriberi, neuropatía atáxica tropical..</p>

**6- OTRAS PATOLOGÍAS :**

**UROLOGICAS.**

Ante una piuria estéril, alteraciones del tracto urinario, prostatitis, epididimitis, infertilidad, la TBC siempre debe ser descartada.

En inmigrantes la presencia de agrandamiento epididimario-cordón espermático con adenopatías inguinales/femorales puede deberse a filariasis linfática (*Wuchereria sp*) y abocar a elefantiasis genital.

*Schistosoma haematobium* (África y Oriente Medio) puede ocasionar disuria, hematuria, quiluria, disfunción vesical y uropatía obstructiva .

**OFTALMOLÓGICAS.**

En los viajeros son frecuentes las conjuntivitis y queratoconjuntivitis víricas (adenovirus, enterovirus) y por fotosensibilidad. Otras causas menos frecuentes son : bacterianas (*haemophilus*, *bartonella spp* , *moraxella* , *proteus spp* , *leptospira spp* , rickettsias...) parasitarias (amebas de vida libre, miasis) dengue.

En inmigrantes provenientes de África y Oriente Medio *Chlamydia trachomatis* es una causa frecuente de ceguera (Tracoma) . Otras patologías más infrecuentes en inmigrantes son: Oncocercosis (polo anterior), Loa loa (conjuntiva), *Trypanosoma cruzi* (párpado), Cisticercosis (retina).

**CARDIOLÓGICAS.**

Posibles etiologías a considerar en inmigrantes según país de procedencia y prácticas de riesgo : Enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi*) , esquistosomiasis, leishmaniasis visceral, toxoplasmosis, sífilis, histoplasmosis, coccidioidomicosis, blastomicosis, difteria, tularemia, melioidosis, leptospirosis... La miocardiopatía en la fase crónica de la enfermedad de Chagas puede manifestarse con palpitaciones, dolor torácico, disnea... años después de la fase aguda.

### REUMATOLÓGICAS

- Viajeros: lo más frecuente son las artritis bacteriana (brucelosis, *Neisseria gonorrhoeae* ), parasitarias (triquinelosis) o víricas. Estas últimas pueden ser precoces (< 21 días) como las arbovirosis, o tardías, como la causada por el VHB, parvovirus B19 o el virus de la rubeola. Un ejemplo de infección emergente ( brote epidémico en Rávena en 2007) aunque infrecuente, es la Fiebre de Chikungunya , que tiene una clínica similar al dengue con fiebre, exantema, leucopenia-trombopenia pero con síntomas articulares más graves que justifican su nombre "enfermedad del hombre encorvado".
- Inmigrantes: La drepanocitosis favorece las infecciones articulares por *Salmonella sp.* filariosis, hidatidosis, esporotricosis. mycobacterias...

### ANEXO. PAUTAS DE TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS IMPORTADAS

#### TRATAMIENTO EMPIRICO EN PACIENTE FEBRIL SIN FOCO .

Si el paciente está grave : Ceftriaxona 2g/24h iv +Doxiciclina 100mg/12h vo/iv + tratamiento empírico para *P. falciparum* resistente a cloroquina. Si existe sospecha de fiebre hemorrágica: aislamiento estricto, medidas de soporte (UCI) y valorar ribavirina.

#### MALARIA.

*P. falciparum* :

- Artesunato iv/im 2,4 mg/kg dosis inicial ,a las 12 horas y 24 horas ,posteriormente dosis diaria hasta que el paciente tolere la v.o junto a doxiciclina 100 mg /12 h iv/vo x 7 días

- Sulfato de quinina 600 mg/8h vo (o 20 mg/kg diluido en glucosado al 5% a administrar en 4 horas, seguido de 10mg/kg/8h) 7 días + Doxiciclina 100 mg/12 vo/iv, durante 7 días.

Otras especies: Cloroquina 600 mg oral en dosis de carga, seguido de 300 mg a las 6, 24 y 48 horas, añadiendo, en caso de *P. vivax/ovale*: Fosfato de primaquina 15 mg/24 horas durante 14 días (descartar déficit G6PHD).En caso de cepas de *P. vivax* procedentes de Oceanía tratar como *P.falciparum*

FIEBRE TIFOIDEA: Ceftriaxona 2g/24h iv. o Ciprofloxacino 500 mg/12h vo.10 d

AMEBIASIS: Metronidazol 500 mg iv/6h o 750 mg/8h vo durante 10 días, seguido de paromomicina 500 mg/8h vo otros 10 días.

LEPTOSPIROSIS: Ceftriaxona 1 g/24h iv ó Ampicilina 1 g/4h iv ó Doxiciclina 100 mg/12h iv/vo durante 7 días.

HISTOPLASMOSIS PULMONAR AGUDA: Anfotericina B liposomal 3 mg/kg/24 h seguido de Itraconazol 400 mg/24 horas, 3 meses (hasta 24 meses en las formas crónicas).

RICKETTSIOSIS: Doxiciclina 100 mg/12h, vo/iv 7-10 días .

LEISHMANIASIS VISCERAL: Anfotericina B liposomal 3 mg/kg/24h iv. los días 0,1,2,3,4,10.

FILARIASIS POR *Wuchereria bancrofti* y *Brugia malayi*: Ivermectina dosis única 200 µg/kg+ Albendazol 400 mg dosis única o Dietilcarbamazina a dosis crecientes durante 2 días y posteriormente 2 mg/kg/8h durante 10 días.

ONCOCERCOSIS: Ivermectina 150 µg/kg, una dosis cada seis meses durante los dos primeros años, y posteriormente una dosis anual hasta los 10 años.

ESQUISTOSOMIASIS: Praziquantel 40 mg/kg/12 horas, dosis única.

CISTICERCOSIS: Albendazol 400 mg/kg/12h durante 8-28 días, asociando anticomociales si precisa y corticoides en caso de edema cerebral.

FIEBRE DE KATAYAMA: Praziquantel 20 mg/kg/12h ,v.o., dosis única + esteroides

### BIBLIOGRAFIA

- Eddleston M, Davidson R, Brent A, Wilkinson R. Oxford Handbook of tropical medicine. 3º ed. New York: Oxford University Press Inc; 2010.
- Cook GC ,Zumia A, eds. Manson's tropical diseases. 22 nd edn.London:Saunders;2009.

- Travelers'Health.Centers for Diseases Control and Prevention website. Disponible en : <http://wwwnc.cdc.gov/travel/> [acceso el 15 de mayo de 2013]
- Freedman DO. Infecciones al regreso de viajes. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. eds . Principles and practice of Infectious Diseases . 7<sup>th</sup> edition ( Ed. española). Philadelphia:Elsevier Churchill Livingstone ; 2010.p. 3960-3979
- Ramos JM ,de Górgolas M, Cuadros J, Malmierca E et al. Aspectos básicos en la práctica actual de la medicina clínica en el trópico (I). Enfermedades parasitarias. Rev Clin Esp 2012;212: 295-304
- Ramos JM, de Górgolas M,Cuadros J,Fanjul E et al. Aspectos básicos en la práctica actual de la medicina clínica en el trópico (II).Enfermedades bacterianas y virales .Malnutrición. Rev Clin Esp 2012;212: 347-58
- Pérez-Molina JA, Díaz-Menéndez M, Pérez-Ayala A, Ferrere F, Monje B, Norman F, López-Vélez R. . Tratamiento de las enfermedades causadas por parásitos. Enferm Infecc Microbiol Clin 2010; 28: 44-59
- López-Vélez R , Aparicio P, Torrús D , Treviño B , Zubero Z. Guía de aproximación al viajero con fiebre al regreso del trópico. Guías clínicas SEIMC 2006.Disponible en <http://www.seimc.org>