

MEDIDAS PREVENTIVAS: No se cuenta con medidas preventivas específicas. Es posible disminuir la propagación de la infección si se aplican medidas estándar para controlar la diarrea, como enseñar a los cuidadores del niño y a todos los que manejan alimentos lo referente a las medidas para desterrar la infección, conservar la limpieza de superficies y zonas de preparación de alimentos, excluir a los cuidadores o manipuladores de alimentos que estén enfermos, practicar higiene manual adecuada y excluir o agrupar a los niños enfermos en los centros de atención. Si se identifica algún mecanismo de transmisión (como alimento o agua contaminados) durante un brote, podrán ser eficaces algunas intervenciones específicas para interrumpir la transmisión. No se cuenta con vacunas para evitar la infección por calicivirus.

***Campylobacter*, infecciones**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Los síntomas y signos predominantes de las infecciones por *Campylobacter* incluyen diarrea, dolor abdominal, malestar generalizado y fiebre. Los excrementos pueden contener sangre visible y oculta. En neonatos y lactantes de corta edad, quizá la única manifestación de la infección sea la diarrea sanguinolenta sin fiebre. El dolor abdominal a veces remeda al que aparece en la apendicitis. La infección leve dura uno o dos días y se asemeja a la gastroenteritis vírica. Casi todos los pacientes se recuperan en menos de una semana, pero 20% muestran una recaída o enfermedad duradera o grave. La infección grave o persistente puede simular alguna enteropatía inflamatoria aguda. Pocas veces hay bacteriemia, aunque en ocasiones surge septicemia neonatal. Los hospedadores inmunodeficientes pueden tener infecciones prolongadas, recidivantes o extraintestinales, en particular por *Campylobacter fetus* y otras especies “atípicas”. Durante la convalecencia se observan a veces complicaciones inmunorreactivas, como polineuritis idiopática aguda (síndrome de Guillain-Barré); síndrome de Miller Fisher (oftalmoplejía, arreflexia y ataxia), artritis reactiva, síndrome de Reiter (artritis, uretritis y conjuntivitis bilateral) y eritema nudoso.

CAUSAS: Las especies de *Campylobacter* son bacilos gramnegativos en forma de coma, móviles, que originan gastroenteritis. *Campylobacter fetus* origina sobre todo un cuadro sistémico en neonatos y hospedadores debilitados. Las especies aisladas con mayor frecuencia en sujetos con diarrea son *Campylobacter jejuni* y *coli*. Otras especies, que incluyen *Campylobacter upsaliensis*, *Campylobacter lari* y *Campylobacter hjointestinalis* pueden ocasionar un cuadro diarreico o sistémico similar.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: Las vías gastrointestinales de aves y animales domésticos y salvajes son el reservorio de la infección. Se han aislado *Campylobacter jejuni* y *C. coli* de los excrementos de 30 a 100% de los pollos, pavos y aves acuáticas. Las aves de corral (abiertas en canal) por lo común están contaminadas. Muchos animales de granja y lugares donde se procesa la carne pueden tener el microorganismo, y las mascotas (en particular animales jóvenes), que incluyen perros, gatos, cricetos y pájaros, son fuentes potenciales. *C. jejuni* y *C. coli* se transmiten al ingerir alimentos contaminados, que incluyen leche no pasteurizada y agua no potabilizada, o por contacto directo con material fecal de animales o personas infectados. Los vehículos principales del contagio han sido carne de aves de corral mal cocida, agua no potabilizada y leche no pasteurizada. Se ha corroborado la aparición de brotes en niños de edad escolar que bebieron leche no pasteurizada durante excursiones al campo a granjas lecheras. En ocasiones surge el contagio directo de una persona a otra, particularmente en niños de muy corta edad, y también en contadas ocasiones se han notificado brotes de diarrea en centros de atención pediátrica. También se ha sabido de transmisión directa de una

persona a otra en el caso de neonatos de madres infectadas, y ha originado brotes en las salas de cuna. En la infección en etapa perinatal, *C. jejuni* y *C. coli* por lo común han causado gastroenteritis neonatal, en tanto que *C. fetus* a veces origina septicemia o meningitis en neonatos. La enteritis puede afectar a personas de cualquier edad. Pocas veces hay capacidad de transmisión, pero alcanza su punto máximo durante la fase aguda de la enfermedad. La excreción de los microorganismos por lo regular es breve y dura de manera típica dos a tres semanas, sin tratamiento. Los principales microorganismos detectados por la *Foodborne Diseases Active Surveillance Network* (FoodNet)* son *Campylobacter jejuni* y *C. coli*.

El **periodo de incubación** suele ser de uno a siete días, aunque puede ser más largo. **MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** Es posible plantear un diagnóstico presuncional rápido, en los laboratorios expertos en el examen de frotis de excrementos, por medio de técnicas de microscopía en campo oscuro o con tinción de Gram, si bien la sensibilidad de ellas es pequeña. Se puede cultivar *Campylobacter jejuni* y *C. coli* de las heces, y especies de *Campylobacter*, incluidas *C. fetus*, de la sangre. La identificación de *C. jejuni* y *C. coli* en muestras de excremento, en el laboratorio, obliga a usar medios selectivos, un entorno microaerófilo y temperatura de incubación de 42°C. Salvo que el laboratorio utilice un método de filtración además del medio de crecimiento que contenga antimicrobianos para suprimir la flora del colon, no se detectarán muchas especies de *Campylobacter*, salvo *C. jejuni* y *C. coli*. Es posible no aislar *Campylobacter upsaliensis*, *C. hyointestinalis* y *C. fetus* por la susceptibilidad de tales cepas en los medios selectivos que tienen antimicrobianos. Las especies de *Campylobacter* se detectan en muestras de excremento por medio de algún inmunoanálisis enzimático o reacción en cadena de polimerasa, pero no se practican de manera generalizada.

TRATAMIENTO: La eritromicina y la azitromicina hidratada acortan la enfermedad y evitan la recaída si se administran tempranamente en la infección de vías gastrointestinales. La administración de cualquiera de las dos por lo regular permite erradicar el microorganismo de los excrementos, en término de dos a tres días. Otro agente al que cabe recurrir es la doxiciclina para niños de ocho años o mayores. Una fluoroquinolona como la ciprofloxacina es eficaz, pero en Estados Unidos, la Food and Drug Administration no ha aprobado el uso de quinolonas para personas menores de 18 años (véase “Antimicrobianos y fármacos similares”, sección 4). Si se usan los antimicrobianos para tratar la gastroenteritis, se recomienda que la administración dure cinco a siete días. Los antimicrobianos para tratar la bacteriemia deben ser escogidos con base en las pruebas de susceptibilidad a antimicrobianos; las especies de *Campylobacter* casi siempre son susceptibles a los aminoglucósidos, meropenem e imipenem.

AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: Además de las precauciones estándar se recomienda seguir precauciones para evitar la transmisión por contacto en niños con pañales e incontinentes durante el tiempo que dure la enfermedad.

MEDIDAS DE CONTROL

- Es muy importante lavarse las manos en forma meticulosa después de manipular carne cruda de aves de corral, lavar perfectamente con agua y jabón los tabloncillos para picar y los utensilios después de estar en contacto con la carne mencionada, evitar el contacto de frutas y verduras con el jugo de la carne cruda de las aves y cocer muy bien la carne.

* www.cdc.gov/foodnet.

- Seguir normas estrictas de higiene manual después de estar en contacto con excrementos de perros y gatos, en particular los de cachorritos de perros y gatos con diarrea.
- Un aspecto importante es pasteurizar la leche y clorar el agua potable.
- Es indispensable alejar a toda persona sintomática, de tareas de manipulación de alimentos, atención de pacientes en hospitales y cuidado de personas en instituciones de atención a largo plazo y pediátricas.
- No es necesario excluir de sus labores a individuos infectados que manejan alimentos y empleados de hospital si están asintomáticos, y también si cumplen las medidas de higiene personal, incluida la de las manos.
- Pocas veces surgen brotes en centros de atención de niños. En estos casos se recomienda seguir las medidas generales para controlar la transmisión intestinal en dichos centros de atención (véase “Niños en el sistema asistencial extrahogareño”, sección 2). Es importante excluir del centro de atención a lactantes y niños en pañales que presenten la infección sintomática por *C. jejuni*, o bien atenderlos en un área separada hasta que no tengan diarrea. El uso de eritromicina o azitromicina puede frenar todavía más la posibilidad de transmisión.
- No se recomienda hacer cultivos de excremento en niños asintomáticos expuestos.

Candidiasis

(Molinitis, algodoncillo)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: La infección mucocutánea origina candidiasis de la boca (algodoncillo) o de la vagina; lesiones intertriginosas de los pliegues glúteos, el cuello, las ingles y las axilas, paroniquia y oniquia. La candidiasis mucocutánea crónica puede acompañar a enfermedades endocrinas o cuadros de inmunodeficiencia, en particular los que afectan los linfocitos T. La candidiasis de la boca puede ser el signo inicial del ataque por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La candidiasis de esófago y laringe a veces surge en personas inmunodeficientes. La forma diseminada o invasora se observa en neonatos de bajísimo peso y en hospedadores inmunodeficientes o debilitados, en los que puede afectar prácticamente a cualquier órgano o sitio anatómico y llevar a la muerte en muy breve plazo. La presencia de las típicas lesiones de retina, si bien poco comunes en los neonatos de bajísimo peso y en otros sujetos inmunodeficientes, puede ser un signo útil en el diagnóstico. La candidemia a veces aparece con enfermedades sistémicas, o sin ellas, en personas que tienen catéteres a permanencia en vasos, o personas que reciben por largo tiempo soluciones intravenosas en venoclisis, en particular la alimentación y los lípidos parenterales. La candiduria aparece a veces en personas que tienen a permanencia sondas en vejiga o alguna enfermedad diseminada.

CAUSAS: *Candida albicans* es el germen que causa gran parte de las infecciones (50 a 60%). Otras especies de *Candida* que también causan infecciones graves en hospedadores inmunodeficientes son: *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. guilliermondii*, *C. lusitaniae* y *C. dubliniensis*. *Candida parapsilosis* es causa frecuente de candidiasis sistémica en neonatos de bajísimo peso.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: *Candida albicans* es un microorganismo de muy amplia distribución. A semejanza de otras especies de *Candida*, *C. albicans* aparece en la piel o en la boca, vías intestinales y vagina de personas inmunocompetentes. En ocasiones el embarazo se acompaña de candidiasis vulvovaginal y el neonato puede contagiarse de *Candida* in utero, durante su paso por el conducto del parto o en etapa posnatal. La infección mucocutánea leve es frecuente en producto sanos. Sólo en raras ocasiones hay