

---

# ACTUACIÓN DE LOS CLÍNICOS ANTE EL BROTE DE INFECCIÓN POR LISTERIA MONOCYTOGENES

*JOSÉ MARÍA MOLERO GARCÍA*

*MÉDICO DE FAMILIA*

*GRUPO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE SEMFYC/SOMAMFYC*

*SECRETARIO GENERAL SIME, SINDICATO FEDERADO EN CSIT-UP*

# JOSÉ MARÍA MOLERO GARCÍA

- Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- Médico de familia en un centro de salud San Andres. Dirección Asistencial Centro de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS)
- Tutor de formación del grado de medicina en la Universidad Complutense de Madrid
- Tutor de residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria
- Miembro del grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria (semFYC) y de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y comunitaria (SoMaMFyC)
- Secretario general de la Asociación Profesional de Médicos y Facultativos de la Comunidad de Madrid (SIME), sindicato federado en CSIT-Unión Profesional

No existe ninguna actividad personal y/o profesional realizada en los 3 últimos años que pueda generar conflicto de intereses con esta actividad.

# PAPEL DE LOS CLÍNICOS EN EL BROTE DE INFECCIÓN POR LISTERIA MONOCYTOGENES (LM)

- Importancia de los médicos en la gestión de las alertas sanitarias por brotes epidémicos
- Importancia clínica de la infección por LM
- Grupos de riesgo de infección por LM
- Manifestaciones clínicas de la infección por LM
- Manejo diagnóstico de los casos sospechosos ante un brote de listeriosis
- Manejo terapéutico de los casos de LM
- Conclusiones

## Brote o situación epidémica:

- El incremento significativamente elevado de casos en relación a los valores esperados. La simple agregación de casos de una enfermedad en un territorio y en un tiempo comprendido entre el mínimo y el máximo del periodo de incubación o de latencia podrá ser considerada, asimismo, indicativa.
- La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.
- La presencia de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación o consumo.
- La aparición de cualquier incidencia de tipo catastrófico que afecte, o pueda afectar, a la salud de una comunidad.

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/alertas-brotos-epidemicos>

# GESTIÓN DE LAS ALERTAS DE SALUD PÚBLICA POR BROTOS EPIDÉMICOS

- **Coordinación entre redes temáticas** (epidemiología, sanidad alimentaria, higiene alimentaria, medicamentos...)
- **Sistemas de información ágiles**
- **Estructura en niveles** (central, provincial, local), con intervención gradual según la gravedad del problema
- **Actuaciones protocolizadas** y responsabilidades definidas
- Capacidad de **detectar la mayor parte de los episodios** que sucedan
- **Participación de toda la red** de vigilancia epidemiológica y de los centros sanitarios y sociosanitarios
- **Formación** específica del personal y creación de equipos de apoyo necesarios
- **Retroalimentación permanente** con periodicidad mínima semanal a los profesionales
- **Actuaciones multidisciplinares** (médicos, enfermeras, veterinarios, farmacéuticos, ..).
- **Coordinación con todos los profesionales**, centros, servicios y unidades

## Etapas en la Gestión de brotes de enfermedades de origen alimentario

### Notificación de sospecha de brote.

### Canalización de la información de sospecha.

### Recogida de información:

- Confirmar la existencia del brote.
- Encuestas epidemiológicas.
- Toma de muestras clínicas
- Descripción inicial e Hipótesis Inicial.
- Investigación de Manipuladores.
- Inspección de locales, instalaciones y productos.
- Toma de muestras (ambientales, de productos alimentarios implicados,...),

### Proponer medidas de control iniciales.

- Inmovilización cautelar de los alimentos y /o productos alimenticios sospechosos
- Suspender actividad,
- Medidas asistenciales para contribuir a controlar o a prevenir brote

### Formulación y comprobación de la hipótesis:

- Establecer la definición de caso.
- Estudio descriptivo.
- Formulación de la hipótesis.
- Confirmación de la hipótesis.

### Informe final, medidas de control definitivas y conclusiones.

## Médicos



- **Detección y notificación** de casos
- **Colaborar en las medidas de control** de las alertas epidemiológicas (alimentarias, infecciosas, farmacológicas)
  - Manejo clínico de los casos
  - Búsqueda activa de casos
  - Recogida de información y de encuestas epidemiológicas
  - Medidas de prevención y control

Actuaciones se deben realizar por **colectivos multidisciplinares** (médicos, veterinarios, farmacéuticos, enfermos, analistas, epidemiólogos...etc) de **diferentes ámbitos** (sanitario, socioanitario, Salud Pública), coordinados por la DG de Salud Pública a través de la **Red de Vigilancia Epidemiológica**

# NOTIFICACIÓN UNA ENFERMEDADES TRANSMISIBLE QUE PUEDE ORIGINAR UN BROTES EPIDÉMICO

Declaración **individualizada, obligada y urgente** a la Red de Vigilancia Epidemiológica

**¿Quién?**

**Profesionales médicos** en ejercicio de centros sanitarios y centros sociosanitarios tanto del sector Público como privado

**Otros profesionales sanitarios:** farmacéuticos, veterinarios, enfermeros, etc

Servicios con **competencias en alimentos** y/o seguridad ambiental, industria, etc.

**Afectados y cualquier persona** que los sospeche

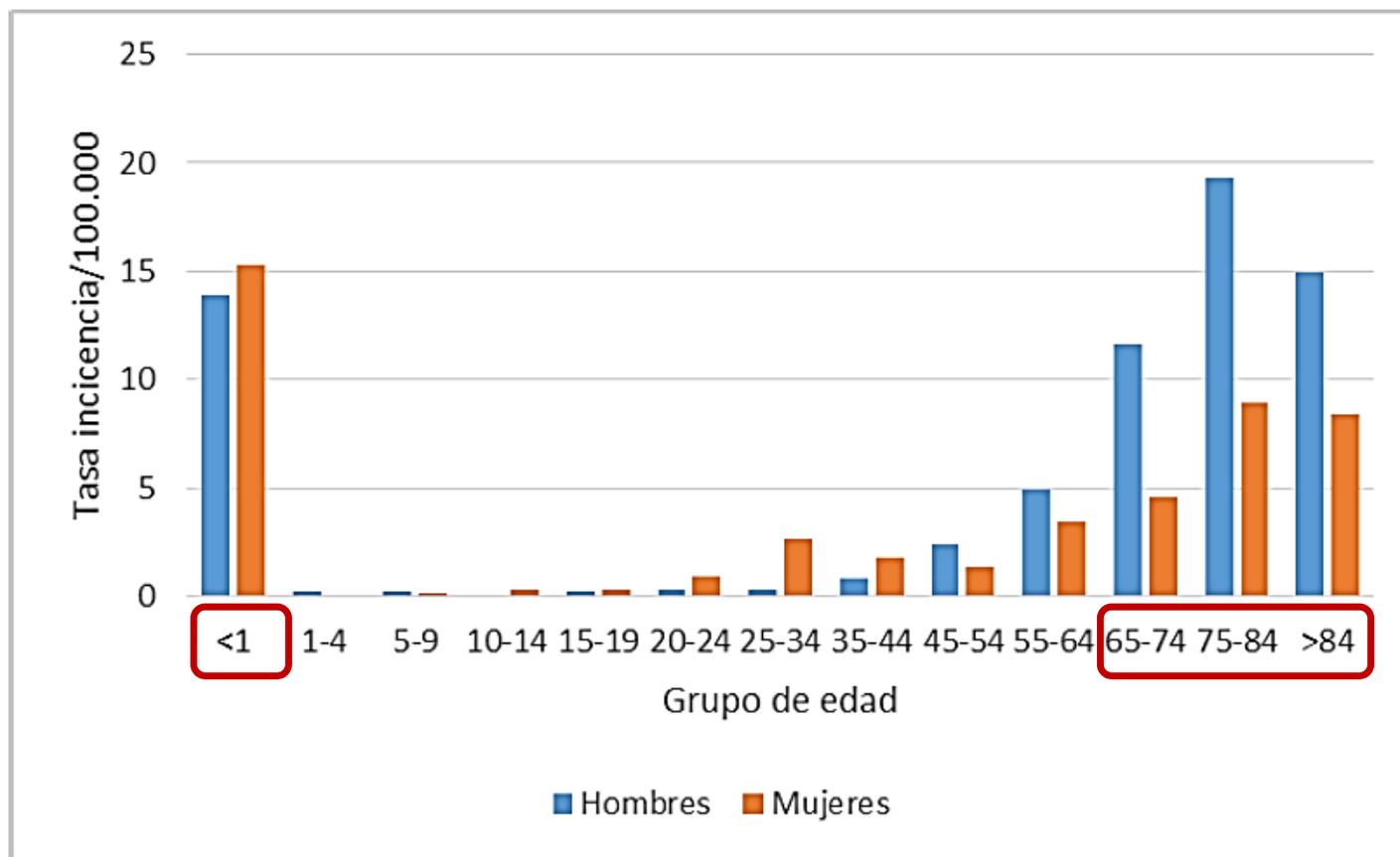
En 2015 se incluyó en el listado de enfermedades de notificación obligatoria (EDO)

# EPIDEMIOLOGIA DE LA LISTERIOSIS EN ESPAÑA

- **Incidencia variable:** 0,3-14 casos/100.000 hab-año
  - Aumento con la edad
  - 2/3 de los casos en personas con factores de riesgo
  - Casos esporádicos más frecuentes que los brotes epidémicos
- **Tasa de hospitalización:** 0,67/100.000 habitantes.
- **Tasa de mortalidad general:** 15%-20% de los casos
  - 19% de todas las muertes debido a infecciones transmitidas por alimentos
  - 2/3 de los fallecidos son  $\geq 65$  años
  - 19-30 % de las meningoencefalitis, 40 % de los casos de septicemia
  - 20-30 % de pérdidas fetales o de muerte neonatal

*Herrador Z, et al. Listeriosis in Spain based on hospitalisation records, 1997 to 2015: need for greater awareness. Euro Surveill. 2019 May 23; 24(21): 1800271. Informe epidemiológico de listeriosis. Casos notificados a la RENAVE en los años 2015-2018. Madrid: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)., 2019.*

Figura 2. Tasas\* de incidencia media de listeriosis para 2015-2018 según la edad y el sexo.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

*Informe epidemiológico de listeriosis. Casos notificados a la RENAVE en los años 2015-2018. Madrid: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), 2019.*

## Letalidad por listeriosis confirmadas notificadas a la RENAVE según la edad y el sexo. Periodo 2015-2018.

Grupos de edad	2015		2016		2017		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<1								
1-4								
5-9								
10-14								
15-19								
20-24					50,0			
25-34					50,0			
35-44								
45-54	5,3	25,0	6,3		11,8		8,7	16,7
55-64	5,0	6,7	11,9	7,7	3,0	9,1	4,3	0,0
65-74	17,6		11,5	9,5	5,8	4,5	14,1	5,9
75-84	27,8	20,0	12,9	12,8	4,8	26,3	6,3	2,4
>84	11,1	10,0	22,2	11,1	18,8	13,0		12,5
<b>Total</b>	<b>14,3</b>	<b>8,9</b>	<b>11,2</b>	<b>6,5</b>	<b>7,3</b>	<b>9,1</b>	<b>7,7</b>	<b>4,1</b>
<b>Nº Fallecidos</b>	<b>30</b>		<b>35</b>		<b>34</b>		<b>25</b>	

**Letalidad global: 9,1% (124/1369)**

- 2015: 11,7%
- 2017: 6%

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

*Informe epidemiológico de listeriosis. Casos notificados a la RENAVE en los años 2015-2018. Madrid: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), 2019.*

## Viabilidad, crecimiento y adaptabilidad de la LM

Factor	Puede crecer			Puede sobrevivir, pero no crecer
	Límite inferior	Óptimo	Límite superior	
Temperatura (°C)	-1,5 a +3,0	30,0 a 37,0	45,0 -18,0	
pH	4,2 a 4,3	7,0	9,4 a 9,5	3,3 a 4,2
Actividad de agua	0,90 a 0,93	0,99	>0,99	<0,90
Concentración de sal (%)	<0,5	0,7	12 a 16	≥20
Atmósfera	Es un <b>anaerobio facultativo</b> que puede crecer en ausencia de oxígeno, en productos alimentarios envasados al <b>vacío o atmósfera modificada</b>			

- LM puede **adaptarse y sobrevivir a entornos extremos** en suelo, agua, heces y alimentos.
- Características de **supervivencia y crecimiento en alimentos** en **s condiciones empleadas para la conservación de alimentos** (temperaturas de refrigeración bajas, pH bajo, baja actividad de agua, elevada salinidad, envase al vacío)

*Johansson J, Freitag NE. Regulation of Listeria monocytogenes Virulence. Microbiol Spectr. 2019 Jul;7(4)*  
*Lado B, Yousef AE. Characteristics of Listeria monocytogenes important to food processors. In: Ryser ET, Marth EH (eds) Listeria, listeriosis and food safety. 3rd ed, Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group,, 2007 .p. 57–213*

# GRUPOS DE RIESGO DE INFECCIÓN POR LISTERIA Y DE COMPLICACIONES

- Personas  $\geq$  **65 años** (7-8 veces)
- Personas que presentan **comorbilidad crónica grave** (insuficiencia renal, cirrosis, asma, colitis ulcerosa, diabetes) u **otras condiciones** como el alcoholismo, trasplante de órgano sólido o hematopoyético
- Personas con **deterioro de la inmunidad innata o celular**
  - Alteraciones subyacentes (neoplasias hematológicas o sólidas, VIH/SIDA)
  - Tratamientos (corticoides, quimioterapia, bioterapias que neutralizan el factor de necrosis tumoral).
- Mujeres **embarazadas** (10-15 veces)
- **Fetos y recién nacidos** de madre infectada durante el embarazo

*CDC. Listeria (Listeriosis) [Página Web]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. isponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/listeria/index.html>*

## VULNERABILIDADES RELATIVAS DE DIFERENTES SUBGRUPOS DE POBLACIÓN BASADAS EN DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (ESTUDIOS FRANCESES)

Circunstancia	Vulnerabilidad relativa
Transplante	2584
Leucemia	1364
SIDA	865
Diálisis	476
Cáncer de pulmón	229
Cáncer gastrointestinal y hepático	211
Enfermedades hepáticas, excepto cáncer	143
Cáncer de vejiga y de próstata	112
Cáncer ginecológico	66
Diabetes insulino dependiente	30
Diabetes no insulino dependiente	25
Alcoholismo	18
Edad superior a 65 años	7,5
Edad inferior a 65 años, sin otras circunstancias de riesgo	1

*Buchanan R, et al. Evaluación de riesgos de Listeria monocytogenes en alimentos listos para el consumo. Resumen interpretativo. Roma: Servicio de Calidad de los Alimentos y Normas Alimentarias Dirección de Alimentación y Nutrición, FAO/OMS; 2004*

Las formas invasivas, complicaciones y riesgo de mortalidad son más frecuentes en la población de riesgo

### Población riesgo en contacto con alimento contaminado

- 21% bacteriemia
- 40 % meningitis
- 39% meningoencefalitis

#### 3-month mortality for neurolisteriosis (n=252)

Female sex	2.68 (1.24-5.83)	0.013
Age (years)	1.35 (0.99-1.85)	0.058
Ongoing organ neoplasia	4.58 (1.53-13.73)	0.007
Recent major weight loss	2.65 (1.08-6.55)	0.034
Multi-organ failure	3.08 (1.25-7.58)	0.014
Aggravation of any pre-existing organ dysfunction	2.75 (1.23-6.16)	0.014
Influenza-like symptoms	0.47 (0.20-1.12)	0.087
Mechanical ventilation	2.89 (1.31-6.37)	0.009
Monocytopenia <200 cells per $\mu$ L	3.57 (1.24-10.23)	0.018
Positive blood cultures	3.67 (1.60-8.40)	0.002
Protein concentration in the CSF	1.18 (0.99-1.41)	0.062
Adjunctive dexamethasone for meningitis	4.58 (1.50-13.98)	0.008

#### Neurological impairment in neurolisteriosis (n=181)<sup>§</sup>

Age (years)	0.98 (0.96-1.00)	0.048
Encephalitis symptoms <sup>¶</sup>	21.65 (2.58-181.59)	0.005
Number of neurological symptoms	1.37 (1.11-1.69)	0.004
Glasgow Coma Scale score	1.08 (0.98-1.20)	0.102

Charlier C, and the MONALISA study group. Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the MONALISA national prospective cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2017 May;17(5):510-519.

# SÍNDROMES CLÍNICOS DE INFECCIÓN POR LISTERIA MONOCYTÓGENES

- **Listeriosis no invasiva**
  - Asintomático o cuadro pseudogripal sin fiebre
  - Gastroenteritis autolimitada con/sin fiebre

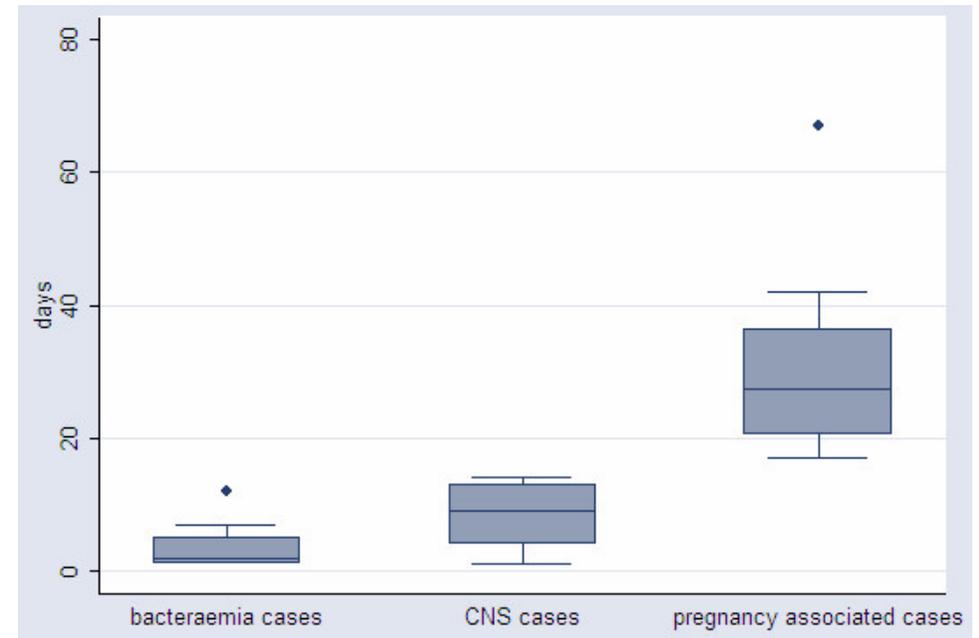
En general la infección en la mayoría de las personas expuestas es **normalmente no invasiva, asintomática** y de **ocurrencia relativamente baja**

# PERIODO DE INCUBACIÓN DE LM

## Variable

Listeriosis no invasiva:

- 24 horas (11 horas – 7 a 10 días)



*Goulet V., King L.A., Vaillant V., and de Valk H.: What is the incubation period for listeriosis?. BMC Infect Dis. 2013 Jan 10;13:11.*

# AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL POR LISTERIOSIS

- <1% de infecciones bacterianas transmitidas por alimentos
- 0,5% de aislamientos en heces diarreicas
- Tasa de ataque: 50-100%
- Período de incubación: mediana de 1 a 2 días
- Síntomas intestinales no específicos:
  - **Diarrea acuosa** (1-4 días), leve y autolimitada con recuperación completa en 2-4 días
  - Náuseas, vómitos
  - Síntomas pseudogripales (cefalea, artromialgias)
- **+/- Fiebre** (68-86%)
- **Evolución favorable** en pocos días, con recuperación espontánea sin tratamiento,
- **Infección invasiva rara** en población general sin factores de riesgo

*Aureli P., et al: An outbreak of febrile gastroenteritis associated with corn contaminated by LM. N Engl J Med 2000; 342: 1236-1241*  
*Ooi ST, et al. Gastroenteritis due to Listeria monocytogenes. Clin Infect Dis. 2005 1;40(9):1327-32.*

# NEUROLISTERIOSIS

- 30-40% de los casos de listeriosis afectan al SNC
- **Meningoencefalitis (70-80%)**
  - Clínica variable: enfermedad leve con fiebre y cambios en el estado mental, hasta un curso fulminante con coma
  - 50-75% trastornos de la consciencia
  - 70% rigidez de nuca
  - 35-40% déficits neurológicos focales
  - 10-20% convulsiones (focales o generalizadas)
  - 15-20 % trastornos del movimiento (temblor, mioclonos y ataxia)
  - Síndromes “ACVA-Like” con hemiplejía
  - Tasa de mortalidad: 20-30%
  - 33-44% secuelas neurológicas a largo plazo
- **Rombencefalitis (15%)**
- **Abscesos cerebrales (10%)** en tálamo, protuberancia, médula)

*Bennett B. Listeria monocytogenes. En: Bennett B, Dolin R, Blaser MJ (edit). Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th Ed. Philadelphia: Elsevier, 2016.p.2383-90  
Charlier C, et al. Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the MONALISA national prospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2017 May;17(5):510-519.*

# ROMBENCEFALITIS

- Compromiso del **tronco encefálico y/o cerebelo**
- **5-10% de las listeriosis** (LM es la causa más común de rombencefalitis)
- 70% en **inmunocompetentes**
- **Curso bifásico:**
  - Fase **prodrómica** (4 días): cuadro pseudogripal +/- mareo, inestabilidad, debilidad
  - Seguimiento de **déficits neurológicos de aparición repentina** (asimétricos):
    - Parálisis PC (VII,VI, IX, X yV),
    - **Signos cerebrosos** (ataxia, temblor y otros signos cerebrosos), disminución de la conciencia, convulsiones y hemiparesia
    - Rigidez en el cuello (~ 50%)
    - Insuficiencia respiratoria (50%)
- Anormalidades leves e inespecíficas en LCR.
- Hemocultivos positivos en 40-60%
- **Mortalidad global: 51%** (por insuficiencia respiratoria o cardíaca)
- 60 % supervivientes tienen secuelas neurológicas permanentes

*Liang JJ, He XY, Ye H. Rhombencephalitis caused by Listeria monocytogenes with hydrocephalus and intracranial hemorrhage: A case report and review of the literature. World J Clin Cases. 2019 Feb 26;7(4):538-547*

# SEPTICEMIA POR LISTERIOSIS

- Manifestaciones clínicas semejantes a las de la bacteriemia por otras etiologías, :
  - Cuadro prodrómico con **diarrea y náuseas** (20%)
  - Síndrome gripal con **mialgias** (20%)
  - **Fiebre** (87%), sin signos o síntomas que indiquen localización
  - Empeoramiento/descompensación de una **enfermedad subyacente** (43%)
  - Fallo **multiorgánico** (18%).
- Mortalidad estimada: 40%
- Más frecuente en pacientes inmunocomprometidos, con comorbilidad grave o mayor edad ( $\geq 75$  años).

# LISTERIOSIS EN EMBARAZADAS

- **25-30%** de todos los casos de listeriosis
- 2/3 de los casos en el **3<sup>er</sup> trimestre**
- Presentaciones **clínicas no específicas**:
  - 1/3 **asintomáticas**
  - Cuadro **pseudogripal inespecífico con febrícula**
  - **Síndrome febril** sin foco aparente (60% de los casos), precedido en 20% de los casos por **gastroenteritis**
  - **Signos obstétricos** (contracciones, trabajo de parto)
  - **Afectación grave** (compromiso del SNC y/o septicemia) **infrecuente**
- **Evolución favorable** en pocos días con recuperación espontánea **sin tratamiento**
- Frecuentes **complicaciones fetales y neonatales (80-85%)**:
  - **Impacto sobre el curso del embarazo (95%)**: pérdida fetal (24%), parto prematuro (45%), parto a término con sufrimiento fetal agudo (21%), infección neonatal tardía (5%).
  - La **probabilidad de muerte o fetal y aborto espontáneo** aumenta en listeriosis sintomática en la madre o con la menor edad gestacional de la infección materna (60% de supervivencia en los embarazos en 3<sup>o</sup> trimestre)

*Craig AM, et al. Listeriosis in Pregnancy: A Review. Obstet Gynecol Surv. 2019 Jun;74(6):362-36.*

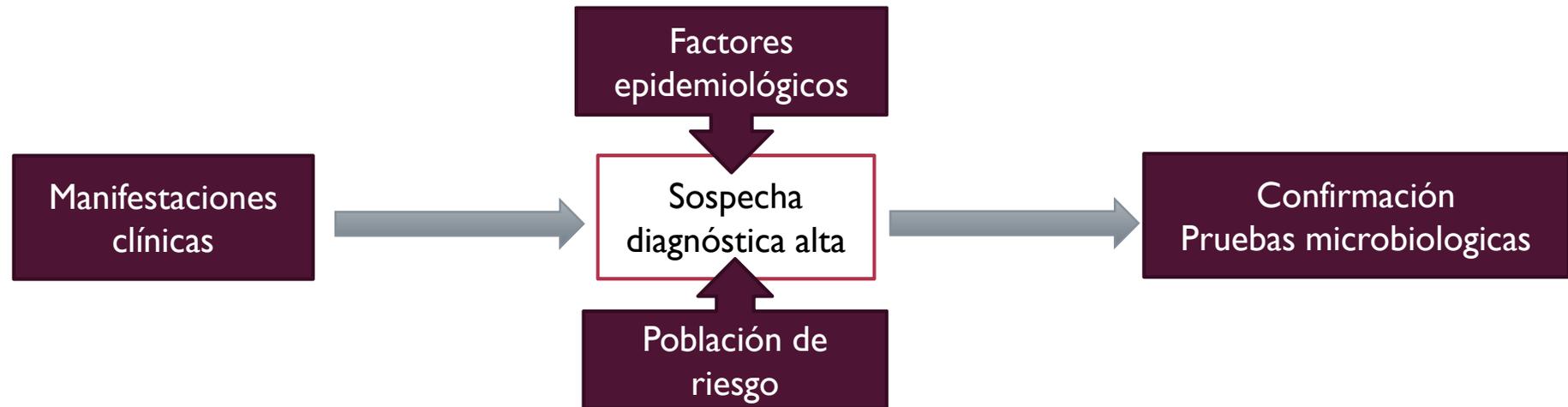
*Awofisayo A. Pregnancy-associated listeriosis in England and Wales. Epidemiol Infect. 2015 Jan;143(2):249-56*

*Charlier C, et al. Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the MONALISA national prospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2017 May;17(5):510-519.*

# INFECCIÓN NEONATAL

- Solo el **10-15%** de los nacidos embarazada infectada, están **sanos**
- **Infección neonatal**
  - 8 de cada 100.000 nacidos vivos
  - **Inicio temprano (0-7 días): 90-95%**
    - 60% de los casos de infección neonatal
    - Adquisición intrauterina por transmisión transplacentaria, principalmente en madres con listeriosis sintomática
    - Sepsis secundaria a neumonía o destres respiratorio,
    - Elevada tasa de mortalidad (20-30%)
    - 24% presentará síntomas neurológicos y un 20% erupción cutánea característica (erupción maculopapular y papulovesicular)

*Awofisayo A. Pregnancy-associated listeriosis in England and Wales.  
Epidemiol Infect. 2015 Jan;143(2):249-56*



## Dificultades para realizar un diagnóstico clínico de sospecha

- Cuadros clínicos más frecuentes en población sin factores de riesgo: proceso asintomático, infección subclínica, proceso pseudogripal inespecífico con febrícula o gastroenteritis leve, autolimitada
- Hallazgos clínicos no específicos de listeriosis en las formas invasivas o graves
- La mayoría de los casos de listeriosis son esporádicos

# DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LISTERIOSIS

En el contexto de un **brote epidemiológico alimentario** aumentan el valor en el diagnóstico de listeriosis

- Las **signos/síntomas clínicos**:
  - **Gastrointestinales** (**diarrea**, náuseas, vómitos) con/sin **síndromeseudogripal**
  - Signos de afectación **sistémica**: **fiebre**
  - Síntomas **neurológicos**: **cefalea, alteración de conciencia, focalidad neurológica, rigidez de nuca**
- Presencia de **factores de riesgo de listeriosis invasiva**
- **Gravedad** de la presentación clínica
- **Antecedentes obstétricos** en **embarazadas**: pérdida fetal, aborto, mortinato, parto prematuro, parto a término con sufrimiento fetal agudo, infección neonatal
- **Sepsis, meningitis o meningoencefalitis** en **recién nacido**

Exposición al alimento contaminado  
o embarazada infectada en la  
gestación

## Indicaciones para realizar diagnóstico microbiológico y tratamiento antibiótico de la infección por LM Situación de un BROTE EPIDEMIOLÓGICO ALIMENTARIO

I.- Personas **expuestas** a una fuente común de alimentos contaminados **pertenecientes a grupos de riesgo** de listeriosis invasiva **con síntomas**:

- **Gastrointestinales leve-moderada** (no acompañados de fiebre ni de otros síntomas de listeriosis invasiva)
- **Fiebre** acompañada o no de gastroenteritis u otros síntomas de listeriosis invasiva
- **Síntomas neurológicos** de meningoencefalitis

*Molero JM, Gutierrez I, Arranz J. Listeriosis, todo lo que hay que saber [Publicación Online]h. Barcelona: semFYC; actualizado el 27/08/19.*

*Disponible en: <https://www.semfy.com/listeriosis-todo-lo-que-hay-que-saber/>*

*Protocolo de actuación ante el brote de listeriosis. Actualización: 22 de agosto de 2019. Sevilla: SAS, Consejería salud y familias de Andalucía. 2019*

## Actuación ante una mujer embarazada expuesta a LM

Situación clínica	Actuación clínica
Embarazadas expuestas a alimento contaminado, asintomáticas	<p>Actitud expectante a nivel ambulatorio</p> <p>No pruebas diagnósticas microbiológicas</p> <p>No tratamiento antibiótico empírico</p>
Embarazadas expuestas con síntomas gastrointestinales sin fiebre	<p><b>Hemocultivos</b></p> <p>1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> trimestre: No tratamiento <b>antibiótico empírico</b>.</p> <p>3<sup>er</sup> trimestre: tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina oral</p> <p><b>Hemocultivo [-]: Actitud expectante a nivel ambulatorio</b></p> <p><b>Hemocultivo [+]: Tratamiento antibiótico IV hospitalario</b></p>
<p>Embarazadas expuestas con signos/síntomas consistentes con listeriosis invasiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre con o sin otros síntomas</li> <li>• Infección grave sin infección del SNC</li> <li>• Infección grave con afectación SNC</li> </ul>	<p><b>Ingreso hospitalario</b></p> <p><b>Hemocultivo y/o cultivo de líquido amniótico.</b></p> <p><b>Tratamiento antibiótico empírico IV</b></p> <p>Ajustar y prolongar antibioterapia si hemocultivo [+]</p>

Molero JM, Gutierrez I, Arranz J. Listeriosis, todo lo que hay que saber [Publicación Online]h. Barcelona: semFYC; actualizado el 27/08/19. Disponible en: <https://www.semfyc.es/listeriosis-todo-lo-que-hay-que-saber/>

Pucci L, Massacesi M, Liuzzi G. Clinical management of women with listeriosis risk during pregnancy: a review of national guidelines. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2018 Jan;16(1):13-21.

# DIAGNOSTICO DE CERTEZA

- **Aislamiento de LM en sitios estériles**
  - **Hemocultivos.**
    - Positivo en 60-75% de los pacientes con infecciones del SNC.
  - **Líquido cefalorraquídeo (LCR).**
    - Cultivos de LCR (+) menos frecuencia que los hemocultivos.
    - Tinción de Gram en LCR (+) en 30-50%

# TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LISTERIOSIS

- Antibiótico de elección: **aminopenicilinas +/- aminoglucósidos**
- Alternativas: Cotrimoxazol, moxifloxacino, vancomicina, carbapenémicos, ureidopenicilinas
- Duración: **2-6 semanas**

## Tratar con antibióticos:

- **Casos confirmados** (tratamiento IV)
  - Infecciones no grave (fiebre con o sin otros síntomas)
  - Septicemia
  - Meningitis o meningoencefalitis
- **Empíricamente** hasta comprobar infección en pacientes con factores de riesgo de listeriosis invasiva y signos de infección no grave (fiebre con o sin otros síntomas)

## No tratar con antibióticos:

- Portadores asintomáticos
- Contactos directos personales con pacientes infectados
- Después de consumir un alimento identificado como contaminado

## Pautas de tratamiento antibiótico en infección por LM

Situación clínica	Tratamiento
<b>Adultos</b>	
Fiebre sin otros signos de gravedad	Amoxicilina (VO) 1 g/6 h, 7 días
Infección invasiva grave (bacteriemia) sin meningoencefalitis	Ampicilina (IV) 2 gr/4 h 10-14 días + /- Gentamicina (IV) 5-7 mg/kg/día, 7 días. En caso de alergia a la penicilina: Cotrimoxazol (IV) 5/25 mg/kg IV /8 h
Infección invasiva grave con meningoencefalitis	Ampicilina (IV) 2 gr/4 h 21 días + Gentamicina (IV) 5-7 mg/kg/día, 7 días
<b>Embarazadas</b>	
Enfermedad leve: cuadro pseudogripal o síntomas de afectación gastrointestinal sin fiebre	Amoxicilina (VO) 1 g/6 h, 7 días, si el hemocultivo negativo Tratar como Infección invasiva sin meningitis si el hemocultivo es positivo
Fiebre sin otra focalidad con/sin síntomas gastrointestinales o infección invasiva (bacteriemia) sin meningoencefalitis	Ampicilina (IV) 2 gr/4 h, 14 días Alérgicos a penicilinas: eritromicina (IV) 4 g/día, 14 días o Cotrimoxazol (IV) 80/400 mg /6 horas, 14 días
Infección invasiva con meningoencefalitis	Ampicilina (IV) 2 gr/4 h 21 días + Gentamicina (IV) 5-7 mg/kg/día, 7 días
<b>Niños</b>	
Septicemia	Ampicilina (IV) 200-300 mg/kg/día, divididos en cuatro dosis, 14 días
Infección neonatal con meningitis o meningoencefalitis	Ampicilina (IV) 300-400 mg/kg/día, divididos en 4 dosis, 21 días + Ceftriaxona (IV) 80-100 mg/kg/día, 7 días

Molero JM, Gutierrez I, Arranz J. Listeriosis, todo lo que hay que saber [Publicación Online]h. Barcelona: semFYC; actualizado el 27/08/19. Disponible en: <https://www.semfyc.es/listeriosis-todo-lo-que-hay-que-saber/>

Protocolo de actuación ante el brote de listeriosis. Actualización: 22 de agosto de 2019. Sevilla: SAS, Consejería salud y familias de Andalucía. 2019

# PRONOSTICO DE LA LISTERIOSIS

- Mortalidad elevada a corto y medio plazo en listeriosis invasivas
  - 46% de bacteriemias fallecen a los 3 meses
  - 30% de neurolisteriosis fallecen a los 3 meses
- Factores predictores de mortalidad a 3 meses:
  - Sexo femenino
  - Edad avanzada
  - Neoplasia evolutiva subyacente
  - Pérdida de peso significativa reciente
  - Fallo multiorgánico
  - Descompensación de una comorbilidad crónica
- Secuelas en el 60% de los casos supervivientes a neurolisteriosis
- 30-40% de mortalidad fetal o neonatal en listeriosis congénita

*Charlier C, ande MONALISA study group. Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the MONALISA national prospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2017 May;17(5):510-519.*

# Medidas de prevención de la listeriosis

## Prevención de la transmisión digestiva

- **Conservación adecuada de los alimentos refrigerados**
  - Mantener el refrigerador a una  $T^a < 4.4^{\circ} \text{C}$ , y el congelador a  $-17.8^{\circ} \text{C}$  o menos
  - Separar carnes crudas de las verduras y de los alimentos cocinados y listos para comer.
  - Limpiar las paredes y bandejas del frigorífico con frecuencia
  - Respetar fechas límite de consumo de alimentos envasados
  - Consumirse alimentos precocinados o perecederos tan pronto como sea posible y las sobras antes de 3-4 días
- **Correctas normas de higiene en la preparación y manipulación de los alimentos**
  - Lavar los productos crudos, como frutas y verduras, con agua corriente del grifo antes de comerlas, cortarlas o cocinar
  - Limpiar utensilios y superficies de trabajo antes y después de usarlos
  - Lavarse las manos después de manipular productos crudos
  - Secar manos utensilio y alimentos con un paño limpio o papel de cocina
  - Cocinar las sobras y los alimentos crudos de origen animal a una temperatura interna segura ( $70^{\circ}\text{C}$ )

## Exclusión de alimentos en embarazadas y otros grupos susceptibles (inmunodeprimidos, trasplantados)

- Embutidos, fiambres, salchichas, carnes frías, o embutidos secos sin calentar a una temperatura interna segura
- Ensaladas preparadas que contengan jamón, pollo, huevo, atún o mariscos.
- Productos de semillas (brotes) germinadas crudos como legumbres (alfalfa, frijoles, trébol), sésamo, girasol, repollo, nabo, cebolla, rábanos, berros, etc...
- Leche no pasteurizada y derivados lácteos (quesos blandos, queso blanco, quesos azules, queso fresco) que no elaborados con leche pasteurizada.
- Patés refrigerados o pastas de carne para untar perecederos que necesitan ser refrigerados
- Pescados y mariscos ahumados crudos refrigerados perecederos no enlatados.

# CONCLUSIONES I

- Las actuaciones ante un brote epidemiológico de origen alimentario debe realizarse por **colectivos multidisciplinares de profesionales, de ámbitos diferentes**, coordinados por la **Red de Vigilancia Epidemiológica**
- El **médico tiene un papel importante en las medidas de control** de las alertas epidemiológicas
- La listeriosis es una de las **infecciones de origen alimentario más graves**, de ocurrencia relativamente baja
- **En la mayoría de las personas expuestas es una infección no invasiva, no grave**
- **Septicemia, neurolisteriosis e infección maternoneonatal**, son las tres formas invasivas graves
- **Inmunosupresión (celular), personas de edad avanzada, embarazadas o recién nacidos** son los grupos vulnerables para la listeriosis
- **La mortalidad y secuelas neurológicas en los supervivientes de las formas invasivas es alta**

## CONCLUSIONES II

- La **infección materna es benigna pero afecta el curso del embarazo** en el 95% de los casos
- La infección materna **sintomática y/o antes de la semana 29** aumenta el **riesgo de pérdida fetal y de infección neonatal**
- La **infección neonatal precoz** se manifiesta como un **síndrome séptico** y la **tardía con meningitis**
- El **diagnóstico clínico** de listeriosis **es difícil y aumenta la probabilidad ante un brote epidémico**
- En un escenario de **brote epidémico** el **diagnóstico microbiológico** se recomiendan solo para **personas sintomáticas y expuestas**
- **En expuestos asintomáticos** se aconseja **actitud expectante**, sin necesidad de pruebas diagnósticas ni tratamiento antibiótico empírico.
- Se recomienda **antibioterapia** en los **casos confirmados** y de forma empírica hasta obtener resultados definitivos de laboratorio, en personas **vulnerables, con síntomas, expuestas a LM o que presentan signos de infección grave**
- Las personas de mayor riesgo de infectarse deben seguir unas recomendaciones preventivas

---

# GRACIAS

[jmolerog@gmail.com](mailto:jmolerog@gmail.com)

**@jmolerog**