

Actuación de la matrona ante un trabajo de parto prematuro por listeriosis y finalización en cesárea urgente. Caso Clínico

AUTORES

Desireé Díaz Jiménez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Unidad de Urgencias Ginecológicas-Obstétricas. Área de partos. Hospital Virgen de la Victoria. Campus de Teatinos, S/N, 29010 Málaga.

Manuela Velázquez Barrios


Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Área de Partitorio. Hospital Virgen del Rocío. Av. Manuel Siurot, s/n, 41013 Sevilla.

Antonio José Reina Caro

Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Área de Partitorio. Hospital Nisa Sevilla-Aljarafe. Avda. Plácido Fernández Viagas, s/n, 41950 Castilleja de la Cuesta, Sevilla.

Correspondencia

Desireé Díaz Jiménez

 diazjimenezdesiree@hotmail.com

Resumen

La incidencia por toxiinfección alimentaria producida por el bacilo *Listeria monocytogenes* ha aumentado significativamente en los últimos años, siendo la gestación un estado de mayor susceptibilidad debido al compromiso inmunológico que la acontece. Esta infección se adquiere principalmente por ingesta de alimentos contaminados. Mediante un caso clínico se presenta la finalización de un parto pretérmino de 35 semanas de gestación por cesárea urgente con recién nacido y presencia de pico febril a las 24 horas de vida a causa de una infección por *Listeria monocytogenes*. Se exponen los datos recogidos en la exploración física y valoración materna según el modelo de Virginia Henderson, y se desarrolla un plan de cuidados completo.

Del caso se puede concluir que, en el ámbito comunitario es preciso establecer medidas seguras durante el embarazo para evitar la contaminación y el crecimiento de *L. monocytogenes* en la cadena alimentaria. Las matronas, deben informar y educar a las gestantes durante el control del embarazo, siendo esta función esencial en la prevención de esta patología.

Palabras clave:

Listeria,
Infección,
Embarazo,
Recién nacido.



Performance of the midwife in the face of preterm labor due to listeriosis and completion in emergency caesarean section. Clinical Case

Abstract

The incidence of food intoxication produced by the bacillus *Listeria monocytogenes* has increased significantly in recent years, with gestation being a state of greater susceptibility due to the immunological compromise that occurs. This infection is acquired mainly by eating contaminated food. A clinical case presents the end of a preterm delivery of 35 weeks of gestation by emergency caesarean section with newborn in the presence of febrile peak at 24 hours of age due to an infection by *Listeria monocytogenes*.

The data collected in the physical examination and maternal assessment are exposed according to the Virginia Henderson model, and a complete care plan is developed. From the case it can be concluded that, in the community setting, it is necessary to establish safe measures during pregnancy to avoid contamination and growth of *L. monocytogenes* in the food chain. Midwives must inform and educate pregnant women during pregnancy control, this function being essential in the prevention of this pathology.

Keywords:

Listeria,
Infection,
Pregnancy,
Newborn.



FeSP-UGT/Andalucía

Avda. Blas Infante, 4, 6ª Planta. 41011 Sevilla

Contacto:

consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298

<http://www.revistacientificasanum.com/>



Introducción

La *Listeria monocytogenes* es un bacilo gram positivo, anaerobio, capaz de sobrevivir en condiciones extremas de temperatura, que puede originar bajo ciertas condiciones la enfermedad denominada Listeriosis, tanto en el hombre como en una gran variedad de especies animales.¹ El reservorio principal son los animales (ganado bovino, porcino y ovino) y aves silvestres. Su incidencia es de 2-10 casos por millón de habitantes y el 99% de los casos es por transmisión alimentaria² con alimentos contaminados con materias fecales provenientes de reservorios animales, humanos o ambientales. Este patógeno suele estar presente en lugares donde se procesa el alimento, tanto en comidas crudas como en productos cocinados, por contaminación posterior a la cocción, por lo que la puerta de entrada es la vía oral. Tras la ingestión, en personas con inmunidad reducida, la *Listeria monocytogenes* alcanza el torrente sanguíneo y produce bacteriemia e invasión de órganos. Es capaz de traspasar la barrera intestinal, la hematoencefálica y la placentaria.^{1,3}

Por lo que no se trata solo de una enfermedad gastrointestinal, sino también da origen a sepsis, meningitis, corioamnionitis y feto muerto. Durante la gestación, la inmunidad está disminuida, lo que facilita que la embarazada y el neonato sean susceptibles a esta zoonosis.⁴ La infección puede manifestarse en cualquier etapa de la gestación, aunque la incidencia se duplica a partir de la semana 285. La clínica principal suele ser fiebre, mialgia, dolor de espalda, cefalea, malestar general, náuseas, vómitos, diarrea.⁶ La infección fetal y neonatal, en cambio, es mucho más grave, con una tasa de mortalidad alta⁷ causado por corioamnionitis, parto prematuro, aborto, muerte fetal, alteraciones neurológicas, neumonía, sepsis o meningitis.⁶

Para su diagnóstico solo se necesita detectar el crecimiento del microorganismo en fluidos corporales, como la sangre, el líquido amniótico o el líquido cefalorraquídeo. Para su prevención los Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁷ establecen como medidas preventivas evitar la contaminación y el crecimiento de la *Listeria* en la cadena alimentaria, con una adecuada preparación y un correcto almacenamiento de los alimentos, medidas de higiene y saneamiento apropiadas en todo el proceso, las cuales serían cocinar bien la carne cruda, lavar las verduras crudas antes de su consumo, lavar las manos, cuchillos, utensilios tras manipular alimentos crudos entre otros. Además durante la gestación se debe evitar el consumo de salchichas, fiambres y embutidos, a menos que estén cocinados, quesos

como feta, brie y camembert, azul o blanco, a menos que estén procesados con leche pasteurizada, patés para untar, moluscos crudos, pescado crudo, pescados ahumados y todo tipo de alimentos que contengan leche cruda.

El papel de la matrona en el control del embarazo y la alimentación de las gestantes es fundamental. Su función principal es dar a conocer y reforzar los conocimientos como pautas preventivas para evitar así una posible infestación.

Para ello hay que dedicar tiempo en la primera consulta y realizar una buena anamnesis sobre la dieta de la gestante para evaluar y asentar o modificar sus hábitos alimentarios. A continuación se detalla un caso clínico de una gestante infectada por Listeriosis. El caso ha sido elegido para dar a conocer la importancia en la prevención de una buena higiene alimentaria. La hipótesis que lleva un diagnóstico de Listeriosis en el caso clínico viene generada por síndrome febril materno, corioamnionitis y parto prematuro. La patogenia está determinada por la aspiración de líquido amniótico (LA) infectado.

Metodología

Historia del problema

Sra A.M, 32 años, segundigesta. Acude a urgencias Obstétricas por contracciones regulares de 2 horas de evolución en 35 semanas de gestación e hidrorrea de tinción sanguinolenta con desprendimiento de mal olor.

Tras realización de registro cardiotocográfico en presencia de patrón patológico fetal se decide cesárea urgente, obteniendo recién nacido vivo de 3,125kg, Apgar 8/9, que precisó reanimación superficial. Ingreso en Unidad de cuidados intensivos neonatales por prematuridad. Intervención por cesárea finalizada sin incidencias. Informe anatomopatológico de placenta con signos de corioamnionitis.

Para establecer un adecuado plan de cuidados, se desarrolló una valoración completa, a partir de la recogida de datos y valoración de las necesidades básicas según Virginia Henderson de la gestante.

Antecedentes personales y familiares: G2A0P1. Gestación anterior normoevolutiva. Parto Eutócico.

Anamnesis: Síndrome febril prolongado de 7 días de evolución caracterizado por tos seca, odinofagia, congestión nasal y fiebre. La gestante

refería pensar en un síndrome infeccioso de vías altas, de ahí que no acudiera a urgencias.

Mediciones analíticas Actuales: Gestación actual controlada y normoevolutiva. Serología negativa para toxoplasma, VDR-L (prueba serológica de sífilis), VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y hepatitis B. IgG rubeola positivo. Serología negativa, rubéola inmune. Exudado vaginal desconocido. Grupo y Rh A Positivo.

Tratamiento médico habitual: Natalben supra 1 cápsula/día.

Tras las primeras 24 horas de vida, el recién nacido presentó cuadro febril con 38,8 grados centígrados, hipotonía y distrés respiratorio. Se extrae hemocultivo. Se inicia terapia profiláctica de amplio espectro con ampicilina intravenosa (iv) (200 mg/día cada 12 h) y amikacina iv (30 mg/día cada 8 h). Se mantiene dicho tratamiento durante 7 días según protocolo de sepsis.

Buena evolución clínica del recién nacido tras cumplir antibioterapia. La analítica de control evidencio mejoría. Se decide alta del recién nacido tras dos semanas de vida. Alimentación con lactancia materna exclusiva. Se deriva a pediatra de zona para control.

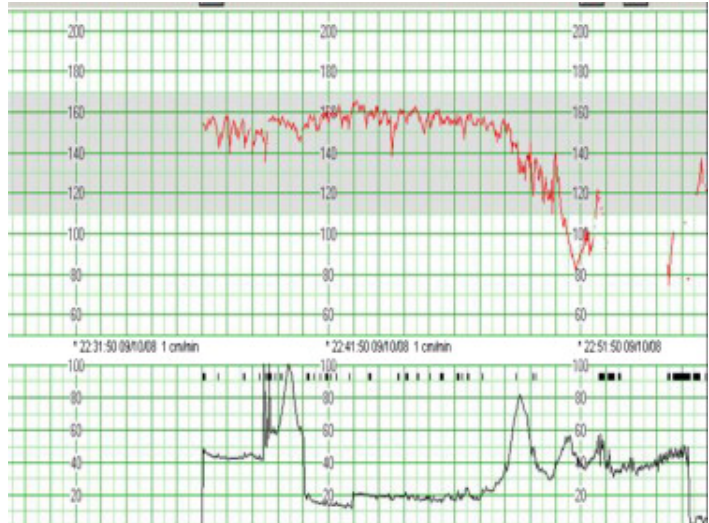
Madre, postparto sin hallazgos aparentes. Alta a las 72 horas tras cesárea. Tratamiento

Amoxicilina oral (500 mg/12 h) durante 1 semana. Tras 6 semanas posparto, resultados de analítica puerperal (hemograma y hemocultivo) sin signos de infección.

Valoración de Enfermería

Recogida de datos según el modelo de Virginia Henderson

- Necesidad de respiración-circulación:** saturación de O₂ 99-100%. Sensación de dificultad respiratoria, Frecuencia respiratoria (FR): 12/r/minuto. No fumadora.
- Necesidad de nutrición- hidratación:** Con apetito. Dieta normal. No náuseas ni vómitos. No diabetes mellitus. Peso: 85 kg. Ganancia de peso ponderal en el embarazo 18kg.
- Necesidad de eliminación:** edemas en miembros inferiores. Sondaje vesical para control diuresis durante cesárea. Patrón de deposición normal.
- Necesidad de movilidad:** alterado. Evita realizar grandes esfuerzos.
- Necesidad de dormir-descansar:** sueño no reparador, dice sentirse incómoda y nerviosa últimamente con lo que ella refiere "el resfriado".
- Necesidad de vestirse-desvestirse:** autonomía parcial. Necesita ayuda para atarse los zapatos y agacharse.
- Necesidad de termorregulación:** Síndrome febril de una semana de evolución.
- Necesidad de higiene personal e integridad de piel:** autonomía parcial en el baño y aseo diario. Edemas en miembros inferiores.
- Necesidad de seguridad:** la gestante se encuentra bastante nerviosa. Dice sentirse muy preocupada por el bienestar del feto. No alergias medicamentosas.
- Necesidad de comunicación:** no presentaba déficit auditivo ni de lenguaje.
- Necesidad de creencias y valores personales:** se considera católica practicante.
- Necesidad de ocupación-realización personal:** actualmente de baja maternal. Pareja con trabajo estable.
- Necesidad de ocio:** le gusta leer y caminar.
- Necesidad de aprendizaje:** Pregunta y entiende lo que se le explica de su situación.



Fuente: Web, Science Direct

Diagnósticos de Enfermería

Diagnóstico Enfermero				
00148 Temor: proceso de parto con finalización en cesárea (r/c) falta de exposición, separación del sistema de apoyo (pareja) y manifestado por (m/p) verbalización del problema, aumento de alerta y cambio de la respuesta fisiológica.				
RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC	
1404 Autocontrol del miedo Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)			5610 Enseñanza: Pre-quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> – Informar a los familiares del tiempo aproximado de la intervención, el porqué de su realización y como se llevará a cabo. – Animar a la gestante a que realice preguntas y comente sus inquietudes. 5270 Apoyo emocional <ul style="list-style-type: none"> – Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad. – Favorecer la conversación, el llanto, los gritos como medio de disminuir la respuesta emocional. 6680 Monitorización de signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> – Monitorizar la presión arterial, pulso y saturación según corresponda. – Monitorizar la Frecuencia cardiaca fetal en quirófano mientras se realizan los preparativos para la intervención. 	
EVALUACIÓN				
Indicador	Valor Inicial	Valor final		Evaluación/Seguimiento
140403 Busca información para reducir el miedo.	2	5	Durante el traslado a quirófano hasta el momento del nacimiento del Recién Nacido.	
140417 Controla la respuesta del miedo.	3	5	Durante el traslado a quirófano hasta el momento del nacimiento del Recién Nacido.	

Tabla I: Diagnósticos NANDA⁹ con los correspondientes NIC¹⁰, NOC¹¹ y actividades realizadas.

Plan de cuidados

Tras la identificación, se procede a priorizar aquellos problemas que suponen la alteración del bienestar. Se actúa principalmente sobre el temor.

Las intervenciones suponen la participación activa de la gestante. La matrona tiene función informativa y educadora desde el inicio del proceso hasta el final. Se lleva a cabo los procedimientos que más se adecuan al problema de la paciente y se toman medidas estándares para evitar complicaciones potenciales que puedan producirse.

En nuestro caso clínico, la infección se detectó en el último trimestre de gestación sin clínica evidente. La propagación transplacentaria fue la causante de la infección intrauterina, aunque la listeriosis neonatal fue resulta sin incidencias.

Discusión

La listeriosis es considerada una infección oportunista que afecta particularmente a embarazadas, neonatos, hijos de madres infectadas, ancianos e inmunodeprimidos.

Las medidas de prevención basadas en recomendaciones sobre los alimentos, la higiene y la preparación de los mismos son fundamentales para evitar la infección. Estas medidas ocupan un lugar esencial a la hora de la concienciación no solo al personal de salud sino a la comunidad en general, ya que, es el primer paso para lograr no infectarse.

En España, la listeriosis es una enfermedad de declaración voluntaria realizada por las comunidades autónomas al Sistema de Información Microbiológica (SIM)¹².

Conclusiones

La listeriosis en los países desarrollados se presenta como casos aislados, siendo su incidencia más común entre las gestantes, debido a la disminución en la inmunidad celular fisiológica durante el embarazo.¹³

La matrona, como profesional referente en el control del embarazo, es esencial en la prevención de esta patología. Su función es dar a conocer y reforzar los conocimientos previos sobre alimentación

segura durante la gestación. A su vez, deberá evaluar la dieta de la gestante y asentar o modificar sus hábitos alimentarios.

En este punto cabe destacar que la infección por listeriosis no presenta manifestaciones clínicas específicas ni en la madre ni en el recién nacido, asumiendo durante el embarazo diversas formas clínicas. En el caso del recién nacido, la sintomatología es igualmente variada. Por ello, es necesario que los profesionales sanitarios que atendemos a estas pacientes tengamos información actualizada sobre el tema y realicemos actividades de prevención.

Conclusions

*Listeriosis in developed countries is presented as isolated cases, its incidence being more common among pregnant women, due to the decrease in physiological cell immunity during pregnancy.*¹³

The midwife, as a professional in the control of pregnancy, is essential in the prevention of this pathology. Its function is to make known and reinforce previous knowledge about safe feeding during pregnancy. In turn, should evaluate the diet of the pregnant woman and settle or modify their eating habits.

At this point, it should be noted that infection by listeriosis does not present specific clinical manifestations in either the mother or the newborn, assuming various clinical forms during pregnancy. In the case of the newborn, the symptomatology is equally varied. Therefore, it is necessary that the health professionals who attend these patients have updated information on the subject and carry out prevention activities.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso. Ha sido autorizada la presentación de una fotografía en este caso clínico.

AGRADECIMIENTOS

El correcto abordaje de este caso clínico tiene su origen en el trabajo coordinado y consensado del grupo de profesionales que asistieron a la gestante.

Agradecemos a todos/as nuestros/as compañeros/as por su colaboración desinteresada en la resolución del presente caso y la apuesta por el aprendizaje basado en problemas como forma de acercar al profesional a la realidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Mateus T, Silva J, Maia RL, Teixeira P. *Listeriosis during pregnancy: A public health concern.* ISRN Obstet Gynecol. 2013; 851712: 1-6.
- Goulet V, Hebert M, Hedberg C, Laurent E, Vaillant V, De Valk H, et al. *Incidence of listeriosis and related mortality among groups at risk of acquiring listeriosis.* Clin Infect Dis. 2012; 54: 652-60.
- Freitag NE, Port GC, Miner D. *Listeria monocytogenes –from saprophyte to intracellular pathogen.* Nat Rev Microbiol. 2009; 7:623-28.
- Leber A, Zenclussen ML, Teles A, Brachwitz N, Casalis P, El-Mousleh T, et al. *Pregnancy: tolerance and suppression of immune responses.* Methods Mol Biol. 2011; 677: 397-417.
- Sisó C, Goncá A, Bosch J, Salvia MD, Hernández S, Figueras F. *Listeriosis in pregnancy: a secular trend in a tertiary referral hospital in Barcelona.* Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2012; 31: 2.125-32.
- Lamont RF, Sobel J, Mazaki-Tovi S, Kusanovic JP, Vaisbuch E, Kim SK, et al. *Listeriosis in human pregnancy: a systematic review.* J Perinat Med. 2011; 39: 227-36.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion N.º 614. *Management of pregnant women with presumptive exposure to Listeria monocytogenes.* Obstet Gynecol. 2014; 124: 1.241-4.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Listeria (listeriosis): prevention.* Atlanta, 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/listeria/prevention.html>
- Herdman TH, editor. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación.* Madrid: Elsevier; 2015
- Orhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC).* 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
- RD 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE nº 21, de 24 de enero de 1996.