

Por lo tanto, es fundamental realizar una correcta anamnesis que incluya el consumo de fármacos o dieta durante la gestación, hábitos sociales familiares y si la madre ha iniciado o no la lactancia materna<sup>1,2</sup>. Con respecto al tratamiento, no se ha descrito la necesidad de utilizar farmacoterapia específica, debe ser sintomático<sup>4</sup>. La utilización de fármacos para controlar los síntomas puede prolongar la estancia hospitalaria y exponer al neonato a fármacos cuando éstos no están indicados<sup>1</sup>. La resolución del cuadro suele ser espontánea, tras un periodo variable que se estima de 7–10 días. Es probable que mantener la lactancia materna y que la madre reduzca progresivamente la ingesta de cafeína ayuden a la deshabitación paulatina del recién nacido y al control de su sintomatología por abstinencia.

## Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*. 1998;101:1079–88.
2. Kuschel C. Managing drug withdrawal in the newborn infant. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2007;12:127–33.
3. Martín Mardomingo MA, Solís Sánchez G, Málaga Guerrero S, Cuadrillero Quesada C, Pérez Méndez C, Matesanz Pérez JL. Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. *An Pediatr*. 2003;58:574–9.
4. Martín I, López-Vilchez MA, Mur A, García-Algar O, Rossi S, Marcheí E, et al. Neonatal Withdrawal Syndrome after chronic maternal drinking of mate. *Ther Drug Monit*. 2007;29:127–9.
5. Arlettaz R, Kashiwagi M, Das-Kundu S, Fauchere JC, Lang A, Bucher HU. Methadone maintenance program in pregnancy in a Swiss perinatal center (II): neonatal outcome and social resources. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:145–50.
6. Kuschel CA, Austerberry L, Cornwell M, Couch R, Rowley RSH. Can methadone concentrations predict the severity of withdrawal in infants at risk of neonatal abstinence syndrome?. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004;89:F390–3.
7. Kandall SR, Albin S, Gartner LM, Lee KS, Eidelman A, Lowinson J. The narcotic-dependent mother: fetal and neonatal consequences. *Early Hum Dev*. 1977;1:159–69.
8. Hinds TS, West WL, Knight EM, Harland BF. The effect of caffeine on pregnancy outcome variables. *Nutrition Reviews*. 1996;54:203–7.
9. Gressens P, Mesples B, Sahir N, Marret S, Sola A. Environmental factors and disturbances of brain development. *Semin Neonatol*. 2001;6:185–94.
10. Fenster L, Eskenazi B, Windham GC, Swam SH. Caffeine consumption during pregnancy and fetal growth. *Am J Public Health*. 1991;81:458–61.

D. Montes Bentura<sup>a,\*</sup>, E. La Orden Izquierdo<sup>a</sup>, B. Álvarez Fernández<sup>a</sup>, N. Garín Fernández<sup>b</sup>, R. Ortiz Movilla<sup>c</sup> y M. Muro Brussí<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría, Unidad de Neonatología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

<sup>b</sup>Unidad de Gestión Clínica de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

<sup>c</sup>Servicio de Pediatría, Unidad de Neonatología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [davmonts@hotmail.com](mailto:davmonts@hotmail.com)  
(D. Montes Bentura).

doi:10.1016/j.anpedi.2008.11.005

## Listeriosis perinatal: ¿una infección emergente?

### Perinatal listeriosis: an emerging infection?

Sr. Editor:

La listeriosis perinatal es una infección infrecuente relacionada con la ingesta de alimentos contaminados que puede tener serias consecuencias para la madre y el recién nacido. En el Hospital Universitario Central de Asturias, hospital de tercer nivel, miembro del Grupo Castrillo, la incidencia anual ha pasado del 0,41 al 1,2/1.000 recién nacidos vivos en el último año.

**Caso 1:** recién nacido de 31 semanas de gestación con sospecha de corioamnionitis. Se pauta una dosis de amoxicilina-clavulánico intraparto. El neonato nace en apnea, por lo que precisa de reanimación con Apgar 2/4/8 en los minutos 1, 5 y 10. A pesar de la negatividad de los reactantes de fase aguda, se inicia antibioterapia empírica con ampicilina y gentamicina dado el riesgo de sepsis vertical. La antibioterapia se mantiene 4 días hasta obtenerse dos determinaciones de proteína C reactiva (PCR) negativas.

El niño presenta una buena evolución; el hemocultivo y los cultivos periféricos son negativos. La madre, sin embargo, sufre sepsis grave por *Listeria monocytogenes* que precisa de ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Refieren ingesta habitual de leche de vaca sin pasteurizar.

**Caso 2:** recién nacido procedente de parto prematuro espontáneo a la semana 30. Se objetiva fiebre intraparto, y se pauta ampicilina y gentamicina. El neonato nace bañado en meconio, por lo que necesita reanimación con mascarilla y presión positiva (Apgar 5/9). Al ingreso se observa elevación de la PCR, si bien el niño se mantiene asintomático. Ante sospecha de sepsis vertical se inicia antibioterapia con ampicilina y gentamicina, tras extracción de cultivos y realización de punción lumbar, con una duración de 15 días. Se aísla *L. monocytogenes* en el cultivo de placenta, en hemocultivo y en exudados periféricos del niño. El líquido cefalorraquídeo (LCR) es estéril. La madre permanece asintomática y el neonato presenta una evolución favorable. La madre, que sufrió cuadro seudogripal 2 días antes del parto, refiere ingesta frecuente de verduras de huerto familiar sin lavado previo.

**Caso 3:** parto prematuro espontáneo a las 28+4 semanas por corioamnionitis. Se pauta una dosis de amoxicilina-clavulánico intraparto. El neonato no tiene aspecto séptico y

la analítica del ingreso es anodina, no obstante, se inicia antibioterapia con ampicilina y gentamicina por riesgo de sepsis vertical. Ante el crecimiento de *L. monocytogenes* en el hemocultivo del niño se realiza estudio de LCR en que se observa pleocitosis de polimorfonucleares. El cultivo es negativo, probablemente por el inicio precoz de antibioterapia empírica. Se mantiene tratamiento antibiótico 14 días. Tanto el niño como la madre tuvieron evolución satisfactoria. Se desconoce el origen de la infección.

**Caso 4:** neonato a término de 8 h de vida con fiebre y letargia. No se pauta tratamiento antibiótico intraparto a pesar de que la madre presenta fiebre. En la analítica del niño se objetiva PCR elevada y la punción lumbar es negativa. Se inicia antibioterapia empírica con ampicilina y gentamicina con una rápida mejoría clínica. El tratamiento se mantiene 14 días. Se aísla en el hemocultivo *L. monocytogenes*. La madre, que se mantiene asintomática, no refiere ingesta de alimentos sospechosos.

*L. monocytogenes* es un bacilo grampositivo con una distribución ubicua en la naturaleza<sup>1-3</sup>. El paso al hombre se produce por ingesta de frutas y vegetales crudos contaminados o productos extraídos de animales afectados, como leche sin pasteurizar, quesos frescos y carne poco cocinada. En los últimos años la comida precocinada se ha colocado a la cabeza como fuente de contagio<sup>1,2</sup>. En muchas ocasiones no se identifica el alimento contaminado por el largo periodo de incubación y la gran variedad de alimentos implicados<sup>3</sup>. Las gestantes son muy susceptibles a la infección debido al descenso de la inmunidad celular propio de la segunda mitad del embarazo<sup>2,4</sup>. La manifestación clínica materna más frecuente es un cuadro seudogripal. La colonización placentaria causa corioamnionitis con adelantamiento del parto y/o aborto<sup>2</sup>. El contagio del recién nacido sucede por paso transplacentario de bacterias, por vía ascendente o por contacto en el parto<sup>1,2,5</sup>. Se describen dos cuadros: temprano y tardío. El primero se caracteriza por una sepsis vertical en neonato prematuro y el segundo, por meningitis en niño a término de más de 3 días de vida<sup>2,4,5</sup>. El tratamiento neonatal siempre debe incluir ampicilina intravenosa y se recomienda asociar gentamicina por tener efecto sinérgico<sup>2,5,6</sup>.

doi:10.1016/j.anpedi.2008.11.001

Concluimos que, al igual que se insiste a las gestantes en evitar alimentos susceptibles de infección por toxoplasma, se debe recomendar medidas establecidas por la Food and Drug Administration (FDA) para reducir el contagio de *L. monocytogenes*: evitar los alimentos descritos, contacto con ganado, ingerir los alimentos precocinados precocinadamente y limpiar la nevera y los útiles de cocina con frecuencia<sup>1,6</sup>.

## Bibliografía

1. Ramaswamy V, Cresence V, Rejitha J, Lekshmi M, Dharsana KS, Priya S. Listeria-review of epidemiology and pathogenesis. *J Microbiol Immunol Infect*. 2007;40:4-13.
2. Posfay-Barbe K, Wald E. Listeriosis. *Pediatr Rev*. 2004;25:151-9.
3. López L, Gaztelurrutia L, Martínez I, Aguirrebengoa K, Valls A, Hernández JL. Listeriosis. Estudio de 16 años en un hospital terciario en España. *Rev Panam Infectol*. 2007;9:30-7.
4. Mylonakis E, Paliou M, Hohmann E, Calderwood S, Wing E. Listeriosis during pregnancy: a case series and review of 222 cases. *Medicine*. 2002;81:260-9.
5. Ballabriga A, Gallart-Catalá A, Arcalis L, Almar J. Listeriosis neonatal. En: Sanchez Villares editor. *Pediatría Básica*. 1.ª ed. Madrid: Idepsa; 1980. p. 199-208.
6. Sala P. Listeriosis. En: Corretger JM, Cruz-Hernández M, Gonzalez-Hachero J, Moraga FA, editors. *Infectología pediátrica*. 1.ª ed. Barcelona: Espaxs; 2006. p. 199-203.

M. Costa Romero\*, P. Toyos García, G.D. Coto Cotallo, B. Fernández Colomer y J.B. López Sastre

*Servicio de Neonatología, Departamento de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marta\\_costar@yahoo.es](mailto:marta_costar@yahoo.es) (M. Costa Romero).

## Protocolo de ventilación no invasiva neonatal: cuidado al recomendar presiones demasiado bajas

### Neonatal non-invasive ventilation protocol: Care in recommending too low pressures

*Sr. Editor:*

En primer lugar, es necesario agradecer a los autores de la referida carta el interés y el entusiasmo en plantear controversias sobre aspectos tan importantes como la ventilación no invasiva (VNI) neonatal<sup>1</sup>.

El Grupo Respiratorio y Surfactante de la Sociedad Española de Neonatología que ha elaborado estas recomen-

daciones está formado por un grupo de neonatólogos pertenecientes a los hospitales con mayor experiencia en el uso de esta modalidad de soporte respiratorio en neonatos. Estas recomendaciones reflejan el consenso alcanzado en diferentes reuniones, tras una revisión crítica de la literatura médica pertinente para incluir las mejores pruebas científicas disponibles sobre el tema.

A continuación se comentan los aspectos específicos que se describen en la carta.

### Programación de la presión continua positiva en las vías respiratorias por vía nasal

No cabe ninguna duda de la utilidad que tiene la carta mencionada anteriormente al recordar los efectos