

Onfalitis neonatal

Begoña Pérez-Moneo Agapito, Mario Pérez Butragueño, Clara Molina Amores.

Servicio de Pediatría. Hospital Infanta Leonor [Servicio Madrileño de Salud]. Madrid. España.

Fecha de actualización: 20-agosto-2012
 Guía-ABE_Onfalitis neonatal (v.1/2012)

Cita sugerida: Pérez-Moneo Agapito B, Pérez Butragueño M, Molina Amores C. Onfalitis neonatal (v.1/2012). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 20-ago-2012; consultado el dd-mmm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

La onfalitis consiste en la infección del ombligo y los tejidos que lo rodean. Es una infección típica del periodo neonatal (primera semana de vida) y cursa con induración, eritema, mal olor y dolor de la piel periumbilical, asociado o no a exudado purulento de la base del ombligo¹.

- La incidencia en recién nacidos de países desarrollados está en torno al 0,7%, ascendiendo al 6% en países en vías de desarrollo. Afecta por igual a ambos sexos.
- Los factores de riesgo para su aparición son: bajo peso al nacer, trabajo de parto prolongado, rotura prematura de membranas, corioamnionitis y el cateterismo umbilical, pero sobre todo los partos domiciliarios y el cuidado inapropiado del cordón. El contacto piel con piel puede ser un factor protector porque promueve la colonización del ombligo por flora saprofita de la piel.
- Puede aparecer clínica sistémica (alteración del control térmico, irritabilidad o letargia, vómitos o afectación del estado general) que suele sugerir la presencia de complicaciones.
- Las complicaciones son poco frecuentes pero graves: sepsis neonatal, trombosis portal, absceso hepático, peritonitis, gangrena intestinal y fascitis necrotizante². Son más frecuentes en recién nacidos de sexo masculino, prematuros, partos con complicaciones infecciosas y en presencia de fiebre.
- El diagnóstico es clínico, siendo los signos más característicos el exudado purulento junto con el eritema periumbilical.
- Se deben recoger muestras para cultivo del exudado y hemocultivo en todos los casos. Si se sospechan complicaciones se recogerán muestras de LCR para cultivo previo al inicio de antibioterapia sistémica.
- El tratamiento antibiótico debe ser intravenoso y de inicio precoz para disminuir el riesgo de complicaciones, incluyendo antibióticos frente a cocos Gram-positivos y bacilos Gram-negativos.
- En los países en vías de desarrollo el cuidado con **antisépticos** de la base del cordón ha demostrado disminuir el riesgo de onfalitis y la mortalidad asociada³. Sin embargo, en los países desarrollados, donde las medidas de cuidado del cordón en el recién nacido están bien implementadas, no se ha demostrado que el uso de **antisépticos** tópicos disminuya la incidencia de onfalitis; por ello, únicamente se recomienda mantener el cordón limpio (lavados con agua jabonosa templada) y seco.

Microorganismos causales ⁴	
Frecuentes	Menos frecuentes
<i>Staphylococcus aureus</i>	Anaerobios ⁵
<i>Streptococcus pyogenes</i>	
BGN: <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Proteus mirabilis</i>	

Factores de riesgo y microorganismos asociados	
Factores de riesgo	Microorganismo asociado
Cuidado no estéril del cordón	Descartar <i>Clostridium tetani</i>
Corioamnionitis materna	Anaerobios ⁵ : <i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Clostridium perfringens</i> , <i>C. tetani</i>
Ingreso previo en UCIN	<i>S. aureus</i> meticilina-resistente (SAMR)

Estudios complementarios		
	Pruebas de primer nivel	Pruebas de segundo nivel
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemograma⁶ ▪ Proteína C reactiva ▪ Bioquímica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coagulación⁷
Microbiología	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cultivo exudado umbilical ▪ Hemocultivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Citoquímica y cultivo del LCR ▪ Cultivo material drenaje quirúrgico
Imagen ⁸		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiografía abdominal ▪ Ecografía pared abdominal/abdominal

Tratamiento antimicrobiano empírico inicial ⁹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cloxacilina + gentamicina

Tratamiento antimicrobiano empírico / otros tratamientos en situaciones especiales	
Sospecha de SAMR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vancomicina + gentamicina
Fascitis necrotizante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cloxacilina + gentamicina + metronidazol ▪ Desbridamiento quirúrgico
Absceso intraabdominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cloxacilina + gentamicina +/- metronidazol¹⁰ ▪ Drenaje quirúrgico
Peritonitis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cloxacilina + gentamicina +/- metronidazol¹⁰ ▪ Valorar tratamiento quirúrgico según evolución y gravedad

Elección del antibiótico según el agente aislado ⁴			
Agente		Antibiótico de elección	Alternativa
<i>S. aureus</i>	Sensible a meticilina	Cloxacilina o cefalosporina 1ªG	Vancomicina
	Resistente a meticilina	Vancomicina	Clindamicina
<i>S. pyogenes</i>		Penicilina G	Ampicilina o cefotaxima
Bacilos Gram-negativos		Gentamicina	Otros aminoglucósidos
<i>B. fragilis</i>		Metronidazol	Cefoxitina o amoxicilina-clavulánico
<i>C. perfringens</i>		Penicilina G +/- clindamicina	Cefoxitina o cefazolina
<i>C. tetani</i>		Metronidazol o penicilina G	

Antibióticos: dosis, vía de administración y duración

- Dosis: ver <http://www.guia-abe.es/generalidades-antibioticos;-dosis-en-el-recien-nacido>
- El tratamiento antibiótico debe ser siempre intravenoso y mantenerlo durante 10 días¹¹

Referencias bibliográficas

- Palazzi DL, Brandt ML. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2009. Disponible en <http://www.uptodate.com> [consultado el 21/10/2011].
- Mullany LC, Darmstadt GL, Katz J, et al. Development of clinical sign based algorithms for community based assessment of omphalitis. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2006;91:99-104.
- Sawardekar KP. Changing spectrum of neonatal omphalitis. Pediatr Infec Dis J. 2004;23:22-6.
- Mullany LC, Darmstadt GL, Katz J, et al. Risk factors for umbilical cord infection among newborns of southern Nepal. Am J Epidemiol. 2007;165:203-11.
- Mullany LC, El Arifeen S, Winch PJ, et al. Impact of 4.0% chlorhexidine cleansing of the umbilical cord on mortality and omphalitis among newborns of Sylhet, Bangladesh: design of a community-based cluster randomised trial. BMC Pediatrics. 2009;9:67.
- Mullany LC, Darmstadt GL, Khatri SK, et al. Topical applications of chlorhexidine to the umbilical cord for prevention of omphalitis and neonatal mortality in southern Nepal: a community-based, cluster-randomised trial. Lancet. 2006;367:910-8.
- Fraser N, Davies BW, Cusack J. Neonatal omphalitis: a review of its serious complications. Acta Paediatr. 2006;95:519-22.
- Ulloa-Gutiérrez R, Rodríguez-Calzada H. Is it acute omphalitis or necrotizing fasciitis? Report of three fatal cases. Pediatr Emerg Care. 2005;21:600-2.
- Zupan J, Garner P. Cuidado tópico del cordón umbilical en el nacimiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Abreviaturas: **BGN:** bacilos Gram-negativos. **Cefalosporina 1^ªG:** cefalosporina de primera generación. **LCR:** líquido cefalorraquídeo. **RN:** recién nacido. **SAMR:** *Staphylococcus aureus* meticilina-resistente. **UCIN:** unidad de cuidados intensivos neonatales.

Notas aclaratorias

- ¹ Puede aparecer un leve exudado durante la caída fisiológica del ombligo sin otros síntomas asociados. En estos casos no es infrecuente en la práctica habitual administrar **antisépticos** o antibióticos tópicos (bacitracina o mupirocina), aunque no existe evidencia de su utilidad. Estos niños deben ser controlados muy de cerca para reconocer a tiempo cualquier síntoma o signo de onfalitis.
- ² La fascitis necrotizante es una infección polimicrobiana de la piel, tejido adiposo subcutáneo y fascia muscular profunda que se extiende rápidamente progresando a infección sistémica. Produce alta mortalidad (60-85%) y precisa de tratamiento quirúrgico inmediato, además de soporte general y antibióticos de amplio espectro. Uno de los signos más precoces para reconocerla es la aparición de "piel de naranja".
- ³ De los diferentes regímenes recomendados la clorhexidina al 4% es el más eficaz. El tratamiento consiste en toques diarios y debe iniciarse en las primeras 24 horas de vida y mantenerlo hasta los 7-10 días. El lavado con agua y jabón de la base del cordón no parece disminuir ni la incidencia ni la mortalidad por onfalitis.
- ⁴ Con frecuencia es una infección polimicrobiana.
- ⁵ Son más frecuentes en presencia de corioamnionitis y cursan con muy mal olor de la base del ombligo.
- ⁶ Puede ser normal en los pacientes que sólo tienen signos locales de infección sin complicaciones sistémicas.
- ⁷ Si sospecha de sepsis o infección grave para valorar coagulopatía o ante la necesidad de tratamiento quirúrgico.
- ⁸ Permite valorar complicaciones intraabdominales como abscesos, aire ectópico e íleo paralítico, y de la propia pared abdominal.
- ⁹ El objetivo es cubrir inicialmente a *S. aureus* y los BGN. Algunos autores recomiendan añadir metronidazol o clindamicina especialmente en los recién nacidos de madres con corioamnionitis.
- ¹⁰ Añadir metronidazol si hay sospecha de anaerobios. Cambiar cloxacilina por vancomicina si se sospecha SAMR.
- ¹¹ Se puede valorar modificar su duración según la respuesta clínica y el desarrollo de complicaciones.

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[🌐] Más información en: <http://www.guia-abe.es>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Algunos derechos reservados

Con la colaboración de:



[©] Guía-ABE, 2012. ISSN: 2174-3568.