

PROTOCOLO de ONFALITIS

Diciembre 2018

Abreviaturas:

RPM= rotura prolongada de membranas
PCR= proteína C-reactiva
PCT= procalcitonina
LCR= líquido cefalorraquídeo
SARM= *Estafilococo aureus* resistente a meticilina
ATB= antibiótico
IV= intravenoso

1. DEFINICIÓN

La onfalitis consiste en la inflamación del ombligo y los tejidos que lo rodean, cuya causa más frecuente es infecciosa. Es una patología típica del periodo neonatal y cursa con induración, eritema, mal olor y dolor de la piel periumbilical, asociado o no a exudado purulento de la base del ombligo.

Se suele presentar entre en 3° y 4° día de vida. La incidencia en recién nacidos en países de renta alta está en torno al 0,7%, ascendiendo al 8% en países de renta baja. Afecta por igual a ambos sexos.

2. ETIOLOGÍA

Microorganismos causales
- <i>Staphylococcus aureus</i>
- <i>Streptococcus pyogenes</i>
- Bacilos Gram negativos: <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Proteus mirabilis</i>
- Anaerobios: <i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Clostridium perfringens</i> , <i>Clostridium tetani</i>

3. FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo
- Bajo peso al nacimiento
- Trabajo de parto prolongado
- Nacimiento en domicilio
- RPM/Corioamnionitis → Anaerobios
- Ingreso previo en UCIN → <i>Staphylococcus aureus</i> Resistente a Meticilina (SARM)

4. CLÍNICA

● Local:

- Eritema
- Induración
- Exudado purulento
- Mal olor

● Sistémica:

- Fiebre
- Letargia
- Irritabilidad
- Vómitos
- Rechazo alimentario



5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Anomalías del conducto onfalomesentérico: incluyen el pólipo mucoso, el seno umbilical, el conducto onfalomesentérico permeable y el divertículo de Meckel. A pesar de que es poco frecuente, puede provocar dolor abdominal y exudado bilioso, pudiéndose confundir con la onfalitis, aunque el eritema, la induración y el mal olor suelen estar ausentes. La ecografía abdominal es útil para el diagnóstico y el tratamiento suele ser quirúrgico.
- Anomalías del uraco: incluyen el uraco persistente, el seno uracal, el divertículo uracal y el quiste uracal. Puede provocar síntomas locales muy similares a la onfalitis, aunque el exudado suele ser claro, ácido y no maloliente. Se debe sospechar ante una onfalitis que no mejora a pesar de la antibioterapia. Puede complicarse con la formación de un absceso uracal, que drena un material purulento característico. La prueba inicial para el diagnóstico diferencial debe ser la ecografía abdominal, y el tratamiento en la mayoría de los casos es quirúrgico, por el riesgo de infección y malignización.

6. COMPLICACIONES

- Sepsis: difícil diagnóstico diferencial con la onfalitis que produce clínica sistémica. La siembra de émbolos sépticos puede producir abscesos, artritis, meningitis y endocarditis.
- Fascitis necrosante: es una de las complicaciones mayores más frecuentes. Inicialmente produce escasa afectación sistémica, con edema umbilical y celulitis. Progresas rápidamente, produciendo una coloración azul-purpúrea característica, que puede evolucionar a gangrena e importante afectación del estado general. Mortalidad elevada, entre el 50 y el 87.5%, requiriendo antibioterapia IV y desbridación quirúrgica precoz.
- Peritonitis: produce aspecto séptico, abdomen agudo, rechazo alimentario, vómitos biliosos y diarrea en la mitad de los casos. El tratamiento más efectivo es la laparotomía urgente, aunque en ocasiones se obtienen buenos resultados con tratamiento conservador mediante antibioterapia IV.
- Absceso abdominal/hepático: dependiendo de la localización puede provocar masa abdominal o inguinoescrotal. A nivel hepático puede provocar como complicación una trombosis portal. Requiere en todos los casos tratamiento quirúrgico.

7. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Primera línea	Segunda línea
Laboratorio	- Hemograma - Bioquímica con PCR +/- PCT	- Hemostasia - Citoquímica LCR
Microbiología	- Cultivo exudado umbilical - Hemocultivo	- Cultivo LCR - Cultivo drenaje quirúrgico
Imagen		- Radiografía abdominal - Ecografía abdominal

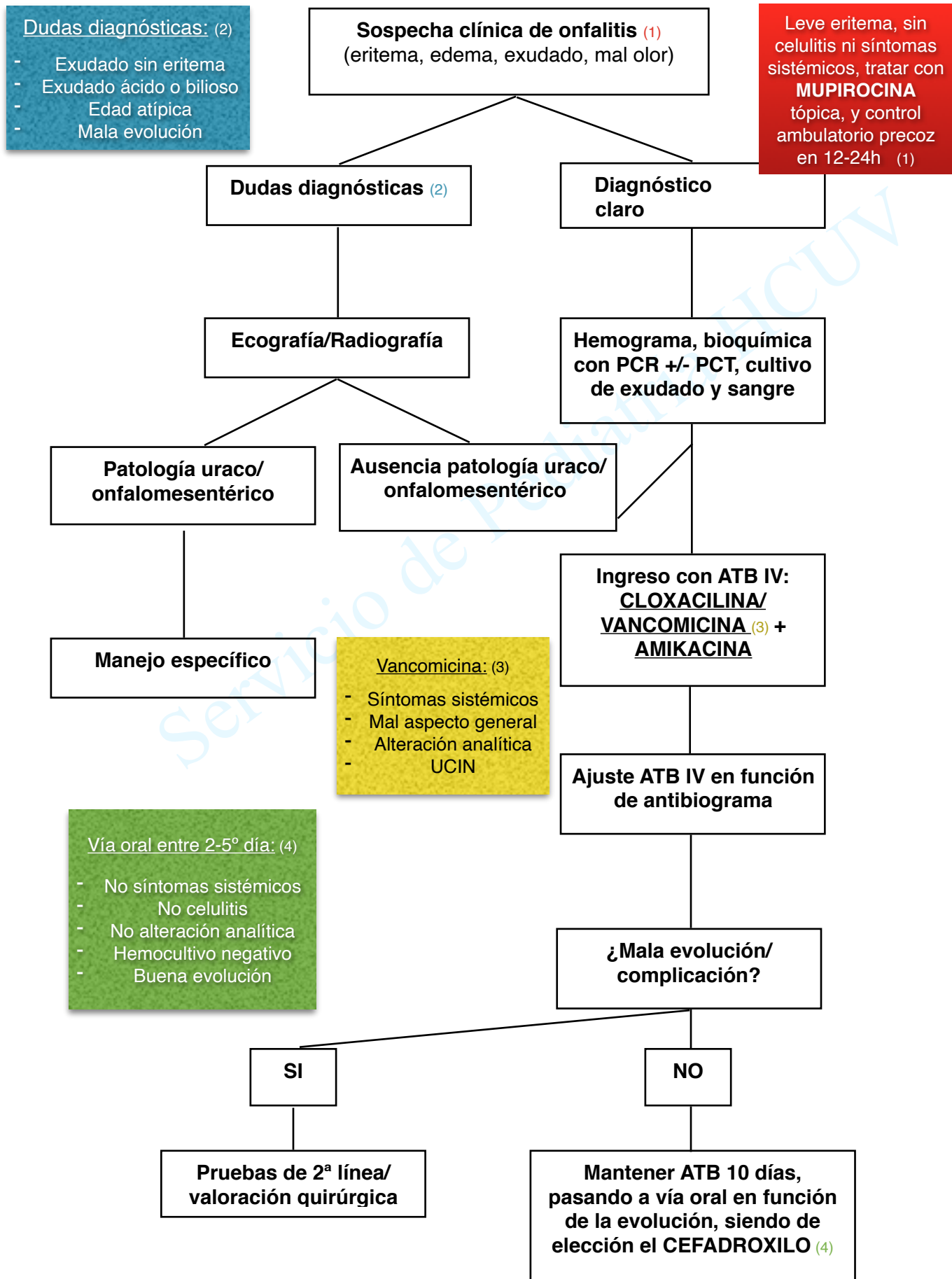
8. TRATAMIENTO

- Los **casos de dudoso diagnóstico** en los que exista sólo **leve eritema**, sin celulitis ni síntomas sistémicos, podrían tratarse inicialmente con antibióticos tópicos como la **MUPIROCINA**, con control ambulatorio precoz en 12-24 horas para ver evolución.
- Si estamos ante un **caso claro de onfalitis**, o si hay signos de afectación **sistémica**, se recomienda **ingreso hospitalario** con **antibioterapia vía parenteral**.
- Las guías recomiendan antibioterapia empírica inicial intravenosa con **CLOXACILINA + GENTAMICINA (o amikacina)**, que posteriormente podrá ajustarse en función del resultado del antibiograma.
- En medios con **alta prevalencia se SARM** se recomienda sustituir cloxacilina por **VANCOMICINA**.
- En casos no complicados, la antibioterapia deberá mantenerse un total de **10 DÍAS**, inicialmente por vía parenteral y posteriormente valorando el paso a vía oral en función de la respuesta y evolución clínica.
- Casos de **mala evolución** o **complicados** requieren **valoración quirúrgica**.

9. PREVENCIÓN: CUIDADOS DEL CORDÓN

- La aplicación de antisépticos tópicos (alcohol 70° o clorhexidina) reduce el riesgo de infección y de complicaciones, aunque se recomienda principalmente en países de renta baja.
- En países de renta alta la **CURA SECA** (lavado con agua y jabón, con posterior secado) es totalmente válida y además adelanta el tiempo de caída del cordón una media de 3 días.
- El antiséptico de elección es la **CLORHEXIDINA ACUOSA AL 2%**, ya que aporta beneficios con respecto al alcohol en lo que respecta al tiempo de caída del cordón, y no irrita tanto la piel.
- Es importante instruir a los padres en el reconocimiento precoz de los signos de onfalitis, ya que se ha demostrado que reduce la morbi-mortalidad.

ALGORITMO



11. BIBLIOGRAFÍA:

- 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. Actualizado el 20-ago-2012.
- Emilio Álvaro Iglesias, Fernando Fernández Calvo, Verónica Recio Pascual. Patología Umbilical Frecuente. Protocolos actualizados AEP año 2008.
- Nia Fraser, Brian W. Davies, Jonathan Cusack. Neonatal omphalitis: A review of its serious complications. Acta Pædiatrica, 2006; 95: 519522.
- Debra L Palazzi, Mary L Brandt. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders. Uptodate 2018.
- Ethan G. Leonard, Katherine Dobbs. Chapter 55: Postnatal Bacterial Infections. Faranoff & Martin's Neonatal-Perinatal Medicina. 10th Edition. 2015.
- Anita K.M. Zaidi, Gary L. Darmstadt y Barbara J. Stoll. Chapter 2: Neonatal Infections: A Global Perspective. Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 8th Edition. 2016.
- Díaz Gutiérrez, M. J. Umbilical Cord Care Procedures in the Newborn: A Systematic Review. Ars Pharm. 2016; 57(1): 5-10.
- Stewart D, Benitz W. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. Pediatrics 2016; 138(3):e20162149