

□ **Prevención neonatal de la infección por estreptococo grupo B**

Sr. Editor:

En el volumen 95, número 3, del año 1997 se publica el consenso sobre "Profilaxis de infecciones en clínica pediátrica". En la página 220 figura como punto V la prevención neonatal de la infección por estreptococo grupo B (EGB).

Deseamos transmitirle nuestro desacuerdo, en algunos aspectos, con las recomendaciones efectuadas. Estas dicen casi textualmente que todas las mujeres gestantes, preferentemente entre las 34 y 36 semanas, deben ser cultivadas mediante un hisopado vaginal y otro rectal, para descartar que sean portadoras del EGB. Luego se expresa que los resultados de estos cultivos serán tenidos en cuenta en mujeres que presenten situaciones de riesgo, aunque no se aclara en ese párrafo que es para indicar quimioprofilaxis en la madre durante el trabajo de parto.

Hay al menos cuatro puntos en estas recomendaciones que merecen, a nuestro juicio, algunas consideraciones:

1. Existe una controversia, que se plantea en el ámbito de varios países,^{1,6} sobre la utilidad de la pesquisa universal y cuál es el momento más adecuado para efectuarla. A nuestro criterio, la pesquisa del EGB en forma universal, es decir a todas las madres embarazadas, es impracticable en nuestro país, donde muchas veces ni siquiera se cumplen otras múltiples medidas más simples y de menor costo (control del peso, de la presión arterial, de la altura uterina, de la hemoglobina, etc..).
2. En el caso de que algunos centros de la Argentina quisieran poner en práctica la pesquisa universal, se sugiere entonces seguir con la recomendación más difundida, propuesta por la Academia Americana de Pediatría (AAP),² indicando en toda madre con un cultivo positivo para EGB en el embarazo, tratamiento con penicilina o ampicilina en el trabajo de parto. Esto difiere de lo que se señala en el consenso, donde sólo se incluye la quimioprofilaxis a un grupo con factores de riesgo. El sentido de

la recomendación de la AAP se basa en el hecho de que en la gran mayoría de los neonatos afectados sus madres no tienen ningún factor de riesgo, aspecto que pudimos comprobar también nosotros en un estudio publicado recientemente.³

3. La AAP en su última recomendación propone dos alternativas, igualmente aceptables, para disminuir la frecuencia de la enfermedad temprana por EGB.² Una es la pesquisa universal ya comentada y la otra es no hacer ningún cultivo e indicar quimioprofilaxis intraparto con penicilina o ampicilina a aquellas madres que tengan alguno de los siguientes factores: un hijo con enfermedad neonatal por EGB, bacteriuria por EGB en el presente embarazo, trabajo de parto prematuro (< 37 semanas), ruptura de membranas • 18 hs antes del nacimiento y madres con fiebre en el parto. Esta propuesta, que es bastante amplia porque abarca una población que va más allá de los factores de riesgo estrictos, surge, a pesar de sus limitaciones, como mucho más factible y es la que nosotros pensamos que podría ser accesible en nuestro país. Aun cuando no disponemos de estudios controlados que hayan evaluado este abordaje, tampoco hay evidencias de que la pesquisa universal sea una mejor opción. Desgraciadamente, es muy probable que nunca lleguemos a saber cuál es la estrategia más adecuada, ya que se calcula que serían necesarias al menos 100.000 madres en cada grupo, para evaluar correctamente el resultado.⁴
4. Existe otro punto y es que, independientemente de la estrategia de selección que se emplee, incluyendo otras aquí no comentadas, la mayoría de ellas recomienda la quimioprofilaxis a la madre para prevenir la sepsis neonatal temprana. Sin embargo, sobre este aspecto también hay controversia y en un estudio de revisión de esta práctica se afirma que los trabajos aleatorios publicados adolecen de numerosas fallas como para que sus conclusiones sean

muy valederas y que eso limita el valor que puedan tener los meta-análisis que se efectúen.⁵ Igualmente es cierto que la tendencia, aun en los estudios que tienen un escaso poder estadístico, es hacia una reducción de la infección neonatal temprana.⁶

Deseamos que estas observaciones sean de utilidad para aclarar algunos aspectos sobre este tema. Los consensos que en los últimos años ha efectuado la SAP son de enorme utilidad y representan un esfuerzo muy grande de parte de los integrantes para brindar una información apropiada y actualizada a los pediatras. Es probable, sin embargo, que algunos temas complejos y controvertidos, como el aquí señalado, merezcan un cuidado especial, con una participación activa de otros profesionales (en este caso obstetras) y una adaptación a nuestro medio de las recomendaciones de otros países.

*Dres. José M. Ceriani Cernadas,
Carlos Fustiñana, Gonzalo Mariani*
División de Neonatología,
Departamento de Pediatría,
Hospital Italiano de Buenos Aires.

REFERENCIAS

1. Greenspoon JS, Wilcox JG, Kirschbaum TH. Group B streptococcal: the effectiveness of screening and chemoprophylaxis. *Obstet Gynecol Survey* 1991; 46: 499-508.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious diseases, and Committee on Fetus and Newborn. Revised guidelines for prevention of early-onset group B streptococcal (GBS) infection. *Pediatrics* 1997; 99: 489-96.
3. Anglada AM, Ceriani Cernadas JM. Sepsis por estreptococo grupo B en el recién nacido. *Arch Arg Pediatr* 1997; 95: 9-13.
4. Landon MB, Harger J, McNellis D et al. Prevention of neonatal group B streptococcal infection. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 460-62.
5. Ohlsson A, Myhr TL. Intrapartum chemoprophylaxis of perinatal group B streptococcal infections: a critical review of randomised controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 910-17.
6. Jeffery HE. Perinatal group B streptococcal infection: a significant public health problem. *Semin Neonatal* 1996; 1: 77-89.

Sr. Editor:

Cuando se realizó la actualización bibliográfica para la discusión del documento base (fines 1996), existían propuestas de pesquisa de la infección por estreptococo grupo B en todas las embarazadas, fundamentalmente porque se había observado disminución del impacto en el neonato, cuando se trataban madres portadoras con penicilina o ampicilina previamente al parto.^{1,2} Se propuso esta conducta tanto para neonatos de bajo como alto riesgo. Los beneficios de la profilaxis fueron observados en estudios previos, donde la administración de ampicilina redujo la colonización de neonatos del 46-52% en embarazadas no tratadas al 7% en madres que sí lo fueron. Esta conducta fue avalada por la Academia de Pediatría³ y por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.⁴

Sin embargo en bibliografía posterior, tal como lo señala el *Red Book* de 1997,⁵ se propuso como alternativa esta conducta, la de realizar profilaxis antibiótica en embarazadas con factores de riesgo (como fuera señalado en la nota de Ceriani et al.) que son: antecedentes de hijo con enfermedad invasiva por EGB, parto < 37 semanas gestación, T° > 38° intraparto o ruptura de membranas > 18 hs. Esta postura que supone ofrecer profilaxis según riesgo y no realizar cultivos parece la más factible en nuestro medio. En aquellos centros donde puede ser posible realizar cultivo entre semanas 35 y 37 se puede ofrecer profilaxis a las madres según los resultados obtenidos.

Esta táctica parecería tener mayor relación costo-beneficio en nuestro medio. Respecto a las fallas de los diseños de trabajos comparativos realizados, comentado en el punto 4 de la citada nota, no parecería que a la fecha se disponga de informes que demuestren una estrategia mejor; por ello, es necesario seguir realizando reuniones de consenso, como la organizada el día 30 de octubre de 1998 en la Sociedad Argentina de Pediatría, donde sigamos discutiendo la mejor estrategia a aplicar.

Raúl O. Ruvinsky, Elizabeth Bogdanowicz.
Coordinador Grupo Trabajo
de Profilaxis Médica
Comité Infectología SAP.

BIBLIOGRAFIA

1. Bitar CN, Steele RW (N. Orleans, Luisiana). Use of Prophylactic Antibiotics in Children. *Advances in Pediatric*

- Infectious Diseases. Mosby-Year Book 1995; 10: 227-82.
2. Tuppurainen N, Hallman M. Prevention of neonatal group B Streptococcal disease: Intrapartum detection and chemoprophylaxis of heavily colonized parturients. *Obstr Ginecol* 1989; 73: 583-587.
 3. Committee on Infectious Diseases and Committee in Fetus and Newborn: Guidelines for prevention of group B streptococcal Infections by chemoprophylaxis. *Pediatrics* 1992; 90: 775-8.
 4. American College of Obstetricians and Gynecologists: Group B Streptococcal Infections in Pregnancy. Washington DC ACOG Technical Bulletin N° 170, July.
 5. American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Diseases, Red Book, 24th. Illinois. 1997, 496-99.

□ ¿Primer Mundo?

[*Arch Arg Pediatr*, 1997 95(5):377]

Sr. Editor:

Hace ya varios años que leo con desilusión la desafortunada expresión "primer mundo" en boca de funcionarios del gobierno, políticos, periodistas, etc. Pero leerla en boca de pediatras en nuestra revista *Archivos* [*Arch Arg Ped*, 1997 95 (5): 377] ya me hace sentir con más ánimo para escribir esta nota, con una intención fundamentalmente aclaratoria.

Para explicar por qué llamo desafortunada la expresión antedicha, debo retrotraerme a la Revolución Francesa. En efecto, en esa época (1789), se acuñó la expresión "Tiers état" para describir a un nuevo factor de poder (la burguesía) que se incorporaba a los dos preexistentes en la conducción del Estado: la nobleza y el clero.

En francés la palabra "tiers" quiere decir tercio. De esta manera, la burguesía, al ser la llamada "Tiers état", era reconocida como uno de los tres tercios en que se componía el poder. La palabra "tiers" no asumía ningún significado ordinal, de ninguna manera implicaba que uno de los tres poderes era primero, segundo o tercero, sino que era simplemente un tercio, sin asumir orden ni jerarquía algunos.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, Jean-Jacques Servant Schreiber, junto con otros miembros del Club de Roma, frente a la polarización política de EE.UU. y URSS, acuñaron el término "tiers monde" para designar a los países no alineados. Nuevamente, el término "tiers monde" implicaba la asunción de que el mundo podía dividirse entre partes y que los países no alineados constituían uno de los tercios; el término implicaba la existencia de un tercio alternativo, ni comunista ni capitalista, pero, decididamente, no asumía posición jerárquica ni orden alguno.

No se le ocurría a nadie pensar (o por lo menos escribir) que había un mundo que era primero u otro segundo. Aquí debemos hacer un pequeño

intervalo lingüístico: si se quiere decir tercero en francés, debe decirse "troisième" pero, lógicamente, ningún estadista sensato de esa época hubiera osado usar un término semejante, porque tiene una fuerte connotación jerárquica.

A pesar de esto, se oye frecuentemente en nuestro medio hablar de primer mundo para referirse a una de las partes en que se lo imagina dividido. Como nuestro idioma español no tiene una palabra para expresar lo que debería ser algo así como "tercio mundo", debemos aceptar el tener que decir tercer mundo, pero de ahí a colocar a nuestro país en un tercer lugar y colocar a otros en el primero, cuando ni siquiera esos países se mencionan a sí mismos como primeros, es un largo paso y refleja una situación que hace unos veinte años se llamaba complejo de inferioridad.

Cordialmente

Dr. Horacio Lejarraga

Sr. Editor:

Me dirijo a ustedes para acusar recibo de la carta enviada por el Dr. Horacio Lejarraga con un comentario sobre una expresión vertida por mí, escrita y publicada en *Arch Arg Pediatr*, 1997 95 (5): 377, cuando hago referencia al "primer mundo" y hago propicia la oportunidad para agradecer a tan distinguido colega la atención dispensada al artículo y su muy ilustrada nota.

Quiero destacar que cuando hablo del primer mundo, lo hago para y como lo entiende el común de la gente; lo expreso en el sentido mundano, vulgar, no en francés ni en el sentido histórico y

académico del término, como el Dr. Lejarraga tan bien lo explicita. Cuando hablo del primer mundo hablo de aquél que produce. Hablo del llamado mundo industrializado y reconozco en el tercero a aquel que compra todo, es decir, en vías de industrialización (o subdesarrollo) o totalmente dependiente.

Hay gente que se cree del primer mundo porque tiene telefonía celular. Les explico con amor y paciencia que (el primer mundo) el mundo industrializado es aquel que fabrica el teléfono y el subdesarrollado (o del tercer mundo) el que lo compra.

Es notable cómo algunos argentinos, a pesar de comprar casi todo lo que consumen (ropa, autos, maquinarias, telefonía, horas satelitales, instrumental médico, equipamiento de laboratorio, reactivos, drogas, medicamentos, hormonas, computadoras, Internet, programas, insumos, prótesis y, ahora también, galletitas y teleteatros) se sienten bien y pertenecientes al mundo desarrollado (para no decir del primer mundo).

Es notable cómo, a pesar de vivir en un país que tiene el 5% de la población analfabeta y un 10% de la población con sólo 1^{er} grado, un 19,5% con primario incompleto, un 18,9% con secundario incompleto y únicamente 3,3% con estudios univer-

sitarios completos; en un país que tiene el 50% de la población sin agua potable y el 70% sin cloacas, con más del 50% de la población infantil parasitada, donde en algunas áreas detentan el 99% (vale decir que 99 de cada 100 chicos comieron materia fecal), se sienten bien o del mundo desarrollado (para no decir del primer mundo).

Esto refleja una situación que desde hace mucho más de veinte años se llama, a mi entender, complejo de superioridad.

Quiero, como todos los argentinos, vivir en un país que produzca y exporte y no que compre. Quiero vivir en un país desarrollado de los "mundanamente" llamados del primer mundo, aunque ellos (los industrializados) ni se den cuenta de que lo son. Es por esta razón que trato de actuar médicamente y políticamente para superar las causas de nuestro atraso que suele ser la abundancia de acción sin ideas, que es vicio de políticos y de ideas sin acción que es pecado de intelectuales, tal como lo expresara el Dr. R. Terragno en su libro *Siglo XXI*.

Cordialmente

Dr. Eduardo Cueto Rúa

□ *Tiempos y espacios*

Sr. Editor

La Comisión Científica de la Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Salta tiene el agrado de dirigirse a Ud. para comentar la reflexión acerca del tema: "*Tiempos y espacios*" del Dr. Emilio Boggiano, editado en *Arch Arg Pediatr* 1997; 95 (6):385.

Leímos con interés el análisis que realiza en él, ya que es nuestra realidad. Resumiendo lo expresado allí, la comunicación a través del diálogo es fundamental para el éxito de un tratamiento, teniendo en cuenta la capacitación del profesional, su motivación y la entrega con su paciente.

Esos temas deberían ser tratados con más

frecuencia en los ámbitos profesionales para asumir con más responsabilidad nuestras prácticas médicas, a través de la publicación de artículos similares en forma periódica en los Archivos Argentinos de Pediatría.

La inquietud de esta nota es la realidad que en este momento vivimos los pediatras en nuestra zona noroeste y que se extiende a todo el país.

Dres. Roberto Nazr y Mirta Fernández

Comisión Científica

Sociedad Argentina de Pediatría

Filial Salta