

La cesárea electiva disminuye el riesgo de transmisión vertical de HIV 1

The international perinatal HIV group: The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: A meta-analysis of 15 prospective cohort studies .N Engl J Med 1999;340:977-87

Objetivo

Evaluar la asociación entre el parto por cesárea electiva como variable independiente y la transmisión vertical de HIV.

Fuente de datos

Se realizó un meta-análisis considerando los datos individuales de todos los pacientes que participaron en 15 estudios prospectivos de cohorte (5 europeos y 10 de EE.UU.). El estudio fue conducido entre 1982 y 1996

Selección de estudios

Se obtuvieron a partir de MEDLINE y de discusiones con colegas, se escogieron artículos solo en inglés. Se incluyeron estudios que tuvieran más de 100 pares de madres-hijos; que su ingreso en el estudio fuera previo al 1° de enero de 1997; que tuvieran información sobre el estado de los niños en cuanto a infección; y que fueran en lugares donde se recomendaba a las madres no amamantar. Se excluyeron aquellos que incluían a las madres luego de siete días del parto; aquellos en que la madre no se sabía infectada; aquellos con embarazos múltiples; y aquellos en que se conocía el uso de lactancia materna.

Extracción de datos

Se consideraron cuatro categorías de tipo de parto: Cesárea electiva, considerada como tal la realizada previa al comienzo del trabajo de parto y a la ruptura de membranas; cesárea no electiva; parto vaginal instrumental y parto vaginal no instrumental. Se analizaron potenciales confundidores conocidos dependiendo de su disponibilidad: terapia antirretroviral prenatal, intraparto y neonatal; presencia de SIDA en la madre; abuso de sustancias durante el embarazo; recuento de CD4 maternos; peso del niño al nacer; semana de gestación. Se utilizó un análisis multivariante para ajustar los resultados obtenidos considerando estos otros factores de riesgo que están identificados como asociados a la transmisión vertical del HIV.

Resultados Principales

Todos los estudios mostraron individualmente una tendencia a la protección de la transmisión vertical con cesárea electiva. Los estudios europeos tuvieron mayor proporción de cesáreas que los de EE.UU. El análisis primario fue restringido a 8533 pares de madre-hijo para los cuales la ruta y circunstancias del parto, así como el estado infectológico de la madre eran conocidos. Para el análisis de las covariables se consideraron 7840 pares de madre-hijo que tenían toda la información disponible. Ajustando por las 3 covariables principales (terapia antirretroviral; enfermedad materna avanzada; y el peso al nacimiento) la cesárea electiva se encontró asociada a una disminución del riesgo de transmisión vertical, con un riesgo relativo de 0,43 (IC 95%:0,33-0,56). Esto representa una disminución porcentual del riesgo de un 57% (44% - 67%).

Estimaciones sobre el riesgo de transmisión en distintos subgrupos:

Tipo de parto	Riesgo de transmisión	IC95%
Cesárea electiva		
sin terapia antirretroviral	10,4%	(7,8-12,9%)
Cesárea electiva		
con terapia antirretroviral	2%	(0,1-4,01%)
Otros métodos		
sin terapia antirretroviral	19%	(17,9-20%)
Otros métodos		
con terapia antirretroviral	7,3%	(5,9-8,8%)

En cuanto a la cesárea no electiva de < 1 hora de iniciado el trabajo de parto tuvo una tasa cruda de transmisión de 11,7%, mientras que en la cesárea no electiva de < 4 hora de iniciado el trabajo de parto fue de 13,5%. transmisión en distintos subgrupos:

Conclusiones

La cesárea electiva en mujeres HIV + reduce de forma significativa, como factor independiente, el riesgo de transmisión vertical de HIV. La reducción es mayor si se asocia a la utilización de terapia antirretroviral con AZT pre-intra y postparto.

Fuente de financiamiento: National Institute of Health

COMENTARIO

A pesar que la transmisión del HIV podría ocurrir previa al parto o mediante el amamantamiento, se estima que un 70% ocurre durante el trabajo de parto por el pasaje del bebé por el canal vaginal. Por lo tanto se considera de vital importancia estimular los esfuerzos para prevenir la transmisión vertical mediante la aplicación de medidas tanto en el parto, como en el embarazo y el puerperio. Por lo tanto resulta de importante la identificación y prevención de los factores obstétricos que promueven la transmisión.

En base al trabajo analizado, que demuestra una disminución de la transmisión del HIV en niños que nacieron por cesárea electiva, nos planteamos el siguiente interrogante: ¿Pueden estos resultados extrapolarse a mis pacientes?

Para responder a esta pregunta debemos considerar la población con la que trabajamos; la morbi-mortalidad de la cesárea en nuestro medio, y el riesgo/beneficio de exponer a una cesárea electiva a una paciente considerando los diferentes estadios de su enfermedad.

Este metaanálisis está realizado con trabajos en donde aún no se disponía de evidencia acerca del valor de la estimación de la carga viral y, como evaluación del estado, se utilizó el recuento de CD4 y el porcentaje de linfocitos CD4T.

También existe la posibilidad de que con el advenimiento del triple cóctel antiviral y la reducción de la carga viral, pueda existir un riesgo menor de transmisión de la enfermedad en las embarazadas, y probablemente esto defina un tipo de población distinta a la referida en este metaanálisis. Otro punto a tener en cuenta es la accesibilidad a este tipo de tratamientos en poblaciones carenciadas y la compliance de las pacientes a la terapia antirretroviral.

En definitiva, si bien la cesárea electiva disminuye el riesgo de transmisión vertical del HIV, la misma no siempre es una alternativa disponible. Cabe esperar ahora los resultados de estudios que comparen tratamientos antirretrovirales más intensivos.

Dra. Claudia Dreyer

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

La mortalidad luego de un primer infarto fue mayor en las mujeres que en los hombres

Mortality differences between men and women following first myocardial infarction.

Marrugat J, Sala J, Masiá R et al. JAMA 1998;280:1405-9.

Objetivo

Analizar la influencia del sexo en la evolución post-infarto agudo de miocardio (IAM).

Diseño

Estudio de cohorte con información obtenida a partir de la base de datos del grupo RESCATE (Recursos empleados en el síndrome coronario agudo y tiempos de espera).

Lugar

Cuatro hospitales universitarios de España.

Pacientes

Se incluyeron 1460 pacientes (331 mujeres) con diagnóstico de IAM y <72 horas de evolución. Se excluyeron los pacientes con IAM ó revascularización previos y los mayores de 80 años.

Evaluación de factores pronósticos

Se analizó el valor pronóstico del sexo y se registraron además las siguientes variables: características demográficas, tabaquismo, antecedente de hipertensión arterial (HTA), diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), vasculopatía periférica, localización y tipo de IAM (Q / no Q), desarrollo de insuficiencia cardíaca (IC) y arritmia severa (taquicardia ventricular sostenida -TV- o fibrilación ventricular -FV-), intervalo de tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta el monitoreo hospitalario (TSM), utilización de trombolíticos (Tx) y empleo de procedimientos diagnósticos y de revascularización.

Medición del resultado principal

Punto final combinado: Muerte ó internación por reinfarto, angor inestable, IC, TV ó FV.

El período de seguimiento fue de 6 meses y lo completaron el 99.8% de los pacientes.

Resultados principales

1- Características basales:*

Variable	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
Edad (años)	60.1 +/- 11	68.6 +/- 8	<.001
TSM (min)	138 (0-1500)	198 (0-1500)	<.001
HTA (%)	42.3	63.9	<.001
Diabetes (%)	23.3	53.9	<.001
Tabaquismo (%)	58.5	11.5	<.001
Angina previa (%)	37.4	44.6	.02
EPOC (%)	21.5	7.9	<.001

* Sólo se presentan los valores correspondientes a aquellas variables en las que se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

2- Complicaciones y eventos:

Complicaciones	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
IC	24.8	10.5	<.001
TV ó FV	14.7	23.7	<.001
Mortalidad a 28 días	8.3	18.5	<.001
Mortalidad a 6 meses	10.8	28.5	<.001
Internación a 6 meses	12.2	23.3	<.001

3- A pesar de que las mujeres tenían peores variables iniciales, el pronóstico fue peor aún ajustando por edad, tabaquismo, HTA, diabetes, angor previo y utilización de Tx.

Odds Ratios* para las mujeres en relación a los hombres

Eventos	OR (IC 95%)
Mortalidad 28 días	1.64 (1.06-2.54)
Mortalidad 6 meses	1.66 (1.13-2.43)
Muerte ó internación 6 meses	1.76 (1.28-2.42)

Conclusiones

En la población analizada, el sexo femenino constituyó un factor pronóstico independiente de mala evolución en el primer IAM en términos de muerte o internación a los 6 meses.

Fuente de financiamiento: Fondo de Investigación Sanitaria de Madrid y Generalitat de Catalunya.

COMENTARIO

Ya en estudios previos, el sexo femenino aparece como factor pronóstico negativo en el IAM¹. Esto se atribuyó a la mayor edad (se estima que las mujeres desarrollan enfermedad coronaria, en promedio 7 a 10 años más tarde que los hombres), mayor número de enfermedades asociadas y mayor número de complicaciones a corto y largo plazo².

En el presente trabajo se observó que la tasa de mortalidad tanto a los 28 días como a los 6 meses y la tasa de internación a los 6 meses fue más del doble en las mujeres con respecto a los hombres, si bien no figuran los intervalos de confianza correspondientes a estas estimaciones. Cuando se efectuó un análisis multivariado, surgió que la tasa de mortalidad ó internación por eventos adversos a los 6 meses fue mayor en las mujeres, en forma independiente de otras variables pronósticas tales como edad, angor previo, HTA, diabetes y utilización de trombolíticos,

lo cuál constituye el mayor aporte del estudio.

No se consideró en el análisis ajustado el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el monitoreo hospitalario, a pesar de que éste fue en promedio 1 hora mayor en las mujeres, aunque con un rango de valores muy amplio. Tampoco consta el intervalo de tiempo desde el inicio del dolor hasta la administración de trombolíticos, una variable pronóstica importante en la evolución del IAM.

Finalmente, si bien el hecho de haber excluido a los pacientes con IAM previo ó antecedente de revascularización no nos permite conocer la influencia del sexo en el pronóstico de los IAM en general (IAM totales), este trabajo aporta información importante que apoya el concepto de peor evolución en las mujeres que cursan su primer IAM, con respecto a los hombres.

*Ver Glosario

Dra. Vilma E. Irazola.

Servicio de Cardiología. Hospital de Clínicas José de San Martín.UBA.

Referencias

- 1- Eaker DE, Chesebro JH, Sacks FM et al. Cardiovascular disease in women: a special report, statement of the American Heart Association. *Circulation* 1993;88:1999-2009.
- 2- Vaccarino V, Krumholz HM, Berkman LF et al. Sex differences in mortality after myocardial infarction: is there evidence for an increased risk for women? *Circulation* 1995;91:1861-71.