Carta al editor
Ginecol Obstet Mex. 2017 noviembre;85(11):783-785.

Comentario sobre estados hipertensivos del embarazo

Comment about of pregnancy hypertensive process.

Sánchez-Cotrina Jhoselyn Judit

Señor editor:

He leído con interés el artículo de la Dra. Vásquez-Rodríguez M y colaboradores (2017): Factores clínicos y bioquímicos de riesgo de hipertensión arterial en mujeres con diagnóstico previo de estados hipertensivos del embarazo, en el que señalan que no es posible determinar qué parámetros clínicos o bioquímicos específicos gestacionales aumentan la incidencia de hipertensión futura, afirmación con la que estamos muy de acuerdo, pues como se sabe: hasta la fecha los estudios de seguimiento de hipertensión arterial a largo plazo en estas pacientes son muy pocos y no se ha encontrado cuál es la causa esencial.[1]

Como lo señala el artículo, los estados hipertensivos del embarazo representan un factor de riesgo de hipertensión arterial y esta conclusión es de gran importancia, pues al conocerla nos permite advertir a las pacientes del problema que pueden tener a futuro y cómo evaluar y controlar su salud; además, como médicos nos permite efectuar el seguimiento de la salud a futuro.[1]

Un artículo de hipertensión arterial posparto, realizado en Bolivia por la Dra. Rosario Ruiz y Rocío Gill, señala que la multiparidad representa 18.5% de riesgo de padecer hipertensión arterial a futuro, sobre todo en pacientes con antecedente de embarazo hipertensivo, mientras que el artículo que hemos analizado sugiere que la multiparidad representa un riesgo de 60%. Como podemos ver, los porcentajes difieren significativamente; por tanto, pensamos que los factores de riesgo pueden asociarse con

Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.

Recibido: mayo 2017

Aceptado: septiembre 2017

Correspondencia
Jhoselyn Judit Sánchez Cotrina
jhosy2604@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Sánchez-Cotrina JJ. Comentario sobre estados hipertensivos del embarazo. Ginecol Obstet Mex. 2017 nov;85(11):783-785.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v85i11.1535

la raza y etnia y sería interesante efectuar estudios de investigación que aborden este tema.[2]

Larson y colaboradores (2017) estudiaron algunas medidas para mejorar la salud posparto en una población de Tanzania; entre sus resultados encontraron que el sobrepeso y la obesidad aumenta el riesgo de hipertensión crónica, especialmente en mujeres con antecedente de hipertensión gestacional en su último embarazo.[3] Apoyando estos resultados, también encontramos que el estudio de Guzmán-Juárez y su grupo (2012), publicado en *Ginecología y Obstetricia de México*, reportó como factores de riesgo de hipertensión arterial el sobrepeso y la obesidad, entre otros.[4]

Con base en lo anterior, es importante recalcar los resultados obtenidos por otros autores, en los que identifican factores de riesgo de enfermedad hipertensiva que no se encuentran en su investigación, pero existe evidencia de su relevancia; todo ello con la finalidad de lograr una mejor cobertura en la prevención de la hipertensión arterial en pacientes con diagnóstico previo de estado hipertensivo del embarazo.

REFERENCIAS

1. Vázquez-Rodríguez M. Pérez-Adán M. Álvarez-Silvares E. Alves-Pérez MT. Factores clínicos y bioquímicos de riesgo de hipertensión arterial en mujeres con diagnóstico previo de estado hipertensivo del embarazo. Ginecol Obstet Mex. 2017;85(5):273-288.
2. Ruiz-Domínguez R, Gil-Seoane R. Hipertensión arterial post-parto. Rev Med La Paz 2014;20(1).
3. Larson E, Rabkin M, Mbaruku GM, Mbatia R, Kruk ME. Missed opportunities to improve the health of postpartum women: high rates of untreated hypertension in rural Tanzania. Matern Child Health J 2017;21(3):407-413.
4. Guzmán-Juárez W, Ávila-Esparza M, Contreras-Solís RE, Levario-Carrilo M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):461-466.

COMENTARIO

Después de leer con detenimiento la carta de la Dra. Sánchez-Cotrina, consideramos que:

- La obesidad es de "por si" un factor de riesgo en la población general para padecer hipertensión, ampliamente contrastado en la literatura médica. En nuestro estudio casos-controles anidado en cohorte con seguimiento a largo plazo no se logró demostrar dicha asociación. Sin embargo, al analizar los datos obtenidos de la curva de supervivencia de Kaplan-Meier se determinó que: "Cuando el IMC en la gestación índice fue inferior a 30, el tiempo medio para el inicio de hipertensión arterial fue de 12.6 ± 0.9 años (IC95%: 10.8-14.4); por el contrario, cuando el IMC fue ≥ 30 este tiempo se acortó a 10.8 ± 1.0 años (IC95%: 8.8-12.9), con "p" no significativa.

Es cierto que si el punto de corte para la obesidad se hubiese establecido en límites superiores, los resultados podrían ser diferentes. Seleccionamos el punto de corte de IMC en 30 por ser el que establece la OMS como límite de obesidad.

En nuestro artículo, al comentar los resultados, citamos diferentes grupos de trabajo que han intentado relacionar la obesidad como factor predictor independiente de hipertensión arterial crónica posterior en mujeres que han padecido un estado hipertensivo del embarazo con resultados contradictorios.

- Multiparidad: nuestros resultados son similares a los publicados por Shopen (2016), luego de estudiar 108 mujeres con antecedente de estado hipertensivo del embarazo y compararlas con 87 que fueron normotensas en su gestación, con un seguimiento medio de 23 años, coinciden con nuestros resultados: la multiparidad asociada con EHE representa un factor de riesgo de inicio posterior de hipertensión arterial. Refieren que 61.8% de las pacientes multíparas tendrán hipertensión

arterial posterior, comparado con 18.8% de las nulíparas ($p < 0.001$).

Creemos que lo fundamental de nuestro estudio son sus conclusiones, dado los obstetras debemos tener ya presente que la gestación se comporta como una prueba de esfuerzo para la mujer y nos va determinar un grupo de mujeres que a largo plazo presentarán patología crónica: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular. Lo que considero se podría denominar "Programing materno".

Podemos afirmar que una gestación complicada con EHE es un factor de riesgo claramente definido para el posterior desarrollo de hipertensión. Y además, como en el grupo de gestantes que son diagnosticadas con EHE no es posible determinar cuáles van a presentar un mayor riesgo de hipertensión posterior, es necesario establecer estrategias de información a la paciente sobre su control a largo plazo, la adecuación de su dieta, ejercicio..., y crear sistemas de información entre la atención especializada (obstetricia) y la atención primaria, dado que éstos últimos serán los responsables del seguimiento futuro de la mujer.

Dra. Esther Álvarez

ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

Hoy día, no todos disponen del tiempo para leer artículos completos; la mayoría busca información precisa y si ésta contiene abreviaturas le incita más abandonar la lectura que a continuarla antes de ir a buscar el significado de esas abreviaturas. Por eso esta revista les solicita a los autores no hacer uso de ellas.

Los símbolos son universales y son válidos: kg, cm, L, HDL, LDL, etc.