



Obesidad e hipertensión en el embarazo

Obesity and hypertesion in pregnancy

Que el sobrepeso y la obesidad están íntimamente relacionados con la hipertensión arterial (HTA) esencial es una realidad que nadie discute hoy día, y que nos hace asociarlos fácilmente como factores de riesgo de los trastornos hipertensivos que aparecen también durante el embarazo. Sin embargo, no son tantos los estudios publicados, y menos en nuestro país, que apoyen esta teoría, hecho que ha llevado a Fernández-Alba y cols. a realizar el estudio de cohortes retrospectivo cuyos resultados son publicados en este número de la revista *Nutrición Hospitalaria* (1).

El estudio se ha realizado sobre embarazadas de la población andaluza en el que la prevalencia global de obesidad encontrada fue de un 10% mayor que la encontrada en la población española según Valdés y cols. en 2014 (2) y similar a la registrada en los Estados Unidos. Tanto como un 38,5% presentaba algún tipo de sobrepeso. El estudio se refiere a diez años, incluyendo a las gestantes cuyo embarazo y parto fue atendido en su unidad y cuyo IMC había sido registrado al inicio de la gestación.

Los autores ponen de manifiesto que tanto las gestantes obesas como aquellas que padecen sobrepeso tienen incrementado el riesgo de HTA, datos apoyados por los resultados de estudios previos recogidos por Fernández-Alba y cols. (3), así como en el metaanálisis publicado por Wang y cols. en 2013. Dicho metaanálisis encuentra una OR ajustada de 1,70 de preeclampsia en gestantes con sobrepeso y una OR ajustada de 2,93 en gestantes obesas (4).

La relación de causalidad no está aclarada, pero vamos conociendo que obesidad e hipertensión durante el embarazo comparten determinados aspectos fisiopatológicos como recogen los autores del artículo: el aumento del estrés oxidativo, dislipidemia, aumento de la resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, alteración de la función endotelial y un estado proinflamatorio caracterizado por un aumento de la proteína C reactiva.

Como señala Fernández-Alba y cols. en su trabajo (1), basándose en las guías del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, los trastornos hipertensivos del embarazo engloban a un grupo de entidades clínicas que cursando con cifras elevadas de presión arterial difieren tanto en su forma de presentación como en la posible evolución y consecuencias obstétricas y perinatales: preeclampsia/ eclampsia, hipertensión crónica preexistente, preeclampsia sobreañadida a una hipertensión crónica preexistente, e hipertensión gestacional. Mientras que la HTA crónica que complica la gestación no difiere en su origen de la diagnosticada en mujeres no gestantes, en la actualidad la categorización de la preeclampsia según el momento de aparición durante el embarazo adquiere un interés creciente. Así la distinción entre la preeclampsia de presentación precoz y de presentación tardía (en cuanto a si se presenta por debajo o por encima de las 34 semanas de gestación) no solo es importante desde el punto de vista clínico, sino que parecen tener relevancia fisiopatológica.

En este sentido, cabe señalar que diversos autores (5-7) han observado una fuerte asociación entre obesidad y preeclampsia tardía, pero no han encontrado relación con la preeclampsia precoz lo cual puede deberse a que mientras en la preeclampsia precoz el mecanismo patogénico implicado es una peor placentación que lleva a una insuficiencia placentaria crónica desencadenando la cascada inflamatoria y la enfermedad hipertensiva; en el caso de la preeclampsia tardía, los factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares son los elementos relevantes. Sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida han sido descritos como factores de riesgo específicos para el desarrollo de preeclampsia de presentación tardía con complicaciones severas (8). En la actualidad, la

editorial

teoría cardiovascular defendida por Thilaganathan (9-10) se encuentra en auge en cuanto a la etiopatogenia de la preeclampsia como consecuencia de una determinada predisposición cardiovascular materna que no desaparecería con el final del embarazo y que, por ello, estas pacientes tienen mayor tendencia al desarrollo de una enfermedad hipertensiva con el paso de los años.

El trabajo de Fernández-Alba y cols. aviva el interés en profundizar tanto en el conocimiento de las claves fisiopatológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo, como en el desarrollo de intervenciones que frenen las consecuencias del sobrepeso y la obesidad en las gestantes de nuestro entorno.

María Suárez Arana¹ y Ernesto González-Mesa^{1,2}

¹*Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.*

²*Departamento de Especialidades Quirúrgicas, Bioquímica e Inmunología. Universidad de Málaga. Málaga*

Bibliografía

1. Fernández Alba JJ, Mesa Páez C, Vilar Sánchez Á, Soto Pazos E, González Macías MC, Serrano Negro E, et al. Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: estudio de cohortes retrospectivo. *Nutr Hosp* 2018;35(4):874-880.
2. Valdés S, García-Torres F, Maldonado-Araque C, Goday A, Calle-Pascual A, Soriguer F, et al. Prevalence of obesity, diabetes and other cardiovascular risk factors in Andalusia (southern Spain). Comparison with national prevalence data. The Di@bet.es study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2014;67(6):442-8.
3. Fernández-Alba JJ, Paublete Herrera MC, González Macías C, Carral San Laureano F, Carnicer Fuentes C, Vilar Sánchez Á, et al. Obesidad y síndrome metabólico. Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. *Nutr Hosp* 2016;33(6):1324-9.
4. Wang Z, Wang P, Liu H, He X, Zhang J, Yan H, et al. Maternal adiposity as an independent risk factor for pre-eclampsia: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev [Internet]* 2013;14(6):508-21.
5. Rasmussen S, Irgens LM, Espinoza J. Maternal obesity and excess of fetal growth in pre-eclampsia. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2014;121(11):1351-7.
6. Chen XK, Wen SW, Smith GN, Yang Q, Walker MC. New-onset hypertension in late pregnancy and fetal growth: Different associations between singletons and twins. *Hypertens Pregnancy* 2007;26(3):259-72.
7. Xiong X, Demianczuk NN, Buekens P, Saunders LD. Association of preeclampsia with high birth weight for gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(1):148-55.
8. Durst JK, Tuuli MG, Stout MJ, Macones GA, Cahill AG. Degree of obesity at delivery and risk of preeclampsia with severe features. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214(5):651.e1-651.e5.
9. Thilaganathan B. Pre-eclampsia and the cardiovascular-placental axis. *Ultrasound Obs Gynecol* 2018;51:71-717.
10. Kalafat E, Thilaganathan B. Cardiovascular origins of preeclampsia. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2017(29):383-9.