



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

PREECLAMPSIA COMO MARCADOR TEMPRANO DE RIESGO CARDIOVASCULAR: IMPLICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO POSPARTO Y LA PREVENCIÓN A LARGO PLAZO

**PREECLAMPSIA AS AN EARLY MARKER OF
CARDIOVASCULAR RISK: IMPLICATIONS FOR
POSTPARTUM FOLLOW-UP AND LONG-TERM PREVENTION**

Stephany Balboa Solis

Instituto Mexicano del Seguro social, Hospital General Regional No. 36

Fernando López Díaz

Instituto Mexicano del Seguro social, Hospital General Regional No. 36

Amy Jocelyn Mengual Ku

Universidad de las Américas Puebla

Preeclampsia como marcador temprano de riesgo cardiovascular: implicaciones para el seguimiento posparto y la prevención a largo plazo

Stephany Balboa Solis¹balboa.75@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0009-1944-1758>Instituto Mexicano del Seguro social, Hospital
General Regional No. 36
México**Fernando López Díaz**ferlopez10@yahoo.com.mx<https://orcid.org/0009-0006-3490-1271>Instituto Mexicano del Seguro social, Hospital
General Regional No. 36
México**Amy Jocelyn Mengual Ku**dra.amymengualku@gmail.com<https://orcid.org/0009-0004-1058-9434>Universidad de las Américas Puebla
México

RESUMEN

La preeclampsia es un síndrome hipertensivo multisistémico del embarazo asociado con disfunción endotelial, alteración angiogénica, inflamación sistémica y daño microvascular. Aunque tradicionalmente se ha considerado una complicación obstétrica limitada al embarazo y al puerperio, la evidencia actual la reconoce como un marcador temprano de riesgo cardiovascular materno. Las mujeres con antecedente de preeclampsia presentan mayor probabilidad de desarrollar hipertensión arterial crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y mortalidad cardiovascular en etapas posteriores de la vida. Este riesgo es más evidente cuando la preeclampsia fue de inicio temprano, recurrente, con datos de severidad, asociada a parto pretérmino o acompañada de restricción del crecimiento fetal. Desde una perspectiva fisiopatológica, el embarazo puede interpretarse como una prueba de estrés cardiovascular capaz de desenmascarar susceptibilidad vascular y metabólica en mujeres jóvenes aparentemente sanas. Por ello, el antecedente de preeclampsia debe documentarse como un factor relevante dentro de la historia clínica cardiovascular femenina. El periodo posparto representa una ventana crítica para la vigilancia tensional, la evaluación renal y metabólica, la reclasificación del riesgo cardiovascular y el inicio de intervenciones preventivas. Las guías actuales recomiendan una transición estructurada desde la atención obstétrica hacia el seguimiento en primer nivel, medicina interna, cardiología preventiva o nefrología, según el perfil de riesgo. Integrar la historia obstétrica al abordaje cardiovascular permite transformar un evento adverso del embarazo en una oportunidad de prevención primaria a largo plazo.

Palabras clave: preeclampsia; riesgo cardiovascular; puerperio; hipertensión posparto; prevención primaria; enfermedad cardiovascular femenina.

¹ Autor principal

Correspondencia: balboa.75@hotmail.com

Preeclampsia as an Early Marker of Cardiovascular Risk: Implications for Postpartum Follow-up and Long-Term Prevention

ABSTRACT

Preeclampsia is a multisystem hypertensive disorder of pregnancy associated with endothelial dysfunction, angiogenic imbalance, systemic inflammation, and microvascular injury. Although it has traditionally been regarded as an obstetric complication limited to pregnancy and the puerperium, current evidence recognizes preeclampsia as an early marker of maternal cardiovascular risk. Women with a history of preeclampsia have an increased risk of developing chronic hypertension, ischemic heart disease, stroke, heart failure, chronic kidney disease, and cardiovascular mortality later in life. This risk is particularly higher in cases of early-onset, recurrent, or severe preeclampsia, as well as when associated with preterm birth or fetal growth restriction. From a pathophysiological perspective, pregnancy may be interpreted as a cardiovascular stress test that reveals underlying vascular and metabolic susceptibility in apparently healthy young women. Therefore, a history of preeclampsia should be systematically documented as a relevant component of the female cardiovascular history. The postpartum period represents a critical window for blood pressure monitoring, renal and metabolic assessment, cardiovascular risk reclassification, and implementation of preventive interventions. Current guidelines emphasize the need for a structured transition from obstetric care to primary care, internal medicine, preventive cardiology, or nephrology, depending on the patient's risk profile. Incorporating obstetric history into cardiovascular prevention strategies may transform an adverse pregnancy outcome into an opportunity for long-term primary prevention.

Keywords: preeclampsia; cardiovascular risk; postpartum period; postpartum hypertension; primary prevention; women's cardiovascular health.

*Artículo recibido 13 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



INTRODUCCIÓN

La preeclampsia constituye uno de los síndromes hipertensivos más relevantes del embarazo por su elevada carga de morbilidad materna y perinatal, así como por su carácter multisistémico. Se define como la aparición de hipertensión arterial de novo después de la semana 20 de gestación, acompañada de proteinuria o, en su ausencia, datos de disfunción orgánica materna, como trombocitopenia, alteración hepática, insuficiencia renal, edema pulmonar, síntomas neurológicos o compromiso uteroplacentario (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020). Aunque durante décadas fue considerada una enfermedad limitada al embarazo y al puerperio inmediato, actualmente se reconoce como un evento centinela de salud cardiovascular femenina.

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan una de las principales complicaciones médicas de la gestación y se asocian con desenlaces adversos maternos, fetales y neonatales. En México, la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social señala que las enfermedades hipertensivas del embarazo constituyen una prioridad clínica debido a su impacto en la atención obstétrica de los tres niveles de atención, particularmente por su relación con complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2017). Desde esta perspectiva, la preeclampsia no solo debe abordarse como una urgencia obstétrica, sino también como una manifestación temprana de disfunción vascular sistémica.

El embarazo normal implica una serie de adaptaciones cardiovasculares, hemodinámicas, renales, metabólicas e inmunológicas destinadas a sostener la perfusión uteroplacentaria y el crecimiento fetal. Entre estas adaptaciones se encuentran el incremento del volumen plasmático, el aumento del gasto cardíaco, la reducción de las resistencias vasculares sistémicas y la modulación de la función endotelial. Cuando estos mecanismos adaptativos fallan, como ocurre en la preeclampsia, se desarrolla un estado de vasoconstricción sistémica, inflamación, estrés oxidativo, activación endotelial, alteración angiogénica y daño microvascular. Por ello, el embarazo ha sido conceptualizado como una “prueba de esfuerzo cardiovascular” capaz de revelar una susceptibilidad vascular o metabólica latente en mujeres jóvenes aparentemente sanas (Garovic et al., 2022).

La relevancia de la preeclampsia trasciende el periodo gestacional porque existe evidencia consistente de su asociación con enfermedad cardiovascular futura. Diversos estudios de cohorte, revisiones



sistemáticas y metaanálisis han demostrado que las mujeres con antecedente de preeclampsia presentan mayor riesgo de hipertensión arterial crónica, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y mortalidad cardiovascular en comparación con mujeres con embarazos normotensos (Bellamy et al., 2007; Wu et al., 2017). En el metaanálisis de Wu et al. (2017), la preeclampsia se asoció con un incremento aproximado de cuatro veces en el riesgo futuro de insuficiencia cardíaca y de dos veces en el riesgo de enfermedad coronaria, evento vascular cerebral y mortalidad cardiovascular.

Este riesgo no es homogéneo en todas las pacientes. La magnitud de la asociación parece ser mayor cuando la preeclampsia es de inicio temprano, recurrente, con datos de severidad, asociada a parto pretérmino o acompañada de restricción del crecimiento fetal. Estas formas clínicas probablemente reflejan una mayor carga de disfunción placentaria, daño endotelial y susceptibilidad cardiometabólica materna. Asimismo, la coexistencia de obesidad, resistencia a la insulina, diabetes mellitus, enfermedad renal subclínica, hipertensión crónica no diagnosticada o antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular puede amplificar el riesgo posterior. Por tanto, la preeclampsia puede interpretarse tanto como un marcador de riesgo preexistente como un posible mediador de daño vascular persistente.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la conexión entre preeclampsia y enfermedad cardiovascular comparte mecanismos comunes. La disfunción endotelial, el desequilibrio entre factores angiogénicos y antiangiogénicos, la activación inflamatoria, el estrés oxidativo, la rigidez arterial, la alteración del metabolismo lipídico y la resistencia a la insulina son procesos implicados tanto en la preeclampsia como en la aterosclerosis, la hipertensión arterial crónica y la insuficiencia cardíaca. Esta continuidad biológica ha permitido replantear la preeclampsia como una enfermedad vascular sistémica con expresión obstétrica inicial, más que como un fenómeno exclusivamente placentario.

En este contexto, las sociedades científicas han comenzado a incorporar los desenlaces adversos del embarazo dentro de la evaluación del riesgo cardiovascular femenino. La American Heart Association reconoce que condiciones como preeclampsia, hipertensión gestacional, diabetes gestacional, parto pretérmino y restricción del crecimiento fetal se asocian con mayor riesgo cardiovascular a largo plazo, y destaca el periodo posparto como una ventana de oportunidad para implementar intervenciones preventivas, mejorar el control de factores de riesgo y favorecer la transición hacia modelos de atención

longitudinal (Lewey et al., 2024).

El puerperio, particularmente las primeras semanas posteriores al parto, representa un periodo de vulnerabilidad clínica. La presión arterial puede persistir elevada o incluso agravarse después de la resolución del embarazo, y algunas complicaciones, como crisis hipertensiva, eclampsia posparto, edema pulmonar o evento vascular cerebral, pueden presentarse después del egreso hospitalario. Por ello, el seguimiento posparto de pacientes con preeclampsia no debe limitarse a confirmar la resolución obstétrica, sino que debe incluir vigilancia tensional, evaluación de síntomas de alarma, revisión de función renal, proteinuria, perfil metabólico y planeación de seguimiento a largo plazo.

La Guía de Práctica Clínica mexicana sobre enfermedades hipertensivas del embarazo enfatiza la importancia de la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno para limitar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (IMSS, 2017). Sin embargo, uno de los principales retos en la práctica clínica es la falta de continuidad asistencial después del alta obstétrica. Muchas mujeres con antecedente de preeclampsia no reciben información suficiente sobre su riesgo cardiovascular futuro ni son referidas de manera estructurada a primer nivel, medicina interna, cardiología preventiva o nefrología, aun cuando persisten factores de riesgo o daño orgánico residual.

Esta brecha asistencial es especialmente relevante en países con alta prevalencia de obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular, como México. En estos contextos, el antecedente de preeclampsia puede representar una oportunidad temprana para reclasificar el riesgo de mujeres jóvenes, iniciar cambios en el estilo de vida, promover control ponderal, evaluar presión arterial periódicamente, detectar alteraciones metabólicas y prevenir enfermedad cardiovascular antes de que se manifieste clínicamente. En otras palabras, el evento obstétrico adverso debe transformarse en un punto de entrada hacia la prevención primaria cardiovascular.

La participación del gineco-obstetra es fundamental en este proceso. Dado que la atención obstétrica suele ser el primer contacto formal de muchas mujeres jóvenes con el sistema de salud, el especialista se encuentra en una posición estratégica para identificar riesgo, educar a la paciente, documentar el antecedente en el expediente clínico y establecer una ruta de seguimiento posterior. La preeclampsia debe registrarse no solo como complicación del embarazo, sino como un antecedente cardiovascular relevante que acompañará a la paciente durante su vida reproductiva, perimenopáusica y



posmenopáusica.

Por lo anterior, resulta necesario replantear el abordaje de la preeclampsia desde una perspectiva longitudinal. La atención no debe concluir con el nacimiento ni con la normalización inicial de la presión arterial; por el contrario, debe extenderse hacia la vigilancia posparto, la prevención de recurrencia en embarazos futuros y la reducción del riesgo cardiovascular a largo plazo. Este artículo tiene como propósito analizar la preeclampsia como marcador temprano de riesgo cardiovascular, describir los mecanismos fisiopatológicos que sustentan esta asociación y discutir las implicaciones clínicas para el seguimiento posparto y la prevención cardiovascular en mujeres con antecedente de esta enfermedad.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura con enfoque clínico y fisiopatológico, orientada a analizar la preeclampsia como marcador temprano de riesgo cardiovascular materno y sus implicaciones para el seguimiento posparto y la prevención a largo plazo. La elección de una revisión narrativa se justificó por la amplitud del tema, la heterogeneidad de la evidencia disponible y la necesidad de integrar información proveniente de guías clínicas, declaraciones científicas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales relacionados con desenlaces cardiovasculares posteriores a los trastornos hipertensivos del embarazo.

La búsqueda bibliográfica se orientó a identificar publicaciones relevantes sobre preeclampsia, trastornos hipertensivos del embarazo, riesgo cardiovascular futuro, enfermedad renal crónica, hipertensión posparto, prevención primaria cardiovascular y modelos de seguimiento posterior al embarazo. Se consideraron documentos emitidos por sociedades científicas y organismos internacionales, incluyendo el American College of Obstetricians and Gynecologists, la American Heart Association, la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, el National Institute for Health and Care Excellence, la European Society of Cardiology y guías mexicanas de práctica clínica. Estas fuentes fueron seleccionadas por su relevancia en la definición, clasificación, diagnóstico, manejo y seguimiento de la preeclampsia y los trastornos hipertensivos del embarazo. ACOG establece lineamientos para el diagnóstico y manejo de hipertensión gestacional y preeclampsia; NICE incluye recomendaciones para mujeres con antecedente de hipertensión durante el embarazo, y la AHA enfatiza el periodo posparto como una ventana para reducir riesgo cardiovascular posterior a desenlaces adversos



del embarazo .

La estrategia de búsqueda incluyó términos en inglés y español relacionados con el tema de estudio: “preeclampsia”, “pre-eclampsia”, “hypertensive disorders of pregnancy”, “cardiovascular risk”, “postpartum follow-up”, “postpartum hypertension”, “maternal cardiovascular disease”, “long-term cardiovascular risk”, “adverse pregnancy outcomes”, “chronic hypertension”, “stroke”, “heart failure”, “ischemic heart disease”, “chronic kidney disease”, “riesgo cardiovascular”, “seguimiento posparto” y “enfermedades hipertensivas del embarazo”. Se priorizaron artículos publicados en revistas indexadas, guías clínicas vigentes, declaraciones científicas y estudios con metodología robusta.

Se incluyeron documentos publicados principalmente entre 2007 y 2026, considerando que algunos metaanálisis clásicos continúan siendo referencias fundamentales para establecer la asociación entre preeclampsia y enfermedad cardiovascular futura. Se dio prioridad a publicaciones recientes, especialmente aquellas posteriores a 2017, por reflejar el cambio conceptual actual que reconoce a los desenlaces adversos del embarazo como marcadores tempranos de riesgo cardiovascular femenino. También se incluyeron guías nacionales e internacionales vigentes o ampliamente utilizadas en la práctica clínica obstétrica. La guía NICE NG133, por ejemplo, fue publicada en 2019 y revisada en 2023, mientras que las recomendaciones de ISSHP de 2021 continúan siendo una referencia internacional relevante para clasificación, diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo .

Los criterios de inclusión fueron: artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías clínicas, declaraciones científicas y consensos que abordaran la relación entre preeclampsia o trastornos hipertensivos del embarazo y riesgo cardiovascular materno a corto, mediano o largo plazo; documentos que describieran mecanismos fisiopatológicos compartidos entre preeclampsia y enfermedad cardiovascular; y publicaciones que propusieran estrategias de seguimiento posparto, tamizaje cardiovascular o prevención primaria en mujeres con antecedente de preeclampsia.

Se excluyeron artículos enfocados exclusivamente en desenlaces fetales o neonatales sin análisis materno cardiovascular, estudios centrados únicamente en terapéutica antihipertensiva durante la gestación sin seguimiento posparto, documentos duplicados, publicaciones sin acceso a resumen o información metodológica mínima, artículos de opinión sin sustento bibliográfico y fuentes no



académicas que no aportaran información clínica verificable. No obstante, se consideraron documentos institucionales cuando provenían de organismos oficiales o sociedades científicas reconocidas.

La información obtenida fue organizada en ejes temáticos: definición y relevancia clínica de la preeclampsia, fisiopatología vascular y cardiometabólica, evidencia epidemiológica del riesgo cardiovascular posterior, complicaciones específicas a largo plazo, seguimiento posparto, prevención primaria y papel del gineco-obstetra en la transición hacia atención cardiovascular longitudinal. Posteriormente, se realizó una síntesis narrativa orientada a integrar la evidencia disponible con un enfoque aplicable a la práctica clínica de Ginecología y Obstetricia.

Dado que este trabajo corresponde a una revisión narrativa de literatura previamente publicada, no se realizó intervención en pacientes, revisión de expedientes clínicos ni recolección de datos personales. Por lo tanto, no requirió consentimiento informado ni aprobación por comité de ética. Sin embargo, se siguieron principios de rigor académico mediante la selección de fuentes científicas reconocidas, priorización de evidencia actualizada y adecuada citación bibliográfica conforme al formato APA 7.

RESULTADOS

La revisión de la literatura permitió identificar una asociación consistente entre el antecedente de preeclampsia y el incremento del riesgo cardiovascular materno a corto, mediano y largo plazo. Los hallazgos se agruparon en siete ejes principales: riesgo cardiovascular global, hipertensión arterial crónica, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y necesidad de seguimiento posparto estructurado.

1. Preeclampsia y riesgo cardiovascular global

La evidencia disponible demuestra que la preeclampsia no debe considerarse un evento obstétrico aislado, sino un marcador temprano de vulnerabilidad cardiovascular. Las mujeres con antecedente de preeclampsia presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular en etapas posteriores de la vida, incluso años después de la resolución del embarazo. Esta asociación ha sido descrita en estudios de cohorte, revisiones sistemáticas y metaanálisis, y ha motivado que sociedades científicas como la American Heart Association integren los desenlaces adversos del embarazo dentro de la prevención cardiovascular femenina (Lewey et al., 2024).

En el metaanálisis de Wu et al. (2017), el antecedente de preeclampsia se asoció con un incremento



aproximado de cuatro veces en el riesgo futuro de insuficiencia cardíaca y de dos veces en el riesgo de enfermedad coronaria, evento vascular cerebral y mortalidad cardiovascular. Estos hallazgos respaldan la idea de que la preeclampsia actúa como una manifestación temprana de disfunción vascular sistémica y como un predictor clínico de enfermedad cardiovascular futura (Wu et al., 2017).

El riesgo cardiovascular posterior es mayor cuando la preeclampsia se presenta con características de severidad, inicio temprano, recurrencia, asociación con parto pretérmino o restricción del crecimiento fetal. Estas formas clínicas parecen reflejar una mayor carga de disfunción placentaria, inflamación sistémica, daño endotelial y susceptibilidad cardiometabólica materna. Por ello, el fenotipo clínico de la preeclampsia debe considerarse al momento de estratificar el riesgo posparto.

2. Hipertensión arterial crónica posterior

Uno de los desenlaces más frecuentes después de un embarazo complicado por preeclampsia es el desarrollo de hipertensión arterial crónica. La transición desde hipertensión gestacional o preeclampsia hacia hipertensión persistente puede ocurrir en los primeros meses o años posteriores al embarazo, y representa uno de los mecanismos intermedios más importantes en la evolución hacia enfermedad cardiovascular mayor.

La hipertensión posparto puede persistir después de la resolución del embarazo o aparecer de manera tardía durante el puerperio. ACOG establece que la preeclampsia y la hipertensión gestacional forman parte de un espectro de trastornos hipertensivos del embarazo que requieren vigilancia clínica estrecha, especialmente cuando existen cifras tensionales severas o datos de daño orgánico (ACOG, 2020).

Desde el punto de vista preventivo, la presión arterial debe ser el primer parámetro de seguimiento cardiovascular en mujeres con antecedente de preeclampsia. La identificación de hipertensión persistente en el puerperio permite iniciar tratamiento oportuno, reducir el riesgo de complicaciones neurológicas agudas y establecer vigilancia longitudinal. La literatura reciente enfatiza que el periodo posparto ofrece una oportunidad para modificar la trayectoria cardiovascular mediante monitoreo tensional, ajuste farmacológico y transición a atención primaria o cardiología preventiva (Lewey et al., 2024).

3. Cardiopatía isquémica y enfermedad aterosclerótica

La preeclampsia también se ha relacionado con mayor riesgo de cardiopatía isquémica en etapas



posteriores de la vida. Esta asociación puede explicarse por la coexistencia de factores de riesgo tradicionales, como obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus, resistencia a la insulina e hipertensión crónica, pero también por mecanismos propios de la enfermedad, como disfunción endotelial, inflamación sistémica y alteración angiogénica.

El metaanálisis de Wu et al. identificó aproximadamente un aumento al doble en el riesgo de enfermedad coronaria futura en mujeres con antecedente de preeclampsia. Esta relación sugiere que el evento obstétrico puede funcionar como un marcador clínico temprano de enfermedad vascular aterosclerótica o de predisposición a su desarrollo (Wu et al., 2017).

La importancia clínica de este hallazgo radica en que muchas mujeres con antecedente de preeclampsia son jóvenes y pueden no alcanzar umbrales elevados en las calculadoras convencionales de riesgo cardiovascular. Por ello, la historia obstétrica permite identificar riesgo que podría ser subestimado si solo se consideran edad, presión arterial, colesterol, tabaquismo o diabetes.

4. Enfermedad cerebrovascular

El antecedente de preeclampsia se ha asociado con mayor riesgo de enfermedad cerebrovascular a largo plazo. Este riesgo puede estar mediado por hipertensión crónica, disfunción endotelial persistente, rigidez arterial, inflamación vascular y mayor prevalencia de factores cardiometabólicos después del embarazo.

Además del riesgo a largo plazo, el puerperio inmediato representa un periodo vulnerable para complicaciones neurológicas agudas. La hipertensión severa posparto, la cefalea persistente, los síntomas visuales, las alteraciones neurológicas y la eclampsia tardía requieren identificación oportuna, ya que pueden preceder eventos graves como hemorragia intracerebral, encefalopatía hipertensiva o evento vascular cerebral.

Por ello, el seguimiento posparto debe incluir educación específica sobre síntomas de alarma neurológica. La vigilancia de la presión arterial durante los primeros días posteriores al parto es esencial, ya que las cifras tensionales pueden mantenerse elevadas o agravarse antes de su resolución. Las recomendaciones actuales insisten en que el puerperio no debe considerarse un periodo de bajo riesgo, especialmente en mujeres con preeclampsia severa o hipertensión persistente (ACOG, 2020; NICE, 2019).



5. Insuficiencia cardíaca y remodelado cardiovascular

Uno de los hallazgos más relevantes de la literatura reciente es la asociación entre preeclampsia e insuficiencia cardíaca futura. En comparación con otros desenlaces cardiovasculares, la insuficiencia cardíaca parece mostrar una magnitud de riesgo particularmente elevada. Wu et al. reportaron un incremento aproximado de cuatro veces en el riesgo posterior de insuficiencia cardíaca en mujeres con antecedente de preeclampsia (Wu et al., 2017).

Esta asociación puede explicarse por varios mecanismos: hipertensión crónica posterior, disfunción diastólica, rigidez arterial, remodelado ventricular, daño microvascular y persistencia de alteraciones endoteliales. La preeclampsia puede inducir o revelar un estado de estrés cardiovascular materno que no siempre se normaliza por completo después del parto. En algunos casos, pueden persistir cambios subclínicos en la estructura y función cardíaca, lo que justifica considerar la evaluación cardiovascular en mujeres con preeclampsia severa, recurrente o asociada con síntomas cardiopulmonares.

Desde la perspectiva gineco-obstétrica, este hallazgo es especialmente importante porque la disnea, la ortopnea, el edema pulmonar, el dolor torácico o la intolerancia al ejercicio en el posparto no deben atribuirse de forma automática a cambios fisiológicos puerperales. En pacientes con antecedente de preeclampsia, estos síntomas requieren valoración dirigida para descartar complicaciones cardiovasculares.

6. Enfermedad renal crónica y proteinuria persistente

La preeclampsia se asocia con daño renal durante el embarazo, manifestado principalmente por proteinuria, alteración de la filtración glomerular o datos de lesión endotelial glomerular. Aunque en muchas pacientes estas alteraciones se resuelven después del parto, un subgrupo puede presentar proteinuria persistente, hipertensión mantenida o deterioro de la función renal.

La relación entre preeclampsia y enfermedad renal crónica puede ser bidireccional. Por un lado, la enfermedad renal subclínica puede predisponer al desarrollo de preeclampsia. Por otro, la preeclampsia puede contribuir a lesión renal persistente o acelerar la progresión de daño renal preexistente. Por ello, la evaluación posparto no debe limitarse a la presión arterial, sino incluir creatinina sérica, estimación de filtrado glomerular y evaluación de proteinuria o albuminuria en pacientes con antecedente de preeclampsia severa, proteinuria marcada, hipertensión persistente o datos de daño renal durante el



embarazo.

Este punto tiene implicaciones prácticas relevantes: si la proteinuria o la alteración renal persisten más allá del puerperio, la paciente debe ser referida para evaluación por medicina interna o nefrología, ya que puede existir enfermedad renal crónica no diagnosticada o lesión renal residual.

7. Seguimiento posparto y prevención a largo plazo

Los resultados de la literatura coinciden en que el periodo posparto representa una ventana crítica para modificar el riesgo cardiovascular futuro. La American Heart Association señala que el posparto y el periodo intergenésico ofrecen oportunidades para implementar prevención, control de presión arterial, intervención sobre estilo de vida y transición hacia atención longitudinal después de desenlaces adversos del embarazo (Lewey et al., 2024).

NICE también reconoce que las mujeres con antecedente de trastornos hipertensivos del embarazo presentan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular a largo plazo y establece recomendaciones de seguimiento y consejería al transferir la atención hacia la comunidad o primer nivel (NICE, 2019).

Los componentes mínimos del seguimiento posparto identificados en la literatura incluyen vigilancia de presión arterial, evaluación de síntomas de alarma, ajuste de antihipertensivos compatibles con lactancia, valoración renal, tamizaje metabólico, consejería anticonceptiva, planificación de embarazos futuros y educación sobre riesgo cardiovascular. A largo plazo, se recomienda seguimiento periódico de presión arterial, peso, índice de masa corporal, glucosa, perfil lipídico y función renal.

En conjunto, los hallazgos de la revisión apoyan que la preeclampsia debe incorporarse como antecedente clínico relevante en la estratificación cardiovascular femenina. Su identificación durante el embarazo permite detectar a una población de mujeres jóvenes en quienes la prevención primaria puede iniciarse décadas antes del desarrollo de enfermedad cardiovascular manifiesta.



Tabla 1. Principales desenlaces cardiovasculares asociados con antecedente de preeclampsia

Desenlace	Hallazgo clínico relevante	Implicación para seguimiento
posterior		
Hipertensión arterial crónica	Es una de las complicaciones más frecuentes después de preeclampsia.	Medición periódica de presión arterial desde el puerperio y seguimiento anual.
Cardiopatía isquémica	Riesgo aproximadamente duplicado en mujeres con antecedente de preeclampsia.	Evaluación de factores de riesgo tradicionales y consejería cardiovascular.
Enfermedad cerebrovascular	Riesgo aumentado, especialmente si hay hipertensión persistente.	Educación sobre síntomas neurológicos y control estricto de presión arterial.
Insuficiencia cardíaca	Riesgo posterior aproximadamente cuatro veces mayor según metaanálisis.	Sospecha clínica ante disnea, edema pulmonar, ortopnea o intolerancia al ejercicio.
Enfermedad renal crónica	Puede existir proteinuria persistente o deterioro renal subclínico.	Creatinina, filtrado glomerular estimado y proteinuria/albuminuria posparto.
Mortalidad cardiovascular	Asociación aumentada en estudios poblacionales y metaanálisis.	Integrar antecedente obstétrico en historia cardiovascular de por vida.

La evidencia revisada permite concluir que la preeclampsia es un marcador temprano de riesgo cardiovascular y renal. Su valor clínico no se limita al embarazo, sino que permite identificar una población femenina con riesgo aumentado de hipertensión crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica. Estos hallazgos justifican un modelo de atención posparto estructurado, interdisciplinario y preventivo, en el que la consulta gineco-obstétrica funcione como punto de partida para la prevención cardiovascular a largo plazo.

Implicaciones clínicas para Ginecología y Obstetricia

El reconocimiento de la preeclampsia como marcador temprano de riesgo cardiovascular tiene implicaciones directas para la práctica gineco-obstétrica. Tradicionalmente, el abordaje de la preeclampsia se ha centrado en el diagnóstico oportuno, la prevención de complicaciones maternas

agudas, la decisión del momento óptimo de interrupción del embarazo y la vigilancia inmediata del puerperio. Sin embargo, la evidencia actual obliga a ampliar este enfoque hacia una perspectiva longitudinal, en la que el gineco-obstetra participe activamente en la identificación, estratificación y referencia de mujeres con riesgo cardiovascular aumentado.

En este contexto, la consulta posparto debe considerarse una extensión del manejo de la preeclampsia y no únicamente una visita de cierre obstétrico. Durante este periodo, el especialista debe confirmar la evolución clínica de la paciente, evaluar la persistencia de hipertensión, identificar síntomas de alarma, valorar datos de daño renal o metabólico residual y establecer una ruta de seguimiento. Esta transición resulta particularmente importante porque muchas pacientes jóvenes no tienen contacto regular con servicios de medicina preventiva fuera del embarazo, por lo que el antecedente obstétrico puede ser la primera oportunidad para detectar una trayectoria cardiovascular adversa.

El papel del gineco-obstetra incluye documentar de manera explícita el antecedente de preeclampsia en el expediente clínico, explicar a la paciente que este evento se asocia con mayor riesgo cardiovascular y renal futuro, y recomendar vigilancia periódica aun cuando la presión arterial se normalice después del puerperio. Esta consejería debe ser clara, preventiva y no alarmista: la paciente debe comprender que haber presentado preeclampsia no implica necesariamente que desarrollará enfermedad cardiovascular, pero sí que requiere seguimiento clínico, control de factores modificables y evaluación periódica de presión arterial, peso, glucosa, perfil lipídico y función renal.

Además, la atención posparto debe integrar consejería anticonceptiva y reproductiva. En mujeres con antecedente de preeclampsia, la elección anticonceptiva debe individualizarse de acuerdo con cifras tensionales, lactancia, comorbilidades metabólicas, riesgo trombótico y deseo reproductivo. Asimismo, ante un futuro embarazo, se recomienda valoración preconcepcional para optimizar peso, presión arterial, función renal, control glucémico y presencia de comorbilidades. En pacientes con alto riesgo de recurrencia, las guías clínicas recomiendan considerar ácido acetilsalicílico a dosis bajas durante la gestación, iniciado de forma oportuna conforme a los criterios clínicos establecidos por guías nacionales e internacionales (ACOG, 2020; IMSS, 2017; WHO, 2011).

Desde el punto de vista asistencial, es necesario establecer una “entrega cardiovascular” al egreso obstétrico o durante la consulta posparto. Esta entrega consiste en informar el diagnóstico, clasificar el



riesgo, indicar signos de alarma, programar vigilancia tensional y definir si la paciente requiere seguimiento en primer nivel, medicina interna, cardiología preventiva o nefrología. Las pacientes con preeclampsia severa, inicio temprano, síndrome HELLP, parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal, hipertensión persistente, proteinuria, deterioro renal, diabetes, obesidad o síntomas cardiopulmonares deben considerarse de mayor riesgo y recibir seguimiento más estrecho.

La implementación de un esquema práctico de vigilancia posparto permitiría reducir la pérdida de seguimiento y transformar la preeclampsia en una oportunidad de prevención cardiovascular primaria. Para ello, el abordaje debe ser escalonado, factible y adaptable a diferentes niveles de atención. La siguiente tabla propone un esquema clínico de seguimiento posparto aplicable a mujeres con antecedente de preeclampsia.

Tabla 2. Propuesta de seguimiento posparto cardiovascular en mujeres con antecedente de preeclampsia

Momento de seguimiento	Evaluación sugerida	Objetivo clínico	Conducta recomendada
Antes del egreso hospitalario	Presión arterial, síntomas neurológicos, dolor epigástrico, disnea, edema pulmonar, sangrado, función renal y hepática si hubo datos de severidad.	Confirmar estabilidad clínica e identificar riesgo de complicaciones posparto tempranas.	Educar sobre signos de alarma, indicar automonitoreo de presión arterial si es posible, ajustar antihipertensivos compatibles con lactancia y programar control temprano.
Primeras 72 horas posparto	Control de presión arterial, cefalea, alteraciones visuales, dolor torácico, disnea, oliguria o síntomas neurológicos.	Detectar hipertensión severa, eclampsia posparto, edema pulmonar o	Valoración urgente si PA $\geq 160/110$ mmHg, síntomas neurológicos, disnea, dolor torácico o datos de daño orgánico.

		evento neurrológico.		
7 a 10 días posparto	Presión arterial presencial o domiciliaria, adherencia terapéutica, efectos adversos de antihipertensivos, lactancia y síntomas de alarma.	Identificar hipertensión persistente o agravamiento tensional durante el pico de riesgo posparto.	Ajustar antihipertensivo, educación y definir necesidad de seguimiento por medicina interna o cardiología.	tratamiento reforzar
2 a 6 semanas posparto	Presión arterial, resolución de síntomas, proteinuria si fue significativa, creatinina si hubo daño renal, estado emocional, anticoncepción y lactancia.	Evaluar recuperación clínica y detectar datos persistentes de daño renal o hipertensión.	Continuar o retirar antihipertensivos según evolución, solicitar estudios si persiste hipertensión/proteinuria y establecer plan anticonceptivo individualizado.	según
6 a 12 semanas posparto	Presión arterial, IMC, perímetro abdominal, glucosa en ayuno o HbA1c, perfil lipídico, creatinina, tasa de filtrado glomerular estimada y albuminuria/proteinuria en pacientes seleccionadas.	Reclasificar riesgo cardiovascular y renal posterior al puerperio.	Referir a primer nivel, medicina interna, cardiología preventiva o nefrología según hallazgos; iniciar prevención primaria estructurada.	
Seguimiento anual	Presión arterial, peso, IMC, glucosa/HbA1c, perfil lipídico, función renal,	Prevenir hipertensión crónica,	Mantener vigilancia longitudinal, promover estilo de vida cardioprotector y	



	hábitos de vida y nuevos	enfermedad	actualizar	riesgo		
	síntomas cardiovasculares.	renal, diabetes y	cardiovascular.			
		enfermedad				
		cardiovascular				
		clínica.				
Consulta	Antecedente	de	Reducir riesgo de	Controlar	comorbilidades,	
preconcepcional	preeclampsia,	severidad,	recurrencia	y	ajustar	fármacos
futura	edad gestacional de inicio,	optimizar	contraindicados en embarazo			
	recurrencia, presión arterial,	condiciones	y	considerar	ácido	
	función renal, peso, diabetes,	antes de un	acetilsalicílico a dosis bajas			
	dislipidemia y medicamentos	nuevo embarazo.	si cumple criterios de alto			
	actuales.		riesgo.			

Nota: Este esquema debe individualizarse según la severidad de la preeclampsia, presencia de síndrome HELLP, parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal, hipertensión persistente, enfermedad renal, diabetes, obesidad, síntomas cardiovasculares o barreras de acceso a seguimiento médico.

La Tabla 2 resume una ruta práctica de vigilancia posparto basada en la identificación temprana de hipertensión persistente, daño renal, alteraciones metabólicas y síntomas cardiovasculares. Su utilidad radica en transformar el antecedente de preeclampsia en un punto de partida para prevención cardiovascular. En la práctica clínica, este esquema permite diferenciar a pacientes que pueden continuar seguimiento en primer nivel de aquellas que requieren valoración por medicina interna, cardiología preventiva o nefrología.

La vigilancia durante los primeros días posparto es fundamental porque la presión arterial puede persistir elevada o incrementarse después del egreso hospitalario. Por ello, el control tensional temprano debe acompañarse de educación sobre síntomas de alarma, particularmente cefalea intensa, alteraciones visuales, dolor epigástrico, disnea, dolor torácico, edema pulmonar, alteraciones neurológicas u oliguria. Posteriormente, la consulta de 6 a 12 semanas permite reclasificar el riesgo cardiovascular y renal mediante evaluación clínica y estudios básicos de laboratorio.



El seguimiento anual es indispensable porque el riesgo asociado a preeclampsia no desaparece con la resolución del puerperio. La medición periódica de presión arterial, peso, glucosa, lípidos y función renal permite identificar factores de riesgo modificables antes de la aparición de enfermedad cardiovascular manifiesta. De esta manera, la consulta gineco-obstétrica puede funcionar como el primer eslabón de una estrategia preventiva de largo plazo.

DISCUSIÓN.

Los hallazgos de la presente revisión respaldan que la preeclampsia debe interpretarse como un marcador temprano de riesgo cardiovascular materno y no únicamente como una complicación hipertensiva transitoria del embarazo. La evidencia disponible muestra una asociación consistente entre el antecedente de preeclampsia y el desarrollo posterior de hipertensión arterial crónica, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y mortalidad cardiovascular. Este cambio conceptual resulta fundamental para la práctica gineco-obstétrica, ya que transforma la atención posparto de un modelo centrado exclusivamente en la resolución obstétrica hacia un enfoque longitudinal de prevención cardiovascular.

Desde una perspectiva fisiopatológica, la relación entre preeclampsia y enfermedad cardiovascular futura puede explicarse por la presencia de mecanismos compartidos. La disfunción endotelial, el desequilibrio angiogénico, la inflamación sistémica, el estrés oxidativo, la resistencia a la insulina, la rigidez arterial y el daño microvascular son procesos implicados tanto en la génesis de la preeclampsia como en la evolución posterior hacia enfermedad vascular crónica. En este sentido, el embarazo puede comportarse como una prueba de estrés cardiovascular que evidencia una susceptibilidad materna previamente silenciosa. Esta interpretación permite comprender por qué mujeres jóvenes, aparentemente sanas antes de la gestación, pueden desarrollar un perfil de riesgo cardiovascular acelerado después de un embarazo complicado por preeclampsia.

No obstante, la preeclampsia no debe entenderse únicamente como un marcador pasivo de riesgo preexistente. También es posible que el propio episodio hipertensivo del embarazo contribuya al daño vascular persistente, especialmente en casos de preeclampsia severa, temprana o recurrente. La exposición materna a inflamación sistémica, hipertensión aguda, alteración endotelial y daño renal durante la gestación puede generar cambios cardiovasculares y renales que no siempre se resuelven por



completo tras el parto. Esta doble interpretación —preeclampsia como marcador y como posible mediador de riesgo— refuerza la necesidad de vigilancia posparto más allá de la desaparición de los síntomas obstétricos.

Uno de los aspectos más relevantes es que el riesgo cardiovascular posterior no se distribuye de manera uniforme entre todas las pacientes. La literatura sugiere que las formas clínicas más graves se asocian con mayor riesgo a largo plazo. La preeclampsia de inicio temprano, la preeclampsia con datos de severidad, la recurrencia en embarazos posteriores, la asociación con parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal o síndrome HELLP deben considerarse fenotipos de mayor riesgo vascular. En estas pacientes, el seguimiento posparto debería ser más estricto e incluir evaluación clínica, tensional, renal y metabólica desde las primeras semanas posteriores al nacimiento.

La hipertensión arterial crónica constituye probablemente la complicación más inmediata y frecuente en mujeres con antecedente de preeclampsia. Su identificación temprana es esencial porque funciona como un mecanismo intermedio entre el evento obstétrico y los desenlaces cardiovasculares mayores. La persistencia de cifras tensionales elevadas después del parto no debe minimizarse ni atribuirse de forma automática a cambios fisiológicos puerperales. Por el contrario, debe considerarse una oportunidad para diagnosticar hipertensión crónica, iniciar tratamiento oportuno, educar a la paciente y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares.

La insuficiencia cardíaca merece una consideración particular. Diversos metaanálisis han mostrado que el antecedente de preeclampsia se asocia con un aumento especialmente marcado del riesgo de insuficiencia cardíaca futura. Este hallazgo es clínicamente relevante porque la evaluación cardiovascular de mujeres jóvenes suele centrarse en factores tradicionales de riesgo ateroesclerótico, mientras que el riesgo de disfunción ventricular, remodelado cardíaco o insuficiencia cardíaca puede pasar inadvertido. En mujeres con antecedente de preeclampsia severa que presentan disnea, ortopnea, edema pulmonar, dolor torácico o intolerancia al ejercicio durante el puerperio, debe considerarse la evaluación cardiológica o ecocardiográfica, especialmente si existen cifras tensionales persistentes o datos de sobrecarga hemodinámica.

Asimismo, la enfermedad renal crónica representa otra vía de riesgo relevante. La preeclampsia se caracteriza por afectación glomerular, proteinuria y daño endotelial renal. Aunque en muchas pacientes

estas alteraciones se resuelven durante el puerperio, la persistencia de proteinuria, albuminuria o reducción de la tasa de filtrado glomerular debe motivar vigilancia estrecha y eventual referencia a nefrología. Este aspecto es particularmente importante porque la enfermedad renal subclínica puede haber precedido a la preeclampsia o, alternativamente, haber sido precipitada o agravada por el episodio obstétrico.

Desde el punto de vista clínico, el periodo posparto constituye una ventana de oportunidad que con frecuencia se desaprovecha. El modelo tradicional de atención obstétrica suele concentrarse en el control de la presión arterial inmediata, la resolución del embarazo, la lactancia, la anticoncepción y la recuperación puerperal. Sin embargo, rara vez se establece un plan formal de seguimiento cardiovascular a mediano y largo plazo. Esta fragmentación genera que muchas pacientes con antecedente de preeclampsia pierdan contacto con el sistema de salud una vez concluido el puerperio, aun cuando ya han sido identificadas como una población de riesgo.

La transición asistencial entre Ginecología y Obstetricia, primer nivel de atención, medicina interna, cardiología preventiva y nefrología es uno de los principales desafíos. Idealmente, toda paciente con antecedente de preeclampsia debería egresar con información clara sobre su diagnóstico, signos de alarma, necesidad de monitoreo tensional y riesgo cardiovascular futuro. Además, el antecedente debe quedar documentado en el expediente clínico y comunicarse explícitamente al médico que dará seguimiento posterior. Esta “entrega cardiovascular” permitiría transformar un evento obstétrico adverso en una estrategia de prevención primaria.

En países como México, esta discusión adquiere especial relevancia por la elevada prevalencia de obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular. En este contexto epidemiológico, la preeclampsia puede funcionar como un marcador temprano de riesgo en mujeres jóvenes que quizá aún no cumplen criterios diagnósticos de enfermedad metabólica o cardiovascular, pero que ya muestran vulnerabilidad vascular durante el embarazo. Incorporar el antecedente de preeclampsia en la evaluación clínica permitiría anticipar intervenciones preventivas, especialmente en mujeres con sobrepeso, obesidad, antecedente familiar de enfermedad cardiovascular, diabetes gestacional, enfermedad renal o hipertensión persistente posparto.

Otro punto importante es que las calculadoras convencionales de riesgo cardiovascular pueden



subestimar el riesgo en mujeres jóvenes. La edad tiene un peso considerable en la mayoría de estos modelos, por lo que pacientes de 20, 30 o 40 años pueden clasificarse como de bajo riesgo aun cuando tengan antecedentes obstétricos adversos significativos. Por ello, la historia reproductiva debe considerarse un componente esencial de la valoración cardiovascular femenina. La preeclampsia, la hipertensión gestacional, la diabetes gestacional, el parto pretérmino y la restricción del crecimiento fetal aportan información clínica que no siempre es capturada por los modelos tradicionales.

La consulta gineco-obstétrica tiene un papel estratégico en este cambio de paradigma. El gineco-obstetra no solo participa en el diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia durante la gestación, sino que también puede iniciar la prevención cardiovascular desde el puerperio. Esto incluye explicar a la paciente que su antecedente obstétrico tiene implicaciones futuras, recomendar vigilancia anual de presión arterial, peso, glucosa, perfil lipídico y función renal, promover hábitos cardioprotectores y coordinar referencia cuando existan criterios de alto riesgo. En este sentido, la atención posparto debe ser entendida como el inicio de una etapa preventiva y no como el cierre del episodio obstétrico.

La educación de la paciente es otro elemento fundamental. Muchas mujeres desconocen que haber presentado preeclampsia incrementa su riesgo cardiovascular posterior. Sin una explicación clara, es poco probable que busquen seguimiento, modifiquen factores de riesgo o informen este antecedente en consultas futuras. Por ello, la consejería debe ser explícita, comprensible y no alarmista. La paciente debe saber que el antecedente de preeclampsia no significa que inevitablemente desarrollará enfermedad cardiovascular, pero sí que requiere vigilancia y prevención activa.

En términos de prevención primaria, las intervenciones deben individualizarse. Las medidas no farmacológicas constituyen el primer eje: control ponderal, alimentación saludable, actividad física, suspensión de tabaco, reducción de consumo de sodio, sueño adecuado y control de comorbilidades. La lactancia, cuando es posible, puede formar parte de una estrategia de recuperación metabólica posparto. En pacientes con hipertensión persistente, dislipidemia, diabetes, obesidad severa, proteinuria o enfermedad renal, debe considerarse manejo farmacológico y referencia especializada. La anticoncepción también debe individualizarse, particularmente en mujeres con hipertensión no controlada, migraña con aura, tabaquismo, obesidad importante o riesgo trombótico.

La prevención de recurrencia en embarazos futuros también forma parte de la discusión. Las pacientes



con antecedente de preeclampsia deben recibir consejería preconcepcional antes de una nueva gestación. Esta valoración debe incluir control de presión arterial, optimización del peso, evaluación renal, detección de diabetes o dislipidemia, revisión de medicamentos y estimación del riesgo de recurrencia. En pacientes candidatas, el uso de ácido acetilsalicílico a dosis bajas durante el embarazo puede reducir el riesgo de preeclampsia, especialmente cuando se inicia oportunamente según recomendaciones clínicas. De esta forma, el seguimiento posparto también tiene implicaciones para la salud reproductiva futura.

A pesar de la evidencia disponible, existen limitaciones en la implementación clínica. No todos los sistemas de salud cuentan con programas estructurados de seguimiento cardiovascular posparto. Además, persisten barreras como falta de tiempo en consulta, escasa comunicación entre niveles de atención, desconocimiento del riesgo por parte de pacientes y profesionales, dificultades de acceso a laboratorios, pérdida de seguimiento y ausencia de protocolos locales. Estas limitaciones son especialmente importantes en contextos de atención pública, donde la carga asistencial puede dificultar la continuidad después del puerperio.

Por ello, se requieren modelos de atención prácticos y aplicables. Una estrategia factible sería clasificar a las pacientes con antecedente de preeclampsia en grupos de riesgo durante el egreso o la consulta posparto: riesgo moderado, si la preeclampsia fue sin datos de severidad y la presión arterial se normaliza; y riesgo alto, si existió preeclampsia severa, inicio temprano, síndrome HELLP, parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal, recurrencia, hipertensión persistente, enfermedad renal, diabetes u obesidad. Esta clasificación permitiría decidir la intensidad del seguimiento, el tipo de estudios solicitados y la necesidad de referencia.

En la práctica clínica, un esquema mínimo debería incluir medición de presión arterial durante la primera semana posparto, valoración integral entre las 6 y 12 semanas, y seguimiento anual posterior. En la visita integral se deberían evaluar presión arterial, índice de masa corporal, glucosa o HbA1c, perfil lipídico, creatinina, tasa de filtrado glomerular estimada y proteinuria o albuminuria en pacientes seleccionadas. Además, se debe reforzar educación sobre síntomas de alarma, estilo de vida, anticoncepción y planificación de futuros embarazos.

La principal fortaleza de este enfoque radica en que permite intervenir antes de la aparición de



enfermedad cardiovascular clínica. La preeclampsia ocurre en una etapa temprana de la vida de muchas mujeres, por lo que ofrece una oportunidad preventiva con amplio margen temporal. Identificar y modificar factores de riesgo después del embarazo puede tener impacto no solo en la salud cardiovascular de la madre, sino también en sus embarazos futuros y en su calidad de vida a largo plazo. En conjunto, la evidencia revisada sostiene que la preeclampsia debe incorporarse de manera sistemática en la historia cardiovascular femenina. Su presencia debe activar una ruta de seguimiento posparto y prevención a largo plazo. Para Ginecología y Obstetricia, esto implica ampliar el horizonte de atención: del control de la complicación aguda hacia la prevención cardiovascular de la mujer durante todo su curso de vida.

En consecuencia, la preeclampsia debe ser considerada una oportunidad clínica de alto valor preventivo. Cada embarazo complicado por preeclampsia identifica a una paciente que requiere no solo vigilancia obstétrica, sino también acompañamiento cardiovascular. La integración de este antecedente en protocolos posparto, expedientes clínicos y programas de prevención permitiría reducir la brecha entre la atención materna inmediata y la salud cardiovascular futura. Este cambio de paradigma es especialmente relevante para la práctica gineco-obstétrica contemporánea, donde la medicina reproductiva y la medicina preventiva deben entenderse como áreas profundamente interconectadas.

LIMITACIONES DE LA REVISIÓN

La presente revisión tiene algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus hallazgos. En primer lugar, se trata de una revisión narrativa, por lo que no se realizó una búsqueda sistemática con criterios PRISMA, evaluación formal del riesgo de sesgo ni metaanálisis propio. En consecuencia, la selección de fuentes se orientó a integrar evidencia clínica relevante, guías de práctica, declaraciones científicas y estudios observacionales, pero no pretende sustituir una revisión sistemática.

En segundo lugar, la evidencia disponible sobre preeclampsia y riesgo cardiovascular futuro proviene en gran parte de estudios observacionales, revisiones sistemáticas y metaanálisis basados en cohortes poblacionales. Aunque la asociación entre preeclampsia y enfermedad cardiovascular posterior es consistente, la magnitud exacta del riesgo puede variar según la población estudiada, la definición utilizada de preeclampsia, la severidad del cuadro, el tiempo de seguimiento, la presencia de comorbilidades previas y los factores de ajuste incluidos en cada análisis.



Otra limitación relevante es la heterogeneidad en la clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo. Las definiciones de preeclampsia, preeclampsia con datos de severidad, hipertensión gestacional, hipertensión crónica y daño orgánico han variado entre guías y periodos históricos. Esto puede dificultar la comparación directa entre estudios y la estimación precisa del riesgo cardiovascular asociado a cada fenotipo clínico.

Asimismo, la mayoría de las recomendaciones de seguimiento posparto se basan en guías internacionales, consensos de expertos y extrapolación de evidencia cardiovascular general. Aunque estas recomendaciones son clínicamente razonables, aún se requieren estudios prospectivos que evalúen la efectividad de programas estructurados de vigilancia posparto en la reducción de eventos cardiovasculares duros a largo plazo, particularmente en poblaciones latinoamericanas y mexicanas.

Finalmente, existen limitaciones en la aplicabilidad de algunos modelos de seguimiento dentro de sistemas de salud con alta carga asistencial, dificultades de acceso, pérdida de seguimiento y recursos limitados. Por ello, las estrategias propuestas deben adaptarse al contexto local, al nivel de atención disponible y al perfil de riesgo individual de cada paciente.

A pesar de estas limitaciones, la evidencia revisada permite sostener que la preeclampsia debe considerarse un antecedente cardiovascular relevante y que el periodo posparto constituye una oportunidad clínica prioritaria para iniciar prevención primaria, vigilancia tensional y detección temprana de factores de riesgo modificables.

CONCLUSIONES

La preeclampsia debe reconocerse como un marcador temprano de riesgo cardiovascular materno y no únicamente como una complicación hipertensiva limitada al embarazo. La evidencia actual demuestra que las mujeres con antecedente de preeclampsia presentan mayor probabilidad de desarrollar hipertensión arterial crónica, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y mortalidad cardiovascular en etapas posteriores de la vida.

El embarazo funciona como una prueba de estrés cardiovascular capaz de revelar susceptibilidad vascular, metabólica y endotelial en mujeres jóvenes aparentemente sanas. En este sentido, la preeclampsia puede interpretarse tanto como una manifestación temprana de enfermedad vascular subclínica como un evento que contribuye al daño cardiovascular persistente, especialmente cuando se

presenta con datos de severidad, inicio temprano, recurrencia, parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal o síndrome HELLP.

El seguimiento posparto representa una ventana crítica para modificar la trayectoria cardiovascular de estas pacientes. La vigilancia tensional temprana, la evaluación de función renal, el tamizaje metabólico, la identificación de proteinuria persistente, la consejería anticonceptiva, la planificación reproductiva y la educación sobre síntomas de alarma deben formar parte del abordaje integral posterior a un embarazo complicado por preeclampsia.

La consulta gineco-obstétrica tiene un papel central en la prevención cardiovascular femenina. El especialista debe documentar el antecedente de preeclampsia como un factor clínico relevante, informar a la paciente sobre su riesgo futuro y coordinar la transición hacia primer nivel de atención, medicina interna, cardiología preventiva o nefrología según el perfil individual. Esta continuidad asistencial es indispensable para evitar que el riesgo identificado durante el embarazo se pierda después del alta obstétrica.

Las estrategias de prevención primaria deben iniciar desde el puerperio e incluir modificaciones del estilo de vida, control ponderal, actividad física, alimentación cardioprotectora, suspensión de tabaco, control de presión arterial, detección de diabetes, dislipidemia y enfermedad renal. En mujeres con hipertensión persistente, proteinuria, deterioro renal, síntomas cardiovasculares o múltiples factores de riesgo, debe considerarse referencia temprana a atención especializada.

En conclusión, la preeclampsia debe entenderse como una señal temprana de vulnerabilidad cardiovascular. Su reconocimiento permite transformar un evento obstétrico adverso en una oportunidad de prevención a largo plazo. Integrar la historia obstétrica en la valoración cardiovascular de la mujer constituye una estrategia necesaria para reducir la carga futura de enfermedad cardiovascular y mejorar la atención integral de las pacientes durante todo su curso de vida.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Optimizing postpartum care: ACOG Committee Opinion No. 736. Obstetrics & Gynecology*, 131(5), e140–e150. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin No. 222. Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237–e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- Bellamy, L., Casas, J. P., Hingorani, A. D., & Williams, D. J. (2007). Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 335(7627), 974. <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.385301.BE>
- Benschop, L., Duvekot, J. J., & van Lennep, J. E. R. (2019). Future risk of cardiovascular disease risk factors and events in women after a hypertensive disorder of pregnancy. *Heart*, 105(16), 1273–1278. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-313453>
- Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., Hall, D. R., Warren, C. E., Adoyi, G., & Ishaku, S. (2018). Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*, 72(1), 24–43. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803>
- Brown, M. C., Best, K. E., Pearce, M. S., Waugh, J., Robson, S. C., & Bell, R. (2013). Cardiovascular disease risk in women with pre-eclampsia: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 28(1), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9762-6>
- Covella, B., Vinturache, A. E., Cabiddu, G., Attini, R., Gesualdo, L., Versino, E., & Piccoli, G. B. (2019). A systematic review and meta-analysis indicates long-term risk of chronic and end-stage kidney disease after preeclampsia. *Kidney International*, 96(3), 711–727. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.03.033>
- Garovic, V. D., Dechend, R., Easterling, T., Karumanchi, S. A., McMurtry Baird, S., Magee, L. A., Rana, S., Vermunt, J. V., & August, P. (2022). Hypertension in pregnancy: Diagnosis, blood pressure goals, and pharmacotherapy: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 79(2), e21–e41. <https://doi.org/10.1161/HYP.000000000000208>



- Honigberg, M. C., Zekavat, S. M., Aragam, K., Klarin, D., Bhatt, D. L., Scott, N. S., Peloso, G. M., Natarajan, P., & Bick, A. G. (2019). Long-term cardiovascular risk in women with hypertension during pregnancy. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(22), 2743–2754. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.09.052>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo en los tres niveles de atención: Guía de práctica clínica*. IMSS. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>
- Lewey, J., Beckie, T. M., Brown, T. M., Brown, H. L., Garovic, V. D., Khan, S. S., Miller, E. C., Sharma, G., & Mehta, L. S. (2024). Opportunities in the postpartum period to reduce cardiovascular disease risk after adverse pregnancy outcomes: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 149(7), e330–e346. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001212>
- Magee, L. A., Brown, M. A., Hall, D. R., Gupte, S., Hennessy, A., Karumanchi, S. A., Kenny, L. C., McCarthy, F., Myers, J., Poon, L. C., Rana, S., Saito, S., Staff, A. C., Tsigas, E., & von Dadelszen, P. (2022). The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension*, 27, 148–169. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.09.008>
- Melchiorre, K., Sharma, R., & Thilaganathan, B. (2014). Cardiovascular implications in preeclampsia: An overview. *Circulation*, 130(8), 703–714. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003664>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management*. NICE Guideline NG133. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
- Riise, H. K. R., Sulo, G., Tell, G. S., Igland, J., Egeland, G. M., Nygård, O., Selmer, R., & Iversen, A. C. (2019). Hypertensive pregnancy disorders increase the risk of maternal cardiovascular disease after adjustment for cardiovascular risk factors. *International Journal of Cardiology*, 282, 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.01.097>
- Stuart, J. J., Tanz, L. J., Cook, N. R., Spiegelman, D., Missmer, S. A., Rimm, E. B., Rexrode, K. M., Mukamal, K. J., & Rich-Edwards, J. W. (2022). Cardiovascular risk factors mediate the long-term maternal risk associated with hypertensive disorders of pregnancy. *Journal of the American*

- College of Cardiology*, 79(19), 1901–1913. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.03.335>
- Sukmanee, J., Liabsuetrakul, T., McNeil, E., & Sia, W. S. (2022). Risk of future cardiovascular diseases in different years postpartum after hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(30), e29646. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029646>
- Wu, P., Haththotuwa, R., Kwok, C. S., Babu, A., Kotronias, R. A., Rushton, C., Zaman, A., Fryer, A. A., Kadam, U., & Mamas, M. A. (2017). Preeclampsia and future cardiovascular health: A systematic review and meta-analysis. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(2), e003497. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003497>
- Wu, P., Kwok, C. S., Haththotuwa, R., Kotronias, R. A., Babu, A., Fryer, A. A., Myint, P. K., & Mamas, M. A. (2016). Pre-eclampsia is associated with a twofold increase in diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 59(12), 2518–2526. <https://doi.org/10.1007/s00125-016-4098-x>
- World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44703>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Optimizing postpartum care: ACOG Committee Opinion No. 736. Obstetrics & Gynecology*, 131(5), e140–e150. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin No. 222. Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237–e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- Garovic, V. D., Dechend, R., Easterling, T., Karumanchi, S. A., McMurtry Baird, S., Magee, L. A., Rana, S., Vermunt, J. V., & August, P. (2022). Hypertension in pregnancy: Diagnosis, blood pressure goals, and pharmacotherapy: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 79(2), e21–e41. <https://doi.org/10.1161/HYP.000000000000208>

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo en los tres niveles de atención: Guía de práctica clínica*. IMSS. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>
- Lewey, J., Beckie, T. M., Brown, T. M., Brown, H. L., Garovic, V. D., Khan, S. S., Miller, E. C., Sharma, G., & Mehta, L. S. (2024). Opportunities in the postpartum period to reduce cardiovascular disease risk after adverse pregnancy outcomes: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 149(7), e330–e346. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001212>
- Magee, L. A., Brown, M. A., Hall, D. R., Gupte, S., Hennessy, A., Karumanchi, S. A., Kenny, L. C., McCarthy, F., Myers, J., Poon, L. C., Rana, S., Saito, S., Staff, A. C., Tsigas, E., & von Dadelszen, P. (2022). The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension*, 27, 148–169. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.09.008>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management*. NICE Guideline NG133. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
- World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44703>