

## Posparto y reestratificación del riesgo

**Dra. Bárbara Ayelén Guerrero**

Médica especialista en Medicina Interna y en Hipertensión Arterial. Miembro del grupo de Mujer SAHA. Médica de la Unidad de Riesgo Cardiovascular y Metabólico, Santa Teresita.

**Dra. Mariana Pérez.**

Médica especialista en Medicina Interna, Magister en Hipertensión Arterial. Miembro del Grupo de Mujer SAHA.

**Comentario del artículo:** Urrutia RP, Loop MS, Johnson JD, et al. Blood Pressure 15 to 90 Days After a Hypertensive Disorder of Pregnancy and Later Hypertension. *Hypertension*. Febrero 2026;83:272–281. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.124.24393.

**El embarazo ha sido conceptualizado como una verdadera prueba de estrés cardiovascular,** capaz de revelar una susceptibilidad subyacente que puede manifestarse años más tarde como enfermedad clínica.

En este escenario, el **primer año posparto** representa una etapa clave en la reestratificación del riesgo, particularmente en mujeres que han presentado un trastorno hipertensivo del embarazo (THE).

Si bien el antecedente de THE se asocia de manera consistente con mayor riesgo cardiovascular futuro, persiste la necesidad de identificar marcadores clínicos tempranos que permitan discriminar qué mujeres presentan un riesgo particularmente elevado en el corto plazo. La visita posparto entre los 15 y 90 días —recomendada como instancia de evaluación integral— constituye un momento estratégico para esta valoración.

Bajo esta perspectiva, el trabajo de Urrutia y colaboradores aporta evidencia concreta sobre el valor pronóstico de la presión arterial (PA) medida en esa ventana posparto.

### ¿Qué muestra el estudio?

Se trata de un análisis retrospectivo realizado en dos sistemas de salud de Estados Unidos que incluyó 2.520 mujeres sin hipertensión previa documentada y con diagnóstico de THE. Con un seguimiento mediano cercano a 10 meses, el **13% recibió un diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) incidente.**

La presión arterial sistólica (PAS) registrada entre los 15 y 90 días posparto se asoció de manera independiente con el riesgo posterior: una cifra de 140 mm Hg, en comparación con 120 mm Hg, implicó un incremento del 81% en la probabilidad de desarrollar HTA. Esta asociación no se observó para la PA diastólica.

A los 12 meses, el riesgo acumulado fue del 12,9% en mujeres con cifras  $\geq 140/90$  mm Hg, frente al 4,5% en aquellas con PA óptima. Un dato particularmente relevante es que **el 39% de las mujeres elegibles no tuvo ningún registro de PA en esa ventana posparto, pese a las recomendaciones vigentes.**

## Más allá del riesgo individual: la brecha asistencial

Más allá del valor pronóstico de la PAS, el hallazgo que interpela con mayor fuerza es la proporción de mujeres que no accedieron a un control en ese período clave. **Que casi cuatro de cada diez pacientes con antecedente de THE no cuenten con un control documentado en el posparto temprano revela una brecha asistencial significativa en una población reconocidamente de alto riesgo.**

Este dato trasciende el análisis estadístico y expone una falla en la implementación de las recomendaciones vigentes. La consulta posparto no debería concebirse únicamente como el cierre del evento obstétrico, sino como el inicio de una estrategia de prevención cardiovascular a largo plazo. Sin un control oportuno y sin una transición estructurada hacia la atención primaria, la posibilidad de detección temprana y modificación del riesgo se diluye.

## Implicancias clínicas

Desde el punto de vista metodológico, deben considerarse las limitaciones inherentes al diseño retrospectivo basado en registros electrónicos. Las mediciones de PA reflejan la práctica clínica habitual, sin estandarización protocolizada, y el diagnóstico de HTA se basó en codificación administrativa. Asimismo, la pérdida de seguimiento podría influir en la estimación del riesgo real.

**Desde el punto de vista clínico, la persistencia de cifras elevadas de PAS en el posparto temprano identifica a un subgrupo de mujeres con mayor probabilidad de desarrollar HTA en el corto plazo.** Aunque no puede determinarse si esta elevación refleja daño vascular residual del embarazo o una predisposición previa desenmascarada por la gestación, su presencia obliga a intensificar la vigilancia y estructurar un seguimiento más estrecho.

En una población joven con riesgo cardiovascular precoz demostrado, la ausencia de control constituye en sí misma un problema clínico.

**Transformar la consulta posparto en una instancia sistemática de evaluación y transición hacia el cuidado longitudinal puede ser tan determinante como la cifra de PA que se registre.**