

REDEFINIENDO EL CUARTO TRIMESTRE: UN NUEVO PARADIGMA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR DE LA MUJER

REDEFINING THE FOURTH TRIMESTER: A NEW PARADIGM FOR WOMEN'S CARDIOVASCULAR HEALTH

JESSICA VOLPATO¹

RESUMEN

Las complicaciones del embarazo (CE) constituyen factores de riesgo cardiovascular específicos de la mujer y representan una oportunidad única para identificar tempranamente a aquellas con mayor susceptibilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular a lo largo de la vida. Los trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, el parto pretérmino, la restricción del crecimiento intrauterino, el desprendimiento de placenta y el aborto espontáneo, se asocian con un incremento independiente del riesgo de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica. Sin embargo, estos antecedentes continúan siendo subvalorados en la práctica clínica y no forman parte de la mayoría de los modelos tradicionales de estimación del riesgo cardiovascular. El concepto de "cuarto trimestre" redefine el período de posparto como una ventana de oportunidad para implementar estrategias de prevención primordial y secundaria precoz. La evidencia reciente demuestra que una adecuada salud cardiovascular, evaluada mediante *Life's Essential 8* (LE8), puede atenuar significativamente el exceso de riesgo asociado a las complicaciones del embarazo, alcanzando perfiles de riesgo comparables a los de mujeres sin dichos antecedentes. Esta revisión resume la evidencia actual sobre la relación entre las CE y la enfermedad cardiovascular futura, analiza las limitaciones del paradigma tradicional de estratificación del riesgo y propone un nuevo enfoque centrado en la salud cardiovascular de la mujer, basado en la identificación sistemática de estos antecedentes y en intervenciones tempranas dirigidas durante el seguimiento pos-parto.

Palabras clave: embarazo, complicaciones del embarazo, factores de riesgo cardiovascular.

ABSTRACT

Pregnancy complications (PC) constitute specific cardiovascular risk factors for women and represent a unique opportunity to early identify those with a greater susceptibility to developing cardiovascular disease throughout life. Hypertensive disorders of pregnancy, gestational diabetes, preterm birth, intrauterine growth restriction, placental abruption, and spontaneous abortion are associated with an independent increased risk of high blood pressure, diabetes, coronary heart disease, heart failure, stroke, and chronic kidney disease. However, these antecedents continue to be undervalued in clinical practice and are not part of most traditional cardiovascular risk estimation models. The concept of "fourth trimester" redefines the postpartum period as a window of opportunity to implement primary and early secondary prevention strategies. Recent evidence demonstrates that adequate cardiovascular health, assessed using *Life's Essential 8* (LE8), can significantly attenuate the excess risk associated with pregnancy complications, achieving risk profiles comparable to those of women without such a history. This review summarizes the current evidence on the relationship between PC and future cardiovascular disease, analyzes the limitations of the traditional risk stratification paradigm, and proposes a new approach focused on women's cardiovascular health, based on the systematic identification of these antecedents and targeted early interventions during postpartum follow-up.

Keywords: pregnancy, pregnancy complications; cardiovascular risk factors.

REVISTA CONAREC 2025;41(180):146-150 | [HTTPS://DOI.ORG/10.32407/RCON/2025180/0146-0150](https://doi.org/10.32407/RCON/2025180/0146-0150)

INTRODUCCIÓN

Tanto en la Argentina como a nivel mundial, la enfermedad cardiovascular (ECV) representa la principal causa de muerte en la mujer y afecta a un tercio de ellas¹. La misma engloba a la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad vascular periférica, en donde la aterosclerosis juega un rol central. Sin embargo, la evaluación y estratificación del riesgo de ECV en mujeres sigue siendo compleja e históricamente subestimada, especialmente en mujeres jóvenes.

Asimismo, las campañas de concientización sobre prevención de en-

fermedades en la mujer apuntan principalmente a controles ginecológicos, la llamada "*prevención en bikini*"², dejando de lado, no solo por las pacientes sino también por el personal de salud, el control de los factores de riesgo cardiovascular en esta subpoblación. Esto se traduce en menor tratamiento farmacológico y menor indicación de cambios en el estilo de vida en comparación con los hombres, ante un riesgo cardiovascular similar. Se observa en ellas, también, mayor retraso en la consulta y peor pronóstico a largo plazo luego de un evento cardiovascular³⁻⁷.

La existencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) no convencionales, y dentro de ellos, factores de riesgo ligados al sexo, como las complicaciones del embarazo, la transición a la menopausia y factores socioculturales, afectan de forma exclusiva a la mujer y aumentan su riesgo cardiovascular^{8,9}.

A su vez, el riesgo de presentar FRCV convencionales en el embarazo se ha intensificado en los últimos años, dado que las mujeres gestan en edades más avanzadas. Los factores de riesgo tradicionales como la hipertensión crónica, la diabetes, la obesidad y el tabaquismo están en aumento en el momento de la concepción y predisponen a la aparición de complicaciones del embarazo (CE): el parto pretérmi-

1. Staff de Cardiología ambulatoria del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires.
Staff de Unidad Coronaria de la Clínica Olivos
✉ **Correspondencia:** Jessica Volpato. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Av. del Libertador 6302, C1428ART CABA, Argentina. dra.jessicavolpato@gmail.com

no (PPT), la diabetes gestacional, preeclampsia, hipertensión arterial (HTA) gestacional, la restricción o retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) o nacido con bajo peso para la edad gestacional (BPEG)^{10,11}. Las CE son frecuentes y ocurren en hasta un 30 % de las mujeres. A pesar de ser diagnósticos diferentes, estas condiciones parecen compartir una patogénesis subyacente, que incluye inflamación materna y disfunción vascular¹².

El embarazo es un predictor de riesgo cardiovascular futuro en las mujeres. En este sentido, puede considerarse como una prueba de estrés natural para desenmascarar diferentes trastornos metabólicos o vasculares latentes en la mujer. Por lo tanto, la aparición de estas complicaciones proporciona una perspectiva sobre la futura salud cardiovascular, presentándose el **cuarto trimestre** como una “ventana de oportunidad para la prevención cardiovascular”.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: LA PRIMERA SEÑAL DE ALARMA CARDIOVASCULAR

La **preeclampsia, la eclampsia y la HTA gestacional** presagian un riesgo futuro de HTA debido a que la disfunción endotelial, la inflamación y el estado de hipercoagulabilidad puede persistir durante años después del parto. La HTA crónica afecta del 1 al 5 % de los embarazos, la HTA gestacional ocurre en el 6 al 7 % y la preeclampsia/eclampsia afecta hasta al 10 % de las mujeres¹³, esta última con una incidencia en aumento, probablemente relacionado con la mayor edad materna.

Sin embargo, la incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo (THE) se evalúa comúnmente mediante códigos de diagnóstico que no son fiables; y normalmente se expresan por embarazo, lo que puede subestimar el número de mujeres con antecedentes de THE después de su edad fértil. Garovic y colaboradores¹⁴ demostraron, en un estudio que incluyó 9862 embarazos, que la incidencia de THE y específicamente de preeclampsia se duplicó cuando se evaluó por mujer: 15,3 % (281 de 1839) y 7,5 % (138 de 1839), respectivamente. Las mujeres con antecedentes de THE tuvieron un mayor riesgo de accidente cerebrovascular (HR: 2,27; IC: 1,37-3,76), enfermedad coronaria (HR: 1,89; IC: 1,26-2,82), arritmias cardíacas (HR: 1,62; IC: 1,28-2,05), enfermedad renal crónica (HR: 2,41; IC: 1,54-3,78) y multimorbilidad (HR: 1,25; IC: 1,15-1,35).

La HTA de cualquier tipo durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes y/o enfermedad renal crónica en el futuro. Las mujeres con preeclampsia tienen un riesgo hasta 4 veces mayor de desarrollar HTA crónica y un riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica dos veces superior a las mujeres de referencia¹³.

La prevalencia de todas estas condiciones en el futuro depende del tiempo de exposición y la gravedad del THE, asociado a su correcto tratamiento. Todo trastorno hipertensivo durante el embarazo incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares en el futuro de la mujer a 10-12 años en promedio. Este incremento del riesgo de ECV persiste incluso luego del ajuste de FRCV convencionales, resaltando la importancia de un correcto seguimiento y control precoz de la salud cardiovascular en la mujer durante el puerperio. Los *scores* de riesgo

cardiovascular no toman en cuenta estas condiciones para su puntuación y existen pocas recomendaciones relacionadas con los objetivos de atención de estas mujeres a largo plazo.

La **diabetes gestacional** (DG) es otra de las complicaciones más comunes del embarazo, que afecta al 5-9 % de las embarazadas. Su prevalencia sigue aumentando a nivel internacional debido a factores epidemiológicos, como el incremento de las tasas de obesidad en mujeres en edad reproductiva y el aumento de la edad materna.

Las mujeres con DG tienen 7 veces más riesgo de evolucionar hacia una DBT en un futuro¹⁵. El riesgo se duplica en mujeres con sobrepeso, y se incrementa 4 veces y 8 veces más en obesas y obesidad grave, respectivamente¹⁵. A su vez, la exposición precoz intrauterina a la hiperglucemia materna tiene un impacto adverso duradero en el metabolismo infantil y adolescente del niño por nacer.

En un estudio realizado por Zahid y colaboradores¹⁶, donde se analizaron más de 2 millones de mujeres, se observó que las mujeres con G tuvieron una mayor prevalencia de obesidad, hipertensión y dislipidemia. Después del ajuste por edad, raza o etnia, comorbilidades, seguro médico e ingresos, la DG permaneció asociada de forma independiente con complicaciones cardiovasculares incluidas preeclampsia (OR: 1,97; $p < 0,01$), miocardiopatía periparto (OR: 1,15; $p < 0,01$), insuficiencia renal aguda (OR: 1,16; $p < 0,01$), accidente cerebrovascular (OR: 1,15; $p < 0,01$), y arritmias (OR: 1,48; $p < 0,01$).

La importante contribución de la DG como factor de riesgo para enfermedades cardiometabólicas resalta la importancia de ampliar el enfoque clínico actual para abordar las complicaciones maternas e infantiles a corto y largo plazo luego de su diagnóstico.

Resulta de suma importancia que la anamnesis minuciosa sobre el desarrollo del embarazo, más allá de la DG o los trastornos hipertensivos, tenga un espacio en la práctica clínica del cardiólogo o médico generalista.

El **parto pretérmino** se define como aquel que sucede antes de la semana 37 de gestación y ocurre entre un 5 y un 13 % de los embarazos. Un registro de nacimientos noruego¹⁷, que evaluó la evolución de las mujeres luego del 1er parto, puso de manifiesto que las mujeres con preeclampsia y parto pretérmino tienen menor supervivencia. El mecanismo propuesto asocia la hipoperfusión e hipoxia placentaria, el estrés oxidativo con disfunción mitocondrial, la activación de cascadas de inflamación, desequilibrio en la angiogénesis con disfunción endotelial, con riesgo mayor de ECV. El parto pretérmino es un factor de riesgo independiente a largo plazo para morbi-mortalidad y hospitalizaciones de causa cardiovascular, con un riesgo 3 veces mayor¹⁷.

También existen diferencias en cuanto a si el parto (a término o pretérmino) se desencadenó de forma espontánea o fue indicado médicamente, presentando menor supervivencia materna aquel que no se desencadenó de forma natural. Esta supervivencia es aún menor si el parto fue pretérmino y finalizado por indicación médica¹⁸. En consonancia, Bonamy y colaboradores, en un estudio que incluyó a más de 900.000 mujeres, demostró que el RCV materno también se incrementa inversamente al tamaño del bebé, con mayor riesgo si el nacido presenta restricción del crecimiento intrauterino.

El parto pretérmino, la RCIU, el nacido con bajo peso para la edad gestacional BPEG, el desprendimiento de placenta y el aborto espon-

Tabla 1. Complicaciones del embarazo y enfermedad cardiovascular. Fuerza de la evidencia.

Resultado del embarazo/factores de riesgo reproductivo	Asociación con el resultado	Fuerza de la evidencia*
Trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia, hipertensión gestacional)	↑ Enfermedad cardiovascular aterosclerótica (incluyendo enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica y accidente cerebrovascular isquémico)	A
	↑ Accidente cerebrovascular hemorrágico	B
	↑ Insuficiencia cardíaca	B
Diabetes gestacional (DG)	↑ Enfermedad cardiovascular aterosclerótica	A
Parto pretérmino	↑ Enfermedad cardiovascular aterosclerótica	A
Pequeño para la edad gestacional (PEG)	↑ Enfermedad cardiovascular aterosclerótica	A
Grande para la edad gestacional (GEG)	↑ Enfermedad cardiovascular aterosclerótica	B
Abrupción placentaria	↑ Enfermedad cardiovascular aterosclerótica	A
Abortos espontáneos/nacimientos muertos	↑ Enfermedad cardiovascular aterosclerótica	A

Modificado de Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, Judd SE, Rexrode KM, Hlatky MA, et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2021;143(18):e902-e916.

táneo, aumentan el riesgo de que una mujer desarrolle ECV posteriormente (incluida la enfermedad coronaria fatal y no fatal, el accidente cerebrovascular, la enfermedad vascular periférica y la insuficiencia cardíaca) (Tabla 1)¹⁹. Las mujeres de raza negra y asiática experimentan una mayor proporción de CE, con una presentación clínica más grave y peores resultados, que las mujeres blancas¹⁹. El antecedente de una complicación del embarazo es un indicio para una prevención primordial más enérgica de los FRCV. La lactancia materna, cuando sea posible, puede reducir el riesgo cardiometabólico posterior de una mujer. También futuros estudios sobre aspirina, estatinas y metformina podrían cambiar las recomendaciones farmacológicas para mujeres que han tenido una CE. Actualmente, la incorporación del “cuarto trimestre” como período estratégico tiene como objetivo no dejar de lado a la mujer luego del parto, garantizando un seguimiento estricto para el control de sus FRCV, que mejore su sobrevida a largo plazo.

¿RECONOCEMOS REALMENTE EL RIESGO CARDIOVASCULAR DESPUÉS DEL EMBARAZO?

En la Argentina, se realizaron encuestas de reconocimiento de la ECV²¹⁻²³ observándose que el 53,8 % de las mujeres encuestadas creían que el cáncer, de mama en particular, o la muerte violenta era la principal causa de muerte en la población femenina, sin diferencias significativas en relación con el nivel socioeconómico. Las ECV fueron identificadas sólo en el 11-20 % del total de mujeres, con una tendencia en aumento a la percepción a mayor edad (20-29 años: 13,7 %, 30-49 años: 19,0 % y 50-70 años: 21,8 %; p=0,049)^{21,22}. Del 56 % de las mujeres consideró tener escaso o nulo conocimiento so-

bre las ECV en la población femenina pero cuando se les preguntó acerca de síntomas relacionados con infarto de miocardio más del 90 % respondió correctamente²¹. Los resultados obtenidos también muestran que la principal fuente de información fueron las redes sociales e internet y no el consejo médico²². En un estudio realizado por Crosa y colaboradores²³, de un total de 2717 mujeres que habían cursado un embarazo, un 26.9 % de ellas refirió haber tenido una o más de las siguientes complicaciones: hipertensión arterial gestacional (8,2 %), parto pre-término (7,9 %), aborto espontáneo (7,4 %) y diabetes gestacional (4,9 %). La presencia de estas complicaciones se asoció con mayor HTA, ECV y DBT en el seguimiento de forma estadísticamente significativa. Sin embargo, cuando se les interrogó por su seguimiento cardiovascular, solo el 37 % de estas mujeres realizó control cardiológico al año del parto índice.

CUARTO TRIMESTRE: LA VENTANA DE OPORTUNIDAD

El “cuarto trimestre”, surge como instancia para intervenir precozmente en la reducción del riesgo cardiovascular. La finalidad de llamar a este período el 4to trimestre radica en expandir el foco de atención en las mujeres en lo que se refiere a sus cuidados y controles más allá del posparto. Y no debe entenderse como los 3 meses de posparto sino extenderse a lo largo de la vida. La intervención temprana previene el remodelado cardíaco irreversible y la aterosclerosis acelerada, incluso a través de la disminución del peso y la inflamación. Chen y colaboradores²⁴ analizaron a más de 100.000 mujeres para determinar si una salud cardiovascular óptima, medida por el sistema de los 8 esenciales (LE8), reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares luego de complicaciones en el embarazo. Los resultados del estudio indican que aquellas mujeres con antecedentes de CE pero con alto cumplimiento de los LE8 tienen menor incidencia de enfermedad coronaria y fibrilación auricular. Esto se obtiene con un cumplimiento alto de alimentación saludable, ejercicio y control metabólico. La investigación también sugiere que estos beneficios están vinculados a la reducción de la inflamación sistémica y a una mejor función hepática y renal (PCR, GGT y cistatina C). El hallazgo más crítico de este análisis es que una mujer con CE, pero con alto cumplimiento de LE8, tiene el mismo riesgo CV a largo plazo que una mujer sana (Figura 1)²⁴. La evidencia disponible sugiere que las complicaciones del embarazo constituyen una advertencia temprana, pero no determinan inevitablemente el desarrollo de enfermedad cardiovascular. En este contexto, su reconocimiento adquiere un rol fundamental en la prevención cardiovascular.

CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN POSPARTO

Las herramientas tradicionales evalúan el riesgo cardiovascular a 10 años basándose principalmente en la edad, lo que genera una brecha en la identificación y el abordaje del riesgo. Las mujeres con antecedentes de CE suelen ser demasiado jóvenes para alcanzar los umbrales de riesgo establecidos para la indicación de tratamiento.

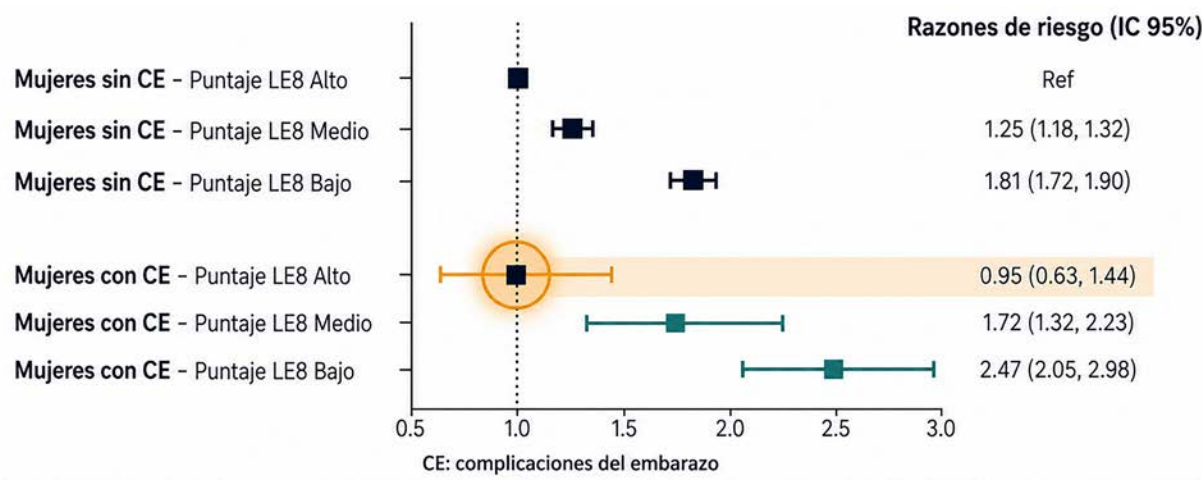


Figura 1. Complicaciones del embarazo: su relación con riesgo cardiovascular y cumplimiento de LE8. Modificado de Chen H, Li R, Liu S, Zhao S, Guo T, Tian S, et al. *Life's Essential 8 and cardiovascular disease in women with a history of adverse pregnancy outcomes.* Eur J Prev Cardiol. 2025;32(10):833-842.

Es urgente la puesta en marcha de un nuevo paradigma basado en la correcta evaluación de la mujer puerpera con una intervención temprana y dirigida²⁵ (**Tabla 2**). Las mejoras en la salud cardiovascular materna posparto pueden ayudar a reducir el riesgo de futuros embarazos²⁶. Tomarse el tiempo para realizar un interrogatorio dirigido y completo es la clave para poder identificar todas las “banderas rojas”. Indagar sobre la concepción (espontánea o con fertilización) y la presencia de abortos, nos habla del estado de salud de la mujer previo al embarazo. Si el parto fue electivo o indicado médicamente y en qué semana de gestación, nos da información sobre posibles complicaciones del embarazo. El peso de los nacidos y su semana gestacional se relacionan con el riesgo cardiovascular de la madre. Conocer si realizó controles cardiovasculares posteriormente, si recuperó su peso pregestacional y si amamanta, sabiendo que la lactancia materna puede reducir el riesgo cardiometabólico posterior de la mujer, nos da un panorama de si hubo actuación precoz en la salud cardiovascular de esa mujer. Las guías de prevención cardiovascular en la mujer remarcan la necesidad de establecer controles cardiológicos periódicos. Se indica reevaluar el perfil cardiometabólico a las 6 semanas y al año del embarazo índice en la pesquisa de HTA, DBT y dislipemia, e incentivar a la mujer para que recupere el peso pregestacional, asociado a control de los FRCV convencionales²⁷.

CONCLUSIÓN

Las CE ya no deben interpretarse exclusivamente como eventos obstétricos transitorios, sino como verdaderos biomarcadores precoces de vulnerabilidad cardiovascular. El embarazo actúa como una prueba de estrés fisiológica capaz de revelar alteraciones vasculares y metabólicas subclínicas que, de no ser reconocidas, favorecen el desarrollo de enfermedad cardiovascular décadas más tarde. La evidencia disponible demuestra que el exceso de riesgo asociado a

Tabla 2. Cambio en el paradigma de la atención posparto.

	Modelo tradicional	Nuevo paradigma
Enfoque principal	Riesgo cardiovascular	Salud cardiovascular
Herramienta clínica	SCORE2 (Riesgo a 10 años)	Life's Essential 8 (LE8)
Perfil del paciente	Adultos mayores (impulsado por la edad)	Mujeres jóvenes post-CE
Acción clínica	‘Esperar y ver’ / Inacción	Intervención temprana y dirigida

Modificado de Roeters van Lennep J, Saleh L, Verdonk K. *Adverse pregnancy outcomes: a first warning, not a fate-shifting the focus from cardiovascular risk to cardiovascular health.* Eur J Prev Cardiol. 2025;32(10):843-844.

estos antecedentes no es inevitable. La identificación sistemática de las complicaciones del embarazo, junto con la evaluación integral de la salud cardiovascular y la implementación temprana de estrategias preventivas basadas en modificaciones del estilo de vida y control de los factores de riesgo, permite modificar significativamente la trayectoria cardiovascular futura de estas mujeres. En este contexto, el cuarto trimestre debe consolidarse como una extensión del cuidado obstétrico y el inicio del seguimiento cardiovascular de largo plazo. Incorporar de forma rutinaria la historia obstétrica en la consulta cardiológica, fortalecer el trabajo multidisciplinario entre obstetras, cardiólogos y médicos de atención primaria, e impulsar programas específicos de prevención cardiovascular en mujeres con antecedentes de complicaciones del embarazo representan pasos fundamentales para reducir la carga futura de enfermedad cardiovascular. El verdadero cambio de paradigma consiste en dejar de considerar estas complicaciones como el final del embarazo y comenzar a entenderlas como el inicio de una estrategia de prevención cardiovascular personalizada. Transformar esa primera señal de alarma en una intervención precoz constituye una de las mayores oportunidades actuales para mejorar la salud cardiovascular de las mujeres a lo largo de toda su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-1222.
2. Wenger NK. You've come a long way, baby: cardiovascular health and disease in women: problems and prospects. *Circulation*. 2004;109(5):558-560.
3. Del Sueldo M, Brienza S, Lorenzatti A, Gutierrez N, Brocal L, Ribotta M y cols. Percepción, conocimiento y conductas preventivas sobre enfermedad cardiovascular entre mujeres argentinas. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2022; 51(2): 68-77.
4. Gabet A, Danchin N, Juillière Y, Olié V. Acute coronary syndrome in women: rising hospitalizations in middle-aged French women, 2004-14. *Eur Heart J*. 2017;38(14):1060-1065.
5. Nguyen HL, Saczynski JS, Gore JM, Goldberg RJ. Age and sex differences in duration of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction: a systematic review. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(1):82-92.
6. Benamer H, Bataille S, Tafflet M, Jabre P, et al. Longer pre-hospital delays and higher mortality in women with STEMI: the e-MUST Registry. *EuroIntervention*. 2016;12(5):e542-e549.
7. Pelletier R, Humphries KH, Shimony A, Bacon SL, Lavoie KL, Rabi D, et al. Sex-related differences in access to care among patients with premature acute coronary syndrome. *CMAJ*. 2014;186(7):497-504.
8. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet*. 2021;397(10292):2385-2438.
9. Del-Sueldo MA, Mendonça-Rivera MA, Sánchez-Zambrano MB, Zilberman J, Múnera – Echeverri AG, Paniagua M, et al. Clinical practice guideline of the Interamerican Society of Cardiology on primary prevention of cardiovascular disease in women. Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. *Arch Cardiol Mex*. 2022;92(Supl 2):1-68.
10. O'Kelly AC, Michos ED, Shufelt CL, Vermunt JV, Minissian MB, Quesada O, et al. Pregnancy and Reproductive Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women. *Circ Res*. 2022;130(4):652-672.
11. Thakkar A, Hailu T, Blumenthal RS, Marthin SS, Harrington CM, DeFaria Yeh D, et al. Cardio-Obstetrics: the Next Frontier in Cardiovascular Disease Prevention. *Curr Atheroscler Rep*. 2022;24(7):493-507.
12. Wu P, Park K, Gulati M. The Fourth Trimester: Pregnancy as a Predictor of Cardiovascular Disease. *Eur Cardiol*. 2021;16:e31.
13. Wenger NK, Arnold A, Bairey Merz CN, Cooper-DeHoff RM, Ferdinand KC, Fleg JL, et al. Hypertension Across a Woman's Life Cycle. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(16):1797-1813.
14. Garovic VD, White WM, Vaughan L, Saiki M, Parashuram S, Garcia-Valencia O, et al. Incidence and Long-Term Outcomes of Hypertensive Disorders of Pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(18):2323-2334.
15. Sweeting A, Wong J, Murphy HR, Ross GP. A Clinical Update on Gestational Diabetes Mellitus. *Endocr Rev*. 2022;43(5):763-793.
16. Zahid S, Hashem A, Minhas AS, Bennett WL, Honigberg MC, Lewey J, et al. Trends, Predictors, and Outcomes of Cardiovascular Complications at Delivery Associated With Gestational Diabetes: A National Inpatient Sample Analysis (2004-2019). *J Am Heart Assoc*. 2022;11(21):e026786.
17. Irgens HU, Reisaeter L, Irgens LM, Lie RT. Long term mortality of mothers and fathers after pre-eclampsia: population based cohort study. *BMJ*. 2001;323(7323):1213-1217.
18. Rich-Edwards JW, Klungsoyr K, Wilcox AJ, Skjaerven R. Duration of pregnancy, even at term, predicts long-term risk of coronary heart disease and stroke mortality in women: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(4):518.e1-518.e5188.
19. Bonamy AK, Parikh NI, Cnattingius S, Ludvigsson JF, Ingelsson E. Birth characteristics and subsequent risks of maternal cardiovascular disease: effects of gestational age and fetal growth. *Circulation*. 2011;124(25):2839-2846.
20. Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2021;143(18):e902-e916.
21. Rolandi F, Grinfeld L, Sosa Liprandi MI, Tambussi A, Kazelian L, La Bruna MC y cols. Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. *Rev Argent Cardiol*. 2013; 81: 301-303.
22. Del Sueldo M, Brienza S, Lorenzatti A, Gutierrez N, Brocal L, Ribotta M y cols. Percepción, conocimiento y conductas preventivas sobre enfermedad cardiovascular entre mujeres argentinas. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2022; 51(2): 68-77.
23. Crosa y cols. Encuesta sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la mujer, su percepción, conocimiento y conducta de prevención. *Rev Argent Cardiol* 2023;91:212-220.
24. Chen H, Li R, Liu S, Zhao S, Guo T, Tian S, et al. Life's Essential 8 and cardiovascular disease in women with a history of adverse pregnancy outcomes. *Eur J Prev Cardiol*. 2025;32(10):833-842.
25. Roeters van Lennep J, Saleh L, Verdonk K. Adverse pregnancy outcomes: a first warning, not a fate-shifting the focus from cardiovascular risk to cardiovascular health. *Eur J Prev Cardiol*. 2025;32(10):843-844.
26. Lewey J, Beckie TM, Brown HL, Brown SD, Garovic VD, Khan SS, et al. Opportunities in the Postpartum Period to Reduce Cardiovascular Disease Risk After Adverse Pregnancy Outcomes: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2024;149(7):e330-e346.
27. Volberg VI y cols. Consenso de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol*. 2021;89 (50): 1-191.