



JESÚS G. FERIA

En 10 preguntas

Dr. Juan José López Galián

Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Quirónsalud San José, en Madrid

«El embarazo saludable a los 40 años es posible pero con mayor vigilancia»

Belén Tobalina. MADRID

1. El 19 de marzo el Hospital Quirónsalud San José celebró su centenario. Se trata de un centro particularmente volcado en Ginecología, embarazos y partos. 100 años de muchos cambios. ¿Qué tres destacaría?

Uno de los tres tres cambios más importantes en la obstetricia ha sido la reducción drástica de la mortalidad materna y neonatal gracias a la introducción de antibióticos, técnicas de anestesia, transfusiones sanguíneas y la cesárea segura. Actualmente, la mortalidad materna es una milésima parte y la neonatal una centésima parte de las tasas observadas a principios del siglo XX. La incorporación de tecnologías de diagnóstico y de monitorización, como la ecografía obstétrica y la monitorización electrónica fetal ha sido el segundo gran cambio. El tercero, los cambios en la atención prenatal y del parto, incluyendo el aumento de la tasa de cesáreas, la disminu-

ción de intervenciones rutinarias como la episiotomía y el uso de fórceps, y la tendencia hacia una atención menos intervencionista en embarazos de bajo riesgo.

2. Los embarazos a edades cada vez más tardías llaman la atención. ¿Es posible el embarazo saludable a los 40 años?

Sí, es posible, pero requiere un manejo médico especializado y una vigilancia prenatal intensiva debido a los mayores riesgos asociados con la edad, a nivel tanto materno como neonatal.

3. ¿Qué es imprescindible hacer a esta edad para tratar de garantizar un embarazo saludable?

A partir de los 40 años, es imprescindible realizar una evaluación preconcepcional inmediata y optimizar las comorbilidades médicas antes de intentar el embarazo, incluyendo derivación a especialistas en reproducción asistida si está indicado. Se recomienda evaluación y tratamiento inmediato de la fertilidad en mujeres ≥ 40 años, consi-

derando técnicas como FIV o donación de óvulos según reserva ovárica y factores pronósticos.

4. ¿Qué riesgos tiene la madre?

El embarazo en mujeres después de los 40 años se asocia a mayor riesgo de preeclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino, mayor tasa de cesárea, hemorragia posparto, muerte materna y fetal, y posible agravamiento de patologías médicas preexistentes.

5. ¿Y el futuro bebé?

Los principales riesgos para el feto incluyen mayor riesgo de anoma-

lías cromosómicas (aneuploidías como trisomía 21), muerte fetal intrauterina, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y aumento de morbi-mortalidad perinatal.

6. ¿Qué se puede hacer para reducir los riesgos?

Se debe realizar una evaluación médica integral antes del embarazo, optimizando comorbilidades como hipertensión, diabetes y obesidad. En cuanto a los cuidados prenatales y vigilancia, el despistaje temprano de diabetes gestacional y preeclampsia es fundamental. Se recomienda aspirina en dosis baja desde el primer trimestre del embarazo. Además, se debe realizar una ecografía detallada de anatomía fetal y un ecocardiograma fetal antes de las 22 semanas, dada la mayor prevalencia de anomalías estructurales y cromosómicas. También es importante ofrecer con especial énfasis en este grupo el cribado genético en el primer trimestre y diagnóstico prenatal. En cuanto a la vigilancia fetal antena-

tal, debe iniciarse entre las 32-36 semanas. No existe consenso sobre la frecuencia óptima de esta vigilancia, pero se justifica su inicio en este rango de edad. Por último, la inducción del parto a las 39-40 semanas puede reducir la mortalidad perinatal sin aumentar el riesgo de cesárea, según evidencia reciente.

7. Muchas mujeres a esta edad optan por la fertilidad in vitro. ¿Esto reduce los riesgos? ¿Puede una mujer que no se queda embarazada por estas técnicas quedarse en estado después de forma natural?

Las técnicas de reproducción asistida no disminuyen los riesgos inherentes al embarazo en mujeres mayores de 40 años, ya que la edad materna avanzada sigue asociándose a menores tasas de éxito y mayores complicaciones. El uso de ovodonación mejora las tasas de éxito en mujeres mayores de 40 años, pero persiste un aumento gradual en el riesgo de fallo de implantación y pérdida gestacional, atribuible a factores uterinos relacionados con la edad. Además, los embarazos logrados mediante técnicas de reproducción asistida presentan un riesgo incrementado de complicaciones maternas y fetales en comparación con la concepción espontánea, especialmente en mujeres de edad avanzada.

8. Volviendo al centenario, el hospital también cuida a la mujer tras el parto. ¿Algún consejo para volver al peso previo?

Las estrategias más efectivas son cambios en la dieta y el aumento de la actividad física. Lo ideal es que intenten alcanzar su peso previo al embarazo dentro de los 6 a 12 meses posparto, idealmente logrando un IMC normal (18,5-24,9).

9. ¿Cómo ha evolucionado la atención obstétrica asistencial?

A principios del siglo XX, la atención al parto era principalmente domiciliar y estaba a cargo de parteras. El desarrollo de la obstetricia hospitalaria, junto con avances en asepsia, anestesia, transfusión, antibióticos y monitorización fetal, permitió una reducción drástica de la mortalidad materna y neonatal, como se observa en la disminución de la mortalidad materna de 12 por 1.000 en los años 40 a 0,2 por 1.000 en los 80.

10. ¿Cuáles son los principales avances de la última década?

En los últimos 10 años, los principales avances en obstetricia incluyen la digitalización, uso extendido de tecnologías y optimización de intervenciones clínicas para mejorar los resultados perinatales.



La mortalidad materna es una milésima parte de la de 1900. La neonatal, una centésima»