



Sede regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

Edad y Fertilidad femenina

Autor: Emilia María Carreiro

Tutor: Dra. Patricia Perfumo

Email: emicarreiro@yahoo.com.ar

Año 2020.-

RESUMEN

En el presente siglo XXI, se evidencia una tendencia mundial en el aumento de la edad materna, alcanzándose un récord histórico de madres primerizas mayores de 35 años.

Las consecuencias relacionadas con la maternidad postergada, son: infertilidad por el límite biológico relativo a la edad, complicaciones obstétricas y perinatales y la necesidad de utilización de tratamientos de reproducción asistida (TRA).

El objetivo de este trabajo es determinar el conocimiento que las mujeres poseen sobre la ventana de fertilidad femenina.

Para determinar el grado de conocimiento, se realizó una encuesta a 156 mujeres de 20 a 40 años. La muestra de mujeres fue tomada dentro de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UAI y en distintas iglesias cristianas evangélicas de la ciudad de Rosario. Se determinó que el 47% de la población muestreada, tiene un grado de conocimiento insuficiente sobre la ventana de fertilidad femenina y sólo un 22% posee un grado alto de conocimiento.

A través de los resultados obtenidos se observa la necesidad de asesorar a las mujeres en edad reproductiva temprana, sobre su fertilidad y darles la posibilidad de tomar una decisión informada al postergar su maternidad, brindándoles conocimiento sobre las posibilidades reales que existen de ser madres a una edad materna avanzada, así como la opción de criopreservar sus óvulos para una maternidad diferida.

Palabras clave: Maternidad, Prioridad, Carrera, Embarazo, Planificación familiar,

Conciencia de fertilidad, Edad materna.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	3
PROBLEMA.....	16
OBJETIVOS	17
General:	17
Específicos:	17
MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
Criterios de Inclusión	19
Criterio de Exclusión	19
Variables	19
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIÓN	29
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXOS	37

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, se advierte que el contexto cultural de la mujer ha cambiado en las últimas décadas y como corolario, se observa que la edad materna del primer embarazo está retrasada con respecto a la edad de mayor fertilidad (American Society of Reproductive Medicine, s.f.; Simoni, Mu, Collins, 2017).

Este aumento en la edad materna se debe, entre otros múltiples factores: al ingreso de las mujeres al mercado laboral, al acceso a educación de alto nivel, al acceso a puestos jerárquicos, al aumento de la edad del primer matrimonio y al acceso a métodos anticonceptivos de alta efectividad (Simoni et al., 2017; Molina-García, Hidalgo-Ruíz, Cocera-Ruíz, Conde Puertas, Delgado, Martinez, 2019; Peterson, Pirritano, Tucker, Lampic, 2012; Gosset, Nayak, Bhatt, Bailey, 2013).

Por lo tanto, las mujeres se encuentran con la posibilidad de planear y postergar su maternidad en pos de cumplir otros objetivos personales y además poder prepararse social, económica y psíquicamente para afrontarla (Simoni et al., 2017; Lucas, Rosario, Schelling, 2015).

Se observa que esta tendencia conduce a un gran problema de fertilidad (Hammer, Kahan, Fogg, Walker, Hirshfeld-Cytron, 2018; Lucas et al., 2015; Lampic, Skoog Svanberg, Kalstrom, Tydén, 2005).

Muchos estudios proporcionan información sobre el desconocimiento que tienen las mujeres sobre la ventana de fertilidad y cuál es la esperanza relacionada con su vida reproductiva.

A su vez, subsiste una sobreestimación de la efectividad de los Tratamientos de

Reproducción Asistida (TRA) (Peterson et al., 2012; Kudesia, Chernyak, McAvey, 2017, García, Rodríguez, Vanessa, 2018; Liu, Case, 2017).

Vale destacar también, desde la perspectiva económica, que los gastos del sistema de salud para el cuidado y manejo de un embarazo y parto de una mujer mayor de 40 años, tienden a ser altos, dadas las complicaciones asociadas (García et al., 2018, Peterson et al. 2012; Paredes Pérez, 2013; Molina-García et al., 2019).

Es necesario focalizar la atención de las mujeres hacia las diferentes opciones que se tienen al planear su fertilidad desde edades tempranas, teniendo la posibilidad de detener su reloj biológico y contemplar el uso de sus propios ovocitos en un futuro y no los de una donante (Baldwin, Culley, Hudson, Mitchell, 2014; Hammer et al., 2018).

Observando que la mujer en la actualidad posterga el primer embarazo en sus años más fértiles, para dedicarlos al desarrollo de sus ocupaciones y actividades profesionales, se busca determinar el conocimiento que tiene sobre su fertilidad y sobre las tecnologías reproductivas disponibles.

MARCO TEÓRICO

Fisiología de la fertilidad femenina

La edad es uno de los factores predictores más relevantes para la fecundidad femenina. Por eso es importante conocer cómo actúa la función ovárica en el sistema reproductivo femenino.

Alrededor de 6 a 7 millones de folículos primordiales (ovocitos), están presentes en el feto femenino aproximadamente a las veinte semanas de gestación.

En el nacimiento, 1 a 2 millones de ovocitos permanecen y sólo de 300000 a 500000, llegan a la pubertad.

Hay un número finito de ovogonias (célula germinal femenina que representa el primer estado evolutivo) que se depositan en la vida fetal o neonatal temprana (Liu et al.; 2017). En el cuarto mes de vida intrauterina, las ovogonias dejan de multiplicarse e ingresan a la etapa de profase de la primera división meiótica, denominándose ovocito 1. Los ovocitos se asocian con células foliculares y forman los folículos primordiales (Rojas, Prieto, 2014). El ovocito se detiene en la primer división meiótica, para continuar más tarde en las etapas finales de la foliculogénesis antes de la primer ovulación (menarca). En la pubertad, los niveles de gonadotropinas, se eleva a una concentración suficiente para permitir las etapas finales de la foliculogénesis, resultando en la ovulación. Existe una actividad ovárica cíclica, que se manifiesta mediante una serie de menstruaciones mensuales, a medida que el endometrio se desprende en respuesta a la disminución de concentración de progesterona. Después del establecimiento de la menstruación en la pubertad, la duración del ciclo menstrual para la

mayoría de las mujeres permanece notablemente constante, hasta algunos años antes de la menopausia.

La mayoría de los folículos u ovocitos, se perderán por atresia (atrofia) a lo largo de los años. Pero también la proporción del conjunto de folículos primordiales que se recluta para el desarrollo de un gran folículo antral (capaz de ovular un ovocito maduro), aumenta con la edad y se relaciona inversamente con la densidad de folículos en el ovario, la consecuencia natural es que el pool folicular residual disminuye aún más.

Los datos indican que el proceso de selección folicular puede deteriorarse con la edad, lo que le permite a los ovocitos de peor calidad, tener la oportunidad de convertirse en el folículo dominante (antral) o de ser seleccionado durante un ciclo de FIV (Fertilización In Vitro). La selección de la cohorte folicular disponible puede ser menos discriminatoria, lo que permite que los folículos que deberían haber sufrido atresia, maduren y puedan ser fecundados (Liu et al.; 2017).

Únicamente 400 a 500 folículos son ovulados antes de la menopausia fisiológica.

Las mujeres experimentan una disminución de su fertilidad natural, comenzando a la mitad de sus 30 años y se convierten en estériles mucho antes de la cesación completa de la menstruación.

La capacidad de procrear usualmente finaliza 10 años antes de la llegada de la menopausia. Las irregularidades de los ciclos comienzan de 6 a 7 años antes de la misma, (independientemente de la edad en la que se produce) coincidiendo con una cantidad restante de alrededor de 10000 folículos. Una vez que la mujer comienza a notar los signos clínicos

de envejecimiento (irregularidad y disminución del tiempo de los ciclos), su fertilidad ya habrá disminuido notablemente (Petersen, 2016; Liu, Case, 2017; Vollenhoven, Hunt, 2018; ESHRE Capri Workshop Group, 2005).

La tasa de pérdida de folículos se duplica aproximadamente a los 37.5 años, cuando el número decrece por debajo de los 25000. Se requiere un número crítico de folículos para mantener un ciclo menstrual regular (Petersen, 2016; Liu, Case, 2017; Vollenhoven, Hunt, 2018). Como consecuencia de una cohorte folicular más pequeña con el avance de la edad, hay una disminución de la inhibina-B, que es producida por las células de la granulosa en la fase folicular temprana. Existe una correlación inversa entre la hormona folículo estimulante (FSH) y la inhibina-B, que se debe a la pérdida de feedback negativo. El aumento de la FSH durante la fase folicular temprana es uno de los primeros signos de envejecimiento ovárico. Esta etapa inicial, puede no ser clínicamente aparente o estar presente sólo como infertilidad porque la producción de hormonas ováricas permanece constante y las mujeres continúan ovulando y teniendo ciclos regulares.

La calidad del ovocito también se encuentra afectada por la edad. La tasa de ovocitos con aneuploidía aumenta con esta variable (Petersen, 2016; Liu, Case, 2017; Vollenhoven, Hunt, 2018).

Dicha tasa es baja en la población femenina menor a 35 años (10%). Aumenta a un 30% a los 40 años y a un 100% a los 45 años (Petersen, 2016; Liu, Case, 2017; Vollenhoven, Hunt, 2018).

Como se expuso anteriormente, existe un deterioro con la edad en el proceso de selección, permitiendo que ovocitos de menor calidad tengan la oportunidad de ser desarrollados a folículo dominante, siendo seleccionados para una posible fecundación (natural o asistida) (Petersen, 2016; Liu, Case, 2017; Vollenhoven, Hunt, 2018). En conclusión, la infertilidad asociada con la edad, parece estar primeramente relacionada con el envejecimiento ovárico y la disminución del recuento de folículos. Se observa que las tasas de embarazo con ciclos de ovocitos donados, en las receptoras de edad avanzada, no se ve afectada por dicha edad. El factor principal de la infertilidad es no poseer la cantidad y calidad de ovocitos necesarios (Liu, Case, 2017). Es la edad de los ovocitos de la mujer, no la edad de su útero, la que influencia su habilidad de engendrar y sobrellevar un embarazo. A medida que la mujer envejece, su capacidad para concebir espontáneamente y llevarlo a término disminuye (Baldwin et al., 2014).

Embarazos

La fecundabilidad, que se define como la probabilidad de concebir durante un ciclo menstrual en una pareja sexualmente activa sin el uso de anticonceptivos, se ve afectada por el incremento de la edad materna. El tiempo promedio requerido para lograr un embarazo, aumenta proporcionalmente con dicha edad, con un tiempo promedio de 24 meses para una mujer de 35 años, comparado con menos de 3 meses para una mujer de 29 años (Petersen, 2016; Liu, Case, 2017; Vollenhoven, Hunt, 2018).

En la mujer en edad reproductiva más fértil (18 a 29 años), el 80% de los embarazos se logra en los primeros 6 ciclos menstruales manteniendo relaciones sexuales regulares, sin métodos

anticonceptivos. Las chances en meses/años de una concepción espontánea está relacionada con la edad (Petersen, 2016).

Bajo condiciones naturales, las mujeres que tratan de concebir a los 30 años, tiene un 75% de posibilidad de que su embarazo finalice en un nacimiento vivo, a los 35 años, esta variable disminuye a un 66%. A los 40 años, esta posibilidad se reduce a un 44% (ESHRE Capri Workshop Group, 2005).

El objetivo reproductivo desciende entonces con la edad materna y las mujeres que posponen su maternidad son menos exitosas en conseguir un nacimiento después de los 35 años (Molina-García et al., 2019).

Aneuploidía

Se define como una anomalía cromosómica en la cual existe un desbalance en el número de los cromosomas presentes en una célula.

La aneuploidía es un determinante clave de la calidad de los ovocitos. Se ha estudiado que la posibilidad de reclutar ovocitos con aneuploidía aumenta con la edad, pues a una edad materna avanzada (mayor a 35 años), existe una disminución de la cantidad de ovocitos con calidad óptima (porque ya han sido utilizados previamente y existe un pull finito reduciéndose progresivamente).

La reproducción exitosa depende de la calidad del ovocito, que está determinada en gran medida por la genética del ovocito. Una alta proporción de defectos cromosómicos en el ovocito, surgen durante la fase inicial del desarrollo (ovogonia), en la maduración meiótica. Durante la fertilización y las primeras divisiones del cigoto, los errores mitóticos, también

son bastante frecuentes, lo que en la mayoría de los casos, conduce a un paro del desarrollo y abortos tempranos. Estos errores son más probables con la edad materna avanzada.

Por lo tanto el aumento de la edad materna es el único factor que se sabe fehacientemente aumenta la aneuploidía humana (Petersen, 2016; ESHRE Capri Workshop Group, 2005).

Riesgos de la edad materna avanzada

Según se ha cotejado en varios estudios, la mujer subestima el curso natural de la fertilidad, pues no tiene real dimensión de su alcance (generalmente falta de información), haciendo difícil que se pondere a la infertilidad como una posible consecuencia de la maternidad postergada (García et al., 2018, Sheinis, Carpe, Gold, Selk, 2018).

El incremento de la edad del primer embarazo, tiene una influencia directa en la tasa total de fertilidad. Primeramente dada por un periodo más corto en el cual la mujer es capaz de concebir y en segundo lugar, por el riesgo acumulado relacionado con el mayor tiempo de exposición a las patologías ginecológicas, por ejemplo: enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, fibromas; las cuales aumentan el riesgo de infertilidad (Petersen, 2016; Lampic et al., 2005).

La edad reproductiva avanzada está asociada a su vez, con complicaciones tempranas y tardías del embarazo, con consecuencias para la salud materna y perinatal. Dentro de estas complicaciones están contempladas, el aumento de: la frecuencia de abortos espontáneos, la predisposición a preeclampsia, las anomalías congénitas, la prematuridad, la diabetes gestacional, la placenta previa, la ruptura de placenta, el parto disfuncional, el número de cesáreas, las hemorragias postparto, la morbilidad materna, la restricción en el

crecimiento, el bajo peso al nacer y los nacidos muertos (Gossett et al., 2013; Paredes Pérez, 2013; Liu, Case, 2017; Leridon, 1976; Nybo Andersen, Wohlfhart, Christens, Olsen, Melbye, 2000). Heraz Pérez et al. (2011) informa que la incidencia de las patologías asociadas al embarazo en las mujeres mayores a 35 años es de 29,2%, comparado con 15,8 % en mujeres de menor edad.

Existe un incremento en las tasas de complicaciones obstétricas y maternas proporcional al aumento de la edad materna. Sin embargo, los tratamientos de reproducción asistida son ofrecidos a las mujeres de 40 a 50 años sin mucho debate (Liu, Case, 2017). Wennberg, Opdahl, Bergh, Tiitinen, Skjaerven, Wennerholm (2016), estudiaron los riesgos maternos en el embarazo y el resultado neonatal en embarazos con la utilización de TRA en diferentes edades maternas, comparándolos con embarazos concebidos espontáneamente. Al promediar todas las edades, la ocurrencia de resultados adversos fue mayor en embarazos logrados con TRA que con embarazos espontáneos.

Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA).

Las tasas de embarazos y nacidos vivos con hiperestimulación ovárica controlada, en mujeres mayores, es baja. En un análisis retrospectivo, de más de 4000 ciclos de tratamiento, usando citrato de clomifeno e IUI (inseminación intrauterina), la tasa de embarazo fue de 7% para mujeres entre 38 y 40 años, 4 % para mujeres de 41 a 42 años y 1% para mujeres mayores a 42 años (Liu, Case, 2017).

En un estudio a menor escala, de 130 ciclos de hiperestimulación ovárica controlada con gonadotrofinas e IUI, se halló que la tasa de nacidos vivos fue de 6% en mujeres de 38 a 39

años y de 2% en mujeres mayores a 40 años. Un estudio realizado a mujeres mayores de 40 años que se sometieron a fertilización in vitro, mostró, que para mayores a 42 años la tasa de nacidos vivos disminuyó por debajo del 5% (Liu, Case, 2017).

Para muchas mujeres que se encuentran finalizando su tercera década y en adelante, la fertilización in vitro, no será exitosa usando sus propios ovocitos.

Para mujeres de 48 años y mayores, las oportunidades que tiene de conseguir un embarazo usando un protocolo estándar de fertilización in vitro es cero, siendo la donación de ovocitos su única opción (Lucas et al., 2015).

Se observa, que los TRA mencionados, no superan la infertilidad relacionada con la edad, siempre que la mujer utilice sus propios ovocitos (CECOS Federation, Schwartz, Mayaux, 1982; Van Noord-Zaadstra, Looman, Alsbach, Habbema, Te Velde, Karbaat, 1991; Templeton, Morris, Parrslow, 1996).

Simoni et al.(2017) arriba a esta misma conclusión.

Las investigaciones de hoy en día demuestran que las mujeres frecuentemente poseen una confianza errada en los TRA para ayudarlas a combatir su alicaída fertilidad (Simoni et al., 2017).

Si una mujer pospone el embarazo hasta los 35 años, las posibilidades de concebir que tenía de los 30 a 35 años disminuyen en un 9%, y los TRA, compensarán sólo el 4% de este decremento. Si pospone su embarazo de los 35 a los 40 años, las posibilidades se reducirán un 25% más y el TRA sólo compensará un 7% de esta reducción. En otras palabras, los TRA compensan sólo la mitad de los nacimientos perdidos al posponer un intento de embarazo de

30 a 35 años y es menor al 30%, al posponerlo de los 35 a los 40 años (Leridon, 2004). Aunque los TRA pueden ayudar a algunas parejas que presentan problemas de fertilidad, no compensará la disminución de la fertilidad natural que ocurre con el retraso de la maternidad (Liu et al., 2017).

Se puede pensar que sería ilógico entonces alentar a una mujer a realizar un TRA sabiendo que la tasa de nacidos vivos usando sus propios ovocitos es de 6,6% (para una edad materna mayor a 42 años), cuando podría haber criopreservado sus ovocitos para la maternidad diferida por ejemplo a los 30 años, con una tasa mayor al 40 % de nacidos vivos por transferencia (Baldwin et al., 2014).

Criopreservación

La criopreservación aprobada en el 2013 por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), permite a las mujeres expandir la ventana reproductiva y es un punto de quiebre para su autonomía (Baldwin et al., 2014; Harwood, 2009). Además esta técnica supera las controversias éticas sobre la creación de embriones y su posterior disposición (Martin, 2010; Baldwin et al., 2014).

La criopreservación se desarrolló como una estrategia para permitir a las mujeres preservar un número saludable de ovocitos sin fertilizar, en aquellos casos donde su fertilidad estuviera comprometida medicamente (por un tratamiento o una patología). Actualmente, es accesible para aquellas mujeres que quieran utilizarla, como se denomina en inglés "social egg freezing", i.e., por motivos personales (Baldwin et al., 2014).

Hodes-Wertz et al. (2013) recolectó información sobre pacientes que realizaron criopreservación de sus ovocitos y descubrió que: el 84% de las mujeres que realizaron el

tratamiento, eran de 36 años o mayores. El 79% de las mujeres, hubieran preferido congelar sus ovocitos a menor edad. El 25% infirió desconocer los efectos de la edad sobre la disminución de su fertilidad. El 83% sintieron que los medios de comunicación crean una falsa percepción sobre la posibilidad de obtener una concepción natural a edad avanzada.

Se observa que la mayoría de las mujeres que hoy en día recurren a esta técnica, ya tienen una edad materna avanzada, con disminución de la calidad y cantidad de ovocitos. Por lo que se requerirán múltiples ciclos de criopreservación para tener una recolección con suficiente números de ovocitos para criopreservar, exponiendo a la paciente al estrés asociado a cada ciclo (Baldwin et al., 2014).

Esto sugiere, que las mujeres deberían considerar preservar sus ovocitos a una edad menor, idealmente finalizando su segunda década y al comienzo de la tercera.

La criopreservación es vista como una libre elección en la vida reproductiva de la mujer, aunque muy a menudo esto es ilusorio. La conjetura que sugiere que el proceso de elección se reduce sólo a un conjunto de elecciones individuales que las mujeres hacen entre una variedad de posibilidades disponibles, ignora o desestima la gran estructura política y económica que contribuye a esta elección, dado que las mujeres están inmersas en un proceso de desarrollo educativo, laboral y profesional que impone forzosamente posponer su maternidad (Baldwin et al., 2014).

Influencia de una pareja estable

Las mujeres suelen citar la falta de pareja como una de las razones para retrasar su maternidad, sin conocer que inintencionadamente están sabotando sus chances de concebir (Hammer et al., 2018; Lampic et al., 2005; Molina-García et al., 2019).

La búsqueda de una pareja estable está señalada como un factor de influencia en la postergación de la maternidad. Hoy en día se observa la normalización de tener múltiples parejas antes del matrimonio o unión estable, retrasando la edad del primer embarazo (Baldwin et al., 2014).

Además puede notarse que las mujeres que están en pareja, están más informadas sobre las posibilidades que tienen para preservar su fertilidad y sobre la declinación natural con la edad de sus posibilidades de ser madre (Hammer et al., 2018).

Por ejemplo, Lampic et al. (2005), encontró que los estudiantes universitarios esperan a estar en una relación estable y compartir las responsabilidades para decidir ser padres.

La mujer del siglo XXI

La presión cultural entre valorizar el éxito de la maternidad y valorizar el éxito profesional, se caracteriza como devociones que compiten. Pero esto puede ser anecdótico, ya que presume la idea de que las mujeres eligen ser madres o ser exitosas en su campo profesional/laboral. Realmente no se trata de una disyuntiva, la mujer desea cumplir ambos roles (McQuilliam, Greil, Scheffer, Tichenor, 2008).

Las tendencias en salud pública, sugieren que las mujeres enfocadas en sus carreras, valorizan la planificación de su embarazo, ya que toman acciones deliberadas con el objetivo de evitarlo (Simoni et al., 2017).

Se observa que las mismas buscan su desarrollo profesional para lograr tanto una satisfacción personal como una estabilidad financiera, dicha estabilidad tiene como consecuencia colateral brindarles la capacidad económica suficiente para afrontar ser madres (Petersen et al., 2012; Molina García et al., 2019).

Cabe destacar que la mujer que se dedica intensivamente a su vida profesional, tarda más en formar una pareja estable y esto trae aparejado una toma de conciencia tardía sobre el detrimento de su fertilidad (Lampic et al., 2005; Simoni et al., 2017; Hammer et al., 2018). Puede deducirse que la educación superior está relacionada con la maternidad postergada y la fertilidad disminuida.

Todo lo expuesto lleva a inferir que gran proporción de mujeres desconocen las consecuencias de posponer su maternidad, al creer que los avances de las tecnologías en reproducción asistida existentes, compensarán la disminución de la fertilidad relacionada con la edad. Aparece una discrepancia alarmante entre el conocimiento percibido por la mujer y el conocimiento científico, conduciéndolas a tomar involuntariamente decisiones sin el asesoramiento médico/científico adecuado sobre su vida reproductiva.

Esta discrepancia se refleja en las actuales tendencias en el mundo y muestran cuán complejo es el proceso de toma de decisión que ocurre cuando una mujer debe optar por un balance entre ser madre, poseer una educación, lograr sus aspiraciones profesionales, cuidar su salud y lograr una relación estable (Peterson et al., 2012).

Se expone en lo argumentado, una brecha de conocimiento tanto en la población general como en las mujeres en particular, sobre la ventana de fertilidad femenina y sobre la limitación de la efectividad de los tratamientos mencionados (Lucas et al., 2015; Kudesia et al., 2017).

PROBLEMA

¿Cuál es el grado de conocimiento que poseen las mujeres sobre la ventana de fertilidad femenina?

Este trabajo se enfoca en evidenciar el conocimiento que poseen las mujeres sobre la ventana de fertilidad femenina y demostrar la necesidad de asesoramiento médico profesional que permita a la mujer decidir informadamente sobre su vida reproductiva y su maternidad.

OBJETIVOS

General:

Determinar el grado de conocimiento que poseen las mujeres sobre la ventana de fertilidad femenina.

Específicos:

Detectar el conocimiento que tienen las mujeres sobre la efectividad de los tratamientos reproducción asistida.

Evaluar el conocimiento y postura de las mujeres sobre la utilización de la criopreservación para la maternidad diferida.

Identificar la influencia de una pareja estable sobre la maternidad.

Evidenciar el conocimiento que tienen las mujeres sobre las complicaciones obstétricas y perinatales que se relacionan con la edad materna avanzada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal, en base a los datos recabados en una encuesta anónima.

La encuesta constó de un cuestionario cerrado con preguntas de respuesta dicotómica y respuestas de selección múltiple, que se realizó durante un periodo estimado de un mes, entre el 7 de octubre de 2020 al 7 de noviembre de 2020.

El cuestionario fue realizado en Formularios Google y enviado a través de un link por medio de Whatsapp, es decir, fue autoadministrado debido a la presente situación de aislamiento social preventivo y obligatorio en el que se encuentra la República Argentina, en relación a la pandemia de Covid-19 declarada por la OMS el 31 de enero de 2020.

La encuesta se basó en la investigación bibliográfica realizada por la alumna, sometida a análisis y verificación por especialistas en el tópico tratado, otorgando validez y confiabilidad. La misma incluyó, la autorización (consentimiento informado) de la persona encuestada, en donde notifica entender el propósito del estudio y autoriza voluntariamente al acceso a la información para su posterior análisis.

La población estudiada está compuesta por 156 mujeres de entre 20 a 40 años, todas residentes en Rosario; de las cuales un grupo asiste a la Facultad de Medicina y Cs. De la Salud en la Sede Regional Lagos de la UAI y el otro grupo de mujeres, acude a diferentes iglesias cristianas evangélicas y poseen como mínimo estudios secundarios completos.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel para el análisis y medición de las variables.

Criterios de Inclusión

Sexo biológico mujer

Edad: 20 a 40 años

Estudio secundario completo

Criterio de Exclusión

Mujeres que hayan estado o estén bajo tratamiento de fertilidad

Mujeres que hayan estado o estén bajo tratamiento oncológico

Variables

- Conocimiento sobre fertilidad femenina: Variable Cualitativa Ordinal.
- Conocimiento sobre la efectividad de los tratamientos de reproducción asistida: Variable Cualitativa Nominal Politómica.
- Conocimiento sobre la criopreservación: Variable Cualitativa Nominal Politómica.
- Conocimientos del riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales relacionados a la edad materna avanzada: Variable Cualitativa Nominal Dicotómica.
- Influencia de la pareja sobre la maternidad. Variable Cualitativa Nominal Dicotómica.

El grado de conocimiento se midió a través de 6 preguntas sobre fertilidad que se encuentran en la encuesta (preguntas 8, 9, 10, 11, 12, 13).

A cada respuesta correcta se le asignó un puntaje de 1,67 puntos, con un total de 10 puntos.

Aquellas mujeres que contestaron correctamente entre 5 a 6 preguntas, recibieron de 8,35 a 10 puntos y se las clasificó con un grado de conocimiento: ALTO; aquellas que respondieron entre 3 a 4 preguntas correctas, con un puntaje entre 5,01 y 6,68 puntos, se las clasificó con un grado de conocimiento: INTERMEDIO y aquellas que obtuvieron un puntaje menor o igual a 3,34 puntos (2 o menos respuestas correctas) se las clasificó con un grado de conocimiento: BAJO/NULO.

RESULTADOS

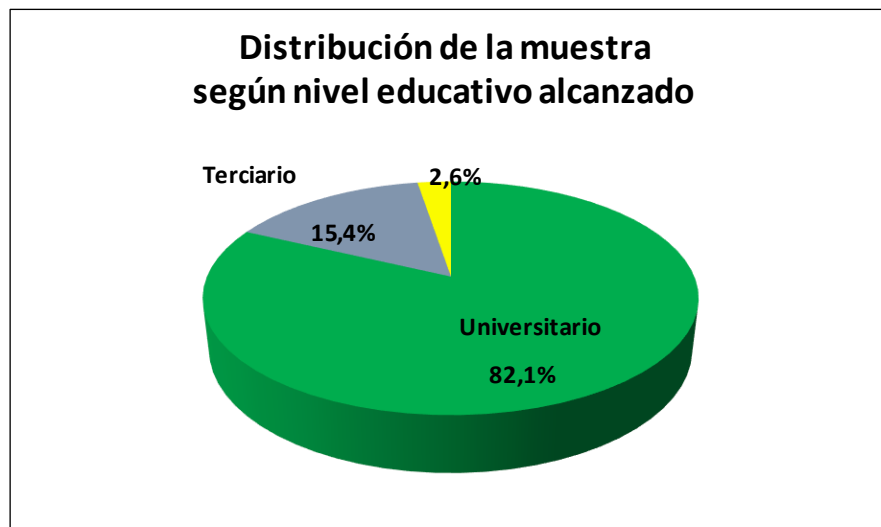
Descripción de la población en estudio.

La población estudiada y el periodo de realización de la encuesta fueron detallados en la sección Materiales y Métodos.

- Edad de las mujeres: La edad promedio de las mujeres que respondieron la encuesta fue entre 23 a 26 años (50%).
- Nivel Educativo:

El 82,1% de las mujeres encuestadas están cursando o finalizaron un nivel educativo universitario. El 15,4%, un nivel educativo terciario. El 2,6% un nivel educativo secundario.

Gráfico N°1: Porcentaje de mujeres según nivel de escolaridad.

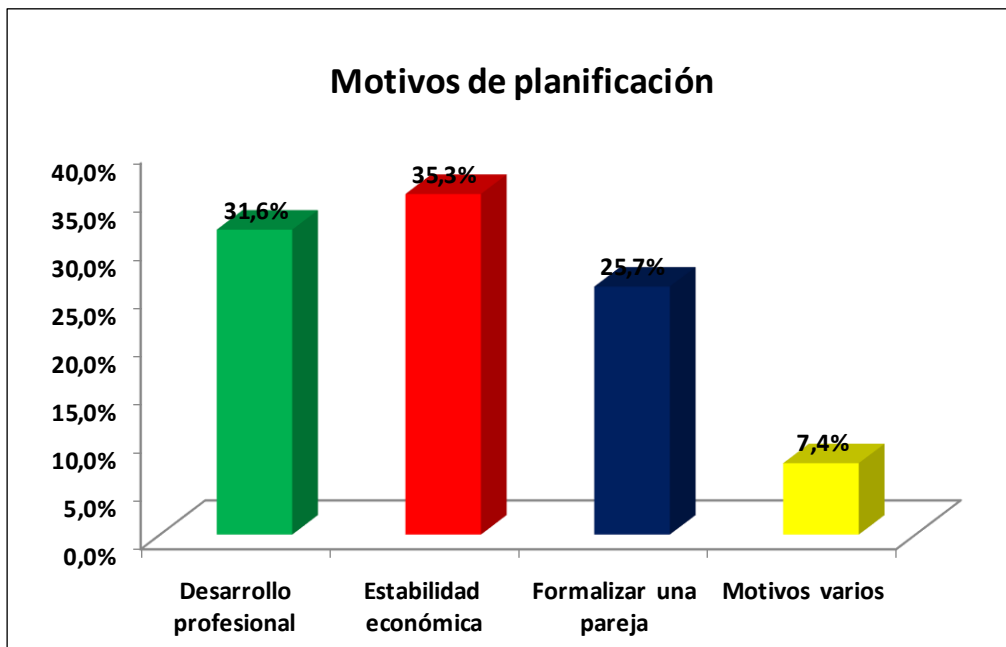


- Maternidad:

Del total de mujeres que realizaron la encuesta, el 80,8% planifica ser madre.

Se observó que los tres motivos principales esgrimidos por las mujeres que planean su maternidad son: desarrollo profesional, estabilidad económica y la formalización de una pareja.

Gráfico N°2: Porcentajes según motivos para planificar la maternidad.

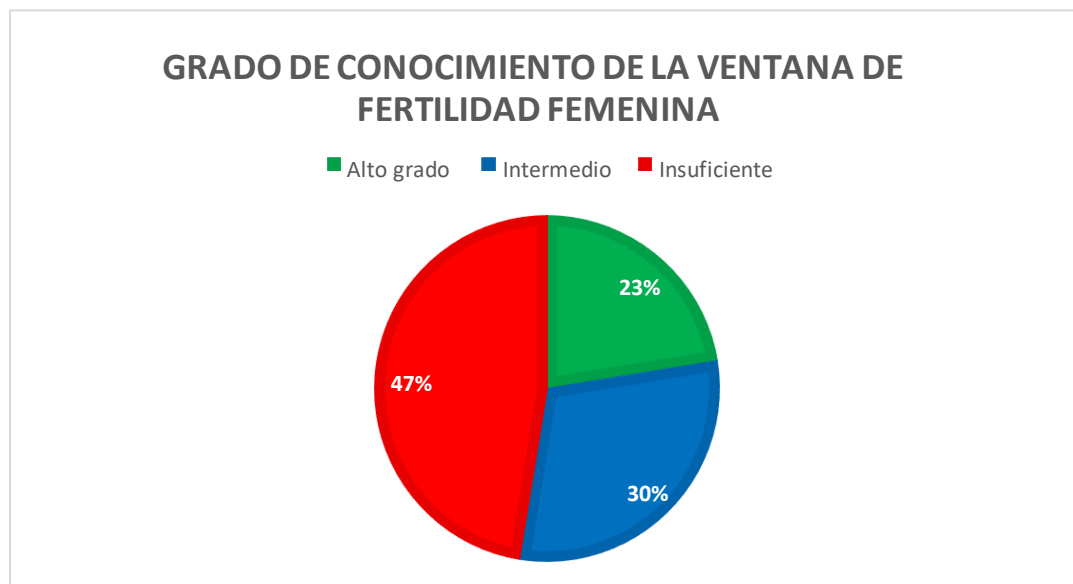


Análisis de las variables

- **Grado de conocimiento de las mujeres sobre la ventana de fertilidad.**

Se observa que el grado de conocimiento que las mujeres tienen sobre la ventana de fertilidad es en su mayoría INSUFICIENTE. Del total de mujeres, el 47% tuvo un puntaje menor o igual a 3,34 puntos (sólo respondieron 2 preguntas correctamente). Únicamente el 22% de las mujeres tuvo un ALTO grado de conocimiento.

Gráfico N°3: Porcentaje según grado de conocimiento de la ventana de fertilidad femenina.

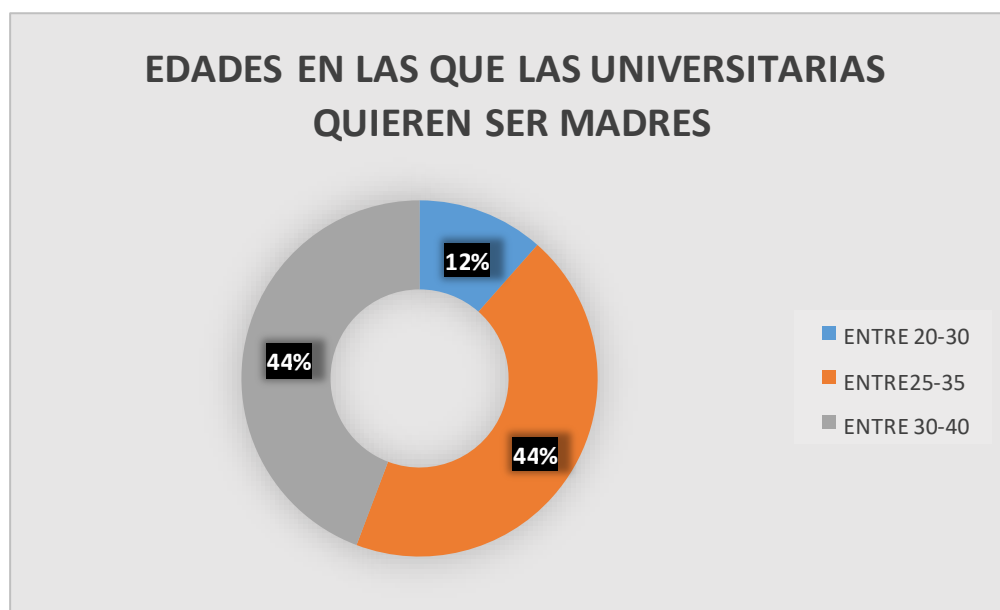


Grupo universitario

El 82% de las mujeres encuestadas están cursando o finalizaron el nivel educativo universitario. De este 82% (128 mujeres), el 81,2% (104 mujeres) planea ser madre. Dentro de las universitarias que planean ser madres, el 41% posee un grado INSUFICIENTE de conocimiento sobre el tema de fertilidad femenina.

Se observa que sólo el 11, 5% de las universitarias con deseo de ser madres, planean su primer embarazo entre los 20 y 30 años, siendo este el periodo más fértil de la mujer.

Gráfico N°4: Porcentaje según edades en las que las universitarias planifican su maternidad.



- **Conocimiento sobre la efectividad de los TRA**

El 75,6% de las mujeres encuestadas, reconoció que la edad de la mujer afecta el éxito de los TRA. Pero solo el 23,7% de estas sabía la tasa de embarazo en una mujer de 42 años con un ciclo de tratamiento de fertilización in-vitro, FIV (menor al 5%).

La mayoría, el 53, 8%, respondió que la tasa de embarazo era menor al 25%. Del grupo de mujeres universitarias que quieren ser madres solo el 26% respondió correctamente esta pregunta.

Tabla N°1: Conocimiento sobre tasa de embarazo en un ciclo de FIV

en una mujer de 42 años.

Menor al 1%	Menor al 5%	Menor al 25%	Menor al 40%
3,4%	23,7%	53,8%	19,1%

- **Conocimiento sobre la criopreservación de ovocitos para una maternidad diferida**

El 8,4% del total de las mujeres encuestadas indicó conocer sobre la criopreservación.

La mayoría (75%), refirió haber escuchado sobre el tema.

Las mujeres que estarían dispuestas a criopreservar sus óvulos son el 12, 2%.

Sólo alrededor del 8% de las universitarias que planean ser madres, conocen sobre la criopreservación. Paradójicamente, el 13,4% de este grupo criopreservarían sus ovocitos.

- **Conocimientos del riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales relacionado a la edad materna avanzada**

El 96,8% reconoció que la edad materna avanzada predispone a mayores riesgos obstétricos y complicaciones perinatales.

Un 12,8% de las mujeres encuestadas no supo identificar cuáles son los riesgos.

- **Influencia de la pareja sobre la maternidad**

El 82,7% del grupo de mujeres que realizaron la encuesta, espera formalizar una pareja para planear ser madre.

El 81,7% de las mujeres universitarias que quieren ser madres, reconocieron que una pareja estable influencia sobre su decisión de ser madre.

Al finalizar la encuesta la mayoría de las mujeres (62,8%) reconocieron que necesitaban y les gustaría obtener más información sobre la fertilidad femenina. En esta misma línea, el 21,8%, eligió la opción de consultar a un médico especialista (ginecólogo) para obtener un asesoramiento preciso sobre el tópico.

DISCUSIÓN

El presente proyecto, confirma y avala los estudios realizados anteriormente por otros autores presentados en el marco teórico, al quedar de manifiesto particularmente el grado insuficiente de conocimiento sobre la ventana de fertilidad femenina en la población muestreada.

Wojciesz y Thompson (2013), realizaron el primer estudio intervencionista que evaluó la efectividad de las intervenciones educativas para incrementar el conocimiento sobre fertilidad entre los estudiantes universitarios de Australia. Llevaron a cabo una comparación previa/posterior a la prueba. Descubrieron que la exposición a un folleto breve aumentó significativamente el conocimiento de los participantes sobre fertilidad (más de 71%) y el conocimiento de la FIV (más de 61%) y disminuyó moderadamente la edad deseada para tener el primer y último hijo.

Stern, Larsson, Kristiansson, Tyden (2013), demostraron que la información personalizada, oral y escrita, proporcionada a los participantes de su estudio, tuvo un efecto positivo en su conocimiento reproductivo y sus intenciones de tener hijos. Específicamente, alrededor del 27% de los encuestados, reconoció una marcada disminución de la fertilidad a los 35 años. Además la mayoría de las mujeres apreciaron la intervención y consideraron que los médicos deberían discutir de forma rutinaria un plan de vida reproductiva con sus pacientes.

Williamson, Lawson, Downe, Pierson (2014), estudiaron más a fondo las intenciones de las mujeres jóvenes de retrasar la maternidad y concluyeron que la percepción falsa de la fecundidad duradera, contribuía significativamente a estas intenciones.

Hammarberg, Zosel, Comoy, Robertson (2016), informaron que las formas más efectivas de educar a las personas en edad reproductiva sobre la fertilidad, debería ser a través de los proveedores de atención primaria de la salud. De aquí, se recalca la gran importancia de que los profesionales de la salud, especialmente los médicos generales, estén entrenados para brindar la información necesaria y educar a sus pacientes sobre su salud reproductiva.

García et al. (2018), dice en su estudio, que las mujeres menores de 35 años, tienen mayor probabilidad de tomar las medidas necesarias, cuando están bien informadas y se sienten vulnerables a la infertilidad; mientras que no existe tal asociación en mujeres mayores.

El estudio “Internacional de toma de decisiones sobre fertilidad”, es el estudio más grande en número de participantes (10045 personas) y países involucrados jamás realizado, con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre fertilidad. Los autores observaron que las personas sobreestimaron la fertilidad natural, lo que dificulta considerar la infertilidad como un riesgo de retrasar la maternidad. Fullford, Bunting, Tsibulsky, Boivin (2013), en un estudio de seguimiento de la misma cohorte, encontraron que las intervenciones realizadas que permitieron a las mujeres tomar medidas para mejorar la fertilidad (entre las menores de 35 años), dependieron de 3 factores: conocimiento sobre fertilidad, riesgo de infertilidad y sentimiento de vulnerabilidad a la infertilidad.

CONCLUSIÓN

Cook, Mills, Lavender (2010), prueban lo importante que es la promoción y educación sobre los riesgos de la edad materna avanzada. Este estudio caracterizó a las mujeres como “informadas” y “desinformadas” a la hora de tomar las decisiones según las opciones de fertilidad. Las mujeres pertenecientes al grupo de “desinformadas”, afirmaron que habrían intentado tener hijos antes, si hubieran sido conscientes del riesgo de la edad materna avanzada.

Se propone la recomendación de Tyden, Skoog Svanberg, Karlstrom, Lihoff, Lampic (2009), en relación a que los ginecólogos y los médicos generales proporcionen a las pacientes jóvenes, además de información sobre la anticoncepción, a su vez una visión integral de su salud reproductiva, aunque no estén en una edad en la que planeen tener hijos.

Tomando estos recaudos, se evitará la percepción inexacta sobre la fertilidad femenina que trae como consecuencia una desacertada idea de control sobre la propia reproducción y que potencia un exceso de confianza en las posibilidades que los TRA pueden ofrecer a cualquier edad.

De acuerdo con los resultados de este trabajo, es pertinente coincidir con García et al., (2018), en que la intervención oral adaptada a cada caso, es más eficaz para aumentar el conocimiento sobre fertilidad, que folletos estándares escritos; dado que estos no generan el interés suficiente para producir un cambio en el comportamiento reproductivo.

Las personas toman medidas para proteger su fertilidad, dependiendo de su conocimiento reproductivo y de su riesgo de infertilidad percibido, por lo tanto, es más probable que la

evaluación personalizada del riesgo de infertilidad resulte en un cambio de comportamiento efectivo en comparación con la información general.

Existe un creciente número de investigaciones que indican una subestimación significativa del impacto que la edad tiene en la fertilidad, particularmente entre las mujeres que cursan estudios superiores, un grupo que está particularmente en riesgo de quedar sin hijos debido a la búsqueda de actividades educativas y profesionales. Además en este grupo, se exhiben tasas de embarazo mucho más bajas (Simoni et al., 2017; Peterson et al., 2012; Lampic et al., 2005).

Se verifica que las mujeres universitarias, tienen en su mayoría, un grado de conocimiento sobre la fertilidad femenina insuficiente, así como se advierte que la mayoría de ellas tiene el deseo de ser madres y a su vez sobreestiman la tasa de éxito de los TRA, aunque reconocen la existencia de riesgos en embarazos de edad materna avanzada.

Este mismo grupo, en gran proporción, indicó que planea su maternidad fuera de los años de mayor fertilidad.

Esta encuesta a su vez, permite evidenciar la gran influencia que una pareja estable tiene al tomar la decisión de ser madres, sobre todo en el grupo de universitarias. El retraso de la formalización de una relación es más común entre las mujeres exitosas profesionalmente. Esta situación, durante sus años más fértiles, puede conducir a un retraso en la maternidad con las complicaciones, ya analizadas (Simoni et al., 2017).

En las encuestadas, se observó un gran desconocimiento sobre la tecnología de criopreservación de ovocitos para una maternidad diferida.

Por todo lo expuesto, se concluye que se debe informar a las mujeres sobre su fertilidad, en lo posible con un asesoramiento personalizado, a principio de sus veinte años, pudiéndoles mostrar un panorama general de las posibilidades de un embarazo según la edad, la efectividad real de los TRA, los riesgos que un embarazo de edad materna avanzada enfrenta y las posibilidades que la tecnología le ofrece al criopreservar sus óvulos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Society of Reproductive Medicine (s.f.) *The impact of age on female fertility*, recuperado de https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/learning-resources/patient-resources/protect-your-fertility3/age_femaleinfertility.pdf
- Baldwin K., Culley L., Hudson N., Mitchell H. (2014). Reproductive technology and the life course: current databases and research in social egg freezing, *Human Fertility*, 17(3), 170-179.
- CECOS Federation, Schwartz D., Mayaux B.A. (1982). Female Fecundity as a function of Age. *The New England Journal of Medicine*, 306, 404-406.
- Cook A., Mills T.A., Lavender T. (2010). Informed and uninformed decision making- women's reasoning, experiences, and perceptions with regard to advanced maternal age and childbearing: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 10, 1317-1329.
- Daniluk J.C., Koert E., Cheung A. (2012). Childless women's knowledge of fertility and assisted human reproduction: identifying the gaps. *Fertility and Sterility*, 97, 420-426.
- ESHRE Capri workshop Group (2005). Fertility and Ageing. Human Reproduction Update, 11, 3, 261-276.
- Fouce José, G. (2000). Frente a la posmodernidad, *Fundamentos en humanidades*, 1(2), 55-77.
- Fulford B., Bunting L., Tsibulsky I., Boiving J. (2013). The role of knowledge and perceived

- susceptibility in intentions to optimize fertility: finding from the International Fertility Decision-making Study. *Human Reproduction*, 28, 12, 3253-3262.
- García D., Rosario R., Vanessa R. (2018). Actions to increase knowledge about age-related fertility decline in women, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 23(5), 371-378
- Gossett D., Nayak S., Bhatt S., Bailey S. (2013). What do healthy women know about the consequences of delayed childbearing?, *Journal of Health Communication*, 18, 118-128
- Hammer K., Kahan A., Fogg L., Walker M., Hirshfeld-Cytron J. (2018). Knowledge about age-related decline infertility and oocyte cryopreservation: A national survey, *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(4), 359-364.
- Hammarberg K., Zosel R., Comoy C., Robertson S. A. (2016). Fertility related knowledge and information seeking behavior among people of reproductive age: a qualitative study. *Human Fertility*, 20, 2, 1-11.
- Harwood K. (2009). Egg freezing: a breakthrough for reproductive autonomy?, *Bioethics*, 23, 39-46.
- Heras Pérez B., Tejedor J., Mora Cepeda P., Almaraz Gómez A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada, *Progreso en Obstetricia y Ginecología*, 54(11), 575-580.
- Hodes-Wertz B., Druckenmiller S., Smith M., Noyes N. (2013). What do reproductive-age

women who undergo oocyte cryopreservation think about the process as a means to preserve fertility?, *Fertility and Sterility*, 100(5), 1343-1349.

Kudesia R., Chernyak E., McAvey B. (2017). Low fertility awareness in US reproductive-age women and medical trainees: creation and validation of the fertility and infertility treatment knowledge, *Fertility and Sterility*, 103(4), 711-717.

Lampic C., Skoog Svanberg A., Kalstrom P., Tydén T. (2005). Fertility awareness, intention concerning childbearing, and attitude toward parenthood among female and male academics, *Human Reproduction*, 21(2), 558-564.

Leridon H. (1976). Facts and Artefacts in the study of intra-uterine mortality. *Popul Stud*, 30, 319-335.

Leridon H. (2004). Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Human Reproduction*, 19, 7, 1548-1553.

Liu K., Case A. (2017). Advance reproductive age and fertility, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(8), 685-695.

Lucas N., Rosario R., Schelling A. (2015). New Zealand University students' knowledge of fertility decline in women via natural pregnancy and Assisted Reproductive Technologies, *Human Fertility*, 18(3), 208-214.

Martin L. (2010). Anticipating infertility: egg freezing, genetic preservation, Gender and

Society, recuperado de <https://doi.org/10.1177/0891243210377172>

Molina García M., Hidalgo Ruiz M., Cocera Ruiz E., Conde Puertas E., Delgado M.,

Martinez J., (2019). The delay of motherhood: reasons, determinants, time used to

achieve pregnancy, and maternal anxiety level, Plos One, recuperado de <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0227063>

McQuilliam J., Greil L., Scheffer K., Tichenor V.(2008). The importance of motherhood among women in contemporary United States, *Gender and Society*, 22(4), 477-496.

Nybo Andersen A.M., Wohlfahrt J., Christens P., Olsen J., Melbye M. (2000). Maternal Age and Fetal loss: Population based register linkage study. *BMJ*, 2000, 320, 1780.

Paredes Pérez N. (2013). Maternidad postergada, *Horizonte Médico*, 13(1), 45-50.

Petersen K. (2016). *Individual fertility assesment and counselling in women of reproductive age* (Doctoral thesis), Danish Medical Journal, Fertility Clinic, University Hospital of Copenhagen Rigs Hospitalet, Copenhagen, Denmark.

Peterson B., Pirritano M., Tucker L., Lampic C. (2012). Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students, *Human Reproduction*, 27(5), 1375-1382.

Rojas M., Prieto R. (2014). Embriología del sistema genital femenino. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 1(2), 153-166.

Simoni M., Mu L., Collins S. (2017). Women's career priority is associated with attitude towards family planning and ethical acceptance of reproductive technologies. *Human Reproduction* 32(10), 2069-2075.

Sheinis M., Carpe N., Gold S., Selk A. (2018). Ignorance is Bliss: women's knowledge regarding age-related pregnancy risks. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38, 3, 344-351.

- Stern J., Larsson M., Kristiansson P., Tydén T. (2013). Introducing reproductive counselling: an RCT. *Human Reproduction*, 28, 9, 2450-2461.
- Templeton A., Morris J.K., Parrslow W. (1996). Factors that affect outcome of invitro fertilization treatment. *Lancet*, 348, 1402-1406.
- VanNoord-Zaadstra B.M., Looman C.W.N., Alsbach H., Habbema J.D.F., te Velde E.R., Karbaat J. (1991). Delaying childbearing: effect of age on fecundity and outcome of pregnancy. *BMJ*, 302, 6789, 1361-1365.
- Vollenhoven B., Hunt S. (2018). Ovarian ageing and the impact on female fertility [version 1; peer review: 2 approved]. *f1000research*, 7(f1000faculty Rev): 1835.
- Wennberg A. L., Opdahl S., Bergh C., Tiitinen A., Skjaeven R., Wennerholm U. B. (2016). Effect of maternal age on maternal and neonatal outcomes after assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 106, 5, 1142-1149.
- Williamson L.E.A., Lawson K.L., Downe P.J., Pierson R.A. (2014). Informed reproductive decision-making: the impact of providing fertility information, of fertility knowledge and intentions to delay childbearing. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36, 1, 113-120.
- Wojciesz K.A.M., Thompson R. (2013). Conceiving of change: a brief intervention increases young adults' knowledge of fertility and the effectiveness of in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 100, 2, 523-529.

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA

MATERNIDAD EN LA POSMODERNIDAD

Datos generales:

Fecha:

Edad:

Nivel educativo alcanzado o cursando:

Primario..... Secundario.....Terciario(especificar).....Universitario (especificar).....

.....

Consentimiento informado:

La presente investigación es conducida para el trabajo final de carrera de Universidad Abierta Interamericana. La meta de este estudio es recolectar información sobre: la fertilidad femenina, las técnicas de reproducción asistida, la criopreservación, los riesgos obstétricos y perinatales y las conductas de pareja.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será anónima, confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada sobre el objeto de esta encuesta. Entiendo que la investigación que yo provea en este cuestionario es estrictamente confidencial.

.....

Indicaciones: Es preciso que se responda a cada pregunta con la mayor sinceridad posible, para la obtención de datos confiables. Rodee con un círculo (O), aquellas preguntas que tienen como respuestas posibles SI o NO o, Verdadero o Falso. Marque con una cruz (X), aquellas preguntas con respuesta de opción múltiple Cuestionario:

1) ¿PADECE DE ALGUNA PATOLOGÍA ASOCIADA CON INFERTILIDAD? SI / NO

2) ¿HA RECIBIDO O RECIBE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO?

3) ¿PLANIFICAS SER MADRE? SI / NO

4) ¿A QUÉ EDAD PLANEAS TENER TU PRIMER HIJO? - ENTRE LOS 20 Y 30 AÑOS

- ENTRE LOS 25 Y 35 AÑOS

- ENTRE LOS 30 Y 40 AÑOS

5) ¿POR QUÉ MOTIVO DECIDIS PLANEAR TU MATERNIDAD? (PODES RESPONDER MÁS DE UNA OPCIÓN)

- DESARROLLO PROFESIONAL Y ACADÉMICO

- ESTABILIDAD ECONÓMICA

- FORMALIZAR UNA PAREJA

- OTROS

6) SELECCIONE A PARTIR DE QUÉ EDAD USTED CONSIDERA QUE UNA MUJER ES DE EDAD MATERNA AVANZADA

- MAYOR A 35 AÑOS

- MAYOR A 40 AÑOS

- MAYOR A 42 AÑOS

- MAYOR A 45 AÑOS

7) IDENTIFIQUE CUAL ES A SU CRITERIO LA EDAD ÓPTIMA PARA CONCEBIR Y PARIR

- 20 A 28 AÑOS

- 29 A 32 AÑOS

- 33 A 35 AÑOS

- 36 A 40 AÑOS 8) MARQUE CUÁL ES SEGÚN SU

CONOCIMIENTO, LA EDAD EN LA QUE LA

FERTILIDAD FEMENINA EMPIEZA A DISMINUIR

- DESPUÉS DE LOS 29

- DESPUÉS DE LOS 30

- DESPUÉS DE LOS 37

- DESPUÉS DE LOS 42

9) ¿CUÁL ES SEGÚN SU CONOCIMIENTO, EL RANGO DE MEJOR FERTILIDAD EN LA MUJER?

- ENTRE 20-29 AÑOS

- ENTRE 25-35 AÑOS

- ENTRE 30-40 AÑOS

- ENTRE 35-45 AÑOS

10) ¿PARA UD. LA MUJER MANTIENE LA MISMA FERTILIDAD HASTA LA EDAD DE LA MENOPAUSIA? SI / NO

11) LA MAYORÍA DE LAS MUJERES SE VUELVEN INCAPACES DE LOGRAR UN EMBARAZO CON ÉXITO 10 AÑOS ANTES DE SU MENOPAUSIA. VERDADERO / FALSO

12) ¿PIENSA USTED QUE LA EDAD MATERNA AVANZADA PREDISPONE A MAYORES RIESGOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y A MAYORES RIESGOS PERINATALES? SI / NO

13) MARQUE QUE RIESGOS CONOCE ASOCIADOS A LA EDAD MATERNA AVANZADA:

..... ABORTO ESPONTÁNEO

..... AUMENTO DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS

..... PREECLAMPSIA

..... AUMENTO DEL NUMERO DE CESAREAS

..... DIABETES GESTACIONAL

..... BAJO PESO AL NACER

..... NO CONOZCO NINGUNO

14) LA EDAD DE LA MUJER AFECTA EL ÉXITO DE LOS TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. VERDADERO / FALSO.

15) ¿CUÁL SUPONE USTED QUE ES LA TASA DE EMBARAZO DE UNA MUJER DE 42 AÑOS CON UN CICLO DE TRATAMIENTO DE INVITRO FERTILIZACIÓN?

- MENOS 5%

- MENOS 40%

- MENOS 1%

- MENOS 25%

16) ¿SE ENCUENTRA FAMILIARIZADA CON LA TECNOLOGÍA DE CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS?

- CONOZCO BASTANTE AL RESPECTO.

- ESCUCHÉ SOBRE EL TEMA, PERO NO SÉ MUCHO.

- NUNCA ANTES LO HABÍA ESCUCHADO.

17) ¿PENSARÍA EN CRIOPRESERVAR SUS ÓVULOS?

- SÍ, ME PARECE IMPORTANTE

- PODRÍA SER, NO ME HE DECIDIDO AÚN - NO, NO LO CONSIDERO.

- NO SABE / NO CONTESTA

18) EN EL CASO DE CRIOPRESERVAR OVOCITOS, ¿CÓMO DISPONDRÍA DE AQUELLOS QUE NO UTILIZARA?

- LOS DONARÍA PARA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

- LOS DONARÍA A UNA CLÍNICA DE FERTILIDAD

- LOS DESECHARÍA

- NUNCA DESECHARÍA NI DONARÍA

- NO SABE / NO CONTESTA

19) ¿INFLUENCIA A USTED EL HECHO DE ESTABLECER UNA PAREJA A LA HORA DE TOMAR LA DECISIÓN DE SER MADRE?

..... SÍ

..... NO

20) LUEGO DE HABER REALIZADO ESTA ENCUESTA, ¿PIENSA QUE NECESITA O LE GUSTARÍA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA FERTILIDAD FEMENINA?

..... NO, MI CONOCIMIENTO ME RESULTA SUFICIENTE

..... NO, NO ME INTERESA

.....SÍ, ME GUSTARÍA INVESTIGAR SOBRE EL TÓPICO

..... SÍ, QUIERO SABER MÁS SOBRE LA FERTILIDAD Y PIENSO CONSULTAR
CON UN ESPECIALISTA (MÉDICO GINECÓLOGO).

Anexo 2

Carta a Tutor

Rosario, 18 de mayo de 2020

Dr. Guillermo Westburt
Director de la Carrera de Medicina
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana.

Por la presente me dirijo a usted con la finalidad de dar a conocer que la Dra. Patricia Perfumo acepta ser tutora de mi trabajo final, titulado "Maternidad en la posmodernidad".

Autoriza su presentación para la evaluación correspondiente y se compromete a acompañarme en el acto de defensa ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.



DR. PATRICIA PERFUMO
GINECOLOGÍA REPRODUCTIVA
MAT. INT. - ROS. MAY 2020

Dra. Patricia Perfumo

Anexo 3

Autorización

Rosario 21 de septiembre de 2020

Director de la Carrera de Medicina

Dr. Guillermo Weisburd

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente solicito su autorización para realizar encuestas a estudiantes mujeres de 1º a 6º año de la carrera de Medicina de esta institución, durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2020, de manera virtual a causa del aislamiento social preventivo y obligatorio por la pandemia de COVID-19, y así poder recolectar la información necesaria para realizar mi trabajo final de carrera, “EDAD Y FERTILIDAD FEMENINA”, bajo la tutoría de la Dra. Patricia Perfumo.

Desde ya muchas gracias, lo saluda a Ud. muy atentamente,

Emilia María Carreiro.