

**PERCEPCIÓN SOBRE EL TRASPLANTE UTERINO DE MUJERES QUE
ASISTEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ EN EL AÑO 2017**

Autores:

Andrea Carolina Ladino

Sandra Milena Morales

Lina Marcela Vergara

**UNIVERSIDAD EL BÓSQUE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
BOGOTÁ
2017**

**PERCEPCIÓN SOBRE EL TRASPLANTE UTERINO DE MUJERES QUE
ASISTEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ EN EL AÑO 2017**

Autores:

Andrea Carolina Ladino

Sandra Milena Morales

Lina Marcela Vergara

Línea de investigación: Posgrado

Tipo de investigación: Cuantitativa- descriptiva

Asesor Temático: Doctor Ricardo Rueda Sáenz

Asesor metodológico: Doctor Miguel Antonio Sánchez Cárdenas

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
BOGOTÁ
2017**

NOTA DE SALVEDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo primeramente a Dios por darnos la fuerza y perseverancia para alcanzar este objetivo.

A nuestras familias, quienes fueron nuestro motor para avanzar día a día en la ejecución de este proyecto, les agradecemos enormemente su paciencia, apoyo y respaldo, gracias por aquellos momentos que dejaron a un lado sus actividades y celebraciones por acompañarnos en las largas jornadas de estudio.

A nuestros amigos, quienes estuvieron acompañándonos en cada momento, dándonos una palabra de aliento y celebrando con nosotras cada avance logrado.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a nuestros asesores, Doctor Miguel Antonio Sánchez, Doctor Ricardo Rueda Sáenz y Doctor Nicolás Rodríguez, quienes con sus aportes y conocimientos, fueron parte fundamental para la consecución de este logro.

Agradecemos a la Fundación Santa Fe de Bogotá, por apoyarnos desde el primer momento que planteamos este proyecto, prestándonos su atención y colaboración en todo momento.

Agradecemos a la Universidad El bosque por acobijarnos y permitirnos crecer en el campo de la investigación con cada enseñanza recibida durante toda nuestra etapa educativa en el programa de la maestría en Salud Sexual y Reproductiva.

TABLA DE CONTENIDO

1	RESUMEN DEL PROYECTO.....	14
2	CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.1	Planteamiento de la pregunta o problema de investigación	16
2.2	Justificación.....	20
2.3	Antecedentes	23
2.3.1	Estado de la cuestión	23
2.4	Marco Teórico	31
2.4.1	Percepción.....	31
2.4.2	Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)	35
2.4.3	Trasplante.....	35
2.4.4	Trasplante uterino.....	36
2.4.5	Donación	36
2.4.6	Receptor	36
2.4.7	Infertilidad	36
2.4.8	Infertilidad absoluta por factor uterino (AUFU)	36
2.4.9	Maternidad subrogada.....	37
2.4.10	Adopción	37
2.5	Objetivos	37
2.5.1	Objetivo general.....	37
2.5.2	Objetivos específicos.....	37
2.6	Propósito	38
3	METODOLOGÍA	39
3.1	Diseño.....	39

3.2	Población	39
3.3	Criterios de inclusión	39
3.4	Criterios de exclusión	39
3.5	Caracterización de variables	40
3.1	Cálculo de la muestra.....	43
3.2	Intervenciones.....	44
3.3	Consideraciones metodológicas	44
3.4	Control de sesgos	45
3.5	Consideraciones Éticas:.....	46
3.6	Conformación y trayectoria del Grupo de investigación	47
4	RESULTADOS	49
4.1	Introducción.....	49
4.2	Descripción y análisis.....	49
4.2.1	Descripción de las características demográficas	50
4.2.2	Conocimiento de las mujeres frente al trasplante uterino	56
4.2.3	Análisis de frecuencias respecto a donantes de útero.....	57
4.2.4	Análisis de frecuencias respecto a receptoras de útero	63
4.2.5	Método ideal para la maternidad en infertilidad uterina	68
4.2.6	Percepción del trasplante uterino Sueco	69
5	CONCLUSIONES	71
6	BIBLIOGRAFÍA	73
7	ANEXOS.....	80
7.1	Instrumento	80
7.2	Carta de aprobación Comité de Ética.....	83

7.3	Aprobación del instrumento.....	85
7.4	Carta aprobación de modificaciones al protocolo.....	88
7.5	Aprobación de modificaciones al instrumento	90

1 RESUMEN DEL PROYECTO

Las técnicas de reproducción asistida (TRA), son un conjunto de métodos médico-quirúrgicos cuyo objeto es lograr la fecundación de un ser humano de manera diferente a las condiciones naturalmente establecidas, dentro de este grupo se encuentra el trasplante uterino, tema central de este proyecto, el cual se enfoca en solucionar el problema de las mujeres que padecen infertilidad absoluta por factor uterino para lograr una gestación a feliz término en su propio cuerpo.

Como primera medida, se planteó un estudio cuantitativo, observacional descriptivo tipo de corte transversal, para responder al objetivo general planteado “Determinar la percepción del trasplante uterino de las mujeres que asisten al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá en el primer semestre del año 2017”, teniendo en cuenta que en esta institución se está desarrollando actualmente un programa experimental para hacer realidad el trasplante uterino en el territorio Colombiano.

Por medio de una encuesta, se abordaron 318 mujeres que asistieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá en el mes de mayo del año 2017. Se presentó la necesidad de realizar 72 encuestas más a las presupuestadas, para lograr la muestra estipulada 246. Esto debido al diligenciamiento inadecuado del instrumento por parte de algunas participantes y a la respuesta positiva de cierto número de mujeres con respecto a un antecedente de histerectomía, criterio de exclusión estipulado en el protocolo de este estudio.

Dentro de la caracterización demográfica se encontró que el 29,7% de las mujeres participantes se encontraban entre los 34 a los 41 años de edad, el 33,7% tenían 0 y 1 hijo, el 54,9% eran casadas, el 39,8% poseían un título universitario, el 28,5% pertenecían al estrato 4, el 77,2% profesaban la religión católica y el 58,4% eran empleadas. Con relación al conocimiento del trasplante uterino, el 86,6% no conocía este procedimiento. En cuanto a la donación del órgano, el 56,5% lo donaría

posterior al fallecimiento y 37% lo donaría en vida, el 47,8% lo donaría para ayudar un familiar, el 50% lo donaría en primera instancia a las hijas y el 25,2% lo donaría en segunda instancia a otro familiar. El 37,5% de las mujeres que no estaban dispuestas a donar el útero expuso que el principal motivo para ello era la falta de información para poder tomar la decisión.

Con respecto a la receptora, el 79,3% estuvieron dispuestas a someterse a un trasplante uterino, el 42,1% escogió como donante en primera instancia a las hermanas y el 29,2% seleccionó a otro familiar como donante en segunda instancia. El 46,2% de las mujeres que se negaron a esta práctica, basaron su respuesta en la no disposición de asumir algún tipo de riesgo. Específicamente el 99,1%, concibió el trasplante uterino realizado en Suecia como un logro positivo y el 54,1% consideró el trasplante uterino, como el método ideal para la maternidad en las mujeres con infertilidad uterina.

Estos resultados demuestran que el trasplante uterino es una técnica bien recibida en el ámbito local, por lo tanto su aplicabilidad en este espacio puede convertirse en una realidad. El apoyo de la población puede considerarse efectivo en un enfoque prospectivo, según la opinión referida por los participantes en este estudio.

2 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Planteamiento de la pregunta o problema de investigación

Las técnicas de reproducción asistida (TRA), son todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo (1). Se calcula que entre el 10 y el 15% de la población mundial es infértil (2), una de cada cuatro parejas en los países en desarrollo son afectados por la infertilidad (3).

Un estudio realizado en 190 países, evidenció que el número absoluto de parejas afectadas por la infertilidad aumentó de 42'000.000 en 1.990 a 48'500.000 en el 2.010, se encontró también que el 1.9% de las mujeres fueron incapaces de alcanzar el nacimiento de un recién nacido vivo (infertilidad primaria) y el 10,5% de mujeres que habían tenido al menos un hijo nacido vivo fueron incapaces de tener otro (infertilidad secundaria) (3).

La prevalencia de infertilidad es mayor en el sur de Asia, África subsahariana, el norte de África, Oriente Medio, Europa Central / Oriental y Asia Central. Los datos varían según la región, desde el 1,5% en la región de América Latina / Caribe, hasta el 2,6% en la región del Norte de África / Oriente Medio. La prevalencia más baja estimada de infertilidad primaria ocurrió en países de ingresos medios como Perú, Bolivia, Ecuador y El Salvador; 0,8% -1,0% (3).

Con relación a la infertilidad absoluta por factor uterino, Europa aloja alrededor de 200.000 mujeres de esta población (4). No es claro el dato pero se estima que entre 12.000 y 15.000 mujeres en el Reino Unido se encuentran afectadas por este tipo de infertilidad (5). La ausencia congénita debida a síndromes como el Rokitansky Kuster Hauser Mayer (MRKH), tiene una incidencia $<1/1.000$ nacidos vivos, sin embargo, al tener en cuenta la cantidad de nacimientos y los años de capacidad reproductiva, se considera que son cientos de miles de mujeres afectadas (6).

En Estados Unidos alrededor de 1'200.000 mujeres en edad fértil no tienen útero por una extirpación quirúrgica o a malformaciones congénitas, aproximadamente 5.000 mujeres menores de 25 años tienen una histerectomía cada año. Si se tienen en cuenta en este cálculo las mujeres de hasta 40 años de edad, este número puede aumentar hasta 7'000.000, con un porcentaje significativo de mujeres que conservan el deseo de ser madres justificado en las tasas de fecundidad de la población general (6).

El anhelo de la experiencia de una gestación en las mujeres que padecen infertilidad absoluta por factor uterino, se evidencia en reportes de estudios como el publicado por la revista *Fertility and Sterility*, donde más de 500 solicitantes de todo el mundo querían participar en los proyectos para el trasplante uterino en Estados Unidos. Los rangos de edad de las solicitantes eran entre 24 a 28 (28%), 28 a 32 (28%), 34 a 36 (32%), la mayoría de las etiologías comunes para la ausencia del útero fueron: histerectomía por endometriosis (32%) Síndrome de Rokitansky (28%); cánceres (17%) cervical (12%) uterino (3%) ovárico (2%); complicaciones post-parto (10%) hemorragia incontrolada (4%) prolapso uterino-(5%) quistes ováricos (1%) fibromas (2%) y el síndrome de Asherman (1%) (7) .

En un programa de TRA, que incluyó la subrogación (vientre alquilado), en la segunda etapa evidenció que la mitad de las mujeres inscritas con infertilidad uterina previamente habían sido histerectomizadas (5). Un estudio sobre el estilo de vida de pacientes con histerectomía obstétrica realizado en Guatemala por Cifuentes entre los años 2.007-2.008, reflejó que esta condición afecta a muchas mujeres en edad reproductiva cuando no existe una paridad satisfecha, mostró además un mayor grado de inconvenientes durante el pos operatorio de la histerectomía en las mujeres con intención de una gestación futura y el 17% de las mujeres incluidas en el estudio sufrieron deterioro en su relación de pareja posterior a la extirpación del útero por la tristeza y la depresión que les produjo la imposibilidad de una gestación, esto predominó en las menores de 20 años (8).

La histerectomía por complicaciones obstétricas se presenta alrededor de 5 por cada 10.000 partos, con un probable incremento en el futuro por la tendencia en aumento de los nacimientos por cesárea (5). En el estudio previamente mencionado, Cifuentes explica que la histerectomía se realizó con mayor frecuencia en las mujeres entre los 20 a 40 años, las mujeres afectadas por la pérdida del útero expresaron no obtener un efecto beneficioso por la extirpación quirúrgica del órgano por su propósito de una nueva concepción (8).

En Colombia, el 11% de las mujeres manifiesta tener problemas de infertilidad, más frecuentemente en mujeres que tienen un hijo, en mayores de 30 años, de la zona urbana, de la región del Caribe, con nivel de educación superior y sin educación y entre los niveles de riqueza más altos (9). Los mayores porcentajes de esta problemática se presentan en los departamentos del Cesar, Atlántico y Chocó (9). Con respecto a la infertilidad absoluta por factor uterino en las mujeres Colombianas, no se encuentra evidencia en la literatura acerca de estos datos específicos.

Las TRA han impactado en esta problemática en el espacio Colombiano, entre 1.990 y 2.011, nacieron 5.191 niños gracias a estos procedimientos (2). San Andrés y Providencia presentan un porcentaje superior al 50% de mujeres que han consultado al especialista para tratar sus problemas de fertilidad. En contraste con esta cifra en Amazonas solamente el 14% ha consultado con especialista (9). De las consultantes, el 18% recibió el tratamiento, el 27% manifestó que no por ser muy costoso, el 11% porque el esposo o compañero se opone a ello y el 45% aludió otros motivos (9).

La infertilidad afecta a un ser humano en todas sus esferas, genera una crisis por el hecho de enfrentarse sin mayores posibilidades a las expectativas que se ha trazado alrededor de su vida, a nivel psicológico, genera sentimientos de inferioridad, baja autoestima, angustia, temor, ansiedad, las cuales pueden conducir a depresión (10). En el aspecto social el hecho de no tener hijos en muchas

comunidades, es razón para estigmatizar a estas parejas, lo que conlleva a un aislamiento de su entorno y condiciones de soledad (10).

En la relación de pareja, los conflictos son secundarios a la frustración por la dificultad para procrear y la incapacidad para realizar una de sus metas comunes. En los desenlaces más graves pueden culminar en divorcio (10). Esta situación conlleva a la búsqueda de métodos alternativos como medio de soporte. Una opción son las TRA, las cuales implican un compromiso físico, psicológico y económico de la pareja que en cierta medida resultan extenuantes a través del tiempo pero son una esperanza para el logro de tan anhelado objetivo (11).

A pesar de requerir tanto esfuerzo, las TRA han tomado una posición fundamental en las mujeres que padecen infertilidad, esto es claro al analizar los datos estadísticos previamente descritos. Son una tendencia a nivel mundial que cobran cada vez más mayor protagonismo, por lo cual países como Colombia pretenden incursionar en los avances científicos relacionados con la fertilidad, es así como el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, institución de carácter nacional, está desarrollando un programa experimental para hacer realidad el trasplante uterino en el territorio Colombiano.

Al tratarse de una técnica que se encuentra en fase experimental tanto a nivel nacional como a nivel mundial, es poco documentada, las investigaciones dirigidas a esta cuestión son muy limitadas. La información en su mayoría es proveniente del continente Europeo, las investigaciones respecto al tema provenientes de otras zonas son muy escasas.

Por otra parte, es importante mencionar que los trasplantes comúnmente van dirigidos a salvaguardar la vida de una persona y otros apuntan a mejorar la calidad de vida del individuo. En este último grupo se encuentra el trasplante uterino; al enfocarse en este objetivo requiere aceptabilidad individual, social y el reconocimiento de otras alternativas como la adopción y el útero subrogado.

Además este tipo de trasplantes incluyen asuntos de identidad personal tanto de la donante como de la receptora (12). Por ello se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción del trasplante uterino de las mujeres que asisten al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá en el primer semestre del año 2017?

2.2 Justificación

La infertilidad actualmente no es considerada una afección netamente biológica, pues compromete al ser humano en varias de las esferas que lo componen. Como se evidenció en los apartados anteriores, es un punto álgido dentro de la salud a nivel mundial que ha sido más notable por el avance logrado en la promulgación de los derechos sexuales y reproductivos.

Por medio de las TRA las parejas han buscado enfrentar sus inconvenientes relacionados con la concepción. En ellas, se ofrece un número variado de opciones para lograr el objetivo, sin embargo las mujeres con infertilidad absoluta por factor uterino solo cuentan con dos alternativas: la maternidad subrogada y la adopción. La primera asume ciertos dilemas éticos y fuerte controversia dentro de la sociedad, a lo que debe sumarse que no es aprobada legalmente en varios países y en otros no es clara la legislación frente al tema; la segunda opción implica procesos largos que exigen múltiples requisitos y evaluaciones del estilo de vida de la pareja para asegurar un resultado beneficioso tanto para los adoptantes como para el adoptado (13).

Por las razones anteriormente expuestas, el trasplante uterino se convierte en una alternativa importante para las mujeres que no pueden experimentar una gestación, esto se evidencia en varios estudios que efectivamente demuestran que esta alternativa ha cobrado un auge significativo dentro de esta población (7) (14) (15) (16) (17) (18). Sin embargo es una técnica en etapa evolutiva, con avances

importantes a nivel mundial, pero requiere de extensas y continuas investigaciones para fortalecer su aplicación y convertirse en una solución palpable para cualquier mujer afectada por infertilidad absoluta por factor uterino que anhele vivenciar una gestación.

Actualmente, en Suecia se han reportado cinco casos exitosos de recién nacidos vivos sanos productos de trasplantes uterinos. El primer nacimiento ocurrió en septiembre de 2014, cuando una receptora después de experimentar un embarazo sin complicaciones de 31,5 semanas fue diagnosticada con preeclampsia; presentando posteriormente estado fetal no satisfactorio por lo que fue necesario practicar una cesárea, obteniendo un recién nacido masculino con un peso de 1.775 gramos. En el segundo caso, la receptora fue diagnosticada con colestasis y se le practicó una cesárea a las 34.4 semanas, obteniendo un recién nacido con un peso de 2.510 gramos. En el tercer caso a la receptora se le practicó una cesárea electiva a las 35 semanas, dando a luz un bebé con un peso de 2.700 gramos. Otra situación se presentó cuando la receptora fue diagnosticada con preeclampsia y colestasis, fue necesario realizar una cesárea a las 34.5 semanas, obteniendo un recién nacido con un peso de 3.074 gramos. En el último caso, la gestante fue diagnosticada con preeclampsia y se trató con cesárea a las 35.3 semanas, logrando un recién nacido con un peso de 2.552 gramos (19). Sumado a estos casos reportados con éxito, dos de las mujeres participantes en este estudio lograron una segunda gestación (19).

Sin embargo, no todos los casos fueron exitosos: en total fueron nueve participantes, dos de ellas presentaron inconvenientes con los injertos y tuvieron que ser removidos en los primeros cuatro meses posteriores al trasplante; el primero debido a una oclusión trombótica bilateral y el segundo a una infección (19).

Otros intentos fallidos han sido reportados en varios países. El primero en el año 2.000 en Arabia Saudita, donde a los tres meses de realizado el trasplante, se necrosó el útero y fue necesario removerlo. En Turquía, en el año 2011, la receptora logró dos embarazos pero presentó abortos tempranos involuntarios (19). Más recientemente, en febrero de 2016, en Estados Unidos la paciente presentó una

infección por hongos y a los pocos días del trasplante se retiró el injerto (20). El único caso reportado en Sur América sucedió en Brasil, en septiembre del año 2016, evento que no ha sido suficientemente documentado.

Estos reportes demuestran que el trasplante uterino es una TRA vanguardista y de interés en el campo de la medicina a nivel mundial, pero es importante realizar estudios preliminares en la población objeto, determinando aspectos importantes de la cultura, creencias, tradiciones y hábitos, entre otros. No se puede concluir la aceptabilidad de estos métodos reproductivos sin tener en cuenta los aspectos propios de cada población, como fue el caso en Suecia donde previo a la ejecución de estudios para efectuar el primer trasplante uterino en ese país, se realizó una encuesta masiva acerca de las actitudes de las mujeres frente a las nuevas tecnologías de reproducción asistida (15).

Este proceso es indispensable en cada lugar donde se pretendan introducir nuevos avances científicos. Aterrizando esta premisa al campo de la reproducción asistida en Colombia, el trasplante uterino es una técnica poco desarrollada e informada, en consecuencia puede ser bajo el conocimiento que tiene la comunidad frente al tema, por lo que es de vital importancia difundir estos progresos investigativos y conocer la percepción de las mujeres locales respecto a esta técnica, teniendo en cuenta que el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá posee actualmente el programa experimental para desarrollar el trasplante uterino.

En este punto existe un vacío al no contar con información a nivel nacional que vislumbre la realidad específica de las mujeres con padecimientos como la infertilidad absoluta por factor uterino, los deseos de dichas mujeres de gestar un hijo, la oportunidad en la donación del útero por parte de las mujeres con paridad satisfecha o que por diferentes circunstancias estarían dispuestas o no a colaborar con el proceso.

El estudio propuesto en este proyecto de investigación busca obtener los datos mencionados en el apartado anterior con el fin de brindar una visión realista de la funcionalidad y éxito del trasplante uterino en el ámbito nacional, para enfocar los

esfuerzos investigativos locales a problemáticas que verdaderamente impacten e interesen a esta población específica.

2.3 Antecedentes

2.3.1 Estado de la cuestión

En el planteamiento del problema se hace énfasis a una problemática social que afecta la salud sexual y reproductiva de las parejas con problemas de infertilidad; en la mayoría de los casos las mujeres con infertilidad absoluta por factor uterino tienen como última opción para poder concebir un hijo biológico la utilización de TRA. Se analizaron las causas más frecuentes de infertilidad que se encuentran asociadas a enfermedades congénitas y complicaciones quirúrgicas que demuestran la alta incidencia de mujeres afectadas para la concepción (21).

Para obtener la información se realizó la búsqueda de artículos científicos desde el año 2002 hasta el 2016, por medio de las principales bases de datos, como lo son Pubmed (MEDLINE), Science Direct, Google Académico, entre otras, ofrecidas por la Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia. En primer lugar, se normalizaron los términos de búsqueda en Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS). Los términos de búsqueda usados incluyen: sexualidad, TRA, embarazo, gestación, infertilidad, trasplante uterino. Los resultados obtenidos con los criterios de búsqueda fueron muy precarios, así que se amplió con un descriptor adicional: trasplante de órganos. Al hacerlo se encontraron algunos estudios que se refieren, en general, a la percepción del trasplante de órganos.

Uno de ellos fue realizado por Kobus, Popławska, Gajewska, Małyszko, Małyszko, sobre opiniones y conocimientos sobre la donación de órganos y trasplante de pueblos vecinos seleccionados en Voivodato de Podlaquia; resaltan que el trasplante, es un área específica de la medicina que ha conseguido más y más apoyo y aceptación entre los diferentes países de todo el mundo. Sin embargo, todavía hay muchas barreras éticas, morales y legales relacionadas con esta forma de tratamiento de los fallos de órganos en fase terminal. El objetivo de este estudio fue investigar el conocimiento y las opiniones de los residentes rurales sobre el

trasplante de órganos. El instrumento utilizado para la investigación fue un cuestionario que se aplicó a 395 residentes rurales de aldeas seleccionadas de la región de Podlasie, situado en el noreste de Polonia, de acuerdo a los resultados la mitad de los encuestados (55,9%) cree que la decisión final en cuanto a la donación de órganos de una persona fallecida debe ser tomada por la familia. Una actitud positiva hacia el trasplante de órganos fue expresada por el 67,6% de los encuestados. En conclusión los habitantes de las zonas rurales en su mayoría están de acuerdo con la obtención de órganos de los fallecidos y también de donantes vivos. Sin embargo, el entusiasmo y la buena voluntad asociada con el trasplante de órganos después de la muerte disminuye cuando el problema afecta a los miembros de la familia (22).

En Arabia Saudita, Mohamed y Guella realizaron un estudio llamado la conciencia pública sobre la donación de órganos y trasplante, con el objetivo de evaluar la percepción del público sobre la donación y trasplante de órganos. Lo efectuaron por medio de una muestra aleatoria en la población atendida en las consultas externas en el Hospital Militar Dhahran, Arabia Saudita, del 1 de diciembre del 2011 al 31 de enero del 2012, los sujetos respondieron un cuestionario. Según los resultados 582 sujetos respondieron el cuestionario, 85 fueron excluidos por respuestas incoherentes. De los 497 restantes, 77,7% eran varones y el 22,3% eran mujeres en edades entre los 18 a 65 años, la mayoría estaba en un nivel secundario o universitario de educación, más del 90% eran conscientes del trasplante de órganos y de la donación, el 68,6% consideró legal la donación de órganos en comparación con el 26,2%, y existió una disposición del 61,2% de los encuestados para donar los órganos de familiares después de la muerte cerebral. En conclusión el nivel de conciencia sobre la donación y el trasplante en la población se encontró que era satisfactorio. La religión no era un problema para la donación de órganos; Por otra parte, no se encontró incentivo financiero para ser un estímulo positivo hacia la donación porque la mayoría estaba dispuesta a donar para la causa de Dios (23).

Con relación al trasplante de útero los artículos encontrados son de investigaciones recientes. Cabe destacar que el trasplante uterino se trata de un tipo de trasplante

que, a diferencia de los otros, impone un riesgo en el procedimiento sin que hacerlo signifique detener una amenaza a la vida de la mujer, como ocurre en el trasplante de órganos como hígado, riñón o corazón.

En Japón Kisu, Banno, Soeda, Kurihara , Okushima , Yamaguchi , et al., realizaron una Encuesta sobre Actitudes hacia el Trasplante de útero entre las mujeres japonesas en edad reproductiva: un estudio transversal. El estudio tuvo por objeto aclarar los puntos de vista de las mujeres japonesas en edad reproductiva relacionados con el trasplante de útero para el factor de infertilidad uterina. El trasplante de útero (UTX) es una opción potencial para las mujeres con factor de infertilidad uterina (UFI). Después de la acumulación de los datos de estudios en animales, incluyendo primates, Brännström ha logrado la primera entrega de un humano después de un trasplante de útero en el año 2014. Este resultado atrajo la atención de todo el mundo y proporciona una considerable esperanza a las mujeres con infertilidad uterina (UFI), en Japón, sobre la base de este estudio, el trasplante de útero ha empezado a ser reconocido como una nueva tecnología de reproducción asistida (TRA) y la técnica de trasplante. Este estudio fue realizado por una empresa de investigación de Internet que reclutó aproximadamente 1,2 millones de personas en Japón de diferentes edades, profesiones y áreas residenciales utilizando diferentes medios de comunicación incluyendo sitios web, revistas de correo, periódicos y revistas de noticias, se realizó en diciembre de 2014, fue un estudio transversal en 3.892 mujeres elegidas al azar entre los 25 a 39 años, con diferentes categorías y subcategorías. Las respuestas fueron analizadas a partir de 3.098 sujetos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La encuesta consistió en 22 preguntas con un tiempo de 15 minutos para evitar que los encuestados dieran respuestas largas y recoger las respuestas adecuadas. Se incluyeron las siguientes preguntas: número de niños y la historia de la exploración o el tratamiento de la infertilidad, la consciencia antes del trasplante uterino, la confirmación de la comprensión de trasplante uterino después de recibir una explicación objetiva, la elección de donantes y receptores , pensamientos probables frente al trasplante uterino con la suposición de que el demandado tenía (UFI), la comparación con madres de alquiler y adopción, la aceptación social y opinión

personal. Dentro de los resultados se evidenció que el 62,1% de los encuestados estaban a favor de la adopción, 34,7% favorecieron el trasplante uterino y el 18,1% la subrogación gestacional. Por el contrario, el 7,0% se oponen a la adopción, 21,9% al trasplante uterino y 63,3% a la subrogación gestacional. En las opciones de los candidatos a trasplante uterino sobre la base de la más alta prioridad, personas fallecidas (33,8%) y madres (19,0%) fueron favorecidos como donantes, y las mujeres con ausencia congénita del útero (54,4%) y la histerectomía debido a un tumor uterino maligno (20,0 %) como receptores. En cuanto a la aceptación social del trasplante uterino, las tasas de respuesta fueron del 15,7% para "trasplante uterino debería permitirse", el 77,6% de "trasplante uterino debería permitirse la discusión", y el 6,7% para "trasplante uterino no se debe permitir, incluso con la discusión". En cuanto a opiniones personales sobre trasplante uterino, el 44,2% estaban a favor, el 47,5% no tenía opinión, y el 8,3% estaban en contra. En conclusión los resultados indican que muchas mujeres japonesas en edad reproductiva sienten que el trasplante uterino es social e individualmente aceptable, pero que las preocupaciones requieren más discusión. También hubo una tendencia a que el trasplante uterino es visto más favorablemente que la subrogación gestacional (14).

Uno de los estudios encontrados sobre trasplante uterino fue el realizado por Wennberg, Rodríguez-Wallberg, Ian, Milsom y Brannstrom, donde se hace énfasis en el tratamiento disponible actualmente para la infertilidad femenina y masculina; también contempla información que demuestra la viabilidad del trasplante uterino como el primer tratamiento para la infertilidad absoluta por factor uterino. Este estudio sobre las actitudes hacia las nuevas tecnologías de reproducción en Suecia fue realizado con mujeres entre 30 a 39 años de edad con el objetivo principal de investigar las actitudes relativas a la criopreservación de ovocitos en mujeres de 30-39 años de edad, que es el rango de edad más frecuente para el tratamiento de fertilidad en Suecia. Se examinaron las actitudes frente a la sustitución, trasplante de útero y tratamientos para la fertilidad; la población de estudio consistió en dos cohortes aleatoriamente seleccionadas del registro de la población Sueca; una cohorte de 1.000 mujeres residentes en Estocolmo (cohorte urbana), y otra cohorte

con el mismo número de mujeres que vivían en cualquier parte de Suecia (cohorte nacional).

La encuesta se llevó a cabo en los meses de abril a junio del 2013 e incluyó preguntas sobre la edad, nivel de educación, número de hijos y estado civil; las preguntas relacionadas con las actitudes hacia nuevas artes pudieron ser contestadas por selección de una casilla. La tasa de respuesta para los cohortes nacionales y urbanas fueron 52,1% y 48,9%; el 94% de las mujeres fueron positivas a la crio conservación de ovocitos por razones médicas, el 70% consideró que ese tratamiento también está indicado para razones sociales; el 76% encontró aceptable las TRA, el trasplante uterino tiene más aceptación en un 80% que la subrogación. En conclusión se encontró que las mujeres suecas tienen una alta aceptación a las nuevas alternativas de reproducción con excepción de las madres de alquiler (15) .

Jarvholm, Johannesson, Brannstrom en un estudio que realizaron sobre aspectos psicológicos en la evaluación pre-trasplante de los pacientes antes de entrar en el primer trasplante de útero, resaltan la importancia del trasplante de útero como un factor importante del tratamiento para la infertilidad uterina. Plantean preguntas de los aspectos psicológicos y el bienestar entre los participantes, ya que es un nuevo tipo de procedimiento quirúrgico. La preparación psicológica la realizó el psicólogo del equipo, experto en el campo de la medicina reproductiva, la tarea consistía en evaluar los potenciales psicológicos de los candidatos a un trasplante uterino. Para el proceso fueron seleccionadas 30 parejas con el propósito de identificar las interacciones, fortalezas y vulnerabilidad de la pareja en forma cualitativa. Las entrevistas siguieron una guía semiestructurada centrándose en seis dominios principales: el bienestar psicológico, relaciones, la gestión de la falta de hijos, el conocimiento acerca del proyecto, el riesgo y la relación con el donante. En el momento de la inclusión todas las parejas expresaron la esperanza de que el juicio tuviera éxito y que les proporcionaría la posibilidad de convertirse en padres, todos ellos habían discutido previamente otras opciones para lograr la paternidad, como madres de alquiler y adopción, y poseían un buen conocimiento de estas alternativas. Antes del trasplante las entrevistas revelaron que todas las parejas

incluidas fueron psicológicamente estables y bien ajustadas a participar en el estudio de investigación médica (16).

Jarvholm, Johannesson, Clarke, Brannstrom realizaron un estudio sobre la evaluación psicológica de los beneficiarios y parejas durante el año post-trasplante; el objetivo principal fue explorar la psicología y el bienestar de los nueve pacientes sometidos a trasplante de útero como parte de la primera prueba clínica durante los primeros 12 meses de los cuales siete pacientes experimentaron la supervivencia del injerto con ocasionales episodios de rechazo leve y dos pacientes experimentaron fracaso del injerto por lo que debieron ser sometidas a una histerectomía. El diseño que utilizaron fue observacional prospectivo, fue desarrollado en un hospital Universitario; la población de estudio fueron nueve receptores uterinos mujeres y sus parejas. Se estudiaron algunas características de las parejas incluidas en el ensayo, se encontraban en edades entre los 33 y 35 años, se revisó la duración de la relación, educación, empleo, relación con los donantes (madre, cercanos a la familia y socios de la familia cercana, amigos) causa de agenesia uterina y el síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hausereel (MRKH). En la metodología se utilizaron cuestionarios psicológicos con respecto a la calidad de vida, el estado de ánimo sobre la calidad de la relación y la fecundidad de la vida. La selección de los beneficiarios realizadas por el equipo quirúrgico fue principalmente por motivos de salud. La primera evaluación psicológica por medio de cuestionarios, que se define como la línea de base, se llevó a cabo en el intervalo de 1 a 6 meses antes del primer procedimiento de Fertilización In Vitro. Todos los participantes fueron informados a fondo que la evaluación no se lleva a cabo principalmente para excluir sino identificar los riesgos potenciales y ofrecer apoyo cuando sea necesario. En los resultados de todos los dominios del cuestionario, las receptoras y sus esposos mostraron un patrón similar al inicio del estudio, y el grupo (Trasplante Uterino), incluyendo tanto receptoras como parejas, se calificó de manera similar o mejor en comparación con los grupos de normas pertinentes. Entre los destinatarios se produjo una disminución reversible en la puntuación de la actividad física y el aumento de dolor corporal a los 3 meses de la cirugía. En conclusión en todos los dominios del cuestionario, calidad de vida, estado de ánimo,

la relación y la calidad de vida de la fertilidad, las receptoras y sus parejas mostraron un patrón similar al inicio del estudio (17).

Otro estudio realizado sobre trasplante uterino por Arian, Flyckt, Falcone, Eghtesad, Fung, Perni, Tzakis, es sobre las características de las mujeres con infertilidad por factor uterino que buscan información sobre el trasplante de útero; el objetivo principal de este estudio fue describir las características de las mujeres con la AUFI en busca de información sobre el trasplante de útero en un Centro Clínico de Cleveland; la población incluida fueron 34 mujeres en edad reproductiva en contacto con el Centro Clínico de Cleveland en relación con el trasplante de útero y se proyectaron desde 24/04/2015 hasta la actualidad. Resultados: 34 mujeres con AUFI, fueron seleccionados para el protocolo de trasplante. La media de edad fue de 31 años (rango: 20-47 años). 26% (n = 9) de los pacientes tenían AUFI secundaria a MRKH frente a 70% (n = 24) con histerectomía previa. Un paciente tuvo un diagnóstico de intersexual. La edad media en el grupo de MRKH fue de 25 frente a 32 en el grupo de AUFI adquirida. La causa más común para la búsqueda de un trasplante de útero fue la histerectomía, con indicaciones para la cirugía, incluyendo la endometriosis, fibromas, hemorragia post-parto, y los tumores malignos ginecológicos. De estas histerectomías, sólo el 20% (n = 5) se debieron a una neoplasia ginecológica, 29% (n = 7) fueron secundarias a complicaciones obstétricas. El resto se realizó por razones benignas. Los pacientes eran en gran parte de raza caucásica (62%, n = 21) o afroamericano (20%, n = 7). El 91% de los pacientes (n = 31) eran estadounidenses y 3 fueron internacionales. 15 de cada 34 mujeres fueron legalmente casados (44%) y 2 (6%) estaban sin pareja. 6 mujeres (17%) tuvieron al menos un hijo biológico. En conclusión a raíz de los últimos nacidos vivos reportados después del trasplante de útero, los pacientes están buscando activamente protocolos de trasplante uterino en los Estados Unidos. Estas mujeres tienen edades de amplio alcance, las situaciones sociales, e historiales médicos. El mayor número de pacientes con AUFI adquirido en comparación con el síndrome de MRKH en los primeros 34 pacientes seleccionados fue inesperado. La consideración cuidadosa y la selección de candidatos,

incluyendo historiales médicos, quirúrgicos, sociales y culturales es un requisito previo para un protocolo de trasplante exitoso (18).

Johannessony Jarvholm, realizaron una revisión sobre trasplante de útero: el progreso actual y perspectivas de futuro. En esta revisión, se resume la experiencia mundial actual del trasplante de útero como un tratamiento para la infertilidad absoluta por factor uterino y las perspectivas del futuro del trasplante de útero humano. Indican que una de cada 500 mujeres sufre de infertilidad uterina absoluta, y la opción de ser madre ha sido bien adoptar o utilizar subrogación gestacional. Investigan un total de once casos de trasplantes de útero humano que se han reportado en todo el mundo, llevado a cabo en tres países diferentes. Los resultados de estos casos experimentales iniciales son muy superiores a lo que cabría esperar de un método quirúrgico novedoso. Es de esperar que muchos más trasplantes de útero se presenten en un futuro próximo, como resultado de otros equipos de investigación que estén siendo preparados para ser puestos en práctica clínica. Resume también los casos de trasplante de útero humano de acuerdo con complicaciones, el tipo de donante, y de los resultados del injerto. En conclusión resaltan la importancia del trasplante de útero que es un gran avance en el campo de la medicina reproductiva y hasta el momento ha mostrado un resultado positivo notable. Este procedimiento es todavía sólo una prueba como tratamiento para el factor de infertilidad uterina en un entorno donante familiar vivo mediante la técnica de laparotomía. El concepto de trasplante de útero seguramente se ampliará para ser demostrado con otros ajustes en un futuro cercano. Todos los casos exitosos actuales se han llevado a cabo en una sola institución, después de años de investigación meticulosa en varios modelos animales. Los años de amplia colaboración entre los cirujanos ginecológicos, de trasplante, patólogos y anestesiólogos es el factor más importante en el logro de un notable buen resultado de este procedimiento. Con más casos que se lleven a cabo en un futuro próximo, los nuevos equipos y centros de cirugía, podrían evidenciar una variedad más amplia y extensa de las diferentes complicaciones y esto podría llegar a influir en el resultado global (24).

En Colombia no se encontró evidencia en la literatura con relación a estudios sobre percepciones, perspectivas, conocimientos, opiniones y actitudes de la población sobre la donación y trasplante de órganos.

Como se ha evidenciado, hay estudios realizados en algunos países del mundo en torno a los conocimientos, actitudes y/u opiniones sobre la donación y trasplante de órganos, pero son muy escasos los que exploran conocimientos, actitudes y creencias en torno al trasplante uterino.

2.4 Marco Teórico

A continuación se presentan los términos relacionados con perspectivas, en los cuáles se fundamenta la elaboración del instrumento con el cual se obtuvo la información necesaria para la realización de este proyecto.

2.4.1 Percepción

La percepción es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento. La referencia que una sensación hace a un objeto externo. Un conocimiento inmediato, intuitivo o un juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil (25).

Percepción, según Carterette y Friedman es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. Esta función depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. La percepción puede definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto (25).

El proceso se inicia con una serie de cambios físicos, químicos o socioculturales denominados estímulos. Solo algunos de estos estímulos adquieren una capacidad

que consiste en irritar a los receptores. Los receptores son estructuras morfológicas, anatómicas identificados como los órganos de los sentidos. Al ser activados por la energía proveniente de los estímulos (energía química, física o sociocultural) pierden su homeostasis (equilibrio o la regulación de su funcionamiento), provocando una alteración que implica cambios fisiológicos, bioquímicos en estas estructuras anatómicas (26).

Posteriormente se produce una gran actividad eléctrica psicofisiológica que es transmitida, por vía aferente, por un conjunto de terminales nerviosas (táctil, auditivo, gustativo, olfativo y visual) y por la médula espinal hacia los campos de procesamiento, constituidos por las estructuras del sistema nervioso superior (cerebelo, cerebro, hipotálamo, cuerpo calloso), donde ocurre la sensación denominada “percepción” (26).

Para lograr la percepción es necesario procesar la información, lo cual implica la ejecución de cuatro operaciones (26):

a. Reconocimiento de la naturaleza del estímulo.

La energía que activo al receptor y produjo una serie de cambios e impulsos eléctricos, es reconocida e identificada como un estímulo químico, físico o social.

b. Cuantificación estimativa de la intensidad del estímulo y calibramiento de respuestas.

La ejecución de esta segunda operación no se puede lograr si no se efectúa la primera e implica contar con experiencias similares para poseer la capacidad de comparar estímulos.

c. Respuesta adecuada a la naturaleza del estímulo.

Seleccionar una respuesta que sea adecuada a la naturaleza del estímulo (primera operación) y que sea proporcional a la intensidad del estímulo (segunda operación). Las dos se combinan.

Esta operación no puede realizarse si no se han ejecutado las primeras operaciones. Además, elegir una respuesta, significa tener varias posibilidades.

d. Envío de la orden por una eferente.

Las etapas 1, 2, 3, 4, implican la traducción de información eléctrica, fisiológica, bioquímica, que por vía eferente se envía hacia los efectores, estructuras constituidas por músculos y huesos que ejecutan una respuesta de carácter adaptativa para la recuperación del equilibrio u homeostasis pérdida por los receptores.

La percepción comprende fundamentalmente dos procesos primero, la remodelación o selección del enorme caudal de datos que nos llegan del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria, segundo, un intento de ir más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y de ese modo, evitar o reducir la sorpresa (25).

Para investigar la percepción o cualquier otro proceso no manifiesto es importante desarrollar técnicas que permitan acceder de modo indirecto a dicho proceso hipotético, por medio de inferencias realizadas a partir de datos objetivos. Esto tiene una dificultad, que consiste en que las respuestas a partir de las que se realizan las inferencias sobre la percepción, suelen estar determinadas de modo múltiple, son el resultado de múltiples factores, de todos los demás procesos que determinan la conducta, por ejemplo, el aprendizaje, la memoria, la motivación, la emoción, etc. Todos los teóricos de la percepción coinciden en que para inferir que la percepción media en una respuesta, el investigador tiene que identificar un estímulo relevante que la acompañe. Si la respuesta se produce en ausencia del estímulo, se tratará probablemente de la memoria, de alucinaciones o de otra forma de sesgo en la selección de la respuesta, pero no de la percepción (25).

Dentro de los tipos de percepción, se encuentran la percepción sensorial y la percepción social, los cuales difieren en su objeto de estudio, el primero como la

sensación, se fundamenta en conceptos, técnicas e información de numerosos campos científicos, en especial de índole biológica y física y constituye un campo de estudio del conocimiento del mundo externo, enfocándolo hacia el estudio de los sentidos, facilita la percepción del mundo externo y busca responder preguntas básicas de la existencia cotidiana de las personas (25). El segundo indica la influencia de los factores sociales y culturales en la percepción; la forma en que el medio social afecta los procesos perceptuales (26).

Posteriormente, la percepción social se extendió e incluyó otros mecanismos, la formación de impresiones, el reconocimiento de las emociones, la percepción que el individuo tiene de su medio físico y social, y más recientemente, el mecanismo de la atribución (26).

Se puede decir que hay varios enfoques de la percepción social desde un proceso selectivo, dinámico y funcional, en el cual percibir consiste básicamente en formular hipótesis y tomar decisiones, dicho proceso está determinado por necesidades, valores sociales, aprendizajes y en general por las características permanentes y temporales de los individuos (26).

De acuerdo con los aspectos señalados previamente, es importante mencionar que este trabajo se sustenta bajo el concepto de percepción como “un conocimiento inmediato, intuitivo o un juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil”, según Barthey esta definición equipara la percepción a un juicio, que se da no solo a partir de los datos sensoriales, sino como pura intuición (25).

La formulación de juicios ha sido tratada dentro del ámbito de los procesos intelectuales conscientes, en un modelo lineal en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza formulando juicios u opiniones sobre ellas (27). El juicio cumple un papel fundamental en este estudio porque de allí parte la opinión de las mujeres frente al trasplante uterino, las razones por las cuales aceptarían ser

donantes o receptoras o por el contrario porque no participarían en este procedimiento y los factores determinantes para escoger a una donante o a una receptora de acuerdo a sus necesidades, valores sociales, aprendizajes y en general por las características permanentes y temporales de las mujeres participantes (26).

La comprensión de los conceptos que describen la percepción, permiten sustentar la idea central que corresponde a la búsqueda de información para conocer la percepción de las mujeres que asisten al Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá frente al Trasplante Uterino, fortaleciendo bases investigativas que soporten procedimientos innovadores en áreas que responden a las necesidades que experimenta cada ser humano de acuerdo a su vivencia específica como es el caso de millones de mujeres que se sumergen en la desesperanza por la imposibilidad de gestar un hijo en su propio cuerpo.

2.4.2 Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)

Las TRA son un conjunto de métodos médico- quirúrgicos cuyo objeto es lograr la fecundación de un ser humano de manera diferente a las condiciones naturalmente establecidas, dentro de las cuales se encuentran la inseminación artificial, la fecundación in vitro, la maternidad subrogada, reproducción asexual (donde se ubica la clonación) y actualmente el Trasplante uterino (28).

2.4.3 Trasplante

Los trasplantes de órganos y tejidos humanos, consisten en transferir un tejido u órgano, de su sitio original a otro diferente funcionando, esto puede ser dentro de un mismo individuo o bien de un individuo a otro, con el propósito de restaurar las funciones perdidas del mismo, sustituyéndolo por uno sano (29).

Hay distintos tipos, dependiendo de la relación genética entre el donador y el receptor de un trasplante (29):

- **Autotrasplantes o autoinjertos:** se utiliza el tejido del propio individuo, es decir, donador y receptor son la misma persona.

- **Isotrasplantes:** entre gemelos idénticos o univitelinos, es decir, cuando donador y receptor son genéticamente idénticos.
- **Homotrasplantes o alotrasplantes:** donador y receptor pertenecen a la misma especie, pero genéticamente son diferentes.
- **Heterotrasplantes o xenotrasplantes:** entre sujetos de diferentes especies, o con órganos artificiales.

2.4.4 Trasplante uterino

Es la transferencia de un útero de una mujer viva o fallecida (donante), mediante técnica quirúrgica a otra mujer (receptor), con el objetivo de mantener la integridad funcional del tejido trasplantado en la receptora (30).

2.4.5 Donación

Es la remoción de órganos o tejidos del cuerpo de una persona que ha muerto recientemente o de un donante vivo, con el propósito de realizar un trasplante. Los órganos y los tejidos son extirpados en procedimientos similares a la cirugía (31).

2.4.6 Receptor

La persona que recibe los beneficios del trasplante, se denomina receptor, ya que recibe un órgano, tejido, células o productos en su organismo para realizar la misma función que realizaban en el donador (32). Aquella persona que tenga una mayor afinidad fisiológica con el donante, de modo que pueda reducirse al máximo la posibilidad de rechazo del órgano (33).

2.4.7 Infertilidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la infertilidad se considera una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas (1).

2.4.8 Infertilidad absoluta por factor uterino (AUFU)

Se refiere a las causas de la infertilidad femenina refractarias derivada de la incapacidad anatómica o fisiológica de un útero para mantener la gestación (34).

2.4.9 Maternidad subrogada

Práctica mediante la cual una mujer gesta a un niño mediando un pacto o compromiso por el cual debe ceder todos los derechos sobre el recién nacido a favor de otra persona o personas que asumirán la paternidad o maternidad del mismo (35).

Esta medida implica fuertes dilemas éticos al comprometer aspectos legales, culturales, religiosos, sociales de las mujeres y parejas que buscan alternativas a sus dificultades relacionadas con la infertilidad y solo cuentan con esta práctica o la adopción, sin embargo la gestación subrogada no es permitida en un número importante de países a nivel mundial lo cual disminuye notablemente sus posibilidades (36).

2.4.10 Adopción

La palabra "adoptar" procede del latín "adoptare", de "ad" y "optare", es decir "desear a", y etimológicamente implica un deseo, el deseo de tener un hijo, de ser padre o madre (37).

En Colombia se define la adopción como "una medida de protección integral al niño, niña y adolescente a través de la cual, bajo la suprema vigilancia del Estado, se establece de manera irrevocable, la relación paterno filial entre personas que no la tienen por naturaleza (37).

2.5 Objetivos

2.5.1 Objetivo general

Determinar la percepción del trasplante uterino de las mujeres que asisten al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá en el primer semestre del año 2017.

2.5.2 Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas de la población a estudio.
2. Identificar el conocimiento que tienen las mujeres frente al trasplante uterino.

3. Estimar la frecuencia de mujeres que aceptarían ser donantes o receptoras de útero.
4. Medir las principales causas por las que las mujeres aceptarían donar el útero
5. Medir las principales causas de no aceptar ser donante o receptora de útero.
6. Describir la preferencia de las mujeres frente a quien sería su donante o receptora.
7. Conocer la opinión de las mujeres frente al método ideal para la maternidad en las mujeres con infertilidad absoluta por factor uterino.

2.6 Propósito

Este estudio aportara de manera relevante datos significativos sobre la percepción que tienen las mujeres acerca del trasplante uterino, como posibles candidatas a ser donantes o receptoras en un futuro para este procedimiento.

En el ámbito investigativo se apunta a la generación de conocimiento con alto impacto científico y social; promover estudios que sirvan de referencia para la creación de nuevos proyectos. Consolidar un instrumento adaptado a un medio específico que mida de manera precisa la percepción de las mujeres sobre el trasplante uterino y facilitar una herramienta a investigaciones futuras.

Es pretensión de los investigadores, presentar un estudio pionero en este tópico y ser punto de referencia para próximos estudios que evalúen aspectos relevantes sobre este tema. Aportar a las organizaciones, entidades y profesionales interesados datos importantes sobre esta nueva TRA, apoyando iniciativas que mejoren la calidad de vida de las mujeres con infertilidad uterina, fortaleciendo el progreso y desarrollo de la sociedad.

Los resultados de este estudio serán susceptibles a publicación y presentación en eventos académicos, en congresos nacionales e internacionales, reportados dentro del estándar del cuidado del paciente y estarán disponibles para las personas en formación académica.

Las conclusiones obtenidas se expondrán a la Universidad El Bosque y a todos los integrantes del Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, en busca de socializar la información.

3 METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Estudio cuantitativo, observacional descriptivo de corte transversal

3.2 Población

Blanco: Mujeres que consultaron al Departamento de Ginecología, Obstetricia y reproducción humana del hospital universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

Accesible: Mujeres que consultaron al Departamento de Ginecología, obstetricia y reproducción humana del hospital universitario Fundación Santa Fe de Bogotá en el primer semestre del año 2017.

Elegible: Aquellas mujeres que cumplieron con los criterios de selección.

3.3 Criterios de inclusión

Mujeres entre los 18 y 60 años.

3.4 Criterios de exclusión

1. Mujeres sin útero
2. Mujeres que no acepten diligenciar la encuesta

3.5 Caracterización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	NATURALEZA Y NIVEL DE MEDICIÓN	NIVEL OPERATIVO
Edad	Años cumplidos desde su fecha de nacimiento.	Cuantitativa Continua	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18 a 25 años 2. 26 a 30 años 3. 31 a 35 años 4. 36 a 40 años 5. 41 a 45 años 6. 46 años o más
Número de Hijos	Número de hijos	Cuantitativa Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 o más
Servicio en que está siendo atendida.	Ubicación en donde se diligencia la encuesta.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad Materno Fetal 2. Unidad Obstétrica 3. Consulta externa 4. Unidad de Reproducción
Estado civil	Situación civil al momento de realizar la encuesta	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Separada 5. Viuda
Nivel educativo	Años cursados y aprobados en un establecimiento educativo.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Primaria 2. Bachillerato 3. Técnico 4. Universidad 5. Especialización 6. Maestría 7. Doctorado
Estrato Socio-económico	Categoría del estrato social en la que se ubica	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6
Creencias religiosas	Prácticas religiosas	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Católica 2. Cristiana 3. Pentecostal

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Protestante tradicional o protestante no evangélico 5. Mormón, testigo de Jehová, espiritualista o adventista del séptimo día 6. Otra no cristiana (judíos, musulmanes, budistas, hinduistas o taoístas) 7. Ateo
Ocupación	Labor que desempeña y que le genera recursos económicos	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante 2. Empleada 3. Independiente 4. Hogar 5. Desempleada 6. Pensionada
Se encuentra en estado de embarazo.	Periodo en que la mujer alberga un embrión, posterior feto en el útero.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Si
Ha sido sometida a una histerectomía	Extirpación quirúrgica del útero, criterio de exclusión.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Si
Conoce usted acerca del trasplante uterino	Algún conocimiento del trasplante uterino	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Si
Cree usted qué es posible trasplantar úteros	Viabilidad del trasplante uterino	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Si
Percepción del trasplante Uterino sueco	Opinión frente al trasplante Uterino exitoso ejecutado en Suecia	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es un logro positivo. 2. Es un logro negativo.
Sería usted donante de útero	Percepción como donante frente al trasplante uterino	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Si
Factores para no donar su útero	Razones de importancia para no donar su útero	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creencias religiosas.

			<ol style="list-style-type: none"> 2. No está dispuesta a asumir los riesgos. 3. No cuenta con la información suficiente para tomar esta decisión. 4. No cree en esta clase de prácticas.
Persona a quien donaría su útero en primera instancia	Preferencias para elegir a quien donar el útero en primera instancia	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No estaría dispuesta. 1. Hijas. 2. Hermanas. 3. Sobrinas. 4. Otro familiar. 5. Amigas. 6. Extraños.
Persona a quien donaría su útero en segunda instancia	Preferencias para elegir a quien donar el útero en segunda instancia	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No estaría dispuesta. 1. Hijas. 2. Hermanas. 3. Sobrinas. 4. Otro familiar. 5. Amigas. 6. Extraños.
Motivo para donar	Qué la motivaría a donar su útero	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar a un familiar. 2. Ayudar a un desconocido. 3. No planea tener más hijos
Estaría dispuesta a asumir los riesgos para donar el útero	Percepción del riesgo como donante	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Si
Estaría dispuesta a someterse a un trasplante uterino	Percepción como posible receptor de trasplante	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Si
Motivos de importancia para no recibir un trasplante uterino	Razones para no recibir un útero	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creencias religiosas.

			<ol style="list-style-type: none"> 2. No está dispuesta a asumir los riesgos. 3. No cuenta con la información suficiente para tomar esta decisión. 4. No cree en esta clase de prácticas.
Persona quien le gustaría fuera su donante de útero en primera instancia	Preferencias frente a donante en primera instancia	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No estaría dispuesta 1. Madre. 2. Hermanas. 3. Sobrinas. 4. Otro familiar. 5. Amigas. 6. Extraños.
Persona quien le gustaría fuera su donante de útero en segunda instancia	Preferencias frente a donante en segunda instancia	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No estaría dispuesta. 1. Madre. 2. Hermanas. 3. Sobrinas. 4. Otro familiar. 5. Amigas. 6. Extraños.
Estaría dispuesta a asumir los riesgos de someterse a un trasplante uterino	Percepción del riesgo como receptor	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Si
Cuál considera usted que debería ser la elección de las pacientes sin útero para poder tener hijos	Percepción de otras posibilidades	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subrogación de útero (Alquiler de vientre) 2. Adopción 3. Trasplante de Útero

3.1 Cálculo de la muestra

Se realizó el cálculo del tamaño de muestra para proporción poblacional a través de Epidat 3.1, usando los siguientes parámetros: población desconocida, prevalencia

de respuesta positiva a trasplante de útero como técnica de reproducción asistida de 80% de acuerdo a lo reportado por Wennberg (2016) (15), se uso un nivel de confianza del 95%, precisión del 5 % y efecto de diseño de 1, para un total de 246 encuestadas. No se calculó porcentaje de pérdidas debido a que no se pensó en realizar seguimiento a las encuestadas y se captó este tamaño de muestra de manera consecutiva.

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional:

Tamaño poblacional: 9999999999 (desconocido)

Proporción esperada: 80,000%

Nivel de confianza: 95,0%

Efecto de diseño: 1,0

Precisión (%) Tamaño de muestra

5,000

246

Muestreo: No probabilístico por conveniencia, consecutivo.

3.2 Intervenciones

Se realizó una encuesta (ver anexo 1) a las mujeres que asistieron al Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, al Departamento de Ginecología y obstetricia, distribuyéndola en la sala de espera de cada sección del departamento. El instrumento contenía un encabezado con información importante para la comprensión del estudio.

3.3 Consideraciones metodológicas

El proceso inició con una prueba piloto en 60 pacientes (25% del tamaño de la muestra aproximadamente), realizada entre el 8 de marzo y el 11 de marzo del año

2017. Posterior a su aplicación se evidenció la necesidad de modificar el orden de las preguntas, anexar nuevas preguntas para obtener información sobre la caracterización demográfica de las participantes, incluir y suprimir opciones en algunas preguntas. Esto con el fin de obtener datos específicos que respondieran a los objetivos planteados y facilitar el proceso de análisis de resultados.

Al obtener la aprobación de las modificaciones por parte del Comité de Ética del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá se inició la aplicación de la encuesta en el periodo comprendido entre el 10 de mayo al 25 de mayo del año 2017. Se estimó la recolección de 246 encuestas.

Durante la recolección de la información, se presentaron casos que cumplían con los criterios de exclusión y mujeres que no contestaban la encuesta en su totalidad, lo que impedía un análisis adecuado; por ejemplo varias de las participantes no estaban dispuestas a someterse a un trasplante uterino pero no respondían las razones para no practicarse este procedimiento. Consecuentemente fue necesario realizar 72 encuestas más, en total 318 encuestas para alcanzar la meta planteada.

En cuanto a los servicios propuestos para la aplicación del instrumento se logro acceder a ellos, exceptuando a la Unidad de Reproducción donde exigieron un permiso que debía tramitarse previamente, el cual no había sido mencionado en visitas anteriores, por tal razón no fue posible acceder a esta población.

3.4 Control de sesgos

Con el fin de controlar el sesgo de selección se incluyeron la totalidad de las mujeres que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia que cumplían con los criterios de inclusión y en cuanto al control de sesgos de medición se implementó una prueba piloto para medir el nivel de comprensión de la encuesta por parte de las mujeres consultadas.

Con lo referente a los criterios de exclusión se verifico la edad de las posibles participantes previo al suministro de la encuesta y se incluyo dentro del instrumento

una pregunta específica relacionada con información referente a una posible histerectomía previa. Los casos positivos ante este cuestionamiento fueron descartados.

3.5 Consideraciones Éticas:

De acuerdo con los principios establecidos en el informe Belmont de Abril 18 de 1979 y en la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993 y debido a que esta investigación se considera sin riesgo según el artículo 11 de la misma resolución (38), este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- El principio de respeto, considerando a cada mujer como ser autónomo, el principio de beneficencia, no causando daño alguno, el principio de justicia con un carácter recíproco (39). Los resultados se darán a conocer sean favorables o desfavorables y serán publicados de acuerdo a lo establecido en la declaración de Helsinki (40); prevaleciendo el respeto por la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de cada una de las participantes, como lo establece el artículo 5 de la Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993 (38).
- Las mujeres que posiblemente accedan a responder el cuestionario, serán previamente informadas acerca del propósito de la investigación y las condiciones de su participación. A las participantes que ingresen al estudio voluntariamente con la información adecuada, respondiendo al principio de respeto, se les garantizará un total anonimato, la confidencialidad de la información y se les entregará el cuestionario, el cual incluye un apartado informativo en el encabezado.
- Los cuestionarios serán de carácter anónimo para salvaguardar la información personal de cada participante, las investigadoras garantizarán la custodia de la información frente a cualquier agente interno o externo como

lo establece la pauta 18 de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos de Ginebra de 2002 (41).

- Este trabajo investigativo responde al artículo 44 de la Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993, donde se establece que la investigación sobre fertilización artificial solo es admisible cuando se aplica a la solución de problemas de esterilidad que no se pueden resolver de otra manera (38), como es el caso de las mujeres con infertilidad absoluta por factor uterino y dentro de los aspectos relevantes que sustentan esta investigación se han tenido en cuenta los aspectos físicos, psicológicos, morales, culturales, económicos y sociales de las parejas con este tipo de afecciones.
- Este proyecto de investigación cuenta con el aval técnico y ético del Comité de Ética del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá código CCEI-6547-2016.

3.6 Conformación y trayectoria del Grupo de investigación

La producción científica se ha convertido en uno de los más importantes indicadores de calidad de las instituciones de educación superior en el mundo. En Colombia éstas hacen grandes esfuerzos por consolidar programas de maestría y doctorado, posicionar sus líneas y grupos de investigación y aumentar su número de publicaciones, proyectos y resultados. En los últimos años la Fundación Santa Fe de Bogotá, hace parte de un pequeño grupo de instituciones que tienen la tendencia hacia la generación de innovaciones tecnológicas y sociales como estrategia para construir un futuro.

Es por esto que el Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá desde el año 2010 ha dirigido gran parte de sus esfuerzos al fortalecimiento de la comunidad científica de la institución. Debido a que cuentan con los recursos económicos, la orientación docente y la disposición de todos por la búsqueda de preguntas de

investigación y el deseo de contribuir con la solución de problemas que aquejan a la comunidad, se creó un grupo de investigación conformado por médico rural y estudiantes en formación del programa de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad El Bosque interesados en participar activamente con el objetivo de coordinar y fortalecer el proceso investigativo, generando conocimiento y cultura de investigación en el proceso del día a día.

Los grupos de investigación trabajan en el reconocimiento de los problemas de una población. El fortalecimiento de estos grupos permite proponer soluciones a dichos problemas con el objetivo de impactar positivamente en las condiciones de vida de la comunidad. Con la creación del grupo de investigación y la solución de preguntas a través de la elaboración de protocolos de investigación se tiene como objetivo secundario mejorar la capacidad de investigación de los profesionales pertenecientes a la Universidad El Bosque y al Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Fortaleciendo este tipo de conductas se busca que estas instituciones sean reconocidas por la producción de conocimiento constituyendo como prioridad la importancia de generar un bien común y como segunda medida apuntar hacia la responsabilidad ética y social de estos establecimientos frente al país.

4 RESULTADOS

4.1 Introducción

Al finalizar la recolección de la información se creó una base de datos en el programa Excel, en la cual se registró la información obtenida de cada una de las participantes con una codificación de identidad.

En la segunda etapa, se ejecutó el análisis de la información por medio del programa SPSS versión 23.00. Los resultados de las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes; las variables cuantitativas se reportaron en medidas de tendencia central y de dispersión. La distribución de frecuencias de variables cualitativas y cuantitativas discretas se representó mediante tablas.

En la tercera etapa, el equipo investigador se dispuso al reclutamiento de información en la literatura para el soporte bibliográfico de los resultados obtenidos con estudios preliminares asociados a la temática o que aportaran datos relevantes que permitieran enriquecer el análisis.

4.2 Descripción y análisis

Acorde con los objetivos propuestos para el presente estudio, se realiza la descripción y el análisis de los hallazgos que derivan del procesamiento de la información recolectada a través de las encuestas realizadas a mujeres que asistieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá en el primer semestre del año 2017.

4.2.1 Descripción de las características demográficas

4.2.1.1 Rango de edad

Es de interés del presente estudio la descripción de las características demográficas que predominan en la población partícipe, en los resultados obtenidos se encuentra que el rango de edad más frecuente en la muestra fue de 34 a 41 años, el cual corresponde a un 29,7%, seguido del grupo de mujeres entre los 26 a 33 años con un 19%, lo que indica que en su mayoría son mujeres en etapa reproductiva en la cual la variable edad se considera un factor de riesgo para el proceso de fecundación y embarazo.

Al respecto, vale la pena resaltar que “Cuando la mujer es mayor de 35 años, tan solo el 60% logra un embarazo al cabo de un año, y el 40% de las parejas en las que la mujer es mayor de 35 años, tienen problemas de infertilidad. Estos datos revelan la incidencia que tiene la edad de la mujer como factor de riesgo en la infertilidad, ya que los óvulos son células que no se dividen y cuya edad coincide con la edad de la mujer, a partir de los 35 años, el envejecimiento de los óvulos produce una disminución en la tasa de embarazo y un aumento en incidencia de abortos y de niños nacidos con anomalías cromosómicas” (42). A continuación la tabla de hallazgos:

Tabla 1. Edad de la población encuestada

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18 a 25 años	27	11,0	11,0	11,0
26 a 33 años	49	19,9	19,9	30,9
34 a 41 años	73	29,7	29,7	60,6
42 a 49 años	44	17,9	17,9	78,5
50 años a 57 años	19	7,7	7,7	86,2
58 años o mas	34	13,8	13,8	100,0
Total	246	100,0	100,0	

4.2.1.2 Número de hijos.

Con relación al número de hijos que tienen las encuestadas, se puede observar en la Tabla 2 que el 33,7% tienen máximo 1 hijo, seguido de 26,4% con 2 hijos y presentándose solo un 2% de casos con 4 hijos o más. Se destaca también que el porcentaje de mujeres sin hijos en la encuesta es bastante alto con un 33,7%, característica que llama la atención y podría relacionarse con una de las especialidades de la institución en la que se realiza el estudio, ya que dentro de los servicios ofertados está la consulta para asistencia en fertilidad o TRA.

Valdría la pena mencionar nuevamente que en Colombia, el 11% de las mujeres manifiesta tener problemas de infertilidad, más frecuentemente en mujeres que tienen un hijo, en mayores de 30 años, de la zona urbana, de la región del Caribe, con nivel de educación superior y sin educación y entre los niveles de riqueza más alto (9).

Lo anterior permite deducir que el número de hijos de la población encuestada puede estar relacionado con los intereses del estudio ya que de la población encuestada el 33,7% tienen máximo 1 hijo sumado a el porcentaje de mujeres sin hijos de 33,7%, corresponde a un 67,4% que es un porcentaje significativo y concerniría posiblemente a la población que presentaría en su mayoría problemas de infertilidad.

Tabla 2. Número de Hijos

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 hijos	83	33,7	33,7	33,7
1 hijo	83	33,7	33,7	67,5
2 hijos	65	26,4	26,4	93,9
3 hijos	10	4,1	4,1	98,0
4 hijos o mas	5	2,0	2,0	100,0
Total	246	100,0	100,0	

4.2.1.3 Estado civil

Otra de las características demográficas del estudio es el estado civil de las usuarias, al respecto los resultados arrojan que el 54.9% de las participantes del estudio son casadas, seguido de las solteras que son un 23,6% y las mujeres en unión libre el 15,9%, esto contrasta con los porcentajes de usuarias separadas y viudas 3,7% y 2% respectivamente que se presentaron con baja frecuencia.

De acuerdo a los datos arrojados la mayoría de las mujeres se encuentran casadas, según los reportes de la Fundación Colombiana de Parejas Infértiles (FUNCOPI) y la Red de Servicios de Infertilidad (REDESIN), la incidencia de infertilidad en Colombia es del 20% sobre 2'500.000 parejas y específicamente en Bogotá 20% sobre 450.000 parejas (43). Al correlacionar estos datos se puede analizar que un porcentaje importante de mujeres con relaciones sentimentales establecidas padecen alteraciones relacionadas con la fertilidad, por lo tanto es una población influyente en el tema tratado.

Tabla 3. Estado Civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	58	23,6	23,6	23,6
Casada	135	54,9	54,9	78,5
Unión Libre	39	15,9	15,9	94,3
Separada	9	3,7	3,7	98,0
Viuda	5	2,0	2,0	100,0
Total	246	100,0	100,0	

4.2.1.4 Nivel académico

Con relación al nivel académico, se observa en la tabla 4 que el 39,8% de las participantes tienen educación universitaria, seguido del 29,2% de mujeres con especialización y el 11,7% de participantes cuentan con una maestría. La educación es un aspecto primordial en el tema de la fertilidad, el interés de una gran cantidad

de mujeres como se aprecia en los datos estadísticos descritos se centra en las metas de autorrealización, perfeccionamiento educativo y laboral, razones para postergar la maternidad (44). Cuando las prioridades cambian de lugar, la mujer puede experimentar inconvenientes para procrear por la edad y calidad de los óvulos (42), motivos que pueden dirigir su interés hacia las TRA como medida para contrarrestar dicha problemática.

Tabla 4. Nivel académico

Nivel académico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bachillerato	17	6,9	6,9	6,9
	Técnico	29	11,8	11,8	18,7
	Universidad	98	39,8	39,8	58,5
	Especialización	71	28,9	28,9	87,4
	Maestría	30	12,2	12,2	99,6
	Doctorado	1	,4	,4	100,0
	Total	246	100,0	100,0	

4.2.1.5 Estrato socioeconómico

Respecto al estrato socioeconómico, se observa en la tabla 5 que la mayoría de las participantes pertenecen al estrato 4 con un porcentaje de 28,5%, seguido de las mujeres pertenecientes al estrato 3 con un 25,6%. Con un porcentaje de 22% se encuentran las participantes del estrato 5 y el 17,1% se concentra en el estrato 6. Según los datos obtenidos la mayoría de participantes se encuentran en un nivel socio económico medio alto.

Con relación a esta característica es destacable analizar los datos reportados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2014 de Perú. Al igual que en Colombia, las mujeres con mayor nivel educativo, pertenecientes al quintil superior de riqueza, suponen una mayor autonomía económica, que, a su vez, se asocia con niveles bajos de fertilidad (45).

Tabla 5. Estrato Socio-Económico

Estrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	,8	,8	,8
2,00	15	6,1	6,1	6,9
3,00	63	25,6	25,6	32,5
4,00	70	28,5	28,5	61,0
5,00	54	22,0	22,0	82,9
6,00	42	17,1	17,1	100,0
Total	246	100,0	100,0	

4.2.1.6 Creencias religiosas

En relación a las creencias religiosas de las participantes en el estudio, se puede observar en la Tabla 6 que la mayoría son católicas con un porcentaje del 77%, seguido de las cristianas con un 13%. Con relación a este aspecto se encuentra disponible un estudio denominado “Trasplante de útero: una actualización y la perspectiva de Medio Oriente”, donde se hace una descripción de la influencia de algunas religiones en el manejo de las TRA (46).

La religión católica con respecto al trasplante uterino, lo declara como "una buena manera de restablecer la fertilidad de una mujer mediante el trasplante de una matriz sana en situaciones en las que carece de ella", “Sólo en las circunstancias en que un útero trasplantado, ya sea de un difunto o de un donante vivo, a otra mujer cuyos ovarios y trompas de Falopio funcionan normalmente para poder concebir un niño de manera normal, probablemente podría representar un medio ético de resolver el problema de infertilidad absoluta por factor uterino” (46) .

Tabla 6. Creencias religiosas

Creencia religiosa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	16	6,5	6,5	6,5
Católica	190	77,2	77,2	83,7
Cristiana	33	13,4	13,4	97,2
Mormón, testigo de Jehová, espiritualista o adventista del séptimo día	1	,4	,4	97,6
Otra no cristiana (Judíos, musulmanes, budistas, hinduista o taoísta)	3	1,2	1,2	98,8
Ateo	3	1,2	1,2	100,0
Total	246	100,0	100,0	

Tabla 6. Creencias religiosas

4.2.1.7 *Ocupación*

En cuanto a la ocupación, se puede observar en la Tabla 7, que el 58,1% de las participantes del estudio son empleadas, seguido de las trabajadoras de manera independiente que son el 24,8%. Por lo cual se concluye que son mujeres que cuentan con recursos económicos y/o independencia financiera. Aunado a esto, al igual que en una característica demográfica anterior, un dato importante reportado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2014 de Perú, se asocia con la dependencia del trabajo, en cuanto a mayor dependencia se presentó menor fertilidad en las mujeres encuestadas (45).

Tabla 7. Ocupación

	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estudiante	13	5,3	5,3	5,3
	Empleada	143	58,1	58,4	63,7
	Independiente	61	24,8	24,9	88,6
	Hogar	22	8,9	9,0	97,6
	Desempleada	3	1,2	1,2	98,8
	Pensionada	3	1,2	1,2	100,0
	Total	245	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,4		
	Total	246	100,0		

4.2.2 Conocimiento de las mujeres frente al trasplante uterino

Otro objetivo planteado para el presente estudio es identificar el conocimiento que tienen las mujeres frente al trasplante uterino. De los resultados obtenidos en la recolección de información, se puede notar que para la variable conocimiento que

tienen las usuarias sobre el trasplante uterino solo el 13,4% de las participantes sabía sobre el trasplante, como se ve con claridad en los datos a continuación:

Tabla 8. Conocimiento sobre el trasplante uterino

Conocimiento del trasplante uterino	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	213	86,6	86,6	86,6
Si	33	13,4	13,4	100,0
Total	246	100,0	100,0	

El porcentaje de mujeres que conocían sobre el trasplante es muy bajo y contrasta con el 86,6% de la población encuestada que no lo conocía, datos muy similares a los arrojados en el estudio Japonés, donde solo el 17,6% sabía que el trasplante uterino se había practicado en Suecia y Turquía y el 82,4% no tenían conocimiento de esta información (14). Lo cual lleva a pensar en la importancia del despliegue de una estrategia tanto educativa como informativa sobre esta TRA, sus ventajas, desventajas y beneficios para la población en general.

Dado que este procedimiento continúa en una etapa experimental (47), es comprensible el bajo despliegue publicitario que ha tenido hasta el momento, esta puede ser la razón fundamental para el escaso conocimiento que tienen las mujeres encuestadas frente al tema, es de esperar que con la evolución, perfeccionamiento y aplicabilidad de esta técnica en otros centros dedicados a contrarrestar la infertilidad, el trasplante uterino obtenga un reconocimiento masivo.

4.2.3 Análisis de frecuencias respecto a donantes de útero

Es interés del presente estudio estimar la frecuencia de mujeres que aceptarían ser donantes de útero; medir las principales causas de no aceptar participar en este procedimiento y describir la preferencia de las encuestadas frente a quien le donaría el útero. Interesa entonces saber la opinión que predomina en la población partícipe.

4.2.3.1 Donación de útero

Según se muestra en la tabla 9, un 37% de las participantes manifiesta que donaría su útero en vida, el 56,5% donaría su útero cuando fallezca y el 6,5% no lo donaría. Estos datos permiten analizar que una gran cantidad de mujeres, el 93,5% estarían dispuestas a donar el útero, la mayoría de ellas serían donantes al fallecer. Estos datos se evidencian en la siguiente tabla:

Tabla 9. Seria Usted donante de Útero

Donante uterino		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No lo donaría	16	6,5	6,5	6,5
	Sí, lo donaría en vida	91	37,0	37,0	43,5
	Sí, lo donaría, una vez fallezca	139	56,5	56,5	100,0
Total		246	100,0	100,0	

El trasplante de útero no se limita a la donación de órganos vivos o fallecidos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud Principio Rector, las donaciones de órganos procedentes de donantes fallecidos siempre deben desarrollarse a su máximo potencial, evadir los riesgos innatos para los donantes vivos. Sin embargo, debido a la escasez de órganos adecuados de donantes fallecidos, las donaciones de donante vivo son necesarias con el fin de satisfacer las necesidades actuales del paciente. Debido a esto, la donación de donante vivo se practica a pesar del hecho de que puede implicar riesgos potenciales para el donante. En los primeros once casos reportados de trasplante uterino, los úteros fueron de donantes vivas en diez casos y de una donante fallecida en un caso. Las dos opciones contemplan ciertas ventajas y desventajas entre sí. Hasta el momento los casos exitosos proceden de donantes vivas (24) .

La tensión psicológica al que está expuesto el donante vivo está parcialmente relacionada con el resultado del receptor. Se ha demostrado el bienestar del

donante vivo de riñón, particularmente en relación con el dolor y los síntomas depresivos. Este se ve afectado por un resultado pobre del receptor del trasplante. Sin embargo el útero, a diferencia del riñón, es un órgano no vital, un fracaso del injerto uterino no significa necesariamente que la receptora se deja en una mala condición médica como en otros trasplantes de órganos sólidos, lo que podría justificar una tensión psicológica reducida en la donante (24).

Hasta el momento, el riesgo psicosocial a largo plazo de los donantes de órganos vivos no ha sido ampliamente explorado. Los datos sobre la calidad de vida después de otros procedimientos de trasplante de órganos, en el caso de donantes vivos de hígado y riñón, indican que la calidad de vida de los donantes era tan buena o mejor que la de la población general o comparable a un grupo de control sano. Sin embargo, hay informes que indican que la depresión, la ansiedad, y las relaciones familiares complicadas puede ser el resultado después de la donación de órganos (24).

4.2.3.2 *Motivos para ser donante*

En cuanto a la motivación que tendrían las pacientes para donar su útero, la tabla 10 muestra que el 47,8% lo haría por ayudar a un familiar, seguido de un 37,4% que lo haría por ayudar a un desconocido. A continuación la tabla de hallazgos:

Tabla 10. Qué la motivaría a donar su útero

Motivos para donar el útero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otra ¿cuál	1	,4	,4	,4
Ayudar a un familiar	110	44,7	47,8	48,3
Ayudar a un desconocido	86	35,0	37,4	85,7
No planear tener más hijos	33	13,4	14,3	100,0
Total	230	93,5	100,0	
Perdidos				
Sistema	16	6,5		
Total	246	100,0		

Una encuesta sobre donación de órganos, actitudes y comportamientos realizada en Estados Unidos, demostró que las personas están dispuestas a donar un órgano principalmente para salvar una vida o ayudar a los necesitados (48), apoyando lo reportado en este estudio, que el objetivo principal de las donantes es ayudar tanto a un familiar como a un desconocido. En el proyecto realizado en Suecia, se consideraron para la donación, las donantes con una razón altruista para donar su útero (49).

4.2.3.3 Donación en primera instancia

Analizando las preferencias de las mujeres sobre a quién donarían su útero en primera instancia, se observa en la tabla 11, que las principales beneficiarias de las donaciones serían del núcleo familiar, las hijas 50%, hermanas 18.7%, sobrinas y otros familiares suman 16,1%. Datos reportados en la siguiente tabla:

Tabla 11. A quien donaría en primera instancia

Donación en primera instancia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Hijas	115	46,7	50,0	50,0
Hermanas	43	17,5	18,7	68,7
Sobrinas	14	5,7	6,1	74,8
Otro familiar	23	9,3	10,0	84,8
Amigas	12	4,9	5,2	90,0
Extraños	23	9,3	10,0	100,0
Total	230	93,5	100,0	
Perdidos Sistema	16	6,5		
Total	246	100,0		

Según datos estadísticos, por año se realizan 6.000 donaciones de órganos y tejidos procedentes de donantes vivos, esto es alrededor de 4 de cada 10 donaciones; la mayoría de estas donaciones se realizan entre miembros de la familia o entre

amigos cercanos (50). Por lo anterior se puede concluir que los datos arrojados en este estudio concuerdan con el pensamiento general de la población donde prima la solidaridad a nivel familiar.

4.2.3.4 Donación en segunda instancia

Con relación al beneficiado en segunda estancia, se observa que los mayores porcentajes los tiene “otros familiares” con 25,2%, seguido de las hermanas con 23,9%. También se evidencia con un porcentaje importante del 16,5% a los extraños como beneficiarios. A continuación se presentan estos datos:

Tabla 12. A quien donaría en segunda instancia

Donación en segunda instancia.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hijas	19	7,7	8,3	8,3
Hermanas	55	22,4	23,9	32,2
Sobrinas	28	11,4	12,2	44,3
Otro familiar	58	23,6	25,2	69,6
Amigas	32	13,0	13,9	83,5
Extraños	38	15,4	16,5	100,0
Total	230	93,5	100,0	
Perdidos	Sistema	16	6,5	
	Total	246	100,0	

Al igual que la primera elección de las mujeres para donar el útero son las hijas, la tendencia sigue en el ámbito familiar tomando como segunda opción a otros familiares. La donación en personas vivas implica un acto generoso que obliga al donante a asumir riesgos, especialmente en el acto quirúrgico, la recuperación y le compromete aspectos de su cotidianidad (24).

En el estudio Sueco, las donantes han seguido un proceso continuo de evaluaciones físicas y psicológicas antes y después del trasplante uterino para evaluar sus

condiciones. Una donante de este ensayo después de la cirugía presentó una infección en la herida y desarrolló una fístula ureterovaginal la cual se corrigió con un catéter de pielostomía y el uréter reimplantado, tras lo cual la recuperación fue sin incidentes (49).

Una evaluación posterior determinó que después de la recuperación, todas las donantes volvieron a sus ocupaciones anteriores y a su vida cotidiana; ninguna de las donantes expresó su pesar por su decisión de donar y lo haría nuevamente si fuera necesario (49).

4.2.3.5 Causas para no ser donante

Dentro de las principales causas de no aceptar ser donante de útero se puede observar en la tabla 13, que la principal causa para no donar es no contar con la información suficiente para tomar la decisión con el 37,5%, seguido por no estar dispuestas a asumir los riesgos que impliquen estos procedimientos con el 31,2%.

Tabla 13. Motivos para no ser donante

Motivos para no donar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Creencias religiosas	3	18,8	18,8	18,8
No cuenta con la información suficiente para tomar esta decisión	6	37,5	37,5	56,3
No está dispuesta a asumir los riesgos	5	31,3	31,3	87,5
Otra ¿cuál?	2	12,5	12,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Estos datos se asocian con lo reportado y analizado previamente frente al conocimiento del trasplante uterino. La escasa información con que cuentan las mujeres, lo cual se describió previamente, les impide participar en este procedimiento. Los riesgos a los cuales se someten las donantes vivas también se han descrito en varios apartados anteriores.

En cuanto a las creencias religiosas, muchas religiones consideran la donación de órganos un acto de amor, sin embargo algunas investigaciones han demostrado que los católicos son menos propensos a donar que otros grupos religiosos, a pesar de la posición oficial del Vaticano a favor de ella. Parece que esto se debe a una creencia en la vida futura y la preocupación por mantener la integridad corporal (51). Esto contrasta con lo percibido en el presente estudio, donde un alto porcentaje de mujeres católicas estarían dispuestas a donar su útero.

4.2.4 Análisis de frecuencias respecto a receptoras de útero

El presente estudio pretende estimar la frecuencia de mujeres que aceptarían ser receptoras de útero; medir las principales causas para no practicarse un trasplante uterino y describir la preferencia de las encuestadas frente a quien sería su donante.

4.2.4.1 Receptora de útero

Según los datos obtenidos reflejados en la tabla 14, un 79.3% de las participantes manifestó que si se practicaría un trasplante uterino, es decir, que serían receptoras y un 20.7 % manifestó que no se lo realizaría. Esto indica que un alto porcentaje de mujeres están de acuerdo con ser trasplantadas.

Tabla 14. Disposición para someterse a un trasplante uterino

Disposición para someterse a un trasplante uterino		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	51	20,7	20,7	20,7
	Sí	195	79,3	79,3	100,0
	Total	246	100,0	100,0	

El interés de las mujeres con infertilidad absoluta por factor uterino hacia el trasplante uterino, se sustenta en investigaciones como la realizada en Estados Unidos, donde un número significativo de mujeres estaban interesadas en el trasplante uterino y afirman que muchas más interesadas pueden existir en todo el mundo (7). Otro informe mencionado previamente sobre las características de las

mujeres con infertilidad uterina que buscan información sobre el trasplante uterino, describe el protocolo de selección de 34 mujeres con deseo de participar en un ensayo clínico en Cleveland para ejecutar el trasplante uterino (18).

En el estudio realizado en Suecia, crearon un sitio web con información sobre el estado de los preparativos para el trasplante de útero. Posteriormente, celebraron una reunión para brindar información a los posibles beneficiarios interesados. El sitio web y la reunión fueron la base para la contratación de los beneficiarios. Alrededor de 30 beneficiarios potenciales contactaron inicialmente al equipo de investigación, expresando su interés en la participación. Después de más información, 11 destinatarios todavía querían participar. Una posible receptora no fue seleccionada porque no tenía una donante adecuada. Posteriormente una receptora seleccionada fue excluida debido a riesgos médicos, y no fue reemplazada (49); siendo en total 9 mujeres las participantes en este ensayo que hasta el momento ha sido el único con resultados positivos.

4.2.4.2 Elección de donante en primera instancia

Con respecto a la persona que prefirieron como donante en primera instancia, quienes encabezan la lista son las hermanas con un 33,3%, seguido de las madres con un 28,5%. En otros órdenes de preferencia estarían otros familiares y extraños.

Tabla 15. Preferencia de donante en primera instancia

Donante como primera elección		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Madre	70	28,5	35,9	35,9
	Hermanas	82	33,3	42,1	77,9
	Sobrinas	1	,4	,5	78,5
	Otro familiar	23	9,3	11,8	90,3
	Amigas	8	3,3	4,1	94,4
	Extraños	11	4,5	5,6	100,0
	Total	195	79,3	100,0	
Perdidos	Sistema	51	20,7		
	Total	246	100,0		

Los estudios relacionados, mencionados en varias ocasiones anteriormente, reportan datos similares a los obtenidos en el presente estudio. El estudio Japonés informo que las mujeres Japonesas consideran como donantes apropiadas en primer lugar las donantes con muerte cerebral / no con latidos del corazón (33,8%), seguidos por las madres (19,0%) y hermanas (16,3%) (14). En el estudio Sueco, cinco de las donantes fueron las madres, una hermana, una tía, una suegra y una amiga (49).

4.2.4.3 Elección de donante en segunda instancia

Con relación a la elección de donante en segunda instancia, se observa que los mayores porcentajes los tienen otros familiares con 29.2%, seguido de las hermanas con 24.1%. También se observa con un porcentaje importante a las sobrinas con el 13.8%.

Tabla 16. Preferencia de donante en segunda instancia

Donante como segunda elección		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Madre	23	9,3	11,8	11,8
	Hermanas	47	19,1	24,1	35,9
	Sobrinas	27	11,0	13,8	49,7
	Otro familiar	57	23,2	29,2	79,0
	Amigas	21	8,5	10,8	89,7
	Extraños	20	8,1	10,3	100,0
	Total	195	79,3	100,0	
Perdidos	Sistema	51	20,7		
	Total	246	100,0		

Al igual que en la elección de donante en primera instancia sobresalen algunas familiares respectivamente, las mujeres continúan tomando como opción primordial a la familia para contribuir a la maternidad en el caso de la infertilidad uterina.

En la donación de útero, la histerectomía de la donante es en comparación a una histerectomía común mucho más complicada y exige mayor tiempo quirúrgico (10 a 13 horas), incluye disecciones extensas y complejas de los uréteres, así como de los vasos uterinos hasta e incluyendo partes de los ilíacos internos (49). Razones que pueden justificar la elección de las mujeres al buscar una donante de útero.

En el proyecto mencionado en múltiples ocasiones previamente, ejecutado en Suecia, las participantes debieron escoger y proponer al grupo investigador las donantes, a las cuales se les realizaron una serie de estudios para comprobar un óptimo estado a nivel físico, psicológico y social, que les permitiera servir como donantes. Se excluyeron tres de las principales donantes sugeridas por las receptoras (2 por incompatibilidad ABO y 1 por trastorno psiquiátrico). En todos estos casos, las beneficiarias tuvieron la posibilidad de reclutar a otra donante (49).

4.2.4.4 Principales causas para no someterse a un trasplante uterino

Dentro de las principales causas de no aceptar ser receptoras de útero, se puede observar en la tabla 17, que la principal causa para que las mujeres encuestadas no se sometieran a un trasplante uterino es porque no estaban dispuestas a asumir los riesgos un 46,1% y porque no contaban con la información suficiente para tomar la decisión el 32,6%.

Tabla 17. Principales causas para no someterse a un trasplante uterino

Motivos para no ser receptora	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Creencias religiosas	3	5,8	5,8	5,8
No cuenta con la información suficiente para tomar esta decisión	17	32,7	32,7	38,5
No está dispuesta a asumir los riesgos	24	46,2	46,2	84,6
Otra ¿cuál?	8	15,4	15,4	100,0
Total	52	100,0	100,0	

El trasplante uterino es un procedimiento que exige compromiso de varios aspectos básicos de la mujer y de su pareja, a nivel físico someterse a varias cirugías, la extracción de ovocitos, la transferencia de embriones, la inmunosupresión y la innumerable cantidad de exámenes son solo unos pocos, a nivel psicológico las tensiones relacionadas con el desenlace del procedimiento; son tan solo unos ejemplos (17).

Por estos motivos, es indispensable tener en cuenta todos los factores inmersos dentro del trasplante uterino, antes de tomar la decisión de someterse a una técnica de tal magnitud. La información es clave en este aspecto, en el ensayo clínico ejecutado en Suecia, un psicólogo entrevistó a las parejas mucho antes del procedimiento de trasplante (3-6 meses) con el propósito de aprender sobre

fortalezas mentales y vulnerabilidad dentro de cada pareja de una manera cualitativa (24).

Las entrevistas siguieron una guía semiestructurada, enfocada en seis áreas principales: bienestar psicológico, relación, manejo de la falta de hijos, conocimiento sobre el proyecto, riesgo y relación con el donante. Los beneficiarios y sus parejas llenaron por separado los cuestionarios estándar sobre el estado de ánimo, la calidad de vida, la relación y la calidad de vida de la fecundidad. Estas evaluaciones demostraron que los receptores y sus parejas eran psicológicamente estables y bien preparados para el trasplante (24).

4.2.5 Método ideal para la maternidad en infertilidad uterina

Este interrogante es fundamental para determinar la percepción que tienen las participantes frente al trasplante uterino, objetivo principal de este estudio. Conocer la opinión de las mujeres frente a este procedimiento y otras alternativas como la subrogación gestacional y la adopción (únicas alternativas con que cuentan las mujeres con infertilidad uterina para ser madres), es indispensable para conocer la viabilidad de esta novedosa técnica en el territorio Colombiano como se ha mencionado anteriormente.

Al respecto, los resultados para la población encuestada muestran que el trasplante uterino fue la técnica más aceptada con un 54,1%, seguido de la adopción con un 41% y la última opción considerada fue la subrogación de útero o alquiler de vientre como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18. Método ideal para la maternidad en infertilidad uterina

Técnica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Subrogación de útero(Alquiler de vientre)	12	4,9	4,9	4,9
Adopción	101	41,1	41,1	45,9
Trasplante de Útero	133	54,1	54,1	100,0
Total	246	100,0	100,0	

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado en Suecia donde el trasplante uterino fue más aceptado que la subrogación uterina (80% vs 47%) (15).

Otro estudio asociado a esta temática fue el realizado en Japón, a diferencia de las participantes en este estudio, los datos obtenidos evidencian que las mujeres Japonesas prefieren la adopción con un 62,1%, seguido del trasplante uterino con 34,7% y por último la subrogación gestacional con 18,1% (14). Sin embargo al igual que las mujeres encuestadas en este estudio y en el estudio Sueco, hubo una tendencia de favorabilidad del trasplante uterino frente a la subrogación uterina. Cabe destacar que en Suecia y Japón está prohibida legalmente la subrogación uterina.

El hecho de que el trasplante uterino tenga el mayor porcentaje de aceptación, permite sugerirlo como opción en reproducción asistida para concebir un hijo en las parejas con problemas de infertilidad absoluta por factor uterino y abordar integralmente esta problemática social que afecta la salud reproductiva.

4.2.6 Percepción del trasplante uterino Sueco

Con la intención de determinar la percepción de las mujeres frente al trasplante uterino, se informó mediante la encuesta que médicos Suecos habían logrado el primer trasplante uterino exitoso en el año 2014, se interrogó su opinión al respecto,

encontrando que el 99,1% concibieron esto como un logro positivo y el 0,99% como un logro negativo, lo cual se evidencia en la tabla 19.

Tabla 19. Percepción del trasplante uterino Sueco

Percepción del trasplante uterino Sueco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Logro positivo	244	99,1%	99,1%	99,1%
Logro negativo	2	0,99%	0,99%	100%
Total	246	100,0	100,0	

Estos resultados revelan que las mujeres involucradas en el estudio consideran al trasplante uterino un adelanto científico favorable para la población, concordando con la opinión de otros individuos a nivel mundial, como es el caso de los residentes en Estados Unidos, lo cual se puede evidenciar en algunos estudios. Uno de estos estudios fue realizado en el país en mención en el año 2016, esta investigación se realizó a través de una encuesta masiva, los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de participantes (78%), apoyaron a las mujeres para someterse a un trasplante uterino, contrarrestando con la minoría (4%) que se opuso, el resto de encuestados tomo una posición neutral (52).

5 CONCLUSIONES

- La población participe del estudio corresponde a mujeres con un rango de edad predominante entre los 34 y 41 años, etapa reproductiva en la cual esta característica se considera un factor de riesgo o factor predisponente en el proceso de fecundación y embarazo; la mayoría de estas no tiene hijos o solo tienen un hijo, el mayor porcentaje son casadas, profesionales o especialistas, situadas en el nivel socioeconómico medio alto, profesan la religión católica y cuentan con un empleo.
- Se evidenció que las mujeres tienen poco conocimiento sobre el trasplante uterino, solo el 13,4% de las participantes sabía sobre el trasplante, porcentaje que es muy bajo y revela una brecha para la futura implementación formal y cotidiana de esta TRA en nuevos espacios. Esto podría deberse a la fase experimental en que se encuentra actualmente este procedimiento, lo cual delimita su despliegue publicitario. Por esta razón, es esencial como primera medida, ejecutar campañas de educación que contengan toda la información referente al tema, acceder a las diferentes herramientas tecno-pedagógicas para resolver los posibles interrogantes presentes en la población y así, brindar un conocimiento fidedigno basado en los reportes disponibles en la literatura.
- Se destaca la aceptación de un porcentaje importante de la población encuestada para participar activamente en la innovadora técnica del trasplante uterino, tanto en el papel de donantes como en el de receptoras. En el caso de la donación, la disposición para donar el útero fue elevada, el 93,5% estarían dispuestas a donar el útero, la mayoría de ellas serían donantes al fallecer. Con respecto a la recepción del útero, se concluye que la disposición para someterse a un trasplante uterino es destacable, considerando que la mayoría de las participantes manifestó su asentimiento para adherirse a dicha técnica en el caso

de padecer infertilidad a causa de factor uterino, el 79.3% de la población participante se practicaría un trasplante uterino, es decir, serían receptoras. Esto indica que un alto porcentaje de mujeres están de acuerdo con ser trasplantadas.

- El motivo principal referido por las mujeres para donar el útero fue ayudar a un familiar. En el caso contrario, las principales causas de no aceptar ser donante, las mujeres justificaron su respuesta con la carente información sobre el procedimiento para tomar esta decisión, seguido por “no estar dispuestas a asumir los riesgos que implican estos procedimientos”. Con relación a las mujeres que se negaron a practicarse un trasplante uterino, es decir, ser receptoras, argumentaron su respuesta con la no disposición de asumir los riesgos que conlleva este procedimiento y a “no contar con la información suficiente para tomar la decisión”. Dos aspectos importantes a tener en cuenta para la futura implementación de esta técnica, es indispensable brindar información clara y concisa a la población interesada en participar en este tipo de procedimientos para garantizar una intervención segura basada en el conocimiento.
- La preferencia de las mujeres frente a quien sería su receptora se manifestó en la medida en que eligieron en primera instancia a las hijas o hermanas y en segunda instancia otros familiares. En cuanto a sus preferencias hacia un posible donante, escogieron como primera elección a las hermanas o madres y como segunda opción a otro familiar.
- La opinión de las mujeres frente al método ideal para la maternidad en las mujeres con infertilidad absoluta por factor uterino fue que el trasplante uterino es la técnica más aceptada, seguida de la adopción y como última opción consideraron la subrogación de útero o alquiler de vientre. Lo cual determina una buena percepción y aceptación del trasplante uterino y da luces sobre la

viabilidad de esta novedosa técnica en la institución donde se realizó el estudio con la aceptación entre las usuarias.

- Otro aspecto importante a concluir es que las mujeres encuestadas concibieron el trasplante uterino como un logro positivo al conocer el primer trasplante exitoso logrado en Suecia en el año 2014; un 99,1% de encuestadas lo concibieron como un logro positivo, Estos resultados revelan que las mujeres involucradas en el estudio consideran al trasplante uterino un adelanto científico favorable para la población.
- Los planteamientos anteriores son relevantes para determinar que el trasplante uterino es una técnica bien recibida en el ámbito local, por lo tanto su aplicabilidad en este espacio puede convertirse en una realidad. El apoyo de la población puede considerarse efectivo en un enfoque prospectivo, según la opinión referida por las participantes en este estudio.

6 BIBLIOGRAFÍA

1. F. Zegers-Hochschild, G. D. Adamson, J. de Mouzon, O. Ishihara, R. Mansour, K. Nygren, E. Sullivan, S. van der Poel. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). [Online].; 2010 [cited 2015 noviembre 14. Available from: [1. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf).

2. Sandoval Arias M. Infertilidad, sin apoyo de los sistemas de salud. El colombiano. 2014 Diciembre.
3. Maya N, Mascarenhas Seth R, Flaxman Ties Boerma, Sheryl Vanderpoel Gretchen A, Stevens. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *plos medicine*. 2012 diciembre; 10.
4. Infosalus. El trasplante de útero, efectivo ante la infertilidad uterina absoluta. [Online].; 2015 [cited 2016 Febrero 2. Available from: <http://www.infosalus.com/mujer/noticia-trasplante-utero-efectivo-infertilidad-uterina-absoluta-20150424150346.html>.
5. Diaz García C, Brannstrom M. Uterus Transplantation: Potential Patients, Fertility. *J. Reproduktionsmed. Endokrinol*. 2013; 10(1).
6. Del Priore G, Gudipudi DK. Promise of uterine transplant-myth or a reality? *Maturitas*. 2014 Enero; 77(1): p. 20-23.
7. Nair AR, Feret M, Del Priore G, Malanowska-Stega J. Applicants for uterine transplantation: description of candidates. *Fertil Steril*. 2008 Septiembre; 90.
8. Cifuentes Chacón JP. Evaluación del estilo de vida de pacientes con histerectomía obstétrica. 2013 Abril. [Tesis Maestría].
9. Profamilia. Infertilidad. Encuesta nacional de demografía y salud. Profamilia; 2010.
10. Llavona Uribelarrea LM. El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo*. 2008; 29(2): p. 158-166.
11. Palacios E, Jadresic E. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2000; 38(2): p. 94-103.

12. Giuseppe B, Laurens , Ivo. Medical and ethical considerations in uterus transplantation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Noviembre; 123(2): p. 173-177.
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. La aventura de adoptar. Guía para solicitantes de adopción internacional. 2010..
14. Kisu I, Banno K, Soeda E, Kurihara Y, Okushima M, et al. Survey of Attitudes toward Uterus Transplantation among Japanese Women of Reproductive Age: A Cross-Sectional Study. *Plos one*. 2016 Mayo; 11(5).
15. Wennberg A, Rodríguez Wallberg K, Milsom I, Brannstrom M. Attitudes towards new assisted reproductive technologies in Sweden: a survey in women 30-39 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016 Junio; 95(1): p. 38-44.
16. Jarvholm S, Johannesson L, Brannstrom M. Psychological aspects in pre-transplantation assessments of patients prior to entering the first uterus transplantation trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015 Octubre; 94(10).
17. Järholm S, Johannesson L, Clarke A, Brännström M. Uterus transplantation trial: Psychological evaluation of recipients and partners during the post-transplantation year. *Fertil Steril*. 2015 Octubre; 104(4).
18. Arian S, Flyckt R, Falcone T, Egtesad B, Fung J, Perni U, et al. Characteristics of women with uterine factor infertility seeking information on uterine transplantation. *Fertil steril*. 2016 Febrero; 105(2).
19. Ruvalcaba L, García M, Díaz R, Montoya J, Díaz-García C, Kvarnström N, et al. The history behind successful uterine transplantation in humans. *JBRA Assist Reprod*. 2017 Apr-Jun; 21(2): p. 126-134.
20. Brie Z. Cleveland.com. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 18. Available from:
http://www.cleveland.com/metro/index.ssf/2017/08/cuyahoga_community_colleges_pr_1.html.

21. Correa A. Trasplante Uterino: estado del arte. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2008 Octubre; 59(4).
22. Kobus G, Poplawska B, Bachorzewska-Gajewska H, Malyszko J. Opinions and Knowledge about organ donation and transplantation of residents of selected villages in Podlaskie Voivodeship. Ann. Transplant. 2015 Mayo; 8(20).
23. Mohamed E, Guella A. Public awareness survey about organ donation and transplantation. Transplant. Proc. 2013; 45(10).
24. Johannesson L, Järholm S. Uterus transplantation: current progress and future prospects. Int J Womens Health; 8: p. 43-51. 2016 Febrero; 8: p. 43-51.
25. Arias castilla A. Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. Rev Horiz. Pedagóg. 2006; 8(1): p. 9-22.
26. Cabrera Vistoso V. Aula virtual tu ventana. [Online].; 2009 [cited 2017 Febrero 26]. Available from: <https://tuvntana.wordpress.com/category/psicologia-social/>.
27. Vargas Melgarejo L. Sobre el concepto de percepción. Alteridades. 1994; 4(8): p. 47-53.
28. Garzón Jiménez R. Reproducción asistida. Revista Mexicana de derecho. 2007;(9).
29. Secretaria de salud de Lieja, Juárez-México D.F. Programa de acción: Trasplantes. [Online].; 2001 [cited 2016 Febrero 10]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/trasplantes.pdf>.
30. Defelitto J. Trasplante de órganos. [Online]. [cited 2016 Febrero 25]. Available from: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/15920/III_-_TRASPLANTE_DE_%C3%93RGANOS.pdf?sequence=28.
31. Rachen Cely N. Historia y definición de conceptos sobre, trasplante, donación y tráfico de organos. [Online].; 2012 [cited 2016 Febrero 8]. Available from:

<http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/9394/1/RachenCelyNohemi2012.pdf>.

32. Secretaria de salud de Lieja, Juárez-México D.F. Programa de acción: Trasplantes. [Online].; 2001 [cited 2016 Febrero 10. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/trasplantes.pdf>.
33. Muñoz A. Trasplante de órganos ¿en qué consiste? [Online]. [cited 2016 Febrero 13. Available from: <http://www.cepvi.com/index.php/medicina/articulos/trasplante-de-organos-en-que-consiste>.
34. Lefkowitz A, Edwards M, Balayla J. The Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation. *Transpl. Int.* 2012 Abril; 25(4).
35. Souto Galván B. Dilemas éticos sobre la reproducción humana. [Online].; 2006 [cited 2016 Febrero 14. Available from: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1188/1/Feminismos_8_12.pdf.
36. Münire Erman A. Might uterus transplantation be an option for uterine factor infertility? *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2015 Marzo; 16(1): p. 45-48.
37. Matarazzo Boriani S. La adopción en Colombia: un proceso judicial, psicológico y emocional. Reflexión a partir de una experiencia personal. *Revista de derecho privado.* 2016;(31).
38. Ministerio de Salud Republica de Colombia. Resolución 008430. [Online].; 1993 [cited 2016 Marzo 9. Available from: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf.
39. Observatorio de Bioética y Derecho. El Informe Belmont. [Online].; 1979 [cited 2016 Marzo 9. Available from: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.

40. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioeth.* 2000 Diciembre; 6(2): p. 321-334.
41. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. [Online].; 2002 [cited 2016 Marzo 8. Available from: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
42. Chillik C. Problemas de la reproducción humana. *Encrucijadas.* 2005 Agosto;(34).
43. Fundación colombiana de Parejas Infértiles (FUNCOPI), Red de Servicios de Infertilidad (REDESIN). Retos y dilemas éticos en la elección de medicamentos para los tratamientos de fertilidad. [Online].; 2016 [cited 2017 septiembre 01. Available from: http://www.bioeticaunbosque.edu.co/eventos/catedrabiologica/Agosto_2016/Jorge_Ramirez.pdf.
44. Montilva M. Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana.* 2008; 13(41).
45. Enriquez Canto Y, Ortiz Romani K, Ortiz Montalvo Y. Análisis de los determinantes próximos e impacto de la ocupación en la fertilidad de mujeres peruanas. *Panam Salud Publica.* 2017 Abril; 41(18).
46. Akouri R, Maalouf G, Abboud J, Waked A, Nakad T, Bedran F, et al. Uterus transplantation: An update and the Middle East perspective. *Middle East Fertil Soc J.* 2017 april; 22: p. 163 - 169.
47. Garcia Silva A, Pina Carvalho L. A meta-analysis on uterine transplantation: Redefining the limits of. *Rev Assoc Med Bras.* 2016; 62(5): p. 474 - 477.

48. Department of Health and Human Services - USA. 2012 National Survey of Organ Donation Attitudes and Behaviors. [Online].; 2012 [cited 2017 Agosto 30. Available from: <https://www.organdonor.gov/dtcp/nationalsurveyorgandonation.pdf>.
49. Kvarnström N, Järholm S, Johannesson L, Dahm-Kähler P, Olausson M, Brännström M. Live Donors of the Initial Observational Study of Uterus Transplantation—Psychological and Medical Follow-Up Until 1 Year After Surgery in the 9 Cases. *Transplant Res.* 2017 March; 101(3): p. 664 - 670.
50. U.S. Government Information on Organ Donation and Transplantation. The Living Donation Process. [Online]. [cited 2017 01 septiembre. Available from: <https://organdonor.gov/about/process/living-donation.html>.
51. Wen T. Why Don't More People Want to Donate Their Organs? [Online].; 2014 [cited 2017 septiembre 04. Available from: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/11/why-dont-people-want-to-donate-their-organs/382297/>.
52. Hariton E, Bortoletto P, Goldman R, Farland L, Ginsburg E, Gargiulo AG. A survey of public opinion in the United States regarding uterine transplantation. *Fertil Steril.* 2017 September; 108(3): p. 15.

7 ANEXOS

7.1 Instrumento

FORMATO INFORMATIVO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO INVESTIGACION MÉDICA

¿Sabía usted que en el mundo hay alrededor de 7 millones de mujeres en edad fértil que no tienen útero? Y que la mayoría de estas mujeres podrían llegar a ser mamás si recibieran un trasplante uterino.

El objetivo de esta encuesta es conocer su percepción acerca del trasplante uterino, así como su opinión sobre la posibilidad de ser candidata como donante o receptora en un futuro para este procedimiento.

Antes de decidir si participa o no, debe comprender cada uno de los siguientes puntos. Siéntase con absoluta libertad para preguntar acerca de cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas y si desea participar, entonces se le pedirá que llene este cuestionario.

1. Edad	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18 a 25 años 2. 26 a 30 años 3. 31 a 35 años 4. 36 a 40 años 5. 41 a 45 años 6. 46 años o más 	2. Número de hijos	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 o más 	3. Servicio en que está siendo atendida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad Materno Fetal 2. Unidad Obstétrica 3. Consulta externa 4. Unidad de Reproducción
4. Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Separada 5. Viuda 	5. Nivel educativo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria 3. Bachillerato 4. Técnico 5. Universidad 6. Especialización 7. Maestría 8. Doctorado 	6. Estrato Socio-económico	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6
7. Creencias religiosas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica 2. Cristiana 3. Pentecostal 4. Protestante tradicional o protestante no evangélico 5. Mormón, testigo de Jehová, espiritualista o adventista del séptimo día 6. Otra no cristiana (judíos, musulmanes, budistas, hinduistas o taoístas) 7. Ateo 8. Ninguna 		8. Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante 2. Empleada 3. Independiente 4. Hogar 5. Desempleada 6. Pensionada 	
9. ¿Se encuentra en estado de embarazo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 		10. ¿ha sido usted sometida a una histerectomía (retiro del útero mediante una cirugía)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	
11. ¿Conoce usted acerca del trasplante uterino?			<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No. 		

<p>12. ¿Cree usted qué es posible trasplantar úteros?</p>	<p>1. Sí. 2. No.</p>
<p>13. En el año 2014, médicos suecos lograron el primer nacimiento a partir de un trasplante uterino, usted considera que:</p>	<p>1. Es un logro positivo. 2. Es un logro negativo.</p>
<p>14. ¿Sería usted donante de útero? (seleccione una sola respuesta) <i>(Si su respuesta es negativa continúe por favor en la pregunta número 19).</i></p>	<p>1. Sí, lo donaría en vida 2. Sí, lo donaría, una vez yo fallezca 3. No lo donaría.</p>
<p>15. ¿Qué la motivaría a donar su útero? (seleccione una sola respuesta)</p>	<p>1. Ayudar a un familiar. 2. Ayudar a un desconocido. 3. No planea tener más hijos.</p>
<p>16. Si tomara la decisión de donar su útero, ¿A quién se lo donaría en primera instancia? (seleccione una sola respuesta)</p>	<p>1. Hijas. 2. Hermanas. 3. Sobrinas. 4. Otro familiar. 5. Amigas. 6. Extraños. 7. No estaría dispuesta.</p>
<p>17. Si tomara la decisión de donar su útero, ¿A quién se lo donaría en segunda instancia? (seleccione una sola respuesta)</p>	<p>1. Hijas. 2. Hermanas. 3. Sobrinas. 4. Otro familiar. 5. Amigas. 6. Extraños. 7. No estaría dispuesta.</p>
<p>18. El donar un órgano puede generar una serie de riesgos que podrían llegar a comprometer la salud y la vida. ¿Estaría dispuesta a asumir los riesgos?</p>	<p>1. Sí. 2. No</p>
<p>(Si usted está dispuesta a donar su útero OMITA por favor esta pregunta). 19. ¿Cuál o cuáles de los siguientes enunciados serían para usted de importancia para no donar su útero? (seleccione una sola respuesta)</p>	<p>1. Creencias religiosas. 2. No está dispuesta a asumir los riesgos. 3. No cuenta con la información suficiente para tomar esta decisión. 4. No cree en esta clase de prácticas.</p>
<p>20. Si usted no pudiese tener hijos por no contar con útero, ¿estaría dispuesta a someterse a un trasplante uterino?</p>	<p>1. Sí. 2. No.</p>

<p><u>(Si su respuesta es negativa continúe por favor en la pregunta número 24).</u></p>	
<p>21. Si usted no pudiese tener hijos por no contar con útero, ¿quién le gustaría que fuera su donante en primera instancia?</p> <p>(seleccione una sola respuesta)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Madre 2. Hermanas. 3. Sobrinas. 4. Otro familiar. 5. Amigas. 6. Extraños. 7. No estaría dispuesta.
<p>22. Si usted no pudiese tener hijos por no contar con útero, ¿quién le gustaría que fuera su donante en segunda instancia?</p> <p>(seleccione una sola respuesta)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Madre 2. Hermanas. 3. Sobrinas. 4. Otro familiar. 5. Amigas. 6. Extraños. 7. No estaría dispuesta.
<p>23. El recibir un trasplante uterino puede generar una serie de riesgos que podrían llegar a comprometer la salud y la vida. ¿Estaría dispuesta a asumir los riesgos?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No
<p>(Si usted estaría dispuesta a someterse a un trasplante uterino OMITA por favor esta pregunta).</p> <p>24. ¿Cuál o cuáles de los siguientes enunciados serían para usted de importancia para no recibir un trasplante uterino?</p> <p>(seleccione una sola respuesta)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creencias religiosas. 2. No está dispuesta a asumir los riesgos. 3. No cuenta con la información suficiente para tomar esta decisión. 4. No cree en esta clase de prácticas.
<p>25. ¿Cuál considera usted que debería ser la elección de las pacientes sin útero para poder tener hijos?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subrogación de útero (Alquiler de vientre) 2. Adopción 3. Trasplante de Útero

¡Muchas gracias por su tiempo!

Si usted desea recibir las conclusiones de este estudio por favor bríndenos su correo electrónico: _____