

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y
Fisioterapia.



GRADO EN ENFERMERÍA.

Curso Académico: 2012-13

Trabajo Fin de Grado

Fecundación In Vitro en parejas con esterilidad

Aránzazu Ruiz González

Rosa María Zapata Boluda

Contenido

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	1
Causas de esterilidad.....	2
TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD.....	3
Indicaciones de la FIV	3
Regularidades de la Reproducción Humana Asistida.....	3
Procedimiento de la FIV	4
Resumen estadístico de la eficacia de la FIV	5
ESTADO DE LA CUESTIÓN	6
Problemas emocionales	7
Intervenciones a realizar en los problemas emocionales	9
METODOLOGIA.....	10
OBJETIVOS.....	10
DESARROLLO	10
Valoración por patrones funcionales de Gordon.....	10
Plan de cuidados	11
DISCUSIÓN.....	14
CONCLUSIÓN	15
BIBLIOGRAFÍA.....	16
ANEXO 1	17
ANEXO 2	18
ANEXO 3	19
GRÁFICO 1	20
GRÁFICO 2	21

RESUMEN

En la actualidad se acude cada vez más a las consultas de reproducción humana asistida (RHA) para poder concebir, es un tema de interés presente en nuestras vidas, siendo probable que en nuestras familias hayan tenido que recurrir a esta, por tanto, creo necesario adentrarnos en este tema, conocer la ley de RHA, las aplicaciones e indicaciones de la fecundación in vitro y las implicaciones emocionales de la pareja con esterilidad entre muchos otros temas que conciernen a la reproducción asistida.

INTRODUCCIÓN

Para comenzar he de justificar la elección de este tema, esta elección se debe a que en los últimos años se ven muchas noticias acerca de la reproducción asistida y también se han dado casos dentro de mi familia que han tenido que recurrir a la fecundación in vitro (FIV) por diferentes problemas de esterilidad, por lo que me interesa indagar en los diferentes tratamientos de la esterilidad, FIV en concreto, los problemas de fertilidad, tasas de éxito de la FIV y sobre todo como puede afectar psicológicamente a la pareja la esterilidad ⁽¹⁾.

La historia de la humanidad está llena de ejemplos que señalan que la sexualidad ha sido y es un tema de constante interés, pero en los últimos años se observa una mayor manifestación pública de éste hacia la sexualidad, ha dejado de ser un tema tabú y cada vez hay más personas que intentan conseguir información, parece obvio, por tanto, disponer de los conocimientos adecuados, aquí entra en juego el concepto y desarrollo de la salud sexual y reproductiva.

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud” ⁽¹⁾.

Según la OMS “la salud reproductiva implica que las personas sean capaces de tener una vida con sexo seguro y de tener la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si quieren, cuando y como” ⁽¹⁾.

Nos adentrarnos a continuación en los conceptos de fertilidad entendiéndose ésta como la capacidad que tienen los seres vivos para reproducirse. La esterilidad se define normalmente como “la incapacidad que tiene la pareja de concebir después de un año de relaciones sexuales sin protección frente al embarazo”. Por otro lado la infertilidad la entendemos “como aquella situación en la que una determinada pareja, independientemente del tiempo considerado, no consigue recién nacidos viables”, y por

último existe un concepto denominado subfertilidad que se define como “la capacidad de quedarse embarazada sin realizar ninguna técnica de RHA, tras más de un año de realizar el coito sin protección” ⁽²⁾.

Uno de los factores que afectan a la concepción es la edad de los progenitores, sobre todo de la mujer. Se observa una disminución de la capacidad reproductora en la mujer a partir de los 35 años, siendo más significativa a partir de los 40 años. La probabilidad de concebir después de tres años de intento es del 94% en las mujeres de 35 años y del 77% en mujeres de 38 años. La edad del varón afecta en menor grado a la capacidad reproductora de la pareja, aunque se demuestra una disminución significativa a partir de los 40 años ⁽³⁾.

Las tasas de esterilidad son variables y se sitúan entre un 14 y un 16%. La investigación de la pareja con problemas de esterilidad podría comenzar tras un año de relaciones sexuales sin protección. Distintos factores podrían ser indicativos de iniciar a los 6 meses (más de 35 años en la mujer, anormalidades menstruales, historia de enfermedad pélvica, testicular o cirugía a estos niveles). La esterilidad puede ocasionar estrés y este puede influir en el tratamiento. La expectativa de las parejas al iniciar su estudio y posterior tratamiento es variable ⁽³⁾.

La esterilidad puede ser de causa femenina, masculina o mixta cuando afecta a los dos miembros de la pareja, no siempre existe una única causa de esterilidad, encontrándose dos o más causas en el 30% de los casos ⁽³⁾.

Causas de esterilidad

Las causas de esterilidad, las citamos a continuación:

Hombres → Anexo 1. Suponen más de un 50% de los casos de esterilidad en la pareja. Causas ambientales: por la contaminación, sociales como el estrés, hábitos tóxicos. Causas sistémicas: psicológicas, hormonales como el hipogonadismo y la resistencia androgénica, inmunológicas y medicamentosas por quimioterapia, antiinfecciosos y hormonas. Causas gonadales: mal descenso testicular, isquemia, varicocele, infecciones, alteraciones de la espermatogénesis y genéticas como son las alteraciones del cromosoma Y. Causas de la vía seminal: Disgenesia intra/extratesticular, alteración del meato uretral y obstrucción. Causas mecánicas: Alteración de la erección y de la eyaculación. Causas seminales: Alteración de las células espermáticas y del plasma seminal ⁽²⁾.

Mujeres → Anexo 2. Causas uterinas: Anomalías congénitas, miomas uterinos, sinequias uterinas, lesiones endometriales orgánicas y sistémicas. Causas vulvares y vaginales: Atresia, aplasia y lesiones ocupantes de espacio. Causas ováricas: Anomalías congénitas, insuficiencia ovárica, síndrome de ovarios poliquísticos, déficit de fase lútea, síndrome de folículo luteinizado no roto, endometriosis, inflamaciones y tumores y alteración de la calidad ovocitaria. Causas generales: obesidad y adelgazamiento extremo, abuso de drogas y ciertos medicamentos, alteraciones funcionales y orgánicas de las glándulas suprarrenales y tiroideas. Causas cervicales: Anomalías congénitas como

las atresias, estenosis, cuellos dobles, tabiques. Modificaciones de la posición, tamaño y forma del cuello, pólipos y miomas cervicales. Causas tubáricas: anomalías congénitas, salpingitis, obstrucción tubárica e hidrosalpinx. Causas psíquicas: aquellas que impidan la realización del coito como el vaginismo. Causas inmunitarias: Incompatibilidad del grupo sanguíneo y presencia de anticuerpos circulantes en suero u otros fluidos orgánicos ⁽²⁾.

En cuanto a la frecuencia de los diagnósticos de esterilidad, los factores múltiples femeninos más masculinos, el 17,6%. El factor tubárico el 16,1% y los factores femeninos múltiples un 12,5 %, mientras que las disfunciones ováricas suponen un 5,4% y la endometriosis el 7,8% ⁽⁴⁾.

Hasta un 10,5 % de los casos de parejas con infertilidad son por causas no explicadas ⁽⁴⁾.

TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD

Indicaciones de la FIV

Los tres motivos más frecuentes para indicar una FIV por factor femenino, lo constituyen el factor tubárico, la endometriosis y el fracaso de la inseminación artificial conyugal (IAC) ⁽³⁾.

Regularidades de la Reproducción Humana Asistida.

La ley de técnicas de reproducción asistida nos menciona aspectos generales de ésta, ya que la aplicación de las técnicas de RHA tienen que estar acreditadas científica y clínicamente, que la RHA se puede aplicar en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético, siempre con garantías, se regulan los requisitos de utilización de los gametos y preembriones humanos criopreservados y nos describe el concepto de preembrión siendo éste el embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito, desde que es fecundado hasta 14 días más tarde y por último prohíbe la clonación en seres humanos con fines reproductivos ⁽⁵⁾.

Las técnicas de reproducción humana asistida que recoge esta ley son:

1. la inseminación artificial.
2. La fecundación in vitro e inyección intracitoplásmica de espermatozoides procedentes de eyaculado, con gametos propios o de donante y con transferencia de preembriones.
3. Transferencia intratubárica de gametos.

También cita el derecho a ser informados en todo momento, que las técnicas se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, no suponga riesgo grave para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia, y previa aceptación libre y consciente de su aplicación por parte de la mujer, que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como sus riesgos y de las condiciones de dicha aplicación ⁽⁵⁾.

La ley recoge las características de los posibles usuarios de dichas técnicas, pudiendo ser mujeres mayores de 18 años, siempre con consentimiento escrito y con independencia de su estado civil y orientación sexual. Si está casada también deberá de dar su consentimiento el marido, a no ser que estén divorciados o separados de hecho y que conste de manera fehaciente, y en caso de que exista la figura de un donante este será elegida únicamente por el equipo médico ⁽⁵⁾.

Con respecto a los gametos, ovocitos o preembriones crioconservados, podrán tener diferentes fines:

1. Utilizados por la propia mujer o su cónyuge.
2. La donación con fines reproductivos.
3. La donación con fines de investigación.
4. El cese de su conservación sin otra utilización.

Para cualquiera de los destinos anteriores se requerirá del consentimiento escrito de la mujer o en su caso también de la pareja ⁽⁵⁾.

Otro apartado a tratar es el diagnóstico preimplantacional que entre otros datos nos aporta que este diagnóstico se podrá realizar únicamente para la detección de enfermedades hereditarias graves y otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del preembrión ⁽⁵⁾.

Procedimiento de la FIV

En 1978 nació el primer ser humano mediante técnica de fecundación in vitro.

A continuación explicamos de manera esquemática el procedimiento de FIV ⁽⁶⁾:

- Inducción de la ovulación. En la actualidad se utilizan tratamientos dirigidos a producir una estimulación ovárica controlada, con el objetivo de conseguir el crecimiento y maduración de un mayor número de folículos primordiales, o de coordinar el momento de la ovulación con la aplicación de la técnica elegida ⁽²⁾.

Existen dos grandes ventajas ⁽²⁾:

- Aumentar el número de embriones conseguidos y por tanto la posibilidad de embarazo tras un ciclo de FIV.
- Se puede controlar, de forma bastante fiable, el momento en el que los ovocitos van a ser liberados del ovario.

Por tanto para lograr el crecimiento y maduración de múltiples folículos deben mantenerse valores de FSH por encima de su umbral durante un periodo de tiempo.

A continuación menciono los diversos fármacos que se utilizan para esta estimulación ovárica ⁽²⁾:

1. Citrato de Clomifeno. Su uso está limitado prácticamente a la realización de pruebas funcionales con objetivo diagnóstico.
2. Gonadotropinas.
 - HMG: Gonadotropina menopáusica humana.
 - FSH: Hormona estimulante del folículo.
 - LH: Hormona luteinizante.
3. Análogos de la GnRH: Hormona liberadora de las gonadotropinas.
4. Antagonistas de la GnRH
5. HCG: Hormona Gonadotropina Corionica.
6. Progesterona.
 - A las 34-36 horas tras la administración de la HCG se realiza la punción ecoguiada de los folículos ováricos. La mayoría de los centros lo realizan bajo una sedoanestesia, aunque puede realizarse con anestesia local. A las pocas horas se realiza, en el laboratorio de FIV, la inseminación de los óvulos, con una concentración de espermatozoides de entre 10.000 y 1.000.000 móviles progresivos por cada óvulo. A las 24 horas de la inseminación de los ovocitos, se comprueba la fecundación buscando los embriones resultantes, que estarán en fase de pronúcleos. A partir de aquí se inicia la fase de división del embrión en blastómeros. Hasta el momento de la transferencia, los embriones han de mantenerse en el medio ambiente adecuado para que se vayan dividiendo, para lo cual se mantienen individualmente en microgotas.
 - La transferencia embrionaria se realiza, normalmente, en el día 3º de los embriones, o en el 5º si son blastocitos.

El número de embriones transferidos en técnicas FIV es de dos en mujeres jóvenes, cuatro en mujeres mayores de 40 y tres en las demás ⁽⁶⁾.

Resumen estadístico de la eficacia de la FIV

Si observamos de manera estadística los resultados de la FIV, vemos que en 2005 se ha publicado el último registro europeo anual de la “European Society of Human Reproduction and Embryology”, que reúne los datos de ciclos de reproducción humana asistida iniciados en el 2001, en 579 clínicas de 23 países. El porcentaje de niños nacidos por técnicas de reproducción asistida respecto al total es de un 1,3 %. En general muy pocas de las mujeres que optan por técnicas de RHA tienen menos de 29 años; en España un 10%. Casi un 80% están entre los 30 y los 40, el otro 9% entre los 40 y 44 y un 1% es mayor de 45 ⁽⁴⁾. Otros datos estadísticos de interés vienen reflejados en los gráficos (1,2).

Hasta un 10,5 % de los casos de parejas con infertilidad son por causas no explicadas. La eficacia de las técnicas según causa de esterilidad es obviamente diferente: un porcentaje cercano al 30% en caso de factor masculino, de disfunción ovárica, endometriosis y en los casos de causas no explicadas. Es menor la eficacia en caso de

factor tubárico, disminuye en los casos de causas múltiples hacia el 20% y solo se consigue un 11,5% si está disminuida la reserva de óvulos. La eficiencia de la FIV es de un 28,6% ⁽⁴⁾. Este porcentaje de eficiencia esta constatado con las tasas de éxito de los números centro de RHA que sitúan este entre un 25% y un 35%.

Según el anexo (3) podemos destacar que el porcentaje de embarazos por transferencia al útero de los embriones no logran pasar la cifra inicial de 25-30%. Aunque se transfieran varios embriones la casi totalidad de nacimientos es de un solo bebé. En España destaca frente al conjunto de Europa por transferir tres embriones simultáneos en el 50% de los ciclos y sin embargo los embarazos resultan simples en un 75% igual que el resto de Europa. Y la tasa de embarazo producido por transferencia de embriones desciende considerablemente si han estado crioconservados ⁽⁴⁾.

Se ha comprobado a través de numerosos estudios que las personas con endometriosis asociada a su esterilidad tienen menor tasa de embarazo (22%) que las personas con otras causas de esterilidad ⁽³⁾.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para Pérez del Valle, la manipulación de los seres humanos en fase embrionaria ha alcanzado cotas impensables hace 30 años, cuando comenzó la práctica clínica de transmisión artificial de la vida. Las técnicas de reproducción humana asistida (RHA) surgieron siendo un medio de solucionar algunas formas de esterilidad, como una solución extrema “de emergencia” ⁽⁴⁾.

La opción por un proceso en el que el hijo es producido fue imponiéndose a lo largo de los años ochenta. El legítimo deseo de tener hijos de una pareja estéril (legítimo en cuanto a deseo), se ha convertido en un falso derecho. La gama actual de situaciones aceptadas y legalizadas (donantes de gametos, madres de hijos sin padres, madres ancianas, hijos a la carta...) excede los límites clínicos planteados en los inicios, para convertirse en una medicina “del deseo”. Algunas de estas prácticas no pueden considerarse como parte de la medicina de la esterilidad. Y la Ley de RHA, aprobada en mayo del 2006, hace de estas prácticas, un campo legal de generación de embriones en exceso y para usarlos como material biológico de interés científico, o de interés para empresas biotecnológicas ⁽⁴⁾.

Existen diversas técnicas de reproducción humana asistida de las cuales cabe mencionar: la inseminación artificial, la transferencia de gametos al oviducto (GIGF), la transferencia intratubárica del cigoto (ZIFT) y una variedad de procedimientos in vitro que conducen a la unión del óvulo con el espermatozoide ⁽⁴⁾.

Vamos a concretar y a basar nuestro estudio fundamentalmente en la fecundación in vitro. En 1992 comenzaron a nacer los primeros niños gracias a la ICSI que es una

variante de la FIV, que consiste en inyectar un único espermatozoide directamente en el citoplasma del óvulo ⁽⁴⁾.

Respecto a los riesgos para los nacidos por las técnicas de FIV e ISCI, los estudios iniciales publicados por el Medical Research Council –que recogían los datos del primer año de vida de los nacidos entre 1978 y 1987- aportaron una tasa relativamente baja de nacidos que presentaban malformaciones congénitas graves. Posteriormente se ha conocido que tienen en mayor proporción disfunciones, bajo peso, hipertensión enfermedades cardíacas y osteoporosis ⁽⁴⁾.

Existen varias causas de la mortalidad de los embriones generados in vitro: la misma infertilidad de los progenitores, defectos intrínsecos del ovocito, y las anomalías cromosómicas ya que hasta un 40% de ellos contienen dichas anomalías ⁽⁴⁾. Aproximadamente el 50% de los embriones preimplantatorios de dos o cuatro células que se cultivan in vitro no llegan al estadio de blastocito. Además solo aproximadamente el 20% de los embriones de cuatro células transferidos se implantan en el útero ⁽⁴⁾.

Problemas emocionales

Por otro lado podemos citar los problemas emocionales de la pareja con de esterilidad ⁽²⁾.

1. Shock emocional. La esterilidad es muy difícil de aceptar y muchos de los afectados responden con sentimientos de incredulidad.
2. Negación. En vez de afrontar la esterilidad, optan por negarla, de todos modos esta fase puede ser útil para adaptarse a la situación.
3. Culpa. Un miembro de la pareja puede pensar que sus anteriores comportamientos han podido ser la causa del problema, como por ejemplo haber utilizado con anterioridad métodos anticonceptivos.
4. Ansiedad. En algunos casos supone una respuesta adaptativa y en otros va acompañado de estrategias de afrontamiento negativas. Existen otros factores que pueden ayudar a aumentar el nivel de ansiedad, como son: los temores racionales y/o irracionales que aparecen en función del tratamiento ofertado y la decisión que se tenga que tomar; las dudas sobre el bienestar de la persona que se va a someter al tratamiento o del efecto de este sobre la posible descendencia futura y la adaptación a posibilidades nunca antes planteadas como pueden ser la utilización de gametos o embriones donados.
5. Duelo. Con frecuencia pueden aparecer sentimientos de desesperanza, tristeza u otros síntomas depresivos tras la realización de varios intentos fallidos en el tratamiento de la esterilidad.
6. Rabia. Puede convertirse en un sentimiento positivo si se reconvierte en afán de lucha para conseguir un objetivo.
7. Pérdida de control. Para muchas parejas el descubrir que son estériles destruye los sentimientos de control sobre sus vidas.

8. Soledad-Aislamiento. Muchas de las personas estériles cambian de relaciones sociales ya que no son capaces de empatizar o de entender los sentimientos que ellos tienen.

Cuando una pareja, tras una serie de intentos fallidos de tratamientos, se les da el diagnóstico de infertilidad, es en ese momento cuando es necesario que pasen por el proceso de duelo y un siguiente reajuste psico-social para poder recuperar la estabilidad emocional ⁽²⁾.

La asistencia integral a la pareja estéril supone incluir el apoyo emocional desde el mismo momento del diagnóstico de esterilidad. Ha quedado demostrado que las parejas estériles sufren problemas emocionales, no solo atribuible a su problema de esterilidad, sino también debido a la propia búsqueda de soluciones y a las consecuencias de los tratamientos aplicados ⁽²⁾. Aparte los problemas de esterilidad y su tratamiento pueden tener notables repercusiones, la atención emocional a la pareja estéril incluye el estudio y el apoyo que pueden llevarse a cabo antes del inicio de tratamiento, durante y a su conclusión ⁽³⁾.

Para el abordaje se utilizan técnicas de consejo profesional o “counselling” definiéndose éste como “un proceso interpersonal, basado en un marco teórico, que se utiliza para aportar un cambio de forma habilidosa y sistemática” ⁽²⁾.

Recomendaciones a utilizar en el diálogo con la persona para ayudar a aliviar el estrés generado por la situación ⁽²⁾:

1. Hacerle ver que la esterilidad es una crisis vital. Se pueden poner en cuestión las expectativas de la pareja hacia ellos mismos, su cuerpo y su relación.
2. Animarle a informarse.
3. Evitar sentimientos de culpabilidad.
4. Mostrarle la importancia de mantener su relación emocional. Las parejas a menudo se sienten como adversarios durante todo este proceso.
5. Demostrarles la importancia de buscar ayuda. En grupos de ayuda.
6. Indicarle la importancia de mantener la perspectiva, ya que el tratamiento de fertilidad no tiene garantías.
7. Animarle a buscar otros intereses y participación en otras actividades.
8. Indicarles que establezcan límites y descansos.
9. Intentar detectar cuando la pareja necesita un paréntesis en el proceso del tratamiento.

Otros documentos ⁽⁷⁾ también abordan este tema relacionado con las reacciones emocionales.

Al constatar su esterilidad, hombre y mujer sufren las consecuencias emocionales de ver postergada o frustrada una aspiración central en sus vidas. La esterilidad es también una experiencia psicológica difícil ⁽⁷⁾.

Estos autores coinciden con Fernández Martos en los problemas emocionales añadiendo sentimientos de vergüenza, culpa, inadecuación, fracaso, anormalidad y vacío. Las emociones más comunes son: sorpresa, shock, negación, culpa, búsqueda, ansiedad, desesperación, descontrol, rabia, soledad, pena, enfado, afectación de la autoestima y la identidad del hombre y la mujer y depresión ⁽⁷⁾.

Se ha comprobado la efectividad de la intervención de la enfermera, reforzando la adquisición de conocimientos, la promoción de las habilidades y recursos personales, ayudan a la mejora del afrontamiento en las distintas etapas del proceso, fomentando una participación activa y proporcionando un espacio para la expresión de emociones y la reflexión ⁽⁷⁾.

Este hecho ha sido constatado por la enfermera de RHA en el Hospital Virgen del Mar.

Intervenciones a realizar en los problemas emocionales

- Se debe de realizar una valoración emocional al menos dos semanas antes de iniciar el tratamiento. Estaría indicada una sesión informativa a la pareja, que podrían comprender los siguientes aspectos:

Información sobre el proceso por el que van a ir pasando, explicar en qué consiste el programa de apoyo e informar de forma escrita sobre los efectos emocionales de la esterilidad-subfertilidad.

- Durante la aplicación de las técnicas de reproducción asistida: Hacer un seguimiento de la pareja durante la aplicación de la RHA, observando cualquier indicio que pueda elevar o disminuir los niveles de ansiedad, estrés y depresión, estableciendo estrategias de afrontamiento inefectivo de la frustración.
Intervenciones a realizar:

1. Se debe valorar la información que ha obtenido la pareja y las decisiones que van tomando en todo el proceso.
 2. Apoyar, informar y reforzar en las estrategias de afrontamiento inefectivo en momentos concretos (diagnóstico de esterilidad, elección de tratamiento...).
- Después del tratamiento. Evaluar el impacto potencial a nivel personal y sobre las relaciones con la pareja, vida sexual, social, laboral y familiar.
 1. Se debe planificar el tiempo de ocio, estrategias de afrontamiento inefectivo, autocontrol, búsqueda de apoyo etc.
 2. Hasta que se produzca el resultado es necesario apoyar emocionalmente y si es negativo hay que elaborar el duelo no complicado y prevención del duelo complicado antes de que aparezca.

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica sistemática, en la Biblioteca Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería y en bases de datos tales como Cuiden y Medline. Seleccionando los artículos y libros científicos de mayor relevancia.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Realizar un estudio de caso de una pareja con problemas de esterilidad.

Objetivos secundarios:

- Conocer las causas de esterilidad.
- Valorar los problemas emocionales de la pareja con esterilidad.
- Describir las acciones de la enfermera en la FIV.

DESARROLLO

Valoración por patrones funcionales de Gordon

Se realiza a continuación una valoración por patrones funcionales para poder constatar cuáles de ellos podrían estar alterados, en una mujer con un diagnóstico de esterilidad y que toma la decisión de realizarse un fecundación in vitro.

1. Percepción-manejo de la salud.

Problema de esterilidad, tienen sentimientos de culpabilidad ante la imposibilidad de tener hijos. Recurren a la reproducción asistida para intentar solucionar su problema.

2. Nutricional-metabólico.

No suele estar alterado, salvo por problemas de ansiedad y síntomas depresivos que pueden alterar el hábito alimenticio.

3. Eliminación.

No alteraciones de este patrón.

4. Actividad-ejercicio.

No tiene porque verse alterado, pero si en algún caso el ejercicio se hiciera en grupo, podría verse alterado por sentimientos de vergüenza, desconfianza, inseguridad...

5. Sueño-descanso.

Suelen presentar problemas para conciliar el sueño debido a la situación estresante y sentimientos de desesperanza.

6. Cognitivo-perceptual.

No suele existir alteración alguna en este patrón, presentan capacidad para la toma de decisiones ya que han decidido someterse a una FIV.

7. Auto percepción-autoconcepto.

No se sienten bien con ellas mismas, existe ansiedad, se culpabilizan de la situación, no se sienten como una verdadera mujer, hay una pérdida de control en sus vidas.

8. Rol- relaciones.

Comienzan a relacionarse cada vez menos ya que hay veces que tienen miedo de contar su problema, por miedo al rechazo o a que no entiendan este. Les resulta difícil asumir una situación tan íntima.

9. Sexualidad-reproducción.

No se altera este patrón, excepto por un sentimiento de culpabilidad pero hacia la otra persona y porque los sentimientos de afecto no van enfocados a la relación de pareja sino al coito reproductivo.

10. Adaptación-tolerancia al estrés.

Existen un gran nivel de estrés no solo por la situación de esterilidad sino también por el procedimiento de reproducción asistida y todo lo que el conlleva.

11. Valores-creencias

No presenta alteración este patrón, salvo que crean que su problema es castigo divino.

Plan de cuidados

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA

1. Insomnio r/ansiedad, depresión y estrés m/p observación de falta de energía, el paciente informa de insatisfacción con el sueño y de falta de energía. (dominio: 4, clase: 1, código 00095).

RESULTADOS NOC

1. Equilibrio emocional (Dominio: salud psicosocial (III), clase: bienestar psicológico (M) código1204).

120404 - Refiere dormir de forma adecuada 2 → 5

2. Sueño (Dominio: salud funcional (I), clase: mantenimiento de la energía (A) código 0004)

000404 - Calidad del sueño 2 → 5

000418 - Duerme toda la noche 3 → 5

ACTIVIDADES E INTERVENCIONES NIC

1. Mejorar el sueño (1850)

- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, situaciones de estrés psicosocial...

- Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama.

2. Terapia de relajación simple (6040)

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica...)

- Invitar al paciente que se relaje y que deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.

- Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.

DIAGNÓSTICO NANDA

2. Ansiedad r/c estrés y cambio en el estado de salud m/p insomnio, preocupación y aprensión. (Dominio: 9, clase: 2, código 00146).

RESULTADOS NOC

1. Aceptación: estado de salud (Dominio: salud psicosocial (III), clase: adaptación psicosocial (N), código 1300)

130008 - Reconocimiento de la realidad de la situación de salud 2 → 4

130011 - Toma de decisiones relacionadas con la salud 2 → 5

2. Autocontrol de la ansiedad (Dominio: salud psicosocial (III), clase: autocontrol (O), código 1402)

140204 - Busca información para reducir la ansiedad 3 → 4

3. Afrontamiento de problemas (Dominio: salud psicosocial (III), clase: adaptación psicosocial (N), código 1302)

130208 - Se adapta a los cambios en desarrollo 2 → 4

130211 - Identifica múltiples estrategias de superación 2 → 4

4. Equilibrio emocional (dominio: salud psicosocial, clase: bienestar psicológico (M), código 1204)

120402 - Muestra un estado de ánimo sereno 2 → 4

120415 - Muestra interés por lo que le rodea 3 → 5

ACTIVIDADES NIC

1. Apoyo emocional (5270)

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Ayudar al paciente a identificar sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

2. Apoyo en la toma de decisiones (5250)

- Informar al paciente sobre puntos de vista alternativos.
- Ayudar al paciente a poder explicar la decisión a otras personas.

3. Potenciación de la socialización (5100)

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
- Fomentar la sinceridad.

4. Manejo de la tecnología reproductora (7886)

- Proporcionar educación acerca de las diversas modalidades de tratamiento.
- Proporcionar una guía anticipada acerca de las reacciones emocionales típicas, incluyendo extremos de angustia y euforia.
- Remitir a grupos de apoyo de infertilidad, si es preciso.

DIAGNÓSTICO NANDA

3. Desesperanza r/c estrés de larga duración m/p disminución del apetito y trastornos del patrón del sueño. (dominio 6 clase 1 código 00124)

RESULTADOS NOC

1. Esperanza (Dominio: salud psicosocial (III), clase: bienestar psicológico (M), código 1201)

120112 - Establecimiento de objetivos 3 → 5

120106 - Expresión de optimismo 2 → 4

2. Capacidad personal de recuperación (Dominio: salud psicosocial (III), clase: adaptación psicosocial (N), código 1309)

130903 - Expresar emociones 2 → 4

130932 - Participa en actividades de ocio 2 → 5

ACTIVIDADES NIC

1. Mejora de la autoconfianza (5395)

- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
- Animar a la interacción con otros individuos que consiguen con éxito cambiar su conducta (grupos de apoyo etc)

2. Aumentar el afrontamiento (5230)

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.

PROBLEMAS COLABORATIVOS.

1. Esterilidad.

DISCUSIÓN

Toda pareja que vaya a realizarse una técnica de RHA debe de estar correctamente informada, como bien indica la Ley de Reproducción Humana Asistida.

Los problemas emocionales de la pareja son muy importantes, se deben de tratar de manera rápida y eficaz para evitar daños en sus relaciones sociales, en la propia pareja y en su salud.

Como dice el estudio de Fernández Martos, podemos demostrar que el 50% de las causa de esterilidad son por parte del hombre. Esta conclusión nos deja patente que en la sociedad se mantiene una importante desigualdad, ya que se sigue asociando la esterilidad con la mujer.

Se ha constatado que a la mujer que se le diagnóstica un problema de esterilidad, a nivel emocional puede pasar desde una aceptación hasta un duelo patológico y afrontamiento ineficaz, que puede derivar en depresiones y otras patologías emocionales.

En la sociedad no se suele asociar el papel de la enfermera con la RHA, cuando realmente es el apoyo fundamental de la pareja, ya que es la que guía a esta en todo momento.

Se ha obviado por completo en los GDR el problema de la esterilidad, no habiendo ningún diagnóstico relacionado con esta situación.

CONCLUSIÓN

- Son muy variadas las causas de esterilidad siendo aproximadamente un 50% por causas masculinas y otro 50% por femeninas.
- Dadas las bajas tasa de éxito es necesario la positividad.
- La alteración de los patrones funcionales varía en función a la aceptación del problema.
- Los pensamientos y sentimientos negativos pueden influir en la relación de pareja.
- La unión emocional de la pareja es el aspecto más relevante para el afrontamiento de este problema.
- El papel de la enfermería en la RHA es fundamental ya que trata a la pareja desde el primer momento apoyándola a nivel emocional e informándola.
- Se requiere de un GDR específico y plan de cuidados para la esterilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cottingham J, Kismodi E, Martin Hilber A, Lincetto O, Stahlhofer M et al. Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. Bull World Health Organ. 2010;88:551-555.
2. Fernandez Martos B. Fundamentos de Reproducción asistida para enfermería. Alicante. Unidad de Reproducción. Clínica Vistahermosa. 2005
3. Matorras Hernandez R et al. Estudio y tratamiento de la pareja estéril. Adalia, 2007
4. Pérez del Valle C. director. Legislación sobre reproducción asistida: novedades. Madrid: Consejo general del poder judicial.; 2006.
5. Técnicas de reproducción asistida. Ley 14/2006, de 26 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 126, (27-05-2006).
6. <https://www.dropbox.com/sh/c4e2paloy3uy5a7/fYv4W4H2jy/Temario%20DAE/ENFERMERIA%20DE%20LA%20MUJER.pdf> Manual CTO. Consultado el 23/04/2013.
7. Suárez Ramirez N, Pascual Tosina R, Ruz Gómez E, Vera Granado J, Pecero Suárez L, Silvero Palacino A; Abordaje del enfermero especialista en Salud Mental a parejas que se someten a técnicas de reproducción humana asistida. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(3).

ANEXO 1

CAUSAS DE ESTERILIDAD MASCULINA

Ambientales	<ul style="list-style-type: none">-Contaminación: Radiaciones, pesticidas e insecticidas, metales pesados.-Sociales: Estrés, tóxicos profesionales, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol...).
Sistémicas	<ul style="list-style-type: none">-Psicológicas.-Hormonales: hipogonadismo, resistencia androgénica.-Inmunológicas: congénitas, adquiridas.-Medicamentosas: quimioterapia, hormonas, antiinfecciosos.
Gonadales	<ul style="list-style-type: none">-Mal descenso testicular.-Vascular: arterial (isquemia), venosa (varicocele).-Infecciones.-Germinales (alteración de la espermatogénesis).-Genéticas (alteraciones del cromosoma Y).
Vía seminal	<ul style="list-style-type: none">-Disgenesia intra/extratesticulares.-Alteraciones del meato uretral (hipospadias).-Obstrucción.
Mecánicas	<ul style="list-style-type: none">-Alteración de la erección.-Alteración de la eyaculación.
Seminal	<ul style="list-style-type: none">-Alteración de células espermáticas.-Alteración del plasma seminal.

ANEXO 2

CAUSAS DE ESTERILIDAD FEMENINA

Uterinas	<ul style="list-style-type: none">-Anomalías congénitas.-Miomomas uterinos.-Sinequias uterinas.-Lesiones endometriales orgánicas y sistémicas.
Vulvares y vaginales	<ul style="list-style-type: none">-Atresia.-Aplasia.-Lesiones ocupantes de espacio.
Ováricas	<ul style="list-style-type: none">-Anomalías congénitas.-Insuficiencia ovárica.-Síndrome de ovarios poliquísticos.-Déficit de fase lútea.-Síndrome de folículo luteinizado no roto.-Endometriosis.-Inflamaciones y tumores.-Alteración de la calidad ovocitaria.
Generales	<ul style="list-style-type: none">-Alteraciones orgánicas y funcionales neurohipofisarias.-Obesidad y adelgazamiento extremo.-Enfermedades sistémicas graves.-Alteraciones funcionales y orgánicas de las glándulas suprarrenales y tiroideas.-Abuso de drogas y ciertos medicamentos.
Cervicales	<ul style="list-style-type: none">-Anomalías congénitas (atresias, estenosis, cuellos dobles, tabiques).-Modificaciones de la posición, tamaño y forma del cuello.-Pólipos y miomas cervicales.-Lesiones traumáticas.-Alteraciones funcionales.
Tubáricas	<ul style="list-style-type: none">-Anomalías congénitas.-Salpingitis.-Obstrucción tubárica.-Hidrosalpinx.
Psíquicas	<ul style="list-style-type: none">-Aquellas que impidan la realización del coito (vaginismo, p.e.)
Inmunitarias	<ul style="list-style-type: none">-Incompatibilidad de grupo sanguíneo.-Presencia de anticuerpos circulantes en suero u otros fluidos orgánicos.

ANEXO 3

La práctica de RHA en 2001	Europa	España
Número de centros/centros que dan datos	740/579	182/47
Número de ciclos iniciados con varios embriones por ciclo.	289.690	13.355
Ciclo con FIV	120.948	3.440
Ciclos con óvulos de donante	33,4%	50%
Número de embriones transferidos simultáneamente (1-2-3-4)	12/51/30/5,5 %	10/25/51/14 %
Embarazos simples, dobles, triples o cuádruples en %	74/24/1,5/0	76/23/0,2/0
Embarazos por aspiración de óvulos FIV	25,1%	28,7%
Embarazos por transferencia de embriones sin/con congelación	29/16,4%	32/22,6%
Embarazos inseminación del marido (menos/más de 40 años)	12,9/9,7%	12,9/10,2%
Embarazos inseminación donante (menos/más de 40 años)	17,1/8%	22,6/10%

GRÁFICO 1

EJEMPLO DE ESTADÍSTICAS DEL CENTRO IVI DE ALMERIA

RESULTADOS POR EDAD		
	Porcentaje de embarazo con embriones frescos por ciclo.	Porcentaje estimado de embarazos con embriones frescos+congelados por ciclo.
Menores de 35 años	39,6 – 61,7%	64,4 – 83,7%
Entre 35 y 39 años	26,2 – 49,1%	40,4 – 64%
Mayores de 40 años	10,4 – 41,2%	15,8 – 48,7%

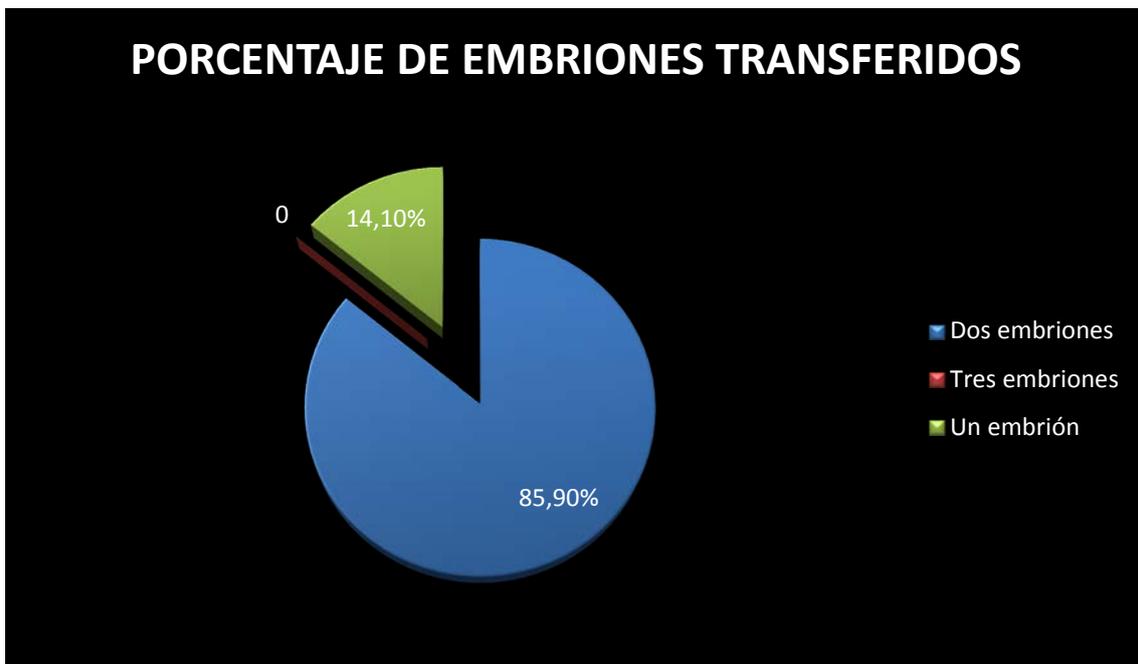
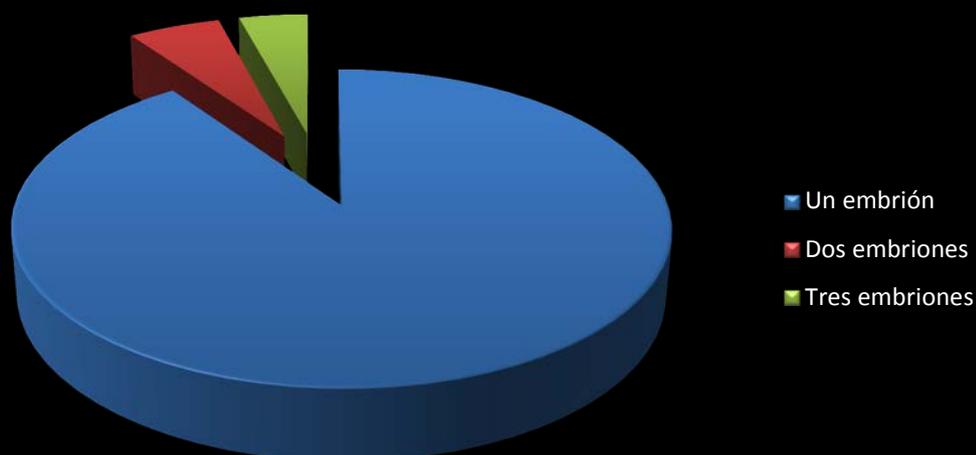


GRÁFICO 2

CENTRO DE ROQUETAS FIV

RESULTADOS POR EDAD		
	Porcentaje de embarazos por embriones frescos por ciclo	Porcentaje de embarazos acumulados con embriones frescos+congelados por ciclo
Menores de 35 años	28 – 64,9%	46,5 – 82%
Entre 35 y 39 años	2,3 – 35,8%	2,3 – 35,8%
Por encima de 40 años	3,4 – 43,7%	15,1 – 61,3%

PORCENTAJE DE EMBRIONES TRANSFERIDOS



TIPO DE GESTACIONES

