



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2014 – 2015

Trabajo Fin de Grado

**Caso clínico: Papel de la enfermera en la
consulta de esterilidad**

Alumno/a: Cristina Hernández Marcos

Tutor/a: D^a M^a José Villullas Mate

Junio, 2015

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Material y métodos.....	10
- Presentación del caso clínico.....	11
- Valoración de la pareja.....	12
- Priorización de los problemas.....	18
- Objetivos e intervenciones.....	19
Resultados.....	27
Discusión.....	29
- Conclusiones.....	30
Bibliografía.....	31
Anexos.....	33
- Anexo 1: Entrevista basada en los patrones de Respuesta Humana.....	33
- Anexo 2: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI).....	37
- Anexo 3: Tablas de los resultados del cuestionario STAI.....	39

RESUMEN

El presente trabajo es un Proceso de Atención de Enfermería centrado en una pareja con problemas de esterilidad, que inician un tratamiento de reproducción asistida.

Introducción: una pareja estéril es aquella que no consigue embarazo a pesar de un adecuado número de relaciones sexuales sin anticoncepción, transcurridos 12 meses. Esta situación, cada vez más frecuente, hace que las parejas acudan a la consulta de esterilidad y se sometan a tratamiento de reproducción asistida, un proceso estresante y duro, que sin el suficiente apoyo por parte del personal sanitario, puede dar lugar a una serie de consecuencias psicológicas que interfieran en el tratamiento y pongan en peligro la salud mental de la pareja.

Objetivo principal: mostrar el papel de la enfermera en la consulta de esterilidad mediante un caso clínico.

Material y métodos: se presenta un caso clínico realizado durante el Practicum II, en la consulta de la matrona del Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato, y dirigido a una pareja con problemas de esterilidad y se lleva a cabo el Proceso de Atención de Enfermería, donde se establecerán una serie de objetivos e intervenciones para solucionar los problemas encontrados en la pareja. Para ello, se ha precisado una búsqueda de información en bases de datos, en bibliotecas y en el buscador google, complementada con la realización de una entrevista y un cuestionario y con la ayuda de las herramientas metodológicas del Proceso de Atención de enfermería, todo ello tras conseguir los consentimientos informados oportunos.

Resultados: se lograron todos los objetivos salvo uno, que fue parcialmente conseguido, dada la dificultad que conllevaba su cumplimiento al 100%.

Discusión y conclusiones: los resultados de este trabajo muestran que la función del personal de enfermería es imprescindible e insustituible, ya que sin ella, los objetivos no podrían lograrse. Existen diversos estudios que apoyan los resultados y la premisa de que las parejas con un plan de cuidados que atiende las necesidades psicológicas, consiguen un embarazo más rápido y exitoso.

Palabras claves: esterilidad, técnicas de reproducción asistida, embarazo y fecundación.

INTRODUCCIÓN

La esterilidad puede definirse como aquella situación en la que una pareja no consigue el embarazo a pesar de un adecuado número de relaciones sexuales sin anticoncepción, transcurridos 12 meses, siendo primaria cuando esa pareja no ha tenido embarazo previo, y secundaria cuando sí lo ha tenido^{1, 2, 3}.

Es importante que este término sea diferenciado del de infertilidad, descrito como aquella situación en la que una determinada pareja no consigue recién nacidos viables, es decir, hay fecundación y embarazo, pero no llega a término; la confusión entre ambos términos es muy habitual, e incluso en muchas ocasiones, los profesionales en reproducción los tratan como sinónimos cuando realmente no lo son. Cuando se tratan como iguales se entiende como la imposibilidad de tener descendencia sin hacer hincapié en el momento exacto en el que se produce el problema².

La esterilidad es un problema muy común que afecta a una de cada seis parejas: la tasa de esterilidad en España se sitúa entre el 15 y el 17% de la población⁴, la cual podría ser curable en más del 90% de los casos, si se hiciera un diagnóstico adecuado mediante la anamnesis y exploración de ambos miembros de la pareja en la primera consulta y gracias a la eficacia de los tratamientos de reproducción asistida. Este porcentaje no es totalmente exacto debido al gran número de parejas que no acuden a consulta (20-50%) por desconocimiento, indiferencia frente a la procreación, por incredulidad o por temor a las exploraciones y tratamientos. Se calcula que unas 600.000 parejas españolas, aproximadamente, sufren problemas de esterilidad y una de cada 1.000 deberá recurrir a algún método de reproducción asistida para poder concebir un hijo.^{4, 5}

Actualmente, esta prevalencia está tendiendo a ser creciente, lo que da lugar a un problema social, no porque comprometa la integridad física del individuo ni amenace su vida, sino porque puede tener un impacto negativo sobre su desarrollo, produciendo frustración y debilitando la personalidad, ya que la mayoría de las parejas consideran tener hijos como un objetivo de vida. Por lo tanto, desde el punto de vista médico, la dificultad para conseguir una gestación debe considerarse como un proceso patológico, pues supone una pérdida en el bienestar psíquico de la pareja, componente fundamental para la salud⁶.

Las causas del incremento en la prevalencia de esterilidad son difíciles de establecer, pero existen una serie de factores⁶:

En primer lugar, la edad promedio a la cual la mujer desea quedar embarazada ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, debido a los cambios en la sociedad; su educación y participación en diferentes actividades, así como la necesidad de un avance profesional constante, le ha llevado a posponer su decisión sobre el embarazo, siendo aproximadamente los 35 años la edad cuando desean quedarse embarazadas, momento en el cual la fertilidad comienza a declinar y se hace más difícil que la maternidad sea exitosa. No obstante, muchas mujeres no son conscientes de que su tasa de fertilidad disminuye drásticamente con el tiempo en los últimos años de edad fértil^{6, 7, 8}.

Asimismo, el divorcio y la búsqueda de la estabilidad con las nuevas parejas implica esperar más tiempo antes de tomar la decisión de tener hijos.

En segundo lugar, existen evidencias que muestran que los malos hábitos de vida y ambientales juegan un papel muy importante en la esterilidad, afectando sobre todo a la calidad del semen. Hábitos como el sedentarismo, tabaquismo, abuso de cafeína y alcohol, obesidad y algunos compuestos químicos presentes en insecticidas, cosméticos y envases de alimentos, son factores que han demostrado reducir de forma considerable la probabilidad de tener un hijo. El abuso de alcohol, por ejemplo, ha sido relacionado con una reducción de la síntesis y secreción de testosterona y una espermatogénesis anormal. El abuso de tabaco, en cambio, lleva a alteraciones del espermograma⁶.

Finalmente, ha habido cambios en la conducta sexual, como el aumento de la frecuencia de las relaciones y del número de parejas sexuales. Este hecho expone a las parejas a una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) productoras de infecciones con consecuencias sobre la fertilidad⁶.

El culto a la fertilidad es algo tan antiguo como lo es la existencia humana y ha supuesto gran importancia para la supervivencia de la humanidad⁵. La esterilidad se ha llegado a considerar de muy diversas maneras: como deshonra, como inferioridad, como maldición o castigo de dioses, creyendo que la mujer era siempre la responsable de la falta de descendencia (actualmente se ha demostrado que el 40% de esterilidad se deben a problemas masculinos, otro 40% a femeninos y el 20% a causas mixtas o desconocidas). Por lo tanto, la preocupación por la falta de

descendencia no es un tema sólo actual, como tampoco lo son sus consecuencias y sus tratamientos⁵.

Así, desde la antigüedad el deseo de descendencia ha sido muy fuerte y se han buscado remedios de todos los tipos: a partir de 1970 empezaron a aparecer las técnicas de reproducción asistida cuya novedad y utilidad hicieron sentir muy pronto en todos los países la necesidad de abordar su regulación. En España esta necesidad se materializó tempranamente mediante la aprobación de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida⁵.

Hoy en día, los espectaculares avances científicos han logrado un mejor pronóstico para la pareja estéril gracias a la mejora de estas técnicas y al progreso en el conocimiento del ciclo ovárico y biología de la reproducción. La variedad de tratamientos para solucionar problemas de esterilidad, así como su disponibilidad, han aumentado exponencialmente en los últimos 25 años. La indicación de cada uno de ellos dependerá de la propia decisión de la pareja y de la causa de esterilidad, por eso es muy importante hacer una correcta valoración y diagnóstico en la primera consulta de ambos miembros⁹.

Las técnicas de reproducción asistida (TRA), o también conocidas como fecundación artificial, son el tratamiento de la esterilidad por excelencia, que conlleva a la manipulación de gametos. Todas ellas constan de dos fases: una común ligada al ciclo menstrual femenino, en la cual se estimulan los ovocitos mediante preparados hormonales, y otra específica, según el tipo de TRA, en la que se procede a unir los gametos (fecundación) ^{10, 11}.

El objetivo de la primera fase, llamada estimulación ovárica, es conseguir el crecimiento y maduración de un mayor número de folículos primordiales y de coordinar el movimiento de la ovulación con la aplicación de la técnica elegida para facilitar la unión de los gametos¹². Este proceso dura entre 12-20 días, dependiendo de la respuesta de cada paciente, y consta de tres pasos:

- A partir del segundo día del ciclo, la mujer tendrá que inyectarse todos los días por vía subcutánea un preparado de FSH recombinante (hormona foliculoestimulante) para estimular el desarrollo de varios folículos ováricos.
- La mujer tendrá que acudir a la consulta periódicamente para realizar el seguimiento de los folículos que están madurando mediante una ecografía, además de controlar su evolución a través de una analítica que determina el nivel

de estradiol en sangre (hormona producida cuando el crecimiento de los folículos es adecuado).

- Cuando los folículos han logrado un crecimiento adecuado, el personal le inyectará un preparado de hCG (hormona gonadotropina coriónica), en una dosis única, para producir la maduración final de los ovocitos y desencadenar los mecanismos de la ovulación. Se programará la punción folicular o extracción de ovocitos alrededor de 36 horas después, la cual se lleva a cabo con sedación, control ecográfico y de forma ambulatoria.

El seguimiento debe ser estricto, debido a las consecuencias que puede desencadenar la administración hormonal, como el síndrome de hiperestimulación ovárica, que precisará un tratamiento adicional¹².

En una segunda fase, nos encontramos tres tipos de técnicas ordenadas de menor a mayor complejidad^{11, 12}

1. Inseminación artificial: Consiste en la colocación de los espermatozoides (obtenidos de la pareja o de un banco de donantes) de forma natural, previamente seleccionados mediante capacitación espermática (métodos para limpiar los espermatozoides del plasma seminal y, de ese modo, las sustancias inhibitoras de la capacitación, y recuperar los espermatozoides con mayor potencial de fecundación) en el útero. En esta técnica no hay extracción de ovocitos. Está indicada en esterilidad femenina por disfunciones ovulatorias o cervicales leves y por esterilidad masculina causada por impotencia o mala calidad espermática¹².
2. Fecundación in vitro (FIV): Consiste en juntar un espermatozoide con un óvulo en un laboratorio mediante un medio de cultivo en el interior de una incubadora que reúne las oportunas condiciones de temperatura, humedad y concentración de gases, durante 2-6 días, y transferir el embrión formado al útero para que se implante en él y continúe el crecimiento celular que dará lugar al feto. Está indicada en esterilidad masculina con insuficientes espermatozoides móviles y esterilidad femenina con obstrucción tubárica bilateral, endometriosis o problemas con el cuello del útero¹².
3. ICSI o microinyección espermática: Es una variedad de la anterior, y consiste en la introducción, mediante una microaguja, de un espermatozoide en el citoplasma de cada ovocito. Permite un índice de fecundación más elevado

para pacientes en los que la calidad del semen es muy baja. Aumenta las posibilidades de conseguir embarazo, sin embargo, es más costosa y no siempre necesaria. Por este motivo solo se emplea cuando se detecta un factor masculino severo, cuando ha fallado la FIV o cuando el óvulo dificulta la entrada del espermatozoide por sí mismo¹².

En las dos últimas técnicas se realiza la transferencia embrionaria. Es completamente indolora y la paciente ha de recibir un tratamiento hormonal (progesterona) para favorecer la viabilidad del posible embarazo, en forma de inyecciones intramusculares o geles vaginales. El número máximo de embriones transferidos por ley es de 3, siendo recomendable 1 o 2, para evitar el riesgo de embarazo múltiple. Pueden transferirse embriones en distintos estadios, pero lo más frecuente es que sean embriones en estadio de 8 células¹². Para establecer el diagnóstico de embarazo, se realiza una determinación en suero de la hormona β -hCG (hormona secretada por el embrión), 12-14 días después de la transferencia. Si la prueba es positiva se repite a la semana, efectuándose un control ecográfico entre las semanas 5 y 6.¹²

Las tasas de éxito vienen condicionadas por numerosos factores, fundamentalmente la edad de la mujer y las características clínicas de cada caso. En la inseminación artificial se suelen referir unas tasas de éxito de 10-20% por intento y en la fecundación in vitro y en la ICSI suelen oscilar entre el 30 y el 55%.

A pesar del gran éxito de las técnicas reproductivas, estas no son infalibles y hay que tener presente el posible fracaso o los problemas que puedan surgir en la pareja: durante el proceso del tratamiento de la esterilidad se sufre un desgaste físico, emocional, de pareja y socioeconómico elevado, siendo las complicaciones psicológicas las más importantes, debido a que pueden disminuir la probabilidad de embarazo, por cambios en la tasa cardíaca y en el cortisol, y la adherencia terapéutica, produciéndose abandonos en el tratamiento¹³. Entre los pacientes que acuden a consulta por esterilidad puede existir entre un 20 y 60% de psicopatología asociada, causante del 26% de los abandonos del tratamiento, según un estudio realizado en 1974¹⁴.

Esta psicopatología derivada de sentimientos como estrés, ansiedad, impotencia, culpabilidad, temor, ira, tristeza y desesperación, solo puede afrontarse con los

suficientes recursos personales e interpersonales, como el apoyo del personal sanitario, sobre todo el de enfermería, que participa en todas las consultas y etapas de las técnicas de reproducción asistida, apoyando a la pareja y generándoles bienestar emocional mediante un clima de confianza, una buena comunicación, un eficiente asesoramiento en cuanto a resultados de laboratorio, educación sobre la medicación e información sobre los pasos a seguir, y haciendo que no se sientan solos durante todo el proceso. La autoestima se resiente y surgen sentimientos de culpabilidad y desesperanza, por ello, el profesional de enfermería no debe poseer sólo habilidades técnicas, sino también de una buena comunicación con los pacientes; debe estar preparado para abordar problemas psicosociales y ofrecer el suficiente apoyo emocional, ya que el proceso del tratamiento de la esterilidad puede ser estresante y duro^{13, 15, 16,17}.

Es esencial que la atención sea personalizada, ya que el modo en que cada sujeto va a verse afectado emocionalmente por el diagnóstico y el tratamiento de su problema de esterilidad es diferente en cada caso y depende de muchos factores. Por ejemplo, las mujeres muestran más grado de malestar que los hombres, ya que suelen valorar en mayor medida los problemas de esterilidad como un cataclismo, además de soportar directamente el tratamiento y de sentir su fracaso con la bajada de la menstruación. Diferentes estudios manifiestan que las mujeres estériles muestran mayor desajuste emocional, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y afecto negativo, que los hombres estériles^{13, 18}. Otros estudios muestran que las mujeres son más resistentes al dolor y a los problemas emocionales, pero se deprimen con más frecuencia, en cambio, los varones son más reacios a acudir al psicólogo y cuando la causa de la esterilidad es masculina se aíslan más¹⁹.

En España se están dedicando esfuerzos importantes encaminados a la evaluación, apoyo, consejo e intervención psicológica en esterilidad, habiéndose demostrado que se trata de una población vulnerable a desarrollar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Para evaluar el estado psicológico de la pareja y facilitar el afrontamiento del diagnóstico y de las técnicas de reproducción asistida, se utilizan instrumentos clínicos antes o antes y después del tratamiento. Los más usados hoy en día, son el “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” (STAI) y “Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad” (DERA), cuya

validación y fiabilidad han sido demostradas en varios estudios^{13, 20, 21}. Más adelante se detallarán las características del primero, y además, se adjunta en el anexo 2.

Como resultado de todo lo anterior, los centros de esterilidad y los procesos de reproducción asistida son cada vez más demandados por las parejas, siendo en España entre un 1-4% de los niños nacidos tras estas técnicas²². Según un estudio posterior realizado en el Hospital La Paz de Madrid, y diversas universidades, se concluyó que nacen más de 100.000 niños en el mundo con ayuda de estas técnicas.

Justificación

Se ha elegido este tema por dos razones: durante el Practicum II en el Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato, se ha observado que el sufrimiento y la angustia de algunas parejas imposibilitadas de concebir son situaciones reales que han llegado a considerarse un verdadero problema a enfrentar por los profesionales de salud. Además, el seguimiento de una pareja en la consulta de esterilidad es un tema actual nacional de gran interés público que cada vez afecta más a muchas parejas y del que se habla poco en el ámbito de enfermería, a pesar de que su intervención es imprescindible y juega un papel muy importante.

Cabe mencionar que este tema se ha decidido abordar mediante un caso clínico ya que permitirá una mejor comprensión de los factores psicológicos, al estar centrado en un caso real de una pareja que vive el proceso de un tratamiento de reproducción asistida.

Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es mostrar la relevancia del papel de la enfermera en los centros de esterilidad, en el cuidado de parejas sometidas a la reproducción asistida, mediante un caso clínico.

Como objetivos específicos se plantearon:

- Revisar las técnicas de reproducción asistida más utilizadas hoy en día
- Conocer las consecuencias psicológicas que se pueden desencadenar en una pareja sometida a estas técnicas, siendo aquí la intervención de enfermería muy relevante.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo se ha desarrollado a partir de un caso clínico elaborado durante el Prácticum II, en el Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato.

En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica de trabajos de investigación y revisiones que abordaran los objetivos planteados en las bases de datos SciELO, LILACS y Cuiden; además se consultaron algunas páginas web en el buscador Google y la biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia, buscando libros relacionados con la esterilidad y la reproducción asistida.

Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron “esterilidad”, “técnicas de reproducción asistida”, “embarazo”, “fecundación” y “enfermería”. Este último fue utilizado junto a otro descriptor en la base de datos LILACS para limitar la búsqueda debido a la gran cantidad de artículos encontrados.

Los criterios de inclusión fueron: artículos científicos gratis, en español, y con un máximo de 12 años (2003).

Los criterios de exclusión fueron: artículos en idiomas diferentes al español y de pago.

En la base de datos SciELO se encontraron 15 artículos con el primer descriptor, 9 con el segundo, 231 con el tercero y 6 con el cuarto. Se usaron 4 artículos con el descriptor “esterilidad” y 3 con “técnicas de reproducción asistida”.

En la base de datos Cuiden se encontraron 77 artículos con el primer descriptor, 44 con el segundo, más de 500 con el tercero y 60 con el cuarto. Se usaron 2 artículos con los descriptores “esterilidad” y 1 con “técnicas de reproducción asistida”.

En la base de datos LILACS se encontraron 23 artículos con los descriptores esterilidad AND enfermería. Se encontraron 3 artículos de relevancia.

Finalmente, para desarrollar el trabajo, se proporcionó un cuestionario para evaluar la ansiedad y las respuestas al estrés (Cuestionario de ansiedad estado-rasgo) (anexo 2) y se realizó una entrevista basada en los Dominios de Respuesta Humana NANDA, (anexo 1) a los pacientes elegidos para abordar el caso clínico, con el objetivo de recoger toda la información necesaria y poder hacer uso de las herramientas metodológicas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración

mediante los patrones de Respuestas Humanas NANDA, diagnósticos enfermeros NANDA, Criterios de Resultados NOC, Intervención de Enfermería NIC y las recomendaciones de M^a Teresa Luis Rodrigo para contextualizar los diagnósticos enfermeros en nuestra cultura, así como la plataforma virtual de <http://www.nnnconsult.com/index>. Todo ello tras conseguir los permisos oportunos para la realización del estudio además del “Compromiso de Confidencialidad” de los pacientes.

A continuación se presenta el caso clínico que ilustra el tema.

→ **Presentación del caso clínico**

Se trata de una mujer de 32 años que acude a su Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato para hacerse una citología, acompañada de su marido de 35 años.

En la consulta, la pareja comenta a la matrona su deseo de tener hijos y su problema ante la imposibilidad de poder concebirlos. Llevan más de dos años de relaciones sexuales sin anticonceptivos. Nunca antes había quedado embarazada, por lo que desconoce si presenta alguna anomalía. La matrona decide remitirlos a la consulta de esterilidad para encontrar la causa y el tratamiento.

En la primera consulta del centro de esterilidad, les hacen a ambos una valoración para hallar la causa: Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias (histerosalpingografía, seminograma, determinaciones hormonales femeninas y serología de ambos).

- Antecedentes familiares: carecen de interés.
- Antecedentes personales: no refieren.
- Antecedentes obstétrico-ginecológicos: fórmula menstrual de 4/28 con dismenorrea leve. Es nuligesta y empleó anticonceptivos orales durante 2 años con buena tolerancia, los cuales dejó hace 2 años. Resto, sin interés.
- Exploración física: dentro de la normalidad.
- Pruebas complementarias: el seminograma revela una disminución de la cantidad de espermatozoides (oligospermia) y una reducción de la motilidad (astenospermia), cuyos valores son 15,5 millones/ml y 29% de movilidad progresiva, respectivamente.

La valoración nos muestra que la causa es masculina, por lo que la enfermera les informa sobre el tratamiento, el cual se basa en las técnicas de reproducción asistida, siendo la más apropiada para su situación la ICSI o microinyección espermática.

Al acudir de nuevo a su centro de salud para recoger los resultados de su citología, los pacientes exponen su temor respecto al tratamiento. Él se siente deprimido pues siente ser el causante de la situación.

En el siguiente apartado, se analizará más detalladamente esta situación, realizando una valoración integral a cada miembro de la pareja para poder detectar si hay algún problema relacionado con las respuestas humanas que interfiera en su proceso de salud.

→ Valoración de la pareja

La valoración fue realizada durante el periodo de prácticas, en el Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato, concretamente en la consulta de la matrona. La pareja ya ha iniciado el tratamiento de la esterilidad, llevando a cabo el primer ciclo de la ICSI. Se les realiza por separado una entrevista (anexo 1) basada en los 13 patrones o dominios de las Respuestas Humanas (NANDA)

Datos personales

Mujer → Tiene 32 años, con estudios universitarios y en paro desde hace 3 meses. Antes trabajaba llevando la contabilidad de una empresa. Sin antecedentes familiares relacionados con la esterilidad. NAMC (No Alergias Medicamentosas Conocidas). Su historia clínica carece de interés, los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas para encontrar la causa de esterilidad son normales: histerosalpingografía, trompas de Falopio y útero sin anomalías, serología y determinaciones hormonales normales. Actualmente no está con tratamiento farmacológico, excepto las inyecciones subcutáneas que se tiene que autoadministrar todos los días por prescripción del médico especialista en reproducción asistida, como parte del tratamiento de la ICSI. Es nuligesta. Tiene apoyo familiar.

Varón → Tiene 35 años, con estudios primarios y trabaja en el sector industrial. NAMC. Sin antecedentes familiares relacionados con la esterilidad. Sus antecedentes clínicos carecen de interés. En las pruebas diagnósticas que se le realizaron para hallar la causa de esterilidad se encontró un examen físico y una serología normal, sin embargo, el seminograma revela una disminución de la cantidad de espermatozoides y una reducción de la motilidad, lo que demuestra que la esterilidad es de origen masculino. Actualmente no está con tratamiento farmacológico. Tiene apoyo familiar.

Valoración por dominios (NANDA)

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mujer → Su vida ha cambiado desde que la matrona les derivó a la consulta de esterilidad, refiere: “es muy molesto tener que aplicarse todos los días una inyección y tener que acudir muchas veces a la consulta para hacerse análisis de sangre y ecografías. Estoy más en la consulta que en mi casa, es muy estresante”. Sabe que tiene que adoptar una serie de hábitos saludables para favorecer el éxito del tratamiento, pero no sabe cuáles son ni cómo ponerlos en práctica. Conoce la causa de no poder tener hijos. Refiere comentarios negativos acerca del resultado del tratamiento: “he leído por internet que el tratamiento no es eficaz al 100% y con la mala suerte que tengo no lo conseguiré”. Su deseo de tener un hijo es muy fuerte, por eso le estresa la incertidumbre del proceso; también le preocupa que estén invirtiendo dinero en un tratamiento que no sea eficaz y teme lo que pueda llegar a pasar, como que su relación de pareja se deteriore por la carencia de un hijo. Refiere: “gracias a mi familia y a mis amigos estamos saliendo adelante, además, el personal de la consulta nos está ayudando mucho”. Valora la idea de acudir a un psicólogo con su pareja si su situación psicológica empeora.

No fuma ni consume ningún tipo de droga, excepto alcohol un par de veces al mes.

Varón → Su vida también ha cambiado, pero con menor intensidad. Continúa yendo a trabajar todos los días, excepto cuando tienen consulta con el médico. Refiere: “la mayoría de las veces las citas solo son para mi mujer debido al tratamiento hormonal, pero prefiero acompañarla para que no se sienta sola”. Está estresado por

la cantidad de citas y por la situación en general, comenta: “saber que la culpa de esta situación es tuya te genera mucho estrés y responsabilidad”. Conoce la causa de no poder tener hijos. Le preocupa que el tratamiento no sea eficaz y que su mujer le culpabilice. Tiene apoyo familiar y de sus amistades. Rechaza la idea de consultar a un psicólogo para que les ayude a afrontar mejor el proceso.

Es exfumador, hace 8 años que lo dejó. Bebe 2 o 3 cervezas a la semana. No consume drogas ni está expuesto a radiaciones ni sustancias tóxicas.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Mujer → Pesa 62 kg y mide 166 cm, siendo su IMC (Índice de Masa Corporal) normal (22,5). Refiere: “últimamente tengo ansiedad, pico mucho entre horas”. Sin embargo, el aumento de peso no es significativo. No realiza ningún tipo de dieta. Realiza 5 comidas diarias. A la hora de comer presenta algunas preferencias, no la gusta ni el pescado ni las verduras. Se le aconseja llevar una dieta variada y equilibrada, ya que es fundamental para fomentar una buena fertilidad. No refiere náuseas ni vómitos desde que empezó con el tratamiento hormonal.

Bebe 1,5 litros de líquidos diarios.

Varón → Pesa 69 kg y mide 172 cm, siendo su IMC normal (23,3). No realiza ningún tipo de dieta. Hace 5 comidas diarias, refiere comer de todo. Desde la primera visita a la consulta de esterilidad no presenta alteraciones y todo sigue igual. Bebe 2,5-3 litros de líquidos aproximadamente.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Mujer → Eliminación urinaria e intestinal dentro de los rangos de normalidad. Tiene una fórmula menstrual de 4/28 con dismenorrea leve y sin ningún otro síntoma. Menarquia a los 12 años. A los 22 años empezó a tomar anticonceptivos por varias causas, entre ellas por menstruación irregular y dolorosa. Dejó de tomarlos hace dos años con el propósito de quedarse embarazada. Buena tolerancia antes y después de abandonarlos.

Varón → Eliminación urinaria e intestinal dentro de los rangos de normalidad.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD-REPOSO

Mujer → Tiene un sueño habitual de 9-10 horas diarias, con sueño continuo y reparador. No duerme la siesta. Refiere tener rituales para conciliar el sueño: “leo antes de dormir y me bebo una tila para calmar la ansiedad”.

No se siente cansada durante el día, excepto después de acudir a la consulta de esterilidad, que comenta agotarla y estresarla mucho. No realiza ningún tipo de ejercicio. En primavera y en verano pasea diariamente 1 hora aproximadamente con sus amigas.

Varón → Tiene un sueño habitual de 7-8 horas diarias, con sueño continuo. Refiere sentir cansancio después de las consultas con el médico y durante su jornada de trabajo: “desde que el médico nos reveló el diagnóstico me siento como si no hubiera dormido nada en toda la noche, probablemente sea por estrés”. No tiene ningún ritual para conciliar el sueño, dice no necesitarlo. Duerme la siesta 45 minutos aproximadamente. Practica deporte con sus amigos 2-3 veces por semana, expresa: “me gusta estar en forma”.

Ambos tienen las constantes vitales dentro de los rangos de normalidad.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN

Mujer → Su motivación para tener un hijo es que quiere experimentar el proceso del embarazo. Rechaza la alternativa de la adopción.

Varón → Siente que tener un hijo es el principal objetivo del ser humano, y que llegará hasta el final con el tratamiento. Sabe que su mujer rechaza la adopción y respeta su decisión.

Ambos son capaces de aprender todas las indicaciones que les dan y comprenden el proceso que se les va a realizar explicado por la enfermera, además, demandan mucha información sobre la misma. Sin embargo, no conocen el proceso al que van a ser sometidos ni los hábitos que favorecen la fertilidad. Muestran interés por aprender y por su proceso. Presentan muchas dudas y preocupaciones, siempre expuestas a la enfermera, que es en la que más confían y manifestadas por

comentarios como: “el otro día leímos en internet que el tratamiento es una pérdida de dinero, tiene poca efectividad y además produce muchos efectos secundarios”, “una amiga nos contó que tuvo tres abortos con este tratamiento”. Buscan información en internet y preguntan a conocidos con problemas similares.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Mujer → Expresa sus sentimientos abiertamente, por lo que facilita la valoración. Presenta preocupación, estrés, y confiesa que, si no lo para, acabará en depresión ya que es propensa. A veces refiere sentimientos negativos y de tristeza sobre el tratamiento de la esterilidad y su capacidad para afrontarlos, pero no muestra baja autoestima. Es consciente de que estos sentimientos negativos la están influyendo, comenta: “en vez de disfrutar con mi marido estoy dándole vueltas al tema todo el día, necesito relajarme”.

Varón → Le cuesta expresar sus sentimientos. Aun así, refiere algún sentimiento de culpa: “si me hubiera hecho las pruebas antes...” “nunca me perdonaré si no sale bien...”. Comenta estar agobiado, preocupado y estresado. No muestra baja autoestima. Es consciente de la situación por la que están pasando, pero refiere no necesitar la ayuda de ningún profesional.

Ambos se implican en la toma de decisiones y en su proceso.

DOMINIO 7: ROL-RELACIONES

Mujer → A pesar de que la relación con su marido siempre ha sido buena, comenta que la comunicación entre ellos ha cambiado un poco. Refiere: “desde que el médico, nos reveló el resultado de las pruebas diagnósticas noto a mi marido algo distanciado, estresado y apagado, aunque nunca me deja sola en las consultas con el médico tengo la sensación de que lo hace por obligación. Estoy deseando acabar con el tratamiento para que todo vuelva a la normalidad”. Sobre sus amistades añade: “si no fuera por mis amigas que me ofrecen hacer alguna actividad con ellas para distraerme, estaría todo el día encerrada en casa, ya que mi marido trabaja”.

Varón → Se le pregunta si la relación con su mujer ha cambiado desde que empezaron el proceso y refiere que siempre se ha llevado bien con ella, sin entrar en más detalles. Su familia le visita todos los días ya que viven en el mismo pueblo. Queda con sus amistades un par de veces a la semana.

No hay presión familiar. Refieren tener apoyo de sus amigos y familiares, les están animando a seguir adelante con el tratamiento y cumplir su objetivo: tener un hijo.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Llevan más de dos años manteniendo relaciones sexuales sin anticonceptivos. Es la primera vez que deciden consultar a un especialista para iniciar un estudio y concebir un hijo por otros medios. Nunca han tenido abortos ni hijos entre ellos ni con otras parejas. No tienen ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual). Como método anticonceptivo usaban la píldora y los métodos de barrera. No refieren hábitos sexuales que dificulten el embarazo, como son los lubricantes y las duchas vaginales.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

La excesiva implicación en el proceso les está estresando. Aun así, parece que preguntar a su enfermera las dudas les alivia y les da cierta tranquilidad. Además, el apoyo de sus seres queridos les ayuda a afrontar el proceso.

Tienen miedo a los resultados del tratamiento y a lo que pueda llegar a pasar. No quieren que sea ineficaz.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Sin nada que destacar.

DOMINIO 11: SEGURIDAD-PROTECCIÓN

Sin nada que destacar.

DOMINIO 12: CONFORT

Mantienen una buena relación con todo el equipo de salud de la consulta de esterilidad, especialmente con su enfermera.

DOMINIO 13: CRECIMIENTO-DESARROLLO

Sin nada que destacar.

A continuación, se entrega un cuestionario a cada miembro de la pareja, llamado “**Cuestionario de ansiedad estado-rasgo**” (anexo 2) con el objetivo de evaluar su estado emocional y así facilitar al desarrollo de los diagnósticos. Este test determina el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés y consta de 40 ítems; la mitad de los ítems pertenecen a la subescala “Estado”, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento; y la otra mitad, a la subescala “Rasgo”, que identifican como se siente la persona habitualmente.

En los resultados finales, se puede observar que ambos miembros de la pareja presentan un porcentaje elevado de ansiedad, siendo mucho más notable en la mujer (anexo 3).

Después de haber realizado una valoración integral de enfermería que nos ha llevado a los diagnósticos enfermeros oportunos, los priorizamos en función del caso con sus respondientes objetivos e intervenciones.

→ **Priorización de los problemas**

1. Ansiedad relacionado con imposibilidad de poder concebir un hijo
2. Estrés por sobrecarga r/c demasiadas consultas
3. Disposición para mejorar sus conocimientos: técnicas de reproducción asistida

→ **Objetivos e intervenciones**

(00146) **Ansiedad relacionado con imposibilidad de poder concebir un hijo**

NOC

Dominio 3: Salud psicosocial

Clase M: Bienestar psicológico

(1211) Nivel de ansiedad

➤ (121101) **Desasosiego**

Objetivo: La pareja dejará de sentir desasosiego o inquietud sobre los resultados del tratamiento con ayuda de la enfermera, alcanzando el máximo bienestar psicológico, pasando de un nivel sustancial a ninguno, durante todo el proceso del tratamiento.

Dominio 3: Salud psicosocial

Clase O: Autocontrol

(1402) Autocontrol de la ansiedad

➤ (140204) **Busca información para reducir la ansiedad**

Objetivo: La pareja buscará información sobre su situación mediante fuentes fiables dadas por su enfermera, de forma que disminuya su ansiedad, desde un nivel raramente demostrado a siempre demostrado, durante todo su proceso.

NIC

Campo 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el afrontamiento

➤ (5270) **Apoyo emocional**

La enfermera realizará las siguientes intervenciones:

- Animar a la pareja a que exprese y reconozca los sentimientos de ansiedad, vergüenza, enfado, tristeza, decepción y culpa. Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.
- Permanecer con la pareja y proporcionar apoyo y sentimientos de seguridad durante todo su tratamiento (en la primera consulta, en las revisiones periódicas, en la extracción de ovocitos, en la transferencia embrionaria...) explicándoles todo lo que no entiendan y tengan que hacer, el propósito de los

procedimientos y las sensaciones que puedan experimentar durante los mismos.

- Ayudar en la toma de decisiones respetando siempre sus preferencias sin juzgar.

➤ (5240) **Asesoramiento**

La enfermera realizará las siguientes intervenciones:

- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico sin hacerles creer expectativas falsas. Aclarar conceptos erróneos que puedan tener sobre el tema y aconsejar que obtengan la información mediante fuentes fiables, como es la ayuda de la enfermera y del resto del equipo de la consulta de esterilidad.
- Facilitar páginas de internet o libros con información fiable en los cuales puedan encontrar respuestas a sus dudas cuando permanezcan en casa.

Campo 3: Conductual

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica

➤ (5820) **Disminución de la ansiedad**

La enfermera realizará las siguientes intervenciones:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad y asegurar la intimidad y la confidencialidad durante todos los procedimientos del tratamiento.
- Es muy importante la intervención en la primera consulta, para que acudan al resto de consultas motivados y confiados y que su ansiedad disminuya poco a poco:
 - Empezar a motivarles y lograr su cooperación en las demás consultas.
 - Apoyarles durante la realización de la entrevista y exploración de la esterilidad, reconociendo el estrés experimentado en la obtención de una anamnesis detallada y durante el largo proceso de evaluación y tratamiento para reducir el miedo. Antes de realizar cualquier intervención explicarla y preguntar dudas.
 - Establecer un clima de confianza, sobre todo en la entrevista inicial: la atmósfera de confianza se establece considerando, en primer término, temas no relacionados con la sexualidad. A continuación se orientará hacia áreas más delicadas y personales.

- Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Hacer ver a la pareja que la tranquilidad y relajación durante todo el tratamiento aumenta las posibilidades de éxito, proporcionándoles estadísticas u opiniones de parejas que hayan pasado por su situación.
- Ayudar a los pacientes a centrarse en áreas de éxito de su vida no relacionadas con el estado de fertilidad.

(00177) **Estrés por sobrecarga r/c demasiadas consultas**

NOC

Dominio 3: Salud psicosocial

Clase N: Adaptación psicosocial

(1302) Afrontamiento de problemas

- (130210) **Adopta conductas para reducir el estrés.**

Objetivo: La pareja adoptará conductas para reducir el estrés aconsejadas por el personal de enfermería y, así, poder afrontar los ciclos de la ICSI, consiguiendo el mejor bienestar psicológico posible, pasando de un nivel raramente demostrado a siempre demostrado, en un plazo de 15 días.

- (130218) **Refiere aumento del bienestar psicológico.**

Objetivo: La pareja no referirá ningún sentimiento negativo ni de culpa, transmitiendo positividad y motivación, desde un nivel raramente demostrado a siempre demostrado, en un plazo de 1 mes.

- (130208) **Se adapta a los cambios en desarrollo.**

Objetivo: La pareja acudirá a todas las consultas, se adaptará a esta rutina sin que les genere estrés y verá este cambio de vida como una experiencia enriquecedora, pasando de un nivel raramente demostrado a siempre demostrado, en un 1 mes.

NIC

Campo 3: Conductual

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica

- (6040) **Terapia de relajación**

La enfermera realizará las siguientes intervenciones:

- Explicar las diferentes técnicas de relajación que pueden realizar en casa cuando lleguen de las consultas o en cualquier otro momento que necesiten para combatir el estrés: música, meditación, visualización positiva y relajación muscular progresiva.
- Aconsejar un estilo de vida basado en el descanso, en el apoyo de sus seres queridos y en la búsqueda o la práctica de actividades de ocio, con el fin de favorecer la distracción y el disfrute, invirtiendo el tiempo libre en ellos y olvidándose del estrés que les genera las consultas.
- En la consulta, crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable. Explicar los pasos a seguir de los procedimientos a los que van a ser sometidos con tranquilidad, dejándoles expresar sus dudas y preocupaciones sin agobios.

Campo 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el afrontamiento

➤ (5230) **Mejorar el afrontamiento**

La enfermera realizará las siguientes intervenciones:

- Motivar a la pareja, ayudando a identificar objetivos apropiados a corto y largo plazo, sugiriendo ideas y opiniones constructivas para que, así, puedan percibir sus problemas como obstáculos superables.
- Tratar de comprender la perspectiva de la pareja sobre una situación estresante, escuchando de forma activa y empática. Favorecer la expresión de sentimientos y el desahogo y concediendo el tiempo necesario.
- Presentar a la pareja personas o grupos que hayan pasado por la misma experiencia con éxito y ofrecer los sistemas de apoyo disponibles.
- Ayudar a la pareja a ver la rutina de las consultas desde una perspectiva positiva y recordar que todos sus esfuerzos serán recompensados con el logro de su objetivo
- Aconsejar a la pareja la importancia de estar juntos y apoyarse el uno en el otro, para poder afrontar el tratamiento con mayor fuerza. Dejar claro que no hay culpables y que el problema es de los dos, por lo que tienen que involucrarse ambos en las consultas y en el tratamiento.

(00161) Disposición para mejorar los conocimientos: técnicas de reproducción asistida

NOC

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase S: Conocimientos sobre salud

(1816) Conocimiento: fomento de la fertilidad

➤ (181621) **Opciones para revertir la esterilización**

Objetivo: La pareja conocerá y pondrá en práctica hábitos para potenciar su fertilidad y, así, facilitar el éxito del ciclo del tratamiento, desde conocimiento escaso a conocimiento sustancial, en un plazo de 15 días.

(1814) Conocimiento: procedimientos terapéuticos

➤ (181401) **Procedimiento terapéutico**

Objetivo: La pareja adquirirá información sobre todos los procesos de su tratamiento y de las intervenciones del personal de enfermería (finalidad de las consultas, pruebas para el diagnóstico de esterilidad, técnicas de reproducción asistida, recogida de muestras, etc.) de un nivel conocimiento escaso a conocimiento extenso, en un plazo de 15 días.

NIC

Campo 5: Familia

Clase W: Cuidados de un nuevo bebé

➤ (7160) **Preservación de la fertilidad**

La enfermera realizará las siguientes intervenciones:

- Informar acerca de los factores relacionados con la esterilidad: edad materna superior a 35 años, enfermedades de transmisión sexual, factores ambientales (radiación, productos químicos, estrés, infecciones, otros factores medioambientales y la rotación de turnos, etc.).
- Revisar los hábitos del estilo de vida que puedan alterar la fertilidad: tabaco, sustancias ilegales, consumo de alcohol, nutrición, ejercicio y conducta sexual. En caso de haber malos hábitos, aconsejar su abandono e informar sobre sus consecuencias en la producción de esperma.

- Aconsejar una vida saludable mediante una dieta equilibrada, ejercicio y sin factores estresantes.
- Informar sobre aquellos hábitos sexuales que pueden ejercer efecto adverso en el semen y el moco cervical: lubricantes, duchas vaginales antes, durante o después de la relación sexual, parar u orinar de inmediato a la relación, etc.

Campo 3: Conductual

Clase S: Educación de los pacientes

➤ (5618) **Enseñanza: procedimiento/tratamiento**

La enfermera realizará las siguientes intervenciones:

- Gestionar a la pareja todas sus citas e informar acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento, además de la duración estimada y las personas que participarán. Explicar el propósito del procedimiento y describir los pasos a seguir y las actividades previas.
- Obtener el consentimiento informado por ambos miembros de la pareja.
- Preparar el material necesario, que deberá estar en óptimas condiciones.
- Cooperar con el médico durante todo el procedimiento y participar en las de forma activa en las sesiones clínicas y en los debates del equipo, colaborando en la toma de decisiones.
- Tranquilizar y apoyar a la paciente durante las técnicas.
- En el examen físico, ayudar a la paciente a acostarse en la camilla y colocarla en decúbito supino o en posición ginecológica, según indique el médico, cubriéndole con una sábana para cuidar su privacidad.
- Informar sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que les informará.
- Instruir a la mujer sobre la autoadministración de la medicación: cómo cargar la jeringa, cómo realizar el preparado, la pauta horaria, dónde y cómo administrársela, etc.

Campo 5: Familia

Clase W: Cuidados de un nuevo bebé

➤ (7886) **Manejo de la tecnología reproductiva**

La enfermera realizará las siguientes intervenciones:

- Informar acerca de las diversas modalidades de tratamiento y las indicadas en su caso.
- Explicar las etapas del tratamiento: recogida de muestras, estimulación ovárica, unión de los gametos, transferencia del embrión...
- Realizar y programar las ecografías y analíticas de control necesarias durante la fase de estimulación ovárica.
- Explicar los riesgos e intentar evitarlos en todo lo posible (aborto, embarazo ectópico, hiperestimulación ovárica, hemorragia...). Enseñar los síntomas que deben notificarse cuanto antes.
- En la punción folicular, realizar la visita pre y post quirúrgica a la paciente, independientemente de la visita médica, para reforzar la relación de ayuda establecida anteriormente:
 - a. En la visita pre-quirúrgica, comprobar: cumplimentación de los consentimientos informados, adecuado cumplimiento de las pautas de medicación y ayuno y grado de ansiedad de la paciente.
 - b. En la visita post-quirúrgica, valorar el estado de la recuperación post-anestésica de la paciente, informar de los resultados de la intervención y explicar las recomendaciones y las pautas de tratamiento a seguir.
- Después de la transferencia embrionaria, realizar las pruebas de embarazo.

Campo 6: Sistema Sanitario

Clase a: Gestión del sistema sanitario

➤ (7820) **Manejo de muestras**

La enfermera realizará las siguientes intervenciones:

- Obtener la muestra de ovocitos requerida, de acuerdo con el protocolo. Hará que la realización de la captación de los ovocitos sea lo más cómoda y segura para la paciente.
- Enseñar al paciente las precauciones que debe de tener a la hora de recoger y conservar la muestra de semen:

- Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales entre 2 y 7 días antes de la recogida de la muestra.
 - No utilizar lubricantes ni preservativos para recolectar la muestra.
 - Efectuar la masturbación y eyaculación en un frasco estéril de boca ancha. Taparlo con cuidado. Anotar el momento en que se obtuvo.
 - Debe recoger la muestra completa. La muestra no será válida si no se recoge todo el eyaculado en el frasco.
 - Transportarla al laboratorio de inmediato. La muestra se debe analizar antes de que transcurra 1 hora después de la recolección. Mientras se transporta al laboratorio, mantener la muestra a temperatura del cuerpo, se coloca bajo el brazo o cerca del pecho. No se deben emplear fuentes artificiales de calentamiento o enfriamiento.
- Proporcionar el recipiente requerido para la muestra.
 - Hacerle sentir tranquilo y cómodo: la recogida de semen es una prueba tan normal como cualquier otra y no debe de sentir vergüenza.
 - Etiquetar la muestra con los datos adecuados (nombre y apellidos, fecha, hora, etc.), en presencia del paciente para transmitirle confianza y seriedad.
 - Sellar todos los recipientes de las muestras para evitar fugas y contaminaciones y asegurar que las muestras lleguen al laboratorio en las mejores condiciones.

RESULTADOS

A continuación se evalúa si los objetivos establecidos se han cumplido en el tiempo estimado:

Ansiedad relacionada con imposibilidad de poder concebir un hijo

- (121101) **Desasosiego**

La pareja disminuyó su inquietud sobre los resultados del tratamiento y de aquello a lo que desconocían, pero ese sentimiento no desapareció del todo. Aun así, su bienestar psicológico mejoró notablemente.

Este objetivo no fue alcanzado con éxito en toda su totalidad, pero tras las intervenciones planteadas, la pareja se mostró más animada y segura durante todo su proceso.

- (140204) **Busca información para reducir la ansiedad**

La pareja dejó de buscar información a través de sus amistades y del internet, aconsejada por su enfermera, y obtuvo fuentes fiables que disminuyeron su ansiedad y les hizo ver el tratamiento con mayor positividad e ilusión.

El objetivo fue alcanzado con éxito en el tiempo estimado.

Estrés por sobrecarga r/c demasiadas consultas

- (130210) **Adopta conductas para reducir el estrés.**

La pareja adoptó con éxito numerosas conductas aconsejadas por su enfermera para reducir su estrés: invirtieron el tiempo en ellos mismos, compartieron actividades de ocio y mientras permanecían juntos no hablaron del tratamiento. Las consultas se llevaron a cabo con tranquilidad y se consiguió que obtuvieran motivación y participaran activamente en su proceso.

El objetivo fue alcanzado con éxito en el tiempo estimado.

- (130218) **Refiere aumento del bienestar psicológico.**

La pareja refirió mejora en su bienestar psicológico. Durante las últimas semanas del tratamiento no presentaron ningún sentimiento negativo ni de culpa, refieren que vivieron esas semanas con ilusión y emoción. Comentaron que el equipo del centro de esterilidad les ayudó mucho, especialmente su enfermera, que les apoyó, escuchó y aconsejó durante todo el ciclo del tratamiento.

El objetivo fue alcanzado con éxito en el tiempo estimado.

- (130208) **Se adapta a los cambios en desarrollo.**

Ambos miembros de la pareja acudieron a todas las consultas juntos, cada vez más animados y motivados, y adaptándose a la rutina sintiéndose más relajados y menos estresados.

El objetivo fue alcanzado con éxito en el tiempo estimado.

Disposición para mejorar sus conocimientos: técnicas de reproducción asistida

- (181621) **Opciones para revertir la esterilización**

La pareja puso en práctica aquellos hábitos aprendidos gracias a las intervenciones planteadas, para potenciar su fertilidad, contribuyendo a lograr el embarazo con solo un ciclo de tratamiento.

El objetivo fue alcanzado con éxito en el tiempo estimado.

- (181401) **Procedimiento terapéutico**

La pareja adquirió toda la información necesaria acerca del tratamiento y las intervenciones de enfermería, despejando todas sus dudas e inquietudes sobre los procedimientos a los que serían sometidos.

El objetivo fue alcanzado con éxito en el tiempo estimado.

A fecha de hoy la pareja ha logrado el embarazo con tan solo un ciclo de ICSI.

DISCUSIÓN

La evaluación del presente caso clínico ha revelado que todos los objetivos establecidos fueron logrados, salvo el primero, que se alcanzó parcialmente, en el cual se planteó que la pareja dejase de sentir inquietud durante su proceso. Tras su reflexión, se justifica que por muchas intervenciones que realice la enfermera, la pareja siempre tendrá un cierto grado de preocupación e inquietud sobre si podrán conseguir el embarazo. No obstante, en general, se ha mostrado un gran éxito en el cumplimiento de todos los objetivos, los cuales fueron descritos con la intención de mostrar la intervención de la enfermería en este ámbito.

Con este trabajo se ha comprobado que las funciones de enfermería son numerosas e imprescindibles; gracias al apoyo de la enfermera, la pareja alcanzó mayor bienestar psicológico, reduciendo su temor a lo desconocido, ansiedad y estrés, y aumentó su grado de satisfacción con la vida, así como la probabilidad de éxito del tratamiento.

Se han encontrado numerosos estudios sobre la actuación de enfermería en los procesos de esterilidad, que refuerzan los resultados obtenidos del presente trabajo, por ejemplo, los datos obtenidos por el estudio de Terzioglu F demuestran la importancia de la función de asesoramiento realizada por el personal de enfermería en los centros de técnicas de reproducción asistida. En este estudio se crearon dos grupos de personas: se demostró que el porcentaje de parejas que consiguieron un embarazo fue mayor en el grupo que recibió la atención del personal de enfermería, ascendiendo al 43,3%. Además estos resultados también indicaron que las diferencias de los niveles de ansiedad y depresión alcanzan significación estadística en las pacientes con atención personalizada²³.

A pesar de que en este caso clínico los objetivos se alcanzaron con éxito, existen diferentes situaciones en las que las parejas abandonan su tratamiento por el proceso estresante al que están sometidos (las decepciones, los repetidos intentos, el paso de los meses, etc.) y un mal abordaje del personal sanitario, que no tiene en cuenta la importancia de integrar el factor psicológico en el plan de cuidados.

Conclusiones

En consecuencia, debiéramos reflexionar sobre estos hallazgos, y como enfermeros promover la calidad de vida de las parejas estériles, evaluándolas desde el primer contacto, momento en el que pueden detectarse desajustes emocionales y afectivos. Por otro lado, a pesar de que sean las mujeres las que presentan mayores consecuencias psicológicas, debe atenderse las necesidades específicas de cada miembro de la pareja, ya que cada parte puede sufrir procesos emocionales distintos y característicos del sexo al que pertenecen, mediante un abordaje integral y especializado.

Cabe destacar que la función de este colectivo debe ser reconocida por todos, dada su gran relevancia, para que se pueda desarrollar más este campo de trabajo con la finalidad de mejorar las actuaciones, y así, ofrecer una ayuda más eficaz y satisfactoria a las parejas que sufren estas situaciones tan problemáticas.

En resumen, el papel de la enfermera en la consulta de esterilidad es conseguir la adherencia terapéutica generando bienestar emocional y una buena calidad de vida, para lograr un embarazo con éxito mediante una asistencia integral y personalizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escalante Barboza K. Métodos de reproducción asistida: aspectos psicológicos. Med. leg. Costa Rica. 2003 Marzo; vol.20 (n.1).
2. Moreno Ochoa L, García Monserrat A, Jiménez Tolsada B. Consulta de Enfermería en Reproducción Asistida. Fertilidad. 2010 Septiembre-Octubre; 27(5).
3. Rodríguez VT. Universidad de Cantabria. [Online]. Available from: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-la-salud-de-la-mujer/materiales-de-clase-1/tema_6.2.pdf
4. Gaitero Martínez A. Perfil de las gestantes en la unidad de reproducción. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de obstetricia y ginecología; 2008.
5. Barco Díaz V, Quintero Caballero C, Reyes Pérez DA, C. Álvarez Figueredo DZ. El modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja. Revista Cubana de Enfermería. 2013 Abril-Junio; 29(2).
6. Gallardo Trujillo C, Salguero Cabalgante R. Factores relacionados con el incremento de la infertilidad. Metas Enfermería. 2014 Mayo; 17(4).
7. Duarte C, Joseh Florían D. Simposio: Fertilidad asistida en mayores de 38 años. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2012; 58(31-34).
8. Lete I, Martínez-Etayo M. La salud reproductiva: datos y reflexiones. Gaceta Sanitaria. 2004 Mayo; 18(1).
9. Gómez de la Torre M, Thomson Reuters AP. Técnicas de Reproducción humana asistida, desafíos del siglo XXI: una mirada transdisciplinaria. RDUCN. 2013; 20(1).
10. Fertilidad., R. y. (s.f.). RA. Obtenido de <http://www.reproduccionasistida.org/>
11. Pérez Martínez E, González Sánchez I, Lacalle Senent M, Rodríguez Armell M, Sánchez Ballesteros J. Técnicas de reproducción asistida. Educare21 2013; 11(10). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/>.
12. Fernández Marto B. Fundamentos de reproducción asistida de enfermería: Clínica Vistahermoso; 2005.

13. Moreno-Rosset C, Del Castillo Aparicio M, Ramírez-Uclés I, Martín Díaz MD. Estados emocionales y afectivos en infertilidad. *Psicología Conductual*. 2011; 19(3).
14. Olivius C, Friden B, et al. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? a cohort study. *Fertility and Sterility* 2004; 81(2):258-261.
15. SEF SEdF. Sefertilidad. [Online]. Available from: <http://www.sefertilidad.net>
16. Sentirypensar.com.ar. Sentirypensar.com.ar. [Online]; 2014. Available from: <http://www.sentirypensar.com.ar/nota530.html>.
17. Mié Re. lainfertilidad. [Online]; 2014. Available from: <http://www.lainfertilidad.com/noticias/cual-es-el-papel-de-la-enfermera-durante-un-tratamiento-de-reproduccion-asistida>
18. Calero Ricardo JL, Santana Pérez DF. La solución ante la infertilidad. Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento. *Revista Cubana de Endocrinología*. 2006; 17(2).
19. Fertilidadfemenina. fertilidadfemenina. [Online]; 2012. Available from: <http://fertilidadfemenina.com/emociones/afrentamiento-del-problema-y-estrategias>
20. García Batista Z, Cano Vindel A. Estandarización y validación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) en la población de República Dominicana. *SUMMA PSICOLÓGICA UST*. 2014; 11(2).
21. Moreno-Rosset C, Antequera Jurado R, Jenaro Río C. Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). *Psicothema*. 2009; 21(1).
22. Ortiz Movilla R, Acevedo Martín B. Reproducción asistida y salud infantil. *Pediatría Atención Primaria*. 2010 Octubre-diciembre; 12(48).
23. Fertilidadfemenina. fertilidadfemenina. [Online]; 2012. Available from: <http://fertilidadfemenina.com/informacion/funcion-del-personal-de-enfermeria>

ANEXO 1: ENTREVISTA

A continuación se adjunta la entrevista que se ha realizado a cada miembro de la pareja, para obtener información y así poder realizar una correcta valoración. El cuestionario está basado en los Dominios de Respuesta Humana (NANDA).

Datos personales

- Edad
- Estudios
- Situación laboral
- Residencia
- Apoyo familiar
- Historia médica general
- Antecedentes familiares
- Alergias
- Tratamiento habitual

Valoración por dominios (NANDA)

1. Promoción de la salud

- ¿Su régimen de vida ha tenido que cambiar recientemente? ¿Por qué?
- ¿Se siente capaz de llevar el régimen de vida que su nueva situación ha generado? ¿Por qué?
- ¿Cree que precisará ayuda para ello?
- ¿Consume algún hábito tóxico (tabaco, drogas, alcohol, exposiciones a alguna sustancia tóxica...) que pueda interferir en el tratamiento (mujer) o en la calidad del semen (varón)?

2. Nutrición

- ¿Peso habitual? ¿Lo ha modificado recientemente? ¿Por qué?
- ¿Altura?
- IMC (Índice de Masa Corporal)
- ¿Hábitos dietéticos?
- ¿Tiene sintomatología digestiva? En caso de ser afirmativo, ¿Puede ser debido al tratamiento hormonal, por ejemplo náuseas, vómitos, acidez, etc. (mujer)?
- ¿Cuántos líquidos ingiere al día?

3. Eliminación

- ¿Patrón urinario habitual? ¿Algún problema urinario desde que empezó con el tratamiento hormonal como incontinencia o retención (mujer)?
- ¿Patrón de evacuación habitual? ¿Algún problema intestinal desde que empezó con el tratamiento hormonal como diarrea o estreñimiento (mujer)?
- ¿Fórmula menstrual? ¿Intensidad? ¿Síndrome pre-menstrual? ¿Dolor? ¿Menarquia? ¿Antecedentes, problemas anteriores...? (mujer)

4. Actividad - reposo

- ¿Patrón habitual de sueño? ¿Sueño reparador? ¿Conciliación del sueño? ¿Ritual de conciliación del sueño?
- ¿Se siente habitualmente cansado?
- ¿Ansiedad, estrés...?
- ¿Última toma de constantes?
- ¿Realiza ejercicio? ¿Cuántas horas diarias?

5. Percepción - cognición

- ¿Conoce la causa de no poder tener hijos?
- ¿Conoce cuál es el tratamiento y el estilo de vida que ha de adoptar?
- ¿Conoce todo el proceso al que va a ser sometido? ¿Demuestra interés por su proceso?
- ¿Presenta dudas? ¿Recibe información? ¿Medios que utiliza para aprender?
- ¿Integra los conocimientos con facilidad?
- ¿Es capaz de llevar a cabo las indicaciones del personal?

6. Auto percepción

- ¿Expresa con facilidad sus sentimientos?
- ¿Se implica en la toma de decisiones?
- ¿Se muestra apático, pasivo, indiferente...?
- ¿Tiene antecedentes de periodos depresivos?
- ¿Concepto de sí mismo?
- ¿Sentimientos de culpa, tristeza, ira...? ¿Situaciones o personas que favorecen o provocan sentimientos negativos?

- ¿Depende excesivamente de las opiniones ajenas?
- ¿Cómo le influye en su proceso?

7. Rol – relaciones

- ¿Relación con su pareja?
- ¿Apoyo familiar? ¿Amistades?
- ¿Durante su proceso permanece acompañada?
- ¿Presión familiar?

8. Sexualidad

- ¿Duración de los intentos por concebir?
- ¿Estudios anteriores debidos a la esterilidad?
- ¿Hijos con otras parejas?
- ¿Abortos?
- ¿Enfermedades de transmisión sexual?
- ¿Métodos anticonceptivos?
- ¿Algún hábito sexual que dificulte la concepción, por ejemplo uso de lubricantes, duchas vaginales (mujer)?

9. Afrontamiento – tolerancia al estrés

- ¿Implicación personal en el suceso?
- ¿Expresa miedo o ansiedad por su proceso?
- ¿Cómo afronta su situación?

10. Principios vitales

- ¿Profesa alguna religión?
- ¿Signos que denoten sus creencias?
- ¿Pide o precisa ayuda espiritual?

11. Seguridad - protección

- ¿Las condiciones ambientales son adecuadas?

12. Confort

- ¿Presencia de dolor?
- ¿Establece relaciones personales con facilidad?
- ¿Cómo se adapta al entorno?
- ¿Está contento con la relación que mantiene con el equipo de salud de la consulta de esterilidad?

13. Crecimiento - desarrollo

- ¿Ha tenido hospitalizaciones repetidas?
- Desarrollo durante las etapas vitales vividas

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

A continuación, se adjunta el cuestionario que es proporcionado a cada miembro de la pareja, para evaluar su nivel de ansiedad y adaptación al estrés.

Apellidos y nombre.....Edad.....Sexo.....(V o M)
 Centro.....Curso / puesto.....Estado Civil.....
 Otros datos.....Fecha.....

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE VD. AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	N	A	B	M
1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descansado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

N (Nada) A (Algo) B (Bastante) M (Mucho)

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y senale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	C/n	A/v	A/m	C/s
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.....	0	1	2	3

C/n (Casi nunca) A/v (A veces) A/m (A menudo) C/s (Casi siempre)

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

A/E P D = 30+ _____ =
A/R P D = 21+ _____ =

ANEXO 3: TABLAS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

Se adjuntan los resultados del cuestionario STAI representados mediante dos gráficos; se observa una elevada ansiedad en ambos miembros, siendo mucho más notable en la mujer. Además, la ansiedad-estado (aquella producida por un estímulo estresante) es mayor que la ansiedad-rasgo (aquella que el individuo tiene habitualmente).

