



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**[CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES CON
DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA]**

Autor/a: Cristina Dueña Chamarro

Tutor/a: Reyes Velázquez Barbado



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

GLOSARIO DE TÉRMINOS:

- ASEBIR: Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción.
- ASESА: Asociación Española de Andrología.
- DGP: Diagnóstico Genético Preimplantacional.
- ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology
- FIV: Fecundación in Vitro
- FSH: Hormona Folículo Estimulante.
- GnRH: Hormona liberadora de Gonadotropina.
- IA: Inseminación Artificial.
 - IAC: Inseminación Artificial Conyugal
 - IAD: Inseminación Artificial de Donante.
- ICSI: Inyección intracitoplasmática.
- IMC: Índice de Masa Corporal.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- LH: Hormona Luteinizante.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- REM: Recuento de Espermatozoides Móviles.
- SEC: Sociedad Española de Contracepción.
- SEF: Sociedad Española de Fertilidad
- SHO: Síndrome de Hiperestimulación Ovárica.
- TRHA: Técnicas de Reproducción Humana Asistida.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

RESUMEN:

Las técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) tienen cada vez una mayor demanda en España dado que entre un 15 y un 18% de la población en edad fértil presenta algún tipo de discapacidad reproductiva. Los pacientes acuden a la consulta de reproducción si tras 12 meses (6 en algunos casos) de relaciones sexuales desprotegidas no han conseguido una gestación. A partir de este momento se inicia un estudio para determinar las causas de la esterilidad, y una vez conocidas comienza el tratamiento que variará en función de la patología y la edad de la pareja. El objetivo de este trabajo es dar a conocer cómo se desarrollan las distintas etapas del proceso de reproducción asistida, y cuáles son las competencias del personal de enfermería en cada una de ellas. Cabe destacar el apoyo emocional que prestan estos profesionales, pues deben hacer frente a sentimientos como la desesperanza, la culpabilidad, el enfado o la tristeza, y alteraciones del estado de ánimo como la ansiedad o la depresión. Además realizan la acogida de la pareja y la presentación de la unidad, colaboran en la realización de distintas pruebas, gestionan citas, ofrecen educación para la salud, etc., de forma que llevan a cabo una atención integral de los pacientes desde el inicio hasta el fin del tratamiento.

Palabras clave: esterilidad, reproducción asistida, cuidados de enfermería, desajuste emocional.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

ÍNDICE

1. Introducción.....	Pág.4
2. Objetivos.....	Pág.7
3. Metodología.....	Pág. 8
4. Desarrollo.....	Pág. 9
5. Conclusiones.....	Pág.23
6. Bibliografía.....	Pág.24
7. Anexos.....	Pág. 26



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

1.-INTRODUCCIÓN

Desde hace unas décadas se viene apreciando en España una disminución de la tasa de natalidad, siendo de 18.73‰ en 1975 y de 9.17‰ en 2014. Esto es debido a diversos factores socioculturales, entre los que destaca el retraso en la edad de maternidad, ya que se observa una notable variación en la edad media con la que la mujer tiene el primer hijo: en 1975 era de 25.24 años, pasando a 30.55 años en 2014¹. Dicho retraso en la edad de maternidad no supone una disminución en la voluntad de tener hijos, pero sí en la capacidad reproductora de la pareja, lo que provoca un descenso en la probabilidad de conseguir un embarazo y una mayor necesidad de recurrir a TRHA².

La probabilidad de que una pareja en edad reproductiva consiga una gestación está directamente relacionada con el tiempo que lleven manteniendo relaciones sexuales sin protección, de forma que el 85% de las parejas que desea un embarazo lo conseguirá durante el primer año, un 7% más durante el segundo año, y un 1% adicional durante el año siguiente^{3,4}. Es este el motivo por el cual se recomienda que aquellas parejas que busquen una gestación y no lo hayan conseguido durante el primer año inicien el estudio de esterilidad (ambos miembros)^{3,5}.

Según la OMS y la ESHRE la esterilidad es una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de una pareja para lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas^{6,7}. A pesar de que muchos especialistas las consideran sinónimos, es importante diferenciar esterilidad de infertilidad, ya que esta última es la situación en la que tras lograr una gestación no se consigue un embarazo viable debido a pérdidas gestacionales recurrentes⁵. Tanto esterilidad como infertilidad se consideran primarias cuando la pareja no ha tenido ningún hijo vivo, y secundarias en caso de que si lo tenga.

En España entre un 15% y un 18 % de la población en edad fértil, o lo que es lo mismo una de cada seis parejas, se enfrenta a algún tipo de discapacidad reproductiva; esto nos convierte en el tercer país europeo en número de tratamientos de reproducción asistida^{3, 5}. En los últimos años se está observando un aumento considerable de parejas con problemas reproductivos por lo que incluso se habla de epidemia de esterilidad^{3, 8}. Esta alteración puede estar causada por diversos factores que son: factor masculino (25-35%), factor tubárico (17-20%), endometriosis (5-15%), factor ovulatorio (25%), y



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

esterilidad de origen desconocido (hasta un 20%). Además la esterilidad puede tener una causa mixta, en la cual se pueden encontrar dos o más factores causales (20-60%)⁵.

El aumento de parejas con discapacidad reproductiva ha favorecido un gran desarrollo de las TRHA. Si bien desde la antigüedad se han buscado tratamientos para la esterilidad, las últimas décadas están marcadas por varios hitos que evidencian dicho desarrollo. Uno de los más importantes es el nacimiento de la primera niña del mundo conseguida mediante fecundación in vitro o FIV (Londres,1978), técnica que llegó a España unos años después (1984)³. Posteriormente se han ido sucediendo muchos otros avances como la criopreservación de embriones, inyección intracitoplasmática (ICSI), diagnóstico genético preimplantacional (DGP), ovodonación, vitrificación de ovocitos, etc.

La complejidad ética y jurídica de las TRHA hace que deban estar reglamentadas. La ley actual que regula estas técnicas en España es la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre TRHA⁹, que se encarga de resolver cuestiones como la elección del donante de semen, destino de embriones sobrantes, mujeres sin pareja masculina, parejas homosexuales, realización de DGP, etc. Además algunas comunidades autónomas como Andalucía, Castilla La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura y Galicia cuentan con normativas autonómicas^{3,8}.

El desarrollo de este trabajo se centrará en los cuidados de enfermería a parejas heterosexuales que precisan TRHA en el ámbito español, prestando especial importancia a los cuidados del área emocional y afectiva de los pacientes.

Cuando a una pareja se le diagnostica una discapacidad reproductiva, ambos miembros ven cómo su proyecto de vida se desvanece y pasan por una situación muy difícil de asimilar. El estudio, diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida irán acompañados en numerosas ocasiones de complicaciones psicológicas importantes; según un estudio las tasas de depresión en estos pacientes se asemejan a las de los pacientes oncológicos¹⁰. Debido al estrés emocional que ocasionan los TRHA ocho de cada diez parejas no los comienzan, o los inician pero no continúan con ellos³. Esta carga psicológica irá en función de la personalidad de la pareja, y de la intensidad y duración del tratamiento.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

Para hacer frente a estas complicaciones el equipo sanitario, principalmente el personal de enfermería, se encarga de la acogida de los pacientes y proporciona apoyo emocional y comprensión a la pareja, basándose en el respeto, la confianza y la confidencialidad¹¹. Sentimientos como la desesperanza, la culpabilidad, el enfado o la tristeza, y alteraciones en el estado de ánimo como la ansiedad y la depresión son una muestra de la psicopatología a la que hacen frente los profesionales de enfermería. Para ello debe crearse un ambiente terapéutico, encaminado a favorecer la expresión de sentimientos y dudas, desde el momento de acogida, y durante las diferentes fases del tratamiento, involucrando siempre a las dos partes de la pareja¹².

Otra forma de facilitar la comunicación con los pacientes es la atención telefónica, un recurso muy solicitado actualmente, e instaurado en casi todos los centros de reproducción asistida, mediante el cual los pacientes pueden resolver las dudas que surjan en cualquier etapa del tratamiento^{13,14}.

Dada la importancia que tiene el área emocional en los TRHA es importante que existan herramientas para evaluar el estado emocional y psicológico de la pareja. De esta forma se detectarán las alteraciones existentes en uno o ambos miembros, y se podrán poner en marcha intervenciones ajustadas¹⁴. Algunos de los instrumentos más utilizados son el "Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad" (DERA) que ofrece información sobre la existencia de desajuste emocional y sobre los recursos adaptativos¹⁵, el "Fertility Quality of life" (FERTIQOL) que valora la influencia de la infertilidad en distintas áreas de la vida¹⁶, y el "State-Trait Anxiety Inventory" (STAI) que mide la ansiedad estado y la ansiedad rango.

Pero el personal de enfermería no sólo cumple la función de apoyo emocional; a lo largo del desarrollo del trabajo veremos cómo en cada etapa del proceso estos profesionales realizan distintos procedimientos como la educación para la salud (educación, aprendizaje, etc.), monitorización de niveles hormonales, apoyo en los controles ecográficos, etc., sirviendo de enlace con el resto del equipo de reproducción asistida¹⁷.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

2.-OBJETIVOS

Principal:

- Conocer la importancia de los cuidados de enfermería en el campo de la reproducción humana asistida, especialmente aquellos que se centran en el área emocional y afectiva de los pacientes.

Secundarios:

- Analizar la situación de la infertilidad en España.
- Explicar el estudio de la pareja estéril, así como las técnicas diagnósticas utilizadas para evaluar su capacidad reproductora.
- Describir las TRHA más utilizadas en la actualidad, así como los procedimientos que se realizan en cada una de ellas, y la aportación de enfermería en los mismos.
- Exponer el sufrimiento emocional que padecen las parejas durante el TRHA, así como las habilidades de enfermería para disminuir estas alteraciones.
- Conocer la influencia del estilo de vida sobre la fertilidad.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

3.-METODOLOGÍA

Para desarrollar el trabajo "Cuidados de enfermería en pacientes con discapacidad reproductiva" y cumplir con los objetivos mencionados en el punto anterior, se ha realizado una revisión bibliográfica de las publicaciones de los últimos 10 años (2006-actualidad) relacionadas con este tema. Las fuentes documentales se citaron utilizando las normas Vancouver.

La mayor parte de la información se ha obtenido de sociedades científicas, principalmente de la SEF, referente en España en fertilidad y reproducción humana asistida. Los documentos utilizados han sido:

- Recomendaciones de la SEF con la colaboración de la ASEBIR, la ASES y la SEC.
- Libros elaborados por la SEF con la colaboración de sus Grupos de interés; en formato papel y electrónico.
- Artículos de la revista oficial SEF-ASEBIR.
- Consentimientos informados.
- Registro SEF, que organiza y coordina la recogida de datos de TRA en España.

Para completar la información, se realizó una búsqueda en bases de datos como Dialnet, Cuiden y Google Académico. Las palabras clave utilizadas fueron "reproducción asistida", "esterilidad", "infertilidad", "enfermería" y "cuidados". Los documentos elegidos fueron aquellos procedentes de fuentes españolas principalmente, debido a que el tema presenta variabilidad en función del país en el que se trate, y el trabajo estará dirigido al ámbito nacional.

Por último se consultaron otras fuentes para obtener más información:

- INE.
- OMS.
- ESHRE.
- Guía de Reproducción Humana Asistida del Servicio Andaluz de Salud.

El desarrollo del trabajo se llevó a cabo desde noviembre de 2015 a mayo de 2016; el cronograma se encuentra en el Anexo 1.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

4.-DESARROLLO

Una pareja acude a la unidad de reproducción asistida cuando durante 12 meses o más de relaciones sexuales desprotegidas no ha conseguido una gestación, o de conseguirla, ésta no llega a término³. Existen situaciones especiales en las que se podría adelantar el estudio a los 6 meses, por ejemplo⁵:

- Cuando la edad de la paciente es de 35 años o más
- Pacientes con trastornos de la fertilidad ya conocidos: malformación uterina, azoospermia, endometriosis conocida, pacientes sometidos a quimioterapia o radioterapia, patología genital o cirugía urogenital previa en el hombre, etc.
- Parejas infértiles, con antecedentes de más de dos abortos, hijos con anomalías congénitas, partos de fetos inmaduros, prematuros, etc.
- Pacientes que precisen diagnóstico genético preimplantacional.

La unidad de reproducción asistida cuenta con un equipo multidisciplinar integrado por ginecólogos, andrólogos, embriólogos, personal de enfermería, psicólogos, técnicos de laboratorio, y personal administrativo³.

En el momento en que una pareja llega a la unidad se le realizará un estudio de esterilidad en busca de un diagnóstico. Una vez conocida la causa de la esterilidad, y en función de ésta, se elegirá una u otra TRHA. A continuación se aplica la técnica adecuada, y concluido el tratamiento, se puede lograr o no la gestación. En cualquiera de los casos el equipo seguirá en contacto con la pareja para iniciar un nuevo tratamiento o para realizar un seguimiento del embarazo.

A pesar de que en este campo gracias al avance de la ciencia cada vez sea mayor el número de técnicas de reproducción, nos centraremos en la descripción de dos técnicas de reproducción asistida: la IA y la FIV/ICSI.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

I. ESTUDIO DE FERTILIDAD.

Cuando una pareja llega por primera vez a la consulta de reproducción asistida la ansiedad que presenta es alta¹². También pueden tener sentimientos de tristeza y desesperanza pues llevan un tiempo buscando una gestación que no consiguen⁹. El personal de enfermería debe recibirles, presentarles la unidad, tratar de reducir la ansiedad que puedan tener, mostrar empatía e intentar resolver todas sus dudas¹².

En este primer contacto, también es importante explicar a los pacientes algunas características de los tratamientos de fertilidad como son: la complejidad del estudio, que implica numerosas visitas durante el mismo, y por tanto desplazamientos (una gran parte de los pacientes tienen que viajar para acudir a la consulta de reproducción)^{10,17}. Asimismo se hablará con la pareja de las tasas de éxito de las distintas técnicas, y de la posibilidad de no alcanzar con ellas la gestación¹⁷. El personal de enfermería se expresará con palabras claras, y adecuadas al nivel educativo de los interlocutores para facilitar la comunicación.

El estudio de fertilidad comienza en la primera consulta, en la cual se realiza una anamnesis de la pareja, una exploración física de la mujer, y otras pruebas de las que se hablará más adelante. Dado que las causas de esterilidad pueden ser masculinas, femeninas o mixtas, a lo largo del estudio se realizarán pruebas diagnósticas a ambos miembros de la pareja^{4,8}. Durante todo el proceso el personal de enfermería se encargará de proporcionar apoyo emocional, y dará instrucciones sobre cómo acudir a las distintas pruebas, la duración de las mismas, la posibilidad de sentir dolor o molestias, etc. con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad y miedo a lo desconocido⁵.

Debido a las diferencias anatómicas y fisiológicas existentes entre hombres y mujeres, las pruebas realizadas durante el estudio variarán entre ambos, y será el estudio de la mujer más complejo y extenso.

Estudio básico de esterilidad en el hombre:

- **Anamnesis:** antecedentes familiares, enfermedades médicas, hábitos tóxicos, y antecedentes andrológicos (enfermedades genitales, disfunciones sexuales, etc.).
- **Exploración genital** en la que se comprueba que existe una virilización normal⁴.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

- **Seminograma:** Se trata de un análisis de los componentes del semen, el cual es recogido en condiciones determinadas⁵. Esta prueba muestra características del mismo como son la viscosidad, pH, movilidad, vitalidad, etc. En el estudio de infertilidad es necesaria la existencia de al menos dos seminogramas para obtener resultados objetivos. Además, para elegir la técnica de reproducción asistida más adecuada, se realiza un recuento de espermatozoides móviles (REM) mediante un proceso de capacitación⁴.

El personal de enfermería se encarga de dar instrucciones para la recogida del semen, que son las siguientes: abstinencia sexual de 3-4 días, producción del semen por masturbación, recoger todo el volumen de eyaculado en un recipiente de boca ancha, mantenerlo a temperatura templada, y entregarlo antes de una hora desde su recogida¹⁸.

- **Serología** para descartar VIH, lúes, hepatitis B y C. Se renovará cada 6 meses.

Estudio básico de esterilidad en la mujer:

- **Anamnesis:** se busca información de antecedentes familiares y personales (enfermedades, intervenciones quirúrgicas, hábitos tóxicos, etc.). También se detallarán datos ginecológicos como edad de la menarquía, tipo menstrual, frecuencia de relaciones sexuales, anticoncepción previa, historia obstétrica, etc.
- **Exploración clínica:** el personal de enfermería toma la tensión arterial, pesa y mide a la paciente y calcula su IMC. Además se realiza un examen ginecológico en el que se exploran mamas y genitales externos e internos.
- **Analítica:**
 - Hemograma y bioquímica
 - Serología: en la que se descarta sífilis, VIH y virus de la hepatitis B y C; tiene una validez de 6 meses. Además se realiza la determinación de la inmunidad frente a rubeola y toxoplasma.
 - Estudio hormonal en el que se valoran los niveles hormonales en distintas fases del ciclo menstrual: en el día 3 (fase folicular precoz) se miden los niveles de FSH, estradiol, andrógenos y LH. El día 21 (fase lútea media) se miden los niveles de progesterona y prolactina^{4,8}.
- **Cultivo de exudado vaginal:** para detectar el posible crecimiento de microorganismos.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

- **Ecografía transvaginal:** Se trata de una prueba que permite conocer la morfología uterina y la respuesta de los ovarios y las trompas a través de ultrasonidos. Con ella también se realiza un recuento de folículos antrales que miden la reserva ovárica.
- **Histerosalpingografía:** es un examen radiológico en el que se introduce un contraste a través del cuello uterino, el cual se extiende por la cavidad uterina y las trompas de falopio. Esto permite observar la forma y el tamaño de la cavidad uterina, así como el trayecto, movilidad y permeabilidad de las trompas de falopio³. Para realizar esta prueba es necesario tener en cuenta los años de la mujer, y el estudio del semen de su pareja⁴.

A lo largo del proceso diagnóstico los profesionales de enfermería colaboran en la realización de las distintas pruebas, y se encargan de la extracción de analíticas. También preparan documentación de las historias, se encargan de gestionar citas para el laboratorio, y otras peticiones que se generan en la consulta. Por último, programa las citas para la comunicación de resultados de las pruebas, y la elección del tratamiento más adecuado a cada pareja.

II. RESULTADOS

Una vez realizado el estudio, se obtienen los resultados y en la mayoría de los casos se identifica el origen de la esterilidad. Conociendo el diagnóstico se decidirá si tratar a la pareja con una u otra técnica para conseguir así una gestación, y se les citará para informarles sobre su situación. A pesar de que llegados a este punto las parejas conocen la posibilidad de tener un problema reproductivo, el momento de comunicar el diagnóstico es duro y delicado, y supone un gran impacto emocional para ellos^{5,10}.

Se trata de un momento en el que surgen numerosas dudas y esperanzas sobre el tratamiento que se les propone. Ante estas dudas el personal de enfermería aportará información considerando las características de los pacientes para facilitar la comprensión de la información. Además la pareja necesitará apoyo por parte del equipo sanitario, principalmente del personal de enfermería, ya que pueden aparecer sentimientos de culpa, miedo, rabia o tristeza, que disminuirán creando un ambiente terapéutico basado en la empatía, la confianza, el respeto, etc¹⁹.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

III. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Como ya se dijo, el avance científico ha hecho que exista un amplio abanico de tratamientos, a pesar de ello, en la actualidad las técnicas más utilizadas son la IA y la FIV/ICSI.

A lo largo del tratamiento se explicará a los pacientes todo lo que se va a realizar, adaptándonos a su nivel de comprensión, pues el objetivo del personal de enfermería es que la pareja adquiera la mayor información posible. Asimismo se tendrá una escucha activa de los sentimientos y emociones de los pacientes para que se sientan comprendidos, y puedan afrontar la situación de la mejor manera.

▪ Inseminación artificial

Es una técnica simple que consiste en depositar de forma artificial semen capacitado en el tracto reproductivo de la mujer (generalmente la cavidad uterina), facilitando así la unión de gametos⁵. Dependiendo de la procedencia del semen dividiremos en dos la inseminación artificial: si se trata de semen de la pareja, se denominará inseminación artificial conyugal (IAC), si por el contrario el semen es obtenido de un donante mediante un banco de semen, hablaremos de inseminación artificial de donante (IAD)⁸.

Para llevar a cabo un tratamiento de inseminación artificial, se deben cumplir varios criterios, que son^{4, 5}: adecuada reserva ovárica, la permeabilidad de al menos una de las trompas (comprobado mediante histerosalpingografía), edad de la mujer menor de 38 años, y tener una REM de al menos 5 millones. Cumpliendo esto, se indicará la inseminación artificial a pacientes con alteraciones leves y moderadas de la calidad seminal, ante la incapacidad de depositar semen en la vagina, en alteraciones del cuello del útero, disfunción ovárica y en esterilidad de origen desconocido²⁰. La mayor parte de las gestaciones mediante inseminación artificial se consiguen durante los 3 primeros ciclos⁵, siendo la tasa de éxito de un 12.6% por ciclo en los tratamientos con semen conyugal y de un 21% con semen de donante²¹. Las tasas de embarazo disminuyen notablemente a partir del cuarto ciclo.

A continuación se describe paso a paso cuál es el procedimiento que se lleva a cabo en la inseminación artificial:



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

- Estimulación ovárica: consiste en la estimulación de los ovarios con hormonas (generalmente gonadotropinas) para conseguir folículos de un tamaño apropiado (18 mm aproximadamente). Se inicia el día 3-5 del ciclo prolongándose durante los días suficientes para que los folículos estén maduros⁴. A lo largo de este proceso se llevará a cabo un control ecográfico y analítico para valorar el tamaño de los folículos ováricos y el espesor del endometrio, de manera que así se podrá ajustar la respuesta al tratamiento, y cancelar el ciclo si existiera una respuesta inadecuada⁵. En esta etapa el personal de enfermería tiene una labor educativa muy importante, pues se encarga de enseñar a la paciente cómo auto administrarse el tratamiento (zonas de punción, cómo realizarlo, complicaciones, etc.). También es competencia de enfermería la colaboración en los controles ecográficos y analíticos de este periodo.
- Inducción de la ovulación: cuando un número suficiente de folículos alcanza un tamaño igual o mayor a 18 mm, se administra una inyección de gonadotropina coriónica humana (HCG) subcutánea para desencadenar la ovulación⁴. Es importante que este procedimiento se haga a la hora indicada, ya que 36 horas después se realizará la inseminación artificial.
- Obtención de la muestra seminal y procesamiento¹⁸: el personal de enfermería explicará al paciente que el día de la inseminación debe recoger a la hora indicada la muestra seminal en las mismas condiciones que la muestra para el seminograma. Posteriormente se identificará, y se entregará al laboratorio para realizar una capacitación seminal y obtención de una suspensión rica en espermatozoides móviles. Si se trata de IAD la pareja es la encargada de elegir un banco de semen.
- IA: la paciente se colocará en posición ginecológica y acudirá a la consulta con la vejiga llena. Con un espéculo se expone el cuello del útero, y se limpia el flujo del orificio cervical con una torunda. A continuación se introduce la cánula en la cavidad uterina, y se deposita de forma rápida el semen. Por último, se retira la cánula lentamente. Todo el procedimiento se realiza de forma estéril y bajo supervisión ecográfica. Tras la inseminación la paciente permanece durante 10 minutos en reposo⁵.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

- Soporte de la fase lútea: la paciente se administra progesterona micronizada por vía vaginal para favorecer el desarrollo del endometrio y el proceso de implantación uterina del embrión. El personal de enfermería instruirá a la paciente sobre cómo debe auto administrarse la medicación, que será en forma de óvulos vaginales. Además recomendará llevar a cabo una vida normal, evitando grandes esfuerzos y situaciones estresantes. Los pacientes deben saber que las relaciones sexuales no están contraindicadas.

- FIV/ICSI

Se trata de una técnica de reproducción asistida cuyo objetivo es la unión de gametos de manera extracorpórea. Esta unión puede llevarse a cabo de dos formas: una es la fecundación in vitro propiamente dicha en la que se ponen en contacto los ovocitos maduros con los espermatozoides en condiciones ideales para que se produzca una fecundación espontánea; la otra es la ICSI⁵, un procedimiento que consiste en introducir un espermatozoide en cada ovocito, para conseguir la fecundación. En ambos casos se desarrollan in vitro los embriones, y se seleccionan los más adecuados para transferirlos al útero; el resto se criopreservan.

Se recurre a FIV/ICSI en aquellos casos en los que la mujer es mayor de 38 años, presenta obstrucción o ausencia de las trompas de falopio, en endometriosis severa, mala calidad ovocitaria o factor masculino severo. También serán subsidiarias de este tratamiento aquellas parejas que no lo hayan conseguido mediante inseminación artificial, necesiten DGP o vayan a utilizar muestras de semen valiosas (por ejemplo, de pacientes oncológicos) ^{4,8,20}. La elección de FIV o ICSI se decide valorando las circunstancias y las cualidades de los gametos en cada caso.

La tasa de éxito de la técnica FIV/ICSI oscila entre un 10 y un 40% de gestaciones por ciclo iniciado, dependiendo esta variación de múltiples factores²¹ como la edad de la mujer, la procedencia de los ovocitos, la calidad de los embriones a transferir, la calidad seminal, etc. También tiene una gran influencia en los resultados la técnica utilizada para la fecundación y el número de embriones a transferir.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

Para iniciar un ciclo de FIV/ICSI el ovario debe estar en **reposo**. Esto se consigue mediante un tratamiento que consiste en la administración de análogos o antagonistas de la GnRH con el objetivo de bloquear la hipófisis, evitando así la ovulación y luteinización precoz^{4,5,20}. Se comprueba la frenación mediante analítica y ecografía, y una vez conseguido el objetivo se podrá pasar a la siguiente etapa (estimulación ovárica).

El ciclo de FIV/ICSI tiene varias fases en común con la IA, que son la *estimulación ovárica e inducción de la ovulación*, la *obtención de la muestra seminal*, el *soporte de la fase lútea* y el *control de resultados*.

La **punción folicular** es una intervención quirúrgica ambulatoria que se lleva a cabo una vez que se ha producido la estimulación ovárica, 36 horas después de la inducción de la ovulación. Consiste en la extracción bajo control ecográfico de los ovocitos maduros a través de un sistema de aspiración. La técnica se realiza bajo sedación, y tiene una duración aproximada de 30 minutos^{4,20}.

Es importante que el personal de enfermería minimice el miedo y la ansiedad que presente la paciente antes de la intervención^{14,19}, informando de la duración de la misma, explicando en qué consiste, qué sentirá después del procedimiento, etc. Mientras se produce la punción folicular el varón deberá *recoger la muestra de semen*.

Una vez terminado el procedimiento la paciente permanecerá ingresada entre 2 y 4 horas. Al recibir el alta el personal de enfermería recomendará realizar reposo relativo, comida ligera, y tomar líquidos isotónicos. También explicará a la paciente que ante la aparición de dolor importante, fiebre, disminución de la cantidad de orina o hinchazón abdominal debe acudir a urgencias para descartar complicaciones⁵. La paciente iniciará también el tratamiento con progesterona micronizada⁴ (*soporte de la fase lútea*).

Una vez obtenidos los ovocitos y la muestra seminal, se llevará a cabo la **fecundación**, que en función de la técnica se realizará de una u otra forma, como se explicó anteriormente. El siguiente paso tras la fecundación consiste en **incubar los embriones** en un medio de cultivo especializado, durante un periodo variable de 2 a 6 días. Los pacientes serán informados a diario de la evolución de los embriones.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

La **transferencia embrionaria** es una técnica sencilla que consiste en depositar los embriones en el útero. El personal de enfermería recomendará a la paciente que acuda con la vejiga llena para facilitar el proceso. Los embriones seleccionados se colocan en un catéter que se introduce vía vaginal hasta la cavidad uterina donde se depositan lentamente. El proceso se realiza bajo control ecográfico. Tras la transferencia la paciente permanecerá 20 minutos en reposo, y podrá marcharse^{4,5}. El número de embriones a transferir será una decisión acordada entre el embriólogo, el ginecólogo y la pareja, teniendo en cuenta la calidad embrionaria, el motivo de la esterilidad, la edad de la paciente, etc. El número máximo por ley de embriones a transferir será de tres ^{4,9}.

Una vez realizada la transferencia el personal de enfermería recomendará a la paciente llevar a cabo su actividad habitual, evitando grandes esfuerzos y situaciones que provoquen estrés.

- Riesgos

Como la gran parte de los procedimientos sanitarios, las técnicas de reproducción asistida llevan asociados riesgos y complicaciones. Las parejas que recurren a estas técnicas son informadas de los mismos a través del consentimiento informado²², un documento en el que se explica en qué consiste la técnica, cuándo está indicada, los posibles riesgos, etc. Algunas de las complicaciones que pueden aparecer son:

- Gestación múltiple: es una complicación de los tratamientos de reproducción asistida que supone un riesgo para la salud materna y fetal; este riesgo aumenta cuanto mayor es el número de fetos⁴. El registro de la SEF de 2013 indica que fueron múltiples un 11.5% de los embarazos conseguidos por inseminación artificial, y un 22.9% de los logrados mediante FIV/ICSI^{21,22}.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO): se trata de una respuesta excesiva a los fármacos utilizados para la estimulación folicular (generalmente HCG), que provoca un cuadro clínico caracterizado por distensión abdominal acompañada de dolor, ascitis e incluso alteraciones de la función hepática y renal en los casos más graves³. Ante esta situación se interrumpe el tratamiento con HCG, y se suspende el ciclo. El SHO se da en un 0.0541% de los casos de IA, y en un 0.218% de los de



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

FIV/ICSI^{21,22}. Para disminuir la aparición de este síndrome, es importante realizar un seguimiento de las pacientes que siguen un tratamiento para la estimulación ovárica⁴.

- Embarazo ectópico: es aquel en el que el embrión no se aloja en la cavidad uterina, sino que lo hace en otras estructuras como son las trompas de falopio, el ovario, el abdomen, etc²². En la actualidad el porcentaje de embarazos ectópicos (1.1%) ha aumentado respecto a los últimos 30 años debido, entre otras causas, por el aumento de pacientes que recurren a técnicas de reproducción asistida⁴.
- Otras complicaciones que pueden aparecer en la IA y en FIV/ICSI son: infección del aparato genital femenino, alergias a los fármacos administrados en el tratamiento, o torsión ovárica.
- Además, en el caso de FIV/ICSI pueden darse otros riesgos²²:
 - Aborto: la incidencia de los mismos en embarazos conseguidos mediante FIV/ICSI es ligeramente superior a la que se da en embarazos espontáneos.
 - En los niños nacidos de FIV/ICSI puede aparecer aumentado ligeramente el riesgo de padecer defectos congénitos o alteraciones cromosómicas.
 - También pueden aparecer riesgos asociados a la punción folicular: imposibilidad de obtener ovocitos, hemorragia por punción de vasos o infección peritoneal.

IV. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO:

Una vez concluida la TRHA queda conocer si se ha logrado la gestación. En ausencia de menstruación, 15 días después de realizar la IA o la transferencia embrionaria la paciente debe realizar en su domicilio un test de gestación.

Desde que concluye el tratamiento hasta la realización del test, los profesionales de enfermería contactan telefónicamente con los pacientes para detectar posibles alteraciones físicas o emocionales, y ofrecer apoyo.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

- Si el resultado del test es positivo, la paciente acudirá a la consulta de reproducción de enfermería para realizar una determinación hormonal mediante analítica de HCG en sangre. Si el resultado de la analítica es positivo, a las 5-6 semanas de la inseminación o transferencia se realiza un control ecográfico de la gestación en el que se confirma la viabilidad del embarazo y el número de embriones⁵. El personal de enfermería dará instrucciones sobre el régimen de vida que debe llevar la mujer embarazada, resolverá las dudas que tenga y concertará nuevas citas para continuar el seguimiento del embarazo. Además se dará a la pareja apoyo emocional para afrontar la ansiedad y el miedo a una posible pérdida gestacional⁴. El equipo de reproducción se hace cargo de la paciente hasta que ésta sea derivada a su consulta de obstetricia y ginecología de referencia.
- Si el resultado del test de gestación es negativo, o aparece la menstruación, la pareja debe ponerse en contacto con el personal de reproducción asistida que les dará instrucciones sobre qué hacer (iniciar un nuevo ciclo, o iniciar el proceso de lista de espera) e indicará la suspensión del tratamiento con progesterona. En este momento es imprescindible el apoyo emocional a la pareja durante el proceso de duelo^{4,10,14}, a pesar de que ya conozcan la posibilidad de no lograr la gestación con el tratamiento. Para sobrellevar el resultado de la mejor manera posible, se darán recomendaciones como tener otros planes que eviten pensar en el resultado (quedadas con amigos, excursiones, etc.), evitar lugares donde haya niños, se hable sobre embarazo, parto, etc., y tener esperanza en sucesivos intentos⁵.

Si tras un número determinado de ciclos la pareja no consigue la gestación, se les debe plantear la posibilidad de llevar una vida sin hijos, sabiendo que el embarazo puede llegar en ocasiones sin TRHA^{11,14}. Es importante que la pareja ponga un límite de tiempo para los tratamientos, pues continuar podría dañar el vínculo entre ambos, e incluso tener repercusiones físicas y emocionales^{4,5}. Otra alternativa que se debe plantear es la adopción, y se aportará información sobre cómo llevarla a cabo.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

V. OTROS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ESTILO DE VIDA^{23,24}.

El estilo de vida que lleva una pareja tiene importantes repercusiones sobre su fertilidad, de manera que un buen asesoramiento sobre el mismo conseguirá unos mejores resultados en las TRA y un mayor número de gestaciones espontáneas. A continuación se exponen algunos de los factores modificables sobre los que el personal de enfermería debe incidir en los pacientes que se enfrentan a una discapacidad reproductiva¹⁷.

- **NUTRICIÓN Y PESO CORPORAL.**

A pesar de que no existe la "dieta de la fertilidad", se puede apreciar una relación entre la dieta y la reproducción. Enfermería explicará a los pacientes la importancia de seguir una alimentación saludable y variada, tomando como modelo la dieta mediterránea, de manera que queden cubiertas todas las necesidades nutricionales. Además se recomendará al varón un aporte adecuado de alimentos ricos en ácido fólico, vitaminas y omega 6 para mejorar la calidad seminal, y por otro lado, se incidirá a la mujer en el consumo de hierro y ácido fólico como prevención de patologías una vez conseguida la gestación.

Al igual que la dieta, el peso tiene relación directa con la reproducción debido, entre otros motivos, a la función endocrina del tejido graso. De aquí deriva la importancia de que aquellos pacientes con alguna discapacidad reproductiva alcancen un IMC normal (entre 20 y 25) antes de iniciar cualquier técnica de reproducción asistida, mejorando así la capacidad de lograr una gestación espontánea y aumentando la tasa de éxito de los tratamientos.

- El sobrepeso tiene repercusiones negativas sobre la salud reproductiva de la pareja ya que aumenta el síndrome de ovario poliquístico, produce alteraciones menstruales y abortos, disminuye la concentración espermática, produce disfunción eréctil, etc. Ante esta situación los profesionales de enfermería buscarán reducir el peso de los pacientes, recomendando una dieta hipocalórica, ejercicio físico moderado-intenso y apoyo psicológico (si fuera necesario).
- El bajo peso suele estar relacionado con una deficiencia de nutrientes, y un sistema inmunitario débil en hombres y mujeres. Además puede producir amenorrea,



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

alteraciones en la menstruación, complicaciones en el embarazo, etc. El personal de enfermería debe buscar un aumento de peso, y por tanto indicará a los pacientes ampliar las calorías de su dieta, y restringir su actividad si es posible.

- EJERCICIO FÍSICO

El ejercicio físico es beneficioso para la salud ya que previene numerosas enfermedades, pero en los pacientes que buscan una gestación mediante TRHA es importante tener en cuenta diversos aspectos. Una actividad física intensa puede tener efectos negativos sobre la fertilidad, por lo que el personal de enfermería recomendará que ésta sea moderada tanto en hombres como en mujeres antes de iniciar el tratamiento, evitando así alteraciones menstruales y en la estimulación ovárica, y logrando una mejor calidad seminal.

Además se recomienda disminuir el nivel de actividad durante la fase de estimulación para evitar la torsión ovárica; durante el resto del tratamiento están indicadas actividades como el yoga o la relajación para ayudar a reducir los niveles de estrés. Si se logra la gestación, se recomendará ejercicio físico aeróbico ya que disminuye las molestias típicas del embarazo y el estrés, y previene la hipertensión arterial y la diabetes.

- SEXUALIDAD¹⁴

Otro de los temas que debe ser tratado desde enfermería es la sexualidad. Cuando una pareja inicia una TRHA su sexualidad sufre cambios, y la función reproductiva pasa a ser el objetivo principal del sexo, dejando a un lado el erotismo y el placer. La pareja reduce la sexualidad al coito, programándolo en los días fértiles y llevándolo a cabo casi por obligación. Esto puede hacer que aparezca en el hombre disfunción eréctil, eyaculación precoz o retardada, etc., y en la mujer disminución de la lubricación, coitalgia o anorgasmia.

El personal de enfermería en colaboración con otros profesionales debe evaluar cómo ha afectado la discapacidad reproductiva a la sexualidad de la pareja y cuál es la relación que existe entre ambos miembros. Conocida la situación ofrecerá educación sexual a la pareja (fomentando la afectividad), aclarará todas las dudas y creencias falsas y fomentará la comunicación entre ambos para lograr la expresión e sentimientos.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

- HÁBITOS TÓXICOS.

Se denomina hábito tóxico al consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud, y que resulta a veces difícil de superar²³. Algunas de las sustancias que se consumen con mayor frecuencia, y que pueden tener efecto perjudicial sobre la fertilidad, son:

- **Café:** un consumo moderado de cafeína no tiene repercusiones negativas sobre la fertilidad ni sobre el éxito de las TRHA. Por el contrario, un consumo elevado aumenta el riesgo de sufrir un aborto por la vasoconstricción de las arterias uterinas.
- **Alcohol:** tiene importantes efectos negativos sobre la fertilidad, pues su consumo inhibe la ovulación, provoca trastornos menstruales, interfiere en la implantación, reduce la calidad y cantidad seminal, etc. Además tiene efecto teratógeno y aumenta el riesgo de morbilidad perinatal.
- **Tabaco:** contiene numerosas sustancias tóxicas que afectan a la fertilidad (disminuye el tamaño ovárico, reduce la tasa de implantación, disminuye la calidad y cantidad seminal, etc.) y a la tasa de éxito de las TRHA. Además una vez lograda la gestación aumenta el riesgo de aborto y tiene efecto teratógeno.

Cuando una pareja acude a la consulta de reproducción y uno o ambos de sus miembros se identifica como fumador y/o bebedor, el personal de enfermería recomendará abandonar o reducir el consumo, ofreciendo programas de ayuda para dejar de fumar y beber, así como todos los recursos que se encuentren disponibles. Además se recomendará evitar el consumo excesivo de café si se logra la gestación.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

5.- CONCLUSIONES

Se puede observar que en las últimas décadas la población española ha sufrido un importante aumento de parejas con discapacidad reproductiva a causa de diversos factores socioculturales, entre los que destaca el retraso en la edad de maternidad. Esta situación ha favorecido un mayor uso de TRHA, y por tanto un significativo desarrollo de las mismas.

Las unidades de reproducción tienen una trayectoria corta en la sanidad comparada con otras especialidades médicas; en ellas se necesita la unión de distintos profesionales (biólogos, ginecólogos, andrólogos, personal de enfermería, psicólogos, etc.) para cubrir las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de las parejas que precisan tratamiento.

La incorporación del personal de enfermería a estas unidades ha ocasionado importantes ventajas:

- Aumento de la satisfacción de los pacientes al ser atendidas sus necesidades de forma integral, especialmente aquellas que afectan al área emocional.
- Mejora en los resultados de las TRHA, ya que una buena educación en la auto administración de medicación, mejora la adherencia terapéutica, evita fallos y ciclos cancelados, por lo que contribuye a la rentabilidad del tratamiento.
- Disminución de las tasas de abandono del tratamiento: el contacto continuo que presentan estos profesionales con los pacientes (en consulta, mediante contacto telefónico, etc.) favorece la disminución de los niveles de estrés y ansiedad.
- Mayor tasa de éxito en los tratamientos de reproducción y mayor número de gestaciones espontáneas al ofrecer educación a los pacientes sobre un adecuado estilo de vida.
- Menor tiempo de espera, ya que la consulta telefónica permite el contacto con profesionales sanitarios, sin necesidad de citas prefijadas, y reduce las visitas al ginecólogo (lo que reduce su lista de espera) o a urgencias.

Las competencias enfermeras en el ámbito de la reproducción asistida son desconocidas por el resto de profesionales sanitarios, por ello considero que este trabajo puede servir para darles a conocer la importancia que tiene enfermería en el cuidado de parejas con discapacidad reproductiva.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2015. Indicadores demográficos básicos. [Consultado el 28 de diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1365>
2. Delgado M, Zamora F, Barrios L. Déficit de fecundidad en España: factores demográficos que operan sobre una tasa muy inferior al nivel de reemplazo. REIS [Internet]. 2006 [Consultado el 3 de enero 2016]; 115:197-222. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2166207.pdf.
3. Matorras Weinig R. Libro Blanco Sociosanitario. La infertilidad en España. Situación actual y perspectivas. Madrid: Imago Concept & Image Development; 2011.
4. Matorras R, Hernández J. Estudio y tratamiento de la pareja estéril. Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, la Asociación Española de Andrología y la Sociedad Española de Contracepción [Internet]. Madrid: Adalia; 2007 [Consulta el 28 de enero 2016]. Disponible en: <http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/completo.pdf>
5. Sociedad Española de Fertilidad. Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida. [Internet]. Madrid: SEF; 2011. [Consultado el 28 de enero 2016]. Disponible en: http://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf
6. Zegers-Hochschild F et al, en nombre de ICMART y la OMS. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida. Traducido y publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida [Internet]; 2010 [Consultado el 30 de enero 2016]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/
7. ESHRE. Assisted Reproductive Technology- Glossary [Internet]; 2015 [Consultado el 30 de enero 2016]. Disponible en: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-glossary.aspx>.
8. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Guía de Reproducción Humana Asistida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud; 2015.
9. Ley 14/2006 de 26 de Mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado, número 126, (27 de mayo de 2006).
10. Moreno A. Habilidades de comunicación en reproducción asistida (SEF). Barcelona: Edikamed; 2008.
11. Moreno A, Guerra D, Baccino G. Grupo de Interés de Psicología de la SEF. Importancia de los aspectos emocionales en los tratamientos de reproducción asistida. Madrid: Imago Concept & Image Development; 2008.
12. Castells-Ayuso P, Berenguer C, Sánchez P, Sánchez M. La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida en la reproducción asistida. Enferm Clin [Internet]. 2015 [consultado el 25 de febrero 2016]; 25 (3): 110-116. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-enfermera-como-apoyo-mejorar-90429934>



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

13. Moreno L, García A, Jiménez B. Consulta de Enfermería en Reproducción Asistida. Revista Iberoamericana de fertilidad y reproducción humana [Internet]. 2010 [consulta el 15 de febrero 2016]; 27(5): 426-434. Disponible en: [http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/trabajo_6\(9\).pdf](http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/trabajo_6(9).pdf)
14. Roca M, Giménez V. Manual de intervención psicológica en Reproducción Asistida. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
15. Jenaro C, Moreno-Rosset C. La evaluación psicológica en infertilidad: El "DERA" una prueba creada en España. Papeles del psicólogo [internet]. 2008 [consultado el 25 de febrero 2016]; 29 (2): 176-185. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1584.pdf>
16. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life tool: development and general psychometric properties. Hum. Reprod [internet]. 2011 [consultado el 25 de febrero 2016]; 26(8): 2084-2091. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137391/>
17. Sibón GM. Papel de las enfermeras en reproducción asistida: dimensión emocional. Metas Enferm. 2015; 18 (2): 60-67.
18. Brassesco M. Manual de Andrología de la Sociedad Española de Fertilidad [Internet]. Barcelona: Edikamed; 2011 [Consultado el 2 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.sefertilidad.net/docs/grupos/andro/manual.pdf>
19. Suárez N, Pascual R, Ruz E, Vera J. Abordaje del enfermero especialista en Salud Mental a parejas que se someten a Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Biblioteca Las Casas [Internet] 2010 [Consultado el 11 de marzo 2016]; 6 (3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0561.pdf>
20. Matorras R, Hernández J, Molero D. Tratado de Reproducción Humana para enfermería. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
21. Sociedad Española de Fertilidad. Registro de la Sociedad Española de Fertilidad: Técnicas de reproducción asistida (IA y FIV/ICSI) [Internet]. Madrid: SEF; 2013 [Consultado el 2 de marzo 2016]. Disponible en: https://www.registrosef.com/public/Docs/sef2013_IAFIV.pdf
22. Sociedad Española de Fertilidad [Internet]. Madrid. 2015 [consulta el 25 de marzo 2016]. Consentimientos informados. Disponible en: <http://www.sefertilidad.net/index.php?seccion=biblioteca&subSeccion=consentimientosESP>
23. Sociedad Española de Fertilidad. Estilo de Vida y Fertilidad. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
24. Velázquez R, Cristóbal C, Mir I. Fertilidad y cuidados, guía de cuidados de enfermería. 2ª ed. Sociedad Española de Fertilidad; 2016.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD REPRODUCTIVA.

ANEXO 1: CRONOGRAMA

OCTUBRE-2015						
L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVIEMBRE-2015						
L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

- 18 de noviembre: Elección del tema
- 25 de noviembre: 1ª tutoría

DICIEMBRE-2015						
L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

- 15 de noviembre: 2ª tutoría.

ENERO-2016						
L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

- 20 de noviembre: 3ª tutoría.

FEBRERO-2016						
L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

- 22 y 23 de febrero: Visita a las consultas de reproducción asistida (HCUV).
- 26 de febrero: Taller-seminario TFG.

MARZO-2016						
L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

- 31 de marzo: 4ª tutoría.

ABRIL-2016						
L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

- 20 de abril: 5ª tutoría.

MAYO-2016						
L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

- 4 de mayo: 6ª tutoría

JUNIO-2016						
L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

- Búsqueda Bibliográfica
- Desarrollo de la información
- Elaboración de la presentación
- Periodo de entrega y exposición