

ENFERMERÍA
MATERNO
INFANTIL I

PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA. LA PAREJA ESTÉRIL



Carmen Ainara Donat Hernández
Clara Grau García
Laura Mallol Boix
Marta Lluch Atanes
Pilar Gualda Rodríguez
Susana Hinarejos Parga

EUE La Fe | Profesora: María José Alemany

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
Aspectos socioculturales ante las dificultades reproductivas	2
Aspectos emocionales de la infertilidad	2
Aspectos psicológicos	3
CAUSAS MASCULINAS Y FEMENINAS DE LA INFERTILIDAD	3
Causas de esterilidad femenina	3
Edad avanzada	3
Factor tubo-peritoneal	4
Desórdenes ovulatorios	4
Ovarios poliquísticos	4
Endometriosis	5
Otros factores de riesgo	6
Causas de infertilidad masculina	6
Alteraciones del tracto genital	7
Alteraciones de la producción del semen	7
TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA	8
Inseminación Artificial	9
Fecundación in Vitro / ICSI	9
Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)	12
Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)	12
TABLAS NIC-NOC	13
GLOSARIO	15
BIBLIOGRAFÍA	17

INTRODUCCIÓN

El estudio de la pareja estéril es un proceso largo y complejo. Implica el enfoque de ambos miembros de la pareja para determinar las posibles causas que contribuyen a la infertilidad y la aplicación de uno o varios tipos de tratamiento, con frecuencia, por un período de meses o incluso años.

Dicho problema representa para la pareja una gran carga emocional y económica, que se agrega a los problemas sociales asociados con la infertilidad. Eso significa que una buena relación del equipo sanitario con ambos, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, está estrechamente relacionada con el buen curso y desenlace del tratamiento.

Aspectos socioculturales ante las dificultades reproductivas

La historia de la esterilidad va de la mano con la historia de la humanidad misma. Ya desde el Nuevo Testamento se señala que la mujer estéril era despreciada y repudiada por su esposo y por toda la sociedad.

En la antigua Mesopotamia al varón le era permitido adquirir una segunda mujer cuando la primera era estéril. Y en la Grecia clásica, la esterilidad era producto de la cólera de los dioses.

Fue necesario que se hiciera luz en torno de la reproducción para que se aceptara que el hombre también podía estar comprometido.

La mayoría de las parejas humanas que contraen matrimonio espera tener hijos; no porque la reproducción sea el propósito básico del matrimonio como antes se pensaba, sino porque ven en los hijos el resultado objetivo de su amor. Éstos representan una proyección de los padres, una garantía de la perpetuación de sus genes y su apellido.

La sociedad sigue considerando la infertilidad como un tabú. Muchas parejas ocultan su problema a los familiares y conocidos, debido a la presión que sienten desde el exterior por la búsqueda de descendencia.

Aspectos emocionales de la infertilidad

Tras la identificación del problema, se abre un abanico de posibles procedimientos que pueden ayudar a hacer realidad el sueño de ser padres. Pero hasta que se llega a dar el paso, muchas parejas viven con una angustia contenida ese deseo que no se materializa. La aparición de sentimientos de tristeza, de ira, de culpabilidad, y de frustración sorprende y asusta. En la mayoría de las ocasiones se vive con silencio familiar y social este problema, pensando que algo tan personal y privado es propiedad de la pareja. De ahí la dificultad en la toma de decisión de acudir a un especialista, y de contar y compartir con terceros su intimidad personal, emocional y sexual.

Ante este bombardeo de sentimientos se sorprenden a si mismos, poniendo diferentes excusas para no acudir a algunos acontecimientos sociales o familiares, de antiguos compañeros o amigos que por la edad ya han formado una familia con niños; y por otro lado, se ven asaltados por la infinidad de bebés, carritos, mujeres embarazadas, familias adoptivas, que les hace sentir que ellos son los únicos que no lo han conseguido y lo injusto de la situación que viven.

Aspectos psicológicos

Desde el punto de vista personal, la infertilidad a menudo se acompaña de una sensación de culpa, a causa de haber pospuesto la maternidad hasta edades mayores por motivos personales; con el uso de anticonceptivos (mito bastante extendido en la sociedad); o previamente haber provocado un aborto y al decidir buscar un bebé no lograrlo.

Al determinarse la causa del problema de infertilidad, suele culparse a alguno de los miembros de la pareja.

Diferentes estudios confirman que en el curso del tratamiento, ambos miembros, y en especial la mujer, tiene una elevada incidencia de ansiedad, depresión, angustia, irritabilidad e impotencia, debido a la todavía presente presión social que sufre, sobre la que se ha volcado la responsabilidad de la infertilidad.

Muchos varones asocian de forma errónea la fertilidad a su masculinidad. Cuando se encuentran sometidos a un estudio por infertilidad, con frecuencia reaccionan con rechazo o agresividad ante el equipo médico, lo cual debe comprenderse y entenderse como un mecanismo de defensa ante la ansiedad. El estrés y la ansiedad se demuestran además por la alta incidencia de disfunciones sexuales temporales en estos pacientes.

Las consecuencias pueden ser desde separaciones o rupturas de la pareja, suspensión y abandono del tratamiento hasta resignación a no tener hijos.

A esto se agregan los dilemas éticos, morales, religiosos y legales que surgen de tomar decisiones sobre embriones.

CAUSAS MASCULINAS Y FEMENINAS DE LA INFERTILIDAD

Causas de Esterilidad Femenina.

Constituyen el 30% de las causas de la infertilidad en la pareja.

Un 80% de los casos de esterilidad femenina se debe principalmente a estas causas:

Edad avanzada

A partir de los 35 años el potencial reproductivo de la mujer disminuye y después de los 40 años, la posibilidad de embarazo por mes es menor del 10%.

Factor tubo-peritoneal

Predomina en un 25% de los casos. Este problema consiste en una alteración de las trompas de Falopio.

El daño de las trompas parcial, por una adherencia, o completo (obstrucción tubárica) impedirá el transporte y como consecuencia no se producirá la fecundación.

El daño tubárico puede producirse por infecciones que ascienden desde el cuello uterino hacia las trompas (ej.: EIP o Enfermedad Inflamatoria Pélvica), o bien por continuidad desde la cavidad abdominal (por ejemplo la peritonitis).

Los gérmenes más frecuentemente implicados en la EIP son Gonorrhea, Clamydia y otros patógenos que producen una reacción inflamatoria que provoca cicatrización anómala, la cual no permite el buen funcionamiento de las trompas. Se estima que con un episodio de enfermedad pélvica aguda habrá un 30% de esterilidad, con dos un 50% y con tres hasta un 70%.

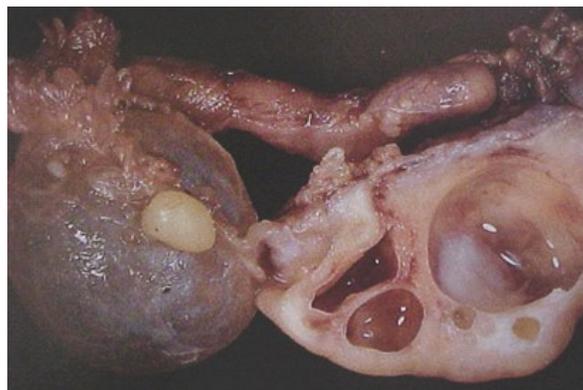
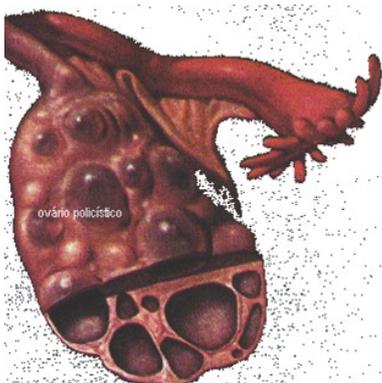
Otro tipo de factores que causan bloqueo tubárico son la cirugía pélvica anterior que haya producido fenómenos de adherencias a nivel tubárico o la endometriosis.

Si la trompa retiene líquido (hidrosalpinx), se convierte en una fuente potencial de infecciones crónicas.

Desórdenes ovulatorios

Constituyen la causa más frecuente de infertilidad femenina (25%) y se producen como consecuencia de desequilibrios hormonales o porque hay mal desarrollo ovárico. Es de las causas de esterilidad de mejor pronóstico una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento. Aproximadamente un 35% de mujeres en algún momento de su vida presenta anovulación. El origen de la alteración hormonal puede estar en el hipotálamo, hipófisis, o en el ovario mismo. Entre los factores determinantes de esta situación estarían el estrés, la pérdida o ganancia de peso importante, excesiva producción de prolactina y los ovarios poliquísticos.

Ovarios poliquísticos

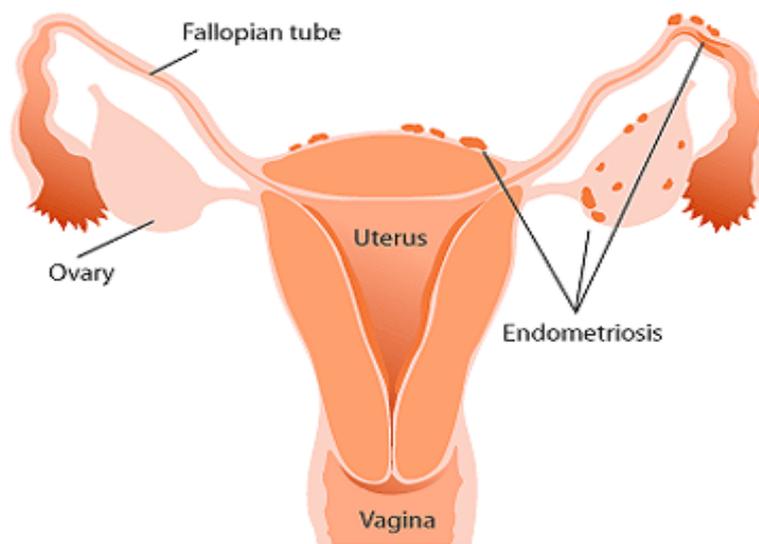


Alrededor de un 20% de mujeres tienen ovarios poliquísticos (OPQ). Este tipo de ovarios presentan un incremento de pequeños quistes (folículos antrales) en la superficie del mismo. Sin embargo hay un gran número de mujeres con OPQ que no tienen problemas para ovular y quedarse embarazadas.

En algunas mujeres, el tener OPQ viene acompañado por el “Síndrome de ovarios poliquísticos” (SOPQ).

En estas mujeres el desorden hormonal implica ciclos menstruales irregulares o incluso la amenorrea; por lo tanto, tendrán problemas para quedarse embarazadas por la falta de ovulación.

Endometriosis



Un 35 % de las mujeres estériles la presentan.

La endometriosis aparece cuando parte del tejido que normalmente se encuentra tapizando el útero, aparece en otros órganos: ovarios, trompas, intestino, vejiga, peritoneo y, en ocasiones, en órganos más distantes como los pulmones. Puede afectar a toda mujer con menstruación, incluso en las más jóvenes.

Es importante señalar que en la mayoría de las mujeres con endometriosis están presentes síntomas como: dismenorrea cada vez mayor y que, en general, no cede a tratamientos habituales; menstruaciones alteradas en cantidad ya sean abundantes o escasas; esterilidad y coitalgia. Puede cursar también con quistes de sangre en los ovarios, llamados quistes chocolate por su aspecto marronáceo.

No está claro porqué la endometriosis leve o moderada se asocia con esterilidad, pero se sugiere que es la afectación de la funcionalidad de las trompas la que se ve afectada por el componente inflamatorio y cicatricial del tejido endometriósico. No obstante, es también frecuente la presencia del factor hereditario familiar y la posibilidad de una mala calidad ovocitaria.

Otros factores de riesgo

- Miomas
- Enfermedades de transmisión sexual
- Enfermedades crónicas como diabetes, cáncer, enfermedad del tiroides, asma o depresión
- Toma de medicación como antidepresivos o esteroides
- Obesidad con índice de masa corporal > 30
- Bajo peso

Causas de Infertilidad Masculina

Con el varón debe realizarse una completa entrevista donde se recogen los posibles antecedentes que pudieran afectar a la fertilidad (trabajo, hábitos, enfermedades, intervenciones quirúrgicas, etc.), así como la presencia de problemas de tipo psicosexual (impotencia, eyaculación retrógrada, eyaculación precoz, frecuencia sexual y otros).

El hombre es responsable fundamental de la infertilidad en un 30 % de los casos. Para estudiar la fertilidad masculina se lleva a cabo un análisis de las características del semen (seminograma). En este se obtiene información acerca de su acidez, volumen, concentración de espermatozoides, su motilidad y forma.

Un resultado normal sería:

- **Volumen** → 2 ml o más
- **Ph** → 7'2 – 8'1
- **Concentración** → 20 millones de espermatozoides/ml
- **Motilidad** → 50% de espermatozoides con un movimiento correcto y un 25% de motilidad rápida
- **Morfología** → 30% de formas normales
- **Vitalidad** → 75 % o más de células vivas
- **Leucocitos** → menos de 1 millón/ml

Generalmente se obtiene mediante masturbación:

1. En la clínica, donde se debe disponer de un ambiente adecuado, con medios audiovisuales (revistas y vídeos) apropiados.
2. Fuera de la clínica, en cuyo caso debe ser entregado al personal de enfermería antes de que transcurra una hora desde la toma de la muestra.

En los casos que el paciente no desee obtener la muestra mediante masturbación, ésta puede recogerse mediante el uso de preservativos ausentes de espermicidas, a partir de un coito.

Se recomienda tener aproximadamente 3 días de abstinencia sexual antes de recoger el semen, ya que los resultados del espermograma varían tanto si se ha eyaculado poco tiempo antes como si se lleva una semana o más sin hacerlo.

En términos generales, la función reproductiva masculina requiere de una función sexual (erección y eyaculación) y una función espermática (espermatozoides) normales. Las principales alteraciones serían:

Alteraciones del tracto genital

Imposibilidad de depositar el semen en el fondo de la vagina durante el coito (impotencia eréctil, ausencia de eyaculación).

Cabe destacar la situación anómala del meato urinario, ya sea por debajo de su ubicación normal (hipospadias) o por encima (epispadias), las curvaturas muy pronunciadas del pene o una gran disminución del mismo y la obesidad extrema. Los problemas graves de la erección, la eyaculación muy rápida o muy retrasada y otros problemas en la eyaculación (eyaculación hacia la vejiga urinaria o ausencia de eyaculación) también pueden impedir el depósito adecuado de los espermatozoides en la vagina.

Alteraciones de la producción del semen

Disminución de la cantidad y/o calidad de los espermatozoides.

Se dividen en diferentes trastornos según la causa que afecta a los espermatozoides:

- Oligozoospermia: Baja concentración de espermatozoides.
 - Oligozoospermia moderada: cuando el semen contiene entre 10 y 20 millones de espermatozoides por mililitro de semen.
 - Oligozoospermia severa: cuando el semen contiene entre 100.000 y 10 millones de espermatozoides por mililitro de semen.
- Criptoospermia: Muy pocos espermatozoides (menos de 100.000/ml).
- Azoospermia: El semen no contiene espermatozoides.

Esto es debido a problemas en la producción de los mismos a nivel de los testículos. Sus causas fundamentales pueden hallarse a nivel de la hipófisis e hipotálamo, que producen las hormonas que regulan la formación de espermatozoides. También puede deberse a alteraciones genéticas o a problemas en los testículos: falta de desarrollo, desarrollo anómalo (déficit de descenso a la bolsa escrotal, criptorquidia) traumatismos, infecciones de transmisión sexual, tumores, exposición a productos tóxicos, quimioterapia y radioterapia, etc.

Los espermatozoides pueden a su vez estar ausentes o muy disminuidos en el semen por obstrucciones en la vía por la cual transcurren, en su trayecto desde los testículos hasta la uretra. Las posibles causas son: ausencia de parte de los

conductos (asociado frecuentemente al gen de la fibrosis quística), inflamaciones, tumores, traumatismos, lesiones quirúrgicas involuntarias, vasectomía, etc.

Otros trastornos que pueden afectar a los espermatozoides son:

- Astenozoospermia: Los espermatozoides presentan poca movilidad.
- Necropermia: Los espermatozoides carecen de movilidad.
- Teratozoospermia: Los espermatozoides presentan baja proporción de formas normales.

Estas alteraciones pueden ser debidas a: infecciones, alteraciones inmunológicas (aglutinación espermática), fragmentación del ADN del espermatozoide, fenómenos de oxidación, varicocele, etc.

Hay muchas otras causas que pueden afectar al número y a la calidad de los espermatozoides. Entre ellas cabe citar enfermedades importantes como la diabetes, las alteraciones del tiroides, la insuficiencia renal y hepática; así como la toma de determinados fármacos (que pueden tener efectos negativos sobre las hormonas, sobre la esfera sexual, sobre el testículo, etc.), drogas, tabaco y situaciones de estrés.

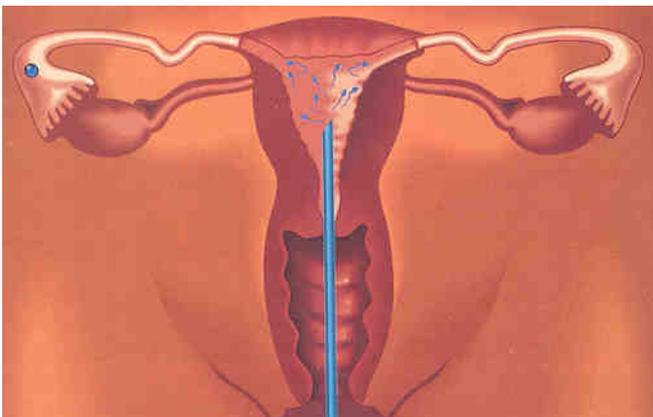
Hay que tener en cuenta que los espermatozoides y las células precursoras de los mismos son altamente sensibles y se afectan muy fácilmente por muchos factores difíciles de determinar en un gran número de ocasiones.

Por último se ha de comentar que el 20% de las causas de infertilidad en la pareja corresponde a causas mixtas o combinadas, en las cuales los dos son responsables; por ello, la colaboración de los dos miembros es fundamental.

El otro 20% de las causas llega a ser inexplicable, aunque esto no significa que no haya una razón para explicar la esterilidad, sino que la causa no se ha podido identificar.

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Inseminación Artificial



La inseminación artificial es una sencilla técnica que consiste en el depósito de forma artificial del semen en el tracto reproductor femenino. Lo más frecuente es realizarlo en el interior de la cavidad uterina; de esta manera se intenta acortar la distancia que separa óvulo y espermatozoide y facilitar el encuentro entre ambos.

Para que la inseminación artificial tenga éxito es imprescindible que al menos una de las trompas de Falopio se encuentre permeable. Además, el semen del varón debe cumplir unos parámetros seminales mínimos.

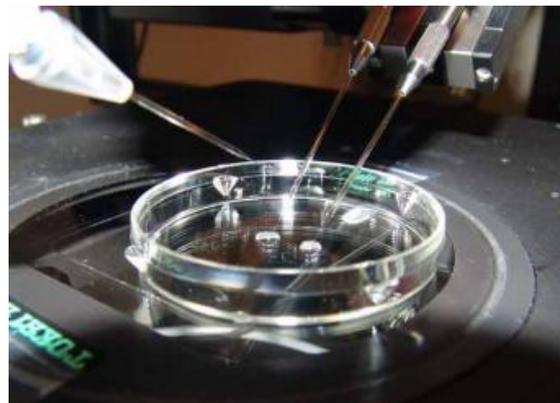
El tratamiento de inseminación artificial consta de tres fases:

1. **La estimulación del ovario con hormonas unido a la inducción de la ovulación.** Aunque la inseminación artificial puede hacerse aprovechando un ciclo natural (sin estimulación ovárica), la estimulación ovárica con hormonas lleva consigo el desarrollo de varios folículos que tras la inducción farmacológica de la ovulación permite disponer de más de un óvulo para ser fecundado de forma natural; y por tanto, aumenta el riesgo de embarazo múltiple, que suele ser gemelar y se sitúa en torno a un 15%.

2. **La preparación del semen.** Consiste en seleccionar y concentrar los espermatozoides móviles, ya que la baja movilidad de éstos es uno de los factores que puede afectar negativamente a la consecución de un embarazo. Para ello se procesan las muestras mediante técnicas de capacitación o preparación seminal. Con estas técnicas de lavado y capacitación, se eliminan del eyaculado restos celulares y espermatozoides muertos, inmóviles o lentos.

3. **La inseminación en sí (realizada en la consulta).** No es preciso aplicar ningún tipo de anestesia ni resulta dolorosa. La inseminación se suele realizar durante dos días seguidos tras haber inducido la ovulación. Para cada una de las veces habrá que proveer al laboratorio con una muestra seminal. Una vez preparada la muestra, se deposita con una cánula especial dentro del útero. Tras ser depositado el semen, la mujer deberá permanecer unos minutos en reposo.

Fecundación in Vitro / ICSI



La Fecundación In Vitro (FIV) es la unión del óvulo con el espermatozoide en el laboratorio, con el fin de obtener un número apto de embriones disponibles para transferir al útero materno.

Es una alternativa válida cuando han fallado tratamientos previos, como la Inseminación Artificial, y necesaria en casos de factor masculino severo y factor tubárico (trompas de Falopio obstruidas), entre otros.

La inseminación de los ovocitos puede llevarse a cabo mediante dos técnicas:

- La FIV convencional: que consiste en colocar en la placa de cultivo un ovocito rodeado de espermatozoides.
- La Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI): donde se introduce un espermatozoide vivo seleccionado dentro del ovocito mediante punción del mismo con la ayuda de una pipeta. Esta técnica está indicada en casos de factor masculino muy severo, fallos de fecundación previos con FIV, fallos de tratamientos previos de Inseminación Artificial, situaciones en las que disponemos de un número limitado de ovocitos, cuando los espermatozoides tienen dificultades para penetrar en el ovocito o cuando el recuento de espermatozoides es muy bajo.

Las tasas de éxito de la FIV/ICSI se han ido incrementando en los últimos años gracias a los avances científicos y mejoras de las condiciones de laboratorio, ofreciendo una mayor posibilidad de gestación a las pacientes.

El procedimiento consta de varias fases:

1. **Evaluación personalizada de cada paciente.** Ésta determina su edad, reserva ovárica, índice de masa corporal, antecedentes personales y ginecológicos, etc.
2. **Estimulación del ovario con gonadotropinas.** Las gonadotropinas inducen el crecimiento de un mayor número de folículos teniendo, por tanto, mayor número de ovocitos.

Hay que tener en cuenta que no todos los ovocitos van a dar lugar a embriones de buena calidad, y por ello tenemos que partir con un mayor número de ovocitos.

El tratamiento viene a durar entre 12 y 20 días, en función del protocolo utilizado y de la velocidad de respuesta de cada mujer. Durante el mismo, se realizarán ecografías seriadas (unas 3 ó 4) y determinación de estradiol en sangre para comprobar que el crecimiento y la evolución de los folículos es el adecuado.

En algunos casos puede ocurrir que la paciente responda exageradamente a la estimulación, produciendo muchos folículos y dando lugar al Síndrome de Hiperestimulación Ovárica.

3. **Punción folicular.** Se realiza cuando los folículos han alcanzado el tamaño correcto y hay disponibles un número adecuado de ovocitos, 36 horas después de la administración de una inyección de hCG que induce la maduración ovocitaria final.

La punción se realiza en quirófano y bajo sedación, con el fin de que la paciente no sienta ningún tipo de molestias durante el procedimiento, cuya duración es de aproximadamente 10-15 minutos. Ésta se hace por vía vaginal, guiada por ecografía, y a través de una aguja fina conectada a un sistema de presión negativa, se aspiran todos y cada uno de los folículos, obteniendo de este modo los ovocitos que hay en su interior. Tras el procedimiento, la paciente estará en observación aproximadamente una hora y después podrá ser dada de alta.

4. **Cultivo embrionario en laboratorio.** Los embriones resultantes serán observados en el laboratorio día tras día, y serán clasificados según su morfología y capacidad de división. Algunos embriones pueden llegar a bloquearse en su desarrollo, y serán descartados al ser considerados no viables.

Lo más frecuente es realizar la transferencia en el día 3 del desarrollo embrionario, aunque en algunas ocasiones se prolonga el cultivo hasta el estadio de blastocisto (día 6 de desarrollo) para realizar una mejor selección embrionaria.

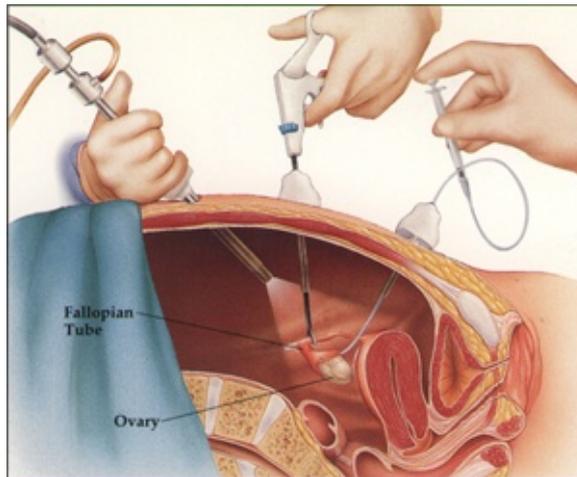
Para ello se utiliza la técnica del Co-cultivo Embrionario con células de endometrio, la cual consiste en cultivar los embriones junto con células del epitelio endometrial humano, que es su medio natural. En estos cultivos los embriones se desarrollan durante 6 días alcanzando la mayoría de ellos el estadio óptimo para la implantación.

5. **Transferencia embrionaria.** Consiste en la introducción de los mejores embriones dentro del útero materno con la ayuda de una cánula especialmente diseñada para ello. El procedimiento se lleva a cabo en quirófano, aunque en este caso no es preciso realizar una sedación, ya que es un proceso rápido e indoloro.

La ley española permite la transferencia de un máximo de 3 embriones cada vez, si bien esto incrementa sobremanera las posibilidades de una gestación múltiple. Por ello, se recomienda la transferencia de 1 ó 2 embriones en función de la calidad de los mismos.

Una vez realizada la transferencia embrionaria, se lleva a cabo la vitrificación de los embriones de buena calidad sobrantes, con el fin de poder ser transferidos en un ciclo posterior sin necesidad de estimulación ovárica. La nueva técnica de congelación rápida o vitrificación, asegura resultados esperanzadores, ya que los embriones no se ven afectados por la misma y la tasa de gestación no declina (como ocurría con la congelación lenta o convencional) en relación a la tasa obtenida con embriones en fresco.

Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)



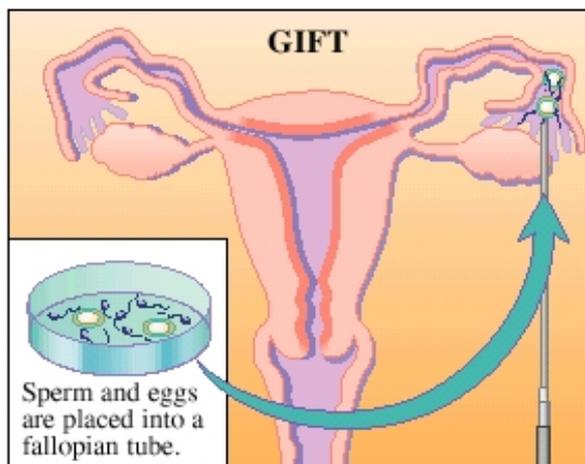
ZIFT is a procedure in which zygotes or embryos are placed in the fallopian tube via laparoscopy. Fertilization has already taken place in the in vitro laboratory.

Se extraen óvulos quirúrgicamente y se mezclan con esperma del compañero para colocar los cigotos en las trompas de Falopio.

Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)

GIFT

With GIFT, sperm and eggs are placed in a fallopian tube to allow fertilization in the natural site. The woman must have at least one normal, open fallopian tube.



Técnica de reproducción asistida que consiste en inyectar los gametos masculino y femenino directamente en la trompa de Falopio para facilitar las condiciones naturales de la fecundación. Por tanto, esta es una técnica de fecundación in Vivo, no in Vitro.

NOC	NIC
<p>Autoestima Aceptación de las propias limitaciones 120502</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de confianza - Verbalizaciones de autoaceptación 	<p>Potenciación de la autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta - Explorar las razones de autocrítica o culpa
<p>Afrontamiento de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliza aceptación de la situación - Utiliza el apoyo social disponible - Identifica múltiples estrategias de superación 	<p>Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ira, ansiedad o tristeza. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
<p>Conocimiento: fomento de la fertilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descripción del efecto de la edad - Descripción del recuento de espermatozoides - Descripción del efecto de anomalías físicas - Descripción de la influencia del ambiente vaginal/uterino - Descripción de los efectos de las concentraciones de hormonas - Descripción de la ecografía - Descripción de la influencias de las características del semen 	<p>Conservación de la fertilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar acerca de los factores relacionados con la infertilidad - Fomentar la concepción antes de los 35 años de edad - Realizar examen pélvico - Comentar con la paciente los efectos de los distintos métodos anticonceptivos sobre la fertilidad futura - Revisar los hábitos del estilo de vida que puedan alterar a la fertilidad <p>Planificación familiar: infertilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la paciente a determinar la ovulación mediante la temperatura basal - Preparar física y Psicológicamente a la paciente para el examen ginecológico - Ayudar en la expresión de sentimientos de aflicción, decepción y fracaso - Averiguar el efecto de la infertilidad en la relación de pareja

	<p>Asesoramiento sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad - Informar al paciente que la sexualidad, las enfermedades, los medicamentos y el estrés, a menudo afectan al funcionamiento sexual - Proporcionar información acerca del comportamiento sexual <p>Asesoramiento genético</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar pruebas de diagnóstico adecuadas que puedan predecir la presencia de un trastorno genético en un paciente <p>Enseñanza: sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir los signos de fertilidad (relacionados con la ovulación y el ciclo menstrual) <p>Enseñanza: procedimiento/ tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/ tto - Informar al paciente sobre la duración esperada del procedimiento/ tto - Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado - Explicar el propósito del procedimiento/ tto <p>Manejo de la tecnología reproductora 7886</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir los dilemas éticos antes de iniciar una modalidad de tto - Proporcionar la educación acerca de las diversas modalidades de tto (inseminación intrauterina, FIV, etc.) - Enseñar las técnicas de predicción y detección de la ovulación - Ayudar en los procedimientos de fecundación <p>Ultrasonografía obstétrica 6982</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la posición uterina, tamaño y espesor endométrico - Instruir al paciente y a la familia acerca de las indicaciones del examen y del procedimiento
--	---

GLOSARIO

Esterilidad:

Incapacidad del varón para fecundar, de la mujer para concebir o de la pareja para lograr una gestación por incompatibilidad.

Infertilidad:

Incapacidad de la pareja para lograr una gestación tras un año de mantener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos.

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP):

Infección de los órganos reproductores internos de la mujer que aparece por una complicación de una enfermedad de transmisión sexual. Puede provocar esterilidad.

Hidrosalpinx:

Alteración de la trompa de Falopio, en la que ésta se encuentra bloqueada, dilatada y con líquido en su interior, generalmente debido a una infección previa en las trompas.

Anovulación:

Ausencia de ovulación.

Amenorrea:

Ausencia de menstruación.

Dismenorrea:

Dolor en la menstruación.

Coitalgia:

Dolor durante el coito.

Mioma:

Tumor benigno que aparece en la pared del útero.

Seminograma:

Análisis de la calidad del semen.

Espermiograma:

Recuento y descripción de los espermatozoides.

Masturbación:

Estimulación de los órganos genitales con la mano o por otro medio en este caso hasta la eyaculación, para conseguir una muestra de semen.

Hipospadias:

Malformación debida a la fusión incompleta de los pliegues uretrales dando lugar a un meato uretral de localización más proximal en algún punto entre el glande y el perineo. Es decir, el meato urinario presenta un orificio anormal.

Epispadias:

Malformación en la cual la organización de la vejiga y del pene o del clítoris, por motivos desconocidos, no sigue el proceso normal y da como resultado una malformación de los genitales externos. En el varón puede ser hoyuelo sobre el extremo libre del pene por encima de la apertura normal, y en la hembra puede ser un clítoris doble. Sin embargo, también puede ser un problema en el que la vejiga y la uretra se abren y quedan visiblemente expuestas.

Criptorquidia:

Falta de descenso testicular completo.

Aglutinación espermática:

Estimación de la cantidad de espermatozoides móviles adheridos entre sí.

Varicocele:

Dilatación anómala de las venas que salen fundamentalmente del testículo izquierdo.

hCG: Hormona gonadotropina coriónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermería Maternal. Seguranyes Guillot, G. Barcelona: Salvat; 2004.
2. Enfermería Maternal y Ginecológica. Donat Colomer, F. Barcelona: Masson; 2001.
3. Enfermería de la mujer. Torrens R.M, Martinez C. Madrid: Ed. DAE (Grupo Paradigma); 2001.
4. Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. Vol. II. Lewis, Heitekemper, Dirksen. Barcelona: Ed. Mosby; 2004.
5. RAE (Real Academia española) (en línea). España, Felipe IV, 4 28014 Madrid 1994. Consultado el 13/10/09. Disponible en:
<http://www.rae.es/rae.html>
6. “Epispadia” Urology Health (web oficial de la fundación americana de urología) (en línea). EEUU American Urological Association Education and Research, 2008. Actualizado: 16/09/09. Consultado el 03/11/09. Disponible en: <http://www.urologyhealth.org/espanol/espanol.cfm?topic=92>
7. “Criptorquidia” Fisterra.com (atención primaria en la web) (en línea). España, A Coruña. Casitérides, S.L. Avda. Buenos Aires, 5-6, 1º D15.004. 2000. Actualizado: 25/02/09. Consultado el 02/11/09. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/guias2/criptorquidia.asp>
8. “Análisis de la aglutinación de los espermatozoides” Reproducción asistida.org (en línea). España, Alicante. DCIP-Consulting SL – Nif. B53853461 C./Mayor nº 29 Bajo 03700. 2009. Consultado el 03/11/09. Disponible en: <http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/esterilidad/embarazada/analisis-de-la-aglutinacion-de-los-espermatozoides/>

9. "Seminograma" Irema (instituto de reproducción de la marina alta) (en línea). España, Alicante. Avda. Vergel 11 03778. Consultado el 03/11/09. Disponible en: <http://www.irema.org/seminograma.htm>
10. IVI (Instituto Valenciano de la Infertilidad) (en línea). España, Valencia. Calle Góngora, 1, 1 46015. CIF B-96410568. 1995. Consultado el 03/11/09. Disponible en: www.ivi.es