

41. Organización de la atención a la pareja estéril

NIVELES DE ATENCIÓN

Nivel básico de atención (nivel I)

El objetivo de los profesionales que actúen a este nivel será establecer las posibles causas de la esterilidad, orientar a la pareja sobre su problema y planificar una serie de actuaciones encaminadas a resolverlo. Para ello se debe realizar un estudio básico de esterilidad en un tiempo adecuado. Un retraso en la atención a estas parejas y en la realización del estudio básico estará mermando las posibilidades de resolver su esterilidad.

Para poder cumplir estos objetivos, el facultativo responsable (ginecólogo, médico de familia, andrólogo) de su atención, tendrá que tener conocimientos generales de anamnesis reproductiva, exploración física masculina y femenina, andrología, endocrinología y ecografía ginecológica, y psicología reproductiva. Deberá tener capacidad para aplicar el conocimiento actualizado y basado en la evidencia sobre la salud reproductiva. Deberá mantener la confidencialidad y tener la capacidad de desarrollar protocolos para la mejora de resultados y derivar a un nivel intermedio o avanzado de atención según el tratamiento que determine. Participará en la mejora de la calidad desarrollando revisiones regulares de la práctica clínica en esterilidad, utilizando eficiente y eficazmente los recursos y estableciendo recomendaciones de buena práctica.

Como requisito formativo tendrá que acreditar una actividad asistencial controlada y supervisada en un centro avanzado durante 3 meses consecutivos. Conocerá las leyes y regulaciones sobre reproducción asistida, y las recomendaciones existentes de sociedades científicas sobre esterilidad y reproducción asistida.

Debe tener disponibilidad de una consulta médica con espacio, mobiliario e instrumentación adecuados, microscopio para examen de exudado cérvico-vaginal en fresco, mesa de exploración ginecológica y ecógrafo con sonda vaginal. Deberá tener la disponibilidad de laboratorio de reproducción, equipos radiológicos y centro de nivel intermedio o avanzado para consultas.

Debe existir un personal de enfermería que enseñe a los pacientes a integrarse en la dinámica del estudio básico de esterilidad y de los posibles tratamientos. La enfermera en consulta es el primer contacto que los pacientes tienen con el equipo de reproducción, debe fomentar la empatía y tratar de disminuir la ansiedad con la que la mayoría de las parejas acude a su primera cita. Debe comprobar que tanto sus datos personales como

clínicos son correctos, participará en la protección de la documentación sanitaria, asumiendo la importancia de la historia clínica como elemento central en el ámbito de la documentación sanitaria.

El personal auxiliar de enfermería colaborará con la enfermera en todo lo relativo a la consulta: preparar la documentación de las historias, peticiones que se generan en la visita, citas para el laboratorio, exploraciones radiológicas, ecografías, controles de estimulación y recoger todos los resultados para completar la historia médica.

En la atención a la pareja estéril es común su derivación a otros centros para su estudio o tratamiento. En ocasiones, en este flujo de pacientes se producen demoras. Del mismo modo, con frecuencia, el inicio de los tratamientos de reproducción asistida lleva en sí mismo la espera de un tiempo determinado. Si tenemos en cuenta que la esterilidad tiene un importante impacto psicológico en la pareja y que el pronóstico reproductivo empeora a medida que aumenta la edad de la mujer, las mencionadas esperas deberían ser lo más reducidas posibles.

Entre la remisión de una pareja a un centro de reproducción y su atención no deberían transcurrir más de 6 meses. El tiempo de espera para iniciar los tratamientos de reproducción asistida no debiera ser superior a 6 meses.	RSAA
El estudio básico de esterilidad no debe demorarse más de tres meses en la mayoría de las parejas estériles.	RSAA

Nivel intermedio de atención (nivel II)

El objetivo de este nivel de atención es realizar de manera adecuada estimulaciones de la ovulación e inseminaciones artificiales, y derivar eficientemente a un nivel de atención avanzado.

El profesional responsable de este nivel de actuación deberá ser Licenciado en Medicina y Cirugía y especialista en Obstetricia y Ginecología, poseer los conocimientos en las áreas comentadas en el nivel básico, y además en las siguientes áreas: monitorización de ciclos de estimulación de la ovulación, técnicas de inseminación artificial y endoscopia ginecológica, diagnóstica, y quirúrgica. Tendrá que acreditar una actividad asistencial controlada y supervisada durante un año en un centro avanzado, realización de al menos 50 punciones foliculares y 100 controles de ciclo ovárico estimulado y realización de al menos 50 endoscopias diagnósticas u operativas.

Deberá disponer además de lo comentado en el nivel básico de sala de inseminación, laboratorio de análisis hormonal y de reproducción.

Las técnicas de reproducción asistida obligan a realizar estimulaciones de la ovulación, y aunque se han propuesto diferentes regímenes de estimulación para evitar el trabajo durante los fines de semana, éste es inevitable en cualquier programa de reproducción asistida con un nivel intermedio de actividad.

Se debe disponer de personal y recursos que permitan prestar una atención continuada (todos los días de la semana) a las parejas sometidas a técnicas de reproducción asistida.

RSAA

Nivel avanzado multidisciplinar (nivel III)

Definimos este nivel como aquel con capacidad (tanto desde el punto de vista humano como de infraestructura) de proveer todo tipo de servicios de reproducción asistida (incluyendo todo tipo de estudio diagnóstico y todas las alternativas terapéuticas). Podrán existir centros que sin alcanzar el nivel máximo de actuación estén asociados o sean satélites de un centro principal o matriz con un nivel máximo de actuación. Estos centros asociados o satélites dependerán de los centros principales para formación y gestión de calidad.

Recursos humanos

En este nivel se ofrecerá una atención multidisciplinar que abarcará profesionales de la ginecología, andrología, laboratorio de reproducción, anestesiología, psicología-psiquiatría, enfermería y administrativos.

Deberá contar con un Director Médico. El Director Médico debe ser un reconocido especialista en Reproducción Asistida con cualificación, conocimientos y experiencia. Asimismo, asumirá la responsabilidad máxima de la Unidad^(1,2).

El Director Médico habrá de ser un especialista en Ginecología y Obstetricia. Aunque han existido intentos de crear una subespecialidad en Medicina Reproductiva como formación complementaria a la troncal⁽³⁻⁵⁾, lo cierto es que en la actualidad, y lamentablemente, esa subespecialidad no existe. Por tanto habremos de atenernos a la formación que actualmente esta diseñada dentro de la vía MIR⁽⁶⁾.

Asimismo, el Director Médico debe acreditar conocimientos en las áreas comentadas en el nivel intermedio, y además en investigación básica, estadística y diseño de trabajos de

investigación, valorándose el posible establecimiento de recomendación de un mínimo de publicaciones con un factor de impacto acumulado determinado (estándar óptimo). Tendrá que acreditar una actividad asistencial controlada y supervisada durante 3 años en un centro avanzado, haber realizado al menos 300 punciones foliculares, 500 controles de ciclo ovárico estimulado y al menos 100 endoscopias operativas.

No existe consenso entre las sociedades científicas^(1,2,7-9) sobre la exigencia del Doctorado en la figura del Director Médico, aunque tal exigencia debería establecerse si se consideran los estándares óptimos. El Director Médico asumirá la máxima responsabilidad de la Unidad. Como tal, será responsable jerárquico de todo el personal médico y paramédico de la URA⁽¹⁰⁾.

El Director Médico es el responsable de seleccionar al equipo médico y paramédico adecuado y capacitado, promover sus habilidades, y programar la actividad, tanto regular como la referida a los fines de semana y festivos, o la derivada de la ausencia de algún miembro del staff⁽¹¹⁾. La regulación de las ausencias por vacaciones, congreso, o cualquier otra eventualidad debe ser definida en detalle. Un tratamiento de alta calidad sólo puede ser realizado por un equipo cualificado. Por tanto, el reclutamiento, capacitación y motivación del personal altamente cualificado es una tarea primordial de la dirección médica^(10,11).

Un centro avanzado de atención a la pareja estéril debe contar con un Director Médico.

RSAA

El número de miembros del staff debe ajustarse al número de ciclos a realizar y al conjunto y diversidad de tratamientos disponibles en el centro^(1,9,11). Los ginecólogos que forman parte del equipo deben ser expertos en reproducción asistida, con conocimientos y formación similar o superior a la comentada en el nivel intermedio. Todo nuevo miembro debe poseer una adecuada capacitación y seguir un programa establecido de entrenamiento supervisado por el Director Médico o una persona delegada. Se debe establecer un programa, adecuadamente documentado, que incluye de forma progresiva:

- Establecimiento de los conocimientos básicos.
- Trabajo bajo supervisión.
- Trabajo sin supervisión.
- Capacitación para preparar a otros miembros⁽¹¹⁾.

En los centros avanzados de atención a la pareja estéril deben establecerse planes de capacitación de nuevos miembros.

RSAA

En cualquier caso, se debe asegurar un mínimo de personal en ciertos campos, mínimo que no debe ceñirse a la carga de trabajo real. Debe considerarse el absentismo por enfermedad, vacaciones y formación continuada. Todo ello tiene como objetivo la cobertura médica completa incluyendo los festivos. Se recomienda con este fin un mínimo de dos ginecólogos, no superándose 250 ciclos FIV-ICSI por cada ginecólogo en caso de dedicación completa a esta actividad.

La jerarquía de la institución debe ser claramente establecida. Las decisiones y la programación de la dirección deben estar disponibles en todo momento, incluso si tal dirección está ausente. Por tanto, debe quedar claro para todos los miembros de la organización quién o quiénes tienen la capacidad y competencia para tomar decisiones. Todos los miembros del *staff* médico deberán poseer, además de la competencia técnica, competencia social, capacidad organizativa y capacidad de comunicación.

Debe garantizarse un mínimo de especialistas en Ginecología expertos en reproducción en función del volumen de trabajo y del número de técnicas ofertadas.

RSAA

Los centros avanzados deben disponer de un especialista en anestesiología y reanimación. Este servicio debe ser equivalente a los disponibles en otras especialidades médico-quirúrgicas, y deben encontrarse integrados en el centro correspondiente⁽⁷⁾. La cobertura en el campo de la anestesiología en un centro avanzado ha de ser, de la misma forma que en la ginecología, continua (incluyendo festivos) con adecuada formación y disponible en el centro.

Todo centro avanzado de atención a la pareja estéril debe disponer de un servicio de anestesiología y reanimación integrado en el centro con personal capacitado.

RSAA

Un centro avanzado de atención a la pareja estéril debe contar con personal de enfermería de hospitalización que valore a la paciente en la sala de hospitalización pre y post acto quirúrgico, se ocupe de la recuperación, de la pre-anestesia/sedación, prepare a las pacientes para las técnicas quirúrgicas (histeroscopias diagnósticas, captación ovocitaria, transferencia embrionaria, punción/aspiración de líquido ascítico, reducción embrionaria, legrado, etc.) y también prepare al varón para las técnicas de obtención quirúrgica de espermatozoides. La auxiliar de enfermería "hospitalaria", se

encargará del confort y bienestar de la pareja ingresada, tanto en sus necesidades sanitarias como higiénicas, de alimentación etc. y colaborará con la enfermera en todo lo relativo a la estancia de la paciente/pareja.

Será necesario contar también con personal de enfermería especialista en cirugía, que controle y coordine todo lo relativo al ambiente del quirófano y las técnicas que en él se van a desarrollar: ayuda en la sedación, instrumentación al cirujano/ginecólogo, comprobación de la presencia de todas las pruebas previas de la paciente en su historial. La auxiliar de enfermería de soporte básico, dentro del área quirúrgica controlará la asepsia y desinfección/esterilización del instrumental, instalará a la paciente y controlará que no se lesione cuando esté sedada, y colaborará en todo aquello que sea necesario durante la intervención⁽¹²⁾.

La coordinación de todas las áreas de enfermería en un centro avanzado deberá ser realizada por la figura de la enfermera supervisora que coordinará todas las áreas y su personal adscrito. Controlará que todos los miembros del equipo participen en las reuniones informativas de trabajo, controlará las bajas, días de libranza, establecerá los turnos/guardia de fin de semana del personal, controlará la adecuada utilización de las instalaciones para que no se produzcan “atascos/paros” en el horario asignado del quirófano organizando los horarios con técnicas compatibles, estará al tanto de las Leyes y deberá hacer participar al personal de enfermería en la producción científica del centro.

El personal de enfermería que atienda a las parejas estériles debe estar familiarizado con la asistencia en medicina reproductiva.	RSAA
Es importante que siempre se garantice la presencia de personal de enfermería con experiencia en reproducción humana, teniendo en cuenta las posibles bajas, vacaciones y festivos.	RSAA

Todo centro avanzado debe de tener la posibilidad de contar con una unidad de apoyo psicológico⁽⁷⁾. Los requerimientos mínimos deben incluir la experiencia del equipo en tratamientos de reproducción asistida. La cobertura psicológica no implica la localización continuada *in situ* de los profesionales (a diferencia de lo que ocurre con ginecólogos y anestesiólogos), aunque sí la disponibilidad inmediata de tales profesionales en caso de necesidad^(1,9).

Tales apoyos incluyen consejo psicológico previo al tratamiento, aportación de información, tratamiento de crisis y apoyo a las parejas durante el seguimiento terapéutico.

Los centros avanzados de atención a la pareja estéril deben tener disponibilidad de profesionales especialistas en Psicología o Psiquiatría.

RSAA

Es recomendable que los centros avanzados de atención a la pareja estéril cuenten con especialistas en Andrología con conocimientos en anatomía y fisiología del aparato genital masculino, endocrinología andrológica, genética y esterilidad masculina. Serán además responsables de la realización de las biopsias y las punciones testiculares.

La figura del genetista será clave en toda aquella tarea que implique un consejo genético, por lo que se deberá tener disponibilidad de un especialista en genética clínica humana con experiencia en el campo de la esterilidad.

Es recomendable que un centro avanzado de atención a la pareja estéril cuente con las figuras de especialista en Andrología experto en causas masculinas de esterilidad y de especialista en genética clínica humana.

RSAA

Recursos físicos

Además de lo comentado para los niveles anteriores, un centro avanzado de atención a la pareja estéril deberá tener disponibilidad de sala de histeroscopia, y quirófano, preferiblemente próximo al laboratorio de embriología, con zona de asepsia quirúrgica y recursos físicos para realizar punción folicular y laparoscopia, incluyendo gases y equipo de anestesia y reanimación completo que permita la atención de casos urgentes. Es fundamental evitar que los equipos que se utilicen en la atención de la pareja estéril queden obsoletos. Debe disponerse de área de recogida de semen y de sala de transferencias, que puede ser la misma que la de punción si la organización del trabajo del centro lo permite.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gianaroli L, Plachot M, van Kooij Rm Al-Hasani S, Dawson K, DeVos A, Magli MC, Mandelbaum J, Selva J, van Inzen W. ESHRE guidelines for good practice in IVF laboratories. Committee of the Special Interest Group on Embryology of the European Society of Human Reproduction and Embryology. Hum Reprod 2000;15:2241-6.
2. NCCWCHF. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Fertility assessment and treatment for people with fertility problems. Clinical guideline. RCOG Press, 2004.
3. Barrenetxea G, Querreda Seguí F. Crítica de la formación actual del postgrado. Prog Obstet Ginecol 1991;34:607-17.

4. Dexeus S. Subespecialidades (Ed.). Prog Obstet Ginecol 2001;44:43-5.
5. Dexeus S. Colaboración especial. Prog Obstet Ginecol 2003;46:107-8.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de formación de médicos especialistas. Centro de publicaciones, documentación y biblioteca. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986:160-75.
7. FSA. The Fertility Society of Australia Reproductive Technology Accreditation Committee Code of Practice for centers using assisted reproductive technology. Guideline, 2002.
8. ACE, Association of Clinical Embryologist. Accreditation Standards and Guidelines for IVF Laboratories. 2003. www.ace.ivf.net/ace/training.php
9. ASRM, American Society for Reproductive Medicine. Revised minimum standards for in vitro fertilization, gamete intrafallopian transfer, and related procedures. A Practice Committee Report. Guidelines and Minimum Standards. 2002. www.asrm.com
10. Gerson SC, Kemp DE, Balsler DP, Master SN, Hart B, Bubka A, Bonato F. Infertility practice management. I. Leadership and management style: results from the 2002 survey of 374 Society for Assisted Reproductive Technology member centers. Fertil Steril 2004;82:780-7.
11. Keck C, Fischer R, Baukloh V, Alper M. Quality management in reproductive medicine. In: Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z, eds. Textbook of assisted reproductive techniques. London: Taylor & Francis Group, 2004: 477-94.
12. Molero MD. Role of the Infertility Nurse in Spain. Lecture in Pre-Congress Course of ESHRE. Madrid. 2003.