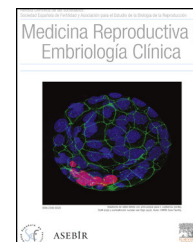




Medicina Reproductiva y Embriología Clínica

www.elsevier.es/mrec



ORIGINAL

Presencia de consultas de enfermería en unidades de reproducción humana asistida



Laura Moreno Ochoa

Sección de Reproducción Humana Asistida, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Recibido el 11 de marzo de 2014; aceptado el 21 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 6 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Consulta de enfermería;
Reproducción;
Calidad asistencial

Resumen En el año 2008 se abrieron las primeras consultas de enfermería españolas en unidades de reproducción humana asistida. Desde entonces, su actividad está demostrando mejorar la calidad asistencial y hacer un uso más razonable de los recursos sanitarios, por lo que en el año 2012, un grupo de expertos reconocidos a nivel nacional recomendaron su presencia en esta especialidad.

En el presente trabajo se describe cómo ha de incorporarse esta consulta en las unidades de reproducción humana asistida (su objetivo, los recursos materiales y humanos necesarios, sus funciones y su integración en el sistema de trabajo), basándose en la legislación vigente, el Código Deontológico y estudios con evidencia científica, asumiendo que todavía tenemos las puertas abiertas para avanzar en esta especialidad.

© 2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Nursing clinic;
Reproduction;
Quality care

Nursing clinics in assisted human reproduction units

Abstract In 2008 first nursing clinics were opened in assisted human reproduction units in Spain. These clinics have contributed to improve healthcare quality and clinical efficiency. Several expert groups have published committee recommendations strengthening the nursing role in infertile patients care.

This paper proposes objectives, resources, roles and functions of nurses in the context of multidisciplinary care of infertility, taking into account Spanish and European laws, deontological codes, and the available evidence.

© 2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Correo electrónico: tamarit109@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medre.2015.09.002>

2340-9320/© 2014 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

Los servicios sanitarios tienen que ser sensibles a las demandas que la ciudadanía reclama, ya que su fortaleza reside en la satisfacción que los ciudadanos tienen de la atención que reciben (Servicio Andaluz de Salud, 2008; Sánchez Sánchez et al., 2006), y esto implica modificaciones en la estructura de la organización, los sistemas de información, la política del personal y la cultura de la organización sanitaria (Sánchez Sánchez et al., 2006; Díaz, 2005), lo que ha dado lugar a que los profesionales de enfermería, que han estado presentes en las unidades de reproducción humana asistida (URHA) desde que aparecieron para prestar asistencia técnica y apoyo emocional a los pacientes (Moreno et al., 2010; Grupo Merck Serono, 2008), hayan llegado a crear sus propias consultas.

Las primeras consultas se crearon en Madrid en el año 2008: dentro de la sanidad privada, en el IVI de Madrid, y dentro de la sanidad pública, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

En el IVI se creó con objeto de cubrir las necesidades básicas de los pacientes en cuanto a información, educación y apoyo emocional, para disminuir los niveles de ansiedad/depresión implícitos a los tratamientos de reproducción, consiguiendo que el 100% de los usuarios la considerasen útil.

En paralelo, la Unidad de Reproducción del Hospital General Universitario Gregorio Marañón prestó atención a los siguientes problemas:

- Un factor en contra de los resultados de los tratamientos de reproducción era el tiempo y, en esos momentos, existía una demora asistencial de meses tanto para recibir a clientes nuevos como para iniciar tratamientos de fecundación *in vitro*/microinyección espermática, lo que, por otro lado, disminuye la satisfacción del usuario.
- La necesidad percibida por los profesionales de ampliar el tiempo dedicado a los pacientes por el estrés que padecen, las dudas que tienen y los errores que cometen en la autoadministración de la medicación.
- La necesidad percibida por los pacientes de mejorar el modo en que se distribuye la información, aumentar la cantidad de información dada, facilitar la accesibilidad a la información y perfeccionar las habilidades comunicativas de los profesionales, gracias a los resultados obtenidos en una encuesta de grado de satisfacción con el protocolo informativo establecido, con propiedades psicométricas demostradas (Moreno Ochoa et al., 2009).

La búsqueda de solución a dichos problemas se basó en la Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias (Ley 44/2003), en la que se especifica que «los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos» y que «la actividad de las unidades ha de plasmarse en protocolos que aseguren la continuidad de la atención integral con controles de calidad», entendiendo por calidad la totalidad de funciones y características de un producto que determinan la capacidad para satisfacer las necesidades de un grupo de usuarios (Larrea, 1991), que conlleva tener muy presentes los 2 grandes determinantes del grado de satisfacción (diferencia entre lo que el cliente espera recibir y lo que

Tabla 1 Artículo 9 de la Ley 44/2003

Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

realmente obtiene) en los servicios sanitarios: la homogeneidad asistencial (los protocolos) y la comunicación con el profesional (la asertividad) (Mira, 2009).

Por esta razón se decidió implantar un sistema de gestión de calidad (ISO 9001), cuyos pilares básicos son la prevención en vez de la corrección, la anticipación a las demandas de los clientes, el desarrollo sostenible, la garantía profesional ante clientes y proveedores, y la optimización de recursos humanos, materiales y económicos, para lo que se elaboró un manual de procedimientos sometidos a una evaluación continua y se realizó una prueba piloto: abrir una Consulta de Enfermería (CE) con una enfermera especializada sobre la que recaerían las responsabilidades propias de la profesión y delegadas (solicitud de analíticas, solicitud de interconsultas, tramitación de consentimientos informados, etc.), ya que la Ley 44/2003 contempla esta posibilidad en su Artículo 9 (tabla 1) (Ley 44/2003).

Tras un año y medio de andadura, se evaluaron los efectos de los cambios realizados en la unidad y se recomendó la implantación de la CE en las URHA, dentro de un sistema de gestión de calidad, mediante una comunicación presentada en el Congreso de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) celebrado el año 2010, ya que se obtuvieron grandes beneficios, entre los que se encontraban tener una gran aceptación por parte de los pacientes, posibilitar un aumento del número de visitas en las consultas médicas, disminuir en dos terceras partes las cancelaciones de tratamientos por errores en la autoadministración de la medicación y duplicar el número de embarazos (Moreno et al., 2010).

Se desconoce la causa directa de estos resultados y no existen estudios que evidencien los efectos de la enfermería sobre los embarazos; sin embargo, existen estudios con una visión indirecta y no evidenciada de su impacto. En concreto, el estudio de Terzioglu del año 2001 (Grupo Merck Serono, 2008) orienta a pensar que la enfermería puede ser un factor a favor de su consecución.

En dicho estudio se crearon 2 grupos de pacientes: un grupo control de 30 parejas sometidas a tratamiento de fecundación *in vitro*/microinyección espermática, y un grupo estudio de otras 30 parejas que recibía un apoyo extraordinario del equipo de enfermería. Ambos grupos cumplieron un test de ansiedad/depresión y otro de grado de satisfacción, y se obtuvo una diferencia significativa entre ambos grupos ($p < 0,05$): el grupo experimental sufría menor ansiedad/depresión, al tiempo que disfrutaba de un mejor grado de satisfacción (sinónimo de calidad asistencial), lo que demostraba la importancia del papel

Tabla 2 Necesidades, expectativas y preferencias de los pacientes

Accesibilidad	Empatía
Flexibilidad	Confidencialidad
Disminución del tiempo de espera	Interés
Mayor dedicación	Apoyo emocional
Información	Profesionalidad
Participación	Humanización
Entorno agradable que preserve su intimidad	Fiabilidad
Atención integral (HOLÍSTICA)	Seguridad
	Reputación
	EMBARAZO

enfermero, pero, además, el grupo experimental consiguió un 26,6% más de gestaciones.

Por último, en el Congreso de la SEF del año 2012 se ha presentado un estudio *Delphi* en el que se ha elaborado «El ejercicio profesional de la enfermería española en consultas de reproducción humana asistida», donde un grupo de expertos reconocidos a nivel nacional ha considerado que atender a los pacientes en una CE es una actividad imprescindible en las URHA, con un 100% de convergencia de opinión.

Por lo tanto, se hace necesario definir la presencia de las CE en las URHA.

Objetivo

Definir la presencia de las CE en las URHA mediante la aplicación de la Ley 44/2003, el Código Deontológico de Enfermería y estudios con evidencia científica.

Material y métodos

Objetivo de la Consulta de Enfermería

El objetivo de la CE es colaborar con el resto de la URHA en la política de atención basada en el paciente, es decir, el respeto por sus derechos, su corresponsabilidad en el cuidado de la salud, su participación en el proceso asistencial y la cobertura de sus necesidades, expectativas y preferencias (tabla 2), aplicando La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003) y el Código Deontológico de la Enfermería Española (Resoluciones 32/1989 y 2/1998).

Recursos humanos

La consulta (o consultas, dependiendo del volumen asistencial del centro) ha de tener un profesional de enfermería especializado debido, entre otras cosas, a las funciones delegadas que va a tener que realizar (existen cursos *on line* en la Universidad Rey Juan Carlos y cursos a distancia en la Editorial Formación Alcalá) a tiempo completo, y desarrollar su actividad como una suma de comportamientos, habilidades, actitudes y valores (tabla 3) (Leddly y Pepper, 1989), inmersas en un marco conceptual compatible con el de Carol Taylor (tablas 4 y 5), según las recomendaciones

Tabla 3 Valores y actitudes

Valores	Actitudes
Estética	Creatividad, sensibilidad, imaginación y satisfacción
Altruismo	Compasión, compromiso, perseverancia, ayuda y vocación
Igualdad	Aceptación, tolerancia y transparencia
Libertad del paciente	Capacidad de decisión y autonomía
Libertad del profesional	Inquietud, autonomía y autodisciplina
Dignidad	Privacidad, confidencialidad, respeto, confianza y humanidad
Justicia	Objetividad, protección y equidad de recursos
Verdad	Honestidad y responsabilidad

Fuente: Tesis de Anna Ramió Jofre, 2005.

Tabla 4 Características de la enfermera

Cognición (capacidad intelectual y técnica)
Volición (compromiso, involucramiento)
Motivación (entrega en el acto de cuidar)
Expresión (capacidad para mostrar nuestra disposición)
Amistad (afinidad, conexión, afecto)
Imaginación para desarrollar técnicas asertivas (tabla 5)

Tabla 5 Técnicas asertivas

Disco rayado (repetir la misma la frase)	Interrogación negativa (> explicaciones de la crítica)
Banco de niebla (aceptar lo razonable y añadir)	Asertividad confrontativa (describir sin acusaciones lo que debía hacer, lo que hizo y lo que hay que hacer)
	Contacto visual
	Postura relajada
Asertividad positiva (familiaridad-contacto físico)	
	Escucha/diálogo
Asertividad negativa (aceptar nuestros errores)	Respeto por los sentimientos y su expresión
Asertividad empática (comprender y hacernos comprender)	Solidaridad
	Counseling ^a
Asertividad progresiva (insistir sin agresividad)	

^a Para ayudar a un paciente a tomar una decisión hay que permitirle que exponga su problema, se desahogue emocionalmente y describa sus posibles soluciones, guiándole con preguntas abiertas, parafraseando lo que dice, guardando silencios, si se precisan, y evitando interrumpirle, cambiar de tema, mencionar lo que le ha ocurrido a uno, juzgar, aconsejar, preguntar por qué, responsabilizarnos del problema o interpretar la situación.

dadas en el Congreso de la SEF del año 2010, ya que dicho marco coincide:

- con las expectativas que los pacientes tienen de nuestra profesión (según encuestas realizadas al respecto en el año 2000, la enfermera ha de prestarle atención a su cualificación científica y a su capacidad comunicativa, con la misma intensidad) (Moreno Ochoa et al., 2009), y
- con el rol que defiende nuestro Código Deontológico (Resoluciones 32/1989 y 2/1998), en el que se hace referencia al cuidado que debemos tener los profesionales, «no sea que con la evolución de la Enfermería como ciencia se nos vaya escapando su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de sostén»).

Recursos materiales

La consulta ha de estar situada próxima a las consultas médicas y ha de estar dotada de material administrativo, informático, educativo (para profesionales y pacientes), material de consulta ginecológica, de curas, de extracciones y para administrar medicación.

Responsabilidad de la consulta

La capacidad de decisión clínica del personal de la CE estará limitada a los *protocolos validados* por el/la Jefe/a de la Unidad, cumpliendo con la legislación vigente (Ley 44/2003) y las normas del centro (Grupo Merck Serono, 2008).

Funciones desarrolladas

En la CE se han de desarrollar todas las funciones a las que estamos obligados por la ley (Ley 44/2003): asistenciales, de gestión clínica, docentes, de investigación, de prevención y de información/educación sanitaria, basadas en unos conocimientos científicos que *deben* permanecer actualizados a o largo del tiempo para garantizar un correcto servicio a la comunidad (Ley 44/2003; Resoluciones 32/1989 y 2/1998).

Ejercicio profesional

Las actividades desarrolladas por el personal adscrito a la CE para cumplir con las funciones legales, según consenso de expertos en el año 2012, son:

- Mantener operativa la consulta.
- Controlar citas, listas de espera, etc.
- Realizar la estadística asistencial.
- Registrar incidencias laborales.
- Participar en la investigación.
- Participar en planes de mejora.
- Participar en la organización.
- Realizar controles de calidad.
- Mantener la formación continuada.
- Formar a otros profesionales.
- Recibir a los pacientes nuevos.
- Establecer una relación asertiva.
- Informar sobre el proceso asistencial.
- Informar sobre las técnicas.

- Informar sobre la fisiología.
- Informar sobre las enfermedades.
- Informar sobre aspectos legales-administrativos.
- Informar sobre el autocuidado.
- Informar sobre la medicación.
- Detectar/solventar necesidades.
- Registrar constantes vitales, peso, etc.
- Realizar extracciones sanguíneas.
- Realizar citologías.
- Realizar inseminaciones artificiales.
- Realizar curas.
- Administrar medicación.
- Solicitar pruebas diagnósticas.
- Decidir con base en protocolos validados por la unidad.
- Gestionar documentación clínica (resultados de pruebas, consentimientos, etc.).
- Gestionar preembriones criopreservados.
- Gestionar gametos criopreservados.
- Registrar la atención prestada.
- Atender por protocolo establecido.
- Atender a demanda del paciente.
- Atender a demanda de otro profesional.
- Atender personalmente.
- Atender telefónicamente.
- Atender individualmente.
- Atender en grupos.

Todas estas actividades pueden o no desarrollarse en cada centro, ya que deben estar adaptadas a las necesidades de la unidad, asegurando una atención integral y continua (Ley 44/2003), pero es imprescindible la presencia de las siguientes actividades:

- Participar en planes de mejora asistencial.
- Participar en la organización del trabajo de la unidad.
- Informar sobre aspectos legales/administrativos.
- Detectar/solventar necesidades reales/potenciales.
- Atender por protocolo establecido.
- Atender personalmente.
- Informar sobre el autocuidado.
- Informar sobre la medicación.
- Realizar extracciones sanguíneas.
- Realizar curas.
- Administrar medicación.
- Tomar decisiones basadas en protocolos validados.
- Atender individualmente.
- Atender en grupos.

Integración de la Consulta de Enfermería en la URHA (fig. 1) (Moreno et al., 2010; Anon, 2015)

La CE ha de estar perfectamente coordinada con el resto de consultas (médicas y de psicología) y con el laboratorio de reproducción, atendiendo a los pacientes en las 2 fases del proceso asistencial (*evaluación y propuesta terapéutica*, primero, y *tratamiento*, después), derivándose a los pacientes por protocolo establecido o por necesidades particulares.

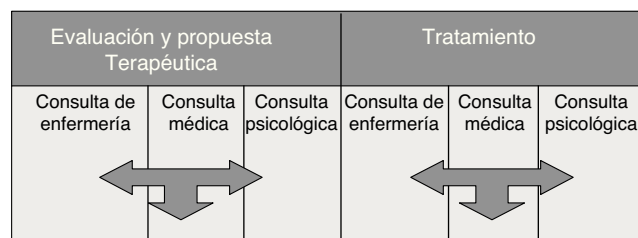


Figura 1 Fases del proceso.

Proceso de evaluación y propuesta terapéutica

Los objetivos de la CE en este proceso son:

1. Acoger a los pacientes (recibir a los pacientes, recabar información sobre su situación, establecer una relación asertiva, etc.).
2. Gestionar documentos (recoger informes/pruebas, aportar los primeros consentimientos informados, etc.).
3. Dar información (sobre el proceso, la unidad, el estudio, etc.).
4. Educar para la salud (dieta, ejercicio, tóxicos, etc.).
5. Realizar técnicas de enfermería (citologías, curas, analíticas, etc.).
6. Realizar registros (peso, talla, presión arterial, perímetros, etc.).
7. Controlar los resultados y tomar medidas al respecto (citarles, comunicarles por teléfono los resultados, pedirles más pruebas, etc.).
8. Detectar/solventar necesidades (apoyo emocional, idioma, dudas, etc.).

Proceso de tratamiento

Los objetivos de este proceso son:

1. Gestionar protocolos (listas de espera, preoperatorio, destino de gametos/preembriones criopreservados, consentimientos, etc.).
2. Informar sobre el proceso.
3. Educar (mantenimiento, manipulación y administración de medicamentos, preparación para someterse a la punción, la inseminación, la transferencia, etc.).
4. Realizar técnicas de enfermería (administrar medicación, curar, inseminar, etc.).
5. Controlar los resultados del tratamiento y tomar medidas al respecto (telefonar para dar el resultado de la beta, citar controles de gestación, etc.).
6. Detectar/solventar necesidades (decidir con el laboratorio cuándo puede entregarse una muestra de semen para fecundación *in vitro* cuando el varón teme no conseguirlo durante la punción, informar sobre los posibles destinos de los embriones criopreservados, etc.).

Resultados

Implantar CE en las URHA, dentro de un sistema de control de calidad, hace que (Moreno et al., 2010):

Tabla 6 Revista Mira, n.º 4 de 2011, año 2

«Las ventajas asistenciales, formativas/informativas y de investigación, sitúan en su justa medida el valor añadido que supone la incorporación de las consultas de enfermería reumatológica en una organización»
Dr. Jesús Tornero Molina, Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara

- Se pueda atender sin cita, a demanda y sin estar presente el paciente, prácticamente, en el momento.
- El médico pueda ver más pacientes/día.
- Se tenga un espacio para detectar/atender cualquier necesidad.
- Se amplíe todo tipo de información verbal/escrita.
- Los pacientes tengan tiempo para discutir su proceso y concienciarse de su responsabilidad en el autocuidado.
- Se sustituya la comunicación «de pasillo» por la de un entorno agradable que preserve su intimidad.
- Se preste una atención holística, asertiva y profesional (calidad asistencial).
- Disminuyan los errores en la autoadministración de medicación.
- Mejore el nivel de ansiedad/depresión.
- Aumente el grado de satisfacción.
- Se homogeneice la asistencia.
- Se asegure la continuidad asistencial.
- Aumenten los embarazos.
- Se cumpla con la ley y con el Código Deontológico.

Discusión

La presencia de CE en las URHA dentro de un sistema de gestión de calidad ha sido un éxito gracias a que se han fundado teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes junto con las del equipo de trabajo (Moreno et al., 2010).

De este modo se consigue mejorar la calidad asistencial en todos sus términos, incluyendo la cobertura de 2 objetivos diana de cualquier centro: el embarazo y la rentabilidad del trabajo.

Por todo ello, y sabiendo que todavía podemos avanzar más en esta especialidad, como se ha podido comprobar en el congreso de la SEF del año 2012 (seguimiento ecográfico de ciclos de inseminación, consultas *on line*, etc.), se recomienda la creación de CE en reproducción humana asistida, del mismo modo que se están recomendando dentro de otras especialidades médicas (tablas 6–8) (Moreno Ochoa y Herrero García, 2012).

Tabla 7 Web del Consejo General de Enfermería de España (10-09-2009)

«Las Consultas de Enfermería de Urología y Reumatología del Hospital Universitario de la Princesa representaron, en 2008, más de 2.500 intervenciones enfermeras. El índice de satisfacción de los usuarios, recogido en las encuestas, demuestra su enorme aceptación entre la población y debe servir de estímulo a los profesionales de enfermería para seguir avanzando en esta y otras líneas innovadoras y de crecimiento profesional»

Tabla 8 Jornada «Potenciar las consultas de enfermería es necesario para mejorar la gestión de los recursos». Web del Sindicato de Enfermería de Aragón (16-052012)

«La enfermería incide de manera directa en la gestión de capítulos estratégicos del gasto sanitario además de controlar los efectos adversos derivados de la hospitalización de pacientes, y juega un papel fundamental en la prevención y educación de los ciudadanos»

Carlos Celaya (sociólogo)

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Mi agradecimiento a la Dirección Médica y de Enfermería de la Maternidad del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, a su equipo de Reproducción Humana y, en particular, al Dr. Alonso Zafra.

Bibliografía

http://www.reumatologiasalud.es/revista-mira_num04_consultas_enfermeria.php

- Díaz, R., 2005. Calidad percibida en la sanidad pública. *Rev Calid Asist.* 20 (1), 35–42.
- Grupo Merck Serono, 2008. Importancia de los aspectos emocionales en los tratamientos de reproducción asistida. *Imago Concept and Image Development, S.L.*, Madrid, pp. 53–54.
- Leddy, S., Pepper, J.M., 1989. Bases conceptuales de la enfermería profesional. *J.B. Lippincott, Londres*, Cap. IX: 47-60/181-200.
- Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
- Mira J.J., 2009. Herramientas avanzadas de calidad: diseño de encuestas. *Agencia Laín Entralgo*. Madrid, 23 al 31 de marzo de 2009.
- Moreno, L., García, A., Jiménez, B., 2010. Consulta de enfermería en reproducción asistida. *Rev Iberoam Fertil* 27 (5), 427–434.
- Moreno Ochoa, L., Herrero García, J., 2012. Guía práctica de reproducción humana asistida. *Formación Alcalá*.
- Moreno Ochoa, L., Marchant Solís, H., García Monserrat, A., Jiménez Tolsada, B., 2009. Grado de satisfacción suscitado por el protocolo informativo. *Rev Iberoam Fertil* 26 (4), 311–319.
- Resoluciones 32/1989 y 2/1998 que aprueba las normas deontológicas, con posterior corrección de errores.
- Sánchez Sánchez, F., Sánchez Marín, F.J., López Benavente, Y., 2006. Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Rev Calid Asist.* 21 (4), 199–206.
- Servicio Andaluz de Salud (Internet). Encuestas de satisfacción 2008 [consultado 25 May 2010]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores/introducción.asp>