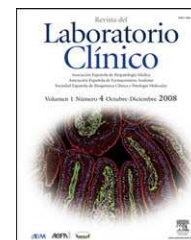


Revista del Laboratorio Clínico

www.elsevier.es/LabClin



EDITORIAL

Papel del profesional del laboratorio clínico en la desmedicalización: el ejemplo del análisis de semen y los deseos reproductivos

Role of the clinical laboratory professional in demedicalization: The example of semen analysis and assisted reproduction

Se considera una «no enfermedad» aquel «proceso o problema humano definido desde alguna instancia como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así»¹. Por otro lado, una pareja se considera estéril si tras 12 meses de relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos no queda gestante. Se estima que la esterilidad afecta al 10–15% de las parejas con deseos reproductivos.

A pesar de esta clara definición de esterilidad, esta se encuentra dentro de la clasificación internacional de no enfermedades¹, concretamente dentro de las denominadas «variaciones de la normalidad», ya que se tiende a olvidar esta definición y a comenzar el estudio diagnóstico básico de esterilidad y determinados tratamientos antes de dar tiempo suficiente a la naturaleza a actuar, o en otras palabras, sin intentar conseguir una gestación con relaciones sexuales. Además no se debe olvidar que del 15% de parejas estériles, un 50% quedará gestante en los 36 meses siguientes de manera natural, estimándose que solo un 5–7% de las parejas permanecerán estériles tras 48 meses de relaciones sexuales desprotegidas.

¿Qué puede hacer el profesional del laboratorio clínico para no medicalizar los deseos reproductivos de las parejas? En primer lugar, debe recomendar la realización de las pruebas diagnósticas en su debido momento y no antes. El adelanto del análisis de semen implica el diagnóstico de un elevado porcentaje de parejas como estériles que quedarían gestantes en los próximos meses². Esto significa que se aplicarían a estas parejas técnicas de reproducción asistida innecesarias. Esta conclusión se confirma con el hecho de haber encontrado una relación directa entre tasas de embarazo espontáneo y demora en el estudio de esterilidad. Así se ha comprobado que son mayores las tasas de embarazo espontáneo en parejas remitidas por un médico

general a un centro secundario (ginecólogo general) que en parejas remitidas por un ginecólogo a un centro terciario o unidad de reproducción especializada³.

En segundo lugar, el profesional del laboratorio clínico debe realizar determinaciones o implantar estrategias para que las determinaciones que realice tengan una baja tasa de falsos positivos, es decir, sean muy específicas. Desde un punto de vista clínico parece más aceptable diagnosticar a hombres estériles como fértiles (falsos negativos) que diagnosticar a hombres fértiles como estériles (falsos positivos). Esta aproximación prevendría el sobretratamiento de hombres potencialmente fértiles, evitando, por ejemplo, remitir parejas a microinseminación espermática (ICSI) cuando podría haber sido empleado otro tratamiento menos agresivo⁴. En este sentido es de destacar que la reciente edición del manual de análisis de semen de la OMS de 2010 ha rebajado considerablemente los valores de referencia de los parámetros seminales, lo que hace que estos parámetros ganen en especificidad significativamente.

En tercer lugar, a la hora de incorporar nuevas determinaciones al análisis de semen debe utilizar criterios de medicina basada en la evidencia. En este sentido han sido varios los autores que no consideran adecuado el uso de *odds ratio* para la evaluación de pruebas diagnósticas, recomendando la utilización de otros estadísticos como el cálculo de las probabilidades posttest de enfermedad utilizando la *likelihood ratio* y la probabilidad pretest. Recientemente, y aplicando estos criterios, se ha demostrado que los ensayos de fragmentación de DNA espermático no aportan más información, en términos de validez clínica, en el diagnóstico de la esterilidad de causa masculina que el análisis de semen clásico⁵. Por lo que su uso solo conduce a una instrumentalización innecesaria del diagnóstico de la esterilidad.

En último lugar, el profesional del laboratorio clínico debe ayudar a la interpretación clínica del análisis de semen, dando a conocer la importancia de la variabilidad biológica y analítica en dicha interpretación⁶. El análisis de semen tiene un papel relevante en determinadas situaciones clínicas en medicina reproductiva, no obstante se han descrito grandes discrepancias entre clínicos en la interpretación de los parámetros seminales⁷. Estas discrepancias pueden deberse en parte al solapamiento en la distribución de los valores de parámetros seminales entre varones de parejas fértiles y estériles⁸.

En resumen, con el ejemplo aquí descrito, simplemente hemos querido llamar la atención sobre un fenómeno creciente en nuestro entorno, la medicalización de la sociedad, y que abarca a entidades tan comunes como menopausia, embarazo o el simple envejecimiento. Ante el cual, el profesional del laboratorio clínico no debe permanecer de brazos cruzados, pues de lo contrario pagará cara esta actitud, poniendo en juego su prestigio como profesional de salud. Es su obligación conocer las armas utilizadas por diferentes agentes para la medicalización innecesaria⁹, y lo que es más importante, las estrategias para combatirlas¹⁰.

Bibliografía

1. Smith R. In search for "non-disease". *BMJ*. 2002;324:883–885.
2. Van der Steeg JW, Steures P, Eijkemans MJ, Habbema JD, Bossuyt PM, Hompes PG, et al. Do clinical prediction models improve concordance of treatment decisions in reproductive medicine? *BJOG*. 2006;113:825–31.
3. Snick HK, Snick TS, Evers JL, Collins JA. The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study. *Hum Reprod*. 1997;12:1582–8.
4. Sergerie M, Laforest G, Bujan L, Bissonnette F, Bleau G. Sperm DNA fragmentation: fragmentation: threshold value in male fertility. *Hum Reprod*. 2005;20:3446–51.
5. Castilla JA, Zamora S, Gonzalvo MC, Luna del Castillo JD, Roldán-Nofuentes JA, Clavero A, et al. Sperm chromatin structure assay and classical semen parameters: systematic review. *Reprod Biomed Online*. 2010;20:114–24.
6. Castilla JA, Álvarez C, Aguilar J, González-Varea C, Gonzalvo MC, Martínez L. Influence of analytical and biological variation on the clinical interpretation of seminal parameters. *Hum Reprod*. 2006;21:847–51.
7. Aguilar J, Álvarez C, Morancho-Zaragoza J, Prats-Gimenez R, Ramírez JP, Fernández-Pardo E, et al. Quality specifications for seminal parameters based on clinicians' opinions. *Scand J Clin Lab Invest*. 2008;68:68–76.
8. Ford WC. Comments on the release of the 5th edition of the WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. *Asian J Androl*. 2010;12:59–63.
9. Miguel F, Merino A, Sanz R, García A, Montero MJ, Maderuelo JA. Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. *Aten Prim*. 2009;41:702–6.
10. Zapater F, Vila R. Habilidades para no medicalizar. *FMC*. 2008;15:672–7.

Jose Antonio Castilla
Servicio de Análisis Clínicos de Reproducción
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España
Correo electrónico: josea.castilla.sspa@juntadeandalucia.es