



COMENTARIO AL CASO: SOLICITUD DE REVERSIÓN DE VASECTOMÍA EN VARÓN VIH CON PAREJA SERODISCORDANTE

COMMENTARY ON THE CASE: REQUEST FOR VASECTOMY REVERSION IN HIV MALE WITH SERODISCORDANT COUPLE

ANTONIO PARDO
Universidad de Navarra
Unidad de Educación Médica y Bioética
Irrularrea 1, 31008 Pamplona
apardo@unav.es

En este caso se plantean varias cuestiones bastante heterogéneas, que intentaré deslindar adecuadamente. Las relativas a la recanalización de la vasectomía y las relativas al posible contagio de la pareja no infectada, con los consiguientes consejos que debe aportar el médico al paciente y su pareja.

1. La recanalización de la vasectomía

Para que exista indicación médica de una determinada intervención, ésta debe ser técnicamente factible y dar esperanzas fundadas de éxito. Algo que proporciona una utilidad marginal no debe recomendarse, a no ser que se trate de la última esperanza en un caso grave sin otra salida, que no es el caso.

Esto nos lleva, de entrada, a considerar la efectividad de la intervención. Su esperanza de éxito no es total: dados los años transcurridos desde la vasectomía, la efectividad esperable, aun en manos expertas, se reduce a poco más del 90%. Y, aunque se consiga la recanalización con éxito, las posibilidades de embarazo posteriores se ven aún más reducidas (las cifras de la literatura oscilan entre un 40 y un 80% de fertilidad posterior). Existen otros datos que no se mencionan que también

influyen en la efectividad de la recanalización, como el punto de los conductos deferentes donde se efectuó el corte. Estos datos deberían comentarse con el paciente antes de la intervención para poder tomar una decisión consensuada bien fundada y, sobre todo, para que éste no idealice los resultados esperables.

Para ver si un tratamiento está indicado, también debe considerarse la posible aparición de efectos secundarios y su severidad en comparación con el beneficio buscado; en este sentido, dada la naturaleza poco agresiva de la intervención de recanalización y la poca incidencia esperable de efectos secundarios, junto con el porcentaje nada desdeñable de efectividad, puede recomendarse su práctica. Es un tratamiento indicado. Cuestión distinta es el efecto, no inmediato, del contagio, que examinaremos a continuación.

2. Contagio de hepatitis C y VIH

Es primordial conocer adecuadamente la contagiosidad en el caso concreto que nos ocupa. El relato pormenoriza de modo muy detallado las cuestiones relativas a las posibilidades de contagio del VIH, tanto a la pareja como la transmisión vertical: estos datos son fundamen-

tales para cualquier decisión posterior. Aunque la posibilidad de contagio con el tratamiento adecuado del paciente es baja, no es desdeñable, especialmente por lo acumulativo de este riesgo, y por la gravedad de la enfermedad transmitida.

En el relato no se indica si la hepatitis C se encuentra curada, sin rastro de viremia o, por el contrario, se encuentra en fase crónica latente: probablemente se haya estudiado y simplemente no constan los detalles, debido a su poca relevancia para el caso en comparación con el VIH: a diferencia de la B, la hepatitis C se transmite muy difícilmente por vía sexual.

3. Colaboración al contagio

En primer lugar, hay que tener en cuenta que, como bien se señala en el caso, la contagiosidad no depende de que el eyaculado contenga o no espermatozoides: el resultado positivo de la intervención no hace las relaciones más o menos contagiosas. Lo que hace es que el varón recobre, en mayor o menor medida, la fertilidad.

Por este último motivo, sí que puede constituir una cierta cooperación al contagio, a la transmisión horizontal de la enfermedad, porque puede constituir un incentivo a mantener relaciones con más frecuencia para conseguir descendencia; pero, dado que no todas las relaciones de la pareja se derivan de haber recuperado la fertilidad, hay que poner un tanto en sordina el aporte de la intervención a la contagiosidad horizontal.

Con respecto a la transmisión vertical, ésta se dará si sucede la transmisión horizontal y, a continuación, la infección se transmite al hijo. Estas dos eventualidades encadenadas tienen una probabilidad que resulta de multiplicar las probabilidades de los dos eventos, con lo que tenemos una posibilidad de 6 en 10.000 acumulado en un año aproximadamente, que es bastante remota: con el manejo adecuado tanto de los padres como del parto y del hijo (deber básico de quien les atiende), puede decirse que apenas existe cooperación a que nazca un niño enfermo.

En todo caso, lo correcto es que la pareja conozca estos detalles: las actuaciones médicas son resultado de la acción conjunta de médico y paciente; éste debe conocer

los pormenores técnicos y aquél debe hacerse cargo de las perspectivas vitales del paciente, de modo que, entre ambos, sopesando riesgos y beneficios, tomen una decisión sobre la actuación más pertinente. Y esa decisión conjunta debe acompañarse de los consejos adecuados de medicina preventiva: mantener correctamente el tratamiento del varón, disminuir las posibilidades de contagio limitando las relaciones a los periodos fértiles, etc., cosas que se explicitan muy bien en el texto del caso.

Considerando esta toma de decisión conjunta sólo desde el punto de vista de la actuación del médico, se debe observar que, dentro de una intención y actuación buena (devolver la fertilidad mediante una intervención sin especiales problemas), pueden existir efectos secundarios: el contagio. Éste, aunque poco probable (especialmente el vertical), puede considerarse proporcionado con el objetivo que se intenta: recuperar la salud; por tanto, parece razonable acceder a los deseos del paciente.

4. Otras consideraciones

Uno de los defectos de la bioética contemporánea consiste en atribuir las decisiones del paciente a su autonomía, vetándose la posibilidad de juzgar si dichas decisiones están bien o mal tomadas desde el punto de vista ético. Parece como si la ética decayera cuando entra en acción una decisión autónoma. Creo que es un planteamiento erróneo de la libertad humana. Ésta desarrolla sus decisiones de cara al bien y a la verdad, y dichas decisiones pueden estar mejor o peor tomadas; los juicios espontáneos que hacemos sobre las conductas de otras personas testifican que existe ese baremo objetivo de bien y verdad, que es imposible reducir completamente a condicionantes socioculturales de quien los emite. Por este motivo, caben juicios sobre la mayor o menor bondad de lo que otros eligen autónomamente; que algo sea elegido autónomamente no lo hace automáticamente bueno; por tanto, sobre esas decisiones autónomas cabe discrepar, lo que da origen a un diálogo constructivo con el paciente, que puede terminar en el convencimiento de una parte, de la otra, o, en caso de no llegar a dicho entendimiento, a la no colaboración

del médico con los deseos del paciente; así, cabe no colaborar con cuestiones de “medicina satisfactiva”, feliz expresión del texto del caso. Tanto el médico como el paciente son igualmente autónomos en una sociedad libre. Y dejo aparte la cuestión de la presunta autonomía de las decisiones de los pacientes: habitualmente, la decisión libre está muy condicionada y depende de mil factores, sobre los que se puede recapacitar y cambiar de punto de vista con facilidad; ponerle el rótulo de “decisión autónoma”, que la convierte en algo intangible, no hace justicia a la realidad.

Desde este punto de vista de la ética que mira la verdad y el bien, considero que las relaciones de la pareja no son una cuestión de su decisión autónoma, sino que se derivan de la naturaleza del matrimonio (en el texto no se indica si están casados pero, dada la sociología actual, la convivencia estable con voluntad efectiva de permanencia podría considerarse tal sin mucho esfuerzo

–aunque habría que hacer más precisiones al respecto–). Por tanto, ¿se debe intentar disuadirles de mantener relaciones? Desde un punto de vista técnico de la Medicina, es evidente que suponen un riesgo para la salud. Pero, desde un punto de vista humano, el bien del matrimonio es superior a la salud, por lo que, en caso de conflicto entre ambos bienes, sería razonable arrostrar el riesgo de contagio para salvaguardar el bien de las relaciones de la pareja. Esto sería demasiado largo de argumentar para la brevedad de este comentario, pero dejo incoado el tema para quien desee seguir por esta línea¹.

Dejo aparte cuestiones legales, y algo que pienso siempre que me enfrento a este tipo de casos: reflexiono sobre la pertinencia de llevar a cabo intervenciones de “medicina satisfactiva”, por emplear la terminología del relato original, sabiendo que puede haber problemas de reversibilidad: la naturaleza no se deja manejar tan fácilmente.

1 Existe una obra breve, ya algo antigua pero clásica, para introducirse en cuestiones de antropología de la sexualidad: Caffarra C. *La sexualidad humana*. Madrid: Ediciones Encuentro, 1987; 69. Por supuesto, existen muchas más publicaciones recientes que pueden consultarse con provecho.

