



UN CASO DE ROTURA UTERINA DURANTE EL EMBARAZO

A CASE OF UTERINE RUPTURE DURING PREGNANCY

MARIA LUISA DI PIETRO⁽¹⁾ Y MAURIZIO PIETRO FAGGIONI⁽²⁾

(1) *Istituto di Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma. Italia.*

Largo Francesco Vito, 1 – 000168 Roma. Teléfono: +39 3338229662

(2) *Academia Alphonsiana - Roma. Italia.*

E-mail: marialuisa.dipietro@unicatt.it; marialuisa.dipietro@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

Cesárea, cicatrices uterinas, rotura uterina, histerectomía, moral católica.

Recibido: 27/11/2018

Aceptado: 07/01/2019

Este artículo presenta un caso poco habitual de ruptura uterina durante la 19ª semana de gestación en el lugar de la cicatriz de una cesárea realizada dos años antes. El feto estaba todavía vivo, pero murió pocos minutos después debido a su inmadurez. Se consiguió preservar el útero, aconsejando vivamente a la mujer el no volver a quedar embarazada, y sugiriendo realizar la ligadura de trompas. En estas páginas se examina la literatura sobre la ruptura uterina, en concreto, la que se produce tras una intervención cesárea, valorando la posibilidad de calcular el riesgo de ruptura a través del estudio ecográfico. A continuación se ofrece el análisis moral del caso desde la perspectiva de la moral católica, preguntándose concretamente por la licitud de la histerectomía en ciertas condiciones. Se recuerda la ilicitud de toda esterilización directa, o sea, de aquellas intervenciones que se proponen impedir la procreación. Al mismo tiempo se explica que algunas operaciones en este ámbito pueden no configurarse como esterilización directa, cuando se llegue a la certeza moral de que el útero, por las condiciones en las que se encuentra, no será capaz de desarrollar un embarazo hasta la viabilidad del feto. En estos casos la intervención no puede decirse antiprocreativa porque el sistema reproductivo de la mujer es incapaz de cumplir su función natural.

ABSTRACT:

Keywords:

Cesarean section, uterine scars, uterine rupture, hysterectomy, Catholic ethics.

The article presents a rare case of uterine rupture at the 19th week of gestation, in the presence of a scar after a caesarean section practiced two years earlier. The fetus was pulled out alive, but given the gestational age, died within a few minutes. The uterus was preserved, but the woman was advised to proceed with tubal ligation and, in any case, to absolutely avoid a new pregnancy. The literature on uterine rupture is examined focusing on the problem of uterine rupture resulting after a caesarean section, analyzing the possibility of monitoring the risk of rupture through ultrasound evaluation. Finally, the article conducts a moral analysis of the case in the light of catholic moral, questioning in particular the acceptability of a hysterectomy under certain conditions. The illegitimacy of direct sterilization is reaffirmed, that is to say, an intervention whose purpose is the impediment of procreation, but it is emphasized that direct sterilization cannot occur when it comes to the moral certainty that that uterus, because of its conditions, cannot carry on a pregnancy until the viability of the fetus. In fact, an intervention that affects a uterus that is objectively incapable of carrying out its natural function cannot be qualified as anti-procreative.

En el artículo se presenta un caso clínico que ha sido publicado en una prestigiosa revista médica: una rotura uterina en la semana 19 de gestación¹. Tras examinar los aspectos clínicos relevantes de la rotura uterina, se discuten los aspectos bioéticos con especial atención a la posible licitud de la histerectomía o de la ligadura de trompas cuando existe un riesgo grave de rotura uterina precoz.

1. El caso clínico

Una mujer de 30 años, embarazada de 19 semanas, se presenta en estado de shock y con síntomas de abdomen agudo en el servicio de urgencias de un gran hospital. El embarazo había comenzado dos años después de la primera gestación, que había terminado con un parto por cesárea debido a sufrimiento fetal. El cierre del corte cesáreo fue realizado con una sutura en doble capa². Durante el embarazo actual se había realizado una primera ecografía en la 10ª semana de gestación y todo parecía transcurrir con normalidad. Al llegar al Servicio de Urgencias la paciente refiere un dolor sordo y persistente en el abdomen inferior y sensación de mareo desde casi un día. La paciente estaba consciente, pero desorientada. Las extremidades estaban frías, sudorosas y muy pálidas, el pulso era débil y acelerado (150 latidos al minuto), la presión sistólica era 70 mm Hg y la diastólica no se podía medir. La frecuencia respiratoria era 24 respiraciones por minuto y la saturación de oxígeno (SpO₂) era del 100%. La exploración abdominal mostró un útero de dimensiones correspondientes a la 20ª semana de embarazo con distensión en la fosa iliaca derecha y una tensión abdominal normal. Se auscultaban borborigmos intestinales. No había alteraciones en el hígado, bazo y riñones. No había hemorragia vaginal ni hematuria. Los análisis de laboratorio detectaron una hemoglobina de 7,5 g/dl y leucocitosis de 32100/mm². La ecografía mostró

un útero de dimensiones y estructura adecuadas a la edad gestacional con hernia de membranas amnióticas en el lugar de la cicatriz de la cesárea previa. La situación de la placenta era anterior y existía una importante colección de líquido en el abdomen y en las fosas paracólicas. El cuadro clínico y los exámenes complementarios hacían sospechar una rotura uterina, situación de gravedad extrema y rápida evolución. Por ese motivo, tras una primera estabilización hemodinámica, se realizó una laparatomía urgente. Apenas abierto el abdomen, se encontró un coágulo de alrededor de 600 g y unos 2 litros de sangre líquida en la cavidad peritoneal. Se confirma la rotura de la cicatriz de la precedente cesárea en el segmento uterino inferior con una placenta separada que asomaba por el lugar de la rotura. Fue extraído un feto vivo de 550 g de peso, que falleció en 2 minutos, y se retiró la placenta de la cavidad uterina.

En atención a la edad juvenil de la paciente, los cirujanos decidieron conservar el útero ya que la hemorragia había sido controlada. Los márgenes recientes de la cicatriz uterina se han cerrado en dos capas con puntos absorbibles de Vicryl n. 1. Las trompas y los ovarios tenían una apariencia sana en ambos lados. La incisión laparoscópica abdominal fue cerrada dejando un drenaje intraperitoneal. Se estimó una pérdida total de sangre de unos 4 litros y la paciente recibió las transfusiones adecuadas.

No presentó problemas durante el postoperatorio. En el alta se le recomendó a la paciente controles periódicos. Se le explicó su situación ginecológica y se le aconsejó no quedarse embarazada nuevamente, sugiriéndole la opción de realizar una ligadura de trompas.

2. La rotura uterina

La rotura uterina completa o incompleta es un desgarro de la pared del útero que ocurre principalmente durante el embarazo o el parto. Es una complicación obstétrica muy grave, con un elevado porcentaje de morbilidad y de mortalidad sin un diagnóstico y un tratamiento precoces. La mayoría de las roturas uterinas espontáneas ocurren durante el trabajo de parto en mujeres que tienen cicatrices en el útero por una cesárea

1 Bharatnur, S., Hebbar, S. G. "Early second trimester uterine scar rupture". *British Medical Journal case Report*. 2013 Dec 10; 2013.

2 Esta técnica se prefiere hoy a la sutura en monocapa precisamente porque es menos propensa a la rotura uterina. Cfr. Bajald, E, Bujold, C, Hamilton, EF, Harel, F, Gavthier RJ. "The impact of a single layer or double layer closure on uterine rupture". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, (2002), 1326-1330.

previa, en cambio son mucho más raras en un útero sin cicatrices³.

En los países industrializados, la incidencia de rotura uterina completa varía según los estudios. Uno de 2017 establece una incidencia de 0,38 por 10.000 en ausencia de cesárea previa y de 21,1 por 10.000 en caso de una cesárea anterior⁴. Estudios precedentes habían presentado porcentajes más elevados: 1,3 por 10.000 en ausencia de cesárea previa⁵; 39 por 10.000 en caso de cesárea anterior⁶. Estas variaciones se relacionan con los criterios de inclusión de los trabajos epidemiológicos: en el estudio de 2017 se incluyen solamente las roturas completas de útero y no las parciales. El porcentaje de roturas uterinas en mujeres con una cesárea previa llega hasta a un 1% en las mujeres con graves dificultades económico-sanitarias de los países en vía de desarrollo⁷, frente al 0,11 en caso de un útero sin cicatrices⁸. La frecuencia de rotura uterina aumenta con la edad materna (1,4% en mujeres con edad superior a los 30 años frente a 0,5% en mujeres más jóvenes), y con el número de partos.

En los países industrializados, entre los factores de riesgo más frecuentes en los casos de rotura uterina con cesárea previa se encuentran: las características de la previa incisión uterina, sobre todo si fue en el segmento inferior, uso de fármacos estimuladores del útero durante el parto (oxitocina y misoprostol); la macrosomía; el aumento de la edad materna; el parto postérmino⁹. En

los países en vía de desarrollo, las causas más frecuentes son: un trabajo de parto descuidado y obstaculizado (por ejemplo por desproporción cefalopélvica), la multiparidad; el uso de preparados locales de hierbas con una supuesta actividad estimulante del útero; el bajo nivel de educación; la edad gestacional en el momento del parto¹⁰.

Aunque sea siempre una situación que pone en riesgo la salud y la vida de la madre y del feto, el pronóstico de una rotura uterina varía según el contexto sanitario en el que vive la mujer; por ejemplo, en función de la posibilidad de acceso inmediato al tratamiento obstétrico (incluida la cesárea) en caso de parto obstruido en ámbito hospitalario. Si el acceso es posible se puede concluir con un parto seguro y es posible la reparación del útero. En cambio, si no se interviene a tiempo, la rotura de un útero – como se ha dicho – puede ser una situación catastrófica con muerte del niño y a veces muerte de la madre por hemorragia. En estos casos la lesión del útero es irreparable y es necesaria la histerectomía¹¹.

Mientras que en los países industrializados es posible detectar precozmente en los primeros síntomas (anomalías de la frecuencia cardíaca fetal, hemorragia vaginal, taquicardia materna o dolor insólito durante el trabajo del parto), en los países en vía de desarrollo el diagnóstico es más tardío y entre los síntomas registrados están: dolor abdominal, anemia grave y hemorragia vaginal, shock y signos de infección (29,3%). Las principales complicaciones son la muerte neonatal (82,9%), la muerte materna (9,8%) y las infecciones de la herida tras una intervención en condiciones de urgencia (6,6%) La reparación del útero es una opción terapéutica que se utiliza, preferentemente, en las pacientes más jóvenes con una rotura transversal sin signos de infección. En las pacientes pluríparas, que llegan con retraso y con signos evidentes de infección, la mejor opción parece ser todavía la histerectomía¹².

3 Fatfouta, I., Villeroy de Galhau, S., Dietsch, J., Eicher, E., Perrin, D. "Spontaneous uterine rupture of an unscarred uterus during labor: case report and review of the literature". *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (Paris)*, 37 (2), (2008), 200-203.

4 Al-Zirqi, I., Kjersti Daltveit, A., Forsén, L., Stray-Pedersen, B., Vangen, S. "Risk factors for complete uterine rupture". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216 (2017), 165.

5 Miller, DA, Goodwin, TM, Gherman, RB, Paul, RH. "Intrapartum rupture of the unscarred uterus". *Obstetrics & Gynecology*, 89 (1997), 671-673.

6 Mozurkewich, EL, Hutton, EK. "Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 183 (2000), 1187-1189.

7 Motomura, K., Ganchimeg, T., Nagata, C., et al. "Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health". *Scientific Reports*, 7, (2017), 44093.

8 Fofie, CO, Baffoe, P. "A two-year review of uterine rupture in a regional hospital". *Ghana Medical Journal*, 44(3) (2010), 98-102.

9 Ronel, D., Wiznitzer, A., Sergienko, R., Zlotnik, A., Sheiner, E. "Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture". *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285 (2012), 317-321.

10 Motomura y cols., *op.cit.*

11 Hofmeyr, GJ, Say, L., Gülmezoglu, AM. "WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture". *BJOG*, 112(9) (2005), 1221-1228.

12 Fofie y col., *op.cit.*

La prevención de la rotura uterina debería incluir la valoración de iniciar o no un embarazo en mujeres con alto número de partos; el acceso a los servicios obstétricos, entre ellos la cesárea por parto obstruido, además de la reducción del índice de cesáreas primarias y la mejora de la atención de las mujeres con intervención cesárea previa¹³. A esto se añade que, en casos análogos al que hemos presentado, un nuevo embarazo debe ser evitado. De hecho, incluso siendo difícil hablar de absoluta certeza en ámbito médico, la repetición de la rotura uterina es tan altamente probable que se puede hablar de certeza moral.

3. Valoración ecográfica de las cicatrices uterinas tras una cesárea

La valoración ecográfica durante el embarazo de la cicatriz uterina en las mujeres que han sufrido cesáreas previas podría ayudar no solamente a evaluar el riesgo de rotura, sino también a programar la modalidad del parto.

A pesar de no estar claro el “valor de corte” que determine a partir de qué espesor de la cicatriz se debería indicar un parto posterior por cesárea¹⁴, es un dato cierto que – en los últimos diez años – el porcentaje de partos por vía vaginal tras una cesárea se ha reducido, mientras que ha aumentado el número de intervenciones cesáreas repetidas. En una revisión de 2010 (12 estudios, 1834 mujeres), un resto de cicatriz uterina ha sido señalado en el 6,6% de los casos. Entre los estudios, 7 han examinado solamente el espesor completo del LUS (*lower uterine segment*), 4 la capa del miometrio, y 1 ambas medidas. Las mujeres con un resto de una cicatriz uterina tenían un LUS completo y una capa del miometrio más delgados. Además se ha encontrado una mayor asociación entre el espesor completo del LUS y el defecto de cicatriz uterina, que entre la capa del miometrio y la presencia de la cicatriz. El valor de corte óptimo oscila entre 2,0 a 3,5 mm para el espesor completo del LUS y de 1,4 a 2,0 para la capa del miometrio. Por tan-

to, el espesor ecográfico del LUS es un factor predictivo importante del defecto de la cicatriz uterina en mujeres con cesárea previa. Sin embargo, por la heterogeneidad de los estudios analizados, no es todavía posible – como se ha dicho – indicar un valor de corte ideal¹⁵.

Según Basic et al, la medición del espesor de la cicatriz uterina con ecografía tridimensional tras una cesárea previa permitiría establecer la modalidad del parto; el valor de corte, en este caso, sería de 3,5 mm¹⁶. En otro estudio, el segmento uterino inferior (LUS) en la 36ª semana de embarazo era anormal en el 39,6% de las mujeres con un parto cesáreo previo; la incidencia de dehiscencia de la cicatriz era del 5,2% y no había habido ningún caso de rotura de la cicatriz. El porcentaje de casos con LUS anormal era significativamente alto cuando: 1) la primera cesárea había sido realizada en presencia de un feto prematuro; 2) el cierre del útero había sido realizado en mono capa; 3) el intervalo entre las dos cesáreas era inferior a 54 meses; 4) la edad materna era superior a 35 años; 5) la intervención de cesárea había sido realizada durante el trabajo de parto después de 18 horas de romper aguas; 6) el peso del neonato era mayor de 3 kg; 7) la herida había sido suturada con materiales diferentes (poliglactina 910 y catgut crómico; p = 0,1); 8) se habían dado episodios de fiebre posparto¹⁷.

En cuanto a la valoración ecográfica de cicatrices uterinas en mujeres no embarazadas que habían sufrido una cesárea al menos un año antes, se ha encontrado una diferencia significativa entre el espesor del istmo anterior y posterior, que no era evidente en los 2 grupos de control [grupo de control I: mujeres sin historia de embarazos; II: mujeres con partos vaginales previos sin complicaciones]. Sin embargo, no se ha encontrado ninguna correlación entre el espesor del istmo anterior y posterior con el número de cesáreas previas (aunque se ve una tendencia a un espesor más reducido) o con el tiempo transcurrido desde el último parto. En el 30,6% de

15 Jastrow, N., Chaillet, N., Roberge, S., Morency, AM, Lacasse, Y., Bujold, E. “Sonographic lower uterine segment thickness and risk of uterine scar defect: a systematic review”. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32 (4) (2010), 321-327.

16 Basic y cols., *op.cit.*

17 Brahmalkshmy, BL, Kushtagi, P. “Variables influencing the integrity of lower uterine segment in post-cesarean pregnancy”. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 291(4) (2015), 755-762

13 Al-Zirqi y cols., *op.cit.*

14 Basic, E., Basic-Cetkovic, V., Kozaric, H., Rama, A. “Ultrasound evaluation of uterine scar after cesarean section”. *Acta Informatica Medica*, 20 (3). 2012, 149-153.

las mujeres del grupo observado se ha encontrado una concavidad en la cicatriz de la cesárea; el 93% de estas mujeres se quejaba de hemorragias postmenstruales¹⁸.

En vista de los datos encontrados, de un lado se confirma la gravedad de la rotura uterina en el embarazo y durante el trabajo de parto; por otro lado, se evidencia como es posible – teniendo en cuenta los eventuales factores predisponentes – prever el riesgo de rotura del útero durante un embarazo. De este modo se pueden indicar oportunamente las modalidades de actuación dirigidas a reducir o minimizar el daño para la madre y el bebé (por ejemplo, anticipar el parto con una nueva cesárea). Por lo que se refiere al riesgo muy grave de rotura uterina de las mujeres no embarazadas con cicatrices por cesáreas previas, la exploración ecográfica puede detectar diferencias patológicas significativas en la estructura del útero respecto a las mujeres sin cicatrices en el útero. Para lograr que estos hallazgos puedan transformarse en un índice predictivo serían necesarios ulteriores estudios de la pared uterina¹⁹, con la ayuda incluso de la resonancia magnética²⁰.

4. La discusión moral católica

Según la moral católica es ilícita cualquier intervención de *esterilización directa*, es decir, una intervención cuyo objetivo sea evitar la procreación. Por eso se habla también de esterilización “antiprocreativa”, para subrayar que su intrínseca maldad está precisamente en estar dirigida contra la realización del bien que son los hijos o – como decía san Agustín – el *bonum prolis*. En el fondo, se trata de una lesión de la integridad física que priva intencionalmente a la persona de la capacidad de expresarse en la donación de la vida.

18 Bazzo, JM, Tambara, EM, Campos, AC, Feijó Rde, P. “Ultrasound evaluation of uterine scar after segmental transverse cesarean surgery”. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 34(5) (2012), 221-227.

19 Jastrow, N., Vikhareva, O., Gauthier, RJ, Irion, O., Boulvain, M., Bujold, E. “Can third-trimester assessment of uterine scar in women with prior Cesarean section predict uterine rupture? Editorial”. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 47 (2016), 410-414.

20 Fiocchi, F., Petrella, E., Nocetti, L., Currà, S., Ligabue, G., Costi, T., Torricelli, P., Facchinetti, F. “Transvaginal ultrasound assessment of uterine scar after previous caesarean section: comparison with 3T-magnetic resonance diffusion tensor imaging”. *Radiologia Medica*, 120 (2) (2015), 228-238.

Es muy diferente el caso en que la esterilización, o sea la pérdida de la capacidad procreativa, sea un efecto no directamente perseguido de una acción cuya única intención es curar una enfermedad en el único modo posible (por ejemplo, un carcinoma del útero). En este caso, la Moral católica habla de *esterilización indirecta*, que es admisible si existen razones proporcionadas. Esta enseñanza ha sido propuesta numerosas veces por el Magisterio²¹. La esterilización indirecta representa un ejemplo clásico de la figura ética de la acción de doble efecto, que fue sistematizada en modo riguroso por Jean Pierre Gury en el siglo XIX. Él fue el primero en recoger juntas las cuatro condiciones del principio de la acción de doble efecto en el *Compendium Theologiae Moralis* de 1850. Cuando una acción produce efectos buenos y malos este principio puede ser aplicado si: 1) la acción en sí misma es buena o indiferente (se excluye una acción mala en sí misma); 2) el agente moral pretende solamente el efecto bueno, mientras que el malo aunque sea previsto no es querido; 3) el efecto malo no está unido al efecto bueno con una relación de medio (malo) respecto a un fin (bueno); 4) hay proporción entre el efecto bueno y el malo²². La histerectomía por un carcinoma uterino ilustra perfectamente el mencionado principio: el cirujano no extirpa el útero porque la mujer no quiera tener hijos, sino porque se trata del único medio para eliminar un tumor maligno que la conduciría a la muerte. La pérdida de la fecundidad *no se quiere directamente* aunque sea inevitable dada la naturaleza de la intervención. Existe una proporción entre el bien de la vida y el bien de la fecundidad, pues la vida es el primero y más fundamental de los bienes personales y como tal es preeminente. La situación de un útero a la vez grávido y carcinomatoso suscitó mucha discusión entre los moralistas católicos: un retraso de la histerectomía para esperar el nacimiento del hijo podría resultar fatal, pero la extirpación del útero grávido conlleva inevita-

21 Cfr. Pio XI, *Encíclica Casti Connubii*, 31-12-1930, Acta Apostolicae Sedis, 22 (1930), 565; Id., *Al Congresso dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, 29-10-1951, Acta Apostolicae Sedis, 43 (1951), 843-844; Paolo VI, *Encíclica Humanae Vitae*, 25-7-68, nn. 14-15, Acta Apostolicae Sedis, 60 (1968), 490-491; Catecismo de la Iglesia Católica, 1997, n. 2297.

22 Viridis, A., “Il principio morale dell'atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica”, *Medicina e Morale*, 56 (2006), 951-979.

blemente la interrupción del embarazo y la muerte del feto²³. También en este caso es posible la aplicación del principio de la acción de doble efecto, que tras satisfacer todas las condiciones encuentra al final como elemento decisivo el conflicto – altamente dramático – entre la supervivencia de la madre y la del feto.

En todo caso, una intervención sobre los órganos relacionados con la reproducción no tiene que estar siempre motivada por una patología de los mismos. Puede suceder que un órgano con una función normal pueda acarrear un daño al organismo entero. Un ejemplo es el caso de los tumores hormonodependientes, como algunos cánceres de mama o de próstata: los estrógenos producidos normalmente por el ovario pueden favorecer el crecimiento y la generación de metástasis en el cáncer de mama; y lo mismo ocurre con la testosterona para el cáncer de próstata. Antiguamente se realizaba la ooforectomía o la orquiectomía respectivamente para evitar la difusión del tumor primario, aunque hoy han sido remplazadas por el empleo de fármacos. Esta situación peculiar se justifica generalmente por el llamado “principio de totalidad”, por el cual es lícito sacrificar la parte en favor del todo. En el caso explicado es lícito sacrificar los ovarios o los testículos y, por consiguiente, la capacidad procreativa del sujeto en favor de la conservación del organismo, puesta en peligro por el cáncer de mama o de próstata. Merece la pena recordar una clara intervención de Pío XII sobre este punto:

El punto decisivo aquí no es que el órgano amputado o que se deja incapaz de funcionar esté él mismo enfermo, sino que su mantenimiento o funcionamiento lleve consigo directa o indirectamente una amenaza seria para todo el cuerpo. Es muy posible que, por su funcionamiento normal, un órgano sano ejerza sobre el órgano enfermo una acción nociva, propia para agravar el mal y sus repercusiones en todo el cuerpo. Puede tam-

bién suceder que la ablación de un órgano sano y el cese de su funcionamiento normal quite al mal [...] su terreno de expansión [...]. Si no se dispone de ningún otro medio, la intervención quirúrgica está permitida en ambos casos²⁴.

Por tanto, el principio del acto de doble efecto y el principio de totalidad explican de modo claro las situaciones más comunes de esterilización y nos permiten distinguir fácilmente las intervenciones lícitas de las ilícitas. En resumen, no toda intervención que produce la esterilidad de una persona – el hecho físico – corresponde al objeto moral intrínsecamente malo de la esterilización, sea como fin de la acción o como medio para obtener el fin. Existen acciones esterilizantes lícitas e incluso obligatorias como tratamientos de enfermedades graves que no son curables por otros medios.

A la luz de esta enseñanza clara y compartida, en 1976 y en 1993 la Congregación para la Doctrina de la Fe respondió a algunas dudas relacionadas con la esterilización²⁵. Por ejemplo, puede suceder que precisamente en caso de rotura uterina el cirujano que interviene de modo urgente encuentre un útero desgarrado y sangrante de modo que no haya otra opción que la histerectomía para superar una situación potencialmente letal. En estos casos, por lo que respecta a “la extirpación (histerectomía) incluso total para evitar un grave peligro actual contra la vida o la salud de la madre, es lícito llevar a cabo el procedimiento a sabiendas de que la mujer tendrá una esterilidad permanente”²⁶. En las mismas respuestas se negaba en cambio la licitud de otras histerectomías. Ante la pregunta “cuando el útero (por ejemplo a causa de precedentes intervenciones de cesárea) se encuentra en un estado tal que, aunque no constituya en sí mismo un riesgo actual para la vida o la salud de la mujer, no esté previsiblemente capacitado para concluir un embarazo futuro sin peligro para la ma-

23 La discusión sobre este supuesto fue larga y encendida. Culminó en 1932-33 con el enfrentamiento entre el padre Gemelli y el padre Vermeersch. Gemelli sostenía que la histerectomía de un útero grávido era un aborto directo, mientras que Vermeersch justificaba la intervención como un aborto indirecto y esta opinión ha llegado a ser la más común entre los moralistas católicos.

24 Pío XII, *Ai Partecipanti al XXVI Congresso Italiano di Urologia*, 8-10-1953, Acta Apostolicae Sedis, 45 (1953), 674.

25 Congregación para la Doctrina de la Fe (CDF), *Quaecumque sterilizatio*, Acta Apostolicae Sedis, 68 (1976), 738-740; Id., *Risposte ai dubbi proposti circa l'isolamento uterino*, 31.7.93, in Osservatore Romano 31-7-1994, Acta Apostolicae Sedis, 86 (1994), 820-821.

26 Ibid., 820.

dre, peligro que en algunos casos podría resultar incluso grave, ¿es lícito extirparlo (histerectomía), con el fin de prevenir un eventual peligro futuro que se derive de la concepción; extirparlo (histerectomía) o [...] realizar la ligadura de trompas (procedimiento llamado también “aislamiento uterino”)?; la respuesta ha sido negativa²⁷.

El caso clínico presentado al inicio de este artículo es diferente porque la fragilidad extrema del útero tras la cesárea no es solamente prevista como probabilidad estadística según la literatura científica examinada anteriormente, sino que un episodio de rotura uterina ha sido documentado e intervenido en modo precoz durante el segundo embarazo de la mujer. Pensamos que nuestro caso se adecuaría a la hipótesis a la cual responde la Congregación para la Doctrina de la Fe en la pregunta (*Dubium*) *Sobre la licitud de la histerectomía en algunos casos del 10 de diciembre 2018*²⁸. Es una situación en la que se puede decir, con una razonable certeza médica, según el parecer de médicos verdaderamente expertos y de buena conciencia, que el útero se encuentra tan lesionado que no podrá llevar a cabo su función natural; esto es, recibir al embrión y continuar un embarazo hasta la viabilidad del feto²⁹. En este contexto por tanto, no se trata de un automatismo por el que, tras una segunda o tercera cesárea, para evitar el riesgo de rotura uterina – riesgo más bien raro, sobre todo en el primer y segundo trimestre – se procede a esterilizar a la mujer, por ejemplo, mediante una ligadura de las trompas de Falopio. Más bien se trata de un juicio de discernimiento prudencial que se debe realizar caso por caso en base a los hallazgos clínicos y de los exámenes complementarios. La histerectomía en el caso de un útero gravemente lesionado no constituiría por tanto una esterilización antiprocreativa o directa, porque, en el caso propuesto, la procreación no es posible por las condiciones del útero. Este planteamiento que vale para una pared adelgazada y debilitada por una cicatriz quirúrgica podría valer tam-

bién en situaciones análogas de imposibilidad de que un embarazo llegue al límite de viabilidad del feto, como en algunas malformaciones uterinas no corregibles que causan abortos espontáneos recurrentes.

“Nos encontramos en un contexto objetivo – se lee en la *Nota explicativa* que acompaña el *Dubium del 10 de diciembre 2018* – en el que no es posible ni la procreación ni la acción antiprocreativa”. “La elección no versa sobre cosas imposibles”³⁰ porque se pueden querer o no querer solamente las cosas posibles y en la medida en que dependan de nosotros. En el caso supuesto por el *Dubium* es posible la concepción, pero no la “procreación” que, para los moralistas católicos, es el punto de llegada de la concepción. No se puede, por tanto, definir la mencionada intervención sobre el aparato reproductor como antiprocreativa, pues la procreación es imposible por la alteración de los órganos reproductivos³¹. En consecuencia, la Congregación para la Doctrina de la Fe ha respondido al *Dubium del 10 de diciembre 2018*, afirmando que esa histerectomía no es una esterilización y, por tanto, no puede ser valorada como intrínsecamente ilícita, como lo sería una esterilización antiprocreativa y directa.

En este contexto en el que es lícita la histerectomía cuando hablamos de riesgo, no nos referimos a un riesgo más o menos grave para otros órganos o aparatos (como el corazón o los riñones) que podrían quedar afectados durante el embarazo, sino de un riesgo relacionado con la misma función generativa. Si el útero no puede desarrollar su función natural sin un grave riesgo para la mujer y el recién concebido, este riesgo mortal no puede ser considerado parte del desarrollo normal de las funciones del aparato reproductor. En otras palabras: no es lícito anular un aparato reproductor que puede desarrollar su función normal, pero es lícito anular un

27 Ibid. 821.

28 Congregación para la Doctrina de la Fe. *Respuesta a una duda sobre la legitimidad de la histerectomía en algunos casos. 10.12.2018*, in *Osservatore Romano* 4-1-2019. Pag 8.

29 Se entiende por viabilidad del feto la posibilidad de que el feto sobreviva, con las ayudas oportunas, fuera del seno materno. En las condiciones óptimas ofrecidas por centros especializados la viabilidad se encuentra hoy en torno a la semana 23 de embarazo.

30 Santo Tomás, *Summa Theologiae* I-IIae q 13, art. 5, contra: “Electio non est impossibilium”. Cfr.. Robiglio AA, *L'impossibile volere: Tommaso d'Aquino, i tomisti e la volontà*, Vita e Pensiero, Milano, 2002.

31 Esta tesis fue presentada por F. Böckle en un breve artículo hace más de 50 años y fue recogida por otros moralistas, con diferentes matices, no siempre aceptables. Distinguía entre la capacidad de concebir y la capacidad de llevar a término la concepción (fertilidad) y sostenía que la intervención esterilizante podía ser considerada lícita en cuanto que suprimía una función actualmente sin sentido (“*sinnlos*”): Böckle F, “Ethische Aspekte der freiwilligen operativen Sterilisation”. *Stimmen der Zeit*, 99 (1974), 755.

aparato reproductor que, por la disfunción de alguna parte esencial, no puede desarrollar su finalidad natural de ningún modo o no puede hacerlo sin un grave riesgo para la madre y para el recién concebido.

En el caso presentado al inicio de este artículo estaríamos frente a razones muy graves por las que una pareja podría e incluso *debería* evitar un nuevo nacimiento, por sentido de responsabilidad hacia la vida de un probable hijo y hacia la vida o la salud materna. Por supuesto, un modo éticamente lícito es el recurso a la continencia periódica según los métodos de regulación natural de la fertilidad, pero algunas parejas podrían tener un gran miedo a no saber aplicar estas reglas cuando deben evitar una concepción de modo absoluto. Además, debido al grave peligro relacionado con un nuevo embarazo, una pareja podría decidirse por la continencia continua hasta la menopausia de la mujer: esta situación no sería ciertamente la única en la que pareja elige de común acuerdo una continencia continua, buscando al mismo tiempo desarrollar un lenguaje de intimidad afectiva alternativo a la unión sexual. Sin embargo, para algunas parejas, incluso bien motivadas y de recta conciencia, la continencia continua podría resultar de difícil gestión por algún motivo y causar sufrimientos o daños en el entendimiento conyugal.

Entonces, solamente cuando no existiese para la pareja ninguna otra alternativa prudentemente válida que aplicar, una intervención finalizada a anular los órganos de la reproducción puede ser considerada lícita. Como recuerda la reciente respuesta de la Congregación para la Doctrina de la Fe, corresponde a los esposos, recibidas las informaciones necesarias de los médicos y en diálogo con sus consejeros espirituales, elegir el modo de actuar, según la lógica del discernimiento personal y pastoral.

5. Algunas consideraciones conclusivas

Por último, consideramos que merecen una profundización posterior algunas cuestiones no contempladas expresamente en la citada respuesta al *Dubium de 10 de diciembre 2018*.

Una primera cuestión se refiere a la fiabilidad y a la precisión de las previsiones sobre la posibilidad de una

rotura uterina o sea la *valoración* del riesgo de rotura. Obviamente, no es una cuestión ética sino, antes de nada, una cuestión médica. Como se ha dicho, no se puede basar sobre meras probabilidades generales, sino sobre el hallazgo de un conjunto de factores predictivos que deben llevar al médico a establecer con suficiente certeza la imposibilidad de que un feto concebido llegue a la viabilidad; sin poder establecer – como es propio del saber médico – la certeza absoluta de rotura uterina y, sobre todo, del momento en que ésta sucederá. La repetición de las cesáreas, el hallazgo ecográfico de un importante adelgazamiento de la pared uterina causado por las intervenciones, la edad de la gestante y – como en el caso examinado – un rotura uterina previa por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea constituirán factores de un riesgo tan elevado que, en la medida que es humanamente posible prever, pueden llevar a los médicos a desaconsejar de modo absoluto nuevos embarazos, por una función completamente deficitaria de ese aparato reproductor. En cambio, esto excluye la indicación ampliamente difundida de practicar la ligadura de trompas de Falopio tras una segunda cesárea, independientemente de las condiciones de la paciente. La posibilidad de una rotura del útero aumenta tras una cesárea y todavía más tras dos cesáreas, pero está lejos de ser una complicación común.

En segundo lugar, hay que tener presente que las indicaciones de los médicos respecto a la posibilidad de que un embarazo llegue a la viabilidad del feto deben considerar la realidad sanitaria de cada país y, por tanto, la posibilidad o imposibilidad de hacer complicados exámenes diagnósticos como la medición del espesor de la pared uterina, del control periódico durante un eventual nuevo embarazo y de la intervención de urgencia ante una rotura uterina o ante otro acontecimiento potencialmente fatal para la madre y el recién concebido. También el concepto de viabilidad del feto debe tener en cuenta las posibilidades concretas de asistencia neonatal que se pueden garantizar: un embarazo puede ser terminado en la 25 semana de gestación con esperanzas de supervivencia en centros altamente especializados, pero prácticamente sin esperanza en sistemas con mínimas ayudas asistenciales.

Acknowledgement. Translation of Revdo Dr. David Lázaro Blázquez

Agradecimiento. Traducción del Revdo Dr. David Lázaro Blázquez

Referencias

- Al-Zirqi, I., Kjersti Daltveit, A., Forsén, L., Stray-Pedersen, B., Vangen, S. "Risk factors for complete uterine rupture". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216 (2017), 165.
- Bajald, E, Bujold, C, Hamilton, EF, Harel, F, Gavthier RJ. "The impact of a single layer or double layer closure on uterine rupture". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, (2002), 1326-1330.
- Basic, E., Basic-Cetkovic, V., Kozaric, H. Rama, A. Ultrasound evaluation of uterine scar after cesarean section. *Acta Informatica Medica*, 20 (3). 2012, 149-153.
- Bazzo, JM, Tambara, EM, Campos, AC, Feijó Rde, P. "Ultrasound evaluation of uterine scar after segmental transverse cesarean surgery". *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(5) (2012), 221-227.
- Bharatnur, S., Hebbar, S. G. "Early second trimester uterine scar rupture". *British Medical Journal case Report*. 2013 Dec 10; 2013.
- Böckle, F., "Ethische Aspekte der freiwilligen operativen Sterilisation", *Stimmen der Zeit*, 99 (1974), 755.
- Brahmalakshmy, BL, Kushtagi, P. "Variables influencing the integrity of lower uterine segment in post-cesarean pregnancy". *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 291(4) (2015), 755-762
- Catecismo de la Iglesia Católica, 1997, n. 2297.
- Congregación para la Doctrina de la Fe (CDF), *Quaecumque sterilizatio*, *Acta Apostolicae Sedis*, 68 (1976), 738-740;
- *Risposte ai dubbi proposti circa l'isolamento uterino*, 5-8-1993, in *Osservatore Romano* 31-7-1994, *Acta Apostolicae Sedis*, 86 (1994), 820-821.
- *Respuesta a una duda sobre la legitimidad de la histerectomía en algunos casos*. 10.12.2018, in *Osservatore Romano* 4-1-2019, pag 8.
- Fatfouta, I., Villeroy de Galhau, S., Dietsch, J., Eicher, E., Perrin. D. "Spontaneous uterine rupture of an unscarred uterus during labor: case report and review of the literature". *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (Paris)*, 37 (2), (2008), 200-203.
- Fiocchi, F., Petrella, E., Nocetti, L., Currà, S., Ligabue, G., Costi, T., Torricelli, P., Facchinetti, F. "Transvaginal ultrasound assessment of uterine scar after previous caesarean section: comparison with 3T-magnetic resonance diffusion tensor imaging". *Radiologia Medica*, 120 (2) (2015), 228-238.
- Fofie, CO, Baffoe, P. "A two-year review of uterine rupture in a regional hospital". *Ghana Medical Journal*, 44(3) (2010), 98-102.
- Hofmeyr, GJ, Say, L., Gülmezoglu, AM. "WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture". *BJOG*, 112(9) (2005), 1221-1228.
- Jastrow, N., Chaillet, N., Roberge, S., Morency, AM, Lacasse, Y., Bujold, E. "Sonographic lower uterine segment thickness and risk of uterine scar defect: a systematic review". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32 (4) (2010), 321-327.
- Jastrow, N., Vikhareva, O., Gauthier, RJ, Irion, O., Boulvain, M., Bujold, E. "Can third-trimester assessment of uterine scar in women with prior Cesarean section predict uterine rupture? Editorial". *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 47 (2016), 410-414.
- Miller, DA, Goodwin, TM, Gherman, RB, Paul, RH. "Intrapartum rupture of the unscarred uterus". *Obstetrics & Gynecology*, 89 (1997), 671-673.
- Motomura, K., Ganchimeg, T., Nagata, C., et al. "Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health". *Scientific Reports*, 7, (2017), 44093.
- Mozurkewich, EL, Hutton, EK. "Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a metanalysis of the literature from 1989 to 1999". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 183 (2000), 1187-1189.
- Paolo VI, *Encíclica Humanae Vitae*, 25-7-68, nn. 14-15, *Acta Apostolicae Sedis*, 60 (1968), 490-491;

- Pio XI, *Encíclica Casti Connubi*", 31-12-1930, *Acta Apostolicae Sedis*, 22 (1930), 565
- Pio XII, *Al Congresso dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, 29-10-1951, *Acta Apostolicae Sedis*, 43 (1951), 843-844.
- , *Ai Partecipanti al XXVI Congresso Italiano di Urologia*, 8-10-1953, *Acta Apostolicae Sedis*, 45 (1953), 674.
- Robiglio AA, *L'impossibile volere: Tommaso d'Aquino, i tomisti e la volontà*, Vita e Pensiero, Milano, 2002.
- Ronel, D., Wiznitzer, A., Sergienko, R., Zlotnik, A., Sheiner, E. "Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture". *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285 (2012), 317-321.
- Santo Tomás, *Summa Theologiae I-IIae q 13, art. 5*, contra: "Electio non est impossibilem".
- Viridis, A., "Il principio morale dell'atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica", *Medicina e Morale*, 56 (2006), 951-979.