



11217
8/1
ZEJ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores
Hospital General de México

Curso de Especialización en Ginecología
y Obstetricia

HISTERECTOMIA OBSTETRICA
ESTUDIO RETROSPECTIVO EN LOS ULTIMOS
3 AÑOS HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

Dr. Arturo Juárez Aspilcuesta
→ Agustín



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

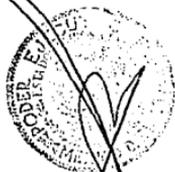
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**HISTERECTOMIA OBSTETRICA
ESTUDIO RETROSPECTIVO EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

**RESPONSABLE DEL PROYECTO. Dr. Arturo Juárez Azpilcueta
TUTOR DE TESIS. Dr. Eduardo Motta Martínez
JEFE DEL SERVICIO. Dr. Antonio Carrillo Galindo**

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



DIRECCION DE CALIDAD E
INVESTIGACION CIENTIFICA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional sin los cuales no habría realizado mis estudios profesionales.

Agradezco a mis hermanos, Yolanda, Erika, Alejandro y Cynthia, por su comprensión y su ayuda.

Agradezco a mis amigos, Felipe Wong, Claudia Villarreal, Alejandro Pérez, Olivia Piña, Ismael Alarcón, Magdalena Ortiz y Carlos Villalobos, por su compañerismo y amistad desinteresada.

Agradezco al Dr. Eduardo Motta Martínez, por su amistad, enseñanzas y apoyo para la realización de mi tesis.

Agradezco al Dr. Antonio Carrillo Galindo, por la oportunidad de realizar mi especialidad.

Agradezco a mis maestros los cuales me dedicaron su tiempo y sus enseñanzas.

Agradezco a la Dra. Elvira Espinoza por su apoyo para completar mi tesis.

Agradezco a mis compañeros de guardia, Dra. Gómez, Dra. León, Dra. González, Dr. Díaz, Dr. Romero y Dr. Armada, con los cuales aprendí las cosas buenas y las malas de mi especialidad.

Agradezco al Hospital General de México, la institución que me brindó la oportunidad de mi superación profesional.

Agradezco al Dr. Manuel Dosal de la Vega y al Dr. Manuel Dosal Rivero por su impulso para iniciar mi especialidad y sus enseñanzas.

CONTENDIDO

RESUMEN

INTRODUCCION

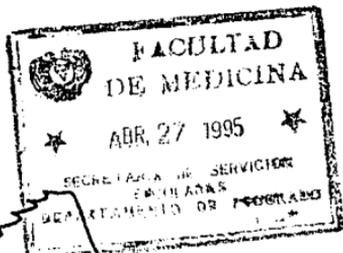
MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

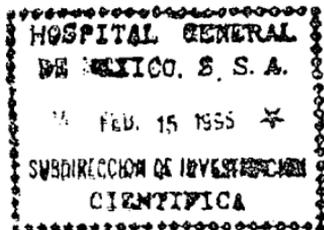


DR. ANTONIO GARRILLO GALINDO
JEFE DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ
JEFE DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE POSTGRADO
TUTOR DE TESIS

DR. ARMANDO VALLE GAY
JEFE DE ENSEÑANZA DEL CURSO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



HISTERECTOMIA OBSTETRICA
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS ULTIMOS 3 AÑOS.
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico acerca de la Histerectomía Obstétrica en pacientes del Hospital General de México durante un período de estudio de 3 años.

El objetivo principal es analizar la Histerectomía en el estado grávido puerperal (Histerectomía Obstétrica), durante la resolución de los problemas que la patología del embarazo, parto y puerperio determinan, así como la asociación de las diversas complicaciones que durante el estado grávido puerperal condicionan la realización de dicho procedimiento, para así poder disminuir la morbimortalidad del procedimiento.

Se analizaron las siguientes variables: Edad, antecedentes ginecoobstétricos, indicación quirúrgica, omisión diagnóstica, tipo de cirugía efectuado, cirujanos, tiempo quirúrgico, turno en que se efectuó, reintervención, complicaciones operatorias y transquirúrgicas, utilización de sangre y antibióticos, días de estancia intrahospitalaria y mortalidad.

Concluiremos la necesidad de una incidencia nacional, conocer las indicaciones más frecuentes, así como la morbimortalidad para poder establecer pautas que determinen la disminución de las complicaciones y su mortalidad, además de conocer las pautas a seguir en dicho procedimiento.

INTRODUCCION

La cirugía obstétrica moderna, las técnicas de asepsia y antisepsia, disponibilidad absoluta de sangre y sus derivados, mejor atención hospitalaria para el postoperatorio, adecuada atención anestésica, el mejor manejo de agentes oxitócicos y sus derivados, han permitido la ampliación a las indicaciones de la Histerectomía Obstétrica, así como la disminución en cuanto a la morbimortalidad. (1).

Hay que realizar una diferencia entre los términos de Histerectomía Obstétrica y Cesárea Histerectomía, el primero se refiere a la Histerectomía postparto, postaborto o postcesárea, teniendo un período más o menos corto, pero en 2 actos quirúrgicos diferentes y con procedimientos anestésicos distintos. El término de Cesárea Histerectomía corresponde a la realización de una Histerectomía posterior a una Cesárea en un mismo procedimiento tanto quirúrgico como anestésico. (1,2,3).

Dentro de los antecedentes históricos más relevantes podemos hacer mención a las siguientes citas: La primer Cesárea Histerectomía se remonta a más de 120 años, utilizándose como un procedimiento quirúrgico para tratar algún proceso infeccioso de origen obstétrico o tratamiento de hemorragia aguda. (4,5).

La primer Cesárea Histerectomía fue descrita por Horacio Robinson Stoerer el 21 de julio de 1868, en la ciudad de Boston, el caso de una paciente con hemorragia abundante y útero miomatoso, finalmente la operación no impidió la muerte de la madre y del producto. (6).

No fue sino hasta el 21 de mayo de 1876 que se efectuó la primer Cesárea Histerectomía con éxito tanto para la madre como para el producto, dicha operación se debe a Edoardo Porro de Viena, su paciente Julia Cavallini, con diagnóstico de pelvis raquílica asimétrica, la operación se inmortalizó en su monografía "Dell amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesarea", desde esa fecha se conoce a la Cesárea Histerectomía como Operación de Porro, aún cuando la técnica utilizada por Porro es distinta a la utilizada en la actualidad. (5,7).

La primer publicación del tema de Histerectomía Obstétrica la reporta Godson en 1883, recolectando hasta esa fecha 134 casos, reportándose una mortalidad del 53 %. En el año de 1901, Ettore Trozzi, alumno de Porro, reunió una cantidad de 1097 casos, ya disminuyendo la mortalidad del 53 % al 24.8 %. (8).

En México, la primer Cesárea Histerectomía fue realizada el 12 de marzo de 1884 por el Dr. Juan María Rodríguez en la cual la madre falleció y el producto sobrevivió

a la operación; interviniendo como ayudantes ilustres médicos como el Dr. Eduardo Vertiz, el Dr. Liceaga, el Dr. Lavista y el Dr. Andrade. Dicha cirugía efectuada en el Hospital de San Andrés.

El Dr. Fernando Zarraga, en 1904, en México realizó la primer Histerectomía Obstétrica con éxito. (9).

Dentro de las indicaciones de la Histerectomía en el estado grávido puerperal se pueden dividir en tres grandes grupos. Las primeras consideradas de urgencia o absolutas, básicamente por problemas de hemorragia, atonía uterina, ruptura uterina, dehiscencia de cicatriz previa, placenta previa, acretismo, incretismo o percretismo placentario, y finalmente laceración uterina durante la Cesárea. Dentro del segundo gran grupo se consideran las indicaciones relativas o de no urgencia; Tumores uterinos, como Miomatosis uterina y Cáncer del cervix uterino, cicatriz uterina en número excesivo o en mal estado y problemas de corioamnioitis o sepsis. El tercer gran grupo lo constituyen las indicaciones electivas como la Cesárea de repetición, la Histerectomía con fines de esterilización definitiva, y problemas secundarios como (Cardiopatía, Nuecompatía o problemas psiquiátrico), teniendo todos estos motivos de controversia. (1,9).

Desde el año de 1950, Edward Davis introdujo la realización de la Cesárea Histerectomía para la esterilización definitiva, su práctica actual sólo debe recomendarse en caso de que la paciente lo solicite y además coexistan indicaciones obstétricas para extirpar el útero. Hofmeister concluye que es un método demasiado complicado y peligroso para solamente darle el beneficio de la esterilización quirúrgica, teniendo en cuenta que existen varios métodos de esterilización tubaria sin presentar tantos riesgos para la paciente. (3,10,11).

Dentro de las complicaciones que se pueden presentar durante la Histerectomía Obstétrica podemos subdividir las en dos grandes grupos: Las primeras son aquellas secundarias al acto quirúrgico, y las segundas son aquellas que se presentan durante el postoperatorio. Dichas complicaciones también se presentan durante la Histerectomía Ginecológica, aunque con menor frecuencia que en la Obstétrica. (12,13,14). En orden de frecuencia y porcentajes, las complicaciones quirúrgicas son: Hemorragia postoperatoria, 3.3 %, laceraciones vesicales, 2.8 %, lesión uretral, 0.44 %, fistulas (vesicovaginales, ureterovaginales y rectovaginales), 0.57 %, eventos tromboembólicos con 0.52 %, y finalmente la mortalidad materna con el 0.73 %. (13,14).

Dentro del grupo de las complicaciones postoperatorias de la Histerectomía Obstétrica podemos mencionar a las tres primeras causas que son: Infección de vías urinarias, hematoma infección de la cúpula vaginal y problemas respiratorios. (12,13,14).

En cuanto a la mortalidad de la Histerectomía Obstétrica va en relación a varios factores; las indicaciones del acto quirúrgico, el estado general previo de la paciente, tipo de cirugía efectuado (total o subtotal), la capacidad y experiencia del cirujano y finalmente los elementos hospitalarios que representan del 1 al 14.7 %. (15,16,17). En cuanto a la frecuencia de la histerectomía Obstétrica, revisando la literatura nos encontramos con la dificultad de no comparar cifras y resultados puesto que aunque aceptamos que debe quedar comprendida entre el 1 y 8 %, no tenemos las bases suficientes para apoyar esto ya que las distintas publicaciones comparan la Cesárea Histerectomía, otros la Histerectomía postparto y otros la Histerectomía Obstétrica. (16,17).

MATERIAL Y METODOS

A través de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, se efectuó la revisión de los expedientes clínicos del archivo médico de 36 pacientes que fueron sometidos a Histerectomía Obstétrica, en población del Hospital General de México, en un período comprendido entre el 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1994.

Características de la muestra:

Para este estudio se tomaron en cuenta las siguientes características.

- Edad de la paciente, la cual se dividió en 3 grupos:

- A. Menores de 20 años.
- B. Entre 21 y 30 años.
- C. Mayores de 31 años.

- Antecedentes ginecoobstétricos.

- Edad gestacional en que se efectuó la cirugía, la cual se dividió en 2 grupos:

- I. Antes de las 20 semanas.
- II. Entre 20 y 40 semanas.

- Indicación quirúrgica:

1. Absolutas
2. Relativas
3. Electivas

- Horario en que se llevo a cabo la cirugía.

- Matutino (8-14 hrs)
- Vespertino (14-22 hrs)
- Nocturno (22-8 hrs)

- Omisión diagnóstica

- Tiempo quirúrgico:

- a. Menos de 60 minutos
- b. De 60 a 90 minutos.
- c. De 90 a 120 minutos.
- d. De 121 a 150 minutos.
- e. De 151 a 180 minutos.
- f. De 181 a 210 minutos.
- g. Más de 210 minutos.

- Cirujano.

- Médico de base
- Residente

- Cirugía efectuada

- Reintervención.

- Complicaciones transoperatorias y postoperatorias.

- Utilización de sangre y sus derivados.

- Utilización de antibióticos.

- Monoterapia.

- Doble esquema.

- Triple esquema.

- Días de estancia:

A. De 1 a 3 días.

B. De 4 a 7 días.

C. Más de 7 días.

RESULTADOS

En el período del 1o de Enero de 1992 al 31 de Diciembre de 1994, se atendieron 25 036 eventos obstétricos de los cuales a 36 casos se les realizó Histerectomía Obstétrica, lo cual representa una frecuencia del 0.14%.

El rango de edad de las pacientes fue de 17 a 38 años, el promedio de edad fue de 26.7 ± 5.2 . El mayor porcentaje correspondió al grupo B con 23 pacientes, en segundo lugar el grupo con 8 pacientes y finalmente el grupo A con 5 pacientes. (Fig. 1).

En cuanto a la edad gestacional en que se efectuó la cirugía encontramos que en el grupo A se operaron 3 pacientes (8.3%), y en el grupo B 33 pacientes (91.7%) con una media de 1.9 ± 0.28 . (Fig.2).

En lo referente a los antecedentes ginecoobstétricos, se encontraron los siguientes resultados: 3 pacientes primigestas, 10 pacientes secundigestas y 23 pacientes presentaban 3 o más embarazos, con una media de 2.5 ± 0.65 . Del total, 11 pacientes (30.5%) presentaban antecedente de cesárea previa y 9 pacientes (25%) el antecedente de cesárea iterativa. (Fig. 3).

Las indicaciones absolutas de la Histerectomía Obstétrica fueron 32, con un 88.2% del total, de las cuales la más frecuente fue la atonía uterina en 16 pacientes (44.4%), acretismo placentario en 6 casos (16.7%), 3 pacientes con ruptura uterina y 3 pacientes con placenta previa, que representan el 8.3% respectivamente. En las indicaciones relativas encontramos 4 casos con un 11.2% del total, problemas de índole infeccioso, en 2 pacientes (5.6%) con diagnóstico de absceso pélvico y en 2 casos más y con el mismo porcentaje, deciduomiometritis. (Fig. 4).

En cuanto al tipo de cirugía efectuado observamos que el mayor porcentaje de procedimientos correspondió a la Histerectomía Obstétrica en 22 pacientes (61.2%) de las cuales a 17 se les realizó en forma total (77.2%). En segundo lugar le siguió la Cesárea Histerectomía en 14 pacientes (38.8%), de las cuales 11 casos se les realizó la Histerectomía en forma total (78%) (Fig.5).

El cirujano que efectuó el acto quirúrgico fue en 20 casos (55%) el médico de base del servicio, en segundo lugar, con 16 casos (45%) fueron residentes los que intervinieron en el acto quirúrgico. (Fig.6).

Durante el horario en que se intervinieron las pacientes tenemos que en el turno matutino se realizaron 11 cirugías (30.5%), en el turno vespertino 12 casos (33.3%) y en el turno nocturno 13 casos (36.1%). (Fig. 7).

El tiempo de duración de la cirugía fue en promedio de 121.1 ± 35.4 minutos. En 3 casos la cirugía fue menor de 60 minutos (8.3%), en 6 pacientes entre 60 y 90 minutos (16.6%), en 14 pacientes (27.7%) entre 120 y 150 minutos, un caso de duración entre 150 y 180 minutos (2.7%) y en 2 ocasiones una duración entre 180 y 210 minutos (8.3%). (Fig. 8). Al comparar el tipo de cirugía contra el tiempo de duración el valor de $P = 0.6$, la cual desde el punto de vista estadístico es no representativa.

En cuanto a la omisión diagnóstica observamos que solamente en 4 casos no se contaba con el diagnóstico de certeza, siendo los casos; perforación uterina, desprendimiento prematuro de placenta, dehiscencia de histerorrafia y un quiste de ovario gigante.

El procedimiento anestésico utilizado con mayor frecuencia fueron la anestesia general endovenosa y la asociación de anestesia general endovenosa y bloqueo peridural en 31 casos (86.1%), 5 casos (13.9%) por el bloqueo peridural. (Fig.9).

Se reintervinieron quirúrgicamente 3 pacientes por absceso de pared, en 2 casos se realizó resección de cérvix residual, uno por proceso infeccioso y sangrado y otro por proceso infeccioso.

En cuanto a la utilización de antibióticoterapia, en 12 pacientes (30.5%) se utilizó monoterapia, doble esquema se estableció en 18 pacientes (50%), en 3 pacientes (8.3%) se utilizó un triple esquema, en un caso se utilizaron 4 antibióticos y finalmente no se utilizó ningún antibiótico en 3 pacientes. (Fig 10).

En cuanto a los días de estancia intrahospitalaria tuvieron un promedio de 5.8 ± 4.2 días. La paciente que menos tiempo requirió de hospitalización fue de 2 días y la de mayor tiempo fue de 17 días. En el primer grupo se concentraron 7 pacientes (25%), el segundo grupo 18 pacientes (50%), y en el

tercer grupo 9 pacientes (25%). (Fig 11.).

Siendo generalmente un procedimiento de urgencia, la utilización de sangre y sus derivados fue otro de los parámetros a estudiar. El promedio de paquetes globulares utilizados fue de 625 ± 432.5 ml. El promedio de plasma fue de 133.3 ± 269.9 ml. Comparando el tipo de cirugía contra el sangrado y sometiéndolo a análisis estadístico no encontramos significancia.

Se presentaron complicaciones inherentes al acto quirúrgico; una punción de duramadre, 3 lesiones vesicales, 1 lesión intestinal, 3 abscesos de pared, 1 CID, 3 casos de shock hipovolémico y 2 muertes. (Fig.12). Si comparamos el tipo de cirugía contra las complicaciones presentadas no encontramos significancia estadística.

CONCLUSIONES

1.- La incidencia de Histerectomía Obstétrica es baja en el Hospital General de México, es del orden de 0.14%.

2.- La diferencia entre la Histerectomía Obstétrica y la Cesárea Histerectomía, tanto en tiempo, sangrado y complicaciones no son significativas.

3.- La indicación más frecuente fue la atonía uterina, evento obstétrico derivado del trabajo de parto.

4.- La Histerectomía Obstétrica representó en nuestro estudio mayor frecuencia que la Cesárea-Histerectomía.

5.- Las complicaciones más frecuentemente encontradas son semejantes a las que se presentan en la Histerectomía Ginecológica.

6.- La Histerectomía Total no representa mayor riesgo ni mayor tiempo quirúrgico, ni mayor sangrado que la Histerectomía subtotal.

COMENTARIOS

La incidencia de la Histerectomía Obstétrica es del orden de 0.14% para población del Hospital General de México, baja en comparación con las estadísticas nacionales y mundiales.

De acuerdo al grupo de edad en que se efectuó el acto quirúrgico el mayor porcentaje se engloba en el grupo de 21 a 30 años, pacientes que además contaban con el antecedente de presentar 2 o más embarazos. También observamos en este grupo un gran porcentaje de pacientes que presentaban el antecedente de cesárea previa e iterativas, factores condicionantes y considerados como factores predisponentes para presentar problemas durante la resolución de su embarazo. Afortunadamente el menor porcentaje lo constituyó el grupo de pacientes menores de 20 años, pacientes aún sin haber completado su paridad. En lo referente a la edad del embarazo en que se efectuó el procedimiento el mayor porcentaje lo constituyeron aquellas pacientes que cursaban durante la segunda mitad de la gestación, por lo que inferimos que las indicaciones principales fueron secundarias al trabajo de parto, parto y puerperio.

En cuanto a las indicaciones de la Histerectomía Obstétrica observamos que siguen siendo las consideradas como absolutas o de urgencia las principales causas del mismo, en las cuales se involucran patologías que condicionan una urgencia real como problemas de hemorragia. Ocupando por orden de frecuencia, la atonía uterina, el acretismo placentario y la ruptura uterina los primeros lugares.

El tipo de cirugía efectuado con mayor frecuencia fue la Histerectomía Obstétrica, siendo ésta de tipo Total, dato que al analizar encontramos que es el criterio quirúrgico que priva en nuestro Hospital. Al comparar el tipo de cirugía contra el sangrado inherente al acto quirúrgico, así como las posibles complicaciones no encontramos significancia estadística, siendo este parámetro un hecho favorable para continuar realizando dicho procedimiento en forma normativa. Al comparar otras Instituciones diferentes al Hospital General de México, quienes continúan apoyando la Histerectomía Subtotal, consideramos que la Histerectomía Total continúa brindando mayores beneficios a la paciente, como son el hecho de evitar el riesgo de sangrado, infección y carcinoma en el muñón residual, por lo que en base al presente estudio podemos inferir dicha afirmación.

Al comparar el sangrado que se presenta durante el acto quirúrgico entre la Histerectomía Obstétrica y la Cesárea-Histerectomía no encontramos significancia estadística, aunque esperaríamos que la Cesárea-Histerectomía por ser un procedimiento en el cual existen 2 eventos quirúrgicos, implicaría mayor pérdida sanguínea, sin embargo no se corroboró dicha premisa.

Finalmente, encontramos una morbimortalidad baja al comparar nuestros resultados con las estadísticas tanto nacionales como mundiales. Así mismo encontramos que la complicación que se presentó con mayor frecuencia fue la lesión vesical. En términos generales las complicaciones que encontramos en nuestro estudio son muy similares a las que se presentan durante la Histerectomía Ginecológica.

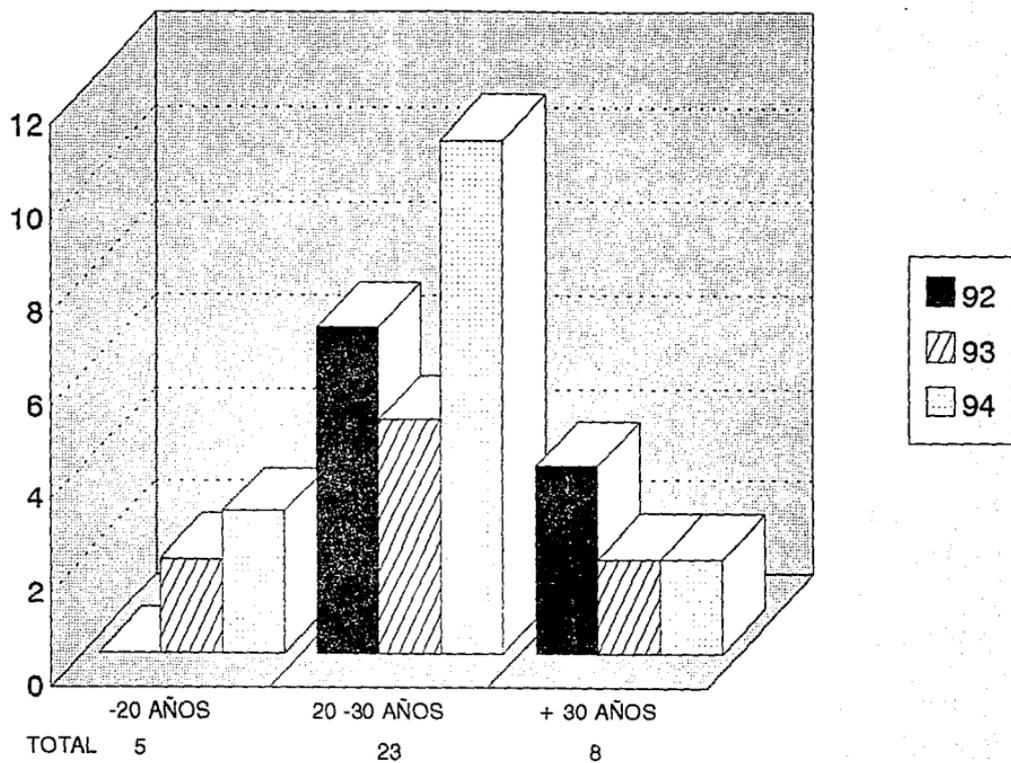


FIGURA 1. EDAD

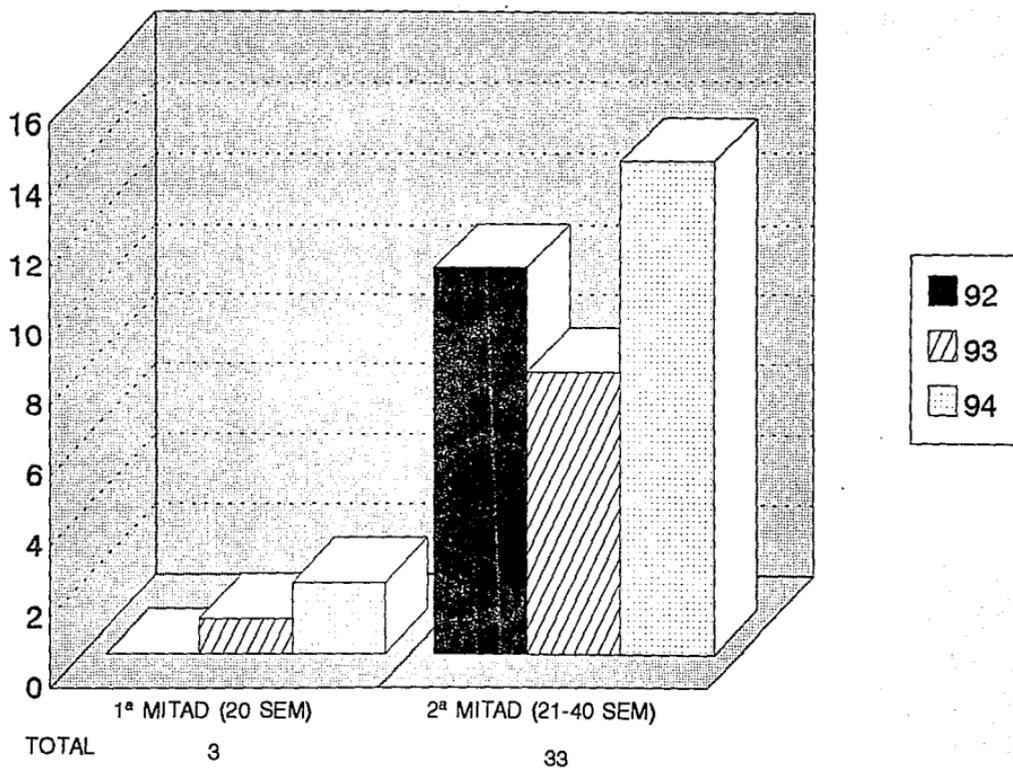
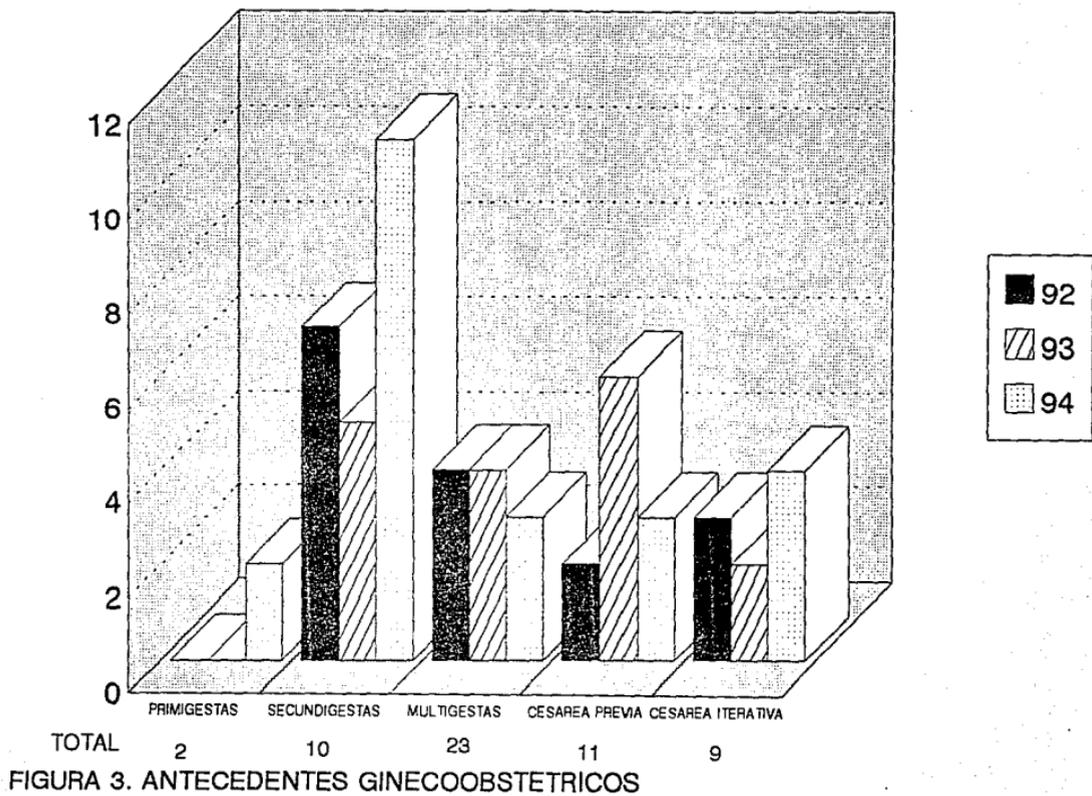


FIGURA 2. EDAD DEL EMBARAZO



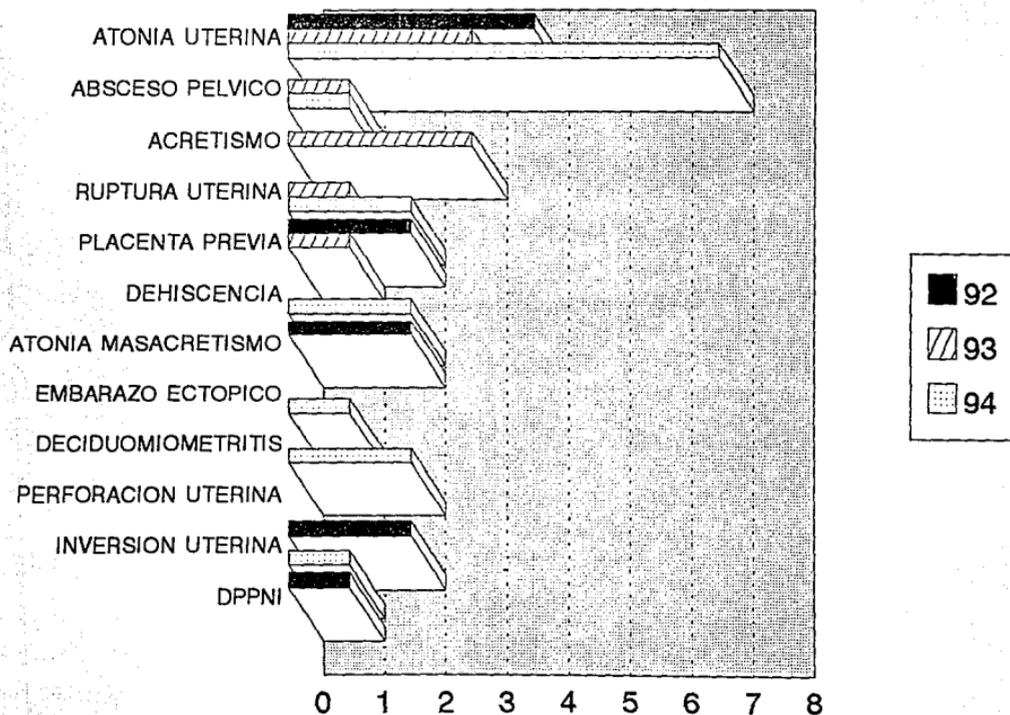


FIGURA 4. DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

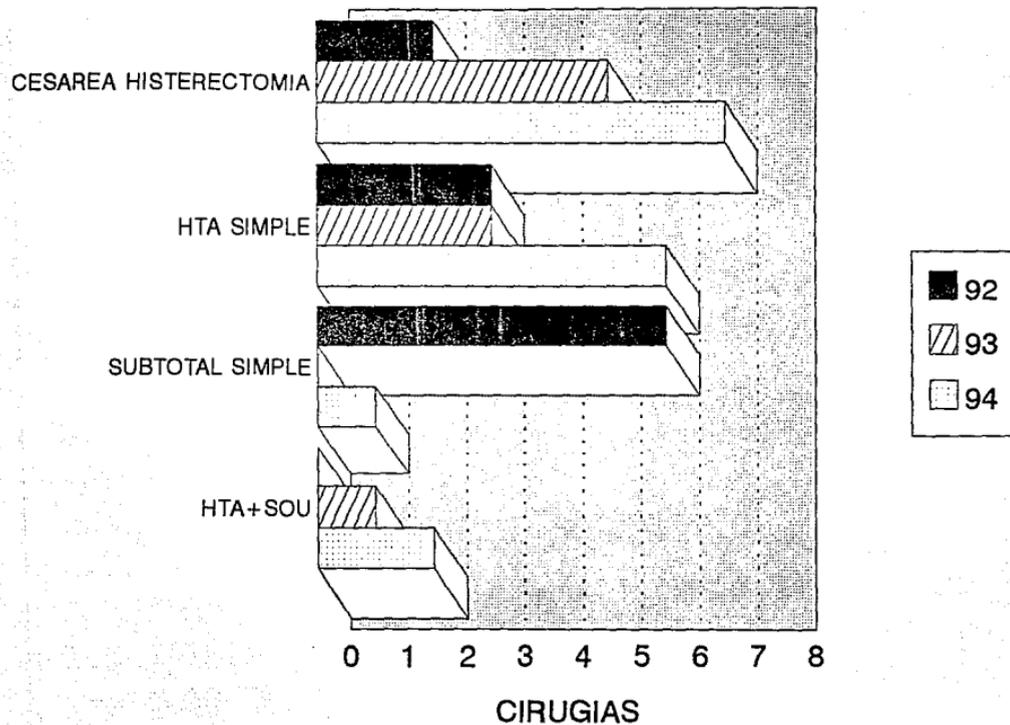


FIGURA 5. TIPO DE CIRUGIA

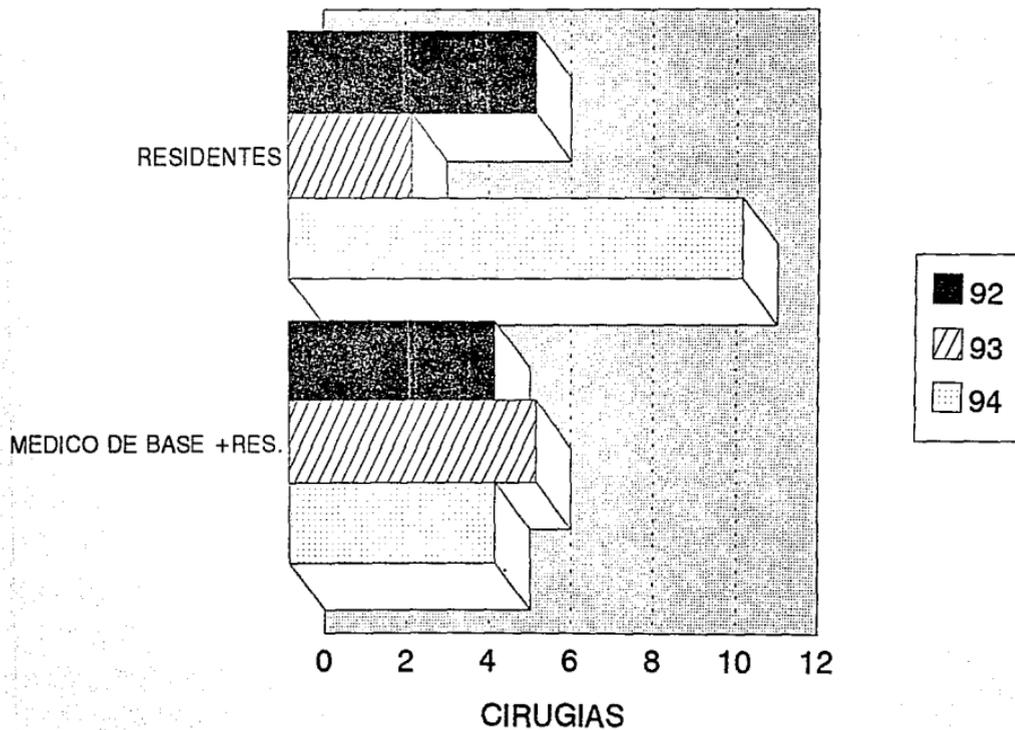


FIGURA 6. CIRUJANO

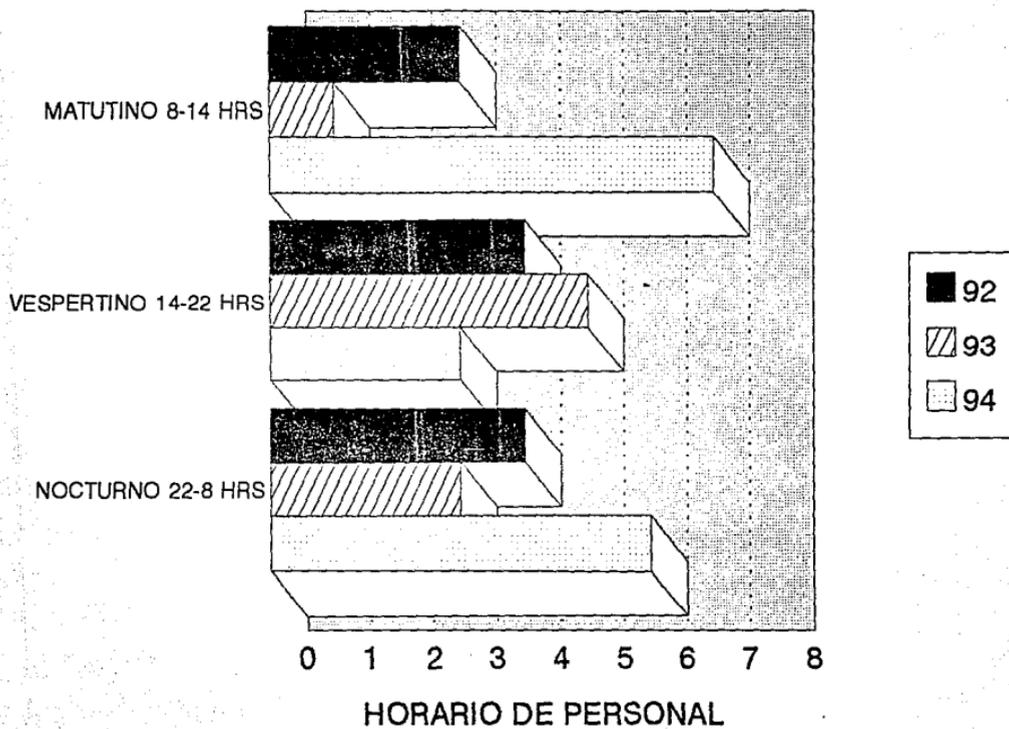


FIGURA 7. HORARIO

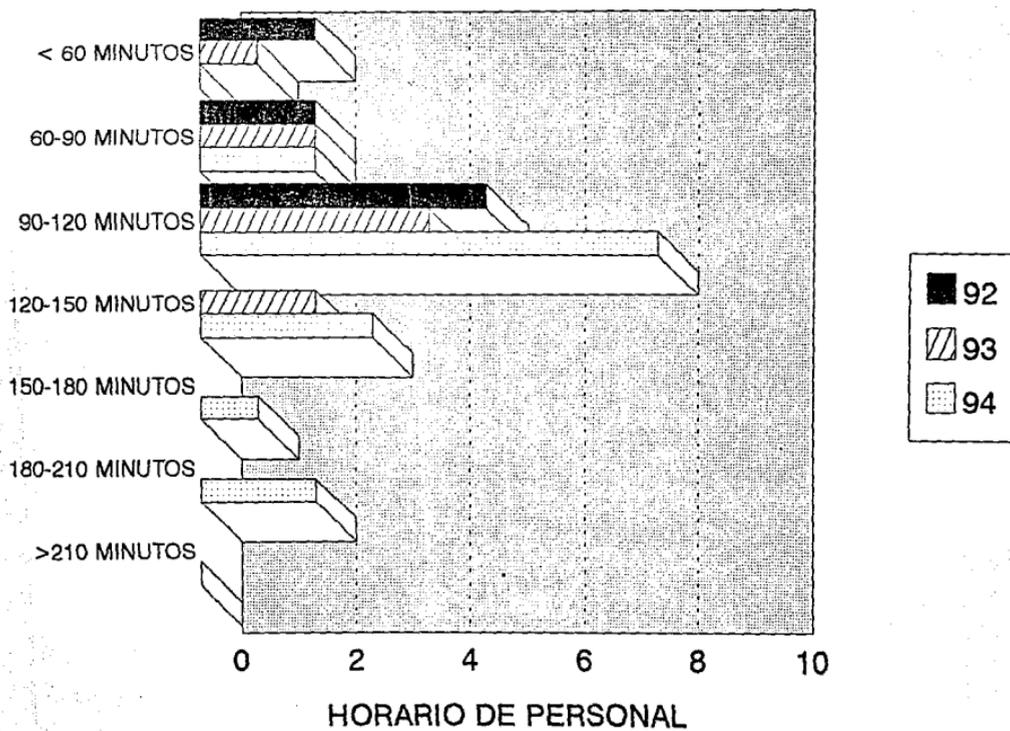


FIGURA 8. TIEMPO QUIRURGICO

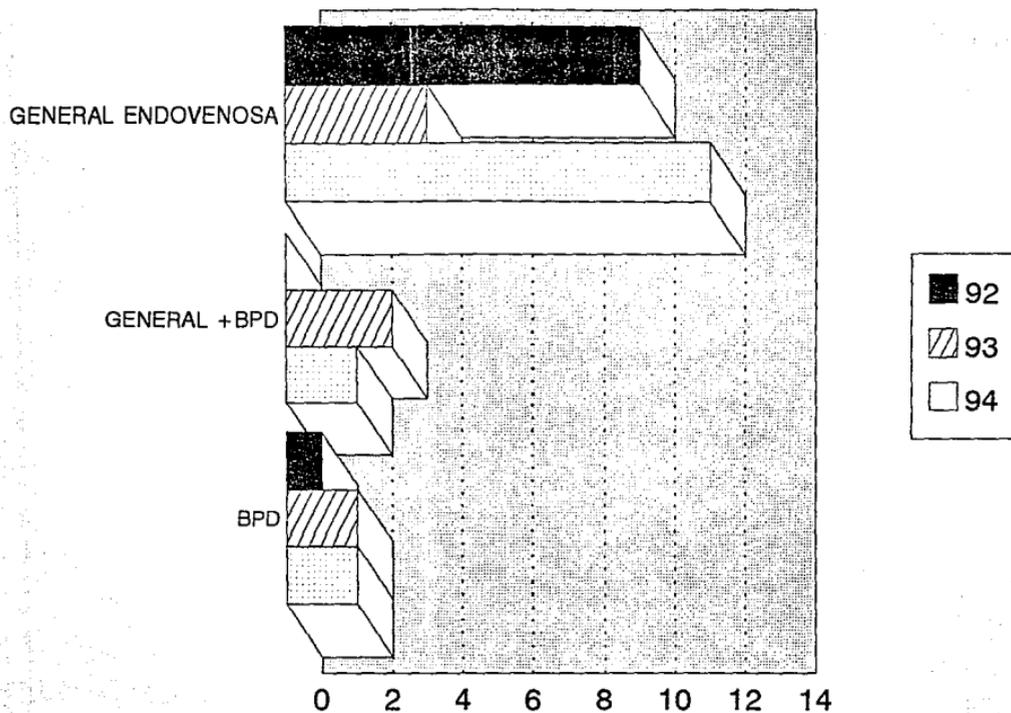


FIGURA 9. ANESTESIA

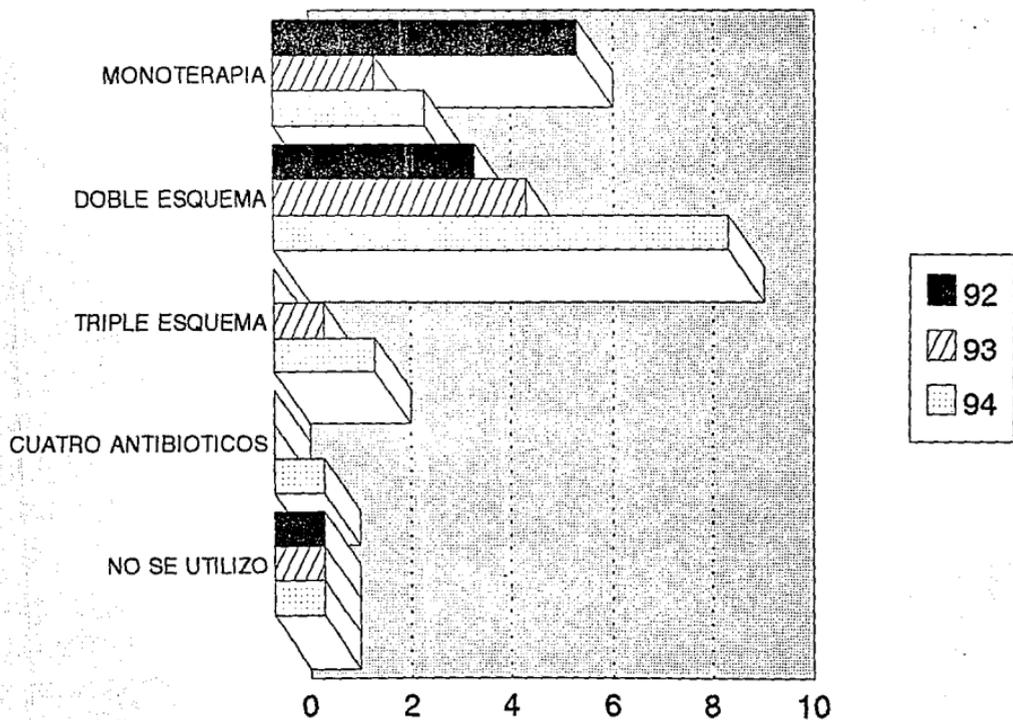


FIGURA 10. ANTIBIOTICOTERAPIA

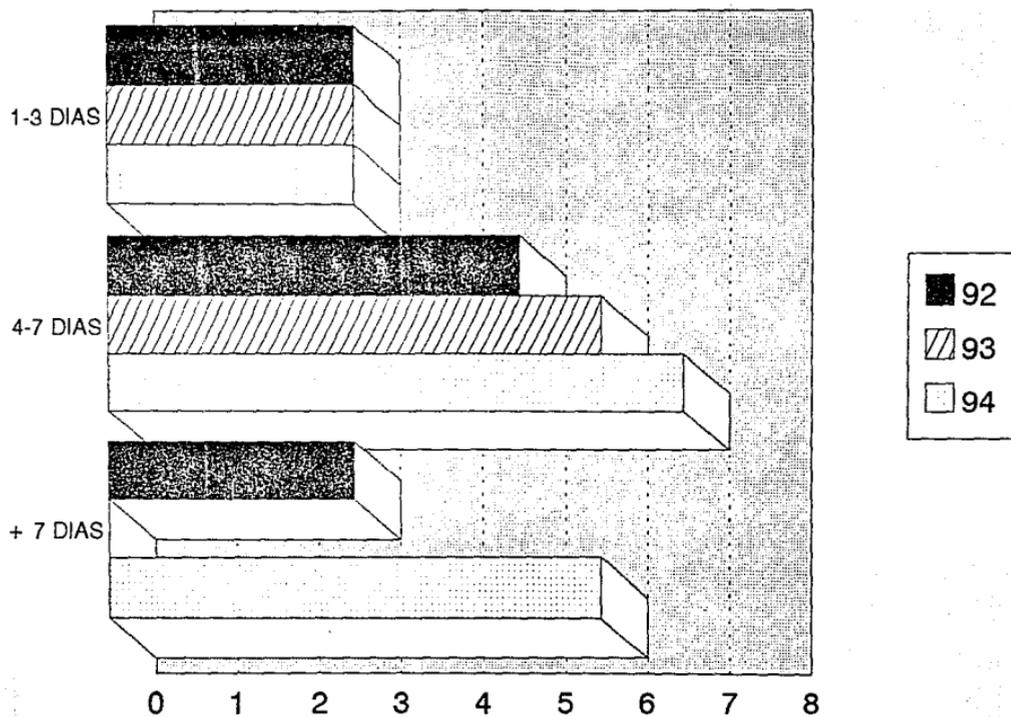


FIGURA 11. DIAS DE ESTANCIA

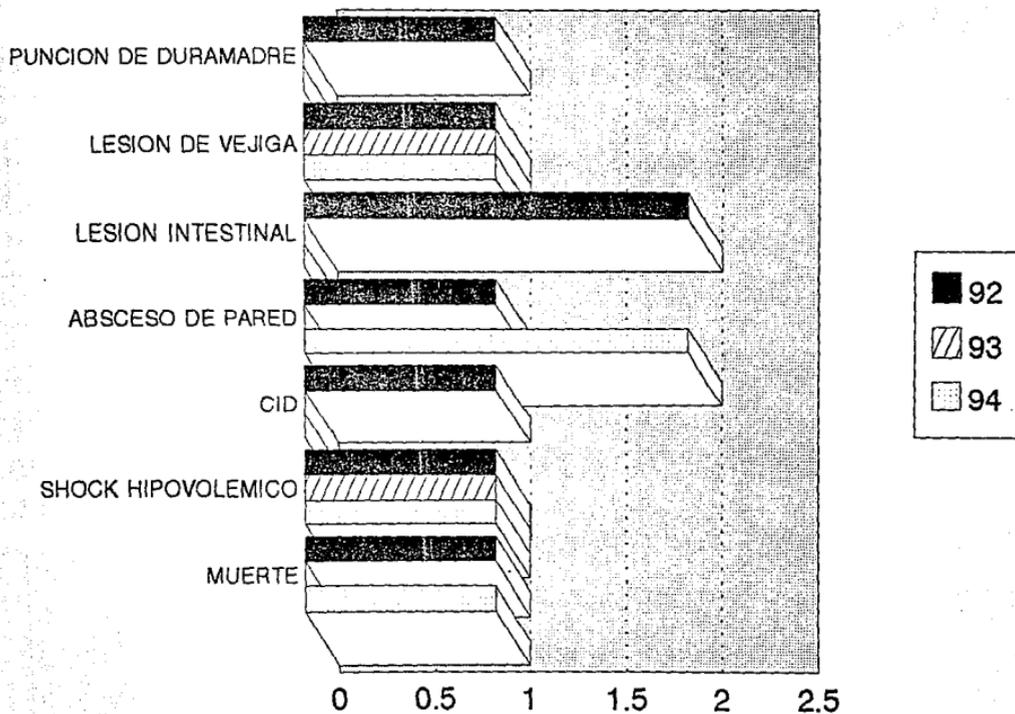


FIGURA 12. COMPLICACIONES

BIBLIOGRAFIA

1. *Plauche NC. Histerectomía Cesárea: Indicaciones, técnicas y complicaciones. Clin Obs Gin. 1986;409:409-423.*
2. *Ruiz V, Rosas J, Rfo de la Loza F. Cesárea Histerectomía. Ginec Obstet Mex. 1967;22:591.*
3. *Ruiz V, Rodríguez A, Saldaña RH. Dehiscencia de cicatriz uterina. Ginec Obstet Mex. 1968;24:205.*
4. *Stoerer HR. Successful removal of the uterus and both ovaries by abdominal section; the tumor fibro-cystic weighting seven pounds. Am J Med Sci 1886;51:110.*
5. *Panella I, Di Leo, Arena G. Le nostre indicazioni al taglio cesarean. Clin Ginec Italia. 1966;8:3.*
6. *Porro E. Dell amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesarea. Ann Univ Med Chir. 1876;237-289.*
7. *Ruiz V. Cesárea Histerectomía. La operación Cesárea. 1974;9:163-164.*
8. *Moracci E. La figura el asea di Edoardo Porro depo 60 anni dalla morte. Minerva Ginec. 1965;17:259.*
9. *Ruiz V, Perez de Salazar J. Evolución de la Cesárea en México. Ginec Obstet Mex. 1970;27:115.*
10. *Davis ME. Complete Cesarean Hysterectomy:report of 205 cases. Obstet Gynecol 1957;9:696.*
11. *Hofmeister FJ. Hazzards of Hysterectomy. Inmmediately after cesarean section. WS Med J. 1964;63:565.*
12. *Michael A, Plauche WC. Cesareaqn Hysterectomy. Obstet Gynecol. 1984;1:44.*

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

13. *Plache WC, Mycheck JS. Cesarean Hysterectomy of LSU Service of Charity Hospital. South Med J 1983;70:1269.*
14. *Plache WC, Gruich FC. Hysterectomy at the time of Cesarean section. Obstet Gynecol. 1981;58:459.*
15. *Castelazo AL, Herrera LE, González LJ. Histerectomía en Obstetricia. Cirugía y Cirujanos. 1965;33:117.*
16. *Dosal de la Vega M. Consideraciones estadísticas sobre Cesárea Histerectomía. Memorias del II Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 1965;2:707.*
17. *Dosal de la Vega M, Mondragón H. Análisis de 32 casos de Histerectomía en el estado grávido puerperal. Ginec Obstet Mex. 1963;13:21.*