

11217  
132  
UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**HISTERECTOMIA**

**OBSTETRICA**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. MIGUEL ANGEL RAMOS BORJA

ASESOR: DR JOSE ANTONIO SERENO COLO

2  
2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

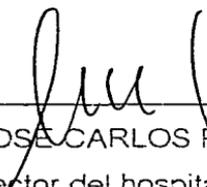


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

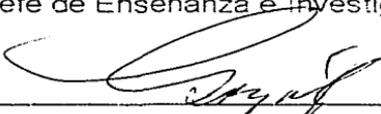
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

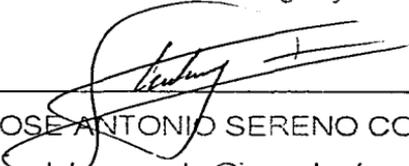
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

  
\_\_\_\_\_  
DR. JOSÉ CARLOS RINADA MARQUEZ  
Director del hospital General DMS.

~~~~  
\_\_\_\_\_  
DR. JUAN MANUEL VARGAS ESPINOSA  
Jefe de Enseñanza e Investigación.

  
\_\_\_\_\_  
DR. JOSÉ INÉS GONZÁLEZ TAPIA  
Jefe del servicio de Ginecología y obstetricia.

  
\_\_\_\_\_  
DR. JOSÉ ANTONIO SERENO COLO.  
Profesor titular del curso de Ginecología y Obstetricia  
Y asesor de tesis.

# DEDICATORIAS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional:

NOMBRE: ANGELA ANSEL

RAMON BICILLAS

FECHA: 14/01/03

FIRMA: [Signature]

A **DIOS** POR PERMITIRME REALIZAR UNO DE MIS ANHELOS AL CONCLUIR LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A MI MADRE,

**ANGELA,**

A QUIEN DEBO MI EXISTENCIA,

MI LEALTAD, MI HONESTIDAD

Y EL MOTIVO DE MI CONSTANTE SUPERACION,

POR TODO SU AMOR Y APOYO INCONDICIONAL.

A MI PADRE,

**FRANCISCO,**

DE QUIEN SIEMPRE RECIBI CONSEJOS Y

EJEMPLO DE SUPERACION PERSONAL.

POR SU ESTIMULO, CARIÑO Y DEVOCION.

A MI ESPOSA *ELIZABETH* Y MI HIJA *LIZETH MICHEL*,  
TE ESTOY ETERNAMENTE AGRADECIDO *LIZ*, POR TU  
*APOYO, AMOR Y ESTIMULO*, SIN EL CUAL NO HUBIERA  
PODIDO CONTINUAR DURANTE LOS AÑOS DE  
RESIDENCIA.

APLIQUE MI *CORAZON* A INQUIRIR TODO ESTO, A  
SABER DE LOS JUSTOS Y LOS SABIOS ESTAN EN  
MANOS DE *DIOS*, Y NI SIQUIERA SABE EL HOMBRE SI  
ES OBJETO DE *AMOR* O DE ODIOS; TODO ESTA ANTE  
ELLOS, ESTO SUCEDE DE LA MISMA MANERA, SIENDO  
UNO MISMO LA SUERTE DE EL QUE SACRIFICA Y EL  
QUE NO OFRECE SACRIFICIOS.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

EN MEMORIA DE MI HERMANO.

*GERARDO,*

POR EL CAMINO QUE TRAZASTE Y

QUE HEMOS SEGUIDO TODOS,

TU ESPIRITU PERMANECERA SIEMPRE

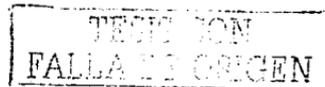
EN EL CORAZON DE TODOS LOS QUE TE AMAMOS.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A MIS **HERMANOS:**

Prof. LIDIA, Ing. FRANCISCO, Prof. MARICRUZ, Lic.  
MARTIN, Dra. MA. ELENA, Ing. LUIS Y Dr. DAVID; FUENTE  
SIEMPRE DE ALEGRIA Y ESTIMULO VITAL QUE ME HAN  
AYUDADO A ENTENDER Y AMAR ESTE MI QUEHACER  
DIARIO.

**GRACIAS**



# INDICE

<u>TEMAS</u>		<u>PAGINAS</u>
I.	INTRODUCCION_____	10
II.	HISTORIA_____	11
III.	INCIDENCIA_____	12
IV.	DEFINICIONES_____	12
V.	INTERVENCION QUIURGICA _____	13
VI.	FRECUENCIA_____	14
VII.	MATERIAL Y METODOS_____	21
VIII.	RESULTADOS_____	22
IX.	COMENTARIO_____	35
X.	CONCLUSIONES_____	37
XI.	BIBLIOGRAFIA _____	40

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION.- HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Concepto.

Realizar una histerectomía en la práctica obstétrica es algo que se puede considerar excepcional. Sin embargo, en determinadas ocasiones puede constituir un recurso obligado. Fundamentalmente pueden diferenciarse dos tipos de histerectomía obstétrica. Por un lado, la que se efectúa a continuación de una cesárea, en el mismo acto operatorio y que se conoce como cesarea-histerectomía. Por otro lado, la que se realiza por diversas complicaciones, habitualmente hemorrágicas, después del parto o aborto y que es la Histerectomía puerperal.<sup>7</sup>

La extirpación del útero después de un aborto, un parto o una cesárea es un procedimiento que tiene varias indicaciones y que con frecuencia constituye un recurso importante que puede salvar la vida de una mujer. Se supone que agotados todos los medios de orden médico sin lograr controlar la hemorragia sólo queda un último recurso: La histerectomía.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por supuesto, esta medida en la actualidad es realmente excepcional, ya que son muy pocas las veces que no se cohibe la hemorragia con los recursos farmacológicos y técnicos.

#### HISTORIA.

Eduardo Porro fue el primero que ejecutó una cesárea con histerectomía en una paciente viva, en la cual madre e hijo sobrevivieron. La cesárea fue practicada después de 7 horas en trabajo de parto y del nacimiento del producto. Porro ejecutó la histerectomía como último recurso y la paciente sobrevivió. 21

#### INCIDENCIA.

Como ya se mencionó la cesárea-histerectomía es un recurso excepcional y la incidencia es menor al 0.5% de total de partos incluyendo cesáreas. Esta cifra es muy variable dependiendo del hospital e institución donde se haga el análisis estadístico. 3, 15

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DEFINICIONES

A) De acuerdo con el momento de su realización:

1. Cesárea -histerectomía. Es la extirpación del útero en el mismo acto quirúrgico en que se practica la cesárea y con el mismo procedimiento anestésico.
2. Histerectomía en el puerperio:
  - a) Histerectomía Post-parto.
  - b) Histerectomía Post-cesarea.
  - c) Histerectomía Post-aborto.
3. Histerectomía en Bloque.- Es la extirpación del útero grávido con su contenido in situ; por ejemplo en el embarazo molar, huevo muerto infectado, etc.

B) De acuerdo con las indicaciones:

1. Absolutas.
  - a) Ruptura uterina no reparable
  - b) Adherencia anormal de la placenta (acretismo)
  - c) Inercia uterina que no se resuelve con los procedimientos conservadores

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- d) Utero de Couvelaire con atonía uterina. El aspecto del útero no es indicativo de histerectomía
- e) Infección puerperal de órganos genitales.

## INTERVENCION QUIRURGICA DE CESAREA-HISTERECTOMIA.

Es necesario recordar que la técnica quirúrgica es difícil practicarla en obstetricia si se desea conservar el cervix;

1. - Histerectomía total.- Está indicada cuando el cervix está participando en el problema ( tumores cervicales, desgarros uterinos que involucran el cuello, procesos infecciosos, acretismo placentario en el segmento etc. ).

2. - Histerectomía subtotal.- Solo se extirpa el cuerpo después de la ligadura de los pedículos uterinos. Sus indicaciones son básicamente en pacientes graves y/o limitaciones técnicas para practicar histerectomía total.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## FRECUENCIA.

Es inferior al 0.5% según la mayoría de los reportes teniendo en cuenta el global de partos y en la mayoría de los servicios hospitalarios (7 a 8 histerectomías obstétricas /1000 cesáreas).

Existen unas indicaciones indiscutibles de la cesárea-histerectomía postparto:

1. - Placenta acreta.
2. - Placenta previa complicada con hemorragia profusa.
3. - Rotura uterina ( incluido desgarró cervical extendido al segmento inferior, lesiones parametriales, etc.).

En cambio, pueden considerarse indicaciones discutibles las siguientes:

- 1.- Atonía uterina.
- 2.- Trastornos de la coagulación ( hipofibrinogemia, fibrinólisis).

Por supuesto que estas maniobras conservadoras deben ir acompañadas de un goteo oxitócico y de las adecuadas medidas terapéuticas encaminadas a restablecer una coagulabilidad normal de la sangre: fibrinógeno en la hipofibrinogemia, antifibrinolíticos en la fibrinólisis, y en todos los casos sangre fresca.

Plantear una histerectomía en el caso de una hemorragia grave por trastornos de la coagulación es una decisión muy arriesgada. Piénsese que con la intervención se suprimirá una fuente de sangrado (lecho placentario), pero se crearán otras muchas (pedículos, cúpula vaginal, pared abdominal, etc.), que pueden empeorar notablemente la situación, en vez de mejorarla.

En estos casos la dificultad principal estriba en decidir el momento adecuado en que debe practicarse la intervención.

En ocasiones la histerectomía se plantea tras una cesárea por las siguientes razones:

1. Mal estado del órgano, en especial del segmento inferior, hecho frecuente después de cesáreas repetidas.
2. Infección severa. La eliminación del útero tiende a evitar un posible shock séptico. Muchos autores, especialmente norteamericanos aconsejan todavía este proceder, si bien en la actualidad se hace cada vez menos necesario.
3. Utero de Couveaire. En el caso de la "abruptio placentae", la infiltración hemorrágica del órgano es en ocasiones tan importante que resulta poco menos que imposible suturar adecuadamente la brecha del segmento inferior.
4. Utero tumoral.

## HISTERECTOMIA EN EL PUERPERIO.

La técnica operatoria es semejante a la practicada fuera del estado puerperal, si bien se tropieza con algunas dificultades adicionales derivadas del grosor del órgano, el edema de los tejidos y la mayor vascularización pelviana. ...

Hasta hace poco se prefería por lo general una histerectomía abdominal subtotal porque se juzgaba que la intervención era más rápida, la hemostasia menos comprometida y no existía el peligro de seccionar los ureteres. Pero en la actualidad, salvo que surjan dificultades importantes, se intenta comúnmente practicar una histerectomía total que en manos experimentadas, lleva poco tiempo más que una subtotal. Esta forma de proceder tiene las siguientes ventajas: evitar la dispareunia residual y la posibilidad del prolapso del muñón, y hace profilaxis del cáncer de cuello y los procesos inflamatorios postoperatorios.

Por otra parte no hay que descartar la posibilidad de cervicovaginitis crónica después de una subtotal. ...

En las hemorragias del alumbramiento o postparto, es evidente que cuanto antes se tome la decisión de operar a la paciente, en mejores condiciones generales se podrá practicar la histerectomía o la medida quirúrgica abdominal que la sustituya. (histerorrafia, etc.).

## Tiempos sistematicos.

Ante la urgencia de cohibir lo más rápidamente posible la hemorragia procedente del útero, se aconseja efectuar algunos cambios en los tiempos habituales de la histerectomía:

1. Rápido pinzamiento de los ligamentos redondos, trompas, ligamentos uteroováricos, recordando que casi siempre se trata de pacientes jóvenes en quienes se deben conservar los ovarios. Sección de estos pedículos (aplicando pinzas de lado uterino para evitar perdidas innecesarias de sangre).
2. Sección de la zona avascular del ligamento ancho, descubriendo las uterinas, las cuales se pinzan.
3. Disección del peritoneo vesicouterino mediante rechazamiento vesical e identificación de los dos uréteres. Extender la disección hasta llegar a la vagina.
4. Apertura de la pared vaginal anterior, y exeresis del órgano.

Las paredes anterior y posterior de la vagina se pueden pinzar en cada ángulo de la vagina por medio de unas pinzas de Ochner o se pueden remover por medio de una incisión circunferencial en la vagina cerca del cervix, con la certeza que el cervix sea removido con el resto del útero. La técnica de Richarson recomienda el drenaje vaginal abierto de rutina, maniobra que ha sido considerada, una contribución importante en el procedimiento.

La técnica de manguito abierto también es aconsejada por Gray y cols. como método que permite mayor drenaje extraperitoneal, teniendo menor incidencia de celulitis, abscesos y hematomas del manguito vaginal. 10,11

Berman y Grosen aconsejan cerrar el manguito vaginal usando catgut crómico del dos ceros lo cual produjo celulitis en el 2.6%, tejido de granulación en el 3% y ningún hematoma. Mas, sin embargo, Neuman y col. , no encontraron ninguna diferencia entre si se deja cerrada o abierta la vagina. 12,13,14

En el caso de histerectomía después de cesárea hay que tener en cuenta los siguientes detalles:

1. Para efectuar una cesárea-histerectomía, es preferible efectuar una incisión transversal segmentaria, y no corporal como sugieren algunos autores. Entre otras razones, cabe mencionar que esta última es más sangrante y exige cerrar bien la brecha, cosa que no suele ocurrir en la primera.
2. Extraído el feto, debe procederse inmediatamente a la de la placenta, excepto en la placenta acreta. Es un error dejarla *in situ* mientras se practica la histerectomía. El mínimo tiempo que requiere el alumbramiento manual queda compensado ampliamente con la menor pérdida sanguínea, que se logra con el útero vacío.
3. Si resulta difícil localizar dónde termina el cuello, cosa corriente en los casos de cérvix dilatado, es una maniobra útil introducir el dedo índice por la incisión segmentarias de la cesárea. Se identifican los labios por la tracción del cuello, y la apertura de la cúpula vaginal se efectúa por debajo del mismo. 8, 15, 19.

## MATERIAL Y METODOS

En este trabajo se realizó una revisión retrospectiva, clínica, lineal, abierta y no comparativa de la Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Miguel Silva, de Morelia Mich. SSA. Los datos fueron obtenidos directamente de los expedientes del archivo clínico del Hospital, durante el periodo comprendido de 1 de Enero de 1999 al 30 de Octubre del 2001. En este tiempo se realizaron 32 histerectomías obstétricas, pero solamente fueron útiles sólo 23 expedientes clínicos, los cuales se evaluaron los siguientes parámetros:

- ✓ Identificación
- ✓ Edad
- ✓ Escolaridad
- ✓ Estado civil
- ✓ Antecedentes ginecoobstetricos
- ✓ Edad gestacional
- ✓ Datos relativos del embarazo
- ✓ Diagnóstico preoperatorio
- ✓ Evolución
- ✓ Diagnóstico histopatológico

Sé incluyeron para este estudio a todas las pacientes en las cuales se les realizó la histerectomía obstétrica en la institución, excluyendo a todas aquellas en las que ya se les había realizado la cirugía en otro hospital y fueron remitidas para el tratamiento de diversas complicaciones.

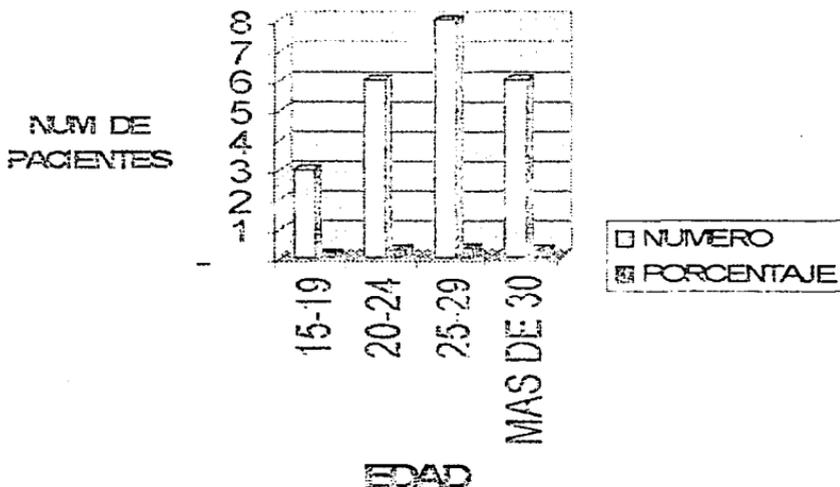
## RESULTADOS:

En el período analizado, se atendieron 13795 mujeres embarazadas. De éstas 3777, (27.37%) terminaron en cesárea y se realizaron 32 (0.23%) histerectomías obstétricas. El análisis arrojó los siguientes resultados.

DE ACUERDO A EDADES		
INTERVALO DE EDADES	NÚMERO	PORCENTAJE
15-19	3	13.04%
20-24	6	26.04%
25-29	8	34.79%
MAS DE 30	6	26.04%
TOTAL	23	100%

TABLA 1. RESULTADOS DE EDADES

## CESAREA-HISTERECTOMIA EN GRUPOS ETARIOS



GRAFICA 1 RESULTADOS EN GRUPOS ETARIOS

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

De acuerdo al estado civil:

ESTADO CIVIL.		
ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
CASADA	20	86.95%
UNION LIBRE	3	13.04%
	23	100%

TABLA 2. ESTADO CIVIL FUENTE: Expediente clínico.

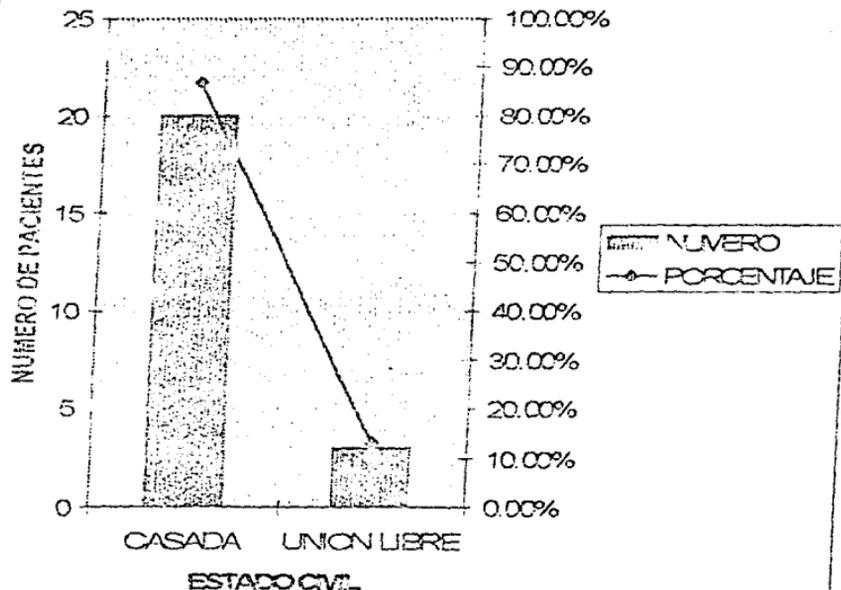
En la escolaridad se obtuvo:

ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
ANALFABETA	2	8.69%
PRIMARIA	13	56.52%
SECUNDARIA	6	26.04%
PREPARATORIA	1	4.34%
UNIVERSIDAD	1	4.34%
	23	100%

TABLA 3. ESCOLARIDAD FUENTE: EXPEDIENTE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CESAREA-HISTERECTOMIA

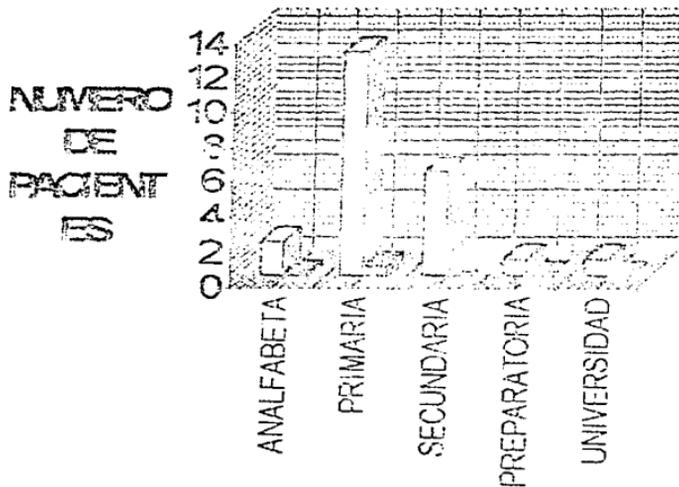


GRAFICA 2. ESTADO CIVIL

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ESCOLARIDAD



GRAFICA 3. ESCOLARIDAD

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

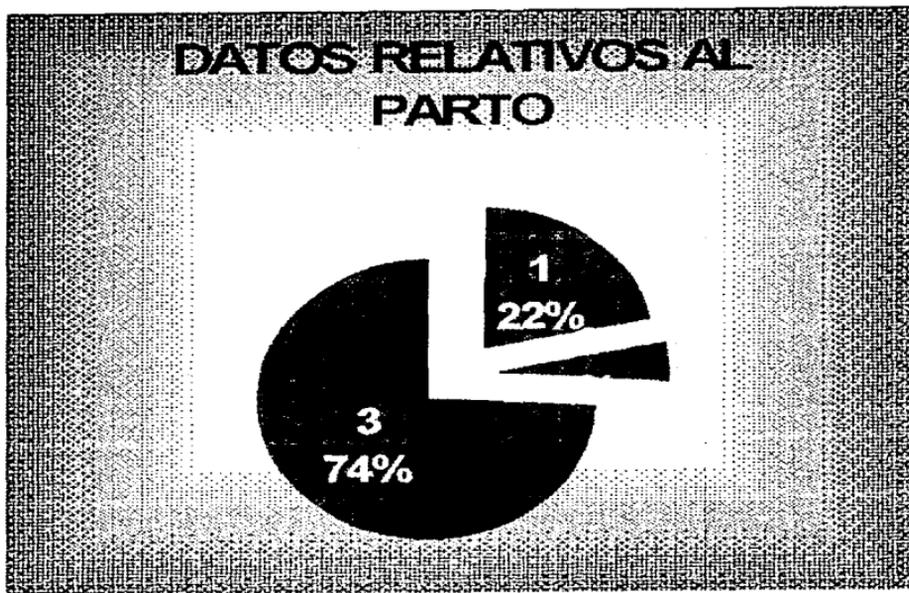
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El método para terminar el embarazo fué:

DATOS RELATIVOS AL PARTO		
PARTO	NUMERO	PORCENTAJE
EUTOCICO	5	21.73%
INSTRUMENTADO	1	4.34%
CESAREAS	17	73.91%
TOTAL	23	100%

TABLA 4. DATOS RELATIVOS AL PARTO. FUENTE. Expediente Clínico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



GRAFICA 4 DATOS RELATIVOS AL PARTO 1. EUTOCICO 2. INSTRUMENTADO 3. CESAREAS  
 FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

TESIS CON  
 FALLA EN ENTREN

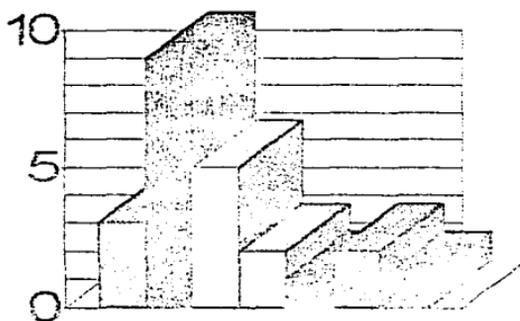
En cuanto a los antecedentes obstétricos TABLA 5.

TOXEMIA	3	13.04%
CESAREA ANTERIOR	9	39.13%
PLACENTA PREVIA	5	21.73%
RUPTURA DE MEMBRANAS	2	8.69%
INSTRUMENTACION	1	4.34%
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	2	8.69%
TRAUMA ABDOMINAL	1	4.34%
	23	100%
TABLA 5 ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.		

Cabe mencionar que se presentó una ruptura uterina ocasionada por traumatismo abdominal secundario a accidente automovilístico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES OBSTETRICOS



- TOXEMIA
- CESAREA ANTERIOR
- PLACENTA PREVIA
- RUPTURA DE MEMBRANAS
- INSTRUMENTACION
- DESPROPORCION CEFALOPELVICA
- TRAUMA ABDOMINAL

GRAFICA 5 ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La edad gestacional se analiza en la TABLA 6.

EDAD GESTACIONAL		
INTERVALO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
< 20 SEM	1	4.34%
21-25	1	4.34%
26-30	0	0%
31-35	5	21.73%
36-40	15	65.21%
>40 SEM	1	4.34%
	23	100%

TABLA 6 EDAD GESTACIONAL

FUENTE: EXPEDIENTE.

El diagnostico preoperatorio se analiza en la TABLA 7

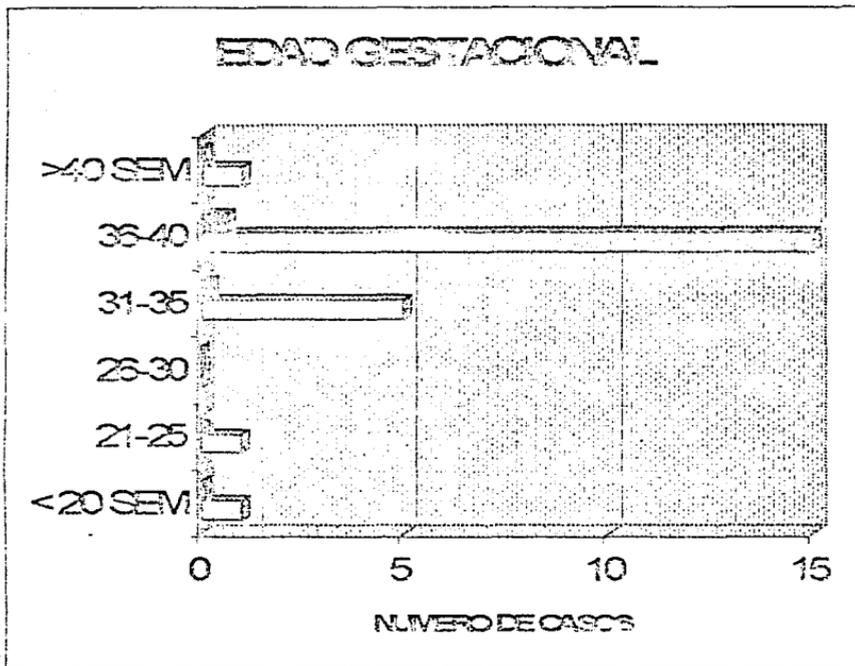
CAUSAS DE HISTERECTOMIA		
CAUSAS	NUMERO	PORCENTAJE
ATONIA	6	26.08%
SEPSIS	1	4.34%
RUPTURA UTERINA	4	17.39%
UTERO DE COUVELAIRE	1	4.34%
ACRETISMO	7	30.43%
DESPRENDIMIENTO PPNI	3	13.04%
DESGARRO A ART. UTERINA	1	4.34%
TOTAL.	23	100%

En lo que concierne a los datos histopatológicos los resultados fueron: acretismo 11 casos (47.82%), rotura uterina 4 casos (17.39%), retención de restos placentarios 6 casos (26.08%), endometritis 2 casos (8.69%). TABLA 8

DX HISTOPATOLOGICO	CASOS	%
ACRETISMO	11	47.82
ENDOMETRITIS	2	8.69
RESTOS PLACENTARIOS	6	26.08
RUPTURA UTERINA	4	17.39
	23	100

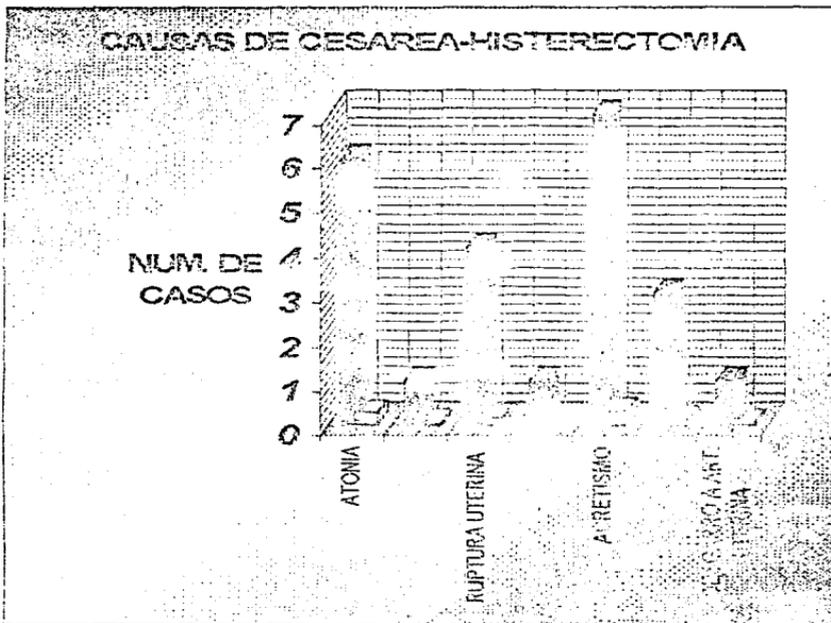
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



GRAFICA 6 EDAD GESTACIONAL. FUENTE:EXPEDIENTE CLINICO.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



GRAFICA 7 DIAGNOSTICO PREOPERATORIO FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## COMENTARIOS:

La realización de histerectomía obstétrica en nuestro medio hospitalario, arrojó una incidencia del 0.23% es decir 2.3/1000 nacimientos y de 8.4/1000 cesáreas, lo cual representa un porcentaje bajo de acuerdo a lo reportado en varias citas de la literatura ( $<0.5\%$ ).

La edad de mayor frecuencia sigue siendo la etapa reproductiva de 25-29 años (34.18%) y en cuanto a la escolaridad el nivel bajo en la población es el que más frecuentemente se observa, y que se traduce en menor asistencia al control prenatal; El motivo de realización del procedimiento fue:

1. acretismo placentario
2. atonía uterina
3. Ruptura uterina.

Estas causas son las mismas que se reportan en otras publicaciones. Es muy notorio como antecedente obstétrico, la cesárea previa.

La histerectomía obstétrica sigue y seguirá siendo una alternativa de tratamiento de la hemorragia obstétrica grave constituyendo una última medida salvadora en la paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En nuestro medio, se ha encontrado una mortalidad casi nula en cuanto al procedimiento realizado en nuestra institución, debido a que probablemente se hacen decisiones en forma oportuna por los médicos de la unidad de tococirugía.

Se sabe que la causa más frecuente de mortalidad es por choque hipovolémico, por lo que es necesario tener a disponibilidad de sangre suficiente cuando se realice el procedimiento; Otra de las alternativas que nos puede ayudar a tratar la hemorragia es la ligadura de arterias hipogástricas,

Sin embargo el realizar histerectomía total, puede ser una alternativa más que suficiente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES:

1. La histerectomía obstétrica es un recurso extremo para el tratamiento de la hemorragia obstétrica grave.
2. Aunque es un recurso final después de un diagnóstico bien integrado, debe efectuarse con toda oportunidad.
3. Siempre debe disponerse de sangre para la reposición adecuada del volumen sanguíneo.
4. El cirujano debe de estar bien entrenado para resolver con destreza estas situaciones.
5. Es indispensable contar con el apoyo institucional de un equipo bien organizado que incluya quirófano disponible, anestesia, laboratorio y banco de sangre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFIA

1. ROCK John A., Thompson John D. Ginecología Quirúrgica de Te Linde. Octava edición 1999; 793-810.
2. PLAUCHE WC. Guich FG. Borgeuis MO. Hysterectomy at the time of cesarean section; analysis of 108 cases. Obstetrics Gynecol 1981 ; 58:459-64.
3. CHESTNUT DH; Eden RD. Peripartum hysterectomy; a review of cesarean and postpartum

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

hysterectomy Obstet. Gynecol. 1985;  
65:365-70.

4. NAVIA L. F., Mitelman M.G., Ginecología y obstetricia  
Hospital Felix Bulles. Incidencia de  
histerectomía obstetrica. Rev.  
Chilena de obstetricia.1999.vol  
17,pp.210-14.

5. BAKER ER D' Alton ME: Nacimiento por cesárea y  
cesárea histerectomía. Clinic Obstet  
Ginecol 1994, 4: 745.

6. STANCO LM Schrimmer DB, Paul RH. Emergency  
peripartum Hysterectomy and

TESIS CON  
ESTADÍSTICA  
FALLA DE ORIGEN

associated risk factors. Am. J Obstet  
Gynecol 1993,168:879.

7. USANDIZAGA JA.Cesárea-histerectomía Su lugar en  
la obstetricia actual. Acta Obst Ginec  
Hisp-Lus 1982, 30:151.

8. DIKET ALBERT.Division of maternal-fetal Medicine,  
Louisiana State University School of  
medicine in New Orleans, Louisiana.  
Department of Obstetrics and  
Gynecology. 1999.

9. BARKEL DL , cesarean and hysterectomy at charity  
hospital 1000 consecutive

TESIS CON  
FALLA DE CENGEN

operations, clinic Obstetric Gynecol  
1969 12:635.

10. ZELOP CM ,Harlow BL Frigolletto FD et al,  
Emergency peripartum  
Hysterectomy. Am J Obstetrics  
Gynecol 1993 168:1443

11. STURDEE DW, Rushton DJ , Cesarean and  
postpartum hysterectomy. Br. J  
Obstetrics Gynaecol 1986 93:270.

12. D.PAUL SEAGO, Planned cesarean-hysterectomy:  
revisited, American Obstetrics  
Gynecology, june 1999, vol 180 pags  
1385-1390.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

13. DYER I, Nix GF, Weed JC, et al ;Total hysterectomy at cesarean section and in the immediate puerperal period Am J Obstetrics Gynecol 1953; 65 : 517 - 527.
14. MICKAL A Begneaud WB hawes TP Pifalls and complications of cesarean hysterectomy. Clinic obstetrics Gynecol 1969; 12:660-675.
15. BARCLAY DL: Cesarean Hysterectomy: Thirty Yearsi experence. Obstetric Gynecol 1970, 35:120-131.

TESIS CON  
FALLA DE DELIEN

16. MC NULTY JV: Elective cesarean hysterectomy revisited. Am J Obstetrics Gynecol 1984; 149: 29-30.
17. CLARK SL, Yeh, Phelan JP, Iannessa MJF, et al: Emergency hysterectomy for obstetrical hemorrhage. Obstetrics Gynecol 1984, 64: 376-380.
18. PLAUCHE WC, Wycheck JG, Iannessa MJF, et al: Cesarean Hysterectomy at Louisiana State University, 1975 through 1981, South med. Med. J 1983, 76:1261-1263.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

19. GOUNSULIN W. K.: Elective versus emergency cesarean hysterectomy in a residency program setting a review of 129 cases from 1964 to 1988. Am J Obstetrics Gynecol 1991; 165: 91-94.
20. DURFEE RB. Evolution of cesarean hysterectomy. Clinic Obsteric Gynecol. 1969; 12-575-589.
21. PORRO E : Deliamputazione utero- ovarica come complemento di taglio cesareao. Am Univ Med Chir 1976, 237:289

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

22. BEY M PASTOREK JG Lu PY et al: Comparasion of morbidity in cesarean section hysterectomy versus cesarean section tubal ligation. Surg. Gynecol Obstet 1993 . 177:337-360.

23. YANCEY MK, Harless Fe. Benson W. Et al: perioperative morbidity of scheduled cesarean hysterectomy Obstetric gynecol 1993, 81: 206-210.

24. Mc NULTY B, Roberts WS Elective cesarean Hysterectomy versus vaginal hysterectomy for treatment of

TESIS CON  
FALLA DE TIPOGEN

cervical intraepithelial neoplasia.

Soth Med J 1987; 90: 984-989.

25. HOFFMANN MS, roberts Wa Florica JV, et al: elective Cesarean hysterectomy for treatment of cervical intraepithelial neoplasia J reprod med 1980 38:186-188.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN