



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1999; 45 (4) : 280 - 285

CESAREA-HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA. LIMA, PERÚ

[Fernando García](#), Abelardo Donayre

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la incidencia y resultados de la cesárea-histerectomía en un servicio de obstetricia. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo. **MATERIAL:** 29 pacientes mujeres sometidas a cesárea-histerectomía en el periodo 1991-1998 en el Servicio de Obstetricia del Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. **RESULTADOS:** Hubo 30 851 partos en ese periodo; 8 746 por cesárea, dando una incidencia de 28,3%. Las cesáreas - histerectomías representaron el 0,3% del total de cesáreas realizadas o una incidencia de 0,94 por 1000 partos. La edad promedio fue 34,6 años, 51,7% fueron añosas, grandes multíparas 20,7%, nulíparas 20,7% y paridad promedio 3,6. Hubo predominio de gestaciones pretérmino, cesareadas anteriores en 34,5%. Las indicaciones para cesárea fueron: desprendimiento prematuro de placenta (DPP), placenta previa sangrante (PP), preeclampsia severa, sufrimiento fetal agudo, deflexión, cesareada dos a tres veces, embarazo prolongado, miomatosis y carcinoma in situ de córvix. Las indicaciones para histerectomía fueron: acretismo placentario, atonía uterina, miomatosis, útero de Couvelaire, corioamnionitis, ruptura uterina y carcinoma in situ. El tiempo operatorio promedio fue 2 horas 28 minutos. Transfusión sanguínea promedio 3,6 paquetes globulares. Fueron complicaciones intraoperatorias: hematoma vesical, laceración vesical, laceración de epiplón, histerorrafia difícil por mioeatosis, hematoma de infundíbulo pélvico y coagulopatía. Postoperatorias: anemia, infecciones, fístula vesicocutánea y tromboembolismo pulmonar. Las cesáreas de emergencia versus las electivas se diferenciaron en un mayor tiempo operatorio, pérdidas sanguíneas y porcentaje de pacientes transfundidos ($p < 0,05$). Tiempo de hospitalización promedio 10 días (4-62 d). Mortalidad materna 0%. Recién nacidos: 9 óbitos y 20 recién nacidos vivos. Seguimiento y evolución de las pacientes fue favorable. **CONCLUSIONES:** La técnica quirúrgica y sus indicaciones de la cesárea-histerectomía debe ser dominada por todo ginecoobstetra, pues en alguna ocasión la vida de una paciente va a depender de ello. Es importante contar con un buen banco de sangre y una Unidad de Cuidados Intensivos especializada para lograr resultados satisfactorios.

Palabras clave: Cesárea histerectomía, complicaciones.

SUMMARY

Objective: To determine incidence and results of cesarean-hysterectomy from 1991 through 1998. **DESIGN:** Obstetrical Service, Guillermo Almenara National Hospital. **RESULTS:** There were 30851 deliveries, 8746 by cesarean section, incidence 28,3%. Cesarean-hysterectomies represented 0,3% of all cesarean sections or an incidence of 0,94 per 1000 deliveries. Average age was 34,6 years old, 51,7% older women, 20,7% great multiparae, 20,7% nulliparae and 3,6 average parity. Preterm deliveries predominated and previous cesarean section represented, 34,5%. Indications for cesarean section were abruptio placentae, bleeding placenta previa, severe preeclampsia, acute fetal distress, deflection, 2 or 3 previous cesarean sections, prolonged pregnancy, myomatosis, and in situ cervical carcinoma. Indications for hysterectomy were placenta accreta uterine atony, myomatosis, Couvelaire uterus, chorioamnionitis, uterine rupture, and in situ carcinoma. Average intervention duration was 2 hours and 28 minutes, and 3,6 packed globules blood transfusion were used. Intraoperative complications were vesical hematoma, vesical laceration, omentum laceration, difficult hysterorrhaphy due to myomas, pelvic infundibulum hematoma, and coagulopathy. Postoperative complications were anemia, infections, vesicocutaneous fistula, and pulmonary thromboembolism. Emergency sections differed with elective in longer surgical time, blood loss, and percentage of patients transfused ($p < 0,05$). Average hospitalization time was 10 days (4-62) days. Maternal mortality 0. Newborns: 9 fetal deaths and 20 live newborns. Patients follow-up was satisfactory. **CONCLUSIONS:** All gynecologists should dominate surgical technique and indications



o cesarean-hysterectomy, because any day the life of a patient can be saved it is important to have available a blood bank and an Intensive Care Unit to obtain good results.

Key words: Cesarean-hysterectomy, complications.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía después de una operación cesárea fue aconsejada originalmente para disminuir la mortalidad por hemorragia y sepsis tras el parto por vía abdominal.

Se realizó la primera cesárea-histerectomía en Florencia, en 1768, por Joseph Cavallini. P Michaelis realizó este mismo procedimiento en 1809. Horacio Storer efectuó y publicó su primera histerectomía subtotal después de operación cesárea en 1869. La paciente falleció a las 68 horas".

En 1864, Fogliata en Pisa y Porro en Pavía efectuaron experimentos en animales. En 1876, el profesor Porro publicó su famosa monografía "Dell'Amputazione uteroovárica como complemento di Taglio Cesareo", y desde entonces la operación se llama Operación de Porro, en su honor, ya que fue la primera cesárea-histerectomía satisfactoria³. Existieron múltiples modificaciones de la técnica inicial de Porro, tal como lo hicieron Muller y Taylor entre otros⁴.

Después de 1882, aproximadamente, disminuyó la necesidad para efectuar este procedimiento, por la virtud del advenimiento del cierre del útero con puntos y de las técnicas quirúrgicas asépticas¹.

En los primeros años del quinto decenio del siglo XX disminuyó aún más esta necesidad, al tener mejores procedimientos de banco de sangre y disponer de antimicrobianos. En el decenio siguiente, aumentó mucho la inocuidad de los procedimientos quirúrgicos electivos y, en 1951, Davis informó que la cesárea-histerectomía era un "adelanto lógico en la cirugía obstétrica anual"⁵.

No obstante quedaron como indicaciones la ruptura del útero, placenta acreta e inercias uterinas intratables médicamente⁵.

La frecuencia de cesárea-histerectomía no ha variado mucho en el pasado, entre 11,8% a 16,6%, con un promedio de 15,3% (1938-1959)⁶.

En la década del 60, de 19 048 operaciones cesáreas incluidas en la revisión de estadísticas obstétricas de EE. UU., 2,9% fue cesárea-histerectomía⁷.

El propósito de nuestro trabajo fue determinar las características de la cesárea histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) en el periodo 1991-1998, siendo ante un hospital nacional de referencia del ex Instituto Peruano de Seguridad Social, actualmente EsSalud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional en el universo de pacientes sometidas a cesárea histerectomía en el Servicio de Obstetricia del HNGAI, EsSalud, Lima Perú.

Para ser incluido en este estudio, la paciente debió ir a cesárea histerectomía o una histerectomía dentro de las primeras 24 horas poscesárea. No se incluyó las histerectomías poscesárea después de 24 horas, ni las posparto.

Se utilizó una ficha de recolección de datos, en la que se consignó características socioeconómicas, edad, paridad, edad gestacional, condición de cesareada anterior, tipo de cesárea (electiva o de emergencia), indicación principal de cesárea, indicación principal de histerectomía poscesárea, tipo de cirugía, tiempo operatorio, pérdida sanguínea, transfusiones, tipo de anestesia, complicaciones pre, intra y postoperatorias, tiempo de hospitalización, evolución postoperatoria, mortalidad materna y perinatal, nivel de entrenamiento y experiencia del cirujano principal (asistente y/o residente de III año de G-0), anestesiólogo, equipo de sala de operaciones, equipo, de Unidad de Cuidados Intensivos especializados y personal del equipo de banco de sangre.

El HNGAI funciona como hospital de IV nivel y como un centro receptor de complicaciones de los policlínicos (hoy clínicas) Grau, Castilla, Pizarro, Comas, San Juan de Lurigancho, Vitarte y., en algunos casos, de transferencias de hospitales de provincias del interior del país, los cuales durante el periodo de estudio eran considerados como Hospitales de Nivel III.



Todas las pacientes fueron seleccionadas, operadas bajo la misma técnica quirúrgica practicada en el servicio y seguidas por el mismo equipo quirúrgico.

En relación a la técnica quirúrgica^{27,28}, se ha seguido los principios señalados por Riva y Davis, realizándose en la actualidad de acuerdo al equipo quirúrgico y al grado de accesibilidad quirúrgica la histerectomía total o subtotal, utilizando para la operación cesárea la técnica tipo Kerr y para la histerectomía la técnica tipo Richardson.

En el caso de la operación cesárea se realiza una incisión transversa segmentaria, se extrae al niño luego se realiza la extracción manual de la placenta, a menos que está contraindicado. Si la incisión uterina no está sangrando significativamente, ésta no necesita cerrarse mediante sutura.

Si el sangrado es significativo, se debe realizar la histerorrafia en un plano con surget cruzado. Primer se realiza el pinzamiento, ligadura y corte de ambos ligamentos redondos, se disecciona la hoja anterior de ligamento ancho hasta la reflexión vesicouterina.

La vejiga se separa del cuello con disección roma. Se realiza el pinzamiento, corte y ligadura de infundíbulo pélvicos. Se disecciona la hoja posterior de ligamento ancho y se procede a la separación de recto en la parte media, quedando así los uréteres desplazados hacia la parte más lateral de la pelvis. Se disecciona los vasos uterinos como en la histerectomía no puerperal.

Se pinza, liga y corta los vasos uterinos bilateralmente. Se procede a la identificación del ligamento de Mackenrodt y uterosacros, los cuales se pinza corta y liga.

Se pinza ambos ángulos vaginales, cortándose la vagina y extrayendo la pieza. Se cierra la vagina con surget cruzado, formando una orla en el centro de cm de diámetro, o se cierra toda. No hay unanimidad al respecto. Si hay un sangrado escaso o tenue como en la coagulopatía o en la presencia de fluido purulentos, debe dejarse orla para permitir un adecuado drenaje. Se suspende los ángulos, anclándose a los ligamentos cardinales y uterosacros. Luego se realiza la peritonización del lecho cruento con surget. No hay opinión de consenso respecto a la reperitonización de la pelvis. No es necesario, en la mayoría de los casos.

En presencia de coagulopatía, sin embargo, la reperitonización puede ser beneficiosa para disminuir el sangrado residual.

Todos los pedículos deben ser cuidadosamente revisados para evaluar la hemostasia, antes de proceder al cierre de la incisión abdominal.

Se utilizó la estadística descriptiva, para describir y sintetizar los datos obtenidos de las observaciones, resumiéndolas en índices o medidas de tendencia central (la media fue la medida de tendencia central más empleada).

Se utilizó también una prueba de significación estadística paramétrica, la prueba "t" o prueba de Student, en el caso de comparar cesáreas-histerectomías electivas versus de emergencia, con un nivel de significancia estadística cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el periodo de estudio hubo 30 851 partos, 8746 por cesárea, dando una incidencia de 28,3%. Las cesáreas histerectomías (29 pacientes) representan el 0,33% del total de cesáreas realizadas, o una tasa de incidencia en nuestro hospital de 0,94 por 1000 partos. Del total de cesáreas - histerectomías en el periodo de estudio, 22 fueron cesáreas de emergencia y 7 electivas. Las pacientes eran de clase socioeconómica media.

La edad promedio de las pacientes sometidas a cesárea -histerectomía fue 34,6 años, con un rango de 23 a 41 años. El 51,7% fue añosa.

Grandes multíparas fueron el 20,7%, 17,2% primigrávidas y 20,7% nulíparas, siendo el promedio de paridad por gestante de 6. Hubo un predominio en los casos con edades gestacionales pretérmino, teniendo 55% (16 casos) entre 28 y 36 semanas.

La prevalencia de cesareadas anteriores en el grupo de estudio fue de 34,5% (10 pacientes); 4 pacientes habían tenido 2 cesáreas y 4,3 cesáreas.



En la Tabla I se observa las indicaciones para la cesárea, predominando el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) y placenta previa.

Tabla 1. Indicaciones de la cesárea		
Indicaciones	N	%
De emergencia		
Desprendimiento prematuro de placenta	9	31,0
Placenta previa + hemorragia del tercer trimestre	9	31,0
Preeclampsia severa	2	6,9
Sufrimiento fetal agudo	1	3,4
Deflexión de II grado	1	3,4
Sub-total	22	75,9
Electivas		
Cesárea 3 veces	1	3,4
Cesárea 3 veces + PTT	1	3,4
Cesárea 2 veces + PTT	1	3,4
Embarazo prolongado	1	3,4
Miomatosis	1	3,4
Feto en oblicua +		
Miomatosis	1	3,4
Carcinoma <i>in situ</i> de cérvix	1	3,4
Sub-total	7	24,15
Total	29	100,0

En la Tabla 2 observamos las indicaciones para. histerectomía, siendo frecuentes el acretismo placentario y la atonía uterina.

Tabla 2. Indicaciones para histerectomía		
Indicaciones	N	%
Acretismo placentario	11	37,9
Atonía uterina	9	31,0
Utero de Couvelaire	2	6,9
Miomatosis gigante	3	10,3
Coriamnionitis	2	6,9
Ruptura uterina + DPP	1	3,4
Carcinoma <i>in situ</i> de cérvix	1	3,4
Total	29	100,0

Se realizó 26 histerectomías abdominales totales (89,7%) y 3 histerectomías abdominales supracervicales o subtotales (10,3%). Las tres histerectomías subtotales fueron de emergencia. La pérdida sanguínea y el tiempo operatorio en las cesáreas histerectomías no mostraron diferencia. Se realizó orlas en cúpula vaginal en 38,5% (10 pacientes) y no se realizó en 61,5% (16 pacientes). Se peritonizó el lecho cruento en 96,5%.

El tiempo operatorio promedio fue 2 horas 28 minutos, con rangos entre 1 hora 15 minutos y 7 horas.

La pérdida sanguínea promedio fue 2,04 litros, con rangos entre 0,6 y 10,4 litros; en este último caso fue necesario hacer una ligadura de la arteria hipogástrica derecha.

El reemplazo de sangre fue requerido en 93,1%; se utilizó un promedio de 3,6 paquetes globulares, con un rango de 1 a 14 paquetes globulares; estos últimos fueron utilizados en el caso de pérdida de 10,4 litros, en quien se realizó la ligadura de la arteria hipogástrica. Se usó además crioprecipitado y plasma, según los requerimientos de cada caso. Cabe destacar el apoyo del equipo del banco de sangre del HNGAI.



Se empleó anestesia epidural (xilocaína o bupivacaina) en 24,1%, anestesia general (inhalatoria o endovenosa) en 34,5%, y anestesia epidural más general en 41,4%.

La (mica complicación preoperatoria que encontramos fue anemia en 2 pacientes, con hemoglobina menor de 8,0 mg/dL.

La principal complicación observada en el trans o intraoperatorio fue sangrado o hemorragia excesiva, con 20,7% (6 pacientes); también se evidenció lesiones vesicales en 13,8%: laceraciones (2 pacientes), y laceración más sangrado, hematoma, laceración de epiplón, histerorrafia difícil por mioma subseroso gigante, hematoma de infundíbulo-pélvico izquierdo y coagulopatía en (1 paciente) cada uno (Tabla 3).

Tabla 3. complicaciones de la Cesárea - Histeroectomía		
	N	%
Complicación transoperatoria		
Ninguna	15	51,7
Hemorragia excesiva	6	20,7
Lesión vesical - Laceración vesical (2) - Laceración vesical + Sangrado (1) - Hematoma vesical(1)	4	13,8
Laceración de epiplon	1	3,4
Histerorrafia difícil por miomas gigantes	1	3,4
Hematoma de infundibulopélvico	1	3,4
Coagulopatía	1	3,4
Total	29	100,0
Complicación postoperatoria		
Ninguna	21	72,4
Infección herida operatoria	2	6,9
Infección de cúpula vaginal	1	3,4
IVU	1	3,4
Pelviperitonitis + IVU	1	3,4
Fístula vesicocutánea	1	3,4
Anemia	1	3,4
Tromboembolismo pulmonar	1	3,4
Total	29	100,0
<i>IUV: Infección de la vía urinaria</i>		

Encontramos complicaciones postoperatorias en 27,6% (8 casos), incluyendo 5 casos de infecciones y un caso de fístula vesicocutánea y tromboembolismo pulmonar, respectivamente (Tabla 3).

No se registró fallecimientos.

El tiempo de hospitalización promedio fue de 10 días con un rango, de 4 a 62 días; este último correspondió a una paciente que fue reintervenida por presentar pelviperitonitis y panmetritis y un cuadro séptico, con necesidad de ser manejada en su postoperatorio por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del HNGAI.

Se presentaron 9 óbitos, todos asociados a hemorragia por DPP, 6 de los cuales llegaron así al hospital; uno se obitó en el hospital (DPP más ruptura uterina); en dos casos, el registro no indica si llegaron obitados o no al HNGAI. Además se obtuvo 20 recién nacidos vivos con Apgar mayor de 6 al 1' de 8 a 10 a los 5'.

Se realizó controles basales y posthisterectomía de hemograma, hemoglobina, hematócrito, sedimento urinario, observándose evoluciones favorables en todos los casos. Las infecciones respondieron a las curaciones y al tratamiento antibiótico. La fístula vesicocutánea fue manejada por Urología. La anemia se trató como hematínicos y la tromboembolia pulmonar fue manejada en la UCI

DISCUSIÓN

El grupo estudiado fue de mujeres con una edad promedio de 34,6 años, similar a otros estudios^{8,9} pero difiere de los hallazgos de Díaz, quien halló una edad de 26,9 años¹⁰. Las nulíparas representaron el 20,7%, menor a otros estudios^{10,12}, y las grandes múltiparas fueron 20,7%, algo mayor que el trabajo de Orderique¹². Fue cesareada anterior el 34,5%, en menor porcentaje que otros estudios^{10,22}.



Las indicaciones de cesárea de emergencia fueron DPP, placenta previa (PP) sangrante, preeclampsia se verá, sufrimiento fetal agudo, deflexión de segundo grado; y las cesáreas electivas fueron por cesareada anterior dos o mas veces, embarazo prolongado, feto en oblicua, miomatosis y carcinoma in situ de cérvix²⁶.

Mientras tanto, las indicaciones para histerectomía fueron acretismo placentario y atonía uterina, que representaron el 68,9%, semejante a lo encontrado en otros trabajos^{16,17,21,25} y difiere de Chesnut, quien indica que 45% fue por ruptura uterina, 16% por atonía uterina y acretismo en 9%¹⁸. También difiere de Orderique, cuya principal indicación fue la infección, seguida de hemorragias y la ruptura uterina¹².

En la literatura reciente, la placentación anormalmente adherente o placenta acreta (con o sin sangrado) está emergiendo como la causa más común que lleva a una histerectomía de emergencia^{16,17}. El incremento de placenta acreta no hay duda que se debe al alto porcentaje de partos por cesárea, el cual en EE. UU. se ha cuadruplicado en los últimos veinticinco años. La placenta previa también está significativamente asociada con la placenta acreta. Por ejemplo Clark y cols comunicaron que con una placenta previa y un parto por cesárea previo, el riesgo de una placenta acreta fue 24%, con dos cesáreas previas 47%, con tres cesáreas previas 40% y con cuatro cesáreas previas 67%²⁰.

El tiempo operatorio, tiempo de hospitalización, complicaciones intra y postoperatorias son similares con otros estudios^{11,18,19,21,29,30}.

Al comparar la histerectomía de emergencia versus la electiva, los resultados son similares en cuanto a tiempo operatorio, pérdida de sangre y porcentaje de pacientes transfundidos; siendo mayor el tiempo operatorio, mayor la pérdida sanguínea y mayor el porcentaje de pacientes transfundidos en las histerectomías de emergencia, con $p < 0,05$ ^{18,19}. Difiere en la morbilidad febril e infecciosa, donde no encontramos diferencia significativa, al igual que en las lesiones urológicas¹⁸.

Respecto al tipo de histerectomía en indicaciones obstétricas de emergencia, los valores promedio de pérdida sanguínea y tiempo operatorio no muestran diferencia significativa, semejante al trabajo de Clark²¹.

La mortalidad materna en nuestro estudio fue cero, semejante a otros estudios realizados^{8,17,22} aunque algunos estudios tienen mortalidad materna de diferente magnitud^{9,10,12,14,15,24,29}. En el seguimiento de las pacientes, todas presentaron evoluciones favorables. Hubo 9 óbitos asociados a DPP. Los 20 recién nacidos vivos tuvieron un Apgar adecuado. No hubo deprimidos severos.

Por ser la cesárea-histerectomía un procedimiento quirúrgico poco frecuente (aunque sus técnicas e indicaciones deben ser dominadas por todo ginecoobstetra, puesto que la vida de algunos pacientes depende de ello), es imprescindible no sólo revisar una casuística aislada, sino la experiencia de diferentes instituciones en diferentes lugares y momentos; por lo cual presentamos cuadros comparativos de la discusión previa (Tablas 4-7).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young JH. The History of Cesarean Section. Lewis. London. 1944; 93.
2. Storer HR. Successful removal of the uterus and both ovaries by abdominal section; the tumor, fibrocystic, weighting thirtyseven Pounds. Amer J Med Sci 1869; 51:110.
3. Porro E. Dell'amputazione utero-ovárica come complemento di taglio cesareo. Ann Aniv Med e Chir 1876; 237: 289.
4. Taylor I. Castro-hysterectomy, or the recent modification of the caesarean section by E. Porro. Amer J Med Sci 1880; 80: 129.
5. Davis ME. Complete cesarean hysterectomy, logical advance in modern obstetric surgery. Amer J Obstet Gynec 1951; 62: 838.
6. Barclay DL. Cesarean hysterectomy at the Charity Hospital in New Orleans - 1000 consecutives operations. Clin Obstet Gynecol 1969; 12: 635.
7. Arana J. Cesárea histerectomía Total. Reporte de 100 casos consecutivos y revisión de la estadística mundial. Ginecol Obstet Méx. 1976; 40: 419.
8. Deppe G y cols. Emergency post parturn hysterectomy. A study over five years. Wien Klin Wochenschr 1994; 106 (18): 581-3.



9. Ahued A. Cesárea - histerectomía. *Ginecol Obstet Méx.* 1987; 55: 47-52.
10. Díaz-Bolaños H, y col. Histerectomía por complicación de la Cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venezuela* 1984; 44(2): 134-9.
11. Franco A. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Hospital Nacional Docente Madre Niño, San Bartolomé. Lima-Perú 1994.
12. Orderique L, Chumbe O. Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora. *Ginecol Obstet (Perú)* 1998; 44(1): 61-4.
13. Espinoza GR, y col. Histerectomía obstétrica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1988; 53(6): 329-33.
14. Ortega A, S y cols. Cesárea Histerectomía. *Rev Boliv Ginecol Obstet* 1982; 6(2): 20-1.
15. Korejo R y cols. Obstetric hysterectomy five year experience. *J Pak Med Assoc* 1995; 45: 86-8.
16. Stanco LM y col. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Ginecol* 1993; 168 (3 Pt 1): 879-83.
17. Zelop ZM y col. Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet -Ginecol* 1993; 168(5): 1443-8.
18. Chesnut DH, Eden RD, Gall SA, et al. Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and postpartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 365.
19. Gonsoulin W, Kennedy RT, Guidry KH. Elective versus emergency cesarean hysterectomy cases in a residency program setting: a review of 129 cases from 1984 to 1988. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:91.
20. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 89.
21. Clark SL, Yeh SY, Phelan JP, et al. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 376.
22. Yaspik FS y col. Cesárea Histerectomía en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre. *Ginecol Obstet Méx.* 1987; 55: 234-8.
23. Ortuño O, Domingo y cols. Morbimortalidad materno fetal en la operación cesárea 1983 a 1986. *Gac Med Boliv* 1988; 12(2): 51-5.
24. Gupta U y col. Emergency hysterectomy in obstetrics. A review of five years. *Asian Oceania J Ginecol Obstet* 1994; 20(1): 1-5.
25. Castillo M. Factores de riesgo para histerectomía relacionados a cesárea de emergencia. Instituto Materno Perinatal. Lima XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. *Temas Libres* 1996; 75-6.
26. Mc Nulty JV. Elective cesarean hysterectomy revisited. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 29.
27. Gilstrap III LC, Gant NF. Gynecology surgery for obstetrics patients. En: Rock JA, Thompson JD editors. *Te Linde's Operative Gynecology*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 1997; 855-60.
28. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC. Cesarean and cesarean hysterectomy. En: Cunningham FG et al. editors. *Williams Obstetrics*. 19th ed. Norwalk: Appleton & Lange 1993; 591-613.
29. Plauché WC. Cesarean hysterectomy: Indications, technique and complications. *Clin Obstet Gynecol* 1986; 29: 318.
30. Yancey MK, Harlass FE, Benson W, et al. The perioperative morbidity of scheduled cesarean hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 206.