

J.M. Bedoya^a
A. Cayuela^b
M.R. Jiménez^c
E. Vigil^d

Histerectomías en Andalucía en el año 2000

373

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. ^bUnidad de Investigación. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. ^cServicio de Productos Sanitarios. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Sevilla. ^dServicio Documentación Clínica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia:

Dr. J.M. Bedoya.
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Maternal.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. España.
Correo electrónico: jmbedoya@us.es

Fecha de recepción: 6/10/03

Aceptado para su publicación: 16/06/04

Hysterectomies in Andalusia (Spain) in 2000

RESUMEN

Objetivo: Conocer la tasa de histerectomías, las características demográficas y los diagnósticos y procedimientos asociados con las histerectomías, según los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos Andaluz (CMBDA).

Material y métodos: Comparar los diagnósticos y procedimientos de las histerectomías con anexectomía bilateral y sin anexectomía bilateral realizadas en los 33 hospitales públicos de la comunidad andaluza en el año 2000.

Resultados: Del total de 5.628 histerectomías, 2.728 se hicieron sin anexectomía bilateral y 2.846 con anexectomía bilateral. Las primeras fueron más frecuentes entre las mujeres de 40-50 años y las segundas entre las de 35-39 y las de 60-70 años. La tasa general estimada fue de 152 histerectomías por 100.000 mujeres, o 200 histerectomías por 100.000 mujeres mayores de 20 años. La tasa más alta correspondió a las mujeres entre 45-50 años (600 histerectomías por 100.000 mujeres). Hay diferencia

de tasas entre provincias y entre hospitales. El 17% de las histerectomías se hicieron por patología maligna y el resto por patología benigna, de ellas, el 56% por leiomioma y el 24% por prolapso genital. El 65% de las histerectomías fueron abdominales totales y el 1,6% fueron vaginales asistidas por laparoscopia (LAVH).

Conclusiones: Más de la mitad de las histerectomías realizadas por patología benigna se hicieron por diagnóstico de leiomioma en mujeres perimenopáusicas, acompañadas de anexectomía bilateral, con variación entre diferentes hospitales. La revisión periódica de la tasa de histerectomías nos permitirá, en un futuro, evaluar el impacto de las nuevas técnicas, como la histeroscopia o el tratamiento hormonal local, en la reducción de este tipo de cirugía.

PALABRAS CLAVE

Histerectomías. Leiomioma de útero. Práctica clínica.

374 ABSTRACT

Objective: To determine the hysterectomy rate, demographic characteristics, diagnoses and procedures used, based on data registered in the Andalusian Minimum Data Set.

Material and methods: We compared diagnoses and procedures in hysterectomies with and without bilateral annexectomy performed in 33 public hospitals of the Autonomous Community of Andalusia in 2000.

Results: A total of 5,628 hysterectomies were performed. Of these, 2,728 were performed without bilateral annexectomy and 2,846 with bilateral annexectomy. Hysterectomies with bilateral annexectomy were more frequent among women aged 40-50 years old and those without were more frequent among women aged 35-39 years and 60-70 years. The general hysterectomy rate was estimated at 152 hysterectomies per 100,000 women or 200 hysterectomies per 100,000 women aged more than 20 years old. The highest hysterectomy rate corresponded to women aged 45-50 years (600 hysterectomies per 100,000 women). Rates differed among provinces and hospitals. Seventeen percent of hysterectomies were performed for malignancies and the remainder was performed for benign processes (56% for leiomyoma and 24% for genital prolapse). Total abdominal hysterectomy was used in 65% of the procedures and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy was used in 1.6%.

Conclusions: More than half the hysterectomies for benign processes were performed in perimenopausal women with a diagnosis of leiomyoma and were associated with bilateral annexectomy, with variation among hospitals. In future, periodic review of the hysterectomy rate will allow us to evaluate the effectiveness of new techniques such as hysteroscopy and local hormone replacement therapy in reducing the this type of surgery.

KEY WORDS

Hysterectomies. Uterine leiomyoma. Clinical practice.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la cirugía mayor más frecuente en mujeres no embarazadas. Debido a la variación entre los datos estadísticos publicados es difícil hacer una comparación internacional de las tasas. No obstante, las diferencias son importantes. En Estados Unidos se hacen 5 veces más histerectomías (500 por 100.000 mujeres)¹ que en Suecia (100 por 100.000)², uno de los países desarrollados con tasas más bajas.

Las indicaciones de la histerectomía son muy variadas e influyen muchos factores como la edad, la raza, los síntomas, el diagnóstico y otras características. La mayoría de ellas se hacen por patología benigna de aparato genital, sobre todo por leiomioma^{3,4}. En estos casos, la discusión actual se plantea acerca de la utilidad de hacer una histerectomía total o subtotal, que después pueda producir alteraciones vesicales y de la función sexual o prevenir o no la aparición posterior de cáncer de ovario o de cuello⁵⁻¹⁰.

La misma controversia se produce en relación con la aparición posterior de prolapsos genitales¹¹, la extirpación bilateral de ovarios normales en el mismo acto operatorio y la aparición posterior de síntomas posmenopáusicos, el uso de terapia hormonal substitutiva y los posibles efectos adversos de este tratamiento¹²⁻¹⁴ o la aparición de alteraciones psicológicas¹⁵.

Para conocer cuál es la situación actual del uso de la histerectomía en Andalucía, se ha utilizado la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos Andaluz (CMBDA), que registra el 99% de las altas de las personas ingresadas en los 33 hospitales de la red pública de la comunidad andaluza. Para el cálculo de las tasas se utiliza el número total de mujeres y el número de mujeres con más de 20 años —que es la edad en que se empiezan a realizar las primeras histerectomías— según la estimación de población del Instituto Andaluz de Estadística (IEA) para el año 2000¹⁶.

MATERIAL Y MÉTODOS

La base de datos del CMBDA registra de forma sistemática todos los ingresos y altas hospitalarias e incluye datos administrativos y clínicos. Entre los

primeros se incluye, entre otros, el hospital, el número de historia, la fecha de nacimiento, el sexo, la residencia habitual, la fecha de ingreso, la fecha de intervención, la fecha del alta y la circunstancia del ingreso y, entre los segundos, el diagnóstico principal, otros diagnósticos (hasta un total de 10), los procedimientos quirúrgicos/obstétricos empleados y, en los partos, el tiempo de gestación, el peso del o los recién nacidos y el sexo. A partir de los diagnósticos de alta suministrados por el médico responsable del servicio hospitalario, el equipo de codificación del servicio de documentación clínica de cada hospital codifica los diagnósticos y procedimientos según la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica (CIE-9-MC), segunda edición publicada en castellano por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

De los datos administrativos se obtiene el hospital de ingreso, la edad de la mujer y los días de estancia pre y postoperatorios y totales, y de los datos clínicos el diagnóstico principal al ingreso, el tipo de intervención realizada (histerectomía total o subtotal) y la vía de abordaje (abdominal, vaginal o por laparoscopia). Para analizar los datos y comparar las diferencias entre los 2 tipos de histerectomía más frecuentes, se dividieron en 2 grupos: con anexectomía bilateral y sin anexectomía bilateral.

El CMBDA registra los datos de las altas hospitalarias de los 33 hospitales de la red pública andaluza. Teniendo en cuenta que el 96% de la población de Andalucía tiene en exclusiva cobertura sanitaria pública¹⁷, se puede aceptar que el estudio abarca la mayor parte de las histerectomías realizadas en el año 2000, y quedan excluidas las que se pudieran realizar en centros privados. Para el cálculo de las tasas se utilizó el censo de población del Instituto de Estadística Andaluz (IEA). Como numerador se tomó el número total de histerectomías realizadas en los hospitales de cada provincia y como denominador el total de mujeres de esa provincia, que es el estándar más usado. Como el estándar puede estar influido por el tipo de población más o menos joven del país o región, también se ha incluido la tasa en mujeres con 20 años y más, porque es a partir de esa edad cuando se hacen las primeras histerectomías. También se analiza la tasa específica por grupos de edad.

Para el estudio de la base de datos del CMBDA se utilizaron los programas estadísticos Access de Microsoft y SPSS 10.0 para Windows.

RESULTADOS

En el año 2000, en la red de hospitales públicos de Andalucía, se hicieron 5.628 histerectomías, 2.782 fueron sin anexectomía bilateral y 2.846 con anexectomía bilateral. En ese año y en esos hospitales se hicieron alrededor de 12.000 cesáreas (la cirugía más frecuente en las mujeres) (Actividad Asistencial en Atención Especializada Andalucía), lo que da un promedio aproximado de una histerectomía por cada 2 cesáreas o 108 histerectomías a la semana. Sobre el total de las 3.701.482 mujeres de Andalucía, la tasa estimada fue de 152 histerectomías por 100.000 mujeres, y sobre el total de 2.804.706 mujeres con 20 años y más (tabla 1), la tasa fue de 200 histerectomías por 100.000 mujeres. La tasa general varió de una provincia a otra. Por encima de la media de Andalucía estaban las provincias de Málaga, Granada y Almería y por debajo las de Jaén, Cádiz, Sevilla, Huelva y Córdoba. La diferencia entre la provincia con tasa más alta (Málaga) y la más baja (Córdoba) fue de 52 histerectomías por 100.000 mujeres.

La figura 1 muestra, por grupos de edad, el número de histerectomías con anexectomía bilateral, sin anexectomía y el total. Aparecen 3 picos: el más alto corresponde a las mujeres de 45-49 años, con más de 1.200 histerectomías, a expensas sobre todo de las histerectomías con anexectomía bilateral. Le sigue otro pico a los 40-44 años de las histerectomías sin anexectomía, y un tercer pico más bajo a los 65-

Tabla 1 Tasa de histerectomías por provincia

Provincia	Mujeres con 20 años y más*	Total Histerectomías**	Tasa por 100.000 mujeres
Almería	192.760	418	216,8
Cádiz	417.265	811	194,3
Córdoba	299.467	520	173,6
Granada	314.238	673	214,1
Huelva	174.460	311	178,2
Jaén	244.901	489	199,6
Málaga	491.239	1.183	240,8
Sevilla	670.286	1.223	182,4
Andalucía	2.804.706	5.628	200,6

Fuentes: *Proyecciones de población del Instituto de Estadística de Andalucía (IEA); **Conjunto Mínimo Básico de Datos Andaluz (CMBDA).

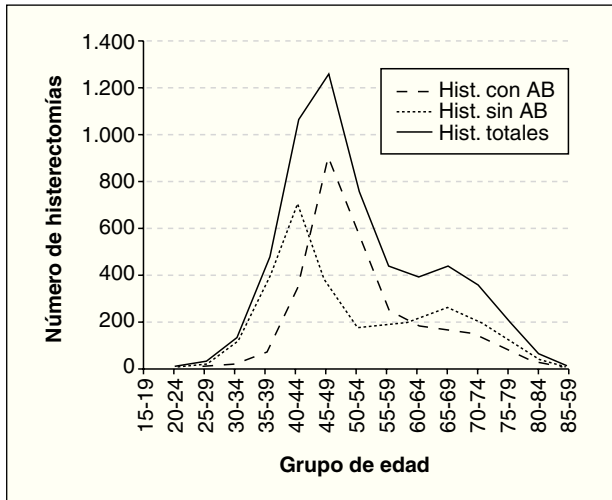


Figura 1. Número de histerectomías sin anexectomía bilateral (Hist. sin AB) y con anexectomía bilateral (Hist. con AB) por grupos de edad.

Promedio de edad en las histerectomías sin anexectomía: 51 años; promedio de edad en las histerectomías con anexectomía: 53 años.

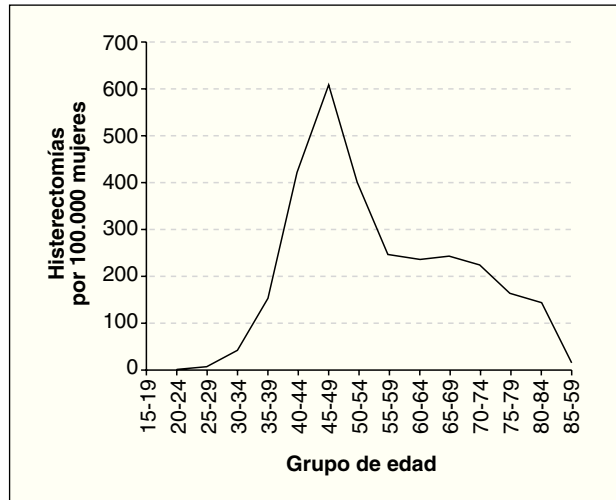


Figura 2. Tasa estimada de histerectomías por grupos de edad.

69, también sin anexectomía bilateral. La figura 2 muestra la tasa específica de histerectomías por grupos de edad. De nuevo, la tasa más alta, más de 600 histerectomías por 100.000 mujeres, correspondió a las mujeres de 45-49 años. Entre las mujeres de 65-69 años, la tasa fue de 250 histerectomías por 100.000 mujeres.

La tabla 2 refleja el número de histerectomías por hospital y provincia para los 2 grandes grupos de histerectomías. En general, hay poca diferencia entre un grupo y otro, con un 1% más de histerectomías con anexectomía que sin anexectomía. Pero sí hay diferencias por provincias e incluso por hospitales. Mientras que en Sevilla y Cádiz se realizaron un 14 y un 13%, respectivamente, más de histerectomías con anexectomía bilateral, en Málaga y Almería se realizaron un 9 y un 5%, respectivamente, más de histerectomías sin anexectomía bilateral. En las otras provincias la diferencia entre un tipo y otro fue pequeña (Córdoba 0%, Jaén 1% y Huelva 3%).

Se puede pensar que la diferencia está determinada por la complejidad de las patologías que atiende cada tipo de hospital. La tabla 3 agrupa los hospitales en 4 tipos. Los 5 hospitales del tipo 1 realizan el 37% de las histerectomías, seguido de los 9 hos-

pitales de tipo 2 con el 32%, los 12 hospitales del tipo 4 con el 15% y los 6 hospitales del tipo 3 con el 13%.

En general, la diferencia entre los tipos de histerectomía, sin o con anexectomía bilateral, entre los hospitales es pequeña. No obstante, entre los del tipo 1, el Hospital Universitario Virgen del Rocío realiza más histerectomías con doble anexectomía (diferencia significativa) que los otros hospitales del mismo nivel. Por el contrario, el Hospital Virgen de las Nieves y el Hospital Carlos Haya, realizan más histerectomías sin doble anexectomía (diferencia significativa) que el resto de hospitales de tipo 1. El hospital que realiza más histerectomía hace un 25% más histerectomías con doble anexectomía. En otros hospitales del tipo 1, el Hospital Universitario Virgen de las Nieves realiza un 18% más histerectomías sin anexectomía bilateral, seguido del Hospital Carlos Haya con un 6%. En los hospitales del tipo 2 también hay diferencias significativas a favor de las histerectomías con doble anexectomía, como en el Hospital Puerta del Mar, mientras que el Hospital San Cecilio realiza más histerectomías sin anexectomía (diferencia significativa). Entre los del tipo 3, las diferencias significativas aparecen a favor de las histerectomías con anexectomía bilateral, como en el Hospital Punta de Europa, pero el Hospital Costa del Sol realiza más histerectomías sin anexectomía (diferencia significativa). Por último, entre los del tipo 4, hay diferencias significativas con relación a las his-

Tabla 2 Histerectomías sin y con anexectomía bilateral por hospitales y por provincias

Códigos	Hospital	Tipo	Hist. sa	Hist. ca	Total
<i>Almería y provincia</i>					
02046	H SAS La Inmaculada (Huerca-Overa)	4	38	35	
02048	H SAS Torrecárdenas	2	133	114	
02050	H de Poniente (El Ejido)	4	50	48	
			221	197	418
<i>Cádiz y provincia</i>					
02009	H SAS Universitario Puerta del Mar	2	87	159	
02010	H SAS Punta de Europa (Algeciras)	3	64	81	
02011	H SAS La Línea de la Concepción	4	33	47	
02012	H SAS Jerez de la Frontera	2	104	110	
02013	H SAS Universitario Puerto Real	2	64	62	
			352	459	811
<i>Córdoba y provincia</i>					
02024	H SAS Universitario Reina Sofía	1	155	143	
02025	H SAS Infanta Margarita (Cabra)	3	64	67	
02026	H SAS Valle de los Pedroches (Pozoblanco)	4	41	50	
			260	260	520
<i>Granada y provincia</i>					
02015	H SAS Baza	4	12	36	
02017	H SAS Virgen de las Nieves	1	204	140	
02018	H SAS Universitario San Cecilio (Granada)	2	112	87	
02019	H SAS Santa Ana (Motril)	4	55	27	
			383	290	673
<i>Huelva y provincia</i>					
02036	H SAS Infanta Elena (Huelva)	3	47	44	
02038	H SAS Juan Ramón Jiménez	2	75	94	
02039	H SAS Riotinto	4	28	23	
			150	161	311
<i>Jaén y provincia</i>					
02041	H Alto Guadalquivir (Andújar)	4	50	17	
02042	H SAS Ciudad de Jaén	2	98	121	
02043	H SAS San Agustín (Linares)	3	69	68	
02044	H SAS San Juan de la Cruz (Úbeda)	3	30	36	
			247	242	489
<i>Málaga y provincia</i>					
02028	H SAS Antequera	4	27	42	
02029	H SAS Serranía de Ronda	4	24	29	
02031	H SAS Málaga	1	268	237	
02032	H SAS Axarquía (Vélez-Málaga)	4	57	49	
02033	H SAS Universitario Virgen de la Victoria	2	137	139	
02034	H Costa del Sol (Marbella)	3	135	39	
			648	535	1.183
<i>Sevilla y provincia</i>					
02003	H SAS Universitario Virgen del Rocío	1	247	420	
02004	H SAS Universitario Ntra. Sra. de Valme	2	90	88	
02005	H SAS Universitario Virgen Macarena	1	141	151	
02007	H SAS Ntra. Sra. Merced (Osuna)	4	43	43	
			521	702	1.223
		Totales	2.782	2.846	5.628

H: Hospital; Hist. ca: histerectomía con anexectomía; Hist. sa: histerectomía sin anexectomía.

Tabla 3 Histerectomías sin y con anexectomía bilateral por tipos de hospital

Tipo	Códigos	Hospital	Hist. sa	Hist. ca	Total	p
1	02003	H SAS Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)	247	420	667	< 0,05
1	02005	H SAS Universitario Virgen Macarena (Sevilla)	141	151	292	NS
1	02017	H SAS Virgen de las Nieves (Granada)	204	140	344	< 0,05
1	02024	H SAS Universitario Reina Sofía (Córdoba)	155	143	298	NS
1	02031	H SAS Carlos Haya (Málaga)	268	237	505	< 0,05
		Total		1.015	1091	2.106
2	02004	H SAS Universitario Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)	90	88	178	NS
2	02009	H SAS Universitario Puerta del Mar (Cádiz)	87	159	246	< 0,05
2	02012	H SAS Jerez de la Frontera	104	110	214	NS
2	02013	H SAS Universitario Puerto Real	64	62	126	NS
2	02018	H SAS Universitario San Cecilio (Granada)	112	87	199	< 0,05
2	02033	H SAS Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)	137	139	276	NS
2	02038	H SAS Juan Ramón Jiménez (Huelva)	75	94	169	NS
2	02042	H SAS Ciudad de Jaén	98	121	219	NS
2	02048	H SAS Torrecárdenas (Almería)	133	114	247	NS
		Total		900	974	1.874
3	02010	H SAS Punta de Europa (Algeciras)	64	81	145	< 0,05
3	02025	H SAS Infanta Margarita (Cabra)	64	67	131	NS
3	02036	H SAS Infanta Elena (Huelva)	47	44	91	NS
3	02043	H SAS San Agustín (Linares)	69	68	137	NS
3	02044	H SAS San Juan de la Cruz (Úbeda)	30	36	66	NS
3	02034	H Costa del Sol (Marbella)	135	39	174	< 0,05
		Total		409	335	744
4	02007	H SAS Ntra. Sra. Mercedes (Osuna)	43	43	86	NS
4	02011	H SAS La Línea de la Concepción	33	47	80	NS
4	02015	H SAS Baza	12	36	48	< 0,05
4	02019	H SAS Sta. Ana (Motril)	55	27	82	< 0,05
4	02026	H SAS Valle de los Pedroches (Pozoblanco)	41	50	91	NS
4	02028	H SAS Antequera	27	42	69	NS
4	02029	H SAS Serranía de Ronda	24	29	53	NS
4	02032	H SAS Axarquía (Vélez-Málaga)	57	49	106	NS
4	02039	H SAS Riotinto	28	23	51	NS
4	02041	H Alto Guadalquivir (Andújar)	50	17	67	< 0,05
4	02046	H SAS La Inmaculada (Huerca-Overa)	38	35	73	NS
4	02050	H de Poniente (El Ejido)	50	48	98	NS
		Total		458	446	904
		Totales		2.782	2.846	5.628

H: Hospital; Hist. ca: histerectomía con anexectomía; Hist. sa: histerectomía sin anexectomía; NS: no significativa.

Significación estadística: $p < 0,05$

terectomías con doble anexectomía, como en el Hospital de Baza, mientras que se realizan más histerectomía sin anexectomía (diferencia significativa), en el Hospital de Santa Ana y en el Hospital Alto Guadalquivir.

Las tablas 4 y 5 muestran los 2 grandes grupos de histerectomía en las patologías malignas y benignas, con los diferentes diagnósticos según los códigos de la CIE-9-MC. El 17% de las histerectomías se realiza-

ron por patología maligna de aparato digestivo, reproductor, urinario y mama (CIE 151.00-233.3) y el 76% de ellas fueron con anexectomía bilateral, de las que destacan las realizadas por neoplasia de cuerpo uterino (41%), cérvix (27%) y ovario y anexos (23%).

El 77% de las histerectomías se realizaron por patología benigna del aparato reproductor (CIE 218.00-627). El diagnóstico más frecuente fue el leiomioma

Tabla 4 Histerectomías sin y con anexectomía bilateral por patología maligna de aparato digestivo, reproductor, urinario y mama

Códigos CIE-9	Diagnóstico	Hist. sa	Hist. ca	Total	%
151	NM estómago	2	3	5	0,52
152	NM intestino delgado, incluyendo duodeno	0	2	2	0,20
153	NM colon	2	9	11	1,14
154	NM recto, unión rectosigmoidal y ano	5	11	16	1,66
159	NM digestivo/peritoneo y otros sitios	0	1	1	0,10
174	NM mama mujer	0	2	2	0,20
179	NM útero, parte sin especificar	8	23	31	3,22
180	NM cérvix uterino	69	93	162	16,8
182	NM cuerpo uterino	41	354	395	41,14
183	NM ovario y otros anexos uterinos	43	178	221	23,02
184	NM otros órganos genitales femeninos y sin especificar	0	2	2	0,20
188	NM de la vejiga	4	5	9	0,93
233.1	Carcinoma de cérvix uterino	53	45	98	10,20
233.2	Carcinoma de otras partes y partes no especificadas del útero	0	5	5	0,52
233.3	Carcinoma, otros: órgano genital femenino y órgano genital femenino sin especificar	0	0	0	0
	Total	227	733	960	100,00

Hist. ca: histerectomía con anexectomía; Hist. sa: histerectomía sin anexectomía; NM: neoplasia maligna.

Histerectomías por patología maligna: 17%.

Tabla 5 Histerectomías sin y con anexectomía bilateral por patología benigna de aparato reproductor

Códigos CIE-9	Diagnóstico	Hist. sa	Hist. ca	Total	%
218	Leiomioma uterino	1.118	1.328	2.446	56,16
219	Otras neoplasias benignas útero	7	0	17	0,39
220	Neoplasia benigna ovario	15	0	15	0,34
221	Neoplasia benigna otros órganos genitales femeninos	3	0	3	0,06
617	Endometriosis	46	125	171	3,92
618	Prolapso genital	1.046	34	1.080	24,79
620	Alteraciones no inflamatorias de ovario/trompa/ligamento ancho	23	102	125	2,87
621	Alteraciones de útero NCOC	69	196	265	6,08
622	Enfermedades no inflamatorias de cérvix	27	20	47	1,07
625	Dolor y otros síntomas de órganos genitales femeninos	5	1	6	0,13
626	Alteración de menstruación y otras hemorragias anormales femeninas	74	60	134	3,07
627	Alteraciones menopáusicas y posmenopáusicas	13	33	46	1,05
	Total	2.456	1.899	4.355	100,00

Hist. ca: histerectomía con anexectomía; Hist. sa: histerectomía sin anexectomía; NCOC: no clasificada otras categorías.

Histerectomías por patología benigna: 83%.

(56%), seguido del prolapso genital (24%). Por el primer diagnóstico, el 54% de las histerectomías se hicieron con anexectomía bilateral, y por el segundo el 96% de las histerectomías se hicieron sin anexectomía bilateral.

Cuando se analizan los procedimientos empleados (tabla 6) (CIE 68,3-68,9), la diferencia general

entre los grupos con y sin anexectomía bilateral es muy pequeña. No obstante, el 65% de las histerectomías fueron abdominales totales, y de ellas el 67% con anexectomía bilateral; el 18% de las histerectomías fueron vaginales, el 3% con anexectomía bilateral; el 8% de las histerectomías fueron subtotaletales, el 41% con anexectomía bilateral. Hubo un 2% de

Tabla 6 Tipo de histerectomía sin y con anexectomía bilateral

Código	Título	Hist. sa	Hist. ca	Total	%
68.3	Histerectomía subtotal abdominal	267	182	449	7,97
68.4	Histerectomía abdominal total	1.211	2.481	3.692	65,60
68.5	Histerectomía vaginal	61	7	68	1,20
68.51	Histerectomía vaginal asistida por laparotomía (LAVH)	71	20	91	1,61
68.59	Otra histerectomía vaginal	1.006	22	1.028	18,26
68.6	Histerectomía abdominal radical	75	59	134	2,38
68.7	Histerectomía vaginal radical	13	4	17	0,30
68.8	Exenteración pélvica	3	0	3	0,05
68.9	Otras histerectomías y las no especificadas	68	78	146	2,59
	Total	2.775	2.853	5.628	100,00

Hist. ca: histerectomía con anexectomía; Hist. sa: histerectomía sin anexectomía.

histerectomías abdominales radicales y un 1,6% de histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia (LAVH).

La figura 3 refleja la frecuencia de histerectomías abdominales y vaginales por grupos de edad. Las primeras se realizan a mujeres alrededor de la menopausia (40-54 años) y las segundas a mujeres entre los 60-74 años. La figura 4 muestra la frecuencia por grupos de edad de histerectomías abdominales con anexectomía (56%) y sin anexectomía bilateral (43%) por el diagnóstico de leiomioma, que fue el más frecuente de todas las patologías benignas. Cuando a una mujer se le diagnosticó un leiomioma alrededor de los 45-49 años, el criterio más usado

fue hacer una histerectomía total con doble anexectomía, y cuando el diagnóstico se hizo entre los 40-44 años, se optó por la histerectomía sin anexectomía bilateral. Contrasta este criterio con el que se usa cuando se diagnostica prolapso uterino en mujeres alrededor de los 60-74 años y se realiza casi siempre histerectomía sin anexectomía bilateral.

DISCUSIÓN

Hay diferencia entre la frecuencia de histerectomías con y sin anexectomía bilateral por hospitales. Estas diferencias pueden estar más relacionadas con

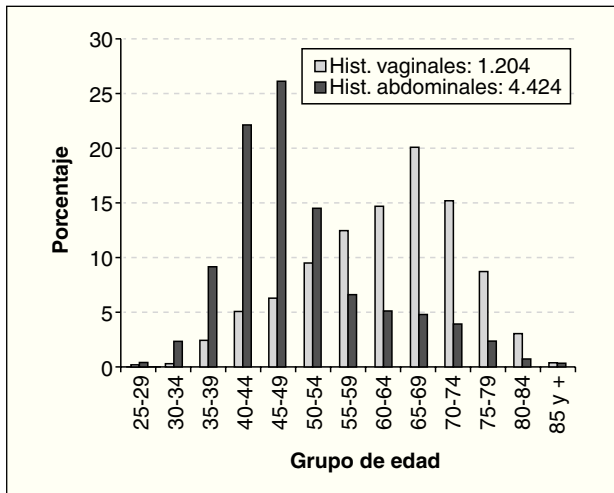


Figura 3. Frecuencia general de histerectomías abdominales y vaginales por grupos de edad.

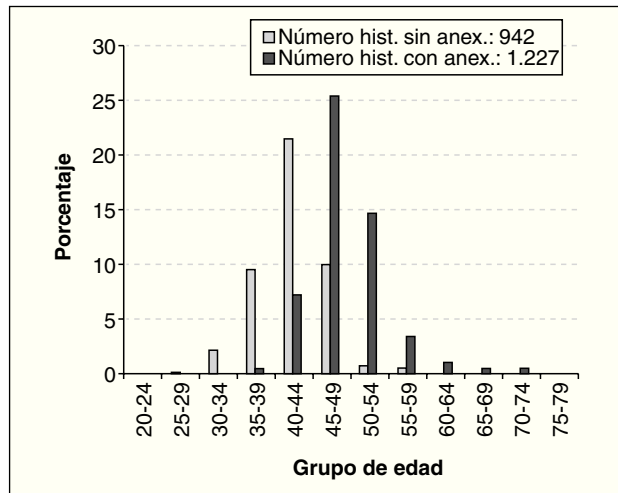


Figura 4. Frecuencia de histerectomías abdominales por leiomioma sin y con anexectomía bilateral por grupos de edad.

diferencias de criterios clínicos que de indicaciones médicas, por lo que es necesario establecer una guía de práctica clínica consensuada entre diferentes servicios² para fijar las indicaciones de los tipos de histerectomías. En la guía se podrían incluir las indicaciones de la anexectomía bilateral en los casos de patología benigna tipo leiomioma (el motivo más frecuente) y en otros tipos de patología. Por otra parte, es necesario promover un debate que sirva para analizar las ventajas e inconvenientes de la histerectomía total frente a la subtotal, teniendo en cuenta la prevalencia actual del cáncer de cuello y ovario en la población⁵⁻⁷ y la aparición a corto y medio plazo de prolapsos genitales¹¹, síntomas urinarios^{6,8}, sexuales⁶, hormonales⁸⁻¹⁰ y/o psicológi-

cos¹⁴, en función del procedimiento quirúrgico empleado.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta estos aspectos, es necesario establecer protocolos de uso de otros tratamientos alternativos, como la cirugía mediante endoscopia o la ablación endometrial, el tratamiento hormonal local (DIU de levonorgestrel) y radiológicos (embolización de los leiomiomas) para reducir la tasa actual de histerectomías por patología benigna, que sigue siendo la cirugía mayor más frecuente en la mujeres a partir de los 40 años de edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994;83:549-55.
2. Hagenfeldt K, Brorsson B, Bernstein S. Hysterectomy. Ratings of Appropriateness. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Stockholm: SBU, 1995.
3. Marshall LM, Spiegelman D, Barbieri RL, Goldman MB, Manson JE, Colditz GA, et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal by age and race. *Obstet Gynecol* 1997;90:967-73.
4. Vessey MP, Villard-MacKintosh L, McPherson K, Coulter A, Yeates D. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *B J Obstet Gynecol* 1992;99:402-7.
5. Loft A, Lidegaard O, Tabor A. Incidence of ovarian cancer after hysterectomy: a nationwide controlled follow up. *B J Obstet Gynecol* 1997;104:1296-301.
6. Thakar R, Manyonda I, Stanton S, Clarkson P, Robinson G. Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions [review]. *B J Obstet Gynecol* 1997;104:983-7.
7. Storm HH, Clemmensen IH, Manders T, Britton LA. Supravaginal uterine amputation in Denmark 1978-1988 and risk of cancer. *Gynecol Oncol* 1992;45:198-201.
8. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcome after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002;347:1318-25.
9. Roovers JPWR, Van der Bom JG, Van der Vaart CH, Heintz APM. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003;327:774-8.
10. Gimbel H, Glud Ch, Taloor A, The Danish Hysterectomy Group. Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results. *Br J Obstet Gynecol* 2003;110:1088-98.
11. Mant J, Painter R, Vasey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynecol* 1997;104:579-85.
12. Lacey JV, Mink PJ, Lubin JH, Sherman ME, Troisi R, Hartge P, et al. Menopausal hormone replacement therapy and risk of ovarian cancer. *JAMA* 2002;288:334-41.
13. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002; 288:321-33.
14. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, et al, for the Women's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003;348. Disponible en: <http://www.nejm.org>
15. Ryan MM. Psychological aspects of hysterectomy. A prospective study. *Br J Psychiatry* 1989;154:516-22.
16. Anuario Andaluz de las Mujeres 2002. Perspectivas de Género. Instituto de Estadística de Andalucía (IEA). Junta de Andalucía: Consejería de Economía y Hacienda, 2000.
17. Fernández M, Gavira L, Pérez M, Serrano R, Trujillo M. La sanidad desde el otro lado. Valoración social del sistema sanitario público en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía: Consejería de Salud, 2000.