

HISTERECTOMIAS INNECESARIAS COMO INDICADOR DE CUIDADO MEDICO EN CALI, COLOMBIA

Ralph W. Rogers III* Rodrigo Guerrero V., M. D., Dr. P. H. **

Se revisaron todas las histerectomías con informe patológico realizadas en los hospitales Universitario del Valle, San Juan de Dios y Clínica Rafael Uribe Uribe en Cali, durante los años 1965, 1966 y 1967. Se utilizó el criterio de extirpación innecesaria según juicio del patólogo, encontrándose, una tasa global de histerectomías innecesarias de 7.55%. Esta tasa fué más alta en el Hospital Universitario del Valle, en las salas de pensionado y en pacientes jóvenes expuestas al riesgo de embarazo.

La mortalidad general fué de 1.15%. Se hacen algunas comparaciones con estudios similares y se presenta la hipótesis de que algunas histerectomías se realizan con fines no explícitos de esterilización.

INTRODUCCION

Una de las maneras usadas en la práctica para evaluar la calidad del cuidado médico es la de analizar la proporción de intervenciones quirúrgicas sin justificación plena.

El caso de las amigdalectomías ha llegado hasta el extremo de que, en la opinión general, la tasa de amigdalectomías está correlacionada en forma inversa con la calidad del hospital. En el caso de apéndicelectomías, este indicador ha sido usado con éxito como medida de la calidad de cuidado médico en E. E. U. U.¹ y en Cali, Colombia.²

El presente trabajo pretende medir la calidad de los servicios quirúrgicos de ginecología de la ciudad de Cali, usando como criterio la proporción de histerectomías innecesarias, las llamadas "histerectomías lucrativas" por Miller³ en un interesante artículo sobre el mismo problema.

METODOLOGIA

Del libro de Lewis Practice of Surgery⁴ se tomaron las siguientes indicaciones para histerectomías: cancer de fundus, cervix o del ovario, miomas uterinos que causan sintomato-

logía o son de tamaño considerable, enfermedad inflamatoria de la pelvis cuando el tratamiento médico no ha dado resultado, para evitar una peritonitis puerperal en una mujer con infección que ha requerido de una cesárea y, finalmente, condiciones varias tales como sarcomas, corioplitelioma y hemorragia cataclísmica post parto. De un estudio de Doyle⁵ sobre 6.200 histerectomías, se tomaron los diagnósticos más frecuentes. Al sustraer de la lista de Doyle los diagnósticos considerados como indicadores de histerectomía por Lewis, quedaba una lista de diagnósticos adicionales, cuyo grado de necesidad era discutido. Estos fueron consultados con varios ginecólogos prominentes de Cali y, como consecuencia, se adicionó la lista con los siguientes diagnósticos: prolapso uterino, adenomiosis, ruptura uterina, salpingitis y algunos otros de rara ocurrencia. Entre los diagnósticos patológicos que se consideraron como indicación innecesaria de histerectomía quedaron: fibroma o tumor benigno aislado con diámetro menor de un centímetro, cervicitis crónica, hiperplasia endometrial, endometrio atrofico, quistes ováricos benignos y embarazo.

La lista final estuvo en todo de acuerdo con las indicaciones de histerectomía publicadas por Riva.⁶

El método seleccionado subestima la sintomatología del paciente como una indicación de la histerectomía pero por otro lado los criterios escogidos son más objetivos, y además posibles de obtener en un estudio de análisis de historias clínicas.

* Estudiante Medicina Universidad de Johns Hopkins.

** Profesor Asociado, División Ciencias Salud Universidad del Valle. Cali.

Posteriormente se revisaron los archivos de patología del Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV), del Hospital de San Juan de Dios (HSJD) y de la clínica Rafael Uribe de los Seguros Sociales (ICSS). La lista de procedimientos quirúrgicos realizados, que era únicamente llevada en el HUV, fué revisada también, en un esfuerzo por añadir más casos.

La información de cada caso se pasó a un formulario que posteriormente fué codificado y con cuyos datos se perforaron tarjetas para procesamiento electromagnético.

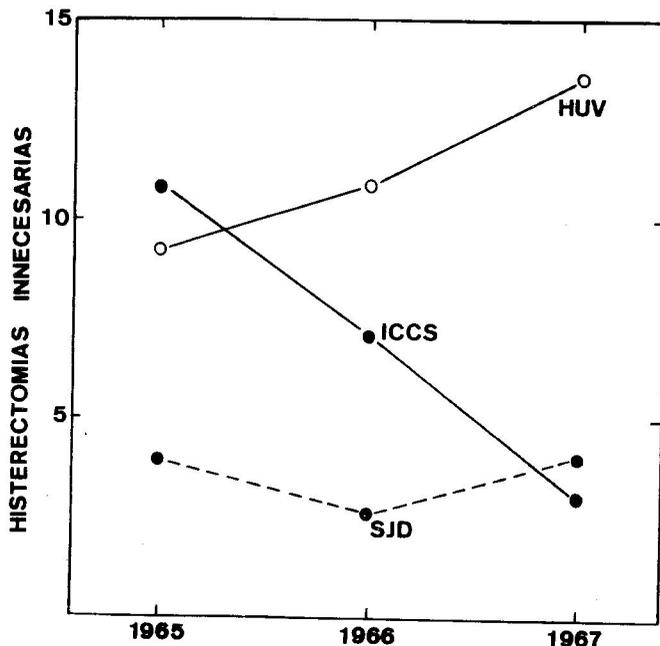
Un gran total de 1556 casos fueron localizados a través de los procedimientos descritos. Desafortunadamente para un número apreciable de ellos no fué posible encontrar la correspondiente historia clínica. En el HUV se presentó el problema adicional de histerectomías con historia clínico-quirúrgica pero sin el correspondiente diagnóstico patológico. Ver Cuadro No. 1. Llama la atención el hecho de no haber podido localizar en los archivos el 60% de las historias de la clínica del Seguro Social.

Sin embargo el resultado de patología permitió, hacer la clasificación sobre el grado de necesidad. Los 60 casos del HUV sin resultado patológico fueron descontados para los análisis posteriores, quedando un número total de 1496 casos.

RESULTADOS

Un total de 113 histerectomías fueron consideradas como innecesarias, determinando una tasa de 7.5%. Al hacer el análisis por hospital (ver Cuadro No. 2) se ve cómo el HUV tiene la tasa más alta, casi el doble de la del ICSS y tres veces más que la del HSJD. El disponer de la información de tres años completos permitió estudiar las tendencias (Gráfica 1). Se encontró que en el HUV existía una tendencia a aumentar mientras que el ICSS había experi-

mentado una drástica reducción, y el HSJD no mostró variación llamativa alguna. Las razones de estos cambios no son claras pero deben ser motivo de análisis cuidadoso.



Si las histerectomías innecesarias son un reflejo de la calidad del cuidado médico sería de esperar que la experiencia del cirujano estuviera relacionada con ella; se hizo entonces el análisis de acuerdo a su categoría, llamando a especialistas o cirujanos generales a aquellos que aparecen certificados como tales por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Como residentes se clasificaron los médicos matriculados en programas de adiestramiento de la Universidad, en el momento de hacer la cirugía.

CUADRO No. 1
Distribución de los casos histerectomía según el Hospital
y presencia de la Historia Clínica

	CON HISTORIA	SIN HISTORIA	SIN PATOLOGIA	TOTAL	% SIN HISTORIA
HUV	703	22	60	785	2.5
HSJD	555	40	—	595	6.7
ICSS	71	105	—	176	60.0
TOTAL	1329	167	60	1556	

Aún cuando los resultados no son significantes desde el punto de vista estadístico, es importante anotar que los especialistas, como era de esperarse, tuvieron la tasa más baja (6.74%); en cambio los cirujanos generales tuvieron la más alta (13.43%). Los residentes, a pesar de estar en período de entrenamiento, mostraron una tasa similar a la de los especialistas (8.33%) quizás debido a la estrecha supervisión a que se someten en el Hospital Universitario. La mayoría de los clasificados como status desconocido (tasa del 7.23%) pertenecían al ICSS donde no fue posible obtener esa información.

observó en cada hospital al hacer el análisis en forma separada. Estos datos obligan a pensar que los médicos son menos cuidadosos en cuanto a cerciorarse de la necesidad de una histerectomía si la paciente está en servicio de pensionado.

Al hacer el análisis por el grupo de edad (Cuadro No. 4) se encontró muy clara tendencia a la disminución al aumentar la edad, lo cual puede parecer extraño. Las mujeres menores de 40 años, que eran una cuarta parte del total, fueron responsables de más de la tercera parte de las histerecto-

CUADRO No. 2
Histerectomías Innecesarias según Hospital de Procedencia
Cali 1965 - 1967

	NECESARIA	INNECESARIA	TOTAL	% INNECESARIA
HUV	645	80	725	11.03
HSJD	574	21	595	3.53
ICSS	164	12	176	6.82
TOTAL	1383	113	1496	7.55
		$X^2 = 26.4$	$p < .001$	

Con el fin de obtener una idea más clara sobre las razones de las histerectomías innecesarias se hizo la comparación entre los servicios de pensionado y la sala general para los Hospitales HUV y HSJD. En el ICSS no se pudo hacer este análisis por no existir estas categorías (Cuadro No. 3). Según puede apreciarse, la tasa de histerectomías innecesarias en las salas de pensionados es aproximadamente tres veces más alta que en sala general. La misma tendencia se

más innecesarias.

En el Cuadro No. 5 se muestran los resultados por estado civil. En líneas generales llama la atención que aquellas mujeres menos expuestas a la procreación, (solteras, viudas o separadas) tengan las tasas más bajas mientras que las casadas, especialmente las de unión libre, tengan las más altas. Al hacer la comparación según el número de nacidos se pu-

CUADRO No. 3
Histerectomías Innecesarias según el Servicio en que se Realizaron.
Cali, 1965 - 1967 HUV y HSJD

SERVICIO	NECESARIAS	INNECESARIAS	TOTAL	% INNECESARIAS
Sala general	954	58	1012	5.73
Pensionado	209	37	246	15.04
TOTAL	1163	95	1258	7.55
		$X^2 = 24.48$	$p < .001$	

CUADRO No. 4
Histerectomías Innecearias según Edad de la Paciente
Cali, 1965 - 1967

EDAD	NECESARIAS	INNECESARIAS	TOTAL	% INNECESARIAS
30	42	6	48	12.5%
30-39	296	32	328	9.5%
40-49	493	44	537	8.2%
50-59	243	14	257	5.5%
60 +	166	5	171	2.9%
Desconocido	143	12	155	7.7%
TOTAL	1383	113	1496	7.5%

$X^2 = 11.17$ $p < .05$

do observar que eran más frecuentes las histerectomías necesarias que las innecesarias, hasta en mujeres con tres nacidos vivos. A partir de este número, con tres excepciones, las histerectomías innecesarias son más frecuentes para cualquier paridad.

Tratando de penetrar más en el análisis de la calidad del cuidado médico se analizaron las historias clínicas del HUV, encontrándose que el porcentaje de las historias incompletas en sala general era de 2.65% y en pensionado de 38.89%. Las cifras correspondientes para el HSJD fueron de 0.41% en sala general y 76.56% en pensionado.

En última instancia la calidad del cuidado médico se mide por sus resultados finales, morbilidad y mortalidad. Se com-

paró la mediana de estancia para el HUV (11.0 días) con la del HSJD (10 días); al analizar por servicio, llamó la atención que la mediana en el HUV - sala general fuera de 14.0 días en comparación con 7.3 días en pensionado. Las cifras correspondientes para el HSJD fueron 10.1 en sala general y 9.1 en pensionado.

El Cuadro No. 6 muestra las diferencias en la mortalidad según el hospital que no son significativas desde el punto de vista estadístico. De las quince muertes ocurridas en el HUV y HSJD ninguna correspondía al servicio de pensionado (mortalidad 0.0%, en 298 intervenciones practicadas) y en seis de ellas las pacientes entraron al servicio en estado de shock hemorrágico o séptico. La tasa de mortalidad en sala general fue de 1.47%. Las diferencias halladas en la mor-

CUADRO No. 5
Histerectomías Innecearias según Estado Civil de la paciente
Cali, 1965 - 1967

ESTADO CIVIL	NECESARIAS	INNECESARIAS	TOTAL	% INNECESARIAS
Solteras	342	15	357	4.2
Casadas	657	72	729	9.9
Viudas/separadas	178	7	185	3.8
Unión libre	50	7	57	12.3
Desconocido	156	12	168	7.1
TOTAL	1383	113	1496	7.5%

$X^2 = 17.04$ $p < .01$

alidad (y posiblemente las de estancia también) podrían explicarse talvez por diferencias en severidad de la morbilidad y por la diferente proporción de tipos de cirugía que se practica en estos hospitales y en sus diferentes servicios, ya que al hacer el análisis por tipo de histerectomía se encontró que para las radicales con exanteración la mortalidad era de 3.26% para los totales o subtotales de 1.49% y para la histerectomía vaginal 0.20%. En efecto, si las tasas de mortalidad se ajustan por tipo de cirugía, la mortalidad es sensiblemente igual en ambos hospitales (ver Cuadro No. 6).

DISCUSION Y COMENTARIOS

En la comparación de estos hallazgos con los informados por otros autores es indispensable tener en cuenta el criterio utilizado en la clasificación de la necesidad. En nuestro caso, por ejemplo, el criterio seleccionado subestima la sintomatología del paciente para evaluar la indicación de cirugía.

Por otro lado, el hecho de basarse en hallazgos más objetivos como son los de patología, le da confiabilidad al estudio. Vale la pena anotar que en un estudio de análisis de las historias clínicas la presencia de síntomas no tiene ningún valor dada la poca frecuencia con que esos datos quedan consignados en la historia.

Es preocupante que las tasas más altas las tenga el Hospital Universitario donde, presumiblemente, la calidad del cuidado médico debe ser óptimo. Sin embargo, este aumento se debe principalmente a los servicios de pensionado donde la práctica no es exclusiva al personal docente.

El estudio de Doyle⁵ publicado en 1953 (histerectomías

innecesarias, por ausencia de patología o prolapso) mostró una tasa de 12.5%. Es necesario anotar que el criterio de Doyle era más amplio y de acuerdo con él, únicamente el 60.7% de las histerectomías analizadas se justificaban plenamente. Otro estudio similar por Burnett⁷ en un pequeño hospital general de Ohio, mostró cifras que oscilaron entre 28% y 9% en los diez años que estudió. El criterio de Burnett es un poco vago, basado en la necesidad, tal como era apreciada por el mismo, al momento de revisar la historia.

Fué interesante encontrar la tendencia (aunque no significativa desde el punto estadístico) a que el personal entrenado especialmente tuviera menor proporción de histerectomías innecesarias. Un estudio de Peterson y Col.⁸ sobre la exactitud de diagnóstico ginecológico preoperatorio no mostró ninguna correlación con el número de años gastados en entrenamiento, sino una relación inversa con el tiempo transcurrido desde la salida de la facultad de medicina.

El hecho de que las histerectomías innecesarias sean más frecuentes en mujeres jóvenes en edad reproductiva, en mujeres más expuestas al riesgo de un embarazo y provenientes del servicio de pensionado, hace pensar en la posibilidad de que la histerectomía se utilice como método para controlar la natalidad. La literatura indica que la histerectomía en países como Inglaterra⁹ y E. E. U. U.¹⁰ está ganando aceptación como método permanente de esterilización, aún cuando el debate acerca de su justificación desde el punto de vista ético y médico no se ha resuelto todavía.^{11, 12}

Es posible que en Cali se esté usando con fines esterilizantes aunque en ningún caso se haya hecho explícita esta indicación.

CUADRO No. 6
Mortalidad por Histerectomía según Hospital
Cali, 1965 - 1967

HOSPITAL	MUERTOS	TOTAL	% MORTALIDAD	MORTALIDAD AJUSTADA*
HUV	11	763	1.44	1.15%
HSJD	4	555	.72	1.08%
ICSS	1	71	1.41	—
TOTAL	16	1389	1.15	
		$X^2 = 1.52$	$p < .50$	

* ajustada por tipo de cirugía.

La tasa cruda de mortalidad de 1.15% es un poco más alta que la informada por Williams para la clínica Mayo (0.3%) y bastante más alta que la informada por Doyle⁵ (0.04%). Las consideraciones hechas anteriormente sobre la proporción de histerectomías radicales y vaginales, en cada serie hace que las comparaciones no tengan mayor utilidad.

REFERENCIAS

1. Lembke, P. A.: Comprehensive Study of Appendectomy rates. *Amer J Obstet Gynec* 42: 276 - 286, 1952
2. Rodríguez J., Zapata J.: Extirpación de apéndices normales como indicador del cuidado médico. *Acta méd Valle* 1: 77-81, 1970.
3. Miller, N. F.: Hysterectomy: Therapeutic necessity or surgical rackets? *Amer J Obstet Gynec* 51: 804-810, 1946.
4. Lewis, D. W., Practice of surgery, Harper and Row Hagerstown, 1968.
5. Doyle, J.C.: Unnecessary hysterectomies. *JAMA* 151: 360-366, 1953.
6. Riva, H. L. : Hysterectomy: Indications and techniques. *Postgrad Med* 39: 645-649, 1966.
7. Burnett J. E.: Hysterectomy: results of a ten years study. *Obstet Gynec* 20: 522-527, 1962.
8. Peterson, O. L., Barsamian, E. M., Eden, M. F.: A study of training and other variables and the quality of surgical care in hospitals. Internat Epid Ass, Proceedigns VI Internat Scientific Meeting, 1971, Primosten, Yugoelavia.
9. Scott, J. S.: Sterilization of women. *Lancet (London)* 2: 417, 1970.
10. Hibbard, L. T.: Secual sterilization by elective hysterectomy. *Amer J Obstet Gynec* 112: 1076-1083, 1972
11. Haynes, S. D., Wolfe, W. M.: Tubal sterilization in an indigent population: report of 14 years of experience. *Amer J Obstet Gynec* 106: 1044-1053, 1970.
12. Ebbing, R. N., Sterilization by hysterectomy. *Lancet (London)* 2: 879, 1970.