

Artículos de Investigación

Papel de la ansiedad preoperatoria en la percepción de dolor en pacientes sometidas a histeroscopia quirúrgica en consulta

Impact of preprocedural anxiety levels on pain perception in patients undergoing office surgical hysteroscopy

Jordi Boned López¹, Alberto Armijo Sánchez¹, Isabel María Aguilar Gálvez¹, Bárbara Ramírez Muñoz¹, María Dolores Lara Domínguez¹, Ignacio Salazar Olivares¹, Elena Mantrana Bermejo¹, Carlota García-Salmones González¹, Rosa María Oña López¹.

¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Correspondencia

Nombre: Jordi Boned López.

Email: jbonedlopez@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la ansiedad preoperatoria supone un factor de riesgo independiente para la percepción de dolor severo durante la realización de una histeroscopia quirúrgica ambulatoria.

Material y métodos: Estudio de cohortes en el que incluimos 179 pacientes. Se ha aplicado el formulario STAI-S para valorar la ansiedad preoperatoria de las pacientes y distribuir las en dos cohortes: Pacientes con ansiedad (STAI-S >50) y pacientes sin ansiedad (STAI-S <50). Se ha valorado mediante una escala EVA el dolor percibido por las pacientes, considerando dolor severo una puntuación EVA >7. Se ha calculado la asociación y el riesgo entre ambas variables mediante el Test X² y el Riesgo Relativo (RR). Se ha utilizado el test de correlación de Pearson para valorar la correlación entre ambas variables. Se ha considerado estadísticamente significativo un valor de p < 0.05.

Resultados: Las pacientes que percibieron dolor severo durante la entrada a la cavidad uterina (78,3% vs 29,5%; p < 0,001) y durante la realización del proceso quirúrgico (78,8% vs 26,2%; p < 0,001) fueron en su mayoría pacientes con ansiedad preoperatoria. El RR de las pacientes con ansiedad para percibir dolor severo es de 6,46 (IC 95%; 2,52 -16,60) durante la entrada y de 6,61 (IC 95%; 3,04 -14,38) durante la resección. Existe una correlación moderada y positiva entre las puntuaciones obtenida en la escala STAI-S y la puntuación EVA, tanto durante la entrada a la cavidad (r = 0,629; p = 0,042) como durante el proceso quirúrgico (r = 0,661; p = 0,021).

Conclusiones: Las pacientes con ansiedad preoperatoria tienen más riesgo de percibir dolor severo durante la entrada en la cavidad uterina y durante la realización de la intervención histeroscópica.

Palabras claves: Histeroscopia ambulatoria, Ansiedad preoperatoria, Percepción de dolor, Escala visual analógica, STAI-S.

ABSTRACT

Objective: Determine if preprocedural anxiety is an independent risk factor for the perception of severe pain during an outpatient surgical hysteroscopy.

Material and methods: There were 179 patients included in this cohort study. The STAI-S questionnaire has been applied to assess the preoperative anxiety of the patients and distribute them into two cohorts: Patients with anxiety (STAI-S>50) and patients without anxiety (STAI-S<50). The pain perceived by the patients was determined using a VAS scale, considering as severe pain a VAS score > 7. The association and the risk between both variables have been calculated using X² test and relative risk (RR). Pearson's correlation test was used to assess the correlation between both variables. A p value < 0,05 has been considered statistically significant.

Results: Patients who perceived severe pain during access to the uterine cavity (78,3% vs 29,5%; p<0,001) and during the surgical procedure (78,8% vs 26,2%; p<0,001) were mostly patients with preoperative anxiety. The RR of patients with anxiety to perceive severe pain is 6.46 (95% CI; 2,52-16,60) during access to the uterine cavity and 6,61 (95% CI; 3,04-14,38) during resection. We have found a moderate and positive correlation between the scores obtained on the STAI-S questionnaire and VAS score during access to the uterine cavity (r=0,629; p=0,042) and during the surgical process (r=0,661; p=0,021)

Conclusions: Patients with preprocedural anxiety are more at risk of perceiving severe pain during access into the uterine cavity and during the hysteroscopic intervention.

Keywords: Office Hysteroscopy, Preprocedural anxiety, Pain perception, Visual analogue scale, STAI-S.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la histeroscopia es el *gold standard* para el diagnóstico y tratamiento de la patología de la cavidad uterina, tanto en pacientes premenopáusicas como en postmenopáusicas^{1,2}. Gracias a los avances tecnológicos y al perfeccionamiento de las técnicas histeroscópicas, se ha logrado hacer de la histeroscopia un procedimiento menos doloroso e invasivo, aumentando a partir de la década de los 90 el número de intervenciones que se llevan a cabo de forma ambulatoria².

La histeroscopia ambulatoria ha demostrado múltiples ventajas respecto a su realización en quirófano. Por un lado, ha demostrado ser una técnica tan segura como las realizadas en quirófano³ manteniendo las mismas tasas de éxito⁴ (92-99%^{3,5}). Por otro lado, la histeroscopia ambulatoria ha demostrado ser más coste-efectiva respecto a la histeroscopia en quirófano^{3,4}, sin que la satisfacción de las pacientes se vea mermada^{4,6}. A pesar de que la histeroscopia ambulatoria se considera una técnica tolerable sin el uso de analgesia⁷, el dolor sigue siendo un factor determinante en la aceptación general de este procedimiento⁸.

La ansiedad preoperatoria es una entidad que se presenta con frecuencia en aquellos pacientes que van a ser sometidos a una intervención. Las pacientes que acuden a consulta de histeroscopia han demostrado tener niveles de ansiedad más elevados respecto a las pacientes que acuden a las consultas de ginecología general⁹, defendiendo algunos autores que la ansiedad se correlaciona con el dolor percibido por la paciente durante la histeroscopia en consulta^{8,10}. Sin embargo, otros autores no han encontrado diferencias, en cuanto a los niveles de ansiedad, entre las pacientes que percibían y las pacientes que no percibían dolor durante la histeroscopia ambulatoria^{11,16}.

El objetivo de este estudio es determinar si la ansiedad preoperatoria supone un factor de riesgo independiente para la percepción de dolor severo por las pacientes durante la realización de una histeroscopia quirúrgica ambulatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un estudio observacional analítico prospectivo de cohortes en el que incluimos, previa firma del consentimiento informado, 179 pacientes con indicación de histeroscopia quirúrgica, llevándose

a cabo la intervención de forma ambulatoria entre agosto del 2019 y marzo del 2020 en el Hospital Universitario Virgen de Valme, en Sevilla (España). Han sido excluidas aquellas pacientes en las que no se ha realizado ningún procedimiento quirúrgico durante la histeroscopia, aquellas pacientes con histeroscopias quirúrgicas previas en relación con el mismo proceso patológico y aquellas pacientes que no han cumplimentado de forma correcta los cuestionarios de valoración de la ansiedad preoperatoria.

Para la valoración de la ansiedad preoperatoria se utilizará el cuestionario validado en su versión en español del *State-Trait Anxiety Inventory (STAI – S)*¹² que incluye 20 preguntas a valorar con una puntuación entre 1 y 4, y un resultado que puede oscilar entre 20 y 80. Este cuestionario será cumplimentado por las pacientes durante su estancia en la sala de espera, previo a la intervención. Consideramos que una paciente tiene ansiedad preoperatoria cuando la puntuación en el STAI-S es igual o superior a 50, incluyéndola en la cohorte de pacientes expuestas al factor de riesgo. Las pacientes con puntuación menor a 50 serán incluidas en la cohorte de pacientes no expuestas al factor de riesgo. La percepción de dolor por parte de la paciente durante la entrada en la cavidad uterina y durante la realización del proceso quirúrgico fue evaluada, una vez finalizada la intervención, mediante una escala visual analógica (EVA) impresa, que representa una graduación continua con puntuación desde 0 (nada de dolor) a 10 (dolor muy intenso), considerando dolor severo si la puntuación EVA es igual o superior a 7.

El análisis estadístico se ha llevado a cabo con el SPSS v25 para macOS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Las variables cualitativas serán presentadas como número y porcentaje mientras que las variables cuantitativas serán presentadas como media \pm desviación estándar. Se ha utilizado el test χ^2 para confirmar la asociación entre las pacientes con ansiedad preoperatoria y las pacientes que han percibido dolor severo durante la entrada a la cavidad uterina y durante la realización del proceso quirúrgico. Para determinar el riesgo de las pacientes con ansiedad preoperatoria a percibir dolor severo durante la entrada en la cavidad y durante la resección se ha

realizado el cálculo del riesgo relativo (RR). La correlación entre ambas variables se ha calculado utilizando el test de correlación de Pearson. Se ha realizado un análisis multivariante mediante un análisis de regresión logística binaria para detectar en cada cohorte variables que se asocien de forma independiente con la percepción de dolor severo durante la entrada y durante el procedimiento quirúrgico.

Preparación de la paciente y procedimiento histeroscópico

Como preparación para la histeroscopia se indica a la paciente la administración oral de un comprimido de misoprostol 200 mcg la noche previa a la intervención y un comprimido de Ibuprofeno 600 mg una hora antes de la cita. Una vez en la consulta, tras informar detalladamente del procedimiento, colocamos a la paciente en posición de litotomía y realizamos bloqueo paracervical en la zona de inserción de ligamanetos uterosacros, en fondo de saco vaginal posterior, con 3 cc de Mepivacaina al 2%. El abordaje histeroscópico se lleva a cabo por vaginoscopia, sin dilatación mecánica cervical previa. El medio de distensión empleado es suero salino fisiológico en flujo continuo con un sistema de irrigación a una presión estable entre 90 y 105 mmHg. Todas las intervenciones fueron realizadas por 4 histeroscopistas con más de 5 años de experiencia, que deciden el uso de uno u otro histeroscopia en base a las características del paciente y la intervención a realizar. El material a nuestra disposición es: Histeroscopia tipo *Bettocchi*[®] (calibre de 4,3 mm sin vaina externa) con instrumental mecánico y electrodo bipolar tipo *Versapoint*[®], *Mini-Resectoscopio "S" de Invidia Medical*[®] (calibre de 5,8 mm) y morcelador *Myosure de Hologic*[®] (Calibre de 6 mm)

RESULTADOS

Se han incluido en el estudio un total de 179 mujeres, de las cuales 65 se han incluido en la cohorte de pacientes con ansiedad preoperatoria y 114 en la cohorte de pacientes sin ansiedad preoperatoria, siendo ambas cohortes homogéneas en cuanto al resto de variables estudiadas (*tabla 1*). La puntuación media en la escala STAI-S ha sido de 45,72 ($\pm 11,06$)

con un 35,75% de las pacientes con una puntuación por encima de 50. La tasa de éxito de las intervenciones incluidas en el estudio es del 87,7%, sin encontrar diferencias significativas entre la cohorte de pacientes sin ansiedad preoperatoria y la cohorte de pacientes con ansiedad preoperatoria (88,37% vs 85,94%; $p=0,891$). La tasa de complicaciones es del 2,79%, sin haber identificado tampoco diferencias significativas entre ambas cohortes (4,68% vs 0,84%; $p=0,09$).

La puntuación media en la escala EVA durante la entrada en la cavidad uterina ha sido de 3,32 ($\pm 2,61$) con un 12,84% de las pacientes refiriendo haber percibido dolor severo, siendo en su mayoría pacientes con ansiedad preoperatoria en comparación con las pacientes que no percibieron dolor severo (78,3% vs 29,5%; $p < 0,001$). La EVA media durante la realización del proceso quirúrgico es de 4,09 ($\pm 2,76$) con un 18,43% de las pacientes refiriendo haber percibido dolor severo, siendo en su mayoría también pacientes con ansiedad preoperatoria respecto a las pacientes que no percibieron dolor severo (78,8% vs 26,2%; $p < 0,001$). El RR de las pacientes con ansiedad preoperatoria para percibir dolor severo durante la entrada a la cavidad uterina es de 6,46 (IC 95%; 2,52 -16,60) mientras que el RR de estas pacientes para percibir dolor severo durante la resección quirúrgica es de 6,61 (IC 95%; 3,04 -14,38) (*Figura 1*). En nuestro estudio existe una correlación moderada y positiva entre la puntuación obtenida en la escala STAI-S previo a la intervención y el dolor percibido por la paciente durante la entrada a la cavidad uterina ($r = 0,629$; $p = 0,042$) y durante la realización del proceso quirúrgico ($r = 0,661$; $p = 0,021$), evaluado mediante la escala EVA una vez finalizada la intervención.

En el análisis multivariante realizado mediante una regresión logística binaria no se encontró asociación entre la intervención realizada, el instrumental utilizado, el estado menopáusico o la historia de cesárea o parto vaginal con la percepción de dolor severo durante la entrada a la cavidad uterina ni durante la realización de la intervención histeroscópica en ninguna de las dos cohortes estudiadas.

DISCUSIÓN

La ansiedad preoperatoria es una entidad que se presenta con mucha frecuencia en los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica¹³. Existe evidencia suficiente para afirmar que los procedimientos médicos se asocian con niveles elevados de ansiedad^{8,14}. Las pacientes en las que se va a realizar una histeroscopia ambulatoria han demostrado presentar niveles elevados de ansiedad respecto a la población general y respecto a las pacientes que acuden a la consulta de ginecología general (35,2^{10,15} y 39,5¹⁰ puntos en la escala STAI-S respectivamente). La puntuación media obtenida en la escala STAI-S en las pacientes incluidas en nuestro trabajo es muy similar a las puntuaciones medias presentadas por otros autores (41,50 – 46,07)^{15,16}. A pesar de la evolución de las técnicas histeroscópicas y del desarrollo tecnológico, se puede comprobar como a lo largo de los años se mantienen los niveles elevados de ansiedad preoperatoria en las pacientes que se van a enfrentar a una histeroscopia ambulatoria¹³. La ansiedad preoperatoria repercute en la percepción del dolor por parte de la paciente durante la intervención^{8,10}, así como en el éxito del procedimiento¹⁴ y la satisfacción de la paciente^{10,14}.

Existen estudios que describen como la ansiedad, a través de mecanismos fisiológicos, incrementa la percepción de dolor. Esto, parece ser, se debe a un aumento de la actividad simpática que condiciona un aumento de la liberación de epinefrina que a su vez sensibiliza las neuronas nociceptoras produciendo un estado de hiperalgesia¹⁷. Estos cambios fisiológicos sistémicos pueden explicar los resultados obtenidos en nuestro estudio, según los cuales, las pacientes con ansiedad preoperatoria tienen mayor riesgo de percibir dolor severo durante la entrada en la cavidad uterina y durante la realización del proceso quirúrgico. Algunos autores^{8,18} describieron resultados similares. *Kokoanali et al*⁸, además, describió también la existencia de correlación entre la ansiedad y el dolor percibido por las pacientes 60 minutos tras la intervención. Sin embargo, otros autores no encontraron correlación entre la percepción de dolor y el estado de ansiedad previo a la histeroscopia^{11,16}. Explicar estos resultados contradictorios es complicado debido a la heterogeneidad de los estudios. En cualquier caso, la puntuación media

obtenida en la escala EVA durante la entrada en la cavidad uterina y durante la realización de la intervención es similar a la presentada por otros autores (3,3 – 5,3)⁸, siendo puntuaciones comparables a otros procedimientos ginecológicos que se realizan rutinariamente en consulta como el aspirado endometrial con cánula de Cornier (EVA 4,6-7,7)¹⁹ o la inserción de un dispositivo intrauterino (EVA 4,9-5,8)²⁰.

Tanto *Gambadauro et al*¹³ como *Vitale et al*¹⁴ afirman en sus publicaciones que la ansiedad preoperatoria puede repercutir en el éxito del procedimiento. En nuestro estudio, sin embargo, no hemos obtenido diferencias significativas en cuanto a la tasa de éxito entre las pacientes con ansiedad preoperatoria y la cohorte de pacientes sin ansiedad. Tampoco hemos obtenido diferencias significativas respecto a la tasa de complicaciones entre ambas cohortes. Por otro lado, la ansiedad y el dolor son los principales factores de riesgo para la no satisfacción de las pacientes sometidas a una histeroscopia ambulatoria^{10,14}. Sin embargo, muchas pacientes prefieren someterse a un procedimiento rápido y ambulatorio aún asumiendo cierto grado de dolor o discomfort¹³ antes que someterse a un proceso bajo anestesia general o locoregional y con un mayor tiempo de ingreso hospitalario²¹. En el metanálisis de *Bennet et al*²² concluyen que no existen diferencias significativas en cuanto a la tasa de satisfacción entre las pacientes en las que se realiza una histeroscopia ambulatoria respecto a las pacientes en las que se realiza una histeroscopia en quirófano.

Algunos autores defienden el uso rutinario de ansiolíticos para el manejo de la ansiedad preoperatoria¹⁴. Sin embargo, dada la habitual corta duración de los procedimientos histeroscópicos ambulatorios, existe cierta tendencia a dar mayor importancia a las herramientas no farmacológicas^{13,15}. Se ha demostrado que proporcionar información a las pacientes y ahondar en sus inquietudes puede reducir la ansiedad y la preocupación^{13,15}, siendo más importante la claridad de la información proporcionada que la cantidad²³. Además, al estar las pacientes despiertas durante la histeroscopia ambulatoria, la comunicación puede ser continua durante todo el procedimiento disminuyendo los niveles de ansiedad y mejorando la satisfacción de las pacientes²⁴.

CONCLUSIÓN

Las pacientes que acuden a la consulta de histeroscopia presentan unos niveles de ansiedad más elevados que la población general y las pacientes que acuden a otras consultas ginecológicas. Las pacientes con ansiedad preoperatoria tienen más riesgo de percibir dolor severo durante la entrada en la cavidad uterina y durante la realización de la intervención. La puntuación obtenida en el cuestionario STAI-S previo a la intervención tiene una correlación positiva moderada con la percepción del dolor evaluado mediante la escala EVA una vez finalizada la intervención. Actualmente, para el manejo de la ansiedad preoperatoria en el ámbito de la histeroscopia ambulatoria existe cierta tendencia hacia el uso de las herramientas no farmacológicas. Pese a que la histeroscopia ambulatoria es considerada una intervención tolerable sin el uso de analgesia, el dolor sigue siendo un factor limitante en la aceptación por parte de las pacientes. Es por ello que es importante y necesario que la investigación al respecto continúe.

REFERENCIAS

1. Salazar CA, Isaacson KB. Office operative hysteroscopy: an update. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018; 25(2):199–208.
2. Campo R, Santangelo F, Gordts S, Di Cesare C, Van Kerrebroeck H, De Angelis MC, Di Spiezo Sardo A. Outpatient hysteroscopy. *Facts Views Vis Obgyn*. 2018. 10(3):115–122
3. Wortman M, Daggett A, Ball C. Operative hysteroscopy in an office-based surgical setting: review of patient safety and satisfaction in 414 cases. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013. 20:56–63
4. Bennett, A. Lepage, C. Thavorn, K. Fergusson, D. Murnaghan, O. Coyle, D. Singh, S. Effectiveness of Outpatient Versus Operating Room Hysteroscopy for the Diagnosis and Treatment of Uterine Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018
5. Mairois J, Di Martino P. Office hysteroscopy. an operative gold standard technique and an important contribution to patient safety. *Gynecol Surg*. 2016. 13:111–114
6. Kremer C, Duffy S, Moroney M. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: randomised controlled trial. *BMJ*; 2000; 320:279–82

7. ACOG Committee opinion. The Use of Hysteroscopy for the *Diagnosis and Treatment of Intrauterine Pathology*. *Obstetrics & Gynecology*. 2020. 135(3), 138–148
8. Kokanali, MK. Cavkaytar, S. Guzel, Aİ. Topçu, HO. Eroğlu, E. Aksakal, O. Doğanay, M. Impact of preprocedural anxiety levels on pain perception in patients undergoing office hysteroscopy. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2014. 77(9): 477–481
9. Gupta J.K, Clark T.S, More S, Pattison H. Patient anxiety and experiences associated with an outpatient "one-stop" "see and treat" hysteroscopy clinic. *Surg Endosc*. 2004; 18: 1099–1104
10. Cicinelli E, Rossi AC, Marinaccio M, Matteo M, Saliari N, Tinelli R. Predictive factors of pain experienced at office fluid minihysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol*; 2007; 14: 485-488
11. Pegoraro A, Santos ME, Takamori JT, Carvalho W de AP de, Oliveira R de, Barbosa CP, et al. Prevalence and intensity of pain during diagnostic hysteroscopy in women attending an infertility clinic: analysis of 489 cases. *Einstein (São Paulo)*. 2019 Dec 6;18
12. Burgos Fonseca, P. Gutiérrez Sepúlveda, A. Adaptación y validación del inventario Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) en población universitaria de la provincia de Ñuble [Tesis doctoral]. Chillán: Universidad del Bio – Bio; 2013.
13. Gambadauro P, Navaratnarajah R, Carli V. Anxiety at outpatient hysteroscopy. *Gynecol Surg*. 2015; 12 (3): 189-196.
14. Vitale SG, Caruso S, Ciebiera M, Török P, Tesarik J, Vilos GA et al. Management of anxiety and pain perception in women undergoing office hysteroscopy: a systematic review. *Arch Gynecol Obst*. 2020.
15. Dickson MJ, Depares JC. Anxiety and outpatient hysteroscopy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000; 20 (1): 81.
16. Carta G, Palermo P, Mariangeli F, Piroli A, Necozone S, De Lellis V et al. Waiting time and pain durinh hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012; 19 (3): 360-364.
17. Hoehn-Saric R, McLeod DR. The peripheral sympathetic nervous system. Its role in normal and pathologic anxiety. *Psychiatr Clin North Am*. 1988; 11: 375-386.
18. Angioli R, De Cicco Nardone C, Plotti F, Cafà EV, Dugo N, Damiani P, et al. Use of music to reduce anxiety during office hysteroscopy: prospective randomized trial. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014; 21(3): 454-459
19. Kucukgoz GU, Khatib G, Guzel AB, et al. The necessity of using tenaculum for endometrial sampling procedure with Pipelle: a randomized controlled study. *Arch Gynecol Obstet*. 2014. 289: 349–356
20. Edelman AB, Schaefer E, Olson A, et al. Effects of prophylactic misoprostol administration prior to intrauterine device insertion in nulliparous women. *Contraception*. 2011. 84:234–239
21. Mairos J, Di Martino P. Office hysteroscopy. an operative gold standard technique and an important contribution to patient safety. *Gynecol Surg*. 2016. 13:111–114
22. Bennett, A. Lepage, C. Thavorn, K. Fergusson, D. Murnaghan, O. Coyle, D. Singh, S. Effectiveness of Outpatient Versus Operating Room Hysteroscopy for the Diagnosis and Treatment of Uterine Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018
23. Eberhardt J, Van Wersch A, Van Schaik P, Cann P. Information, social support and anxiety before gastrointestinal endoscopy. *Br J Health Psychol*. 2006. 11: 551–559
24. Morgan M, Dodds W, Wolfe C, Raju S. Women's views and experiences of outpatient hysteroscopy: implications for a patient-centered service. *Nurs Health Sci*. 2004. 6(4): 315–3202

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características de las pacientes y de las intervenciones realizadas. Comparación de ambas cohortes.

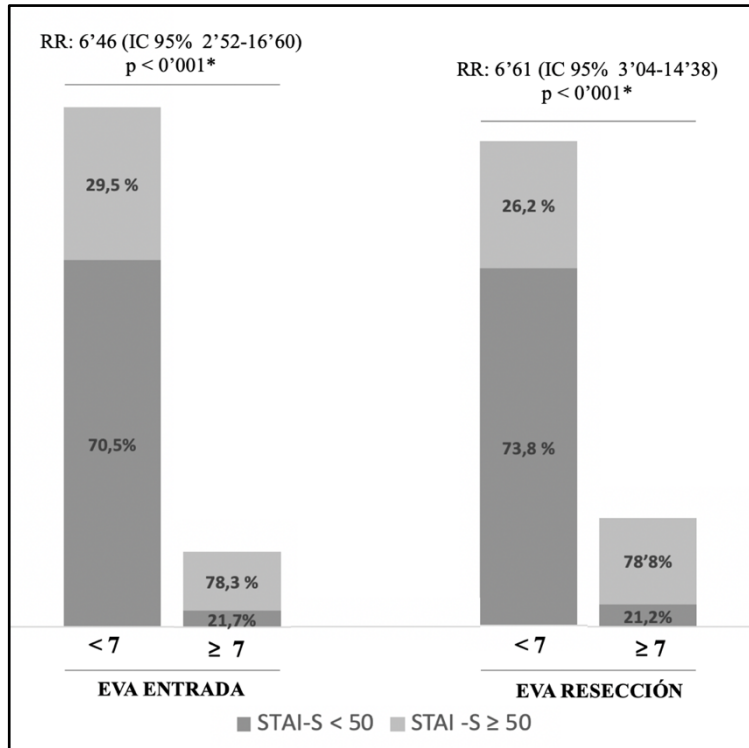
| | Grupo A (N = 65) | Grupo B (N = 114) | p | Total (N=179) |
|------------------------------|---------------------|----------------------|----|------------------|
| Edad | 52,29 (±12,07) | 48,95 (±13,53) | NS | 50,12 (±13,10) |
| Paridad [N (%)] | | | | |
| Cesáreas | 8 (12,30) | 20 (17,54) | NS | 28 (15,64) |
| Partos vaginales | 43 (66,15) | 69 (60,52) | NS | 112 (62,56) |
| Menopausia [N (%)] | 31 (47,69) | 49 (42,98) | NS | 80 (44,69) |
| Indicación [N (%)] | | | NS | |
| Reproducción | 4 (6,15) | 12 (10,52) | | 16 (8,93) |
| Sangrado Uterino Anormal | 38 (58,46) | 65 (57,80) | | 103 (57,54) |
| Hallazgo Casual | 23 (35,38) | 37 (32,45) | | 63 (33,51) |
| Intervención [N (%)] | | | NS | |
| Miomectomía | 18 (27,69) | 23 (20,17) | | 41 (22,90) |
| Polipectomía | 33 (50,76) | 63 (55,26) | | 96 (53,63) |
| Biopsia endometrial | 13 (20) | 25 (21,92) | | 38 (21,23) |
| Septoplastia | 1 (1,53) | 2 (1,75) | | 3 (1,67) |
| Metroplastia | - | 1 (0,87) | | 1 (0,55) |
| Histeroscopia [N (%)] | | | NS | |
| Bettocchi® | 21 (32,30) | 37 (32,45) | | 58 (32,40) |
| Mini-Resectoscopio "S"® | 43 (66,15) | 71 (62,28) | | 114 (63,68) |
| Myosure® | 1 (1,53) | 6 (5,26%) | | 7 (3,91) |

Grupo A: pacientes con puntuación en la escala STAI-S \geq 50. Grupo B: pacientes con puntuación en la escala STAI-S $<$ 50. Para las variables cualitativas se ha utilizado el test χ^2 . Para las variables cuantitativas se ha utilizado el test T-student. NS: No significativo.

Tabla 2. Resultados obtenidos en las histeroscopias quirúrgicas ambulatorias incluidas en el estudio.

| | |
|-------------------------------|------------------|
| Entrada | |
| EVA | 3,32 (± 2,61) |
| EVA \geq 7 [N (%)] | 23 (12,84) |
| Tiempo (Segundos) | 95,82 (± 98,06) |
| Resección | |
| EVA | 4,09 (± 2,76) |
| EVA \geq 7 [N (%)] | 33 (18,43) |
| Tiempo (segundos) | 486,60 (±377,69) |
| Tasa de éxito [N (%)] | 157 (87,7%) |
| Complicaciones [N (%)] | 5 (2,79) |
| STAI-S | 45,72 (± 11,06) |
| STAI-S \geq 50 [N (%)] | 64 (35,75) |

Figura 1. Distribución de las pacientes en base a la presencia o ausencia de ansiedad preoperatoria y a la percepción o no de dolor severo durante la entrada a la cavidad uterina y durante la resección.



RR: Riesgo Relativo : * Test X² Pearson