

media superior (4: M/1: H), 17 con licenciatura (7: M/10: H) y seis con estudios de postgrado (3: M/3: H). Los resultados mostraron que las personas con menor escolaridad identificaron más agentes causantes y ubicaciones de riesgo. Sin embargo, las personas con mayor escolaridad conocían mejor los tratamientos adecuados para las quemaduras, siendo menos propensas a utilizar remedios caseiros y más inclinadas a buscar atención médica. **Conclusiones:** el estudio destaca la necesidad de educación sobre los agentes causantes y las ubicaciones de riesgo de quemaduras, así como sobre los tratamientos adecuados. Se recomienda ampliar la muestra y realizar estudios de correlación para obtener resultados más fiables.

61 Cuidado perdido de enfermería y su relación con el síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería

Sandra Hernández Corral,* Liliana Vázquez Santos,*[‡] David Gabriel Luna Pérez*[§]

* Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra». [‡] Subdirección de enfermería. [§] Unidad de Investigación Multidisciplinaria en Salud.

Introducción: se ha documentado que el síndrome de *burnout* se relaciona con el cuidado perdido, el agotamiento emocional de los profesionales de enfermería origina que utilicen como estrategia de afrontamiento una reducción del esfuerzo y rendimiento. El cuidado perdido se ha estudiado ampliamente en países de ingresos altos, pero en países de ingresos medios y bajos como México los estudios son escasos y centrados principalmente en factores sociodemográficos y las razones de cuidado perdido. Se parte de la interrogante ¿Existe asociación entre el cuidado perdido de enfermería y el síndrome de *burnout*? Hipotetizamos que cuando aumenta el cuidado perdido el síndrome de *burnout* aumenta. **Objetivo:** analizar la asociación entre el cuidado perdido de enfermería y el síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería. **Material y métodos:** estudio descriptivo, observacional y transversal. La muestra se calculó con la fórmula para poblaciones finitas con un IC95%, margen de error de 5%, participaron 166 enfermeras seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron profesionales de enfermería asignados a las áreas de hospitalización responsables de otorgar el cuidado directo a pacientes y que contaban con al menos seis meses de antigüedad en el hospital y se excluyeron aquellos que realizan actividades administrativas. Para medir el cuidado perdido y sus razones; se utilizó la encuesta MISSCARE y el síndrome de *burnout* se midió con la escala CESQT, ambas escalas validadas en la población mexicana. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva y se calcularon los índices globales por dimensión de cuidado perdido (con un IC95%), igualmente para la razón de ocurrencia. La comprobación de hipótesis se realizó con la prueba Tau de Kendall. El protocolo está registrado en el Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra» CEI 116/2023. **Resultados:** ochenta y tres por ciento fueron mujeres, 48.2% tenían un nivel académico de licenciatura y una antigüedad promedio de 16 años. El índice global de cuidado perdido de enfermería fue de 16.00 (IC95% 11.84-20.15). De acuerdo con las dimensiones los puntajes de cuidado perdido fueron: necesidades individuales 14.66, planificación del alta y educación del paciente 6.47, cuidado básico 19.48 y cuidados de evaluaciones continuas 4.31. Los cuidados básicos más omitidos fueron: la alimentación (39.16%), la deambulación (27.71%) y el baño (21.69%); Los profesionales de enfermería señalaron los recursos materiales (50.65, IC95% 76.74-84.66) como la principal razón para omitir el cuidado causado por falta de medicamentos y lo equipos no funcionaban o no estaban disponibles. Con relación al síndrome de *burnout* los profesionales de enfermería reportaron un nivel alto con 51.8% y un nivel crítico con 36%; 24.1% refirieron un nivel alto de culpa. No se

identificó una asociación entre el cuidado perdido y el síndrome de *burnout* $p > 0.05$. **Conclusiones:** no se encontró una asociación entre cuidado perdido y el síndrome de *burnout*. Sin embargo, el síndrome de *burnout* en los profesionales de enfermería es preocupante por lo que es necesario implementar estrategias para disminuir el estrés.

62 Bloqueo del plano del erector espinal bilateral guiado por ultrasonido en cirugía de columna torácica y lumbar: ensayo clínico aleatorizado

Berenice Itzel López Amaro,* Jacqueline Morales*[‡]

* Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra». [‡] Anestesiología.

Introducción: la cirugía de columna causa en los pacientes dolor postoperatorio que va de moderado a intenso, sobre todo en los primeros tres días postquirúrgicos. Para combatirlo se utilizan fármacos opioides, cuyos efectos adversos son intolerables para algunos pacientes, retrasan el alta hospitalaria y aumentan los costos de la atención médica. El bloqueo del plano erector espinal (ESP) es una técnica descrita recientemente, cuyo uso para analgesia tras cirugía de columna está tomando gran interés en la medicina perioperatoria. **Objetivo:** evaluar la eficacia, seguridad y duración de la analgesia transoperatoria y postoperatoria provista por el bloqueo ESP bilateral en pacientes adultos sometidos a cirugía de columna torácica y/o lumbar. **Material y métodos:** ensayo clínico aleatorizado, prospectivo, doble ciego. Se asignarán a los pacientes a alguno de los dos grupos. Grupo A: bloqueo ESP bilateral guiado por ultrasonido + anestesia general; grupo B: anestesia general únicamente. En el grupo A, tras la inducción anestésica y tras asegurar la vía aérea, se colocará el bloqueo ESP guiado por ultrasonido en el área a intervenir quirúrgicamente, con ropivacaína 20 mL a 0.375%, se repetirá en el lado contralateral. Se evaluará la dosis total ponderal de fentanilo en el transoperatorio, la duración de la analgesia, duración del bloqueo sensitivo y número de rescates de opioides en las primeras 24 horas postoperatorias. **Resultados:** en 49 pacientes se registró menor dolor en el grupo de bloqueo con 1.12 ± 3.1 contra 3.7 ± 3.16 puntos con EVA ($p = 0.0086$), a las seis horas del procedimiento se observó menor dolor en el grupo bloqueo con 2 ± 2.5 contra 4.3 ± 1.5 puntos con EVA ($p = 0.0007$), a las 12 horas persistió un menor dolor en el grupo de bloqueo con 2.88 ± 2.1 contra 4 ± 1.5 puntos con EVA ($p = 0.0421$). Se documentan diferencias significativas en la cantidad utilizada de tramadol por ambos grupos con 102 ± 94 mg en el grupo de bloqueo, contra 272.9 ± 133.5 mg en el grupo de anestesia general ($p = 0.0001$). **Conclusiones:** se observó disminución de las puntuaciones de EVA a quienes se les administró ropivacaína en el plano erector de la espina, así como disminución en la utilización de opioides en el periodo postquirúrgico, presentando una analgesia postquirúrgica en promedio de 360 minutos. El bloqueo erector de la espina tiene mayor analgesia que la analgesia estándar.

63 Análisis etiológico del síndrome de columna multioperada, perspectivas 10 años de experiencia

Jorge Luis Acosta Cortez,*

Armando Alpízar Aguirre,*[‡] José Rodrigo Meré Gómez,*[‡]

Ariel Gómez Bido,[§] Carla Lisette García Ramos,*[‡]

Barón Zárate Kalfópulos,*[‡] Alejandro Antonio Reyes Sánchez,*[‡]

Irving Omar Estévez García*[‡]

* Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra». [‡] Cirugía de columna. [§] Cirugía de columna, Hospital Salvador B Gautier, República Dominicana.

Introducción: el síndrome de columna multioperada (SCM), descrito por primera vez por North y colegas 1991, es un término que