

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 deambulacion (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 Alpizar 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

agrupa el dolor lumbar recurrente después de la cirugía de columna con o sin radiculopatía. Presentando un índice de reintervención hasta 30%. La etiología del (SCM) es multifactorial pudiendo clasificarlos en factores preoperatorios, operatorios y postoperatorios. Las indicaciones quirúrgicas son el dolor y el déficit neurológico, hernia discal recurrente, infección o pseudoartrosis. **Objetivo:** describir la etiología del SCM así como la relación entre el diagnóstico, la cirugía realizada y la cirugía de revisión. **Material y métodos:** diseño retrospectivo de pacientes operados en el Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra» de 2013 a 2024, para el análisis de datos estadístico se utilizó el software SPSS versión 20.0. Los criterios de inclusión fueron pacientes con menos de un año de postoperatorio de cirugía de columna toracolombal y lumbar, dolor persistente o exacerbado posterior al manejo quirúrgico, excluyendo cirugías mínimas invasiva. **Resultados:** se incluyeron 118 pacientes, representando 2.63% del total de cirugías realizadas; 58.5% eran mujeres y 41.5% hombres, con una edad media de 60.24 ± 16.7 años. Las escalas clínicas reportadas EVA radicular 6.57 ± 2.22 puntos, EVA lumbar de 6.60 ± 2.42 puntos, Oswestry $54.28 \pm 16.86\%$. Los diagnósticos más frecuentes fueron hernia discal 37.3%, conducto lumbar estrecho 33.9%, espondilolisis degenerativa 17.8% y escoliosis 7.6%. Las comorbilidades reportadas fueron osteoporosis 29.7% y obesidad 11%. El promedio de cirugías realizadas fue de 2.56 ± 1.15 , representando la artrodesis instrumentada 44.9%, el retiro de material 31.3%, osteotomía 5.1% y tratamiento no invasivo (infiltración) en 9.3%. Las principales causas de reintervención fueron dolor 28%, descompresión 21.2%, falla de material 16.1%, inestabilidad 14.4%, deformidad 8.5%, pseudoartrosis y reherniación 5.1% cada una, infección y lesión 0.8% respectivamente. **Conclusiones:** una mala comunicación entre médico y paciente puede generar expectativas poco realistas al tratamiento quirúrgico, La hernia discal fue la diagnóstico principal que requirió reintervención, en la literatura no se cuenta con una definición general del SCM, se requiere un mayor análisis de la patología. La primera cirugía debería ser la única.

64 Uso del servicio de rehabilitación de víctimas de tránsito durante la estancia hospitalaria: ¿Estamos subregistrando o carecemos de servicios de rehabilitación en unidades de la Secretaría de Salud?

Juan Daniel Vera López,* José Manuel Muñoz Carrillo,† Manuel Alejandro Martínez Nolasco‡

* Organización Panamericana de la Salud. † Doctorado en Políticas Públicas, Tecnológico de Monterrey, México. ‡ Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Introducción: en México durante 2021 se registraron 18,463 defunciones por lesiones causadas por el tránsito (LCT). Por otro lado, las personas que sobreviven a las LCT son trasladadas a los servicios formales de salud para recibir atención de emergencia. Las LCT contribuyen significativamente en la generación de discapacidad, pues se estima que, en 2018, 22.03% del total de lesionados refirió consecuencias permanentes en su estado de salud, esto equivale a 283,135 personas anuales. Al atender las lesiones agudas, principalmente cuando son graves, es fundamental limitar el daño y evitar que se produzcan lesiones permanentes, esto se puede conseguir a través de la rehabilitación aguda. **Objetivo:** estimar el uso del servicio de rehabilitación aguda durante la estancia hospitalaria en personas que fueron atendidas como consecuencia de LCT en unidades pertenecientes a la Secretaría de Salud y Servicios Estatales de la Secretaría de Salud en el periodo de 2010 a 2020. **Material y métodos:** se analizaron las bases de datos secundarias

de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud de las 32 Entidades Federativas. El periodo de análisis fue de 1 de enero de 2010 a 31 de diciembre de 2020. Se incluyeron todos los registros de personas que solicitaron atención médica como consecuencia de LCT. Se excluyeron aquellos registros que reportaron cero días de estancia hospitalaria. Para identificar los registros con LCT se utilizaron los códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima revisión (CIE-10) y se clasificó en: peatón atropellado, ciclista, motociclista, ocupante de vehículos de cuatro o más ruedas. Se generó un puntaje de severidad a partir de afecciones reportadas. Se identificaron los registros que reportaron el uso del servicio de rehabilitación. Se calcularon proporciones para variables categóricas, medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas para caracterizar a las personas lesionadas. **Resultados:** se registraron 283,880 egresos hospitalarios como consecuencia de LCT, 72.65% (n = 206,253) fueron hombres. El promedio del puntaje de severidad fue de 7.48 puntos (IC95% 7.46, 7.50), rango de 1 a 66. Los peatones atropellados presentaron un puntaje de 8.05 (IC95% 8.0, 8.1). Ochenta y uno punto setenta por ciento (n = 231,942) de los egresos se brindó en unidades de segundo nivel. En promedio la estancia hospitalaria (EH) por LCT fue de 6.96 días (IC95% 6.44, 6.52). Los peatones atropellados pasaron 8.53 días (IC95% 8.84, 8.62) en unidades de salud; 2.63% (n = 7,456) desarrollaron complicaciones clínicas. El principal motivo de egreso fue por mejoría 85.56% (n = 242,900), 6.11% (n = 17,337) correspondió a egresos voluntarios o fugas, 3.87% (n = 10,429) falleció durante la estancia intrahospitalaria. Respecto a la utilización de servicios, 10.72% (n = 30,436) utilizó el servicio de cirugía, 10.59% (n = 30,077) utilizó el servicio de traumatología y 0.06% (n = 161) terapia intensiva. No se identificaron registros que reportaran el uso del servicio de rehabilitación aguda. **Conclusiones:** la ausencia de registros sobre el uso de rehabilitación aguda sugiere una posible subutilización o falta de disponibilidad de estos servicios, lo que podría afectar el proceso de recuperación. Es fundamental promover la utilización de servicios de rehabilitación aguda para disminuir el desarrollo de secuelas en las personas lesionadas.

65 Hallazgos ecográficos de actividad en pacientes con miopatías inflamatorias, comparación clínica y de laboratorio

Rosa Carina Soto Fajardo,* Alejandra Espinosa Orantes,*† Rosa Elena Cervantes Ramírez,*‡ Karen Contreras Castillo,*‡ Jiram Torres Ruiz,§ Diana Gómez Martín,§ Carlos Pineda*‡

* Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra». † División de Reumatología. ‡ Departamento de Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México.

Introducción: la ecografía muscular (MUS) es una herramienta no invasiva que permite explorar la extensión del daño muscular y contribuir al diagnóstico temprano y seguimiento de pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII). **Objetivo:** comparar los hallazgos ecográficos con las características clínicas de la actividad de la enfermedad en pacientes con MII. **Material y métodos:** estudio transversal con pacientes mayores de 18 años con MII según los criterios de clasificación ACR/EULAR 2017. Los pacientes se evaluaron con las escalas clinimétricas del grupo *International Myositis Assessment and Clinical Studies*. Según la evaluación clínica y de laboratorio (debilidad muscular, disminución del puntaje MMT8 y elevación de la creatina cinasa), los pacientes se dividieron en activos e inactivos. La MUS se realizó con un equipo GE LOGIQe con una sonda lineal de 4-12 MHz. Se evaluaron diez músculos de forma