

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