

respiratorio, función renal, estado nutricional, son factores a considerar para el tratamiento temprano (menor a siete días), si es el más adecuado para el paciente. **Objetivo:** comparar a los pacientes ingresados en la unidad de quemados a los que se les realizaron escisión tangencial y colocación de injerto cutáneo autólogo de manera temprana (menor a siete días) con pacientes quemados a los que se les realizó colocación tardía (más de siete días) y demostrar si existen diferencias en el número de cirugías posteriores y estancia hospitalaria. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo de cohorte a partir de los expedientes clínicos de los pacientes ingresados en la unidad de quemados del Hospital General de Chihuahua «Salvador Zubirán Anchondo» en un periodo de un año. De los cuales 35 pacientes cumplieron los criterios de inclusión basados en el estudio de Goswami, los cuales se dividieron en dos grupos. El primer grupo se formó a partir de los pacientes quemados a los que se les realizó escisión tangencial y colocación de injerto en los primeros siete días ($n = 15$) y el segundo grupo con aquellos que se les realizó posterior a los siete días de la quemadura ($n = 20$). Se incluyeron variables demográficas como la edad, sexo, porcentaje total de quemadura, tipo de quemadura, etiología, tipo de cirugía, número de cirugías realizadas y estancia hospitalaria. **Resultados:** se analizaron un total de 35 pacientes de los cuales 32 (91.43%) pacientes correspondieron al género masculino y 3 (8.57%) pacientes al femenino. Se realizó un análisis estadístico con la t de Student en ambos grupos para determinar la homogeneidad de los grupos de estudio, se obtuvo que la media de edad del grupo 1 fue de 43.5 años y en el grupo 2 (tratamiento tardío) fue de 36.2 años ($p = 0.20$), la SCT del grupo 1 fue de 14.1% y del grupo 2 de 22.3% ($p = 0.07$), en cuanto al número de comorbilidades, etiología de la quemadura y profundidad (segundo y tercer grado), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo cual se trata de grupos homogéneos. Por medio del análisis estadístico con t de Student se obtuvieron diferencias en las medias de los resultados de días de estancia hospitalaria, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, respecto al grupo 1 sobre el 2 ($p = 0.001$) y también para el número de intervenciones quirúrgicas posteriores a la colocación del injerto con una $p = 0.004$. **Conclusiones:** la realización de una debridación, escisión y colocación temprana de injerto cutáneo autólogo reduce de manera significativa el tiempo de estancia hospitalaria, el número de intervenciones quirúrgicas y por ende el costo hospitalario.

59 Recuperación neurológica en pacientes con enfermedad vascular cerebral atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra»

Irma Guadalupe Lozano Rodríguez,
Marlene Rodríguez Barragán, Claudia Hernández Arenas,
Ana Guadalupe Ramírez Nava, Jimena Quinzanos Fresnedo
*Rehabilitación Neurológica, Instituto Nacional de
Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra», México.*

Introducción: pregunta de investigación: ¿Cuáles son los cambios en la recuperación de la función sensoriomotora en los pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación? **Antecedentes:** la enfermedad vascular cerebral (EVC) es causa de discapacidad severa y permanente. Conocer el comportamiento en cuanto a la recuperación sensoriomotora puede ayudar a planear un manejo integral, centrado en el paciente, además de establecer un pronóstico. **Objetivo:** describir la recuperación en la función sensoriomotora y las variables clínicas y sociodemográficas asociadas en pacientes con EVC tratados en el servicio de Daño Cerebral Adquirido del Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra». **Material y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo, observacional. Se revisaron

expedientes electrónicos de sujetos atendidos en el servicio de Daño Cerebral Adquirido de la división de Rehabilitación Neurológica del Instituto Nacional de Rehabilitación, con diagnóstico de EVC de cualquier etiología, mayores de 18 años y con menos de un año de evolución. Se describieron las características clínicas y sociodemográficas iniciales y la escala de Fugl-Meyer (FM) a los seis meses. Análisis descriptivo con medidas de tendencia central y de dispersión de las variables sociodemográficas. Se hicieron comparaciones entre variables cualitativas usando la prueba de χ^2 y entre variables cuantitativas usando la prueba t de Student. Posteriormente se buscaron asociaciones y correlaciones entre variables. Se verificaron los datos dentro del expediente con la historia clínica y notas médicas. Este estudio se considera sin riesgo de acuerdo con el artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. **Resultados:** se estudiaron 132 sujetos, en su mayoría hombres (57.1%) con una edad promedio de 57.37 años; 86 mostraron mejoría en la escala de FM, 57 de ellos mejoraron en al menos 10 puntos, 28 no mostraron cambios y en 18 disminuyó la puntuación. Se realizó regresión múltiple para evaluar el peso de las diferentes variables y se encontró la siguiente regla de predicción: FM a los seis meses = (edad paciente \times 0.64) – (tiempo evolución \times 0.64) + (FM inicial \times 0.920) con una $p = 0.001$, $r^2 = 0.75$. **Conclusiones:** se encontró una mejoría significativa en la recuperación de función sensoriomotora influenciada por edad menor, menor tiempo de evolución y mejor puntaje inicial de FM. Este conocimiento facilita la toma de decisiones e intervenciones de rehabilitación y proporciona un pronóstico confiable.

60 Conocimiento sobre factores de riesgo para quemaduras en la población pediátrica: un estudio observacional en el Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra»

Brenda Blancas Granda,* María de la Luz Arenas Sordo,*‡
María Chacón Gómez,*§ María del Carmen Tinajero Santana,*¶
Susana Martín del Campo Arias*¶

* Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra». ‡ Medicina Genómica. § CENIAQ. ¶ Terapias.

Introducción: las quemaduras son una de las lesiones más graves y potencialmente mortales en la población pediátrica, causadas por diversos agentes como la temperatura, la radiación, la electricidad, la fricción, productos químicos o biológicos. A nivel mundial ocurren alrededor de 11 millones de quemaduras anuales, con 180,000 casos fatales. Son la tercera causa de lesiones mortales y la quinta de lesiones no mortales en niños. El riesgo aumenta en hogares monoparentales, con madres jóvenes y con bajo nivel educativo. No hay un estudio que muestre los conocimientos de personas adultas sobre factores de riesgo para quemaduras en la población pediátrica. **Objetivo:** crear y aplicar un cuestionario para identificar los conocimientos con los que cuentan las personas adultas sobre factores de riesgo para quemaduras en la población pediátrica. **Material y métodos:** este estudio, de tipo observacional, transversal, se realizó en el Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra». Se diseñó un cuestionario con nueve preguntas abiertas para evaluar el conocimiento sobre quemaduras en trabajadores de la salud y cuidadores principales. El cuestionario incluyó información sociodemográfica y preguntas sobre agentes causantes de quemaduras, ubicaciones de riesgo y tratamiento. Los resultados se clasificaron de acuerdo con la escolaridad de los participantes (secundaria, media superior, licenciatura y postgrado). **Resultados:** se aplicaron 36 cuestionarios a personal que labora en el Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra» y familiares de pacientes pediátricos no quemados que acuden a dicho Instituto; ocho con nivel secundaria (7: M/1: H), cinco

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