

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

bilateral (esternocleidomastoideo, deltoides, bíceps, extensor radial largo del carpo, cuádriceps, tibial anterior, gastrocnemio y glúteo menor, medio y mayor). Para evaluar edema, atrofia muscular y la señal Doppler de poder (PD) se utilizó la escala de *Siena Myositis Ultrasound Grading Scale*. Se realizaron análisis descriptivos y determinamos la sensibilidad y especificidad de MUS para diagnosticar la actividad de la enfermedad muscular; un valor de p menor a 0.05 se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** se incluyeron ochenta y siete pacientes. La mayoría eran mujeres (71.3%), la mediana de edad (rango intercuartil, RIC) fue de 49 años (33-57). El diagnóstico más frecuente fue dermatomiositis, presente en 67 pacientes (77%), seguido del síndrome antisintetasa en 12 pacientes (13.8%), polimiositis en dos (2.3%) y síndrome de superposición en seis (6.9%). Cuarenta y cinco pacientes (51.7%) tenían miositis activa. El hallazgo de edema muscular en el esternocleidomastoideo, gastrocnemio, bíceps braquial y extensor radial largo del carpo se asoció con actividad muscular clínica ($p < 0.05$). La presencia de edema, definido por MUS como áreas hipoeoicas con septos difusamente menos evidentes, en tres grupos de músculos individuales tiene una sensibilidad para identificar actividad de la enfermedad de 87% y una especificidad de 80%, con un área bajo la curva de 0.83 (0.74-0.92). **Conclusiones:** el uso de MUS, como se ha demostrado, permite la identificación de pacientes con enfermedad clínicamente activa. Esto lo convierte en una posible herramienta de detección de actividad en pacientes con MII, contribuyendo en su tratamiento oportuno y eficaz.

66 Índice de masa corporal y actividad física en escolares con trastorno por déficit de atención con hiperactividad por subtipo clínico

Elizabeth Lilia Zambrano Sánchez,*

Minerva Dehesa Moreno,*‡ Yolanda Del Río Carlos,§

Jorge Villalpando Hernández,¶ José Antonio Martínez Cortez**

* Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra». ‡ Psiquiatría. § Paidopsiquiatría, Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, México. ¶ Medicina Interna, Hospital Regional Adolfo López Mateos, México. ** Neurología.

Introducción: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se caracteriza por falta de atención, hiperactividad e impulsividad, altera el neurodesarrollo: conductas motoras, cognición, socialización, emociones y otros. El TDAH es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente en la infancia, con una prevalencia mundial de alrededor de 5.2%; aunque una revisión más reciente informó una prevalencia de 3.4%. El sobrepeso y la obesidad (SP/OB) se definen como una condición en la que el índice de masa corporal (IMC) es > 25 , y se encuentran entre las alteraciones nutricionales más importantes en los niños en el mundo. Sus causas requieren más investigación. **Objetivo:** 1. Describir la frecuencia de obesidad y sobrepeso en niños con TDAH de escolares. 2. Informar la distribución diferencial de sobrepeso y obesidad en los diferentes subtipos clínicos en escolares con TDAH. 3. Correlacionar el IMC con el nivel de actividad física ejercicio en escolares con TDAH por subtipo clínico. **Material y métodos:** se estudió una muestra de escolares residentes en la Ciudad de México, a partir de un estudio prospectivo de niños con TDAH. La identificación de niños con TDAH se realizó en tres pasos. 1. Sospecha de TDAH por parte de profesores y directores de escuelas. 2. Evaluación de los niños con los cuestionarios de las escalas revisadas de Conners aplicados a padres y profesores. 3. Los niños se valoraron mediante una evaluación multidisciplinaria. Asimismo, se evaluaron con la Escala de Inteligencia Infantil de Wechsler versión IV. El IMC se calculó según la ecuación conocida internacionalmente = $\text{kg}/\text{altura m}^2$: los datos de cada niño se buscaron en las tablas del centro para el

control de enfermedades por sexo y edad. Para evaluar la actividad física se les aplicó el cuestionario PAQ-C. Se estudió un grupo de escolares diagnosticados con TDAH sin obesidad y sobrepeso con fines comparativos. Los padres de los escolares fueron informados y dieron su consentimiento informado. **Resultados:** la población escolar se conformó por 280 escolares, 152 niños y 128 niñas, ($x = 9.03 \pm 1.74$); por subtipo clínico: TDAH combinado 133 niños y niñas con ($x = 9.2 \pm 1.5$); TDAH inatentos 93 ($x = 9.03 \pm 1.74$); TDAH HIP-IMP 54 ($x = 9.3, \pm 1.7$). Se observa que la prevalencia de TDAH-C es mayor, seguido por TDAH-I en comparación con TDAH HI-IM. Respecto al género en el subtipo clínico TDAH-I es mayor en el género femenino. De los 280 escolares diagnosticados con TDAH, la prevalencia de sobrepeso en la muestra de niños con TDAH fue de 36.43% (102 escolares), el 63.57% restante (178 escolares) se empleó como grupo control. La prevalencia de obesidad fue de 20.00% (56 escolares). El IMC entre los dos grupos de estudio presentó una diferencia significativa ($p < 0.0001$). Entre los grupos con obesidad y sin obesidad, se encontró diferencia significativa en su IMC ($p < 0.001$). Mediante la prueba χ^2 de Pearson se encontró que existe una asociación entre la variable género y subtipo clínico ($p < 0.05$ en ambos géneros). **Conclusiones:** se observó que el IMC y la actividad física están ligados a los síntomas del TDAH. Se analizaron los datos separando a los infantes con sobrepeso y sin sobrepeso respecto a su género y al tipo/subtipo clínico y se encontró que existe una asociación entre ambas variables.

La versión en extenso de este resumen se encuentra disponible en Zambrano-Sánchez et al. An Med ABC. 2024;69(3):202-8.

67 Incidencia de enfermedades cardiometabólicas en pacientes con parálisis facial idiopática en el Instituto Nacional de Rehabilitación

«Luis Guillermo Ibarra Ibarra»

Raúl Alfaro Pastrana,* Ana Karen Naranjo Granados,*‡

Edna Carrillo Pacheco,*§ Mauricio González Navarro**

* Instituto Nacional de Rehabilitación «Luis Guillermo Ibarra Ibarra», México. ‡ Trastornos de Audición y Equilibrio. § Trastornos del Aparato Fonoarticulador.

Introducción: la parálisis facial es una entidad frecuente y se encuentra entre los principales padecimientos que amerita atención por el servicio de otorrinolaringología. Se han planteado múltiples teorías para definir su etiopatogenia; la isquemia vascular, alteraciones inmunológicas, la compresión nerviosa y la inflamación de origen viral, particularmente relacionada con el virus del herpes simple. Se han propuesto factores de riesgo cardiometabólico para el desarrollo de la enfermedad como diabetes, obesidad, hipertensión arterial e inmunocompromiso, que a su vez pueden tener implicación en el pronóstico y recuperación de la enfermedad. **Objetivo:** establecer la frecuencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial en pacientes con parálisis facial y comparar la severidad clínica de la presentación y el desenlace entre pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensión arterial contra aquellos sin dichos padecimientos. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico mediante la revisión de expedientes de pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación en el servicio de Otorrinolaringología con diagnóstico de parálisis facial entre 2017 y 2023. Se incluyó a todos los pacientes con valoración clínica al inicio de la enfermedad y seguimiento durante por lo menos seis meses. Se excluyó a aquellos pacientes sin registro de la severidad de la enfermedad (medido por la escala de House-Brackmann) al inicio de la enfermedad o durante el seguimiento, así como pacientes sin tratamiento adecuado para este padecimiento. Se incluyeron un total de 52 pacientes en la muestra final. Para establecer la independencia entre variables categóricas se realizó la prueba de χ^2 . Para la com-