

7TL. ANESTESIA REGIONAL: CASOS COMPLICADOS Y FACTORES ASOCIADOS, HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, TEGUCIGALPA, HONDURAS. Ana Rosa Prince,¹ Ramón Amaya,² Jackeline Alger,³ Manuel Sierra.⁴

¹MD, Postgrado Anestesiología, Reanimación y Dolor, Facultad de Ciencias Médicas (FCM) UNAH; ²MD, Especialista en Anestesiología, Departamento de Anestesiología, Hospital Escuela Universitario; ³MD, PhD en Parasitología, Servicio de Parasitología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; ⁴MD, PhD, Maestría en Epidemiología, FCM UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: El uso de técnicas de anestesia regional se ha incrementado en los últimos años, por lo que es necesario conocer sus complicaciones. **Objetivo:** Describir las características de pacientes sometidos a anestesia regional y factores asociados a complicaciones, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Enero 2012-Enero 2013.

Metodología: Estudio analítico tipo caso/control. Caso: paciente sometido a procedimiento quirúrgico electivo o emergencia bajo anestesia regional que presentó alguna complicación anestésica; Control: aquellos que no presentaron complicaciones, pareado por edad ± 1 año. Muestra estimada en 150 casos y 150 controles. Se registró información clínica-epidemiológica de expedientes seleccionados aleatoriamente. Se utilizó OR, IC95% y $p < 0.05$ para analizar factores asociados (tipo de procedimiento, tipo de anestesia regional, clasificación ASA y co-morbilidad). **Resultados:** Ambos grupos presentaron distribución similar por sexo y peso. Categoría ASA I y procedimiento electivo se presentó en 50.6% (76) y 46.0% (69) de los casos, y en 58.6% (88) y 54.6% (82) de los controles, respectivamente. El bloqueo raquídeo fue el más utilizado, 76 (50.6%) y 106 (70.6%) casos y controles, respectivamente. Las complicaciones incluyeron bloqueo fallido (75.0%), hipotensión (24.6%) y bradicardia (10.0%). Bloqueo raquídeo y ausencia de co-morbilidad fueron protectores; categorías ASA III-IV y presencia de co-morbilidad fueron factores de riesgo; hipertensión arterial y diabetes mellitus se asociaron 3.5 y 7 veces más, respectivamente, a casos complicados; todos $p < 0.05$. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El procedimiento electivo/emergencia no se asoció a complicaciones. Se recomienda estabilizar los pacientes que serán sometidos a anestesia regional, así como identificar otros factores relacionados a bloqueo fallido e implementar correctivos.

8TL. **NOCARDIOSIS DISEMINADA.** Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM.¹ Sandra Montoya, MQS.² ¹Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; ²Sección Micología, Servicio Microbiología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Las nocardias son bacterias aeróbicas filamentosas que viven en el ambiente, y que ocasionalmente infectan a animales y al hombre a través de inoculación de su piel o mucosas, o por inhalación. El síndrome clínico característico (micetoma), es un proceso inflamatorio de evolución lenta que afecta piel, pulmones, etc. Sin tratamiento, pueden producir la muerte; particularmente en pacientes inmunocomprometidos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 22 años, campesino, procedente del El Paraíso (Trojes), quien ingresó a Sala de Neurocirugía, Hospital Escuela, el 30/ Agosto 2010 con historia: > 6 meses de fiebre, pérdida de peso, tos productiva y presencia de nódulos fistulizados en espalda; además, debilidad de ambos miembros inferiores con paraparesia que dificultaba su deambulación. Al examen físico, paciente desnutrido, PA=100/60, FC=70/min, FR=20/min y T°C=37.5. En pulmón derecho había disminución del murmullo vesicular. Los ruidos cardíacos R1 y R2 fueron normales. El abdomen era simétrico sin visceromegalia. Los miembros inferiores presentaban atrofia muscular y paraparesia bilateral con sensibilidad conservada. Se hizo el diagnóstico de síndrome medular incompleto. La resonancia magnética de tórax reveló compromiso pulmonar y presencia de masa paravertebral, comprimiendo la médula en su unión cervico-torácica (C7, T1 y T2). El TAC cerebral fue normal. El paciente permaneció en sala durante 36 días, siendo evaluado por los servicios de Neurocirugía, Dermatología, e Infectología. Se hizo el diagnóstico de nocardiosis diseminada, demostrada con cultivo (*Nocardia brasiliensis*). El paciente fue tratado con imipenem durante un mes y TMP/Sulfa, hasta obtener respuesta. El paciente egresó el 5/ Octubre, y su evolución en consulta externa de infectología 6 meses después, fue satisfactoria. Lamentablemente, el paciente no acudió a las consultas subsiguientes. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El micetoma es una enfermedad tropical, lenta y progresiva, cuya etiología más frecuente son bacterias filamentosas (nocardias, estreptomicas, etc) y raramente, hongos verdaderos. Se necesita hacer un diagnóstico clínico-microbiológico y una fuerte dosis de paciencia para curar al paciente.