

Injeção Inadvertida de Metoclopramida no Espaço Subaracnóideo. Relato de Caso *

Accidental Spinal Metoclopramide Injection. Case Report

Eduardo Barbosa Leão¹; Guilherme Antônio Moreira de Barros²; Yara Marcondes Machado Castiglia, TSA³; Eliana Marisa Ganem, TSA⁴

RESUMO

Leão EB, Barros GAM, Castiglia YMM, Ganem EM - Injeção Inadvertida de Metoclopramida no Espaço Subaracnóideo. Relato de Caso

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Injeção inadvertida de medicamentos de uso não espinhal nos espaços peridural e subaracnóideo é uma complicação anestésica passível de ocorrer. Este relato apresenta um caso de injeção inadvertida de metoclopramida no espaço subaracnóideo.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 17 anos, 69 kg, IMC de 26.2, estado físico ASA I, 36 semanas e 4 dias de gestação, com diagnóstico de sofrimento fetal agudo, e indicação de cesariana. Apresentava frequência cardíaca de 82 bpm, pressão arterial de 130 x 70 mmHg, SpO₂ de 97%, ritmo cardíaco sinusal regular. A anestesia foi por via subaracnóidea com a associação de anestésico local e opióide, 15 mg de bupivacaína hiperbárica a 0,5% e 25 µg de fentanil. Após 5 minutos da instalação do bloqueio, a paciente referiu "mal estar" inespecífico. Aferidas pressão arterial, 190 x 120 mmHg, frequência cardíaca, 145 bpm, e SpO₂, 95%. Verificando-se as ampolas cujos conteúdos foram administrados encontrou-se uma de bupivacaína e uma de metoclopramida. O quadro se apresentou com cefaléia frontal intensa, visão turva, náuseas, vômitos e agitação inicial, que evoluiu para sonolência e torpor, além de hipertensão arterial e taquicardia. Foram administrados tramadol, dipirona, ondansetron e medidas de suporte. Após 30 minutos, a paciente apresentava-se assintomática, com PA de 150 x 100 mmHg e FC de 120 bpm. Recebeu alta para a enfermaria 140 minutos após permanência na SRPA, com total reversão dos bloqueios motor, sensitivo e autonômico, e normalização dos parâmetros hemodinâmicos. Recebeu alta hospitalar 48 horas após, sem apresentar seqüelas neurológicas, juntamente com o recém-nascido.

CONCLUSÕES: Máxima atenção deve ser dada a qualquer medicamento administrado, seja qual for a via utilizada.

* Recebido do (**Received from**) Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (FMB - UNESP), Botucatu, SP

1. ME₂ do CET/SBA do Departamento de Anestesiologia da FMB-UNESP
2. Doutorando de Anestesiologia da FMB-UNESP e Médico da Disciplina de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da FMB-UNESP
3. Professora Titular do Departamento de Anestesiologia da FMB-UNESP
4. Professora Adjunta Livre-Docente do Departamento de Anestesiologia da FMB-UNESP

Apresentado (**Submitted**) em 21 de outubro de 2003
Aceito (**Accepted**) para publicação em 16 de fevereiro de 2004

Endereço para correspondência (**Correspondence to**)
Dr. Eduardo Barbosa Leão
Av. Caetité 175, Centro
46190-000 Paramirim, BA
E-mail: eduleao25@yahoo.com.br

© Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2004

Padronização de cores de ampolas, e dos locais de depósito, com o intuito de diminuir este tipo de acidente é recomendável.

Unitermos: ANTIEMÉTICOS: metoclopramida; COMPLICAÇÕES: injeção acidental; TÉCNICAS ANESTÉSICAS, Regional: subaracnóidea

SUMMARY

Leão EB, Barros GAM, Castiglia YMM, Ganem EM - Accidental Spinal Metoclopramide Injection. Case Report

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Accidental injection of non-spinal drugs in epidural and spinal spaces is a possible anesthetic complication. This report presents a case of inadvertent spinal metoclopramide injection.

CASE REPORT: Female patient, 17 years old, 69 kg, BMI = 26.2, physical status ASA I, 36 weeks and 4 days gestation, with acute fetal suffering and C-section indication. Patient presented with heart rate of 82 bpm, blood pressure of 130 x 70 mmHg, SpO₂ of 97% and regular sinusoidal cardiac rhythm. Spinal anesthesia performed with a local anesthetic and opioid association, 15 mg of 0.25% hyperbaric bupivacaine and 25 µg fentanyl. Patient referred unspecific "discomfort" 5 minutes after blockade installation. Blood pressure was 190 x 120 mmHg, heart rate was 145 bpm and SpO₂ was 95%. Checking the vials, one bupivacaine vial and one metoclopramide vial were found. Symptoms were severe frontal headache, blurred view, nausea, vomiting and initial agitation evolving to sleepiness and torpor, in addition to hypertension and tachycardia. Tramadol, dipyrone, ondansetron and support measures were administered. Patient was asymptomatic 30 minutes after with BP of 150 x 100 mmHg and HR of 120 bpm. Patient was discharged from PACU to the ward 140 minutes after with sensory, motor and autonomic block recovery and normal hemodynamic parameters. Patient was discharged 48 hours later without neurological sequelae, together with the neonate.

CONCLUSIONS: Close attention should be paid to any administered drug, regardless of the route. It is desirable to standardize vial colors and storage sites aiming at minimizing this type of accident.

Key Words: ANESTHETIC TECHNIQUES: Regional, spinal block; ANTIEMETICS: metoclopramide; COMPLICATIONS: accidental injection.

INTRODUÇÃO

Na atual prática anestesiológica, está consagrada a utilização de opióides associados aos anestésicos locais com a intenção de melhorar a qualidade e a velocidade de instalação do bloqueio espinhal¹⁻³. Em particular na anestesia de pacientes obstétricas, esta associação mostra-se extremamente eficiente e segura⁴⁻⁷. Desta forma, um número significativo de medicamentos disponibilizados no mercado pode ser empregado por via espinhal⁸⁻¹⁰.

As tubulações dos gases hospitalares possuem padronização internacional de cores, porém, o mesmo não ocorre com as ampolas. Assim, é passível que ocorram injeções acidentais de drogas que são apresentadas em ampolas muito semelhantes. O objetivo deste relato é mostrar um caso de injeção inadvertida de metoclopramida no espaço subaracnóideo em paciente obstétrica.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 17 anos de idade, 69 kg, 1,62 m, estado físico ASA I, 36 semanas e 4 dias de gestação, a ser submetida à cesariana de emergência por diagnóstico de sofrimento fetal agudo. A avaliação pré-anestésica foi realizada no próprio centro obstétrico. A paciente encontrava-se ansiosa e preocupada, porém cooperativa. Foi monitorizada com ECG contínuo, oximetria de pulso, esfigmomanômetro, estetoscópio e sondagem vesical. No momento em que foi submetida à monitorização, apresentava frequência cardíaca de 82 bpm, pressão arterial de 130 x 70 mmHg, SpO₂ de 97%, ritmo cardíaco sinusal regular. Foi então realizada venóclise com cateter 18G no antebraço esquerdo e expansão volêmica com solução de Ringer com lactato (10 ml.kg⁻¹). Após a avaliação pré-anestésica, optou-se pela anestesia subaracnóidea com a associação de anestésico local e opióide. Uma ampola de bupivacaína hiperbárica a 0,5% e outra de fentanil espinhal foram separadas pelo anestesiolegista e colocadas sobre a mesa do equipamento anestésico a fim de serem utilizadas no procedimento. Na proximidade das ampolas, previamente selecionadas, havia outras, que poderiam vir a ser utilizadas caso se fizesse necessário. Entre estas ampolas, encontravam-se algumas de metoclopramida. A paciente foi posicionada sentada com posterior realização de assepsia e anti-sepsia rigorosa da pele. A ampola de bupivacaína hiperbárica a 0,5% foi solicitada à auxiliar de enfermagem que a abriu e a ofereceu ao anestesiolegista. Com uma seringa descartável de 5 ml foram aspirados 4 ml do conteúdo desta ampola. Em seguida, solicitou-se a ampola de "fentanil" e a auxiliar realizou o mesmo ato. Foi aspirado 0,5 ml do conteúdo desta segunda ampola em uma seringa apropriada descartável.

A punção subaracnóidea foi realizada com agulha Quincke 26G, no espaço entre as vértebras L₃- L₄, sem intercorrências. Ao se obter líquido cefalorraquidiano claro e normotenso, o volume total da seringa de "fentanil" foi injetado, seguido pela injeção de 3 ml de bupivacaína hiperbárica a 0,5% em 60 segundos. A paciente foi colocada em decúbito dorsal horizontal e realizado desvio para esquerda do útero gravídico, enquanto se aguardava a instalação do bloqueio anestésico. O tempo de latência mostrou-se normal. Com o bloqueio sensitivo fixado em T₄ e sem alterações na pressão arterial foi, então, autorizado o início do ato cirúrgico. Após 5 minutos da instalação do bloqueio, a paciente referiu "mal estar" inespecífico. Neste momento, o anestesiolegista, pensando em provável hipotensão arterial, palpou o pulso radial e constatou taquiesfigmia com pulso cheio. Aferidas pressão arterial, 190 x 120 mmHg, frequência cardíaca, 145 bpm, e SpO₂,

95%. Foi administrado imediatamente O₂ a 100%, com fluxo de 4 l.min⁻¹, sob máscara facial. A paciente foi interrogada quanto à presença de dor relacionada ao procedimento cirúrgico naquele momento. Obteve-se resposta negativa à pergunta, o que confirmou a adequada instalação de bloqueio sensitivo. Foi, desta forma, excluída a possibilidade de dor como responsável pelo quadro. Solicitou-se à auxiliar de enfermagem que apresentasse as ampolas, cujos conteúdos tinham sido administrados. Para surpresa do anestesiolegista, foi-lhe apresentada uma ampola de metoclopramida (com inscrições verdes) do Laboratório Teuto, e uma ampola de bupivacaína hiperbárica (também com inscrições verdes) do Laboratório Cristália, de mesmo formato e tamanho, o que as tornava muito semelhantes.

O quadro evoluiu com aparecimento de cefaléia frontal de forte intensidade, visão turva, náuseas, vômitos e agitação inicial, que evoluiu para sonolência e torpor, além de hipertensão arterial e taquicardia. Posicionou-se a paciente em proclive de 30 graus, tendo sido administrados tramadol (50 mg), dipirona (1,5 g) e ondansetron (4 mg) diluídos em 100 ml de solução de Ringer com lactato e mantidas as medidas de suporte.

Vinte minutos após o início dos sintomas, a paciente apresentava melhora do nível de consciência, relatando alívio da cefaléia e náusea. Após 30 minutos, apresentava-se assintomática, porém mantinha valores pressóricos de 150 x 100 mmHg e frequência cardíaca de 120 bpm. O recém-nascido foi retirado após 5 minutos do início do ato cirúrgico, com medidas de Apgar iguais a 8, 9 e 9, no 5^o, 10^o e 15^o minutos, respectivamente.

A cirurgia teve a duração de 65 minutos; e a seguir a paciente foi encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) onde se constatou, após vinte minutos da admissão, reversão parcial do bloqueio motor. Recebeu alta para a enfermagem 145 minutos após sua admissão na SRPA, com total reversão dos bloqueios motor, sensitivo e autonômico, e normalização dos parâmetros hemodinâmicos (Figura 1).

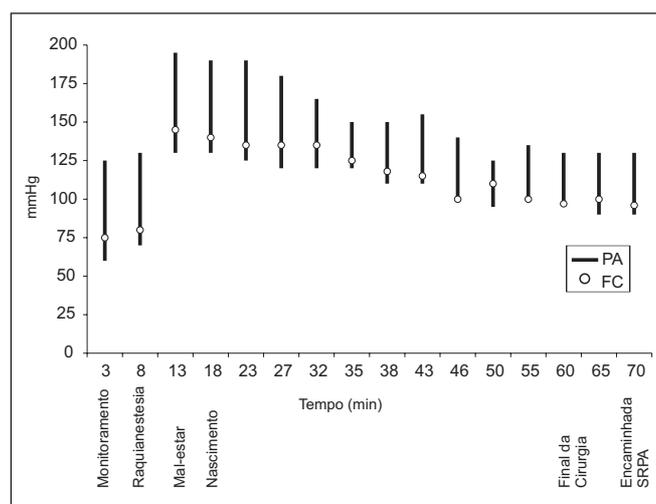


Figura 1 - Esquematização da Ficha Anestésica e sua Evolução

Durante as vinte e quatro horas seguintes, foram realizados dois exames neurológicos detalhados, que não evidenciaram quaisquer sinais sugestivos de seqüelas neurológicas. A parturiente recebeu alta hospitalar quarenta e oito horas após, juntamente com o recém-nascido.

DISCUSSÃO

Vários medicamentos de uso não espinhal já foram administrados inadvertidamente nos espaços peridural e subaracnóideo¹¹⁻¹⁴. Muitos destes casos não foram publicados, haja vista o grande número de casos não notificados, mas compartilhados entre colegas nos ambientes hospitalares e dos congressos da especialidade. Desta forma, eles deixam de servir como exemplos e de alerta aos anestesiológicos. Os casos publicados na literatura são relativamente raros e envolvem principalmente a galamina¹⁵⁻¹⁹.

O tecido nervoso é extremamente sensível às substâncias químicas, inclusive aos anestésicos locais, que são medicamentos desenvolvidos especificamente para serem utilizados sobre este tecido²⁰⁻²⁴. Quando os anestésicos locais são administrados em pH diferente daqueles preconizados, ou com osmolaridade não recomendada, ou, ainda, em altas concentrações, podem causar desmielinização da fibra nervosa^{25,26}. Fica evidente, então, o potencial risco de lesão do tecido nervoso quando se empregam medicamentos cuja apresentação e formulação não são específicas para uso subaracnóideo.

As principais causas de injeção inadvertida de drogas na prática anestésica parecem estar relacionadas à semelhança entre as apresentações dos diferentes medicamentos, aliada à presença de estresse físico e mental e, em particular, em situações em que o fator tempo se impõe para diminuição da mortalidade operatória.

Este relato, além de se enquadrar nas situações citadas, evidencia a falha ocorrida quando se permitiu que medicamentos de apresentação semelhante ficassem lado a lado. Uma sugestão, para se evitar que estes acidentes ocorram, seria a padronização das ampolas, quer seja no formato externo, quer seja na cor dos medicamentos utilizados de forma injetável.

tients anesthesia, this association is extremely safe and effective⁴⁻⁷. So, a significant number of drugs commercially available may be spinally administered⁸⁻¹⁰.

Hospital gases pipelines have international color standards, however the same is not true for vials. So, it is possible to accidentally inject drugs presented in very similar vials. This report aimed at describing a case of inadvertent spinal metoclopramide injection in an obstetric patient.

CASE REPORT

Female patient, 17 years old, 69kg, 1.62 m, physical status ASA I, 36 weeks and 4 days gestation, to be submitted to emergency C-section due to acute fetal suffering. Preanesthetic evaluation was performed in the obstetric center. Patient was anxious and concerned, however cooperative.

Monitoring consisted of continuous ECG, pulse oximetry, sphygmomanometer, stethoscope and vesical probe. At monitoring, patient presented heart rate of 82 bpm, blood pressure of 130 x 70 mmHg, SpO₂ of 97% and regular sinusoidal cardiac rhythm. Venoclysis was performed with 18G catheter in the left forearm and volume expansion was achieved with lactated Ringer's (10 mL.kg⁻¹).

Spinal anesthesia with the association of local anesthetic and opioids was decided after preanesthetic evaluation. One 0.5% hyperbaric bupivacaine vial and one spinal fentanyl vial were separated by the anesthesiologist and placed on the anesthetic equipment table to be used in the procedure. Close to previously selected vials, there were others to be used if necessary. Among them, there were some metoclopramide vials.

Patient was placed in the sitting position and skin was thoroughly cleaned. The nurse opened the 0.5% hyperbaric bupivacaine vial and gave it to the anesthesiologist. With a 5 mL disposable syringe, 5 mL of this vial content were aspirated. Then, "fentanyl" vial was asked and the nurse repeated the same procedure. With an adequate and disposable syringe, 0.5 mL of this second vial content were aspirated.

Spinal puncture was performed with 26G Quincke needle in L₃-L₄ interspace without intercurrences. After obtaining clear and normotensive CSF, "fentanyl" was injected, followed by 3 mL of 0.5% hyperbaric bupivacaine in 60 seconds. Patient was placed in the supine position with the uterus displaced to the left, while waiting for anesthetic block installation.

Onset was normal. When sensory block reached T₄ and no blood pressure changes were observed, the surgical procedure was authorized. Patient referred unspecific "discomfort" 5 minutes after blockade installation.

At this point, the anesthesiologist, considering possible hypotension, palpated the radial pulse and confirmed tachycardia with full pulse. Blood pressure was 190 x 120 mmHg, heart rate 145 bpm and SpO₂ 95%. 100% oxygen with 4 L.min⁻¹ flow under facial mask was promptly administered. Patient was asked about pain related to the surgical procedure and the answer was negative, confirming adequate sensory block installation. Pain was then ruled out as responsible

Accidental Spinal Metoclopramide Injection. Case Report

Eduardo Barbosa Leão, M.D.; Guilherme Antônio Moreira de Barros, M.D.; Yara Marcondes Machado Castiglia, TSA, M.D.; Eliana Marisa Ganem, TSA, M.D.

INTRODUCTION

Opioids associated to local anesthetics aiming at improving quality and speed of spinal block installation are popular in current anesthetic practice¹⁻³. Especially for obstetric pa-

for the symptoms. The nurse was asked to show the vials administered. For the anesthesiologist's surprise, a metoclopramide vial (with green letters) from Teuto Laboratory and a hyperbaric bupivacaine vial (also with green letters) from Cristália Laboratory were presented. Both had the same shape and size, and were very similar.

Symptoms evolved with severe frontal headache, blurred view, nausea, vomiting and initial agitation evolving to sleepiness and torpor, in addition to hypertension and tachycardia. Patient was positioned 30 degrees head up, tramadol (50 mg), dipyrone (1.5 g) and ondansetron (4 mg) diluted in 100 mL lactated Ringer's were promptly administered and support measures were maintained.

Twenty minutes after beginning of symptoms patient had improved consciousness level and reported headache and nausea relief, however maintaining blood pressure of 150 x 100 mmHg and heart rate of 120 bpm. Neonate was extracted 5 minutes after the beginning of surgery with Apgar scores of 8, 9 and 9 at 5, 10 and 15 minutes, respectively.

Surgery lasted 65 minutes and patient was then referred to the PACU where partial motor block recovery was observed 20 minutes after arrival. Patient was discharged to the ward 145 minutes after PACU admission with total motor, sensory and autonomic block recovery and normal hemodynamic parameters (Figure 1).

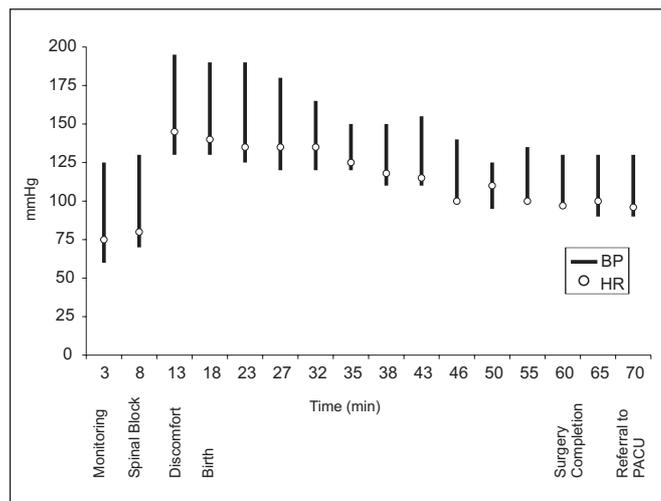


Figure 1 - Anesthetic Record Scheme and Its Evolution

Detailed neurological tests were performed during the next 24 hours and have not evidenced any sign of neurological sequelae. Patient and neonate were discharged together 48 h after.

DISCUSSION

Several non-spinal drugs have already been inadvertently administered in epidural or spinal spaces¹¹⁻¹⁴. Many cases have not been published, as confirmed by the large number of not notified cases however shared with hospital colleagues and

during congresses. This way, they are not examples and alerts for the anesthesiologists. The related cases published are relatively uncommon and involve especially gallamine¹⁵⁻¹⁹. Nervous tissue is extremely sensitive to chemicals, including local anesthetics, which are drugs specifically developed to be used in this tissue²⁰⁻²⁴. When local anesthetics are administered in different than preconized pH, or with not recommended osmolarity, or even in high concentrations, they may promote nervous fiber demyelination^{25,26}. It is then clear the potential risk for nervous tissue injury when drugs not specifically developed for spinal administration are used.

Major causes for inadvertent drug injection in the anesthetic practice seem to be related to the similarity of different drug presentations, added to physical and mental stress and especially in situations where time is critical to decrease surgical mortality.

This report, in addition to matching above-mentioned situations, shows the mistake of allowing similar drugs to be placed side by side. One suggestion to prevent this type of accident would be vials standardization, be it externally, be it in the color of injectable drugs.

REFERÊNCIAS - REFERENCES

- Videira RLR, Lousada MC, Brandão NT - Fentanil melhora a analgesia peridural para cesariana. *Rev Bras Anesthesiol*, 1995;45:(Supl):CBA026.
- Braz JRC, Vanni SMD, Mendes JA et al - Associação de opióides lipofílicos à bupivacaína na anestesia peridural. Há vantagem no aumento da dose do opióide? *Rev Bras Anesthesiol*, 1998;48:455-467.
- Bernards CM, Shen DD, Sterling ES et al - Epidural, cerebrospinal fluid, and plasma pharmacokinetics of epidural opioids: differences among opioids. *Anesthesiology*, 2003;99:455-465.
- Pirjo RO - Obstetric epidural analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2002;15:525-531.
- Marc VV - Neuraxial opioids for labour analgesia: analgesic efficiency and effect on labour. *Curr Opin in Anaesthesiol*, 2002;15:299-303.
- Buxton B - Analgesia, anaesthesia and pregnancy: a practical guide. *Eur J Anaesth*, 2002;19: 311.
- Ferragher R, Dattas - Recent advances in obstetric anaesthesia. *J Anesth*, 2003;17:30-41.
- Naguib M, Magboul MM, Samarkandi AH et al - Adverse effects and drugs interactions associated with local and regional anaesthesia. *Drug Saf*, 1998;18:221-250.
- Ackerman LL, Follett KA, Rosenquist RW - Long-term outcomes during treatment of chronic pain with intrathecal clonidine or clonidine/opioid combinations. *J Pain Symptom Manage*, 2003;26:668-677.
- Gaudette KE, Weaver SJ - Intraspinal use of morphine. *Ann Pharmacother*, 2003;37:1132-1135.
- Ramos R - Injeção inadvertida de fentanil no espaço subaracnóideo. Relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*, 1999;49: 336-337.
- Bermejo-Alvarez MA, Cosio F, Hevia A et al - Accidental epidural administration of potassium chloride. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 2000;47:323-324.
- Weigert A, Lawton G - Accidental injection of thiopental into the epidural space. *Eur J Anaesthesiol*, 2000;17:69-70.

14. Manelis J, Freudlich E, Ezekiel E et al - Accidental intrathecal vincristine administration. Report of a case. *J Neurol*, 1982;228: 209-213.
15. Gouveia MA, Mauro CL, Amaral A - Injeção inadvertida de galamina no espaço subaracnóideo. Relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*, 1983;33:189-192.
16. Branco JR, Geretto P - Introdução inadvertida de flaxedil na raqui. *Rev Paul Med*, 1958;52:389.
17. Mendes DC, Costa J - Introdução inadvertida de galamina no espaço subaracnóideo. *Rev Bras Anesthesiol*, 1984;34: 252-254.
18. Cronenberg PA, Tetender J, Brandão GS - Introdução de agente curarizante no espaço subaracnóideo. Relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*, 1974;24:552-555.
19. Cunha GN, Gomes RR, Ricardo R - Injeção subaracnóidea accidental de tri-etil-iodeto de galamina. *Rev Bras Anesthesiol*, 1962;12:188-191.
20. Ganem EM, Vianna PT, Marques M et al - Neurotoxicity of subarachnoid hiperbaric bupivacaine in dogs. *Reg Anesth*, 1996;21:234-238.
21. Vianna PTG, Vane LA, Young LC et al - Alterações morfológicas da medula espinhal em cães submetidos à injeção hiperbárica de tetracaína a 1,2%, lidocaína a 5% e glicose a 10%. *Rev Bras Anesthesiol*, 1985;35:S1-S6.
22. Ganem EM, Vianna PTG, Marques M et al - Efeitos da administração subaracnóidea de grandes volumes de lidocaína a 2% e ropivacaína a 1% sobre a medula espinhal e as meninges: estudo experimental em cães. *Rev Bras Anesthesiol*, 2003;53:351-360.
23. Cox B, Durieux ME, Marcus MA - Toxicity of local anaesthetics. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2003;17:111-136.
24. Kishimoto T, Bollen AW, Drasner K - Comparative spinal neurotoxicity of prilocaine and lidocaine. *Anesthesiology*, 2002;97:1250-1253.
25. Fortuna A, Fortuna AO - Complicações e acidentes em bloqueios regionais (anestesia raquídea e peridural). *Rev Bras Cir*, 1989;79:5-10.
26. Silva Neto JD - Injeção accidental de outras drogas em bloqueios anestésicos. *Rev Bras Anesthesiol*, 1993;43:291-292.

RESUMEN

Leão EB, Barros GAM, Castiglia YMM, Ganem EN - Inyección Inadvertida de Metoclopramida en el Espacio Subaracnoideo. Relato de Caso

JUSTIFICATIVA Y OBJETIVOS: *Inyección inadvertida de medicamentos de uso no espinal en los espacios peridural y subaracnoideo es una complicación anestésica pasible de ocurrir. Este relato presenta un caso de inyección inadvertida de metoclopramida en el espacio subaracnoideo.*

RELATO DEL CASO: *Paciente del sexo femenino, 17 años, 69 kg, IMC de 26.2, estado físico ASA I, 36 semanas y 4 días de gestación, con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, e indicación de cesárea. Presentaba frecuencia cardíaca de 82 bpm, presión arterial de 130 x 70 mmHg, SpO₂ de 97%, ritmo cardíaco sinusal regular. La anestesia fue por vía subaracnoidea con la asociación de anestésico local y opioide, 15 mg de bupivacaína hiperbárica a 0,5% y 25 µg de fentanil. Después de 5 minutos de la instalación del bloqueo, la paciente mencionó "mal estar" inespecífico. Aferidas presión arterial, 190 x 120 mmHg, frecuencia cardíaca, 145 bpm, y SpO₂, 95%. Verificándose las ampollas cuyos contenidos fueron administrados se encontró una de bupivacaína y una de metoclorpramida. El cuadro se presentó con cefalea frontal intensa, visión turbia, náuseas, vómitos y agitación inicial, que evolucionó para somnolencia y torpor, además de hipertensión arterial y taquicardia. Fueron administrados tramadol, dipirona, ondansetron y medidas de soporte. Después de 30 minutos, la paciente se presentaba asintomática, con PA de 150 x 100 mmHg y FC de 120 bpm. Recibió alta para la enfermería 140 minutos después de permanencia en la SRPA, con total reversión de los bloqueos motor, sensitivo y autonómico, y normalización de los parámetros hemodinámicos. Recibió alta hospitalar 48 horas después, sin presentar secuelas neurológicas, juntamente con el recién-nacido.*

CONCLUSIONES: *Máxima atención debe ser dada a cualquier medicamento administrado, sea cual sea la vía utilizada. Patronización de colores de ampollas, y de los locales de depósito, con la finalidad de disminuir este tipo de accidente es recomendable.*