

## *Injeção Acidental de Outras Drogas em Bloqueios Anestésicos*

*José Delfino da Silva Neto, TSA*

O tecido nervoso é extremamente sensível à ação de substâncias químicas, inclusive anestésicos locais. Quando utilizados em altas concentrações, com diferenças de pH e osmolaridade, podem acarretar desmielinização da fibra nervosa<sup>1,2</sup>.

A injeção inadvertida de outras drogas em bloqueios anestésicos é um acidente que ocorre com certa freqüência, haja visto os diversos relatos de casos não notificados, mas compartilhados nos corredores dos Congressos da especialidade. Neste contexto, vem sendo discutida a troca de anestésicos locais por drogas como a lincomicina, dipirona, lanatosídeo C, formol, álcool, galamina e ácido tranexâmico (sic).

Os casos publicados na literatura são relativamente raros e envolvem principalmente a galamina<sup>3-13</sup>. Especula-se que a omissão da notificação de tais acidentes ocorra por falta de conscientização do profissional, ou talvez porque não acarretem conseqüências graves para o paciente<sup>13</sup>. Suposição não corroborada com relação as ocorrências não notificadas.

As principais causas parecem estar relacionadas com a semelhança entre as apresentações das drogas, aliadas a pressão na execução do ato anestésico e/ou a estafa física e mental.

As falhas de identificação das ampolas no momento do uso são, muitas vezes, causadas pela semelhança de cores, tipos de tarja e/ou confiança excessiva no pessoal de sala quando da apresentação do fármaco a ser utilizado.

Apesar de determinadas drogas, como a galamina, provocarem estimulação do SNC, pouco se sabe acerca de seus mecanismos de ação

neste local.

A sensibilidade individual aos princípios ativos e aos adjuvantes farmacotécnicos das diversas drogas não está bem definida. Acredita-se, entretanto, que ela contribua como fator importante na gravidade dos sinais e sintomas apresentados. A importância do diagnóstico e da terapêutica precoce vem sendo enfatizada, com a finalidade de prevenir complicações<sup>11</sup>. Alguns autores concordam em parte com a premissa. Assinalam entretanto, que tais ocorrências só seriam até certo ponto justificáveis em situações especialíssimas, onde o fator tempo fosse muito importante na diminuição da mortalidade pré, per e pós-operatórias. Outros discordam<sup>14</sup>.

É óbvio que o contrato estabelecido com o paciente não deveria implicar em compromisso de resultados, entretanto muitos autores já entendem que o dano produzido durante um ato anestésico tem caracterização jurídico-civil mais grave, face estabelecer-se um contrato de resultado e não um de diligência ou de meio<sup>15</sup>. Alguns chegam a admitir que as mortes relacionadas com o ato anestésico seriam oriundas de falhas e erros humanos por omissão ou comissão, e mais raramente, aos defeitos dos instrumentos ou aos efeitos iatrogênicos em pacientes portadores de processos patológicos latentes<sup>16</sup>. Tais conceitos criam, a priori, uma expectativa de culpa.

O crescente poder de influência da mídia no país faz com que o problema se torne ainda mais complexo. O profissional é, exposto à opinião pública e muitas vezes, julgado pela força das versões emanadas dos veículos de

comunicação.

Face a estas evidências é mandatária a padronização de estratégias preventivas.

1. Leitura cuidadosa dos rótulos das ampolas antes do uso, a despeito da pressa e da urgência da ocasião.
2. Separar convenientemente as drogas não permitindo, por exemplo, que apresentações semelhantes, fiquem lado a lado.
3. Não aceitar medicações previamente preparada por terceiros.
4. Recusar ampolas cujos rótulos não estejam bem identificáveis, dando margem a dúvidas.
5. Rotular as seringas, até mesmo com esparadrapo, com o nome da substância contida.
6. Nas falhas de "pega" de bloqueios regionais pensar sempre na possibilidade de troca de drogas.

Como manifestações clínicas graves podem surgir tardiamente, antes de repetir o procedimento ou optar por uma outra técnica, obrigatoriamente verificar a medicação empregada.

Enfim enfatizar a necessidade de notificação compulsória dos diversos incidentes e acidentes. A partir dela, poderão surgir proposições de modelos experimentais que levarão ao estabelecimento da possibilidade de ocorrência do fenômeno e dos princípios e bases terapêuticas relacionadas à profilaxia e tratamento de eventuais complicações<sup>17</sup>.

É inaceitável que a azáfama e o estresse do dia-a-dia sirvam de desculpa para que se tome menos cuidado na execução de uma anestesia regional.

José Delfino da Silva Neto  
R Prof Antonio Fagundes 1849  
59054-390 Natal - RN

#### REFERÊNCIAS

01. Phillips OC, Ebner H, Nelson AT, Black MH - Neurologic complications following spinal anesthesia with lidocaine: a prospective review of 10440 cases. *Anesthesiology*, 1969; 30: 284-289.

02. Pizzolato P, Manheimer W - Histopathologic effects of local anesthetic drugs and related substances. Springfield, Charles C Thomas, 1961.

03. Branco JR, Geretto P - Introdução inadvertida de Flaxedil na raqui. *Rev Paul Med*, 1958; 52: 389.

04. Cunha GN, Granés RR - Injeção subaracnóidea acidental de trietil-iodeto de galamina. Relato de um caso. *Rev Bras Anesthesiol*, 1962; 122: 188-191.

05. Mesry S, Baradaran J - Accidental intrathecal injection of gallamine triethyliodide. Case report. *Anesthesia*, 1974; 29: 301-304.

06. Cronenberg PA, Tetner J, Bairão GS - Introdução inadvertida de agente curarizante no espaço subaracnóideo. Relato de um caso. *Rev Bras Anesthesiol*, 1974; 24: 552-555.

07. Goonewardene TW et al - Accidental subaracnoid injection of gallamine. A case report. *Br J Anaesth*, 1975; 47: 889-892.

08. Barbosa VL, Cremonesi E, Pinho I - Introdução inadvertida de agente curarizante no espaço subaracnóideo. Relato de um caso. *Rev Bras Anesthesiol*, 1975; 25: 316-318.

09. Gouveia VJ, Mauro CL, Amaral A - Injeção inadvertida de galamina no espaço subaracnóideo. Relato de um caso. *Rev Bras Anesthesiol*, 1983; 33: 189-192.

10. Mendes DC, Costa J - Introdução inadvertida de galamina no espaço subaracnóideo. *Rev Bras Anesthesiol*, 1984; 34: 252-254.

11. Pereira EL, Silva PCS, Neto AG - Tratamento precoce previne as complicações excitatórias da injeção inadvertida de galamina na raqui? *Rev Bras Anesthesiol*, 1986; 36: 133-134.

12. Fortuna A, Pradier P, Almeida MR - Severe neurological sequelae after spinal and epidural blocks. Consideration of 32 cases reported in Nicarágua. 9<sup>th</sup> World Congress of Anesthesiology, Washington, USA, 1988; 2: AO 899.

13. Assef JPM, Casadei N, Castanho PEM - Introdução Inadvertida de Cloreto de Sódio a 20% no Espaço Peridural. *Rev Bras Anesthesiol*, 1986; 36: 521-522.

14. Maranhão VMM - Galamina na raqui. Carta ao Editor. *Rev Bras Anesthesiol*, 1986; 36: 432.

15. Sant'Ana GG - Responsabilidade civil dos Médicos Anestesiologistas. Editora Saraiva, São Paulo, 1991.

16. Fortuna A - Morte em Anestesia. Aspectos Atuais do Problema. *Rev Bras Cir*, 1988; 78(1): 53-55.

17. Velasco TV, Rocha e Silva M - Choque hipovolêmico - Ressuscitação hipertônica. *Rev Bras Terap Intens*, 1990; 2: 16-22.