

Introdução Inadvertida de Cloreto de Sódio a 20% no Espaço Peridural

J. M. P. Assef, TSA¹, N. Casadei, TSA² & P. E. M. Castanho

Assef J M P, Casadei N, Castanho P E M – 20% sodium chloride solution inadvertent injection in epidural space.

A troca de medicamentos em centros cirúrgicos e suas complicações é um acidente que ocorre com relativa freqüência, porém os casos relatados são raros, visto que a maioria deles ou é "esquecida" ou é "omitida", porque não teve conseqüências mais graves para o paciente. O relato de tais casos pode contribuir para o tratamento das complicações que deles podem advir. A falta na identificação de ampolas no momento de seu uso é, muitas vezes, causada pela semelhança das cores, tipos de tarjas e/ou confiança excessiva na enfermeira circulante da sala que nos apresenta o medicamento a ser usado.

Relato de um caso

Paciente do sexo feminino, branca, 32 anos, 160 cm de altura, 60 kg de peso, estado físico ASA-I, submeteu-se à operação cesariana sob raquianestesia. A paciente foi colocada em posição sentada, e após cuidados de assepsia, foi feita punção lombar única ao nível de L3-L4 e introduziu-se no espaço subaracnóideo, 80 mg de lidocaína a 5%, através de agulha BD n.º 6.

Ato anestésico-cirúrgico sem intercorrência; decorridas 12h da cirurgia, apresentou cefaléia fronto-occipital que se agravava com a posição

ortostática, melhorando com decúbito horizontal.

Com diagnóstico de cefaléia pós-raquianestesia, foi instituído o tratamento com tiapridal, 100 mg, quatro vezes ao dia e hidratação parenteral intensiva, com 2.000 ml de solução glicosada 5% e 1.000 ml de solução salina, não se obtendo melhoras. Optou-se então pela administração de solução salina no espaço peridural.

A paciente apresentou-se no centro cirúrgico deambulando, em bom estado físico, queixando-se de cefaléia intensa, PA 17,29 x 10,64 kPa (130 x 80 mmHg), freqüência cardíaca de 80 bpm, freqüência respiratória de 14 movimentos por minuto.

Foi canulizada uma veia no antebraço esquerdo, para administração de solução glicosada a 5%. Com a paciente em decúbito lateral esquerdo, e após os cuidados de antissepsia da região lombar punccionou-se o espaço lombar L3-L4 com agulha de Tuohy n.º 15F, com bisel em direção cefálica; localizado o espaço peridural através da manobra de Dogliotti, injetou-se 20 ml de solução de cloreto de sódio a 0,9%. Durante a injeção a paciente nos informava de sensação de líquido "escorrendo pelas costas" e discreta dor no membro inferior esquerdo.

Iniciada a segunda injeção de 20 ml de solução fisiológica, e após a introdução de aproximadamente 15 ml, a paciente queixou-se de dor muito intensa nas costas, que se irradiava para os membros inferiores. Neste momento passou a se movimentar na mesa relatando a "necessidade de endireitar as costas" não mais permitindo a introdução do líquido e obrigando a retirada da agulha de Tuohy.

A paciente continuou a queixar-se de dor por aproximadamente 10 min, findo os quais foi sendo substituída por sensação de formigamento (sic) no abdômen inferior, nádegas e

Trabalho realizado no CET/SBA da Santa Casa de Misericórdia de Marília, SP

1 Membro do Corpo Clínico do CET/SBA

2 Responsável pelo CET/SBA

3 Médico em Especialização no CET/SBA

Correspondência para José Maurício Pereira Assef
Rua Clemente Ferreira, 460
17500 - Marília, SP

Recebido em 04 de outubro de 1985

Aceito para publicação em 05 de julho de 1986

© 1986, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

membros inferiores, persistindo esse estado durante 15 min. Verificou-se então que a segunda dose (15 ml) da solução fisiológica constituiu-se de mistura de 10 ml de cloreto de sódio a 20% e 10 ml de cloreto de sódio a 0,9%. As funções vitais na vigência da dor e das parestesias mostraram-se normais, com pequena elevação da pressão arterial e da frequência cardíaca. O exame neurológico realizado 1 h após a injeção foi normal, não acusando déficit motor ou alterações da sensibilidade.

Não foi possível realizar nova punção peridural, para diluir a solução de cloreto de sódio a 20%, por recusa da paciente.

Como tratamento foi administrado 1 g de hidrocortisona.

A paciente permaneceu em observação por 24 h, quando teve alta assintomática.

COMENTÁRIOS

Atribuímos o quadro clínico apresentado pela paciente, à introdução inadvertida da solução hiperosmolar no espaço peridural (sol de NaCl a 10,45%, isto é, aproximadamente, $3.600 \text{ mOsm l}^{-1}$) que exerce, provavelmente, efeito irritativo sobre as raízes nervosas. O tratamento com corticosteróide foi instituído com o objetivo de diminuir possível edema das raízes e tecidos subjacentes posteriormente à irritação provocada pela hiperosmolaridade e/ou alterações de pH.

Pensou-se em nova punção para "diluir" a solução injetada, porém, a intensa movimentação da paciente e falta de dados da litera-

tura indicando esse tipo de tratamento não nos encorajou a insistir nessa conduta.

O número de acidentes anestésicos por troca de medicamentos é relativamente elevado em nosso meio, porém são poucos os casos relatados.

As resoluções da Comissão de Normas Técnicas da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, visando diminuir esses acidentes, não têm ainda força de lei, desse modo, faz-se mister que normas rígidas devam ser estabelecidas para anestesiológicos e funcionários de centros cirúrgicos.

Alguns cuidados podem ser de pronto tomados:

1 – Leitura cuidadosa dos rótulos das ampolas, antes de aplicação de medicamentos, a despeito da pressa e da urgência da ocasião.

2 – Separar convenientemente os medicamentos em suas "caixetas" não permitindo, por exemplo, que ampolas de Adrenalina fiquem ao lado de ampolas de Atropina.

3 – Não aceitar soluções já preparadas por terceiros.

4 – Recusar ampolas cujos rótulos não estejam claros, dando margem a dúvidas.

5 – Em nosso serviço, na vigência de anestésias que impliquem em uso de grande número de drogas, todas as seringas contendo medicamentos são rotuladas com esparadrapo, com o nome da substância contida, e por nós preparadas.

Essas e outras medidas simples, mas eficazes, fazem com que o número de acidentes tendam a diminuir drasticamente, conferindo maior segurança ao paciente e mais tranquilidade aos anestesiológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bromage P. Analgesia epidural. 1ª ed. São Paulo, Manole, 1980; 14: 638.
2. Marteleite M – Sequelas neurológicas de anestésias peridurais. Relato de quatro casos. Rev Bras Anest 1981; 31: 245-250.