

Injeção Intraocular Acidental de Solução de Cloreto de Sódio a 10% - Relato de Caso

Valdir Balarin da Silva¹; Antonio Vanderlei Ortenzi, TSA²

Balarin V, Ortenzi AV - Accidental Intraocular injection of 10% Sodium Chloride: Case Report

KEY WORDS: COMPLICATIONS, Accidents; SURGERY: Ophtamologic

Desde 1980, após o trabalho de Velasco e col, vêm sendo utilizadas soluções hipertônicas como parte do tratamento de choque hipovolêmico¹. Como volumes relativamente pequenos desta solução são usados para tratar choque hemorrágico severo, surgiram no mercado brasileiro ampolas de 10 ml do produto e, ocasionalmente, ampolas provenientes de diferentes fabricantes apresentam produto de concentração 0,9% e 10% em ampolas bastante parecidas, inclusive pela cor da tinta, sendo apenas identificadas por leitura cuidadosa.

Nosso objetivo é relatar acidente ocorrido com o primeiro autor em hospital da rede privada.

RELATO DO CASO

Paciente M.A.P, 40 anos, feminina, foi atendida apresentando descolamento regmatogênico de retina em seu olho direito estendendo-se pelos dois quadrantes temporais, mácula recém descolada e acuidade visual (relação entre a visão existente e a que deveria existir) de 0,05.

Foi operada no dia seguinte pela técnica de introflexão escleral e drenagem de fluído subretiniano. Após esta drenagem, para restabelecer a pressão intraocular, foi solicitado à atendente da sala cirúrgi-

ca que abrisse uma ampola de soro fisiológico, sendo o conteúdo aspirado por uma seringa e injetado cerca de 1 ml da solução no vítreo através da *pars plana*.

Logo após este tempo cirúrgico, ao se visualizar o fundo de olho para avaliar o reposicionamento retiniano, constatou-se intensa palidez de papila, vasoconstricção acentuada principalmente arterial, intenso edema retiniano em todo o polo posterior (que se tornou opaco, impedindo visualização da coróide) e pequenas hemorragias superficiais da retina ao redor da área macular.

Como o quadro sugeria uma obstrução aguda da artéria central da retina foi de início verificada a pressão intraocular e, como esta estava dentro dos limites aceitáveis, após alguns instantes solicitou-se à atendente de sala que apresentasse a ampola da qual fora retirada a solução. Aí então verificou-se que se tratava de solução de cloreto de sódio a 10%.

Na evolução pós-operatória houve acolamento da retina; entretanto persistiu a intensa vasoconstricção generalizada e edema pálido do disco óptico, além de hemorragias retinianas na área macular. O edema retiniano atingia todo o polo posterior e lentamente diminuiu, ficando como seqüela hipopigmentação do epitélio pigmentar, dispersão pigmentar e atrofia do nervo óptico.

A acuidade visual diminuiu progressivamente: um mês após a cirurgia, não havia percepção luminosa.

DISCUSSÃO

É intenção deste relato de caso alertar anestesio- logistas e cirurgiões, principalmente oftalmologistas, da possibilidade de na sala cirúrgica se encontrarem misturadas ampolas de cloreto de sódio de diferentes concentrações, exigindo cuidados redobrados da enfermagem e do médico para evitar enganos.

1 Prof Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

2 Prof Assistente, Chefe Departamento de Anestesiologia e Respon- sável pelo CET da UNICAMP

Correspondência para Antonio Vanderlei Ortenzi
R Sampaio Ferraz 135 Ap 41
13025 Campinas - SP

Apresentado em 02 de outubro de 1991
Aceito para publicação em 10 de janeiro de 1992

© 1992, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

A similaridade da apresentação favorece o engano, apenas evitado pela leitura cuidadosa da ampola. Acidentes deste tipo podem acontecer em qualquer tipo de hospital.

Temos conhecimento, por relato pessoal de colega, de acidente semelhante durante ceratomia radial (cirurgia para correção de miopia) ao irrigar as incisões com solução hipertônica, erroneamente fornecida, ocorrido em grande hospital. Após a irrigação, ocorreu descamação total do epitélio com grande demora na reconstituição, edema corneano que persistiu vários meses e grande hipocorreção da miopia.

Os casos ocorreram em um hospital geral e em uma clínica especializada onde estes medicamentos são estocados em outras áreas além do centro cirúrgico. No hospital onde ocorreu este acidente, ampolas de cloreto de sódio a 10% foram encontradas no berçário, centro cirúrgico e área de distribuição de medicamentos onde a enfermagem usava diluir dez vezes com água destilada para obter soro aproximadamente isotônico.

Assim sendo, algumas providências devem ser tomadas para evitar repetição do acidente descrito:

a) a administração do hospital deverá observar que as soluções de cloreto de sódio (fisiológico ou hipertônico) adquiridas venham em ampolas de dife-

rentes tamanhos ou com identificação bem diferente ou com uma tarja que identifique solução hipertônica, quer as ampolas provenham do mesmo laboratório ou de origens diferentes.

b) não remanejar ampolas entre os diferentes setores do hospital.

c) as ampolas de soro hipertônico, no centro cirúrgico, devem ficar guardadas no carrinho de anestesia ou sob supervisão única e exclusiva do anestesiológico.

d) evitar diluições de soluções hipertônicas para obter as isotônicas pois, além da possibilidade de erro na diluição, aumenta muito a probabilidade de contaminação.

e) de rotina, deve-se ler o rótulo de toda medicação a ser injetada por qualquer via.

f) alertar toda a equipe de enfermagem para identificar cuidadosamente toda solução antes de usá-la.

Silva VB, Ortenzi AV - Injeção Intraocular Acidental de Solução de Cloreto de Sódio a 10% - Relato de Caso

UNITERMOS: CIRURGIA, Oftalmológica; COMPLICAÇÕES, Acidentes

REFERÊNCIA

01. Velasco IT, Pontieri V, Rocha e Silva M, et al - Hypertonic NaCl and severe hemorrhagic shock. Am J Physiol, 1980; 239: H664- H673.