



**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E DA SAÚDE DO PIAUÍ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO PARNAÍBA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

**GABRIEL LUCENA CANGUSSÚ
JOÃO CORDEIRO DE ANDRADE NETO
ÚRSULO CORAGEM ALVES DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DOS PROTOCOLOS DE CONTROLE DE PRESSÃO INTRACRANIANA
NOS PACIENTES COM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PARNAÍBA- PIAUÍ**

**PARNAÍBA-PI
2019**

**GABRIEL LUCENA CANGUSSÚ
JOÃO CORDEIRO DE ANDRADE NETO
ÚRSULO CORAGEM ALVES DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DOS PROTOCOLOS DE CONTROLE DE PRESSÃO INTRACRANIANA
NOS PACIENTES COM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PARNAÍBA- PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado para obtenção do grau de
médico Generalista no curso de medicina
da Faculdade de Ciências Humanas,
Exatas e da Saúde do Piauí, FAHESP;
Instituto de Educação Superior do Vale do
Parnaíba, IESVAP.

Orientador: Profº MSc. Franscisco das
Chagas Candeira Mendes Junior

**GABRIEL LUCENA CANGUSSÚ
JOÃO CORDEIRO DE ANDRADE NETO
ÚRSULO CORAGEM ALVES DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DOS PROTOCOLOS DE CONTROLE DE PRESSÃO INTRACRANIANA
NOS PACIENTES COM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PARNAÍBA- PIAUÍ**

Relatório final, apresentado a IESVAP,
como parte das exigências para a
aprovação do TCC III.

Parnaíba, 14 de junho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Joana Rita da Silva Correia Gomes
IESVAP

Profa. Thelma Christina Ayres Carvalho
IESVAP

Prof. MSc. Franscisco das Chagas Candeira Mendes Junior
IESVAP

**Dedicamos este trabalho aos nossos
pais, que sempre nos incentivaram a ir
atrás de nossas próprias conquistas**

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado saúde e força para superar nossas dificuldades.

Aos nossos pais, que sempre acreditaram em nós e estiveram ao nosso lado.

A Todos os professores e funcionários da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí, FAHESP; Instituto de educação Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP e principalmente ao Professor MSc. Franscisco das Chagas Candeira Mendes Junior, nosso grande orientador, que esteve presente e prestativo em todo o nosso período do Trabalho de Conclusão do Curso.

Por fim, a todos que de alguma maneira direta ou indireta contribuíram para mais esta conquista.

RESUMO

Introdução: A morbidez por traumatismo cranioencefálico (TCE) é um dos itens que, na revisão da literatura nacional sobre trauma, apresenta poucas informações e que nos estudos internacionais deixa questionamentos, principalmente no que se refere as características e duração das incapacidades resultantes do TCE. O interesse para o desenvolvimento de trabalhos, especificamente nesta área, é acrescido pela frequência e repercussão das alterações presentes nos pacientes após TCE e pela expectativa de um aumento do número de sobreviventes de trauma cerebral. **Justificativa:** Os pacientes neurocríticos necessitam de uma abordagem inicial que vise minimizar os efeitos deletérios de uma pressão intracraniana (PIC) elevada assim melhorando o prognóstico e reduzindo a morbi-mortalidade, para isso se faz necessário uma equipe médica que possua conhecimento de protocolos eficientes de conduta para o controle e redução de PIC, bem como a padronização dos mesmos. **Objetivo:** Relacionar os protocolos de condutas de controle de hipertensão intracraniana (HIC) na unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), visando identificar a necessidade de padronização desses protocolos. Desse modo demonstrar que pode haver muitas vantagens em seguir um padrão de tratamento do paciente que se encontra na UTI. **Metodologia:** Será realizada uma pesquisa do tipo quali-quantitativa na qual serão entrevistados os médicos do corpo clínico da UTI adulto do HEDA. Será utilizado questionário elaborado pela equipe de pesquisa onde os profissionais médicos responderão sobre as condutas utilizadas para controle de hipertensão intracraniana e sobre a necessidade ou não de padronização das abordagens terapêuticas.

Palavras-chaves: Pressão intracraniana; Trauma cranioencefálico; Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

Introduction: Cranioencephalic trauma (TBI) morbidity is one of the items that, in the review of the national literature on trauma, presents little information and in international studies leaves questions, mainly regarding the characteristics and duration of the incapacities resulting from TBI. The interest for the development of works, specifically in this area, is increased by the frequency and repercussion of alterations present in patients after TBI and by the expectation of an increase in the number of brain trauma survivors. **Rationale:** Neurocritical patients need an initial approach aimed at minimizing the deleterious effects of elevated intracranial pressure (ICP), thus improving prognosis and reducing morbidity and mortality, so a medical team with knowledge of conduct for the control and reduction of PIC, as well as the standardization of the same. **Objective:** To relate the protocols of ducts for the control of intracranial hypertension (ICH) in the intensive care unit (ICU) of the Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), in order to identify the need for standardization of these protocols. In this way, it can be shown that there may be many advantages to following a standard of treatment of the patient that is in the ICU. **Methodology:** A qualitative-quantitative research will be conducted in which the physicians of the clinical staff of the adult ICU of the HEDA will be interviewed. We will use a questionnaire developed by the research team where the medical professionals will respond on the conducts used to control intracranial hypertension and on the necessity or not of standardization of the therapeutic approaches.

Keywords: Intracranial pressure; Cranioencephalic trauma; Intensive care unit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TCE	Trauma Cranioencefálico
PIC	Pressão Intracraniana
HEDA	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
HIC	Hipertensão Intracraniana

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
METODOLOGIA.....	11
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
LISTA DE ANEXOS.....	20

INTRODUÇÃO

O TCE é definido como toda agressão gerada por forças externas capazes de ocasionar lesão anatômica ou comprometimento funcional de estruturas do crânio ou do encéfalo. Pode ser causado pelo impacto de um objeto ou por aceleração e desaceleração rápida da cabeça, gerando movimentos bruscos do tecido encefálico dentro da caixa craniana. Tais forças produzem a chamada lesão primária que é a resultante da ação mecânica agindo diretamente nos neurônios, vasos sanguíneos e nas células da glia. A partir daí, iniciam-se as chamadas lesões secundárias que acontecem dentro de horas a semanas e são resultados de processos inflamatórios, neuroquímicos e metabólicos. Como resultantes de uma cascata de eventos posteriores ao trauma inicial, incluem-se lesão de axônios, comprometimento do fluxo sanguíneo cerebral, alterações metabólicas, edema, aumento da PIC, aumento do estresse oxidativo, aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica, influxo de cálcio, e lesões geradas por radicais livres, liberação de neurotransmissores excitatórios e morte celular. (MAGALÃES; MIRANDA, 2017)

O TCE continua sendo uma das causas mundiais de mortalidades e morbidades nos países industrializados ocidentais. As lesões traumáticas são a principal causa de morte de pessoas entre 5 e 44 anos, correspondente a 10% de morte e nos Estados Unidos tem uma estimativa de 1,7 milhão de casos de TCE anualmente. Os estudos apontam que no Brasil, o TCE leve é responsável por 80% dos casos. (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013).

Em 2000, no Brasil o TCE ocupava o 2º lugar com 17,6% das mortes com transporte terrestres, enquanto 3,6% do total era representado por queda. Sendo um grande problema de saúde pública, pois afeta uma faixa etária ativa da população, sendo o tipo de trauma que mais causa vítima. (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013).

A morbidez por TCE é um dos itens que, na revisão da literatura nacional sobre trauma, apresenta poucas informações e que nos estudos internacionais deixa questionamentos, principalmente no que se refere as características e duração das incapacidades resultantes do TCE de diferentes gravidades, assim como de fatores que influenciam quantitativamente e qualitativamente a recuperação. (SOUSA; KOIZUMI, 1996).

Após a agressão inicial, o aumento da PIC decorrente de formações expansivas e do edema cerebral, se não controlado, pode levar a isquemia por redução do fluxo sanguíneo encefálico, hérnias cerebrais, compressão e torção vascular que por sua vez pode gerar mais lesão ao tecido cerebral e, em consequência, piorar o prognóstico. Entre aqueles que morrem em decorrência do TCE, a maioria morre em consequência do aumento incontrolado da pressão intracraniana. (CONITEC, 2014).

O interesse para o desenvolvimento de trabalhos, especificamente nesta área, é acrescido pela frequência e repercussão das alterações presentes nos pacientes após TCE e pela expectativa de um aumento do número de sobreviventes de trauma cerebral. Ainda que a introdução de novas técnicas e tratamentos tenha diminuído a intensidade das incapacidades, estes avanços aumentaram também de forma importante a sobrevida após acidente ou violência. Este fato somado à grande incidência do trauma, traz a expectativa de um aumento do número de sobreviventes com deficiências residuais, que afetam o retorno para o estado funcional anterior ao trauma. (SOUSA; KOIZUMI, 1996).

O objetivo deste trabalho foi analisar os protocolos de controle de pressão intracraniana nos pacientes com trauma cranioencefálico na unidade de terapia intensiva do Hospital Dirceu Arcoverde. Acreditamos que os métodos para controle da HIC não sugerem a uniformização de protocolos, ficando muitas vezes a escolha do médico plantonista baseado na sua experiência e conhecimento e recursos disponíveis na unidade. Existindo assim, a necessidade da padronização de protocolos de controle de PIC.

METODOLOGIA

Análise de dados

Foram utilizados testes de Qui-quadrado com tabelas de contingência para comparar a correlação entre o diagnóstico e a carência de equipamentos disponível na área de trabalho do médico; e com partições entre o conhecimento/uso do “*amib*” com “*outros*” protocolos de investigação utilizados. Foi aplicado o teste “G” para a comparar a relação entre os procedimentos de uso/não uso das variáveis de pressão arterial e pressão venosa, seguidos dos valores de intubação e taxas de hiperventilação, e uso do cateter interventricular e/ou a craniectomia. Foi aplicado ainda o teste de Kruskal-Wallis (H) para a comparação do número de medicamentos usados pelos médicos, com posterior verificação dos postos médios por meio do teste de post hoc de Student-Newman-Keul, cuja proposta analisa os tratamentos que possuem comportamentos distintos entre si. Foi utilizado o índice de similaridade, com posterior análise do agrupamento pelo método da média ponderada para avaliar a composição e distribuição dos medicamentos citados pelos participantes. Os dados foram compilados de modo a analisar o cluster, gerado pelo dendograma. Para todos os testes estatísticos, foram utilizados um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados com o software BioEstat 5.0 (AYRES et al., 2007) e PAST versão 1.97 (HAMMER et al., 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com finalidade de comparar se os entrevistados possuem algum tipo conhecimento em relação a protocolo padrão para tratamento da hipertensão intracraniana (HIC), e se estes fazem o uso desses protocolos, foram compilados os dados, segundo o conhecimento e o uso do (amib, outros, nenhum). Pelos resultados pode-se concluir que o conhecimento/uso do “*amib*” com “*outros*” protocolos, não apresentaram diferença estatística significativa ($X^2 = 0,594$; $p = 0,441$). Por outro lado, quando comparados, com “*nenhum*” partições 2:3, verifica-se que as discrepâncias são significativas ($X^2 = 5,050$; $p = 0,025$). Ao considerar tal padrão, observa-se uma certa dualidade entre os entrevistados, haja vista que quando indagados se conheciam algum protocolo padrão para tratamento da hipertensão intracraniana, 80% dos participantes afirmaram que sim, destes 30% ressaltam a conduta recomendada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, enquanto os demais (50%) citaram um outro tipo de protocolo:

“Uso a Hiperventilação leve, buscando P_{CO2} em torno de 36mmHg, Soluções hipertônica como Manitol, sedação do paciente” (Médico 3).

“Normal 0 – 15, aceitável até 20 mmHg, exige intervenção > 20mmHg (sedação com barbitúricos, manitol, diuréticos, hiperventilação” (Médico 5).

“Monitorização intensiva, hidratação e controle de glicemia e controle de sódio, gasometria de horário, não utilização do corticoide, controle de PIC e/ou PVC” (Médico 6).

“Controle com diagnóstico intracraniano – TC; Neurochoque” (médico 9).

“Monitorização multimodal, cateter de fibra ótica” (Médico 10).

No entanto, quando inferidos ao uso dos protocolos utilizados para o Tratamento de Hipertensão Arterial (HIC) que costumam utilizar, 70% dos participantes não utilizam protocolo algum, e somente 30% fazem o uso de protocolos, destes 20% usam o AMIB, enquanto 10% outros protocolos. Ao efetuar o teste de independência, este continua significativo ($X^2 = 5,644$; $p = 0,059$), entretanto não informa as proporções de interesse no caso: conhecimento e uso. Embora haja uma certa dualidade entre o conhecimento e uso de protocolos pelos entrevistados, por outro lado, fica evidente a preocupação dos participantes inferidos quanto padronização de um protocolo de controle da HIC, haja vista que 100% destes, ressaltam como importante uma padronização do processo.

A relação entre os procedimentos de uso/não uso das variáveis de pressão arterial e pressão venosa pelos médicos inferidos neste estudo foram submetidos ao teste G. Entre os dez participantes respondentes (n = 60% usam, e 40% não usam a pressão arterial) enquanto que (n = 10% usam e 90% não usam a pressão venosa central (Figura 00). Uma associação entre estas variáveis apontou valores significativos ($G = 5,936$; $p = 0,055$) entre o uso da pressão arterial e a pressão venosa central usada pelos médicos para o tratamento do HIC. Fato também revelado ($G = 21,024$; $p = 0,001$) ao analisar a associação entre os valores de intubação, onde 100% dos médicos aplicam tal procedimento com as taxas de hiperventilação, no qual 90% dos médicos usam e 10% não utilizam tal procedimento (Figura 001). Por outro lado, ao associar o uso do cateter interventricular com a craniectomia os dados não apresentaram uma associação estatística significativa ($p > 0,05$) entres variáveis analisadas.

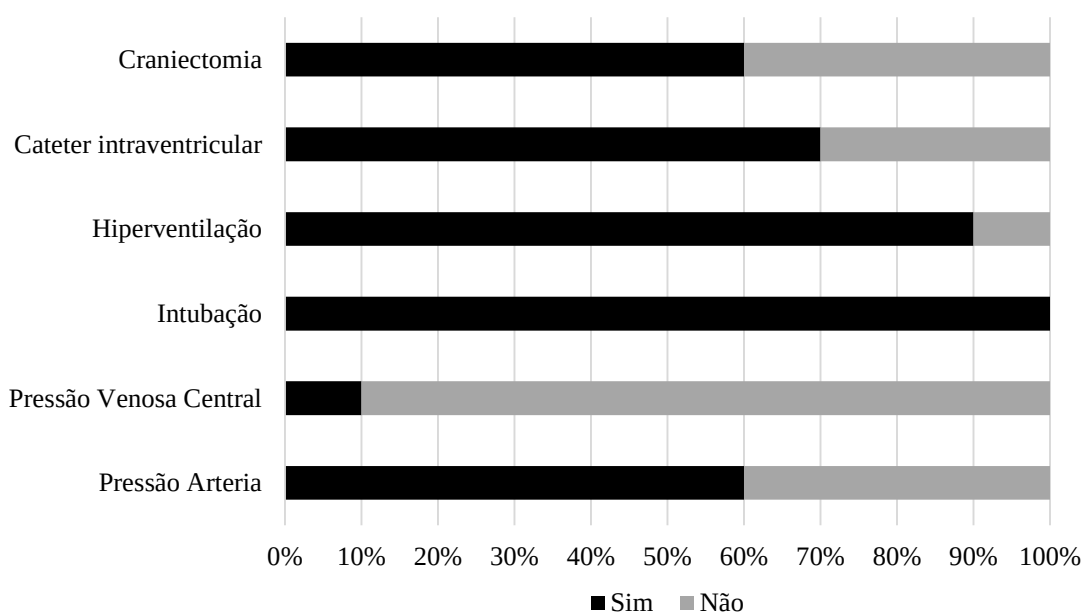


Figura 001. Uso de procedimentos de controle para análise de hipertensão intracraniana (HIC) realizado por médicos em um hospital público hospital de Parnaíba-PI.

Em relação maior dificuldade no tratamento do paciente para tratamento da hipertensão intracraniana (HIC), os entrevistados ressaltam a falta de equipamentos na unidade de trabalhos (40%), seguido das citações relacionadas as necessidades de trabalhar bem as formas de diagnóstico (30%) e a dificuldade de mensuração da PIC (30%).

“Não mensuração da PIC” (Médico 1).

“Indisponibilidade no serviço do material” (Médico 5).

“Dificuldade de acesso à monitorização de PVC e/ou PIC. Não ter neurocirurgião no plantão 24h” (Médico 6).

“Diagnóstico - TC - subavaliada. Não tem neurologista 24h para diagnóstico tomográfico” (Médico 9).

“O entendimento da complexidade do paciente. Falta de equipamentos e de uma equipe multidisciplinar” (Médico 10).

Quanto as dificuldades ao realizar um diagnóstico precoce de tratamento da hipertensão intracraniana (HIC), os respondentes citaram as necessidades de uma avaliação de mais adequada (60%), seguida da falta de conhecimento médico (30%) e falta de equipamentos na unidade de trabalho (10%).

“Monitorização adequada; presença do parecer do neurologista” (Médico 1).

“A falta de reciclagem profissional” (Médico 3).

“Avaliação clínica constante; neurocheck; se alteração, monitoramento invasivo; ECG <9; TC de crânio alterada; ECG < 9 com TC normal, mas clinicamente com evidências de HIC” (Médico 5).

“Treinamento profissionais. Neurologista que possa disponibilizar tempo com o intensivista.” (Médico 9).

“A dificuldade de reconhecer a complexidade do paciente com TCE grave com sinais de HIC, com necessidade de monitorização e cuidados intensivos” (Médico 10).

Ao correlacionar os dados referente ao diagnóstico e a carência de equipamentos disponível na área de trabalho do médico para tratamento da hipertensão intracraniana (HIC), o teste de Qui-quadrado obtido e corrigido (Yates) ($X^2 = 1,311$; $p = 0,545$) não apresentou valor significativo, aceitando-se a hipótese de nulidade, ou seja, a relação entre a dificuldade no tratamento do paciente com HIC e a realização do diagnóstico precoce, independem da relação diagnóstico e carência de equipamentos disponível.

Considerando os fármacos empregados pelos médicos ao tratamento da hipertensão intracraniana (HIC), houve a citação de nove medicamentos segundo relatos médicos (Figura 002). Ao analisar o uso dos medicamentos utilizados por cada médico entrevistado, foi possível observar diferença significativa entre os respondentes ($H = 19,49$; $p = 0,021$). O teste de *post hoc* de Student-Newman-Keul ($p < 0,05$), revelou que o padrão medicamentoso usado pelos médicos 9 e 10 diferem daqueles empregados pelos médico 2, 5, 6, 7 e 8, fato este não evidenciado entre os demais médicos, sugerindo que deve haver uma diferenciação ao tratamento prestado entre os respondentes.

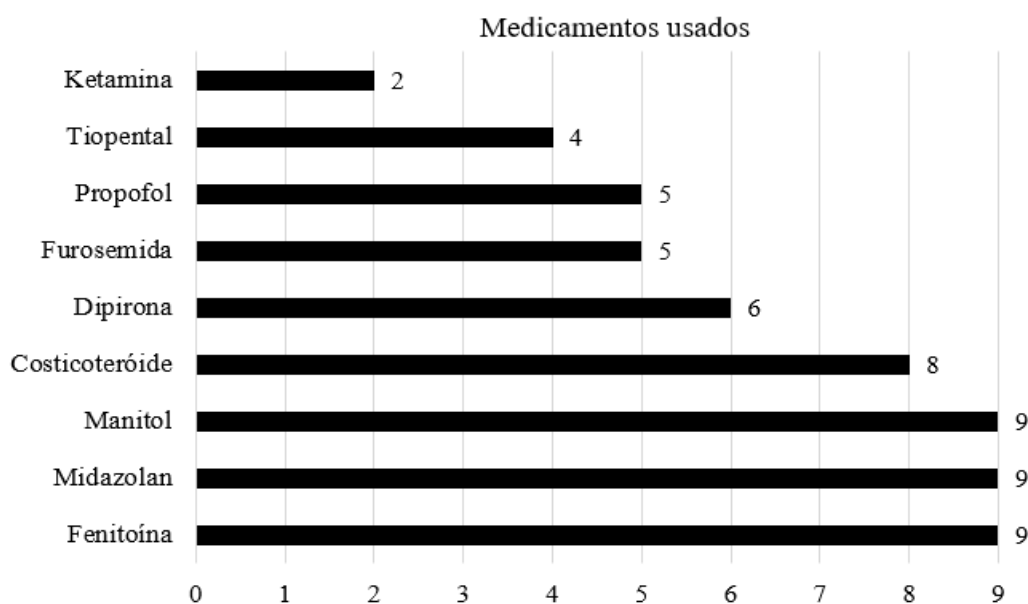


Figura 002. Medicamentos citados para pelos médicos entrevistados para o tratamento da hipertensão intracraniana (HIC)

Na análise de agrupamento, em relação aos medicamentos utilizados pelos médicos entrevistados, este possibilita a distribuição dos nove fármacos em dois grupos distintos (Figura 003). O grupo 1 foi constituído pelos medicamentos ketamina, tiopental e furosemida, associados ao manitol, costicóide e propofol. Para o grupo 2 o dendograma apresentou a fenitoína, midazolan e a dipirona. A intersecção entre os conjuntos de grupos (1 e 2) demonstra um alto grau de similaridade entre: ketamina/tiopental e manitol/costicóide para o grupo 1 e fenididina/midazolan para o grupo 2. O coeficiente de correlação cofenética obtido ($R = 0,76$) comparando-se a matriz de similaridade gerada com a representação gráfica dos agrupamentos mostra uma boa correlação entre estes grupamentos, haja vista que a correlação cofenética é uma análise que estabelece uma associação entre a matriz de similaridade com o dendograma.

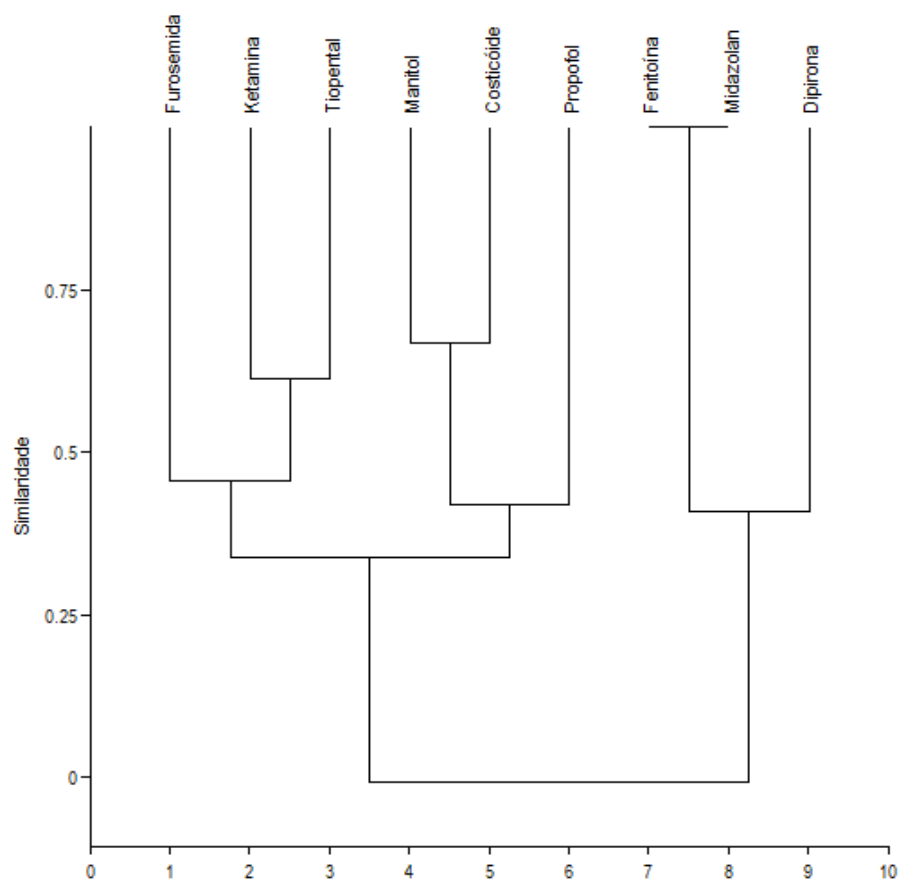


Figura 003. Dendograma de similaridade entre medicamentos usados pelos médicos do hospital (coeficiente de correlação: $R = 0,76$).

CONCLUSÃO

O TCE é uma morbidade frequente, e endêmica de todas as regiões do território nacional. Mostra-se de variadas formas, que necessitam ser reconhecidas precocemente pelo médico em pleno atendimento primário com exame físico direcionado e neurológico. Buscando-se assim a terapêutica adequada e a determinação de um bom prognóstico ao paciente. As proceder nos pacientes com TCE, principalmente em casos graves, são complexas e necessitam de considerada atenção do médico e da equipe multiprofissional durante o tratamento do paciente. Apesar do objetivo central do tratamento do TCE ser evitar lesões secundárias através do controle rigoroso da hipotensão e da hipóxia cerebral com monitoramento da PIC e do fluxo sanguíneo cerebral (FSC), devem ser considerar outras condutas, que apresentam altos índices de recomendação por inúmeros estudos e protocolos para o paciente traumatizado, com a finalidade de reduzir ao máximo as sequelas do trauma craniano, melhorando a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes.

O estudo concluiu que a disponibilidade de equipamentos, aliado a uma equipe qualificada, bem como a constante atualizações das condutas, somam no resultado de um prognostico adequado além de uma sobrevida aumentada e com considerada redução de complicações secundárias ao TCE.

REFERÊNCIAS

MAGALHÃES, A.L.G; SOUZA, L.C; FALEIRO, R.M; TEIXEIRA, A.L; MIRANDA, A.S. Epidemiologia do Traumatismo Crânioencefálico no Brasil. Revista Brasileira de Neurologia. V.53, n. 2, Abr. 2017.

SOUZA, R.M.C de; KOIZUMI, M.S. , Recuperação das vítimas de Traumatismo crânioencefálico no período de 1 ano após o trauma. Ver. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p, 484 – 500, Dez. 1996.

CARVALHO, Luís Fernando Andrade. Traumatismo cranioencefálico grave em crianças e adolescentes. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 98-106, Mar. 2007.

DA SILVA JA, Da Silva CE, Sousa MB: Decompression craniotomy in acute brain edema: a proposal of 30 operated cases. Arq Neuropsiquiatr 1976 34:232-240.

GAUDÊNCIO, T. G.; LEÃO, G. M. A Epidemiologia do Traumatismo CrânioEncefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. **Rev. Neurociência**. v.21, n.3, p. 427-434, 2013.

GIUGNO, Katia M.; Tratamento da Hipertensão Intracraniana. Jornal de Pediatria. Rio Janeiro, v. 79, n. 4, p. 287-296, ago. 2003.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 35, n. 3, p. 20-29, June 1995.

LIONTAKIS, Ioannis M.. No que consiste a monitorização neurológica à beira do leito?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 51, n. 5, p. 243-244, Oct. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2014 – Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 123

OLIVEIRA-ABREU, Matheus; ALMEIDA, Mônica Lajana de. Manuseio da ventilação mecânica no trauma cranioencefálico: hiperventilação e pressão positiva expiratória final. **Rev. bras. ter. intensiva**, SãoPaulo, v. 21, n. 1, p. 72-79, Mar. 2009.

PEREIRA CU, Duarte GC, Santos EAS. Avaliação epidemiológica do traumatismo cranioencefálico no interior do estado de Sergipe. *Arq Bras Neurocir.* 2006;25(1):8-16.

Lista de anexos

Anexo A – Questionário

Anexo A**Questionário**

Nome do médico: _____

Especialidade: _____

- 1) Quais protocolos para HIC que você costuma utilizar?

- 2) Você conhece algum protocolo padrão para tratamento de Hipertensão intracraniana, qual (HIC)?

- 3) Qual a maior dificuldade no tratamento do paciente com HIC?

- 4) Qual a importância desse projeto para os profissionais médicos na UTI?

- 5) Qual a dificuldade de realizar um diagnóstico precoce de HIC?

- 6) Seria necessário padronizar um protocolo de controle da HIC?

A posição da cabeça influencia no prognóstico do paciente?	() Sim () Não
A temperatura corporal influencia no prognóstico do paciente?	() Sim () Não
Você utiliza a Pressão Arterial Média para controle de HIC?	() Sim () Não
Você utiliza a Pressão Venosa Central para controle de HIC?	() Sim () Não
Usa intubação no paciente com HIC?	() Sim () Não
A Hiperventilação deve ser usada em casos de HIC?	() Sim () Não
É utilizado cateter intraventricular?	() Sim () Não
A Craniectomia é recomendada?	() Sim () Não
Quais desses medicamentos você costuma usar?	
() Fenitoína	() Midazolan
() Propofol	() Manitol
() Ketamina	() Furosemida
() Tiopental	() Corticoesteróides
() Dexanabinol	() Dipirona sódica
Medicamento não listado: _____	