

individualização do paciente em relação ao monitoramento da PIC

Título da publicação: Morfologia do pulso de pressão intracraniana: o elo perdido? Brasil. Intensive Care Med (2022).

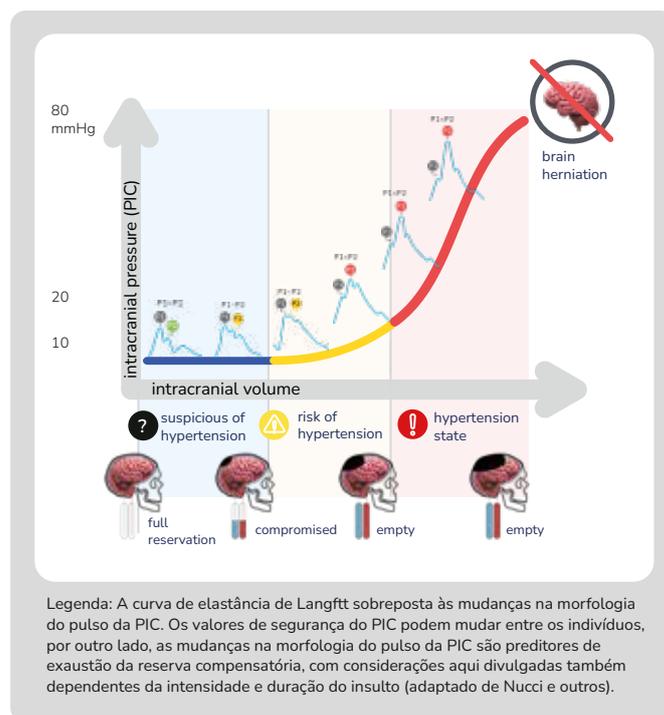
Objetivo: Discorrer sobre a individualização do paciente em relação ao monitoramento da pressão intracraniana (PIC).

Metodologia utilizada:

Hawryluk et al. afirmaram que o valor ideal da PIC para desencadear a terapia dedicada ainda não é conhecido com certeza. Wijidicks declarou: "o uso de limiares numéricos não mostra o quadro completo das mudanças na autorregulação e disfunção celular. Temos que perceber que a refratariedade do aumento da PIC é mais importante do que os valores da PIC". Nucci et al. observaram as alterações da morfologia do pulso da PIC (PICm) de acordo com as variações do volume intracraniano. Quando o pico corrente (P2) adquire uma amplitude maior que o pico ascendente (P1) sabe-se que o espaço intracraniano perdeu sua reserva compensatória, com comprometimento da complacência intracraniana (CIC) (Fig.1).

Brasil et al., em 41 pacientes com traumatismo cranioencefálico agudo, principalmente traumático, verificaram que, para pacientes com crânio íntegro submetidos exclusivamente a procedimento de instalação de monitor de PIC, amplitudes de P2 20% maiores que as amplitudes de P1 foram correlacionadas com a PIC > 20 mmHg [$r=0,72$, área sob a curva (AUC) 0,9, $p<0,001$]. Há uma dissociação entre a morfologia do pulso da PIC e os valores médios nos primeiros dias após procedimentos neurocirúrgicos para alívio da hipertensão intracraniana, especialmente a craniectomia descompressiva, uma vez que as amplitudes de P2 permaneceram significativamente elevadas apesar da queda nos valores médios da PIC após a cirurgia, e levantaram a hipótese de que o CIC permaneceu prejudicado nesta população.

Moraes et al. avaliaram 18 pacientes com lesão cerebral aguda não traumática, principalmente após hemorragia subaracnóidea (HSA), mas sem manipulações neurocirúrgicas. A amplitude sustentada de P2 maior que P1 foi correlacionada com hipertensão intracraniana ($r=0,75$, AUC 0,78, $p<0,001$), enquanto pacientes com PIC < 20 mmHg apresentaram elevações transitórias de P2. Amplitudes de P2 abaixo de P1 sempre foram observadas em pacientes sem hipertensão intracraniana.



Quais os principais achados?

A chave para a individualização do paciente em relação ao monitoramento da PIC pode ser encontrada na morfologia do pulso da PIC.

Resumindo: Os parâmetros derivados das alterações da morfologia do pulso da PIC podem abrir caminhos para a individualização da terapia e podem ser aplicados além dos valores médios da PIC, potencialmente indicando para cada paciente em particular o limiar da PIC que se tornou plausivelmente nocivo. Os desafios permanecem para tornar essas informações amplamente acessíveis, enquanto os próximos estudos podem provar se os valores de PICm mais PIC para o tratamento de pacientes com lesão cerebral aguda podem ser mais valiosos do que atualizar periodicamente as diretrizes mudando de um número da PIC para outro.



Para maiores detalhes, veja o artigo completo <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06855-2>

Referência: "Brasil, S. Intracranial pressure pulse morphology: the missing link?. Intensive Care Med (2022). <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06855-2>"

