VALOR DEL P.O.C.U.S (POINT OF CARE ULTRA SOUND) EN EL PROCESO DE PROCURAMIENTO. DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA LA PROTECCIÓN DE ÓRGANOS.

Matias Partarrieu-Hurel[1], Josefina Razzazi[1], Federico Heredia[1], Dr Becerra[1], Mauricio Muñoz[1], Irwin Santos[1], Martin Rodriguez[1], Felipe Hernandez[1]

1. HUAP

INTRODUCCIÓN:

La ecografía a pie de cama, (P.O.C.U.S, point of care ultrasound) está validada en el enfrentamiento del paciente crítico, con las conocidas ventajas de ser una técnica no invasiva y en tiempo real. Existen pocas publicaciones que evalúen el POCUS en el enfrentamiento del potencial donante, sin embargo su rol es indiscutible. Desde el diagnóstico de ritmos de paro cerebral y muerte encefálica (M.E) mediante DTC, seguimiento del funcionamiento cardiaco para modificar DVA, y evaluación del intravascular efectivo para volemizar evitando congestión pulmonar y visceral, dirigido esto a la protección de órganos. Presentamos tres casos con el fin de mostrar el rol del POCUS en las diferentes etapas del manejo del potencial donante. Caso 1. Hombre 46 años portador de prótesis valvular post endocarditis bacteriana, e insuficiencia cardiaca con F.E conservada. Presentó un ACV isquémico maligno, con neumonía aspirativa, shock séptico e insuficiencia respiratoria grave. Ingresa en coma. Evaluación precoz descarto manejo neuroquirúrgico. En UCI volemización generosa inicial y doble vasopresor. DTC dúplex confirmó muerte encefálica, POCUS evidencio congestión pulmonar con derrame pleural severo y visceral, realizándose pleurostomia bilateral y terapia diurética acotada guiada por vexus. Logra pafi sobre 400 y vexus 1, pasando a donación de órganos. Caso 2. Mujer de 24 años que presentó EHI post HIC fuera de alcance neuroquirúrgico, presento tormenta catecolaminérgica, vasodilatación periférica por muerte encefálica y diabetes insípida realizándose DVNO seriado para vigilar HTIC y volemizacion guiada por ecografía dirigida a VEXUS 1 en plan de evitar congestión visceral para proteger órganos. El proceso finalizó en donación multi órganos, incluyendo corazón. Caso 3. Hombre de 58 años ingresado por compromiso de conciencia en coma, post ictal con neumonía aspirativa y shock séptico en quien se objetiva HSA Fisher IV. Se decidió exclusión de aneurisma evidenciando en pabellón ausencia de flujo en territorio de ACM derecha. Ingreso a UCI en coma cursando shock séptico e insuficiencia respiratoria graves. DTC confirmó ausencia de flujo en territorio de ACM mantenido y signos de HTIC precoz y progresiva. Por coma, shock y sdra graves en evolución se desestimó craniectomía descompresiva. Evoluciona en M.E y fallecimiento. Conclusiones. La norma técnica nacional para procuramiento y donación recomienda guiar la fluidoterapia según parámetros como PVC, DPP , diuresis horaria y variación de la vena cava entre otros, intentando perseguir normovolemia. Hoy sabemos que ninguno de los parámetros sugeridos permite acercarse a la volemia efectiva en pacientes vivos, menos en M.E. Agregar el POCUS puede evitar objetivamente la sobrecarga de fluidos en órganos cuyo funcionamiento en el futuro receptor es muy sensible a esta condición.Creemos que el manejo eco guiado de estos pacientes es costo efectivo y capaz de optimizar la protección de organos.