


	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMP-18
	DIRECCIÓN GENERAL		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA PERIOPERATORIA		Rev. 01
			Hoja: 1 de 9

GUÍA CLÍNICA DE PARACENTESIS

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de Agudos y Choque del CENIAQ	Subdirección de Medicina Perioperatoria	Dirección General
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMP-18
	DIRECCIÓN GENERAL		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA PERIOPERATORIA		Rev. 01
		Hoja: 2 de 9	

1. Propósito



Servir como marco de referencia para la realización de una intervención terapéutica oportuna y adecuada en la atención de pacientes con Ascitis Abdominal de etiología diversa, con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones al realizar este tipo de procedimientos en pacientes con ascitis

2. Alcance

Profesionales de la salud, médicos adscritos, médicos residentes y personal de enfermería y pacientes que presenten ascitis.

3. Responsabilidades

- Comité de infecciones Intrahospitalarias Supervisar y vigilar el cumplimiento del siguiente manual y dar seguimiento a todos los eventos que impidan el cumplimiento cabal del presente manual.
- Responsable de la UVEH (División de Epidemiología) Actualizar el presente manual, en forma conjunta con los Jefes de servicio de Infectología y de Admisión Choque y Agudos.
- Jefe de servicio de Infectología Actualizar el presente manual, en forma conjunta con el Jefe de la División de Epidemiología. Además de reportar la presencia de cualquier agente infeccioso que requiriera algún manejo en específico para su prevención y control.
- Subdirector.-Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Jefe de Servicio Vigilar y supervisar que el presente manual se cumpla en el área a su cargo por parte de todo su personal. Supervisar que se cuente con el material necesario (guantes, batas, lentes, alcohol gel, cubre bocas) para el cumplimiento de todos y cada uno de los procedimientos descritos en el presente manual.
- Jefe(as) de Enfermeras Vigilar y supervisar que el presente manual se cumpla en el área a su cargo por parte del personal de enfermería. Vigilar que se cuente con el material necesario (guantes, batas, lentes, alcohol gel y cubre bocas) para el cumplimiento de todos y cada uno de los procedimientos descritos en el presente manual, y reportar la carencia de estos al jefe de servicio.
- Enfermera de Epidemiología Reforzar y apoyar en la capacitación continua de los puntos descritos en este manual para mantener las medidas de aislamiento según sea el caso.
- Médico Adscrito: Ejecutar la guía Participar en la revisión

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMP-18
	DIRECCIÓN GENERAL		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA PERIOPERATORIA		Rev. 01
			Hoja: 3 de 9

4. Políticas de operación y normas.

- En el INRLGII Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual haya ingresado, deben ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión.”
- Durante la manipulación, limpieza y desecho de elementos corto punzantes (agujas, bisturís u otros), el personal de salud del INRLGII debe tomar rigurosas precauciones, para prevenir accidentes laborales.
- Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.
- Registro en el expediente de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012 para el expediente clínico y la NOM-024-SSA3-2013 para el expediente electrónico.

5. Definición

5.1 Definición de Paracentesis

La ascitis es la complicación más común de la cirrosis. Se asocia con una pobre calidad de vida, incremento en el riesgo de infecciones e insuficiencia renal. Su historia natural abarca desde la presencia de ascitis no complicada a la ascitis refractaria con hiponatremia dilucional y presencia de síndrome hepatorenal.



6. Diagnóstico

6.1 Cuadro Clínico

Las indicaciones corresponden a los pacientes con presencia de ascitis que requieren ingreso hospitalario, ascitis a tensión que origine insuficiencia respiratoria, sea refractaria a tratamiento médico o acompañante de alguna tipo de lesión hepática.

Es importante aclarar que el concepto de Insuficiencia Hepática Crónica ó Cirrosis Hepática se define de la siguiente manera: Una enfermedad asociada a Falla Hepática, se caracteriza por un proceso difuso de fibrosis y la conversión de la arquitectura normal en una estructura nodular anormal, que puede presentarse como la etapa final de diversas enfermedades hepáticas de diferentes causas, así como de posible etiología infecciosa (virus de la hepatitis).

Para poder identificar adecuadamente el contexto del paciente y obtener intervenciones más efectivas, se recomienda el siguiente grupo de estudios en el abordaje diagnóstico.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMP-18
	DIRECCIÓN GENERAL		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA PERIOPERATORIA		Rev. 01
			Hoja: 4 de 9

6.2 Laboratorio y Gabinete

Los hallazgos de laboratorio sugestivos de insuficiencia hepática crónica dependen del daño (la etapa de la cirrosis hepática) y estos reflejarse y modificarse en las siguientes variables:

- Trombocitopenia
- Anemia
- Leucopenia
- Prolongación del tiempo de protrombina
- Hiperbilirrubinemia
- Incremento de la Fosfatasa Alcalina
- Aminotransferasas incrementadas
- Hipoalbuminemia
- Hiperglobulinemia.

6.3 Estudios Especiales

En cuanto a los estudios de gabinete, el ultrasonido abdominal convencional y el Doppler, están indicados de primera instancia en los pacientes.

- Citológico de líquido obtenido
- Citoquímico de líquido de ascitis
- Estudio histopatológico de líquido de ascitis
- Cultivo de líquido de ascitis

6.4 Clasificación en su caso

7. Tratamiento



7.1 Médico

La primera línea de tratamiento en la **ascitis grado I, II** (moderada) consiste en uso de diuréticos: espironolactona, furosemida y amilorida.

La respuesta clínica se evalúa con base a la pérdida de peso y presencia de edema periférico.

Se reconoce el tratamiento de la **ascitis grado III (a tensión)**

Paracentesis evacuadora, no más de dos litros por día.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMP-18
	DIRECCIÓN GENERAL		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA PERIOPERATORIA		Rev. 01
			Hoja: 5 de 9

Continuación de diuréticos.

De acuerdo a la cantidad de líquido de ascitis extraído dependerá la reposición de volumen, en relación es un frasco de sero albumina humana al 25% 50ml intravenosa por cada 1000ml de líquido de ascitis extraído.

En la ascitis refractaria se recomienda:

Paracentesis evacuadora de repetición, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.

De requerir 3 o más extracciones por mes, evaluar si se cuenta con el recurso:

1. Colocación de una prótesis intrahepática porto sistémica (TIPS)
ó
2. Derivación percutánea porto sistémica intrahepática (DPPI).

a) Ascitis no complicada: Es la ascitis no infectada y que no se acompaña de síndrome hepatorenal, la cual a su vez se subdivide en 3 grados:

Grado I: Ascitis leve sólo detectada por ultrasonido.

Grado II: Ascitis moderada que se manifiesta por distensión simétrica del abdomen.

Grado III: Ascitis importante a tensión.



b) Ascitis refractaria:

Con base en los criterios definidos en 1996, la ascitis refractaria es aquella que no puede ser movilizada o que presenta recurrencia temprana (posterior a paracentesis terapéutica). Se subdivide en:

c) Ascitis resistente a diuréticos: es la ascitis que no puede eliminarse o cuya recurrencia no puede evitarse debido a una falta de respuesta a la restricción de la ingesta de sodio y dosis máximas de diuréticos.

Ascitis intratable con diuréticos: es la ascitis que no puede eliminarse o cuya recurrencia no puede evitarse debido al desarrollo de complicaciones inducidas por los diuréticos que impiden el uso de dosis efectivas de estos fármacos.

Para definir a la ascitis como refractaria, es necesario establecer la duración del tratamiento, ya que los pacientes deben haber sido tratados con dosis máximas de diuréticos (espironolactona, 400 mg/ día, más furosemida, 160 mg/día, o dosis equivalente de otros diuréticos de asa) durante al menos una semana. La falta de respuesta al diurético se asume cuando la pérdida de peso es inferior a 200 g/día durante los últimos 4 días de tratamiento

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMP-18
	DIRECCIÓN GENERAL		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA PERIOPERATORIA		Rev. 01
			Hoja: 6 de 9

diurético máximo, junto a una excreción de sodio inferior a 50 mEq/día con dieta restringida en sodio a 90 mEq/día.

7.1.1 Medicamentos

- Diurético de asa
- Diuréticos ahorradores de potasio
- Sero albumina al 25%

7.1.2 Rehabilitación

No aplica

7.1.3 Otros

Procedimientos Terapéuticos Invasivos

Manejo Preparatorio:

Realizar en conjunto con el paciente y los familiares responsables el correcto requisitado del consentimiento informado, así como elaborar la nota médica correspondiente en el expediente clínico.

Preparar el material de curación indispensable, así como aquel que pudiera considerarse en el contexto de cada paciente, preparar un sistema contenedor de líquidos que cumpla con las normas en lo relacionado al manejo de residuos biológico infecto-contagiosos.

Procedimiento:

1.-Realizar la preparación de campo estéril de trabajo con la técnica institucional propuesta para procedimientos invasivos, así como la monitorización del paciente. Realizar una evaluación ultrasonográfica para detectar el sitio de punción más seguro y si es posible realizar dicha punción guiada por ultrasonido.



2.- Realizar marcaje de dicho sitio y proceder a la asepsia y antisepsia.

3.- Colocar anestésico local, si existe la indicación.

4.- Puncionar y verificar el correcto funcionamiento del sistema de drenaje, vigilando que no se presenten complicaciones tempranas del procedimiento.

Manejo Post operatorio:

En los pacientes a los que se realice paracentesis diagnóstica las complicaciones son mínimas (1%), por lo que la vigilancia posterior de la función renal no está indicada.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMP-18
	DIRECCIÓN GENERAL		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA PERIOPERATORIA		Rev. 01
			Hoja: 7 de 9

En los casos en que se realice paracentesis evacuadora por arriba de 5 L y cuando la expansión posterior a la evacuación no se realice con albúmina, debe efectuarse un seguimiento estrecho de la creatinina en las primeras 72 a 96 horas dado el riesgo de que se presente disfunción a largo plazo, es prioritario proteger la función renal, a lo cual se contribuye si se evita el uso de medicamentos nefrotóxicos (antiinflamatorios no esteroideos, aminoglucósidos, vancomicina, ácido acetilsalicílico), se previenen y tratan con oportunidad las infecciones y los cuadros de deshidratación, se indica expansión de volumen con albúmina en las paracentesis evacuadoras por arriba de 5 L y se hace un uso racional de los diuréticos.

Por último, a largo plazo se debe evaluar la presencia o no de hiponatremia dilucional, la cual es atribuible a una excreción menor de agua libre secundaria a la secreción no osmótica de hormona antidiurética. Se presenta en los cirróticos con ascitis y suele ser asintomática. Datos recientes sugieren que la hiponatremia es un factor de riesgo para el desarrollo de encefalopatía y condiciona pobre calidad de vida, con impacto en la supervivencia, independientemente del grado de insuficiencia hepática.

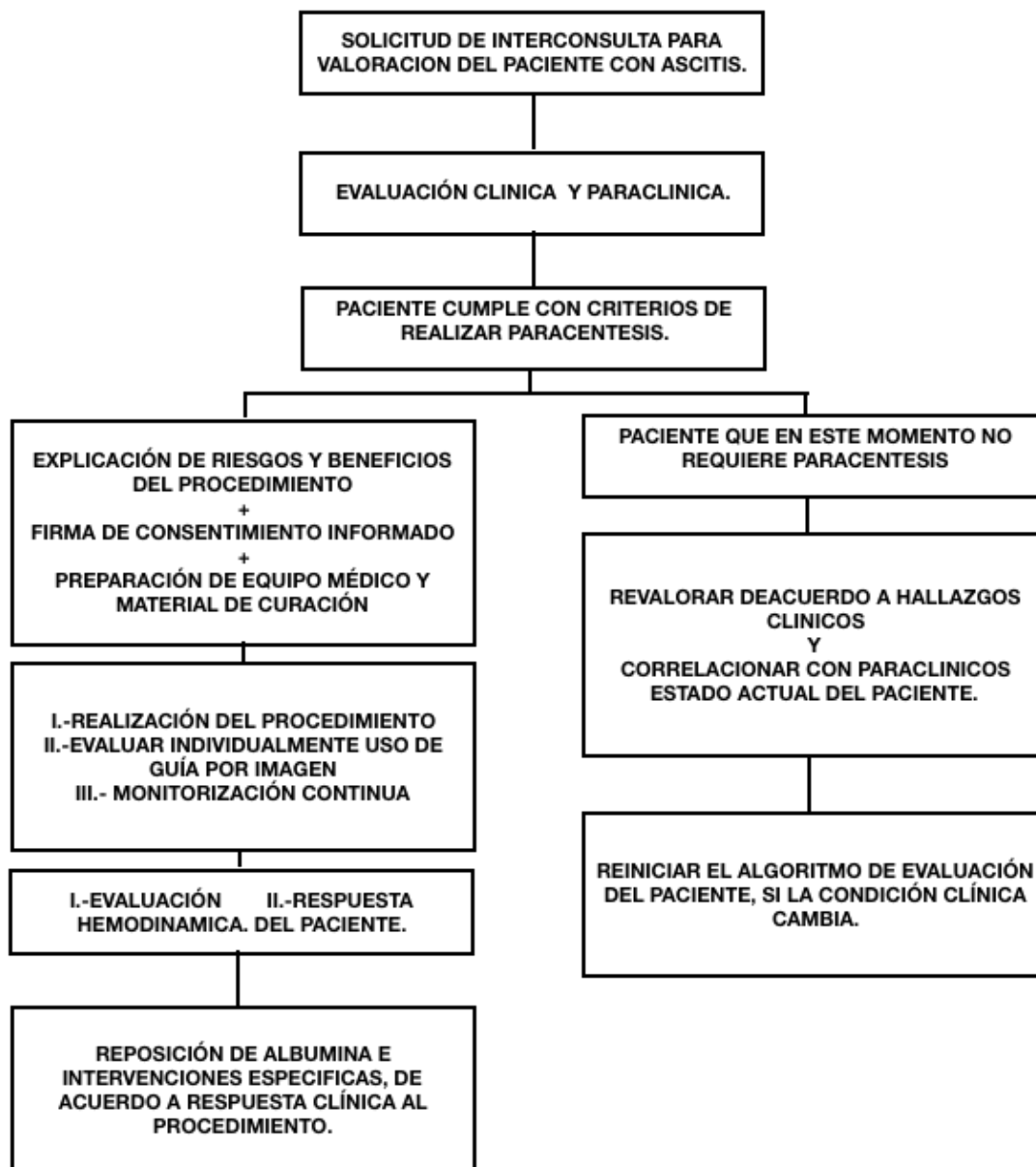
Criterios de alta



Dependerá de la evolución clínica del paciente y de la adecuada respuesta a las intervenciones empleadas por el equipo médico. Paciente sin dificultad ventilatoria y sin alteraciones neurológicas (Glasgow 15 puntos)

8. Anexos

8.1 Flujoograma

FLUJOGRAMA DE TOMA DE DECISIONES PARA LA REALIZACIÓN DE PARACENTESIS



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMP-18
	DIRECCIÓN GENERAL		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA PERIOPERATORIA		Rev. 01
			Hoja: 9 de 9

8.2 Referencias bibliograficas y Guías clínicas específicas

- 1.- Bosques PF, González HS, Kimura FY, López ME Diliz PH, et al. Aspectos terapéuticos para la ascitis complicada y síndrome hepatorenal. Rev. Gastroenterol Mex. 2009;4:
- 2.- Bosques PF, Rivera RJ, Rizo RM, Medina GA, Torres FE. Aspectos terapéuticos para la ascitis complicada y síndrome hepatorenal. Rev. Gastroenterol Mex 2009:4
- 3.- Remes TJ, Sagols MG, Trujenque FM. Guía de diagnóstico y tratamiento de diarrea crónica y situaciones especiales. Rev Gastroenterol Mex 2010;75:231-236
- 4.- Cárdenas A, Ginés P. Management of refractory ascites. Clin Gastroenterol Hepatol 2005;3:1187-1191.
- 5.- Runyon BA. AASLD Practice Guidelines: Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: An update. Hepatology 2009;49:20187-2103

9. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	Inicio en el Sistema de Gestión de la Calidad	AGO 19
01	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20