

RD-10

COLABORACIÓN Y CUIDADOS EN LA PARACENTESIS

Fecha de revisión: 11-sep-10

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Florez Almonacid, Clara Inés	Enfermera Unidad Investigación e Innovación de Cuidados
Galván Ledesma, José	Supervisor Unidad Investigación e Innovación de Cuidados
Romero Bravo, Ángela	Jefa Bloque Cuidados Críticos y Urgencias, y Unidad Investigación e Innovación de Cuidados

1. OBJETIVOS:

- Colaborar con el médico en la extracción de líquido de la cavidad abdominal, mediante una punción a través de la pared de dicha cavidad, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.
- Prevenir complicaciones derivadas de la punción abdominal.

2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES:

- La paracentesis es un procedimiento rápido, sencillo y seguro que permite detectar la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, conocer la causa que lo produce y descarta posibles complicaciones.
- La paracentesis diagnóstica sirve para comprobar la existencia de líquido y obtener muestras para su análisis.
- Al ingreso hospitalario de un paciente con ascitis se debe de realizar una paracentesis diagnóstica con el objetivo de hacer un estudio del líquido peritoneal y medir los siguientes parámetros: concentración de albúmina y proteínas totales, y el recuento celular (hematíes y células nucleadas). (Grado B)
- La finalidad de la paracentesis evacuadora o terapéutica es extraer líquido abdominal que no se puede eliminar con otros tratamientos.
- La paracentesis es el tratamiento de la ascitis refractaria (la incapacidad para movilizar el líquido intraperitoneal pese a cumplir con el tratamiento o la incapacidad de tolerar el tratamiento diurético agresivo).
- En la actualidad esta técnica se considera de elección en el manejo de la ascitis a tensión (cirrótica o maligna) y en la ascitis por hipertensión portal refractaria al tratamiento diurético (paracentesis terapéutica o evacuadora).

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- El líquido ascítico es drenado en una sola sesión a lo largo de 1 a 4 horas. Para un mejor drenaje se puede movilizar suavemente la cánula o girar al paciente de un lado hacia el otro si es necesario. (Nivel IV) Se ha encontrado más eficaz la paracentesis guiada por ecografía que la realizada con métodos tradicionales. (Nivel II)
- Se recomienda que el catéter para la paracentesis permanezca in situ un máximo de 4 a 6 horas. (Nivel IV)
- La paracentesis de gran volumen esta contraindicada en la coagulopatía intravascular y la fibrinólisis. (Nivel IV)
- En opinión de los expertos, cuando se realiza una paracentesis con evacuación de más de 5 litros se deben monitorizar los signos vitales antes del comienzo y durante el procedimiento cada 15-30 minutos en la primera hora, y reducir a cada hora si se mantiene la estabilidad cardiovascular. (Nivel IV)
- Las posibles complicaciones de la paracentesis son la peritonitis secundaria, embolia pulmonar e hipotensión. (Nivel I)
- No hay consenso sobre la velocidad de evacuación del líquido peritoneal. (Nivel IV)
- La paracentesis evacuadora se puede realizar de forma ambulatoria y, normalmente, se efectúa cada 2 a 4 semanas. (Nivel IV)
- Las paracentesis menores de 5 litros, no complicadas, no requieren de la expansión de volumen plasmático con albúmina. (Grado B)
- La paracentesis de gran volumen (más de 5 litros) se debe realizar en una sola sesión con administración de expansores de volumen plasmático, preferentemente con 8 grs. de albúmina/litro de ascitis removido. (Grado A)

3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Agujas (20G-21G).
- Anestésico local: lidocaina.
- Antiséptico.
- Apósitos.
- Batea.
- Catéteres cortos (18G-20G).
- Contenedor para objetos punzantes.
- Copa graduada.
- Equipo infusor de suero.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles, guantes no estériles.
- Jeringas (5 o 10 cc).
- Paños estériles.
- Tubos de analítica.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Informe al paciente y familia del procedimiento. (Grado B)
2. Compruebe que el paciente ha recibido la información médica del procedimiento. Es necesario el consentimiento informado para practicar tanto la paracentesis terapéutica como diagnóstica. (Nivel IV)
3. Pregunte sobre alergias a anestésicos.
4. Pida al paciente que vacíe la vejiga antes de comenzar el procedimiento (realice sondaje vesical en caso necesario).
5. Prepare el material (si fuera necesario, tubos estériles para la recogida de muestras) y trasládalo junto al paciente.
6. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
7. Garantice la privacidad.
8. Administre medicación si está prescrita (analgesia, sedación).
9. Valore los signos vitales.
10. Proporcione, con el apoyo adecuado, comodidad al paciente.
11. Coloque al paciente:
 - Si puede mantener la posición erguida, indíquele que se siente en el borde de la cama con los pies apoyados en un banco o bien en una silla.
 - Si está encamado, en una de las siguientes posiciones:
 - Para evacuación de grandes volúmenes el paciente debe ser colocado en posición supina con la cabecera de la cama elevada de 30 a 40°. (Nivel IV)
 - Para volúmenes pequeños o paracentesis diagnóstica en decúbito lateral. (Nivel IV)
12. Coloque el esfigmomanómetro en el brazo del paciente para vigilar la tensión arterial durante el procedimiento.
13. Apoye al paciente y tranquilícelo durante la intervención.
14. Prepare el campo estéril con el material necesario.
15. Descubra el abdomen del paciente.
16. Practique el procedimiento bajo condiciones estrictas de esterilidad. (Nivel IV)
17. Desinfecte la zona de punción indicada (con povidona yodada o clorexidina al 2%) con movimientos circulares de dentro hacia fuera, de unos 40 cms de diámetro y deje secar durante unos 3 minutos. (Nivel I)
18. Proporcione al médico el material que necesite en el desarrollo del procedimiento.
19. Si la paracentesis es diagnóstica prepare los tubos necesarios para la muestras del líquido peritoneal.
20. En la paracentesis evacuadora conecte el equipo de venoclisis al catéter para que drene al frasco colector. Fije el catéter con esparadrapo a la pared abdominal en aquellos casos que se vaya a evacuar una gran cantidad de líquido intraperitoneal.
21. Observe al paciente durante el procedimiento para detectar signos y/o síntomas de hipovolemia, ansiedad, taquicardia o hipotensión que indicarían alguna complicación de la paracentesis

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

22. Valore los signos vitales durante el procedimiento.
23. Cuantifique la cantidad de líquido drenado.
24. Administre los expansores del plasma prescritos.
25. Después retirar la aguja ejerza presión sobre el sitio de punción y coloque un apósito sobre la zona de punción.
26. Deseche las agujas depositándolas en el contenedor de elementos cortantes.
27. Deje al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
28. Recoja el material sobrante.
29. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I).
30. Coloque las etiquetas en los tubos y envíelas al laboratorio. En caso de retraso en el envío, consérvelas entre 2 y 5 °C de temperatura.
31. Enseñe al enfermo los cuidados post-punción.
32. Registre: Cantidad total, color y carácter del líquido extraído, y las incidencias durante el procedimiento.
33. Cuidados post-paracentesis:
 - Continúe la vigilancia de signos vitales, diuresis, signos y síntomas de hipovolemia, cambios en el estado mental, encefalopatía o signos de infección. (Nivel IV)
 - Realice balance hídrico. (Nivel IV)
 - Acueste al paciente sobre el lado opuesto durante dos horas. (Nivel IV)
 - Vigile si hay alguna fuga de líquido por el sitio de drenaje. (Nivel IV)
 - Controle el manchado del apósito periódicamente, valorando la cantidad y color del líquido drenado. Cambie el apósito cuantas veces sea necesario.

5. BIBLIOGRAFÍA:

- Becker, G.; Galandi, D. & Blue, H. E. *Malignant ascites: systematic review and guideline for treatment*. Eur J Cancer. 2006; 42(5):589-97.
- Brunner y Suddarth. *Enfermería Medicoquirúrgica*. IX edición 2002. pág. 1058-1059.
- Covey, A. M. *Management of malignant pleural effusions and ascites*. The Journal of Supportive Oncology. 2005; 3:169-73.
- JBI Database of Recommended Practice. *Abdominal Paracentesis*. 2009.
<http://www.jbiconnect.org/acutecare/docs/jbi/cis/connect-gen-user-view.php?IID=739&qu=1&p=1&e=1&r=1&o=1>
- Jennifer, O. *Abdominal Paracentesis: Clinician Information*. JBI Database of Evidence Summaries 2010-04-23.
http://www.jbiconnect.org/acutecare/docs/jbi/cis/connect_gu_view_summary.php?SID=5565

5. BIBLIOGRAFIA: (continuación)

- McGibbon, A.; Chen, G. I.; Peltekian, K. M. & Van Zanten, S.V. *An evidence-based manual for abdominal paracentesis*. Digestive Diseases & Sciences. 2007; 52(12):3307-15.
- Nazeer, S. R.; Dewbre, H. & Miller, A. H. *Ultrasound-assisted paracentesis performed by emergency physicians vs the traditional technique: a prospective, randomized study*. Am J of Emerg Med. 2005;23(3): 363-367.
- Saab, S.; Nieto, J. M.; Lewis, S.K. & Runyon, B. A. *TIPS versus paracentesis for cirrhotic patients with refractory ascites*. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 4. Moore KP. Aithal GP. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. Gut. 2006; 55:1-12.
- Sargent, S. Hepatology. *The management and nursing care of cirrhotic ascites*. Br J Nurs. 2006. 15 (4):212-9.
- Smith, E.M. & Jayson, G. C. *The current and future management of malignant ascites*. Clin Oncol. 2003; 15:59-72.
- Todd, W. Thomsen, Robert W.; Shaffer, Benjamin White and Gary, S. Setnik: *Paracentesis*. N Engl J Med 2006; 355: e21.
- Wong, C. L.; Holroyd-Leduc, J.; Thorpe, K. E. & Straus, S.E. *Does this patient have bacterial peritonitis or portal hypertension? How do I perform a paracentesis and analyze the results?* JAMA. 2008; 299(10):1166-78.