PARACENTESIS EVACUADORA

2020/2021- Bases de la Medicina Interna II, 3º. Tutor: Francisco Parrilla Ruiz

MIEMBROS DEL GRUPO: Juan Pablo Navarrete Caparrós, Alfredo Navarro Alcalde, María Inmaculada Navarro Camacho, Jaime Normand Fernández, Ángel Ojeda Rodríguez, Pedro Ortega Moreno, Gonzalo Padilla Carmona, Pablo Patón Romero, Judith Patricio Lloret, Pablo Peinado León, Elena Pelayo Javier , Francisco Pérez Acosta y Noelia Pérez Mancilla.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Introducción

Diferenciamos dos tipos de paracentesis: diagnóstica (estudio de líquido ascítico) y terapeútica (evacuadora). En este caso utilizamos una paracentesis evacuadora que es un proceso invasivo y estéril cuya finalidad es reducir la presión intraabdominal que se ha visto incrementada por la aparición de líquido ascítico. Este procedimiento está principalmente indicado en casos de descompensación hidrópica en el contexto de una cirrosis y en ascitis de origen tumoral.

Método

Varón de 64 años, acude a consulta por descompensación hidrópica con edemas en miembros inferiores, disnea y ascitis a tensión.
Antecedentes: HTA, cirrosis hepática enólica, hipertensión portal, ascitis a tensión resistente al tratamiento médico e historial de paracentesis evacuadoras previas cada 2-3 semanas.
Exploración física: tensión arterial y temperatura corporal dentro del rango de normalidad. Disminución de frecuencia cardiaca y de saturación de oxígeno.Presenta leve ictericia.

Resultados

1. Vaciamiento de la vejiga del paciente
2. Colocación paciente en posición supina semi-inclinado, almohada debajo costado derecho para que el líquido ascítico se dirija al cuadrante inferior-lateral izquierdo
3. Identificar punto de punción
4. Esterilizar la zona de punción
5. Crear habón con anestésico tópico en la zona de punción
6. Conectar el angiocatéter a la jeringa y dirigirlo de manera perpendicular sobre el punto de punción
7. Retirar la aguja y poner el catéter, fijando con gasas y esparadrapo, unido a una bolsa de drenaje para el líquido
8. En extracciones mayores de 5 litros, administrar albúmina 8g/l, para minimizar la alteración hemodinámica

Exploración Física

- Ctes: TA: 101/73, Frc: 56 l/min. Tª: 36,5 ºC. SO2: 94%.
- ACR: normal.
- Expl. Neurológica: No signos meníngeos ni rigidez de nuca. No focalidad neurológica. No signos de encefalopatía hepática.
- Abdomen: Abdomen distendido. Ascitis a tensión. Circulación colateral. No dolor a la palpación. Percusión matidez. Ruidos conservados.
- GU: No s. miccional. PPRB negativa
- MMII: Edemas podales: fóvea: ++/+++. Ni signos de TVP. Pulsos distales conservados

Pruebas complementarias

- Analítica de urgencias: Leves alteraciones función hepáticas y de coagulación similares analíticas previas.
- -ECG: Rs a 55 l/min. Sin alteraciones significativas. -Rx de abdomen: sin alteraciones significativas
- -Rx de abdomen: sin alteraciones significativas
- -Rx de tórax PA y L: sin alteraciones significativas.

Conclusión

Teniendo en cuenta los antecedentes del paciente y que a la exploración física presenta una ascitis a tensión , hemos llegado a la conclusión de que debemos realizarle una paracentesis evacuadora.
Esta técnica la empleamos para evitar las posibles complicaciones que pueden derivarse de esta dicha ascitis cómo son: peritonitis bacteriana espontánea, insuficiencia renal, encefalopatía hepática, edemas, sangrado en la parte superior o inferior , pérdida de peso y desnutrición proteica y dificultad respiratoria producida por la compresión abdominal.

Referencias bibliográficas

1.González García M, Ruiz del Árbol Olmos L, Urman Fernández JM, Albillos Martínez A. Indicaciones de la paracentesis. Medicine. 2000;8(11):583–5.
2.Llerena S, Cuadrado A, de Lope CR, Crespo J. Complicaciones de la cirrosis hepática. Medicine. 2020;13(6):316–26.
3.Fábrega E, Huelin P, Fortea JI, Crespo J. Ascitis. Medicine. 2020;13(6):327–37.
4.Hermida Porto L. Una paracentesis evacuadora. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria. 2005;12(1):36–7.