Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Hipólito Unanue"

Nº 323 -2019-HNHU-DG

Resolución Directoral

Lima, 17 de Diciembre de 2019

Visto el Expediente Nº 19-030654-001 conteniendo el Memorando N° 792-2019-DEM-HNHU, de la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas, quien solicita la aprobación de la Guía de Procedimientos de Paracentesis en Adultos del Servicio de Medicina de Sub Especialidades mediante acto resolutivo;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud Nº 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por guías de práctica clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos en las instituciones del Sector Salud;

Que, el artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA, señala entre otros, que son funciones generales del Hospital administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el artículo 33° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue señala que el Servicio de Medicina de Sub Especialidades, es la unidad orgánica encargada de brindar atención médica especializada a pacientes con enfermedades neurológicas, geriátricas, reumatológicas, oncológicas y hematológicas por medios clínicos; depende del Departamento de Especialidades Médicas y tiene asignadas, entre otras, las siguientes funciones generales: c) Elaborar, evaluar y garantizar el uso de los procedimientos y guías de Práctica Clínica, para la atención de los pacientes en las sub especialidades médicas, orientadas a brindar un servicio con eficiencia y calidad;

Que, con el Memorando Nº 329-2019-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad informa que la guía de procedimientos propuesta por el Servicio de Medicina de Sub Especialidades del Departamento de Especialidades Médicas se encuentra apta para su aprobación;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe Nº 1034-2019-OAJ/HNHU;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Nº 26842, Ley General de Salud y de acuerdo a las facultades establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Guía de Procedimientos de Paracentesis en Adultos del Servicio de Medicina de Sub Especialidades del Departamento de Especialidades Médicas, la misma que forma parte de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP N°27423

TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

18 DIC. 2019
288

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

LWMM/OHACh
Marlene G.
DISTRIBUCIÓN.
( ) D. Adjunta
( ) Dpto. de Especialidades Medicas
( ) OAJ.
( ) Of., Gestión de la Calidad
( ) Serv. Oncología
( ) OCI
( ) Archivo.

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION E IMPUNIDAD"

GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE PARACENTESIS EN ADULTO

Hospital Nacional Hipólito Unánue

2019

EQUIPO DE GESTIÓN

- **MC. LUIS WILFREDO MIRANDA MOLINA**

  Director General

- **MC. YUDY ROLDAN CONCHA**

  Directora Adjunta

- **M.C. WALTER ALFREDO ESPINOZA CUESTAS**

  Director Ejecutivo de Administración

- **MC MARIA ALBA RODRIGUEZ**

  Jefe Departamento de Especialidades Médicas

EQUIPO TECNICO (ELABORARON LA GUIA)

- M.C. NELLI POLO GALARRETA

EQUIPO MÉDICO ASISTENCIAL

- M.C. DIANA ALVAREZ CARDENAS.
- M.C. CRISTINA CALLUPE PEREZ.
- M.C. MARTIN A. MIRCIN MORALES
- M.C. NELLI POLO GALARRETA
- M.C. MARIA ALBA RODRIGUEZ

ÍNDICE

Página

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO.....05

II. DEFINICIÓN.....05

III. INDICACIONES.....05

IV. CONTRAINDICACIONES.....05

V. REQUISITOS.....06

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR.....06

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....07

VIII. COMPLICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.....07

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....07

X. DIAGRAMA DE FLUJO.....08

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....09

XII. ANEXOS.....10

GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE PARACENTESIS EN ADULTOS

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PARACENTESIS

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 49082

II. DEFINICIÓN

La paracentesis es un procedimiento diagnóstico de uso muy frecuente en los servicios de urgencias y hospitalización, que permite detectar la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, conocer su causa y descartar posibles complicaciones. Adicionalmente, tiene indicación terapéutica en el contexto de pacientes con dificultad respiratoria por restricción abdominal y para mejorar el malestar abdominal, en pacientes con ascitis a tensión.

III. INDICACIONES

3.1. Absolutas:

- Ascitis de reciente inicio no estudiada
- Ascitis conocida en la que se quiere descartar Peritonitis Bacteriana Espontanea (PBE) por tener factores de riesgo para su desarrollo (fiebre, dolor abdominal, deterioro de la función renal o de la encefalopatía, leucocitosis, acidosis, sangrado intestinal, sepsis o choque).
- Dificultad respiratoria en ascitis a tensión, hemodinámicamente estable (Paracentesis de gran volumen).

3.2. Relativas:

- Todo paciente con cirrosis o ascitis que sea hospitalizado (PBE oculta)
- Ascitis refractaria o que no responde a restricción de sal y diuréticos (paracentesis de gran volumen).

IV. CONTRAINDICACIONES

4.1. Absolutas:

- No existen contraindicaciones absolutas.

4.2. Relativas:

- Hematoma en la pared abdominal o infecciones cutáneas en el sitio escogido para la punción.
- Lesiones traumáticas de la pared abdominal.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Fibrinólisis primaria
- En pacientes con íleo masivo, con distensión intestinal el procedimiento debe ser guiado por imágenes para garantizar que no se puncione el intestino.

V. **REQUISITOS:**
Requiere consentimiento informado (Ver Anexo 1)

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

6.1 EQUIPO BIOMEDICO:

- Equipo completo para paracentesis.

6.2. MATERIAL MEDICOS FUNGIBLE:

- Gafas protectoras
- Guantes estériles
- Bata
- Gorro
- Máscara
- Solución desinfectante (povidona yodada)
- Gasas esterilizadas 4 × 4
- Aguja calibre 18
- jeringa de 20 ml
- Abocath N°16
- Jeringa de 20 ml
- Equipo de *venoclísis*
- Llaves de 3 vías
- Albúmina humana 20% (frasco de 50ml.)

6.3: MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE:

- Camilla clínica
- Carro de material de procedimientos

6.4 MEDICAMENTOS:

- ANESTÉSICO LOCAL (XILOCAINA 2% S/E 01 FRASCO).
- Paracetamol 500mg condicional a dolor

VII.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Se explica el procedimiento al paciente, sus riesgos beneficios o a sus familiares o acudientes.
Se debe obtener el consentimiento informado del procedimiento.
Es mandatorio tener en cuenta vaciar la vejiga del paciente. Si este es incapaz de orinar voluntariamente, se deberá pasar una sonda vesical con fines de evacuar la vejiga. En caso de obstrucción intestinal, se pasa una sonda naso gástrica.
En pacientes con ascitis de etiología cirrótica donde se necesite paracentesis de gran volumen por encima de 4 litros, se requiere la infusión endovenosa de albumina humana 20%, de 6 a 8 gramos por cada litro de ascitis removida.
Usualmente se punciona la unión entre los dos tercios mediales con el tercio lateral, de una línea imaginaria trazada entre la espina iliaca antero superior y el ombligo en ambos lados.
La elección del lado es de preferencia y de la experiencia del médico que va a realizar el procedimiento.
En pacientes que presenten circulación colateral, se puede realizar la punción en un reparo anatómico alternativo, habitualmente 2cm por debajo del ombligo por la línea media (línea alba) entre la sínfisis púbica y el ombligo.

Hospital Nac. "Hipolito Unanue" V°B° Dpto. de Especialidades

H.N.H.U. V° B° ABOG. OSCAR ANGELO CHAVEZ OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V° B°

Se debe limpiar la piel alrededor del reparo anatómico escogido para la punción. Aplicar la solución antiséptica y dejar secar. Colocar paños esterilizados o el campo estéril, infiltrar de 2a 5 ml de anestesia local subcutánea y a lo largo del trayecto de inserción de la aguja.
Posteriormente, esperar 3 o 5 min para lograr el efecto anestésico local. Se debe realizar una punción única, perpendicular a la pared abdominal, con aguja seleccionada aspirando continuamente hasta obtener retorno del líquido ascítico. En caso de no retorno del líquido se recomienda una nueva punción en un sitio diferente; en caso de ser negativo, se suspende el procedimiento. Si se sospecha punción vascular, se retira el equipo de punción y se hace una compresión sobre el sitio.

VIII.- **COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO**

1. Hematoma abdominal
2. Hemoperitoneo
3. Perforación de Vejiga
4. Punción del ciego
5. Fuga persistente del líquido ascítico
6. Afectación hemodinámica sistémica.

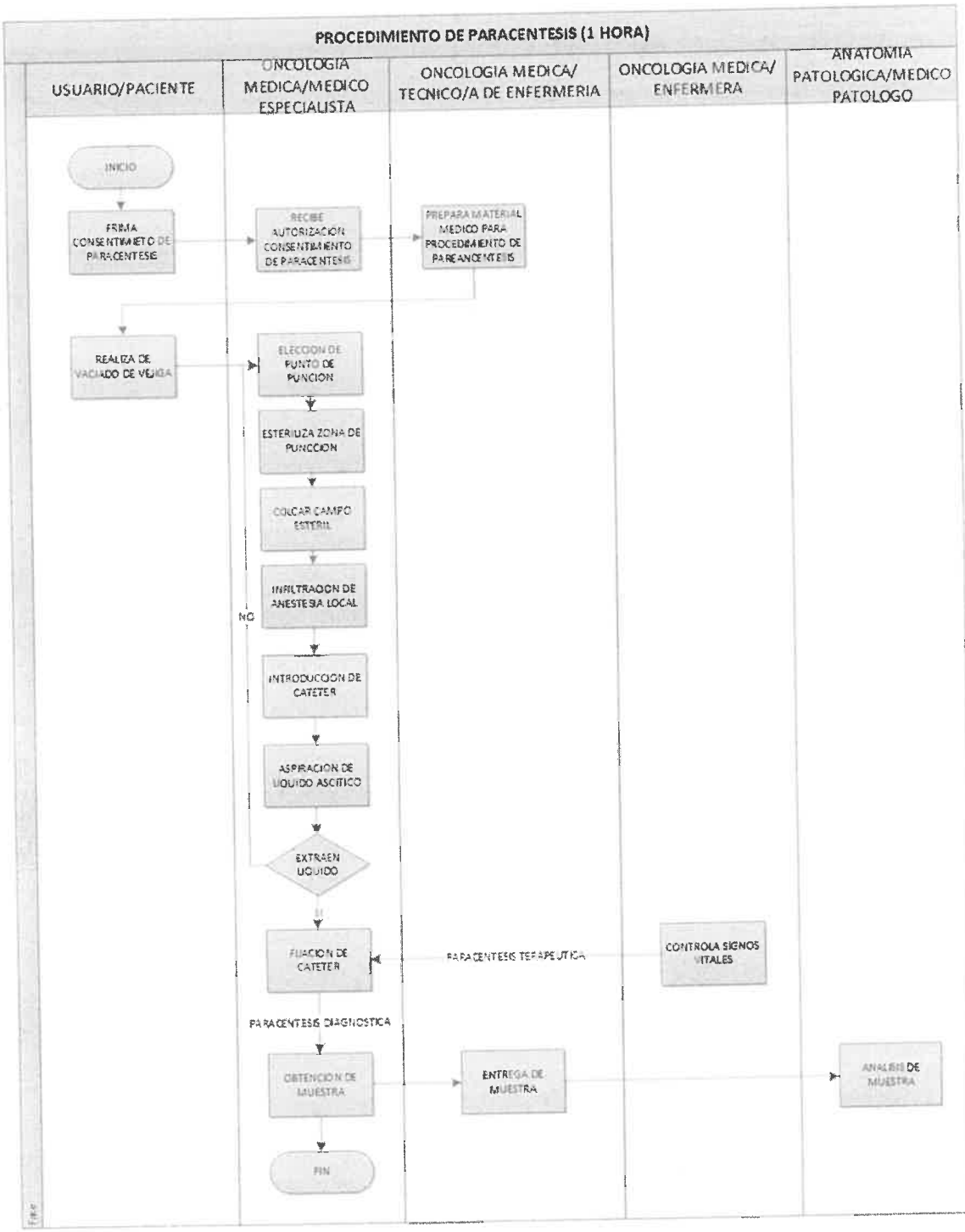
IX.- **NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**:

El procedimiento será realizado idealmente en tópico de procedimientos en donde se disponga de iluminación adecuada, materiales y equipamiento adecuado. El procedimiento está a cargo del personal médico responsable del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Nivel III-1). Este procedimiento lo realiza el médico especialista en Oncología o Gastroenterología.

X. DIAGRAMA DE FLUJO

Hospital Nac. "Hipolito Unanue" Unidad de Especialidades Médicas V° B°

H.N.H.U V° B° ABOG. OSCAR ARCULO CHAVEZ OFICINA DE ASESORIA JURIDICA



Hospital Nac. "Hipolito Unanue" V°B° Dpto. de Especialidades Médicas
H.N.H.U V°B° ABOG. OSCAR ANGULO CHAVEZ OFICINA DE ASESORIA JURIDICA
MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V°B° HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

XI.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guidelines on the management of ascitis in cirrosis. Author Moore KP,Aithal GP.2012

2. Malignant ascites: A comparison of peritoneo venous shunting and non operative management. Ian R. Gough 2013

3. Mosquera-Klinger, G., Mayo-Patiño, M., & Suárez, Y. (2018). Paracentesis: datos sobre la correcta utilización. *Universitas Médica*, *59*(1), 2.

4. Ayala-Haro, N., Sandoval-Illescas, M. C., Martínez-Navarro, L. J., & Cruz-Fabián, S. (2015). Hemoperitoneo en pacientes con cirrosis hepática. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, *8*(3), 128-131.

5. Débdi, M. B., Chaves, V. M., Rodríguez, C. C., & Muñoz, J. M. (2013). Paracentesis evacuadora domiciliaria en cuidados paliativos realizada por profesionales de atención primaria. Presentación de un caso. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, *39*(3), 161-164.

6. Gunawan B, Runyon B. Theefficacy and safety of epsilon-amino caproicacid treatment in patient swith cirrhosis and hyperfibrinolysis. Aliment PharmacolTher 2006; 23:115.

7. Runyon BA. Paracentesis of ascitic fluid. A safe procedure. ArchIntern Med 1986; 146:2259.

8. McVay PA, Toy PT. Lack of increase dbleeding after paracentesis and thoracentesis in patients with mild coagulation abnormalities. Transfusion 1991; 31:164.

Hospital Nac. "Hipolito Unanue" V°B° Unidad de Especialidades Médicas

V°B° ABOG. OSCAR ANCOLA CHAVEZ ASESORIA JURIDICA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD V°B°

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE PARACENTESIS EN ADULTOS.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La paracentesis es un procedimiento diagnóstico de uso muy frecuente en los servicios de urgencias y hospitalización que permite detectar la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, conocer su causa y descartar posibles complicaciones. Adicionalmente, tiene indicación terapéutica en el contexto de pacientes con dificultad respiratoria por restricción abdominal y para mejorar el malestar abdominal en pacientes con ascitis a tensión.

Debe tener en cuenta las siguientes indicaciones:

Absolutas:

- Ascitis de reciente inicio no estudiada
- Ascitis conocida en la que se quiere descartar Peritonitis Bacteriana Espontanea (PBE) por tener factores de riesgo para su desarrollo (fiebre, dolor abdominal, deterioro de la función renal o de la encefalopatía, leucocitosis, acidosis, sangrado intestinal, sepsis o choque).
- Dificultad respiratoria en ascitis a tensión, hemodinámicamente estable (Paracentesis de gran volumen).

Relativas:

- Todo paciente con cirrosis o ascitis que sea hospitalizado (PBE oculta)
- Ascitis refractaria o que no responde a restricción de sal y diuréticos (paracentesis de gran volumen).

Hospital Nac. "Hipolito Unanue" V° B° Dpto. de Especialidades Médicas

H.N.H.U. V° B° ABOG. OSCAR ANGULO CHAVEZ OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V° B°

BENEFICIOS :

Permite detectar la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, conocer su causa y descartar posibles complicaciones. Adicionalmente, tiene indicación terapéutica en el contexto de pacientes con dificultad respiratoria por restricción abdominal y para mejorar el malestar abdominal en pacientes con ascitis a tensión.

RIESGOS :

RIESGOS FRECUENTES :

Derivados de la colocación del catéter: Dolor local o en pelvis menor, sangrado o hematoma local, alteraciones del hábito intestinal, infecciones, fuga de líquido peritoneal al exterior.

RIESGOS POCO FRECUENTES:

Derivados de la colocación del catéter: Hemorragia o perforación de víscera abdominal que precise cirugía de urgencia. Derivados del agente anestésico local: Anafilaxia, vómitos, broncoaspiración, parocardio-respiratoria.

CONTRAINDICACIONES :

- Hematoma en la pared abdominal o infecciones cutáneas en el sitio escogido para la punción.
- Lesiones traumáticas de la pared abdominal.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Fibrinólisis primaria
- En pacientes con íleo masivo, con distensión intestinal el procedimiento debe ser guiado por imágenes para garantizar que no se puncione el intestino.

Hospital Nac. "Hipólito Unanue" V° B°

V° B° ABOG. OSCAR ANGELO CHAVEZ OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V° B°

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,_____con Historia Clínica Nº_____identificado con DNI Nº _____, DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento: **REALIZACION DE PARACENTESIS ABDOMINAL EN ADULTOS**, y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a)._____, del Servicio de _____del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria, por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, conocedor(a) que el procedimiento pueda ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima,___ de _____ de 20____

_____	_____
Firma de paciente	Firma de familiar
DNI Nº_____	DNI Nº_____

_____

Firma del medico

Nº CMP_____

Hospital Nac. "Hipolito Unanue" Dpto. de Especialidades Médicas V° B°

V° B° ABOG. OSCAR ARNULFO NAVEZ OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V° B°

DENEGACIÓN

Yo,_____con Historia Clínica Nº_____identificado con DNI Nº _____, después de ser informado(a) y haber entendido de la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima,___ de _____ de 20____

_____	_____
Firma de paciente	Firma de familiar
DNI Nº_____	DNI Nº_____

_____

Firma del medico

Nº CMP_____

Hospital Nac. "Hipolito Unanue" Vº Bº Depto. de Especialidades Médicas

Vº Bº ABOG. OSCAR ANGULO CHAVEZ JEFE OFICINA DE ASESORIA JURIDICA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Vº Bº HOSPITAL HIPOLITO UNANUE

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo,_____con Historia Clínica Nº_____identificado con DNI Nº _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima,___ de _____ de 20____

_____	_____
Firma de paciente	Firma de familiar
DNI Nº_____	DNI Nº_____

_____

Firma del medico

Nº CMP_____

Hospital Nac. "Hipolito Unanue" V° B°

H.N.H.U. V° B° ABOG. OSCAR ANGULO CHAVEZ ASESORÍA JURÍDICA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V° B° HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE