



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del norte de Guayaquil los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020.

AUTORES

Moreno Camposano Carolina Del Cisne

García Prado Ángel Israel

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MÉDICO

TUTOR:

Dr. Arroba Raymondi, Luis Fernando

Guayaquil, Ecuador

10 de mayo del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **García Prado Ángel Israel y Moreno Camposano Carolina Del Cisne**, como requerimiento para la obtención del Título de **médico**

TUTOR



Dr. Raymond Arroba R.
MEDICO TRATANTE
REG. SAN. 9331 - LIBRO 2 FOLIO 1 NO. 2

f. _____

Dr. Arroba Raymondi Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Juan Luis Aguirre

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **García Prado Ángel Israel y Moreno Camposano Carolina Del Cisne**


DECLAROMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del norte de Guayaquil los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020**, previo a la obtención del Título de **médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

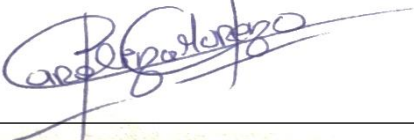
Guayaquil, a los 1 del mes de abril del año 2022

EL AUTOR

f. 

García Prado Ángel Israel

LA AUTORA

f. 

Moreno Camposano Carolina Del Cisne



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **García Prado Ángel Israel y Moreno Camposano Carolina Del Cisne**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del norte de Guayaquil los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 1 del mes de abril del año 2022

EL AUTOR

f. Ángel Israel García P.

García Prado Ángel Israel

LA AUTORA

f. Carolina Del Cisne

Moreno Camposano Carolina Del Cisne



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



Dr. Fernando Arroba R.
MÉDICO TRATANTE
REG. SAN. 9331 - LIBRO 2 FOLIO 1 NO. 2

f. _____

DR. LUIS FERNANDO ARROBA RAYMONDI

TUTOR

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. ANDRÉS MAURICIO AYÓN GENKUONG

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

RESULTADO DE SIMILITUD



Documento	TESIS P68 GARCÍA PRADO ANGEL , MORENO CAMPOSANO CAROLINA.docx (D134386884)
Presentado	2022-04-22 20:13 (-05:00)
Presentado por	carolinamorenocci@gmail.com
Recibido	luis.arroba.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	tesis p68 GARCIA ANGEL- MORENO CAROLINA Mostrar el mensaje completo 1% de estas 25 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.



Dr. Fernando Arroba R.
MEDICO TRATANTE
REG. SAN. 9331 - LIBRO 2 FOLIO 1 NO. 2

f. _____

Dr. Luís Fernando Arroba Raymondi

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios, por guiarme e inspirarme en cada etapa, por haber puesto en mi camino personas increíbles durante toda mi carrera.

A mi mamá, que es la persona más importante de mi vida, por apoyarme en todo momento a pesar de las difíciles situaciones que se nos presentaban. Por siempre creer en mí, y motivarme siempre, por cada consejo que me ayudaba a seguir adelante y perseverar. Gracias mamá por estar siempre para mí incondicionalmente. Por todas esas largas noches agotadoras de estudios, que me apoyabas y me dabas tus palabras de aliento. Ahora puedo decir que todo valió la pena. Gracias mamá.

A mi madrina Rocío, por siempre estar pendiente de mí, por cada palabra motivadora, consejo y amor que me brinda día a día. Gracias por acompañarme durante esta etapa.

A mis amigos, por llenar la carrera de buenos recuerdos, y brindarme su apoyo en todo momento

Carolina del Cisne Moreno Camposano

Agradezco a Dios, por darme las fuerzas de seguir adelante, e iluminar mi camino.

A mis padres, quienes siempre estuvieron para todo a lo largo de mi carrera, alegrando mis días en esos momentos de dificultades, apoyándome en cada decisión que tomaba y solucionando conmigo todo problema que se me presentaba. Por darme esa calidez de familia que se necesita en cualquier etapa de tu vida y más aún en una tan decisiva como es tu vida universitaria.

Ángel Israel García Prado

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios, por darme siempre fortaleza y sabiduría durante cada etapa de mi vida.

A mi mamá, por haberme formado como la persona que soy ahora, por siempre creer en mí y apoyarme en todo momento. Por todo su esfuerzo, consejos, amor y dedicación. Por motivarme e inspirarme cada día. Le dedico todos mis logros, por ser el pilar fundamental de mi vida y ayudarme a culminar mi carrera.

A mis abuelitas, que desde el cielo me inspiran a cumplir todos mis objetivos.

A mis amigos, que han sido de gran apoyo durante esta etapa.

Carolina del Cisne Moreno Camposano

Dedico mi trabajo de titulación a mi familia, quienes me apoyaron tanto en el ámbito económico como moral, entendiendo los días difíciles de estudio y tratar de animarme en los malos momentos de la carrera como también alegrándose en todos mis logros obtenidos a lo largo de la universidad. Un merecido reconocimiento a las personas que trataron de enseñarme y aconsejarme cada día algo nuevo para lograr ser el mejor profesional y poder afrontar todas las situaciones que se vienen por delante.

Ángel Israel García Prado

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Objetivos	3
1.2.1 General.....	3
1.2.2 Específicos.....	3
1.4 Justificación	5
CAPITULO II.....	6
MARCO TEORICO	6
2.1 Fundamentación teórica	6
2.2 Ascitis.....	6
2.2.1 Ascitis No complicada.....	7
2.2.2 Ascitis grado 1.....	7
2.2.3 Ascitis grado 2.....	7
2.2.4 Ascitis grado 3.....	8
2.2.5 Ascitis refractaria.....	8
2.3 Encefalopatía hepática	9
2.4 Insuficiencia renal.....	10
2.5 Hiponatremia.....	10
2.6 Hipopotasemia	10
2. 7 Paracentesis.....	11
2. 8 Técnica	12
2.9 Paracentesis paliativa.....	13
2.10 Complicaciones.....	14
2.10.1. Mayores.....	14
2.10.2 Disfunción circulatoria posparacentesis	14
2.10.3 Perforación intestinal	16
2.10.4 Trastornos de la coagulación.....	17
2.10.5 Hemoperitoneo	18
2.10.6 Hematoma de pared abdominal	19

2.11 Menores	20
2.11. 1 Hipotensión arterial	20
2.11. 2 Dolor abdominal post punción	20
2.11.3 Persistencia del flujo de líquido ascítico por el lugar de inserción	20
2.11.4 Absceso de pared abdominal	21
CAPITULO III	22
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
3.1 Métodos	22
3.2 Tipo de investigación	22
3.3 Técnicas e instrumentos de investigación	22
3.4 Población y muestra	22
3.5 Variables	23
RESULTADOS	25
CAPÍTULO IV	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	28
4.1 Conclusiones	28
4.2 Recomendaciones	29
ANEXOS	34

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 Distribución de la clasificación de ascitis refractaria	34
Tabla 2 Distribución de las complicaciones mayores de la paracentesis evacuadora	34
Tabla 3 Distribución de las complicaciones menores de la paracentesis evacuadora	35
Tabla 4 Promedio de paracentesis realizadas.....	35
Tabla 5 Distribución de pacientes que utilizaron albúmina por paracentesis	36

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1 Clasificación de ascitis refractaria	36
Gráfico 2 Complicaciones mayores de la paracentesis	37
Gráfico 3 Complicaciones menores de la paracentesis	37
Gráfico 4 Pacientes que utilizaron albúmina por paracentesis.....	38

RESUMEN

Introducción: Entre las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática encontramos a la ascitis que se refiere a la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal cuya fisiopatología se basa en un cambio de presiones que conllevan a la redistribución de líquidos en el organismo. De acuerdo a consensos internacionales se ha logrado clasificar a esta patología en una variante no complicada y en otra refractaria al tratamiento médico habitual, ramificándose en dos vertientes como son la resistencia a dosis máximas de diuréticos y efectos adversos provocados por los mismos medicamentos conociéndose como intratable. Hay diferentes tratamientos encaminados a tratar esta patológica de manera definitiva, pero lamentablemente todos los establecimientos de Salud no cuentan con este tipo de opciones llevando a cabo soluciones paliativas **Metodología:** Es un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Se realiza recolección de datos a partir de historias clínicas, organizadas y filtradas a través de la plataforma de Excel de pacientes que se atendieron en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos con diagnóstico definitivo de ascitis refractaria en el periodo de enero de 2010 hasta enero del 2020. **Resultados:** Al realizar una muestra de 82 pacientes se identificó que hubo un predominio de la variante resistente a diuréticos con 94% (70 pacientes) frente a 5 pacientes que presentaron la variante intratable a diuréticos 6% (5 pacientes). En cuanto a las complicaciones mayores la más frecuente fue el hematoma de la pared abdominal con 5% (4 pacientes) y la complicación menor más frecuente fue el dolor post punción con 10 % (8 pacientes). El número promedio de evacuaciones fue de 12 paracentesis en un año. **Conclusión:** El Hospital General del norte de Guayaquil Los Ceibos, al no contar con equipos necesarios para corregir la causa de ascitis refractaria, tiene como alternativa la técnica de paracentesis, la cual brinda alivio sintomático en los pacientes. El hematoma de la pared abdominal (5%) la complicación mayor más frecuente. En cuanto a las complicaciones menores, el dolor post punción (10%) fue el más evidenciado. El número promedio de evacuaciones fue de 12 paracentesis en un año. En cuanto a la distribución del uso o no de la albumina los datos arrojan un mayor porcentaje de requerimiento de este mismo (78,04%) frente a un (21,95%) que no la requirieron.

ABSTRACT

Introduction: Among the most frequent complications of liver cirrhosis we find ascites that refers to the accumulation of fluid in the peritoneal cavity whose pathophysiology is based on a change in pressure that leads to the redistribution of fluids in the body. According to international consensus, this pathology has been classified into an uncomplicated variant and another refractory to usual medical treatment, branching into two aspects such as resistance to maximum doses of diuretics and adverse effects caused by the same medications, known as untreatable. . There are different treatments aimed at treating this disease definitively, but unfortunately all health establishments do not have this type of option, carrying out palliative solutions. **Methodology:** It is a descriptive, observational, cross-sectional, retrospective study. Data collection is carried out from medical records, organized and filtered through the Excel platform of patients who were treated at the Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos with a definitive diagnosis of refractory ascites in the period from January 2010 to January 2020. **Results:** When performing a sample of 82 patients, it was identified that there was a predominance of the variant resistant to diuretics with 94% (70 patients) compared to 5 patients who presented the variant intractable to diuretics 6% (5 patients). Regarding major complications, the most frequent was abdominal wall hematoma with 5% (4 patients) and the most frequent minor complication was post-puncture pain with 10% (8 patients). The average number of evacuations was 12 paracenteses in a year. **Conclusion:** The Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, not having the necessary equipment to correct the cause of refractory ascites, has the paracentesis technique as an alternative, which provides symptomatic relief in patients. Abdominal wall hematoma (5%) is the most frequent major complication. Regarding minor complications, post-puncture pain (10%) was the most evident. The average number of evacuations was 12 paracenteses in one year. Regarding the distribution of the use or not of albumin, the data show a higher percentage of requiring it (78.04%) compared to one (21.95%) that did not require it.

Keywords: Paracentesis, palliative, ascites, cirrhosis, complications, albumin

INTRODUCCIÓN

Una de las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática es la acumulación de líquido libre en la cavidad peritoneal, la cual se la conoce como ascitis que lleva a la distensión abdominal y cuya etiología tiene diversos orígenes, pero resumiendo sus causas se la pueden dividir en grandes grupos que son las que tienen componente de hipertensión portal, las que son secundarias a hipoalbuminemia, las que son debido a enfermedad del peritoneo y otras causas varias. (1-2-3). En el contexto de la cirrosis el primer paso para que haya retención de líquidos es la presencia de hipertensión portal donde es necesario que haya una presión mayor a 12 mmHg, además que se le suma la ecuación de Starling que dicta el sentido del flujo, en este caso habiendo un desbalance entre las presiones hidrostáticas y coloides osmóticas debido al grado de fibrosis hepática. (4-5)

El Club Internacional de Ascitis ha llevado a cabo una manera de poder clasificar esta complicación, separándola en dos categorías de acuerdo a su severidad. Se puede diferenciar a la ascitis no complicada que se subdivide en tres grados que dependen de la cantidad de líquido acumulado en la cavidad peritoneal, y el otro grupo se refiere a la ascitis refractaria. (6)

El tipo de ascitis que no cede la retención de líquido con el tratamiento adecuado y que recurre rápidamente se la conoce como ascitis refractaria que a su vez tiene una subclasificación que hace referencia a un tipo de patología que es resistente a los diuréticos a sus máximas dosis y otra en donde los diuréticos causan efectos adversos y se la conoce como intratable. (7)

Hay varios manejos que se han planteado a través del tiempo para dar una solución a la problemática de la variante que es refractaria tales como la paracentesis evacuadora, la Derivación Portosistémica Intrahepática Transyugular, hasta el punto de llegar a un trasplante hepático. De todos los tratamientos planteados se los divide en los que son definitivos y los que solo se usan para mejorar el estilo de vida del paciente. Lamentablemente en muchos establecimientos el tratamiento que está al alcance del paciente es el dirigido a mejorar los síntomas mas no la causa. Es por eso que este trabajo de titulación está enfocado en describir la paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria. (8-9)

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema

Esta investigación está enfocada en describir la paracentesis evacuadora como terapia paliativa en pacientes con ascitis refractaria, reconociendo sus complicaciones a largo plazo. Además, de determinar el número promedio de evacuaciones que tienen estos pacientes en el periodo de enero del 2019 a enero del 2020. De esta manera se busca conseguir mejorar el estilo de vida en estos pacientes que se encuentran en esta situación crónica

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Describir la paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020.

1.2.2 Específicos

1. Identificar las complicaciones de la paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria
2. Establecer el número promedio de evacuaciones que se realizaron los pacientes con ascitis refractaria en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020.
3. Determinar la cantidad de pacientes que requirieron el uso de albumina por paracentesis en el Hospital General Del Norte de Guayaquil Los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020

1.4 Justificación

La ascitis es la complicación más frecuente de la cirrosis, representado cerca de más del 80% de los casos. Existen varias terapias que contribuyen al bienestar de los pacientes. El verdadero problema surge cuando la ascitis es refractaria al tratamiento médico, ya que empeora el pronóstico de la enfermedad y disminuye la calidad de vida del usuario. (10)

En la actualidad se encuentran varias alternativas terapéuticas, de las cuales la que está mayormente al alcance de todos los pacientes es la paracentesis evacuadora, que va dirigida a mejorar la sintomatología, más no a corregir la causa. (11)

En nuestro país Ecuador, es de muy difícil acceder a los diferentes tratamientos quirúrgicos para ascitis refractaria, como son la derivación portosistémica transyugular intrahepática, el trasplante de hígado, quedando como única opción terapéutica la paracentesis evacuadora. Como se mencionó, esta última solo va dirigida a disminuir la sintomatología, por eso utilizamos el termino paliativo, porque es la única opción accesible que tienen estos pacientes para tratar su enfermedad.

Esta investigación está destinada a describir la paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020. Además de identificar las complicaciones que tienen estos pacientes, al utilizar la paracentesis como único tratamiento. Al no tratar la causa de la enfermedad, la expectativa de vida de los pacientes se acorta en un 50%.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Fundamentación teórica

2.2 Ascitis

Entre las dos capas de peritoneo que recubren la cavidad abdominal existe una pequeña cantidad de líquido que tiene como una de sus principales funciones la de disminuir la fricción de los órganos al movimiento actuando como un lubricante fisiológico y cuyo volumen normalmente es de 5 a 20 ml, teniendo en claro que puede variar de persona en persona esta cantidad. Cuando se acumula este líquido en la cavidad peritoneal se produce ascitis. (1)

La acumulación patológica de líquido en la cavidad peritoneal puede tener diversas causas que desencadenen esta eventualidad tales como problemas en el bombeo cardiaco, malignidades, patologías renales, hepáticas entre otras. Sin embargo se puede emitir con certeza que en la mayoría de los casos la ascitis es de origen hepático obteniendo un valor porcentual del 75 %, debido a la razón que existe una correlación directa entre la modificación arquitectónica del hígado y la aparición de la misma, ya que provocara el aumento de las presiones dentro del órgano llevando a cabo la extravasación de líquidos hacia la cavidad peritoneal.(2)

Evidentemente no se profundizará en el mecanismo fisiopatológico, pero se puede resumir en un breve contenido, comenzando con englobar la etiología hepática ya que es la más frecuente en su presentación. Todo empieza con la modificación en la arquitectura del hígado provocada por procesos histológicos secundarios a heridas cicatrizadas en el parénquima del órgano llamadas nódulos de regeneración que en conjunto provocan fibrosis y a la larga en una etapa avanzada pasa a llamarse cirrosis. Este tejido con nódulos de regeneración van a comprimir ciertas estructuras de drenaje ocasionando un desbalance entre las presiones hidrostáticas provocando la extravasación del líquido que normalmente estaría en los capilares sinusoidales hacia los linfáticos adyacentes que a su vez tratan de compensar esta sobrecarga drenando todo al conducto torácico que como toda sistema tiene un tope y cuando

se llega a ese nivel no tiene otra salida que comenzar a mandar todo ese excedente de líquido hacia la cavidad peritoneal.(3)

No hay un conceso específico por el cual explicar el proceso que ocasiona que esta repleción de líquido en la cavidad no ocurra una sola vez de una manera limitada, sino que se esté frente a un mecanismo de continua producción y llenado de la cavidad. Existen varias teorías, pero la clásica hace referencia que la causa desencadenante estaría en la disminución del volumen plasmático ocasionando la tendencia al colapso de los lechos vasculares y así estimulando los sensores de ciertos receptores que provocan consecuentemente la activación de sistemas de compensación tales como el sistema renina angiotensina aldosterona protagonizando su función más estudiada que es la de retención de sodio y agua. (4)

Para el entendimiento de esta patología se decidió proceder con una manera de clasificación validada por el Club Internacional de Ascitis en donde se la divide en dos grandes grupos de acuerdo a su severidad, presentándose a la ascitis no complicada como primer peldaño subdividiéndola en tres grados.

2.2.1 Ascitis No complicada

2.2.2 Ascitis grado 1

Corresponde a la variable donde se estima que su contenido en volumen es de 100 ml y su detección solo es posible con un equipo de ultrasonido, tiene la denominación de leve. Por lo general estos pacientes no requieren tratamiento de drenaje y basta con la restricción de sodio en la dieta. (5) (6)

2.2.3 Ascitis grado 2

Comprende una manifestación moderada de la enfermedad donde se evidencia una distensión simétrica del abdomen con un volumen aproximado de 3 a 6 litros. Su tratamiento se basa especialmente en la restricción de sodio al igual que en la de primer grado pero con la añadidura de diuréticos. (5)

2.2.4 Ascitis grado 3

Se observa una distensión abdominal marcada que por lo general se asocia a dificultad respiratoria por elevación del diafragma disminuyendo así la capacidad pulmonar y por lo tanto se pasa a denominar ascitis a tensión. Se evidencia a simple vista y aproximadamente se tiene un volumen de 10 litros. El tratamiento más estandarizado para su control es la realización de paracentesis evacuadora de gran volumen más los mismos parámetros que se siguen en los anteriores grados que son la restricción de sodio y el uso de diuréticos. (5)

2.2.5 Ascitis refractaria

Al finalizar lo respectivo a la parte no complicada de la patología se pasaría al segundo peldaño que hace referencia a un tipo de ascitis en donde el líquido no puede ser movilizado o existe una recurrencia temprana que no puede ser evitada con tratamiento médico tal como la reaparición de la ascitis en menos de 4 semanas con un sistema de drenaje como la paracentesis. A esta variable de la enfermedad con estas características se la denomina Ascitis refractaria, la cual se la puede clasificar en dos grupos que hacen referencia a la respuesta del organismo frente al uso de diuréticos. (5) (6)

Resistente a diuréticos: Se refiere a la falta de respuesta adecuada a un tratamiento con dosis máxima de diuréticos, nombrando a los más usados que es 400 mg al día de espironolactona y 160 mg de furosemida. Se puede valorar la respuesta al uso de diuréticos con el peso perdido, considerando un fallo cuando el peso perdido es menor de 0,8 kilos en 4 días con las dosis máximas del medicamento usados al menos 1 semana con una dieta restringida de sal. (7)

Intratable con Diuréticos: Comprende la amalgama de pacientes que desarrollan complicaciones con el uso de estas drogas, lo cual impide el uso de una dosis que actúe de una manera efectiva ante la situación.

Hay varias complicaciones relacionadas con el uso de los diuréticos que incluyen alteraciones en el metabolismo del amoníaco impidiendo su eliminación causando acumulación y toxicidad dando el nombre a un síndrome denominado encefalopatía hepática; insuficiencia

renal, hiponatremia e hipopotasemia entre las afecciones más graves, pero hay que tener en cuenta que existen más como la ginecomastia provocada por la espironolactona. (8)

2.3 Encefalopatía hepática

Es un síndrome caracterizado por la derivación porto sistémica de aminos procedentes del intestino. En el aparato digestivo hay una flora habitada por bacterias ureasas positivas que al entrar en contacto con las proteínas obtenidas por el consumo las degradan en amoniaco y estas se dirigen por la circulación entero hepática hacia la red de sinusoides hacia los hepatocitos. Dentro de las trabéculas hepáticas se destacan la acción de dos tipos de hepatocitos que son los peri portales los, pero venosos ya que respectivamente van a actuar a partir del sustrato de los productos nitrogenados provenientes del intestino, unos liberando glutamina y el otro participando en la liberación de enzima como la l-ornitina y la l- aspartato que participaran como sustratos en el ciclo de la urea. Todas estas enzimas serán necesarias para introducir el amoniaco en el ciclo de la urea y así poder convertirlo en urea y que pueda ser eliminado a través de la vía renal.

El principal problema de los pacientes en donde hay afectación del parénquima hepático como en la insuficiencia hepática aguda, los cirróticos, los que tienen shunts porto sistémicos vasculares es la omisión de este papel del hígado en convertir el amoniaco en un producto conjugado que se pueda eliminar y no tienda a la acumulación en el torrente sanguíneo. El problema con esta liberación del amoniaco al torrente sanguino es que es una de las sustancias que logran pasar a través de la barrera hematoencefálica. Una vez que se difunda hacia el cerebro el ion amonio será captado principalmente por las células gliales especialmente por los astrocitos provocando un cambio fenotípico en estas células disminuyendo su funcionalidad. Además, se especula diferentes teorías acerca del efecto del amoniaco a nivel cerebral interviniendo en a nivel de neurotransmisores. (9)

Para entender el papel de los diuréticos en esta patología se debe conocer que existen factores precipitantes que van a ayudar a prosperar de alguna y otra forma tanto la acumulación de amoniaco en la sangre o la difusión de esta sustancia a través de la barrera hematoencefalica. En el aumento de la permeabilidad en esta barrera selectiva al paso de sustancia hacia el

cerebro están implicados el uso de diuréticos debido a la razón que estos van a desencadenar trastornos electrolíticos tales como hipokalemia que a su vez esta se va a asociar a alcalosis metabólica y esta es la razón por la que va a permitir el mayor paso del amoniaco al cerebro. (6)

2.4 Insuficiencia renal

El uso de diuréticos puede provocar la presencia de un fallo en la función renal incluso con incrementos mayores al 100 por ciento en la creatinina llegando a valores de 2 mg/dl. Están vinculados a la diuresis excesiva que pueden llegar a provocar concluyendo en deshidratación, colapso circulatorio por disminución del volumen plasmático. Y estas reacciones se ven especialmente con el uso de diurético de asa ya que estos son unos de los más potentes en cuanto a mecanismo de eliminación de líquidos. (10) (11)

2.5 Hiponatremia

Intervienen varios mecanismos en la fisiopatogenia de la hiponatremia y uno de ellos es uso de ciertos fármacos como los diuréticos. En el mismo mecanismo de acción de los diuréticos e evidencia el riesgo de pérdida de sodio por la orina debido a la razón de que estos fármacos usan el sodio como molécula osmóticamente activa para atraer agua y así aumentando su perdida. Varios estudios se han realizado para la comprobación de esta teoría donde han comprobado que pacientes que se le administran dosis más altas de diuréticos de asa como la furosemida tienen tendencia a registrar cifras muchas más baja de sodio. (12) (13)

2.6 Hipopotasemia

Unas de las principales causas de esta alteración electrolítica es una perdida anormal de este electrolito y como motivo de este estudio se usara a los diuréticos como principal promotor de esta perdida. Este trastorno es más frecuente encontrarlo con el uso de diuréticos de asa ya que prácticamente su mecanismo de acción actúa bloqueando el sistema de transporte del sodio potasio y del cloro y por lo tanto fomentando su excreción a través de la orina. Además se añade que es un electrolito importante si nos centramos en la parte metabólica ya que su

perdida altera los balances entre el medio interno y el externo provocando alcalosis metabólica y en el contexto de una encefalopatía hepática empeorar el cuadro. (14)

2. 7 Paracentesis

El primer escalón en el tratamiento de ascitis refractaria es la paracentesis evacuadora. Este procedimiento se basa en retirar el exceso de líquido mediante la punción de la pared abdominal. Es una técnica que ofrece alivio inmediato a la sintomatología de los pacientes, especialmente la disnea, que es el principal malestar.

Esta técnica debe ir acompañada de dieta estricta sin sal, para de esta manera disminuir el rango de tiempo a realizarse. En el caso de que se demuestre una excreción de sodio mayor de 30 mmol/ día, se debe conservar el tratamiento diurético, verificando que no existan efectos secundarios.

Es importante recordar que este procedimiento no es un tratamiento dirigido a corregir la causa, es simplemente para alivio de los síntomas. Por tal motivo, es muy importante tener en cuenta que al realizarlo en repetidas ocasiones con intervalos de tiempo corto puede causar estragos en el paciente. La periodicidad de las paracentesis es una guía de adherencia a la dieta sin sal. Extracciones superiores a diez litros de líquido en un periodo de tiempo menor a dos semanas, demuestra desobediencia en la dieta. El tiempo óptimo para realizar esta técnica es de 3 al mes, sino se sugiere pasar a tratamiento de segunda línea.

Una de las principales complicaciones es la disfunción circulatoria posterior, causada por el agotamiento de volumen central efectivo, causando daño en la función renal además de hiponatremia dilucional, todo esto en conjunto contribuyen a un aumento de la mortalidad.

Es por tal motivo, que se ha implementado la reposición de volumen con expansores, para prevenir las complicaciones. La administración de albumina intravenosa dependerá de la cantidad de líquido extraído. Si al realizar el procedimiento la evacuación es mayor a 5 litros se sugiere suministrar de seis a ocho gramos de albumina por litro de líquido. (15)

2. 8 Técnica

Para la realización de este procedimiento, tenemos que recordar que se trata de un método invasivo. Por lo que antes de realizarlo se debe hacer el examen físico para determinar la presencia de ascitis. Así mismo, se procede a corregir cualquier comorbilidad en la medida de lo posible. Además, es necesario informar al paciente del procedimiento que se realizará, explicando sus riesgos y beneficios para que de esta manera firme el consentimiento informado una vez entendido todo.

Como primer paso procedemos a realizar las medidas de asepsia e identificar que tengamos todos los materiales listos para usar. Posterior a esto, colocamos al paciente en una camilla en decúbito supino con el abdomen desprovisto de prendas.

Una vez el paciente se encuentre en la camilla, debemos inspeccionar e identificar el sitio donde se realizará la punción. Esta zona se encuentra en la fosa iliaca izquierda, efectuamos una línea imaginaria entre la cicatriz umbilical y la espina iliaca antero-superior. Vamos a dividir esta línea en dos tercios, proximal y distal y entre ellos es el sitio idóneo para la punción. En casos donde exista circulación colateral, es posible realizar la punción 2cm por debajo de la línea media entre la sínfisis del pubis y la cicatriz umbilical. También se puede optar por utilizar ecografía, todo esto queda a criterio del médico.

Cuando ya tengamos identificado el sitio a puncionar, procedemos a usar guantes estériles. Realizado esto, desinfectamos el área del abdomen del paciente, con clorhexidina al 4%, desde el área de la punción hacia la periferia.

Luego, el siguiente paso es la colocación de un anestésico local, se usa lidocaína al 2% e infiltramos piel y lo más cerca posible al peritoneo parietal. Ahora se procederá a realizar la punción, la aguja se introduce con un ángulo de 45 grados hasta llegar a cavidad peritoneal, aspirando continuamente, hasta que el líquido comience a fluir.

Es necesario cuantificar la cantidad de líquido extraído, para determinar si es necesario colocar albumina intravenosa (5 litros o más) por cada litro de líquido. De esta manera se evitan complicaciones como la disfunción circulatoria. Finalmente, se debe extraer el catéter y hacer presión sobre el sitio el sitio puncionado.

(16) (17)

2.9 Paracentesis paliativa

Se define como paliativo a los cuidados que se brindan a pacientes con enfermedades terminales; Es decir, que su pronóstico de vida sea desfavorable e intratable. La meta de estos cuidados es disminuir los síntomas y mejorar el estilo de vida del paciente. Además, van enfocados a considerar la muerte como parte del proceso natural, es decir no van a adelantarla ni retrasarla. (18)

La ascitis refractaria, es una enfermedad crónica que afecta notablemente la calidad de vida de quienes la padecen, sumándole que su pronóstico de vida es muy bajo. Es por esto, que nuestro tema va enfocado en el tratamiento de la paracentesis como paliativa, ya que, en nuestro país, Ecuador, y específicamente el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, al ser una casa de salud de segundo nivel, no cuenta con el equipo necesario para realizar los procedimientos que corrigen la causa de la enfermedad, sino que se opta por aliviar la sintomatología de los pacientes a través de la técnica de la paracentesis.

Ante un afán de tratar de controlar los síntomas en pacientes con ascitis refractaria se planteó la utilización de drenajes de líquido de la cavidad peritoneal de manera repetitiva especialmente en personas con esta condición de ser refractarios a tratamientos habituales de dicha patología y así lograr que la población mencionada pueda sobrellevar la enfermedad. Se indica que los pacientes vayan cada cierto al hospital para que se realice el drenaje del líquido ascítico, pero esto trae consigo diferentes vicisitudes tanto en lo económico, en lo personal y al sistema hospitalario, debido a la razón de que trae consigo gastos económicos, problemas de movilización y mayor re ingreso en el hospital de este tipo de personas. (19)

Como solución a la problemática se introdujo un sistema permanente de drenaje que incluye la utilización de catéteres de manera prolongada en la cavidad peritoneal que normalmente se les indica a personas que tienen un tiempo entre drenaje y drenaje menos a 7 días ya que elimina todo el malestar que lleva ir a menudo al centro de salud y además de disminuir el ingreso hospitalario con un recambio el dispositivo en promedio de 41,25 días. (20) (21)

Existen diferentes tipos de catéteres que se podrían utilizar en esta situación y más bien depende de la disponibilidad del hospital en donde se atiende al paciente, aunque se han preferido usar los de tipo tunelizados ya que se ha comprobado que estos de aquí tiene menor

riesgo de complicaciones como la infección y son más estables. Mayormente se ha asociado el riesgo de infección al cuidado que se le dé y al tiempo de uso. Al usar este tipo de dispositivos se puede educar al paciente para que el mismo se drene una cantidad de líquido prescrita por su médico de cabecera y evitar que este acudiendo al centro hospitalario repetidas veces, evidenciando que controla los síntomas de dicho trastorno en un 70 por ciento de los casos. (20) (19)

2.10 Complicaciones

Las complicaciones tras la realización de la paracentesis no son muy frecuentes, ya que en la actualidad existen algunas técnicas que disminuyen la probabilidad de complicaciones, por ejemplo, la ecografía.

Sin embargo, igual se pueden presentar en el 5% de los casos. Estas las podemos dividir en mayores y menores. (17)

Las menores, en su mayoría son complicaciones locales, como el dolor abdominal después de la punción, hipotensión, punción intestinal.

Entre las mayores tenemos la disfunción circulatoria posterior que es la más frecuente. Además, a este grupo se van a sumar las complicaciones de tipo hemorrágicas, como el hemoperitoneo, perforación intestinal con peritonitis, hematoma abdominal, abscesos de la pared, etc. Se estima que estos casos se presentan del 0.2 al 0.3%. (22)

2.10.1. Mayores

2.10.2 Disfunción circulatoria posparacentesis

Es conocido que a través del tiempo el método más utilizado para el tratamiento de la ascitis es el drenaje de líquido de la cavidad abdominal, aunque ha llevado a múltiples complicaciones por la debida razón que el organismo se mantiene gracias a un gradiente de presiones y cuando estas son alteradas por un medio externo el mismo cuerpo al verse afectado trata de compensarse y ahí es cuando se presenta la problemática. Al retirar gran

cantidad de líquido hay un colapso del lecho esplácnico con disminución del volumen efectivo circulante y con esto se procede a la activación de sistemas de compensación para evitar que se siga perdiendo más líquido como es el sistema renina angiotensina aldosterona cuya principal función es aumentar la reabsorción de sodio, agua y vasoconstricción con el consecuente aumento de volemia. (23)

Al describir este minucioso sistema de compensación se puede definir a este síndrome como el aumento de una actividad del sistema renina angiotensina aldosterona del 50 por ciento de su valor de base tras normalmente el sexto día de haber realizado la paracentesis evacuadora. Existen varias teorías que hablan del porque existen estos aumentos de actividades de estos mediadores vaso activos, aunque siempre se tiende a aceptar el hecho de que el desencadenante es la reducción de las resistencias vasculares y esto se pudo comprobar tras diversos estudios donde se evidencio que había un aumento de la concentración de óxido nítrico tras la realización de la paracentesis. El juego de presiones juega un rol importante al tratar de explicar estos desbalances homeostáticos, ya que se ha propuesto que el motivo por el cual realizar una paracentesis induce a este evento vasodilatador se debe por la disminución brusca de la presión abdominal.

Al explicar toda esta situación se debe tener en claro que hay una fuerte asociación entre la cantidad de volumen extraído y la respuesta desencadenante que ocasionara en el cuerpo. Mediante diversos estudios se ha logrado observar que al realizar una paracentesis donde el valor del volumen extraído en litros es menor a 5 no tiene por qué asociarse a una respuesta de compensación que llevaran a los diversos trastornos hemodinámicos implicados. Valores mayores a la cantidad anteriormente descrita si llegarían a proporcionar una implicación hemodinámica que lograría tener un significativo cambio a nivel vascular. (24)

Se ha descrito como un trastorno silencioso en primera instancia, ya que se han observado mejoría tanto sintomática y hemodinámica en ámbitos tales como el gasto cardiaco, frecuencia cardiaca, mejoría a nivel de las presiones centrales y sin picos en los niveles séricos de aldosterona en las primeras horas tras la realización del drenaje. Tras 24 horas recién se comienzan a observar las consecuencias de la depleción de volumen y empieza a florecer estos cambios que llevarían a la activación de los sistemas de compensación que implican tanto un sistema conjunto de actuar entre el sistema renina angiotensina aldosterona

y el aumento de la actividad simpática. La marcada actividad de los mediadores vaso activos llevarán al síndrome que traerá consigo las diferentes consecuencias tales como disminución del sodio en el plasma como el empeoramiento en la funcionalidad renal. Al esclarecer este conjunto de condiciones se podría hablar que no estamos frente a un trastorno rápidamente transitorio si no que estamos observando a un sistema que está en constante activación y que podría durar meses y consecuentemente aumentar aún más el reingreso en unidades hospitalarias.

Diferentes entidades han puesto énfasis en esta problemática y han llegado a la conclusión que si el problema está en el lecho vascular colapsado se deben implementar medidas que expandan el volumen plasmático, y ahí es donde entra en juego esta proteína tan estudiado como es la albumina ya que prácticamente la mayor parte de la actividad oncótica presente en el plasma la contiene esta molécula que logra distribuir de una manera eficaz los líquidos entre los compartimientos intra y extra celulares. Pero no se indica sero albumina en primera instancia al realizar una paracentesis evacuadora; se ha evidenciado que solo es necesaria cuando el volumen extraído sobrepasa los 5 litros, debido a, se explicó anteriormente cifras mayores a esta conllevarían a trastornos en la hemodinamia del paciente. La indicación exacta consiste en administrar 8 gramos de albumina por cada litro después de la extracción de 5 litros. (25) (26) (24)

2.10.3 Perforación intestinal

Al ser la paracentesis un procedimiento invasivo con material de tipo punzante no está exenta por lo más sencillo que parezca a causar una ruptura de alguna estructura importante al realizar la punción. Debido a las técnicas estandarizadas y a la recomendación del uso del ecógrafo para realizar el drenaje dichas complicaciones son muy raras de ver y su porcentaje de aparición es muy bajo. Entre los riesgos que implica además de ser un objeto con punta es el riesgo de adherencias a la víscera o al peritoneo parietal que ocasionara el aumento de probabilidad de perforación. En los pocos casos que se pueda presentar una perforación intestinal esta causaría como debut de presentación peritonitis de tipo secundario por la contaminación de la cavidad peritoneal ocasionado por la salida de flora poli microbiana que

estaría liderada tanto por gérmenes de estirpe aerobios Gram negativos como la E. coli y anaerobios tales como bacteroides fragilis.

Un porcentaje elevado de pacientes van a presentar como debut fiebre cuantificada mayor a 38 grados centígrados que se caracteriza por ser persistente y la evidente leucocitosis, además de un cuadro doloroso intenso que se va presentar de manera brusca; aunque sin embargo estos síntomas no pueden presentarse como inicio de la problemática si no lo que puede pasar es que se evidencie la patología como una nueva disfunción orgánica de puede ser de cualquier índole tanto cardíaca, pulmonar, renal, entre otras.

Un diagnóstico temprano sería lo ideal para aumentar la supervivencia de estos pacientes y así iniciar un protocolo preoperatorio con la debida antibioticoterapia empírica y prepararlo para cirugía con una laparotomía exploratoria con los fines pertinentes de encontrar el problema y seguir los principios de este tratamiento que son la erradicación del causante que está provocando la infección, el drenaje de todo ese material purulento generado por el mismo cuadro, la eliminación de cualquier resto de tejido necrótico, entre otras. (27) (28)

2.10.4 Trastornos de la coagulación

Las paracentesis evacuadoras seguidas pueden dar lugar alteraciones en la coagulación por su misma enfermedad. Como sabemos el hígado es el pilar fundamental en el proceso de coagulación. Estos pacientes al tener esta patología crónica van a desarrollar alteraciones en la hemostasia además de importantes episodios de sangrado especialmente de tipo gastrointestinal.

En estos pacientes no se debe transfundir plaquetas o factores de coagulación previa la paracentesis, solo en casos totalmente excepcionales donde el nivel de plaquetas sea menor a 20.000. Frente a este caso se debe realizar el procedimiento realizando la punción en la línea alba, ya que esta es una zona que es mucho menos vascularizada, por lo que habrá menos riesgo de complicaciones. Es por esto, que siempre se debe tener estricto control de los tiempos de coagulación, especialmente el INR. Sin embargo, estas pruebas no demuestran al 100% el riesgo de hemorragias ya que puede darse el caso de que exista déficit de factores pro y anticoagulantes que se encuentren equilibrados. (29)

Para tener mayor seguridad al realizar la punción se puede recurrir a la ecografía abdominal, como método de apoyo para evitar puncionar estructuras importantes que puedan dar lugar a sangrado. Además, si nos encontramos frente a un paciente donde el líquido ascítico es difícil de localizar, tendremos más seguridad con esta técnica. (22)

2.10.5 Hemoperitoneo

Una de las complicaciones graves de la paracentesis es el hemoperitoneo, aunque no es tan común, hay que tener especial cuidado porque pueden tener desenlaces fatales. Se estima que ocurre entre el 1% y el 5%. (17)

Para realizar esta técnica se recomienda seguir ciertas indicaciones para evitar dificultades. Entre ellas tenemos, evitar puncionar cerca de los músculos rectos anteriores ya que este es el trayecto de la arteria epigástrica inferior. Antes de realizar la técnica verificar si existen trastornos de la coagulación; Además hay que evitar las colaterales venosas y al realizar la técnica utilizar en la medida de lo posible agujas finas. Ante todo, esto, la ecografía es una herramienta muy útil en casos complejos.

En pacientes con exceso de líquido ascítico y que además su pared abdominal sea de calibre fino la arteria epigástrica inferior puede sufrir algunos cambios de localización, especialmente hacia lateral. El recorrido normal de esta arteria se introduce en la fascia transversal, penetrando la vaina del musculo recto. A nivel supraumbilical van a hacer anastomosis. Las ramas también van a cumplir la función de vascularización a las capas de la pared abdominal anterior. Por eso pueden existir variantes anatómicas y al realizar la técnica se puede ocasionar hemoperitoneo, aunque es en casos muy raros.

Existen otras causas, como son las paracentesis de grandes volúmenes (mayor 4000ml), esto causa variabilidad en la presión intraperitoneal haciendo que descienda causando dilatación y en el peor de los casos ruptura de varices mesentéricas, es decir que haya hemorragia. Otra causa de hemoperitoneo, son las rupturas variceales asociadas a hipertensión portal muy grave que da como resultado derivaciones portosistémicas.

El cuadro clínico se puede presentar de diferentes formas. Dependerá mucho de la cantidad de líquido extraído y la rapidez de la realización de la técnica. Existen casos donde no se

presenta irritación peritoneal debido a que la sangre es un irritante menor. El síntoma clásico es el dolor abdominal, mareo e hipotensión.

El diagnóstico de hemoperitoneo, se realiza en el mismo momento de realizada la técnica. Al momento de aspirar tendremos la presencia de líquido hemorrágico, es decir mayor a 50.000/L de recuento eritrocitario. En casos muy severos, los valores están en 40% de hematocrito en ascitis.

El manejo se basa en monitoreo principalmente de frecuencia cardiaca, presión arterial, índice urinario, hemoglobina, función renal. Es importante la reposición de líquidos con volumen y hemostasia. (30) (31)

2.10.6 Hematoma de pared abdominal

La rotura brusca de la pared arterial (arteria epigástrica inferior) al realizar la punción, da como resultado extravasación de sangre adyacente al tejido además de la formación de una pared con las capas de este mismo tejido circundante, provocando comunicación arterial, lo que da como resultado presencia de pseudoaneurismas. La ruptura de estos, pueden ocasionar hematoma de los rectos abdominales (por el recorrido de la arteria) y en algunos casos peritonitis.

En el abdomen inferior es más probable que exista hematoma de los rectos anteriores, debido a la anatomía de las vainas del musculo recto. En cuanto a la clínica algunos pacientes son asintomáticos, mientras que otros refieren molestias abdominales.

El tratamiento por lo general es conducta expectante, ya que al formarse el hematoma se genera obstrucción y se detiene el sangrado. En casos donde la hemorragia sea complicada, el tratamiento es de tipo quirúrgico, con sutura del vaso lesionado. Existen más tratamientos como es la embolización por micro catéter. (30)

2.11 Menores

2.11. 1 Hipotensión arterial

Tal afectación se debe principalmente a lo comentado en apartados anteriores, que explica que después de realizar la paracentesis la pérdida de volumen acentúa aún más la vasodilatación de los vasos sanguíneos provocado por este fenómeno que es la disfunción circulatoria.

2.11. 2 Dolor abdominal post punción

La presencia de dolor abdominal post punción se puede deber a algo tan simple como a la presencia de una técnica inadecuada de bloqueo anestésico ya que en la zona de punción cutánea discurren toda una red de nervios que los componen los 6 últimos nervios intercostales y esto ocasionaría el dolor post punción, pero también nos puede llevar a sugerir que estamos frente a un cuadro de peritonitis y más si las características del dolor se refieren a un dolor repentino y brusco de una gran intensidad y obviamente buscando las diferentes características semiológicas que aparecen en este cuadro. (32)

2.11.3 Persistencia del flujo de líquido ascítico por el lugar de inserción

Entre las complicaciones que se observan al realizar una paracentesis evacuadora es evidente que no se escapa la posibilidad de fugas, aunque es más común que ocurra en aquellos pacientes en donde se plantea una frecuencia de drenaje cada 6 días y por ende la utilización de catéteres que pueden estar en el mismo sitio desde periodos cortos de hasta extensiones más largas. Se ha evidenciado que hay relación entre el sistema de implantación del catéter y esta complicación como es el fallo en el sistema de sutura con lo que no hay estabilidad del dispositivo y además que se debe tener un periodo de descanso post puesta del catéter para que fije bien. Ciertos mecanismos pueden predisponer que en el catéter haya fugas como aumento en la presión intrabdominal tales como esfuerzos excesivos, periodos prolongados de tos entre otros. (20)

2.11.4 Absceso de pared abdominal

Al realizar procedimientos invasivos con una técnica de punción que como todas rompen esta continuidad de la piel y por ende la protección que proporciona la misma ante los microorganismos patógenos que incluso pertenecen a la flora externa cutánea estamos frente a un riesgo de infección que aunque usemos las medidas de asepsia y antisepsia adecuadas siempre estará presente. Incluso este riesgo de infección es mayor cuando se planifica el uso de catéteres que permanecerán tiempos extensos en el mismo lugar, y es conocido que hay varios tipos de estos en el mercado como son el Pig Tale, Tenckhoff, entre otros que tienen alto riesgo de sobre infectarse, por eso antes esta situación según estudios el preferible de usar son aquellos que tienen la característica de ser tunelizados. (33)

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Métodos

Se solicitó acceso a la base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos donde se realizó la revisión de historias clínicas en el sistema operativo AS400, de pacientes cuyo diagnóstico fue ascitis R18, otras cirrosis del hígado y las no especificadas k746, cirrosis hepática alcohólica k703, en el periodo de enero del 2019 a enero del 2020. Se utilizó la plataforma Microsoft office Excel para tabular y almacenar la información

3.2 Tipo de investigación

Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo

3.3 Técnicas e instrumentos de investigación

Se realiza recolección de datos a partir de historias clínicas, organizadas y filtradas a través de la plataforma de Excel. El análisis estadístico será descriptivo para las variables.

3.4 Población y muestra

La población utilizada está conformada por pacientes con ascitis refractaria que se sometieron a paracentesis como tratamiento paliativo, en el periodo comprendido entre enero del 2019 a enero del 2020 del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión se logró obtener un total de 103 pacientes. El resultado de la muestra fue de 82 pacientes obtenidos por la fórmula para poblaciones finitas.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con ascitis refractaria
- Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática
- Pacientes también diagnosticados previamente en otros nosocomios

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historia clínica incompleta
- Pacientes que tengan asociado pancreatitis
- Pacientes que tengan síndrome nefrótico

3.5 Variables

NOMBRE VARIABLES	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
Ascitis refractaria	<ul style="list-style-type: none"> - Ascitis resistente a diuréticos - Ascitis intratable con diuréticos 	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Ascitis resistente a diuréticos - Ascitis intratable con diuréticos
Complicaciones	<p>Mayores: Disfunción circulatoria postparacentesis, hemorragia intraperitoneal, perforación intestinal con peritonitis secundaria, absceso de pared abdominal, hematoma de la pared abdominal.</p> <p>Menores:</p>	Cualitativa nominal	<p>Mayores: Disfunción circulatoria postparacentesis, hemorragia intraperitoneal, perforación intestinal con peritonitis secundaria, absceso de pared abdominal, hematoma de la pared abdominal.</p> <p>Menores:</p>

	Hipotensión arterial, dolor abdominal pospunción, , persistencia del flujo del LA por el lugar de inserción de la aguja		Hipotensión arterial, dolor abdominal pospunción, persistencia del flujo del LA por el lugar de inserción de la aguja
Paracentesis	Numero de evacuaciones	Numérica discreta	Numero de evacuaciones
Albumina	Requerimiento de albumina durante la paracentesis evacuadora	Cualitativa ordinal dicotómica	Si No

Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

RESULTADOS

Para la elaboración de este trabajo, el área de estadística del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos nos entregó una base de datos con los pacientes hospitalizados en el periodo de enero del 2019 a enero del 2020 con el diagnóstico de ascitis R18, otras cirrosis del hígado y las no especificadas k746, cirrosis hepática alcohólica k703, de los cuales, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, obtuvimos un universo de 103 pacientes, con una muestra de 82 pacientes.

Con respecto a nuestro estudio según la clasificación de los pacientes con ascitis refractaria se obtuvo que de un total de 82 pacientes estudiados hubo un claro predominio de pacientes con ascitis resistente a diuréticos donde se le adjudican 77 pacientes (94%) frente a 5 pacientes (6%) de los que presentaron la variante que es intratable con diuréticos.

De acuerdo con la literatura se describen ciertas complicaciones mayores y menores. En cuanto a la parte de complicaciones mayores los resultados obtenidos nos dieron que el hematoma de la pared abdominal con 4 pacientes (5%) fue la complicación mayor más frecuente, a lo que sigue el absceso de la pared abdominal con 3 pacientes afectados (4%) y la disfunción circulatoria post paracentesis con 3 personas implicadas (4%) que obtuvieron el mismo porcentaje en cuanto frecuencia. El resto de pacientes no presentaron ningún tipo de eventos durante la realización de sus paracentesis (87%).

A su vez las complicaciones menores nos arrojaron los siguientes datos. Se comienza con el dolor post punción con 8 pacientes implicados (10%), siguiendo con la hipotensión arterial pero solo con 6 personas (8%), y como ocurrió con las complicaciones mayores el mayor número se le adjudica a los pacientes que no presentaron ningún evento menor.

A lo que se refiere con el numero promedio de paracentesis que se realizaron los pacientes en el periodo de tiempo establecido por el estudio se obtuvo una media de 12 evacuaciones con un mínimo de 8 y un máximo de 20 paracentesis.

Se distribuyeron a los pacientes en dos vertientes de acuerdo al uso o no de albumina, donde se obtuvo resultados a favor del uso de la misma con 64 pacientes (78,04%) frente a 18 personas que no la necesitaron (21,95%).

DISCUSIÓN

En el presente trabajo nuestro principal objetivo fue describir la paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020.

En el estudio se analizaron las base de datos que se nos proporcionó donde se determinó que de los 82 pacientes estudiados, un numero de 77 personas correspondían con el perfil de ascitis resistente a diuréticos (94%) frente a 5 pacientes (6%) que presentaron la variante que es intratable con diuréticos. Teniendo en cuenta que hay un claro predominio de la primera variante, lo que en parte concuerda con el estudio de **D. Fernando Javier Sotos Solano** donde hubo un margen bastante amplio entre pacientes con el tipo resistente e intratable a diuréticos con 85 % y 15 % respectivamente.(34)

En cuanto a las complicaciones mayores se observó que el hematoma de la pared abdominal con 4 pacientes (5%) fue la complicación mayor más frecuente, a lo que sigue el absceso de la pared abdominal con 3 pacientes afectados (4%) y la disfunción circulatoria post paracentesis con 3 personas implicadas (4%) que obtuvieron el mismo porcentaje en cuanto frecuencia. Por el lado de las complicaciones menores se presentó un escenario en donde el dolor post punción con 8 pacientes implicados (10%) fue el más evidenciado, siguiendo con la hipotensión arterial pero solo con 6 personas (8%).

Los datos que se obtuvieron se pueden comparar con diversos estudios como en el caso de la disfunción circulatoria post paracentesis en donde **VALERIA RODRÍGUEZ CÁRCAMO** determino que de 45 pacientes que realizaban paracentesis un total del 3 % realizó este evento de una disfunción circulatoria, además **UNGARO, CATALINA MARÍA** demostraron que en un estudio de 103 pacientes con ascitis refractaria un 7 % presentaron esta disfunción. En el estudio de **FLOR DE MARÍA MONTES DE OCA SALINAS** se reportaron que de 130 pacientes que se realizaban paracentesis evacuadoras por motivo de ascitis refractaria la disfunción circulatoria pos paracentesis fue la complicación mayor más frecuente con un 6 %, y el hematoma de la pared abdominal con un 5 %; y en el ámbito de la complicaciones menores el dolor postpuncion fue el más evidenciado con un 15%. (35) (23) (36)

Uno de los objetivos a investigar es el número promedio de paracentesis que se realizaban los pacientes lo cual nos dio un valor de 12 con un mínimo de 8 evacuaciones y un máximo de 20. Este resultado es comparable con el estudio de **MARCAT AICART RAMOS** donde al realizar un estudio con 198 pacientes los cuales se realizan paracentesis evacuadoras por ascitis refractaria al tratamiento obtuvo un número promedio de 15 extracciones de líquido ascítico anualmente con un mínimo de 5 y un máximo de 22. (37)

Se logró datar el uso o no de la albumina en los pacientes que se sometieron a paracentesis evacuadoras, donde se obtuvo que 64 pacientes usaron el medicamento (78,04%) frente a 18 personas que no la necesitaron (21,95%). Estos resultados son comparables con el estudio de **DR. ENGELS LENIN SALCEDO ELIZABETH** donde se observa que de 106 pacientes estudiados con ascitis refractaria que se sometían a paracentesis continuas hubo un claro predominio de personas que necesitaron el uso de la albumina (68%) en relación a pacientes que no la requirieron (32%). (38)

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- El Hospital General del norte de Guayaquil Los Ceibos, al no contar con equipos necesarios para corregir la causa de ascitis refractaria, tiene como alternativa la técnica de paracentesis, la cual brinda alivio sintomático en los pacientes. En nuestro trabajo, específicamente en el marco teórico, se describe la técnica empleada de la paracentesis evacuadora utilizada como tratamiento paliativo.
- Se determinaron las complicaciones de la paracentesis evacuadora, siendo el hematoma de la pared abdominal (5%) la complicación mayor más frecuente. También se identificaron al absceso de la pared abdominal y disfunción circulatoria post paracentesis con (4%). En cuanto a las complicaciones menores, el dolor post punción (10%) fue el más evidenciado, en esa misma línea está la hipotensión arterial (6%).
- El número promedio de paracentesis evacuadoras que se realizaron los pacientes con ascitis refractaria en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020 fue de 12 evacuaciones con un mínimo de 8 y un máximo de 20 paracentesis.
- La cantidad de pacientes que si requirieron la utilización de albúmina tras la técnica de paracentesis fueron 64 (78,04%), mientras que los que no necesitaron fueron 18 (21,95%).

4.2 Recomendaciones

En base a nuestro estudio, se recomienda tener presente a la ascitis refractaria, ya que, al ser una patología no tan frecuente, es subdiagnosticada y por lo tanto, mal tratada. La paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo, representa mejorar la calidad de vida en estos pacientes que no tienen otra alternativa, específicamente en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

BIBLIOGRAFIA

1. Gerard M. Doherty. Cavidad peritoneal | Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos, 13e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. access medicina. [citado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1478§ionid=102880070>
2. Oey et al. - 2016 - The diagnostic work-up in patients with ascites c.pdf [Internet]. [citado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1761>
3. Oey RC, van Buuren HR, de Man RA. The diagnostic work-up in patients with ascites: current guidelines and future prospects. *The Netherlands Journal of Medicine*. 2016;74(8):6.
4. Gómez PGS, Sigüenza EGS. Análisis de las etiologías, complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y sobrevida en pacientes con cirrosis hepática ingresados en los servicios de gastroenterología de dos hospitales de tercer nivel de la ciudad de Quito desde enero 2012 a diciembre 2017. :113.
5. Bellot P, Martínez-Moreno B, Palazón JM, Duch J. Ascitis y síndrome hepatorenal. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. enero de 2012;11(11):644-51.
6. García-Martínez R. Ascitis, insuficiencia renal aguda y encefalopatía hepática. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. mayo de 2016;12(11):617-26.
7. Toasa AGN, Montoya FAM, Anchundia GMA, Coloma JBP. Tratamiento de la ascitis refractaria. *RECIMUNDO*. 7 de julio de 2020;4(3):53-61.
8. Mateos B, Aicart-Ramos M, Martín-Mateos R, Rodríguez-Gandía MA. Manejo de la ascitis refractaria. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. mayo de 2016;12(12):707-10.
9. J.A.González-Regueiro, M.F.Higuera-de-laTijera, R.Moreno-Alcántar, A.Torre. Fisiopatología y opciones de tratamiento a futuro en la encefalopatía hepática | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2019 [citado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0375090619300461?token=AB41BEA151611207FA6E5754EBD3285449F4ED18C4E3417071B1A7E1DBEF096516AF7FD5E7E5F398412E013CEAF73C66&originRegion=us-east-1&originCreation=20211225234057>
10. Carone et al. - 2016 - Furosemide.pdf [Internet]. [citado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2816%2930119-1>

11. Ho KM, Power BM. Benefits and risks of furosemide in acute kidney injury. *Anaesthesia*. 2010;65(3):283-93.
12. Velat I, Bušić Ž, Jurić Paić M, Čulić V. Furosemide and spironolactone doses and hyponatremia in patients with heart failure. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 3 de agosto de 2020;21(1):57.
13. Aithal GP, Palaniyappan N, China L, Härmälä S, Macken L, Ryan JM, et al. Directrices sobre el tratamiento de la ascitis en la cirrosis. enero de 2021;40.
14. Viera AJ, Wohlert N. Potassium Disorders: Hypokalemia and Hyperkalemia. 2015;92(6):9.
15. Martínez J, Albillos A. Tratamiento. de la ascitis refractaria. *Gastroenterología y Hepatología*. julio de 2014;37:68-73.
16. paracentesis-1.pdf [Internet]. [citado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2017/07/paracentesis-1.pdf>
17. Mosquera Klinger G, Mayo Patiño M, Suárez Y. Paracentesis: datos sobre la correcta utilización. *UNIVMED* [Internet]. 12 de febrero de 2018 [citado 25 de diciembre de 2021];59(1). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/21309>
18. abece-cuidados-paliativos.pdf [Internet]. [citado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abec e-cuidados-paliativos.pdf>
19. Lucely Marisel Fiscal Idrobo, Victoria Eugenia Salazar, Cindy Paola Oviedo Segura, Diana Milena Gavilán Martínez, Xiomara Carmona Montoya. Drenaje peritoneal como tratamiento de la ascitis maligna, una revisión de la literatura [Internet]. *Rev Cuid*. 2020. 2019 [citado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/download/919/1429?inline=1>
20. Méndez AMM, Chacón DFÁ. Manejo de las ascitis maligna no refractaria. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD* [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 25 de diciembre de 2021];4(5). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/15948>
21. Aguilar Ramírez JR. Determinar beneficios del uso de paracentesis con colocación de catéter venoso central en el manejo paliativo de la ascitis refractaria. febrero de 2016 [citado 25 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/14289>
22. v2n3a115pdf001.pdf [Internet]. [citado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2012/05/v2n3a115pdf001.pdf>

23. Ungaro CM, Giunta DH. Factores asociados a la disfunción circulatoria post paracentesis en pacientes con cirrosis y ascitis refractaria o a tensión. 2 de noviembre de 2020;56.
24. Arora V, Vijayaraghavan R, Maiwall R, Sahney A, Thomas SS, Ali R, et al. Paracentesis-Induced Circulatory Dysfunction With Modest-Volume Paracentesis Is Partly Ameliorated by Albumin Infusion in Acute-on-Chronic Liver Failure. *Hepatology*. septiembre de 2020;72(3):1043-55.
25. Bernardi M, Caraceni P, Navickis RJ. Does the evidence support a survival benefit of albumin infusion in patients with cirrhosis undergoing large-volume paracentesis? *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 28 de diciembre de 2016;1-2.
26. gastrolat2015n200011.pdf [Internet]. [citado 25 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2015n200011.pdf>
27. Jonathan Steven Coello Vergara, Rina Victoria Mora Vera, Karla Lisette Flores Flores, ván Mauricio Cevallos López. Laparotomía por peritonitis secundaria. 30/10/2020. 30 de octubre de 2020;8.
28. Capote Leyva E, More Hernández Y, Rodríguez Apolinario N, Fors López EC, Martínez Piñeyro J, Rodríguez Durán E. Peritonitis secundaria a perforación intestinal en un paciente en diálisis peritoneal. *Revista Cubana de Medicina Militar*. junio de 2014;43(2):258-63.
29. Téllez-Ávila FI, Chávez-Tapia NC, Torre-Delgadillo A. Trastornos de coagulación en el cirrótico. *Revista de investigación clínica*. abril de 2007;59(2):153-60.
30. Barrufet M, Medrano J, Sánchez M, Fernández-Santamaría G, Mainar A, de Gregorio MÁ. Hemoperitoneo masivo tras paracentesis por punción de la arteria epigástrica inferior. 2007;6.
31. Ayala-Haro N, Sandoval-Illescas MC, Martínez-Navarro LJ, Cruz-Fabián S. Hemoperitoneo en pacientes con cirrosis hepática. 31 de junio de 2015;4.
32. «MINIPILDORAS de consulta rápida» - Manual para Residentes y Médicos de Familia [Internet]. MEDGEN S.A; 2019. 814 p. Disponible en: https://semg.es/archivos/ebook_minipildoras_semg.pdf#page=364
33. Szkodziak P, Czuczwar P, Pyra K, Szkodziak F, Paszkowski T, Tinto HR, et al. Ascites Index – an attempt to objectify the assessment of ascites. *J Ultrason*. 2018;18(73):140-7.
34. Fernando Javier Sotos Solano Tesis Doctoral.pdf [Internet]. [citado 26 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/67982/1/Fernando%20Javier%20Sotos%20Solano%20Tesis%20Doctoral.pdf>

35. Cárcamo VR. Universidad San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas escuela de estudios de postgrado. junio de 2017;40.
36. Montes de Oca Salinas F de M. Universidad Nacional Autónoma De México. julio de 2018;26.
37. Ramos MA. Factores predictores de supervivencia en pacientes cirróticos con ascitis refractaria tratados con derivación portosistémica percutánea intrahepática (TIPS). 2020;147.
38. Utilización de la albúmina [Internet]. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/11291/1/100401.pdf>

ANEXOS

Tabla 1
Distribución de la clasificación de ascitis refractaria

ASCITIS	SUMA DE PACIENTES	PORCENTAJE
ASCITIS INTRATABLE CON DIURETICOS	5	6,00%
ASCITIS RESISTENTE A DIURETICOS	77	94,00%
TOTAL	82	100%

Tabla 1: Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

Análisis: Se identificó 94% (77) de pacientes con ascitis resistente a diuréticos, siendo la mas frecuente. Mientras que a un 6% (5) pertenecen los pacientes con ascitis intratable con diuréticos.

Tabla 2
Distribución de las complicaciones mayores de la paracentesis evacuadora

COMPLICACIONES MAYORES	SUMA DE PACIENTES	PORCENTAJE
ABCESO DE LA PARED ABDOMINAL	3	4,00%
DISFUNCION CIRCULATORIA POSTPARACENTESIS	3	4,00%
HEMATOMA DE LA PARED ABDOMINAL	4	5,00%
SIN COMPLICACIONES MAYORES	72	87%
TOTAL	82	100%

Tabla2: Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

Análisis: Se identificó las complicaciones mayores de la paracentesis evacuadora. Siendo la mas frecuente el hematoma de la pared abdominal con 5% (4), además la disfunción circulatoria postparacentesis y absceso de pared abdominal con 4% (3)

Tabla 3
Distribución de las complicaciones menores de la paracentesis evacuadora

COMPLICACIONES MENORES	SUMA DE PACIENTES	PORCENTAJE
DOLOR POSPUNCIÓN	8	10,00%
HIPOSENSIÓN ARTERIAL	6	7,00%
SIN COMPLICACIONES MENORES	68	83,00%
TOTAL	82	100%

Tabla 3: Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

Análisis: Se identificó las complicaciones menores de la paracentesis evacuadora. Siendo la mas frecuente el dolor pospunción 10% (8). La hipotensión arterial es la segunda con 7% (6).

Tabla 4
Promedio de paracentesis realizadas

MEDIDAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS
PROMEDIO DE PARACENTESIS REALIZADAS	12
MÍNIMO DE EVACUACIONES	8
MÁXIMO DE EVACUACIONES	20
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	2.38

Tabla 4: Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

Análisis: Se identificó el promedio de 12 paracentesis evacuadora en el periodo de enero del 2019 a enero del 2020. Siendo el mínimo de evacuaciones 8 y el máximo 20. La desviación estándar de los pacientes que se realizaron paracentesis durante el año 2019 al 2020 con respecto a su promedio es de 2,38.

Tabla 5
Distribución de pacientes que utilizaron albúmina por paracentesis

UTILIZACIÓN DE ALBÚMINA	SUMA DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI UTILIZARON	64	78,04%
NO UTILIZARON	18	21,95%
TOTAL	82	100%

Tabla 5: Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

Análisis: Se identificó la distribución de pacientes que utilizaron albúmina. Los que si utilizaron tienen un porcentaje de 78,04% (64) y en cuanto a los que no 21,95% (18).

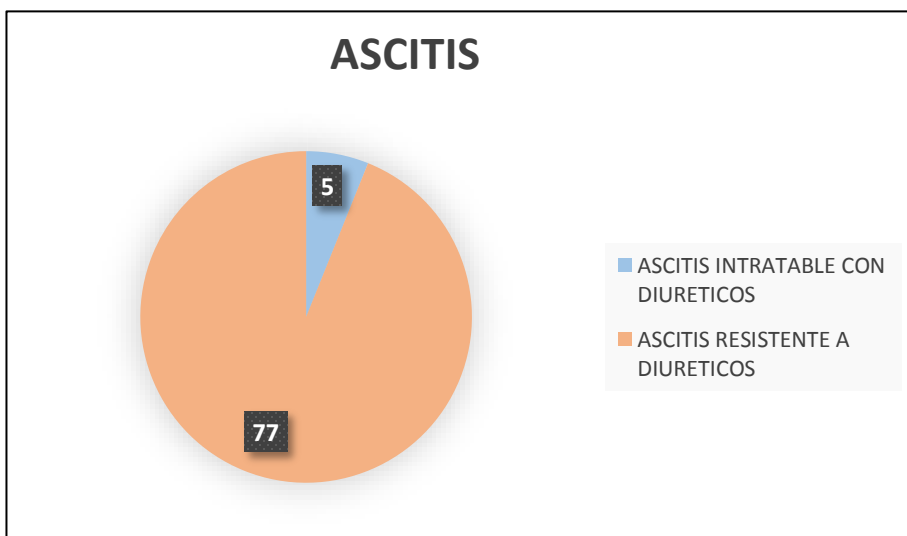


Gráfico 1
Clasificación de ascitis refractaria

Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

Análisis: En el gráfico 1 se representa que los pacientes con ascitis resistente a diuréticos son más frecuentes (77 %) que los pacientes con ascitis intratable con diuréticos (5%)

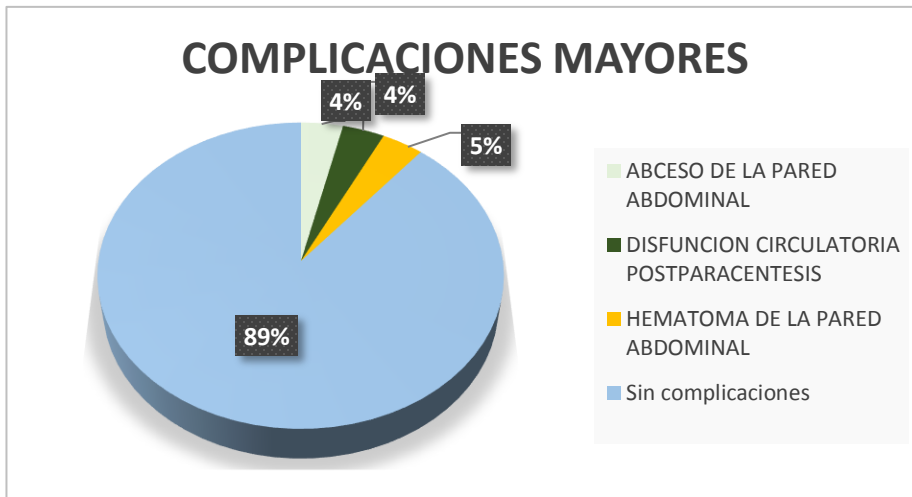


Gráfico 2
Complicaciones mayores de la paracentesis

Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

Análisis: La grafica 2 demuestra que la complicación mayor de la paracentesis evacuadora más frecuente es el hematoma de la pared abdominal (5%) mientras que el absceso de la pared abdominal y la disfunción circulatoria postparacentesis representan (4%)

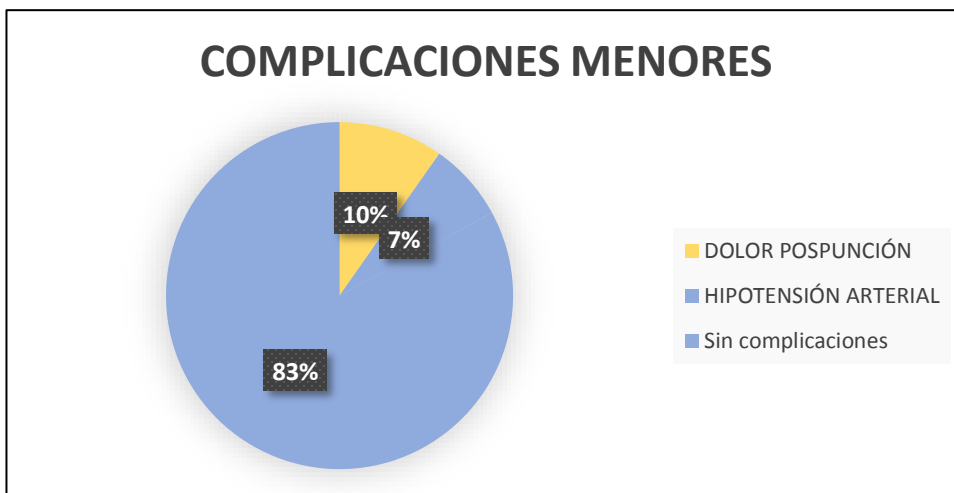


Gráfico 3
Complicaciones menores de la paracentesis

Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

Análisis: La grafica 3 demuestra que la complicación menor de la paracentesis evacuadora más frecuente es el dolor postpunción (10%) mientras que la hipotensión arterial representa (7%)

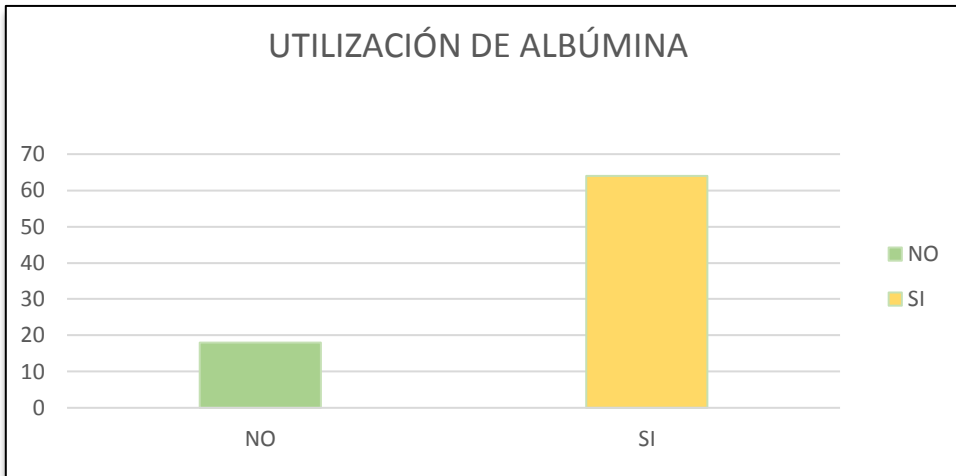


Gráfico 4
Pacientes que utilizaron albúmina por paracentesis

Elaborado por: Moreno Camposano Carolina, García Prado Ángel

Análisis: La grafica 4 representa el mayor porcentaje de los pacientes que utilizaron albumina en comparación a los que no la requirieron.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moreno Camposano Carolina del Cisne**, con C.C: # 0705463826 autora del trabajo de titulación: **Paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del norte de Guayaquil los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 10 de mayo del 2022

f. _____

Nombre: **Moreno Camposano Carolina Del Cisne**

C.C: **0705463826**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **García Prado Ángel Israel**, con C.C: # 1315905834 autor del trabajo de titulación: **Paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del norte de Guayaquil los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 10 de mayo de 2022

f. Ángel Israel García P.

Nombre: **García Prado Ángel Israel**

C.C: **1315905834**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del norte de Guayaquil los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020		
AUTOR(ES)	Moreno Camposano Carolina del Cisne García Prado Ángel Israel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Luis Fernando Arroba Raymondi		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de mayo de 2022	No. DE PÁGINAS:	38
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Gastroenterología, Cuidados Paliativos		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Paracentesis, Paliativo, Ascitis, Cirrosis, Complicaciones, Albumina		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Entre las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática encontramos a la ascitis que se refiere a la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal cuya fisiopatología se basa en un cambio de presiones que conllevan a la redistribución de líquidos en el organismo. De acuerdo a consensos internacionales se ha logrado clasificar a esta patología en una variante no complicada y en otra refractaria al tratamiento médico habitual, ramificándose en dos vertientes como son la resistencia a dosis máximas de diuréticos y efectos adversos provocados por los mismos medicamentos conociéndose como intratable. Hay diferentes tratamientos encaminados a tratar esta patológica de manera definitiva, pero lamentablemente todos los establecimientos de Salud no cuentan con este tipo de opciones llevando a cabo soluciones paliativas Metodología: Es un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Se realiza recolección de datos a partir de historias clínicas, organizadas y filtradas a través de la plataforma de Excel de pacientes que se atendieron en el Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos con diagnóstico definitivo de ascitis refractaria en el periodo de enero de 2010 hasta enero del 2020. Resultados: Al realizar una muestra de 82 pacientes se identificó que hubo un predominio de la variante resistente a diuréticos con 94% (70 pacientes) frente a 5 pacientes que presentaron la variante intratable a diuréticos 6% (5 pacientes). En cuanto a las complicaciones mayores la más frecuente fue el hematoma de la pared abdominal con 5% (4 pacientes) y la complicación menor más frecuente fue el dolor post punción con 10 % (8 pacientes). El número promedio de evacuaciones fue de 12 paracentesis en un año. Conclusión: El Hospital General del norte de Guayaquil Los Ceibos, al no contar con equipos necesarios para corregir la causa de ascitis refractaria, tiene como alternativa la técnica de paracentesis, la cual brinda alivio sintomático en los pacientes. El hematoma de la pared abdominal (5%) la complicación mayor más frecuente. En cuanto a las complicaciones menores, el dolor post punción (10%) fue el más evidenciado. El número promedio de evacuaciones fue de 12 paracentesis en un año. En cuanto a la distribución del uso o no de la albumina los datos arrojan un mayor porcentaje de requerimiento de este mismo (78,04%) frente a un (21,95%) que no la requirieron.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593979250482 +593992412334	E-mail: carolinamorenocci@gmail.com maquinariaspraga@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593 997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			