



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“COLESTASIS EN EL EMBARAZO”

Trabajo de titulación

Tipo: Análisis de casos

Presentado para optar el grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORA

LUIZA YADIRA VELOZ DAQUILEMA

Riobamba – Ecuador

2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“COLESTASIS EN EL EMBARAZO”

Trabajo de titulación

Tipo: Análisis de casos

Presentando para optar el grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORA: LUIZA YADIRA VELOZ DAQUILEMA

DIRECTORA: DRA. SARA ALICIA COLLAGUASO RODRIGUEZ

Riobamba – Ecuador

2019

@2019, Luiza Yadira Veloz Daquilema

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE: El **Trabajo de Titulación modalidad Análisis de Casos**, titulado “COLESTASIS EN EL EMBARAZO”, de responsabilidad de la señorita estudiante Luiza Yadira Veloz Daquilema ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Jorge Lara Granizo

FIRMA

DIRECTOR DEL TRABAJO DE

TITULACIÓN

Dra. Sara Collaguaso Rodríguez

FIRMA

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Lino Rojas Pérez

FIRMA

Riobamba, octubre 2019

Los juicios expuestos en el seguimiento del caso clínico con el tema: “COLESTASIS EN EL EMBARAZO”, como también contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación. El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, octubre 2019

LA AUTORA

DEDICATORIA

A mi abuela, Rosa Andrade, para el alma que ella dejó de guardia permanente, como una lucecita encendida, en mi casa, en mi cuerpo y en el nombre por el que amorosamente me llamaba.

A mi papito, Luis, por ser el hombre de mi vida. Quien con su paciencia y enseñanzas ha forjado mi carácter para convertirme en una mujer fuerte y valiente, me ha puesto límites y me ha dado libertades, preparándome para la vida real y sugiriéndome que lo haga a mi manera. Usted papito, que jamás ha dudado de mí y que es quien mejor comprende mi espíritu rebelde y el amasijo de contradicciones que soy, siempre será el amor de mis amores.

A mi mamita, Rosa, quien con su inextinguible amor ha permanecido a mi lado festejando mis triunfos y mostrándome en las derrotas, la oportunidad para convertirlas en aprendizaje. Porque a través de su inquebrantable fe, y ejemplo de valores me ha encaminado con rectitud.

A Indira, mi princesa gemela, quien con su ternura y bondad, me ha pintado un arcoíris en los días más grises. Por ser mi versión mejorada, y el motor que me inspira a triunfar. Por su sonrisa y sus cálidos abrazos, por hacer que reluzca mi lado más amable, por brindarme su tiempo y también su hombro para descansar.

A Naohmi, mi equilibrio y mi razón de ser, quien ha sido mi soporte en los momentos de mayor oscuridad, quien ha secado mis lágrimas y me ha dado no sólo su mano, sino su corazón enteramente para levantarme y demostrar quién soy. Porque a pesar de todos mis errores, jamás ha dejado de creer en mí y ha sido ella la artífice de que recupere mi esencia, la verdadera, por más atemorizante que a algunos resulte. Gracias por amar mis defectos, más que mis virtudes. Por devolverme la seguridad perdida, para saber que soy capaz de lograr lo que sea siempre que lo desee con el corazón, y poder mostrarle al mundo que algunos sueños si se hacen realidad.

Este logro, es más suyo que mío. Los amo infinitamente.

.

Yadira Veloz D.

AGRADECIMIENTO

A Dios, dueño y hacedor de la vida, por guiar cada paso de mi existencia y no dejarme desistir a pesar de los obstáculos que se han presentado.

A mi familia, que con su inmenso amor y apoyo, ha hecho posible que en el transcurso de este tiempo se haga realidad uno de mis más anhelados sueños.

A la Dra. Sara Collaguaso y al Dr. Lino Rojas, mis sabios maestros, a quienes estimo y admiro mucho tanto por sus conocimientos profesionales así como también por su calidad humana. Gracias a su tutela y cariño, hoy puedo celebrar este logro.

Yadira Veloz

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
CAPITULO i	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 DEFINICIÓN	4
1.2 EPIDEMIOLOGÍA	4
1.3 ETIOLOGÍA	5
1.4 FACTORES DE RIESGO	5
1.5 FISIOPATOLOGÍA	5
1.6 CLÍNICA	7
1.7 DIAGNÓSTICO	7
EXAMEN CITOBACTERIOLÓGICO DE LA ORINA	10
ECOGRAFÍA ABDOMINAL (HÍGADO, VÍAS BILIARES, VASOS HEPÁTICOS)	10
1.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	10
1.9 TRATAMIENTO	11
1.10 COMPLICACIONES	12
CAPITULO II	14
2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	14
2.1 DATOS DE FILIACIÓN	14
2.2 ANTECEDENTES PERSONALES	14
2.4 ANTECEDENTES FAMILIARES	16
2.5 ENFERMEDAD ACTUAL	16
2.6 REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS	16
2.7 EXAMEN FÍSICO	16
2.8 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	17
2.9 EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN:	18
2.10 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	29
2.10 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	32
2.11 TRATAMIENTO	32
2.12 SEGUIMIENTO POSTHOSPITALIZACIÓN	33
CAPITULO III	34
3 HALLAZGOS	34
CONCLUSIONES	36
CONSENTIMIENTO INFORMADO	40
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	41
BIBLIOGRAFÍA	42

INDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Cambios fisiológicos normales en pruebas de laboratorio durante el embarazo	2
Tabla 2-1: Enfermedades hepáticas propias del embarazo.	3
Tabla 3-1: Principales elementos del diagnóstico de una hepatopatía durante el embarazo.....	9
Tabla 1-2: Biometria Hemática.....	29
Tabla 2-2: Química Sanguinea.....	30
Tabla 3-2: Serología.....	30
Tabla 4-2: Elemental y Microscópico de Orina	30

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1-1: Algoritmo de la colestasis intrahepática	9
--	---

RESUMEN

Pacientes embarazadas con hepatopatía es un problema común y representa un escenario clínico desafiante al tener que considerar no solo la salud de la madre, sino también al feto. Las alteraciones bioquímicas pueden deberse a múltiples causas, siendo las enfermedades hepáticas propias del embarazo las más frecuentes, en el presente estudio tratamos sobre la colestasis intrahepática del embarazo que es una forma reversible de colestasis, de causa multifactorial que se presenta entre el segundo y el tercer trimestre de gestación, se caracteriza por la dificultad para la síntesis de los componentes de la bilis hacia el canalículo biliar; clínicamente esta patología se presenta con prurito que es el signo dominante con predominio en palmas y plantas que luego se generaliza hasta afectar tronco y cara, empeorando durante la noche, ocasionando insomnio; bioquímicamente se caracteriza por el aumento de ácidos biliares; su diagnóstico es clínico y por exclusión de otras patologías, la mayoría de las complicaciones ocurren cuando los niveles de ácidos biliares exceden $40 \mu \text{mol/l}$. El objetivo primordial del tratamiento es reducir los síntomas maternos, mejorar los parámetros bioquímicos, optimizar la viabilidad del feto; el tratamiento de primera elección es ácido ursodesoxicólico en dosis de $10-15 \text{ mg / kg}$ y es bien tolerado y seguro tanto para la madre como para el feto; aunque el pronóstico materno es excelente; en cuanto al riesgo fetal se incluyen el nacimiento pre término, líquido amniótico meconial, APGAR bajo, sufrimiento fetal y muerte in útero. En el presente caso clínico se estudia a paciente con presentación de colestasis intrahepática durante el tercer trimestre con presentación clínica clásica, leve elevación de parámetros bioquímicos, a pesar de evolución favorable de paciente, se produce óbito fetal, complicación más frecuente en esta patología.

Palabras Clave: <COLESTASIS> <EMBARAZO> <HEPATOPATÍA> <QUÍMICA HEPÁTICA> <ACIDO URSODESOXICOLICO>

ABSTRACT

The biochemical alterations can be due to multiple causes, being the liver diseases of pregnancy the most frequent, the present study deals with the intrahepatic cholestasis that is a reversible form of cholestasis, of multifactorial cause that occurs between the second and third trimesters of pregnancy, is characterized by the difficulty for the synthesis of the components of bile to the bile canaliculum; clinically this pathology presents with pruritus which is the dominant sign with predominance in palms and plants which then generalizes to the trunk and face, worsening during the night, causing insomnia; Biochemically it is characterized by the increase of bile acids; its diagnosis is clinical and by exclusion of other pathologies, most complications occur when bile acid levels exceed 40 u mol / l. The primary objective of treatment is to reduce maternal symptoms, improve biochemical parameters, optimize the viability of the fetus; the first choice treatment is ursodeoxycholic acid in doses of 10-15 mg / kg and is well tolerated and safe for both the mother and the fetus; although the maternal prognosis is excellent; Fetal risk includes preterm birth, meconium amniotic fluid, low APGAR, fetal distress, and in utero death. In the present clinical case, a patient with intrahepatic cholestasis was studied during the third trimester with classic clinical presentation, slight elevation of biochemical parameters, despite a favorable patient evolution, fetal death occurs, more frequent complication in this pathology.

Keywords: <CHOLESTASIS> <PREGNANCY> < HEPATHOPATY > < HEPATIC CHEMISTRY> <URSODEOXYCHOLIC ACID>

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El manejo de pacientes en estado de gestación con enfermedad hepática es un problema común y representa un escenario clínico desafiante al tener que considerar no solo la salud de la madre, sino también al feto. (Tran, et al., 2016, p. 1)

Existen cambios fisiológicos que se dan en el embarazo. De todas las alteraciones bioquímicas la fosfatasa alcalina y la alfafetoproteína son aquellas que mayormente se alteran por la producción placentaria; a su vez, y como resultado de la hemodilución, existe una pseudo disminución de la concentración sérica de albúmina. Sin embargo todos estos cambios no son significativos en las transaminasas, en la bilirrubina y/o en el tiempo de protrombina (Velarde, et al., 2019, p. 68)

Tabla 1-1: Cambios fisiológicos normales en pruebas de laboratorio durante el embarazo

AST/ALT	↔
Bilirrubina	↔
Protrombina/ INR	↔
Albumina	↓
Fosfatasa alcalina	↑
Hemoglobina	↓
Alfa fetoproteína	↑

Fuente: Tran Tram., Ahn Joseph & Reau Nancy, 2016. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. Pp 3.

Las alteraciones en la química hepática durante el embarazo pueden deberse a múltiples causas, siendo las enfermedades hepáticas propias del embarazo las más frecuentes (Velarde, et al., 2019)

Las hepatopatías observadas durante el embarazo pueden clasificarse en tres grupos:

- Hepatopatías gravídicas propias del embarazo
- Hepatopatías agudas intercurrentes que aparecen de manera fortuita durante el embarazo
- Hepatopatías crónicas (preexistentes al embarazo) que pueden ponerse de manifiesto por el embarazo o diagnosticarse fortuitamente durante el embarazo

(Bacq, 2017, p. 2)

Dentro de las lesiones hepáticas exclusivas del embarazo se resuelven posteriores al parto por lo que es necesaria la identificación precisa del tipo de patología y el impacto potencial en la salud materna y fetal. (Tran, et al., 2016, p. 6)

Para el diagnóstico de la patología es necesaria la edad gestacional ya que ciertas patologías se dan solamente en ciertos trimestres:

Tabla 2-1: Enfermedades hepáticas propias del embarazo.

Patología	Trimestre	Manejo
Hiperémesis gravídica	Primeras 20 semanas	Tratamiento de soporte
Colestasis intrahepática del embarazo	Segundo/tercero	Ácido ursodesoxicólico 10-15 mg/kg tempranamente antes de las 37 semanas
Hígado graso agudo del embarazo	Tercero	El lactante debe ser monitoreado para detectar manifestaciones de deficiencia de 3-hidroxiacil-coenzima A de cadena larga deshidrogenasa, que conllevan hipoglucemia hipocetótica e hígado graso
Eclampsia/Preeclampsia	Después de las 20 semanas	Después de las 36 semanas de gestación se debe interrumpir el embarazo
Síndrome de Hellp	Después de las 20 semanas	Terminación del embarazo después de las 34 semanas. Se debe considerar la transfusión de plaquetas de 40,000–50,000 células / μ l antes del parto, especialmente si cesárea es por vía alta

Fuente: Tran Tram., Ahn Joseph & Reau Nancy, 2016. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. Pp 6.

La aparición de una hepatopatía durante el embarazo debe evocarse fácilmente y confirmarse con rapidez mediante la realización de pruebas hepáticas. (Bacq, 2017, p. 1)

En el presente trabajo se estudiará la colestasis hepática.

1.1 Definición

La colestasis intrahepática es una patología multifactorial que se presenta entre el segundo y el tercer trimestre de gestación. (Tran, et al., 2016, p. 7)

La colestasis intrahepática gravídica aparece a partir de la semana 20 de gestación, cuando la concentración de estrógenos es máxima. (Ilbáez & Díaz, 2016, p. 638)

Es una forma reversible de colestasis. (Westbrook, et al., 2016, p. 934)

Fue descrita inicialmente por *Ahlfeld*, en 1983, y presenta variaciones geográficas, además de cierta susceptibilidad entre algunos países y grupos étnicos según últimos estudios se ha visto que la mayor incidencia a nivel mundial se da en Bolivia, en Escandinavia, y en los indígenas araucanos de Chile, con una prevalencia de 1 a 2,4%. (Rodríguez, et al., 2018, p. 595)

Se caracteriza por la dificultad para la síntesis o secreción de los componentes de la bilis hacia el canalículo biliar. (Ilbáez & Díaz, 2016, p. 635)

Este síndrome puede amenazar gravemente el crecimiento y el desarrollo fetal, provocar un sufrimiento fetal intrauterino e incluso la muerte intrauterina. (Liping, et al., 2019, p. 2979)

1.2 Epidemiología

Las mujeres embarazadas a pesar de ser un grupo poblacional que en su mayoría son sanas y jóvenes, entre el 3-5% de estas presentan alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático durante este periodo. (Velarde, et al., 2019, p. 68)

La colestasis intrahepática es la hepatopatía en el embarazo más común con una prevalencia entre 0,3.al 5.6% (Tran, et al., 2016, p. 6); su incidencia de colestasis intrahepática oscila entre 0,2%-2% y varía dependiendo de los factores de riesgo. (Tercero, et al., 2017, p. 53)

Es más frecuente en caso de embarazo gemelar y en mujeres que han recibido tratamiento de fertilidad. (Bacq, 2017, p. 3)

Esta patología tiene una alta tasa de recurrencia en embarazos posteriores con una incidencia variable que va del 3 al 5%. (Westbrook, et al., 2016, p. 934)

1.3 Etiología

Su etiología es desconocida; existen datos que involucran el efecto de hormonas reproductivas en mujeres genéticamente susceptibles y factores genéticos con patrón dominante limitado al sexo, no está asociado a ninguna patología dermatológica a excepción de excoriación producida por el rascado, la tasa de recurrencia en embarazos posteriores es de 60-70%. (Tercero, et al., 2017, p. 53)

Si posterior al parto el valor de enzimas hepáticas no se normaliza se deben buscar alternativas diagnósticas. (Tran, et al., 2016, p. 7)

1.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo para la colestasis intrahepática son:

- Edad materna avanzada
- Historia de colestasis secundaria a anticonceptivos orales
- Historia familiar de colestasis intrahepática
- Pacientes con hepatitis C
- Colelitiasis
- Enfermedad de hígado graso alcohólica o no alcohólica

(Tran, et al., 2016, p. 7)

1.5 Fisiopatología

Los ácidos biliares se sintetizan a partir del colesterol en el hígado, esta función es importante para la absorción de lípidos y materiales solubles en lípidos. La síntesis apropiada de ácidos biliares juega un papel crucial en la prevención de los efectos tóxicos de los ácidos biliares; por otra parte, 7 α -hidroxilasa (CYP7A1), que desempeña un papel en la síntesis de ácidos biliares, y constituye el paso limitante de la velocidad de la síntesis. Está estrictamente regulado por las vías de los receptores nucleares, como el receptor X farnesoide (FXR o NR1H4), y la retroalimentación negativa de la circulación enterohepática. El factor de crecimiento de

fibroblastos 19 (FGF-19) es una hormona endocrina expresada esencialmente por las células epiteliales intestinales del íleon, y es activado por el aumento de los ácidos biliares. Como correceptor de FGF-19, la transmembrana la proteína β -klotho es otro regulador del ácido biliar. La homeostasis, y se expresa en el hígado, páncreas y tejido adiposo, siguiendo la activación intestinal, FGF-19 entra en la circulación enterohepática, donde se une a fibroblastos, al factor de crecimiento receptor 4 (FGFR4) encontrado en los hepatocitos a través de un proceso mediado por β -klotho, y disminuye la transcripción de CYP7A1. A través de retroalimentación negativa, inhibe la síntesis de ácido biliar, disminuye los niveles de ácidos biliares y previene el daño hepático que podría ocurrir debido a los efectos tóxicos de los ácidos biliares. (Tanay , et al., 2018, p. 2)

Los dos principales factores desencadenantes son genéticos y hormonales, pero probablemente existan factores exógenos o medioambientales que modifican la expresión de los factores genéticos. (Bacq, 2017, p. 5)

Entre los genes implicados en la colestasis o la litogénesis, el gen *ABCB4* (*ATP binding cassette B4*) que codifica la proteína MDR3 (*multidrug resistance 3*) es el que se ha estudiado más en la CIH. El gen *ABCB4*, localizado en el brazo largo del cromosoma 7, codifica la proteína MDR3, situada en el polo canalicular de los hepatocitos. Esta proteína MDR3 permite la translocación de la fosfatidilcolina a través de la membrana canalicular. Un déficit funcional de la proteína MDR3 da lugar a una disminución de la concentración de fosfatidilcolina (principal fosfolípido) en la bilis y favorece la aparición de una litiasis biliar colesterólica y de una colestasis. Las mutaciones del gen *ABCB4* en estado homocigótico son responsables de la colestasis intrahepática familiar progresiva de tipo 3 (CIFP3), que se manifiesta en la infancia. (Bacq, 2017, p. 4)

En lo referente a los factores hormonales, el papel de los estrógenos estaba bien establecido en las pacientes con colestasis, pero también se han evidenciado en estas pacientes anomalías del metabolismo de la progesterona; también se ha demostrado que un tratamiento con progesterona natural prescrito durante el embarazo por una amenaza de parto prematuro podía favorecer la aparición de una colestasis intrahepática; las variaciones de la frecuencia de la CIE a lo largo del tiempo y por la distribución geográfica se sugiere la existencia de factores exógenos. (Bacq, 2017, p. 4)

La deficiencia de selenio durante el embarazo, los defectos del gen *ATP8B1* en mujeres embarazadas y el citocromo P450 1A2 positivo (*CYP1A2*), un gen del metabolismo del estrógeno, son factores relacionados que contribuyen a la CIH. (Liping, et al., 2019, p. 2982)

Varios estudios han revelado cambios asociados a la CIH en los niveles de expresión de varios genes y proteínas en muchas categorías funcionales, incluyendo apoptosis, estrés oxidativo, metabolismo lipídico, crecimiento celular y respuesta inmune; sin embargo, la etiología de la colestasis intrahepática gestacional sigue siendo mal entendida. (Zou, et al., 2018, p. 1481)

1.6 Clínica

Clínicamente esta patología se presenta con prurito que es el signo dominante, que se ve hasta en el 23% predominando en palmas y plantas que luego se generaliza hasta afectar tronco y cara, empeorando durante la noche, ocasionando insomnio; además se caracteriza por el aumento de la concentración ácida de la bilis sérica. (Tercero, et al., 2017, p. 53)

El prurito desaparece en los días que siguen al parto. (Bacq, 2017, p. 3)

La ictericia ocurre en <25% de las pacientes con colestasis intrahepática y se presenta siempre después del inicio del prurito; caso contrario si la ictericia se presenta como primer síntoma será necesaria una evaluación exhaustiva para explicar alternativas diagnósticas. (Tran, et al., 2016, p. 7)

También se puede manifestar con náusea, malestar general, insomnio, irritabilidad y esteatorrea por mala absorción de grasas debida a la deficiencia de ácidos biliares en el intestino. (Tercero, et al., 2017, p. 54)

La mala absorción de las grasas puede dar lugar a deficiencias de vitaminas solubles en grasa requiriendo suplementación. (Tran, et al., 2016, p. 7)

El puerperio de una mujer con colestasis intrahepática gestacional es de muy buen pronóstico y los signos y síntomas en este periodo suelen ceder. (Tercero, et al., 2017, p. 55)

El cuadro clínico más acentuado se asocia a la evolución obstétrica desfavorable. (Rodríguez, et al., 2018, p. 602).

1.7 Diagnóstico

El diagnóstico se realiza clínicamente, con exámenes de laboratorio en ayunas con o sin aumento de enzimas hepáticas, por exclusión de otras patologías hepáticas y otras causas de prurito. Se recomienda excluir otras causas de prurito y disfunción hepática: perfil de hepatitis A, B y C, pruebas de detección del virus de Epstein Barr y Citomegalovirus, estudios de autoinmunidad para hepatitis crónica, cirrosis biliar primaria y ultrasonido hepático. (Tercero, et al., 2017, p. 54)

El prurito sin lesiones dérmicas que expliquen el mismo, es el indicador clínico principal. (Tercero, et al., 2017, p. 55)

1.7.1 Laboratorio: Las alteraciones en la química hepática son más frecuentes en pacientes jóvenes, durante el tercer trimestre de gestación y las enfermedades hepáticas propias del embarazo representan la etiología más prevalente. (Velarde, et al., 2019, p. 68)

Las concentraciones de ácidos biliares son típicamente $> 10 \mu \text{mol} / \text{l}$, con niveles aumentados de ácido cólico y quenodeoxicólico disminuido, aumento de la concentración de ácido biliar ($> 40 \mu \text{mol} / \text{l}$) este es un factor que puede identificar mayor riesgo, y muchas veces puede ser el único marcador bioquímico anormal presente; los niveles de ácidos biliares también se correlacionan directamente con el bienestar fetal. (Tran, et al., 2016, p. 7)

Como en toda colestasis, puede haber un aumento del colesterol en todas sus fracciones, a excepción las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que desciende. (Tercero, et al., 2017, p. 54)

La mayoría de las complicaciones ocurren cuando los niveles de ácidos biliares exceden $40 \mu \text{mol} / \text{l}$. Los niveles de aminotransferasa también pueden estar elevados, alcanzando valores $> 1,000 \text{ U} / \text{l}$ se debe realizar una ecografía para excluir la colelitiasis. (Tran, et al., 2016, p. 7)

Los niveles altos de ácidos biliares producen efectos como, edema de vellosidades coriónicas, vasoconstricción en vasos sanguíneos placentarios y umbilicales que producen a su vez, hipoxia fetal. (Tercero, et al., 2017, p. 53)

1.7.2 Imagenología: El ultrasonido hepático puede ser útil para excluir otras causas de colestasis o revelar cálculos biliares en la vesícula biliar pero no para hacer el diagnóstico definitivo de colestasis intrahepática. (Tercero, et al., 2017, p. 54)

Según el algoritmo presentado en (Tapia & Rangel, 2019, pp. 199-200)

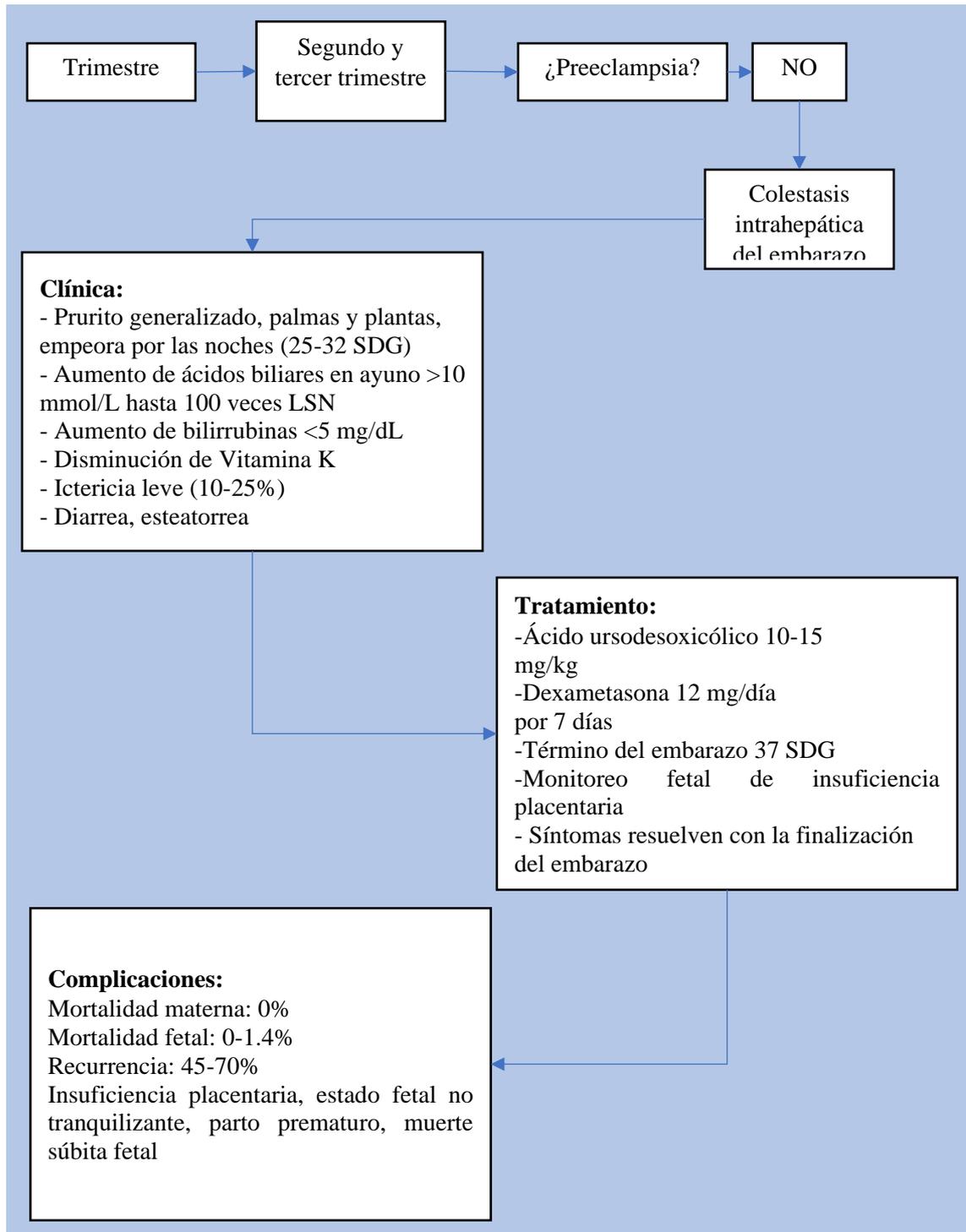


Ilustración 1-1: Algoritmo de la colestasis intrahepática

Fuente: Tapia, D &, Rangel, M., 2019. Enfermedades hepáticas del embarazo, *Flash MD*, 10 (2), pp 199-200

Tabla 3-1: Principales elementos del diagnóstico de una hepatopatía durante el embarazo

<p>Anamnesis</p> <p>Término del embarazo actual</p> <p>Antecedentes personales y familiares: colestasis intrahepática</p>
--

gravídica, hepatopatía ligada a la anticoncepción oral, litiasis biliar Toma de medicamentos Prurito generalizado Dolor abdominal Náuseas-vómitos Poliuria-polidipsia
Exploración física Temperatura Presión arterial Proteinuria Dolor a la palpación del hipocondrio derecho Vesículas herpéticas (piel y mucosas)
Exámenes biológicos sanguíneos Hemograma con plaquetas Pruebas hepáticas de rutina Tiempo de protrombina Creatininemia Uricemia Glucemia Ionograma Serologías de hepatitis víricas (A, B y D si Ag HBs positivo, C y E) Serología de Citomegalovirus Si es posible, determinación de la concentración sérica de ácidos biliares totales
Examen citobacteriológico de la orina
Ecografía abdominal (hígado, vías biliares, vasos hepáticos)
Control de las pruebas hepáticas a distancia del parto (por ejemplo, a los 3 meses)

Fuente: Cacq, Y., 2017. Hepatopatías gravídicas. *ELSELVIER*, 20(3), pp2.

1.8 Diagnóstico diferencial

Tempranamente se debe tener en cuenta los siguientes diagnósticos diferenciales: hepatitis virales, hepatitis autoinmunes, colangitis primaria, enfermedad de Wilson, hígado graso, obstrucción de vía biliar extra hepática y síndrome HELLP. (Tercero, et al., 2017, p. 54)

Una colestasis durante el embarazo raramente tiene relación con una enfermedad litiásica, en particular cuando se manifiesta por un prurito. Debe efectuarse una ecografía del hígado y las vías biliares ante la menor duda y, en la práctica, se solicita sistemáticamente una ecografía hepatobiliar; una colestasis puede tener relación con una infección urinaria, y una CIG puede empeorar debido a una infección urinaria. (Bacq, 2017, p. 3)

Ante la presencia de prurito siempre se debe contar con la valoración de un especialista en dermatología debido a que la presencia de lesiones que no sean producto del rascado descartaría la CIE. (Ilbáez & Díaz, 2016, p. 134)

1.9 Tratamiento

El objetivo primordial del tratamiento médico es reducir los síntomas maternos, mejorar los parámetros bioquímicos, optimizar la viabilidad del feto, reducir el sufrimiento fetal, la prematuridad y la muerte intrauterina. (Tercero, et al., 2017, p. 54)

El tratamiento de primera elección es ácido ursodesoxicólico en dosis de 10-15 mg / kg y es bien tolerado y seguro tanto para la madre como para el feto. (Tran, et al., 2016, p. 7)

Este medicamento es efectivo ya que incrementa el flujo biliar, otorgándole protección a las células hepáticas para evitar la muerte de dichas células y disminuyendo de esta manera la secreción de los ácidos biliares; a partir de las 37 semanas se debe considerar la terminación del embarazo (Tercero, et al., 2017, p. 55)

Un metaanálisis reciente también encontró que las mujeres que recibieron UDCA tuvieron mejores resultados con menos prurito, enzimas hepáticas mejoradas y mejor resultado fetal y neonatal y se ha demostrado que UDCA es más eficaz que la colestiramina o dexametasona en el control del prurito; la dexametasona puede ser utilizada, si es necesario, para promover la madurez pulmonar fetal antes del parto, ante la mayor tasa de prematuridad en la colestasis intrahepática. (Tran, et al., 2016, p. 7)

Sin embargo ningún medicamento previene el riesgo secundario a óbito fetal por CIE. (Ilbáez & Díaz, 2016, p. 132)

La toma de 25-50 mg de hidroxizina por la noche puede mejorar la tolerancia al prurito. (Bacq, 2017, p. 4)

Existe 1/3 de mujeres en las que el uso de UDCA no mejora los síntomas ni los parámetros bioquímicos y se debe considerar el uso concomitante con Rifampicina que potencia como agonista. (Westbrook, et al., 2016, p. 935)

Durante el embarazo se debe hacer un seguimiento del prurito, utilizando la siguiente escala:

- Estadio 0: ausencia de prurito

- Estadio 1: prurito ocasional (no todos los días)
- Estadio 2: prurito moderado (presente todos los días de manera discontinua y menos del 50% del tiempo)
- Estadio 3: prurito grave (más del 50% del tiempo)
- Estadio 4: prurito continuo de día y de noche (Bacq, 2017, p. 4)

Los niveles séricos de ácidos biliares fluctúan y aumentan con el avance de la gestación, así que son necesarios los controles bioquímicos semanales. (Westbrook, et al., 2016, p. 935)

Se debe considerar la terminación del embarazo antes de las 37 semanas de gestación bajo 2 circunstancias:

- Prurito materno intenso que no cede ante la instauración de tratamiento farmacológico
- Antecedentes de óbito fetal por colestasis intrahepática con recurrencia en el actual embarazo (Ilbáez & Díaz, 2016, p. 132)

1.10 Complicaciones

Un aspecto importante que determina la evolución clínica es el reconocimiento temprano de estas patologías, ya que pueden cursar asintomáticas y sólo manifestarse bioquímicamente. (Velarde, et al., 2019, p. 69)

La evolución materna es favorable una vez terminado el embarazo sin daños a largo plazo más que el riesgo de recidiva en el siguiente embarazo.

Los riesgos para el feto incluyen: nacimiento pre término en un 60%, líquido amniótico meconial en un 16-58%, APGAR bajo, sufrimiento fetal y muerte in útero 90%. (Velarde, et al., 2019, p. 53)

Se estimula el parto temprano a las 37 semanas, ya que óbito fetal es más común en el último mes de embarazo y pocas muertes ocurren antes de las 37 semanas. (Tran Tram , et al., 2016, p. 7)

Un metaanálisis reciente concluyó que el peso de los neonatos de madres con CIE era inferior que los procedentes de gestaciones normales; sobre todo cuando el debut era más temprano, antes de la semana 32. (Rodríguez, et al., 2018, p. 601)

Se ha demostrado que el índice IP de la arteria umbilical así como el índice SD son útiles para determinar el destino perinatal. (Ibáñez & Díaz, 2016, p. 132)

La prevalencia de muerte fetal después de las 24 semanas de gestación en mujeres con colestasis intrahepática fue del 3-44% en comparación a mujeres sin esta patología cuya mortalidad oscila entre 0,3-0,4%. (Palmer, et al., 2019, p. 1)

CAPITULO II

2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Paciente de 35 años de edad, sexo femenino que ingresa al Hospital General IESS Latacunga el 23 de noviembre 2018 cursando embarazo de 34 semanas de gestación, por presentar dolor abdominal de gran intensidad.

2.1 Datos de filiación

Paciente NN de 35 años de edad, que nace y reside en Salcedo, provincia de Cotopaxi, se autoidentifica como mestiza, instrucción bachiller, estado civil soltera, ocupación costurera, religión católica, grupo sanguíneo ORH +.

2.2 Antecedentes personales

2.2.1 *Clínicos*

- Miomatosis uterina desde hace 1 año con tratamiento conservador

2.2.2 *Quirúrgicos*

- Apendicectomía grado IV hace 8 años

2.2.3 *Alergias*

- No refiere

2.2.4 *Gineco-Obstétricos*

- Menarquia: 12 años
- Telarquia: 12 años
- Pubarquia: 12 años
- Ciclos irregulares, por 4 días, cada 29-33 días, flujo moderado
- Síndrome premenstrual: no refiere
- Planificación: ninguna
- Inicio vida sexual: 28 años
- Vida sexual: activa
- Parejas: 2
- Paptest: uno hace 6 años con infección que no especifica sin embargo manifiesta que fue tratada

Fecha de última menstruación: 30/03/2018; edad gestacional: 34 semanas; fecha probable de parto: 04 de enero del 2019.

Gestas: 0

Partos: 0

Abortos: 0

Cesáreas: 0

Hijos vivos: 0

Hijos muertos: 0

Gesta actual:

- Controles: 6
- Ecografías: 4
- Ácido fólico: Si
- Hierro: Si
- Calcio: Si
- Vitaminas: Si
- Vacuna antitetánica: Si
- Pruebas serológicas: No

- Plan de parto y emergencia: Si

2.4 Antecedentes familiares

- Abuelo paterno y tíos paternos: leucemia
- Abuelo materno: infarto agudo de miocardio

2.5 Enfermedad actual

Paciente de 35 años de edad, primigesta cursando 34 semanas de gestación por fecha de última menstruación, acude a esta casa de salud debido a que hace 48 horas como fecha real y aparente presenta dolor abdominal de gran intensidad tipo contracción localizado en hipogastrio que se irradia hacia zona lumbar, además síntoma se acompaña de prurito generalizado, cefalea holocraneana y acufenos; es valorada por médico tratante quien decide su ingreso.

2.6 Revisión de aparatos y sistemas

Piel y anexos: Paciente refiere que desde hace 2 semanas sin causa aparente presenta prurito en palmas y plantas, mismo que se intensifica en las noches.

2.7 Examen físico

A su ingreso paciente con los siguientes signos vitales: Presión arterial 105/60 mmHG, frecuencia cardíaca 93 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 73% aire ambiente, temperatura axilar 36,8 grados centígrados, proteinuria en tirilla negativa. **SCORE MAMA: 3**

Antropometría: No consta en la nota de ingreso a Emergencia ni en las evoluciones del sistema AS400, de las que se tomó la información para el desarrollo de este caso.

Paciente consciente, orientada en las tres esferas.

Cabeza normocefálica, cabello de implantación acorde a edad y sexo, ojos pupilas reactivas a la luz, conjuntivas ictéricas, nariz fosas nasales permeables, boca mucosas orales semihúmedas, piezas dentales en buen estado general, orofaringe no congestiva.

Cuello móvil, no se palpan adenopatías, tiroides 0b.

Tórax simétrico, expansibilidad conservada, corazón rítmico, no soplos, pulmones murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos.

Abdomen gestante, presencia de feto único vivo cefálico, longitudinal izquierdo, frecuencia cardíaca fetal 128 latidos, movimientos fetales presentes, actividad uterina 2/10/30.

Región inguinogenital: genitales de nulípara, no pérdidas transvaginales, tacto vaginal cuello cerrado.

Extremidades tono, fuerza y movilidad conservadas, no edemas.

Examen neurológico: Glasgow 15/15

2.8 Impresión diagnóstica

- Embarazo de 34 semanas por fecha ultima menstruación
- Amenaza de parto pretérmino
- A descartar Trastorno Hipertensivo (Síndrome de Hellp)
- A descartar Hepatitis víricas (A,B)
- A descartar Colestasis intrahepática

2.9 Evolución de la paciente en hospitalización:

23/11/2018

A su ingreso se instauro tratamiento tocolítico con nifedipino 10 miligramos via oral cada 8 horas y se realiza maduración pulmonar con betametasona 12 miligramos via intramuscular cada 24 horas (2 dosis).

Cuando la paciente sube desde el servicio de Emergencia hasta el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital, se le vuelven a tomar los signos vitales porque llama la atención la Saturación de Oxígeno < 85% lo que da un Score Mama de 3, además se quiere descartar un trastorno hipertensivo por lo que es necesario medir uno de los parámetros, la Tensión Arterial.

- Tensión arterial: 105/60 milímetros de mercurio
- Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto
- Frecuencia cardíaca: 93 latidos por minuto
- Saturación de oxígeno: 93 % aire ambiente
- Temperatura: 36,8 grados centígrados

Luego de medir los signos vitales nuevamente, se cambia el valor del Score Mama a 0.

A las 21:00 la paciente refiere disminución de las contracciones así como también de la intensidad del prurito. No náuseas ni vómitos. Niega alza térmica.

Se realiza monitoreo fetal que reporta:

- Frecuencia cardíaca fetal: 120-160 lpm basal: 128 latidos
- Actividad uterina: negativa
- Movimientos fetales: presentes
- Aceleraciones: presentes
- Desaceleraciones: ausentes
- Variabilidad: medianas oscilaciones

Monitoreo satisfactorio

Categoría I

Los resultados de los exámenes de laboratorio muestran que existe una elevación de las enzimas hepáticas (ALT=288, AST=207, LDH=518). Mientras que la prueba de ANTI-HAV es negativa, razón por la que se descarta la Hepatitis A.

24/11/2018

En el pase de visita de la mañana, la paciente refiere una leve mejoría de la sintomatología que presentó al momento del ingreso. Persiste la fascie icterica pese a que se descartó la hepatitis A con el examen de laboratorio. Los signos vitales nos dan una puntuación del Score Mama de 0. Monitoreo fetal satisfactorio, categoría I.

Se prescriben las siguientes indicaciones:

- 1.- Dieta sin grasa y sin lácteos
- 2.- Control de signos vitales
- 3.- Control de frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales, actividad uterina cada 30 minutos
- 4.- Monitoreo fetal cada 6 horas
- 5.- Dextrosa en agua 5% 1000 mililitros intravenoso de mantenimiento
- 6.- Nifedipino 10 miligramos via oral cada 8 horas
- 7.- Betametasona 12 miligramos intramuscular 12 miligramos via intramuscular cada 24 horas
- 8.- Perfil hepático repetir
- 9.- Signos de alarma
- 10.-Novedades

En el transcurso del día no se evidencian cambios significativos en la clínica de la paciente; el prurito en palmas y plantas se intensifica en la noche lo que le ocasiona insomnio. Además las transaminasas continúan elevadas (ALT=269, AST=192. GGT=74). La actividad uterina es negativa, los monitoreos indicados no han variado y se mantienen dentro de la categoría I. La puntuación del Score Mama sigue siendo 0. El reporte de la ecografía abdominal es normal, no se evidencian lesiones focales ni difusas.

25/11/2018

En el pase de visita de la mañana, paciente refiere que se siente mejor en comparación al día de su ingreso pese a que el prurito persiste, ha disminuido su intensidad. Niega alza térmica, náusea o vómitos durante la noche.

Signos vitales:

*Tensión arterial: 105/60 milímetros de mercurio

*Frecuencia cardiaca: 75 latidos por minuto

*Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto

*Saturación de oxígeno: 93 %

*Temperatura: 36.5 grados centígrados

*Glasgow: 15 / 15

Score Mama: 0

Monitoreo Fetal satisfactorio, categoría I

Se prescriben las siguientes indicaciones:

- 1.- Dieta sin grasa sin lácteos
- 2.- Control de signos vitales
- 3.- Control de frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales, actividad uterina cada 30 minutos
- 4.- Monitoreo fetal cada 6 horas
- 5.- Dispositivo intravenoso sin heparina
- 6.- Perfil toxémico
- 7.- N-acetil cisteína 600 miligramos via oral cada 12 horas
- 8.- Signos de alarma
- 9.- Proteinuria en orina de 24 horas
- 10.- Novedades

En el pase de visita de la tarde, la paciente no refiere cambios en cuanto a su condición clínica. Los signos vitales se mantienen dentro de parámetros normales, el Score Mama sigue teniendo puntuación de 0.

Se evidencia alteración de los exámenes de laboratorio, transaminasas elevadas, por lo que se comunica a médico tratante el mismo que manifiesta en insistir en los trámites de transferencia.

- ALT= 404
- AST= 316
- LDH= 505
- GGT= 82

Al no conseguir transferencia pese a varios intentos se interconsulta al servicio de Neonatología quienes manifiestan que si hay espacio físico para recibir al neonato por lo que se realizan controles cada 12 horas de marcadores bioquímicos para controlar elevación de los mismos y decidir terminación del embarazo o no.

La ecografía abdominal no reporta cambios en relación con la realizada el 24 de noviembre, no hay evidencia de lesiones focales ni difusas.

En la ecografía obstétrica no se observan desprendimientos ni hematomas, el líquido amniótico es de aspecto y cantidad normal para la edad gestacional. Morfología fetal observada sin alteración. Se considera un embarazo de 33 semanas 5 días de gestación según antropometría fetal.

Se prescriben las siguientes indicaciones:

1. Biometría hemática de control en este momento
2. Ácido ursodesoxicólico 260 miligramos via oral cada 8 horas
3. Interconsulta a neonatología
4. Referir a III nivel, se envía a correos nuevamente en espera de respuesta
5. Monitoreo fetal cada 6 horas
6. Novedades

Nos comunica neonatología que si hay espacio físico para recibir al neonato en caso de emergencia por lo que se decide suspender transferencia a tercer nivel.

Se comunica el caso a médico tratante de ginecología y se decide planificar la cesárea para mañana a primera hora “siempre y cuando los niveles de transaminasas no se eleven el doble de lo normal y con monitoreos frecuentes del feto”.

Además indica vía telefónica lo siguiente:

1. Dieta general hasta las 22h00 luego nada por vía oral
2. Control de signos vitales más frecuencia cardíaca fetal más actividad uterina más movimientos fetales cada 4 horas
3. Monitoreo fetal cada 6 horas
4. Lactato ringer mañana 06h00 de la mañana
5. Parte virtual y físico para mañana
6. Consentimiento informado
7. Continuar con indicaciones
8. Preparar campo operatorio
9. Abrir clap
10. Perfil toxémico a las 20h00 y mañana 05h00
11. Novedades

Al momento del pase de visita de la noche, paciente manifiesta que el prurito ha disminuido notablemente, no ha presentado náusea o vómito. Refiere tener mucho sueño.

En el examen físico se evidencia que persiste fascie icterica, así como también la irritabilidad del abdomen gestante a la palpación. No se observa edema a nivel de extremidades inferiores. Signos vitales dentro de los parámetros normales.

Score Mama: 0.

Monitoreo fetal satisfactorio, categoría I.

Se reciben exámenes de laboratorio, los mismos que presentan alteración de algunos valores:

- GLUCOSA= 173
- AST= 308
- ALT= 420
- LDH= 479

De acuerdo a las indicaciones de médico tratante, permaneceremos vigilando a la paciente en el transcurso de la noche y a las 05:00 am se realizará el perfil toxémico de control.

26/11/2018

En el pase de visita de la mañana, paciente refiere que pudo conciliar el sueño debido a que el prurito ha disminuido considerablemente con respecto al ingreso.

Los signos vitales se mantienen dentro de los parámetros normales así como también la puntuación del Score Mama de 0. La proteinuria en 24 horas tiene resultado negativo.

La actividad uterina es negativa, movimientos fetales presentes, la frecuencia cardíaca fetal es normal y por lo tanto el monitoreo fetal es de categoría I.

Deciden mantener las mismas indicaciones con respecto a la dieta hipograsa, el control de los signos vitales + actividad uterina + movimientos fetales, la hidratación (dextrosa en agua al 5% ml IV QD), la administración de N-acetilcisteína y Ácido Ursodesoxicólico, el perfil toxémico, la proteinuria en 24 horas, y se añaden las siguientes prescripciones:

- Ecografía más flujometría Doppler
- Pruebas de laboratorio de Hepatitis B
- Interconsulta a Medicina Interna

En el transcurso del día la paciente permanece clínicamente estable, sin variación en cuanto a su sintomatología, signos vitales, Score mama; además, los monitoreos fetales realizados se mantienen dentro de la categoría I.

Ecografía fetal dentro de parámetros normales.

Se recibe el resultado del examen de laboratorio solicitado para Hepatitis B y se descarta:

- Antígeno Australia (HBS-AG)= No reactivo

Se mantienen la terapéutica instaurada anteriormente, así como también la vigilancia estricta a la paciente durante el transcurso de la noche.

27/11/2018

Paciente que al momento del pase de visita de la mañana, manifiesta que siente una gran mejoría con respecto a los síntomas que presentó al momento del ingreso al hospital. La disminución del prurito ha hecho que pueda dormir adecuadamente.

Se mantiene durante todo el día clínicamente estable, y no refiere ninguna molestia en el pase de visita de la noche.

Signos vitales dentro de parámetros normales. Score mama de 0. Proteinuria de 24 horas reporta un resultado negativo con el valor de 129,84. Monitoreos fetales satisfactorios, categoría I.

El médico tratante de Medicina Interna ha evaluado a la paciente, considerando la última ecografía hepática realizada y los resultados de exámenes de laboratorio del día de hoy que reportan:

- ALT= 316
- AST= 197
- LDH= 427

Manifiesta que “la ecografía hepática es normal y las transaminasas están disminuyendo con relación al ingreso”. Le indica a la paciente que debe mejorar su alimentación, priorizando los vegetales y evitando las grasas. En la nota de respuesta a la interconsulta comenta que “se le ha indicado ácido ursodesoxicólico el cual es categoría B, y está contraindicado en pacientes con riesgo de falla hepática por lo cual lo desaconsejo”. Las prescripciones a seguir son:

1. Alta por Medicina Interna
2. Dieta rica en vegetales y frutas, no alimentos procesados o envasados
3. Úrea al 5%, aplicar loción BID en todo el cuerpo
4. Líquidos orales
5. Control en 2 semanas con AST, ALT, GGT, FA y Bilirrubinas – Tomar cita por Consulta Externa
6. Órdenes de Ginecología

28/11/2018

A las 07:00 am, en el pase de visita, la paciente manifiesta que descansó tranquila durante la noche. Niega alza térmica. No refiere náusea, vómito, ni dificultad para la micción y deposición.

Sus signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales.

Score Mama= 0.

Proteinuria de 24 horas, resultado negativo.

En el reporte de Laboratorio del último examen realizado se evidencia que las transaminasas siguen disminuyendo:

- AST= 195
- ALT= 314
- LDH= 425

Se realiza monitoreo fetal a las 06:30 am que no presenta alteraciones, es de categoría I.

Los médicos tratantes manifiestan que la paciente se ha mantenido estable en su estancia hospitalaria; que posterior a la tocolisis no se ha presentado actividad uterina, y que el tratamiento que se mantuvo con el Ácido ursodesoxicólico (que es el de primera elección para colestasis hepática) puede continuarse de forma ambulatoria.

Con estos criterios, prescriben las siguientes indicaciones:

1. Alta

2. N-acetilcisteína 600 miligramos via oral cada 8 horas por 4 días
3. Ácido ursodesoxicólico 260 miligramos via oral cada 8 horas por 4 días
4. Indicaciones de medicina interna
 - ✓ Dieta rica en vegetales y frutas, no alimentos procesados o envasados
 - ✓ Úrea al 5%, aplicar loción BID en todo el cuerpo
 - ✓ Líquidos orales
 - ✓ Control en 2 semanas con AST, ALT, GGT, FA y Bilirrubinas – Tomar cita por Consulta Externa
 - ✓ Órdenes de Ginecología
5. Control por consulta de ginecología en 1 semana
6. Signos de alarma explicados
7. Novedades

03/12/2018

Paciente acude por emergencia debido a que hace aproximadamente 1 hora presenta dolor abdominal tipo contracción localizado en hipogastrio, que se acompaña de salida de secreción transvaginal en moderada cantidad; además refiere que desde hace 1 hora no siente movimientos fetales.

Signos vitales:

- ✓ Presión arterial: 114/80 milímetros de mercurio
- ✓ Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto
- ✓ Frecuencia cardíaca: 85 latidos por minuto
- ✓ Saturación de oxígeno: 97 % aire ambiente
- ✓ Temperatura: 36.2 grados centígrados

Al examen físico: paciente consciente, orientada en las 3 esferas, afebril, álgica. Abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, útero gestante ocupado por feto pelviano, no se puede localizar latido cardíaco, actividad uterina 2x10x30. En la región inguinogenital se observan genitales de nulípara, sangrado obscuro en poca cantidad. Tacto vaginal: cérvix posterior cerrado.

Impresión diagnóstica:

- Embarazo de 35 semanas 3 días por FUM
- Descartar óbito fetal

Al realizar el monitoreo cardíaco no se encuentra frecuencia cardíaca por lo que se solicita al personal de seguridad las llaves del área de ecografías, en la misma que se hace el ultrasonido sin lograr identificar frecuencia cardíaca, por lo que se comunica caso con médico tratante de llamada quien refiere que se le administre Tramal a dosis de 50mg IM en este momento y da las siguientes indicaciones:

1. Ingreso a ginecoobstetricia
2. Nada por via oral
3. Control de signos vitales
4. Control de actividad uterina cada 4 horas
5. Dextrosa en agua 5% pasar 300 mililitros intravenoso a chorro y luego 1000 mililitros intravenoso de mantenimiento
6. Solicitar: biometría hemática, urea, creatinina, tiempo de trombina y protrombina, VIH, VDRL, elemental y microscópico de orina, urocultivo, ácido úrico.
7. Comunicar a neonatología
8. Comunicar a médico tratante
9. Eco obstétrico
10. Novedades

Se realiza ecografía obstétrica en la que se constata muerte fetal intrauterina, por tanto se diagnostica un óbito fetal y se decide inducción del parto.

ECO OBSTÉTRICO: Embarazo con producto único, presentación longitudinal derecha, sin movimiento, no se capta latido cardíaco, placenta fúndica posterior maduración grado I, líquido amniótico presente, peso aproximado 2441 gramos, cérvix cerrado.

IDG: embarazo de 33,6 días más óbito fetal.

Se induce parto normal con misoprostol, se le administran 25 microgramos sublingual a las 09:00 am. Se indica valoración de la condición de la paciente en 4 horas. Además se solicita interconsulta con el servicio de Psicología por la situación que está afrontando.

La paciente es valorada a las 14:00 pm, refiere leve dolor abdominal tipo contracción de moderada intensidad más sensación de pujo. Al tacto vaginal: cérvix anterior blando dilatado 10 cm, borramiento 100%, membranas rotas.

Signos vitales dentro de parámetros normales, Score mama de 0. No hay signos ni síntomas vasomotores. No se puede realizar proteinuria en tirilla debido a que no se cuenta con tirillas en el servicio.

Paciente ingresa a Centro Obstétrico, clínicamente estable, en labor de parto en fase expulsiva por lo que es llevada a Sala de Partos para llevar a cabo el procedimiento bajo normas de asepsia y antisepsia.

El parto se realiza sin complicaciones, obteniendo producto único muerto de sexo femenino, peso 2300 gramos, talla 35 cm, sangrado aproximado de 400 ml.

Se evidencia líquido amniótico meconial en poca cantidad, se realiza manejo activo de la tercera etapa de parto con 10 unidades de Oxitocina intramuscular en ese momento; con maniobras de tracción y contratracción se obtiene placenta y membranas completas.

Se prescriben las siguientes indicaciones:

- 1.-Nada por vía oral por 2 horas luego dieta general
- 2.-Control de signos vitales cada 15 minutos por 2 horas y luego cada 6 horas
- 3.-Control de altura de fondo uterino + sangrado cada 15 minutos por 2 horas, y luego cada 6 horas
- 4.-Masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas y por razones necesarias
- 5.-Dextrosa al 5 % 1000 ml + 20 unidades de oxitocina pasar a 40 gotas por minuto terminar vía y retirar
- 6.-Diclofenaco 75 miligramos intramuscular en este momento
- 7.- Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas
- 9.-Duchas perineales TID
- 10.-Asesoría de lactancia materna
- 11.-Asesoría de planificación familiar

12.- Cabergolina 0.50 miligramos via oral cada 12 horas

En el pase de visita de la noche, la paciente se encuentra asintomática en puerperio inmediato de 8 horas de evolución por parto céfalo vaginal + óbito fetal. Niega alza térmica, náusea o vómito.

No existe alteración de los valores normales de los signos vitales.

Al examen físico: mamas suaves hiposecretantes; abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación, altura de fondo uterino 0, tónico. Región inguinogenital, genitales normales con loquios hemáticos en poca cantidad. En las extremidades, no se observan edemas.

El médico tratante de llamada recomienda vigilar el sangrado, monitoreo materno, y perfil toxémico de control a las 02:00 am.

04/12/2018

En la visita médica de la mañana, la paciente se encuentra clínicamente estable. No hay alteración de los signos vitales. No refiere molestias.

Puerperio fisiológico normal de 18 horas de evolución, útero tónico, loquios hemáticos en moderada cantidad.

Se prescribe: dieta hipograsa, control de signos vitales + sangrado + altura uterina cada 8 horas, cabergolina 0.50mg VO, eco abdominal.

La ecografía abdominal reporta: hígado de parénquima ecogénico por infiltración grasa en forma difusa, vesícula biliar de paredes delgadas, vías biliares intra y extra hepáticas de calibre normal, riñones sin alteraciones anatómicas, bazo y páncreas conservados

Impresión diagnóstica= esteatosis hepática

Se dialoga con la paciente para sugerirle que acuda al servicio de Nutrición por consulta externa, a fin de que pueda mejorar su alimentación y la condición reportada anteriormente.

Por la condición clínica estable de la paciente, al cumplir 24 horas de puerperio se decidirá alta, con resultados de exámenes de control.

05/12/2018

Al momento del pase de visita de la mañana, la paciente solicita de forma verbal al médico tratante que por favor quiere irse a su casa; refiere haber descansado tranquilamente. Niega alza térmica, náusea o vómito.

Signos vitales dentro de parámetros normales.

El reporte de los exámenes de laboratorio de control:

- LEUCOCITOS= 7.4
- HCTO= 38.3
- HB= 12.7
- PLAQUETAS= 260
- GLUCOSA= 72.6
- ALT= 38
- AST= 39
- LDH= 360
- GGT= 51

También, acude personal médico del servicio de Psicología para evaluar a la paciente. Al momento de la visita, ella mantiene predisposición a la intervención psicoterapéutica, funciones cognitivas estables, y refiere sentirse mejor pero con el deseo de salir con el alta del hospital porque escuchar el llanto de otros bebés le provoca angustia. Se solicita agendar turno por consulta externa para Psicología a fin de darle el seguimiento correspondiente a la paciente.

Con todos los criterios mencionados antes, se decide el alta hospitalaria de la paciente con los respectivos seguimientos por especialidad y además controles mensuales de parámetros bioquímicos.

2.10 Exámenes complementarios

Tabla 1-2: Biometría Hemática

PARAMETRO	23/11	24/11	25/11	26/11	27/11	03/12	04/12
GLOBULOS BLANCOS	4.9	8.1	6.8	6.1	5.4	8.1	7.4
BASOFILOS%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	38.3
EOSINOFILOS%	1.2%	0.5%	1.0%	0.9%	1.1%	0.8%	1.6%
NEUTROFILOS %	64.3%	81.2%	75.4%	55%	72.7%	76.4%	56%
LINFOCITOS%	24.8%	13.4%	16.1%	34.6%	19.8%	16.3%	15.4%

HEMATOCRITO	38.4	36.2	34.6	39.3	35.6	36	38.3
HEMOGLOBINA	12.6	11.7	11.2	12.7	11.7	14.8	12.7
MCH	32.3	31.7	32.4	31.7	32.5	31.5	32.1
MCHC	32.9	32.2	32.5	32.3	32.9	32.3	33
MCV	98	98	99	98	99	98	97
CONTAJE DE PLAQUETAS	280	305	293	287	297	361	260
MPV	7.5	7.6	7.3	7.3	7.5	8.1	7.4
GRUPO SANGUINEO	Orh+						

Fuente: (Laboratorio Clínico Hospital General IESS Latacunga)

Elaborado por: Veloz, 2019

INTERPRETACION: Dentro de parámetros normales.

Tabla 2-2: Química Sanguínea

PARAMETRO	23/11	24/11	25/11	26/11	27/11	03/12	04/12
GLUCOSA	80	80	150.6	173.2	127.7	99.3	72.6
CREATININA	0.78	0.78	0.83	0.85	0.89	1	0.88
AC. URICO EN SUERO	5.8	5.8	6.9	6.9	7	8.6	5.4
BUN	14	14	19.4	21.2	25	27.8	19.9
B. DIRECTA	2.44	2.49	2.11	2.20	1.61	0.85	0.84
B. INDIRECTA	0.78	0.62	0.73	0.36	0.30	0.61	0.60
AST	207	192	316	296	196	65	60
ALT	288	269	404	428	316	76	73
GGT		74	82		108	53	51
LDH	518		505	486	432	370	360
AMILASA		99					
LIPASA		54.3					

Fuente: (Laboratorio Clínico Hospital General IESS Latacunga)

Elaborado por: Veloz, 2019

INTERPRETACION: El valor de la Glucosa sobrepasa el límite superior normal durante 3 días; hay una notable elevación de las enzimas hepáticas y las bilirrubinas, que llegan a normalizarse el 04 de diciembre del 2018.

Tabla 3-2: Serología

PARAMETROS	23/11	26/11	03/12
VIH			NO REACTIVO
VDRL			NO REACTIVO
AntiHAV	NEGATIVO		
Antígeno Australia (HBS-AG)		NO REACTIVO	

Fuente: (Laboratorio Clínico Hospital General IESS Latacunga)

Elaborado por: Veloz, 2019

INTERPRETACION: Dentro de parámetros normales, se descartan Hepatitis víricas así como también el VIH & VDRL, que por protocolo se realiza antes de cualquier procedimiento a llevarse a cabo en Quirófano o Centro Obstétrico.

Tabla 4-2: Elemental y Microscópico de Orina

PARAMETROS	24/11	03/12	04/12
COLOR	AMARILLO	AMBAR	AMARILLO
ASPECTO	TRANSPARENTE	LIG. TURBI	TRANSPARENTE
PIOCITOS	1-2	1-2	1-2

HEMATIES	1-2	2-4	1-2
BACTERIAS	161	174.1	150
MOCO	0	0	0
CILINDROS GRANULOSOS	0-1	0	0-1
CRISTALES	0.2	0	0.4
ESPORAS DE HONGOS	0	0	0

Fuente: (Laboratorio Clínico Hospital General IESS Latacunga)

Elaborado por: Veloz, 2019

INTERPRETACION: No se evidencian signos de cuadro infeccioso, en los resultados reportados.

ULTRASONIDO 23/11/2018:

Útero gestante con producto único vivo, movimientos fetales y diafragmáticos presentes. Presentación indiferente. Dorso izquierdo. Lcf: 157 latidos por minuto. No se observan desprendimientos ni hematomas. Líquido amniótico de aspecto y cantidad normal para la edad gestacional. Cordón umbilical con dos arterias y una vena. Morfología fetal observada sin alteración. A considerar: embarazo de 33 semanas 5 días de gestación según antropometría fetal.

INTERPRETACIÓN: Ultrasonido dentro de parámetros normales.

ECO 24/11/2018:

Hígado de forma y tamaño normal, parénquima sin evidencia de lesiones focales ni difusas, vía biliar sin dilatación, vesícula distendida, pared regular y fina, sin imágenes en su interior, páncreas no valorable, riñones y páncreas de características ecográficas normales.

INTERPRETACIÓN: Eco dentro de parámetros normales.

ULTRASONIDO 03/12/2018:

Embarazo con producto único, presentación transversa derecho, sin movilidad sin latidos cardiacos, placenta fundal posterior grado I de maduración, líquido amniótico presente, peso aproximado 2.441gramos, cérvix cerrado.

Idg. Embarazo 33 semanas 6 días + Óbito Fetal

INTERPRETACION: Se corrobora la sospecha de óbito fetal en el producto de la gesta de la paciente.

2.10 Diagnóstico definitivo

- Embarazo de 34.5 semanas por fecha de última menstruación
- Amenaza de parto pretérmino superada
- Colestasis intrahepática

2.11 Tratamiento

INDICACIONES DE INGRESO:

- Dieta sin grasa y sin lácteos
- Control de signos vitales
- Control de frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, actividad uterina cada 30 minutos
- Monitoreo fetal cada 6 horas
- Dextrosa en agua 5% 1000 mililitros intravenoso de mantenimiento
- Nifedipino 10 miligramos via oral cada 8 horas
- Betametasona 12 miligramos intramuscular 12 miligramos via intramuscular cada 24 horas
- Perfil hepático repetir
- Signos de alarma
- Novedades

INDICACIONES DE EGRESO:

- N- acetil cisteína 600 miligramos vía oral cada 8 horas por 4 días
- Ácido ursodesoxicólico 260 miligramos vía oral cada 8 horas por 4 días
- Dieta rica en vegetales y frutas, no alimentos procesados o envasados
- Úrea al 5%, aplicar loción bid en todo el cuerpo
- Control en 2 semanas con AST, ALT, GTT, FA, Y BILIRRUBINAS
- Signos de alarma explicados

2.12 Seguimiento posthospitalización

07/01/2019: Paciente acude a control por consulta externa con resultados de exámenes tomados el día anterior en los que se evidencian enzimas hepáticas dentro de parámetros normales.

También asiste a una sesión de terapia psicológica en la misma casa de salud, por la labilidad emocional que presentó al momento de la pérdida de su bebé y que persiste.

05/03/2019: Se acude a visita domiciliaria con paciente, quien refiere al momento no presentar ninguna sintomatología, signos vitales dentro de parámetros normales, en seguimiento por ginecología con anticoncepción a base de progestágenos.

Al ser primera gesta de la paciente, con secuelas psicológicas que menciona estar en seguimiento con psicóloga particular, no expresa deseos de muerte.

12/04/2019: Se realiza segunda visita domiciliaria a la paciente por el momento no refiere tener deseos de concebir nuevamente por lo que se mantiene con anticoncepción y exámenes mensuales de enzimas hepáticas.

Anímicamente se encuentra con buena predisposición para retomar las actividades que realizaba antes, especialmente su trabajo como costurera. La paciente manifiesta que luego de la dolorosa separación de su ex pareja, su hermana ha estado acompañándola en su casa y el poder contar con su presencia diariamente es lo que le ha reconfortado enormemente para afrontar esta etapa que ella define como la más dolorosa de su vida hasta ahora.

21/06/2019: En la tercera visita domiciliaria, la paciente se encuentra de mejor ánimo. Manifiesta que está acudiendo a la bailoterapia de su barrio y a un taller de tejido en la iglesia, y que esas actividades conjuntamente con la terapia a la que asiste con su psicóloga particular le han ayudado mucho a superar el duelo que causó la pérdida de su bebé.

Además, manifiesta que mantiene el tratamiento de anticoncepción y los exámenes mensuales de enzimas hepáticas. Aunque considera que a futuro, si Dios lo permite, ella pueda adoptar a un niño/a para poder cumplir con su deseo de ser madre.

CAPITULO III

3 HALLAZGOS

La colestasis intrahepática es la hepatopatía propia del embarazo más común, que presenta grandes desafíos en el manejo por que se busca no solo la estabilización materna sino también la minimización de riesgos para el feto.

En el presente caso clínico se estudia a una paciente sin antecedentes personales ni familiares de importancia, que cursa su primera gesta a una edad que está dentro de los factores de riesgo para la CIE, además presentó el síntoma cardinal en el diagnóstico de esta patología que es el prurito, sin embargo paciente acude por el dolor abdominal tipo contracción a nivel de hipogastrio que se irradia a zona lumbar a la casa de salud.

Una vez realizadas las pruebas de laboratorio, se evidencian alteraciones de las enzimas hepáticas; el examen de proteinuria en tirilla da negativo, la tensión arterial no nos hace sospechar de algún trastorno hipertensivo propio del embarazo (Síndrome de Hellp) y se descartan otras enfermedades (Hepatitis víricas y Prurito gravídico).

Llama la atención que en el servicio de Emergencia, dentro de los signos vitales la paciente presentó una saturación de 73%, se le coloca un Score mama de 3, pero cuando la paciente es ingresada al servicio de Ginecología se vuelven a tomar los signos vitales para corroborar los datos y están dentro de los parámetros normales por lo que el valor real del Score mama es de 0.

La antropometría no consta en ninguna de las evoluciones registradas en la historia clínica de la paciente, razón por la que busco esta información en uno de los cuadernos de enfermería:

Peso: 78 kg

Talla: 165 cm

IMC: 28,6 (SOBREPESO)

Por la amenaza de parto pretérmino se realiza Tocolisis cuando la paciente llega al hospital y se administra Betametasona, con doble finalidad: maduración pulmonar y para contrarrestar el prurito que presentaba.

Se realiza diagnóstico definitivo por exclusión y ayudados de los exámenes complementarios; se inicia tratamiento de primera línea con Ácido Ursodesoxicólico a dosis de 10mg/kg de peso. Sin embargo aunque esta patología es de excelente pronóstico para las madres en el feto causa varias afecciones entre ellas el óbito fetal que fue el que se presentó en esta paciente.

Paciente al momento con anticoncepción a base de progestágenos debido a que se cree que el pico de estrógenos incluye en la colestasis hepática, debido al alto riesgo de incidencia en el nuevo embarazo paciente deberá tener un control estricto en caso de concepción.

CONCLUSIONES

- La colestasis intrahepática del embarazo es una forma reversible de colestasis que se presenta durante el segundo y tercer trimestres de la gestación. La fisiopatología de esta enfermedad no está bien dilucidada y se cree que un cúmulo de factores genéticos, hormonales y medioambientales desencadenarían la misma.
- La colestasis intrahepática tiene un buen pronóstico materno pero un pronóstico fetal variable, el pronóstico fetal es desfavorable mientras más precoz sea la edad de presentación y mayores sean los niveles de ácidos biliares.
- Según las guías de práctica clínica, el parto inducido y el parto por cesárea no deben planificarse antes de que cumpla las 39 semanas de gestación, salvo que esté indicado por razones médicas. En este caso analizamos riesgo-beneficio y la interrupción del embarazo hubiera permitido mejorar el pronóstico fetal, por ende, si no responde al tratamiento con UDCA pese a aumentar la dosis, y no se evidencian mejoras significativas en el cuadro clínico de la paciente, se debía realizar maduración pulmonar e interrupción del embarazo.
- En el caso clínico expuesto se evidencia a una paciente con colestasis en el tercer trimestre, con presentación típica de la misma: prurito palmo-plantar de predominio nocturno, fascie ictérica y transaminasas elevadas. A pesar de ser manejada con tratamiento de primera elección como es el ácido ursodesoxicólico, la clínica de la paciente fue persistente y los valores de las enzimas hepáticas aunque disminuyeron no lo hicieron considerablemente hasta llegar a los valores normales. La paciente cursaba 34 semanas al momento del ingreso y una vez realizada la maduración pulmonar y por la condición clínica que presentaba y de acuerdo a la literatura, si tenía criterios para terminar el embarazo.
- Las medidas antropométricas son valores necesarios para determinar el IMC de la paciente, evaluar su estado nutricional y además hacer el cálculo correcto para administrar las dosis correspondientes de medicamentos. Y al ser la historia clínica de las pacientes un documento médico- legal, no podemos omitir ningún dato o peor aún olvidarnos de registrarlo en las notas y evoluciones de la hospitalización porque hasta el más mínimo detalle es de gran importancia no sólo para un manejo adecuado de la patología sino que

también constituye un respaldo frente a cualquier situación externa, incluso si es de carácter legal.

- Al ser el Score Mama herramienta de puntuación de signos vitales, orientada a la identificación temprana de patología obstétrica; y que se aplica al primer contacto con pacientes obstétricas, en cualquier nivel de atención. Es nuestro deber, hacer una medición correcta de los parámetros a considerar para poder determinar la puntuación verdadera y hacer una conducción terapéutica idónea de la paciente.
- Según los artículos de investigación que hay respecto a esta patología, el tratamiento con ácido ursodesoxicólico ayuda a disminuir la sintomatología, pero si los valores alterados del perfil hepático no mejoran a la semana de acción se debe aumentar a la dosis máxima. En el caso de la paciente, permaneció hospitalizada 5 días y fue dada de alta. Reingresa 5 días después porque no siente movimientos fetales, y luego de realizar la ecografía se constata muerte fetal intraútero.
- Como tema de conflicto en el caso clínico expuesto, no se realizó la autopsia del feto para determinar la causa de la muerte fetal intrauterina puesto que no se dispone de ese servicio en el hospital en el que se realizó la investigación para la presentación del tema. Pero al no tener la paciente ningún otro factor de riesgo, considero que la causa más probable del óbito fetal es la colestasis, puesto que según la evidencia científica la hipótesis con mayor respaldo es la que manifiesta que los ácidos biliares provocan arritmia a los cardiomiocitos neonatales causando de esta forma la muerte intrauterina súbita en la CIE.

RECOMENDACIONES

- Toda patología obstétrica representa un gran reto en su manejo porque se busca no sólo la mejoría de la madre sino siempre la viabilidad del producto, sin embargo sino se pueden realizar ambas consideraciones siempre se tendrá en cuenta primero la vitalidad materna.
- En toda paciente que durante el embarazo presente prurito, se deberá sospechar y descartar la colestasis intrahepática del embarazo, debido al impacto que esta entidad presenta sobre los desenlaces fetales y neonatales, considerada, por tanto, como una condición de alto riesgo fetal.
- Hacer un diagnóstico oportuno, permite iniciar un manejo adecuado, así como la interrupción del embarazo de manera oportuna, ya que es la única medida que hasta el momento ha demostrado disminución en la tasa de muerte fetal secundaria a este padecimiento.
- Hay que tener en cuenta el uso de anticonceptivos previos a la concepción y el efecto de los mismos ya que una paciente que haya presentado alguna colestasis durante el uso de anticonceptivos a base de estrógenos tiene mayor probabilidad de padecer de CIH en el embarazo.
- Al notar una leve alteración de enzimas hepáticas se debe realizar un seguimiento semanal debido a que las altas concentraciones de ácidos biliares son de peor pronóstico para el feto.
- Varios autores proponen en la terapéutica de esta patología, iniciar con un esquema de madurez pulmonar en el momento pertinente, así como corroborar este dato mediante amniocentesis en la semana 36 o 37 de gestación, con la consiguiente inducción de trabajo de parto. Esta conducta tendrá como propósito tratar de evitar, en lo mayor posible, las probables complicaciones asociadas a la prematurez y, a su vez, disminuir el riesgo de óbito con la interrupción del embarazo de manera oportuna, ya que, como se comentó previamente, el 90% de las muertes fetales ocurre a partir de la semana 38 de gestación .
- Sería de gran utilidad establecer un método de vigilancia fetal ideal que ayude en la disminución de las muertes fetales secundarias a la CIE. Se han propuesto varios protocolos de vigilancia antenatal, no obstante sin éxito evidente porque hasta el momento no se ha logrado estandarizar uno globalmente.

PERSPECTIVA DE LA PACIENTE

Paciente de 35 años de edad, sin antecedentes patológicos personales y familiares de importancia, quien cursaba su primera gesta y lamentablemente, por los problemas de salud que presentó sufrió de óbito fetal.

Al momento refiere sentirse de mejor estado de ánimo, pese a que luego de la pérdida de su hija tuvo que enfrentar la separación de su pareja. Manifiesta que todo el proceso fue muy doloroso, y por esa razón decidió acudir a terapia psicológica. Decidió hacerlo de forma particular, con una profesional de esta rama, a quien le tiene mucha confianza por ser amiga de la familia.

Comenta que se siente más tranquila y con todo el deseo de seguir adelante, que pese a las dificultades ella cree que con el apoyo de su familia y amigos podrá lograrlo. Se ha refugiado también en la fe, acude a misa todos los días y conversa con las religiosas y el párroco de su iglesia, lo que fortalece su espíritu poco a poco y además le ha permitido entender que lo que sucede siempre es con algún propósito.

Actualmente se mantiene con tratamiento psicológico; su deseo de concebir ha desaparecido pero está segura de que en un futuro no muy lejano, iniciará los trámites correspondientes para poder adoptar y así cumplir con su sueño de ser madre, porque es algo que ha idealizado desde que era una niña.

Por otra parte, está consciente de que debe seguir los consejos de los médicos sobre todo con respecto a cuidar su alimentación, ejercitarse y realizarse periódicamente los exámenes de laboratorio de control por el problema hepático que tuvo cuando fue internada en el Hospital del IESS Latacunga.

Ha modificado su estilo de vida, ahora acude a la bailoterapia de su barrio, camina al menos 30 minutos diariamente, prepara su comida de acuerdo a las indicaciones que le ha dado una de sus amigas que es nutricionista y evita el consumo de los productos que sabe pueden perjudicar su organismo.

La paciente acude periódicamente a controles médicos particulares, con el apoyo económico de sus jefes, por temor a que su condición de salud vuelva a decaer. Se realiza exámenes mensuales para medir los valores de las enzimas hepáticas, glucosa, entre otros parámetros que antes estuvieron alterados. Dice que después de esta experiencia, entiende que “es mejor prevenir antes que lamentar y que sin salud no se puede hacer nada”.

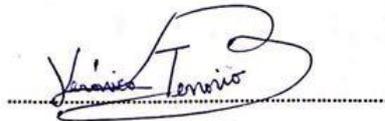
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Latacunga, 27 de noviembre de 2018.

AUTORIZACION

Yo, VERÓNICA DEL CARMEN TENORIO TAIBE, con C.I. 171634355-1. Número de afiliación al IESS 606758 paciente del Hospital Básico IESS Latacunga de manera libre y voluntaria, en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a la SRTA. LUIZA YADIRA VELOZ DAQUILEMA, estudiante de décimo tercer semestre de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo "ESPOCH", actual Interna Rotativa de Medicina en el Hospital Básico IESS Latacunga, que obtenga toda la información que necesite de mi persona para la realización del estudio de caso clínico, con la tutoría de la Dra. Sara Alicia Collaguaso Rodríguez, ginecóloga de dicho hospital.

El estudio servirá para su socialización en el ámbito médico, lo que contribuirá al análisis científico y actualización de dichos profesionales y para la titulación de la SRTA. LUIZA YADIRA VELOZ DAQUILEMA como profesional del Ecuador.



Sra. Verónica del Carmen Tenorio Taipe

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

- AST:** Aspartato transaminasa
- ALT:** Alanina aminotransferasa
- GGT:** Gammaglutamiltranspeptidasa
- FA:** Fosfatasa alcalina
- INR:** Cociente internacional normalizado
- CIH:** Colestasis intrahepática
- HDL:** Lipoproteínas de alta densidad
- SDG:** Semanas de gestación
- LSN:** Límite superior de normalidad
- HbS:** Hemoglobina S
- CIE:** Colestasis intrahepática del embarazo
- UDCA:** Ácido Ursodesoxicólico
- IP:** Índice de pulsatilidad
- LCF:** Latidos cardíacos fetales
- VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana
- BUN:** Nitrógeno ureico en sangre
- CIG:** colestasis intrahepática gestacional
- IDG:** Impresión diagnóstica
- QD:** Cada día
- BID:** Dos veces al día
- TID:** Tres veces al día
- Kg:** Kilogramos
- Mg:** Miligramos
- mm/Hg:** Milímetros de mercurio
- μ mol/l:** Micro moles por litro

BIBLIOGRAFIA

- Tanay , A. y otros, 2018. Evaluation of FGF-19 and β -klotho as biomarkers in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clinical research*, pp. 1-7.
- Bacq, Y., 2017. Hepatopatías gravídicas. *ELSELVIER*, 20(3), pp. 1-8.
- Ilbáez, L. & Díaz, R., 2016. Protocolo diagnóstico de la colestasis intrahepática. *MEDICINE*, 12(2).
- Liping, W. y otros, 2019. Effects of intrahepatic cholestasis of pregnancy on hepatic function, changes of inflammatory cytokines and fetal outcomes. *EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE*, Volumen 17, pp. 2979-2984.
- Palmer, K., Xiaohua, L. & Mol, B., 2019. Management of intrahepatic cholestasis in pregnancy. *CrossMarck*, pp. 1-2.
- Rodríguez, M. y otros, 2018. Colestasis intrahepática del embarazo. Expresividad clínica, bioquímica y resultados perinatales. *CORREO CIENTÍFICO MÉDICO DE HOLGÍN*, 22(4), pp. 593-606.
- Tapia, D. & Rangel, M., 2019. Enfermedades hepáticas del embarazo. *Flasf MD*, 10(2), pp. 199-200.
- Tercero, J. y otros, 2017. COLESTASIS INTRAHEPATICA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO. REPORTE DE CASO. *Rev Cient Cienc Med*, 20(2), pp. 53-56.
- Tran Tram , Ahn Joseph & Reau Nancy, 2016. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. pp. 1-19.
- Velarde, J. y otros, 2019. Alteración de la química hepática en pacientes obstétricas críticamente enfermas. *Revista Médica MD*, 10(2), pp. 66-70.
- Westbrook, R., Dusheiko, G. & Williamson, C., 2016. Pregnancy and liver disease. Volumen 64, pp. 933-945.
- Zou, P. y otros, 2018. The Serum microRNA Profile of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: Identification of Novel Noninvasive Biomarkers. *Kager Open access*, Volumen 51, pp. 1480-1488.

BACQ, Y., 2011. Hepatopatías gravídicas. , vol. 15, no. 1, pp. 11.

CHÁVEZ-RAMÍREZ, R.M., VELARDE RUIZ-VELASCO, J.A., MOREL-CERDA, C.E., VELARDE-CHÁVEZ, J.A., LAZCANO-BECERRA, M., RANGEL-OROZCO, M.F., MERCADO-JÁUREGUI, L.A., BOCALETTI GARCÍA, M.M., GÓMEZ-QUIROZ, O.G., FILIO-HERMOSILLO, A.C. y BARAJAS-CORREA, D.I., 2019. Alteración de la química hepática en pacientes obstétricas críticamente enfermas. *Revista Médica MD*, vol. 9.10, no. 2, pp. 66-70.

IBÁÑEZ SAMANIEGO, L. y DÍAZ RUÍZ, R., 2016. Protocolo diagnóstico de la colestasis intrahepática. *Medicine*, vol. 12, no. 11, pp. 635-639. ISSN 0304-5412. DOI 10.1016/j.med.2016.05.014.

PALMA, J., REYES, H., RIBALTA, J., IGLESIAS, J. y GONZALEZ, M., 1992. Management of intrahepatic cholestasis in pregnancy. *The Lancet*, vol. 339, no. 8807, pp. 1478. ISSN 0140-6736, 1474-547X. DOI 10.1016/0140-6736(92)92069-R.

RODRÍGUEZ DIÉGUEZ, M., MULET PÉREZ, A., ARENCIBIA VIDAL, É., MENCOS ARIZA, D.E., MIRANDA MOLES, Z. y GONZÁLEZ BALMASEDA, A., 2018. Colestasis intrahepática del embarazo. Expresividad clínica, bioquímica y resultados perinatales. *Correo Científico Médico*, vol. 22, no. 4, pp. 593-606. ISSN 1560-4381.

TANAY TAYYAR, A., TAYYAR, A., KOZALI, S. y KARAKUS, R., [sin fecha]. Evaluation of FGF-19 and β -klotho as biomarkers in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. [en línea]. [Consulta: 17 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.termedia.pl/Evaluation-of-FGF-19-and-klotho-as-biomarkers-in-patients-with-intrahepatic-cholestasis-of-pregnancy,19,31370,0,1.html>.

TAPIA-CALDERON, D.K. y RANGEL-OROZCO, M.F., 2019. Enfermedades hepáticas del embarazo. , vol. 10, no. 2, pp. 2.

TERCERO-VALLECILLO, J., PADILLA-SANTOS, A., TORRES-VÁSQUEZ, X., SANCHEZ-ORELLANA, N. y DÍAZ-TILGUANT, Y., 2017. COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO. REPORTE DE CASO. *Revista Científica Ciencia Médica*, vol. 20, no. 2, pp. 53-56. ISSN 1817-7433.

TRAN, T.T., AHN, J. y REAU, N.S., 2016. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. *American Journal of Gastroenterology*, vol. 111, no. 2, pp. 176. ISSN 0002-9270. DOI 10.1038/ajg.2015.430.

WANG, L., LU, Z., ZHOU, X., DING, Y. y GUAN, L., 2019. Effects of intrahepatic cholestasis of pregnancy on hepatic function, changes of inflammatory cytokines and fetal outcomes. *Experimental and Therapeutic Medicine*, vol. 17, no. 4, pp. 2979-2984. ISSN 1792-0981. DOI 10.3892/etm.2019.7312.

WESTBROOK, R.H., DUSHEIKO, G. y WILLIAMSON, C., 2016. Pregnancy and liver disease. *Journal of Hepatology*, vol. 64, no. 4, pp. 933-945. ISSN 0168-8278, 1600-0641. DOI 10.1016/j.jhep.2015.11.030.

ZOU, P., LUO, L., ZHAO, C., CHEN, Z., DONG, R., LI, N., WANG, Y., WANG, J., WANG, T., CHEN, M., ZHANG, T. y CHEN, D., 2018. The Serum microRNA Profile of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: Identification of Novel Noninvasive Biomarkers. *Cellular Physiology and Biochemistry: International Journal of Experimental Cellular Physiology, Biochemistry, and Pharmacology*, vol. 51, no. 3, pp. 1480-1488. ISSN 1421-9778. DOI 10.1159/000495595.