



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

TEMA DEL CASO CLINICO:

**COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN EMBARAZO GEMELAR DE 26 SEMANAS
DE GESTACION**

AUTOR:

BEATRIZ GRACIELA ZAPATA FRANCO

TUTOR:

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

BABAHOYO-LOS RÍOS- ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ana Maria Pasos Baños', written over a horizontal line.

OBS. ANA MARIA PASOS BAÑOS
DELEGADO (A) DEL DECANATO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Herman Romero Ramirez', written over a horizontal line.

DR. HERMAN ROMERO RAMIREZ
DELEGADO (A)
COORDINADOR DE LA CARRERA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Maite Mazacon Mora', written over a horizontal line.

QF. MAITE MAZACON MORA
COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
O DELEGADO (A)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Freire Nivelá', written over a horizontal line.

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **HUGOLINO ORELLANA GAIBOR**, en calidad de Docente - Tutor del estudiante Srta. **BEATRIZ GRACIELA ZAPATA FRANCO**, el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "**COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN EMBARAZO GEMELAR DE 26 SEMANAS DE GESTACION.**", de la Carrera de **OBSTETRICIA** de la Escuela de **OBSTETRICIA**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de Septiembre del año 2018

Hugolino Orellana Gaibor

Nombres y Apellidos:

CI: 1201835467

Hugolino Orellana Gaibor
GINECO OBSTETRA
LUGO'S POLI 16-09-2018 11:00 AM

17/09/18
OG



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Obstetricia
Carrera de Obstetricia

Por medio del presente deixo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN EMBARAZO GEMELAR DE 26 SEMANAS DE GESTACION.

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 17 de septiembre del 2018

Autora

BEATRIZ GRACIELA ZAPATA FRANCO

CI: 1207486422



BABAHOYO, 17 de septiembre del 2018

CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION, EXAMEN COMPLEXIVO.

Lcda. Betty Narcisa Mazacón Roca. PhD.

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la señorita **ZAPATA FRANCO BEATRIZ GRACIELA** en el CASO CLINICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema URKUND

URKUND

Documento [COLESTASIS FINAL-BEATRIZ ZAPATA 1.1.docx](#) (D41473375)

Presentado 2018-09-15 17:19 (-05:00)

Presentado por beatriczapata1998@gmail.com

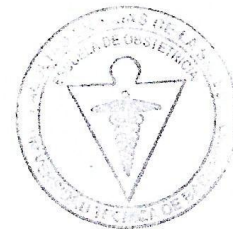
Recibido horellana.utb@analysis.orkund.com

2º de estas 6 paginas, se componen de texto presente en 6 fuentes.

Hugolino Orellana Gaibor

DR HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

Hugolino Orellana Gaibor
MÉDICO REGISTRADO
NÚMERO 12000000000000000000



Recibido
17/09/18
Alina

Palabras Claves: colestasis, intrahepatica, embarazo

RESUMEN

El presente caso clínico se obtuvo de la recopilación de la historia clínica de una paciente con embarazo gemelar de 26 semanas de gestación, con antecedentes patológicos personales de herpes que presentó un cuadro clínico de Colestasis Intrahepática del embarazo.

La colestasis intrahepática de embarazo (CIDE) se caracteriza por presentar prurito en el segundo trimestre o durante el tercer trimestre de gestación, prurito que no se asocia con otros problemas dermatológico o sistemático.

El diagnóstico se confirma con la elevación de los niveles maternos de bilirrubina, enzimas hepática y ácido biliar en ayunas.

En nuestro país no existen prevalencia de esta patología pero sin embargo se han visto publicaciones con malos resultados neonatales, pues la CIDE está asociada con pasaje de meconio, partos prematuros y muerte fetal.

El tratamiento se da con tabletas de ácido ursodeoxicólico (UDCA), ayuda a mejorar el prurito, las pruebas de laboratorio y disminuye los resultados fetales adversos. Para las pacientes que han desarrollado una colestasis intrahepática del embarazo tiene el mayor riesgo de sufrir enfermedades hepáticas en el futuro y un riesgo aumentado de desarrollar cálculos biliares en etapas posteriores, cáncer de la mama e hipotiroidismo. Se recomienda un seguimiento prolongado

La paciente presentó prurito en la semana 26 con valoración de gastroenterología de colestasis intrahepática se le prescribe ursodeoxicólico 250 mg cada 12 horas, dexametasona 12 mg, por 3 días, hidroxina de 25 mg una diaria para que cese el prurito un corticoide tópico cada noche.

Se interrumpe el embarazo en la semana 36 de gestación, se le realiza cesárea segmentaria más salpingectomía bilateral se obtienen los productos:

Sexo femenino: 2300 gr apgar 6 al minuto presenta distres respiratorio

Sexo masculino: 2500 gr apgar 8 al minuto sin novedades

Se les da el alta a la madre y los RN a las 72 horas

Key words: cholestasis, intrahepatic, pregnancy,

SUMMARY

The present clinical case was obtained from the compilation of the clinical history of a patient with a twin pregnancy of 26 weeks of gestation, with personal pathological history of herpes that presented a clinical picture of intrahepatic cholestasis of pregnancy.

The intrahepatic cholestasis of pregnancy (CIDE) is characterized by pruritus in the second trimester or during the third trimester of pregnancy, itching that is not associated with other dermatological or systemic problems.

The diagnosis is confirmed with the elevation of maternal bilirubin levels, liver enzymes and fasting bile acid.

In our country there is no prevalence of this pathology but nevertheless publications with poor neonatal results have been seen, since CIDE is associated with passage of meconium, premature births and fetal death.

The treatment is given with ursodeoxycholic acid tablets (UDCA), helps to improve pruritus, laboratory tests and decreases adverse fetal outcomes. For patients who have developed an intrahepatic cholestasis of pregnancy, they have the highest risk of liver disease in the future and an increased risk of developing gallstones in later stages, breast cancer and hypothyroidism. Long follow-up is recommended

The patient presented pruritus at week 26 with evaluation of intrahepatic cholestasis gastroenterology. She was prescribed ursodeoxycholine 250 mg every 12 hours, dexamethasone 12 mg, for 3 days, hydroxine 25 mg daily to stop itching a topical corticosteroid every night.

The pregnancy is interrupted at week 36 of pregnancy, a segmental caesarean section is performed plus bilateral salpingectomy, the products are obtained

Female gender: 2300 gr apgar 6 per minute presents respiratory distress

Male gender: 2500 gr apgar 8 a minute without news

The mother and the RN are discharged after 72 hours

ÍNDICE GENERAL.

RESUMEN.....	I
SUMMARY.....	II
INTRODUCCIÓN.....	III
I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. Justificación.....	11
1.2. Objetivos	12
1.2.1. Objetivo general.....	12
1.2.2. Objetivos específicos.....	12
1.3. Datos generales.....	13
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	14
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	14
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	15
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	16
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.....	16
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	18
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	18
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	19
2.8. Seguimiento.....	20
2.9. Observaciones.....	22
CONCLUSIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
ANEXOS.....	25

Título del Caso Clínico

Colestasis intrahepática en embarazo gemelar de 26 semanas de gestación.

INTRODUCCIÓN.

El hígado de la embarazada suele funcionar con entera normalidad, no dando lugar, en la mayoría de los casos a ninguna sintomatología especial. Sin embargo, algunas pruebas funcionales hepáticas, se han visto que presentan desviaciones de la normalidad, aunque no vayan acompañadas de sintomatología clínica.

Entre las pruebas funcionales hepáticas que pueden alterarse, se encuentran las anomalías proteicas, con disminución de la misma. En relación a los mecanismos de coagulación, el tiempo de protrombina no sufre alteración, pero el fibrinógeno y los factores de coagulación VII, VIII, IX, X, están aumentados, especialmente al final de la gestación. (Cabero, Salvat).

Desde el punto de vista enzimático, se produce aumento de la fosfatasa alcalina, por aumento de la fracción termoestable de origen placentario, permaneciendo normales las transaminasas, hecho de relevancia, porque al ocurrir trastornos funcionales hepáticos, se verán reflejados en movimientos enzimáticos y biliares

Es así que el presente caso clínico, se basó en el estudio de una paciente de 31 años de edad con embarazo gemelar de 26 semanas que presento colestasis intrahepática, con la finalidad de analizar los criterios de diagnóstico y tratamiento adecuados que fueron aplicados a la gestante, que fueron obtenidos de las guías que se encuentran en la literatura para el manejo de las patologías hepáticas que afectan a las pacientes obstétricas.

I. MARCO TEÓRICO

Generalidades

Se conoce con el nombre de colestasis intrahepática del embarazo (CIDE) a una condición en la que existe una disminución del flujo de bilis desde el hígado hacia el duodeno. La colestasis intrahepática del embarazo, también conocida con el nombre de colestasis gravídica, es un trastorno hepático específico del embarazo que suele aparecer al final del segundo trimestre o durante el tercer trimestre.

Es caracterizado por prurito, niveles de aminotransferasas y ácidos biliares séricos aumentados; un aumento en el riesgo de efectos adversos fetales y un alivio espontáneo de los signos y síntomas al cabo de poco tiempo luego del parto (Rev. Med cient. 2012)

Durante el embarazo hay una reducción de la síntesis biliar, que, si se combina con un defecto subclínico pre existente en el sistema de transporte activo biliar, a través de los conductos epiteliales del hepatocito, dará lugar a una forma reversible, no obstructiva, de colestasis intrahepática.

Se desconoce la causa de la reducción biliar durante el embarazo, pero se cree que se debe a las altas concentraciones de hormonas circulantes (estrógenos y progesterona) en el último trimestre del embarazo. Especialmente los estrógenos, por eso se cree que las pacientes que presentan trastornos con el uso de anticonceptivos orales, pueden en algún momento desarrollar esta patología durante la gestación

El defecto subclínico pre existente en el sistema de transporte biliar, aparece en mutaciones heterocigotos de ciertos genes. Es más frecuente en gestaciones gemelares, asociadas a niveles más altos de estrógenos, que en gestaciones únicas. (Zoilo E. Marinello, 2015)

Prevalencia.

En nuestro país, no existe estadísticas de esta patología, pero se encuentran publicaciones con malos resultados perinatales.

Así en Latinoamérica por una revisión de Poma encuentra que la colestasis intrahepática del embarazo (CIDE) ocurre en ciertas familias y su incidencia varía en diferentes áreas geográficas, lo que sugiere una base genética. La prevalencia de la complicación varía con la composición étnica de la persona. El estudio de 869 mujeres de 3 ciudades distantes de Chile, con clima y tipo de alimentación diferentes, encuentra una prevalencia de prurito de embarazo de 13,2% y de CIDE 2,4%, con proporciones similares en las 3 ciudades.

La incidencia de CIDE en 45 485 embarazos en Suecia (1999-2002) fue 1,5%(23), mientras que en los EE UU la incidencia varía entre 0,32% y 5,6% (Los Ángeles 5,6%) (25) y en Bolivia la prevalencia en general es 9,2%, en mujeres aimaras 13,8%, en quechuas 4,3% y en blancas 7,8%(27). La prevalencia también es mayor durante los meses fríos del año. En el cuadro # 1 se compara las diferentes prevalencias de colestasis en Latinoamérica (Pedro Poma,2013)

CUADRO # 1

Prevalencia de la colestasis intrahepática del embarazo en diferentes países	
País	Prevalencia (%)
Australia	0,2-1,5
Bolivia	4,3-13,8
Canadá	0.07
Chile	4.7-27,6
Finlandia	0.54-1.1
Francia	0.2-0,53
Italia	0.96-1.0
Estados Unidos	0.32-5.6

Pedro Poma, 2013,

Etiopatogenia

La CIDE se debe a varios factores: hormonal, genético y probablemente ambiental. Los síntomas ocurren comúnmente en el tercer trimestre de gestación, cuando las concentraciones de estrógeno y progesterona alcanzan su nivel más alto; esta complicación es más común en embarazos múltiples, que producen mayores niveles hormonales

El hígado metaboliza estas hormonas y el exceso de metabolitos afecta la actividad de los transportes caniculares biliares. En un estudio de 50 embarazadas, en Francia, de ellas tratadas con progesterona micronizada natural oral (200 a 1 000 mg/d) por su riesgo de parto prematuro demostró que el prurito comenzó más temprano en mujeres que recibían progesterona que en las que no la recibían (217 ± 21 versus 240 ± 26 días de gestación, $P < ,01$); así también, si solo se compara el grupo con embarazos simples (222 ± 19 versus 240 ± 26 d, $P < ,05$). El prurito desapareció antes del parto en 10 mujeres (después de discontinuar la progesterona en 7, después de disminuir la dosis en una, y espontáneamente en dos embarazadas).

Medina y colaboradores manifiesta que en mujeres con colestasis, la síntesis de los ácidos biliares está disminuida, los ácidos biliares conjugados se retienen en la sangre y el ácido cólico es el ácido principal en sangre y orina (en lugar del quenodeoxicólico presente en embarazos normales). La hidroxilación y sulfatación de los ácidos biliares aumenta, mientras que la glucorinidización disminuye.

Los ácidos biliares se clasifican en primarios y secundarios. Los primarios son el cólico, que representa 70% del total, y el quenodeoxicólico, que constituye el otro 30%.

Estos dos ácidos se conjugan con taurina y glicina, que les confiere una alta liposolubilidad en el intestino. Los secundarios son el ácido deoxicólico y el ácido litocólico, que resultan del metabolismo bacteriano de los primarios en el colon.

Los ácidos biliares se absorben en el intestino y, a través de la vena porta, llegan al hepatocito donde éste los captura; se excretan de nuevo hacia el canalículo biliar. El proceso de circulación de estos ácidos desde el hepatocito hasta el intestino, y desde éste (a través del sistema porta) de nuevo hasta el hepatocito, se conoce como circulación entero-hepática.

Alrededor de 95% de los ácidos biliares se recuperan del intestino en cada ciclo de circulación enterohepática, y el otro 5%, que se pierden en el intestino, se reabastecen por medio de su síntesis en el hígado.

La colestasis se clasifica en extrahepática, cuando existe un impedimento mecánico para el drenaje de la bilis en los grandes ductos del sistema biliar, e intrahepática, cuando se encuentra trastornado cualquiera de los mecanismos implicados en la síntesis de los ácidos biliares dentro del hepatocito, o en su secreción desde éste hacia el sistema canalicular. (Medina, 2012)

La síntesis de la progesterona está disminuida y la concentración de sus metabolitos en plasma y orina son diferentes que, en los embarazos normales, con mayor proporción de metabolitos mono- y bisulfato, principalmente isómeros 3 α , 5 α , mientras que los metabolitos glucoronizados no varían. Existe evidencia que una interacción entre la disfunción en los transportes caniculares ABC y los niveles elevados de las hormonas producidas en el embarazo pueden causar CIDE. Estos factores genéticos pueden explicar la mayor incidencia de CIDE en ciertas familias y en ciertos grupos étnicos, la alta recurrencia de esta complicación en embarazos siguientes y la susceptibilidad a la progesterona. (Pedro Poma, 2013)

Cuadro Clínico

El comienzo de la colestasis intrahepática del embarazo (CIDE) es típicamente anunciado por un desarrollo de prurito, el cual puede llegar a ser en ocasiones intolerable.

Éste es, a menudo, generalizado y predomina en región palmar y plantar de manos y pies; empeora durante las noches. El depósito de ácidos biliares en las terminaciones nerviosas de la piel se ha propuesto como un mecanismo causal de este síntoma. Otra de las teorías sugiere que el acúmulo de las sales en los hepatocitos causa una liberación de sustancias pruriginosas.

Aunque la causa es desconocida, el prurito precede a las anormalidades en las pruebas de laboratorio. El examen físico es inespecífico, puede mostrar escoriaciones secundarias al rascado. La ictericia es rara, ocurre en menos del 10% de los casos, y a menudo es posterior al prurito. Otro síntoma, aunque menos frecuente, es la esteatorrea.

Las concentraciones totales séricas de ácidos biliares incrementan en los casos de CIE y pueden ser la primera y única anormalidad en los exámenes de laboratorio. El ácido cólico sérico incrementa más que el ácido quenodesoxicólico, resultando en una marcada elevación en el índice ácido cólico/quenodesoxicólico comparada con mujeres embarazadas sin CIE (Acta Medica, 2013)

Diagnostico

Toda mujer embarazada que presente prurito requiere de exámenes de laboratorio complementarios.

La mayoría de las pacientes son diagnosticadas durante el segundo y tercer trimestres del embarazo. El diagnóstico de la colestasis intrahepática del embarazo (CIDE) se basa en la presencia de prurito asociada a concentraciones elevadas de ácidos biliares séricos totales y de aminotransferasas, así como a ausencia de alguna patología que produzca síntomas y hallazgos de laboratorio similares, como preeclampsia o síndrome de HELLP.

Aún no existe consenso sobre el valor ideal en los niveles séricos de ácidos biliares que permita hacer el diagnóstico de CIE; la literatura recomienda el empleo de un punto de corte de 10 a 14 $\mu\text{mol/L}$.

Se han encontrado otras alteraciones en las pruebas de función hepática en casos de CIE; sin embargo, todas ellas con pobre valor diagnóstico, como elevación de fosfatasa alcalina, aumento de bilirrubinas totales, disminución de albúmina, acentuación en el incremento normal, que ocurre durante la gestación, de colesterol LDL y triglicéridos.

El ultrasonido de hígado y vías biliares no es necesario para el diagnóstico, ya que demuestra hallazgos normales (vías biliares no dilatadas y parénquima hepático de aspecto habitual). Sin embargo, es de utilidad para poder descartar alguna otra patología, sobre todo si el prurito se acompaña de síntomas abdominales

Generalmente no se requiere de la toma de biopsia de tejido hepático para el diagnóstico. Cuando es realizado el estudio histopatológico, se pueden encontrar datos de colestasis sin inflamación. (Acta Medica, 2013)

Diagnóstico Diferencial

- ✓ Hepatitis virales y tóxicas (fármacos).
- ✓ Hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria.
- ✓ Coledocolitiasis.
- ✓ Esteatosis/Esteatohepatitis.
- ✓ Dermatopatías propias de la gestación.
- ✓ Reacciones alérgicas.

En casos tempranos o atípicos:

- ✓ Preeclampsia.
- ✓ Síndrome de HELLP.
- ✓ Hígado graso agudo (insuficiencia hepática grave que cursa con ascitis, encefalopatía y coagulopatía).

Patología Asociada

Cualquier patología obstétrica puede coexistir con CIDE, pero las que tienen asociación estadística con la enfermedad son:

- ✓ Amenaza de parto pretermino
- ✓ Parto Pretermino
- ✓ Meconio
- ✓ Muerte Fetal Súbita. (Tesis, Garcés Morales,)

Tratamiento

El ácido ursodeoxicólico es un ácido biliar natural, hidrofílico, que constituye menos de 3% del total de los ácidos biliares fisiológicos. Se ha utilizado durante muchos años en el tratamiento de la cirrosis biliar primaria y otros trastornos colestásicos y, al paso del tiempo, ha ganado un lugar en el tratamiento de la colestasis intrahepática del embarazo las dosis son variables, desde 600 mg a 1 gramo diaria. normaliza los índices de ácidos cólico-queodeoxicólico y el de glicina-aurina, y reduce las concentraciones de metabolitos sulfatados de progesterona en orina.

La dosis comúnmente utilizada es de 13 a 15 mg por kg al día, y deben realizarse mediciones de las concentraciones de ácidos biliares totales y pruebas de función hepática semanales durante el tratamiento

La dexametasona abate la síntesis de dehidroepiandroterona en la suprarrenal fetal y, de este modo, inhibe la síntesis placentaria de estrógenos. Este hecho planteó la posibilidad de que se produjera un efecto benéfico en la fisiopatología de la colestasis, y un estudio realizado por Hirvioja con diez mujeres afectadas, en las que se utilizaron 12 mg al día durante una semana, sugirió un efecto positivo con reducción de las concentraciones de estriol y estradiol y disminución de los síntomas en todos los casos.

Así mismo, hubo mejoría en las pruebas de función hepática y en los ácidos biliares, y los síntomas no reincidieron después de la interrupción del tratamiento. Sin embargo, estos resultados no fueron reproducibles en estudios posteriores

Hoy día la colestiramina otro medicamento que se utilizó en esta patología no debe considerarse en el tratamiento de la colestasis intrahepática del embarazo.

El tratamiento tópico con cremas acuosas con 2% de mentol, es efectivo en el tratamiento del prurito, pero sin repercusión en las alteraciones bioquímicas de la colestasis. (Medina, 2012)

Complicaciones Maternas -Fetales

Las mujeres afectadas no suelen tener secuelas hepáticas, pero, en cambio, puede llevar a serias repercusiones en el feto, Se han sugerido distintos mecanismos para explicar la repercusión de esta enfermedad en el feto. La más plausible de las teorías propone que la difusión de los ácidos biliares a través de la placenta, que normalmente es del feto hacia la madre, se invierte y conduce a elevación de los mismos en el feto, provocándole efectos tóxicos diversos.

Existe evidencia de que las altas concentraciones de dichos ácidos producen vasoespasmo en los vasos coriónicos y necrosis vascular en la superficie

placentaria, lo que podría conducir a la asfixia fetal; y pueden provocar alteración en la contractilidad cardíaca del feto, lo que contribuiría a explicar los casos de muerte intra-útero de forma súbita. (Medina,2012)

Otro efecto propuesto de los ácidos biliares es que aceleran la motilidad intestinal, lo que explica la mayor prevalencia de líquido amniótico meconial. Del mismo modo, la elevada incidencia de parto pretermino se ha relacionado con secreción excesiva de prostaglandinas e hipersensibilidad del miometrio a la oxitocina endógena, hechos inducidos por la elevada concentración de ácidos biliares.

La explicación más probable para el óbito fetal es la anoxia aguda y no la insuficiencia placentaria crónica, por lo que no existe un estudio con valor predictivo de riesgo fetal.

Se ha sugerido que la concentración de ácidos biliares totales en la sangre materna sea útil para predecir el riesgo de muerte intrauterina. En un estudio realizado en Suecia se encontró que la probabilidad de complicaciones fetales se relacionó con la concentración sérica de ácidos biliares, incluso habiendo controlado otros factores de riesgo.

En este estudio hubo complicaciones fetales cuando las concentraciones séricas maternas de ácidos biliares totales fueron mayores de 40 mmol/L. (Medina,2012)

Muchos autores, resalta Catherine Williamson han abogado por la implementación del parto temprano electivo en los embarazos con colestasis intrahepática. Estas políticas surgen de la demostración de un cúmulo de mortinatos de las 37 semanas de gestación en adelante y tienen por objeto reducir el riesgo de muerte fetal tardía intrauterina

En la actualidad, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos no cuenta con una directriz para el manejo de la colestasis intrahepática del embarazo. Los lineamientos actuales del Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos para la colestasis intrahepática del embarazo afirma que no hay evidencia que respalde o rechace esta práctica. Sin embargo, ha sido ampliamente adoptada por muchos médicos.

Un reciente estudio de población del Reino Unido informó de tasas de parto pretermino iatrogénico de 17%. La mayoría de los partos tempranos son inducidos y no hay evidencia de que esto dé como resultado tasas más altas de parto por cesárea de emergencia. De hecho, se ha mostrado en dos cohortes retrospectivas y un estudio prospectivo que las tasas de parto quirúrgico e instrumental no se incrementan en las mujeres con colestasis intrahepática del embarazo después de la inducción del trabajo de parto.

Como se analiza posteriormente, el riesgo de resultados perinatales adversos se ha relacionado con el grado de elevación de los ácidos biliares séricos maternos. Por tanto, algunos médicos llevan a cabo el parto a las 37 semanas de gestación en embarazos complicados con colestasis intrahepática del embarazo, tiempo en el que los ácidos biliares alcanzan cierto umbral (por ejemplo, 40 micromoles/L) (Catherine Williamson, 2014)

1.1. Justificación.

El presente caso clínico se realizó a partir de la información recolectada de la historia clínica de en una paciente de 31 años de edad con embarazo gemelar de 26 semanas de gestación que presento un cuadro clínico de COLESTASIS INTRAHEPÁTICA ; la finalidad con este trabajo de investigación es revisar y analizar los resultados del diagnóstico y tratamiento a ella aplicada, para establecer si los procedimientos que se le aplicaron basados en la teoría revisada en bibliografías de autores científicos y guías clínicas sobre el manejo de esta patología, cumplieron el pronóstico esperado tanto en la madre como en el producto.

Este trabajo de titulación contribuye a mejorar mis conocimientos obtenidos a través del tiempo de preparación previo a la obtención del título de Obstetrix, cumpliendo con exigencias profesionales y académicas para garantizar la atención de calidad, calidez y humanidad que se requiere en la atención integral de la embarazada y la mujer en los distintos ciclos de vida

1.2. Objetivos.

1.2.1 Objetivo general.

Analizar los resultados del diagnóstico y tratamiento de colestasis intrahepática, aplicados a embarazo gemelar 26 semanas de gestación.

1.2.2. Objetivos específicos.

Identificar los riesgos de muerte fetal y pautas de tratamiento para colestasis intrahepática en embarazo gemelar de 26 semanas de gestación

Conocer los Fármacos que se deben utilizar en el tratamiento de esta patología

1.3. Datos generales.

Sexo: Femenino.

Edad: 31 años.

Nacionalidad: ecuatoriana.

Escolaridad: Superior

Actividad: Docente Primaria

Estado Civil: Casada.

Procedencia: Babahoyo – Camilo Ponce Enríquez – Cdla Mamey

Vivienda: Propia.

Tipo de vivienda: Cemento.

Localidad de habitad: Área urbana.

Número de personas que
habitan la vivienda: 4 habitantes.

Número de hijos: 1

Unidad de control prenatal: Hospital Maternidad Babahoyo

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta: a la semana 26 de gestación, presenta prurito generalizado, de moderada intensidad, que ocasiona insomnio, llanto fácil, trastornos del carácter, valorado por psicología como un cuadro de ansiedad, con embarazo gemelar bicorionico -biamniotico

Antecedentes Gineco-Obstetricos:

Gestas: 3.

Abortos: 1

Partos: 0.

Cesáreas: 1

Fecha de Última Menstruación (FUM): 5 de noviembre del 2014

Fecha Probable de Parto (FPP): 15 de agosto del 2015

Edad Gestacional: 26 semanas de gestación. Al momento del cuadro clínico

Periodo Intergenésico: 4 años

Antecedentes personales: herpes genital

Antecedentes quirúrgicos: Cesárea previa

Antecedentes familiares: no refiere.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Se trata de una paciente de 31 años, profesora de primaria que acude a primera consulta prenatal el 30 de diciembre del 2014, por cuadro clínico de sangrado transvaginal escaso en 2 ocasiones por relaciones sexuales, presentando además vómitos, salivación excesiva. Con resultado de urocultivo patológico

Por lo que se indica antibióticos orales, suplemento de progesterona micronizada, hidratación parenteral, exámenes de laboratorios complementarios, ecografía de control. No regresa a los controles hasta las 17 semanas de gestación, donde manifiesta haber presentado amenaza de aborto, que ocasionan ingreso hospitalario por 7 días, al momento presenta leucorrea blanquecina, prurito vaginal, dolor pélvico, aerofagia, disminución del apetito.

Se realiza ecografía obstétrica, el cual informa embarazo gemelar de 16 semanas monocoriónicos- biamniótico. por lo que se recomienda continuar con los controles y se indica suplementos vitamínicos, profilaxis tetánica.

A las 26 semanas presenta cuadro clínico de PRURITO e INSOMNIO, se solicita exámenes de perfil hepático, eco abdominal, por sospecha de patología hepática más embarazo, al no observarse al examen físico ninguna patología dermatológica y agravamiento del insomnio que produce irritabilidad.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Al examen físico: se realiza maniobras de Leopold y se obtiene a la palpación; abdomen globuloso con altura uterina de 23 cm, sin dinámica uterina, con auscultación de latidos cardiacos fetales de ambos productos con doppler

Al tacto vaginal: cérvix sin modificaciones.

Signos vitales: al momento de consulta

Cuadro # 2

T/A	FC	FR	T°	Sat. Ox.	Proteinuria	Score Mama
120/70 mm Hg.	90 x´	14 x´	36.8 °C	99%	Negativa.	(0)

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Reporte Ecográfico. Al control prenatal, el cual informa embarazo gemelar de 16 semanas monocorionico - biamniotico, situación indiferentes, liquido amniótico normal, placenta g o / iii

A la semana 30 de gestación, se realiza Eco Doppler, el cual es reportado como normal

Imagen de diagnóstico presuntivo:

1. EMBARAZO GEMELAR DE 16 SEMANAS

2. GEMELAR, MONOCORIONICO, BIAMNIOTICO

REPORTE DE CONTROLES PRENATALES Y EXÁMENES DE LABORATORIO:

Cuadro # 3

CONTROLES PRENATALES									
FECHA	22 DIC	30 DIC	2 MARZO	25 MARZO	8 MAYO	25 MAYO	2 JUNIO	6 JULIO	14 JULIO
SEMANAS	7	8	17	20	26	28	29	34	35
PESO	58	59	58	59	65	65	66	70	72
PA	90/40	80/50	90/60	100/60	120/70	120/70	100/60	100/60	100/70
AU	-	8 CM	14 CM	18CM	23CM	26CM	28CM	31CM	36CM

Elaborado por Beatriz Zapata

Cuadro # 4

EXAMENES DE LABORATORIO			
	18 DIC	9 DE JULIO	12 MAYO
HEMOGLOBINA	13,7 g/dl	13,8 g/dl	
GLUCOSA	69mg/dl	80 mg/dl	
VDRL	NO REACTIVO	NO REACTIVO	
HIV	NEGATIVO	NEGATIVO	
TOXOPLASMA	NEGATIVO	NEGATIVO	
TGO			26
TGP			24
BILLIRUBINA DIRECTA			0,3 md/dl
BILLIRUBINA INDIRECTA			0,6 mg/dl
ECOGRAFIA DOPPLER, EMBARAZO 30 SEMANAS GEMELAR, NORMALES			

Elaborado por Beatriz Zapata

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico Presuntivo:

1. EMBARAZO DE 26 SEMANAS
2. GEMELAR BICORIONICO- BIAMNIOTICO
3. COLESTASIS INTRAHEPATICA

Diagnóstico Diferencial:

1. URTICARIA

Diagnóstico Definitivo:

1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIONICO - BIAMNIOTICO DE 26 SEMANAS.
2. COLESTASIS INTRAHEPATICA

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Origen del problema:

A partir de la información obtenida en la anamnesis se evidencia el síntoma característico de la patología PRURITO, acompañado de INSOMNIO, la edad gestacional (26semanas), más embarazo gemelar cumpliendo así con los criterios clínicos de diagnóstico, se llega a determinar que podría tratarse de un cuadro de COLESTASIS INTRAHEPATICA

Se solicita exámenes de laboratorio de perfil hepático, eco abdominal, por sospecha de patología hepática más embarazo, al no observar al examen físico

ningún problema dermatológica y agravamiento del insomnio que produce irritabilidad. Los resultados de laboratorio, son reportados sin alteraciones, por lo que se solicita valoración por Gastroenterología, con la sospecha de una colestasis intrahepática del embarazo.

Procedimientos a realizar:

De acuerdo a las recomendaciones de la literatura científica:

- Valoración de ácido biliar en sangre materna
- Control ecográfico y doppler fetal cada 15 días
- Administración de ácido desoxicólico hasta terminación del embarazo
- Interrupción del embarazo, a la semana 37-38 semanas

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Cesárea de emergencia: “Indicaciones para cesárea como: paciente padece VIH, tiene hasta 2 cesáreas previas, situación transversa, distocia de la presentación pélvica...”. (Ministerio de Salud Pública, Atención del Parto por Cesárea. 2015).

Profilaxis previa a cirugía con antibiótico: “Se recomienda ofrecer a las mujeres antibióticos profilácticos en cesárea para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias.” (Ministerio de Salud Pública, Atención del Parto por Cesárea. 2015).

Medidas antitrombóticas: “Se recomienda ofrecer la tromboprofilaxis ya que las embarazadas tienen un mayor riesgo de tromboembolismo venoso.” (Ministerio de Salud Pública, Atención del Parto por Cesárea. 2015)

Control de puerperio inmediato: “Después de la recuperación de la anestesia, debe controlarse la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, la presión arterial, el

dolor y la sedación, y el sangrado, cada media hora durante 2 horas y cada hora a partir de entonces siempre que los signos sean estables o satisfactorios.” (Ministerio de Salud Pública, Atención del Parto por Cesárea. 2015)

2.8 Seguimiento.

Concordando con el diagnóstico presuntivo, se inicia manejo respectivo. En conjunto con Gastroenterología con corticoides parenterales – orales-tópicos (dexametasona 8 mg IM cada día por 3 días, luego meticorten 10 mg a partir del 4 día hasta el mes, y luego 5 mg por día por segundo mes), ácido dexocólico (Ursofalk 250mg cada día, hasta terminar el embarazo), resinas de intercambio, antialérgicos.

La medicación indicada, disminuye la intensidad del prurito e insomnio. Continuando su control prenatal del embarazo gemelar con exámenes de laboratorio y ecografía doppler obstétrica. A la semana 35 de gestación, presenta pérdida de líquido, con actividad uterina, y reaparición del cuadro de prurito de leve intensidad.

Por lo que se indica ingreso para interrupción del embarazo, por el antecedente de embarazo gemelar, cesárea previa, ruptura de membranas.

Bajo normas de asepsia y antisepsia se da inicio la cesárea por emergencia más salpingectomía parcial bilateral, obteniéndose:

- Feto 1, masculino, podálico, peso 2500 gramos, apgar 8 al minuto;
- Feto 2, femenino, transverso, peso 2300 gramos, apgar 6 al minuto.

El RN femenino, presenta dificultad respiratoria y mala adaptación a la temperatura, por lo que se ingresa a la unidad de cuidados intermedios neonatales. Con evolución favorable y es dado de alta a las 72 horas.

Se realiza control de puerperio inmediato cada 30 minutos durante 2 horas no se aprecian novedades en tono uterino y loquios. Score mama de (0). Se prescribe Lactato de Ringer 1000cc + Tramadol 200mg diluido + Metoclopramida 10mg diluido a 30 gotas por minuto IV en 24 horas, Ampicilina + Sulbactam 1,5 g IV cada 8 horas, control de signos vitales, retiro de sonda vesical luego de 24 horas y pase a sala posparto quirúrgico.

Diagnóstico: puerperio quirúrgico inmediato. Colestasis del Embarazo

La paciente en su evolución post-quirúrgica, luego de 72 horas , en buenas condiciones generales (score mama de 0), es dada de alta hospitalaria, se prescribe tratamiento ambulatorio con, ampicilina + sulbactam 375 mg tabletas vía oral cada 8 horas por 5 días, Paracetamol 500mg tabletas vía oral cada 8 horas por 5 días, Hierro tabletas vía oral cada día por 30 días. Con desaparición del prurito a las 48 horas. Regresa al control a los 8 días post-parto, sin anormalidades

Neonatología prescribe alta de neonatos a los 3 días de nacimiento.

2.9 Observaciones.

En el caso estudiado, la paciente presentaba varios factores de riesgo para el desarrollo de la patología, el embarazo gemelar. stress, recibió en sus controles prenatales iniciales, suplemento de altas dosis de progesterona. a pesar que la literatura menciona que son los estrógenos los principales responsables de las manifestaciones clínicas.

Al presentarse el cuadro de forma aguda, a la semana 26 de gestación y con los resultados de laboratorio se trató de mantener el embarazo en forma conservadora, respondiendo en forma favorable al manejo con corticoides y ácido desoxicólico, la interrupción del embarazo, se debió a la ruptura de membranas en forma precoz y a la reaparición del prurito e insomnio

CONCLUSIONES.

Con la información que se obtuvo de la historia clínica y de los exámenes complementarios, se verificó que la paciente presentó una Colestasis del Embarazo, agravada por el embarazo gemelar pretermino, por esta razón la patología fue manejada como un embarazo de alto riesgo

En base a los resultados del seguimiento se concluye que la paciente presentó tres diagnósticos importantes que determinaron la realización de cesárea por emergencia, los cuales fueron la, embarazo gemelar, la ruptura prematura de membranas, colestasis intrahepática.

El manejo terapéutico al cual se sometió a la paciente fue basado en indicaciones que se encuentran en trabajos de investigación y revisiones científicas de la literatura médica para el tratamiento de patologías hepáticas obstétricas, con lo cual se obtuvo resultados satisfactorios, ya que se logró evitar comprometer el bienestar materno y fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Artículo de Revisión Colestasis del Embarazo Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Pedro Poma., 2013

Colestasis Intrahepatica del embarazo: conceptos actuales Rev. Med cient. 2012;25(1):18-23

Colestasis intrahepatica del embarazo. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 40, número 8, agosto 2015

Colestasis intrahepatica del embarazo: una revisión Ginecol Obstet Mex 2012;80(4):285-294 Juan Manuel Medina Lomelí, * Rosa Alicia Jáuregui Meléndrez, ** Néstor Medina Castro, * Daniela Medina Castro

Colestasis Intrahepatica del Embarazo, *Catherine Williamson* Obstet Gynecol 2014;124:120-33)

Diagnóstico y manejo de la colestasis intrahepatica del embarazo. Reporte de un caso y revisión de la literatura ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 11, No. 1, enero-marzo 2013

Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización "Atención del Parto Por Cesárea" Guía de Práctica Clínica, 2015:1-39

Lluís Cabero Roura, PERINATOLOGIA, Tomo I, SALVAT EDITORES, 1996.

RIESGO ELEVADO OBSTETRICO, Lluís Cabero Roura, Colección Materno-Fetal, Editorial Mason, 1996

Tesis de Grado, COLESTASIS DEL EMBARAZO, Garcés Margarita, Ambato, 2015

ANEXOS.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 09-07-2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Hugolino Dellana Garbor FIRMA: [Firma]
 TEMA DEL CASO CLINICO: Politania intrahepática en embarazo gemelar de 26 semanas de gestación.
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Betziz Graciela Lapata Franco
 CARRERA: Obstetricia

Pag. N°.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2	30-06-18	Solución del tema	✓		100%	Hugolino Dellana G	Betziz Lapata
2	27-06-18	Revisión de propuesta de caso clínico	✓		100%	Hugolino Dellana G	Betziz Lapata
2	04-07-18	Aprobación del tema	✓		100%	Hugolino Dellana G	Betziz Lapata

[Firma]
 Cns. Liliana Muñoz Solorzano, MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 28/07/18

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Hugolino Dellana Garbor FIRMA: [Firma]
 TEMA DEL CASO CLINICO: Politania intrahepática en embarazo gemelar de 26 semanas de gestación
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Betziz Graciela Lapata Franco
 CARRERA: Obstetricia

Pag. N°.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2	07-07-18	Se realiza marco teórico e introducción	✓		20%	Hugolino Dellana G	
2	16-07-18	Realización de objetivos generales y específicos	✓		25%	Hugolino Dellana G	
2	23-07-18	Concepción de marco teórico y objetivos	✓		35%	Hugolino Dellana G	
2	06-08-18	Desarrollo de justificación y conclusión	✓		40%	Hugolino Dellana G	
2	13-08-18	Desarrollo de anamnesis y examen físico	✓		50%	Hugolino Dellana G	
2	30-08-18	Aproximación de citas bibliográficas	✓		70%	Hugolino Dellana G	
2	27-08-18	Revisión de observaciones del caso	✓		80%	Hugolino Dellana G	
2	03-09-18	Finalización del caso y revisión de correcciones	✓		100%	Hugolino Dellana G	

[Firma]
 Cns. Liliana Muñoz Solorzano, MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA