



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

ANÁLISIS DE CASO CLINICO SOBRE:

**“COLESTASIS DEL EMBARAZO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autora:** Garcés Morales, Margarita Azucena

**Tutora:** Dra. León Baquero, Erica Fernanda.

Ambato – Ecuador

Julio, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Análisis de caso Clínico sobre:

**“COLESTASIS DEL EMBARAZO”**, de Margarita Azucena Garcés Morales, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que este trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo 2015

LA TUTORA

.

.....

Dra. León Baquero, Erica Fernanda

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico “**COLESTASIS DEL EMBARAZO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este Trabajo de Grado.

Ambato, Mayo del 2015.

LA AUTORA

.....  
Garcés Morales, Margarita Azucena

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de ese caso clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Mayo 2015

LA AUTORA

.....  
Garcés Morales, Margarita Azucena

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre **“COLESTASIS DEL EMBARAZO.”** de Margarita Azucena Garcés Morales, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Julio 2015

Para constancia firman

---

1er Vocal

---

2do Vocal

---

**PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**

## **DEDICATORIA**

A dios por darme la vida y permitir que siga en la lucha, a mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy como persona, y académicamente; a mis hermanos por el apoyo incondicional, a mi amiga hermana por levantarme el ánimo cuando he caído. A mi pequeña ahijada por ser parte de mi inspiración a seguir. Y en especial aquellos seres que desde el cielo han estado bogando para que este sueño se haga realidad mis queridos Abuelitos. A toda mi familia y amigos por cada palabra de aliento.

*Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.*

Margarita Azucena Garcés Morales

## **AGRADECIMIENTO**

Reitero mi más sincero agradecimiento primero a dios por darme la familia que me dio.

A mis padres por darme la vida y mantenerla y ser un ejemplo de lucha, fortaleza y nunca permitir que limite mis sueños.

A mi madre ejemplo de amor, lealtad, fidelidad y respeto le agradezco tanto que no me alcanzarían las palabras para describirla, solo que te amo.

A mis abuelitos que desde el cielo han sido mi inspiración y mi luz.

A mis docentes a todos y cada uno de ellos que fueron parte de este largo aprendizaje, por infundir todos sus conocimientos, paciencia y por todo el tiempo brindado gracias.

Al Hospital General Puyo por haberme abierto las puertas para realizar el internado y permitirme realizar este análisis.

A mis amigos gracias por estar siempre en los momentos más difíciles, su apoyo es incondicional.

A la Universidad Técnica de Ambato a quien siempre la llevare en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y de esta manera permitirme cumplir mi anhelo de servir a la sociedad.

Un agradecimiento especial a mi tutora Dra. Erica León, por el apoyo y transferencia de sus conocimientos que me sirvieron en el desarrollo de este caso clínico.

Mi efusivo saludo de estima y consideración a los miembros del tribunal.

Margarita Azucena Garcés Morales

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY .....	xiii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. OBJETIVOS.....	3
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
I. DESARROLLO .....	4
3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO .....	4
3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS.....	5
3.3. ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO .....	6
3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO .....	9
3.5 FACTORES EN LOS SISTEMAS DE SALUD .....	9
3.5.1 Oportunidad en la Solicitud de Consulta.....	9
3.5.2 Acceso a la Atención Médica. ....	10
3.5.3 Oportunidades en la Atención.....	10
3.5.4 Características de la Atención.....	10
3.5.5 Oportunidades en la remisión.....	11
3.5.6 Trámites administrativos.....	12
3.6 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	12
3.7 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	12



IV. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	16
V. ANÁLISIS DEL CASO .....	25
VI. CONCLUSIONES.....	27
VII. RECOMENDACIONES. ....	27
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....	28
IX. ANEXOS .....	30

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Clasificación por niveles de riesgo según Síndrome Bioquímicos o antecedentes de la paciente. ....	20
<b>Tabla 2.</b> Criterios para indicar la Interrupción del embarazo en CIG según Clasificación por Niveles de riesgo y Semanas de edad gestacional. ....	24

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO”**

**Autora:** Garcés Morales, Margarita Azucena

**Tutora:** Dra. León Baquero, Erica Fernanda

**Fecha:** Mayo, 2015

**RESUMEN**

El presente caso tiene como finalidad conocer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, además de analizar los factores de riesgo y la relación de la Colestasis Intrahepática del Embarazo con las complicaciones tanto maternas como fetales, edad gestacional y vía de terminación de gestación en pacientes con cuadro de Colestasis del embarazo.

Para esto en el actual análisis se presenta un caso de una paciente femenina de 30 años de edad, casada, empleada pública, afiliada; primigesta. Menarquia a los 12 años, con Fecha de Última Menstruación del 06/Noviembre/2013, inicia su vida sexual activa a los 21 años, un solo compañero sexual, Método de planificación Familiar: ninguno. Embarazo planificado. Realiza controles prenatales en facultativo particular y Hospital del Seguro desde la quinta semana de gestación. Tiene como Antecedentes Quirúrgicos: Colectomía hace aproximadamente 4 años.

En la semana 24 de gestación comenzó con cuadro de prurito de moderada intensidad en miembros superiores e inferiores, de predominio nocturno; el mismo que ha ido intensificándose, por lo que acude a Hospital del seguro en donde dan un diagnóstico de Dermatitis Atópica y por falta de profesional en el área de dermatología es derivada a Hospital General Puyo, se realiza una valoración multidisciplinaria y se solicita exámenes en donde se encuentra elevación 3 veces de Bilirrubina total, directa e indirecta; elevación de enzimas hepáticas, fosfatasa

alcalina, colesterol total y triglicéridos. Es diagnosticada de Embarazo de 25.1 semanas de gestación + Colestasis del embarazo se inicia tratamiento con Ácido Ursodesoxicólico y Vitamina K, con controles periódicos. A la semana 32 es hospitalizada por Amenaza de parto pretérmino y persistencia de prurito por lo que se realiza maduración pulmonar completa. A la semana 39 ingresa con labor inicial de parto, se realiza maduración cervical con una dosis de 25 microgramos de misoprostol. A las 4 horas de su ingreso madre refiere no percibir movimientos fetales por lo que se realiza auscultación de frecuencia cardiaca fetal con ausencia de la misma solicitando un eco urgente el mismo q reporta embarazo de 38.5 semana + óbito Fetal.

Al parto se obtiene recién nacido sin signos de vitalidad + meconio pesado.

El diagnóstico no fue adecuado al inicio de sintomatología, y aunque tuvo un diagnóstico temprano y se manejó adecuadamente se debió finalizar el embarazo más pronto y con controles exhaustivos durante la labor de parto.

Durante el análisis de este caso, se evalúan las condicionantes que llevaron a dicha conclusión, y de qué manera actualmente las guías clínicas y los estudios científicos, a pesar de no contar con protocolos y guías en nuestro país, han logrado relacionar las características genéticas relevantes de la patología, las manifestaciones clínicas importantes y la importancia del control y monitorización adecuada en estas pacientes gestantes.

Al final del mismo se exponen las oportunidades de mejora que, a criterio del autor, pueden ser importantes y recomendables para mejorar el diagnóstico, manejo y la protocolización de las gestantes con este tipo de Patología.

**Palabras Claves:** PRIMIGESTA, COLESTASIS\_DEL\_EMBARAZO, ÓBITO FETAL, MECONIO, MONITORIZACIÓN.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**CAREER OF MEDICINE**

**"INTRAHEPATIC CHOLESTASIS OF PREGNANCY"**

**Author:** Garcés Morales, Margarita Azucena

**Tutor:** Dra. León Baquero, Erica Fernanda

**Date:** May, 2015

**SUMMARY**

This case serves to verify the diagnosis, treatment and monitoring, in addition to analyzing the risk factors and the relationship of intrahepatic cholestasis of pregnancy with both maternal and fetal complications, gestational age and method of termination of pregnancy in patients with box of cholestasis of pregnancy.

For this purpose in the current analysis a case of a female patient of 30 years old, married civil servant, affiliated occurs; primigesta. Menarche at age 12, with last menstrual period of 06 / November / 2013, began his active sex life at age 21, one sexual partner, family planning method: None. Planned pregnancy. Make optional prenatal particularly Hospital Insurance and from the fifth week of gestation. Its Background Surgical: cholecystectomy about 4 years ago.

At week 24 of gestation began with box itching of moderate intensity in upper and lower limbs, predominantly nocturnal; the same that has been intensifying, so go to Hospital sure where they diagnosed with Atopic Dermatitis and lack of professional in the field of dermatology is derived from General Hospital Puyo, a multidisciplinary assessment is made and examinations requested in where elevation is 3 times the total direct and indirect bilirubin; elevated liver enzymes, alkaline phosphatase, total cholesterol and triglycerides. It is it diagnosed Pregnancy + 25.1 weeks of gestation cholestasis of pregnancy treatment with ursodeoxycholic acid

and vitamin K starts, with regular checks. At week 32 is hospitalized for preterm labor and persistent itching so full lung maturity is done. At week 39 admitted with initial labor, cervical ripening is performed with a dose of 25 micrograms of misoprostol. At 4 hours of arrivals mother he refers not perceive fetal movements so auscultation of fetal heart rate is performed with lack thereof requesting an urgent report echoes the same q + 38.5 week pregnancy stillbirth.

The diagnosis was not right at the start of symptoms, and although I had an early diagnosis and properly handled was due end pregnancy sooner and with careful monitoring during labor.

During the analysis of this case, the conditions that led to that conclusion are evaluated, and how now so clinical guidelines and scientific studies, despite not having protocols and guidelines in our country, have succeeded in linking the relevant genetic characteristics pathology, major clinical manifestations and the importance of proper control and monitoring in these pregnant patients.

At the end of the improvement opportunities, to the author, can be important and desirable to improve the diagnosis, management and logging of pregnant women with this type of pathology are presented.

**Key words:** FIRST PREGNANCY, CHOLESTASIS\_OF\_PREGNANCY, FETAL DEATHS, MECONIUM, MONITORING.

## I. INTRODUCCIÓN

La Colestasis del Embarazo es una patología reversible, que se desarrolla durante el segundo o tercer trimestre de la gestación y se resuelve rápidamente tras el parto. Se considera la segunda causa más frecuente de ictericia durante la gestación. (Pathak, Sheibani y Lee 2010).

Es variable según el área geográfica estudiada y oscila entre tasas tan bajas como 1- 2/10.000 embarazos en Estados Unidos, Asia y Australia, y tan altas como 10-200/10.000 embarazos en Europa. Estas variaciones podrían reflejar diferencias en la susceptibilidad entre distintos grupos étnicos. La incidencia más alta se encuentra en Chile y Bolivia, con un 5-15% de los embarazos, especialmente entre los Auracanos (24%), así como en Escandinavia y los países Bálticos (1-2%). En algunos países, como Suecia y Chile, se ha descrito incluso una influencia estacional, con tasas más elevadas en el mes de noviembre<sup>1</sup>. Todo ello sugiere la influencia de factores ambientales no bien conocidos. La CIE aparece en mujeres de todas las edades, tanto primíparas como multíparas, especialmente en embarazos múltiples, y puede recurrir en gestaciones posteriores. (Lorente y Montoro 2007)

La incidencia de Colestasis Intrahepática del Embarazo en Finlandia y Suecia es 0,54-1,5%. ICP puede reaparecer en 40 - 60% de los embarazos posteriores. En 16% de los casos de ICP es familiar, y en aquellos casos ICP se repite en el 92%. (Turunen et al. 2010).

Conociendo dichos datos mencionados con anterioridad cabe recalcar que por su incidencia muy poco se conoce sobre dicha patología sobre todo en nuestro país; no obteniendo así datos pero que no deja de ser necesario e importante conocer y sobre todo diagnosticar gestantes con Colestasis gravídica. Hay un cierto componente familiar por lo que se ha descrito un riesgo 12 veces mayor para desarrollar la enfermedad en las hermanas de las pacientes afectadas. Por ende el presente trabajo de investigación busca identificar la problemática que representa,

tanto para la familia, como para la misma gestante el desarrollo de colestasis intrahepática del embarazo con necesidad de diagnóstico adecuado con controles periódicos para una actuación oportuna evitando complicaciones importantes y severas en el feto; relacionando desde el punto de vista externo y sin la finalidad de señalar culpables, sino más bien, logrando aportar hallazgos en deficiencias o falencias en el sistema de salud, en diagnóstico oportuno, tratamiento, seguimiento y controles periódicos, así como los factores individuales relacionados con la educación en salud; identificación de factores de riesgo y la responsabilidad de la paciente con respecto al desarrollo de su gestación y patología subyacente.

Si bien la etiología de la Colestasis Intrahepática del Embarazo permanece desconocida, la enfermedad tiene una clara expresión clínica y bioquímica.

Las severas complicaciones feto-neonatales, asociadas a esta enfermedad, generan un importante desafío relacionado con la prevención de las mismas.

La calidad y cantidad de estudios publicados sobre Colestasis del Embarazo es baja. Pueden contribuir a esto numerosos factores tales como: baja prevalencia en relación a otras enfermedades asociadas al embarazo, desigual distribución de la enfermedad a nivel mundial y la imposibilidad de llevar adelante estudios clínicos con puntos finales éticamente aceptables.



## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

- Conocer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con Colestasis del Embarazo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Analizar las acciones médicas inseguras frente al caso expuesto en los diferentes niveles de Salud.
2. Identificar los factores de riesgo que predisponen a paciente embarazadas a padecer Colestasis del Embarazo.
3. Determinar el pronóstico materno-fetal en pacientes que presentan Colestasis del Embarazo.
4. Establecer los puntos críticos en el manejo de las pacientes con Colestasis del Embarazo.
5. Determinar la edad gestacional a la que una paciente con Colestasis del Embarazo debe finalizar su embarazo evitando riesgos tanto de la madre como del feto.
6. Identificar la vía de terminación de un embarazo en una paciente con Colestasis del Embarazo.

## I. DESARROLLO

### 3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

El caso que se presenta a continuación se trata de una paciente femenina de 30 años de edad, casada, empleada pública, afiliada; primigesta. Menarquia a los 12 años, con Fecha de Última Menstruación del 06/Noviembre/2013, inicia su vida sexual activa a los 21 años, un solo compañero sexual, Método de planificación Familiar: ninguno. Embarazo planificado. Realiza controles prenatales en facultativo particular y Hospital del Seguro desde la quinta semana de gestación. Tiene como Antecedentes Quirúrgicos: Colecistectomía hace aproximadamente 4 años.

En la semana 24 de gestación comenzó con cuadro de prurito de moderada intensidad en miembros superiores e inferiores, de predominio nocturno; el mismo que ha ido intensificándose, por lo que acude a Hospital del seguro en donde dan un diagnóstico de Dermatitis Atópica y por falta de profesional en el área de dermatología es derivada a Hospital General Puyo, se realiza una valoración multidisciplinaria y se solicita exámenes en donde se encuentra elevación 3 veces de Bilirrubina total, directa e indirecta; elevación de enzimas hepáticas, fosfatasa alcalina, colesterol total y triglicéridos. Es diagnosticada de Embarazo de 25.1 semanas de gestación + Colestasis del embarazo se inicia tratamiento con Ácido Ursodesoxicólico y Vitamina K, con controles periódicos. A la semana 32 es hospitalizada por Amenaza de parto pretérmino y persistencia de prurito por lo que se realiza maduración pulmonar completa.

A la semana 39 ingresa con labor inicial de parto, se realiza maduración cervical con una dosis de 25 microgramos de misoprostol. Se realizan exámenes: Biometría Hemática, Química sanguínea completa, Perfil Hepático, Elemental y Microscópico de Orina, VIH, VDRL; se realiza además Monitoreo Fetal Electrónico. A las 4 horas de su ingreso madre refiere no percibir movimientos fetales por lo que se realiza auscultación de frecuencia cardíaca fetal con ausencia

de la misma solicitando un eco urgente el mismo q reporta embarazo de 38.5 semana + óbito Fetal.

Al parto céfalo vaginal se obtiene recién nacida sin signos de vitalidad, sexo femenino con meconio pesado.

### **3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS**

La elaboración del presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

- Historia clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través de lo cual se obtuvo la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, tiempo de permanencia en las diferentes unidades y servicios hospitalarios, manejos clínicos, características de la atención e identificación de puntos críticos.
- Información directa a través de la aplicación de entrevista a paciente brindo la información activa y directa la cual permitió identificar los factores de riesgo que influyeron de alguna manera en la evolución de este caso clínico.
- Hojas de referencia e Interconsultas realizadas desde el Hospital del Seguro y en la misma Unidad del Hospital Provincial Puyo.
- Guías de práctica clínica y artículos de revisión ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objeto de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual, la guía clínica utilizada en la cual se obtuvo definiciones, protocolos estandarizados, medidas terapéuticas, recomendaciones fueron de la Guía de práctica clínica del Hospital Ramón Sardá de Colestasis Intrahepática Gestacional del año 2010 y actualizada el año 2011, ya que en nuestro país no existen guías clínicas propias acerca del manejo de este tipo de pacientes.

### 3.3. ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 30 años de edad, Ocupación Empleada Pública, nace en Orellana y Reside en el Puyo, diestra, casada, evangélica, Quichua, Grupo Sanguíneo desconoce, Afiliada al IESS. Antecedentes Patológicos Personales: Clínicos: No refiere. Antecedentes Quirúrgicos: Colectomía hace aproximadamente 4 años. Antecedentes Patológicos Familiares: No Refiere. Alergias: No refiere. Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarquia: 12 años, Ciclos menstruales Regulares por 3 días, Inicio de la vida sexual activa: 21 años, Parejas sexuales: 1, Método de planificación Familiar: Ninguno. Paptest: Hace 2 años con resultado Normal, ETS: No refiere. FUM: 06/Noviembre/2013, G: 1, P: 0, A: 0, HV: 0. G1: Actual, hospitalizada a las 32 semanas por Amenaza de Parto Pretérmino con maduración pulmonar completa (Betametasona). EG: 39 semanas por FUM. FPP: 13/Agosto/2014. CPN: 8, ECOS: 5.

En la semana 24 de gestación comenzó con cuadro de prurito de moderada intensidad en miembros superiores e inferiores, de predominio nocturno; el mismo que se ha ido intensificando, por lo que acude a Hospital del seguro en dónde dan un diagnóstico de Dermatitis Atópica y por falta de profesional en el área de dermatología es derivada a Hospital General Puyo, se realiza una valoración y se solicita exámenes en dónde se encuentra elevación 3 veces de Bilirrubina total, directa e indirecta; elevación de enzimas hepáticas, fosfatasa alcalina, colesterol total y triglicéridos. Es valorada por Ginecología quien da diagnóstico de Embarazo de 25.1 semanas de gestación + Colestasis del embarazo y se inicia tratamiento con Ácido Ursodesoxicólico y Vitamina K, con controles periódicos. A la semana 32 es hospitalizada por Amenaza de parto pretérmino y persistencia de prurito; paciente presenta lesiones costrosas a nivel de miembros superiores, inferiores y tórax anterior, además de ictericia a nivel de escleras; Se realiza maduración pulmonar completa con Betametasona y útero inhibición con Nifedipina.

A la semana 39 de gestación paciente acude por presentar cuadro de +/- 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contracción localizado en hipogastrio e irradiado a región lumbar, de moderada intensidad el mismo que ha

ido progresando. Cuadro se acompaña de eliminación de tapón mucoso y líquido transvaginal, claro, no mal olor, en escasa cantidad, razón por la que acude a esta casa de salud donde es valorada en emergencia y se decide su ingreso.

**Signos vitales - Ingreso:** Tensión Arterial de 120/80 mm Hg, frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto, temperatura axilar de 36.8 grados centígrados, saturación de oxígeno 97%.

**Medidas Antropométricas:** Peso 61 Kg, Talla: 1.47 cm.

**Al Examen Físico, Ingreso-Emergencia:** Paciente consciente; Orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, hidratada. Piel: Normotensa, ligero tinte icterico, presenta lesiones, eritematosas y pruriginosas diseminadas en miembros superiores e inferiores. Cabeza: normocefálica. Ojos: Conjuntivas pálidas, pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación, escleras tinte icterico. Boca: Mucosas orales húmedas. Cuello: simétrico no adenopatías. Tórax: expansibilidad conservada. Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, no se auscultan soplos. Pulmones: Murmullo Vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: Globoso, útero gestante, feto único, vivo, cefálico, longitudinal derecho. FCF: 142 por minuto, Movimientos Fetales: (+), Actividad Uterina: Irregular, Altura de Fondo Uterino: 32 cm. Región Inguino genital: Genitales externos de nulípara, al Tacto Vaginal: Cérvix posterior, Dilatado: 1.5 centímetros y Borrado: 30%, polo cefálico, móvil. Extremidades: No edema, pulsos distales presentes. Examen Neurológico Elemental: Glasgow 15/15.

Paciente ingresa a las 12:00 horas a Centro Obstétrico, se valora actividad uterina: irregular. Tacto Vaginal: Cérvix Posterior, Dilatado 3 centímetros, Borrado 60%. Se realiza maduración Cervical con una dosis de Misoprostol sublingual de 25 microgramos. A las 4:00 Madre refiere que no percibe movimientos fetales por lo que se realiza monitoreo de frecuencia cardiaca con doopler sin encontrar frecuencia cardíaca fetal. A las 7:00 es valorada por especialista y se solicita Eco Obstétrico urgente Reportando feto único, cefálico, sin movimientos; FCF: negativa, comprobado con Doppler color. Líquido amniótico adecuado, Placenta anterior Grado I. Peso: 3000 gr, DBP: 91mm, CC: 329 mm, CA: 313 mm, LF: 76

mm. Con un diagnóstico de Embarazo de 38.2 semanas + Óbito Fetal. Por lo que se deja en evolución espontánea y se administra analgésico paciente muy álgica.

Parto cefalovaginal se lleva a cabo a las 13:00 horas Dilatado 10 centímetros y Borrado 100%, polo cefálico, III plano, membranas rotas, obteniendo recién nacido, único, sexo femenino, sin signos vitales, Peso: 2587 gr., Talla: 50cm., PC: 31 cm, Líquido Meconial pesado. Alumbramiento completo. Sin complicaciones.

**Monitoreo Fetal Electrónico Ingreso:** Feto Activo, Reactivo, variabilidad de pequeñas y medianas oscilaciones, Frecuencia Cardíaca Fetal: 140-145 latidos por minuto. No desaceleraciones. Movimientos fetales: percibidos por la madre. Actividad Uterina: Irregular.

**Exámenes de Laboratorio:**

Parámetro	FECHA	
	25/04/2014	04/08/2014
Hemoglobina	12.4 g/dl	12.2 g/dl
Hematocrito	37.2%	36.3%
Leucocitos	10.710 u/L	9980 u/L
Neutrófilos	80%	82%
Plaquetas	263.000 u/L	262.000 u/L
Glucosa	78 mg/dl	90 mg/dl
Urea	12.9 mg/dl	23.4 mg/dl
Creatinina	0.52 mg/dl	0.54 mg/dl
Bilir Total	4.05 mg/dl	3.19 mg/dl
Bilir Directa	2.94 mg/dl	1.65 mg/dl
Bilir Indirecta	1.1 mg/dl	1.54 mg/dl
Fosfatasa Alcalina	804 U/L	1707 U/L
TGO/AST	47.8 U/L	27.2 U/L
TGP/ALT	47.0 U/L	23.2 U/L
Colesterol Total	392 mg/dl	
Trigliceridos	459 mg/dl	
VDRL	No reactivo	No reactivo
HIV	No reactivo	No reactivo
HEPATITIS A	Negativo	Negativo
HEPATITIS B	Negativo	Negativo

EMO	FECHA	
	25/04/2014	04/08/2014
Color	Amarillo	Amarillo
Aspecto	Lig Turbio	Lig Turbio

<b>Densidad</b>	1.030	1.020
<b>Ph</b>	6.5	600%
<b>Piocytes</b>	2-3 x/c	2-6 x/c
<b>Hematies</b>	5-6 x/c	0-2 x/c
<b>Moco</b>	escaso	Escaso
<b>Bacterias</b>	(+)	(+)
<b>Otros</b>	Oxalato Calcio ++	Bilirrubina +, urobilinogeno ++

**Grupo Sanguíneo:** O Rh +, **TP:** 12segundos, **TTP:** 36 segundos. **Cristalografía:** Negativa. **Proteinuria Tirilla:** Negativa. **Suero Ictérico:** +.

**Diagnóstico Ingreso:** Embarazo de 39 semanas por FUM + Labor Inicial de Parto + Colestasis del Embarazo + Ruptura Prematura de Membranas a descartar.

**Diagnóstico Egreso:** Puerperio postparto por embarazo de 39 semanas por FUM + Labor Inicial de Parto + Colestasis del Embarazo + Óbito Fetal.

### 3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Paciente que no presenta factores de riesgo definidos, ya que no tiene antecedentes patológicos familiares, No tenía método de planificación Familiar; es decir, no estuvo expuesta a factores genéticos ni hormonales. Su alimentación y dieta era variada.

### 3.5 FACTORES EN LOS SISTEMAS DE SALUD

#### 3.5.1 Oportunidad en la Solicitud de Consulta.

Al ser la paciente Asegurada opta por consultar en Hospital del Seguro, desde el inicio de su embarazo oportunamente. Llevando controles periódico de su embarazo e inicio de sintomatología patológica; sin embargo, por falta de conocimiento sobre la patología se le da un diagnóstico erróneo. Por falta de especialista y mediante Red Pública de Salud se tramita transferencia a Hospital General Puyo al servicio de Dermatología, quien deriva al servicio de Ginecología.

Se debe recalcar que paciente no fue valorada en Primer Nivel de atención.

### **3.5.2 Acceso a la Atención Médica.**

Paciente contó con un adecuado acceso, pues el servicio de salud está presente en su cantón y parroquia de domicilio, además los trámites fueron pertinentes y oportunos lo que facilitó su atención médica tanto en Hospital IESS, como en Hospital General Puyo.

### **3.5.3 Oportunidades en la Atención.**

Paciente contó con una atención oportuna y disciplinaria. El hecho de no tener clara y definida la Patología asociada a este tipo de pacientes gestantes dificultó su manejo y seguimiento, en todos los establecimientos de salud por los que fue atendida.

Paciente vive en la localidad, no se evidencia dificultades geográficas ya que existen vías de primer orden desde su residencia hasta la Unidad de Salud (Segundo Nivel), la misma que está dotada de médicos especialistas quien brindan atención médica acorde a las necesidades básicas.

### **3.5.4 Características de la Atención**

La calidad de atención en el sistema de salud al cual pertenece nuestra paciente, hace que la vigilancia se vuelva superficial, rápida e inconsistente. La falta de conocimiento de la patología como lo es la Colestasis del Embarazo determinó que no se llegara a un diagnóstico en primera instancia refiriendo a paciente por medio de la Red Pública de Salud a institución pública en donde se llega al diagnóstico se trata la patología pero no se lleva a cabo el control estricto y seguimiento que ameritaba por lo que paciente tuvo que llegar a las 39 semana de gestación con labor inicial de parto, cuando debió haberse finalizado el embarazo a las 37 semanas. Es meritorio ya que la incidencia en nuestro medio es baja por lo que muy poco se investiga y se analiza dicha patología.

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas para la Atención a una mujer en período de Gestación.



- De calidad: el prestador de salud tendrá la capacidad resolutoria y el equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel.
- Precoz: la atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo.
- Periódica: Garantizar la atención de la gestante a lo largo de su gestación de acuerdo con sus necesidades.
- Completa cobertura: la atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud
- Oportuna: deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la gestante.

En las últimas décadas, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales con personal calificado, así como en la mejora de la calidad de atención con enfoque intercultural. (CONASA, 2008)

La Salud Materna se define como el bienestar físico, emocional y social vinculado al embarazo, el parto y el post parto.

En si una mujer gestante amerita un manejo integral más aún con una patología subyacente, la cual conlleva complicaciones fetales tan graves como la muerte intrauterina súbita.

### **3.5.5 Oportunidades en la remisión**

Paciente fue referida de un centro asistencial de Segundo Nivel (privado) a otro de igual complejidad a nivel público mediante la Red Pública Integral de Salud.

Al alta se la refiere a Primer Nivel de atención para lograr Planificación Familiar y control exhaustivo de próxima gestación con las medidas que ayuden a culminar satisfactoriamente próxima gesta.

### **3.5.6 Trámites administrativos**

Los trámites administrativos que se realizaron fueron pertinentes, por medio de Red Pública de Salud se tuvo acceso de un Establecimiento de Salud Privado a uno Público.

### **3.6 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

- Retraso en el diagnóstico a nivel de entidad privada a la que pertenece paciente por desconocimiento de patología.
- Referencia inadecuada por parte de profesionales de salud de institución en la que llevaba controles.
- Desconocimiento del personal médico de la Edad Gestacional a terminar el embarazo en pacientes con Colestasis Gravídica.
- Periodicidad de Controles Prenatales y Monitorización de Bienestar Fetal
- Monitorización de la labor de parto en pacientes con Colestasis del Embarazo.

### **3.7 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.**

Los programas de planificación familiar deben tener un enfoque de riesgo en la atención primaria con trabajo directo en las comunidades y velar por el empoderamiento de las mujeres en temas de salud sexual y reproductiva.

- Diseñar estrategias para difundir entre la comunidad la importancia del control prenatal y la planificación familiar de una manera clara y convincente.
- Fomentar el autocuidado de las gestantes por medio de los programas de promoción de la salud.
- Revisar los mecanismos que tiene el programa de control prenatal para hacer demanda inducida y búsqueda activa de las pacientes con elevado riesgo gestacional.

- Promover una política de que agilite referencias de madres con elevado riesgo, eliminando las trabas administrativas en el Sistema de Red pública de salud.
- Sensibilizar y educar al personal de salud en patologías relacionadas con la gestación llevando a un diagnóstico oportuno y acertado.
- Socializar este análisis con las personas involucradas en el proceso de atención de la paciente.
- Capacitación al personal de salud en el diagnóstico y manejo sobre vigilancia epidemiológica en mujeres gestantes con Colestasis.
- Reportar oportunamente los casos de mujeres que presenten Colestasis del Embarazo.
- Promover la creación de guías clínicas y protocolos de manejo en nuestro país en donde se describa el diagnóstico, manejo adecuado y seguimiento de pacientes con Colestasis del Embarazo.

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
<b>Implementar guías de manejo propias para nuestro medio sobre Colestasis del Embarazo.</b>	Establecer guías y/o protocolos relacionados a la atención, de pacientes con Colestasis Gravídica	A mediano plazo	Ministerio de Salud Publica	Guías clínicas con respaldo de evidencias en la atención.
<b>Personal capacitado y entrenado en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento en la Colestasis del Embarazo</b>	Capacitación al personal médico con el fin de reducir tiempos y mejorar la eficacia y eficiencia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Colestasis del Embarazo.	A mediano plazo	Ministerio de Salud Publica	
<b>Embarazos a término satisfactorios en pacientes con Colestasis.</b>	Establecer un servicio de red entre hospitales con varios niveles de tecnologías y asistencia conectados por un servicio eficientes de ambulancias	6 meses	Ministerio de Salud Publica  Director General del HGP	Guías clínicas con respaldo de evidencias en la atención.
<b>Reducción en el tiempo terminación de un embarazo de alto riesgo</b>	Establecer/Protocolizar la edad Gestacional a finalizar un embarazo en pacientes con Colestasis de acuerdo al nivel de Riesgo.	6 meses	Jefe Médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia	Guías clínicas con respaldo de evidencias en la atención
<b>Conocimiento y</b>	Establecer protocolos	6 meses	Director General	Guías estandarizadas donde

<p><b>aplicación de guías clínicas médicas aceptadas por parte de los profesionales de salud para una atención optima e individualizada de pacientes embarazadas</b></p>	<p>relacionados a la atención, tiempos y manejo en el Servicio de Ginecología</p>		<p>del HGP  Jefe médico de Servicio de Ginecología y Obstetricia</p>	<p>resuman algoritmos de atención en las diferentes patologías Ginecológicas y Obstétricas.</p>
<p><b>Adecuada Monitorización de pacientes en labor de parto con patología subyacente</b></p>	<p>Aumentar la demanda de personal en el área de Ginecología y Obstetricia para las diferentes subáreas (Centro Obstétrico y Hospitalización)</p>	<p>Plazo Indeterminado</p>	<p>Ministerio de Salud Publica  Profesionales de la salud dentro de cada unidad de salud</p>	

## IV. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La Colestasis Intrahepática del Embarazo se define como una patología que presenta la conjunción de un síndrome clínico y un síndrome bioquímico. Habitualmente se presenta en el segundo y tercer trimestre del embarazo y desaparece luego del parto. (Poma, 2013).

- Síndrome clínico: prurito palmo plantar a predominio nocturno. Formas severas o de mayor tiempo de evolución pueden presentar generalización del prurito.
- Síndrome bioquímico: alteraciones cuantificables en los niveles de Ácidos biliares, enzimas hepáticas y/o bilirrubina en suero materno. (Mgter; Frailuna; Dericco y colaboradores, 2010).

### ETIOLOGÍA

La causa de esta patología aún no ha sido establecida pero hay varios factores (genéticos, hormonales, y ambientales) que aumentan el riesgo de padecerla.

#### a) Factores Genéticos.

Los factores genéticos podrían explicar porque hay una alta incidencia en algunos grupos étnicos en particular. La secreción normal de bilis depende de la integridad de un conjunto de sistemas transportadores de membrana en los hepatocitos y los colangiocitos.

El transporte de los 3 principales lípidos biliares (ácidos biliares, fosfatidilcolina y colesterol) a través de la membrana canalicular de los hepatocitos hacia la bilis está mediado por bombas adenosín-trifosfato (ATP)-dependientes, conocidas como transportadores del ATP-binding cassette (ABC). Los dos transportadores principales son el ABCB4 (anteriormente conocido como multidrug resistance gene 3, MDR3), responsable de la translocación de la fosfatidilcolina (el principal fosfolípido) a través de la membrana hepatocanalicular<sup>15</sup>, y la bomba

transportadora de ácidos biliares ABCB11 (antiguamente conocida como BSEP), que es el principal sistema canalicular implicado en el transporte de ácidos biliares conjugados

Hace casi una década se describieron las primeras mutaciones del gen ABCB4 en estado heterocigoto en una amplia familia consanguínea en la que algunas mujeres tuvieron episodios de colestasis durante el embarazo. Desde entonces, la implicación del gen ABCB4 en la patogenia de la enfermedad se ha ido confirmando en múltiples estudios; se han descrito más de 10 mutaciones heterocigotas en pacientes con CIE de diferentes áreas geográficas. Los estudios realizados no han identificado ningún patrón de herencia específico, ni tampoco asociaciones de esta entidad con el Sistema de Histocompatibilidad. (Morales y Jiménez, 2012)

#### **b) Factores hormonales (estrógenos y progesterona)**

Esta descrito que los estrógenos juegan un papel importante en la fisiopatología de esta enfermedad, presentándose predominantemente durante el tercer trimestre de embarazo, momento en que los niveles estrógenos se encuentran en su punto de secreción máximo, además esta patología es más común en embarazos múltiples los cuales están asociados a niveles más altos de estrógenos que los embarazos únicos. Se ha reportado que las mujeres que utilizan gestágenos orales por períodos largos de tiempo tienen un riesgo aumentado de padecerla. Las alteraciones en el metabolismo de la progesterona también podrían ser un factor de riesgo. Se ha postulado que la formación de grandes cantidades de metabolitos de la progesterona podría saturar el sistema de excreción biliar en mujeres con esta predisposición, por lo que no se recomienda su uso para la prevención de parto prematuro en pacientes con historia de colestasis intrahepática previa. (Morales y Jiménez, 2012)

#### **c) Factores ambientales.**

Una incidencia aumentada de esta patología en algunas zonas geográficas como Bolivia, Chile y Suecia así como un aumento en el número de casos durante los

meses más fríos del invierno sugiere que hay un componente ambiental y estacional que actúa como factor de riesgo, no obstante aún no está del todo claro el papel que juega dentro de su fisiopatología. Existe la teoría de que puede verse relacionado con factores nutricionales que afectan a estas poblaciones como la deficiencia de selenio y otros nutrientes, pero aún no se ha demostrado. (Morales y Jiménez, 2012).

## **DIAGNÓSTICO.**

Como criterios diagnósticos se establecen:

### *1- Criterios clínicos:*

-**Prurito** (80% principal síntoma) palmo plantar de predominio nocturno, que puede generalizarse. Escoriaciones por el rascado.

-**Ictericia** (10-25%): aparece a las 2 semanas (1-4 semanas) después del prurito, se puede asociar coluria, hipocolia.

-Náuseas, vómitos, molestias en hipogastrio (raro).

-Esteatorrea (rara) por mala absorción intestinal de grasa. Lleva asociado un déficit de absorción de vitaminas liposolubles. (Soto y Colaboradores, 2010)

### *2- Criterios Bioquímicos:*

Elevación de ácidos Biliares (ABs) en suero materno con o sin aumento de enzimas hepáticas: Aspartato aminotransferasa (AST) o Glutámico oxalacético transaminasa (TGO), Alanino aminotransferasa (ALT) o Piruvato glutamato transamina (TGP), Fosfata alcalina (FA), Gamma-glutamil transferasa (GGT) y Bilirrubina. Los ABs constituyen el marcador más sensible y precoz de la enfermedad. La extracción de sangre para estudio bioquímico deberá ser tomada con ayuno de 8 horas.

-Ácidos biliares totales (mayoritariamente cólico y quenodesoxicólico si no se está administrando ninguno exógeno): cifras >10 micromol/L.

-Bilirrubina total: > 1,2 mg/dl (elevación a expensas de la fracción directa).

-Transaminasas: AST > 35 UI/L, ALT > 60UI/L



-GGT > 40UI/L.

-Fosfatasa Alcalina >500UI/L (marcador poco sensible porque aumenta normalmente durante la gestación al ser producida por la placenta).

-Actividad de protrombina <70%. (Soto y Colaboradores, 2010)

## **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). (Mgter; Frailuna; Dericco y colaboradores, 2010).

## **PATOLOGIA ASOCIADA**

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

- Amenaza de parto pretérmino
- Parto Pretérmino
- Meconio
- Muerte Fetal Súbita




### **9. Clasificación.** Recomendación B. Nivel de evidencia 2b

Se ha establecido una *clasificación según niveles de riesgo* teniendo en cuenta:

- Niveles bioquímicos del hepatograma. Las enzimas hepáticas y los Ácidos Biliares son predictores independientes de riesgo perinatal.
- Antecedentes relevantes tales como: Colestasis en embarazos previos, antecedentes familiares.

- Fetos muertos por Colestasis Gravídica o sin diagnóstico preciso de muerte. Dado que la mayor frecuencia de complicaciones se presentan generalmente en las cercanías del término del embarazo. Es de suma importancia cuando se diagnostica y clasifica a una paciente con Colestasis Graídica definir la edad gestacional. El cálculo de la misma se realizara por la coincidencia entre la Fecha de Ultima Menstruación referida por la paciente y la primera ecografía realizada antes de la semana 20. (Mgter; Frailuna; Dericco y colaboradores, 2010).

**Tabla 1. Clasificación por niveles de riesgo según Síndrome Bioquímicos o antecedentes de la paciente.**

NIVELES DE RIESGO	
Alto Riesgo 	AB =>40 mmol/l y/o Enzimas hepáticas (GOT y GPT) elevadas al doble o más del valor de corte otorgado por el laboratorio.
 Mediano Riesgo	AB entre 20 y 39 mmol/l y/o Enzimas hepáticas elevadas < del doble del valor de corte otorgado por el laboratorio.
 Bajo riesgo	A. AB <20 mmol/l y el resto del hepatograma normal,(nunca se alteró) B. AB <10 mcgrs/l y Hepatograma normalizado bajo tratamiento.
* Categoría especial	Independientemente de sus valores bioquímicos serán consideradas en esta categoría aquellas pacientes: · Antecedentes personales o familiares de CIE en embarazos previos. · Antecedentes de Fetos muertos sin causa conocida o por CIE

**Tomada de:** Guía clínica: Colestasis intrahepática gestacional. HMIR Sardá, actualizado 2011.

### **Pronóstico Materno**

- La colestasis tiene una tasa de recurrencia en embarazos posteriores en 45 a 70 %.
- Los episodios recurrentes son variables en severidad.
- Las mujeres afectadas pueden tener un mayor riesgo para el desarrollo de cálculos biliares y cirrosis hepática no alcohólica. (Lorente y Montoro 2007).

### **Pronóstico Fetal-neonatal**

Asociado principalmente Prematuridad fetal, meconio líquido amniótico, muerte intrauterina, mayor riesgo de síndrome de dificultad respiratoria neonatal. (Lorente y Montoro 2007).

## **Tratamiento**

Las metas en el abordaje de la colestasis intrahepática gestacional se basan en la reducción de los síntomas, corrección de anormalidades bioquímicas maternas y en la prevención de las complicaciones fetales; para esto es indispensable una frecuente monitorización fetal, tratamiento farmacológico preciso e inducción del parto de ser necesario.

### **Tratamiento farmacológico**

1. **Ácido Ursodesoxicólico (UDCA) 500 mgr. C/12 horas hasta 1000mgr/día.**  
Se aumentara a 1200 mgrs/ día en aquellos casos con falta de respuesta a la dosis habitual

Forma farmacéutica: comprimidos de 250 y 500 mgrs.

En la actualidad se considera tratamiento de primera línea en la colestasis intrahepática gestacional, disminuye de forma importante síntomas maternos como el prurito y revierte anormalidades bioquímica mejorando la excreción de los ácidos biliares y además no se han documentado efectos adversos sobre el feto. El mecanismo de acción no es del todo conocido pero se ha comprobado que su uso en estas pacientes mejora el transporte transplacentario de ácido cólico lo que disminuye sus concentraciones en la circulación fetal y por ende sus efectos tóxicos, mejorando de esta forma el pronóstico fetal; además se cree que tiene un efecto antiapoptótico disminuyendo la permeabilidad de ciertos iones en la membrana mitocondrial y también disminuye los niveles de etinilestradiol 17B- glucoridasa considerado el metabolito estrogénico con mayor potencial colestásico. (Pathak, Sheibani y Lee 2010).

### **2. Antihistaminicos**

Mientras presente prurito intenso podrá optarse por una de las siguientes drogas:

- a. **Loratadina. 10 mg/día.**

Forma farmacéutica: comprimidos 10 mgrs.

Posología: 1 Comp. /día. Dosis máxima 10 mgrs día.

**b. Clorfeniramina.**

Forma farmacéutica: comprimidos 4 mgr.

Posología: 1 comprimido cada 12 hs. Dosis máxima 12 mg día.

**3. Maduración pulmonar fetal con Glucocorticoides**

Entre las 24 y 34 semanas podrá optarse por uno de los siguientes esquemas

**a. Betametasona 12 mg IM c/24 hs. Total 2 dosis.**

**b. Dexametasona 6 mg IM c/12 hs, total: 4 dosis. (Lorente y Montoro 2007).**

**4. Vitamina K.- (10 mg/semanal intramucular; 10mg/24h vo, aunque menor absorción)**

**Respuesta al Tratamiento.**

***Respuesta satisfactoria al tratamiento (+).***

Descenso de los parámetros bioquímicos a un nivel inferior de riesgo según la clasificación descrita y disminución de la sintomatología clínica.

***Falta de respuesta al tratamiento:***

- No descenso de Ácidos Biliares o Enzimas Hepáticas en la primera semana de tratamiento.
- Aumento de Ácidos Biliares o Enzimas Hepáticas superiores al 50 % respecto al último valor.
- Intensificación o reaparición de sintomatología clínica.

Toda vez que exista falta de respuesta a tratamiento:

a. Se reclasificara en el nivel de riesgo que corresponda.

b. Se indicara hospitalización en nivel de riesgo moderado o alto, si se encontraba realizando seguimiento y tratamiento ambulatorio. Comenzará con el algoritmo correspondiente por nivel de riesgo y semanas de edad gestacional. (Mgter; Frailuna; Dericco y colaboradores, 2010).

## **Seguimiento y tratamiento.**

### **Criterios de selección para manejo ambulatorio.**

La paciente podrá realizar tratamiento ambulatorio u hospitalizado. Se detallan los factores a tener en cuenta para la elección de una u otra modalidad.

- Nivel de riesgo establecido según la clasificación descrita.
- Semanas de edad gestacional.
- Posibilidades para concurrir al hospital con la frecuencia que se le indique.
- Disponibilidad de la medicación para tratamiento ambulatorio.

Realizaran seguimiento y tratamiento ambulatorio aquellas pacientes que cumplan los requisitos y se encuentren en las siguientes categorías de riesgo y semanas de Gestación:

**a.** Área de bajo riesgo A: ambulatoria hasta semana 36.

Área de bajo riesgo B: ambulatoria hasta semana 37.

**b.** Área de mediano riesgo <28 semanas tratamiento y seguimiento ambulatorio.

**c.** Categoría especial en área de bajo riesgo (antecedentes de CIE o fetos muertos) hasta semana 35. (Mgter; Frailuna; Dericco y colaboradores, 2010).

### **Seguimiento de pacientes ambulatorias**

Todas las pacientes que realicen seguimiento y tratamiento ambulatorio o fueron hospitalizadas, continuaran con tratamiento a igual dosis que durante su hospitalización,

Realizaran control bioquímico semanal y seguimiento de vitalidad fetal cada 72 horas.

### **Criterios de Hospitalización**

Serán hospitalizadas:

- a. Todas las pacientes en área de alto riesgo independientemente de su Edad Gestacional.
- b. Todas las pacientes en área de riesgo moderado desde las 28 semanas en adelante.
- c. Las pacientes consideradas categoría especial con riesgo moderado o alto en cualquier edad gestacional.

- d. En semana 36 todas las pacientes en nivel de Bajo riesgo A
- e. En semana 37 todas las pacientes que habiendo recibido tratamiento normalizaron totalmente todos los parámetros bioquímicos y clínicos, Bajo riesgo B.

Como se mencionó anteriormente esto no incluye a las pacientes consideradas Categoría especial.

- f. Todas las pacientes independientemente de la edad gestacional y que, cumpliendo el tratamiento indicado, no respondan al mismo.
- g. Pacientes con imposibilidad de cumplir tratamiento ambulatorio por motivos personales o de otra índole. (Mgter; Frailuna; Dericco y colaboradores, 2010).

### **Criterios para Interrupción del Embarazo.**

No existe actualmente ninguna investigación que avale extender a los embarazos complicados con CIE más allá de las 37 semanas. Se indicara la finalización del embarazo según los niveles la categoría de riesgo establecido por los patrones bioquímicos y la edad gestacional.

**Tabla 2. Criterios para indicar la Interrupción del embarazo en CIG según Clasificación por Niveles de riesgo y Semanas de edad gestacional.**

Alto Riesgo	Madurez asegurada por alguno de los siguientes criterios: semanas de EG, amniocentesis o maduración fetal farmacológica completa.
Mediano Riesgo	36 Semanas con buena respuesta a la medicación
Bajo riesgo A y B	37 semanas (sin antecedentes de CIE) podrá optarse según el score de Bishop por inducción al parto o maduración cervical (no más de 48 hs) con NST y hepatograma diario.

**Tomada de:** Guía clínica: Colestasis intrahepática gestacional. HMIR Sardá, actualizado 2011.

### **Forma de finalización**

Con buena vitalidad fetal, la vía de finalización dependerá de las condiciones cervicales:

- Bishop favorable: Parto con monitoreo de la Frecuencia Cardíaca Fetal.

· Bishop desfavorable: según evaluación de los profesionales intervinientes se podrá optar por maduración cervical o cesárea. (Mgter; Frailuna; Dericco y colaboradores, 2010).

### **Vía de Finalización del embarazo**

La inducción oxitócica es el método de elección para la interrupción del embarazo. Esta se hará con monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal en forma continua. La operación cesárea se reserva para los casos en que la vía vaginal está contraindicada o la inducción oxitócica haya fracasado. (Poma 2013).

### **Puerperio**

Se solicitara a todas las pacientes un hepatograma de control a las 48 horas post nacimiento.

Los niveles bioquímicos deberán descender un nivel en la clasificación de riesgo.

Lactancia materna: se realizara de manera habitual. (Poma 2013).

### **Anticoncepción**

Se ha detallado la vinculación que tiene la aparición de Colestasis Gravídica con los valores elevados de estrógenos y la toma de anovulatorios orales. Por lo tanto, se deberá sugerir la utilización de métodos no hormonales como método anticonceptivo. (Lorente y Montoro 2007).

## **V. ANÁLISIS DEL CASO**

De acuerdo a lo antes expuesto, nos damos cuenta que existe aún falencias a nivel de atención primaria, así como todo el sistema de salud, que no se cumplen los principios de promoción, prevención, rehabilitación, aún falta esa entrega por el paciente, de dar el seguimiento oportuno, el cribado y diagnóstico oportuno para evitar complicaciones, sobre todo en mujeres gestantes, ya que no se trata de una vida sino de 2 por las cuáles velar.

En primera instancia debemos recalcar la poca capacidad diagnóstica que se desarrolla a nivel de Segundo Nivel de Atención de Salud, tomemos en cuenta el avance científico y en cuestión de docencia en nuestro país, que en realidad representa un reto importante para todos los comprendidos en atención primaria de salud y la formación de pregrado de nuestro personal, ya que el desconocimiento de dichas relevancias y particularidades importantes de las patologías que se pueden presentar en el período de gestación, pueden hacer que seamos víctimas de un sistema de salud que si bien tiene falencias, no justifica el importante hecho de la autoformación y auto superación, con el afán de brindar a nuestras pacientes una mejor atención; es por eso que podemos concluir que solo la obligación y la constante evaluación va a ser la que nos mantenga al día, informados y preparados adecuadamente.

Otro punto importante es la forma irracional en la que se manejó el sistema de Referencia-Contra referencia; al dar un diagnóstico a la paciente luego de la referencia se debió haber contra referido a la institución de destino ya que pudo ser manejada por el ginecólogo del mismo.

La creación de Guías Clínicas, protocolos de manejo médico en cuanto a Colestasis del Embarazo, va a ser la única forma en la que se puedan unificar criterios y permitir que el personal médico, y en sí de atención tanto primaria como secundaria brinde una atención estandarizada contemplada dentro de los lineamientos internacionales actualizados.

Aparentemente y según hemos revisado, la terapéutica aplicada en la paciente desde el diagnóstico fue adecuada, pero al llegar al momento de labor en Centro Obstétrico no se llevó a cabo un control adecuado según lo recomendado, valoración de actividad uterina cada 30 minutos, es decir se dejó a la paciente a libre evolución; aún más teniendo en cuenta que en estas pacientes el riesgo de Sufrimiento Fetal Agudo es alto, llevando a muerte fetal intrauterina lo que ocurrió en nuestro caso.



## **VI. CONCLUSIONES.**

El presente caso clínico expuesto nos permitió abrir un capítulo a una patología que por su baja incidencia dificulta su diagnóstico, tratamiento y seguimiento; sin dejar de ser importante ya que puede presentarse en nuestro medio; por lo que es meritorio conocer todo en cuanto a la misma.

Como conclusión de este caso clínico, deberíamos extraer que el estrecho control y vigilancia nos ofrece una ventaja sobre la evolución tanto de la madre como del feto.

Esta patología se ha relacionado tanto con factores genéticos, hormonales y ambientales teniendo una baja incidencia.

El fármaco de elección en la terapéutica es el ácido Ursodesoxicólico tanto para la mejora del prurito y como de la función hepática.

Los controles y Monitorización de pacientes gestantes con Colestasis del Embarazo deberían llevarse a cabo periódicamente por lo mínimo cada 72 horas ya por finalizar el período de gestación.

La terminación del embarazo en pacientes que presenten bajo riesgo se debería hacer en la semana 37 de gestación. La principal vía de terminación del embarazo es la vertical, a menos que exista contraindicación. La auscultación intermitente en la labor de parto debería llevarse a cabo cada 30 minutos.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda un protocolo que incluya Monitorización Fetal e Inducción del Parto en la semana 37-38 para reducir las tasas de muertes fetales intrauterinas relacionadas a las complicaciones de la Colestasis del Embarazo.

- Capacitar al Personal de Salud sobre Manejo y Tratamiento de Pacientes con Colestasis del Embarazo.

### VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. LAUSMAN, A; SAM, D; NITSCH, R; BARRETT, JF; CHAN, W; (2008). "Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy in Women With a Multiple Pregnancy. An Analysis of Risks and Pregnancy Outcomes. J Obstet Gynaecol Can. Págs. 1008-13.
2. LEE, RH; GOODWIN, TM; GREENSPOON J; INCERPI M (2006). "The Prevalence of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy in a Primarily Latina Los Angeles population. J Perinatol 26. Págs. 527-32.
3. MGTER, Maria; FRAILUNA, Maria; Alejandra; DERICCO, Marcela; REPETTO, Julieta (2010). "Guía de Práctica Clínica sobre Colestasis Intrahepática Gestacional". Buenos Aires-Argentina. Págs. 1-27.
4. MORALES, Daniela; JIMÉNEZ, Leonardo (2012). "Colestasis Intrahepática Gestacional". Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (602). Págs. 199-204.
5. PATHAK, B; SHEIBANI, L; LEE R (2010). "Cholestasis of Pregnancy". Obstet Gynecol Clin North Am.37. Págs. 269-82.
6. PERIN, E; CACCIAGUERRA, G; DRIUL, L; MARCHESONI, D (2010). "Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy". Diagnosis and obstetric management. Minerva Ginecol. 62. Págs 97-103.
7. REYES, H; GONZALEZ, MC; RIBALDA J, (1982). "Intrahepatic cholestasis of pregnancy". Clinical and Biochemical Variability]. Rev Med Chil 110. Págs. 631-9.
8. TURUNEN, K., SUMANEN, M., HAUKILAHTI, R.-L., KIRKINEN, P. y MATTILA, K. 2010. Good pregnancy outcome despite intrahepatic cholestasis. En: PMID: 20429741PMCID: PMC3442314, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 28, no. 2, pp. 102–107. DOI 10.3109/02813431003784001.

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

**EBSCO:** DIXON, Peter y colaboradores (2014). "A Comprehensive Analysis of Common Genetic Variation Six Candidate Loci for Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy". Maternal and Fetal Disease Group, Institute of Reproductive and Developmental Biology, Division of Surgery and Cancer, Imperial College London, London, UK. *Am J Gastroenterol* 2014; 109:76–84; doi: 10.1038/ajg.2013.406; published online 24 December 2013. Pàg. 76-84. Recuperado el 8 de Mayo del 2015, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24366234>

**SCOPUS:** GLANTZ, Ana y colaboradores (2004). "Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: Relationships Between Bile Acid Levels and Fetal Complication Rates". Department of Obstetrics and Gynaecology, Sahlgrenska University Hospital/East, Go`teborg, Sweden, and Karolinska Institutet, Department of Medicine, Huddinge University Hospital, Stockholm, Sweden. Recuperado el 4 de Mayo del 2015, disponible en <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-4043111379&origin=reflist&sort=plf&src=s&st1=cholestasis+of+pregnancy&st2=&sid=11485158C725691AE911001C20B0960E.WIW7NKKC52nnQNxjqAQrlA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=39&s=TITLE-ABS-KEY%28cholestasis+of+pregnancy%29>

**EBSCO:** TURUNEN, Kaisa (2009). "Good pregnancy outcome despite intrahepatic cholestasis". Medical School, Department of General Practice, University of Tampere, Finland. Pàg. 102-107. Recuperado el 8 de Mayo del 2015, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3442314/>

**GALEPOWERSEARCH:** Zhang, Xiaowen, Ling Yu, and Yiling Ding (2014). "Human leukocyte antigen G and miR-148a are associated with the pathogenesis of intrahepatic cholestasis of pregnancy." *Experimental and Therapeutic Medicine* 8.6 (2014): 1701+. Academic OneFile. 7ma edición, Recuperado el 4 de Mayo del 2015, disponible en

[http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA401380221&v=2.1&u=uta\\_cons&it=r&p=GPS&sw=w&asid=e9e12e8df5f5ab1a9a7ec6323be025ea](http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA401380221&v=2.1&u=uta_cons&it=r&p=GPS&sw=w&asid=e9e12e8df5f5ab1a9a7ec6323be025ea).

## IX. ANEXOS

### 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., con CI..... En calidad de paciente del Hospital General Puyo de la Ciudad Puyo, con Historia Clínica No....., previa explicación, doy mi consentimiento el mismo que fue informando el día de hoy 18 de Mayo del 2015, para la utilización de los datos que reportan en mi Historia Clínica para la realización y presentación de su caso clínico. El presente consentimiento informado, lo firmo, para permitir que la Srta. Egresada de la carrera de medicina: **Garcés Morales, Margarita Azucena**, con cédula de identidad No.1804558490, estudiante de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO use la información médica de mi historia clínica, para la realización del caso clínico titulado: **“COLESTASIS DEL EMBARAZO”**.

Después de haber leído detenidamente la hoja de consentimiento informado y de haber escuchado las respuestas a mis inquietudes en forma voluntaria autorizo a que se me tomen los datos necesarios para la realización de dicho análisis de caso. La información obtenida será confidencial

Para los fines legales pertinentes, firman el presente consentimiento informado, hoy Lunes 18 de Mayo del 2015 a las 12:30 minutos a.m.

.....

.....

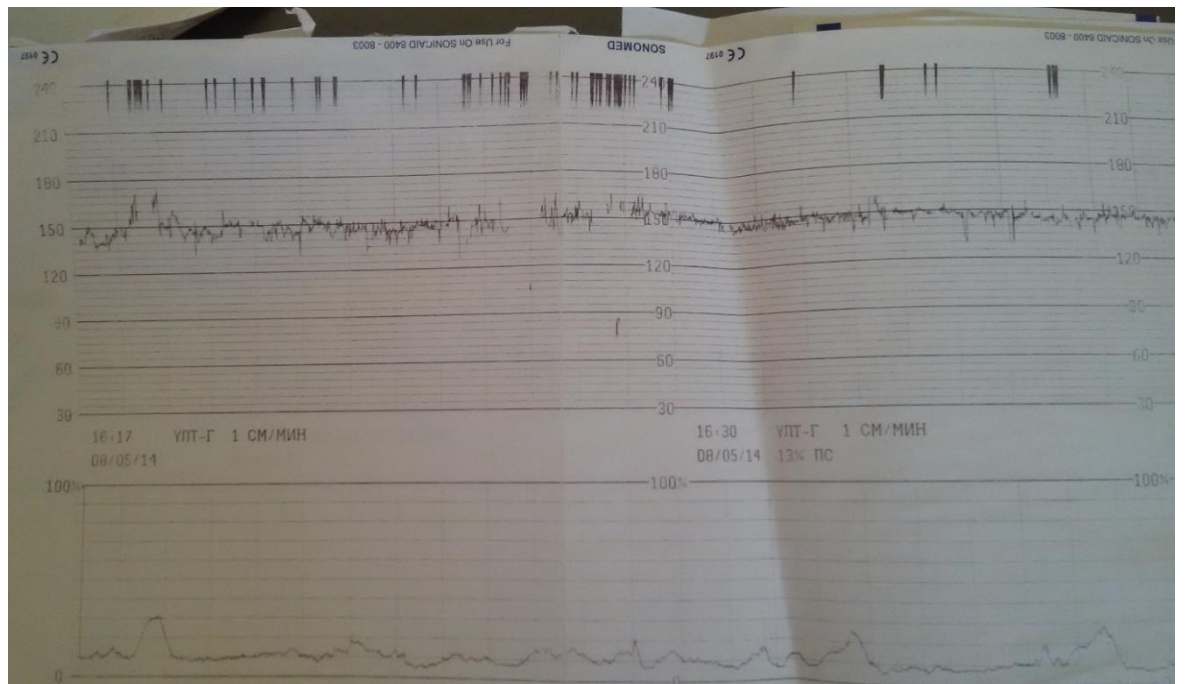
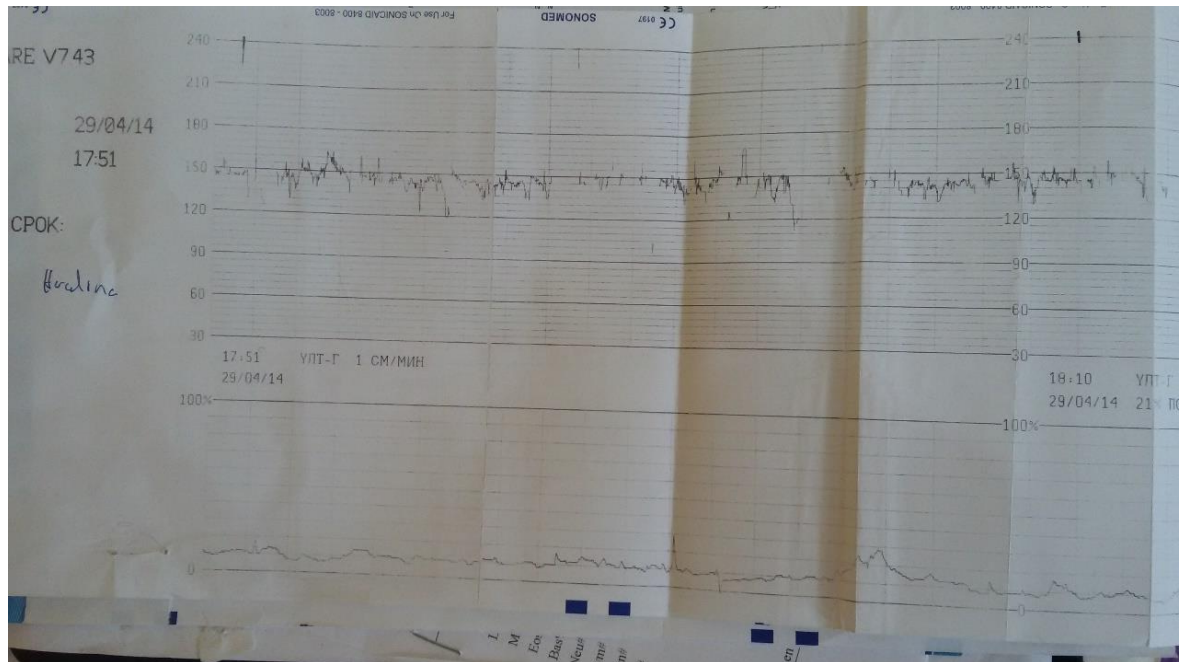
Sra.....

Garcés Morales, Margarita Azucena.

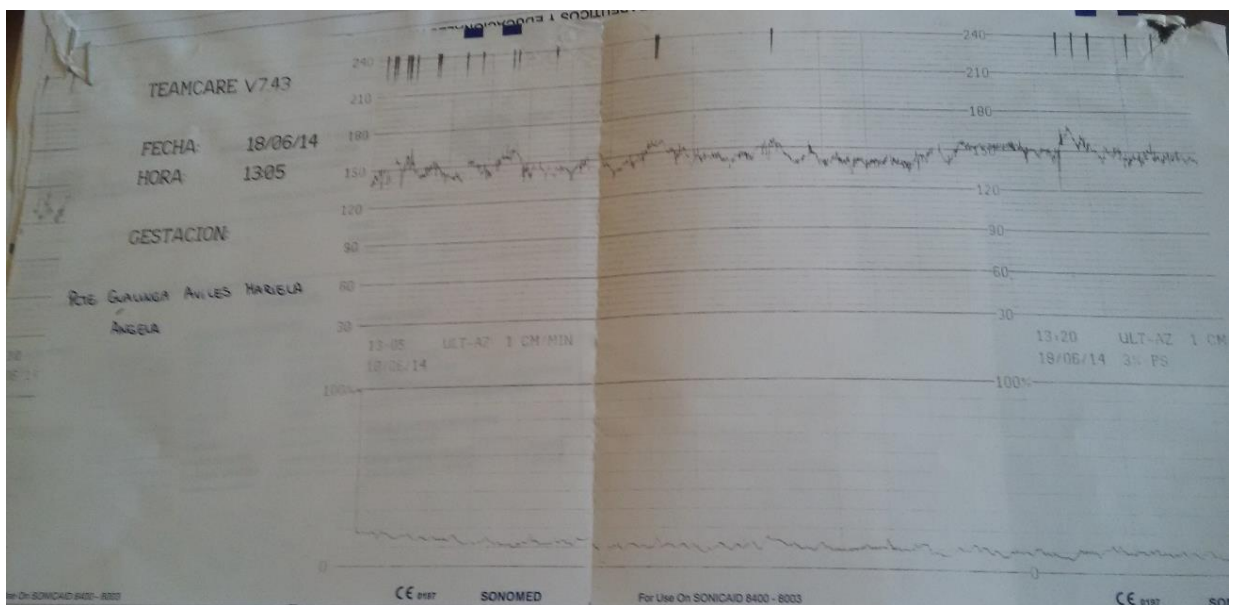
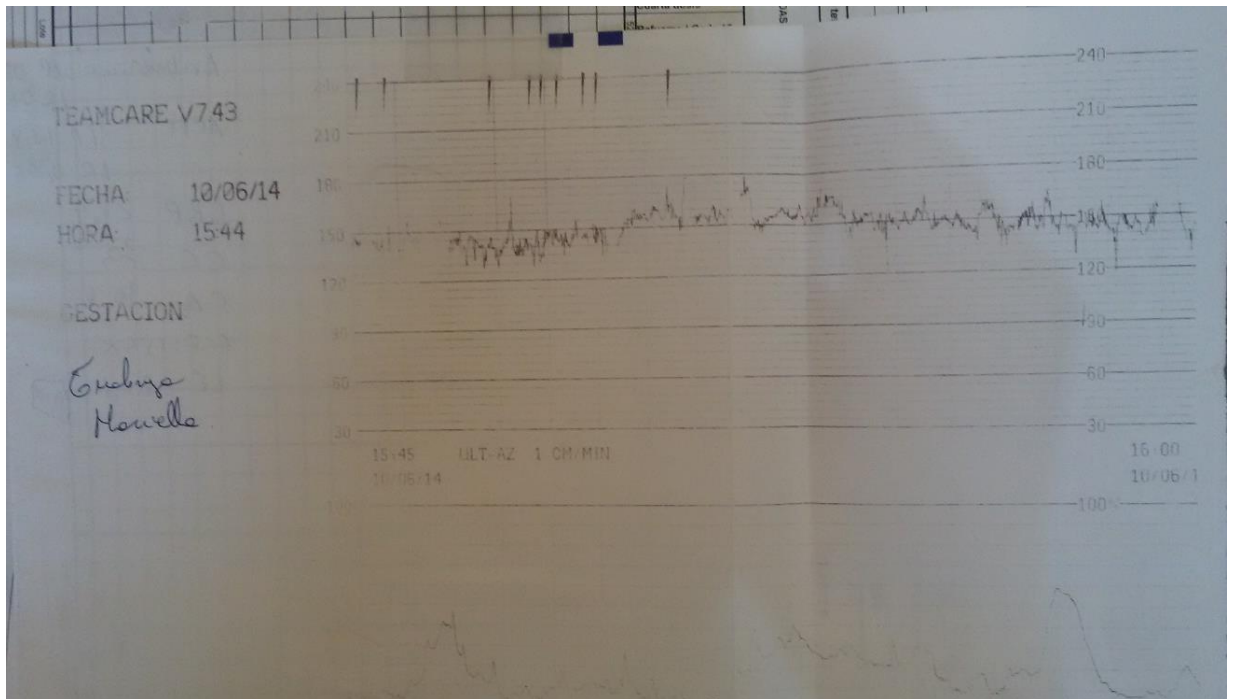
Cédula N.....

CI.1804558490

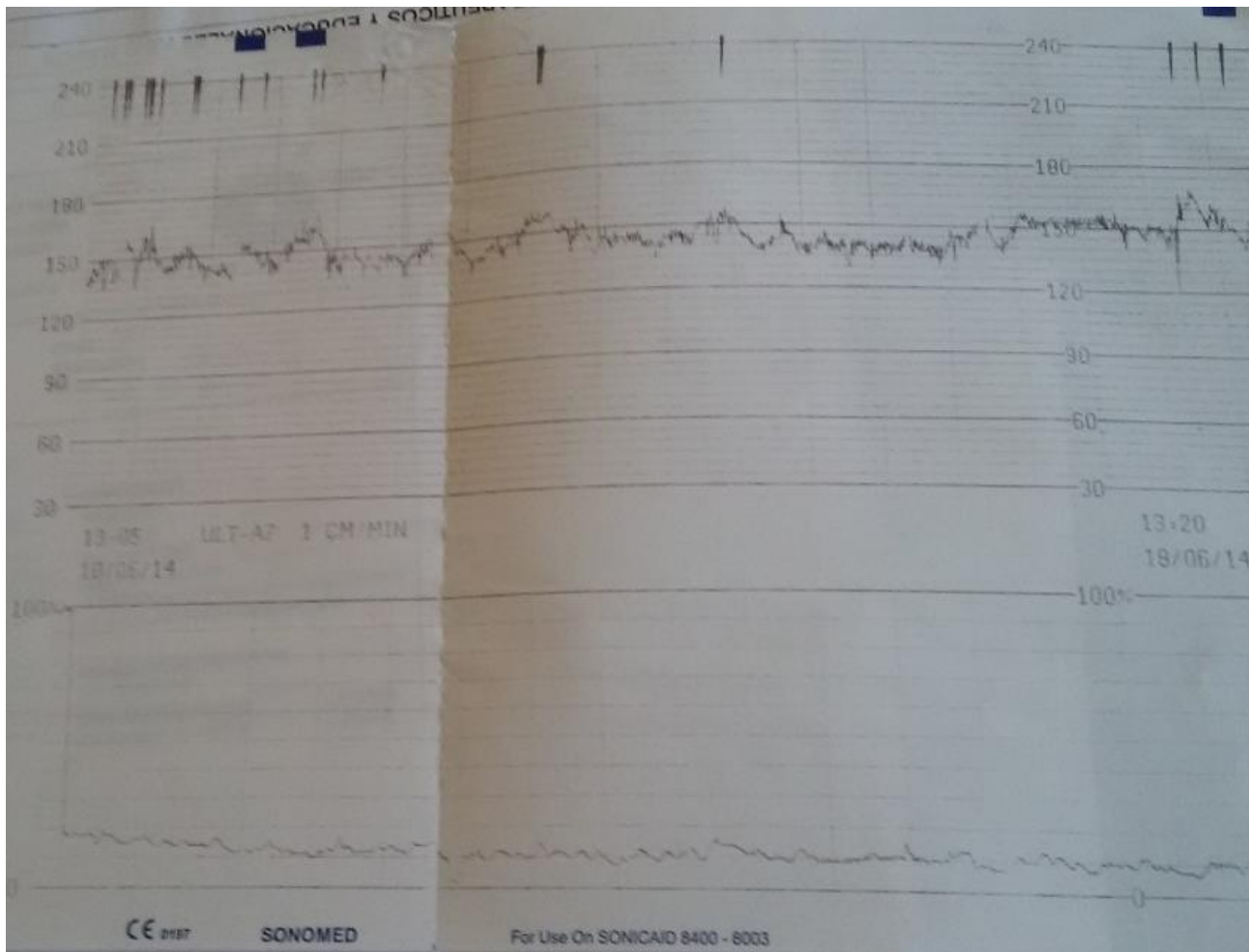
## 2. Gráfico No 1. Monitoreo Fetal Electrónico (Inicio de Atención)

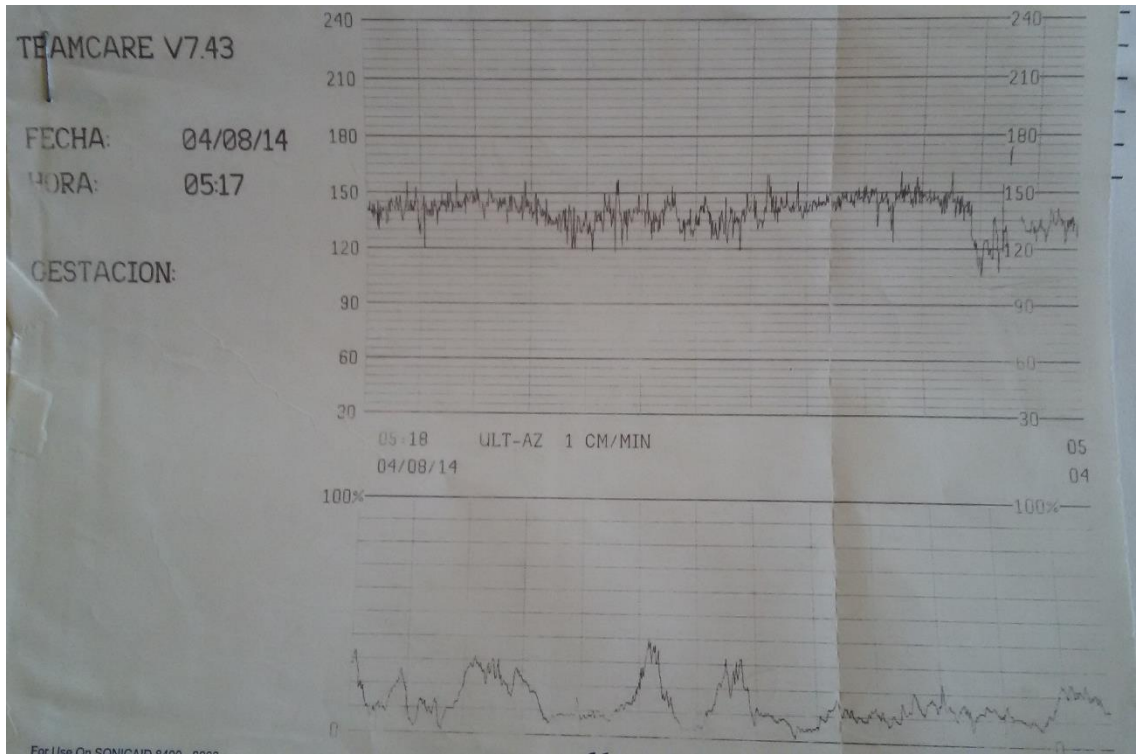


### 3. Gráfico No 2. Monitoreo Fetal Electrónico (Controles).



**4. Gráfico No 2.** Monitoreo Fetal Electrónico (Inicio de Labor de Parto 39 semanas).





## 5. EXÁMENES DE IMAGEN. Eco de Hígado y Vías Biliares





**DIAMIEP**

Diagnóstico Médico por Imagen

**Dr. Luis Fernando Espín Barrera.**

MEDICO ESPECIALISTA EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN

Calle 10 de Agosto y Atahualpa s/n frente al Centro de Salud Mariscal detrás de la Gobernación  
Celular: 0995040716 – 0991009407 Consultorio: 032 886-361.



## SERVICIO DE ULTRASONIDO

NOMBRE : SRA. MARIELA HUALINGA 30 AÑOS.  
FECHA : 25 - ABRIL - 2014  
TIPO DE EXAMEN : ECO ABDOMINAL.  
REFERENTE : DR. PEDRO CUEVA.

### INFORME:

Hígado de forma, tamaño y situación normales, su ecogenicidad se encuentra conservada; sin lesiones patológicas ocupantes de espacio.  
Vías biliares intra y extra hepáticas normales.  
Hepatocoledoco mide 5.1 m.m. (normal en paciente post- colecistectomía).  
Vesícula biliar no visualizada por antecedente quirúrgico previo; lecho vesicular normal.  
Páncreas y riñón derecho sin datos patológicos.

IDg.- NORMAL.

Atentamente,

Dr. Fernando Espín Barrera.

MEDICO RADIOLOGO.

RUC: 1600281263001 CMP # 0124.

REGISTRO DE PROFESIONALES M.S.P.

LIBRO: 001 N° 075 FOLIO: 014.

DIRECCION DISTRITAL DE SALUD PASTAZA.

## Ecografía Obstétrica (Inicio Atención)



## SERVICIO DE ULTRASONIDO

NOMBRE : SRA. MARIELA HUALINGA 30 AÑOS.  
FECHA : 25 - ABRIL - 2014.  
TIPO DE EXAMEN : ECOGRAFIA OBSTETRICA.  
REFERENTE : DR. PEDRO CUEVA.

### INFORME:

Útero aumentado de tamaño, en gestación en su interior se visualiza un producto único vivo, en pelviano dorso a la derecha. ✓

Presenta una frecuencia cardiaca de 154 latidos por minuto. Presenta las cuatro cámaras del corazón. Sexo femenino.

Su biometría fetal es:

D.B.P : 6.00 cm. (24.3 semanas)  
C.C. : 22.45 cm. (24.3 semanas)  
C.A. : 19.76 cm. (24.3 semanas)  
L.F. : 4.36 cm. (24.2 semanas)  
Pesa : 691.77 g. +/- 103.77 g. (1 lb. 8 oz. +/- 4 oz.).

La cantidad de líquido amniótico es adecuada, presenta una bolsa única de 4.08 cm.

F.P.P. ECOGRAFICAMENTE es el 12 - 08 - 2014.

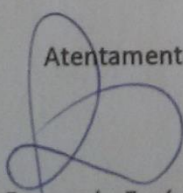
F.P.P. POR FUM es el 12 - 08 - 2014.

Edad ecográfica es de 24.3 semanas; por FUM es de 24.3 semanas.

Placenta anterior grado II.

IDg.- EMBARAZO DE 24 SEMANAS 3 DIAS ECOGRAFICAMENTE.  
(Rango ecográfico +/- 1 semana).

Atentamente,

  
Dr. Fernando Espín Barrera.

MEDICO RADIOLOGO.

RUC: 1600281263001 CMP # 0124.

REGISTRO DE PROFESIONALES M.S.P.

LIBRO: 001 Nº 075 FOLIO: 014.

DIRECCION DISTRITAL DE SALUD PASTAZA.

## Ecografía Obstétrica (36 Semanas).



Diagnóstico Médico por Imagen  
**Dr. Luis Fernando Espín Barrera.**  
MEDICO ESPECIALISTA EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN  
Calle 10 de Agosto y Atahualpa s/n Detrás de la Gobernación de Pastaza.  
Celular: 0995040716 – 0991009407 Consultorio: 032 886-361.

## SERVICIO DE ULTRASONIDO

NOMBRE : SRA. MARIELA HUALINGA 30 AÑOS.  
FECHA : 23 - JULIO - 2014.  
TIPO DE EXAMEN : ECOGRAFIA OBSTETRICA.  
REFERENTE : SIN PEDIDO.

### INFORME:

Útero aumentado de tamaño, en gestación en su interior se visualiza un producto único vivo, en longitudinal cefálico dorso a la izquierda.  
Presenta una frecuencia cardiaca de 135 latidos por minuto. Presenta las cuatro cámaras del corazón. Sexo femenino.  
Su biometría fetal es:

D.B.P : 8.92 cm. (36.1 semanas)  
C.C. : 32.06 cm. (36.1 semanas)  
C.A. : 32.28 cm. (36.1 semanas)  
L.F. : 7.03 cm. (36.0 semanas)  
Pesa : 2859 g. +/- 428.91 g. (6 lb. 5 oz. +/- 15 oz.).

La cantidad de líquido amniótico es adecuada, presenta una bolsa única de 3.61 cm.  
F.P.P. ECOGRAFICAMENTE es el 19 - 08 - 2014.  
F.P.P. POR FUM es el 12 - 08 - 2014.  
Edad ecográfica es de 36.1 semanas; por FUM es de 37.1 semanas.  
Placenta anterior grado III.

IDg.- EMBARAZO DE 36 SEMANAS 1 DIA ECOGRAFICAMENTE.  
(Rango ecográfico +/- 1 semana).

Atentamente,

Dr. Fernando Espín Barrera.  
MEDICO RADIOLOGO.

RUC: 1600281263001 CMP # 0124.  
REGISTRO DE PROFESIONALES M.S.P.  
LIBRO: 001 N° 075 FOLIO: 014.  
DIRECCION DISTRICTAL DE SALUD PASTAZA.

Ecografía Final Gestación.

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO	Nº REG.	Nº HISTORIA CLÍNICA
HGP		Marcela		Angela		F	2A	75772
REGISTRAR EN AQUÍ LA ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS Y OTRAS PRESCRIPCIONES								
1 EVOLUCION				2 PRESCRIPCIONES				
FECHA		HORA		FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERA Y OTRO PERSONAL)				
04-05-2014				FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCIÓN				
NOTAS DE EVOLUCION				FARMACOS PRESCRITOS				
<p>Radiología Ecografía Obstétrica</p> <p>Feto único, cefalica, izquierdo, SIN MOVIMIENTOS presentes, FCF Negativa, compatible con Doppler color, placentación bivolar anterior I</p> <p>Peso 2000g DBP 91 mm CC 329 mm CA 313 mm LF 76</p> <p><u>Obito Fetal</u> 38 semanas. 2 días <u>Obito Fetal</u></p>				<p>Dra. Ximena Parra PG. Radiodiagnostico Libre 21 Folio 115 N°. 32</p> <p>Dra Parra</p>				