



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL**

**EN HOSPITAL II-1 MINSA - 2021**

**PRESENTADO POR**

**JOISSY MILAGROS MONTESINOS PAREDES**

**ASESOR**

**MGR. EVANGELINA RITA RAMOS CALLATA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,  
ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2024**



# Universidad José Carlos Mariátegui

## CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación ( ) / Tesis ( ) / Trabajo de suficiencia profesional ( ) / Trabajo académico (X), titulado “**COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL EN HOSPITAL II-1 MINSA - 2021**” presentado por el(la) **JOISSY MILAGROS MONTESINOS PAREDES**, para obtener el grado académico ( ) o Título profesional ( ) o Título de segunda especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Mgr. EVANGELINA RITA RAMOS CALLATA**, designado como asesor con Resolución Directoral **N°0528-2019-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	JOISSY MILAGROS MONTESINOS PAREDES	COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL EN HOSPITAL II-1 MINSA - 2021	22%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **22%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 29 de mayo del 2024

UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

  
Dra. DORA AMALIA MAYTA HUIZA  
Jefe (a) de la Unidad de Investigación de la  
Escuela de Posgrado

## ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3. MARCO TEÓRICO.....	4
1.3.1. Antecedentes de investigación.....	4
1.3.2. Antecedentes Nacionales.....	6
1.3.2. Bases Teóricas.....	8
CAPÍTULO II.....	13
CASO CLÍNICO.....	13
2.1. OBJETIVOS.....	13
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.....	13
Exploración física.....	14
Pruebas complementarias de hoja de referencia.....	15
Diagnóstico Clínico.....	17
Tratamiento.....	17
Epicrisis.....	25
2.3. DISCUSIÓN.....	27
2.4. CONCLUSIONES.....	29
2.5. RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.- Algoritmo de manejo de CIG (19) .....	12
--	----

## RESUMEN

La colestasis intrahepática gestacional se produce en el último trimestre y tiene como principal síntoma la sensación intensa de escozor (prurito) palmo-plantar. Es una patología benigna para la madre que revierte espontáneamente luego del parto. Sin embargo, tiene graves consecuencias para el feto: parto pretérmino, hipoxia, líquido meconial y óbito, teniendo incluso la necesidad de terminar la gestación para evitar comprometer la salud fetal.

La presente línea de investigación pertenece al caso clínico de una gestante con 23 años de edad, referida de su centro de salud por presentar enzimas hepáticas elevadas y prurito palmo plantar intenso. Se hospitaliza en el Hospital II-1 MINSA con diagnóstico: gestante de 37.4 semanas, Colestasis intrahepática, anemia leve, no labor de parto. Es reevaluada por médico gineco-obstetra, quien indica cesárea de emergencia, como resultado se obtiene un recién nacido vivo sano. En el postoperatorio la paciente presenta hipotonía uterina, siendo controlada con Misoprostol. Luego muestra evolución favorable y al tercer día recibe el alta médica.

Este trabajo académico tiene por objetivo reconocer las manifestaciones clínicas, describir las alteraciones de laboratorio y analizar el manejo de la CIG, para lo cual se realizó el análisis de la historia clínica. Conclusión: el prurito palmo-plantar fue la manifestación clínica principal, hubo alteración de enzimas hepáticas y el recuento de bilirrubinas aumentado.

**Palabras clave:** Colestasis intrahepática, embarazo, Pronóstico materno fetal.

## **ABSTRACT**

Gestational intrahepatic cholestasis occurs in the last trimester and has as its main symptom the intense sensation of palmo-plantar stinging (pruritus). It is a Benigna pathology for the mother that spontaneously reverts after childbirth. However, it has serious consequences for the fetus: preterm birth, hypoxia, meconium fluid and death, even having the need to terminate the pregnancy to avoid compromising fetal health.

The present line of research belongs to the clinical case of a 23-year-old pregnant woman, referred from her health center due to elevated liver enzymes and intense palmo-plantar itching. She was hospitalized at Hospital II-1 MINSA with a diagnosis: 37.4 weeks pregnant, intrahepatic cholestasis, mild anemia, no labor. She is re-evaluated by an obstetrician-gynecologist, who indicates an emergency cesarean section, resulting in a healthy live newborn. In the postoperative period, the patient presented uterine hypotonia, which was controlled with Misoprostol. Then he showed a favorable evolution and on the third day he was discharged from the hospital.

This academic work aims to recognize the clinical manifestations, describe the laboratorio alterations and analyze the management of IGC, for which the analysis of the clinical history was carried out. Conclusion: palmo-plantar pruritus was the main clinical manifestation, there were alterations in liver enzymes and an increased bilirubin count.

**Keywords:** Intrahepatic cholestasis, pregnancy, Maternal-fetal prognosis.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La colestasis intrahepática gestacional (CIG) constituye la enfermedad hepática de mayor prevalencia durante la gestación, que revierte espontáneamente después del nacimiento. Ocupa el segundo lugar en el origen de ictericia durante la gestación, luego de las hepatitis virales. Su prevalencia más elevada se registra en Latinoamérica especialmente en Chile hasta 22% elevándose en la población de indios Mapuches con 25% y en la región Aymara de 11.8%. Bolivia registra estadísticas de 13.8% en gestantes Aymaras y 4.3% en población gestante quechua. En Europa, Canadá, Australia EEUU la prevalencia es baja oscilando entre valores de 0.1- 1.5%. La población latina en EEUU presenta valores de 5.6% (1). La etiología del CIG aparentemente es desconocida siendo la aparición de algunos factores comunes como raza, antecedentes de patología biliar, edad extrema materna, embarazo múltiple, infección viral por hepatitis, Etc. (2). La CIG se presenta clásicamente en el último

trimestre de la gestación siendo la manifestación más relevante el prurito, localizado típicamente en palmas de manos y plantas de pies, con funciones hepáticas alteradas y niveles elevados de ácido biliar en suero. La sintomatología y anomalías bioquímicas remiten rápidamente después de ocurrido el nacimiento, aunque cabe la posibilidad de su reincidencia en futuras gestaciones igualmente reincidencia por la utilización anticonceptiva hormonal. La CIG ha sido vinculada regularmente con complicaciones en la gestación como el nacimiento prematuro, sufrimiento fetal, eliminación de meconio intra útero por el aumento del peristaltismo intestinal fetal, vaso espasmo de vellosidades coriales placentarias y óbito fetal. Estas complicaciones fetales se agudizan en la proporción de los ácidos biliares a nivel sérico materno (3). Diversas investigaciones aluden concretamente asociación entre los elevados niveles de ácidos biliares y su relación significativa con efectos perinatales no favorables., así mismo se encontró como antecedentes significativos SIG anterior en un 7.9% y usos de anticoncepción hormonal oral en 44.7% (2,1).

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

Los niveles hepáticos maternos disminuyen favorablemente luego de producirse el parto, sin embargo las repercusiones que puede tener la colestasis intrahepática gestacional en el producto son muy graves, se reporta sufrimiento fetal, muerte fetal, prematuridad, probablemente por la toxicidad producida por el aumento de ácidos biliares maternos sobre las células del miocardio fetal, a pesar de contar con informes de bienestar fetal favorables la muerte fetal suele presentarse en cualquier momento.



El presente trabajo de investigación se justifica además en forma conveniente debido al estudio e investigación de diversos autores permite mejor comprensión de la fisiopatología del CIG ayudándonos a identificar signos de alarma y alerta oportunos para mejor diagnóstico y manejo adecuado llegando a mejor pronóstico materno fetal. La presente investigación se justifica por la relevancia social que implica a la población las complicaciones que se suceden en el ámbito materno y perinatal, así con el análisis y revisión realizada se obtendrá el conocimiento para la detección y tratamiento oportuno, disminuyendo la tasa de morbilidad materna y mortalidad perinatal. La evidencia disponible señala que la toxicidad de algunos ácidos biliares sobre el miocardio es irremediable, lo cual estaría relacionado con los óbitos fetales indetectables, sin alteración del bienestar fetal. .

El valor teórico de esta investigación, aporta significativamente para el desarrollo de nuevos criterios de prevención en el campo de la salud pública, ayudando a los profesionales de la salud a identificar mujeres con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, que afecta al binomio y al no realizar un diagnóstico oportuno las mayores complicaciones las presentan el feto. Lo expresado anteriormente prueba el requerimiento de un tratamiento particular de los embarazos complicados con CIG fijando pautas para el diagnóstico y uniformizando el manejo y la monitorización que se debe tener con estas pacientes, con el propósito de perfeccionar el pronóstico y prevenir sus consecuencias negativas tanto en el binomio madre-hijo.

Por tal motivo el presente análisis y revisión teórica se justifica, ya que permitirá conocer los efectos no favorables maternos perinatales y plantear alternativas de

solución para un manejo médico oportuno considerando que no todas las gestantes tienen acceso a los sistemas de salud en nuestro País.

### **1.3. MARCO TEÓRICO**

#### **1.3.1. Antecedentes de investigación**

##### **Internacionales**

Yadav et al. en el 2022, en India, realizaron una investigación, donde incluyeron 3735 gestantes; 2,8% tenían CIG; 32,3% eran primigestas y 95,3% tuvo un crecimiento fetal normal. En comparación, el nivel de ácidos biliares en suero en mujeres con CIG fue significativamente mayor, por encima de 10  $\mu\text{mol/L}$  en el 83,8%. El parámetro de corte para un buen diagnóstico fue  $\geq 8,6 \mu\text{mol/L}$ , con sensibilidad del 87,6% y especificidad del 93,3% (4).

López et al. en el 2022, en Ecuador, realizaron el estudio de reporte de caso, llegando a la conclusión que la CIG tiene un componente genético, es poco recurrente y desaparece a la culminación de la gestación, tiene como síntomas relevantes el prurito en palmas de las manos y pies, además de la elevación de los ácidos biliares. Puede afectar considerablemente al feto pero sin complicaciones ulteriores para la madre (5).

Tessore et al. En el 2021, en Argentina, realizaron un estudio con el objetivo de establecer factores de riesgo para la elevación de ácidos biliares en gestantes. Estudio analítico retrospectivo observacional, donde incluyeron 160 historias clínicas gestantes con sospecha clínica de CIG y a las cuales se les pidió una determinación de ácidos biliares. Hallaron asociación significativa entre el incremento de A B y el antecedente

de colestasis en gestación anterior, no hubo asociación entre la elevación de AB y la elevación de transaminasas y bilirrubina. Hubo asociación significativa entre CIG y prematuridad, Apgar menor de 8/9 y nacimientos prematuros, la prevalencia en el lugar estudiado fue de 2.2% (6).

Ibargüengoitia-Ochoa et al. En el 2021, en México, realizaron el estudio de serie de casos, analizando 67 casos de colestasis intrahepática gestacional. La incidencia fue de 0,57%, la edad media fue 29 años, menos del 50% eran primigestas, 12 tenían antecedente de CIG previa y 7 de óbito. El inicio de la patología se dio en el último trimestre del embarazo. El manejo fue con ácido ursodesoxicólico, se utilizó rifampicina en los casos refractarios a este tratamiento. El promedio de la edad gestacional (EG) fue de 35.6 semanas con un peso promedio de 2397 gramos. El líquido amniótico fue meconial en 10 de los casos y 20 tuvieron restricción del crecimiento intrauterino, hubo 2 óbitos fetales (7).

Palacios-Llorente et al. en el 2019, en Colombia, realizaron un estudio de casos y controles, en 134 gestantes diagnosticadas de CIG (casos) y 137 sin este diagnóstico (controles). Las manifestaciones fueron prurito y alteración de las pruebas hepáticas. La CIG se asoció significativamente a la edad materna avanzada, gestación multifetal, inducción de labor de parto y parto por vía alta. La coledocistitis, nacimiento prematuro, líquido amniótico meconial y peso bajo al nacer se relacionaron de manera independiente con la CIG. No hubo asociación significativa entre CIG y mortalidad materna, fetal o neonatal (8).

Gallardo et al. en el 2018, en México, realizaron un estudio de serie de casos que incluyó 25 historias clínicas, 32% de las cuales pertenecían a primigestas. Como

resultados, el 100% fueron diagnosticadas mediante clínica y corroboradas en 21 de los casos por incremento de las transaminasas; en el 48% se les solicitó ácidos biliares, dando un 67% de ellas valores alterados; el 68% fue tratada con ácido ursodesoxicólico; el 40% culminó la gestación prematuramente y el 8% tuvo preeclampsia leve. El 12% de neonatos requirió cuidados intensivos y el Apgar promedio fue 8/9 (9).

Kulhan en el 2017, en Turquía, publicó un artículo de revisión donde concluyó que la CIG produce complicaciones maternas y fetales, siendo más común en gestantes. Su incidencia varía del 0.1 al 15.6%. Factores hormonales, inmunológicos, genéticos, ambientales y alimentarios están implicados en su etiología. Aunque existe clara correlación entre los niveles elevados de AB en suero materno y el resultado fetal deficiente, los mecanismos subyacentes son todavía desconocidos (4).

### **1.3.2. Antecedentes Nacionales**

Huamán en el 2020, en Perú, en su tesis que tuvo como objetivo hallar la asociación entre CIG y complicaciones materno-perinatales, cuyo diseño de investigación fue observacional analítico de tipo cohorte. Los principales hallazgos de la investigación arrojaron asociación entre parto pretérmino y Apgar bajo al nacer concluye además, concluye además que existe asociación entre CIG y las complicaciones materno perinatales (10).

Flores en 2019, en Perú, investigación cuyo objetivo fue establecer la asociación existente entre CIG y complicaciones materno-perinatales, es un estudio

observacional analítico de casos y controles, con muestra pertinente de 78 casos e igual valor de controles. Entre principales resultados se obtiene que el 55.1% de la muestra presentó CIG siendo primigestas, el 30,8% tuvo parto antes del término y 6,4% tuvo preeclampsia. El 38,5% de nacimientos fue con líquido meconial, 2,6% tuvo asfixia neonatal. El investigador concluye que las gestantes con Colestasis Intrahepática tiene mayor riesgo de terminar en parto prematuro; los RN tiene alto riesgo de presentar líquido amniótico meconial (11).

Condezo en el 2019, en Perú, en su estudio de serie de casos, encontró que la frecuencia de CIG fue de 0,5 %, el 52,5 % tenía de 25 a 34 años de edad, la EG al diagnóstico de 28–36 semanas fue del 60%, con un promedio 35.4, el 100% tuvo prurito, el 77.5% una concentración ligera de AB, el 57.5% no presentó parto pretérmino, el 70% terminó en cesárea, el 90% no tuvo líquido amniótico meconial, no registró óbitos fetales, el 82,5% de neonatos tuvo normo peso y el 100% tuvo un puntaje normal de Apgar (12).

Cruz en el 2017, en Perú, realizó su tesis, un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de cohortes, la población estuvo conformada para el primer grupo por 72 pacientes y en el segundo grupo se incluyeron a 144 pacientes sin el diagnóstico de CIG. Resultados: En el primer grupo hubo hemorragia posparto en el 16.7% y en el segundo grupo fue de 3.5%, siendo estadísticamente significativo. Conclusión: La CIG fue factor de riesgo para hemorragia postparto (10).

### **1.3.2. Bases Teóricas**

#### **Definición**

La colestasis intrahepática gravídica, es una alteración hepática específica de la etapa gestacional que habitualmente aparece en el último trimestre de la gestación, es una categoría multifactorial y se caracteriza por presentar prurito palmoplantar de influencia nocturna sin sarpullido y puede extenderse a otras partes de la superficie corporal, se presenta también con el incremento de ácidos biliares séricos y aminotransferasas, esta complicación es importante porque existe una elevada probabilidad de ocurrencia morbimortalidad fetal. Este evento desaparece posterior al parto y tiene una tasa de recurrencia del 45-70% (13).

#### **Incidencia**

La incidencia de CIG oscila en un rango de 0.1 a 15.6%, dependiendo en gran medida de la raza y el lugar de procedencia, presentándose más asiduamente en Sudamérica y Europa del norte (14). Es una patología estacional, presenta una elevada frecuencia en época invernal (15). La incidencia es mayor en gestación múltiple (hasta 22%), en aquellas mujeres luego de haber concebido embarazo mediante fecundación in vitro (2.7%) y en mujeres de edad mayor a 35 años.

#### **Etiología**

Si bien la causa de la CIG es desconocida, existen muchas hipótesis sobre su etiología, básicamente se la ha relacionado a factores glandulares, hereditarios y medioambientales (2). Las bases genéticas son complejas, pero pueden esclarecer los reportes en familias y la elevada presencia en algunas etnias (16,17).

La bilis es transportada por los conductos epiteliales del hepatocito. En el transcurso de la gestación ocurre la disminución en la producción biliar la cual combinada con un defecto clínico pre existente como cierto tipo de mutaciones en algunos genes ocasiona colestasis intrahepática reversible no obstructiva (14). La alteración biliar en el embarazo se encuentra relacionado con las elevadas concentraciones de estrógenos y progesterona que se producen al final del embarazo o en embarazo múltiple, así como antecedente de uso de anticonceptivos orales. Estos valores séricos elevados de hormonas entorpecen en la movilización y excreción biliar (3). Se ha descrito que una dieta baja en selenio y en vitamina D, estaría relacionada con la presencia de CIG. Otros factores ambientales podrían predisponer al incremento de ácidos biliares como algunas estaciones del año especialmente en invierno (3,14)

### **Factores de Riesgo (17)**

De procedencia indirecta se considera los siguientes factores: Antecedente personal o familiar de colestasis, con la probabilidad de recurrencia del 40 al 92%

- Gestación múltiple, con incidencia del 22%
- Métodos de reproducción asistida

### **Cuadro clínico**

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de prurito en regiones palmo plantar con intensidad aumentada en horario nocturno, afectando la calidad del sueño; puede adicionarse anorexia, insomnio, dolor abdominal, fatiga. Debe considerar que el prurito antecede en aprox. 3 semanas a alteración de ácidos biliares. Puede aparecer ictericia dos semanas después de iniciado el prurito la que recidiva después del parto (17).

**Diagnóstico (2):**

Para el diagnóstico de CIG se debe considerar criterios laboratoriales y clínicos. El diagnóstico laboratorial o bioquímico contiene el dosaje de ácidos biliares totales, y valoración de enzimas hepáticas, ambos valores se encuentran elevados. Se recomienda solicitar serología para hepatitis virales (16). Cuando no haya posibilidad de realizar las pruebas bioquímicas a la gestante con cuadro clínico positivo, habiendo hecho el diagnóstico diferencial de hepatitis viral, hepatitis medicamentosa, cirrosis, HELLP, etc. se considerará tratar como CIG (2).

**Clasificación (17,18)**

Según FASGO se clasifica en:

CIG de bajo riesgo. - Al dosaje de ácidos biliares se encuentra en:10- 19 umol/L, con valores hepáticos normales.

CIG de riesgo moderado. - Al dosaje de ácidos biliares se encuentra en:20- 39 umol/L y enzimas hepáticas aumentadas.

CIG riesgo alto. - Ácidos biliares por encima de 40 umol/L/ valores hepáticos por encima del doble sin respuesta al tratamiento.

**Tratamiento (19)**

El tratamiento reduce la clínica materna no aun así con el feto.

Ácido ursodesoxicólico 15mg/Kg/día, cada 12 horas en embarazadas con clínica positiva y analítica alterada compatible con CIG

Antihistamínicos

Soluciones tópicas

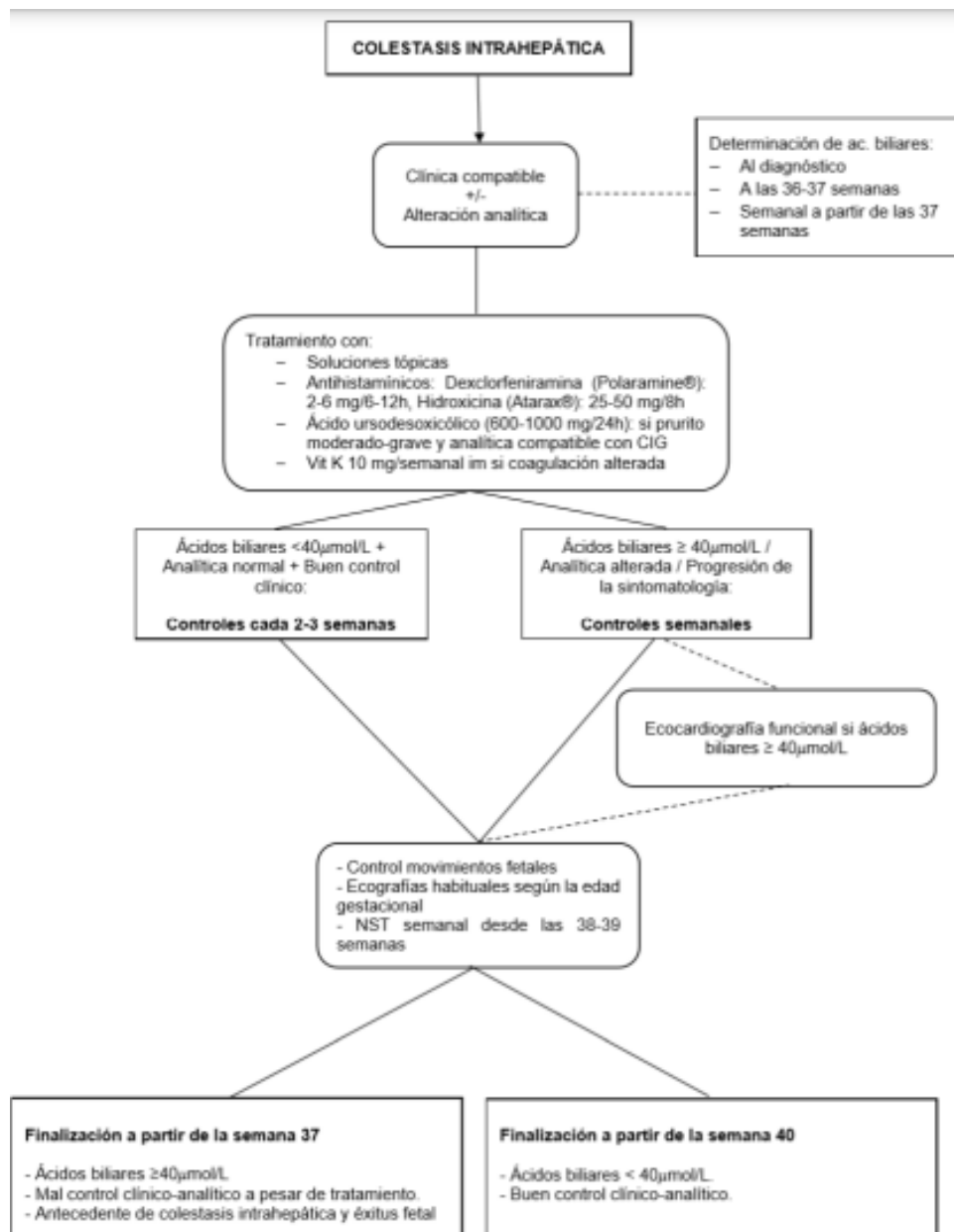
Según edad gestacional considerar maduración pulmonar fetal



Dieta hepato protectora

**Complicaciones fetales (2) (19)**

- Amenaza de parto prematuro
- Distress respiratorio
- Líquido amniótico meconial
- Muerte fetal súbita
- La muerte fetal se relaciona por consecuencia arritmogénico de los AB en el corazón fetal.



**Figura 1.- Algoritmo de manejo de CIG (19)**

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1. OBJETIVOS**

- Reconocer la sintomatología clínica en la gestante diagnosticada con CIG.
- Describir las variaciones en los parámetros bioquímicos de la paciente diagnosticada con CIG.
- Analizar si el manejo de la paciente con CIG fue adecuado en el Hospital nivel II-1 MINSA.

#### **2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO**

Fecha de ingreso: 28-11-21 Hora de ingreso: 15:10

Anamnesis

Filiación:

Apellidos y Nombres:

Edad: 23 años

Grado de instrucción: Secundaria incompleta

Ocupación: Comerciante

Estado civil: Conviviente

Distrito de procedencia: Ate

Antecedentes Personales

- Gineco-Obstétricos: Fórmula obstétrica : G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub>

Menarquia : 15 años

RC : 04/irregular

IRS : 20 años

N° PS : 03

FUR : 10-03-21

FPP : 17-12-21

EG : 37 semanas

N° CPN: 08

Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos

Antecedentes Familiares: No reporta antecedentes patológicos en familia.

Enfermedad actual: Paciente es referida de su centro de salud por presentar alteración de enzimas hepáticas (TGO y TGP aumentados), además refiere prurito en palmar y plantar, prurito en zona inguinal de intensidad moderada.

### **Exploración física**

Funciones vitales: PA 107/62 mmHg P: 82x' FR: 18x' T: 36.5°C

Peso: 56 Kg Talla: 1.45 m

Estado general y sensorio: Paciente orientada lúcida en aparente regular estado general de hidratación y nutrición

Aparato cardiovascular: Normal, no soplos

Aparato respiratorio: Sin particularidades en ACP

Extremidades: Normales

Reflejos: Normal

Mensuración obstétrica:

Abdomen ocupado por útero gestante

AU: 32cm. Feto: LCI con 140 latidos por minuto.

TACTO:

Genitales externos de nulípara no se observa sangrado, ni líquido amniótico. VAE, cervix posterior reblandecido, íntegro. AP en -3 móvil, membranas íntegras.

### **Pruebas complementarias de hoja de referencia**

➤ Hemograma\_completo (21-11-21):

Leucocitos	11.940 mm <sup>3</sup>
Rcto. de plaquetas	288,000 mm <sup>3</sup>
Hb.	10.1 g/dL
Hto.	32.7%
Eosinófilos	05%
Basófilos	01%
Monocitos	05%
Linfocitos	18%

➤ Glucosa (21-11-21) : 65.3 mg/dL

➤ Urea (21-11-21) : 24.8

➤ Creatinina (21-11-21) : 0.93

- **TGO (21-11-21) : 381.6 U/L**
- **TGP (21-11-21) : 365.6 U/L**
- HIV (21-11-21) : No Reactivo
- RPR (21-11-21) : No Reactivo
- Hepatitis B (21-11-21) : No Reactivo
- Grupo y factor : A Rh +
- Parasitológico seriado (3 muestras) (21-11-21): Negativo
- Ecografía Obstétrica (24-11-21): Gestación activa única de 36 Sem. y 5 días x  
BF / Ponderado fetal: 3242 grs

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INGRESO (28/11/21) HOSPITAL II-1  
MINSA**

- Bilirrubina total y fraccionada (28-11-21): 3.09 mg/dl
- Bilirrubina directa (28-11-21): 1.79 mg/dl
- Bilirrubina indirecta (28-11-21): 1.30 mg/dl
- Fosfatasa alcalina (28-11-21): 905 mg/dl
- Proteínas totales y fraccionadas (28-11-21): 6.44 g/dl
- Albúmina (28-11-21): 3.61 g/dl
- Globulina (28-11-21): 2.83 d/dl
- TGO (28-11-21): 627 U/L
- TGP (28-11-21): 635 U/L
- GGT (28-11-21): 73 U/L
- Tiempo de protrombina (28-11-21): 14.5"
- T. coagulación (28-11-21): 5'00"

- T. sangría (28-11-21): 2'30"
- Ecografía Obstétrica (28-11-21): Gestación activa única de 37.2 ss x BF  
Ponderado fetal: 3242 grs PBF: 8/8
- CST (28-11-21): Negativo

### **Diagnóstico Clínico**

1. Gestación de 37.4 semanas x URN
2. Colestasis intrahepática
3. Anemia leve
4. No trabajo de parto

### **Tratamiento**

1. DB+LAV
  2. CI Na 9‰ 1000 cc /15 Gts en minuto
  3. Monitoreo materno fetal permanente
  4. CFV
  5. Se solicita perfil hepático, CST, Ecografía obstétrica + PBF
  6. Pasa a Hospitalización
- **Fecha: 28-11-21 Hora: 15:55**

Evolución obstétrica: Paciente gestante ingresa al Servicio de Hospitalización procedente de Emergencia con Dx: Primigesta de 37 ss x FUR / Colestasis intrahepática, refiere dolor de cintura.

Al examen: En AREG, LOTEPE.

AU: 32 cm LCF: 140 x' MF: ++ percibidos por la madre T.V. diferido

Se canaliza vía periférica Cloruro de sodio 9‰ 1000 cc.

Se envía orden de EKG y perfil hepático con personal técnico.

16:40 Se efectiviza orden de ecografía.

17:00 LCF: 148 x ‘

18:00 CFV: PA 100/60mmHg P: 86x’ T: 36.5°C FR: 18 x’ LCF: 144 x ‘

18:33 Paciente queda en Monitoreo Fetal.

➤ **Fecha: 28-11-21 Hora: 18:45**

Evolución médica: Paciente niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico y dinámica uterina. Refiere prurito en zona inguinal vagina, abdomen y en palmas y plantas de pies.

Piel y mucosas: mucosa icterica

Aparato cardio respiratorio: RCR, no soplos. Tórax y pulmones normales

Mamas: blandas, simétricas, no secretantes

Abdomen: AU: 32 cm SPP: LCI LCF: 140 x’ MF: +/-

DU (-) TV: sin cambios cervicales pelvis ginecoide

DX: 1. Gestante de 37.4 ss x FUR

2. No TP

3. Colestasis intrahepática vs Hígado graso

**Plan:** Cesárea de emergencia

Tratamiento:

1. NPO
2. Cl Na 9% 1000 cc vía
3. Cefazolina 2gr EV 30’ antes de SOP
4. Ranitidina 50 mg EV STAT



5. Metoclopramida 10 mg EV STAT
6. Monitoreo materno fetal
7. CFV
8. Preparar para SOP

➤ Fecha: 28-11-21 Hora: 19:00

Evolución obstétrica: Gestante de 37 ss x FUR + No TP + Colestasis intrahepática en Monitoreo Fetal, realizando NST.

20:00 Médico G-O evalúa paciente y deja indicaciones.

22:05 Se administra Cefazolina 2 gr EV. Paciente pasa a SOP. LCF: 144 x'

➤ **Fecha: 28-11-21 Hora: 22:10**

**Reporte quirúrgico**

Intervención: cesárea segmentaria

Hallazgos: RN vivo de sexo masculino (Hora: 22:22), peso: 3,230 grs, talla: 50 cm, Apgar: 9 al minuto y 9 a los 5 minutos llanto al nacer, líquido amniótico claro en adecuada cantidad, placenta y cordón sin alteración.

➤ **Fecha: 28-11-21 Hora: 23:00**

Tratamiento Post-SOP:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dextrosa 5% SA1000cc</li> <li>NaCl 20% 20 cc</li> <li>KCl 20% 10 cc</li> <li>Oxitocina 20 UI</li> </ol> | } | <p>90 cc/h continuo x 24 hs</p> <p>I – II - III</p> |
|---|---|---|

- |   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Cloruro de sodio 9%<sub>o</sub> 100 cc</li> <li>Metamizol 1.5 gr</li> <li>Tramadol 50 mg</li> <li>Dimenhidrinato 50 mg</li> </ul> | } | Pasar en 20' c/8h EV |
|---|---|----------------------|
- 3. NPO
  - 4. Cefazolina 1gr c/8h EV
  - 5. CFV+OSA+CSV
  - 6. s/s Hto control, perfil hepático, perfil de coagulación completo, hemograma, ecografía abdominal superior, tomar a la 1 a.m.

➤ **Fecha: 29-11-21**

**Evolución obstétrica:**

01:00 Ingresa paciente postcesareada inmediata en AREG, con vía 100 cc pp.

Al examen: mamas blandas, secretantes

Abdomen: b/d, AU 16 cm, útero contraído, herida operatoria sin sangrado

GE: loquios hemáticos en regular cantidad

Se llama a Médico G-O de guardia, quien evalúa paciente y coloca

Misoprostol 200 ucg 04 tab vía rectal.

01:50 Se administra Metamizol 1.5 gr EV.

Paciente tranquila. Útero contraído y loquios hemáticos normales.

06:00 CFV: PA 100/50mmHg      P: 72x'      T: 37.3°C      FR: 14 x'

Se administra tratamiento antibiótico y analgésicos indicados.

07:00 Queda en evolución favorable.

➤ **Fecha: 29-11-21**      **Hora: 08:30**

Tratamiento:

1. DB+LAV
  2. Cefazolina 1gr c/8h EV x 3 dosis
  3. Cloruro de sodio 9‰ 100 cc
  - Metamizol 1.5 gr
  - Tramadol 50 mg
  - Dimenhidrinato 50 mg
- } Pasar en 20' c/8h EV
4. Sulfato ferroso 300 mg c/12h VO
  5. CFV
  6. s/s Perfil hepático

➤ Fecha: 29-11-21

Evolución obstétrica: Puérpera PO $\pm$ 1 día x colestasis intrahepática, estable, refiere leve dolor en hipogastrio.

Al examen: Puérpera inmediata lúcida orientada colabora al interrogatorio

Piel tibia conjuntiva palpebral ligeramente pálida

Mamas: blandas, secretantes pezón pequeño con dificultada para lactancia materna exitosa

Abdomen: b/d, útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, apósitos de herida operatoria secos.

Genitales de nulípara con presencia de escasos loquios sero - hemáticos sin mal olor. Miembros inferiores sin edema.

09:35 Se envía paciente para ecografía abdominal.

09:45 Traen resultado de ecografía abdominal. Se informa a médico G-O con hallazgo de pólipo vesicular.

10:00 Se envía orden de perfil hepático para las 20hs.

12:00 CFV: PA 107/56mmHg P: 76x' T: 37.4°C FR: 18 x'

14:00 Se administra Cefazolina 1 gr EV y analgésicos indicados.

16:00 Paciente PO estable en AC+LME.

18:00 CFV: PA 102/54mmHg P: 76x' T: 37.4°C FR: 16 x'

19:00 Paciente PO $\pm$ 1 día x colestasis intrahepática estable.

22:00 Se administra Cefazolina 1gr EV y analgésico indicado.

#### **RESULTADOS DE LABORATORIO:**

- Bilirrubina total y fraccionada (29-11-21): 2.89 mg/dl
- Bilirrubina directa (29-11-21): 2.41 mg/dl
- Bilirrubina indirecta (29-11-21): 0.48 mg/dl
- Fosfatasa alcalina (29-11-21): 737 mg/dl
- Proteínas totales y fraccionadas (29-11-21): 5.34 g/dl
- Albúmina (29-11-21): 2.38 g/dl
- Globulina (29-11-21): 2.96 d/dl
- TGO (29-11-21): 460 U/L
- TGP (29-11-21): 494 U/L
- GGT (29-11-21): 65 U/L

Hemograma completo (29-11-21):

Leucocitos	16.190 mm <sup>3</sup>
Rcto. de plaquetas	242,000 mm <sup>3</sup>
Hb.	9 g/dL
Hto.	28.8%
Eosinófilos	01%
Basófilos	00%
Monocitos	03%
Linfocitos	18%
Monocitos	03%
Linfocitos	11%

➤ Ecografía Abdominal Superior (29-11-21): Imagen ecográfica en relación a pólipo vesicular. Meteorismo intestinal incrementado. Útero puerperal.

Fecha: 30-11-21

00:00 CFV: PA 100/60mmHg P: 74x' T: 36.8°C FR: 17 x'

Se administra Sulfato ferroso 300 mg VO.

03:00 Paciente brinda lactancia materna.

06:00 Se administra Cefazolina 1gr EV y analgésico indicado.

CFV: PA 110/60mmHg P: 80x' T: 36.5°C FR: 18 x'

07:00 Queda paciente en evolución favorable. Diuresis: 1120 cc.

**Fecha: 30-11-21 Hora: 09:30**

Tratamiento:

1. DB+LAV

2. Ibuprofeno 400 mg VO c/8h
3. Sulfato ferroso 300 mg VO c/12h
4. CFV+CSV
5. Deambulaci3n

➤ Fecha: 30-11-21

Evoluci3n obst3trica: PO $\pm$ 2 d3a x colestasis intrahep3tica, no refiere dolor, se encuentra en alojamiento conjunto brinda lactancia materna

Al examen: Piel tibia turgente

Mamas: turgentes pezones peque1os con presencia de laceraciones cerca a areola a la expresi3n salida de secreci3n l3ctea en regular cantidad.

Útero contra3do, loquios escasos sin mal olor

13:00 CFV: PA 100/50mmHg P: 70x' T: 37.1°C FR: 16 x'

14:00 Se administra Ibuprofeno 400 mg VO.

16:00 Paciente PO estable en AC+LME, deambula sin particularidades

18:00 CFV: PA 100/50mmHg P: 76x' T: 37.3°C FR: 20 x'

19:00 Paciente PO $\pm$ 2 d3a x colestasis intrahep3tica estable.

#### RESULTADOS DE LABORATORIO DE CONTROL

**Bilirrubina total y fraccionada (30-11-21): 2.05 mg/dl**

**Bilirrubina directa (30-11-21): 1.70 mg/dl**

**Bilirrubina indirecta (30-11-21): 1.35 mg/dl**

**Fosfatasa alcalina (30-11-21): 562 mg/dl**

Prote3nas totales y fraccionadas (30-11-21): 4.58 g/dl

Alb3mina (30-11-21): 2.10 g/dl

Globulina	(30-11-21): 2.48 d/dl
<b>TGO</b>	<b>(30-11-21): 189 U/L</b>
<b>TGP</b>	<b>(30-11-21): 193 U/L</b>
<b>GGT</b>	<b>(30-11-21): 49 U/L</b>

Fecha: 30-11-21

00:00 CFV: PA 90/50mmHg P: 74x' T: 36.7°C FR: 18 x'

03:00 Paciente descansa tranquila.

CFV: PA 100/50mmHg P: 68x' T: 37.2°C FR: 16 x'

07:00 Queda paciente en evolución favorable, se completa tratamiento indicado.

➤ Fecha: 01-12-21 Hora: 08:00

Evolución médica favorable

Plan

1. Alta médica
2. Ibuprofeno 400 mg VO condicional a dolor intenso
3. Sulfato ferroso 300 mg VO c/12h x 3 días
4. Control por Consultorio Externo de gastroenterología
5. Control por ginecología

### **Epicrisis**

Ingreso: 28-11-21

Diagnóstico al ingreso: 1. Primigesta de 37.4 ss x FUR

2. Colestasis intrahepática

3. Anemia leve

Condición clínica: Paciente refiere prurito en todo el cuerpo, predominantemente en palmas y plantas, niega dinámica uterina, no presenta sangrado ni eliminación de líquido amniótico, movimientos fetales presentes.

Ex. Clínico: AU: 32 cm LF: 140 x' D: 0 cm I: 0% AP: -3 M: Integras

Ex. Auxiliares: VIH (-) HVB (-) RPR (-) TGO: 460 TGP: 494

Evolución: Favorable.

Egreso: 01-12-21 Servicio Hospitalización de Gineco obstetricia

Diagnóstico: Puérpera mediata por CIG

RN vivo



### **2.3. DISCUSIÓN**

En el presente caso clínico observamos, una gestante de 37 semanas, presentó el clásico cuadro clínico de CIG, prurito palmo plantar, el cual se ha reportado en el 80% de casos, y su aparición se mostró cerca de finalizar la gestación, tal como lo señala la literatura científica y las investigaciones realizadas según nuestros antecedentes de investigación revisados; no presentó otra sintomatología clínica de importancia.

En los exámenes de laboratorio que se corrieron al ingreso de la paciente, se encontró alteración del perfil hepático (bilirrubina total y fraccionada: 3.09, bilirrubina directa: 1.79, bilirrubina indirecta: 1.30, fosfatasa alcalina: 905, TGO: 627, TGP: 635, GGT: 73) con marcadores mucho más elevados que los tomados 4 días antes (TGO: 382, TGP: 366). Esta elevación de los valores de las aminotransferasas halladas en el paciente sumado al cuadro clínico, acrecentaron la probabilidad de que se tratase de una CIG; lo cual se reafirmó luego del parto, cuando se pudo observar la progresiva normalización de los valores del perfil hepático. Lamentablemente en el Hospital II-1 MINSA no se cuenta en Laboratorio con la prueba de ácidos biliares, por lo cual no se le solicitó a la paciente, siendo importante para hacer el diagnóstico.

La capacidad de respuesta en nuestro establecimiento fue de aprox. 7 horas desde su ingreso hasta la operación cesárea. De otro lado, tomando en cuenta estudios que señalan a la CIG como una patología que puede traer consecuencias nefastas sobre todo para la salud fetal y perinatal (parto prematuro, tinción meconial del líquido amniótico, patrón no tranquilizante fetal, óbito fetal), se justifica la cesárea de emergencia que se le practicó a la paciente y más aún debió haber pasado a sala de operaciones

directamente del Servicio de Emergencia, pues siendo una gestación a término que no estaba en trabajo de parto y teniendo los valores de la función hepática sumamente alterados, no había que esperar mucho tiempo porque en cualquier momento podría ocurrir el óbito fetal; así lo demuestran estudios donde ocurrieron óbitos fetales teniendo pruebas de bienestar fetal totalmente normales, sin ninguna alteración.

Es importante aclarar que en el Servicio de Hospitalización del Hospital II-1 MINSA no se cuenta con una unidad de vigilancia materno fetal especial para casos de gestantes de alto riesgo obstétrico ni se cuenta con monitor electrónico fetal permanente, por lo que mantener mucho tiempo a la paciente en el servicio no era lo más adecuado, pues tenía que estar con monitoreo materno fetal estricto, por lo que lo más adecuado era tener a la paciente monitorizada en sala de dilatación con el monitor fetal hasta que pase a sala de operaciones.

El personal profesional reconoció la sintomatología que presentaba la paciente confirmada por la clínica y análisis de laboratorio.

La analítica demostró valores altos de enzimas hepáticas no pudiendo valorarse los ácidos biliares por no contar con insumos al respecto.

En cuanto al manejo médico fue el adecuado a pesar que no se cuenta con guías y procedimientos clínicos nacionales por lo que se adecuó el tratamiento a las guías internacionales.

## **2.4. CONCLUSIONES**

- La principal manifestación clínica que presentó la paciente con CIG fue prurito en palma de las manos y plantas de los pies.
- Las alteraciones que se presentaron en los exámenes de laboratorio se dieron fundamentalmente en el perfil hepático de la paciente, con niveles altos de aminotransferasas, fosfatasa alcalina y bilirrubinas.
- El manejo de la paciente con CIG en el Hospital nivel II-1 MINSA fue parcialmente adecuado por la demora en la capacidad de respuesta, corroborando los exámenes laboratoriales y las manifestaciones clínicas presentadas por la gestante, así mismo el pronóstico fetal fue bueno al presentar Apgar adecuado y ausencia de líquido amniótico meconial.

## **2.5. RECOMENDACIONES**

- Que el equipo de salud se debe mantener alerta y estar preparado para actuar rápida y oportunamente frente a una patología como la CIG y así evitar la morbilidad y mortalidad perinatal.
- Se debe investigar sobre la prevalencia de CIG en otras regiones del país para conocer con mayor exactitud la forma en que se da esta enfermedad en nuestro medio, siendo un país multiétnico.
- Que el Hospital II-1 MINSA adquiera los insumos necesarios para realizar la prueba de AB, lo que favorecerá en poder hacer el correcto diagnóstico de CIG.
- Implementar la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital II-1 MINSA para el manejo de gestantes con patologías.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arriaga López A, Antonio Rosales L, Martínez Rodríguez LN, Pérez Barragán Y, Jiménez Juárez S, Marcial Santiago ADR, et al. Colestasis intrahepática del embarazo. Un reto más para la obstetricia. Rev Fac Med. 10 de mayo de 2021;64(3):20-36.
2. Estiú M, Frailuna M, Dericco M, Otero C. Guía de Práctica Clínica: Colestasis Intrahepática Gestacional. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2019;1(4):48-71.
3. Williamson C, Geenes V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Obstet Gynecol. julio de 2014;124(1):120-33.
4. Yadav S, Goel A, Lingaiah R, Pradhan M, Katiyar H, Aggarwal R. Serum Bile Acid Levels in Women With Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy in India. Journal of Clinical and Experimental Hepatology. 2022;12(2):379-83.
5. López Pérez GP, Quenorán Almeida VS, López Romo YE, Cumbajin Montatixe ME. Reporte de caso clínico de colestasis intrahepática del embarazo. Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies. 14 de mayo de 2022;3(2):362-72.
6. Tessore I, Pacheco A, Zamory E. Colestasis intrahepática del embarazo: asociación entre factores de riesgo y elevación de ácidos biliares. BIOQUINFORMA DIGITAL. 2021;8.

7. Ibargüengoitia-Ochoa F, García-Romero CS, Sepúlveda-Rivera CM, Lira-Plascencia J, Gallardo-Gómez F, Ibargüengoitia-Ochoa F, et al. Desenlaces perinatales, en un centro de tercer nivel de México de pacientes con colestasis intrahepática del embarazo. *Ginecología y obstetricia de México*. 2021;89(10):760-9.
8. Palacios-Llorente MA, Ramírez-Sierra L, Campo-Campo MN, Sanín-Blair JE, Echavarría-Restrepo LG, Parra-Rodas LM, et al. Colestasis intrahepática del embarazo: implicaciones maternas y perinatales. *Ginecología y obstetricia de México*. 2019;87(9):567-75.
9. Gallardo Gaona JM, Lemionet Escanero D, Acevedo Gallegos S, Velázquez Torres B, Ramírez Calvo JA, Camarena Cabrera DM. Resultados perinatales adversos en colestasis intrahepática del embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*. 1 de septiembre de 2018;32(3):131-7.
10. Huaman Ttito JD. Asociación entre colestasis intrahepática gestacional y complicaciones materno-perinatales en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco entre el periodo 2015 - 2019 [Internet] [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020 [citado 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5367>
11. Flores Farro MA. Asociación entre colestasis intrahepática gestacional y complicaciones materno-perinatales entre el periodo 2013 – 2018 en el Hospital Santa Rosa, Lima, Perú [Internet] [Tesis de pregrado]. Universidad Ricardo Palma;

- 2019 [citado 22 de junio de 2022]. Disponible en:  
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1860>
12. Condezo Apelo LK. Resultados perinatales en pacientes con colestasis intrahepática del embarazo. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - La Victoria, 2015-2017 [Internet] [Trabajo académico]. Universidad de San Martín de Porres; 2019 [citado 22 de junio de 2022]. Disponible en:  
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4661>
13. Cruz G. Colestasis intrahepática del embarazo: conceptos actuales. Revista Médico Científica. 2012;25(1):18-23.
14. Quiñones JJM, Lara DSZ, Quiñones JLM. Diagnóstico y manejo de la colestasis intrahepática del embarazo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. 2013;(1):6.
15. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG) Consenso FASGO 2016 [Internet]. [citado 23 de junio de 2022]. Disponible en:  
[http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_de\\_obstetricia\\_Colestasis\\_y\\_embarazo\\_2016.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_de_obstetricia_Colestasis_y_embarazo_2016.pdf)
16. Sepúlveda-Martínez A, Hasbun J, Valdés E, Salinas H, Parra-Cordero M. Serie guías clínicas: Colestasia intrahepática del embarazo. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2015; 26:63-72.

17. Arriaga A, Rosales L, Martínez L, Pérez Y. et-al. Colestasis intrahepática del embarazo. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 64, N°3, mayo-junio. México 2021.
18. Ayusso E. Colestasis Intrahepática Gestacional. IBC laboratorios. Instituto de Bioquímica clínica. Artículo de internet en línea. Disponible en: <https://www.ibcrosario.com.ar/articulos/Colestasis-Intrahepatica-Gestacional.html#:~:text=Bajo%20riesgo%3A%20el%20valor%20de,L%20con%20enzimas%20hep%C3%A1ticas%20normales>.
19. Clínica de medicina fetal. Barcelona Hospital Universitario. Colestasis intrahepática gestacional. Protocolos de medicina materno fetal. En línea. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/colestasis-intrahepatica.pdf>