



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN PRIMIGESTA EN

ESTABLECIMIENTO DE SALUD, NIVEL IV, 2019

PRESENTADO POR:

NATALIA MARIBEL JARA CASTRO

ASESOR:

Mgr. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,
ALTO RIESGO Y CUIDADO 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 EN PRIMIGESTA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, NIVEL IV, 2019**” presentado por el(la) **JARA CASTRO NATALIA MARIBEL**, 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) Mg. **ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT**, designado como asesor con Resolución Directoral N°0192-2022-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	JARA CASTRO NATALIA MARIBEL	COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN PRIMIGESTA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, NIVEL IV, 2019	30%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **30%**, 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, 19 de junio del 2024

UNIVERSIDAD "JOSE CARLOS MARIATEGUI"

DR. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM - SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Justificación.....	2
1.3 Marco teórico	4
1.3.1 Antecedentes	4
b.- Antecedentes Nacionales	6
BASES TEÓRICAS.....	9
1.4.1 COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN LA GESTACIÓN	9
1.4.2 ÁCIDOS BILIARES	15
1.4.3 PRURITO GESTACIONAL	17
1.4.4. TRATAMIENTO.....	18
CAPÍTULO II	20
CASO CLÍNICO.....	20
2.1.- Objetivo:	20
2.1.1 Objetivo General.....	20
2.1.2 Objetivos Específicos	20
2.2.- Datos relevantes del caso clínico.....	20
2.3 Discusión.....	37
2.4 Conclusiones	39
2.5 Recomendaciones.....	40
BIBLIOGRAFÍA	41

RESUMEN

El presente caso clínico fue manejado en el Hospital de nivel IV en una gestante de 32 años, que acude por emergencia de ginecoobstetricia, presentando contracciones cada 10 minutos y prurito generalizado incluyendo la palma de las manos y la planta de pies desde la semana 35 de gestación.

La paciente fue hospitalizada con el Diagnóstico de Primigesta de 36 semanas, no trabajo de parto, prurito gestacional, d/c Colestasis Intrahepática. Se le solicita exámenes de laboratorio y se inicia tratamiento con ácido ursodexocólico 500 mg vía oral cada 8 horas y clorfenamina 4mg 1 tableta vía oral cada 8 horas. Se le solicita exámenes auxiliares (perfil bioquímico hepático, hemograma etc.), incluyendo ácidos biliares los mismos que se hizo en forma particular porque el hospital no cuenta con reactivo, asimismo se le solicitó monitoreo fetal, ecografía Doppler, ecografía de hígado y vías biliares. Sin embargo, no hay mejoría en síntomas a pesar de tratamiento. La paciente es evaluada con resultados alterados del perfil hepático donde las transaminasas elevadas : TGO 38 u/l, TGP 99 u/l Ácidos biliares: 169.9 U mol/l, razón por la cual se le indica junta médica para cesárea de emergencia por tratarse de gestante de 37 semanas x ecografía, no trabajo de parto con colestasis gestacional severa sin condiciones para parto vaginal con alto riesgo de óbito fetal; obteniéndose un recién nacido vivo, peso 3150 gr, Apgar 8 /8 liquido meconial espeso, placenta y anexos impregnados de meconio. La evolución fue favorable durante el puerperio y es dada de alta junto a su recién nacido a los 3 días postparto.

Palabras claves: Colestasis Intrahepática, primigesta, gestación.

ABSTRACT

The present clinical case was managed at the Level IV Hospital in a 32-year-old pregnant woman, who came for an obstetrics-gynecological emergency, presenting with contractions every 10 minutes and generalized itching including the palms of the hands and the soles of the feet since week 35. gestation.

The patient was hospitalized with the Diagnosis of Primigesta of 36 weeks, no labor, gestational pruritus, d/c Intrahepatic Cholestasis. Laboratory tests were requested and treatment was started with ursodexocholic acid 500 mg orally every 8 hours and chlorphenamine 4 mg 1 tablet orally every 8 hours. Ancillary tests are requested (liver biochemical profile, blood count, etc.), including bile acids, which were done individually because the hospital does not have reagents. Fetal monitoring, Doppler ultrasound, ultrasound of the liver and bile ducts were also requested. However, there is no improvement in symptoms despite treatment. The patient is evaluated with altered results of the liver profile where the transaminases are elevated: TGO 38 u/l, TGP 99 u/l Bile acids: 169.9 U mol/l, which is why a medical meeting is indicated for an emergency cesarean section to be treated. of 37 weeks pregnant woman x ultrasound, no labor with severe gestational cholestasis without conditions for vaginal delivery with high risk of fetal death; Obtaining a live newborn, weight 3150 g, Apgar 8/8, thick meconium fluid, placenta and annexes impregnated with meconium. The evolution was favorable during the postpartum period and she was discharged with her newborn 3 days postpartum.

Keywords: Intrahepatic Cholestasis, primigravida, pregnancy

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La colestasis intrahepática es una forma reversible de patología en la gestación, que aparece en el tercer trimestre, rara vez se ha observado durante los primeros meses y la mayoría de veces se resuelve espontáneamente tras el parto.

Normalmente se relaciona la colestasis intrahepática como un incremento de la morbimortalidad fetal (incremento de prematuridad, meconio en el nacimiento, aumento de número de cesáreas, muerte ante parto, etc.) sin embargo, en la actualidad se han generado evidencias que permiten que se descarte esa asociación, puesto que esos parámetros también se han relacionado a inducción de partos iatrogénicos; evidentemente en aquellos casos en los que se objetiva un incremento de ácidos biliares se podría vincular, aunque no se conoce suficiente evidencia, parece existir un incremento de morbilidad fetal (1).

Debemos tener en cuenta que el hígado es el órgano que se encarga de la regulación de la fisiología humana y estar embarazada supone un incremento en el trabajo de este órgano, además de ello, debido a las hormonas sexuales sufre una serie de

modificaciones, por lo que es importante conocer cuáles son los cambios en la fisiología para evitar confundirnos con alguna hepatopatía, esto nos permitirá reconocer si estamos frente a una enfermedad hepática del embarazo o es una hepatopatía crónica en la paciente (2).

Diversos estudios realizados acerca de la salud de la mujer en Kings College London, informan que el número de casos nuevos de colestasis intrahepática en el embarazo oscila en menos del 2%, depende de algunas variables, como el origen, ubicación geográfica, presentándose con mayor incidencia en América del Sur y en el norte de Europa. De igual forma existen reportes que indican que embarazos múltiples tienen hasta un 20% más de posibilidades de tener una colestasis intrahepática, seguido de mujeres mayores de 35 años que han tenido tratamiento de fecundación in vitro. La causa de esta patología es compleja, aunque parece estar relacionada a un efecto colestásico de las hormonas que afectan a mujeres susceptibles debido a factores genéticos, esta evidencia genética incluye la agregación familiar de la patología. (3)

En el Hospital Sabogal 2015- 2016 se estudió a 99 gestantes con diagnóstico de colestasis intrahepática y se concluyó que más del 10% de los neonatos provenían de embarazos múltiples, con una edad gestacional pretérmino, antecedentes de cesárea, se evidenció líquido meconial en el 28% de los casos y asfixia neonatal en el 2.1% de los casos (4).

1.2 Justificación

La colestasis intrahepática en la gestación es un problema que atañe a la salud de las mujeres cuyo incremento de ácidos biliares puede ocasionar que la morbilidad

fetal y materna se incrementen de esta forma la tasa de mortalidad aumenta en las diversas zonas del país. Esta patología describe la relación entre los factores genéticos hormonales y ambientales, sin embargo, al haber poca información acerca de esta patología en población peruana, se ve la necesidad de realizar una investigación. En el interior del país existe un gran porcentaje de gestantes que no tienen acceso al sistema de salud, por lo que enfrentar esta patología implica un problema mayor, si hablamos de la capital el sistema de salud no brinda un diagnóstico y tratamiento adecuado, porque lo que conlleva a tener una serie de complicaciones fetales y maternas.

El nivel del plasma de los ácidos biliares puede incrementarse hasta 100 veces los valores normales, lo que genera que el feto esté en riesgo y con mayor posibilidad de sufrir una alteración, es considerado un evento grave cuando los niveles de ácidos biliares maternos superan los 40 micro mol/l.

Diversos estudios de ácidos biliares séricos maternos han concluido que el incremento de este puede generar contracciones uterinas, favoreciendo al parto pretérmino y con ello incrementar la presencia del meconio debido al incremento de la motilidad del colon fetal y porque además produce una vasoconstricción de las vellosidades coriónicas alrededor de la placenta que podría generar una hipoxia fetal aguda.

Este caso clínico permitirá reconocer lo importante que tiene la atención prenatal para identificar riesgos, generar evaluaciones y exámenes auxiliares en el tiempo pertinente, que permitan tratar alguna patología de la gestación, si todos los

establecimientos unifican criterios y solicitan pruebas hepáticas que incluyan el valor sérico de los ácidos biliares, esto podría contribuir a disminuir la mortalidad perinatal en nuestro país.

1.3 Marco teórico

1.3.1 Antecedentes

a.- Antecedentes Internacionales

Arriaga A et al. (2021). En México se elaboró un estudio denominado “Colestasis intrahepática del embarazo, un reto para la obstetricia”. Con el objetivo de realizar una revisión y actualización bibliográfica en base a la enfermedad ya mencionada, las pruebas diagnósticas, tratamiento, resultados perinatales y su asociación con otras patologías del embarazo. Metodología: Se realizó una búsqueda de la literatura publicada en inglés y en español en bases de datos como PubMed / MEDLINE, Ovid, MD Consult, entre otras, utilizando las palabras clave. Resultados: Se aporta una actualización en cuanto al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad para actuar como guía clínica a los profesionales de la salud. Conclusión: La más grande limitación que presenta el país, es la determinación de ácidos biliares séricos dentro de sus centros hospitalarios, por lo cual se incita a desarrollar más estudios estandarizados que permitan conocer el comportamiento de la enfermedad y de ese modo poder brindar un mejor apoyo a la población mexicana (5).

Ye N, et al (2021). En Costa Rica se elaboró un estudio denominado “Coolestasis intrahepática en el embarazo”, cuyo enfoque se desarrolló en base a la etiología

multifactorial, donde se evidencia que abarca desde los factores ambientales, hormonales y genéticos. Dicho estudio tiene como objetivo principal brindar un mejor criterio clínico al profesional de la salud en base al manejo integral de los pacientes y poder disminuir la morbilidad y mortalidad materno fetal. Resultados: Asimismo, los estudios realizados más recientemente muestran resultados que descalifican el conocimiento previo de su manejo. Conclusión: Las complicaciones más amenazadoras son las perinatales que incluyen parto pretérmino, sufrimiento fetal agudo y muerte fetal intrauterina (6).

Murillo M, et al (2020), realizaron una investigación en Costa Rica llamada “Colestasis intrahepática del embarazo”. Con el objetivo de buscar un adecuado tratamiento que disminuyan los síntomas y se reduzcan los riesgos. Resultados: Del mismo modo, se menciona que el tratamiento a utilizar sería el ácido ursodesoxicólico, dado a que tiene una mayor eficacia, seguridad y presenta mayores beneficios. Se concluyó que la colestasis intrahepática se desarrolla mayormente en gestantes del segundo a tercer trimestre, cuya alteración más sensible y significativa es la elevación de los ácidos biliares, los cuales suelen normalizarse postparto (7).

Palacios M, et al (2019). En la clínica universitaria Bolivariana de Colombia, se desarrolló un estudio con 271 participantes llamado “Colestasis intrahepática del embarazo: complicaciones maternas y perinatales”. Metodología: Estudio de cohorte, retrospectivo, llevado a cabo en pacientes embarazadas, con diagnóstico de colestasis intrahepática, que acudieron a la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia, entre enero de 2010 y junio de 2016, Resultados: Se

incluyeron 271 pacientes: 134 en el grupo de colestasis intrahepática y 137 en el grupo control. Las pacientes con colestasis intrahepática manifestaron prurito y alteración en las pruebas hepáticas. Se concluye que la colestasis intrahepática mostró significación estadística con la edad materna avanzada, embarazo múltiple, inducción del trabajo de parto y finalización del embarazo por cesárea, en la cual se encontró, que los pacientes de colestasis intrahepática presentan una significación estadística en mujeres cesareadas, con edad materna avanzada, de embarazo múltiple (8).

Rodríguez D et al. (2018), en Cuba, realizaron una investigación llamada “Colestasis intrahepática del embarazo. Expresividad clínica, bioquímica y resultados perinatales”, con el objetivo es identificar la expresividad clínica, bioquímica y los resultados perinatales en pacientes con colestasis intrahepática del embarazo. Metodología: estudio observacional descriptivo prospectivo, de 68 pacientes ingresadas con sospecha de afección hepatobiliar, 43 con colestasis del embarazo clasificaron bajo criterios de selección muestral. Resultados: 58,1% fueron recién nacidos pretérminos; 25,6% con bajo peso al nacer y 23,3% con bajo Apgar. Se concluye en la cual podemos observar que, si bien la tasa de morbilidad materna por colestasis intrahepática no es significativa, existen otros riesgos que son relevantes como: el bajo peso del bebe al nacer, sufrimiento fetal por distrés, y prematuridad (9).

b.- Antecedentes Nacionales

Mego S (2021), realizó una investigación titulada “Colestasis intrahepática del embarazo y sus resultados perinatales en el Hospital Nacional Cayetano Heredia

durante el periodo 2011 – 2020”, tuvo como objetivo principal, el describir los resultados perinatales en gestaciones complicadas por la patología en el período 2011- 2020. Así mismo, tuvo como objetivos específicos determinar la frecuencia de casos sobre colestasis hepática, las variables sociodemográficas de las gestantes, entre otros. Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo tipo serie de casos retrospectivo, teniendo como unidad de análisis las pacientes con diagnóstico de Colestasis Intrahepática del Embarazo y sus recién nacidos admitidos al servicio de Obstetricia Patológica del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el periodo comprendido entre el año 2011 y el 2020. Se concluye existen diversos factores que influyen en los resultados perinatales cuando una gestante presenta colestasis intrahepática (10).

Yanque-Robles O (2020), público en la revista peruana de investigación de salud el artículo “Colestasis intrahepática gestacional”, Con el objetivo de conocer las características de la colestasis intrahepática gestacional. Metodología basada en la cual presenta resultados coincidentes a la investigación de Murillo, Jiménez y Kagi (2020), quienes coinciden en el uso del ácido ursodesoxicólico (AUDC) como el tratamiento más efectivo para reducir el prurito, mejorar las pruebas hepáticas y los resultados perinatales, así mismo es quien presenta efectos secundarios controlados como las náuseas, vómitos o deposiciones líquidas. Conclusión El diagnóstico debe ayudar a su clasificación, un inicio temprano de ácido ursodesoxicólico (AUDC) y una consejería respecto a las complicaciones y término del embarazo (11).

Chambi D (2018), elaboró una investigación llamada “Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional Hospital Nacional Sergio Bernales 2017 – 2018”, tiene

como objetivo establecer los casos de colestasis intrahepática gestacional en las gestantes del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del 2017 – 2018, además de precisar las características sociodemográficas de las gestantes y de definir y construir el cuadro clínico de las pacientes. Método: Utilizando como muestra a la población universal gestante que presentó la enfermedad y fue atendida en el hospital durante el periodo 2017 – 2018. Resultados: La colestasis intrahepática gestacional, se distingue el cuadro clínico por la presencia de prurito en palmas y plantas a predominio nocturno y un trastorno hepático cuya característica es el incremento sérico de ácidos biliares ≥ 10 micromoles/l, y/o perfil hepático como bilirrubina, transaminasas, o la gamaglutamiltranspeptidasa, siendo los marcadores bioquímicos más precoces y sensibles en la colestasis intrahepática gestacional, los ácidos biliares. Conclusión Es importante realizar los exámenes laboratoriales (perfil hepático y ácidos biliares) así como el examen clínico, para un manejo oportuno y evitar complicaciones fetales (12).

Quispe L (2018), publicó la investigación titulada “Complicaciones fetales en pacientes con diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal”. Objetivo: Describir que complicaciones fetales se presentan en pacientes con el diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo. Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo con una muestra de 45 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión que necesitaba el estudio, demostrando que la edad promedio oscilaba entre los 15 a 35 años, la mayoría de embarazadas presentaban las complicaciones en el tercer trimestre y la manifestación clínica con mayor frecuencia es el prurito, presentándose en el 100%

de los casos. Conclusiones: La manifestación clínica más frecuente fue el prurito no predominó ningún factor predisponente, la edad gestacional de término se dio antes de las 37 semanas (13).

Cruz D (2017), realizó una publicación llamada “Colestasis intrahepática gestacional como factor de riesgo para hemorragia posparto en Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren”, el estudio tiene como objetivo demostrar que la colestasis intrahepática es un factor de riesgo para la hemorragia posparto. Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de cohortes, la población de estudio está constituida para la cohorte 1 por 72 pacientes y en la cohorte 2 se incluyeron a 144 pacientes sin el diagnóstico de colestasis intrahepática gestacional, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: el estudio demostró que las pacientes diagnosticadas con colestasis intrahepática, tienen 5.56 más probabilidad de presentar hemorragia posparto. Conclusión: La colestasis intrahepática gestacional es un factor de riesgo para hemorragia postparto (14).

BASES TEÓRICAS

1.4.1 COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN LA GESTACIÓN

DEFINICIÓN:

La colestasis intrahepática del embarazo es una enfermedad hepática de origen reversible, se manifiesta mayormente después del tercer trimestre del embarazo y desaparece después del parto, pero existe la opción que reaparezca en un próximo embarazo. (15). Se caracteriza por niveles anormales de prurito y colestasis, así

mismo se asocian a ácidos biliares con niveles incrementados y alteración de las pruebas hepáticas. La Colestasis intrahepática genera desequilibrios de los niveles de ácidos biliares en el hepatocito, la cual genera un exceso de los mismos y generando una elevación a nivel sérico. (16). A pesar de la extensa bibliografía, aun no se conoce cuál es el mecanismo que desencadena la patología; sin embargo, existen algunos factores genéticos, ambientales, nutricionales y hormonales relacionados a la enfermedad. (17).

Una de las características más sabidas del prurito es que no presenta ningún tipo de lesión a nivel de la dermis primaria, las únicas referencias que se podrían destacar, sería el rascado de la piel, la cuales al ser acompañadas de elevaciones en las enzimas hepáticas y ácidos biliares pueden provocar ictericia. Existe relación entre el enlentecimiento y retención del flujo de la bilis con el incremento de las hormonas en el embarazo. El cuadro de colestasis intrahepática suele resolverse aproximadamente a las 4 semanas después del parto. (18). Existe una creencia, la cual se basa en una relación geográfica, etnia e incluso factores ambientales, con la incidencia de la colestasis intrahepática, estudios han demostrado que en países de Sudamérica se encuentra una mayor tasa de presentar esta patología. Países como Chile y Bolivia presentan los porcentajes más elevados, entre un 5 y 15%, en comparación con EE. UU de 0.7% y Europa de 0.1 – 1.5% (19).

ETIOLOGÍA:

La etiología de la colestasis intrahepática en la gestación es multifactorial, sin embargo, existe un predominante factor genético, la cual está relacionado con las

poblaciones y el riesgo que presentan en sus factores hormonales y ambientales. Cuando existe un historial previo de colestasis intrahepática en embarazos anteriores, la probabilidad de que esta se vuelva a presentar oscila entre un 40 a 60%, e incluso existe un riesgo más alto cuando hay antecedentes familiares previos, familiares con hepatitis C crónica e incluso casos de gestantes de edad avanzada. Hay investigaciones que evidencian una relación entre el consumo de anticonceptivos orales y la colestasis intrahepática. Sin embargo, dentro de la genética, se pueden observar mutaciones que se van codificando mediante transportadores hepatocelulares de ácidos biliares hacia los canalículos biliares. Existe una correlación entre el grado de aumento de los Ácidos biliares y las complicaciones materno fetales. Por lo cual, varios estudios concuerdan que la colestasis intrahepática está asociada al aumento de riesgo durante el trabajo de parto pretérmino, el líquido meconial, cambios en frecuencia cardiaca fetal, incremento riesgo de muerte perinatal pasadas las 37 semanas de gestación. (20).

Se entiende que las mujeres cuando no se encuentran en estado de gestación, no presentan ninguna complicación o vínculo con la colestasis intrahepática, la cual nos permite inferir de que existe una serie de cambios epigenéticos, en apoyo a esto, la metilación del ADN alterado en las regiones promotoras de FXR y otros receptores nucleares, como por ejemplo, el pregnano X, estos datos han sido demostrados en mujeres que presentaron CIE en comparación con embarazos normales, a pesar de ello, no existe una relevancia de la información colestasis intrahepática que nos permita afirmar dicho análisis. Otra posible causa de origen, es la alteración ambiental endocrina gestacional. Debido a que la colestasis

intrahepática se produce mayormente en el tercer trimestre de la gestación cuando el estrógeno circulante y la progesterona llegan a sus niveles más altos, las cuales se ven reflejadas en sus niveles elevados de concentraciones séricas en los metabolismos de dichas hormonas mencionadas. (12).

FACTORES DE RIESGO:

FACTOR GENÉTICO

Podemos evidenciar que hay una clara asociación con el factor genético, debido a una alteración en la membrana celular de los conductos biliares, los hepatocitos y en los canales de transporte biliar. Así mismo, estudios han encontrado mutaciones en los transportadores de fosfolípidos hepáticos ABCB4 o MDR3, ATPB1 y en la bomba de exportación de sales biliares ABCB11, la cual es la principal transportadora de secreción en sales biliares de los hepatocitos a la bilis. También cabe mencionar, que las mutaciones que desencadenan casos más severos de colestasis intrahepática son las mutaciones de MDR3. (20). Cabe resaltar, que, debido a la mutación heterocigoto, no se puede demostrar si existe un estímulo colestásico, como las hormonas sexuales (estrógeno y progesterona), por lo cual no se presenta una alteración de los genes al culminar el proceso de gestación y parto, por ende, se estaría demostrando que la colestasis intrahepática es reversible. (13).

FACTOR HORMONAL

Durante el fin del segundo trimestre y a inicios del tercer trimestre encontramos los picos más altos en la concentración de hormonas, siendo el estrógeno quien cumple

la función de reducir la concentración de proteínas hepáticas del transporte biliar, en simultáneo se encuentran los metabolitos sulfatados producidos por la progesterona impiden que se produzca la homeostasis hepática. Existen casos donde se produce una hipersensibilidad a estrógenos y progesterona debido al descenso de receptores hormonales MRP2 y los metabolitos que inhiben la bomba canalicular, las cuales están genéticamente predisuestas a ser afectadas. (20).

FACTOR AMBIENTAL

Este es un factor el cual está lleno de muchas controversias debido a las diferencias entre los autores, las estadísticas pueden variar según el clima, la cultura, etnias, ubicación geográfica, exposición a diversos agentes, entre otros.

Sin embargo, varios estudios concuerdan que las condiciones estacionarias juegan un rol importante, siendo la principal de ellas el aumento de casos de colestasis intrahepática durante el invierno. Esta variación significativa se puede entrelazar con factores dietéticos como los bajos niveles de zinc y selenio o los altos niveles de cobre en madres gestantes (13).

CLASIFICACIÓN: (11, 12)

De acuerdo al riesgo perinatal y según los parámetros bioquímicos se ha clasificado la colestasis intrahepática gestacional en bajo, moderado y alto riesgo (nivel de evidencia IIa):

Riesgo Bajo: cuando los ácidos biliares se encuentran entre 10 y 19 micromoles/litro con enzimas hepáticas normales.

Riesgo Moderado: con ácidos biliares de 20 a 39 micromoles/litro y/o enzimas hepáticas aumentadas, pero no más del doble.

Riesgo Severo: con ácidos biliares mayor de 40 micromoles/litro y/o enzimas hepáticas mayores al doble y/o no respuesta al tratamiento médico.

Las pacientes que presentan antecedentes de colestasis anterior se clasifican como categoría especial.

DIAGNÓSTICO:

Para poder realizar un diagnóstico, la mujer embarazada que presenta un nivel de prurito mayor a lo usual, requiere de exámenes de laboratorio complementarios que descarten la presencia de colestasis intrahepática. La mayoría de las gestantes son diagnosticadas cuando se encuentran entre su segundo o tercer trimestre de gestación. Concretamente el diagnóstico se da, cuando existe la presencia de prurito asociada a concentraciones elevadas de ácidos biliares séricos totales y de aminotransferasas.

Actualmente, aún no existe una opinión concreta sobre los niveles séricos de ácidos biliares que permita afirmar con exactitud el diagnóstico de colestasis intrahepática. Se recomienda usar un punto de corte de 10 a 14 $\mu\text{mol/L}$. Existen otro tipo de pruebas, como, la elevación de fosfatasa alcalina, el aumento de bilirrubinas totales, la disminución de albúmina, entre otros que ocurren durante la gestación, pero su nivel de veracidad y confiabilidad es muy bajo, por la cual no se les toma mucha atención.

Así mismo, se descartan las pruebas de ultrasonido de hígado y vías biliares, debido a que se presentan con resultados de aspectos habituales. Sin embargo, se utilizan como pruebas secundarias para descartar otro tipo de patologías, sobre todo si el prurito está relacionado con dolores abdominales. (21).

La historia clínica es fundamental para un adecuado informe, debido a que es de gran importancia al momento de establecer factores de riesgo y a su vez nos permite agilizar el diagnóstico.

En algunos casos no se requiere realizar una biopsia, a menos que se busque descartar una posible ictericia sin prurito, una presentación de síntomas antes de la semana 20 de gestación o en algún hallazgo anormal encontrado en el laboratorio. Es importante al momento de realizar un diagnóstico, el descarte y la diferenciación con otras enfermedades, como, por ejemplo, la preeclampsia, la hemólisis, el síndrome de HELLP, hígado graso agudo en el embarazo, el abuso de sustancias o alguna alteración dermatológica.

En ocasiones es importante considerar el primer diagnóstico o el diagnóstico que se realice en el primer trimestre en relación al prurito y elevación de enzimas hepáticas, sobre todo en pacientes que han tenido hiperestimulación ovárica concentración de estrógenos o están en una fecundación in vitro (7).

1.4.2 ÁCIDOS BILIARES

Las guías clínicas utilizan como referencia la elevación de los ácidos biliares para el diagnóstico de colestasis intrahepática, estos ácidos están conformados por: ácido cólico, ácido quenodesoxicólico, ácido desoxicólico, el ácido ursodesoxicólico y

otros ácidos que se encuentran presentes en cantidades mínimas. Podemos evidenciar que los niveles del ácido quenodesoxicólico son mayores que los niveles de ácido cólico, en personas sanas que no presentan colestasis intrahepática, pero en pacientes con los niveles de ácido cólico son de 2 a 3 veces mayor a comparación del ácido quenodesoxicólico en pacientes con colestasis intrahepática.

Existe un método enzimático de bajo costo y rápido de obtener resultados, que permite medir los ácidos biliares, el cual se basa en placas inmunoabsorbentes, sin embargo, no mide los diferentes tipos de ácidos biliares. Por el contrario, tenemos a la cromatografía líquida: espectroscopia de masas de tándem, la cual, si logra mostrar los diversos tipos de ácidos biliares y arroja resultados más específicos y certeros, la diferencia se encuentra en el costo y rapidez al obtener los resultados. (20).

Los ácidos biliares están compuestos por derivados del colesterol, los cuales constituyen los 2 tipos de solutos de secreción biliar, primario y secundario. Los ácidos biliares primarios se sintetizan en hepatocitos mediante el colesterol, como por ejemplo los ácidos cólicos (se encuentran en mayor cantidad) y en ácidos quenodesoxicólicos. Un porcentaje de los ácidos primarios en el intestino está sujeta a variaciones debido a bacterias obteniéndose el desoxicólico, y del quenodesoxicólico, el litocólico.

Los ácidos biliares primarios y secundarios que se unen a los aminoácidos forman el ácido biliar conjugado. Los aminoácidos que son utilizados por la molécula son la glicina y la taurina, que conjugados permiten que la solubilidad sea más elevada

y contenga menos citotóxicos (21). Los ácidos biliares tienen funciones específicas e importantes, las cuales son (22):

- Síntesis y excreción de las heces como mecanismo de eliminación del exceso de colesterol.
- Solubilizar el colesterol de la bilis, con la finalidad de prevenir la precipitación del colesterol en la vesícula biliar.

1.4.3 PRURITO GESTACIONAL

Es un síntoma muy frecuente durante la etapa gestacional, mayormente se presentan acompañando como una anomalía secundaria que no requiere de mucha medicación para disminuir la sintomatología, sin embargo, pueden existir ocasiones donde se presenten de manera grave, a tal grado de generar un parto prematuro o incluso la muerte fetal. Cabe recalcar que mayormente el prurito se presenta como síntoma inicial y este desencadena posteriormente lesiones cutáneas como lo son los eritemas, pápulas, nódulos, erosiones, costras, úlceras y lesiones por rascado excesivo.

Por lo cual se sugiere clasificar en dos categorías; las de estado crónico que se dan previo al embarazo y las que aparecen dentro del embarazo propiamente dicho. Esta última categoría se puede subdividir en dos grupos, las que son coincidentes con el embarazo, donde hallamos la dermatitis atópica, micosis, psoriasis, entre otras. Y las que son inducidas por el embarazo, tales como las alergias, la escabiosis, las micosis, las picaduras de insectos o arañas y las enfermedades bacterianas y virales. (23).

1.4.4. TRATAMIENTO

Se realizará tratamiento escalonado, comenzando por las soluciones tópicas y los antihistamínicos en las pacientes poco sintomáticas, y reservando el ácido ursodesoxicólico para aquellas pacientes con más sintomatología o alteraciones analíticas (17,21, 23):

Soluciones tópicas: son seguros. Aunque su eficacia no se encuentra demostrada, pueden producir un alivio temporal del prurito (17).

– Loción de calamina

– Pomadas de mentol 0.25% (stop postparto por riesgo de apnea neonatal)

Antihistamínicos: aunque su eficacia en el tratamiento del prurito es mínima, pueden tener un papel por su efecto sedante por la noche (21).

– Dexclorfeniramina (Polaramine®): 2-6 mg/6-12h

– Hidroxicina (Atarax®): 25-50 mg/8h

Ácido ursodesoxicólico 15 mg/Kg/día (dosis máxima de 21 mg/Kg/día): Ursochol® comprimidos (presentación de 150 mg) o Ursobilane® cápsulas (presentación de, 300 mg). Dosis habitual de 600- 1200 mg/24h distribuido en dos tomas diarias. Es el fármaco de elección en gestantes con prurito moderado-grave y alteraciones analíticas compatibles a colestasis intrahepática, es bien tolerado (efectos secundarios más frecuentes: náuseas, malestar intestinal, de forma transitoria) Reducción del prurito materno y disminución de los niveles de sales biliares sanguíneos maternos, y también los niveles de transaminasas (ALT/AST) (23).

Vitamina K (Konakion®) (10 mg/semana vía intramuscular): Recomendamos el tratamiento con vitamina K, únicamente en aquellas gestantes diagnosticadas de

colestasis intrahepática con pruebas de coagulación alteradas (alargamiento del Tiempo protombina y tromboplastina), ya que en ausencia de dichas alteraciones no se ha objetivado correlación de la hemorragia postparto con colestasis intrahepática. En casos de contraindicación de la vía IM (pacientes con tratamiento anticoagulante), la pauta alternativa sería 10mg/24h por vía oral, aunque la absorción es baja (17).

Otros tratamientos (21):

- Rifampicina (tratamiento de segunda línea): experiencia muy limitada, en algunas series mejoría del prurito y reducción de ácidos biliares y transaminasas. Dosis 150-300 mg/12 horas. Efectos adversos potencialmente graves (nauseas, disminución de apetito, anemia hemolítica, fallo renal y hepatitis).
- La colestiramina y la dexametasona no son tratamientos recomendados en la actualidad.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1 Objetivo General

- Describir el manejo realizado en la Colestasis intrahepática severa en primigesta de 36 semanas en un establecimiento de IV nivel.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar las complicaciones de la Colestasis Intrahepática severa en primigesta de 36 semanas que acude al establecimiento de IV nivel de atención.
- Unificar criterios de ayuda diagnóstica para identificar en forma precoz los casos de colestasis intrahepática y así lograr disminuir la mortalidad perinatal.

2.2.- Datos relevantes del caso clínico.

A) ANAMNESIS

Fecha de ingreso: 31 de mayo de 2019 Hora: 18.00

a.-Datos de Filiación

- Categoría del Establecimiento: IV nivel de atención

- Natural de: Lima
- Edad: 32 años.
- Estado civil: casada
- Nivel educativo: Superior No Universitaria Completa
- Ocupación: cajera

b.-Antecedentes Gineco Obstétrico

Menarquía: 14 años Régimen Catamenial: 3 días /irregular

PAP negativo (2019)

Método anticonceptivo: ninguno

Fecha de ultima regla: 17 /09 /18

FPP: 24 /06 /2019

EG: 36 semanas 4 días

Formula obstétrica: G1 P0

Cirugías previas: Rinoplastia 2013

Niega alergias medicamentosas

Control prenatal: si (6 controles inicio en la semana 7)

c.- Antecedentes personales:

TBC pulmonar a los 10 años con tratamiento médico

d.- Antecedentes familiares: Niega

e.- **Gestación actual:** durante el embarazo no se hospitalizó.

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente ingresa por emergencia de maternidad refiriendo prurito gestacional generalizado incluyendo palma y plantas de manos y pies desde hace una semana, dolor tipo contracción cada 10 minutos.

B) EXPLORACIÓN FÍSICA

Al examen:

Estado general y sensorio: paciente despierta en aparente regular estado general, nutricional y de hidratación, con funciones vitales estables:

PA: 110/70 mmHg, T: 36.8°C, FC: 62x', FR: 18 x'.

Peso actual: 71.58 kg. Talla: 159 cm

Examen Obstétrico:

Abdomen: útero grávido, altura uterina 34 cm; Situación, presentación y posición: Longitudinal cefálica izquierda, latidos cardiacos fetales 142 x'; movimientos fetales presentes, dinámica uterina: ausente durante el examen.

Genitales: Tacto vaginal: cérvix largo, posterior orificio cervical externo e interno cerrado; Altura de presentación -4; membranas integras, no sangrado vaginal.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

- Primigesta de 37 semanas por ecografía del primer trimestre.
- . Gestante de 36 semanas x fecha de ultima regla

- No trabajo de parto
- Prurito gestacional, descartar colestasis intrahepática

PLAN DE TRABAJO

- Exámenes de laboratorio: hemograma grupo y factor, perfil bioquímico hepático, perfil de coagulación, examen completo de orina.
- Hospitalización en 5B cuidados críticos

TRATAMIENTO.

- Ácido ursodesoxicólico 250 mg 2 tabletas vía oral cada 8 horas
- Clorfenamina maleato 4mg 1 tableta vía oral cada 8 horas.

EVOLUCIÓN EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN:

Fecha: 31 de mayo del 2019

18:00 Hrs. Paciente ingresa procedente de Emergencia Obstétrica, refiriendo prurito generalizado, incluso palmas y plantas durante todo el día desde hace una semana, además por presentar contracciones uterinas cada 15 a 30 minutos. Niega otras molestias. Niega alergias a medicamentos.

Examen clínico y físico: Despierta, lucida orientada en tiempo y persona, aparente regular estado general, nutricional y de hidratación con funciones vitales estables:

PA: 120/80 mmHg, FC 80 x minuto, FR. 16 x minuto, T°: 36.8 °C.

Mamas: con calostro

Abdomen: grávido, altura uterina 34 cm, longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales: 148 x minuto, movimientos fetales presente, Dinámica Uterina ausente durante el examen

Aparato genitourinario: no perdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal, tacto vaginal cérvix posterior no modificaciones cervicales, altura de presentación -3,-4 pelvis ginecológica.

EXÁMENES DE LABORATORIO RESULTADOS:

HEMOGRAMA: Hb:12.5 gr/dl, Leucocitos 5280 mm³, plaquetas 192,000
glucosa: 82 mg/dl.

PERFIL BIOQUÍMICO HEPÁTICO: Glucosa: 78 mg/dl Urea: 15 mg/dl
Creatinina: 0.48

TGO: 38 TGP 99, TP: 9.6, TTP; 25.3, FAL:320

EXAMEN DE ORINA: 8-10 leucocitos x campo proteínas negativas.

TEST DE BIENESTAR FETAL: Reactivo 8/10 Latidos fetales normales 142x'.

DIAGNÓSTICO:

- Primigesta de 37.1 semanas por Eco I trimestre
- Primigesta de 36.2 semanas por fecha de ultima regla
- No trabajo de parto
- Prurito Gestacional descartar Colestasis Intrahepática Gestacional.

PLAN DE TRABAJO:

- Solicitar perfil Hipertensión inducida por el embarazo,
- Solicitar proteínas orina de 24 hrs.
- Solicitar ecografía obstétrica.
- Solicitar test de bienestar fetal.

TRATAMIENTO:

Control de funciones vitales y controles obstétricos.

Dieta completa hipograsa hipoalergénica.

Ácido Ursodesoxicólico 250 mg 2 tab vía oral c/12 horas.

Clorfenamina 4mg 1 tab vía oral cada 8 horas.

Fecha: 01 de junio del 2019

09.10 hrs Gestante continua en el servicio refiere prurito que no ha mejorado a pesar de medicación, percibe movimientos fetales, niega otras molestias.

Examen físico: Aparente regular estado general, nutricional y de hidratación con funciones vitales estables:

PA 120/60mmHg, FC: 60x', FR: 18x', T: 36.2°C

Mamas blandas no dolorosas

Abdomen blando: grávido, Altura uterina:34cm, Movimientos fetales activos, latidos cardiaco fetal 148 x' dinámica uterina ausente.

Genitales: no sangrado vaginal, no perdida de líquido amniótico.

Resultados de exámenes solicitados: los mismos del día 31 de mayo

RESULTADOS DE EXÁMENES

ECOGRAFÍA DOPPLER: gestación única activa de 36 semanas por biometría fetal. Flujometría Doppler fetal normal.

DIAGNÓSTICO:

- Gestante de 37.2 semanas por eco precoz
- Gestante de 36.3 semanas por fecha de ultima regla
- No trabajo de parto
- Prurito Gestacional descartar Colestasis intrahepático

PLAN DE TRABAJO:

- Solicitar ácidos biliares en forma particular
- Riesgo Quirúrgico
- Solicitar ecografía Doppler
- Solicitar ecografía hígado y vías biliares

TRATAMIENTO:

- Control de funciones vitales y controles obstétricos
- Dieta completa hipograsa hipoalergénica.
- Ácido Ursodesoxicólico 250 mg 2 tab vía oral c/12 horas.
- Clorfenamina 4mg 1 tab vía oral cada 8 horas.

11.30 hrs Paciente es evaluada por clínico de guardia riesgo quirúrgico tipo I

FECHA 02- 06-2019

09.00 hrs Paciente refiere prurito persistente a pesar de medicamento, niega otras molestias, percibe movimientos fetales.

Examen físico: Aparente regular estado general, nutricional e hidratación con funciones vitales estables:

PA: 120/80mmHg, FC:58x', FR: 16x', T: 36.6°C

mamas blandas no dolorosas

Abdomen: blando depresible, útero grávido, dinámica uterina ausente, movimientos fetales activos, Latidos cardiacos fetales 140 x'

Genitales: tacto vaginal no modificaciones cervicales, no perdidas vaginales.

DIAGNÓSTICO:

- Gestante de 37.3 semanas x ECO precoz

- Gestante de 36.4 semanas x FUR
- No trabajo de parto
- Prurito gestacional, descartar colestasis intrahepática

PLAN DE TRABAJO

- Solicitar depósito de sangre
- Pendiente resultados de ácidos biliares
- Pendiente ecografía de hígado y vías biliares

TRATAMIENTO:

- Control de funciones vitales y controles obstétricos
- Dieta completa hipograsa hipoalergénica.
- Ácido Ursodesoxicólico 250 mg 2 tabletas vía oral cada 12 horas.
- Clorfenamina 4mg 1 tableta vía oral cada 8 horas.

FECHA 03-06-2019

09.00 hrs Paciente continúa con prurito generalizado

Examen físico: paciente despierta en aparente regular estado general, nutricional e hidratación, con funciones vitales estables:

PA. 130/70 mmHg; FC: 68x', FR: 18 x'; T: 36.6°C

Mamas con calostro

Abdomen: ocupado, dinámica uterina ausente, Longitudinal cefálico a la izquierda; movimientos fetales activos , latidos cardiacos fetales: 142 x'

Genitales: tacto vaginal: cérvix posterior, Incorporado 50%, Dehiscente 1 dedo,

Altura de presentación -2, pelvis ginecológica, sangrado vaginal escaso.

RESULTADOS DE EXÁMENES

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: Hígado sin cambio sonográficos significativos.

Vesícula biliar algo sobre distendida de paredes conservadas sin cálculos, páncreas, bazo y riñones conservadas salvo discreta dilatación pielocalicial renal izquierda.

TEST DE BIENESTAR FETAL: Test preparto 8/10 LFN 150 x'

DIAGNÓSTICO:

- Gestante de 37.4 semanas por Eco PRECOZ
- Gestante de 36.5 semanas x fecha de ultima regla
- No trabajo de parto
- Prurito gestacional descartar colestasis intrahepática gestacional

PLAN DE TRABAJO:

- Resultados de ácidos biliares
- Resultados de ecografía, hígado y vías biliares
- Solicitar perfil hepático

TRATAMIENTO:

- Control de funciones vitales y controles obstétricos
- Dieta completa hipograsa hipoalergénica.
- Ácido Ursodesoxicólico 250 mg 2 tab vía oral c/12 horas.
- Clorfenamina 4mg 1 tab vía oral cada 8 horas.

18.00 hrs Paciente es evaluada a solicitud de la obstetra de turno porque presenta contracciones uterinas

Examen físico: Lucida orientada en tiempo y persona con funciones vitales estables: PA 120/80, FC:70x', FR. 18x' T: 36.8°C

Abdomen: Latidos cardiacos fetales 140 x"; movimientos fetales presentes, dinámica uterina espaciada.

Genitales: tacto vaginal no modificaciones cervicales cérvix blando no perdidas vaginales.

DIAGNÓSTICO:

- Gestante de 37 semanas
- No Trabajo de parto
- Colestasis Gestacional

PLAN DE TRABAJO:

- Solicitar test de bienestar Fetal. NST

21.00 hrs: Paciente evaluada por ginecólogo de guardia, tiene resultado de ácidos biliares alterados.

Examen físico: Paciente intranquila, lucida orientada en tiempo espacio y persona, regular estado nutricional e hidratación, funciones vitales estables

PA: 130/80 mmHg; FC: 70x'; FR: 20X'; T: 36.7 °C

Abdomen: grávido, Latido cardiaco fetal 136 x', no dinámica uterina

Genitales: Tacto vaginal: cérvix blando, altura de presentación -3; Dilatación negativa, Incorporado 20% BISHOP: 3, pelvis ginecológica. No perdidas vaginales

RESULTADOS DE EXÁMENES:

TEST PREPARTO 8/10 LFN 148 x'

Ácidos Biliares: 169.9 m/mol (03-06-2019)

Hemoglobina:12.5 gr/dl, Leucocitos: 5280 mm³ Plaquetas: 192,000; Glucosa: 78 mg/dl, Urea: 15 mg/dl. Creatinina: 0.48; TGP: 99, TGO: 38 FA: 320(31-05-2019).

DIAGNÓSTICO:

- Gestante de 37.4 semanas
- Gestante de 36.6 semanas x fur
- No trabajo de parto
- Colestasis Gestacional Severa
- Alto riesgo de óbito fetal a término

PLAN DE TRABAJO

- Solicitar Junta Médica para cesárea de emergencia.
- Preparar para SOP.
- Trasladarla a sala de operaciones con sonda vesical y vía permeable.

TRATAMIENTO:

- NPO
- Control funciones vitales y controles obstétricos
- NaCl 9% 1000 cc vía
- Metoclopramida 20 mg EV stat
- Ranitidina 50mg vía EV stat

INFORME QUIRÚRGICO.

PROCEDIMIENTO EN SALA DE OPERACIONES

Fecha de ingreso a SOP: 03-06-2019

Hora: 22:45 hrs

Diagnóstico preoperatorio

- Gestante de 37.4 semanas x ECO precoz
- Gestante de 36.6 semanas x fecha de ultima regla

- No trabajo de parto
- Colestasis gestacional severa

Fecha de salida de SOP :04-06-2019

Hora: 00:10 hrs

Diagnóstico post operatorio: el mismo

Procedimiento quirúrgico: cesárea segmentaria

Descripción del procedimiento: Cesárea Segmentaria, anestesia epidural

Histerotomía, extracción feto en cefálico

Escobillonaje

Histerorrafia con vicril N1

Cierre por planos

Hallazgos. Recién Nacido Vivo sexo masculino, llanto al nacer, liquido meconial espeso, placenta y anexos impregnados de meconio, focos endometriolicos leves.

FECHA: 04-06-2019

00:30 hrs. Paciente en sala de recuperación despierta ansiosa estable con ventilación espontanea.

Funciones vitales; PA 140/80mmHg; FC: 69 x'; FR:20x' SPO2 99%

Tórax: pulmones murmullo vesicular presente.

Abdomen: blandos apósitos secos, útero contraído, escasos loquios.

02:30 hrs Paciente reingresa a su cuarto procedente de recuperación, Lucida orientada en tiempo y persona, con vía permeable, útero contraído, apósitos de herida operatoria secos, loquios normales, con funciones vitales estables:

PA: 130/80mmHg; FC:70x'; FR: 20x'; T: 36.5°C.

TRATAMIENTO:

- NPO
- Cloruro de sodio 9% 1000cc+oxitocina 30 UI 30 gts x´ I, II
- Cefazolina 2gr EV stat
- Metamizol 1 gr EV cada 8 horas
- Nifedipino 10 mg PRN PA >160/100
- Control de funciones vitales y sangrado vaginal.

09.40 hrs Paciente refiere leve dolor a nivel de herida operatoria, niega cefalea, prurito disminuyo hasta casi desaparecer.

Examen Físico: normal

Abdomen: blando depresible, útero contraído a nivel de cicatriz uterina, herida operatoria cubierta por apósito seco, leve dolor a la palpación

Genitales; loquios hemáticos sin mal olor.

RESULTADOS DE EXÁMENES:

HEMOGRAMA: Leucocitos:9.700 mm³, Hemoglobina:10 g/dl; Plaquetas:187,000

PERFIL BIOQUIMICO Y HEPATICO: Glucosa: 52 mg/dl, Urea: 21.5 mg/dl,

Creatinina:0.53 TGO: 26; TGP: 46 Fosfatasa alcalina: 281

DIAGNÓSTICO:

- Post operada de cesárea de primer día x colestasis gestacional severa
- Evolución favorable

PLAN DE TRABAJO:

- Solicitar hemograma de control y perfil hepático

TRATAMIENTO:

- Control de funciones vitales y sangrado vaginal
- Dieta líquida amplia
- Clorfenamina 4mg 1 tab vía oral cada 8 horas
- Metoclopramida 10mg cada 8 horas vía EV
- Metamizol 1gr EV cada 8 horas

FECHA: 05-06-2019

09.47 hrs. Paciente refiere leve dolor en hipogastrio, no presenta prurito.

Examen físico: en aparente buen estado de hidratación, nutrición, con funciones vitales estables:

PA: 100/60 mmHg; FC: 68x'; FR:18x'; T:36.7°C

Piel: Tibia elástica hidratada llenado capilar >2'

Mamas blandas no dolorosas con secreción calostrada.

Tórax y pulmones: Buen paso de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos no soplos

Abdomen. blando depresible, útero contraído no signos de flogosis ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo conservado, leve dolor a la palpación en hipogastrio.

Genitales: loquios hemáticos sin mal olor

RESULTADOS DE LABORATORIO:

Hemograma: Hemoglobina: 10gr/dl; Plaquetas. 187,000; Leucocitos: 9.700 mm³

Perfil hepático: TGO: 26 U/l TGP: 46 U/L, FOSFATASA ALCALINA: 281

PLAN DE TRABAJO:

- Control de funciones vitales control de sangrado vaginal
- Alta probable mañana.

TRATAMIENTO:

- Dieta completa y líquidos a voluntad
- Metamizol 1gr condicional a dolor
- Paracetamol 500 mg cada 8 horas

FECHA: 06-06-2019

09.00 hrs Paciente despierta, refiere leve aumento de prurito, niega molestias, refiere dolor en herida operatoria.

Examen Físico: paciente despierta en aparente buen estado de hidratación, nutrición.

Abdomen: blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, se palpa útero contraído por debajo de 2cm de cicatriz uterina herida operatoria afrontada sin signos de flogosis

Genitales escasos, loquios hemáticos sin mal olor

DIAGNÓSTICO:

Post operada de 3 día de cesárea por colestasis gestacional severa

PLAN DE TRABAJO:

- Alta con indicación médica.
- Descanso médico por maternidad ya tiene.
- Control por consultorio externo

TRATAMIENTO:

- Dieta completa
- Sulfato ferroso 300mg cada 24 horas x 15 días 1 tab vía oral
- Ácido fólico 0.5 mg cada 24 horas x 15 días 1 tab vía oral
- Clorfenamina 4mg cada 8 horas x 5 días 1 tab vía oral
- Paracetamol 500 mg cada 8 horas x 5 días 1 tab vía oral

EPICRISIS**Edad:** 32 años**Formula Obstétrica:** G1 P 1001**Fecha de ingreso:** 31 mayo 2019**Hora:** 07.47 am**Fecha de Egreso:** 06 junio 2019**Hora:** 09.00 am**Tiempo de hospitalización:** 06 días**Signos y Síntomas:** Prurito generalizado, contracciones uterinas**Diagnóstico de ingreso:**

- Primigesta de 36 semanas x FUR
- Prurito gestacional descartar Colestasis Intrahepática
- No trabajo de Parto

Enfermedad actual: puérpera de evolución favorable post operada de cesárea**Intervenciones y/o procedimientos realizados:** Cesárea Segmentaria**Tratamiento instaurado para el alta:**

- Clorfenamina 4mg cada 8 horas
- Paracetamol 500mg cada 8 horas
- Sulfato ferroso cada 24 horas
- Ácido fólico cada 24 horas

Complicaciones: ninguna, evolución favorable

Condición del alta: mejorada

Diagnóstico final de egreso:

- Post operada de cesárea x colestasis intrahepática severa
- Se le entrega cita para control por consultorios externos

2.3 Discusión

Espinoza A y colaboradores refieren que la colestasis intrahepática del embarazo, se presenta mayormente después del primer trimestre del embarazo y desaparece después del parto, pero existe la opción que reaparezca en un próximo embarazo (15). Esta postura se comprobó en el presente caso clínico que muestra a una gestante de 36 semanas que luego del parto evoluciona favorablemente y sale de alta a los pocos días.

Según Quispe L (2018), refiere en su estudio de diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo, la edad promedio oscilaba entre los 15 a 35 años, en este caso la paciente tenía 32 años, la mayoría de embarazadas presentaban las complicaciones en el tercer trimestre, en el presente caso la gestante tiene 36 semanas y la manifestación clínica con mayor frecuencia es el prurito, presentándose en el 100% de los casos, en el caso de la paciente tenía esta molestia desde una semana antes de acudir al hospital.

En el estudio de Ferreiro se muestra que hay un aumento de riesgo durante el trabajo de parto pretérmino, el líquido meconial, cambios en la frecuencia cardíaca fetal, incremento del riesgo de muerte perinatal pasadas las 37 semanas de gestación. (20). Estos hallazgos descritos por el autor se manifestaron en las características del parto del presente caso clínico, la gestante era pretérmino, se evidenció líquido meconial espeso, frecuencia cardíaca fetal cambiante, y decisión de la junta médica para culminar el embarazo para disminuir el riesgo de muerte perinatal.

En cuanto al tratamiento, los diversos autores (7,8,9) coinciden que el tratamiento brindado a la paciente usando Ácido Ursodesoxicólico es el indicado para los casos de colestasis intrahepática, siendo el parto la acción que permite que la enfermedad pueda remitir.

2.4 Conclusiones

En el establecimiento de salud donde se realizó el presente caso clínico hay un elevado incremento de casos en los que la gestante presenta incremento de los niveles de ácido biliar que se asocia a resultado perinatal adverso que en muchos casos se relaciona a una muerte fetal, debemos destacar que el manejo se realizó adecuadamente sin embargo, debemos considerar que existen establecimientos donde no hay pruebas diagnósticas que permitan brindar la atención adecuada por lo que debemos considerar dosar los niveles de ácido biliar antes de considerar la colestasis intrahepática como causa de una posible complicación materna.

Las complicaciones fetales se incrementan en las mujeres cuyos niveles de ácido biliar sérico es mayor a 40 micromoles/ml, aunque se debe considerar que esto puede aún tener mayores complicaciones cuando la gestante tiene enfermedades coadyuvantes como la diabetes gestacional o la preeclampsia, por ello que debemos hacer un adecuado diagnóstico y control prenatal para evitar complicaciones, es por ello que es importante realizar las pruebas diagnósticas adecuadas, en nuestro establecimiento no se cuenta con el reactivo por lo que la gestante debe realizar el examen de forma particular, ello puede generar retraso en la atención y generar más complicaciones tanto a la madre como al feto.

El criterio diagnóstico más utilizado es el dosaje de ácidos biliares, pues permite identificar de manera precoz los casos de colestasis intrahepática, pero como se menciona es una prueba con la que el establecimiento no cuenta, es por ello que consideramos importante brindar presupuestos y herramientas al profesional para que pueda hacer de manera adecuada su trabajo.

2.5 Recomendaciones

- Es importante el manejo de las diversas patologías que se presentan en el embarazo, pues permitirán actuar de la manera más adecuada.
- Es importante realizar investigaciones en esta patología que permita conocer más a profundidad las acciones que se deben seguir en estos casos.
- Promover acciones enfocadas en la paciente para brindar atención integral que permita garantizar el bienestar de la madre y el feto.
- Establecer protocolos de atención que permitan trabajar de manera multidisciplinaria que confluyan en la reducción de muertes maternas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez M, Ros C, Teixidó I, Palacio M. Protocolo: Colestasis Intrahepática del Embarazo Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínico de Barcelona. 17/01/2012
2. Williamson C, Geenes V, MBBS. Series de especialidad clínica colestasis intrahepática del embarazo Del Centro Académico de Salud de la Mujer, King's College London, y el Departamento de Obstetricia y Ginecología, University College London, Londres, Reino Unido. 2014.
3. Guadalupe L, Cordero M, Marisol Z, Culcay L. Periodo intergenésico corto y largo asociado a complicaciones materno-neonatales. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019. Universidad de Cuenca; 2021.
4. Sánchez D. protocolo de tesis: colestasis intrahepática de la gestación y sus complicaciones materno perinatales en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Lima 2015- 2016. 5.
5. Arriaga A, Rosales A, Martínez L, et al. Colestasis intrahepática del embarazo Un reto más para la obstetricia. Rev Fac Med UNAM. 2021;64(3):20-36.
6. Ye M, Aragón B, Bonilla G, Rojas E. Colestasis Intrahepática del Embarazo. RCMUI [Internet]. 26 de octubre de 2021 [citado 20 de diciembre de 2021];3(2). Disponible en: <https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/RFMUI/article/view/59>
7. Murillo M, Jiménez S, Barquero K. Colestasis intrahepática del embarazo. Rev. Med. sinerg. [Internet]. 22 de noviembre de 2020 [citado 20 de diciembre de

2021];5(11): e600. Disponible en:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/600>.

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. *Ginecol Obstet Mex*. 2019 septiembre;87(9):567-575.
9. Rodríguez D, et al. Colestasis intrahepática del embarazo. Expresividad clínica, bioquímica y resultados perinatales. *Correo Científico Médico*. Cuba 2018;22(4):593-606.
10. Mego S. Colestasis intrahepática del embarazo y sus resultados perinatales en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo 2011 – 2020. Repositorio UPCH. Lima 2021. Disponible en:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9625/Colestasis_MegoZambrano_Susana.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
11. Yanque-Robles O. Colestasis Intrahepática gestacional. *Rev Peru Investig Salud [Internet]*. 28 de enero de 2020 [citado 21 de diciembre de 2021];4(1):37-42.
12. Chambi D. Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional Hospital Nacional Sergio Bernales 2017 – 2018. Repositorio USMP. Lima 2018.
13. Quispe L. Complicaciones fetales en pacientes con diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Repositorio UNFV. Lima 2018.

14. Cruz, D. Colestasis intrahepática gestacional como factor de riesgo para hemorragia posparto en Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren [Tesis]. : Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2017. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2585>.
15. Espinoza Artavia AL, Vílchez León M, Webb K. Colestasis intrahepática del embarazo. Rev. méd. sinerg. [Internet]. 1 de junio de 2019 [citado 21 de diciembre de 2021];4(6):14 - 23. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/196>.
16. Arriaga López Alberto, Rosales Luis Antonio, Martínez Rodríguez Laura Nayeli, Pérez Barragán Yuridia, Jiménez Juárez Susana, Marcial Santiago Alicia Del Rocío et al. Colestasis intrahepática del embarazo Un reto más para la obstetricia. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2021 Jun [citado 2021 Dic 21]; 64(3): 20-36. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000300020&lng=es.
17. Palacios-Llorente Mónica Andrea, Ramírez-Sierra Laura, Campo-Campo María Nazareth, Sanín-Blair José Enrique, Echavarría-Restrepo Luis Guillermo, Parra-Rodas Luisa María et al. Colestasis intrahepática del embarazo: implicaciones maternas y perinatales. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2019 [citado 2021 Dic 21]; 87(9): 567-575. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019000900567&lng=es.

18. Palacios Del Campo, María del Carmen Piana Castillo, Doménica María. Complicaciones perinatales en hijos de pacientes con colestasis intrahepática del embarazo en el Hospital Alfredo G. Paulson de enero del 2018 a enero del 2021. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [citado 2021 Dic 21]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/16728>
19. Cui D, Zhong Y, Zhang L, Du H. Bile acid levels and risk of adverse perinatal outcomes in intrahepatic cholestasis of pregnancy: A meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017 Sep;43(9):1411-1420. doi: 10.1111/jog.13399. Epub 2017 Jul 10. PMID: 28691322.
20. Ferreiro J., Lauría W., Rey G. Nuevas miradas en la colestasis Intrahepática del embarazo. Revisión bibliográfica. Sociedad Ginecológica de Uruguay. [citado 2021 Dic 21]; Disponible en: <https://ago.uy/publicacion/1/numeros/12/articulo/nuevas-miradas-en-la-colestasis-intrahepatica-del-embarazo-revision-bibliografica>
21. Maya QJJ, Zúñiga LDS, Maya QJL. Diagnóstico y manejo de la colestasis intrahepática del embarazo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Acta Med.* 2013; 11 (1): 17-22.
22. Sánchez Gutiérrez, Deisy Katherine. "Colestasis intrahepática de la gestación y sus complicaciones materno-perinatales en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren-Lima, durante el período 2015-2016." (2017). Repositorio Universidad Nacional de Cajamarca. [citado 2021 Dic 21]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/1166>

23. Escudero, F. Rodríguez. "Prurito del embarazo." *Archivos de Ginecología y Obstetricia* 57.1 (2019): 11-19. [citado 2021 Dic 21]; Disponible en: <https://ago.uy/publicacion/1/numeros/6/articulo/prurito-del-embarazo-pruritus-during-pregnancy>