



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAS DE CIENCIAS

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN UNA
PRIMIGESTA, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA –
2024**

PRESENTADO POR:

YESENIA YOVANA BERRIOS HINOSTROZA

ASESORA:

MG. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ

**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 EN UNA PRIMIGESTA, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA - 2024**” presentado por el(la) aspirante **BERRIOS HINOSTROZA YESENIA YOVANA**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) Mg. **MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0355-2024-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	BERRIOS HINOSTROZA YESENIA YOVANA	COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN UNA PRIMIGESTA, HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA - 2024	29%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **29%**, 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, 04 de diciembre de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
1.3 MARCO TEORICO	8
1.3.1 ANTECEDENTES	8
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	8
ANTECEDENTES NACIONALES	10
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	12
GENERALIDADES	12
ETIOLOGÍA	12
DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN	13
COMPLICACIONES	14
TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	14
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	17
2.1 OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
2.2 SUCESOS RELEVANTES	17
2.3 DISCUSIÓN	35
2.4 CONCLUSIONES	38
2.5 RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41

RESUMEN

El tema del presente caso clínico se trata de la colestasis intrahepática (CIH) en una gestante a término, definida como un trastorno hepático propio del embarazo que se caracteriza por picazón en la piel y altos niveles de ácidos biliares. **Objetivo:** Analizar el manejo clínico y terapéutico de una primigesta que presenta colestasis intrahepática atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024. **Resultados:** Mujer primigesta, de 20 años, con 39 semanas de embarazo y sólo cinco controles prenatales, que llegó al servicio de emergencia del Hospital San Bartolomé, con diagnóstico de colestasis intrahepática manifestado clínicamente por el prurito palmo plantar por las noches. La gestante fue hospitalizada, realizándosele Test no estresantes para evaluar el bienestar fetal, los cuales presentan siempre una variabilidad límite o disminuída, se inicia espontáneamente el trabajo de parto teniendo como interrecurrencia taquisistolia, por lo cual se vuelve a indicar monitoreo intraparto donde persiste la variabilidad disminuida y se toma la decisión de que el parto termine por vía cesárea, extrayendo un RN vivo de sexo femenino de 3105 grs., talla: 49 cm., PC: 36 cm. Apgar 8'9', Capurro: 39 ss. La evolución fue favorable y el alta se dio tres días después de la operación. **Conclusiones:** La CIH representa una complicación poco frecuente en la gestación, e involucra un mal funcionamiento del hígado, por lo que el obstetra debe estar preparado ante cualquier complicación materno fetal, para proporcionar el tratamiento idóneo, como lo apreciado en este caso clínico.

Palabras claves: Ácidos biliares, Complicaciones del parto, Colestasis intrahepática, Embarazo.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La gestación puede provocar trastornos en el hígado haciendo posible que una enfermedad hepática surja durante el embarazo, o que una mujer con una afección hepática crónica quede embarazada(1).

La colestasis intrahepática del embarazo es la afección hepática que se presenta con más frecuencia durante la gestación(2). Es un trastorno hepático propio del embarazo que se caracteriza por picazón en la piel y altos niveles de ácidos biliares. Por lo general, los síntomas en la madre aparecen durante el segundo o tercer trimestre y suelen desaparecer por sí solos después del parto(3). No obstante, es común que reaparezcan de manera más severa en el 45% al 90% de los embarazos subsiguientes(4).

La incidencia de este trastorno varía globalmente, oscilando entre el 0,2% y el 25%, y está influenciada por factores como la ubicación geográfica y la ascendencia étnica(2). En continentes como Europa, América del Norte y Australia afecta a alrededor del 1% al 2% de las mujeres embarazadas(4). En Chile

y Bolivia, se encuentra la incidencia más elevada donde alcanza entre el 5% y el 15% de los embarazos respectivamente(5).

Puede presentarse en mujeres de todas las edades, sean o no primerizas y puede reaparecer en los siguientes embarazos(5). Existen diversos factores que aumentan la probabilidad de desarrollar esta enfermedad, entre ellos, la historia personal o familiar de colestasis, con tasas de recurrencia que oscilan entre el 40% y el 92%, así como el embarazo múltiple y la presencia de enfermedades hepatobiliares preexistentes(2).

Cuando una gestante tiene una enfermedad crónica del hígado, tal como la colestasis intrahepática, es importante evaluar los posibles impactos de la enfermedad y su tratamiento tanto en el embarazo como en el feto (1), ya que si bien, generalmente no representa un riesgo grave para la madre se relaciona con complicaciones en el feto, como el parto prematuro espontáneo, la expulsión de meconio y, en casos severos, la muerte intrauterina (6).

En la presente investigación se desarrolló un caso clínico centrado en la evolución de una mujer embarazada que presentó colestasis intrahepática (CIH) en un embarazo a término, que fue atendida en el Hospital San Bartolomé; complicación poco recuente que puede devenir en estados graves a nivel fetal, si el tratamiento no se da de forma precisa y oportuna, y, por ello, representa un tema de interés para los investigadores en el campo de la obstetricia.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La RPM representa en la actualidad una complicación obstétrica cuya baja frecuencia hace que los profesionales de la salud no la tomen en consideración, pasando por alto sus manifestaciones clínicas, así como la posibilidad de que estas

conlleven a daño en el feto.

Mediante el presente caso clínico se busca actualizar los conocimientos científicos que se tienen en torno a esta enfermedad, así como el manejo idóneo que debe realizarse, ya que está demostrado que su presencia afecta la posibilidad de supervivencia del neonato. Asimismo, la información que se brinda en este caso clínico permitirá entender mejor las bases fisiológicas de la colestasis intrahepática, así como las principales formas vigentes de tratamiento esta complicación, aspectos que serán de gran utilidad para las obstetras que adquieren el grado de segunda especialidad, quienes deben tener un mejor dominio de las complicaciones poco frecuentes en el campo obstétrico.

Por otra parte, mediante este caso clínico se podrá visibilizar la función que desempeña el obstetra dentro del equipo multidisciplinario encargado de atender a las gestantes que presentan complicaciones como la colestasis intrahepática, especialmente en áreas de atención hospitalaria de alta complejidad, a las cuales suelen derivarse estos casos, siendo elegido como entidad referente al Hospital San Bartolomé de Lima. Con dicha información podrá establecerse comparaciones con otros estudios similares en el ámbito nacional e internacional, así como evaluar las posibles estrategias de mejora relacionadas con el manejo y tratamiento de la colestasis intrahepática, en las cuales podrá tomarse en cuenta el aporte de los obstetras especialistas en formación.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Elizondo A et al. (7) en el año 2022 en España, reportaron un caso clínico de

una mujer de 32 años con 31 semanas de gestación, quien acude a urgencias por presentar prurito intenso, incapacitante, de predominio nocturno y fundamentalmente en plantas de manos y pies. Tras los análisis de laboratorio se observaron perfil hepático alterado, con elevación de transaminasas AST-TGO y ALT-TGP, fosfatasa alcalina, bilirrubinemia, y la ecografía abdominal se encontraron ligera inflamación de hígado y vías biliares, llega naciendo do al diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo. Debido al cuadro de síntomas, se decide finalizar la gestación en la semana 37 induciendo el parto, naciendo un bebé varón con un peso de 3160 gr y una puntuación Apgar de 9/10, sin complicaciones.

Dorelo R, et al. (8) en el año 2021 en Uruguay, reportaron un caso clínico de una gestante del primer trimestre, de 22 años, ingresada por presentar prurito de moderada intensidad en las palmas de las manos y planta de los pies, astenia y cambio de coloración en la orina, sin otra sintomatología. Tras los análisis de laboratorio se observaron niveles altos de ácidos biliares en la sangre y un ligero aumento de transaminasas, los niveles de gamma-glutamil traspeptidasa y la ecografía abdominal se encontraron dentro de lo normal, llegando al diagnóstico de colestasis intrahepática gestacional. En base a ello, iniciaron tratamiento con ácido ursodesoxicólico a 15 mg/k/día y clorfeniramina, mostrando una evolución favorable; sin embargo, en la semana 35 de embarazo, se reportaron movimientos fetales disminuidos, por lo que se interrumpió el embarazo, resultando el nacimiento de un bebé varón con un peso de 3482 gr y una puntuación Apgar de 4/7, requirió reanimación, pero se recuperó satisfactoriamente sin complicaciones posteriores.

Limones (9) en el año 2020, en Ecuador, reportó el caso clínico de una gestante

de 20 años de edad con 38 semanas de gestación según ecografía del primer trimestre, que acude por emergencias a un hospital de dicho país, debido a que presenta un cuadro clínico con alrededor de dos semanas de evolución, caracterizado por prurito palmar que se había generalizado al resto del cuerpo, acompañado de dolor abdominal tipo cólico contráctil de moderada intensidad con evolución de 24 horas. Ante la sintomatología se hospitaliza a la paciente, solicitándoles pruebas de laboratorio que confirmen la colestasis intrahepática. Se encontraron valores elevados de enzimas hepáticas AST y ALT. Durante la hospitalización la paciente desarrolla espontáneamente el trabajo de parto, por lo que se espera su conclusión para darle el tratamiento correspondiente. Se obtuvo así un RN vivo de sexo masculino, con Apgar de 9 al minuto y a los cinco minutos. Tras el alta se le indica como tratamiento paracetamol 500 mg cada 8 horas, Ácido ursodexocólico 500 miligramos 1 tableta cada 12 horas por 10 días, y estar atenta a los signos de alarma.

ANTECEDENTES NACIONALES

Gamboa M. (10) en el año 2023 en Perú reportó un caso clínico de una mujer de 32 años con 34 semanas de gestación, quien acude a emergencias por presentar una fuerte comezón en las manos y los pies, junto con sensaciones de malestar en general. Tras los análisis de laboratorio se detectó un incremento en los niveles de bilirrubina total (12 mg/dl), así como un aumento en las enzimas hepáticas (ALT de 90 U/L y AST de 79 U/L). Asimismo, se llevó a cabo un análisis de ácidos biliares de forma particular, mostrando un resultado de 22 umol/L. En base a ello se diagnostica a la paciente con colestasis intrahepática de riesgo moderado. Por lo tanto, se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico, mostrando mejoría ya que posterior a 6 días más de

hospitalización y ser monitorizada, lo valores enzimáticos se normalizaron por lo que se le dio de alta a la paciente.

Valdivia R. (11) en el año 2022 en Lima, reportó un caso clínico de una mujer de 35 años con 31 semanas de gestación, con antecedentes de prurito intenso en manos y pies y niveles elevados de ácidos biliares a las 12 semanas de embarazo, iniciando tratamiento con ursodesoxicólico; sin embargo, al intensificarse la picazón y aumentar los niveles de ácidos biliares, en las semanas posteriores, se agrega loratadina al tratamiento. Actualmente a la semana 31, la paciente refiere disminución de movimientos fetales, en los análisis de laboratorio se observan niveles elevados de enzimas hepáticas y ácidos biliares, por lo que se prescribe ácido ursodesoxicólico a una dosis de 500 mg cada 8 horas, se le realiza monitoreo fetal con un resultado sospechoso y reactividad disminuida que no mejora. Debido a esto, se decide finalizar la gestación, resultando el nacimiento de un bebé de sexo masculino, deprimido, con puntuación de Apgar de 3 al minuto, 6 a los 5 minutos y 9 a los 10 minutos. Además, se observa un líquido amniótico escaso y meconio presente.

Lucero M. (12) en el año 2021 en Moquegua, reportó un caso clínico de mujer de 22 años de 32 semanas de gestación hospitalizada debido a dolor abdominal tipo cólico en la parte superior del abdomen que ha estado presente durante los últimos tres días, junto con un leve prurito en la palma de las manos. Tras los análisis de laboratorio se observaron niveles elevados de transaminasas y ácidos biliares en suero, lo que llevó al diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo. Como resultado, se inició un tratamiento con ácido ursodesoxicólico, administrado por vía oral en una dosis de 250 mg cada 8 horas, mostrando mejoría. A las 37 semanas de gestación, la paciente es nuevamente

hospitalizada naciendo un bebé de sexo femenino con un peso de 3078 gr y una puntuación Apgar de 9/9, en buenas condiciones al nacer.

1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO

GENERALIDADES

La colestasis, término que fue empleado por el anatómo-patólogo Hans Pooper en 1956, representa un síndrome de carácter clínico y analítico verdadero, que está conformado por una amplia variedad de entidades patológicas que tienen una gravedad y pronóstico diversos. La expresión de la sintomatología característica de la colestasis, bajo la forma de prurito, son la consecuencia de la exagerada acumulación plasmática de sustancias que normalmente son eliminadas en la bilis, lo cual está estrechamente relacionado con una reducción de la excreción biliar al tubo digestivo, lo cual constituye la base fisiopatológica de este síndrome (13).

Este trastorno es reversible, y suele aparecer entre finales del II trimestre e inicios del III trimestre de gestación, y no conlleva mucha peligrosidad para la salud de la madre, a diferencia del feto, que suele verse más afectado por el desorden bioquímico materno (14).

ETIOLOGÍA

La colestasis intrahepática representa una condición compleja en la gestación que resulta de múltiples causas vinculadas a diversos factores, incluyendo factores genéticos, hormonales y ambientales(15). En primer lugar, tenemos a los factores genéticos, relacionado a las alteraciones en las copias de los genes ABCB11 o ABCB4, así como la disminución en la cantidad o la actividad de la proteína BSEP, la cual tiene como función principal el transporte de los ácidos biliares fuera de las células hepáticas y con ello asegurar la liberación de la bilis de manera

adecuada(16). En segundo lugar, se encuentran los factores genéticos que se desencadenan debido al aumento de los niveles de estrógeno, progesterona y sus metabolitos sulfatados, los cuales afectan el transporte y la excreción de la bilis al saturar los sistemas transportadores implicados. Este aumento coincide con el periodo en el cual aparece la enfermedad, es decir en el segundo y tercer trimestre de embarazo(15). Por último, están los factores ambientales, como las condiciones geográficas y estacionales(17) que están asociadas con una dieta baja en selenio, una reducción en el consumo de vitamina D y la temporada de invierno(18).

DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar esta patología se emplea una evaluación clínica, complementada con resultados de laboratorio(19), centrándose en la presencia de prurito y los niveles altos de ácidos biliares totales(20), siendo este último el indicador más preciso y específico(21) para diagnosticar y hacer seguimiento de este mal, acompañado de los índices de ácido cólico-quenodesoxicólico(19).

Se ha establecido un rango de referencia como valor anormal para los ácidos biliares que va desde 10 a 14 $\mu\text{mol/L}$, un nivel bajo de ácido quenodesoxicólico y un aumento en los niveles de ácido cólico. Otros indicadores incluyen un aumento del 20-60% en las transaminasas, niveles de gamma-glutamyl transferasa generalmente dentro del rango normal o alterados en aproximadamente el 10% de los casos, y un ligero aumento en los niveles de bilirrubina en el torrente sanguíneo en alrededor del 10% de las mujeres(21).

Para descartar otras razones de prurito y problemas hepáticos Es recomendable realizar un perfil para hepatitis A, B y C, así como pruebas para detectar la presencia de los virus de Epstein Barr y Citomegalovirus(19).

CLASIFICACIÓN

Se determinará según el nivel de riesgo, el cual se fundamenta en diferentes criterios, siendo estos los criterios bioquímicos, antecedentes maternos y antecedentes fetales. En base a ello, es posible clasificar a las pacientes de la siguiente manera(2): Bajo riesgo con ácidos biliares en un rango de 10 a 19 mmol/l y/o hay un aumento en las transaminasas, pero no exceden el doble del valor de referencia. Riesgo moderado con ácidos biliares entre 20 y 39 mmol/l y/o hay un aumento en las transaminasas sin exceder el doble del valor de referencia. Alto riesgo con ácidos biliares iguales o superiores a 40 mmol/l y/o hay un aumento en las transaminasas al menos el doble del valor, o falta de respuesta al tratamiento. Y, por último, Categoría especial con historial personal o familiar de colestasis intrahepática en embarazos anteriores, antecedentes de muerte fetal previa, ya sea con o sin un diagnóstico específico de colestasis.

COMPLICACIONES

Esta afección conlleva complicaciones que incluyen un aumento en la incidencia de parto prematuro espontáneo, alteración en el bienestar fetal, presencia de líquido amniótico meconial y óbito fetal(22). Para ello es importante tener en cuenta los niveles de ácidos biliares, cuando hay un incremento en estos niveles, especialmente ≥ 40 $\mu\text{mol/L}$, se relaciona con mayores tasas de resultados perinatales adversos, como parto prematuro espontáneo, presencia de líquido amniótico meconial y necesidad de ingreso a la unidad neonatal, por otro lado, cuando los niveles de ácidos biliares alcanzan los 100 $\mu\text{mol/L}$ o más, aumenta notoriamente la probabilidad de muerte fetal(23).

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Para garantizar que tanto la madre como el bebé estén saludables al final del

embarazo, es necesario seguir con el tratamiento adecuado, el cual tiene por objetivo aliviar los síntomas de la madre, mejorar los indicadores bioquímicos, optimizar la salud y viabilidad del feto, y disminuir el riesgo de complicaciones fetales(19). Para ello el fármaco más eficaz y de primera línea es el ácido ursodeoxicólico, un tipo de ácido biliar que posee propiedades hidrofílicas y tiene la capacidad de reducir el daño a nivel hepático en la madre asegurando el buen transporte y la secreción del ácido biliar, y brindando protección contra los efectos perjudiciales de los ácidos biliares hidrofóbicos(2). La dosis recomendada de este fármaco es de 10 a 15 mg por kilogramo de peso corporal al día, dividida en dos o tres dosis diarias, continuándolo hasta el parto(24).

Se considera que el ácido ursodesoxicólico es seguro(23), debido a que se ha reportado que un mayor número de pacientes experimentaron una mejora en el prurito, acompañado de una reducción de los niveles de transaminasas y ácidos biliares entre la segunda y tercera semana después de haber comenzado el tratamiento(2), asimismo dentro de los efectos secundarios más comunes se encontraron los efectos gastrointestinales(23).

Se han registrado casos de que no responden al tratamiento con este fármaco de primera elección, lo que lleva a considerar otras opciones terapéuticas, entre esta se encuentra el uso combinado de s-adenosilmetionina junto con ácido ursodeoxicólico, lo cual se cree que funcionan de manera conjunta para disminuir los niveles de ácidos biliares(25). Según las pautas de la Guía de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología de nuestro país, se establece que, si se ha llegado al límite máximo de administración de ácido ursodesoxicólico y el prurito persiste siendo insoportable, se podría considerar la adición de uno de los siguientes medicamentos: La vitamina K a una dosis diaria de 10mg recomendada

únicamente en casos donde se alargue el tiempo de protrombina, o antihistamínicos como la loratadina (10mg al día) o clorfenamina)4mg cada 4 a 6 horas). Además, precisa que los efectos adversos más frecuentes incluyen náuseas, vómitos y diarreas, los cuales pueden afectar hasta al 25% de las pacientes(24).

Si a pesar del tratamiento no se observa mejoría clínica, se debería contemplar la interrupción del embarazo administrando previamente betametasona para inducir la maduración pulmonar del feto. Esta decisión estará basada en los niveles séricos de ácidos biliares, si estas concentraciones están en el rango de 10-39 $\mu\text{mol/L}$, podría considerarse la interrupción del embarazo al superar la semana 38, pero en caso están entre 40-99 $\mu\text{mol/L}$, podría ser prudente tener un manejo expectante por dos semanas. Sin embargo, concentraciones superiores a 100 $\mu\text{mol/L}$ generalmente requieren que se termine con el embarazo de manera inmediata(25).

Para la madre, es común observar un pronóstico favorable mientras que para el feto conlleva riesgos(21). Sin embargo, si bien el prurito en ellas mejora de manera inmediata tras el parto y desaparece días después(5), existe la posibilidad de que el 90% de las pacientes experimenten esta afección nuevamente en embarazos subsiguientes(24).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el manejo clínico y terapéutico de una primigesta que presenta colestasis intrahepática atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la sintomatología de la gestante con colestasis intrahepática.
- Conocer el protocolo de tratamiento que se emplea en una gestante que tiene colestasis intrahepática.
- Conocer las complicaciones materno-fetales a la que puede conllevar una colestasis intrahepática.

2.2 SUCESOS RELEVANTES

Datos generales

Paciente : PEM
Edad : 20 años
Paridad : G1 P0000

FUR : 15.04.2023
FPP : 22.01.2024
Procedencia : Puente Piedra
Estado Civil : Conviviente
Grado de instrucción : Secundaria completa

Motivo de consulta

Paciente acude por emergencia refiriendo prurito palmoplantar a predominio nocturno no refiere pérdida de líquido ni de sangre por la vagina, percibe movimiento fetal normal.

Antecedentes personales patológicos

Niega convulsiones, enfermedades hepáticas, alergia, varices, intervenciones quirúrgicas, transfusiones, hospitalizaciones, cáncer, COVID 2021 tratamiento médico, asma.

Ginecoobstétricos

Número de controles prenatales: 05 (27-39 ss.) C.S

IMC: 19.7

Menarquia: 16 años

Régimen catamenial: 4-5d /28-30 días

Último MAC: inyectable trimestral

IRS: 16 años

Número de parejas sexuales: 03

FRS: No relaciones sexuales durante el tratamiento.

PAP: 2023 (negativo)

VAT: 04 dosis

Obstétricos

G1: 2024 ...Gestación actual

FUR: No confiable

Ecografías: 08/08/2023.....16.3 ss.....39.4 ss (a la fecha)

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

16-01-2024

Servicio de emergencia

22:40 hrs.

CFV:

PA: 120/80 mmHg P: 84X' R: 18x' T°: 36. 7° SO: 98%

Albúmina (negativo)

Paciente acude por emergencia refiriendo prurito palmo plantar a predominio nocturno niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Examen de Gineco-Obstetricia

AU: 32 cm. MF: ++ FCF: 139 X' SPP: LCI DU: No

Tono uterino: Normal Ponderado fetal: 3300 g.

Tacto vaginal:

Cervix posterior, 2 cm., blando, orificio cerrado. Pélvis ginecoide

Diagnóstico:

1. Gestante de 39 3/7 ss. X eco
2. d/c Colestasis intrahepática

Plan:

1. Se hospitaliza en sala B

2. MMF +COE
3. Vía salinizada
4. Ácido ursodesoxicólico 250mg. c/8 horas
5. Se solicita prequirúrgicos, perfil hepático, ácidos biliares.
6. Se solicita ECO+PBF

Sala B

23:45 hrs.

Ingres a gestante con los mismos diagnósticos de emergencia:

1. Gestante de 39 3/7 ss. X eco
2. d/c Colestasis intrahepática

Se procede a cumplir el plan de tratamiento establecido.

17-01-2024

00:40 hrs.

Gestante es trasladada a Unidad de Bienestar Fetal para NST.

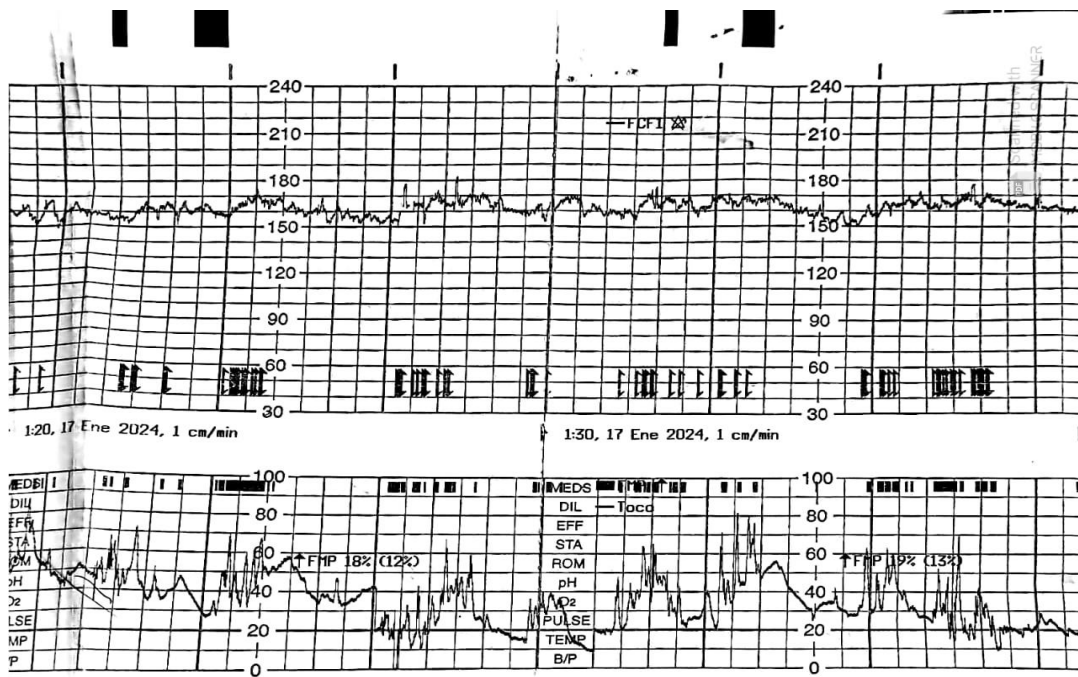
UBF

01:05

CFV:

PA: 100/70 mmHg P: 84X' R: 20x' T°: 36. 6° SO: 98%

Gestante ingresa a la Unidad de bienestar fetal para Test no estresante caminando acompañada por personal técnico con vía salinizada.



Resultado:

Línea de base: 160 X' Variabilidad: 05 Desaceleraciones: Hasta 130X'

Conclusión: **NO REACTIVO**

Observación: Taquicardia fetal, DU espontánea 2-3/10'

Paciente regresa a hospitalización.

Sala B

02:05 hrs.

Paciente retorna de UBF con NST no reactivo, taquicardia fetal, se reporta a médico de guardia quién indica volver a repetir el NST a las 6.00 hrs.

FCF: 138-164 x' DU: 1/10' ++ 30'' MF: ++

02:30 hrs.

Llegan resultados de laboratorio

Hemograma:

Leucocitos: 9120 mm³

Abastoados: 0%

Segmentados: 70%

Eosinófilos: 02%

Hemoglobina: 13.7 gr./dL.

Hematocrito: 39.1%

Tiempo de coagulación: 6 minutos

Tiempo de sangría: 2 minutos

Grupo y factor: O RH +

RPR: No reactivo

HIV: No reactivo

Bilirrubina total: 0.47 mg/dL

Bilirrubina directa: 0.09 mg/dL

TGO: 22 U/L

TGP: 19 U/L

Fosfatasa alcalina: 150 U/L }

Transpeptidasa ganma glutamil: 28 U/L

DHL: 141 U/L

Examen de orina completo: Negativo

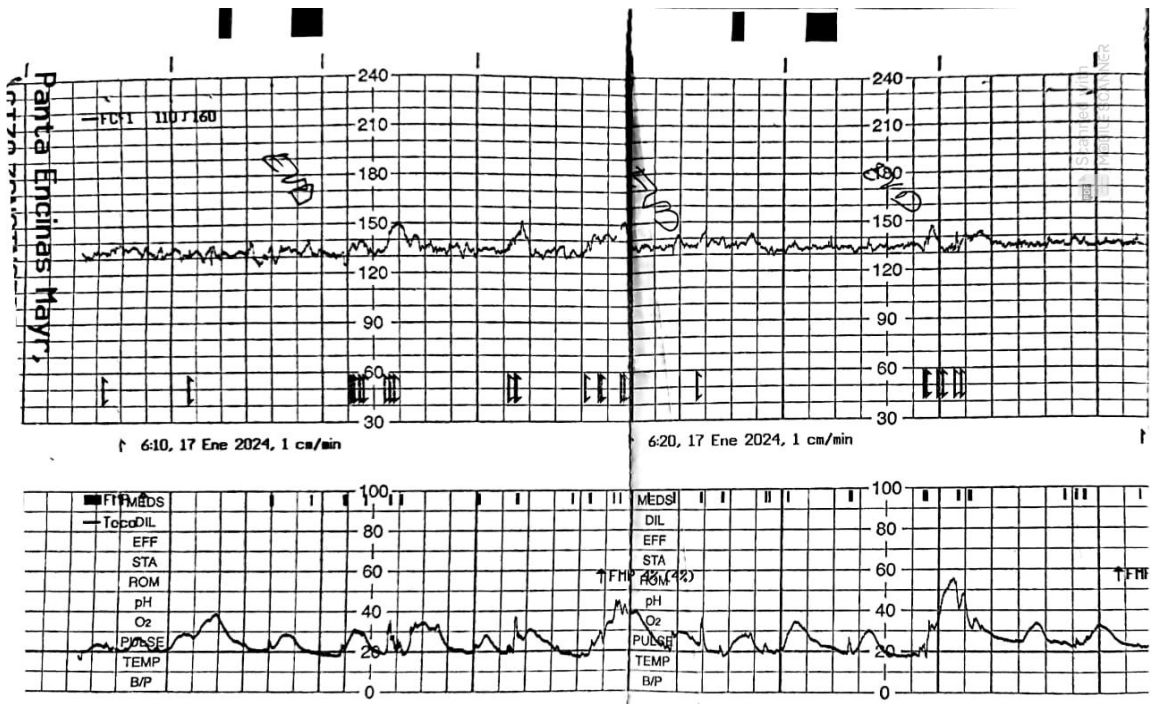
UBF

06:09 hrs.

CFV:

PA: 90/60 mm Hg. P: 88X' R: 20 x' T°: 37. 0° SO: 98%

Gestante ingresa a la Unidad de bienestar fetal para repetir Test no estresante caminando acompañada por personal técnico con vía salinizada.



Resultado:

Línea de base: 134 X'

Variabilidad: 04

Aceleraciones: 02

Conclusión: **REACTIVO**

Observación: Variabilidad disminuida, presenta irritabilidad uterina.

Paciente regresa a hospitalización.

Sala B

07:05 hrs.

CFV:

PA: 90/60 mm Hg.

P: 75X'

R: 18 x'

T°: 36.4°

SO: 98%

(S) Paciente refiere dolor tipo contracción uterina de mediana intensidad, además mantiene prurito en cara y dorso de manos y pies.

Diuresis (+)

Deposiciones (+)

MF (++)

SV (-) PLA (-)

(O) AREG, AREN, AREH

Piel: Tibias, hidratadas, elásticas

TCSC: Normales

Mamas: Blandas no secretantes

Ap. Respiratorio: Amplexación conservada

Abdomen: B/D ocupado por útero grávido.

AU: 32 cm. SPP: LCI FCF: 130 x'

DU: Irritabilidad

Tono uterino: Normal

(A) Diagnóstico:

1. Gestante de 39 4/7 ss. X eco
2. No trabajo de parto
3. Prurito gestacional: d/c Colestasis intrahepática

(P) Plan:

1. DB+ LAV
2. CFV
3. Vía salinizada
4. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 24 hrs.
5. Efectivizar ácidos biliares
6. Efectivizar ECO +PBF
7. Posibilidad de maduración cervical con misoprostol luego de efectivizar 6
8. Ácido ursodesoxicólico 250 mg. cada 8 hrs
9. CECEG

10:00 hrs.

Se realiza ecografía:

Placenta: Fúndica derecha grado III

Líquido amniótico: Bolsón mayor: 71

PF: 3700grs.

Diagnóstico:

- Gestante de 39.3 ss por MPE
- Ponderado fetal: 3835 grs. (P96)

Resultado de PBF: 8/8

Conclusión: Sin asfixia

10:30 hrs.

Paciente es reevaluada por MAG y da como diagnóstico:

1. Gestante de 39 4/7 ss. X eco t
2. Prodromos de Trabajo de Parto
3. Colestasis intrahepática
4. Feto grande para la edad gestacional

Plan:

1. Pasar a UCEO
2. MMF
3. Vía salinizada
4. Iniciar maduración cervical con miso
5. Reevaluación en 4 hrs.
6. Ácido ursodesoxicólico 250 mg. cada 8 hrs
7. CECEG

Se coloca primera dosis de misoprostol:

TV: Cérvix post. 2cm., blando, orificio cerrado

FCF: 144X' DU: 1/10 ++ 30"

UCEO

11.23 hrs

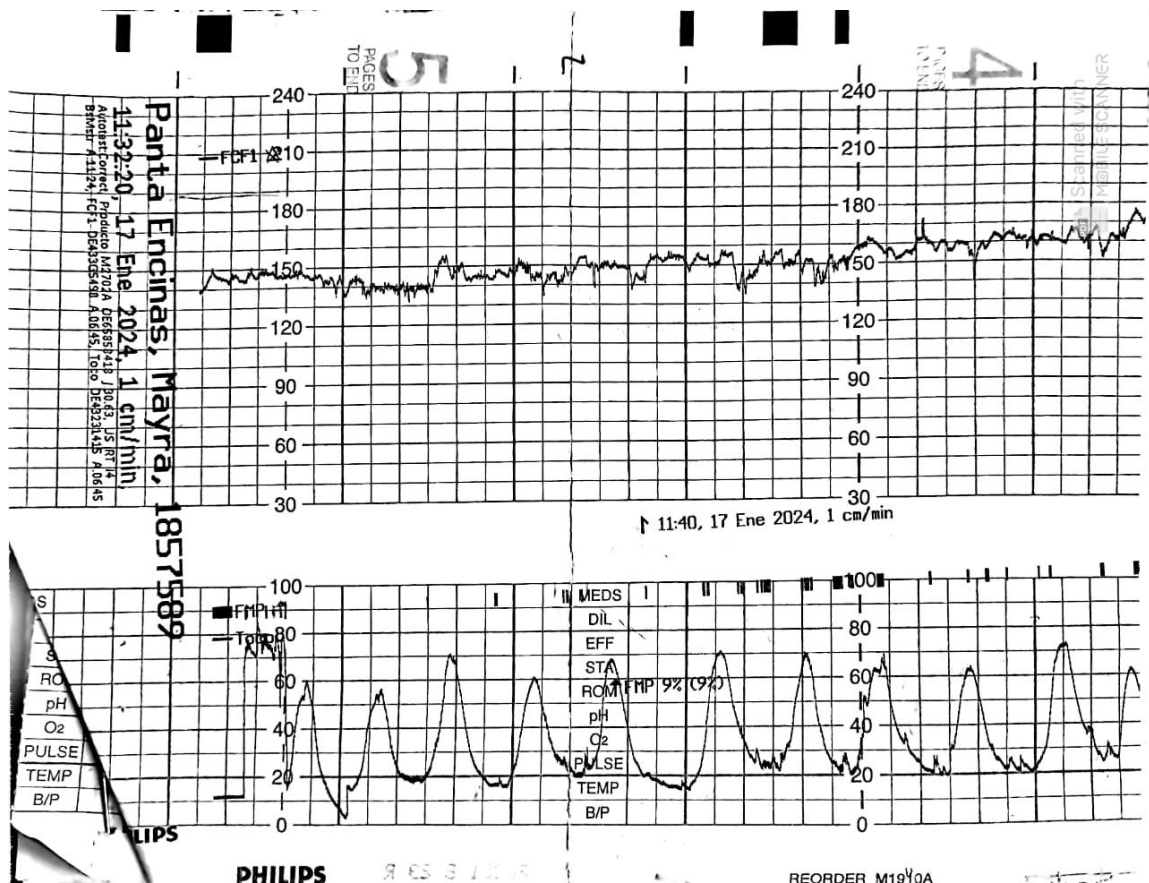
CFV:

PA: 110/80 mm Hg. P: 95X' R: 20 x' T°: 36. 8° SO: 98%

Ingresa gestante a UCEO, es evaluada con DU C/6-7/10' ++ 35'', FCF: 156 x'

MF: presentes.

Se comunica a MAG de taquisistolia, se registra con trazado.



11:55 hrs.

MAG evalúa a paciente:

Diagnóstico:

1. Gestante de 39 4/7 ss. X eco t
2. Pródromos de trabajo de parto
3. Taquisistolia
4. d/c CIH
5. Feto grande para la edad gestacional

Plan:

1. Hidratación
2. Na Cl 9/100 con 500 cc. a chorro
3. CECEG

Se indica hidrata paciente con 500 cc. NaCl 9/1000 y se coloca a paciente en DLI.

FCF: 152 X'.

12:30 hrs.

Cede dinámica uterina de taquisistolia y queda con DU: 3/10 ++ 30", FCF: 148 X'.

Gestante deambulando en evolución espontánea.

15:00 hrs.

CFV:

PA: 100/70 mm Hg P: 84X' R: 19 x' T°: 37. 0° SO: 98%

Gestante es reevaluada por MAG pues ya pasaron 4 horas del protocolo de misoprostol.

DU: 5/10 + 35", FCF: 146 X' PF:3700 grs.

TV: Cérvix posterior, blando, dehiscente 1 dedo. AP: C-3. Pelvis ginecoide

Diagnóstico:

1. Gestante de 39 4/7 ss. x eco
2. Pródromos de Trabajo de parto

3. d/c CIH

Plan:

1. DB + LAV
2. Evolución espontánea
3. Vía salinizada
4. MMF
5. Reevaluación en 4 horas

20:05 hrs.

Paciente presenta espontáneamente taquisistolia: DU 5-6/10 ++30”, FCF: 134x’, se comunica a MAG.

21:35: hrs.

Paciente pasa a UBF por indicación médica para MIP.

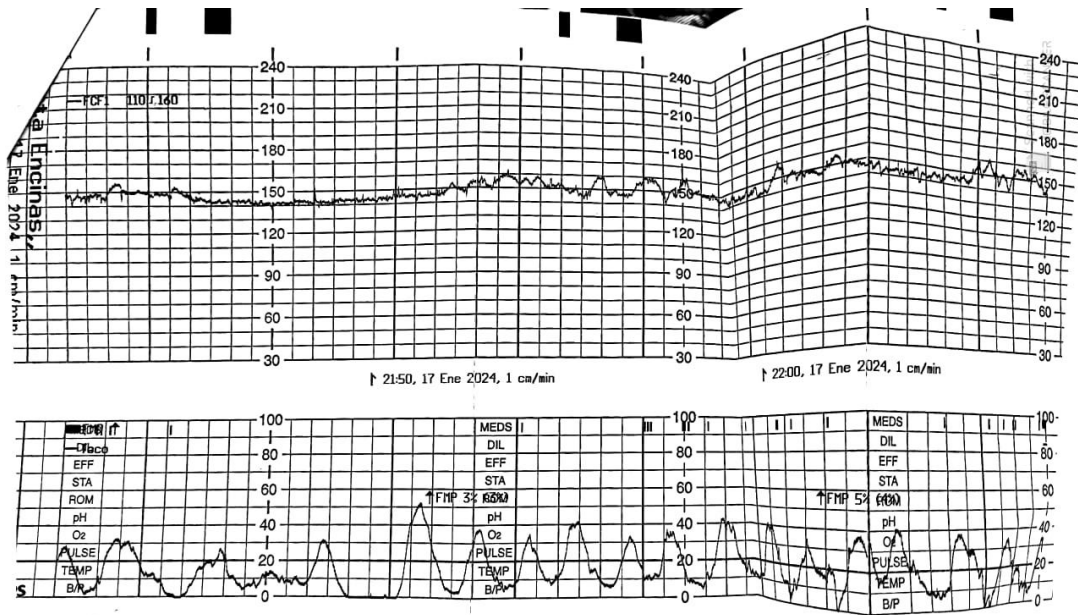
UBF

22:06 hrs.

CFV:

PA: 120/80 mmHg P: 86 X’ R: 18 x’ T°: 37° SO : 98%

Gestante ingresa a la Unidad de bienestar fetal para MIP acompañada por personal técnico con vía salinizada.



Resultado:

Línea de base: 144 X'

Variabilidad: 04

Conclusión: **PATRÓN NORMAL**

Observación: Variabilidad disminuida, DU8/10 +(+) 25''.

Paciente regresa a UCEO.

22:17 hrs.

Paciente regresa a UCEO, con MIP patrón normal: Taquisistolia. MAG decide culminar gestación vía alta. FCF: 144X', DU 6/10++30'', PLA (-), PSV(-)

Se realiza prueba de sensibilidad a cefazolina 1gr. (+), se administra clindamicina 600mg. EV previo SOP.

22:20 hrs.

Pasa a SOP

Sala de operaciones

Diagnóstico preoperatorio:

1. Gestante de 39 4/7 ss. X eco t
2. Taquisistolia

3. d/c CIH

Diagnóstico post operatorio

Parto por cesárea de emergencia

Hora de parto por cesárea: 23:13 hrs.

Hallazgos: Útero grávido de superficie regular, líquido amniótico claro de adecuada cantidad, RNV femenino de 3105 grs., talla: 49 cm., PC: 36 cm. Apgar 8'9', Capurro: 39 ss. placenta normoinserta de 18 x 16 x 2.5 cm. De 270 grs., cordón umbilical con 2A y 1V.

No hubo incidencias

Pérdida de sangrado vaginal: 600 cc.

18-01-2023

Pasa a sala de recuperación posoperatoria

01:45 hrs

PA: 124/83 mmHg. FC: 81X' FR: 18 X' T°: 37°C

(S) Puérpera inmediata es evaluada, refiere dolor en zona operatoria, afebril, no demuestra interrecurrencias, orina por sonda Foley.

(O) AREG, AREH, AREN

Piel tibias, hidratadas, elásticas

Tórax y pulmones de complejación conservada

Abdomen blando, depresible, útero contraído a 1 cm. Debajo de cicatriz umbilical.

Herida operatoria cubierta con apósito seco.

Genitales: Loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

SNC: LOTEPE

(A) Paciente mujer de 20 años con G1P1001 con diagnóstico:

1.- Puérpera inmediata postcesárea

Paciente con diagnósticos planteados hemodinámicamente estables, afebril, postcesareada con inducción fallida, no ha cursado interrecurrencias.

(P) Pasa a piso

Retiro de sonda Foley STAT

Ss control de hematocrito a las 6 hrs.

Plan:

1. NPO por 6 horas
2. Dextrosa 5% * 1000 cc. + agregados: ClNa20%(2) +oxitocina 30 uI oxitocina: I y II frasco
3. CFV
4. Tramadol de 100 mg. EV condicional a dolor intenso
5. Ketoprofeno 100 mg. EV c/8 hrs
6. Ranitidina 50 mg. EV c/8 hrs
7. Metoclopramida 10 mg. EV c/8 hrs
8. Masaje uterino
9. Reevaluación por quipo de ginecoobstetricia en piso
10. Retirar sonda Foley
11. Ss hematocrito control a las 6 horas postparto
12. CECEG

7:00 hrs.

PA: 136/70 mmHg. FC: 93 X' FR: 18x' T: 37.3°C

Hemoglobina pre: 13.7 gr/dL Hemoglobina post: 13.8 gr/dL.

Paciente refiere leve dolor en herida operatoria, no prurito, diuresis (-), deposiciones (-), niega otras molestias.

Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata de parto por cesárea
2. Alérgica a cefazolina
3. Anemia leve

Plan:

1. Tolerancia oral
 2. Dextrosa 5% * 1000 cc. + agregados: ClNa20%(2) +oxitocina 30 UI oxitocina: II frasco
 3. CFV
 4. Tramadol de 100 mg. EV condicional a dolor intenso
 5. Ketoprofeno 100 mg. EV c/8 hrs
 6. Ranitidina 50 mg. EV c/8 hrs
 7. Metoclopramida 10 mg. EV c/8 hrs
 8. Simeticona 80 mg. VO cada 8 hrs.
 9. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs.
 - 10.I/c Nutrición
 - 11.Seguimiento de urocultivo
 - 12.LME
 - 13.HVP 3 veces por día
 - 14.Deambulación
 - 15.O y C en PPF (Implante subdérmico)
 - 16.CECEG
- 19-01-2024**

07:00 hrs.

PA: 113/80 mmHg.

FC: 78 X'

FR:19x'

T: 36.8°C

Hemoglobina pre: 13.7 gr/dL

Hemoglobina post: 13.8 gr/dL.

Paciente refiere leve dolor en herida operatoria de leve intensidad, diuresis (+), deposiciones (-), niega otras molestias.

Útero contraído debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

Diagnóstico:

1. Puérpera mediata de parto por cesárea
2. Alérgica a cefazolina

Plan:

1. DB +LAV
2. Vía salinizada
3. CFV
4. Ketoprofeno 100 mg. VO c/8 hrs
5. Ketoprofeno 100mg. sc condicional a dolor intenso
6. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs.
7. LME
8. HVP 3 veces por día
9. Deambulación
10. CECEG

20-01-2024

07:00 hrs.

PA: 113/80 mmHg.

FC: 78 X'

FR:19x'

T: 36.5°C

Paciente no refiere molestias, diuresis (+), deposiciones (-).

Útero contraído debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

Diagnóstico:

1. Puérpera mediata de parto por cesárea
2. Alérgica a cefazolina

Plan:

1. Alta con indicaciones
2. DC +LAV
3. Vía salinizada
4. CFV
5. Ketoprofeno 100 mg. VO c/8 hrs por tres días
6. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs. X 30 días
7. LME
8. HVP 3 veces por día
9. Control en ginecología por 07 días
10. Orientación y consejería en PPF
11. Ante cualquier signo de alarma acudir por emergencia

2.3 DISCUSIÓN

- Una de las interrecurrencias que se produce en el embarazo son los trastornos en el hígado produciendo la colestasis intrahepática gestacional que se caracteriza por picazón en la piel y altos niveles de ácidos biliares que aparecen durante el segundo o tercer trimestre y suelen desaparecer por sí solos después del parto, siendo entre el 0,2% y el 25% de gestantes que la pueden padecer dentro de las cuales se encuentra nuestra paciente descrita en el presente caso clínico.
- Cuando colestasis intrahepática en el embarazo, es importante evaluar los posibles impactos de la enfermedad y su tratamiento tanto en el embarazo como en el feto, es así como en nuestro caso clínico se presentó una complicación con el feto por pruebas de bienestar fetal desfavorables, lo que hicieron determinar por una cesárea de manera inmediata con resultados favorables tanto para la madre como para el recién nacido.
- La evaluación del riesgo de vida fetal es sumamente importante como lo manifiesta en su investigación Elizondo A et al., quien describe en sus caso clínicos una gestante quien presenta este problema de CIH a las 31 semanas de embarazo; es por ello que sigue una monitorización estricta hasta llegar a las 37 semanas para culminar vía cesárea el embarazo al igual que lo describe Lucero M. ; pero y Dorelo R describe a una gestante de 35 ss. comienza a mostrar disminución de movimientos fetales así y presencia de una variabilidad fetal disminuida de un embarazo por lo cual también se decide culminar el parto

vía cesárea y en ambos casos no poner en riesgo la vida del recién nacido.

- El tratamiento de una CIH gestacional debe iniciarse tratamiento apenas tenga signos de alteración de los ácidos biliares o sintomatología particular de esta enfermedad; lo manifiesta Dorelo R y Limones, et; que indican administrar vía oral ácido ursodesoxicólico a 15 mg/k/día y clorfenamina; como sucedió también en nuestro caso clínico; que lo inicia en la evaluación de emergencia ante la presencia de signos compatibles con esta complicación.
- Si identificamos la CIH a una edad gestacional a término y valores de bienestar fetal podemos apostar por un parto eutócico como lo demuestra mediante un caso clínico Limones en la cual todo evolucionó favorablemente en la gestante que además de una monitorización estricta tenía el tratamiento de ácido ursodesoxicólico vía hasta 7 días después del parto con dicho tratamiento.
- Este tratamiento con ácido ursodesoxicólico nos puede ayudar a ganar tiempo con la maduración pulmonar del feto y llegar a término para un parto en las mejores condiciones como lo demuestra Gamboa M., en la cual a una gestante de 34 semanas que se identifica la CIH con valores de ácido biliares elevados se le brinda ácido ursodesoxicólico y se le da de alta a la paciente, pues mejoraron su valores de ácidos biliares y regresa cuando está a término, produciéndose un parto sin complicaciones.
- Es importante el plan de acción inmediato ante una CIH gestacional en cualquier edad gestacional para tratamiento de ácido ursodesoxicólico y para una culminación del embarazo por las complicaciones para el feto, como lo

muestra Valdivia R. quien describe a una gestante que a las 31 semanas de embarazo que presenta esta complicación , sumado a ello disminución de movimientos fetales y pruebas de bienestar fetal alterados; por ello se culmina gestación de un recién nacido pretérmino con Apgar bajo y líquido meconial; pero luego evoluciona favorablemente hasta su alta.

2.4 CONCLUSIONES

- El diagnóstico de la colestasis intrahepática se realiza mediante la evaluación clínica y pruebas de laboratorio, que para nuestro caso la gestante presentaba prurito palmoplantar de predominio nocturno y para la evaluación con pruebas de laboratorio se solicitó ácidos biliares (Positivo por encima de 10-14 $\mu\text{mol/L}$), pero no se pudo sacar la muestra ya que el hospital no cuenta con este reactivo; es por ello que teniendo solo este diagnóstico clínico se dio el diagnóstico de colestasis intrahepática.

- El protocolo de tratamiento una vez hecho el diagnóstico es hospitalizar a la gestante y solicitar para ver el estado de la madre batería de análisis centrándonos en perfil hemático y exámenes de rutina; así como para el bienestar fetal es de mucha importancia las pruebas de bienestar fetal así como el monitoreo materno fetal estricto; el tratamiento farmacológico para esta complicación es el ácido ursodesoxicólico por la capacidad de reducir el daño a nivel hepático en la madre asegurando el buen transporte y la secreción del ácido biliar; para nuestro caso clínico se cursó con todo lo indicado y la medicación indicada fue ácido ursodesoxicólico 250 mg. cada 8 hrs.

- Las complicaciones perinatales de la colestasis intrahepática gestacional son: parto prematuro espontáneo, estados fetales no tranquilizadores, presencia de líquido amniótico teñido de meconio y óbito fetal; más aún cuando los valores de ácidos biliares son $\geq 40 \mu\text{mol/L}$; que para nuestro caso clínico fue el estado fetal no tranquilizador con variabilidades entre 4 y 5; lo que motivo sumado a

una taquisistolia espontánea a culminar la gestación vía cesárea.

- La colestasis intrahepática gestacional requiere un manejo especializado con una terapéutica idónea y una evaluación de los valores hepáticos y biliares necesarios para determinar el desarrollo de la gestación, asimismo es importante la evaluación estricta del bienestar fetal y el monitoreo materno fetal estricto para no tener complicaciones materno-perinatales.

2.5 RECOMENDACIONES

- La colestasis intrahepática gestacional es una complicación que cada vez se hace más frecuente, por ello necesitamos los obstetras estar actualizándonos en la clínica y manejo de esta complicación, así como la derivación o referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad para evitar complicaciones materno-fetales.
- Identificar a tiempo la sintomatología de una colestasis intrahepática durante el embarazo será determinante para iniciar el tratamiento de inmediato y prevenir las complicaciones materno-perinatales; asimismo si no tenemos la capacidad resolutive de manejo hacer la referencia oportuna para el tratamiento de esta complicación obstétrica.
- El obstetra tiene que estar capacitado en cada una de las pruebas de bienestar fetal; por ello en cada establecimiento de salud deben contar con el monitor electrónico fetal para poder realizarlo y si no fuera así en el monitoreo estricto fetal decidirá la detección de alguna complicación fetal y tomar la decisión de culminar la gestación a tiempo.
- Los establecimientos de salud de cualquier nivel de atención deben contar con los reactivos para procesar pruebas de ácidos biliares y perfil hepático ya que nos ayudarán junto a la sintomatología clínica en la detección de la colestasis intrahepática.
- Es importante investigar intervenciones no farmacológicas, como la dieta y el ejercicio que disminuyan el riesgo de padecer colestasis intrahepática gestacional y así promover la suplementación de ácidos grasos omega-3, la vitamina D u otros nutrientes en la prevención de esta complicación.
- Capacitar al equipo de trabajo en el manejo farmacológico de la colestasis intrahepática y evitar complicaciones materno-perinatales .

BIBLIOGRAFÍA

1. Poma PA. Colestasis del embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet. 2013; 59(3):207-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322013000300011&script=sci_abstract
2. Arriaga A, Antonio L, Martínez LN, Pérez Y, Jiménez S, Marcial ADR, et al. Colestasis intrahepática del embarazo. Un reto más para la obstetricia. Rev Fac Med. 2021;64(3):20-36. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000300020&lng=es&nrm=iso
3. Xiao J, Li Z, Song Y, Sun Y, Shi H, Chen D, et al. Molecular Pathogenesis of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. Abergel A, editor. Can J Gastroenterol Hepatol. 2021;2021:1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8181114/>
4. Piechota J, Jelski W. Intrahepatic Cholestasis in Pregnancy: Review of the Literature. J Clin Med. 2020;9(5):1361. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7290322/>
5. Lorente S, Montoro MA. Colestasis gravídica. Gastroenterol Hepatol. 2007;30(9):541-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-colestasis-gravidica-13111695>
6. Huri M, Seravalli V, Lippi C, Tofani L, Galli A, Petraglia F, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy – Time to redefine the reference range of total serum bile acids: A cross-sectional study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2022; 129(11):1887-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9543426/>
7. Elizondo A, López E, Belanche J. Caso clínico. Colestasis intrahepática en el embarazo. Rev Sanit Investig. 2022;3(7):46. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-colestasis-intrahepatica-en-el-embarazo/>
8. Dorelo R, Chiodi D, Sánchez A, Hernández N, Dorelo R, Chiodi D, et al. Colestasis intrahepática del embarazo: forma de presentación temprana y relación con la infección por el virus de la hepatitis C. reporte de casos. An Fac Med [Internet]. 2021 [citado 28 de febrero de 2024];8(2). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v8n2/2301-1254-afm-8-02-e403.pdf>

9. Limones CE. Colestasis intrahepática en embarazo de 38 semanas [Internet] [Tesis de pregrado]. [Ecuador]: Universidad Técnica de Babahoyo; 2020 [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7275>
10. Gamboa MA. Experiencia del internado medico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo octubre 2022 a marzo 2023 [Tesis] Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2023. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/11753>
11. Valdivia RE. Colestasis gestacional en paciente de 31 semanas atendida en IPRESS privada Nivel II-2 Lima, setiembre 2019 [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui; 2022 [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1578>
12. Lucero M. Colestasis intrahepática gestacional [Internet]. Univerisad José Carlos Mariátegui; 2021 [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1406>
13. Collares M, Valverde M, Fernández I, Ormaechea G. Colestasis intrahepática: un desafío diagnóstico. Arch Med Interna. 2014;36(1):33-8. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2014000100006
14. Li P, Jiang Y, Xie M, You Y. Factors associated with intrahepatic cholestasis of pregnancy and its influence on maternal and infant outcomes. Medicine (Baltimore). 2023;102(1): e32586. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9829298/>
15. Pizarro Madrigal M, Guerrero Hines C, Chacón Campos N. Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión sistemática. Rev Medica Sinerg. 2022;7(3):e771. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/771>
16. NIH. National Center for Advancing Translational Sciences. 2016 [citado 1 de marzo de 2024]. Colestasis intrahepática del embarazo. Disponible en: <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12972/colestasis-intrahepatica-del-embarazo>
17. Murillo Sanabria MF, Jiménez Alfaro S, Kagi Barquero M. Colestasis intrahepática del embarazo. Rev Medica Sinerg. 2020;5(11):e600. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/600>

18. Espinoza AL, Vílchez M, Webb K. Colestasis intrahepática del embarazo. Rev Medica Sinerg. 2019;4(6):14-23. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/196>
19. Tercero- J, Padilla A, Torres X, Sanchez N, Díaz Y. Colestasis Intrahepatica En El Segundo Trimestre Del Embarazo. Reporte De Caso. Rev Científica Cienc Médica. 2017; 20(2):53-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426054755009>
20. Niemyjska-Dmoch W, Kosiński P, Węgrzyn P, Luterek K, Jezela-Stanek A. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and theory of inheritance of the disease. Literature review. J Matern Fetal Neonatal Med. 2023;36(2):2279020. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2023.2279020>
21. Peraza M, Borbón JI. Colestasis Intrahepatica del Embarazo: Revisión de tema. Rev Cienc Salud Integrando Conoc [Internet]. 2022 [citado 2 de marzo de 2024];5(6). Disponible en: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/320>
22. Yanque-Robles OF. Colestasis Intrahepática gestacional. Rev Peru Investig En Salud. 2020;4(1):37-42. Disponible en: <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/608>
23. Ovadia C, Sajous J, Seed PT, Patel K, Williamson NJ, Attilakos G, et al. Ursodeoxycholic acid in intrahepatic cholestasis of pregnancy: a systematic review and individual participant data meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2021;6(7):547-58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8192305/>
24. Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de Salud. 2023 [citado 3 de marzo de 2024]. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
25. Reyna-Villasmil E, Briceño-Sanabria L, Briceño-Pérez. C. Diagnóstico y manejo de la colestasis intrahepática en el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 202d. C.;83(02):193-200. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/volumen-83-nro-2-ano-2023/>