



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**RIESGO OBSTETRICO**

**INFORME DEL TRABAJO ACADÉMICO:**

**COLESTASIS INTRAHEPATICA GESTACIONAL Y OBITO FETAL**

**Autores:**

**Obsta. GRANADOS ARANA, MARIELA TAIT**

**Obsta. TORRES JARA, DORIS CHARITO**

**Asesor:**

**Mg. AYALA PERALTA, Félix Dasio**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

## **JURADO DE TESIS**

**PRESIDENTE:** Dr. Rodríguez Chávez, Carlos Leónidas.

**SECRETARIA:** Dra. Orihuela Salazar, Jenby.

**VOCAL:** Mg. Salcedo Suarez, Katty.

## DEDICATORIA

*Dedicamos este caso clínico a nuestros padres y familiares que son nuestra razón ser.*

*A nuestros docentes que compartieron sus experiencias y conocimientos durante nuestra formación académica en la especialidad de Riesgo Obstétrico.*

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Norbert Wiener por permitirme culminar mi especialidad en Riesgo Obstétrico.

A mi familia por su esfuerzo, apoyo constante que me impulsaron avanzar en la especialidad.

A la mujer peruana por la oportunidad brindada para ejercer mi profesión de Obstetricia.

## ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
<u>CAPITULO I</u>	10
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	
<u>CAPITULO II</u>	19
JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	
<u>CAPITULO III</u>	20
ANTECEDENTES DEL TRABAJO ACADÉMICO	
3.1 Antecedentes nacionales	20
3.2 Antecedentes internacionales	23
<u>CAPITULO IV</u>	27
DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	
<u>CAPITULO V</u>	30
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	30
5.2 RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	35

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el manejo de un trabajo académico sobre colestasis intrahepática gestacional ocurrida durante la atención de salud materna en el Hospital de Chancay.

**Material y métodos:** Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión sistemática de la historia clínica perinatal de un trabajo académico de colestasis intrahepática gestacional manejada en el Hospital de Chancay ocurrida en mes de marzo 2014. Se incluyeron antecedentes personales, familiares y patológicos, examen general y específico, diagnóstico, exámenes auxiliares, manejo obstétrico, evolución hasta el alta. Se hizo revisión de la literatura sobre el trabajo académico.

**Resultados:** Se presenta un trabajo académico de una primigesta de 21 años de edad, con 36 semanas de edad gestacional con diagnóstico de colestasis intrahepática gestacional + óbito fetal. Síntoma predominante fue el prurito generalizado desde la semana 32. Hallazgos de pruebas hepáticas son patológicos, incremento de bilirrubina total y dosaje de ácido biliar de 44 micromol/L. Culminación del embarazo fue por parto vaginal obteniendo un natimuerto impregnado de meconio, de sexo femenino, con peso de 3000 gramos. Manejada en el puerperio con ácido ursodexocólico. Evolución materna fue favorable siendo dado de alta al 2º día post parto.

**Conclusión:** La colestasis intrahepática gestacional es una patología de la segunda mitad del embarazo caracterizada por prurito y elevación sérica de los ácidos biliares que ocasiona muerte fetal intraútero.

**Palabras Clave:** Colestasis intrahepática gestacional; Ácidos biliares; Óbito fetal.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the management of an academic work of intrahepatic gestational cholestasis that occurred during maternal health care at the Hospital of Chancay.

**Material and methods:** This is an observational, descriptive, retrospective study of a systematic review of the perinatal history of an academic work of intrahepatic gestational cholestasis managed at the Chancay Hospital in March 2014. It included personal, family and pathological, general and specific examination, diagnosis, auxiliary exams, obstetric management, evolution until discharge. We reviewed the literature on the clinical case.

**Results:** An academic work of a 21-year-old female primigest with a 36-week gestational age with diagnosis of intrahepatic gestational cholestasis + fetal death is presented. Prevalent symptom was generalized pruritus from week 32. Liver test findings are pathological, total bilirubin increase and bile acid dosage of 44 micromol / L. The culmination of the pregnancy was by vaginal delivery obtaining a stillbirth impregnated with meconium, female, weighing 3000 grams. Handled in the puerperium with ursodexocólico acid. Maternal evolution was favorable being discharged to the 2nd postpartum day.

**Conclusion:** Gestational intrahepatic cholestasis is a third-term pregnancy characterized by pruritus and serum elevation of bile acids that causes intrauterine fetal death.

**Key word:** Intrahepatic gestational cholestasis, bile acids, fetal death.

## INTRODUCCIÓN

La Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG) o Colestasis gravídica, es una patología hepática que puede presentarse en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Es un síndrome clínico caracterizado por prurito intenso generalizado principalmente palmo-plantar a predominio nocturno, y un síndrome bioquímico caracterizado por la elevación en suero materno de ácidos biliares y/o enzimas hepáticas, de la gamaglutamiltranspeptidasa o bilirrubina (1-3).

Aunque la sintomatología materna puede ser muy significativa, la repercusión maternas es baja; sin embargo, el feto presenta mayor riesgo perinatal, con aumento de parto pretérmino, hipoxia fetal, presencia de líquido meconial, y óbito fetal. Siendo una patología que pone en riesgo el embarazo (1).

La incidencia varía de 10-100 casos por 10.000 gestaciones (Chile 5-10%, países escandinavos 1-15%, Bolivia 9.2%, Canadá, Suiza, EEUU 0.01%-0.02%(1).

La CIG, aunque presenta una etiología desconocida, están implicados factores de riesgo ambientales, hormonales y genéticos. La literatura reporta una asociación clara con distintos factores de riesgo como son: etnia, antecedente de enfermedad biliar, antecedente de CIG previa, embarazo múltiple, edad mayor de 35 años e infección con el virus de la hepatitis C (1).

El diagnóstico de CIG es fundamentalmente clínico, corroborada por la elevación de los niveles séricos de ácidos biliares, que constituye un marcador bioquímico más sensible y precoz (2-4).

En la CIG los niveles plasmáticos de ácidos biliares, pueden llegar a ser de 10 a 100 veces superiores a los normales y, ello está relacionado a riesgos perinatales (peso fetal reducido, parto prematuro, hemorragias de la madre tras el parto, muerte intraútero, líquido meconial, sufrimiento fetal agudo y alteraciones hepáticas del recién nacido. Se considera que las complicaciones fetales pueden ser muy graves cuando los niveles de ácidos biliares en suero materno superan los 40 micromol/L (1).



El incremento de los ácidos biliares séricos maternos ocasionan contracciones uterinas, lo cual favorece el parto pretérmino; aumenta la motilidad del colon fetal y por ello presencia de meconio; produce vasoconstricción de las vellosidades coriónicas placentarias, que podría causar hipoxia aguda fetal y ser una de las causas de la mayor mortalidad fetal anteparto e intraparto (1).

Cabe destacar, dada la importancia que tiene el adecuado control prenatal con la identificación de factores de riesgo, clínica y con apoyo de exámenes auxiliares pertinentes se acortarían el tiempo para un diagnóstico y tratamiento oportuno en este tipo de patología gestacional.

En tal sentido, el presente trabajo académico de CIG, tiene el objetivo de describir, analizar y explicar la importancia del reconocimiento de los signos de alarma y la identificación de factores de riesgo para un diagnóstico y manejo oportuno con la finalidad de contribuir con la disminución de la morbimortalidad perinatal en el país.

## CAPITULO I

### DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

#### A) DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

**Filiación:**

Fecha de atención: 01/10/2013

Tipo de seguro: SIS.

Lugar de atención: Hospital de Chancay

Apellidos y Nombres: V.Y.K

Edad: 21 años.

Estado Civil: Conviviente.

Grado de instrucción: Secundaria completa.

Ocupación: Su casa.

Domicilio: Las salinas s/n (referencia: Bodega Ferrer) - Chancay

#### B) ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN CENTRO DE SALUD PERALVILLO

Registra según historia clínica materno perinatal 8 atenciones prenatales.  
(ANEXO 1)

##### 1. Historia materno perinatal:

Paridad: G1P0000

FUR : 20/07/2013

FPP : 27/04/2014

Antecedentes Familiares: TBC pulmonar papá

Antecedentes personales: Ninguno

Peso Habitual : 48Kg.

Talla : 150 cm

Vacuna Antitetánica : 1º dosis: 01/12/2013      2º dosis: No

Análisis : Grupo y Factor : O+

: Serología Luética : Negativo (01/09/2013)

: Hemoglobina : 11.8 (01/09/2013)

: Hematocrito : No

: Glucosa : 72.7

: HIV : Negativo (01/09/2013)

: PAP : No  
 : Orina : Normal (01/09/2013)  
 Ecografía : (1/9/2013) Gestación única de 06ss x LCN  
 Control en 02 semanas.  
 (12/10/2013) Gestación única activa de 12.2ss  
 XLCN. Pequeño hematoma retrocoreal.  
 (5/01/2014) Gestación única activa de 24ss y 3 d X  
 BFM.  
 Se solicita control ecográfico en 01ss. X  
 movimientos Fetales ausentes.  
 (27/3/2014) Gestación única activa de 35 .5ss X  
 BFM.

## 2. Controles prenatales en el C.S. Peralvillo:

- **01/10/13:** Paciente inicia los controles prenatales, refiriendo ligeras náuseas, vómitos y disminución de apetito.  
 Impresión diagnóstica: Primigesta de 10ss x UR.
- **04/11/13:** Paciente continúa controles prenatales, sin mayores molestias.  
 Impresión diagnóstica: Primigesta de 15.1/7ss x UR.
- **02/12/13:** Acude a 3er control prenatal, y refiere no mayores molestias.  
 Impresión diagnóstica: Primigesta de 19.1/7ssx UR.
- **28/12/13:** Gestante acude a 4to control prenatal, refiere ninguna molestia.  
 Impresión diagnóstica: primigesta de 22ss x UR.
- **27/01/14:** Gestante acude a su 5to control prenatal, niega molestias y signos de alarma.  
 Impresión diagnóstica: Primigesta de 26ss x UR
- **27/02/14:** Gestante acude a su 6to control prenatal, refiere no signos de alarma, manifiesta prurito en todo el cuerpo; se le realiza interconsulta por Medicina.  
 Impresión diagnóstica: Primigesta de 32ss x UR

**Interconsulta a medicina general (27/02/14):** Paciente, acude por presentar prurito generalizado y múltiple maculas en abdomen y miembros superiores e inferiores.

- Impresión diagnóstica: acarosis
- Plan de trabajo: test de acarosis.

- **13/03/14:** Paciente acude a 7mo control prenatal, refiere prurito corporal; interconsulta por Medicina.

**Interconsulta a medicina general (17/03/14):** Paciente refiere presentar prurito general de todo el cuerpo.

- Impresión diagnóstica: Escabiosis
- Plan de trabajo: Benzoato de bencilo aplicar por tres días de cabeza a los pies.

- **26/03/14:** Paciente acude a su 8vo control prenatal, niega signos de alarma, solo prurito corporal; se realiza interconsulta por Medicina y se solicita ecografía obstétrica.

## **C) ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CHANCAY II-2**

Fecha: 31/03/2014    Hora de atención: 21:35 horas.

### **Motivo de atención:**

Paciente mujer de 21 años, ingresa por emergencia de materno, por presencia de contracciones uterinas, refiere prurito generalizado en palmas y plantas. La ultrasonografía obstétrica revela ausencia de latidos cardíacos fetales.

Fecha de última regla (FUR): 20/7/2013

Fecha probable de parto (FPP): 27/04/14

Edad Gestacional (EG): 36 1/7 semanas por última regla

### **Antecedentes obstétricos:**

G1P0, 8 atenciones prenatales.

### **Antecedentes patológicos:**

Aparentemente sana, sin especificación. Antecedentes familiares: Presencia de TBC pulmonar por el Padre.

**Examen físico general:**

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 76XMin, Frecuencia respiratoria: 22XMin, Temperatura: 37°C. Aparente regular estado general.

**Examen obstétrico:**

Abdomen: lesiones de rascado generalizado. Altura uterina: 32cm. Latido cardiaco fetal: ausentes. Dinámica uterina: 2-3/10' ++ 35 ".

Genitales externos: al tacto vaginal: cérvix consistencia blanca, con cuello central, dilatación cervical: 3cm, Incorporación: 80%, pelvimetría clínica: pelvis ginecoide.

**Impresión diagnóstica:**

1. Primigesta de 36 semanas por fecha de última regla
2. Óbito fetal.
3. Trabajo de parto fase latente.
4. D/C Colestasis Intrahepática Gestacional

**Plan de trabajo:**

1. Se hospitaliza en Centro Obstétrico.
2. Monitoreo materno estricto.
3. Se solicita: Hemograma completo, perfil de coagulación, perfil de preeclampsia, perfil hepático y dosaje de ácidos biliares.
4. Evolución espontanea.
5. Reevaluación en 3 horas.

**Indicaciones terapéuticas:**

Instalación de Cloruro de sodio al 9 x 1000cc endovenosa a 30 gotas por minuto, vía segura.

Queda la paciente hospitalizada en centro obstétrico hasta la reevaluación médica.

**D) ATENCIÓN EN CENTRO OBSTETRICO**

1. **Fecha:** 01/04/14 **Hora de reevaluación:** 00:05 horas

Gestante en Centro Obstétrico, después de 2horas 30min de permanencia es reevaluada por médico de turno; continúa con prurito

generalizado, contracciones uterinas que aumentan en frecuencia e intensidad.

Funciones vitales: Presión arterial: 110/70mmHg, Pulso: 82XMin, temperatura: 36.5°C.

**Exámenes de laboratorio:**

**Fecha: 31/03/14**

- Hemoglobina: 13.1 gr/dl
- Hematocrito: 40.7%
- Recuento de Plaquetas: 212 000 xmm<sup>3</sup>
- Tiempo de protrombina: 13.3 segundos
- Tiempo parcial de tromboplastina: 46.9 segundos
- Creatinina: 0.88 mg/dl
- Grupo sanguíneo: "O"
- Factor RH: Positivo.
- TGO: 110U/L
- TGP: 170U/L
- Ácidos biliares : 44 micromol/L
- Bilirrubina total: 3.60mg/dl
- Fosfatasa alcalina: 2.310 U/L
- DHL: 37mg/dl
- VDRL: Negativo: no se registra información.

**Plan de trabajo:**

Acentuación del trabajo de parto con Cloruro de sodio al x 1000cc endovenosa, más 10UI de Oxitocina a 8 gotas por minuto, aumenta las dosis (4 gotas) cada 15 minutos. Terminación del embarazo por vía vaginal.

**2. Atención de parto: 01:25 horas.**

Funciones vitales: Presión arterial: 100/60mmHg, Pulso: 98XMin.

Se produce parto distócico, con recién nacido: sin signos vitales, impregnado de líquido meconial espeso: mujer 3000grms, alumbramiento: placenta y membranas completas.

**Impresión diagnóstica:**

1. Puerperio inmediato
2. Colestasis Intrahepática Gestacional.

**Indicaciones:**

1. Dieta completa más líquido a voluntad.
2. Control de funciones vitales, más control de sangrado vaginal.
3. Cloruro de sodio al 9 x 1000cc endovenosa, más 20UI de Oxitocina a 30 gotas por minuto, vía segura.
4. Cabergolina 0.5mg, 2 tabletas vía oral dosis única.
5. Vendaje de mamas.
6. Masaje uterino.
7. Se solicita: Hematocrito, Hemoglobina, perfil hepático, perfil de coagulación, lámina periférica.
8. Higiene vulvo perineal 3 veces al día.
9. Anatomopatología de feto y placenta

**E) HOSPITALIZACIÓN:**

**Hora:** 02/04/14 **Hora:** 8:30: Funciones vitales: presión arterial: 90/50mmHg, frecuencia cardiaca: 78Xmin, frecuencia respiratoria: 20Xmin, temperatura: 36.7 °C, saturación de oxígeno: 98%.

Paciente puérpera de 30 horas de parto vaginal, estable con evolución favorable.

**Exámenes de laboratorio:**

**Fecha:** 01/04/14

- Hemoglobina: 12.5 gr/dl
- Hematocrito: 38.4%
- Recuento de Plaquetas: 198,000 xmm<sup>3</sup>
- Tiempo de protrombina: 11 segundos
- Tiempo parcial de tromboplastina: 33 segundos
- Creatinina: 1.0 mg/dl
- Grupo sanguíneo: "O"
- Factor RH: Positivo.
- TGO: No registra

- TGP: No registra
- Bilirrubina total: 2.31mg/dl
- Fosfatasa alcalina: 505 U/L
- DHL: 23,2mg/dl
- VDRL: Negativo

**Impresión diagnóstica:**

1. Puérpera mediata
2. Colestasis Intrahepática del embarazo.

**Indicaciones:**

1. Dieta completa, más líquido a voluntad.
2. Ácido ursodeoxicólico 200 mg cada 12 horas vía oral.
3. Bromocriptina 2.5 mg, vía oral cada 12horas.
4. Controles de funciones vitales, más control de sangrado vaginal.
5. Vendaje de mamas.
6. Higiene vulvo perineal 3 veces al día.
7. Se solicita: perfil hepático, perfil de coagulación, lámina periférica, para el alta.

**Hora de reevaluación (10:15):** Evaluada por ginecólogo de turno quien indica alta después de exámenes de laboratorio; según reporte obstétrico. Con cita a los 7 días por consultorio de ginecología.

**Exámenes de laboratorio:**

**Fecha: 02/04/14**

- Tiempo de protrombina: 12 segundos
- Creatinina: 0.89 mg/dl
- TGO: 48.2U/L
- TGP: 72 U/L
- Bilirrubina total: 3.75 mg/dl
- Fosfatasa alcalina: 507U/L
- DHL: 45 mg/dl



**F) CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:** causa de muerte fetal:

1. Atribuidas al feto: ninguna
2. Atribuidas a la madre: Colestasis Intrahepática del embarazo.

**G) DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LA PLACENTA:**

1. Placenta del tercer trimestre.
2. Membranas ovulares claras y normales.
3. Cordón umbilical: 2 arterias y 1 vena.
4. Parénquima: congestión y dilatación vascular intravellosa, presencia de microcalcificaciones distrófica, presencia de depósitos de fibrina perivellosa e intravellosa.

**Análisis:** en relación a la paciente.

1. En relación a la madre: Colestasis Intrahepática del embarazo.
2. En relación al feto: Ninguna.

## CAPITULO II

### JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

La colestasis intrahepática gestacional (CIG) sigue siendo un problema de salud pública perinatal porque el incremento en nivel sérico materno de los ácidos biliares (AB) superiores a 40 micromoles/L ocasionan riesgos de morbi-mortalidad fetal y perinatal, los cuales contribuyen a la elevada tasa de mortalidad perinatal en nuestro país.

La CIG es una forma reversible de colestasis que se presenta durante el segundo y tercer trimestre de la gestación. Se caracteriza por prurito generalizado que predomina en palmas y plantas, acompañado de una elevación en los niveles séricos de ácidos biliares. No implica un riesgo materno; sin embargo, existe un aumento en el riesgo de desenlaces fetales adversos, principalmente el nacimiento pretérmino, líquido amniótico meconial y muerte fetal intraútero (5,6).

Dada que la CIG ocasiona incremento de morbimortalidad perinatal dada por el parto pretérmino, sufrimiento fetal, líquido amniótico meconial, muerte intraútero y distress respiratorio que son patologías perinatales que dañan principalmente al feto y neonato es importante tener en cuenta el cuadro clínico caracterizado por prurito generalizado a predominio nocturno provocada por el aumento del nivel sérico de ácidos biliares que son alteraciones anormales de la bioquímica hepática.

Las implicancias de la colestasis intrahepática para el feto son bastante ominosas. Varios estudios reportan una incidencia más alta de nacimientos prematuros y muerte fetal intraútero. Se comunica sufrimiento fetal en un tercio de los casos, lo que lleva a la cesárea en el 30-60% de las pacientes, y prematuridad en más del 50% en algunas series. Se registran fetos muertos en más del 9% de los casos, mortalidad que se cree secundaria a la toxicidad de los ácidos biliares para el feto, al que debe monitorizarse cuando se establece el diagnóstico de CIG.

El presente trabajo académico, fue manejada en el Hospital de Chancay en una gestante de 21 años de edad, que acude por presentar prurito generalizado a predominio nocturno desde las 32 semanas de gestación y llega al servicio de emergencia en fase latente de trabajo de parto con diagnóstico de primigesta de 36 semanas de edad gestacional + óbito fetal + colestasis intrahepática gestacional, procediéndose a la atención de parto vaginal obteniendo un natimuerto impregnado de meconio, sexo femenino, peso 3000g. En el puerperio es manejada ácido ursodesoxicólico vía oral y fue dada de alta materna al segundo día posterior al parto.

Razón por la que tiene importancia en la salud perinatal, la presente investigación del trabajo académico, pues al conocer los signos de alarma que presenta la patología y los riesgos fetales a los que expone al feto, contribuirá al mejor manejo de ésta, permitiendo mejorar el diagnóstico oportuno de CIG por parte del personal de salud para disminuir la mortalidad perinatal en el país.

### CAPITULO III

#### ANTECEDENTES DEL TRABAJO ACADÉMICO

##### 4.1 Antecedentes nacionales

**Jiménez LMA (2017)** en la investigación “Ácidos biliares y transaminasas séricas como predictores de complicaciones fetales en gestantes con colestasis intrahepática. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Callao. 2015-2016”. Tuvo como objetivo: determinar si los ácidos biliares y transaminasas séricas son predictores de complicaciones fetales en gestantes con Colestasis Intrahepática en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Material y métodos: Estudio de pruebas diagnósticas, retrospectivo, observacional, en 73 gestantes con colestasis intrahepática estableciéndose dos grupos de estudio de 43 y 30 gestantes de acuerdo a la presencia o ausencia de complicaciones fetales. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. Se aplicó el test de chi cuadrado y área bajo la curva. Principales resultados: Los puntos de corte encontrados fueron los siguientes; ácidos biliares séricos: 35.5 umol/L, Alanina aminotransferasa: 56.5 U/L y para Aspartato aminotransferasa 76.5 U/L. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de los ácidos biliares fueron 76,74%; 90.0%; 91.67%; 91.67% y 72.97% respectivamente. Con respecto a las transaminasas; para la Alanina aminotransferasa se encontró: sensibilidad 55.81%, especificidad: 63.33; VPP: 68.57%; VPN: 50 y en el caso del Aspartato aminotransferasa se obtuvo: sensibilidad: 62.79%, especificidad: 70%, VPP: 75% y VPN: 56.8% y el área bajo la curva para los ácidos biliares de 0.887. Concluye que, los ácidos biliares y transaminasas séricas son predictores de complicaciones fetales en gestantes con Colestasis Intrahepática. (7)

**Cruz DC (2017)** en la investigación “Colestasis intrahepática gestacional como factor de riesgo para hemorragia posparto en Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren”. Tuvo como objetivo: demostrar que la colestasis intrahepática gestacional es un factor de riesgo para hemorragia posparto en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo 2015 -2016. Material y métodos: Realizó un estudio de tipo

observacional, descriptivo, retrospectivo de cohortes, con base poblacional de quienes fueron hospitalizadas en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologúren en la provincia del Callao durante el período 2015 al 2016. 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. Principales resultados: La cohorte 1 presentó hemorragia posparto en 16.7% y la cohorte 2 en 3.5%. RR: 5.56 IC 95% [1.876-16.476], estadísticamente significativo ( $p=0.01$ ), X<sup>2</sup>: 11.525. Concluye que, la colestasis intrahepática gestacional es un factor de riesgo para hemorragia posparto en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologúren en el período 2015 – 2016. (8)

**Pacheco AM (2016)** en su tesis “Prevalencia de colestasis intrahepática Gestacional en el Hospital Santa Rosa durante el periodo 2013-2015”. Tuvo como objetivo: determinar la prevalencia de CIG en el Hospital Santa Rosa, durante el periodo 2013- 2015. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, con una muestra de 38 pacientes diagnosticadas de CIG. Se incluyeron las pacientes que presentaron prurito y elevación de sérica de ABT. Se evaluaron las variables: características sociodemográficas y obstétricas, manifestaciones clínicas, alteraciones en los exámenes de laboratorio, antecedentes de importancia. Principales resultados: La prevalencia de CIG es de 0.01% de CIG, 79% de pacientes en el rango de 19-34 años, el 100% desarrolló CIG en el tercer trimestre de gestación y presentó prurito palmo plantar, el 71% presentó ABT en el rango de 20-40 umol/L. (9)

**De la Cruz JA (2016)** en su investigación “Prevalencia de Colestasis Intrahepática gestacional en el Hospital Santa Rosa, durante el periodo 2013 - 2015”. Lima. Resalta la colestasis intrahepática gestacional (CIG), aquella patología propia del tercer trimestre, caracterizada por la presencia de prurito y la elevación de valores normales de los ácidos biliares. Aun constituyendo una enfermedad de pronóstico favorable para la madre, éste puede tener implicancias peligrosas para el feto. Tuvo como objetivo: determinar la prevalencia del CIG. Material y métodos: estudio de tipo

descriptivo retrospectivo, usó una muestra de 38 gestantes con diagnóstico de CIG. Los principales resultados fueron: la prevalencia del CIG fue de 0.01%, el rango de edades fue de 19 a 34 años, el 100% de las gestantes desarrollaron CIG en el tercer trimestre de gestación, presentaron prurito palmas y plantas, valores altos de ácidos biliares, enzimas hepáticas y bilirrubinas. Concluye que, la presencia del CIG, es tal cual nos muestra otras investigaciones, sin embargo se hace necesario más investigaciones, debido que el Perú es un país multirracial, y el factor genético podría estar oculto y no ser identificado, además de ser necesarios exámenes de laboratorio, lo cual facilita la toma de decisiones. (10)

**Poma P (2013)** en la investigación “Colestasis del embarazo: reporte de un caso y revisión de la bibliografía”. Menciona en el artículo de revisión que la colestasis intrahepática del embarazo (CIDE) y el síntoma que la caracteriza como el prurito severo, así como es diagnosticado por la presencia de niveles elevados de ácidos biliares, enzimas hepáticas y bilirrubina. El CIDE se caracteriza por prurito en el segundo trimestre de la gestación, que inicia en las palmas y plantas, luego generalizándose con intensidad a todo el cuerpo, prurito que no se asocia con otros problemas dermatológicos o sistémicos. La sintomatología está asociada a los niveles altos de estrógenos como la progesterona (los cuales se alcanzan en el tercer trimestre), así mismo en los embarazos gemelares (aquellos que generan niveles altos de hormonas); además de presentarse en ciertas familias y su incidencia varía en algunos lugares étnicos (sugerencia de alteraciones genéticas). Además describe, que los efectos fetales son más severos, donde incluye la muerte fetal súbita, el cual se basa en un estudio en Estados Unidos, donde la tasa de muertes fetales es de 6,5 por 1000 nacidos vivos, y la tasa en aquellas gestaciones con CIDE es de 2 a 4 veces más alta. El tratamiento con ácido ursodeoxicólico (UDCA) 500 mg dos veces al día o 15 mg/kg/día hasta el parto; como el parto a las 37 semanas de gestación alivia los síntomas maternos y mejoran los resultados fetales. Aquellas mujeres que presentan CIDE, requieren seguimiento, por el riesgo de desarrollar problemas hepatobiliares, comparadas con embarazos normales. (11)

## 4.2 Antecedentes internacionales

**Kawakita T et al (2015)** en la investigación de “Predictores de resultado neonatal adverso en colestasia intrahepática del embarazo”. Tuvo como objetivo: determinar predictores de resultado adverso neonatal en mujeres con colestasia intrahepática del embarazo. Material y métodos: estudio de cohorte retrospectiva multicéntrica, con un total de pacientes con el diagnóstico en 5 hospitales entre los años 2009-2014. Las complicaciones neonatales como obstétricas fueron evaluadas según los niveles altos de ácidos biliares (AB); los predictores incluyeron nivel de AB, nivel de transaminasa hepáticas, edad gestacional al diagnóstico, enfermedades hepáticas previa y tratamiento con ácido ursodeoxicólico. Los principales resultados fueron: se estudiaron 203 gestantes con el diagnóstico de colestasia intrahepática en el embarazo, los rangos de AB encontrados fueron un 77% presentó de 10 – 39.9  $\mu\text{mol/L}$  (grupo 1), un 27% presentó de 40 – 99.9  $\mu\text{mol/L}$  (grupo 2) y 13%  $\geq 100\mu\text{mol/L}$  (grupo 3); el aumento de los AB, se asoció además, al aumento de las transaminasas y niveles de bilirrubina; el grupo 2 y 3 presentaron riesgo de muerte fetal, edad gestacional temprana al diagnóstico, riesgo de meconio en líquido amniótico. Concluye que, las gestantes con el diagnóstico de colestasis intrahepática, con presencia de AB séricos elevados, es asociada a mayor riesgo de óbito fetal. (12)

**Brouwers L et al (2015)** en la investigación “Colestasis intrahepática del embarazo: resultados maternos y fetales asociados con niveles elevados de ácido biliar” tuvo como objetivo: investigar la correlación entre los resultados del embarazo y los niveles de ácidos biliares (BA) en los embarazos que fueron afectados por la colestasis intrahepática del embarazo (PIC). Además, se exploraron las correlaciones entre los niveles de BA materno y fetal. Diseño del estudio: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó mujeres con prurito y niveles de BA  $\geq 10 \mu\text{mol / L}$  entre enero de 2005 y agosto de 2012 en 3 grandes hospitales de los Países Bajos. El grupo de estudio se dividió en ICP leve (10-39  $\mu\text{mol / L}$ ), moderada (40-99  $\mu\text{mol / L}$ ) y severa ( $\geq 100 \mu\text{mol / L}$ ). Las principales medidas de resultado fueron el parto prematuro espontáneo, el líquido

amniótico manchado de meconio, la asfixia y la muerte perinatal. Univariado y análisis de regresión logística multivariante se utilizó para estudiar las asociaciones entre los niveles de BA y el resultado adverso. Principales resultados: Se incluyeron un total de 215 mujeres. La edad gestacional al momento del diagnóstico y la edad gestacional al momento del parto fueron significativamente menores en el grupo de ICP severo, en comparación con el leve ( $P < 0,001$ ). El parto prematuro espontáneo (19,0%), el líquido manchado de meconio (47,6%) y el fallecimiento perinatal (9,5%) ocurrieron significativamente más frecuentemente en los casos con ICP severa. Los niveles de BA más altos se asociaron significativamente con el parto prematuro espontáneo (odds ratio ajustado [aOR], 1,15; intervalo de confianza del 95% [IC], 1,03-1,28), líquido amniótico teñido de meconio (aOR, 1,15; IC del 95%: 1,06-1,25), y muerte perinatal (aOR, 1,26; IC del 95%, 1,01-1,57). Los niveles de BA materna en el momento del diagnóstico y en el parto se correlacionaron positivamente con los niveles de BA de la sangre del cordón umbilical ( $p = 0,006$  y  $0,012$ , respectivamente). Concluye que, la ICP grave se asocia con resultados adversos del embarazo. Los niveles de BA correlacionan entre la madre y el feto. (6)

**Maya JJ y col (2013)** en la investigación “Diagnóstico y manejo de la colestasis intrahepática del embarazo: Reporte de un caso y revisión de literatura”. La Colestasis intrahepática del embarazo (CIE), es una forma reversible de la Colestasis, que se presenta en el segundo y tercer trimestre de la gestación, le acompaña prurito en manos y pies, asociada a niveles séricos de los ácidos biliares. Se le atribuyen factores causales como hormonales, genéticos y ambientales. Este no involucra un riesgo materno, sin embargo, hay un aumento de riesgos fetales significativos, como prematuridad, presencia de líquido meconial al nacimiento y muerte intraútero. El tratamiento a base del ácido ursodesoxicólico, ha mostrado eficacia en la disminución de la sintomatología, con todo y ello aún no existe un método de vigilancia fetal ideal para los casos de CIE. El artículo tuvo como objetivo la revisión de literatura, así como la presentación de un caso clínico: gestante de 32 años, de 30.2 semanas, con antecedentes de



2 óbitos fetales de gestaciones a término con etiología desconocida, presentó prurito en palmas y plantas, acompañado de una moderada ictericia generalizada. Los resultados de laboratorio hicieron sospecha de Colestasis intrahepática del embarazo, iniciando tratamiento con la consiguiente mejora del cuadro clínico; se culminó el embarazo a las 37 semanas, obteniendo un recién nacido por vía vaginal, en buenas condiciones. Concluyó que, debería sospecharse y descartar CIE en toda gestante que presente de prurito, debido al impacto fetal de esta enfermedad, siendo importante un manejo adecuado y oportuno. Desafortunadamente no se sospecha de esta patología, recurriendo al manejo expectante, a pesar de la magnitud de los resultados, como el nacimiento de un pretérmino versus óbito fetal. (5)

**González R y col (2013)** en la investigación “Colestasis intrahepática del embarazo: reporte de un caso y revisión de bibliografía”. Reporta que es una hepatopatía aguda específica durante la gestación (de aparición en el tercer trimestre), con prevalencia de 1/1000-10,000 embarazos. La enfermedad tiene una etiología multifactorial, en el que participan factores genéticos y hormonales, con resultados obstétricos y perinatales adversos. La revisión reporta un caso, gestante de 25 años de edad, nulípara con cesárea previa, con antecedentes de sintomatología similar sin conclusión diagnóstica, con 32 semanas en la actualidad, manifiesta prurito intenso, con huellas de rascado en todo el cuerpo e ictericia leve, alteraciones en las pruebas de laboratorio, diagnosticando Colestasis intrahepática del embarazo. Paciente con seguimiento de análisis, pruebas de bienestar fetal, tratamiento y finalización del embarazo mediante cesárea a las 35 semanas, por no mejorar los síntomas y continuar alterados los análisis de laboratorio, obteniendo evolución favorable. El diagnóstico final fue por biopsia hepática, debido a que no contaban con determinación de ácidos biliares. Concluyó que, la colestasis intrahepática del embarazo, es una enfermedad con pronóstico materno favorable y por el contrario resultados perinatales adversos, por ello es necesario un diagnóstico temprano (13).

**Medina JM y col (2012)** en la investigación “Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión”. Una enfermedad propia de la gestación humana, apareciendo en el segundo y tercer trimestre, muestra una etiopatogenia que, incluye factores de riesgos genéticos y ambientales. La fisiopatología de la misma muestra incrementos séricos en sangre materna y fetal de ácidos biliares; aquellos que se asocian a prurito materno con consiguiente alta de la morbimortalidad perinatal (riesgo de prematuridad, óbito y presencia de líquido meconial), siendo embarazos de alto riesgo obstétrico, antecedentes que repercuten en embarazos futuros hasta en una 70%. El diagnóstico de la enfermedad es basada a la confirmación de ácidos biliares en los exámenes de laboratorio, su tratamiento con el ácido ursodesoxicólico apacigua las molestias, sin embargo es latente la morbilidad y mortalidad perinatal. Además aún no existe forma de valorar el bienestar fetal en esta enfermedad que disminuya el riesgo de muerte fetal, pues ocurre debido a la hipoxia fetal aguda súbita. La revisión muestra que la medida eficaz para disminuir las tasas de óbitos fetales es la interrupción del embarazo entre las semanas 36 a 37. La revisión concluye que, la colestasis intrahepática del embarazo, es de orden multifactorial, es necesaria la toma de exámenes de laboratorio: ácidos biliares y pruebas de función hepática se conviertan de rutina, y darle importancia a la presencia de prurito y exámenes posteriores que descarten la enfermedad y disminuir los riesgos de morbimortalidad perinatal (14).

## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

La colestasis intrahepática del embarazo, también conocida como colestasis obstétrica, es la enfermedad hepática específica del embarazo más común. Clásicamente se presenta en el tercer trimestre, con prurito, por lo general de las palmas de las manos y plantas de los pies, función hepática anormal y elevación de los niveles séricos de ácidos biliares. Los síntomas y las alteraciones bioquímicas se resuelven rápidamente después del parto (15-18).

El riesgo de complicaciones para el feto se asocia al nivel sérico materno de ácidos biliares e, igualmente, las mujeres con colestasis más severas se encuentran en mayor riesgo (16-21).

Existe una mayor incidencia de colestasis intrahepática del embarazo en mujeres con embarazos múltiples (hasta un 22% en un estudio), en mujeres que han concebido después de un tratamiento de fecundación in vitro (2,7% comparado con 2%), y en mujeres mayores de 35 años de edad (18).

La colestasis intrahepática del embarazo se asocia con un mayor riesgo de resultados perinatales adversos, incluyendo parto pretérmino espontáneo, tinción meconial del líquido amniótico y muerte fetal (18).

La Colestasis intrahepática en la gestación fue, descrita inicialmente por Ahlfeld en 1983 y es una de las afecciones hepáticas propias del embarazo que se presenta con mayor frecuencia en la práctica clínica (22). Muestra una evolución variable, muchas veces con dificultad para su diagnóstico. La etiología de la enfermedad aún no es bien establecida, sin embargo estas involucran factores genéticos, hormonales y ambientales aumentando el riesgo de padecerla, a pesar de presentar un buen pronóstico materno, implica valiosos riesgos perinatales (prematuridad, líquido meconial y óbito fetal). La prevalencia de la misma que va en aumento, aún sin cifras específicas en el Perú. De la Cruz (10) reporta una prevalencia de 0.01% en el Hospital Santa Rosa entre los años 2013 – 2015.

Las embarazadas, que presentan esta enfermedad, muestran en sus inicios prurito durante el segundo y tercer trimestre de gestación, siendo en la mayoría

de los casos de localización palmo-plantar, con manifestación nocturna, algunas veces acompañada de ictericia leve. Diagnosticado con el aumento en sangre materna de los ácidos biliares, enzimas hepáticas y bilirrubina en los exámenes de laboratorio. Cuadro clínico, que se revierte a la resolución del embarazo.

En el presente trabajo académico, presentamos a una gestante de 21 años de edad, primigesta, sin antecedente de salud a la actualidad, con controles prenatales en el Centro de Salud de Peralvillo, perteneciente a la Red Huaral-Chancay, que a la semana 32 (6to control prenatal), presenta prurito generalizado en todo el cuerpo, pasando interconsulta con médico, quien diagnostica Acarosis, con un plan de trabajo de test para acarosis, sin otro criterio de descarte; días posteriores paciente acude a 7mo control prenatal, refiriendo prurito corporal, el médico diagnostica Escabiosis, tratamiento con Benzoato de bencilo de aplicación tópica; paciente acude un 8vo control prenatal, refiere persistir prurito corporal, con interconsulta médica y solicitándole ecografía. Ante estas omisiones para un diagnóstico oportuno, Maya y Col (5) en su literatura, menciona reflexionar ante la existencia de prurito, debería el personal de salud descartar la patología estudiada, debiéndose tomar los exámenes pertinentes, debido al impacto perinatal que presenta por las complicaciones.

Posteriormente la paciente ingresa 4 días después del último control, al servicio de emergencia al Hospital de referencia de Chancay (categoría II - 2), refiere contracciones uterinas frecuentes, refiere prurito generalizado en palmas y plantas, se le realiza un barrido ecográfico el cual no muestra latidos fetales presentes, al examen la paciente presentaba dilatación y cérvix incorporado. Muchos estudios, muestran y mencionan desenlaces inevitables para el feto, conservándose un pronóstico favorable para la madre, debido a que no se dispone de pruebas o estudios específicos que aseguren el bienestar o disminución de la mortalidad fetal in útero (13), debiendo realizarse vigilancia bioquímica y biofísica del feto periódicamente y determinar la finalización de la gestación, buscando sea un feto a término. Maya y Col (5), mencionan el mayor reto para el médico que se enfrenta a este padecimiento consiste en otorgarle mayor valor a las complicaciones que, por su naturaleza, conlleva el

nacimiento pretérmino versus el riesgo de óbito que implica la espera de parto espontáneo.

Desafortunadamente el personal de salud, en la mayoría de los casos no se sospecha de la patología, y aquellos que logran un diagnóstico oportuno continúan recurriendo al manejo expectante de la paciente, a pesar de la dimensión de los resultados perinatales. La bibliografía menciona que el manejo activo, aumentaría las complicaciones relacionados con la inducción del parto, sin embargo existe disminución de la muerte fetal, se propone iniciar con madurez pulmonar y terminar la gestación en la semana 37, mostrando reducir dos grandes complicaciones perinatales como es la prematuridad y óbito fetal, teniendo en cuenta que más del 90% de las muertes fetales ocurren en el tercer trimestre (5). La paciente culminó la gestación 5 horas después, con manejo expectante, y diagnóstico de óbito fetal y descarte de colestasis intrahepática, posterior a los resultados de laboratorio, en el puerperio inmediato confirman la el diagnóstico de Colestasis intrahepática, inician tratamiento con ácido ursodeoxicólico, tal como describe Poma (11), refiere la mejora del prurito y las pruebas de laboratorio, sin presentar efectos adversos en el binomio madre-feto, es conocido que el ácido ursodeoxicólico, es un ácido biliar secundario, producto del metabolismo de la flora intestinal, mejora la secreción hepatocelular y el transporte de ácidos biliares en la placenta, la cual a causa de la patología se encuentra disminuida. La culminación de la gestación, ayuda a la regresión de la sintomatología, el prurito generalizado desaparece en los primeros días postparto, con la normalización de las pruebas de laboratorio, conjuntamente con un buen pronóstico materno (11,13).

Sin embargo hasta la fecha, debido al escaso reporte de trabajos académicos y su manejo, la evaluación riesgo-beneficio es fundamental para el pronóstico fetal, y es claro que se necesita personal capacitado en la detección de los signos de alarma, como en la identificación de los factores de riesgo, además de trabajar en equipo, para el beneficio de la salud materna perinatal.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

1. El presente trabajo académico de colestasis intrahepática gestacional se presentó en una primigesta durante la segunda mitad del embarazo.
2. La sintomatología predominante de CIG fue el prurito en la embarazada, con niveles elevados de ácidos biliares, pruebas hepáticas anormales y bilirrubina total incrementada.
3. El tiempo de diagnóstico es fundamental, para disminuir los desenlaces fatales perinatales. El informe del trabajo académico, presentó una paciente de 21 años, con 8 controles prenatales, culminando en óbito fetal, concluimos que no fue oportuna la identificación de los signos de alarma, así como los factores de riesgo.
4. Hubo retraso en el diagnóstico a nivel primario pero luego se dio la confirmación del diagnóstico de CIG en el Hospital de Chancay.
5. El tratamiento recibido con ursodesoxicólico durante el puerperio mejoró la sintomatología del prurito.
6. El manejo obstétrico del parto vaginal fue adecuado.
7. El desenlace final fue la obtención de un natimuerto de sexo femenino que estaba impregnado de meconio.
8. La evolución materna fue favorable saliendo de alta al segundo día postparto.

#### **5.2 RECOMENDACIONES**

1. Implementar protocolo de atención en colestasis intrahepática gestacional desde el primer nivel de atención a fin de hacer un diagnóstico precoz y adecuado de esta patología que ocasiona eventos adversos fetales.

2. Promover a la investigación científica de la prevalencia de la colestasis intrahepática gestacional en el interior del país, siendo nuestro país multirracial.
3. Capacitar al personal de salud, en la identificación de signos de alarma y determinación de los factores de riesgo, para un diagnóstico oportuno.
4. Promover en forma rutinaria en caso de sospecha de colestasis intrahepática gestacional la toma de exámenes de laboratorio: ácidos biliares y pruebas de función hepática.
5. Implementar laboratorios equipados, para los exámenes especializados pertinentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soto ZM y col. Guía clínica de la colestasis intrahepática gestacional. Hospital Universitario de Salamanca. Actualización 2012:1-11pp. Disponible en: <http://campus.usal.es/~ogyp/CIG.pdf>
2. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Consenso FASGO 2016-Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG). Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos>
3. Guía de Práctica Clínica: “Colestasis Intrahepática Gestacional”. HMIR Sardá, actualizada a Mayo de 2011. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2012; 31 (3):125-36.
4. Parra V. Prurito y embarazo. Dermatol Argent.2009;15(3): 178-185.
5. Maya JJ, Zúñiga DS, Maya JL. Diagnóstico y manejo de la colestasis intrahepática del embarazo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Acta Médica Grupo Ángeles. 2013;11(1): 17-22.
6. Brouwers L, Koster MPH, Page-Christiaens GCML, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: maternal and fetal outcomes associated with elevated bile acid levels. Am J Obstet Gynecol 2015;212:100.e1-7.
7. Jiménez LMA. Ácidos biliares y transaminasas séricas como predictores de complicaciones fetales en gestantes con colestasis intrahepática. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Callao. 2015-2016 (tesis). Trujillo-Perú: Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego. 2017:43pp.
8. Cruz DC. Colestasis intrahepática gestacional como factor de riesgo para hemorragia posparto en Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Tesis. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2017: 86 pp.
9. Pacheco AM. Prevalencia de colestasis intrahepática Gestacional en el Hospital Santa Rosa durante el periodo 2013-2015 (Tesis). Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma. 2016;58pp.
10. De la Cruz JA. Prevalencia de la Colestasis intrahepática gestacional en el Hospital Santa Rosa, durante el periodo 2013-2015. [Tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.



11. Poma PA. Colestasis del embarazo. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2013; 59: 213-224
12. Kawakita T, Parikh LI, Ramsey PS, et al. Predictores de resultado neonatal adverso en colestasia intrahepática del embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015; 80(4): 348 – 350.
13. Gonzáles R, Mortara AS, Martínez A, et al. Colestasis intrahepática del embarazo: reporte de un caso y revisión de bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81:652-657.
14. Medina JM, Jáuregui RA, Medina N, et al. Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 80(4):285-294.
15. Rook M, Vargas J, Caughey A, Bacchetti P, Rosenthal P, Bull L. Fetal outcomes in pregnancies complicated by intrahepatic cholestasis of pregnancy in a Northern California cohort. *PLoS One* 2012;7:e28343.
16. Wikström Shemer E, Marschall HU, Ludvigsson J, Stephansson O. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated adverse pregnancy and fetal outcomes: a 12-year population-based cohort study. *BJOG* 2013;120:717–23.
17. Geenes V, Chappell LC, Seed PT, Steer PJ, Knight M, Williamson C. Association of severe intrahepatic cholestasis of pregnancy with adverse pregnancy outcomes: a prospective population-based case-control study. *Hepatology* 2014;59:1482–91.
18. Williamson C, Geenes V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2014 ;124(1):120–33.
19. Oztekin D, Aydal I, Oztekin O, Okcu S, Borekci R, Tinar S. Predicting fetal asphyxia in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280:975–9.
20. Pata O, Vardareli E, Ozcan A, Serteser M, Unsal I, Saruç M, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: correlation of preterm delivery with bile acids. *Turk J Gastroenterol* 2011;22:602–5.
21. Rook M, Vargas J, Caughey A, Bacchetti P, Rosenthal P, Bull L. Fetal outcomes in pregnancies complicated by intrahepatic cholestasis of pregnancy in a Northern California cohort. *PLoS One* 2012;7:e28343.

22. Martínez A, Cabrera E. Colestasis intrahepática del embarazo en una adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(2)186-191pp.

**ANEXO 1**  
**CARNET PERINATAL**

<b>CONTROLES PRENATALES</b>	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8
<b>FECHA</b>	1/10/13	4/11/13	2/12/13	28/12/2013	27/1/14	27/2/2014	13/3/2014	26/3/2014
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	10 sem	15. 1/7S	19. 1/7S	22S	26 S	32 S	34 S	36 S
<b>PESO KG.</b>	41kg	43 KG	45Kg	48KG	51KG	52KG	54 KG	55 KG
<b>TEMPERATURA</b>	36°c	36.5°C	36.5°C	36.5°C	36°C	36.6°C	36°C	36°C
<b>PRESION ARTERIAL</b>	90/60	90/60	90/60	90/60	90/60	100/60	90/60	90/60
<b>ALTURA UTERINA CM</b>	NA	15CM	16CM	21CM	25 CM	28 CM	33 CM	33 CM
<b>PULSO MATERNO</b>	78x'	84x'	-	78x'	82X	80X	78X	78X
<b>PRESENTACION</b>	NA	INDIF.	INDIF.	INDIF.	LCI	LCD	LCI	LCI
<b>F.C.F</b>	NA	155x'	148X	140X	148X	152X	144X	140X
<b>MOV. FETALES</b>	NA	NA	NA	+	++	++	++	++
<b>EDEMA</b>	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E
<b>SULFATO FERROSO</b>	-	SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	-
<b>ESTABLECIMIENTO</b>	PERALVILLO	H.CH.	H.CH	PERALVILLO	PERALVILLO	PERALVILLO	PERALVILLO	PERALVILLO
<b>RESPONSABLE</b>	OBST.	OBST.	OBST.	OBST.	OBST.	OBST.	OBST.	OBST.

19/14. Obs. mesa nueva a los - ms. XDTI. Dva. / Ave. Opino. Geografico. Dist.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
 GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD

Nº. HC 22011

HOSPITAL HUARAL Y S.B.S. = Significa ALERTA = Requiere seguimiento continuo  
 Apellidos y Nombres: Valeria Humberto Karol - Establecimiento: C.S. Personal

Establ. Origen:  No Aplica AUTOGENERADO     
 DNI (L.E.) Nº: 48269330  
 Dirección: Las Salinas (Bajo Ferns) Ocupación: ME Edad: 21  < 15  > 35  
 Localidad: Las Salinas Estudios:  Analfabeta  Primaria  Secundaria  Superior  Superior No Univ.  Años aprobados: 5  
 Departamento: Lima Provincia: Provincia Estado Civil:  Casada  Conviviente  Soltera  Otro Padre RN: Wagner Ojeda  
 Distrito: Chorri Teléfono: 933777370

**Antecedentes Obstétricos:**

Gestas	<input checked="" type="checkbox"/>	Aboríos	<input type="checkbox"/>	Vaginales	<input type="checkbox"/>	Nacidos vivos	<input type="checkbox"/>	Viven	<input type="checkbox"/>
0 ó +3	<input type="checkbox"/>	Partos	<input type="checkbox"/>	Cesáreas	<input checked="" type="checkbox"/>	Nacidos muertos	<input type="checkbox"/>	Muerto - 1ra Semana	<input type="checkbox"/>
< 2500 g	<input type="checkbox"/>							Después - 1ra Semana	<input type="checkbox"/>
Gemelar	<input type="checkbox"/>								
< 37 sem.	<input type="checkbox"/>								

**Fin Gestación Anterior:**

Terminación: Fecha: 1/1

Parto  Aborto  Ectópico  Molar  Otro No Aplica  
 Si fue aborto: tipo de aborto  
 Incompleto  Completo  Frustrado  Séptico  Otro No Aplica  
 RN de mayor peso:   

Captada: Si  No  Remitida x Ag. Comuni. Si  No

**Antecedentes Familiares:**

Ninguno	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	Neoplasia	<input type="checkbox"/>
Anomalías Congénit.	<input type="checkbox"/>	TBC Pulmonar	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>		
Enferm. Congénitas	<input type="checkbox"/>		
Gemelares	<input type="checkbox"/>		

**Antecedentes Personales:**

Ninguno	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Otras Drogas	<input type="checkbox"/>
Aborto habitual	<input type="checkbox"/>	Enferm. Congénitas	<input type="checkbox"/>	Parto prolong.	<input type="checkbox"/>
Aborto Recurrente	<input type="checkbox"/>	Enferm. Infecciosas	<input type="checkbox"/>	Pre/Eclampsia	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Prematuridad	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	Hemorra. Postparto	<input type="checkbox"/>	Retenc. Placenta	<input type="checkbox"/>
Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Tabaco	<input type="checkbox"/>
Bajo Peso al nacer	<input type="checkbox"/>	Hoja de Coca	<input type="checkbox"/>	TBC Pulmonar	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	Infertilidad	<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>
Cirugía Pélv. Uterina	<input type="checkbox"/>	Neoplasias	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

**Peso y Talla:**

Peso Habitual: 48 Kg

Talla: 150 cm

**Antitética:**

Nº Dosis Previa	Dosis	Sin dosis	No Aplica
1ra	<u>2/2/13</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2da	<u>27/2/14</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mes de gestación

**Tipo de Sangre:**

Grupo: A  B  AB  O

Rh: Rh (+)  Rh (-) Sen  Rh (-) No Sen  Rh (+) Sen

**Fuma:**

Nº Cigarros por día   

**F.U.M.**

Conocida?  Si  No Duda:  Si  No

Fecha Última Menstruación: 20/7/13

EG. (Ecografía)  Sem. Fecha: 1/1

No Aplica

Longitud Céfalocaudal:    mm.

Diámetro Biparietal:    mm.

Fecha Probable de Parto: 27/4/14

**Hospitalización:**

Hospitalización:  Si  No

Fecha:    /    /   

Diagnóstico:   

No Aplica

**Emergencia:**

Emergencia 1  
Diagnóstico:   

No Aplica

Fecha:    /    /   

Emergencia 2  
Diagnóstico:   

No Aplica

Fecha:    /    /   

**Serología Luética:**

VDR/RPR

1  Negativo  Positivo  No se Hizo Fecha: 19/13

2  Negativo  Positivo  No se Hizo Fecha:   

**Hemoglobina:**

Hb (g%)

1 11.8  No se Hizo Fecha: 19/13

2     No se Hizo Fecha:   

**PSICOPROFILAXIS SESIONES**

1º	2º	3º
4º	5º	6º

**Exámenes:**

Clinico: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico	Pelvis: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico	Bk en esputo: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input checked="" type="checkbox"/> No Aplica
OdonL: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico	HIV: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Orina: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Cérvix: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico	Fecha: <u>19/13</u>	Glucosa: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
	PAP: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico	

CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de CPN (a/m/d)	1/10/13	4/11/13	2/12/13	28/12/13	23/1/14	27/2/14	15/3/14	26/3/14	
Edad Gest. (Semanas)	10ss	15 1/2	19 1/2	22ss	26	32ss	34	36	
Peso madre (kg)	41	43	45	48	51	52	54	55	
Temperatura (°C)	36.0	36.5	36.5	36.6	36	36.6	36	36	
Tensión Arter. (Mm. Hg.) Sistólica Diastólica.	90/60	90/60	90/60	90/60	90/60	100/60	90/60	90/60	1
Altura Uterina (cm)	NA	15	16	21	25	28	33	33	
Presentación (C/p/t/na)	NA	Ind.	Ind.	Ind.	LCI.	LCI.	LCI.	LCI.	
F.C.F. (por min./NA)	NA	155	148x	140x	148x	152x	140	140	
Mov. fetal (+/+/+/+/sm/na)	NA	N/A	N/A	+	++	++	++	++	
Edema (+/+/+/+/SE)	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	
Pulso materno (por min.)	78x	84x		78x	82x	80x	78	78	
Consejería PF (Si/No/NA)	S	SF 1	SF 2	SF 3	SF 4	SF 5	SF 6	SF 7	
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA)	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cita (a/m/d)	1/11/13	2/12/13	30/12/13	27/1/14	22/2/14	13/3/14	26/3/14	26/4/14	
Visita domicil. (Si/No/NA)	S	S							
Estabec. de la atención	CSP	HCH	HCH	CSP	CSP	CSP	CSP	CSP	
Responsable de Control	SVM	Jey	ke-tame	SVM	SVM	SVM	col	col	

C= Cefálica NA= No Aplica NSH= No se Hizo P= Pélvica SE= Sin Edema SM= Sin Movimiento T= Transversa

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

Patologías Maternas (CIE 10)

Sin patologías

Fecha:

Otros (CIE 10):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

1.
2.

Los Códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

PATOLOGIAS	CODIGOS	PATOLOGIAS	CODIGOS	PATOLOGIAS	CODIGOS
ABORTO COMPLETO	O025	EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA SIHTA	O122	MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF	O05
ABORTO INCOMPLETO	O064	EMBARAZO DOBLE	O300	OLIGOHIDRAMNIO	O410
ABORTO NO ESPECIFICADO (INCL. A INDUC.)	O06	EMBARAZO ECTOPICO	O009	OTRA PATOLOGIA MATERNA	O999
ABORTO RETENIDO	O021	EMBARAZO PROLONGADO	O46x	OTRAS COMP X TDP/PARTO	O75
ABORTO SEPTICO	O050	EMBARAZO TRIPLE	O301	OTRAS ENF MAT EMB.PART.PUER	O998
ABORTO TERAPEUTICO	O04	EMBOLIA OBSTETRICA	O08	OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP	O66
AMENAZA DE ABORTO	O200	ENF. MATER. INFECC. PARAS EMB. PART. PUER	O989	OTROS TANS LIQ. AMNIOTICO Y MEMB	O41
ANEMIA EN EMB. PART-PUR	O990	FALSO TRABAJO DE PARTO	O470	PARTO PREMATURO (INCL. AMENAZA)	O470
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O340	FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP	O01	PLACENTA PREVIA	O441
ANORM. DINAM. DEL TOP	O62	GONORREA EMB. PART. PUER	O982	POLIHIDRAMNIO	O90
BACTERIURIA ASINTOMATICA DEL EMB.	R827	HEMATOMA OBST. PELVIS	O717	PREECLAMIA LEVE	O13X
CANCER DEL CUELLO UTERINO	C539	HEMORR. ANTEPARTO NO LASIF	O469	PREECLAMIA MODERADA	O140
CANCER DE MAMA	C50	HEMORR. POR ATONIA UTERINA	O721	PREECLAMIA SEVERA	O141
CARDIOPATIA	Z627	HEMORR. POST-PARTO / RETENCION PLACENTA	O720	PREECLAMIA NO ESPECIFICADA	O149
CITOLOGIA ANORMAL EN CPN	O282	HEMORR. X ABORTO ECTOPICO O MOLAR	O081	RADIOLOGIA ANORM EN CPN	O284
COMP. ANESTES. EN PUERPERO	O698	HEPATITIS VIRAL	O984	RCIU	P05
COMP. ANESTES. EN TDP/PARTO	O749	HERPES GESTACIONAL	O264	RETEN. PLACENTA/MEMB. S/HEMORRAG	O73
COMP. ANESTESIA EN EL EMB.	O29	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O270	RUPTURA PREMATURA A MEMBRANA	O42
COMPLIC. ESPECIFICADO DEL EMB. MULT	O318	HIPEREMESIS GRAVIDICA - TRANS. METABOL	O211	RUPTURA UTERO EN TDP	O711
COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO	O22	HTA PREEEXISTENTE EMB. PAR-PUER	O101	SEPSIS PUERPERAL	O85
COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO	O87	INCOPIENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343	SIDA	B24X
DEFUNCION MATERNA TARDIA	O86	INFECC. DEL TRATOGENITAL	O235	SIFILIS COMPLICANDO EMB.PART.PUERT	O981
DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA	O901	INFECC. BOLSA AMNIOT. O MEMBRANAS	O411	TBC EMB.PART.PUER	O980
DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESAREA	O900	INFECC. DEL TRACTO URINARIO	O230	TDP OBSTRU X MAL POSIC FETAL	O84
DEPENDENCIA DE DROGAS	O993	INFECC. MAMA ASOCIADO C/PARTO	O81	TDP OBSTRU X PELVIS ANORMAL	O85
DESGARRO OBST. DEL CUELLO UTERINO	O713	INFECCIONES PUERPERALES	O86	TDP PROLONGADO	O83
DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO	O70	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07	TDP/PARTO COMPLIC X CORD UMBIL	O89
DESNUTRICION EN EL EMBARAZO	O05	INVERSION DEL UTERO	O712	TDP/PARTO COMPLIC X SUFRIM FET	O88
	O750	HEMORR. POSTPARTO S/PUER	O360	TOLERANC. GLUCOSA NORMAL	R730

## ANEXO 2

### EXAMENES DE LABORATORIO

ANALISIS DE LABORATORIO	31/3/2014	01/4/2014	02/4/2014
HEMOGRAMA: LEUCOCITOS	7 960	13700 MILXmm3	--
ABASTONADOS	1	04%	--
HEMATOCRITO	40.7	38.4%	--
HEMOGLOBINA	13.1	12.5 gr/dl	--
PLAQUETAS	212 000	198,000Mil xmm3	--
TGO	110U/L	-	48.2U/L
TGP	170U/L	-	72 U/L
BILIRRUBINA TOTAL	3.60mg/dl	2.31mg/dl	3.75 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	2.34 mg/dl	2,5mg/dl	2.88 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	1.26 mg/dl	0.71 mg/dl	1.17 mg/dl
FOSFATASA ALCALINA	2.310U/L	505 U/L	507U/L
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLATINA	46.9''	33''	--
TIEMPO DE COAGULACION	6'30''	6'30''	--
TIEMPO DE SANGRIA	2'	2'0''	--
TIEMPO DE PROTROMBINA	13'3''	11'	12''
ACIDOS BILIARES	44 micromol/L	-	-
INR	1.08	0.88	0.95
SANGRE PERIFERICA:			
SERIE ROJA	NORMOCROMICA NORMOCITICA NORMOSOMICO	NORMOCROMICA Y MORFOLOGIA CONSERVADA	POIQUILOCITOSIS
SERIE BLANCA	LINFOCITOS VARIANTES FORMAS Y ESTRUCTURAS CONSERVADAS	GRANULACIONES TOXICAS EN ALGUNOS NEUTROFILOS	GRANULACIONES TOXICAS
PLAQUETAS	NUMERO, FORMA Y TAMAÑO CONSERVADA	NORMALES EN NUMERO	NORMALES EN FORMA Y NUMERO ALGUNAS MACROPLAQUETAS
COLESTEROL TOTAL	439 mg/dl	287mg/dl	254 mg/dl
HDL	37mg/dl	23,2mg/dl	45 mg/dl
LDL	232mg/dl	204mg/dl	169 mg/dl
CREATININA	0.88 mg/dl	1.0 mg/dl	0.98 mg/dl
GLUCOSA BASICA	88.7 mg/dl	91.8mg/dl	97 mg/dl
TRIGLICERIDOS	354 mg/dl	--	310 mg/dl
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	O POSITIVO	--	--
VDRL	-	NO REACTIVO	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	--	--	35
ACIDO URICO	--	--	4.2 mg/dl
AMILASA	--	--	44.1U/L
UREA	--	--	23.5 mg/dl
PROTEINA C REACTIVA	--	--	POSITIVO 24mg/l

### ANEXO 3

#### **CAUSA DE MUERTE FETAL SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**Atribuidas al feto: ----**

**Atribuidas a la madre:** Colestasis intrahepática del embarazo.

#### **DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LA PLACENTA:**

- Placenta del tercer trimestre
- Membranas ovulares claras y normales
- Cordón Umbilical: 2 arterias y 1 vena
- PARENQUIMA:
  - Congestión y dilatación vascular intravellosa
  - Presencia de microcalcificaciones distrófica
  - Presencia de depósitos de fibrina perivellosa e intravellosa

**ANALISIS:**

#### **EN RELACION A LA PACIENTE:**

- En relación a la Madre:
  - . Colestasis intrahepática del embarazo.

En relación al feto: Ninguna



## RESULTADO DE ANATOMIA PATOLOGIA

Nº 14- 562.

SALA: GINECOLOGIA.

NOMBRES: KAROL ALEXANDRA VALDIVIA YUMBATO.

EDAD: 21 AÑOS.

HHCC: 48260230.

INDICACIÓN: Dr. Edgar Sánchez Ponce.

MUESTRA REMITIDA: Placenta.

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

- Fijado en formol se recibe Placenta y anexos que en conjunto pesan 500 gr, mide 15.5x12.5x2.5 cm, membranas completas de color pardo claro, ruptura a 13 cm del borde. Cordón umbilical mide 27x1.1cm. Cara Materna: Cotiledones completas de color pardo rojizo. Cara Fetal: Cordón umbilical de inserción excéntrica, al corte 02 arterias y una vena, a las múltiples laminaciones se observa parénquima rojizo. SIMR.05C.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:

**DX: PLACENTA - ESPECIMEN**

- PLACENTA DE TERCER TRIMESTRE.
- MEMBRANAS OVULARES CLARAS Y NORMALES.
- CORDÓN UMBILICAL: 2 ARTERIAS Y 1 VENA.
- PARÉNQUIMA:
  - CONGESTIÓN Y DILATACIÓN VASCULAR INTRAVELLOSA.
  - PRESENCIA DE MICROCALCIFICACIONES DISTRÓFICA.
  - PRESENCIA DE DEPÓSITOS DE FIBRINA PERIVELLOSA E INTRAVELLOSA.

JAN/cgc.

CHANCAY, 19 DE ABRIL DEL 2014.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
REGION DE LIMA  
CHANCAY Y SUR  
Dr. Juan C. Aguilar Marigotto  
C.M.P. 33276  
HEBICO PATÓLOGO