



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

**Trabajo Académico**

Factores de riesgo para colestasis gestacional en gestante atendida en el  
Hospital Regional de Huacho, 2024

**Para optar el Título de  
Especialista en Riesgo Obstétrico**

**Presentado por:**

**Autora:** Clemente Vissosa, Elena Luz


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0001-2465-408X>

**Asesora:** Dra. Sanz Ramírez, Ana María

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7515-5336>

**Lima – Perú**

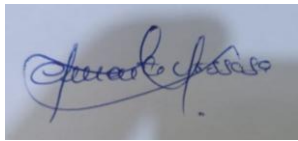
**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

Yo, Elena Luz Clemente Vissosa egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Obstetricia /  Escuela de Posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “**FACTORES DE RIESGO PARA COLESTASIS GESTACIONAL EN GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2024**”. Asesorada por la docente: Dra. Ana María Sanz Ramírez DNI 10556523, tiene un índice de similitud de 17 %, con código OID: 14912:431812045, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

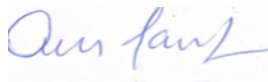
Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



\_\_\_\_\_  
Firma

Nombres y apellidos del Egresado: Elena Luz Clemente Vissosa  
DNI: 40487948



\_\_\_\_\_  
Firma

Nombres y apellidos del Asesor: Ana María Sanz Ramírez  
DNI: 10556523

Lima, 28 de febrero de 2025

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a mi madre por todo el esfuerzo y apoyo incondicional.

A mi padre Juan que desde el cielo me guía para seguir avanzando como profesional.

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

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco eternamente a Dios por haberme iluminado y permitir seguir adelante, con sabiduría, paciencia y hacer realidad una de mis aspiraciones y obtener mi título de la segunda especialidad.

A mi Madre que gracias a ella he llegado ser una persona de bien, con sus consejos y ejemplos me motivaron a seguir luchando.

A la Universidad Norbert Wiener por brindarme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente y, a mi asesora la Dra. Ana Sanz por su apoyo.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT .....	6
<i>I. INTRODUCCIÓN.....</i>	<i>7</i>
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>9</b>
<i>2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....</i>	<i>9</i>
<b>2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES:.....</b>	<b>15</b>
<i>2.2. BASES TEÓRICAS .....</i>	<i>19</i>
<b>III. ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>30</b>
<i>3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....</i>	<i>30</i>
<i>3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</i>	<i>30</i>
<i>3.3 ESCENARIO Y ESTUDIO DE PARTICIPANTES .....</i>	<i>30</i>
<i>3.4 ESTRATEGIA DE PRODUCCIÓN DE DATOS.....</i>	<i>30</i>
<i>3.5 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</i>	<i>30</i>
<i>3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....</i>	<i>30</i>
<b>IV. PRESENTACION DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>31</b>
<b>V. DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO .....</b>	<b>75</b>
<i>5.2. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO.....</i>	<i>75</i>
<b>VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>79</b>
<i>6.1. CONCLUSIONES: .....</i>	<i>79</i>
<i>6.2. RECOMENDACIONES: .....</i>	<i>80</i>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>81</b>
<b>VIII. ANEXOS: .....</b>	<b>84</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el manejo de un caso clínico sobre factores de riesgo para colestasis gestacional. **Material y métodos:** Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión de historia clínica sobre un caso de colestasis gestacional, acontecida en el mes de octubre del 2024. En este estudio se incluyó antecedentes personales, familiares y patológicos, examen general y específico, diagnóstico, exámenes de apoyo al diagnóstico, manejo obstétrico y evolución, hasta el alta de la paciente. Se realizó la revisión de las fuentes bibliográficas relacionadas al caso clínico. **Resultados:** El caso clínico corresponde a una segundigesta de 26 años, cursando la semana 29 de gestación, con diagnóstico de colestasis gestacional, cuyo embarazo culminó por cesárea, con un recién nacido vivo, de sexo masculino, con peso de 3140 gramos y talla de 48.5 cm. La sintomatología clínica fue el principal criterio diagnóstico que con la ayuda de los exámenes de ayuda diagnóstica de ácidos biliares y manejo multidisciplinario hicieron posible que el embarazo culmine a una edad gestacional que permita disminuir los riesgos por prematuridad, principal complicación de esta patología. **Conclusión:** La colestasis gestacional es una patología multifactorial de aparición en el III trimestre, que se presenta con prurito en palmas de manos y pies y, que progresa en todo el cuerpo, donde el uso de ácido ursodesoxicólico (UDCA) disminuye las molestias, pero la culminación del embarazo desaparece las molestias hasta por 3 días después del parto.

**Palabras Clave:** *Colestasis gestacional, factores de riesgo.*

## ABSTRACT

**Objective:** Describe the management of a clinical case on risk factors for gestational cholestasis.

**Material and methods:** Observational, descriptive, retrospective study of clinical history review on a case of gestational cholestasis, which occurred in the month of October 2024. This study included personal, family and pathological history, general and specific examination, diagnosis, tests to support the diagnosis, obstetric management and evolution, until the patient was discharged. A review of the bibliographic sources related to the clinical case was carried out.

**Results:** The clinical case corresponds to a 26-year-old second digesta, in the 29th week of gestation, with a diagnosis of gestational cholestasis, whose pregnancy ended by cesarean section, with a live newborn, male, weighing 3140 grams and height 48.5 cm. Clinical symptoms were the main diagnostic criterion that, with the help of diagnostic aid tests of bile acids and multidisciplinary management, made it possible for the pregnancy to culminate at a gestational age that allows reducing the risks of prematurity, the main complication of this pathology.

**Conclusion:** Gestational cholestasis is a multifactorial pathology that appears in the third trimester, which presents with itching in the palms of the hands and feet and progresses throughout the body, where the use of ursodeoxycholic acid (UDCA) reduces the discomfort, but at the end of the pregnancy the discomfort disappears for up to 3 days after delivery.

**Keywords:** *Gestational cholestasis, risk factors*

## I. INTRODUCCIÓN

La colestasis gestacional intrahepática se destaca como el trastorno hepático más frecuente durante el embarazo, manifestándose generalmente en el segundo y tercer trimestre. No obstante, se han documentado casos que aparecen desde la octava semana de gestación e incluso desde la sexta, presentando un estado clínico más severo, con alteraciones bioquímicas más marcadas y un aumento en los resultados perinatales desfavorables. (Valdivia Muñante, 2022) (Lozada, 2024)

Aunque la prevalencia de esta condición puede diferir según el origen étnico y la ubicación geográfica, suele oscilar entre el 0,2% y el 2%. (Lozada, 2024) En Sudamérica, Chile registraba una incidencia del 14%, pero este porcentaje ha disminuido a entre el 1.5% y el 4%, siendo más pronunciada entre los nativos araucanos, donde alcanza hasta el 25%. En Estados Unidos, la incidencia se sitúa en un 0.02%, mientras que en el Reino Unido es del 0.6%. En el norte de Europa, la incidencia varía entre el 1% y el 1.5%. Por otro lado, en países asiáticos como China, se considera una enfermedad común, con una incidencia que fluctúa entre el 2.3% y el 6%. (Valdivia Muñante, 2022)

En Perú, todavía se carece de información precisa sobre la incidencia y los factores asociados con la colestasis intrahepática gestacional, así como de las posibles causas de esta afección. Si bien existen algunos informes de casos previamente publicados, este desconocimiento es una situación común en otros países de

Latinoamérica, donde también se están llevando a cabo esfuerzos para registrar esta enfermedad. En este contexto, en 2019, Quispe reportó una prevalencia del 0.18% entre las mujeres embarazadas que recibieron atención en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Entre las complicaciones fetales, se destacó la presencia de líquido amniótico meconial y el sufrimiento fetal agudo. Según el informe de Flores, los pacientes que padecen colestasis gestacional intrahepática presentan una probabilidad cuatro veces mayor de tener líquido amniótico meconial (OR= 4.25, IC 95% = 1.89 – 9.51) y tres veces mayor de experimentar un parto pretérmino (OR= 3.89, IC 95% = 1.62 – 9.33). (Lozada, 2024)

En el Hospital Regional de Huacho se han registrado, en los últimos cinco años, 14 casos de colestasis gestacional intrahepática, lo que ha suscitado un creciente interés debido a su conexión con complicaciones obstétricas y fetales. Entre estas complicaciones destaca la disminución del bienestar fetal, un fenómeno crítico que implica riesgos significativos para la salud y la supervivencia del feto. Sin embargo, la investigación sobre este tema es aún limitada; por lo tanto, no contamos con una perspectiva clara acerca de las complicaciones perinatales en mujeres con colestasis gestacional ni sobre su vínculo con el riesgo de pérdida de bienestar fetal. En este contexto, se propone llevar a cabo un estudio al respecto.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Colque, S.; Ríos, K. en su investigación titulada *“Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en embarazadas del Hospital de la Madre y el Niño de La Rioja, Argentina. Período: 2015 – 2019”* (Argentina, 2024)

La colestasis intrahepática gestacional

(CIG) se define como una afección hepática caracterizada por

una combinación de síntomas clínicos y bioquímicos. Se presenta con un

aumento moderado a leve de los ácidos

biliares, acompañado de prurito, que generalmente se localiza en las

palmas de las manos y las plantas de los pies, y suele ser más intenso por la

noche. Esta condición aparece en el tercer

trimestre del embarazo y tiende a resolverse después del parto, aunque su

prevalencia varía en diferentes regiones geográficas. Se asocia con un alto riesgo de

morbimortalidad fetal.

El propósito de esta investigación fue estimar la prevalencia de

CIG diagnosticada clínicamente y mediante pruebas

bioquímicas en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital de la Madre y el Niño de

La Rioja durante el período de 2015 a 2019. Para ello, se describió a las gestantes con

CIG según su edad, ubicación geográfica, tiempo de gestación y tipo de

parto. También se establecieron los niveles de referencia de ácidos biliares en embarazadas sanas en dicho hospital.

Se llevó a cabo un análisis cuantitativo, descriptivo, observacional y retrospectivo de tipo transversal, utilizando datos extraídos de las historias clínicas del Servicio de Obstetricia. Este diseño incluyó casos de gestantes con CIG y un grupo de control de embarazadas sin esta condición, además de aplicar métodos de estadística descriptiva. Los resultados mostraron que la prevalencia de CIG fue del 1,3%, siendo la capital la región con la mayor incidencia. Esta afección se presentó mayormente en el tercer trimestre del embarazo y en mujeres mayores de 27 años, quienes tuvieron una mayor prevalencia de cesáreas. Los niveles de ácidos biliares observados fueron de 1,0 a 8,3  $\mu\text{mol/l}$ . En conclusión, el laboratorio desempeña un papel fundamental en el diagnóstico, manejo adecuado y prevención de complicaciones durante el embarazo. (Colque L. & Ríos R., 2024)

Guerra, M.; Maiz, E.; Goya, M. en su tesis titulada "*Estudio funcional del corazón fetal en pacientes con Colestasis Intrahepática Gestacional*" (España, 2023) La colestasis intrahepática se reconoce como la afección hepática más común durante el embarazo, manifestándose principalmente a través de prurito en manos y pies, que suele presentarse por la noche. Generalmente, esta condición comienza en el tercer trimestre y tiende a resolverse durante la lactancia. Su incidencia varía entre el 0,2% y el 27,5%, alcanzando cifras más elevadas en países como Chile. Uno de los principales enigmas de la colestasis radica en su elevada tasa de mortalidad fetal, que oscila entre el 1% y el 4%, dependiendo

de la gravedad de la enfermedad. Una de las teorías propuestas sugiere que la alteración anormal del ritmo cardíaco del feto podría influir en su funcionamiento. Estudios realizados in vitro han demostrado el impacto adverso de los ácidos biliares en los miocitos del corazón fetal, resultando en alteraciones en su excitabilidad, las cuales se manifiestan como bloqueos o irregularidades cardíacas. Con el fin de evaluar la relación entre los niveles de ácidos biliares y la función cardíaca fetal, se llevó a cabo un estudio prospectivo de casos y controles. Este incluyó a mujeres embarazadas con colestasis intrahepática del embarazo, tanto aquellas que recibieron tratamiento como las que no, y participaron un total de 110 gestantes con colestasis junto a 72 individuos de control. Los resultados mostraron que había una correlación significativa entre la disfunción cardíaca fetal y los niveles de ácidos biliares maternos durante la colestasis. Además, se observó un funcionamiento cardíaco irregular en los fetos de mujeres con colestasis no tratada, a diferencia de aquellos sin colestasis. También se evidenció que la terapia con ácido ursodesoxicólico podría mejorar la función cardíaca fetal en mujeres con colestasis intrahepática durante el embarazo. A partir de estos hallazgos, es crucial monitorear la función del corazón fetal en pacientes con colestasis intrahepática y considerar el tratamiento con ácido ursodesoxicólico como una posible intervención para optimizar los resultados del embarazo. (Guerra C., Maiz E., & Goya C., 2023)

Nobre da Silva, L.; Estrin, M. A. en su revisión “*Colestasis gravídica en mujeres del segundo y tercer trimestre de gestación, clínica y tratamiento farmacológico específico y sus beneficios. Un enfoque basado en la evidencia*” (Argentina, 2022)

La colestasis gravídica es un síndrome que se presenta comúnmente en

mujeres durante la gestación, especialmente en el segundo y tercer trimestre, y suele resolverse durante el periodo de lactancia. Clínicamente, se caracteriza por un prurito predominantemente nocturno que, en sus etapas iniciales, afecta principalmente las palmas de las manos y las plantas de los pies, pero que puede extenderse posteriormente. Este síndrome se asocia con cambios en la función hepática, que pueden presentarse con o sin ictericia, así como con niveles elevados de ácidos biliares en la sangre. Los casos de colestasis bioquímica se clasifican en severidad leve a moderada. Actualmente, se dispone de diversas técnicas diagnósticas y enfoques terapéuticos que ofrecen resultados óptimos y presentan pocos efectos adversos en estas pacientes. Se llevó a cabo una revisión sistemática empleando términos MESH (cholestasis durante la gestación), generando un total de 2597 resultados. De estos, se profundizó en 28 artículos, seleccionando finalmente 12 para el examen definitivo. Uno de los tratamientos más destacados es el ácido ursodesoxicólico (UDCA), que es una epímera beta del ácido quenodesoxicólico. Este ácido biliar, al ser más polar que los ácidos biliares primarios, tiene importantes efectos coleréticos y diversos efectos quimioprotectores. Los estudios han mostrado que, tras el tratamiento con UDCA, hay una notable disminución de los ácidos biliares totales tanto en el suero materno como en el del cordón umbilical, así como una mejora cualitativa en la reserva de ácidos biliares en la sangre. Al comparar los datos con los controles, se encontró una correlación entre la administración de UDCA y una reducción en la incidencia de partos prematuros, problemas respiratorios en los recién nacidos y el número de ingresos a unidades de cuidados

intensivos neonatales. En conclusión, la terapia para la colestasis gravídica consiste en la administración oral de ácido ursodesoxicólico, siendo este tratamiento efectivo y confiable para el manejo de estas pacientes. (Nobre da Silva & Estrin, 2022)

Tessore ICG; Pacheco AB; Zamory ES. en su tesis titulada “*Colestasis intrahepática del embarazo: asociación entre factores de riesgo y elevación de ácidos biliares*”

(Argentina, 2021) La colestasis intrahepática gestacional (CIG) se reconoce como la afección hepática más común durante el embarazo, ligada a problemas tanto fetales como obstétricos. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre los factores de riesgo asociados con la CIG, centrándose en el aumento de los ácidos biliares en gestantes con sospecha clínica que acudieron al laboratorio entre septiembre de 2018 y septiembre de 2019 en el Hospital Materno Provincial. Se revisaron 160 historias perinatales donde se sospechaba de CIG, y se utilizó la prueba Chi Cuadrado para evaluar la relación entre los factores de riesgo y el aumento de los ácidos biliares. Además, se calculó la relación de probabilidades (OR) y se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman ( $r_s$ ) para determinar la magnitud de la conexión entre el incremento de ácidos biliares, las enzimas hepáticas y la bilirrubina. Los resultados revelaron una correlación significativa entre el aumento de ácidos biliares y un historial de colestasis durante gestaciones anteriores, con un OR de 3.48 y un Índice de Confianza del 95% de 1.41 a 8.55. No se halló una correlación lineal notable entre el incremento de ácidos biliares y la elevación de la presión arterial, ya que el coeficiente no superó el 0.5. Asimismo, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la CIG y la prematuridad, con puntuaciones de Apgar inferiores a 8/9, así como con los nacimientos prematuros. En

conclusión, la medición de ácidos biliares se establece como un marcador más efectivo de la CIG en comparación con la determinación de transaminasas y bilirrubina, siendo la única variable de riesgo detectada en nuestra población la presencia de colestasis en embarazos previos. (Tessore, Pacheco, & Zamory, 2021)

Crescente, SJ y Lopez, AI en su tesis titulada “*Colestasis intrahepática del embarazo: relación entre niveles de ac. Biliares, transaminasas y bilirrubina con resultados perinatales durante el año 2020 en hospital materno provincial*” (Argentina, 2021) La colestasis intrahepática durante el embarazo (CIE) se asocia con graves resultados perinatales, que incluyen parto pretérmino espontáneo, asfixia fetal, distres fetal y, en el peor de los casos, muerte fetal intrauterina. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la tasa de resultados perinatales negativos en pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Materno Provincial durante el año 2020. Se llevó a cabo una investigación observacional, retrospectiva, transversal y descriptiva.

Se revisaron casos de pacientes con diagnóstico clínico y/o bioquímico confirmado de CIE, las cuales fueron monitoreadas durante el curso de su embarazo en la misma institución. Se estableció que era necesario realizar análisis de laboratorio para controlar los niveles de ácidos biliares, transaminasas y bilirrubinas, con el fin de identificar la enfermedad, hacer un seguimiento adecuado y planificar el final del embarazo.

El estudio incluyó a 38 pacientes diagnosticadas con CIE, y se calculó una tasa de incidencia de 1.1 por cada 100 neonatos vivos. De estas, el 44.73% presentó un bajo riesgo perinatal, el 23.69% un riesgo moderado y el 31.37% un alto riesgo, según los indicadores serológicos. Además, el 33.6% de las gestantes culminó su embarazo a las

37 semanas, a excepción de aquellas que mostraron niveles superiores a 40 micromoles/L, las cuales finalizaron entre las 32 y 36. 6 semanas, a pesar de recibir tratamiento. No se registraron fallecimientos, tanto fetales como neonatales. En cuanto al estado del recién nacido, el índice de Apgar mostró una desviación estándar de  $8 \pm 1$  al nacer, y alcanzó  $9 \pm 0.87$  a los 5 minutos. El peso promedio de los neonatos fue de 2880 gramos, y el 73.1% no presentó líquido meconial. Además, el 10.52% de los casos experimentó un parto pretérmino espontáneo. La edad gestacional al término del embarazo se relacionó con altos niveles de ácidos biliares, un indicador esencial, complementado por los niveles de transaminasas en sangre, lo que permite evaluar la gravedad de la enfermedad y llevar a cabo un seguimiento efectivo. (Crescente & AL, 2021)

### **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES:**

Bustamante Nieto, C. en su tesis titulada “*Factores asociados a colestasis intrahepática gestacional en el complejo hospitalario PNP Luis N. Sáenz en el período 20210-02023, Lima-Perú*” (2024) La colestasis intrahepática gestacional se presenta como la enfermedad más común durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, originada por alteraciones en la hemostasia de los ácidos biliares. Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la colestasis gestacional intrahepática en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz, abarcando el periodo de 2021 a 2023. Se realizó un análisis retrospectivo, observacional y analítico en forma de casos y controles, revisando los historiales clínicos de las mujeres embarazadas atendidas en dicha institución. Para el análisis de los datos, se utilizó el software SPSS y se aplicaron diversas pruebas

estadísticas, incluida la relación de probabilidades y el intervalo de confianza del 95%. Los hallazgos revelaron que tener un nivel de instrucción secundaria, por ejemplo, incrementa en 10.509 veces la probabilidad de desarrollar colestasis intrahepática gestacional (ORa: 10.509, IC 95%: 2.362-30.186, P: 0.001). Además, las embarazadas con 35 semanas o menos mostraron un efecto protector contra esta condición (ORa: 0.986, IC 95%: 0.606-2.374, P: 0.972) en comparación con aquellas que tenían 35 semanas o más. En cuanto al índice de masa corporal (IMC), se evidenció que el sobrepeso multiplica por 2.447 el riesgo de padecer colestasis intrahepática gestacional (ORa: 2.447, IC 95%: 1.016-4.428, P: 0.043) en comparación con las personas que tienen un peso normal. Respecto a la obesidad, se observó una probabilidad mucho mayor de sufrir colestasis intrahepática gestacional (ORa: 2.447, IC 95%: 1.294-20.250, P: 7.363) frente a quienes se encuentran en un rango de peso normal. En conclusión, las mujeres embarazadas de menos de 35 semanas (ORa: 0.986, IC 95%: 0.606-2.374, P: 0.972) se identificaron como un grupo con menor riesgo de desarrollar colestasis intrahepática gestacional. Por otro lado, factores como la obesidad (ORa: 2.447, IC 95%: 1.294-20.250, P: 7.363) y el sobrepeso (ORa: 2.447, IC 95%: 1.016-4.428, P: 0.043) están estrechamente relacionados con el aumento del riesgo de esta afección. (Bustamante Nieto, 2024)

Lozada Rodríguez, N. con su tesis titulada "*Colestasis gestacional intrahepática como factor asociado a riesgo de pérdida de bienestar fetal en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo*" (2024) El propósito de este estudio es determinar si la colestasis gestacional intrahepática está relacionada con el riesgo de pérdida de bienestar fetal en el

Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. Para lograrlo, se llevó a cabo una investigación observacional con un enfoque cuantitativo y un diseño de cohorte retrospectiva. Se seleccionaron 306 historias clínicas de gestantes que se internaron en el Servicio de Gineco-obstetricia del mismo hospital, cuyas fechas de nacimiento abarcan desde enero de 2018 hasta diciembre de 2022. Estas historias incluían tanto casos con diagnóstico de colestasis gestacional intrahepática como aquellos sin dicho diagnóstico. Para analizar las posibles correlaciones entre las variables, se aplicará la prueba de Chi cuadrado, y para evaluar el riesgo, se empleará el Riesgo Relativo con un margen de confianza del 95%. (Lozada, 2024)

Ibarra Montesinos, J. en su investigación titulada “*Asociación entre colestasis intrahepática gestacional y complicaciones maternas perinatales en gestantes del Hospital de Chancay del 2017 al 2020*” (2021) El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre la colestasis intrahepática gestacional y las complicaciones materno-perinatales en gestantes atendidas en el hospital de Chancay, durante el periodo de 2017 a 2020. La metodología utilizada fue de carácter observacional, retrospectivo y transversal, empleando un análisis de casos y controles. La muestra se conformó por 40 casos y 40 controles que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Para la recolección de datos, se revisaron las historias clínicas mediante un formulario específico. El análisis de los datos se realizó utilizando el software SPSS versión 25. 0, aplicando pruebas estadísticas como Chi cuadrado y la razón de probabilidades, con un intervalo de confianza del 95%. Los resultados revelaron que las variables estadísticamente significativas asociadas a las complicaciones perinatales en la

colestasis intrahepática gestacional incluían la edad materna (P=0,043, OR: 4,750 IC95%, 0,941-23,985), la coloración del meconio en el líquido amniótico (P=0,039, OR: 3,051 IC95%, 1,032-9,022) y el historial de litiasis biliar (P=0,032, OR: 3,370 IC95%, 1,070-10,613). Por otro lado, no se identificó relación estadística con respecto a otras variables. En conclusión, se determinó que la edad materna, la coloración del meconio y el historial de litiasis biliar son factores relacionados con la colestasis intrahepática gestacional y mostraron relevancia estadística. Sin embargo, no se encontró asociación con la hipoglicemia neonatal, el óbito fetal ni la preeclampsia. (Ibarra Montesinos, 2021)

Ccahuana Villca, A. en su investigación “*Asociación entre nivel sérico de ácidos biliares y resultados adversos perinatales en pacientes con colestasis hepática gestacional Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021*” (2021) Se señala que aún no se ha establecido con certeza el nivel sérico de ácido biliar que afecta estos resultados, ya que algunos investigadores indican que se requiere una concentración en sangre superior a 40, 37 o 10  $\mu\text{mol/L}$ , e incluso cuestionan la existencia de una correlación lineal entre ambas variables. Por lo tanto, es fundamental realizar un estudio que facilite la comprensión de la relación entre los niveles séricos de ácidos biliares y los resultados perinatales adversos en gestantes que presentan colestasis hepática. (Ccahuana Villca, 2021)

Yanque Robles, O. en su publicación titulada “*Colestasis Intrahepática Gestacional*” (2020) La colestasis intrahepática gestacional (CIG) se caracteriza por la presencia de

prurito en las mujeres embarazadas y niveles elevados de ácidos biliares en suero. Esta condición está asociada con un incremento en eventos obstétricos adversos, como el parto prematuro, la presencia de líquido amniótico teñido y el fallecimiento fetal. Su incidencia varía notablemente, siendo reportadas las tasas más altas en países de Sudamérica y Asia. Aunque la causa exacta de la CIG sigue sin conocerse, se han identificado varios factores de riesgo y defectos genéticos que han sido objeto de numerosos estudios. El diagnóstico es fundamental para clasificar la condición, y se recomienda iniciar un tratamiento temprano con ácido ursodesoxicólico (AUDC), además de proporcionar información sobre posibles complicaciones y la finalización del embarazo. (Yanque, 2020)

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. COLESTASIS EN EL EMBARAZO:**

La colestasis intrahepática del embarazo es una afección que se presenta únicamente durante la gestación, habitualmente a partir del segundo o tercer trimestre, y que generalmente se resuelve de forma espontánea tras el parto. (Espinoza Artavia, 2019)

La incidencia de colestasis intrahepática del embarazo muestra una variabilidad notable según los grupos étnicos y las diferentes regiones geográficas a nivel mundial, con estimaciones que oscilan entre el 0,2% y el 25%. Esta condición es reportada con mayor frecuencia en poblaciones del sur de Asia, el norte de Europa, Escandinavia y en varios países de América del Sur. Destaca especialmente la región de la Araucanía, donde la incidencia entre las comunidades indígenas alcanza un sorprendente 27,6%, la más elevada del mundo. (Lai Yi, 2020)

- Etiología:

La colestasis intrahepática es una condición compleja durante el embarazo que surge de diversas causas relacionadas con factores genéticos, hormonales y ambientales.

- Etiología Genética: La presencia de grupos familiares, la distribución geográfica desigual y unas tasas de recurrencia que alcanzan hasta el 90% sugieren que la susceptibilidad genética desempeña un papel crucial en el desarrollo de la enfermedad. Específicamente, los genes que influyen en el transporte de bilis y en los niveles de ácidos biliares dentro de las células tienen un impacto significativo en la colestasis intrahepática experimental (CIE). Se ha comprobado que hay defectos genéticos involucrados en al menos seis transportadores en los túbulos. La mayor parte de la información sobre la CIE proviene de investigaciones sobre colestasis intrahepática familiar progresivo (PFIC), en las cuales se han identificado mutaciones en los genes ATP8B1, ABCB11 y ABCB4 como responsables de las formas PFIC 1, 2 y 3, respectivamente. Las variaciones genéticas pueden manifestarse como polimorfismos, ya sean heterocigotos u homocigotos, que se localizan en diferentes puntos y pueden dar lugar a diversas complicaciones que resultan en la obstrucción del flujo biliar en los hepatocitos. Esto provoca una retención de los componentes biliares y una acumulación compensatoria, que se traduce en niveles anormales de bilis en la sangre periférica, como se observa en la CIE.
- Etiología hormonal: Existen evidencias que sugieren que las hormonas reproductivas, como el estrógeno y la progesterona, están involucradas en la patogénesis de la colestasis intrahepática del embarazo (CIE). Durante el tercer trimestre, momento en el

que suele manifestarse la enfermedad, los niveles de estas hormonas alcanzan su punto máximo. Los estrógenos pueden inducir un efecto colestásico al disminuir la captación de ácidos biliares por los hepatocitos, lo que repercute negativamente en su flujo normal. Por otro lado, también se ha demostrado que los metabolitos de la progesterona juegan un papel en la etiología de esta condición, actuando como agonistas parciales del receptor principal de ácidos biliares (FXR). Esta acción provoca una inhibición competitiva en la absorción de ácidos biliares, alterando así su adecuado flujo de salida. (Peraza Rojas, 2022)

- Factor ambiental: Durante los meses de invierno, se ha observado un aumento en los casos de CIE. Además, se han sugerido otros factores externos, como los niveles bajos de selenio y las reducidas concentraciones de vitamina D, que podrían influir en la patogénesis de esta condición. Sin embargo, la relación de estos factores con la patogenia aún necesita una definición más clara. (Peraza Rojas, 2022)

- Factores de riesgo:

Los principales factores de riesgo asociados a la colestasis intrahepática del embarazo (CIE) incluyen la edad materna avanzada, específicamente en mujeres mayores de 35 años. También son relevantes los antecedentes de colestasis relacionada con el uso de anticonceptivos orales, así como una historia personal o familiar de esta condición.

Varios estudios han señalado una alta prevalencia de CIE en pacientes que presentan infección por hepatitis C, colelitiasis, esteatohepatitis no alcohólica y hepatitis crónica.

Asimismo, se ha observado que la colestasis intrahepática tiende a ser más frecuente en embarazos posteriores y muestra una mayor incidencia en casos de embarazos

múltiples. Por ejemplo, un estudio realizado en Finlandia reveló que la incidencia de CIE aumenta al 14% en embarazos gemelares y puede alcanzar hasta un 43% en embarazos de trillizos. (Lai Yi, 2020)

- Clasificación:

- La clasificación del nivel de riesgo se basará en diversos criterios que incluyen tanto aspectos bioquímicos como los antecedentes de la madre y del feto. Gracias a estos parámetros, se podrá categorizar a las pacientes de la siguiente forma:

- Bajo riesgo: Ácidos biliares en un rango de 10 a 19 mmol/l y/o un aumento en las transaminasas que no supera el doble del valor de referencia.

- Riesgo moderado: Ácidos biliares entre 20 y 39 mmol/l y/o un incremento en las transaminasas sin que sobrepase el doble del valor de referencia.

- Alto riesgo: Ácidos biliares iguales o superiores a 40 mmol/l y/o un aumento en las transaminasas que es al menos el doble del valor de referencia, o bien una falta de respuesta al tratamiento.

- Categoría especial: Pacientes con un historial personal o familiar de colestasis intrahepática en embarazos anteriores, o con antecedentes de muerte fetal previa, ya sea con o sin un diagnóstico específico de colestasis. (Berrios Hinostroza, 2024)

- Manifestaciones clínicas:

La mayoría de las pacientes señala que el prurito es el síntoma más común, que

habitualmente comienza a aparecer durante el avanzado tercer trimestre de la gestación y tiende a resolverse en cuestión de horas o días después del parto. Este síntoma puede manifestarse hasta tres semanas antes de que se detecten niveles elevados de ácidos biliares, por lo que es fundamental considerar esta patología en cualquier mujer embarazada que presente un prurito reciente. Generalmente, el picor afecta las palmas de las manos y las plantas de los pies; sin embargo, a medida que la enfermedad progresa, puede extenderse a otras áreas como las extremidades, los glúteos y el abdomen. Aunque no se observa ninguna lesión dermatológica específica asociada, el rascado puede llevar a excoriaciones leves e incluso a lesiones más severas. Se ha comprobado que el prurito tiende a intensificarse durante la noche, y a medida que avanza el embarazo, puede volverse tan intenso que cause insomnio y estrés psicológico. En aproximadamente el 10-15% de los casos, puede presentarse una leve ictericia, así como esteatorrea por malabsorción de grasas. Además, pueden aparecer otros síntomas como dolor en el cuadrante superior derecho, náuseas y pérdida de apetito. (Peraza Rojas, 2022)

- Fisiopatología:

La alteración principal se origina en la disminución de la excreción de ácidos biliares, lo que conlleva a una menor cantidad de estos compuestos en la luz intestinal y, como resultado, a una acumulación excesiva en el plasma. Esta acumulación en el tejido hepático provoca una respuesta inflamatoria, que se manifiesta a través de un aumento en los niveles de transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina y alteraciones en el metabolismo de los gliceróles. Este último fenómeno, combinado con la actividad de la enzima autotaxina, da lugar a un incremento en los niveles de ácido lisofosfatídico. Al

alcanzar este ácido las terminaciones nerviosas intradérmicas, ocasiona picazón, convirtiéndose en el síntoma más evidente de esta afección.

El metabolismo de los ácidos biliares en el feto comienza alrededor de las 12 semanas de gestación. En esta etapa, las proteínas transportadoras presentes en la placenta desempeñan un papel esencial en la regulación de estos compuestos que provienen del plasma materno. Sin embargo, cuando los niveles plasmáticos de estos ácidos aumentan considerablemente, estas proteínas alcanzan su capacidad de transporte máxima, lo que provoca un desequilibrio. Como resultado, los ácidos biliares se incrementan tanto en el líquido amniótico como en la sangre fetal.

El aumento en el plasma materno genera una mayor sensibilidad del miometrio a la oxitocina, incrementando así el riesgo de parto prematuro. Además, en la placenta se producen episodios de vasoconstricción coriónica, que pueden dar lugar a hipoxia fetal. Esta elevación de ácidos en la sangre del feto también estimula la motilidad intestinal, lo que podría resultar en la presencia de meconio en el líquido amniótico. La consecuencia más grave de esta acumulación de ácidos es su efecto sobre el sistema de conducción cardíaco del feto, lo que puede provocar arritmias cardíacas e incluso la muerte fetal.

Durante el embarazo, la placenta desempeña un papel crucial en la protección del feto al limitar su exposición a sustancias tóxicas, como los ácidos biliares. La presencia de la proteína TGR5 en las células trofoblásticas y en los macrófagos fetales indica que esta vía podría influir en la salud placentaria. Investigaciones recientes sugieren que el ácido taurocolico podría tener un impacto directo en la vascularización placentaria, lo que podría provocar disfunciones en este órgano y dar lugar a resultados perinatales negativos. Adicionalmente, otros estudios apoyan la idea de que los ácidos biliares

pueden interferir con el factor surfactante en los recién nacidos, lo que podría precipitar el distrés respiratorio relacionado con esta condición. (Arriaga López, 2021)

- Diagnóstico:

Es fundamental considerar la colestasis intrahepática del embarazo en mujeres que experimentan picazón generalizada durante la segunda mitad de la gestación. Esta sensación de prurito, que comúnmente afecta las palmas de las manos y las plantas de los pies, tiende a intensificarse durante la noche y no se acompaña de erupciones cutáneas. Durante el examen físico, se pueden notar escoriaciones causadas por el rascado; sin embargo, la aparición de pápulas, placas o vesículas es poco frecuente. Para establecer un diagnóstico, se llevan a cabo análisis de laboratorio que incluyen la medición de ácidos biliares en sangre y la evaluación de las transaminasas séricas, aunque estas últimas no siempre muestran elevaciones. Un aumento en los niveles de GGT puede indicar un deterioro de la función hepática. Por otro lado, un incremento en la fosfatasa alcalina carece de relevancia diagnóstica en este contexto, ya que su elevada presencia puede ser un hallazgo normal durante el embarazo, dado que es producida por la placenta.

Es interesante notar que el prurito puede aparecer hasta tres semanas antes de que los niveles de ácidos biliares se eleven y de una a dos semanas antes de que las transaminasas aumenten. Por lo tanto, resultados normales en estas pruebas no descartan un diagnóstico posible, y se recomienda repetir los análisis en pacientes sintomáticas cada uno o dos semanas. Las pruebas de imagen se realizan para descartar otras condiciones, aunque en casos de colestasis intrahepática del embarazo, el parénquima

hepático suele presentarse con un aspecto normal. Sin embargo, algunas pacientes pueden mostrar un aumento en el tamaño de la vesícula biliar. Aunque no es necesaria una biopsia hepática, se pueden observar características de colestasis canalicular con tractos portales preservados.

Entre los diagnósticos diferenciales del prurito durante el embarazo, destacan la erupción atópica y la erupción polimorfa. Es importante resaltar que ambas condiciones se manifiestan con la aparición de un rash característico. Sin embargo, existen diversas causas de prurito que no presentan erupciones cutáneas. Entre ellas se incluyen hepatopatías, trastornos tiroideos (tanto hipotiroidismo como hipertiroidismo), malabsorción, así como linfomas de Hodgkin y no Hodgkin, síndrome paraneoplásico y parasitosis. Es crucial descartar patologías que podrían ocasionar un aumento en los niveles de transaminasas, tales como el síndrome de HELLP, el hígado graso, hepatitis viral, hepatitis autoinmune y preeclampsia con criterios de severidad. En este escenario, el prurito puede actuar como un indicador que facilite el proceso diagnóstico. Además, es recomendable considerar otras causas que puedan elevar los ácidos biliares, incluyendo cirrosis biliar primaria, obstrucciones en las vías biliares, tumores hepatobiliares y colestasis inducida por medicamentos, como el trimetoprim-sulfametoxazol y la ampicilina. (Ramírez Perera, 2023)

- Tratamiento:

El ácido ursodesoxicólico (UDCA), también conocido como ursodiol, es un ácido biliar terciario que, en condiciones naturales, representa alrededor del 3% del total de ácidos biliares en el organismo. Sin embargo, cuando se utiliza de manera crónica en

tratamientos externos, su proporción puede aumentar hasta alcanzar el 50% de esta reserva total. La función principal del UDCA es reducir los niveles de ácidos biliares primarios y normalizar la relación entre el ácido cólico y el ácido quenodesoxicólico. Este proceso no solo ayuda a inhibir la apoptosis de los hepatocitos, sino que también protege las células dañadas de los efectos adversos de los ácidos biliares endógenos. Además, el UDCA desempeña un papel crucial en la disminución de la concentración de ácidos biliares en otros compartimentos, como el líquido amniótico y la sangre del cordón umbilical. (Berrios Hinostroza, 2024)

El ácido ursodesoxicólico es un ácido biliar terciario y hidrofílico, considerado como el tratamiento de primera línea para esta afección. Su mecanismo de acción consiste en reemplazar los ácidos biliares primarios, que son hidrofóbicos y pueden dañar las membranas celulares. La evidencia indica que este medicamento no solo alivia el prurito, sino que también aumenta el flujo biliar y protege contra la apoptosis inducida por los ácidos biliares, favoreciendo un entorno más alcalino. Además, se logra reducir los niveles de ácido biliar en el líquido amniótico y en el cordón umbilical, gracias a la restauración del gradiente de transporte de la bilis desde la placenta hacia la madre. La dosis recomendada oscila entre 10 y 16 mg/kg/día, dividida en tres tomas, con un límite máximo de 21 mg/kg/día. Es fundamental mencionar que, hasta la fecha, no se ha evidenciado un beneficio claro en el pronóstico del feto, aunque algunos estudios sugieren una disminución en la incidencia de partos prematuros. Para aquellos pacientes que no experimentan mejoría con el ácido ursodesoxicólico, existen alternativas como la rifampicina, que actúa sinérgicamente con este ácido para aliviar el prurito, así como la colestiramina, el S-adenosil L-metionina y antihistamínicos. Se han considerado otras

opciones, como la dexametasona y la vitamina K, aunque estas cuentan con menos evidencia sobre su efectividad. En lo que respecta al manejo del parto, se recomienda realizar pruebas de bienestar fetal de manera semanal, con el fin de detectar cualquier compromiso de manera oportuna. Se aconseja inducir el trabajo de parto a partir de la semana 36 de gestación, subrayando que esta condición no justifica necesariamente una cesárea. Si no se observa mejoría sintomática con el tratamiento farmacológico y existen antecedentes de muerte fetal intrauterina antes de la semana 36 debido a colestasis intrahepática del embarazo, así como niveles de ácidos biliares superiores a 100 micromol/L, se sugiere considerar el parto entre las semanas 34 y 36. No hay un consenso claro entre las guías de las instituciones de ginecología y obstetricia sobre la edad gestacional más apropiada para llevar a cabo la interrupción del embarazo. Por lo general, el prurito tiende a desaparecer en los primeros 2 a 3 días postparto, mientras que los resultados de las pruebas de laboratorio suelen normalizarse en un plazo de 4 semanas. Si una paciente experimenta prurito persistente o síntomas asociados a enfermedades hepatobiliares, es necesario repetir las pruebas de laboratorio. Si los resultados siguen alterados, será fundamental investigar otras posibles causas. (Ramírez Perera, 2023)

- **Complicaciones:**

La colestasis intrahepática del embarazo (CIE) se ha relacionado con un incremento significativo en el riesgo de parto pretérmino y la presencia de meconio. Se estima que el 30% de los embarazos con CIE culminan en partos pretérmino, fenómeno que se vincula a una mayor expresión de receptores de oxitocina en el miometrio, influenciada

por los ácidos biliares. En embarazos a término, la presencia de meconio se observa en un 15% de los casos; sin embargo, esta cifra se eleva al 58% en aquellos con colestasis y alcanza el 100% en fetos que han fallecido debido a esta afección.

Los ácidos biliares no solo incrementan la motilidad colónica, sino que también inducen hipoxia, lo que a su vez estimula el paso de meconio al útero. Además, la bilis ejerce un efecto vasoconstrictor agudo sobre el flujo sanguíneo placentario, dependiendo de su concentración. En neonatos que presentan aspiración intrauterina de meconio, se han observado infartos pulmonares subpleurales, resultado de la vasoconstricción de las arterias preacinares. El distress respiratorio en neonatos está asociado tanto a partos prematuros espontáneos como a aquellos derivados de intervenciones médicas durante el embarazo. No obstante, este enfoque ha permitido reducir la tasa de mortalidad fetal de un 13-15% a un notable 3%. Esta mejora se apoya en la evidencia de que la mayoría de las muertes fetales ocurren en gestaciones que superan las 37 semanas. A pesar de ello, algunos estudios reportan casos de muerte fetal en embarazos de 31 a 32 semanas, incluso en situaciones donde los niveles de ácidos biliares son bajos o moderados. La relación entre los niveles de ácidos biliares en suero y la mortalidad fetal no está del todo clara. Además, la

repentina producción de estos ácidos dificulta la definición de una estrategia de manejo específica. Se ha demostrado que los ácidos biliares pueden causar fallas cardíacas debido a arritmias en el feto. Asimismo, es fundamental tener en cuenta las posibles complicaciones maternas a largo plazo, que incluyen litiasis biliar, colecistitis, pancreatitis y cirrosis no alcohólica. (Dr. Pizarro Madrigal, 2022)

### **III. ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Reporte de casos.

#### **3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo.

#### **3.3 ESCENARIO Y ESTUDIO DE PARTICIPANTES**

Se revisó el caso clínico de una paciente atendida en el Hospital Regional de Huacho, en el servicio de Gineco-Obstetricia, durante el año 2023.

#### **3.4 ESTRATEGIA DE PRODUCCIÓN DE DATOS**

Se realizó la revisión de la historia clínica de la paciente, donde se registro minuciosamente todas las atenciones, exámenes de apoyo al diagnóstico (ecografías, monitoreo electrónico fetal) y exámenes de laboratorio, para así tener una perspectiva detallada del caso.

#### **3.5 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS**

El análisis de resultados se pudo realizar en relación a los exámenes de laboratorio y exámenes de apoyo al diagnóstico que se realizó a la paciente, teniendo en cuenta la frecuencia de ellos y, como iba evolucionando en relación al cuadro clínico que iba presentad la paciente.

#### **3.6. ASPECTOS ÉTICOS**

Durante el estudio se ha salvaduardado la identidad del paciente, ademas de garantizar su integridad, respeto, beneficencia y justicia, bajo los principios y normas que guían la conducta del investigador.

## **IV. PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO**

### **A. DATOS DE FILIACIÓN:**

Fecha de atención : 09/10/2024

Tipo de seguro : SIS

Lugar de atención : H.R.H.

Apellidos y nombres : T.M.A.

Edad : 26 años

Estado civil : Conviviente

Grado de instrucción : Superior completa

Ocupación : Docente de Educación Inicial

Domicilio : Jr. José Olaya #149

### **B. ATENCIÓN PRENATAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA:**

Historia Materno Perinatal:

F.O. : 0010

FUR : 18/01/2024

FPP : 25/10/2024

Antecedentes familiares: Diabetes (padre. Antecedentes personales: Epilepsia

Antecedentes obstétricos: Aborto incompleto + legrado uterino (11/11/2022)

RAM: Hioscina, tramadol, omeprazol Peso Habitual : 63Kg.

Talla : 156 cm.

Controles Prenatales: Registra según historia clínica materno perinatal 11 atenciones

prenatales realizadas en el Hospital Regional de Huacho. (Anexo 02)

### **ATENCIÓN EN CONSULTORIO EXTERNO:**

**13/03/2024 - Obstetricia:** Paciente inicia control prenatal, refiere náuseas y tiene control con Neurología desde los 2 años por epilepsia (último control 6/3/24 en el HRH). Niega otras molestias.

Al examen: PA: 96/65mmHg P: 93 por min, T: 36.6°C Peso: 59.5Kg.

A la evaluación obstétrica: AU: IP FCF: NA MF: NA SPP: Indiferente

Exámenes complementarios:

Ecografía TV (9/3/24): G. U.A. de 7 1/7ss por LCN. Hematoma retrocorial. Quiste ovárico derecho. (según historia clínica)

### **Impresión diagnóstica:**

1. Supervisión del embarazo 7 5/5ss x FUR – ECO I
2. Administración de micronutrientes

### **Plan:**

1. CPN 1
2. Plan de parto 1
3. O y Cc en LAME 1
4. O y Cc en signos de alarma
5. s/s batería prenatal

6. s/s ecografía genética (12 a 14ss)

7. Reposo relativo Cita: 13/4/2024

8. i/c Ginecología, nutrición, dental, psicología. Continuar con control neurológico.

**22/07/2024 - Ginecología:** Al examen: PA: 100/65mmHg, P: 112 x min, Peso: 63.5Kg.

MF (+) SV (-) LA (-)

Al examen: AU: 23cm, LCF: 152 TV: -

**Impresión diagnóstica:**

1. G2 de 26 4/7ss x FUR

2. NO TdP

3. Patología digestiva

4. d/c ITU

**Plan:**

1. I/C dental, gastroenterología

2. Sulfato ferroso + ácido fólico + carbonato de calcio

3. CPN en 30 días

4. s/s eco Doppler

**04/09/2024 - Ginecología:** Al examen: PA: 112/78mmHg, P: 107 x min, Peso: 66Kg.

MF (+) SV (-) LA (-)

Al examen: AU: 29cm, SPP: LCI, LCF: 135 TV: -

**Impresión diagnóstica:**

1. G2P0 de 32 6/7ss x FUR

2. d/c Colestasis

**Plan:**

1. s/s exámenes de laboratorio (ácidos biliares)

2. Ácido ursodesoxicólico 250mg c/8h

3. Clorfenamina 10 mg VO c/8h

4. Signos de alarma

**C. ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN:**

**FECHA:** 13/08/2024    **HORA:** 11:00a.m.

**Motivo de Atención:**

Paciente ingresa por emergencia refiriendo que desde hace 1 semana inicio con prurito a predominio de miembros inferiores que se van intensificando con los días, hace  $\pm 2$  días en palmas y plantas sobre todo en la noche, además refiere dolor abdominal tipo contracción esporádicamente, niega pérdida de sangrado vaginal, niega pérdida de LA, refiere percibir movimientos del feto.

Fecha de Última Regla (FUR): 18/01/2024 Fecha Probable de Parto (FPP): 25/10/2024

Antecedentes familiares:

Diabetes (padre).

Antecedentes Obstétricos:

G1P0010, 9 atenciones prenatales.

Antecedentes Patológicos:

Epilepsia en tto. Con levetiracetam.

RAM: Hioscina, tramadol, omeprazol.

Examen Físico General:

Funciones vitales: PA: 107/70mmHg, FC: 114xMin, FR: 20xMin, T: 36°C. AREG -

LOTEP. Aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones.

Examen Obstétrico:

Abdomen: Útero grávido por feto único. Blando, depresible con leve dolor a la palpación.

Altura uterina: 26cm. SPP: LCD LCF: no registra. Tono uterino: Adecuado. MF: ++

Dinámica uterina: ausente.

Genitales externos: normales. Tacto vaginal: dehiscente B: - AP: flotante MO: Integras. Pelvis:

Adecuada

### **Impresión Diagnóstica:**

1. G2P0 29 4/7sem x eco I.
2. d/c Colestasis gestacional.
3. RAM: Hioscina, tramadol, omeprazol.

4. Epilepsia.

**Plan de Trabajo:**

1. Hospitalización.
2. Dieta hipoalergénica + LAV
3. CFV
4. NaCl 0.9% x 1000cc a 30 gts. X'
5. Loratadina 10mg VO c/24h
6. Control DU + LCF
7. MEF
8. s/s ácidos biliares
9. Levetiracetam 100mg. VO c/12h
10. Ácido ursodesoxicólico 250mg c/8h

**Indicaciones terapéuticas:**

Colocación de VEP en MSI con Cloruro de sodio al 9% por 1000cc a 30 gotas por minuto.

Hospitalización. (Anexo 03)

**FECHA:** 13/08/2024      **HORA:** 05:05 p.m.

Paciente ingresa al servicio de hospitalización estable con vía endovenosa permeable. Al momento: algo ansiosa, refiere prurito generalizado desde hace  $\pm$ 8h. Percibe movimientos fetales.

CFV: presión arterial: 110/70mmHg, pulso: 95xMin, temperatura: 36.8°C. Examen

obstétrico: AU: 26cm. SPP: LCI LCF: 142x' DU: no se evidencia TV: Diferido

Indicación médica: CFV + MEF. s/s ecografía Doppler. s/s examen de ácidos biliares.

Ecografía Obstétrica: (24/07/24)

Gestación única activa de 27 semanas 5 días por Biometría fetal y 26 semanas 5 días x ECO

I.

Crecimiento fetal en (P89)

Feto en podálico al momento del examen. (Anexo 04)

Ecografía Obstétrica: (13/08/24)

Gestación única activa de 29 semanas 3 días por ECO I. Crecimiento fetal P30.

Doppler anormal de arterias uterinas (patológico) <P99. (Anexo 05)

Informe cardiotocográfico: 10:30 a.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Reactivo.

Exámenes de Laboratorio (13/08/2024):

- Glóbulos rojos: 4070 000
- Abastoados: 00
- Segmentados: 91
- Eosinófilos: 00
- Basófilos: 00
- Monocitos: 00
- Linfocitos: 0.9

- Hemoglobina: 12.5
- Hematocrito: 37
- Recuento de plaquetas: 300 000
- Leucocitos: 8500
- Bioquímica: Creatinina: 0.52mg/dl Urea: 18.36mg/dl
- Fosfatasa alcalina: 168.83 U/L
- Transaminasa (TGO): 103.65 U/L
- Transaminasas (TGP): NHR
- Proteínas totales y fraccionadas:
  - Albúmina: 3.53 gr/dL
  - Globulina: 3.14 gr/dL
  - Proteínas totales: 6.66 gr/gL
- Bilirrubina totales y fraccionadas:
  - Bilirrubina directa: 0.34 mg/dL
  - Bilirrubina indirecta: 0.24 mg/dL
  - Bilirrubina total: 0.58 mg/dL
- Examen de orina: Examen químico:
  - Densidad: 1015 pH: ácido
  - Glucosa: Negativo

Proteínas: Negativo

Nitritos: Negativo

Pigmentos biliares: Negativo

Urobilinógeno: Negativo

Cetona: Negativo

Sangre: Negativo

- Examen Sedimentos:

Células epiteliales: 10-15Xc

Hematíes: 0 -2 xC

Leucocitos: 6-8xC

Cilindros: No se observan

Cristales: No se observan

Gérmenes: 1+

Informe cardiotocográfico: 07:50 p.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Activo Reactivo

**Impresión diagnóstica:**

1. G2P0 29 4ss x ECO I

2. Colestasis gestacional

3. RAM (hioscina, tramadol, omeprazol)

4. Epilepsia

**Plan:**

1. Control obstétrico

2. s/s ácidos biliares por indicación médica

**FECHA:** 14/08/2024      **HORA:** 08:30 p.m.

Médico de turno evalúa paciente e indica maduración pulmonar. Paciente con vía endovenosa permeable. Al momento: refiere leve prurito en miembros superiores.

CFV: presión arterial: 90/60mmHg, pulso: 84xMin, temperatura: 36.8°C. LCF; 142x' DU: -  
MF: ++

Indicación médica: MEF. Maduración pulmonar +continuar tto. P. resultados de laboratorio.

Informe cardiotocográfico: 4:41 a.m.

Calificación: 10/10. D.U: - Feto Activo Reactivo

Examen de laboratorio: 09:08 a.m. Ácidos biliares: 64.01 umol/L (ANEXO 06) Informe cardiotocográfico: 5:22 p.m.

Calificación: 10/10. D.U: - Feto Activo Reactivo

**FECHA:** 15/08/2024      **HORA:** 05:20 a.m.

Paciente con vía endovenosa permeable. Al momento: niega molestias. CFV: presión arterial: 110/70mmHg, pulso: 91xMin, temperatura: 37.1°C. Indicación médica: CFV + MEF. 2da. Dosis de betametasona 12mg. IM. Perfil hepático de control. Continuar con tto. I/C gastroenterología.

Informe cardiotocográfico: 05:18 a.m.

Calificación: 8/10. D.U: -

Feto Activo Reactivo. Variabilidad disminuida.

Examen de laboratorio: 03:08 p.m.

- Tiempo de protombina

Tiempo: 11.65 seg.

INR: 0.97 S/U

- Bioquímica:

Fosfatasa alcalina: 195.58 U/I

Transaminasas (TGO): 95.03 U/L

Transaminasas (TGP): 203.22 U/L

- Proteínas totales y fraccionadas:

Albumina: 3.24 gr/dL

Globulina: 2.87 gr/dL

Proteínas totales: 6.12 gr/dL

I/C gastroenterología: s/s ecografía abdominal y exámenes de laboratorio. Reevaluación con resultados.

Informe cardiotocográfico: 5:10 p.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

**FECHA:** 16/08/2024    **HORA:** 05:40 a.m.

Paciente asintomática.

CFV: presión arterial: 110/60mmHg, pulso: 78xMin, temperatura: 36.6°C. Indicación

médica: CFV + MEF. Perfil hepático de control c/48h. Continuar con tto. I/C

gastroenterología con resultados de exámenes. P. ácidos biliares. Informe cardiotocográfico:

05:15 a.m.

Calificación: 9/10. D.U: -

Feto Activo Reactivo. Variabilidad disminuida.

Exámenes de Laboratorio (16/08/2024):

- Glóbulos rojos: 3630 000
- Abastados: 00
- Segmentados: 86
- Eosinófilos: 1
- Basófilos: 00
- Monocitos: 2
- Linfocitos: 11
- Hemoglobina: 11.2
- Hematocrito: 33
- Recuento de plaquetas: 280 000

- Leucocitos: 9550

- Bioquímica:

Fosfatasa alcalina: 207 U/I

Transaminasa (TGO): 121.00 U/L

Transaminasas (TGP): 247.00 U/L

- Proteínas totales y fraccionadas:

Albúmina: 3.70 gr/dL

Globulina: 3.32 gr/dL

Proteínas totales: 7.02 gr/gL

- Bilirrubina totales y fraccionadas:

Bilirrubina directa: 0.24 mg/dL

Bilirrubina indirecta: 0.12 mg/dL

Bilirrubina total: 0.36 mg/dL

- Inmunología:

Hepatitis B CORE Anticuerpos totales: Negativo (13.9) INH%

ANA (Anticuerpos Antinucleares) Suero: Positivo (400) AU/ml

ANTI-MITOCONDRIALES (Método ELISA): <2 RU/mL

Ecografía abdominal: (16/08/24)

Conclusiones:

1. Colecistopatía crónica calculosa. Sin colecistitis.
2. Signos indirectos de esteatosis hepática difusa, grado I.
3. Colédoco y vías biliares intrahepáticas no dilatadas.
4. Gestación única, con feto único activo (LCF: 146lpm).
5. Páncreas y bazo ecográficamente normales. (ANEXO 07)

I/C gastroenterología:

**Impresión diagnóstica:**

1. Hipertransaminasemia
2. D/C Infección en vías hepáticas. Fosfatasa alcalina elevada
3. D/C Colestasis del embarazo

**Plan:**

1. Control con UDCA
2. Control de ac. Biliares sérico
3. I/C Neurología. Posibilidad de suspender Levetiracetam 100mg. VO c/12h

Informe cardiotocográfico: 5:10 p.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

**FECHA:** 17/08/2024    **HORA:** 04:52 a.m.

Paciente descansa tranquila.

CFV: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 89xMin, temperatura: 36.7°C. Indicación médica: CFV + MEF. Continuar tto. Reposo relativo. P. ácidos biliares.

Informe cardiotocográfico: 04:52 a.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Activo poco Reactivo.

Informe cardiotocográfico: 06:02 p.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

**FECHA:** 18/08/2024    **HORA:** 06:02 a.m.

Paciente descansa tranquila en su unidad.

CFV: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 80xMin, temperatura: 36°C. Indicación médica: CFV + MEF. Continuar tto. Reposo relativo. s/s perfil hepático de control. s/s eco Doppler. Clorfenamina 10mg. EV STAT. P. ácidos biliares.

Informe cardiotocográfico: 06:02 a.m.

Calificación: 10/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

Informe cardiotocográfico: 05:23 p.m.

Calificación: 10/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

**FECHA:** 19/08/2024    **HORA:** 05:00 a.m.

Paciente tranquila, percibe movimientos fetales.

CFV: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 88xMin, temperatura: 36.6°C.

Indicación médica: Alta con evaluación de exámenes de laboratorio.

Informe cardiotocográfico: 05:20 a.m.

Calificación: 10/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

Exámenes de Laboratorio (19/08/2024):

- Glóbulos rojos: 3520 000
- Abastados: 00
- Segmentados: 79
- Eosinófilos: 00
- Basófilos: 00
- Monocitos: 3
- Linfocitos: 18
- Hemoglobina: 10.8
- Hematocrito: 32
- Recuento de plaquetas: 200 000
- Leucocitos: 8200
- Coagulación:

Tiempo de sangría: 2.30 min.

Tiempo de coagulación: 6.30 min.

- Bioquímica:

Fosfatasa alcalina: 184.80 U/I

Transaminasa (TGO): 45.62 U/L

Transaminasas (TGP): 119.04 U/L

Deshidrogenasa láctica (DHL): 223.62 U/L

Urea: 12.29 mg/dL

- Proteínas totales y fraccionadas:

Albumina: 3.20 gr/dL

Globulina: 2.79 gr/dL

Proteínas totales: 5.99 gr/gL

- GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA

Gamma Glutamyl Transpeptidasa sérico (Método IFCC): 13.6 U/L

Inmunoglobulina M (Método Inmunoturbidimetría): 67 mg/dL

Inmunoglobulina G (Método Inmunoturbidimetría): 794 mg/dL

Hepatitis A Anticuerpos totales: Negativo (1.26)

Epstein BARR (VCA) IGM (Método ELISA): 0.08 Ratio

Citomegalovirus IGM (Método CLIA): 0.569 AU/ml

- Inmunología:

Hepatitis C: 0.12

Hepatitis B (AG HBS): No Reactivo

Paciente con alta médica a las 14:00h e indicaciones.

**FECHA:** 20/08/2024

**HORA:** 03:15 a.m.

**Motivo de Atención:**

Paciente gestante ingresa por emergencia, refiriendo prurito en todo el cuerpo incrementándose durante la noche, además refiere dolor tipo contracción uterina. Paciente hospitalizada del 13 al 19 de agosto.

Fecha de Última Regla (FUR): 18/01/2024 Fecha Probable de Parto (FPP): 25/10/2024

Antecedentes familiares:

Diabetes (padre).

Antecedentes obstétricos:

G1P0010, con 9 atenciones prenatales.

Antecedentes patológicos:

Epilepsia en tratamiento con levetiracetam c/12h desde hace 3 días. Colectomía

RAM: Hioscina, tramadol, omeprazol.

Examen físico general:

Funciones vitales: PA: 90/50mmHg, FC: 88xMin, FR: 19xMin, T: 36°C. AREG - LOTEP.

Aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones.

Examen obstétrico:

Abdomen: Grávido. Altura uterina: 26cm. SPP: LPD LCF: 142 x'. Tono uterino:

Adecuado. MF: ++ Dinámica uterina: ausente.

Genitales externos: normales. Tacto vaginal: dehisciente B: - AP: flotante MO: Integras. SV (-)

Fondo de saco: Libre.

Informe cardiotocográfico: 03:26 a.m.

Calificación: 9/10. D.U: - NST Reactivo.

Exámenes de Laboratorio (20/08/2024):

- Bioquímica:

Fosfatasa alcalina: 160.01 U/L

Transaminasas (TGP): 84.17 U/L

Transaminasas (TGO):28.11 U/L

- Proteínas totales y fraccionadas:

Albúmina: 3.35 gr/dL

Globulina: 2.59 gr/dL

Proteínas totales: 5.95 gr/gL

- Bilirrubina totales y fraccionadas:

Bilirrubina directa: NHR

Bilirrubina indirecta: NHR

Bilirrubina total: 0.24 mg/dL

Ecografía Obstétrica: (20/08/24)

Gestación única activa de 30 semanas 4 días por ECO I. Crecimiento fetal P69%.

Doppler obstétrico normal. Circular simple.

Feto podálico. (Anexo 08)

**Impresión diagnóstica:**

1. G2 30 4/7sem x eco I.
2. NLP
3. d/c Colestasis gestacional.
4. Epilepsia.
5. Litiasis vesicular.
6. RAM: Hioscina, tramadol, omeprazol

**Plan de Trabajo:**

1. Hospitalización.
2. Dieta hipoalergénica + LAV
3. CFV
4. NaCl 0.9% x 1000cc a 30 gts. X'
5. Loratadina 10mg VO c/24h
6. Control DU + LCF
7. MEF

8. Levetiracetam 100mg. VO c/12h

9. Ácido ursodesoxicólico 250mg c/8h

Indicaciones terapéuticas:

Colocación de VEP en MSI con Cloruro de sodio al 9% por 1000cc a 30 gotas por minuto.

Hospitalización. (Anexo 09)

**FECHA:** 20/08/2024     **HORA:** 06:30 a.m.

Paciente ingresa al servicio de ARO, estable, con vía endovenosa permeable. Actualmente refiere prurito en todo el cuerpo, percibe movimientos fetales.

CFV: presión arterial: 90/60mmHg, pulso: 74xMin, temperatura: 36.4°C. Examen obstétrico: AU: 27cm. LCF: 150x' DU: no se evidencia MF: + Indicación médica: CFV + MEF, continuar tto. P. ácidos biliares proteinuria de 24h, TSH/T4 libre.

Informe cardiotocográfico: 05:14 P.m.

Calificación: 10/10. D.U: - NST -Feto Activo Reactivo.

**Impresión diagnóstica:**

1. G2 30 4ss x ECO I
2. NLP
3. D/C Colestasis gestacional
4. Epilepsia
5. Litiasis vesicular

6. RAM (hioscina, tramadol, omeprazol)

**Plan:**

1. CFV + MEF
2. Control obstétrico

**FECHA:** 21/08/2024    **HORA:** 05:28 a.m.

Paciente niega molestias.

CFV: presión arterial: 100/70mmHg, pulso: 90xMin, temperatura: 36.4°C. Indicación médica: s/s perfil preeclampsia, s/s proteinuria de 24h I/C gastroenterología.

Informe cardiotocográfico: 05:28 a.m.

Calificación: 9/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

Exámenes de Laboratorio (21/08/2024):

- Bioquímica:

Fosfatasa alcalina: 167.00 U/L

Transaminasa (TGO): 29.81 U/L

Transaminasas (TGP): 70.04 U/L

Creatinina: 0.41 mg/dL

Urea: 14.93 mg/dL

- Proteínas totales y fraccionadas:

Albumina: 3.54 gr/dL

Globulina: 3.00 gr/dL

Proteínas totales: 6.54 gr/gL

Informe cardiotocográfico: 05:05 p.m.

Calificación: 9/10. D.U: - NST - Feto Activo Reactivo.

**FECHA:** 22/08/2024     **HORA:** 05:31 a.m.

Paciente descansa tranquila en su unidad.

CFV: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 92xMin, temperatura: 36.6°C.

Indicación médica: Continuar tto. P. resultados

Informe cardiotocográfico: 05:31 a.m.

Calificación: 10/10. D.U: - NST Reactivo.

Informe cardiotocográfico: 04:14 p.m.

Calificación: 9/10. D.U: - NST - Feto Activo Reactivo.

Exámenes de Laboratorio (22/08/2024):

• **Bioquímica:**

Proteinuria orina 24 horas Volumen: 1700 ml

Proteínas: 0.85 mg/dL

Proteinuria orina 24h: 14.45 mg/24h

• **Inmunología:**

TSH: 3.35 uIU/ml

T4 libre: 1.20 ng/dl

**FECHA:** 23/08/2024    **HORA:** 05:28 a.m.

Paciente niega molestias.

CFV: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 80xMin, temperatura: 36.5°C.

Indicación médica: control de perfil hepático. Continuar tto.

Informe cardiotocográfico: 05:28 a.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

Informe cardiotocográfico: 06:04 p.m.

Calificación: 9/10. D.U: - Feto Activo.

Exámenes de Laboratorio (22/08/2024):

- Bioquímica:

Fosfatasa alcalina: 171.12 U/L

Transaminasa (TGO): 25.22 U/L

Transaminasas (TGP): 47.11 U/L

- Bilirrubinas totales y fraccionadas:

Bilirrubina directa: NHR

Bilirrubina indirecta: NHR

Bilirrubina total: 0.29 mg/gL

**FECHA:** 24/08/2024    **HORA:** 05:28 a.m.

Paciente tranquila en su unidad.

CFV: presión arterial: 90/60mmHg, pulso: 82xMin, temperatura: 36.7°C.

Indicación médica: s/s perfil de coagulación, P. resultados.

Informe cardiotocográfico: 05:13 a.m.

Calificación: 9/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

Informe cardiotocográfico: 06:40 p.m.

Calificación: 9/10. D.U: - NST - Feto Activo Reactivo.

Exámenes de Laboratorio (24/08/2024):

- Hematología:

Recuento de plaquetas: 220.000%

- Coagulación:

Fibrinógeno: 464.89 mg/dL

Tiempo de tromboplastina parcial: 29.37 seg

Tiempo de sangría: 2.30 min

Tiempo de coagulación: 6.30 min

Tiempo de protombina: Tiempo: 12.46 seg

- INR: 1.04 S/U

**FECHA:** 25/08/2024    **HORA:** 05:21 a.m.

Paciente tranquila, no refiere molestias.

CFV: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 88xMin, temperatura: 36.5°C. Indicación

médica: Continuar con tto. P. resultados de proteinuria de 24h. Informe cardiotocográfico:

05:24 a.m.

Calificación: 9/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

Informe cardiotocográfico: 05:08 p.m.

Calificación: 9/10. D.U: - NST - Feto Activo Reactivo.

**FECHA:** 26/08/2024    **HORA:** 05:41 a.m.

Paciente refiere no haber tenido molestias durante la noche.

CFV: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 68xMin, temperatura: 36°C. Indicación médica: s/s perfil hepático antiestreptolisina, factor reumatoide, proteína C reactiva, perfil ENA, anti-RN, anti-SN.

Informe cardiotocográfico: 05:41 a.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

Informe cardiotocográfico: 04:32 p.m.

Calificación: 9/10. D.U: - NST - Feto Activo Reactivo.

**FECHA:** 27/08/2024    **HORA:** 05:00 a.m.

Paciente asintomática.

CFV: presión arterial: 90/60mmHg, pulso: 78xMin, temperatura: 36°C.

Indicación médica: Continuar con indicaciones. P. resultados.

Informe cardiotocográfico: 05:04 a.m.

Calificación: 10/10. D.U: - NST Reactivo.

Informe cardiotocográfico: 05:07 p.m.

Calificación: 9/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

**FECHA:** 28/08/2024    **HORA:** 05:00 a.m.

Paciente asintomática, descansa en su unidad.

CFV: presión arterial: 90/60mmHg, pulso: 88xMin, temperatura: 36°C.

Indicación médica: Alta posterior de evaluación de resultados.

Exámenes de Laboratorio (24/08/2024):

- Ácidos biliares (Método Espectrofotometría): 7.66 umol/L (ANEXO 10)

Informe cardiotocográfico: 05:03 a.m.

Calificación: 10/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

Médico de guardia indica alta con indicaciones.

**FECHA:** 05/09/2024    **HORA:** 04:55pm

**Motivo de Atención:**

Paciente acude por MEF, niega pérdida de sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico. Percibe movimientos fetales. Además, refiere prurito generalizado a predominio de abdomen, palmas de manos y genitales. Se realiza perfil hepático el día de hoy resultando un aumento de transaminasas por lo que se decide hospitalización.

Examen físico general:

Funciones vitales: PA: 110/70mmHg, FC: 84xMin, FR: 20xMin, T: 36.2°C. AREG -  
LOTEP. Aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones.

Examen obstétrico:

Abdomen: Útero grávido. Altura uterina: 30cm. SPP: LCI LCF: 134lat/min. MF: ++

Dinámica uterina: ausente.

Genitales externos: normales. Tacto vaginal: MO: Integras.

Exámenes de Laboratorio (05/09/2024):

Bioquímica:

- Fosfatasa alcalina: 293.26 U/L
- Transaminasas (TGP): 112 U/L
- Transaminasas (TGO): 58.50 U/L
- Urea: 20.43 mg/dL
- Creatinina: 0.43 mg/dL
- Proteínas totales y fraccionadas:

Albúmina: 3.80 gr/dL

Globulina: 3.43 gr/dL

Proteínas totales: 7.24 gr/gL

Informe cardiotocográfico: 12:30 p.m. Calificación: 9/10. D.U: Irritabilidad uterina. Feto

Activo Reactivo.

Se sugiere hidratación con ClNa 0.9% x 1000cc a 500cc a chorro.

Informe cardiotocográfico: 13:50 p.m.

Calificación: 9/10. D.U: Esporádico. Feto Activo Reactivo.

### **Impresión Diagnóstica:**

1. Gestante de 32 semanas por ECO I.

2. Colestasis gestacional.
3. Litiasis vesicular.
4. Epilepsia en tto.
5. RAM: Hioscina, tramadol, omeprazol.

**Plan de Trabajo:**

1. DB+LAV
2. CNa 0.9% x 1000cc (V.S.)
3. Ácido ursodesoxicólico 250mg c/8h
4. Levetiracetam 100mg. VO c/12h
5. CFV
6. Se hospitaliza

Indicaciones terapéuticas:

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

(ANEXO 11)

**FECHA:** 05/09/2024    **HORA:** 06:00 p.m.

Paciente ingresa al servicio de ARO, estable, con vía endovenosa permeable. Actualmente refiere prurito en todo el cuerpo, percibe movimientos fetales.

CFV: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 87xMin, temperatura: 36.5°C. Examen

obstétrico: Útero grávido. AU: 30cm. SPP: LCI, LCF: 144x'

TV: SV (-) LA (-)

Indicación médica: s/s perfil hepático. Informe cardiotocográfico: 06:11 p.m. Calificación: 9/10. D.U: Irritabilidad uterina. Feto Activo Reactivo.

**Impresión diagnóstica:**

1. G2 nulípara 32 6/7ss x ECO I
2. Colestasis gestacional en tto.
3. Epilepsia en tto.

**Plan:**

1. Control obstétrico en hoja de monitoreo aparte.
2. Tamizaje en VIF.

**FECHA:** 06/09/2024      **HORA:** 05:22 a.m.

Paciente en reposo absoluto, refiere persistencia de prurito en miembros superiores e inferiores, niega contracciones uterinas, niega pérdida de líquido amniótico y pérdida de sangrado vaginal.

CFV: presión arterial: 99/56mmHg, pulso: 76xMin, temperatura: 36.4°C. Indicación médica:

Médico de turno indica alta con indicaciones. Control por consultorio externo.

Informe cardiotocográfico: 05:22 a.m.

Calificación: 9/10. D.U: 1/15' Feto Activo Reactivo.

Alta médica con indicaciones.

**FECHA:** 22/09/2024    **HORA:** 08:25 a.m.

**Motivo de Atención:**

Paciente acude a emergencia manifestando que desde aproximadamente hace 4 horas presenta dolor de cabeza en la región frontal de tipo opresivo de moderada intensidad, zumbido de oído, dolor en epigastrio que irradia hacia la espalda. Además, refiere “ver luces de colores”, niega pérdida de sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico. Percibe movimientos fetales.

**Examen físico general:**

Funciones vitales: PA: 110/70mmHg, FC: 90xMin, FR: 20xMin, T: 36.5°C. AREG -  
LOTEP. Aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones.

**Examen Obstétrico:**

Abdomen: Globulado, ocupado por feto único a 31 cm. De la sínfisis del pubis, dolor leve a la palpación a nivel de epigastrio. Altura uterina: 31 cm. SPP: LCI LCF: 138lat/min. MF: ++

Genitales externos: normales. Tacto vaginal: D: - B: - AP: -4, MO: Integras. Se evidencia flujo blanquecino grumoso sin mal olor.

Informe cardiotocográfico: 06:03 a.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

Ecografía Obstétrica: (22/09/24)

Gestación única activa de 35 semanas 2 días por ECO I. Crecimiento fetal P70% (Anexo 12)

Exámenes de Laboratorio (17/09/2024):

Ácidos biliares (Método espectrofotometría): 30.86 umol/L (Anexo 13)

Exámenes de Laboratorio (22/09/2024):

- Glóbulos rojos: 3580 000
- Abastionados: 00
- Segmentados: 76
- Eosinófilos: 1.9
- Basófilos: 0.1
- Monocitos: 5.9
- Linfocitos: 16.1
- Hemoglobina: 11.8
- Hematocrito: 34.8
- Recuento de plaquetas: 207 000
- Leucocitos: 7770
- Coagulación:

Tiempo de sangría: 2 min

Tiempo de coagulación: 6 min

- Bioquímica:

Creatinina: 0.56mg/dl

Fosfatasa alcalina: 356.08 U/L

Transaminasa (TGO): 20.14 U/L

Transaminasas (TGP): 29.19 U/L

Amilasa: 105.0 U/L

Lipasa: 25.0

- Proteínas totales y fraccionadas:

Albúmina: 3.21 gr/dL

Globulina: 3.17 gr/dL

Proteínas totales: 6.38 gr/gL

- Bilirrubina totales y fraccionadas:

Bilirrubina directa: 0.34 mg/dL

Bilirrubina indirecta: 0.24 mg/dL

Bilirrubina total: 0.58 mg/dL

- Examen de orina:

Examen químico:

Densidad: 1015 pH: ácido

Glucosa: Negativo

Proteínas: Negativo

Nitritos: Negativo

Pigmentos biliares: Negativo

Urobilinógeno: Negativo

Cetona: Negativo

Sangre: Negativo

- Examen Sedimentos:

Células epiteliales: 20-25xC

Hematíes: 1 -2 xC

Leucocitos: 8-10xC

Cilindros: No se observan

Cristales: No se observan

Gérmenes: 3+

**Impresión Diagnóstica:**

1. Gestante de 35 2/7 semanas por ECO I
2. NLP.
3. Sd. Doloroso abdominal
4. Colestasis gestacional
5. Epilepsia en tto.
6. RAM: Hioscina, tramadol, omeprazol
7. Vulvovaginitis

## **Plan de Trabajo:**

1. DB+LAV
2. ClNa 0.9% x 1000cc
3. CFV
4. Betametasona 12mg IM 1 dosis
5. Ácido ursodesoxicólico 250mg c/8h
6. Levetiracetam 100mg. VO c/12h

Indicaciones terapéuticas:

Colocación de VEP en MSI de Cloruro de sodio al 9% por 1000cc a 30 gotas por minuto.

Hospitalización. (ANEXO 14)

**FECHA:** 22/09/2024      **HORA:** 11:20 a.m.

Paciente ingresa al servicio de ARO, estable, con vía endovenosa permeable. Actualmente refiere dolor tipo cólico en la boca del estómago, que se irradia hacia la zona lumbar, percibe movimientos fetales.

CFV: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 70xMin.

Examen obstétrico: Útero grávido. AU: 30cm. SPP: LCI, LCF: 130x' D.U.: - TV: SV (-) LA (-), D: 0, AP: -4, MO: I

Indicación médica: CFV+MEF, Levetiracetam 100mg. VO c/12h

Informe cardiotocográfico: 05:04 p.m.

Calificación: 8/10. D.U: - Feto Activo Reactivo.

**Impresión diagnóstica:**

1. G2 nulípara 35 2/7ss x ECO I
2. NLP
3. Colestasis gestacional
4. Epilepsia
5. Sd. Doloroso abdominal
6. Vulvovaginitis
7. RAM (hioscina, tramadol, omeprazol)

**Plan:**

1. Control obstétrico en hoja de monitoreo aparte.

**FECHA:** 23/09/2024      **HORA:** 06:20 a.m.

Paciente asintomática.

CFV: presión arterial: 105/60mmHg, pulso: 70xMin., temperatura: 36.3°C. Examen obstétrico: Útero grávido. AU: 30cm. SPP: LCI, LCF: 125x' D.U.: - Indicación médica: Alta médica con indicaciones.

Informe cardiotocográfico: 06:30 a.m. Calificación: 8/10. D.U: Esporádicas Feto Activo Reactivo.

Alta médica con indicaciones.

**FECHA:** 09/10/2024    **HORA:** 07:40 a.m.

Motivo de atención:

Paciente gestante de 26 años ingresa por emergencia refiriendo prurito generalizado de hace 12h aproximadamente, además de cefalea holo craneana. Niega pérdida de sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

Fecha de Última Regla (FUR): 19/01/2024 Fecha Probable de Parto (FPP): 25/10/2024

Edad Gestacional (EG): 37 5/7 semanas por ECO I.

Examen físico general:

Funciones vitales: PA: 110/80mmHg, FC: 94xMin, FR: 20xMin, T: 36.8°C. AREG -

LOTEP. Aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones.

Examen obstétrico:

Abdomen: Útero grávido. Altura uterina: 32cm. SPP: LCI LCF: 142lat/min. Tono uterino:

Adecuado. MF: ++ Dinámica uterina: ausente.

Genitales externos: normales. Tacto vaginal: Permeable 1 dedo. B: 60% AP:

-3 MO: Integras. Pelvis: Adecuada

Ecografía Obstétrica:

Gestación única activa de 37 semanas 5 días por ECO I. Ponderado fetal P50. (Anexo 15)

Informe cardiotocográfico: Calificación: 10/10. D.U: 1/3 ++ 20'' Feto Activo Reactivo.

### **Impresión diagnpóstica:**

1. Gestante de 37 5/7 semanas por ECO I.
2. Pródromos de Labor de Parto.
3. Colestasis gestacional.

4. Litiasis vesicular.
5. Epilepsia.
6. RAM: Hioscina, tramadol, omeprazol.

**Plan de Trabajo:**

1. Hospitalización.
2. NPO.
3. CFV/MEF
4. Cefazolina 2gr. Pre SOP
5. Sonda vesical Pre SOP
6. Preparar para SOP

Indicaciones terapéuticas:

Colocación de VEP en MSI de Cloruro de sodio al 9% por 1000cc a 30 gotas por minuto.

Administración de Cefazolina 1gr. cada 8 horas, según registro en la historia clínica.

Preparar para SOP. (ANEXO 16)

Exámenes de laboratorio (09/10/2024):

- Tiempo de coagulación: 6 min
- Tiempo de sangría: 2 min
- Glóbulos rojos: 3240 000

- Abastondados: 00
- Segmentados: 4.49
- Eosinófilos: 005
- Basófilos: 0.01
- Monocitos: 0.37
- Linfocitos: 1.49
- Hemoglobina: 10.5
- Hematocrito: 31.6
- Recuento de plaquetas: 275 000
- Leucocitos: 6410
- VDRL: No reactivo
- HIV: No reactivo
- Grupo sanguíneo: O
- Factor Rh: +
- Bioquímica:  
  
Creatinina: 0.54mg/dl  
  
Urea: 22.99mg/dl

## **D. ATENCIÓN EN SALA DE OPERACIONES**

**FECHA:** 09/10/2024    **HORA DE INICIO:** 11:22 a.m.

**HORA DE TÉRMINO:** 12:00 m.

Funciones vitales: PA: 107/70mmHg, P: 100xMin, T: 37°C.

Paciente ingresa a SOP para cesárea.

### **Diagnóstico de ingreso:**

1. G2 de 37 5/7ss por ECO I.
2. PLP
3. Colestasis gestacional
4. Epilepsia

Operación:

Cesárea.

Hallazgos:

RN vivo masculino (Formato Pelmatoscopico – Anexo 16)

Líquido amniótico meconial fluido

Placenta de aproximadamente 600gr.

SID +- 500CC.

Diagnóstico de egreso:

El mismo

**Plan de trabajo:**

1. NPO por 7h y luego DB.
2. Control de FV y control de SV.
3. Dextrosa al 5% + Oxitocina 30 UI + ketoprofeno 1amp. + metoclopramida 70mg + ranitidina 50mg– I frasco.
4. Metamizol 2gr EV cada 8 horas.
5. Cefazolina 1gr EV cada 8 horas.
6. Clorfenamina 10mg EV cada 8 horas.
7. Carbamazepina 200mg. VO cada 24 horas.
8. Masaje uterino.
9. Higiene vulvo perineal 3 veces/día.
10. s/s Hemoglobina control 6h postparto.
11. Pasa a hospitalización.

**FECHA:** 09/10/2024    **HORA:** 01:58 p.m.

Ingresa a hospitalización paciente de 26 años, con vía permeable de dextrosa al 5% + 30 UI oxitocina. Refiere tener leve dolor en la zona operatoria, niega otras molestias.

CFV: presión arterial: 110/80mmHg, pulso: 75xMin., temperatura: 36.1°C. Al examen:

Piel y mucosas: hidratadas semipálidas Mamas: Blandas con presencia de calostro

Abdomen: b/d doloroso a palpación profunda. AU: 15 cm. H.O.: con apósitos, sellada con poco hemáticos.

Indicación médica: Adicionar clorfenamina 1amp. EV c/6h.

**Impresión diagnóstica:**

1. Puérpera inmediata de parto distócico por colestasis gestacional
2. Epilepsia

**Plan:**

1. Control de puerperio.
2. LAMEX
3. Consejería en lactancia materna
4. Consejería en PPF.
5. s/s RPR de control + hematocrito

**FECHA:** 10/10/2024    **HORA:** 06:20 a.m.

Paciente en AC+LME. Niega molestias.

CFV: presión arterial: 110/70mmHg, pulso: 92xMin.

Examen obstétrico: H.O: Afrontada s/signos de flogosis. AU: 14 cm.

Indicación médica: Curación de H.O., CFV + CSV, s/s Hto. Control, sulfato ferroso 300mg 1 tab. c/24h.

Examen de laboratorio: (10/10/24)

- Hematología:

Hematocrito: 34 %

Hemoglobina: 11.5 g/dL

- Inmunología:

RPR serológica: No Reactivo

**FECHA:** 11/10/2024     **HORA:** 06:20 a.m.

Paciente con RN en AC + LME. Refiere leve dolor a nivel de herida operatoria.

Niega otras molestias.

CFV: presión arterial: 115/80mmHg, pulso: 90xMin., temperatura: 37°C. Examen obstétrico:

H.O: Afrontada s/signos de flogosis. AU: 14 cm.

Indicación médica: Alta médica.

## **E. ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE PUERPERIO:**

Primer control puerperal

**Fecha:** 18/10/2024

Puérpera de parto distócico por colestasis hepática + epilepsia, acude a consultorio obstétrico para primer control de puerperio. Refiere leve dolor a nivel de herida operatoria. Niega otras molestias.

FUP: 09/10/2024

Al examen: AREG – LOTEPI Piel y mucosas: hidratadas

Mamas: b/s con presencia de secreción láctea

Abdomen: b/d leve dolor a palpación. Útero: involucionado. MMII: s/edema

**Impresión diagnóstica:**

Control de puerperio #1

**Plan de trabajo:**

Consejería en signos de alarma.

Consejería en alimentación saludable.

## V. DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

### 5.2. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

La colestasis intrahepática del embarazo es la patología hepática reversible más común que se presenta durante la gestación. Generalmente, aparece en el segundo o tercer trimestre y se caracteriza por un intenso prurito en las palmas de las manos y en las plantas de los pies. Además, se asocia con alteraciones en las pruebas de función hepática, sin que se identifiquen otras patologías sistémicas o hepatobiliares. Su etiología es multifactorial, resultado de una combinación de factores hormonales y ambientales que se entrelazan con una predisposición genética. Esta condición ha sido relacionada en múltiples estudios con un mayor riesgo de complicaciones perinatales, lo que resalta la importancia de un diagnóstico temprano y de una intervención médica adecuada para mejorar el pronóstico del recién nacido. (Lai Yi, 2020)

El caso que se presenta corresponde a una mujer de 26 años que se encuentra en su segundo embarazo y con antecedentes de litiasis vesicular. Yanque (2020) señala que los factores asociados a esta condición incluyen los genes ABCB4 y ABCB11, así como variables hormonales y ambientales. Por otro lado, los estudios realizados por Pizarro y Chacón (2022), así como por Arriaga et al. (2021), identifican la historia personal o familiar como un factor de riesgo potencial que podría desencadenar la enfermedad. En este contexto, nuestro caso clínico destaca el riesgo de litiasis vesicular.

La paciente, quien había recibido once atenciones prenatales en un hospital de nivel II-2, ingresó a las 29 semanas de gestación experimentando un cuadro clínico de prurito en la

región abdominal, el cual fue en aumento a medida que avanzaba el embarazo. Se trataba de una segundigesta nulípara, con educación superior completa, que contaba con un antecedente personal de epilepsia. Ella había iniciado su atención prenatal dentro del primer trimestre, lo que sugiere que había planificado su gestación, considerando la necesidad de ajustar la dosis de su tratamiento antiepiléptico y la importancia de la suplementación de ácido fólico, destinada a prevenir defectos del tubo neural en estos casos.

Esta información indica que la paciente estaba bien informada sobre los signos de alarma y las circunstancias que la llevarían a buscar atención de emergencia, como fue el prurito generalizado que comenzó en pies y manos, tal como ella misma relató. Según estudios científicos, como el de Pizarro (2022), el prurito es a menudo el primer síntoma que se presenta en la segunda mitad del embarazo y no está asociado a otros problemas dermatológicos o sistémicos. Además, puede ir acompañado de otros signos y síntomas, como alteraciones constitucionales (insomnio, fatiga, anorexia y dolor abdominal).

El diagnóstico definitivo de esta entidad se establece a través de la elevación de bilirrubina, enzimas hepáticas y ácidos biliares, como se observó en nuestro caso clínico. No obstante, Pizarro y Chacón (2022) señalan que la fosfatasa alcalina se produce en grandes cantidades por la placenta, lo que la convierte en un marcador poco útil para el diagnóstico. En cuanto a la gama glutamil transferasa, esta puede permanecer dentro de los límites normales o presentar un leve aumento, mientras que las bilirrubinas solo se elevan en el 10% de las pacientes, presentando una hiperbilirrubinemia mixta leve. Esta última se manifiesta claramente en los exámenes de control, junto con alteraciones en el perfil hepático (TGO,

TGP, albúmina y globulina). Diversos estudios respaldan que la TGP es un marcador mucho más sensible, pudiendo elevarse hasta 30 veces su valor normal en este tipo de patologías, y su descenso se evidencia entre los 10 días y 6 semanas posteriores al embarazo.

Sin embargo, existen discrepancias entre distintos autores. Por ejemplo, Arriaga (2021) afirma que el marcador más sensible para la colestasis intrahepática del embarazo (CIG) son los ácidos biliares, con un riesgo severo a partir de 64. 01  $\mu\text{mol/L}$ . Por otro lado, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) aclara que no es necesario que los ácidos biliares se encuentren elevados para confirmar el diagnóstico de CIG.

En lo que respecta al tratamiento, el objetivo principal es reducir los síntomas en la madre y prevenir la pérdida del bienestar fetal o la muerte súbita del feto. Yanque (2020) señala que el ácido ursodesoxicólico, por sus propiedades hidrofílicas, mejora el transporte y la secreción de ácidos biliares en el hígado. Esto se logra mediante un aumento en la actividad de los transportadores canaliculares, así como una mejoría en el transporte de ácidos biliares a través de la placenta. De este modo, se disminuye la exposición de los ácidos biliares al feto y se reduce parcialmente la acumulación de estos en la madre, la placenta y el feto, evidenciando una regulación ascendente de la proteína ABCG2 en las células del trofoblasto. Por otro lado, Arriaga (2021) menciona que se ha utilizado antihistamínicos, como la clorfenamina, para aliviar el prurito mediante su efecto sedante, siendo especialmente eficaz en casos de picazón nocturna (clasificación C).

El manejo médico fue adecuado, a pesar de la ausencia de guías y procedimientos clínicos nacionales. Por esta razón, se optó por ajustar el tratamiento a

las directrices internacionales. Sin embargo, la falta de reactivos para llevar a cabo el control bioquímico y hepático ocasionó retrasos en la realización de dichos exámenes.

## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. CONCLUSIONES:

- La colestasis intrahepática del embarazo es un estudio complejo, desde todos los enfoques, lo que representa un reto para el equipo multidisciplinario de salud; sumado a la ausencia de normas y protocolos que permitan estandarizar el manejo de la enfermedad.
- El caso clínico descrito de una segundigesta de 26 años, con antecedente de litiasis vesicular, que presentó prurito palmoplantar de moderado a intenso y de predominio nocturno a partir de la semana 29 y, para la evaluación con pruebas de laboratorio se solicitó ácidos biliares (Positivo por encima de 10-14  $\mu\text{mol/L}$ ), de forma particular ya que el hospital no cuenta con este reactivo; teniendo ello como diagnóstico final la colestasis intrahepática del embarazo.
- La terapéutica está dirigida a reducir los síntomas clínicos con la administración de Ácido ursodesoxicólico (UDCA), además de requiere 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.

## **6.2.RECOMENDACIONES:**

- Se recomienda que, durante la entrevista prenatal, se busque identificar los factores de riesgos asociados a la gestante, además del seguimiento continuo si se presentará alguna patología, para así poder predecir de manera oportuna, las patologías hepáticas.
- Se recomienda la implementación de protocolos y guías estandarizados para el manejo clínico y farmacológico de esta enfermedad, además de la capacitación continua del equipo multidisciplinario.
- Se recomienda la implementación y equipamiento de los servicios de salud a todo nivel (laboratorio, farmacología, y exámenes de apoyo al diagnóstico), para así poder tener las herramientas necesarias para diagnosticar, tratar y recuperar a los pacientes que presenten este tipo de patologías.

## VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

- Arriaga L., A.; Rosales, L.; Martinez R., L.; Pérez B., Y.; Jiménez J., S. (2021). Colestasis intrahepática del embarazo Un reto más para la obstetricia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 20-36.
- Berrios Hinostroza, Y. (2024). *Colestasis intrahepática en una primigesta, hospital san bartolomé, lima – 2024*.
- Bustamante Nieto, C. (2024). *Factores asociados a colestasis intrahepática gestacional en el complejo hospitalario PNP Luis N. Sáenz en el período 20210-02023, Lima-Perú*. Obtenido de Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma:  
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/7469>
- Ccahuana Villca, A. (2021). Asociación entre nivel sérico de ácidos biliares y resultados adversos perinatales en pacientes con colestasis hepática gestacional Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021. *Repositorio Universidad Rica*.
- Colque L., S., & Ríos R., K. (2024). Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en embarazadas del Hospital de la Madre y el Niño de La Rioja, Argentina. Período: 2015 - 2019. *Revista Bioquímica y Patología Clínica (ByPC)*, 20-27.
- Crescente, S., & AL, L. (2021). Colestasis intrahepática del embarazo: relación entre niveles de ac. Biliares, transaminasas y bilirrubina con resultados perinatales durante el año 2020 en hospital materno provincial. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba*, 1 - 10.
- Dr. Pizarro Madrigal, M. r. (2022). Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión sistemática. *Revista Médica Sinergia*, 15-73.

- Espinoza Artavia, A. L. (2019). Colestasis intrahepática del embarazo. *Revista Medica Sinergia*, 4(6), 14–23.
- Guerra C., M., Maiz E., N., & Goya C., M. (2023). Estudio funcional del corazón fetal en pacientes con Colestasis Intrahepática Gestacional. 1-128.
- Ibarra Montesinos, J. (2021). Asociación entre colestasis intrahepática gestacional y complicaciones maternas perinatales en gestantes del Hospital de Chancay del 2017 al 2020. *REpositorio Institucional Revista San Juan Bautista*. Obtenido de Repositorio Institucional de la Universidad Privada San Juan Bautista: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/0c35bcfc-0724-4cc9-9c69-5ba9bd9ddf54>
- Lai Yi, M. Y. (2020). Colestasis Intrahepática del Embarazo. *Revista Ciencias de la Salud*, 1-8.
- Lozada, N. R. (2024). *Colestasis gestacional intrahepática como factor asociado a riesgo de pérdida de bienestar fetal en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray - Trujillo*. Obtenido de Universidad Nacional de Trujillo: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/05c4be7e-24cd-431f-9810-3571186f94e1>
- Montesinos Paredes, J. (2024). Colestasis intrahepática gestacional en Hospital II-1 MINSA - 2021. *Universidad José Carlos Matiategui*.
- Nobre da Silva, L., & Estrin, M. A. (2022). Colestasis gravídica en mujeres del segundo y tercer trimestre de gestación, clínica. *Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Abierta Interamericana*.
- Peraza Rojas, M. B. (2022). Colestasis Intrahepática Del Embarazo, Revisión De Tema. *Ciencia y Salud UCIMED*, 7-15.
- Pizarro M., M., Guerrero H., C., & Chacón C., N. (2022). Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión sistemática. *Revista Médica Sinergia*

Ramírez Perera, S. G. (2023). Colestasis intrahepática en el embarazo: una revisión actualizada.

*Revista latinoamericana de ciencias sociales y humanidades*, 30031-3010.

Tessore, I., Pacheco, A., & Zamory, A. (2021). COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL

EMBARAZO: ASOCIACIÓN ENTRE. *Perinatología*

Valdivia Muñante, R. E. (2022). Colestasis gestacional en paciente de 31 semanas. *Repositorio*

*Institucional de la Universidad José Carlos Mariategui*.

Yanque, R. O. (2020). Colestasis Intrahepática gestacional. *Revista Peruana de Investigación de*

*Salud*, 37-42.

## VIII. ANEXOS:

SOLICITO: Permiso para revisión de historia clínica

**SEÑOR:**

MARIO CEFERINO RODRIGUEZ  
JEFE DEL AREA DE REGISTROS MEDICOS  
UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA  
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SBS



**Presente**

Yo, CLEMENTE VISSOSA ELENA LUZ, identificada con DNI N 40487948 con domicilio en prolongación santa rosa n 356-Hualmay.

Estimado director, me es grado dirigirme a usted para hacerles llegar mi cordial y afectuoso saludo deseando se encuentren bien de salud y al mismo tiempo manifestarle lo siguiente:

Que, habiendo culminado la Segunda Especialidad en Alto Riesgo en la Universidad Privada Norbert Wiener, solicito su autorización para la revisión de la historia clínica N° 222549, para poder revisar el caso clínico sobre Factores de riesgo para la Colestasis gestacional y así, poder culminar con el proceso de titulación en la segunda especialidad.

Adjunto:

1. Copia de DNI.

Sin otro particular, me despido de usted no sin antes expresarle la muestra de mi consideración y estima personal.

Huacho, 19 de noviembre del 2024



### HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

**NOMENCLATURA DE LA GESTANTE**  
 DNI: 33078854  
 NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PAREJA: Jose Villena Abad PCCA  
 DOMICILIO: Jirca San Pedro 1147 - Acahuasi  
 DISTRITO: Acahuasi

**FECHA DE NACIMIENTO**  
 13/05/1975  
**EDAD (años)**  
 25

**ESTUDIOS**  
 Alfabetizado:  Sí  No  
 Nivel de estudios:  Primaria  Secundaria  Tercera  Superior  Otro

**ANTECEDENTES**  
 FAMILIARES:  TBC,  Diabetes,  Hipertensión,  Preclampsia,  Eclampsia,  Otra cond. médica grave.  
 PERSONALES:  VIH,  Hepatitis,  Sífilis,  Gonorrea,  Sífilis,  VIH,  Hepatitis,  Sífilis,  Gonorrea.  
 OBSTETRICOS:  Abortos,  Partos,  Cesáreas,  Partos,  Cesáreas,  Partos,  Cesáreas.

**EMBARAZO ACTUAL**  
 Fecha de inicio: 03/10/24  
 Fecha de término: 10/10/24  
 Fecha de consulta: 09/10/24  
 Semanas de gestación: 37 1/2  
 EG por Ecografía: 37 1/2  
 Peso (Kg): 57.500  
 Tª: 37.3  
 Pulso: 93  
 Presión arterial Máx/Min (mm Hg): 102/66  
 Ail. Uterina: 10/NA  
 FCF (lat. Min): 136/NA  
 Proteinuria: S/E  
 Edemas: S/E  
 Nº de suplt. con ácido y/o sulfato ferroso mínimo 28 días: AFI  
 Observación: 3 suplt. movt. y 1 est. y 1/2

**RECIBIENDO**  
 Fecha y Resultado de 1ra Ecografía: 09/03/2024 → GWA 7.135  
 Fecha y Resultado de Monitoreo Electr. Fetal: GWA 7.135

**PARTO**  
 Fecha de ingreso: 09/10/24  
 Recién nacido: 08  
 CARNET:  Sí  No

**NACIMIENTO**  
 Tipo:  Vivo  Muerto  
 Fecha: 11/10/24  
 Hora: 09:10  
 Lugar: 11/10/24

**RECIBIENDO**  
 Sexo:  M  F  
 Peso al nacer: 3140 g  
 Talla: 48.5 cm  
 Edad gestacional: 36 1/2 semanas  
 FUM:  Sí  No  
 APGAR (1min): 7  
 APGAR (5min): 9

**PUERPERIO**  
 Horas: 12h, 24h, 48h, 72h  
 Temperatura: 36.6, 36.6, 36.6, 36.6  
 Pulso (lat./min.): 60, 91, 110, 110  
 Tensión arterial máx./mín (mm Hg): 12/70, 110/70, 110/70, 110/70  
 Invol. Uterina: 15, 15, 15, 15  
 Características de loquios: 11, 2, 2, 2  
 Análisis Post Parto: RESULTADO: 34%, FECHA: 11/10/24  
 Hematocrito: 34%  
 RPR/VDR: NP

**APellidos Recien Nacido**  
 Abad Tiburcio

**APellidos y Nombres**  
 Abad Tiburcio

**FECHA DE ALTA**  
 13/10/24

**SERVICIO**  
 CAMA 13

**METODO ANTICONCEPTIVO**  
 Ninguno

**ANEXO 02: CARNET PERINATAL**



# HISTORIA CLINICA

Fecha: 13 / 08 / 2017  
Hora: 11:00 Hrs

## NAMNESIS:

Apellidos y nombres: Tiburza Mardomiento Anspa Monola N° HC: 212549  
 Edad: 26 años EC: Sanitario GI Procedencia: Urubato  
 Raza: Mestiza Ocupación: Proteccion de ciudad Religión: Católica  
 Domicilio: Jr. José Olaya #149 Tel: 934 485 481 Distrito: Huacho  
 Familiar de referencia: Miguel Tiburza Alva Parentesco: Padre  
 Domicilio: Jr. José Olaya #147 Tel: 932 079 708

## ENFERMEDAD ACTUAL:

T. E.: 1 úlcera Inicio: Tridial Curso: Progresivo

### Síntomas Principales:

Prurito sustancial  
Dolor tipo contractura

### Relato

Después de haber que aude hace 1 semana más o menos  
prurito e predominio de manifestaciones que se iban  
intensificando con los días, hace 2 días predominio  
en palmar y plantar. Se ha todo de noche, además  
refiere tener dolor tipo contractura esporádicamente,  
masa serosa, masa serosa. LA, puede ser fetal.

### FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito: Aumentado (D-A-c) Sed: Contenido 1l/día Sueño: Ahorado  
 Orina: Larga, no nocturna Deposiciones: Contenido Peso: Aumentado  
2kg (Haciendo)

### ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

M: 11 RC: 1m / Fm FUR: 18 / 10 / 2017 FPUR: 1 FPP: 1  
 EG: sem x FUR EG: sem x ECO VAT: G. 2 PARA 2010

CPN: 2022 Aborto Termino (Amo rano)  
 G1: 2022 Aborto Termino (Amo rano)  
 G2:   
 G3:   
 G4:   
 G5:

Dismenorrea: Desde que empezó con la menstruación  
 MAC: Amplia normal, Menstruación hace 6 meses  
 Último PAP: 2014 y no tiene resultado 1ra RS: 19 años Andria: 3 RSCM NO RSCM: NO

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Enf. Anteriores o crónicas: epilepsia (desde 3 años) en Ho en levotetrah L M  
 Cirugía previa: Calciostatomía (no en uso en el 2017) AMEU (2017)  
 Alergia: Hierro, bromuro y ampicilina + Amida intrín  
 Alcohol: Niega Tabaco: Niega Drogas: Niega  
 Otros:

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Ca. mama:  Ca. ovario:   
 Preeclampsia/eclampsia:  DBT: Popa en Antenatal  
 HTA:  TBC:   
 Otros: Alma (Hermana)



EXAMEN CLINICO



FUNCIONES VITALES:

P.A. 102/70 mmHg FC: 114 FR: 20 T: 36.5 °C Peso: 66 Talla: 1.51 IMC:

EXAMEN GENERAL:

Estado general: BIEN, NEA ANES. Dial T.M.C. Huesos de la cintura lumbal
Mamas: Simétricas, no aumentadas, blandas, no dolor, no secreción
T.P.: Buena. Buena ventilación, MV. MIA. Auscult. AME, no ruidos crepitantes
CV: R.R. de buena intensidad, r. rales
Abdomen: Abno. auscult. por feto único, hígado palpable, leu. de la palmarca
Genitourinario: No expuesto, vaginal, no frotado, P.P.C.

OBSTÉTRICO:

AU: 26 cm. Situación: L.C.D. DU: min ( ) (+) LCF: lat/min
Tono uterino: adecuado MF: ++ PPF: gr
Tacto: D.O.H. cm. B. % AP. Flotante Membranas: Variedad de presentación
Pelvis: adecuada Bishop

GINECOLÓGICO:

GE: D.A.S.
Especuloscopia:
Tacto: Vagina:
Cervix: cerrado
Útero: D.U.F.
Anexos: S.A.S.
Fondo de saco: Uter. Edema: ROT: ++

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

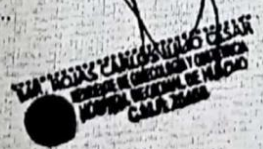
- 1) G2 P0 29sem 4dx ELO I7
2) Dic. coloratis gestacional
3) RAM. Omeplazol, Hioscine, Tramadol
4) Epilepsia

PLAN DE TRABAJO:

- 1. Dieta hiperalérgica + LAV
2. CFV
3. Naci 0.9% x 1000cc -> 30 g/h
4. Lorazepam 10 mg VO q24h
5. COCOU + LCF
6. CBNF
7. SS Ac biclaren
10. Levofloxacim 1000mg VO q12h
11. Aciburno delarctico 200mg VO q12h

Dr. PEDRO RODRIGUEZ ALARCON
GINECOLOGO
RNE 19543
PROFESIONAL RESPONSABLE

ANGEL TOLENTINO ALVARADO
INTERNO DE MEDICINA



INTERNO



HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO  
 ECOGRAFIAS  
 GINECO-OBSTETRICAS

**ECOGRAFIA OBSTETRICA**

PACIENTE : TIBURCIO MANDAMIENTO ANGIE

FECHA : 24/07/2024

HORA: 16:12

EDAD : 26 AÑOS

**I DESCRIPCIÓN ECOGRAFICA:**

- ❖ Número de Feto                      **Uno**      **SEXO: MASCULINO**
- ❖ Presentación                         **Longitudinal podálico derecho**
- ❖ Anatomía fetal                        **Evaluada parcialmente**

**II PERFIL BIOFÍSICO ECOGRAFICO:**

- ❖ Mov. Fetales                         **Presente**
- ❖ Mov. Respiratorios                 **Presente**
- ❖ Actividad cardiaca                 **Presente**      **FCF: 160 Latidos por minuto.**
- ❖ Tono fetal                             **Presente**
- ❖ Vol. Líquido Amniótico             **Adecuado**                             **POZO MAYOR: 42.3 mm**
- ❖ Placenta                               **Corporal posterior**                   **GROSOR : 33.9 mm**
- GRADO: II**
- ❖ Cordón Umbilical                   **2 arterias 1 vena**

**II BIOMETRÍA FETAL:**

❖ D.B.P.	:	69.59	mm.	28	ss	0	dd
❖ L.F.	:	48.22	mm.	26	ss	1	dd
❖ Circunf. Cefálica (C.C.)	:	252.27	mm.	27	ss	3	dd
❖ Circunf. Abdominal (C.A)	:	246.99	mm.	29	ss	0	dd

Peso: 1128 gramos.

**CONCLUSIÓN:**

1. GESTACION UNICA ACTIVA DE 27SS 5DD POR BIOMETRIA FETAL Y 26SS 5DD POR ECOGRAFIA DEL 1ER TRIMESTRE
2. CRECIMIENTO FETAL EN (P89)
3. FETO EN PODALICO AL MOMENTO DEL EXAMEN

  
**Mario Prieto Garcia**  
 GINECÓLOGO OBSTETRA  
 CMP: 18934 RNE: 9627

**ANEXO 04: ECOGRAFÍA DE 27SS**

**INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO**

PACIENTE:	Tiburcio Nandamienfo Ansis	EDAD:	26
FUM:		FECHA:	13/02/24
INDICA:		HORA:	

**1. DESCRIPCIÓN ECOGRÁFICA:**

Número de Fetos:	01	Sexo:	Masculino
Presentación:	cefalica		

**2. PERFIL BIOFÍSICO ECOGRAFICO:**

Movimientos Fetales:	Presentes		
Movimientos Respiratorios:	Presentes		
Actividad cardiaca:	Presente	FCF:	
Tono fetal:	Conservado		
Líquido Amniótico:	ILA: Normal	PM:	
Placenta:	Corporal posterior		
DOPPLER	Grado:	Grosor:	

ACM:	
AU:	
AUD: $IP = 1.10$	} > P99
AUI: $IP = 1.80$	
DV:	
IA:	

**3. BIOMETRÍA FETAL:**

D.B.P:	
Circunferencia Cefálica (C.C):	76.44 mm: 30 ss 6 dd
Circunferencia Abdominal (C.A):	272.49 mm: 29 ss 6 dd
L.F:	1346
Peso:	1346 Gramos +/-
	51.40 mm: 27 ss 4 dd
	Percentil del PFE:

**Hallazgos ecográficos compatibles con:**

- 1 Gestación única activa de 29 sem 3/7 por EDO 2hm.
- 2 Crecimiento fetal p.30
- 3 Doppler normal Arterias Arterias (patologías) > P99.
- 4
- 5

ANEXO 05: ECOGRAFÍA DE 29SS

DRA CLAUDIA MAGRIZA BEDOYA  
GINECO OBSTETRA  
CNP 82401 RNE 42356



Calle Jose T Garcia #109- Huacho  
Telf. 239-2661  
segalab\_huacho@hotmail.com

"Tecnología y Experiencia"

**HORARIO DE ATEN**

Lunes a Sabado  
07:00 am - 01:00 pm.  
02:00 pm - 8:00 pm.  
**SERVICIO A DOMICI**

de Solicitud : 202408140006  
ID : 73078854  
cliente : TIBURCIO MANDAMIENTO ANGIE MARIELA  
ocasión : PARTICULAR  
Médico : PARTICULAR - CMP

Fecha Registro : 14/08/2024 09:08:47 am  
Sexo : FEMENINO  
Edad : 26 años con 3 meses 8 días

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	RANGO DE REFERENCIA
Bioquímica ACIDOS BILIARES <small>Realizado por: KARLA TOLEDO LA ROSA FECHA DE VALIDACION: 21-08-2024 08:08:44 AM</small>	64.01	umol/L	0 - 10

**ANEXO 06: RESULTADO DE ÁCIDOS BILIARES**

DR. GABRIEL HUGO SEGAMI SAL  
PATÓLOGO CLÍNICO  
CMP 19825 RNE 13224

Este es un examen auxiliar, los resultados deben ser complementados con la interpretación clínica del médico tratante.

Sistema Electrónico: informes@segalab.pe  
Sitio Web: www.segalab.pe

Paciente : TIBURCIO MANDAMIENTO ANGE MARIELA  
 Edad : 25a  
 Especialidad: OBSTETRICIA  
 Examen(es) : ECO. ABDOMEN SUPERIOR  
 Indicación : Dr(a). BETSABE HUMALLANCA JESUS CASIRO

Historia : 222647  
 Fecha Pago : 16/06/2024  
 Boleta : 608773

(16/06/2024)

### INFORME

El estudio practicado según sus indicaciones, ha dado el siguiente resultado :

#### ECO. ABDOMEN SUPERIOR

##### \* EDEMA DE ABDOMEN COMPLETO \*

\* HIGADO : De tamaño, forma y localización conservada, contornos regulares y angulos agudos. Parenquima homogéneo de INCREMENTADO DE ECHOGENICIDAD DE FORMA DIFUSA, sin evidencias lesión focal ni quística, no presenta dilatación de vías biliares intrahepáticas. Estructuras vasculares de aspecto normal.

\* LÓBULO HEPÁTICO DERECHO : 100 mm.

\* LÓBULO HEPÁTICO IZQUIERDO : 65 mm.

\* LÓBULO HEPÁTICO CAJADO : 19 mm.

\* VESICULA BILIAR : NO DILATADA, de tamaño y morfología normal, mide 56x32mm. diámetros (LxAN) y paredes ENGROSADAS DE 4mm, contenido anecoico homogéneo con presencia de UN CÁLCULO DEICADO EN ANTERIOR, mide 11mm. DEBEN SOBRAR ASISTENCIA POSTERIOR, MÓVIL A LOS CAMBIOS POSTURALES. ECOGRAFIA NEGATIVA.

\* COLÉDOCO : No dilatado, calibre 4.1 mm. Vena porta a calibre 0.50 cm.

\* ANTRIO GÁSTRICO : Limitado la evaluación de su pared por interferencia de contenido aéreo.

\* ASAS INTESTINALES : Aparentemente y peristaltismo de asas intestinales delgadas y organas dentro de lo normal.

\* PÁNCREAS : Tamaño, morfología y localización dentro de lo normal, parenquima homogéneo de eco textura normal, sin lesiones focales, ni dilatación del conducto de Wirsung. Tejido peri pancreático de eco textura normal, sin colecciones, mide CAMEZA : 23 mm. CUERPO : 20 mm. COLA : 16 mm.

\* RIÑO PERTINENTE : No presenta adenopatías, aorta abdominal y Vena cava inferior de caracteres normales.

\* BAZO : Tamaño, morfología y localización dentro de lo normal, parenquima homogéneo de eco textura normal, sin lesiones focales. Dimensiones: 76x90mm.

\* UTERO: GRAVIDO, CON PRESENCIA DE FETO ÚNICO ACTIVO, LONGITUDINAL CEFÁLICO

**ANEXO 07: ECOGRAFÍA ABDOMINAL**

Paciente : TIPURCIO MANDAMIENTO ANGIE MARIELA  
Edad : 26r  
Procedencia: OBSTETRICIA  
Examen(es) : EDO. ADDOWM SUPERIOR  
Indicacion: Dr(a). BERNAL RAMALLANCA JESUS SANDRO

Historia : 222599  
Fecha Pago: 16/08/2024  
Cuenta : 688773

(16/08/2024)

INFORME

IZQUIERDA, CON LATIDOS CARDIACOS FETALES DE 146 LPM. EG 39 SEMANAS, 4 DIAS POR DOP FETAL.

CONCLUSION :

1. COLECISTOPATIA CRONICA CALCULOSA, SIN COLECISTITIS.
2. SIGNOS INDIRECTOS DE ESTEATOSIS HEPATICA DIFUSA, GRADO I.
3. COLEDOCO Y VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS NO DILATADAS.
4. GESTACION UNICA, CON FETO UNICO ACTIVO (LCF: 146 LPM).
5. PANCREAS Y BAGO FETORACTIVAMENTE NORMALES.

7/7/24



MARCOS SIJUENTES MENDOZA  
C.M.P. N° 38094 R.N.E. N° 034348  
MEDICO RADIOLOGO

16/08/2024 09:40:59

Primer informe : 16/08/2024



### INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO

PACIENTE:	Tiburcio Mandamuro, Diego	EDAD:	26 años
FUM:		FECHA:	30/08/24
INDICA:	Dr. Fernandez	HORA:	7 am

#### 1. DESCRIPCIÓN ECOGRÁFICA:

Número de Fetos:	único	Sexo:	
Presentación:	LPS		

#### 2. PERFIL BIOFÍSICO ECOGRÁFICO:

Movimientos Fetales:	presentes		
Movimientos Respiratorios:	presentes		
Actividad cardiaca:	adecuado	FCF:	127
Tono fetal:	adecuado		
Líquido Amniótico:	ILA: 188 mm	PM:	66.65 mm
Placenta:	fundica corporal posterior		
	Grado:	II	Grosor:

#### DOPPLER

ACM: IP 1.5	P7 (N)	RCP: P30 (N)
AU: IP 0.8	P22 (N)	DV:
AUD: IP 0.7	P47 (N)	IA:
AUI: IP 0.8		

#### 3. BIOMETRÍA FETAL:

D.B.P:	79.21 mm:	31 ss 6 dd ± 22d
Circunferencia Cefálica (C.C):	287 mm:	31 ss 4 dd ± 21d
Circunferencia Abdominal (C.A):	283 mm:	32 ss 3 dd ± 21d
L.F:	54 mm:	28 ss 5 dd ± 15d
Peso:	1708 Gramos +/-	Percentil del PFE: 69%

#### Hallazgos ecográficos compatibles con:

1. Gestación única activa de 30 sem 4d x ECO I trim
2. Crecimiento fetal en P69%
3. Doppler obstétrico normal.
4. Círculo simple
5. Feto podálico

Dra. ZOLSI M. VIALGO GUARNIZ  
 M.P. GINECOLOGIA-OBSTETRICIA  
 C.M.P. 80718

M. ...  
 GINECOLOGO-OBSTETRA  
 C.M.P. 36989 RNE. 16346



### HISTORIA CLINICA

Fecha 20 / 08 / 24  
Hora 5:18 PM Hrs

#### ANAMNESIS:

Apellidos y nombres: Tiburcio mandamiento angie ricar N° HC: 772549  
 Edad: 26 años EC (Carné): 01 Sexo: masculino Procedencia: Huacho  
 Raza: negro Ocupación: conductor de camion Religión: catolico  
 Domicilio: Jr. José Olaya # 149 Telef: 939485487 Distrito: Huacho  
 Familiar de referencia: maria tiburcio Parentesco: padre  
 Domicilio: Jr. José Olaya # 149 Telef: 911079308

#### ENFERMEDAD ACTUAL:

T. E.: OB Inicio: indefinido Curso: progresivo

#### Síntomas Principales:

Prurito generalizado  
Dolor tipo contractura

Relato: Paciente refiere escasa erupción en todo el cuerpo, acompañado de dolor tipo contractura en abdomen inferior, los síntomas se incrementan en el momento de la noche, paciente es llevado hospitalizado por el mismo cuadro clínico desde el día 13 hasta el 19

#### FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apollito: conjugado Sed: conjugado Sueño: alterado x el escar  
 Orina: conjugado Deposiciones: conjugado Peso: normal

#### ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

M: 11 RC: 7d (1 mes) FUR: 8 / 10 / 2017 FPUR:            FPP: 25 / 10 / 24  
 EQ: 30 / 30 sem x FUR EG: 30 sem x ECO VAT:             
 CM: 05 G: 1 PARO:             
 U1: 2017 aborto logrado efectuado

#### AMENORRÉA:

Desde el inicio de la menopausia

#### MAC:

ampollo menstrual, suspendido hace 6 meses

#### Último PAP:

20M no hace más de 19 años Andria: 03 RSCM: 04 RSCN: 06

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

hepatomegalia aguda (2023) / HDA febrero 2024

#### Anteriores o crónicas:

Embarazo en 1to trimestre con laotización c/17h (desde hace 3 años)

#### Gravida previa:

Ante (2017)

#### Alergia:

hepatomegalia, traumatismo, ameprosal

#### Alcohol:

ninguno Tabaco: ninguno Drogas: ninguna

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Cd. mama: ninguna Cd. ovario: ninguna

#### Pre-eclampsia/eclampsia:

ninguna DBT: positivo en 1to

#### ITA:

ninguna TBC: ninguna

#### Tras:

Ante (hermana)

ANEXO 09: HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO 20/08/24





PACIENTE : TIBURCIO MANDAMIENTO ANGIE  
EDAD : 26 AÑOS  
Ind. Médico Dr.(a) :  
ANÁLISIS : DE SANGRE

ANÁLISIS	RESULTADOS	RANGO REFERENCIAL
----------	------------	-------------------

ACIDOS BILIARES : 7.66 umol/L (V.N: 0 - 10 )  
(Método: Espectrofotometría)

### ANEXO 10: RESULTADOS DE ÁCIDOS BILIARES

Lic. Jhony Suclupe Chayan  
TECNÓLOGO MÉDICO  
CTMP. 12006

28 Agosto 2024

Jr. La Merced  
2do. piso AB -  
990 135 994 - 9



# HISTORIA CLINICA



Fecha 05 / 09 / 2024  
Hora 16:55 Hrs

## ANAMNESIS:

Apellidos y nombres: Tiburcio Mendamiato Angie N° HC: 222519  
 Edad: 26 años EC: Comunitaria GI: Serenidad completa Procedencia: Huacho  
 Raza: Mestiza Ocupación: Profesora de niñad Religión: Católica  
 Domicilio: Jr. José Olaya # 149 Telef: 954485482 Distrito: Huacho  
 Familiar de referencia: Miguel Tiburcio Aña Parentesco: Padre  
 Domicilio: Jr. José Olaya # 149 Telef: 992079308

## ENFERMEDAD ACTUAL:

T. E.: Inicio: Insidioso Curso: Progresivo

### Síntomas Principales:

Panico

### Relato

Gestante única por MEF, nieta partera de la nieta sangrada, perife mamíferos fetida. Añena reher Plurto garantizado a prescripción de clonam, pñna de la mano y genital. Se realizó un parto hepático el día de hoy. Culminando un parto de transaminasas, por lo que decide hospitalizar  
 TGP 47,11 \$22  
 TGO 23,22 53,5

### FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito: Conservado Sed: Conservado Sueño: Conservado  
 Orina: > 5 excrementos Deposiciones: 1-2 veces/día Peso: Aumentado 1kg

### ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

M: 19 RC: 7,30 FUR: 13,01,2024 FPUR: / / FPP: 25,10,24  
 EG: 33 sem x FUR EG: 28,7 sem x ECOIT VAT: G: 2 PARA 0010

CPN: 10

G1: 2022, aborto por AMEU  
G2: Actual  
G3:  
G4:  
G5:

Dismenorrea: -

MAC: Ampolla menstrual suspendida hace 7 días.

Último PAP: 2024 -> Negativo 1ra RS: 19 años Andria: 3 RSCM: No RSCN: No

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Enf. Anteriores o crónicas: \*Epilepsia (desde los 3 años) en tto con laetiecatom / inhata.

Cirugía previa: AMEU (2022) \*Litiasis vesicular.

Alergia: Omeprazol, tramadol, huseca

Alcohol: Miesca Tabaco: Miesca Drogas: Miesca

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Ca. mama: - Ca. ovario: - DBT: Padre en tto.

Preeclampsia/eclampsia: - TBC: -

HTA: -  
Otros: -



# EXAMEN CLINICO



### FUNCIONES VITALES:

PA: 112/70 mmHg FC: 94 FR: 20x T: 36 °C Peso: 60 Talla: 156 IMC: 27,1

### EXAMEN GENERAL:

Estado general: REGIEN REN, ventila espontaneamente.  
Mamas: Simétricas, blandas, no dolorosas  
T.p.: Mu. pax. bien ATT. no rala  
CV: R.R. de buena intensidad, no opcos  
Abdomen: Útero grande, Av=30cm  
Genitourinario: PPL (-) NO sangrado vaginal

### OBSTÉTRICO:

AU 30 cm Situación LA DU — min (.....) (.....+) LCF 134 lat/min  
Tono uterino — MF Intensas PPF — gr.  
Tacto: D — cm. B — % AP — Membranas Integras Variedad de presentación...  
Pelvis Bishop —

### GINECOLÓGICO:

GE: OAE)  
Especuloscopia: NO sangrado, no flujo vaginal  
Tacto: Vagina: Fricciones bilaterales, simétricas.  
Cérvix: Cerrado  
Útero: Grande  
Anexos: — Libre.  
Fondo de saco: Libre. Edema + ROT +

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- 1) G2 No 32 semanas gestación por US IT
- 2) Colestasis gestacional
- 3) Litiasis vesicular
- 4) Epilepsia en HD
- 5) Rps: Omperazol, tramadol, hidralazina

### PLAN DE TRABAJO:

- 1- DB + LAC
- 2- CINA 0,9 1000cc (V.S)
- 3- Acido ursodeoxicólico 250mg v.o c/8h
- 4- levetiracetam 0,1 tab c/12h
- 5- CFU
- 6- se hospitalizar

PROFESIONAL RESPONSABLE

HOSPITAL REGIONAL HUACHO  
  
Kelly Nicole Valiente Chirre  
INTERNA DE MEDICINA  
INTERNO

## INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO

PACIENTE:	TIBURCIO MANDAMIENTO ANGLIE	EDAD :	26 años
FUM:	18 / 01 / 2024	FECHA:	22/09/2024
INDICA:	Dr. CARLOS BERNAL GAMIO	HORA:	10:10am

### 1. DESCRIPCIÓN ECOGRÁFICA:

Número de Fetos:	1	Sexo:	masculino
Presentación:	LCI		

### 2. PERFIL BIOFÍSICO ECOGRÁFICO:

Movimientos Fetales:	presentes		
Movimientos Respiratorios:	presentes		
Actividad cardiaca:	presentes	FCF:	132 lpm
Tono fetal:	Adecuado		
Líquido Amniótico:	ILA: 109.68mm	PM:	
Placenta:	Corporal posterior		
DOPPLER	Grado:	3	Grosor: -

ACM: 1.54 P(2z): normal	DV:
AU: 0.84 P(3+): normal	IA:
AUD:	
AUI:	

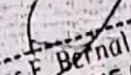
### 3. BIOMETRÍA FETAL:

D.B.P:	91.40 mm:	37 ss 1 dd
Circunferencia Cefálica (C.C):	326.61 mm:	37 ss 0 dd
Circunferencia Abdominal (C.A):	312.33 mm:	35 ss 1 dd
I.F:	67.73 mm:	34 ss 6 dd
Peso: 2685 Gramos +/-	Percentil del PFE: 70% (normal)	

#### Hallazgos ecográficos compatibles con:

1. Gestación única activa de 35sem 2/7d x eco 1 turn
2. Percentil de crecimiento: 70 %.
- 3.
- 4.
- 5.

**ANEXO 12: ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DE 35SS.**

  
 Dr. Carlos E. Bernal Gamio  
 CMP 37838 RNE 036296  
 MEDICO GINECO



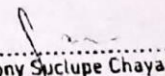
PACIENTE : ANGIE TIBURCIO MANDAMIENTO  
EDAD : 26 AÑOS  
Ind. Medico Dr.(a) :  
ANÁLISIS : DE SANGRE

ANÁLISIS	RESULTADOS	RANGO REFERENCIAL
----------	------------	-------------------



ACIDOS BILIARES : 30.86 umol/L (V.N: 0 - 10)

(Método: Espectrofotometría)

### ANEXO 13: RESULTADO DE ÁCIDOS BILIARES

  
Lic. Jhony Suciupe Chayan  
TECNÓLOGO MÉDICO  
CTMP. 12006

17 Setiembre 2024

 Jr. La Merced N° 140  
2do. piso AB - Huachu  
 990 135 994 - 951 689 69



# HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 / 09 / 2024  
Hora: 8:25am Hrs

## ANAMNESIS:

Apellidos y nombres: Tiburcio Mandamanto Angre Maifela, N° HC: 222549  
 Edad: 26 años, EC Conviviente, Superior completo, Procedencia: Huacho  
 Paza: Maestra, Ocupación: Profesora de Inicial, Religión: Católica  
 Domicilio: Jr. José Olaya N° 149, Telef: 934485482, Distrito: Huacho  
 Familiar de referencia: Miguel Tubero, Abn, Parentesco: Padre  
 Domicilio: Jr. José Olaya N° 149, Telef: 992079308

## ENFERMEDAD ACTUAL:

T. E.: 4-4 horas Inicio: Insidioso Curso: progresivo

### Síntomas Principales:

- Dolor de cabeza
- hinchado de ojo
- epigastroalgia

### Relato

Paciente acude a emergencia desde municipio que desde a las 4pm comenzó a presentar dolor de cabeza en la región frontal de tipo opresivo de moderada intensidad, hinchado en ojo, dolor en epigastrio que invade hacia región de la espalda, además referir "vertigo de colores", niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, prabe movimientos fetales.

## FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito: conservado Sed: conservado Sueño: conservado  
 Orina: (>5x/día no diurno) Deposiciones: 1-2x/día (consistencia blanda) Peso: conservado

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

M. MATR: RC: 7, 30 FUR: 18, 01, 2024 FPUR: - / - / - FPP: 25, 10, 2024

EG: sem x FUR EG: 3527 sem x ECO Trám VAT: - G: 2 PARA 0010

CPN: 11 veces

01: 2022: aborto espontáneo: → AMEU

02: actual

03:

04:

05:

Dismenorrea: los primeros días

MAC: ampolla menstrual suspendido hace 7 meses

Ultimo PAP: 2024 → negativo Im RB: 19 años Andria: 03 RSCM: niega RSCN: niega

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Inf. Anteriores o crónicas: epilepsia (desde los 3 años) en rto con leve neuroceterin ceteris, ceterasis gestacional (m) + pro de visado son tabris hie.

Alto de prola: AMEU (2022), litiasis vesicales (no operada en el 2022)

Mergia: Omeprazol, tramadol, hioscino

Alcohol: niega Tabaco: niega Drogas: niega

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /

OTR: /



# EXAMEN CLINICO



### FUNCIONES VITALES:

P.A. 110/70 mmHg FC: 90x' FR: 20x' T: 36.5°C Peso: 79kg Talla: 1.56 IMC: 32.46

### EXAMEN GENERAL:

Estado general: ARCA, DREG, DREN. Verillando espontaneamente, llenado capilar 2", mucosas húmedas.

Mamas: Simétricas, bridas, no dolorosas.

TyP: NI para bias en AHT, no rales

CV: Pari. de BI no soplos audibles

Abdomen: Colo húrdo (lindo como palpable) 31cm sin el pñin, dolo leve a la palpación en epigastrio.

Genitourinario: no sangrado vaginal, no secreción, flujo blanquecino gromoso en vagina, normalidad

### OBSTÉTRICO:

AU: 31 cm. Situación: LOI DU: — min (—) (—) (+) LCF: 138 leumlin

Tono uterino: — MF: presentes PPF: — gr.

Tacto: D: — cm. B: — % AP: 4 Membranas: integras Variedad de presentación: —

Pevis: — Bishop: —

### GINECOLÓGICO:

GE: DAES

Especuloscopia: /

Tacto Vagina: Fibro elastica, flujo blanquecino gromoso sin mal olor

Cárvix: amolecido

Útero: Glodudo

Anexos: no doloroso

Fondo de saco: libre Edema: — ROT: 4-1

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- G2 35sem 2H x ECO 5º trim.
- NLP
- Sd. Doloroso abdominal
- Aborto gestacional
- Epilepsia en 1ro
- PAH: Hostenia, paracet, amox, acet.
- Vulvovaginitis

### PLAN DE TRABAJO:

se hospitaliza en ARO

- RD:
- DB + LAV
  - NaCl 0.9% 1000cc
  - CFV
  - Belametasone 12mg 1M q24h - (1dosa)
  - Acido urzodisolico 250mg q8h
  - letrozol 1mg 1x6 to q12h

Dr Carlos E. Espinal Gámila  
 C.M.P. 37839 RNE 036296  
 PROFESIONAL RESPONSABLE



BRYAN JESUS NAPURÍ  
 INTERNO DE MEDICINA

INTERNO

### INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO

PACIENTE:	Tiburcio Mandamiento Angie	EDAD :	26 años
FUM:		FECHA :	09/10/24
INDICA:		HORA:	

**1. DESCRIPCIÓN ECOGRÁFICA:**

Número de Fetos:	1	Sexo:	Masculino
Presentación:	Cefálica		

**2. PERFIL BIOFÍSICO ECOGRÁFICO:**

Movimientos Fetales:	Presentes		
Movimientos Respiratorios:	Presentes		
Actividad cardiaca:	Presente,	FCF:	146x'
Tono fetal:	Conservado.		
Líquido Amniótico:	ILA: 7.9	PM:	2.3
Placenta:	Cervical anterior		
	Grado:	III B	Grosor:

**DOPPLER**

ACM:	
AU:	
AUD:	
AUI:	DV:
	IA:

**3. BIOMETRÍA FETAL:**

D.B.P:	92.98 mm:	37	ss 6 dd
Circunferencia Cefálica (C.C):	317.94 mm:	35	ss 5 dd
Circunferencia Abdominal (C.A):	322.74 mm:	37	ss 1 dd
L.F:	66.80 mm:	34	ss 2 dd
Peso: 2931 Gramos +/-	Percentil del PFE: 50		

**Hallazgos ecográficos compatibles con:**

1. Gestación única a término de 37 sem s/z p ELO Idm
2. Ponderado fetal P50
- 3.
- 4.
- 5.

ANEXO 15: ECOGRAFÍA DE 37SS

Margaret Vergara Granados  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
CMP 65712 RNE. 33564



### HISTORIA CLINICA

Fecha 09 / 10 / 2024  
Hora 08:09 Hrs

#### ANAMNESIS:

Apellidos y nombres Tiburcio Mandamiento Angie Nº HG: 222549  
 Edad: 5 años EC Conviviente GI Superior Comute Procedencia: Huancayo  
 Raza: Mestizo Ocupación: Docente de inicial Religión: Católica  
 Domicilio: Jr. José Canga #149 Telef: 9244 85482 Distrito: Huancayo  
 Familiar de referencia: Miguel Tiburcio Alba Parentesco: Padre Telef: 0220 79306  
 Domicilio: Misma dirección

#### ENFERMEDAD ACTUAL

T. E. 12 horas Inicio: Insidioso Curso: Progresivo

Síntomas Principales: Relato  
 Manto generalizado  
 Paciente manifiesta que hace 12 horas comenzó un manto generalizado leve con el pasar de las horas se intensificó, por lo que acude a emergencia con sangrado vaginal. Mese por el día de la semana. Perabe muy fetida.

#### FUNCIONES BIOLÓGICAS

Alimentación: Conservado Sed: Conservado Sueño: Disminuido por episodios  
 Olor: Sin molestias Deposiciones: Una al día Peso: 25kg

#### ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

M: 11 RC: 7 / 28 FUR: 18 / 01 / 2024 FPUR: - FPP: 25 / 10 / 2024  
 EG: 37 5/7 sem x FUR EG: 37 5/7 sem x ECO VAT: 6 2 PARA O.O.I.O.  
 CFN: 11  
 G1: 2022 Aborto espontáneo  
 G2: Actual  
 G3: -  
 G4: -  
 G5: -  
 Dia: Menor Dolor leve al inicio de cada periodo menstrual  
 MAC: Ampolla menstrual (último hace 6 meses)  
 Último PAP: 2024 1ra RS: 19 años Andria: 3 RSCM: - RSCN: -

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Enf. Agudas o crónicas: Epilepsia (2023 Lechrajetem 1ml/d), (alisteria gestacional)  
 Cirugía previa: Cegado utero (2022)  
 Medicación: Tráncadol, Minoxidil, Omeprazol  
 Alcohol: Niega Tabaco: Niega Drogas: Niega  
 Ofr: Niega

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

Ca. mama: Niega  
 Pre. de mi. sí/eclampsia: Niega  
 HTA: -  
 Ofr: -  
 Ca. ovario: Niega  
 DBT: Padre  
 TBC: Niega

### ANEXO 16: HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO 09/10/24



EXAMEN CLINICO



FUNCIONES VITALES:

P.A.: 140 / 80 mmHg FC: 94 FR: 20 T°: 36.8 °C Peso: 73kg Talla: 1.56 IMC

EXAMEN GENERAL:

Estado general: REG, REN, REH. Ventilado espontáneamente

Mamas: Simétricas, blandas, pigmentadas. No dolorosas

TyP: MV pasa bien en RHT. No rales

CV: RCP de BI. No ruidos

Abdomen: Útero grávido

Genitourinario: No sangrado vaginal

OBSTÉTRICO:

AU: 32 cm. Situación: LCI DU: min (-) (-) (+) LCF: 142 lat/min

Tono uterino: Adecuado MF: ++ PPF: gr.

Tacto: Perimetria 60% AP. Membranas: Integras Variedad de presentación: Bishop

Pelvis: Adecuada

GINECOLÓGICO:

GE: PAES

Especuloscopia: OCE cerrado

No sangrado

Testo: Vagina: Fibroelásticos

Cárvix: OCE cerrado

Útero: Grávido

Anexos: No dolorosos

Fondo de saco: Útero Edema: + ROT: ++

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- 1) G237ss 5/1d xECO ITº
- 2) PLP
- 3) Colestasis gestacional
- 4) Utrero vesicular
- 5) Epilepsia
- 6) RAM: Inj. Inj. Omeprazol, humados

PLAN DE TRABAJO:

Se hospitaliza

- Rp:
- 1- NPO
  - 2- CFU
  - 3- Cefazolin 2g po SOP
  - 4- Sonda vesical po SOP
  - 5- Papan poa SOP
  - 6- VS

Dr. Reynaldo Caydía Núñez  
GINECOLOGIA-OBSTETRICIA  
C.M.P. 61459. R.N.E. 45583

PROFESIONAL RESPONSABLE

Shedy Josselin Clemente Torres  
INTERNIA DE MEDICINA

INTERNO



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HUACHO HUAYRA OYON S.B.S.  
DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

# FORMATO PELMATOSCOPICO RECIÉN NACIDO

VIVO   
MUERTO

G. 2 P. 0

FUP. —

NACIO HUACHO

H.C. (R.N.) CNI: 94008829

G. INSTRUCCION: Self - Juvenc.  
(EO - INDIVID.)

AP. PATERNO R.N. ABOD

AP. MATERNO R.N. TIBURCIO

TIBURCIO MANDAMIENTO AUGIE HMIOLA  
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE

ESTADO CIVIL SOLTERA

D.N.I. 73078854

EDAD 26

DOMICILIO EL JOSE OLIVERA 149. Campo Alegre.

Nº CEL. 974485482

F. NAC. 09/10/2024

HORA 11 25

T. PARTO Distocico.

APGAR 71 - 95

SEXO Masculino

TALLA 48.50.

PESO 3140gr.

E.G. 36ss Lafense.

ABOD COCA JOSE UFGENTE  
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE

DNI Nº. 75123345

G. INSTRUCC SUP. TECNICO

EDAD 20.

LUGAR DE NACIM. HUACHO.

OCUPACION HECMIOLA

OBTETRIZ  
(PLANTA DERECHA)

POLICIA NACIONAL  
(PLANTA DERECHA)



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
CORTECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HUACHO HUAYRA OYON S.B.S.  
ANGELA BRITTA MORILLOS  
OBSTETRA  
S.O.P. 0765

FIRMA P.N.P.

ANEXO 17: HOJA PELMATOSCOPICA

## ● 17% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	4%
2	<b>latam.redilat.org</b> Internet	2%
3	<b>hdl.handle.net</b> Internet	1%
4	<b>Universidad de Ciencias Medicas on 2021-05-28</b> Submitted works	<1%
5	<b>repositorio.upsjb.edu.pe</b> Internet	<1%
6	<b>Gabriela Vargas Castro, Melissa Ye Ng, Gloriana Bonilla Álvarez, Pamel...</b> Crossref	<1%
7	<b>revistabypc.org.ar</b> Internet	<1%
8	<b>ddd.uab.cat</b> Internet	<1%