

## **Título**

Actuación de urgencia ante la Colestasis intrahepática en la gestación.  
Abordaje de Enfermería Obstétrica.

## **Autores**

María Beatriz Parrado Soto

Laura del Pilar Oneto Fernández

## **Palabras claves**

Colestasis intrahepática, embarazo, tratamiento de urgencia, matrona, enfermera obstétrica, actuación.

## **Resumen**

Se pretende establecer cuáles son los pasos a seguir durante el curso de la Colestasis intrahepática en el embarazo (CIE). El objetivo de esta revisión es “determinar el plan de actuación más efectivo que el equipo multidisciplinar de urgencias obstétricas debe conocer y aplicar ante un diagnóstico de colestasis intrahepática durante el embarazo”.

Metodología: estudio descriptivo basada en una revisión sistemática obteniendo 14 trabajos.

Resultados: Frente a la Colestasis intrahepática en la sala de urgencias obstétricas se siguen una secuencia de pasos como son el control materno y valoración de síntomas y evolución del embarazo, el control fetal, analítico y la administración del tratamiento adecuado entre otros. Además de la recomendaciones higiénico dietéticas que ayudaran a paliar los síntomas de esta patología obstétrica.

Conclusiones: La enfermería obstétrica juega un papel fundamental en la atención y durante la ejecución del plan de actuación frente a la colestasis intrahepática durante el embarazo.

## Introducción

El embarazo y sus cambios fisiológicos, estructurales o bioquímicos, pueden dar lugar a una serie de alteraciones como pueden ser las enfermedades digestivas o hepáticas. Son enfermedades relativamente frecuentes, según un estudio retrospectivo realizado en Reino Unido, se observó una incidencia del 3% de enfermedades hepáticas del embarazo <sup>1</sup>

Las enfermedades hepáticas específicas del embarazo se pueden clasificar en dos categorías;

-Enfermedades relacionadas con la preeclampsia; Síndrome de HELLP y Hígado graso agudo del embarazo

-Enfermedades no relacionadas con el embarazo como la hiperémesis gravídica y la colestasis o colelitiasis intrahepática del embarazo.

La colelitiasis intrahepática del embarazo es una patología (CIE) es una forma reversible de colestasis que se presenta fundamentalmente en el tercer trimestre de gestación.

La causa de la colestasis intrahepática del embarazo es desconocida; sin embargo, se involucran factores hormonales, genéticos y ambientales. Se han reportado algunos factores de riesgo como la etnicidad, una historia familiar de enfermedades biliares, hepatitis C, CIE en embarazos previos, gestación múltiple y edad materna mayor a 35 años <sup>2</sup> Los estrógenos también se asocian con una mayor incidencia de colelitiasis secundarios a un aumento de volumen biliar en ayunas, aumento residual de la vesícula después del vaciamiento.

La presentación clínica suele ser posterior a las 25 semanas de gestación, con un pico en la semana 30. La sintomatología de la colestasis intrahepática en el embarazo se caracteriza por prurito intenso en ausencia de lesiones cutáneas, que puede acompañarse de ictericia en grados variables. El prurito es de inicio y predominio en las palmas y plantas, luego en las extremidades y, por último, en el tronco y la cara. En ocasiones la paciente puede percibirlo doloroso. Suele ser más intenso durante la noche. Este síntoma es el dominante y puede ser la expresión única; sin embargo, a pesar de su gravedad, no suele haber cambios en la piel, salvo excoriaciones secundarias al rascado.<sup>3</sup>

Otros síntomas asociados son: náusea, malestar general, insomnio, irritabilidad y esteatorrea por mala absorción de grasas, heces fecales pálidas y orina oscura.

Histológicamente no se observa lesión hepatocelular, sino simplemente estasis biliar con capilares biliares dilatados y tumbos biliares. Los ácidos biliares están

muy elevados. Los datos de laboratorio reflejan aumento en la fosfatasa alcalina y bilirrubina. El diagnóstico se hace por exclusión: <sup>4</sup>

El diagnóstico diferencial se realiza descartando otras patologías hepáticas como son la preeclampsia, el síndrome de HELLP la hiperémesis gravídica o el hígado graso agudo, principalmente analizando la clínica; presencia de prurito fundamentalmente y descartando los vómitos, la insuficiencia hepática o los síntomas neurológicos.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la CIE. <sup>5</sup>

	Hiperemesis gravídica	Preeclampsia / Sd HELLP	CIE <sup>a</sup>	HGA <sup>b</sup>
Dolor abd	-	++	-	++
Vómitos	+++	++	-	++
Ictericia	+/-	+	+	++
Prurito	-	-	+++	+/-
Insuficiencia hepática	-	+/-	-	+++
Sint. Neurológicos	+/-	+	-	++
Tº aparición	1º trim	2º-3º trim	2º-3º trim	3º trim

a. Colelitiasis o colestasis intrahepática

b. Hígado graso agudo

## Objetivo

Determinar el plan de actuación más efectivo que el equipo multidisciplinar de urgencias obstétricas debe conocer y aplicar ante un diagnóstico de colestasis intrahepática durante el embarazo.

## Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo basado en una exhaustiva revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Dialnet, Medline como bases de datos de Ciencias de la salud, y otros recursos usados han sido la guía de práctica clínica en obstetricia de la SEGO (Sociedad

Española de Obstetricia y Ginecología), Protocolos y Guías de práctica clínica de embarazo y parto.

Como criterios de inclusión de los artículos, se han escogido aquellos artículos publicados a texto completo, estudios que comparan las diferentes actuaciones de urgencias a seguir frente las principales causas que pueden producir una colestasis intrahepática y el idioma empleado ha sido el inglés y el español. Se han excluido aquellas publicaciones con escasa o nula evidencia científica, con limitada relevancia científica y artículos de opinión.

Según los criterios expuestos y el objetivo de la revisión se han seleccionado como fuentes primarias 14 trabajos.

Como criterios de búsqueda de los estudios analizados se han usado los descriptores booleanos “and” y “or” y los siguientes palabras claves incluidas en los descriptores de ciencias de la salud (DeCS): Colestasis intrahepática, embarazo, tratamiento de urgencia, matrona, actuación.

## **Resultados y discusión**

Cuando nos encontramos con un cuadro de colestasis intrahepática confirmado, las actuaciones de urgencias se desarrollarán en la siguiente secuencia:

### **ATENCIÓN DE URGENCIAS**

1.- Recepción de la gestante, realizando una valoración que nos ayudará en el diagnóstico diferencial. Conocer fórmula obstétrica (a fin de conocer si en los embarazos anteriores tuvo también CIE), semana gestacional (la colestasis intrahepática es prevalente en el 3 trimestre; entre las 25 y las 32 semanas), evaluar si es un embarazo de alto riesgo, patología asociada al embarazo, si toma algún tratamiento farmacológico, antecedentes personales, familiares (algunos estudios sugieren la existencia de factores genéticos que predisponen a la enfermedad <sup>6</sup>), grupo sanguíneo, resultados analíticos anteriores. Nos centraremos en el estado actual de la embarazada, los síntomas y signos por los que acude a urgencias obstétricas para poder establecer un diagnóstico diferencial con las enfermedades relacionadas con la colestasis intrahepática; hiperemesis gravídica, HELLP e hígado graso agudo. <sup>5</sup>

2. Comprobaremos el estado de la gestante estabilizándola en caso de necesitarlo, canalizaremos una vía venosa y mantendremos con suero fisiológico o Ringer Lactato, además de valorar las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, coloración y estado de la piel, edemas.

Los síntomas característicos son el prurito, especialmente en las palmas de las manos y en los pies, de empeoramiento nocturno y suele preceder a la aparición de alteraciones analíticas. Es raro encontrar presencia de dolor abdominal, encefalopatía y otros síntomas de insuficiencia hepática.<sup>7</sup> El examen físico es inespecífico, puede mostrar escoriaciones secundarias al rascado. La ictericia es rara, en un 10% de los casos y a menudo es posterior al prurito. Otro síntoma menos frecuente es la esteatorrea.<sup>2</sup>

3. En el momento en el que se realice la venoclisis, es recomendable la valoración de los niveles. A fin de que los resultados sean lo más fiables, mejor realizar la determinación en ayunas si es posible.<sup>8</sup>

Para el diagnóstico la ecografía del cuadrante superior derecha no nos muestra dilatación de los conductos biliares y los resultados analíticos nos indican la bilirrubina directa elevada, la fosfatasa alcalina más elevada que las aminotransferasas y los ácidos biliares en ayunas > 10 umol/L.<sup>8</sup>

4. En la exploración Obstétrica realizaremos las maniobras de Leopold y pondremos monitorización fetal a fin de determinar el estado del feto. Colaboraremos con el obstetra en la realización de la ecografía donde se evaluará el estado del feto placenta y anejos; la estática fetal, ecobiometría fetal, líquido amniótico, estado placenta, estudio de la morfología del feto, etc.

5. Administración del tratamiento. Se han publicado series de casos que muestran que el ácido ursodeoxicólico mejora los resultados clínicos y bioquímicos en la colestasis intrahepática del embarazo. Por lo tanto el medicamento aceptado para el tratamiento es el ácido ursodeoxicólico. También pueden indicarse ungüentos y lociones antipruriginosas y monitorear la concentración de ácidos biliares en forma semanal.<sup>9,2</sup>

Estudios donde se utilizó 12mg al día durante una semana de dexamentasona sugirió un efecto positivo con reducción de las concentraciones de estriol y estradiol y disminución de los síntomas en todos los casos. Así mismo, hubo mejoría en las pruebas de función hepática y en los ácidos biliares, y los síntomas no reincidieron después de la interrupción del tratamiento<sup>10</sup> Aun así no existe evidencia concluyente para recomendarlo por lo que NO se pautaría.

La vitamina K se ha propuesto como profilaxis del riesgo teórico de la hemorragia fetal anteparto o materna postparto, pues en la colestasis existe una malabsorción de vitaminas liposolubles. Aun así, no hay estudios que demuestren su eficacia.<sup>11</sup>

Se recomienda el uso de antihistamínicos como tratamiento sintomático para paliar los síntomas del CIE. Se puede usar desclorfeniramina o hidroxicina. Son

útiles las soluciones tópicas como las lociones de calamina, pomadas de mentol y alcanfor.<sup>12</sup>

6. Seguimiento del embarazo hasta la finalización o parto; las pacientes con prurito y pruebas hepáticas normales, deben monitorizarse semanalmente con pruebas hepáticas. Se solicitará Hemograma, bioquímica general, perfil hepático y pruebas de coagulación. Si hubiera meconio, se debería interrumpir el embarazo y si el líquido fuera claro, podríamos esperar o finalizar gestación a las 48 horas tras maduración fetal (Betametasona 12mg cada 24h, dos dosis I.M.), según la gravedad del cuadro. Otros protocolos no recomiendan la finalización hasta llegadas a las 37 semanas de gestación. Con ictericia asociada se debería interrumpir la gestación a partir de las 36 semanas.<sup>12</sup>

7. Se recomienda instruir a la gestante en medidas higiénico dietéticas aplicables a paliar los síntomas de la CIE. Para paliar el prurito acentuado en las palmas de las manos y planta de los pies, se recomienda; sentarse frente a un ventilador, aplicarse bolsas de hielo, sumergirse en la tina con agua fría, frotarse con sustancias que enfríen la piel (yogurt, aloe) y permitir que se seque la aplicación para enjuagarse con una ducha fría, beber suficientes líquidos, mantener la piel húmeda, humidificar la habitación, usar ropa fresca y suelta.<sup>8</sup> Aun así, hay que indicarles a las gestantes que estas medidas no son suficientes para paliar este síntoma por ello habría que complementarlo con el tratamiento pautado.

8. Recomendar una dieta recomendable durante el curso del CIE que debe seguir las siguientes pautas;

-5 o 6 comidas al día, en pequeñas cantidades

-reducir los alimentos ricos en grasas como carnes, embutidos, lácteos, pastelería, tocino, mantequilla, natas...

-evitar los fritos, rebozados, precocinados y salsas, mejor todo al vapor, plancha u horno.

-dieta rica en hidratos de carbono (arroz, pasta, pan legumbres, patata...) y en frutas y verduras.

-evitar los alimentos flatulentos (brócoli, coliflor, coles, lechuga, cebolla cruda...)

**HOSPITALIZACIÓN:**

-continuar o iniciar en el hospital con dieta hepatoprotectora

-Analítica cada 72h aproximadamente

-RCTG diario

-Maduración fetal con Betametasona 12mg IM cada 24 horas 2 dosis

-FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN:

Según Bishop favorable o desfavorable inducción con prostaglandinas u oxitocina.

## PUERPERIO <sup>13</sup>

Antes del alta médica, se solicitará a todas las pacientes un perfil hepático de control a las 48 horas post-parto; los niveles bioquímicos deberán descender y la clínica materna ser estable.

Lactancia materna: se realizará de manera habitual.

Visita de la cuarentena en su Centro de salud a criterio médico para:

- 1- Comprobar la resolución postnatal del prurito y resto de la sintomatología materna.
- 2- Comprobar la normalización de las enzimas hepáticas y ABs en los csos de alteración durante la gestación y solicitar Hemograma, Pruebas Bioquímicas y de Coagulación ya mencionadas anteriormente.
- 3- Informar del riesgo de recurrencia en gestaciones posteriores (45-70%), así como durante la toma de anticonceptivos hormonales.

## Conclusiones

Es importante ante todo realizar una buena anamnesis de la gestante; valoración obstétrica, sintomatología y estado general en el que se encuentra la embarazada. Para ello la matrona y/o la enfermera son un pilar fundamental para la orientación en el diagnóstico y la administración del tratamiento y la asistencia a los cuidados inmediatos en la sala de urgencias.

El tratamiento irá encaminado a mejorar la sintomatología y a reducir los riesgos obstétricos. Se basan fundamentalmente en el seguimiento analítico semanal, la administración de ácido ursodeoxicólico como tratamiento base, antihistamínicos para el alivio de la sintomatología y el uso de lociones antipruriginosas, además de las medidas higiénico dietéticas descritas.

Siguiendo las pautas de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de embarazo y puerperio del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. <sup>14</sup>

- Se sugiere ofrecer un consejo nutricional a las gestantes con el fin de conseguir una dieta equilibrada y adecuar la ingesta de calorías a las necesidades del embarazo.
- Se sugiere recomendar una dieta proteica-energética equilibrada en aquellas gestantes en las que se identifique una ingesta alimentaria insuficiente.
- Se sugiere que durante el embarazo se prescriba el menor número de fármacos y en la menor dosis posible, limitándose su uso a aquellas circunstancias en las que los beneficios esperados para la madre y el feto superen a los riesgos conocidos para el feto.
- Se sugiere realizar algún tipo de intervención orientada a reducir el consumo de alcohol en aquellas mujeres en las que se detecta un consumo de riesgo durante el embarazo.
- Se recomienda ofrecer consejo individualizado sobre el inicio o mantenimiento de la actividad física, así como la intensidad, duración y frecuencia de la misma.

La Matrona/ enfermera además de trabajar con el equipo multidisciplinar de urgencias Obstétricas, realiza un seguimiento de la gestante con colestasis intrahepática en el embarazo desde atención primaria, durante la hospitalización, en la inducción del parto/cesárea y durante el postparto inmediato, precoz y tardío terminando por último el seguimiento en la visita puerperal.

## Bibliografía

1. Ch'Ng CL, Morgan M, Hainsworth I, Kingham JG. Prospective study of liver dysfunction in pregnancy in Southwest Wales. Gut. 2002;51:876-80.
2. Maya Quiñones J.J, Zuñiga Lara D.S., Maya Quiñones J.L. Diagnóstico y manejo de la colestasis intrahepática del embarazo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Acta Médica grupo Angeles. 2013; 11 (1). Disponible en: [www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)
3. Medina Lomelí J.M, Jáuregui Meléndrez R.A., Medina Castro N, Medina Castro D., Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión. Ginecol Obstet Mex 2012; 80(4):285-294
4. Ministerio de Sanidad, servicios sociales y de igualdad. Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona) volumen 5. Enfermería Maternal del Recién Nacido II Parte 2. Sanidad 2015
5. Martínez Terron M., Teixidó I., Palacio M. Colestasis intrahepática del embarazo. Protocolo Hospital Clinic de Barcelona. Institut clinic de Ginecologia Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clinic de Barcelona. 2012



6. Dixon PH, Weerasekera N, Linton KJ, Donaldson O, Chambers J, Egginton E, et al. Heterozygous MDR3 missense mutation associated with intrahepatic cholestasis of pregnancy: evidence for a defect in protein trafficking. *Hum Mol Genet.* 2000;9:1209-17.
7. Bellot Garcia P., Palazón Azorín J.M. Enfermedades hepáticas durante el embarazo. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;31(Supl 5):16-29
8. Poma P.A. Colestasis del embarazo. Artículo de rev peru ginecol Obstet. 2013; 59; 213-224.
9. Laifer SA, Stiller RJ, Siddiqui DS, Dunston-Boone G, Whetham JC. Ursodeoxycholic acid for the treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *J Matern Fetal Med* 2001;10(2):131-135.
10. Hirvioja ML, Tuimala R, Vuori J. The treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy by dexamethasone. *Br J Obstet Gyneacol* 1992;99:109-111.
11. Geenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009;15:2049-2066
12. Muñoz Guillán F.C. Guardado Gonzalez M.J. y cols. Manual de urgencias Obstétricas para Matronas. Editorial SATSE. 2013
13. Soto Pino Z.M. y cols. Guía Clínica de la colestasis intrahepática gestacional. Disponible en: <http://campus.usal.es/~ogyp/CIG.pdf>
14. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia\\_practica\\_AEP.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf)