

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“Características epidemiológicas y clínicas de la colestasis
intrahepática en gestantes atendidas en El Hospital II Essalud
Huánuco 2024”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Ramos Romero, Cattia Vanessa

ASESORA: Fernández Saromo, Raquel

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 77071373

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 23100042

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud, con
 mención en salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0003-3442-5114

H

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Bernuy Pimentel, Jhimmy Jesus	Doctor en ciencias de la salud	42150583	0000-0002-0246-2618
3	Pozo Pérez, Martha Alejandrina	Doctora en ciencias de la salud	22408219	0000-0003-4564-9025



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

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



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **once horas** de la fecha **ocho** del mes de **julio** del año **dos mil veinticinco**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| • Dra. Juana Irma Palacios Zevallos | Presidente |
| • Dr. Jhimmy Jesus Bernuy Pimentel | Secretaria |
| • Dra. Martha Alejandrina Pozo Perez | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 2163-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO 2024”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la **Sra. Cattia Vanessa RAMOS ROMERO**, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO.

Siendo las, 12:00 horas del día **ocho** del mes de **julio** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS
DNI: 22418566
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4163-8740

DR. JHIMMY JESUS BERNUY PIMENTEL
DNI: 42150583
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-0246-2618

DRA. MARTHA ALEJANDRINA POZO PEREZ
DNI: 22408219
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4564-9025



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: CATTIA VANESSA RAMOS ROMERO, de la investigación titulada "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO 2024", con asesor(a) RAQUEL FERNANDEZ SAROMO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 2115-2024-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 17 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 25 de abril de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%	17%	3%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	10%
2	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
3	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	livrosdeamor.com.br Fuente de Internet	<1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Este logro se la dedico de manera especial a Dios, que me guio y sostuvo en cada paso de este camino. Agradezco su amor y providencia, que me permitieron superar obstáculos y alcanzar esta meta.

A mis padres Gaudencio y Nora. El día de hoy puedo decir que no son únicamente mis logros, sino también les pertenecen; porque al final del día son quienes se esfuerzan al igual que yo todos los días para darme la oportunidad de seguir estudiando, de animarme y seguir en este camino de la mano conmigo. Esta tesis es un regalo para ustedes, un símbolo de mi gratitud y admiración. Que les haga sentir orgullosa de mí y de todo lo que hemos logrado juntos.

Al igual que, mis hermanos que son mi segunda inspiración más grande, ustedes son la razón por la que seguiré adelante, por la que luché y perseveré.

Y por último a un gran hombre y ser humano, Noe Z.I por acompañarme durante este proceso, ser mi amigo, apoyo y confidente, por recordarme que yo podía. tu paciencia y tu amor incondicional han sido mi refugio seguro y mi fuente de alegría. Por tus frases de aliento en los difíciles instantes que tuve que pasar y por compartir conmigo la alegría de cada logro.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por ser mi guía y protector a lo largo de este trayecto. Gracias por estar presente en cada paso de mi carrera, por darme la sabiduría y la inteligencia, por sostenerme en cada momento de dificultad que tengo. Su paciencia ha sido fundamental en mi vida para no rendirme y desviarme de mi carrera.

A mi madre, **Nora Romero Echevarria**. Mi apoyo incondicional a lo largo de estos cinco años, gracias por alentarme siempre a alcanzar cada una de mis metas propuestas, su amor, paciencia y apoyo son únicos y especiales y han sido el pilar de mi fortaleza.

A mi padre, **Gaudencio Ramos Rosales**. El mejor padre del mundo, amor de mi vida, quien nunca tiene un no de respuesta para mí. Agradezco profundamente su sacrificio, amor y dedicación. Desde niña he visto tus esfuerzos para guiarme por el camino correcto tus consejos y amor han sido fundamentales para mi desarrollo académico y personal.

A mis adorables hermanos: **Verenise Thalia, Ian Yusef**, quienes son mi luz y mi inspiración en este trayecto, le pido a Dios que los bendiga siempre y me de vida para verlos crecer, ellos me motivan a ser mejor cada día, y siempre estaré para apoyarlos en su camino.

A mi tía **Alicia Calixto Echevarría**. Por estar siempre aconsejándome y apoyándome en todo este proceso y celebrando cada logro mío aun en la distancia junto a mi primo **Hassan G.C** mis agradecimientos mas sinceros hacia ustedes.

A la universidad de Huánuco por permitir ser parte de dicha institución y abrirme las puertas para poder estudiar la carrera que tanto anhelaba, así como a todos mis docentes y compañeros de aula y del internado que fueron parte de mi formación profesional durante todos estos años de estudio. A la MG. Raquel Fernandez Saromo por su apoyo, asesoría, confianza, motivación y sobre todo su exigencia durante todo el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPITULO I.....	12
PROBLEMA DE INVESTIGACION	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	14
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	14
1.3. OBJETIVOS	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	16
CAPITULO II.....	17
MARCO TEORICO	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	17
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	19
2.2. BASES TEÓRICAS	23
2.2.1. INTERNAMIENTO Y TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	26
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	27
2.3.1. COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL	27
2.3.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	28
2.3.3. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	28
2.4. HIPÓTESIS	28
2.5. VARIABLES	28

2.5.1. VARIABLES INDEPENDIENTES	28
2.5.2. VARIABLES DEPENDIENTES.....	29
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
CAPITULO III.....	33
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	33
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.1.1. ENFOQUE.....	33
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	33
3.1.3. DISEÑO.....	33
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
3.2.1. POBLACIÓN	34
3.2.2. MUESTRA.....	34
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	34
CAPITULO IV.....	35
RESULTADOS.....	35
CAPÍTULO V.....	48
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
ANEXOS.....	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad.....	35
Tabla 2. Obesidad.....	36
Tabla 3. Colelitiasis.....	37
Tabla 4. Aumento de peso.....	38
Tabla 5. Colelitiasis previa.....	39
Tabla 6. Asintomático.....	40
Tabla 7. Prurito.....	41
Tabla 8. Ictericia.....	42
Tabla 9. Ácidos biliares ($\mu\text{mol/L}$).....	43
Tabla 10. Alanina amino péptidasa. (ALT - GPT) UI/L.....	44
Tabla 11. Aspartato Aminotransferasa. (AST – GOT) UI/L.....	45
Tabla 12. Fosfatasa alcalina.....	46
Tabla 13. Bilirrubina directa (mg/dl).....	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad	35
Gráfico 2. Obesidad	36
Gráfico 3. Colelitiasis	37
Gráfico 4. Aumento de peso	38
Gráfico 5. Colelitiasis previa	39
Gráfico 6. Asintomático	40
Gráfico 7. Prurito	41
Gráfico 8. Ictericia	42
Gráfico 9. Ácidos biliares ($\mu\text{mol/L}$)	43
Gráfico 10. Alanina amino péptidasa. (ALT - GPT) UI/L	44
Gráfico 11. Aspartato Aminotransferasa. (AST – GOT) UI/L	45
Gráfico 12. Fosfatasa alcalina.....	46
Gráfico 13. Bilirrubina directa (mg/dl).....	47

RESUMEN

Investigación titulada: Características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024, se desarrolló con el objetivo de determinar las características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática de las gestantes estudiadas, encontrando dentro de ellas lo siguiente: Con el 45% se encontraron a las edades de entre 31 a 40 años, con el 85% de las gestantes que presentaron obesidad, con el 80% de gestantes que, si presentaron colestasis, un 70% de las gestantes aumentaron de peso, el 55% de las pacientes presentaron colestasis previa, el 65% no presentaron síntomas, el 75% de las gestantes presentaron prurito, el 25% presentó ictericia, el 35% presentó ácidos biliares (micromol/L) entre 10 a 40, el 40% mayor de 40 y el 25% mayor de 100. El 55% presentó Alanina amino péptidasa. (ALT-GPT) menor de 40, el 55% entre 40 a 80 y el 15% mayor de 80. El 20% presentó aspartato aminotransferasa (AST-GOT), el 60% entre 40 a 80 y el 20% mayor de 80. El 65% presentó fosfatasa alcalina en 299, mientras que el 35% mayor de 299. El 55% presentó bilirrubina directa (mg/dl) menor de 0,5, mientras que el 45% presentó mayor del 0,5.

Palabras claves: Characteristics, clínicas, colestasis, intrahepáticas, gestantes, hospital.

ABSTRACT

Research titled: Epidemiological and clinical characteristics of intrahepatic cholestasis in pregnant women treated at Hospital II EsSalud Huánuco 2024, was developed with the objective of determining the epidemiological and clinical characteristics of intrahepatic cholestasis of the pregnant women studied, finding among them the following: 45% were found at ages between 31 to 40 years, with 85% of the pregnant women who presented obesity, with 80% of pregnant women who, if they presented cholelithiasis, 70% of the pregnant women gained weight, 55% of the patients presented previous cholelithiasis, 65% did not present symptoms, 75% of the pregnant women presented pruritus, 25% presented jaundice, 35% presented bile acids (micromol/L) between 10 to 40, 40% greater than 40 and 25% greater than 100. 55% presented Alanine amino peptidesa. The 55% had direct bilirubin (mg/dl) less than 0.5, while 45% had greater than 0.5.

Keywords: Characteristics, clinical features, cholestasis, intrahepatic, pregnant women, hospital.

INTRODUCCIÓN

La colestasis obstétrica es un trastorno del hígado que suele aparecer en la etapa de la gestación. Ocurre cuando los ácidos biliares, necesarios para la digestión de las grasas, no se procesan adecuadamente por el hígado, lo que provoca su acumulación en el cuerpo. Esta acumulación puede manifestarse a través de síntomas como picazón intensa, la piel y los ojos se tornan amarillentos llamados ictericia, y náuseas.¹

La colestasis obstétrica es un trastorno hepático que afecta a mujeres embarazadas y se caracteriza por una disminución o interrupción del flujo biliar. La secreción biliar es un fluido que se produce en el hígado y que sirve para ayudar a la digestión de las grasas. Cuando el flujo de bilis se reduce o se interrumpe, los ácidos biliares se acumulan en el hígado y en la sangre, lo que puede causar picazón intensa, ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos), náuseas y otros síntomas.²

La incidencia de la colestasis obstétrica varía considerablemente entre diferentes poblaciones, con estimaciones que oscilan entre el 0,3% y el 27%. Esta amplia fluctuación se atribuye a factores que aún no se comprenden en su totalidad. Se ha observado que la incidencia tiende a ser más alta en Sudamérica y el norte de Europa, especialmente en países latinoamericanos, siendo Chile el país más afectado, seguido por Bolivia.³

Es importante tener en cuenta que la colestasis obstétrica puede tener graves consecuencias para el feto, como parto prematuro, sufrimiento fetal y muerte fetal. Por lo tanto, es importante que las mujeres embarazadas que experimentan picazón intensa, ictericia u otros síntomas de colestasis obstétrica consulten a su médico de inmediato.

Aunque no se sabe con certeza cómo se origina la colestasis obstétrica, se han reconocido diferentes elementos de peligro ligados a esta patología, incluyendo factores ambientales. Se ha notado que esta condición es más común en ciertas naciones en época invernal, lo que sugiere una posible relación con niveles bajos de selenio en la dieta durante esa temporada.⁴

La colestasis obstétrica, un trastorno que afecta a mujeres embarazadas, se manifiesta típicamente en etapas del segundo o del tercer trimestre del embarazo y desaparece espontáneamente luego de haberse producido el parto. La sintomatología más característica es el escozor intenso, especialmente en las manos y en los pies, que suele empeorar por la noche. Aunque no se observan lesiones cutáneas, pueden presentarse otros síntomas como náuseas, vómitos, molestias en la parte superior derecha del abdomen o diarrea con heces grasosas (esteatorrea). Esta última condición puede dificultar la permeabilidad de vitaminas liposolubles, como es el caso de la vitamina K, lo que podría afectar la coagulación sanguínea.⁵

A pesar de ser una enfermedad común en algunas regiones, en nuestro país no se han realizado estudios suficientes para determinar su incidencia, las características de las mujeres que la padecen o los resultados asociados con esta condición durante el embarazo y el parto.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La colestasis obstétrica, como también llamada ictericia del embarazo o hepatitis de la gestación, es la enfermedad del hígado más común durante el embarazo. Descrita por primera vez en 1883, se caracteriza por un desequilibrio en la homeostasis de los ácidos biliares en el hígado de la madre, lo que provoca su acumulación y aumento en la sangre. La incidencia de esta condición varía considerablemente entre diferentes poblaciones, con estimaciones que oscilan entre el 0,3% y el 27%. Esta amplia variación se atribuye a factores aún no comprendidos en su totalidad.⁶

La incidencia de la colestasis obstétrica varía según el origen étnico, siendo la raza de los indios araucanos en Chile la que presenta la incidencia más alta en todo el mundo, con un 27%. En Estados Unidos, se reporta una incidencia del 5.6%, con predominio en la población hispana. A pesar de que no se conoce con exactitud el mecanismo por el cual se desarrolla la colestasis intrahepática de la gestación, se acepta la clara asociación con distintos factores de riesgo.

Factores ambientales:

Se ha observado que la colestasis intrahepática de la gestación es mayormente frecuente en ciertas naciones durante la época invernal, cuando los grados del selenio en la dieta están deficientes.

Otros factores de riesgo:

- ✓ Mujeres con gestaciones múltiples (embarazo de mellizos, trillizos, etc.).
- ✓ Mujeres que han logrado el embarazo a partir de un procedimiento de reproducción *in vitro*.
- ✓ Mujeres con historia de uso de anticonceptivos orales.

✓ Mujeres mayores de 35 años

Es importante destacar que la colestasis intrahepática de la gestación es la condición que requiere atención médica, ya que puede tener consecuencias negativas para la madre y el bebé. Si estás embarazada y te preocupa esta condición, te recomiendo que consultes con tu médico para obtener más información y asesoramiento personalizado. ⁷

Nuevos componentes epidemiológicos agrupados a la colestasis intrahepática del embarazo incluyen:

Hepatitis C crónica: La contaminación crónica por el virus de la hepatitis C consigue acrecentar el peligro de desplegar colestasis intrahepática del embarazo.

Antecedentes familiares: Tener antecedentes familiares de colestasis intrahepática del embarazo, especialmente en la madre o hermanas, aumenta la probabilidad de desarrollar la condición en el periodo de la gestación.

Tiempo de vida de la madre avanzada: En las damas que tienen más de 35 años existe mayor peligro de presentar la patología en comparación con las mujeres más jóvenes.

Es importante tener en cuenta que estos factores epidemiológicos no son las únicas causas de la colestasis intrahepática de la gestación y que la condición puede ocurrir incluso en mujeres sin estos factores de riesgo. Si estás embarazada y te preocupa la colestasis intrahepática del embarazo, te recomiendo que consultes con tu médico para obtener más información y asesoramiento personalizado. ⁸

La colestasis intrahepática del embarazo se manifiesta clínicamente por una comezón intensa, principalmente en los pies y en las manos, empeorando por la noche y no se acompaña de lesiones cutáneas. Además, puede haber náuseas, vómitos, dolor en la parte superior derecha del abdomen o diarrea con heces grasosas (esteatorrea). Esta última condición dificultando su absorción de vitaminas liposolubles, como es la vitamina K, lo que puede afectar la coagulación sanguínea. En cuanto a los hallazgos de laboratorio, se

observa un aumento en las concentraciones séricas de la bilis y/o enzimas hepáticas, como la gamaglutamiltrans peptidasa o la bilirrubina. Actualmente, se considera que el incremento de los ácidos biliares séricos es el indicador más confiable para diagnosticar la enfermedad. La colestasis intrahepática de la gestante generalmente se desarrolla los dos últimos trimestres de la gestación se soluciona de manera espontánea luego de haberse producido el parto.⁹

A pesar de que la colestasis intrahepática durante la gestación es una patología frecuente de algunos países de la región, en nuestro país no se han realizado investigaciones suficientes para determinar su impacto real en la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés. Esta falta de información dificulta la implementación de estrategias de prevención y tratamiento eficaces para reducir la morbilidad neonatal asociada a esta patología. Es importante destacar que la falta de datos actualizados sobre la colestasis intrahepática del embarazo en nuestro país limita la capacidad de los expertos de la salud para brindar una atención integral y oportuna a mujeres que padecen esta condición. Por lo tanto, es necesario realizar más investigaciones en esta área para mejorar la comprensión de esta enfermedad y desarrollar estrategias que permitan reducir sus complicaciones y mejorar la salud materno-infantil.¹⁰

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024?

- ¿Cuáles las características epidemiológicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024?
- ¿Cuáles son las características clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características sociodemográficas de las gestantes con colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024.
- Determinar las características epidemiológicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024.
- Determinar las características clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

No se han encontrado estudios en la bibliografía que valoren si ha habido el incremento en la prevalencia o incremento de la patología. Sin embargo, una investigación realizada en un establecimiento de salud sugiere un incremento en la prevalencia de la enfermedad en los durante los cinco últimos años.

En Perú, los estudios sobre la frecuencia de la enfermedad se han limitado a la costa y se han realizado principalmente en los últimos años. No

existen investigaciones que evalúen cómo ha evolucionado la enfermedad a lo largo del tiempo, lo cual es un factor importante a considerar es tomar decisiones en el ámbito de la salud pública.

En Perú, la investigación sobre la frecuencia de esta condición se ha limitado geográficamente, sin estudios que comprendan territorios como la sierra y la selva, lo que impide una comprensión completa de su incidencia a nivel nacional. A pesar de esta falta de datos a nivel nacional, la alta incidencia observada en países vecinos como Chile y Bolivia, con características sociodemográficas similares, sugiere que la condición podría ser un problema de salud pública significativo en Perú también.

Esta condición es especialmente preocupante debido a su asociación con complicaciones perinatales graves, incluyendo morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el bebé. Por lo tanto, un diagnóstico preciso y la identificación temprana de signos de alarma son cruciales para un manejo adecuado y para prevenir desenlaces fatales.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación no enfrentó limitaciones significativas, ya que contamos con el apoyo del personal del establecimiento donde se llevó a cabo el estudio, así como con la asesoría de nuestra asesora.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestro trabajo fue viable ya que contamos con la autorización de las autoridades del hospital II Essalud donde se llevó a cabo el estudio, así como el apoyo del personal del establecimiento de salud y administrativo durante la aplicación de la herramienta de recaudación de información, hicieron posible la realización de nuestra investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Arriaga López Alberto: Colestasis intrahepática del embarazo Un reto más para la obstetricia. México 2021. Este texto es una actualización sobre el diagnóstico y tratamiento de la colestasis intrahepática del embarazo (CIE). La CIE es una condición importante que requiere un abordaje y diagnóstico adecuados para prevenir efectos adversos en la madre y el feto. La prueba de referencia para diagnosticar la CIE es la medición de la concentración de ácidos biliares séricos, y el procedimiento primordial es el ácido ursodesoxicólico. En México, la dificultad principal para diagnosticar la colestasis intrahepática de la gestación es que la generalidad de los hospitales no cuenta con la prueba para medir las elevaciones de ácidos biliares en la sangre. Por lo tanto, los médicos deben basarse principalmente en la sospecha clínica para diagnosticar esta condición e iniciar el tratamiento de manera oportuna.

En México, se necesitan más estudios estandarizados para comprender mejor cómo se desarrolla la colestasis intrahepática del embarazo en la población mexicana. Esto ha convertido a esta condición en un desafío para los obstetras, pero los avances recientes en el diagnóstico y tratamiento son prometedores.¹¹

Peraza Rojas Melissa, Borbón Guevara Jorge Ignacio: Trabajo sobre Colestasis de la gestación, Exploración De Tema. San José de Costa Rica 2021. La colestasis intrahepática viene a ser un trastorno que se presenta durante el embarazo del hígado que afecta a un pequeño porcentaje de mujeres embarazadas. Si bien se han identificado factores genéticos, hormonales y ambientales como posibles causas, aún no se comprende completamente el mecanismo exacto que desencadena esta

condición. El síntoma más característico es la picazón, que generalmente se presenta en las últimas etapas del embarazo. La colestasis intrahepática de la gestación se caracteriza por el incremento en los niveles de ácidos biliares y alteraciones en las enzimas hepáticas, las cuales generalmente vuelven a la normalidad después del parto. Se ha observado que niveles más altos de estos ácidos en la sangre de la gestante se asocian con un mayor riesgo de que el bebé sufra complicaciones, especialmente cuando estos niveles superan los 40 $\mu\text{mol/L}$. Estas complicaciones circunscriben prematuridad del parto, el líquido amniótico meconial, el síndrome de dificultad respiratoria, sufrimiento fetal intrauterino. Siendo la muerte fetal el peligro cuando los niveles de ácidos biliares son superiores a 100 $\mu\text{mol/L}$, aunque también se han reportado procesos con niveles más bajos. Por lo tanto, es fundamental realizar un búsqueda clínica y bioquímica de las mujeres en todo el trascurso del embarazo para evaluar y prevenir estos peligros. El objetivo principal del procedimiento de la colestasis intrahepática gestacional es tranquilizar los síntomas en la madre y comprimir las complicaciones en el feto. El ácido ursodesoxicólico se utiliza como tratamiento de primera línea para esta condición. Pero es importante, a pesar de varias ilustraciones, la certidumbre sobre los beneficios de este tratamiento tanto para la madre como para el feto sigue siendo limitada. Las mujeres diagnosticadas con colestasis intrahepática del embarazo (CIE) deben recibir información sobre los riesgos asociados con esta condición durante el embarazo, la posibilidad de que vuelva a aparecer en futuros embarazos y el riesgo de desarrollar enfermedades del hígado a lo largo de la vida. Debido a no contamos con la evidencia sólida y a la falta de consenso entre las diferentes guías y estudios sobre cómo diagnosticar, tratar y prevenir las complicaciones de la CIE, es crucial que los profesionales de la salud estén bien informados sobre esta enfermedad. Esto les permitirá tomar decisiones informadas y personalizadas para cada paciente, lo que será beneficioso tanto para la madre como para el feto. ¹²

Pérez González Yanet, Torres Rojas Karen Luz, Argote Viñals Carmen. Colestasis intrahepática en la gestación, La Tunas Cuba 2018. La colestasis intrahepática del embarazo es una condición que afecta a un pequeño porcentaje de mujeres embarazadas y se caracteriza por picazón, que generalmente surge durante la segunda etapa de la gestación. Esta picazón no es relacionada con enfermedades de la piel u otros problemas de salud. Se ha observado que en algunos casos hay antecedentes familiares de esta condición, y también es más frecuente en las gestaciones múltiples. El diagnóstico se realiza confirmando un aumento en los niveles de bilirrubina, enzimas hepáticas y ácidos biliares en la sangre. La colestasis intrahepática del embarazo puede ocasionar complicaciones como la presencia de meconio en el líquido amniótico, parto prematuro y fallecimiento fetal. Se describe el caso de una gestante de 36 años que, durante el tercer trimestre de su embarazo, experimentó picazón generalizada por las noches y fue diagnosticada con colestasis intrahepática del embarazo. Se decidió interrumpir el embarazo a las 36 semanas de gestación, y afortunadamente, no hubo complicaciones para el bebé.¹³

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Lucero Dextre Mardonia: Colestasis intrahepática gestacional Moquegua Perú 2021. Se demostró que la colestasis intrahepática en la gestación es un factor de riesgo para la madre y para el feto, como se evidenció en el caso clínico atendido en el hospital III-1 el 21 de noviembre de 2017. La investigación permitió describir antecedentes gineco-obstétricos de la gestante de 32 semanas quien fue atendida en el hospital III-1.

El diagnóstico realizado a una embarazada permitió la identificación del origen de la colestasis intrahepática en este caso de la paciente. Se identificaron las particularidades en este tema médico debido a los altos niveles de transaminasas y ácidos biliares séricos, alcanzando estos últimos un valor de 112.1 umol/L. Se observó que el tratamiento con ácido ursodesoxicólico fue efectivo para disminuir

rápidamente los niveles de ácidos biliares de la paciente. Al dar de alta a la paciente después del parto, se le proporcionaron indicaciones y cuidados para el puerperio, tanto para ella como para su recién nacida, quien se encontraba en buenas condiciones y recibiendo lactancia materna exclusiva.¹⁴

López Huaynate Marita Giovanna: Realizó una investigación en relación a la Patología del perfil clínico y epidemiológico de la Hepatitis en las embarazadas que fueron atendidas en Ayacucho- VRAEM durante los años 2018 al 2021. La incidencia de la hepatitis B crónica en mujeres embarazadas ha aumentado en los últimos años, pasando del 0,5% en 2018 al 2,1% en 2021, en relación con el número de partos. La situación política y socioeconómica del lugar es pobre, y las damas afectadas suelen ser muy jóvenes, provenientes de áreas rurales, dedicadas a las labores del hogar y con una relación de convivencia. Se identificaron factores de riesgo sexuales, como el inicio temprano de actividad sexual entre los 12 y 17 años, actividad sexual sin ningún tipo de protección y tener relaciones con múltiples parejas sexuales. En cuanto a comportamientos y referencias de parte de la familia de peligro, se halló poca evidencia de comportamientos de peligro. Sin embargo, se observó que el 8% de las personas tenían familiares que fallecieron por hepatitis, el 7% tenían familiares con cirrosis y el 6% reportó que su madre padecía la enfermedad. En cuanto al perfil clínico de las personas estudiadas, se observó que el 34% no ha sido vacunado contra la hepatitis B. De las personas que padecen la enfermedad, el 34% la tiene desde hace menos de 6 meses, el 21% desde hace menos de un año y el 45% desde hace menos de cinco años. Los antecedentes médicos relevantes identificados en estas personas incluyen infecciones del tracto urinario (ITU), infecciones de transmisión sexual (ITS), fiebre tifoidea, malaria y dengue. A todas las mujeres embarazadas se les realizaron pruebas de laboratorio básicas para el diagnóstico y seguimiento de su salud. Los resultados mostraron que el 27,6% tenía una carga viral de hepatitis B igual o superior a 2000 U/L. Se encontraron alteraciones en las transaminasas, específicamente en la TGO (10,3%) y la TGP (6,9%), así

como anemia en el 12,1% de las pacientes y niveles elevados de albúmina en el 15,5%. La ecografía abdominal reveló anomalías en el 43,1% de los casos, y una paciente presentó fibrosis hepática según la elastografía. El 32,8% de las mujeres embarazadas recibió tratamiento antirretroviral. Se registraron algunos eventos adversos como abortos (4,3%), partos prematuros (7,8%) y complicaciones como hiperémesis, fibrosis hepática, cirrosis y síndrome de Hellp. La mayoría de los partos fueron vaginales (74,8%).¹⁵

Yanque Robles Omar F. Colestasis Intrahepática gestacional. Lima Perú 2020. Es muy importante prestar atención a la picazón durante el embarazo, sobre todo en los últimos meses. Para saber si la picazón se debe a un problema hepático llamado colestasis intrahepática del embarazo, es necesario medir los ácidos biliares en sangre y realizar otros exámenes. La colestasis intrahepática en la gestación se clasifica según la gravedad de la picazón y la cantidad de ácidos biliares en sangre. Esta condición puede ser peligrosa para el bebé, por lo que es importante diagnosticarla y tratarla a tiempo, además de realizar un seguimiento médico constante durante el embarazo. Durante la atención prenatal, es primordial informar a las mujeres sobre las complicaciones potenciales del embarazo y cuándo es el momento adecuado para finalizarlo. Asimismo, es importante derivar oportunamente a las pacientes a centros de atención que cuenten con experiencia en cuanto al manejo de la colestasis intrahepática en la gestación (CIE).¹⁶

Quispe Vilca, Laura Isabel Dificultades fetales en gestantes diagnosticadas de colestasis intrahepática durante la gestación en pacientes que fueron atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima –Perú 2019. La incidencia de embarazadas con diagnóstico de colestasis intrahepática gestacional, atendidas en el establecimiento de salud donde se llevó a cabo el estudio fue del 0,18%, siendo la principal manifestación clínica de la enfermedad el escozor, que se manifestó en el 100% de los casos. de las pacientes estudiadas. De estas, el 95,56% solo presentó prurito, mientras que el 4,44% lo

presentó acompañado de náuseas y vómitos. En este estudio, se identificaron algunos factores que podrían predisponer a la colestasis intrahepática gestacional, como el uso de anticonceptivos orales (8,89%) y el embarazo gemelar (4,44%). Sin embargo, en la mayoría de los casos (75,56%), no se encontró ningún factor predisponente claro, lo que sugiere que en este estudio no hubo un factor predominante. El tiempo gestacional al momento de producirse el parto fue del promedio 36,4 semanas, con un rango entre 31 semanas y 39 semanas. La mayoría de los partos fueron por cesárea (86,67%), mientras que una minoría fueron vaginales (13,33%). La clasificación de riesgo se basó en los niveles de ácidos biliares y bilirrubina total. Según los niveles de ácidos biliares, la mayoría de las pacientes se encontraban en el grupo de bajo riesgo (73,33%), mientras que, según los niveles de bilirrubina total, la mayoría se encontraba en el grupo de riesgo moderado (75,56%). A pesar de que la mayoría de las pacientes se encontraban en los grupos de bajo y moderado riesgo, se presentaron algunas complicaciones fetales, como sufrimiento fetal agudo (17,78%) y un caso de muerte fetal (2,22%). Esto sugiere que, si bien el riesgo fetal no fue predominante en este estudio, la colestasis intrahepática gestacional puede llevar a complicaciones incluso en casos considerados de bajo o moderado riesgo.¹⁷

Pacheco Eslava, Angélica María: Realizó un estudio referente a la incidencia de colestasis del embarazo en un establecimiento de salud de Lima en los años comprendidos del 2013 al 2019. En este estudio, se encontró que la incidencia de la enfermedad fue del 0,01%, lo cual es relativamente bajo comparado con la incidencia observada en estados vecinos como es el caso de Bolivia y Chile. Se sugiere que esta diferencia en la prevalencia podría estar relacionada con factores étnicos presentes en las mencionadas áreas geográficas. En relación a las particularidades sociales y demográficas de las embarazadas, se encontró que la mayoría (79%) tenía entre 19 y 34 años. En relación con el nivel de estudios, el 60% había completado la educación secundaria. Este dato es relevante, ya que sugiere que las pacientes tienen la capacidad de identificar los síntomas de manera oportuna. En cuanto a las características obstétricas de las pacientes, se observó que todas se

encontraban durante el tercer trimestre de gestación, lo cual concuerda con muchas investigaciones anteriores realizadas. La mayoría de las pacientes (68%) tenía más de un embarazo. En el 92% de los casos, fue necesario finalizar el embarazo mediante cesárea. Todas las embarazadas diagnosticadas con colestasis intrahepática gestacional (CIG) presentaron picazón en las palmas de las manos y plantas de los pies, mientras que un 8% también presentó ictericia y coluria. Al revisar las historias clínicas, se observó que la picazón era principalmente nocturna y no presentaba lesiones en la piel, lo que ayudó a que se realizara la confirmación de la enfermedad. En cuanto a las derivaciones de los análisis de laboratorio, se halló que el 71% de las gestantes tenían niveles de ácidos biliares totales (ABT) entre 10 y 20 $\mu\text{mol/L}$, lo que se considera colestasis intrahepática gestacional (CIG) de riesgo leve. El 29% restante se clasificó como riesgo moderado. Los niveles de bilirrubina total (BT) y bilirrubina directa (BD) solo se encontraron elevados estos niveles en un 13 % de las embarazadas. Las enzimas hepáticas TGO y TGP se hallaron elevadas haciendo el doble de los valores normales al doble de su valor normal en todos los casos, alcanzando valores máximos de 240 u/L para TGO y 480 u/L para TGP. La GGT se encontró elevada en un 7,9% de las pacientes. Los antecedentes relevantes hallados en la investigación estuvieron CIG anteriores en un 7,9% de las pacientes, uso de anticonceptivos orales (ACO) en un 44,7% y no se hallaron gestantes con antecedentes familiares de CIG.¹⁸

2.2. BASES TEÓRICAS

Definición:

La colestasis intrahepática del embarazo es la enfermedad hepática más común durante la gestación. Es una condición transformable que desaparece después del parto y se caracteriza por picazón generalizada, que suele empeorar por las noches y afecta principalmente las palmas de las manos y las plantas de los pies, sin presentar sarpullido. Además, se asocia con alteraciones en las enzimas hepáticas y es más acostumbrado durante el segundo y tercer trimestre de la gestación.

Si bien la colestasis intrahepática gestacional suele aparecer en el tercer trimestre, puede presentarse incluso durante el primer trimestre de la gestación. Debido a esta causa, es fundamental que los expertos de la salud sean calificados para detectar oportunamente los síntomas desde el inicio del embarazo para diagnosticar y tratar esta condición de manera oportuna. ¹⁹

Etiopatogenia:

Se considera que la colestasis intrahepática gestacional (CIG) es una condición multifactorial. Se cree que existe una propensión genética que causa una mayor sensibilidad a las hormonas femeninas, lo que a su vez altera la situación secretoria de la bilis. Se ha reconocido un locus genético asociado a la familia de nativos americanos en el cromosoma. En las pacientes con CIG, se observa un engrandecimiento en la hidroxilación C17 de la vía esteroide, pero una disminución en la actividad de la liasa 17,20, ambas catalizadas por la misma enzima CYP17A1. Por otro lado se han hallado una reducción de las hormonas liberadoras de la corticotropina de la placenta, que es la que se encarga del estímulo de la producción de los precursores de las hormonas sexuales y de los esteroides bioactivos de la placenta. La prevalencia de la enfermedad en estudio, es mucho mayor en las gestaciones múltiples, especialmente en aquellos concebidos por fecundación in vitro comparados con los embarazos gemelares directos.

Se ha observado que las mujeres embarazadas con colestasis presentan un engrandecimiento en la ósmosis intestinal, tanto durante como posteriormente de la gestación. Dicho proceso puede Esto podría proporcionar la permeabilidad de toxinas por parte de las células de Kupffer en el hígado, lo que a su vez desencadenaría la liberación de sustancias pro inflamatorias. Algunos estudios sugieren una posible asociación entre la exposición a ftalatos (disruptores endocrinos) durante el primer trimestre del embarazo y la colestasis. Los ftalatos son combinaciones químicas que se hallan comúnmente en plásticos, servicios de lavado y maquillajes. Un examen de retroceso a gran escala reveló un posible peligro de colestasis en señoras gestantes que consumen omeprazol, lansoprazol y amoxicilina.

Se ha demostrado que los grados pequeños de selenio en mujeres embarazadas con colestasis intrahepática gestacional (CIG) son un factor ambiental relevante. Esto explicaría por qué se ha observado una mengua sobre la incidencia de la CIG en la población chilena a lo largo de los años, ya que los niveles de selenio en esta población han aumentado. Además, la CIG es más frecuente durante la estación de invierno, lo que sugiere que los factores ambientales estacionales también pueden influir en la aparición de esta condición.

Se piensa que los ácidos biliares podrían ser un factor en los partos prematuros al activar la vía de la oxitocina, que causa contracciones. Los estudios sugieren que los óbitos fetales podrían estar relacionados con problemas del ritmo cardíaco del bebé, posiblemente causados por ciertas sustancias presentes en los ácidos biliares. Además, se cree que el ácido cólico podría afectar la circulación sanguínea en la placenta, lo que también podría ser perjudicial para el bebé. Se han notado cambios en el electrocardiograma de los fetos, específicamente un alargamiento del intervalo PR.²⁰

Diagnostico

La determinación de la colestasis intrahepática gestacional (CIG) puede ser un desafío, ya que no existe una guía unificada para su manejo. Si bien el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras no cuenta con un protocolo específico, el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos sí ofrece recomendaciones clínicas. El diagnóstico se basa en la presencia de picazón generalizada junto con alteraciones en las pruebas hepáticas, tal es así el incremento de las transaminasas y los ácidos biliares. Pero, es importante destacar que algunas mujeres con picazón pueden no presentar alteraciones en los resultados de laboratorio al inicio, pero podrían desarrollar la CIG más adelante. Por lo tanto, si existe una alta sospecha clínica, se recomienda realizar controles cada 1 a 2 semanas, incluso si los exámenes iniciales son normales. Los grados de los ácidos biliares no solo son útiles para el diagnóstico, sino también para el seguimiento y la toma de decisiones sobre el momento adecuado para finalizar el embarazo, con el propósito de disminuir

el peligro de mortalidad fetal. En caso de no contar con la medición de ácidos biliares, la alanina transaminasa (ALT o TGP) es el siguiente marcador más sensible. La gamma glutamil transferasa (GGTP) generalmente se mantiene en valores normales, y si se encuentra elevada, podría sugerir una causa genética subyacente de la CIG.

El riesgo de muerte perinatal se incrementa significativamente cuando las concentraciones de ácido biliar alcanzan o superan los 100 $\mu\text{mol/L}$, mientras que el riesgo de parto prematuro aumenta con valores por encima de 40 $\mu\text{mol/L}$. En general, se considera que valores de ácido biliar superiores a 40 $\mu\text{mol/L}$ se asocian con un peor pronóstico en términos de resultados obstétricos.²¹

Manejo:

El procedimiento principal para la colestasis intrahepática gestacional (CIG) es el ácido ursodesoxicólico (UDCA). La dosis recomendada es de 300 mg dos o tres veces al día, o de 10 a 15 mg/kg al día hasta el parto, con una dosis máxima de 21 mg/kg. Se recomienda realizar controles semanales.

Aunque el ensayo UK PITCHES no mostró mejoría en los niveles de ácidos biliares con el uso de UDCA, tampoco se observó mejoría en los síntomas maternos ni en los resultados perinatales. Sin embargo, un estudio sugiere que no se debe negar la administración de este medicamento en mujeres embarazadas con sospecha clínica de CIG, incluso si los resultados de laboratorio son normales, ya que se ha observado que la mitad de estas pacientes desarrollarán CIG.

2.2.1. INTERNAMIENTO Y TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

No se ha establecido el momento óptimo para la hospitalización de pacientes con colestasis intrahepática gestacional (CIG). Algunos estudios sugieren la no existencia demostrativa en los hallazgos tanto maternos como fetales obstétricos y perinatales entre la hospitalización temprana y el manejo ambulatorio. Sin embargo, la hospitalización podría ser beneficiosa en casos donde los contenidos de enzimas

hepáticas (TGO, TGP) están en exceso lo que sugiere un mayor compromiso hepático. Algunos estudios sugieren que la finalización del embarazo debería considerarse según el nivel de ácidos biliares en la sangre de la madre. Se recomienda inducir el parto si los valores superan los 40 $\mu\text{mol/L}$, ya que esto se asocia con un mayor riesgo de complicaciones. Sin embargo, si el tratamiento es efectivo y los niveles de ácidos biliares disminuyen, el riesgo de resultados perinatales adversos es similar al de las mujeres con valores más bajos. No existe un acuerdo unánime sobre el momento óptimo para finalizar el embarazo en casos de colestasis intrahepática gestacional (CIG). El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos sugiere inducir el nacimiento del producto cuando cumpla las 37 semanas, mientras que la Sociedad de Medicina Materno Fetal recomienda adelantar el parto entre las 36 y 37 semanas. La decisión final estribará de la gravedad de la condición y de la consecuencia del manejo que se le brinda.

En cuanto a la vía de parto, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sugiere que las señoras con CIG entre las 36 y 40 semanas de gestación que se someten al parto inducido no presentan mayor peligro de requerir asistencia durante el parto en comparación con aquellas que no son inducidas. A pesar de esto, algunas estadísticas muestran que hasta el 92% de los partos en estos casos terminan siendo por cesárea.

Después del parto, es importante tener en cuenta que existe un mayor riesgo de hemorragia en mujeres que han tenido CIG.²²

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL

Es una patología que es una forma de colestasis que emerge durante el tercer tiempo de la gestación y desaparece naturalmente después del parto. Se especifica por picazón sin sarpullido y un incremento de los ácidos biliares de manera progresiva en la sangre.²³

Gestante:

El embarazo es el período que transcurre desde la concepción, cuando un espermatozoide fecunda un óvulo, hasta el parto. Durante este tiempo, el óvulo fecundado se desarrolla dentro del útero. En los seres humanos, el embarazo suele durar alrededor de 280 días.²⁴

2.3.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Características clínicas: síntomas primeros, sintomatologías que más perturban al desarrollo de su vida diaria, padecimientos mancomunados y salud auto percibida (buena, regular, mala, muy mala).²⁵

2.3.3. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

El estudio de las características epidemiológicas de las enfermedades nos permite comprender su naturaleza y cómo se propagan, lo cual es fundamental para tomar decisiones informadas sobre las estrategias de control y prevención más efectivas.²⁶

2.4. HIPÓTESIS

Ha. Las características Epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II Es Salud Huánuco 2024 son múltiples.

Ho. Las características Epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II Es Salud Huánuco 2024 no son múltiples.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

Características epidemiológicas y clínicas

2.5.2. VARIABLES DEPENDIENTES

Colestasis intrahepática en gestantes

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA O UNIDAD
Paciente con colestasis intrahepática en gestantes	Una mujer embarazada que experimenta picazón intensa, especialmente durante la noche y en manos y pies, después de la mitad del embarazo, podría tener colestasis intrahepática. Esta condición puede estar acompañada de cambios en los exámenes de sangre que evalúan la función del hígado, pero no siempre.	Embarazada con escozor generalizado, predominantemente nocturno con mayor intensidad en la planta de los pies y palma de las manos.	Nominal	Cualitativo	Si NO
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta el instante de su hospitalización	Edad den años registrada en la historia clínica.	Razón	Cuantitativo	Años cumplidos.
Obesidad	Obesidad definida por el exceso de tejido adiposo en el cuerpo. Medible a través de IMC	Embarazada que al comenzar su gestación poseía con IMC > 30 - GRADO I: 30 – 35. - GRADO II: 35 – 40. - GRADO III: 40 – 45. - GRADO IV: > 45.	Ordinal	Cualitativo	30 – 35. 35 – 40. 40 – 45. > 45
Colelitiasis	La presencia de cálculos en la vesícula biliar, acompañada o no de alteraciones en los valores de las pruebas hepáticas, es una	Embarazada con antecedentes de la patología de colestasis	Nominal	Cualitativo	Si NO

condición que puede presentarse en algunas personas					
Aumento de peso	Acrescentamiento de masa corporal definitivo por kilos en un tiempo explícito.	Incremento de peso mayor de 15 kg durante la gestación, se determinará por la diferencia entre el peso al final del embarazo con el peso al inicio.	Nominal	Cualitativo	Si NO
Colestasis previa	Paciente con referencia de colestasis intrahepática gestacional en embarazos previo	Paciente con antecedente de colestasis intrahepática gestacional en embarazos previo	Nominal	Cualitativo	Si NO
Asintomático	No poseer síntomas de una patología.	Gestante que ingresa por emergencia con diagnóstico colestasis asintomática con presencia de ácidos biliares elevados.	Nominal	Cualitativo	Si NO
Prurito	La picazón es una sensación irritante que nos dan ganas de rascarnos.	Sensación de prurito de paciente, ya sea generalizado o a predominio de palmas y plantas de los pies.	Nominal	Cualitativo	Si NO
Ictericia	Tonalidad amarillina de la piel y las mucosas que se origina por un incremento de bilirrubina en la sangre como consecuencia de ciertos trastornos hepáticos	piel con coloración amarillenta hiperbilirrubinemia directa.	Nominal	Cualitativo	Si NO
Ácidos biliares (micromol/L)	Los ácidos biliares son sustancias derivadas del colesterol que se producen en el hígado y se almacenan en la vesícula biliar.	Valor de ácidos biliares mayor a 10, se considerará el primer valor tomado	Razón	Cuantitativo	-entre 10 a 40. -mayor de 40. -mayor de 100

Alanina aminopeptidasa. (ALT - GPT) UI/L	Enzima que se encuentra principalmente en el hígado,	Valor numérico de Alanina aminotransferasa consignado en la Historia Clínica	Razón	Cuantitativo	-menor de 40 Entre 40 – 80 > 80
Aspartato Aminotransferasa. (AST – GOT) UI/L	La AST es una enzima que se encuentra en varios órganos, incluyendo el hígado y el corazón. Si estos órganos sufren algún daño, la AST se libera a la sangre y sus niveles aumentan.	Valor numérico de Aspartato aminotransferasa consignado en la Historia Clínica.	Razón	Cualitativa	-Menor de 40 - Entre 40 – 80 - > 80
Fosfatasa alcalina	Proteína que se halla en todos los tejidos corporales. Los tejidos con cantidades más altas abarcan al hígado, vías biliares y huesos.	Valor numérico de Fosfatasa alcalina consignado en la historia clínica	Razón	Cualitativa	299 >299
Bilirrubina directa (mg/dl)	La bilirrubina es una sustancia amarilla que se forma cuando el cuerpo descompone los glóbulos rojos viejos.	Valor numérico de bilirrubina directa consignado en la historia clínica	Razón	Cualitativa	< 0,5 > 0,5

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación de tipo observacional, cuantitativo y retrospectivo.

3.1.1. ENFOQUE

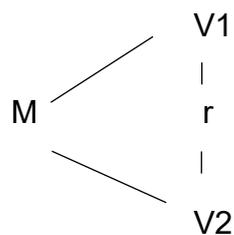
Cuantitativo. caracteriza por manejar la recaudación de identificaciones para experimentar hipótesis a través del cálculo numérico y el análisis estadístico. El objetivo principal es instaurar patrones de procedimiento y validar teorías.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Descriptivo Correlacional: busca establecer la existencia de una relación entre dos o más variables y, en caso afirmativo, medir la intensidad de dicha relación.

3.1.3. DISEÑO

El esquema del diseño es:



Dónde:

M.= Muestra

V1 = Características epidemiológicas y clínicas

V2 = Colestasis intrahepática en gestantes

r = Relación entre variables. ²⁷

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población a estudiar estuvo conformada por 20 pacientes gestantes con colestasis intrahepática

3.2.2. MUESTRA

Muestra estuvo conformada por el total de la población, es decir 20 pacientes gestantes con colestasis intrahepática.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de información de las particularidades epidémicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II Es Salud se utilizaron las leyendas clínicas en físico y el sistema electrónico SGSS del Seguro Social de Salud.²⁸

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Edad

Edad	Nº	%
20 a 30 años	04	20
31 a 40 años	09	45
Mayores de 40 años	07	35
Total	20	100

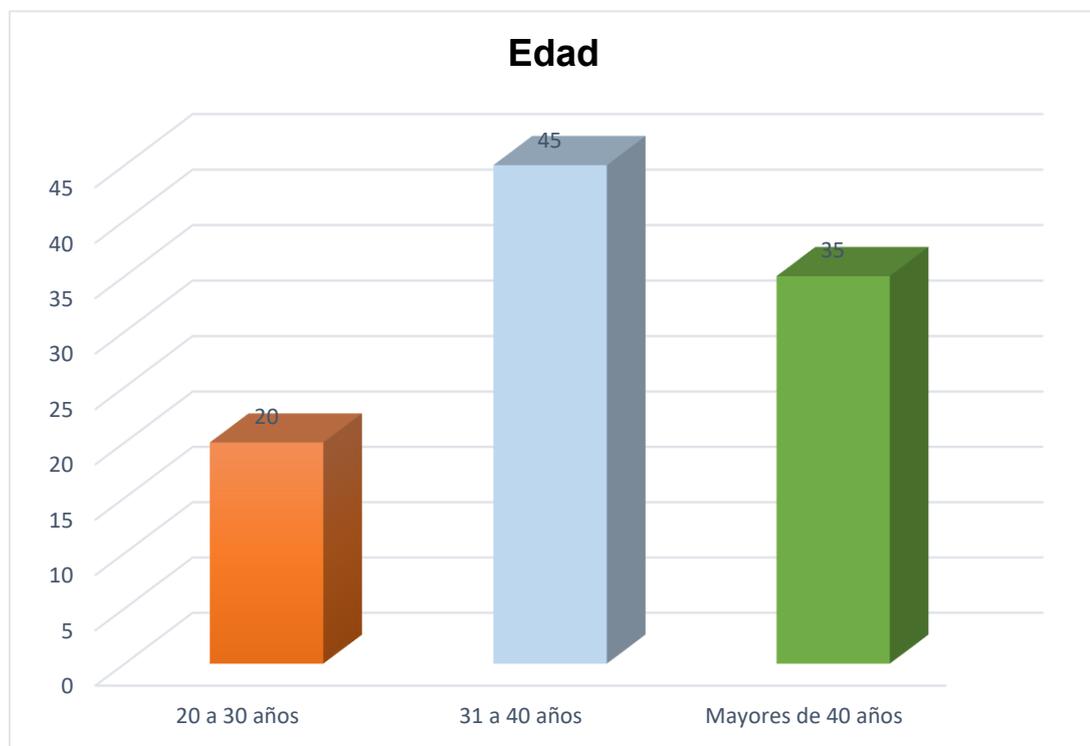


Gráfico 1. Edad

Interpretación. En los resultados podemos observar que con el 45% se encontraron a las edades de entre 31 a 40 años, con el 35% a las mayores de 40 años y con el 20% a las edades de entre 20 a 30 años.

Tabla 2. Obesidad

Obesidad	Nº	%
Si	13	65
No	07	35
Total	20	100

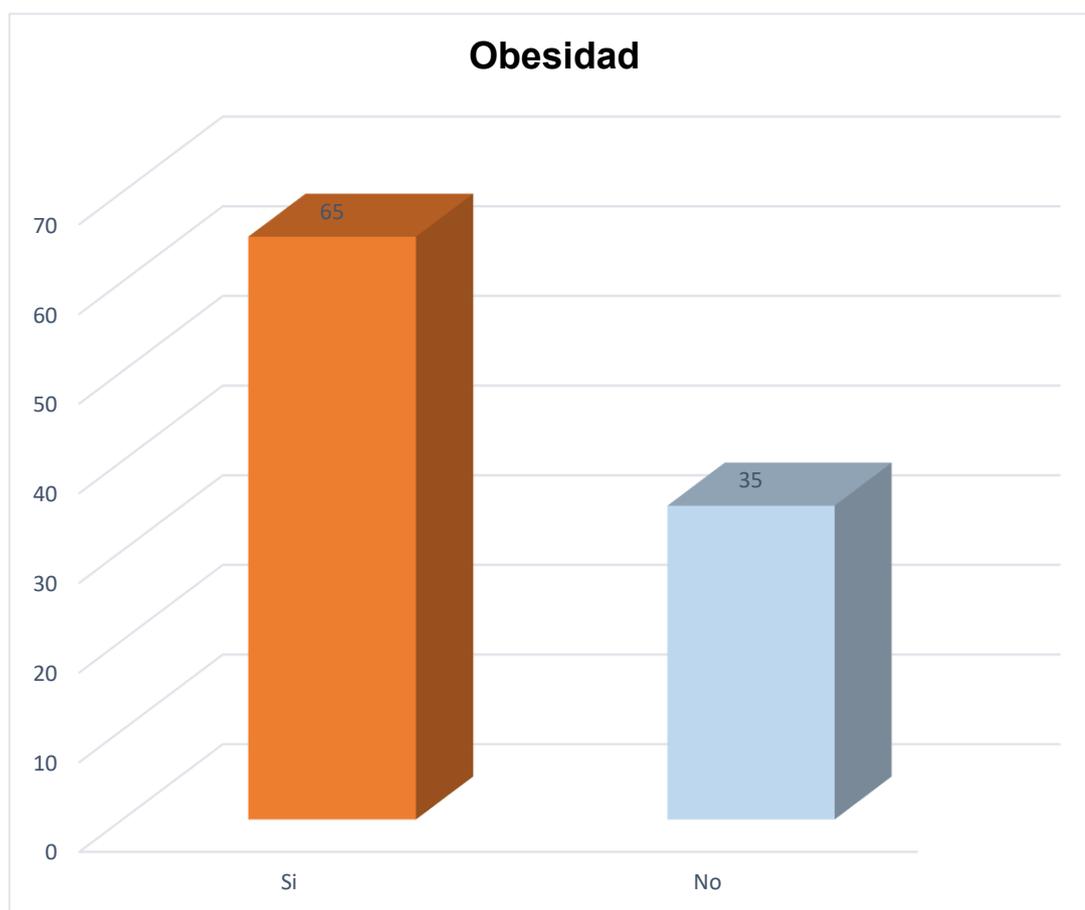


Gráfico 2. Obesidad

Interpretación. Se observa en los resultados que el 65% de las gestantes presentaron obesidad, mientras que el 35% no presentaron obesidad.

Tabla 3. Colelitiasis

Colelitiasis	Nº	%
Si	16	80
No	04	20
Total	20	100

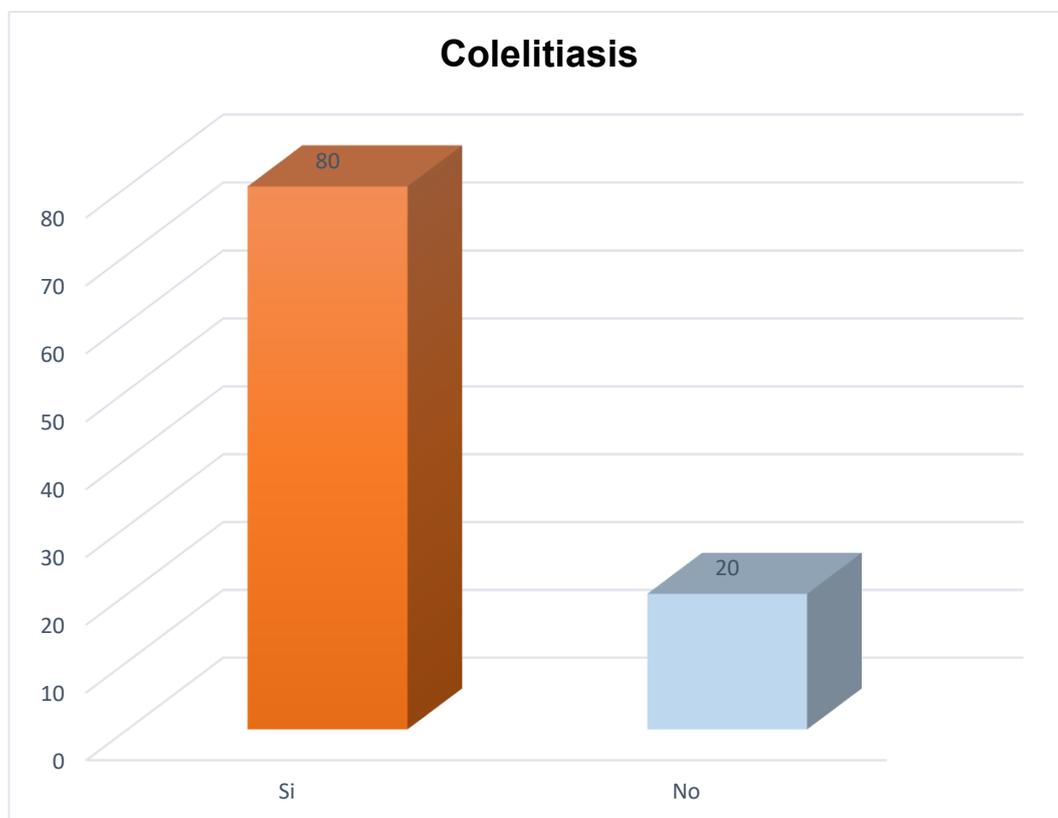


Gráfico 3. Colelitiasis

Interpretación. Observamos en los resultados con el 80% de gestantes que, si presentaron colestiasis, mientras que el 20% no presentaron esta patología.

Tabla 4. Aumento de peso

Aumento de peso	Nº	%
Si	14	70
No	06	30
Total	20	100

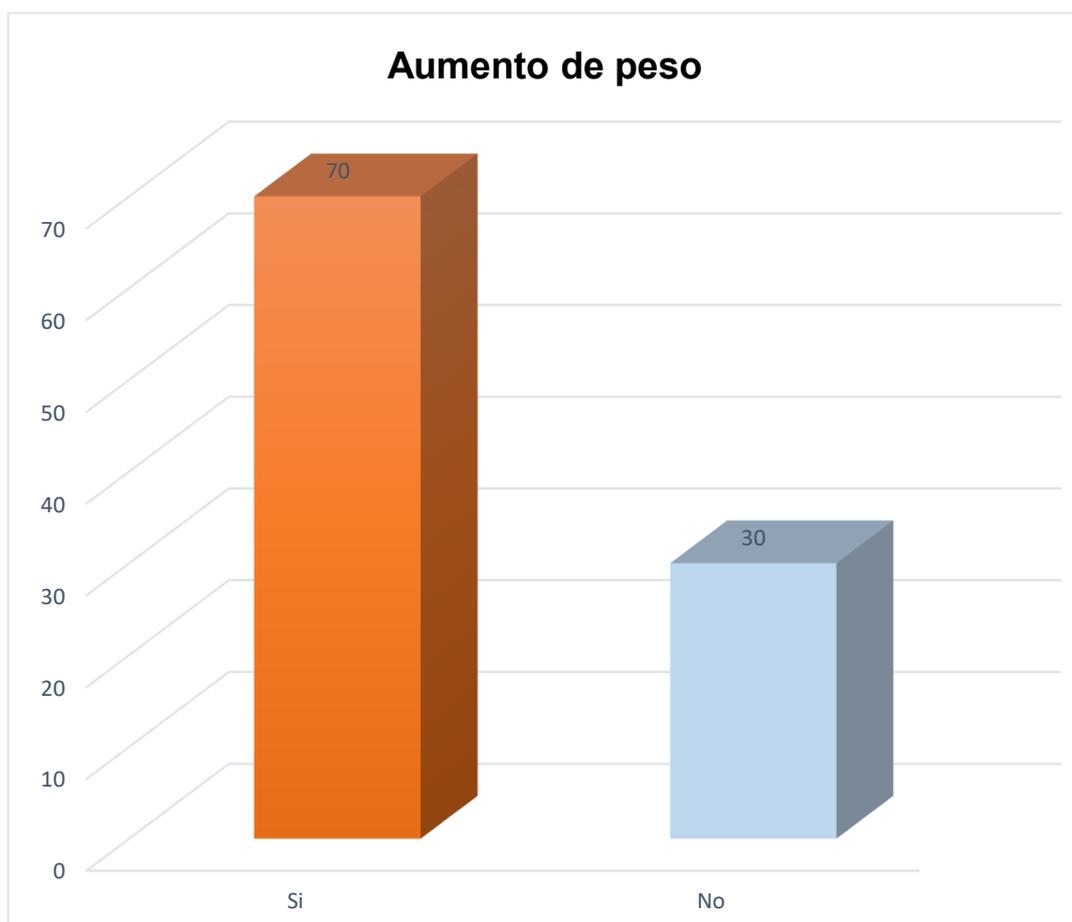


Gráfico 4. Aumento de peso

Interpretación. Observamos en los resultados que un 70% de las gestantes aumentaron de peso, mientras que el 30% no aumentaron de peso.

Tabla 5. Colelitiasis previa

Colelitiasis previa	Nº	%
Si	11	55
No	09	45
Total	20	100

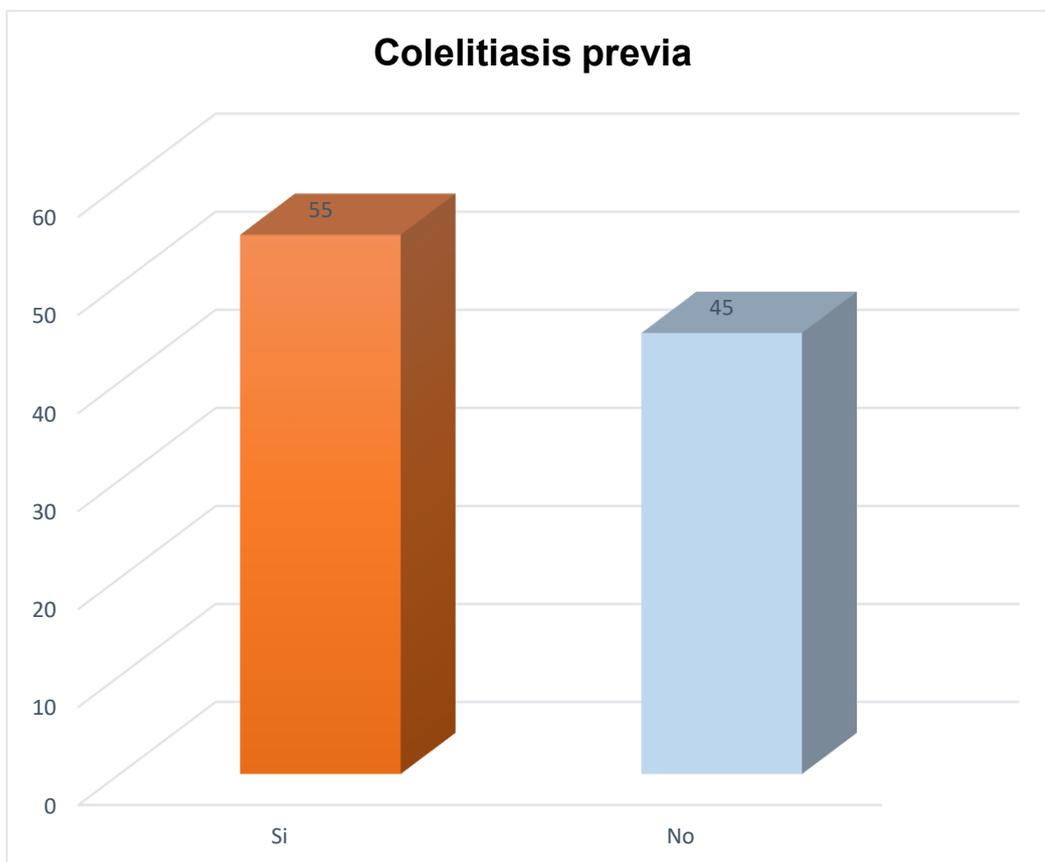


Gráfico 5. Colelitiasis previa

Interpretación. En los resultados podemos observar que el 55% de las pacientes presentaron colelitiasis previa, mientras que el 45% no tuvieron esta patología de manera previa.

Tabla 6. Asintomático

Asintomático	Nº	%
Si	13	65
No	07	35
Total	20	100

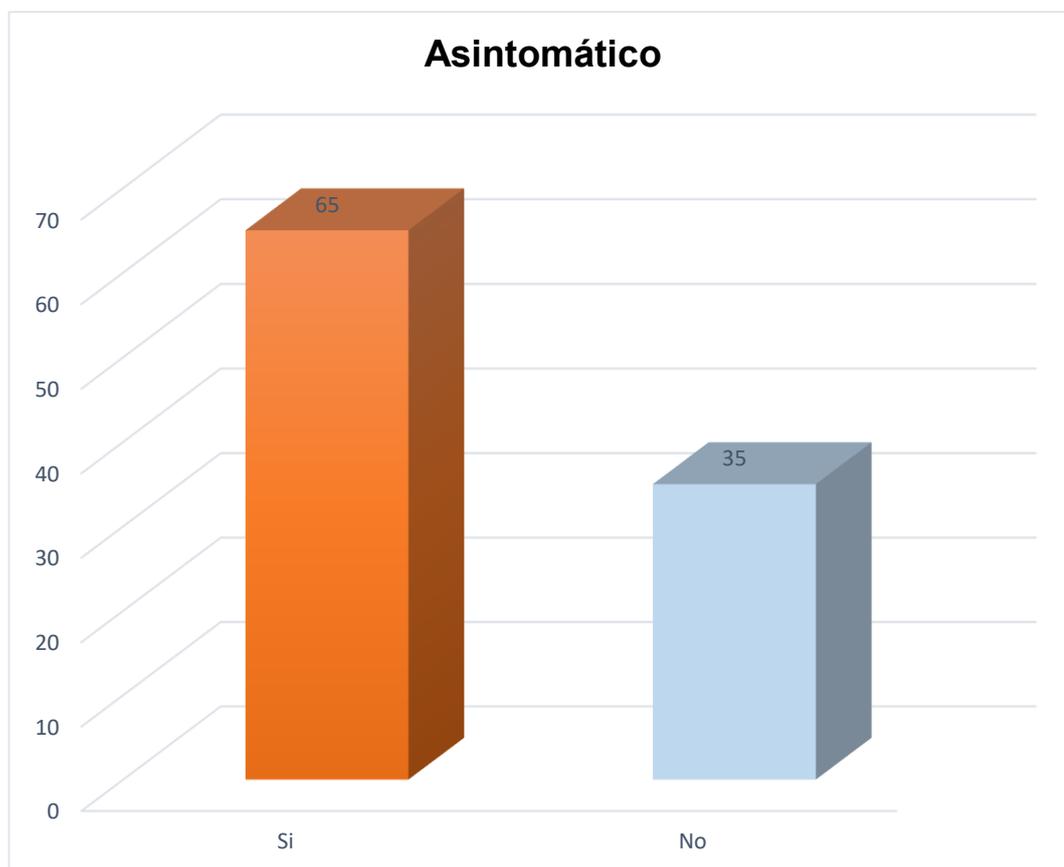


Gráfico 6. Asintomático

Interpretación. En los resultados podemos evidenciar que el 65% no presentaron síntomas, mientras que el 35% si presentaron síntomas.

Tabla 7. Prurito

Prurito	Nº	%
Si	15	75
No	05	25
Total	20	100

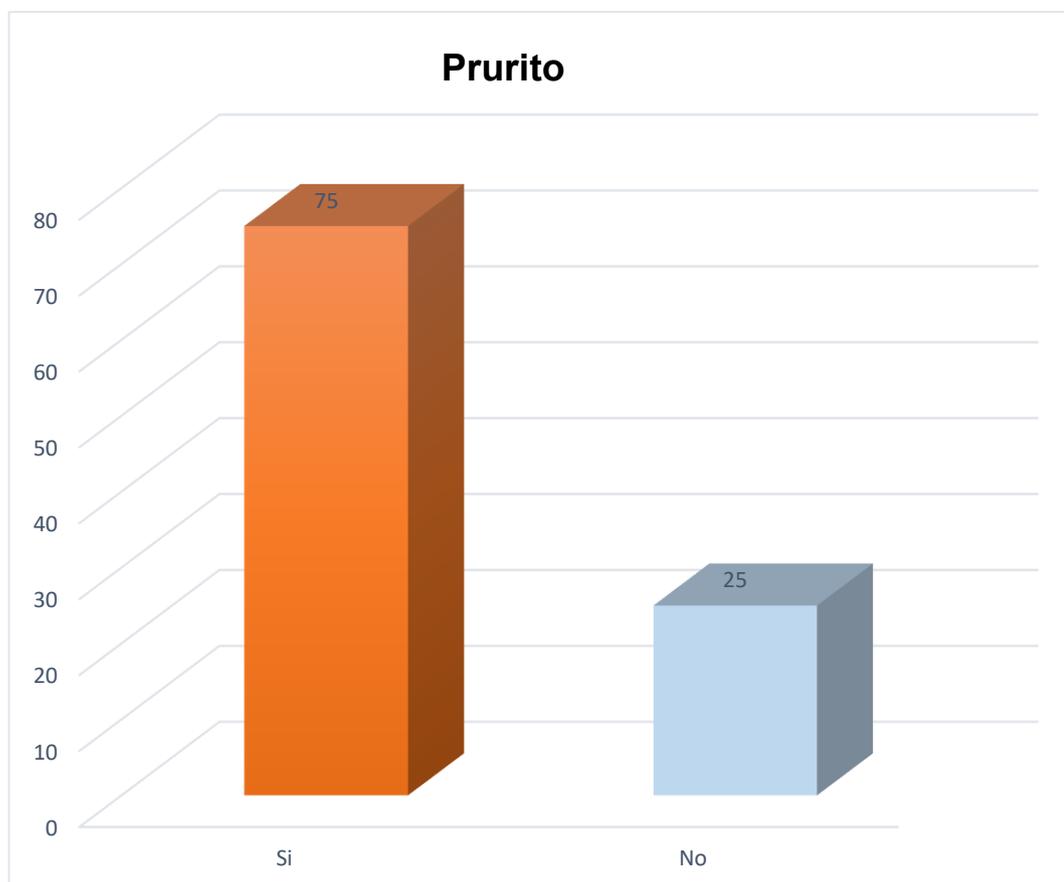


Gráfico 7. Prurito

Interpretación. Los resultados nos muestran que el 75% de las gestantes presentaron prurito, mientras que el 25% no presentaron.

Tabla 8. Ictericia

Ictericia	Nº	%
Si	05	25
No	15	75
Total	20	100

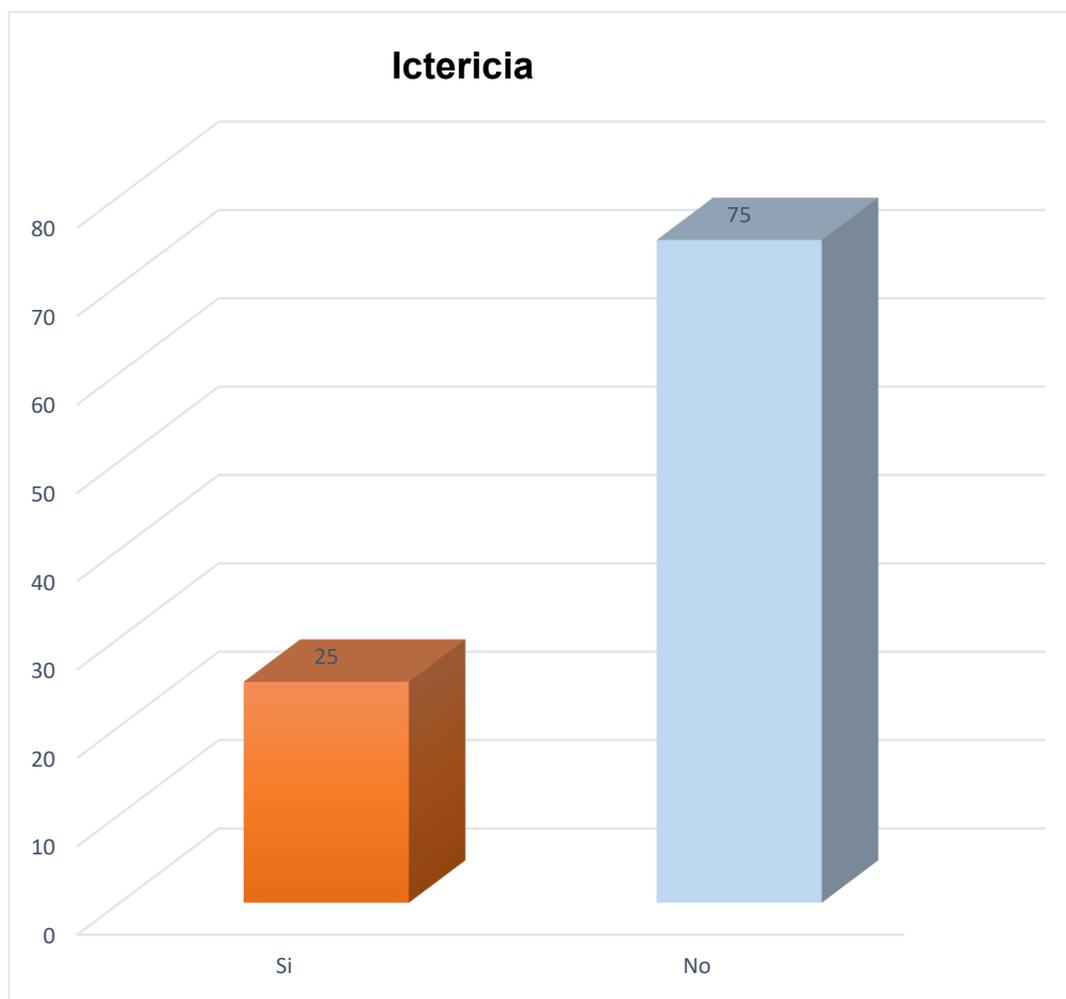


Gráfico 8. Ictericia

Interpretación. En el presente resultado observamos que el 25% presentó ictericia, mientras que el 75% no presentó ictericia.

Tabla 9. Ácidos biliares ($\mu\text{mol/L}$)

Ácidos biliares ($\mu\text{mol/L}$)	Nº	%
Entre 10 a 40 ($\mu\text{mol/L}$)	07	35
Mayor de 40 ($\mu\text{mol/L}$)	08	40
Mayor de 100 ($\mu\text{mol/L}$)	05	25
Total	20	100

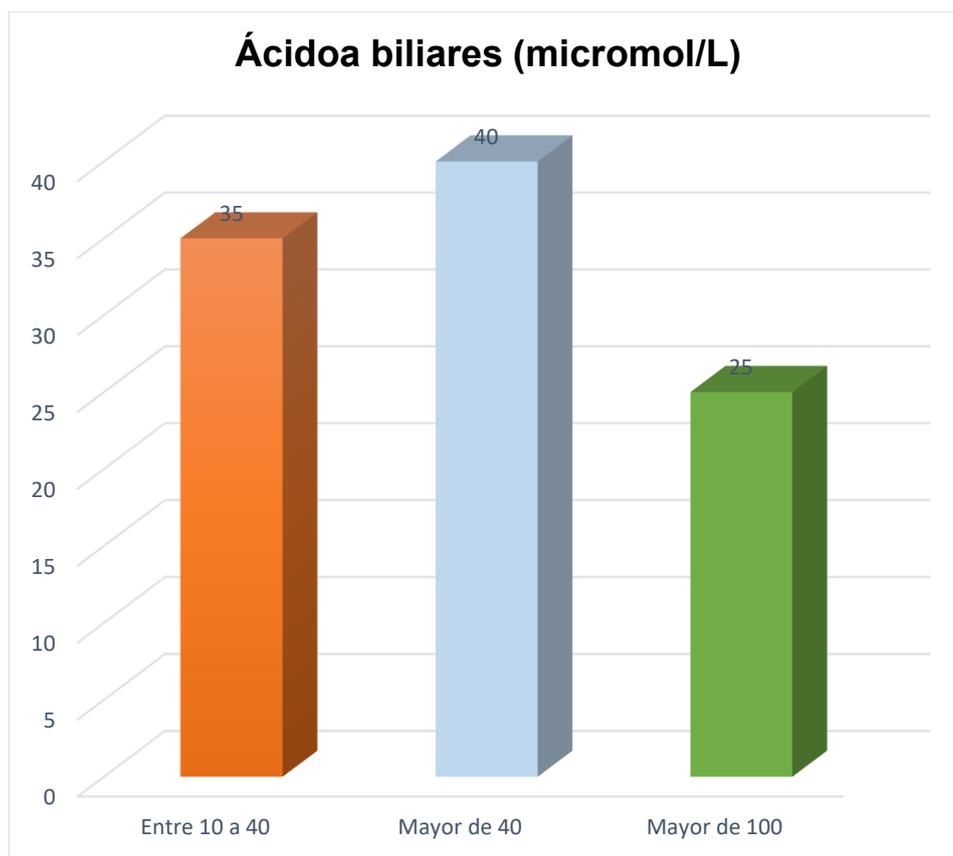


Gráfico 9. Ácidos biliares ($\mu\text{mol/L}$)

Interpretación. En los resultados observamos que el 35% presentó ácidos biliares ($\mu\text{mol/L}$) entre 10 a 40, el 40% mayor de 40 y el 25% mayor de 100.

Tabla 10. Alanina amino péptidasa. (ALT - GPT) UI/L

Alanina amino péptidasa. (ALT - GPT) UI/L	Nº	%
Menor de 40 UI/L	06	30
Entre 40 a 80 UI/L	11	55
Mayor de 80 UI/L	03	15
Total	20	100

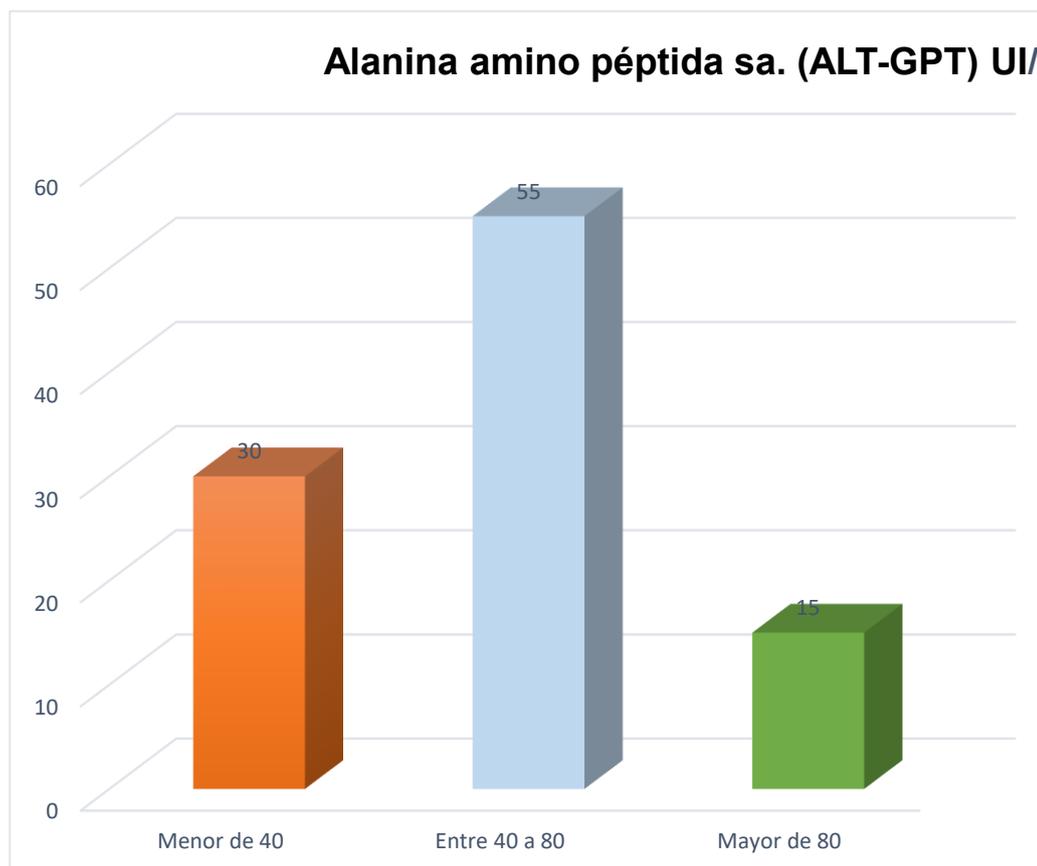


Gráfico 10. Alanina amino péptidasa. (ALT - GPT) UI/L

Interpretación. Los resultados nos muestran que el 30% presentó Alanina amino péptidasa. (ALT-GPT) menor de 40, el 55% entre 40 a 80 y el 15% mayor de 80

Tabla 11. Aspartato Aminotransferasa. (AST – GOT) UI/L

Aspartato Aminotransferasa. (AST – GOT) UI/L	Nº	%
Menor de 40 UI/L	04	20
Entre 40 a 80 UI/L	12	60
Mayor de 80 UI/L	04	20
Total	20	100

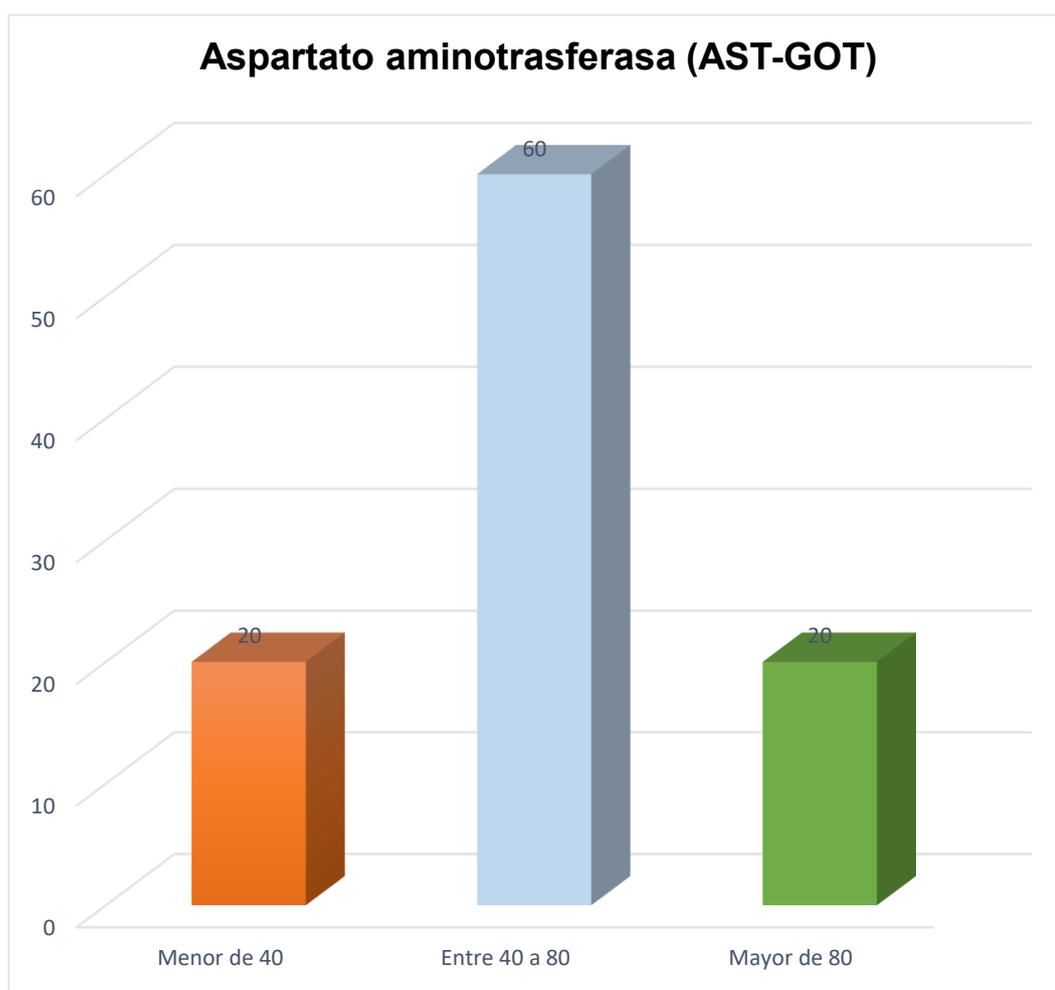


Gráfico 11. Aspartato Aminotransferasa. (AST – GOT) UI/L

Interpretación. Observamos en los resultados que el 20% presentó aspartato aminotransferasa (AST-GOT), el 60% entre 40 a 80 y el 20% mayor de 80

Tabla 12. Fosfatasa alcalina

Fosfatasa alcalina	Nº	%
299 U/L	13	65
Mayor de 299 U/L	07	35
Total	20	100

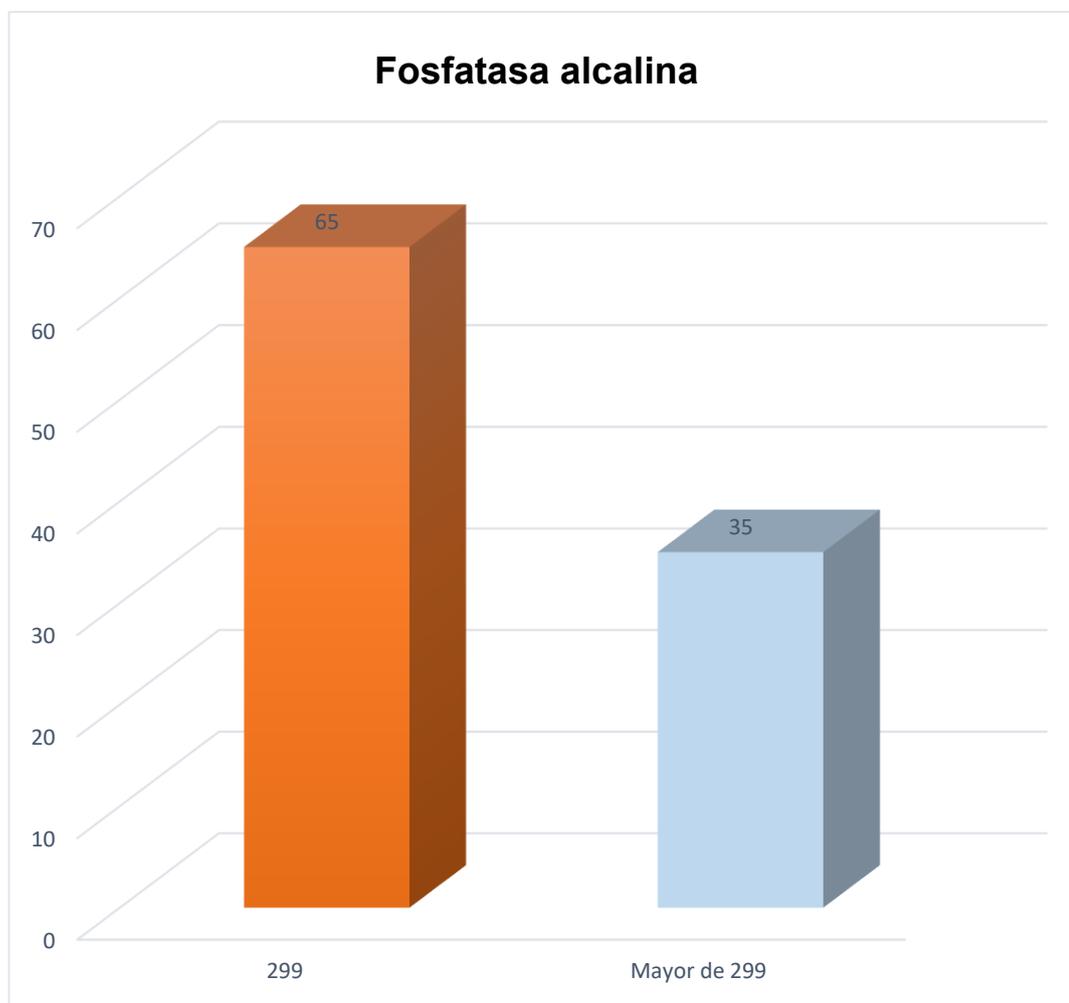


Gráfico 12. Fosfatasa alcalina

Interpretación. Se muestra en los resultados que el 65% presentó fosfatasa alcalina en 299, mientras que el 35% mayor de 299

Tabla 13. Bilirrubina directa (mg/dl)

Bilirrubina directa (mg/dl)	Nº	%
Menor de 0,5 (mg/dl)	11	55
Mayor de 0,5 (mg/dl)	09	45
Total	20	100

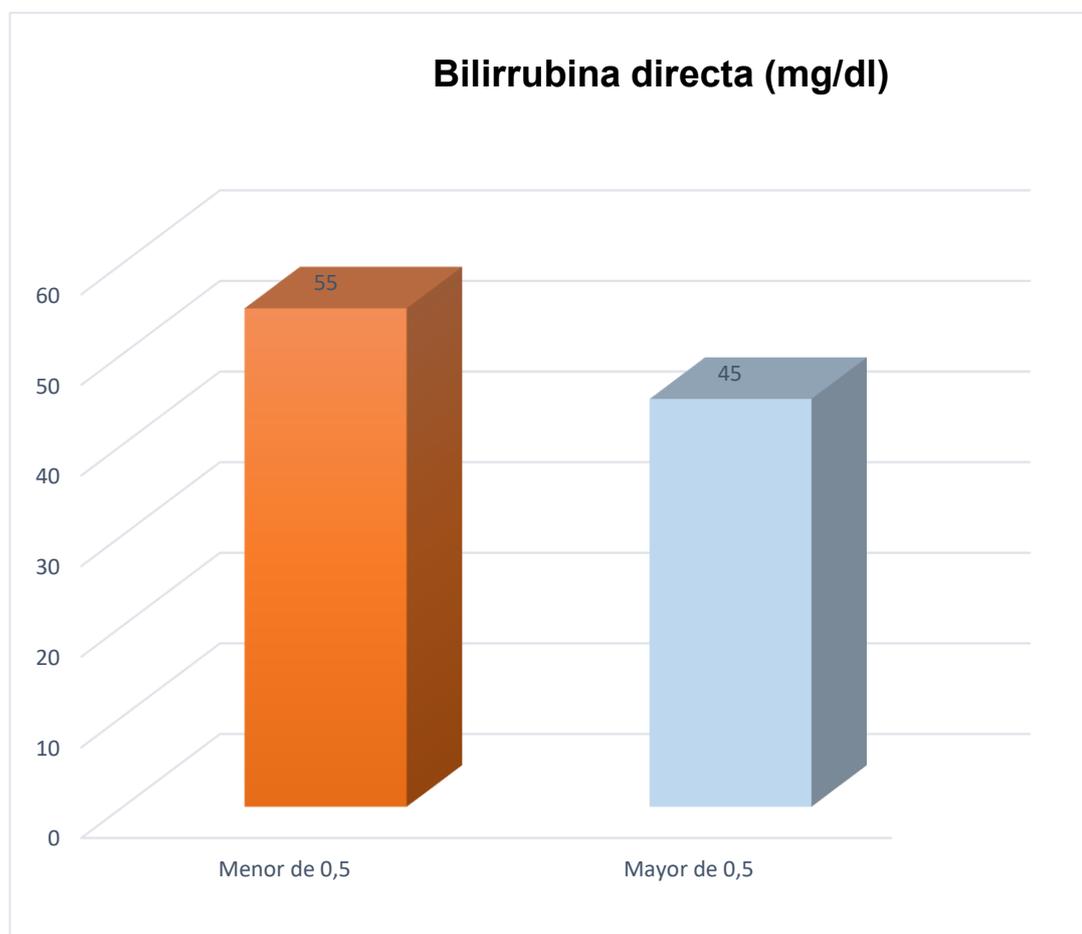


Gráfico 13. Bilirrubina directa (mg/dl)

Interpretación. En los resultados observamos que el 55% presentó bilirrubina directa (mg/dl) menor de 0,5, mientras que el 45% presentó mayor del 0,5.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Estudios realizados por diversos investigadores, con el tema relacionado al de nuestro trabajo, encontraron resultados semejantes en cuanto a las particularidades epidémicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes, encontrando entre ellos a: Peraza Rojas Melissa, quien, en una publicación realizada sobre Colestasis Intrahepática Del Embarazo, encontró El síntoma más característico es la picazón, que generalmente se presenta en las últimas etapas del embarazo. La colestasis intrahepática del embarazo se caracteriza por un aumento en los niveles de ácidos biliares y alteraciones en las enzimas hepáticas, Este último riesgo es más frecuente cuando los niveles de ácidos biliares son superiores a 100 $\mu\text{mol/L}$. Lucero Dextre Mardonia: Colestasis intrahepática gestacional Moquegua Perú 2021. La investigación permitió describir los antecedentes gineco-obstétricos de la gestante de 32 semanas. Se identificaron las características de la colestasis intrahepática en este caso clínico debido a los altos niveles de transaminasas y ácidos biliares séricos, alcanzando estos últimos un valor de 112.1 $\mu\text{mol/L}$. Se observó que el tratamiento con ácido ursodesoxicólico fue efectivo para disminuir rápidamente los niveles de ácidos biliares en la paciente. Yanque Robles Omar F. Es muy importante prestar atención a la picazón durante el embarazo. Para saber si la picazón se debe a un problema hepático llamado colestasis intrahepática del embarazo, es necesario medir los ácidos biliares en la sangre y realizar otros exámenes. La colestasis intrahepática del embarazo se clasifica según la gravedad de la picazón y la cantidad de ácidos biliares en la sangre. Quispe Vilca, Laura Isabel. La prevalencia de pacientes con colestasis intrahepática gestacional La manifestación clínica más frecuente fue el prurito, presente en el 100% de las pacientes estudiadas. De estas, el 95,56% solo presentó prurito, La edad gestacional promedio al momento del parto fue de 36,4 semanas, con un rango entre 31 semanas y 39 semanas. La clasificación de riesgo se basó en los niveles de ácidos biliares y bilirrubina total. Según los niveles de ácidos biliares, la mayoría de las pacientes se encontraban en el grupo de bajo riesgo (73,33%), mientras que, según los

niveles de bilirrubina total, la mayoría se encontraba en el grupo de riesgo moderado (75,56%). Pacheco Eslava, Angélica María: Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional. En cuanto a las características sociodemográficas de las pacientes, se encontró que la mayoría (79%) tenía entre 19 y 34 años. En relación con el nivel de estudios, el 60% había completado la educación secundaria. Este dato es relevante, ya que sugiere que las pacientes tienen la capacidad de identificar los síntomas de manera oportuna. En cuanto a las características obstétricas de las pacientes, se observó que todas se encontraban en el tercer trimestre de gestación, lo cual concuerda con investigaciones previas. La mayoría de las pacientes (68%) tenía más de un embarazo. En el 92% de los casos, fue necesario finalizar el embarazo mediante cesárea. Todas las pacientes diagnosticadas con colestasis intrahepática gestacional (CIG) presentaron picazón en las palmas de las manos y plantas de los pies, mientras que un 8% también presentó ictericia y coluria. En cuanto a los resultados de los análisis de laboratorio, se encontró que el 71% de las pacientes tenían niveles de ácidos biliares totales (ABT) entre 10 y 20 $\mu\text{mol/L}$, lo que se considera colestasis intrahepática gestacional (CIG) de riesgo leve. El 29% restante se clasificó como riesgo moderado. Los niveles de bilirrubina total (BT) y bilirrubina directa (BD) solo se encontraron elevados en el 13% de las pacientes. Las enzimas hepáticas TGO y TGP se encontraron elevadas al doble de su valor normal en todos los casos, alcanzando valores máximos de 240 u/L para TGO y 480 u/L para TGP. En el nuestro hallamos los siguientes: Edades 45% se encontraron a las edades de entre 31 a 40 años, con el 35% a las mayores de 40 años y con el 20% a las edades de entre 20 a 30 años. El 85% de las gestantes presentaron obesidad, mientras que el 35% no presentaron obesidad. El 80% de gestantes que, si presentaron colelitiasis, mientras que el 20% no presentaron esta patología. El 70% de las gestantes aumentaron de peso, mientras que el 30% no aumentaron de peso. El 55% de las pacientes presentaron colelitiasis previa, mientras que el 45% no tuvieron esta patología de manera previa. El 65% no presentaron síntomas, mientras que el 35% si presentaron síntomas. El 75% de las gestantes presentaron prurito, mientras que el 25% no presentaron. El 25% presentó ictericia, mientras que el 75% no presentó ictericia. El 35% presentó ácidos biliares (micromol/L) entre 10 a 40, el 40%

mayor de 40 y el 25% mayor de 100. El 55% presentó Alanina amino péptidasa. (ALT-GPT) menor de 40, el 55% entre 40 a 80 y el 15% mayor de 80. El 20% presentó aspartato aminotransferasa (AST-GOT), el 60% entre 40 a 80 y el 20% mayor de 80. El 65% presentó fosfatasa alcalina en 299, mientras que el 35% mayor de 299. El 55% presentó bilirrubina directa (mg/dl) menor de 0,5, mientras que el 45% presentó mayor del 0,5.

CONCLUSIONES

Al finalizar nuestra investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

Existen características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024, siendo las más importantes las siguientes: Edades 45% se encontraron a las edades de entre 31 a 40 años, con el 35% a las mayores de 40 años y con el 20% a las edades de entre 20 a 30 años. El 65% de las gestantes presentaron obesidad, mientras que el 35% no presentaron obesidad. El 80% de gestantes que, si presentaron coleditiasis, mientras que el 20% no presentaron esta patología. El 70% de las gestantes aumentaron de peso, mientras que el 30% no aumentaron de peso. El 55% de las pacientes presentaron coleditiasis previa, mientras que el 45% no tuvieron esta patología de manera previa. El 65% no presentaron síntomas, mientras que el 35% si presentaron síntomas. El 75% de las gestantes presentaron prurito, mientras que el 25% no presentaron. El 25% presentó ictericia, mientras que el 75% no presentó ictericia. El 35% presentó ácidos biliares (micromol/L) entre 10 a 40, el 40% mayor de 40 y el 25% mayor de 100. El 55% presentó Alanina amino péptidasa. (ALT-GPT) menor de 40, el 55% entre 40 a 80 y el 15% mayor de 80. El 20% presentó aspartato aminotransferasa (AST-GOT), el 60% entre 40 a 80 y el 20% mayor de 80. El 65% presentó fosfatasa alcalina en 299, mientras que el 35% mayor de 299. El 55% presentó bilirrubina directa (mg/dl) menor de 0,5, mientras que el 45% presentó mayor del 0,5.

RECOMENDACIONES

- Es importante que los profesionales de la salud que trabajan en centros y puestos de salud estén capacitados para identificar rápidamente casos de colestasis intrahepática. Una vez detectados, deben derivar a los pacientes de inmediato a establecimientos con mayor capacidad resolutive para recibir el tratamiento adecuado.
- Es fundamental que los laboratorios de los centros de salud mantengan un suministro constante de los insumos necesarios para realizar las pruebas diagnósticas de colestasis intrahepática de manera oportuna y eficiente.
- Debido al alto riesgo de muerte fetal intrauterina asociado a la colestasis intrahepática, es esencial que los profesionales de la salud realicen un monitoreo fetal exhaustivo en las pacientes diagnosticadas con esta condición. Además, se recomienda que el parto se programe entre las semanas 36 y 37 de gestación para minimizar el riesgo de complicaciones y asegurar el bienestar del bebé.
- Las mujeres que han tenido colestasis intrahepática durante el embarazo requieren una atención médica continua y regular, incluso después del parto, para monitorear su salud y detectar cualquier posible complicación a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Espinoza A, Vilchez M, Webb K. Colestasis intrahepática del Embarazo. Rev Med Sin. 2019.
2. Pacheco A. Prevalencia de Colestasis Intrahepática Gestacional en el Hospital Santa Rosa, durante el periodo 2013 – 2015
3. Estiú M, Frailuna M, Dericco M, Otero C. Guía de práctica clínica: Colestasis Intrahepática Gestacional. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2019
4. Alemdaroglu S, Yılmaz Baran S, Durdag GD, Yuksel Simsek S, Yetkinel S, Alkaş Yaginç D, et al. Colestasis intrahepática del embarazo: ¿están en riesgo los embarazos de fecundación? J Matern Fetal Neonatal Med. 2020
5. Frailuna MA, Etcheagaray M, Estiu C, Di Biase L, Betular A, Navarro L. et al. Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG). Consenso FASGO. 2016.
6. Estiú M, Frailuna M, Dericco M, Otero C. Guía de práctica clínica: Colestasis Intrahepática Gestacional. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2019.
7. Granados M, Torres D. Colestasis Intrahepática Gestacional y óbito fetal. Universidad Norbert Wiener; 2017.
8. Medina JM, Jáuregui RA, Medina N, Medina D. Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión. Ginecol Obstet Mex. 2017
9. Williamson C, Geenes V, Colestasis intrahepática del embarazo: serie de expertos clínicos. Obstet Gynecol. 2014.
10. Pevtichev S, Dimitrova V, Colestasis intrahepática del embarazo. Akusch Ginekol. 2013;52(1):35-41.
11. Arriaga López Alberto: Colestasis intrahepática del embarazo Un reto más para la obstetricia. México 2021.

12. Peraza Rojas Melissa, Borbón Guevara Jorge Ignacio: Colestasis Intrahepática Del Embarazo, Revisión De Tema. San José de Costa Rica 2021.
13. Pérez González Yanet, Torres Rojas Karen Luz, Argote Viñals Carmen. Colestasis intrahepática del embarazo, La Tunas Cuba 2018
14. Lucero Dextre Mardonia: Colestasis intrahepática gestacional Moquegua Perú 2021
15. López Huaynate Marita Giovanna: Hepatitis B crónico: perfil clínico y epidemiológico en gestantes atendidas en el hospital san francisco - VRAEM, Ayacucho 2018 – 2021
16. Yanque Robles Omar F. Colestasis Intrahepática gestacional. Lima Perú 2020.
17. Quispe Vilca, Laura Isabel Complicaciones fetales en pacientes con diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2019 Lima –Perú 2019.
18. Pacheco Eslava, Angélica María: Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital Santa Rosa, durante el periodo 2013-2018.Lima-Perú 2019.
19. . Ovadia C, Williamson C. Colestasis intrahepática del embarazo: avances recientes. Clin. Dermatol. 2016.
20. . Floreani A, Gervasi M. Nuevos conocimientos sobre la colestasis intrahepática del embarazo. Clin Liver Dis. 2016.
21. Dixon P, Williamson, C. La fisiopatología de la colestasis intrahepática del embarazo. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2016.
22. Chivers S, Williamson C. Colestasis intrahepática del embarazo. Obstet Gynaecol Reprod Med. 2018.
23. Frailuna MA, Etchegaray M, Estiu C, Di Biase L, Betular A, Navarro L. et

- al. Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG). Consenso FASGO. 2016.
24. Brady CW. Enfermedad hepática en el embarazo: novedades. *Hepato Communitaria*. 2020.
 25. Piechota J, Jelski W. Colestasis intrahepática en el embarazo: revisión de la literatura. *J Clin Med Res*. 2020.
 26. Espinoza A, Vilchez M, Webb K. Colestasis intrahepática del Embarazo. *Rev Med Sin*. 2019.
 27. Díaz, C., Suarez, G. y Flores, E. (Guía de investigación en educación. Pontificia Universidad Católica del Perú). 2016.
 28. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. Metodología de la investigación. Sexta edición. Editorial Mc Graw Hill. (2014). <https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Ramos C. Características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en El Hospital II Essalud Huánuco 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO 2024”

Problema	objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024?	Objetivo general Determinar las características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024.	Ha. Las características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024 son múltiples.	. Variables independientes Características epidemiológicas y clínicas	Tipo de investigación Retrospectivo, observacional, analítico, cuantitativo e inferencial. Enfoque 5.1.1. CUANTITATIVO. Alcance o nivel 5.1.2. DESCRIPTIVO CORRELACIONAL
Problemas específicos ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las	Objetivos específicos Establecerlas características sociodemográficas de las gestantes con colestasis	Ho. Las características epidemiológicas y clínicas de la colestasis intrahepática en	Variables dependientes Colestasis intrahepática en gestantes	Población La población a estudiar estará conformada por 20 pacientes gestantes con colestasis intrahepática

<p>gestantes con colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024?</p>	<p>intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024.</p>	<p>en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024 no son múltiples.</p>	<p>Muestra La muestra será el total de la población es decir de 20 pacientes gestantes con colestasis intrahepática</p>
<p>¿Cuáles las características epidemiológicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024?</p>	<p>Determinar las características epidemiológicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024.</p>		
<p>¿Cuáles son las características clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024?</p>	<p>Determinar las características clínicas de la colestasis intrahepática en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco 2024.</p>		

ANEXO 2
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Edad

30 – 35.

35 – 40.

40 – 45.

> 45

2. Obesidad

Si

No

3, Colelitiasis

Si

No

4. Aumento de peso

Si

No

5. Colelitiasis previa

Si

No

6. Asintomático

Si

No

7. Prurito

Si

No

8. Ictericia

Si

No

9. Ácidos biliares (micromol/L)

entre 10 a 40.

mayor de 40.

mayor de 100

10. Alanina aminopeptida sa. (ALT - GPT) UI/L

Menor de 40

Entre 40 – 80

> 80

11. Aspartato Aminotransfer asa. (AST – GOT) UI/L

Menor de 40

Entre 40 – 80

> 80

12. Fosfatasa alcalina

299

>299

13. Bilirrubina directa (mg/dl)

< 0,5

> 0,5