

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha: Abril/ 2016	
	Edición: 02	

Colestasis Intrahepática del Embarazo (CIH)

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES Dra Catalina Plaza Dr Jose Adánez Dra Ana Escudero Dr Oscar Vaquerizo Dra Marina Navarro Dra Vázquez Dr Moreno	REVISORES Sesión de Obstetricia	AUTORIZADO Profesor Ferrer
Fecha: Abril 2016		

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha: Abril	
	/ 2016	
	Edición: 02	

INDICE

- 1.- Alcance del protocolo
- 2.- Objetivo
- 3.- Criterios diagnósticos
- 4.- Manejo

- Actuación ante la paciente que acude a urgencias con sospecha de CIH.
- Seguimiento de gestación con CIH.
- Finalización del embarazo.

1.-ALCANCE DEL PROTOCOLO

Gestaciones controladas en el HUCA diagnosticadas de CIH o que acuden al HUCA bien por iniciativa propia o derivadas en el tercer trimestre de gestación por presentar clínica compatible con CIH.

2.-OBJETIVO DEL PROTOCOLO

a) Recoger la evidencia de riesgos de resultados fetales adversos en gestaciones afectadas por CIH, estableciendo criterios clínicos de gravedad:

1. Parto pretérmino (espontáneo o inducido)
2. Registros TNS anómalos
3. Líquido meconial
4. Muerte fetal intraútero
5. Síndrome de distrés respiratorio (SDR)

b) Implementar unas líneas de diagnóstico y seguimiento de gestaciones con CIH, aplicando la evidencia disponible

c) Tratar de establecer el momento más adecuado para la finalización del embarazo, valorando la edad gestacional adecuada y las condiciones locales para lograr los mejores resultados neonatales y obstétricos.

3.-CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La CIH se considera un diagnóstico de exclusión, cuando en una gestante del 2º y más frecuentemente del 3er trimestre aparece clínica de prurito inexplicable por otras causas, con alteración de pruebas de función hepática y/o elevación de ácidos biliares, resolviéndose ambos después del parto

Clínica

Prurito palmo plantar de predominio nocturno, a veces insoportable que suele preceder a la alteración de las pruebas de función hepática (PFH).

Raramente ictericia. Puede presentar coluria y acolia.

Resolución del cuadro después del parto (en unos días el prurito y en 6-8 semanas normalización de PFH)

Laboratorio

Elevación de ácidos biliares séricos totales.

Establecemos el punto de corte en 8mM/l como valor positivo.

Elevación ALT (más sensible para el diagnóstico) y AST, hasta 1000 (diagnóstico diferencial con hepatitis víricas)

GGT: poco elevada o normal.

Tiempo protrombina: 20% de los casos elevado.

Fosfatasa Alcalina, no válida para diagnóstico puesto que está elevada en gestantes en general.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha: Abril	
	/ 2016	
	Edición: 02	

Pruebas de imagen:

- Normales: diagnóstico diferencial con cálculos.

4.- MANEJO

Actuación ante la paciente que acude a urgencias con sospecha de CIH

- Anamnesis detallada sobre características del prurito. Exploración en busca de lesiones cutáneas.
- Descartar patología obstétrica asociada (especialmente preeclampsia que empeoran el pronóstico fetal)
- Solicitud de analítica recogida en el power plan de CIH (con carácter urgente las incluidas en el catalogo LRR)
- Solicitud al Servicio de Radiología de Ecografía abdominal urgente. (En horario de mañana, teléfonos 39166 o 38140. Durante la guardia, avisar al día siguiente y se realizará a lo largo de esa mañana).
- Si el diagnóstico de sospecha es de CIH (clínica altamente sugestiva incluso si PFH son normales, ya que estas pueden tardar unos días en alterarse).
- Será dada de alta con tratamiento.

Ac. ursodesoxicólico (Ursochol): 300 mg/8 h (podrían utilizarse hasta 2 g/d)

Maleato de dexclorfeniramina (Polaramine): 1 comprimido cada 8 horas.

Vitamina K (10 mg oral diario) En caso de alteración del tiempo de protrombina.

Rifampicina (30 mg /día) En casos de resistencia a ácido ursodesoxicólico y colestasis pretérmino se realizará tratamiento combinado (rifampicina y ácido ursodesoxicólico).

Solicitar analítica que incluya ácidos biliares y consulta en OBS-ARO en el plazo de una semana, donde se valorará la actitud a seguir en función de las cifras de la analítica previa (el resultado de ac. biliares tarda 7 días aproximadamente)

Evaluar retirada de tratamiento con progesterona.

Seguimiento de la gestante con CIH

El seguimiento se realizará semanalmente en la consulta de OBS-ARO, incluyendo analítica de ácidos biliares.

No es necesaria la realización de test no estresante de manera rutinaria, salvo que aparezcan patologías asociadas que lo justifiquen, dado que la muerte fetal en caso de producirse no obedece a insuficiencia placentaria crónica, sino que se produce de manera aguda por arritmia o vasoconstricción placentaria.

Postparto: repetir ácidos biliares entre las 6-8 semanas. Citar en 8-10 semanas en consulta post parto (EXGUES) Si no son normales, derivar a Servicio de Digestivo para despistaje de hepatopatía.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha: Abril	
	/ 2016	
	Edición: 02	

Finalización del embarazo.

Ácidos biliares >40 mM	37 s
Patología asociada	
Clínica materna no tolerable	
Ácidos biliares <40 mM.	39 s
Ácidos biliares >100Mm.	Individualizar según edad gestacional

Bibliografía

- 1.- Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* vol.124, No1, July 2014.
- 2.- Predictors of adverse neonatal outcomes in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Oct 2015.
- 3.- Expectant management in cholestasis in pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Jan 2016.
- 4.- Colestasis intrahepática del embarazo. Protocolo Institut Clinic de Ginecologia i Neonatologia, Hospital Clinic de Barcelona. Enero 2012.
- 5.- Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Up to date, Dec 2015.
- 6.- Pruritus associated with cholestasis. Up to date, Dec 2015.
- 7.- Obstetric Cholestasis. RCOG Green-top Guideline No 43, April 2011
- 8.- Marschall HU, Wagner M, Zollner G, Fickert P, Diczfalussy U, Gumhold J, et al. Complementary stimulation of hepatobiliary transport and detoxification systems by rifampicin and ursodeoxycholic acid in humans. *Gastroenterology* 2005. 129:476–85.