



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante
el periodo 2021-2024

AUTORAS:

Benavides Vásconez, Leslie Maribi
Herrera Tixe, Leidi Laura

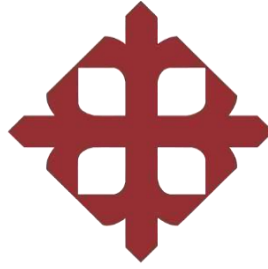
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título
de MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Gaibor Santos, Deborah Denisse

Guayaquil, Ecuador

23 de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Benavides Vásconez, Leslie Maribi y Herrera Tixe, Leidi Laura**, como requerimiento para la obtención de título de **Medico**.

TUTORA



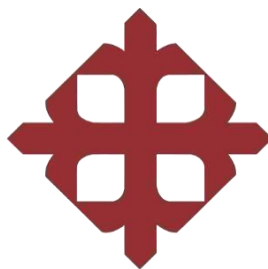
f. _____

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis, Mgs

Guayaquil, 23 de septiembre del 2025



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Benavides Vásconez, Leslie Maribi**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2021-2024**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 23 de septiembre del 2025

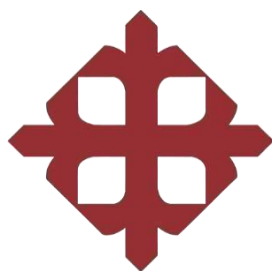
AUTOR



Firmado electrónicamente por:
**LESLIE MARIBI
BENAVIDES VASCONEZ**
Validar Únicamente con FirmaEC

f. _____

Benavides Vásconez, Leslie Maribi



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Herrera Tixe, Leidi Laura**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2021-2024**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 23 de septiembre del 2025

AUTOR

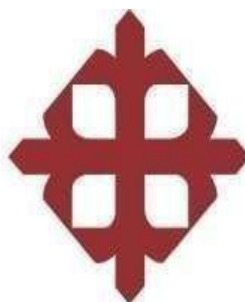


Firmado electrónicamente por:
**LEIDI LAURA HERRERA
TIXE**

Validar únicamente con Firma@C

f. _____

Herrera Tixe, Leidi Laura



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Benavides Vásconez, Leslie Maribi**

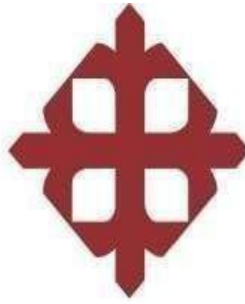
Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2021-2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 23 de septiembre del 2025

AUTORA



f. _____
Benavides Vásconez, Leslie Maribi



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA

SALUD CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Herrera Tixe, Leidi Laura**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2021-2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 23 de septiembre del 2025

AUTORA



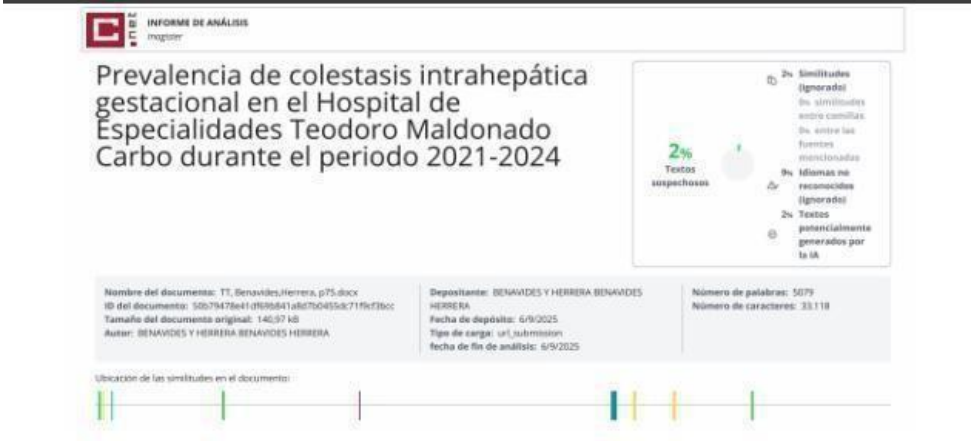
Firmado electrónicamente por:
**LEIDI LAURA HERRERA
TIXE**

Validar únicamente con FirmaSC

f. _____

Herrera Tixe, Leidi Laura

REPORTE DE COMPILATIO



AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, quien en su infinita misericordia me dio la inteligencia, la perseverancia y la serenidad para enfrentar cada desafío, le agradezco por las puertas que abrió, por las personas que puso en mi camino y por el aliento que sentí en cada paso mientras avanzaba en esta maravillosa carrera, es por ello que este triunfo es una manifestación de su amor y bondad.

A mi querida madre Alcira Vásconez, por ser la roca sobre la que se construyó mi camino, gracias por tus oraciones, por tu apoyo incondicional y por creer en mí incluso en los momentos en que yo misma dudaba, gracias por haber estado para mí en todo momento, gracias por haber formado a la mujer que hoy en día soy, porque la educación no es un título sino un estilo de vida y eso me lo enseñaste en casa, como hija puedo decirte que hiciste un gran trabajo, gracias por todo.

Al padre de mis hijos Jonathan García, por su inquebrantable apoyo, por su confianza en mí, por haber sido una persona perseverante en este trayecto de mi vida, gracias por tus consejos, gracias por haber estado en todo momento.

Benavides Vásconez, Leslie Maribi

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fuerza, la salud y la sabiduría para culminar esta etapa tan significativa de mi vida. En cada momento de duda encontré en él la esperanza y la fe para seguir adelante.

A mi mamá, mi mayor inspiración y mi apoyo incondicional. Esta tesis no es solo fruto de mi esfuerzo, sino también de tu amor incansable, de tus sacrificios silenciosos y de tus palabras que siempre me alentaron a creer en mí. Tu fortaleza y tus enseñanzas han sido el motor de este camino, y cada logro alcanzado lleva tu nombre. No existen palabras suficientes para agradecer todo lo que has hecho por mí; esta obra es apenas un pequeño reflejo del amor inmenso que me has entregado y de la mujer en la que me has ayudado a convertirme. Gracias por darme la vida y por enseñarme a luchar siempre con el corazón en alto.

A mis hermanos, Oswaldo, Javier y María Fernanda, por estar siempre a mi lado, brindándome compañía, cariño y el apoyo moral que me sostuvo en los momentos más difíciles. Cada palabra de aliento y cada gesto de cercanía me recordaron que nunca camino sola.

A mi papá Wilson y a mi mamá Laurita, quienes hoy me miran desde el cielo. Gracias por ser la luz que guía mi andar y la fuerza que me inspira a seguir. Aunque su partida fue temprana, su amor y sus enseñanzas siguen vivos en mi corazón, impulsándome a superar cada desafío. Este trabajo es también un homenaje a su memoria, un tributo a su legado y a la gratitud eterna que siento por haberlos tenido en mi vida, aunque el destino haya decidido separarnos demasiado pronto.

A mi mejor amiga Michelle, porque un día el internado unió a dos almas gemelas y desde entonces caminamos juntas este trayecto. Gracias por ser parte de mi vida, por cada momento compartido, por las risas que aligeraron los días, por los abrazos que me reconfortaron y por sostenerme siempre con tu amistad incondicional. No tengo duda de que eres la mejor amiga del mundo. Gracias, Michi, por ser mi compañera en este camino.

Herrera Tixe, Leidi Laura

DEDICATORIA

A mis hijos, Lorraine García Benavides y Mael García Benavides, cada página de este trabajo lleva la huella de su amor incondicional, sus abrazos y sus "te amo, mami" fueron el impulso en los días de cansancio, ustedes me enseñaron que la verdadera sabiduría no está solo en los libros, sino en la alegría de compartir, en la paciencia y en la fortaleza que me dan.

A Lorraine, mi inspiración en estudiar medicina, y a Mael, mi ancla en la tormenta, quiero que sepan que ustedes son el motor de mi vida, el porqué de cada esfuerzo y el motivo de cada victoria, este logro es tan suyo como mío, porque en los días más grises me hicieron sonreír, pues sin sus sonrisas y sus locuras que veo diario, este camino no habría sido posible.

Espero que esta tesis sea un faro que les muestre que, con dedicación, los sueños se pueden alcanzar, este es el mejor legado que puedo dejarles.

Benavides Vásconez, Leslie Maribi

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía constante, por darme la fortaleza, la salud y la sabiduría necesarias para llegar hasta aquí. Sin su luz y su presencia, este sueño no hubiera sido posible.

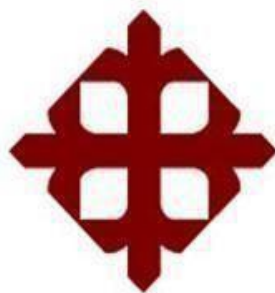
A mi mamá, mi mayor inspiración y apoyo incondicional. Esta dedicatoria es para ti, porque cada página escrita y cada meta alcanzada llevan impreso tu amor infinito, tus sacrificios y tus palabras de aliento. Gracias por enseñarme a ser fuerte, por acompañarme en cada paso y por mostrarme que con fe y esfuerzo los sueños se hacen realidad.

A mis hermanos, Oswaldo, Javier y María Fernanda, por ser mi refugio y compañía en este camino. Su cariño, apoyo y confianza en mí han sido un abrazo constante que me sostuvo en los momentos de cansancio y me animó a seguir adelante.

A mi papá Wilson y mamá Laurita, quienes desde el cielo iluminan mi vida. Aunque su partida fue temprana, su amor sigue latiendo en mi corazón y su recuerdo me impulsa a luchar con valentía. Este logro también es suyo, porque todo lo que soy lleva la huella de sus enseñanzas y el eco eterno de su amor.

Y a todas aquellas personas que me acompañaron en este trayecto, desde el principio hasta el final. A quienes estuvieron en cada etapa y también a quienes, aunque se quedaron a mitad del camino, aportaron un granito de arena para que hoy pueda celebrar este logro. A cada una de ellas, gracias, porque en su apoyo encontré la motivación y la fuerza para no rendirme.

Herrera Tixe, Leidi Laura



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

INDICE

Contents

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	3
1.3 OBJETIVOS	4
1.4 JUSTIFICACIÓN	4
CAPITULO II.....	5
MARCO TEORICO.....	5
2. GENERALIDADES DE COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL.....	5
2.1. DEFINICIÓN.....	5
2.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	5
2.3. FACTORES DE RIESGO	6
2.4. ETIOLOGÍA.....	7
2.5. FISIOPATOLOGÍA	8
2.6. MANIFESTACIONES CLINICAS	8
2.7. DIAGNÓSTICO	8
2.8. COMPLICACIONES.....	10
2.8.1. COMPLICACIONES MATERNAS.....	11
2.8.2. COMPLICACIONES FETALES	12
2.9. TRATAMIENTO.....	12
2.10. MANEJO	13
2.11. PRONÓSTICO	15
CAPITULO III.....	16
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	16
3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y ANALISIS DE LOS DATOS	16
16	
3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	16

3.4 POBLACION Y MUESTRA.....	16
3.4.1 POBLACION	16
3.4.2 MUESTRA.....	17
3.4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	17
3.5 OPERALIZACION DE VARIABLES.....	17
CAPITULO IV	19
4. RESULTADOS Y DISCUSION.....	19
4.1 RESULTADOS	19
4.2 DISCUSION	21
CAPITULO V	24
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	24
5.1 CONCLUSIONES.....	24
5.2 RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

RESUMEN

Introducción: La colestasis intrahepática gestacional es un trastorno gestacional que se caracteriza por la acumulación de ácidos biliares en sangre por alteración en su excreción hepática. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021-2024. **Metodología:** Este estudio tiene un diseño no experimental, de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. **Resultados:** Se detectaron 114 casos de colestasis intrahepática del embarazo durante el período de estudio, con una prevalencia del 8,3 %. El 66,7 % de las embarazadas tenían entre 20 y 35 años y fueron diagnosticadas en el tercer trimestre (64,0 %). En relación con los antecedentes gineco- obstétricos de bajo riesgo, con hasta dos gestas (54,4%) y partos (45,6%). Las comorbilidades más frecuentes fueron preeclampsia (49,1%), infecciones urinarias (38,6%) e hígado graso (33,3%). La ruptura prematura de membranas fue la principal complicación obstétrica (64,0%), seguida por amenaza de parto pretérmino (33,3%) y alteraciones del líquido amniótico. Se registró óbito fetal en el 5,3% de los casos. **Conclusion:** La colestasis intrahepática del embarazo presentó una alta prevalencia, especialmente en gestantes en edad reproductiva y en el tercer trimestre, con preeclampsia como comorbilidad más común y ruptura prematura de membranas como la principal complicación obstétrica.

Palabras claves: colestasis intrahepática del embarazo, complicaciones obstétricas, epidemiología, prurito, lesión hepática,

ABSTRACT

Introduction: Intrahepatic cholestasis of pregnancy is a gestational disorder characterized by the accumulation of bile acids in the blood due to impaired hepatic excretion. **Objective:** To determine the prevalence of intrahepatic cholestasis of pregnancy at the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital during the period 2021-2024. **Methodology:** This study has a non-experimental, observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective design. **Results:** A total of 114 cases of intrahepatic cholestasis of pregnancy were identified, with a prevalence of 8.3%. Most of the pregnant women were between 20 and 35 years old (66.7%) and were diagnosed in the third trimester (64.0%). In relation to low-risk gynecological and obstetric history, up to two pregnancies (54.4%) and deliveries (45.6%) were reported. The most common comorbidities were preeclampsia (49.1%), urinary tract infections (38.6%), and fatty liver (33.3%). Premature rupture of membranes was the main obstetric complication (64.0%), followed by threatened preterm labor (33.3%) and amniotic fluid abnormalities. Fetal death was recorded in 5.3% of cases. **Conclusion:** Intrahepatic cholestasis of pregnancy had a high prevalence, especially in pregnant women of reproductive age and in the third trimester, with preeclampsia as the most common comorbidity and premature rupture of membranes as the main obstetric complication.

Keywords: intrahepatic cholestasis of pregnancy, obstetric complications, epidemiology, pruritus, liver injury,

INTRODUCCION

La colestasis intrahepática gestacional es un trastorno hepático exclusivo del embarazo, caracterizado por la acumulación de ácidos biliares en la sangre debido a una disfunción en su excreción hepática (1,2). Se presenta típicamente en el segundo y tercer trimestre del embarazo y su síntoma cardinal es el prurito intenso, predominantemente en las palmas y plantas (3). A pesar de que esta patología suele resolverse espontáneamente tras el parto, su importancia radica en las complicaciones materno-fetales que pueden derivarse de un diagnóstico y tratamiento tardíos, como el parto prematuro, el sufrimiento fetal y, en casos graves, la muerte intrauterina (2,4).

En Latinoamérica y en Ecuador, a pesar de que existen escasas investigaciones sobre su frecuencia, se ha observado un aumento en la frecuencia de casos en los hospitales de referencia, lo que sugiere que su impacto en la salud de la madre y el feto podría estar subestimado (5,6). Los factores demográficos como el origen étnico, y externos como la exposición a tratamientos hormonales y los antecedentes familiares pueden influir en su desarrollo, lo que requiere un análisis detallado de su comportamiento en las distintas comunidades de este país (4,5).

La fisiopatología de esta enfermedad se asocia a alteraciones de los transportadores biliares codificados por los genes ABCB4 y ABCB11, así como a un efecto hormonal que aumenta la retención de ácidos biliares. Este proceso no solo afecta al bienestar de la madre, sino que también puede comprometer el suministro de oxígeno al feto y aumentar el riesgo de complicaciones perinatales (6-9).

Dado que la colestasis intrahepática del embarazo es un problema de salud que tiene un impacto significativo en la morbilidad y mortalidad neonatal, es fundamental comprender su comportamiento en Ecuador. Este estudio tiene como objetivo caracterizar la prevalencia, los factores de riesgo y los desenlaces clínicos de este trastorno en gestantes atendidas en centros hospitalarios del país, proporcionando evidencia que permita optimizar su detección temprana y manejo clínico.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La colestasis intrahepática del embarazo es problema de salud pública materna debido a que se asocia a complicaciones obstétricas y perinatales, como parto prematuro, excreción de meconio, síndrome de dificultad respiratoria y muerte intrauterina súbita (1,2). A nivel mundial se estima que la prevalencia de este trastorno varía según la zona geográfica estudiada, oscilando entre el 0,2 % y el 2,5 % de los embarazos, con tasas más elevadas en América del Sur y Europa del Este (3). En países de la región se han registrado tasas de prevalencia de hasta el 5%, lo que sugiere la influencia de factores étnicos, genéticos y ambientales (4).

El perfil epidemiológico en el Ecuador en relación a la colestasis intrahepática del embarazo es escasa y poco sistematizada, lo que dificulta una evaluación clara de su impacto en la población obstétrica. En hospitales de referencia como el hospital especializado Teodoro Maldonado Carbo, que atiende a mujeres embarazadas con casos muy complejos, no hay estudios recientes que documenten la frecuencia de esta afección ni sus características clínicas.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital del IESS de Especialidades “Teodoro Maldonado Carbo” durante el periodo 2021-2024?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2021-2024.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes con diagnóstico de colestasis intrahepática.
2. Describir las comorbilidades de las gestantes con colestasis intrahepática.
3. Establecer las complicaciones obstétricas producto de la colestasis intrahepática de las gestantes.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La colestasis intrahepática del embarazo es una afección que, aunque temporal, puede conllevar riesgos obstétricos y perinatales significativos si no se diagnostica de forma oportuna. Su identificación clínica y los parámetros bioquímicos, especialmente a nivel hepático, permite adoptar medidas terapéuticas que reducen considerablemente los riesgos para el feto, como el control del prurito materno, la monitorización fetal intensiva y, en algunos

Este trabajo de investigación tiene la finalidad cubrir el vacío de información mediante la estimación de la prevalencia de la colestasis intrahepática del embarazo para el período 2021 al 2024, la descripción de sus características clínicas y la evaluación de su impacto en los resultados perinatales. Los resultados contribuirán a mejorar la atención de las gestantes con esta afección y a reducir las complicaciones asociadas, en consonancia con los objetivos institucionales y nacionales de mejorar la salud maternoinfantil.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. GENERALIDADES DE COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL

2.1. DEFINICIÓN

La colestasis intrahepática es una enfermedad que se manifiesta exclusivamente en el embarazo, aproximadamente entre el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se trata de un trastorno a nivel del hígado donde se lleva a cabo una alteración en la excreción de los ácidos biliares ocasionando un signo característico, el prurito intenso generalizado, pero sobre todo en las palmas y en las plantas, y debido a este trastorno también puede aparecer la ictericia (9).

En la mayoría de los casos esta enfermedad se logra resolver automáticamente después del parto, y a pesar de considerarse una afección benigna, guarda una gran importancia por las potenciales complicaciones que se pueden dar si no se le diagnostica y trata a tiempo (9).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La colestasis intrahepática gestacional es un problema hepático que solo ocurre en el embarazo. Su frecuencia cambia mucho dependiendo del lugar, el grupo étnico y las condiciones del entorno. En América del Sur, especialmente entre las personas de la etnia araucana, afecta hasta el 25% de las embarazadas. En Estados Unidos, por otro lado, solo entre el 0.4% y el 1% de las mujeres embarazadas se ven afectadas, pero en ciudades como Los Ángeles, con una gran población latina, la cifra es algo más alta. También se ha visto que las mujeres de origen nativo americano en California tienen más probabilidades de padecerla (10).

En Chile, la tasa oscila entre el 4 % y el 28 % de las gestantes. La situación es distinta en Europa, donde la incidencia es menor, entre el 0,5 % y el 1,5 %, aunque las cifras son más altas en países como Suecia. En el Reino Unido, el 0,7 % de las mujeres embarazadas se ven afectadas, especialmente las de origen indio o pakistaní. En algunos países del norte de Europa, la tasa varía entre el 4 % y el 28 %, y en China es más frecuente, ya que afecta entre el 2,3 % y el 6 % de las mujeres embarazadas (10,11).

También hay ciertos factores que aumentan la probabilidad de colestasis, como los embarazos múltiples o los tratamientos de fertilidad. Además, se ha observado que ciertas variaciones genéticas pueden estar implicadas en su aparición, aunque solo una pequeña proporción de los casos parece estar relacionada con ello (10-12).

En algunas regiones, las mujeres con acceso limitado a los servicios de salud pueden verse afectadas por un diagnóstico tardío de la enfermedad, lo que aumenta el riesgo de complicaciones para ellas y sus bebés. Además, las mujeres que viven en zonas rurales o con menos recursos pueden no recibir la atención adecuada durante el embarazo, lo que puede complicar el tratamiento de la enfermedad e influir en su prevalencia y consecuencias (10-12).

La colestasis intrahepática del embarazo suele tener un buen pronóstico para la madre, ya que la mortalidad materna asociada a esta afección es extremadamente baja y muy poco frecuente. En cuanto a la mortalidad fetal, a pesar de la baja tasa, existe un mayor riesgo de parto prematuro, urgencias fetales y, en casos más raros, muerte fetal. Esto depende de factores como la gravedad de los síntomas de la madre, el momento del diagnóstico y la intervención médica (11-13).

2.3. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen tanto características genéticas como ambientales y situaciones específicas del embarazo, los cuales se nombrarán a continuación:

- Antecedentes familiares: Si en la familia ya hay personas que han tenido este problema o enfermedades del hígado, las mujeres pueden tener más probabilidades de desarrollarlo.
- Embarazos múltiples: Si la mujer está esperando gemelos o más de un bebé, el riesgo aumenta mucho, llegando hasta un 20%, mientras que en un embarazo simple solo es un 1%.
- Tratamiento de fertilización: La probabilidad de sufrir colestasis aumenta, pasando del 0.7% en embarazos naturales al 2.7%.
- Condiciones preexistentes: Enfermedades hepáticas, problemas hormonales, obesidad o problemas relacionados con el metabolismo aumentan el riesgo.
- Genética: Algunas mujeres tienen genes que las hacen más propensas a sufrir colestasis.
- Etnia: Más frecuente en nativo americanas, latinas o asiáticas
- Edad materna: Influye si la mujer tiene más de 35 años.
- Estacionalidad: la colestasis es más común durante los meses fríos del año, lo que sugiere que el clima puede influir.
- Embarazos previos con CIG: Si una mujer ya ha tenido colestasis en un embarazo anterior, es más probable que lo desarrolle en embarazos futuros (14).

2.4. ETIOLOGÍA

La etiología de esta enfermedad no está totalmente comprendida, en la mayoría de las investigaciones se cree que está dada por factores hormonales, genéticos y ambientales. Estudios han determinado ciertas alteraciones genéticas en los genes ABCB4 y ABCB11 que son los encargados del transporte de la bilis y de los fosfolípidos. Aproximadamente el 15% de los casos reportados es por este origen. Se debe considerar que hormonas como los estrógenos y progesterona que sufren cambios durante esta etapa del embarazo y pueden alterar la parte bioquímica de la gestante (15).

2.5. FISIOPATOLOGÍA

Las hormonas en el embarazo como los estrógenos y la progesterona afectan el funcionamiento del hígado, los conductos biliares no trabajan de manera adecuada, ocasionando que la bilis no fluya continuamente y tienda a acumularse en el hígado. La bilis contiene sustancias llamadas ácidos biliares, estas al pasar por la sangre provocan esa sensación de prurito intenso en el cuerpo (16).

En el embarazo estas sustancias pueden llegar a la placenta, ya que el feto tiende a sintetizar los ácidos biliares a través de la placenta y afecta a esta tanto en su funcionamiento como en estructurando, alterando el suministro de oxígeno, lo que pone en riesgo la vida fetal y materna, por la acumulación de la bilis en el hígado causando inflamación y empeorando la capacidad para procesar otras sustancias (16).

2.6. MANIFESTACIONES CLINICAS

El signo principal y clásico es el prurito, que se describe como generalizado especialmente en manos y pies, pero adicional a esto existen otras manifestaciones clínicas que están presentes, pero son menos frecuentes y que aproximadamente se han reportado en un 15% de casos, como dolor abdominal, náuseas que preceden al vómito y esteatorrea (17).

El prurito entre sus características para diagnóstico suele manifestarse en las noches, ocasionando pérdida del sueño y mal humor en la gestante, hay que considerar que es un prurito generalizado sin rash, ya que este solo se podrá observar en las palmas de las manos y plantas de los pies (17).

2.7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta enfermedad es principalmente clínico, empezando por su signo característico y clásico mencionado anteriormente, el prurito severo sin presentar alguna erupción en la piel o alguna comorbilidad adyacente, por lo que es necesario establecer un diferencial para descartar. No hay que pasar por alto que la colestasis intrahepática gestacional por lo general se da entre el segundo y tercer trimestre (18).

Para confirmar el diagnóstico se deben realizar exámenes de laboratorios complementarios, que a su vez ayudarán a descartar otras enfermedades, como (19):

- Enfermedad de Wilson
- Hepatitis viral y autoinmune
- Colangitis
- Síndrome de HELLP
- Obstrucción de la vía biliar
- Hígado graso (19).

Las sales biliares, específicamente los ácidos biliares séricos totales, son el biomarcador fundamental para el diagnóstico de la colestasis intrahepática del embarazo (4,5). La función principal de las sales biliares en este contexto es doble: confirmar el diagnóstico en presencia de prurito en el segundo o tercer trimestre y estratificar el riesgo materno-fetal según la concentración alcanzada (5,6).

El diagnóstico de CIE se establece cuando el nivel de sales biliares séricas supera los 10 $\mu\text{mol/L}$ en una gestante con prurito, tras excluir otras causas de prurito y alteraciones hepáticas. La medición de las sales biliares es esencial porque su elevación refleja el trastorno primario de la CIE: la alteración en el metabolismo y excreción de ácidos biliares a nivel hepatocelular, lo que lleva a su acumulación en sangre y tejidos, y se asocia con el riesgo de complicaciones fetales como parto prematuro, sufrimiento fetal y muerte intrauterina (5,12,14).

La cuantificación de las sales biliares también permite clasificar la gravedad de esta patología. Los niveles mayores o iguales a 100 $\mu\text{mol/L}$ se asocian con un riesgo significativamente mayor de muerte fetal uterina, lo que influye directamente en las decisiones relativas al momento del parto y la intensidad de la monitorización obstétrica (5,12,14). Por otro lado, el perfil específico de los ácidos biliares (por ejemplo, proporciones de ácidos conjugados como el taurocólico o el glicocólico) puede aportar información adicional sobre el riesgo de complicaciones perinatales y la fisiopatología subyacente, aunque

en la práctica clínica actual el diagnóstico se basa principalmente en el valor total de sales biliares (14,16,18).

Otros exámenes de laboratorio a realizar son las transaminasas, bilirrubinas total y directa, fosfatasa alcalina, la Gamma glutamil transferasa (GGT), hemograma, glucosa, creatinina y tiempo de protrombina, por su importancia en la alteración de la coagulación por una mala absorción de la vitamina K. Siempre y cuando los resultados de estas pruebas sean negativas, será recomendable realizar nuevamente las pruebas cada 2 semanas, sobre todo si el paciente sigue presentando las manifestaciones clínicas ya mencionadas (16-18).

Las imágenes diagnosticas también juegan un papel importante, como la ecografía hepatobiliopancreática para valorar el hígado y sus conductos biliares (20). En países como Argentina, el Sistema Nacional de Salud ha clasificado a la colestasis de acuerdo con el riesgo perinatal. (19-21) **Tabla 1.**

Tabla 1. Clasificación de los niveles de sales biliares en la colestasis. (19,20)

Categoría	Valores de ácidos biliares (mmol/L)	Interpretación clínica	Riesgo perinatal
Normal	< 10 mmol/L	Dentro del rango fisiológico	Sin riesgo asociado
Colestasis leve	10 – 19 mmol/L	Elevación inicial	Bajo riesgo
Colestasis moderada	20 – 39 mmol/L	Elevación significativa	Riesgo perinatal moderado
Colestasis severa	≥ 40 mmol/L	Elevación marcada	Alto riesgo (asociado a mayor morbilidad y mortalidad perinatal)

2.8. COMPLICACIONES

Las complicaciones de la CIG pueden afectar tanto a la madre como al bebé. En la madre los síntomas pueden volverse muy molestos, y en ciertos casos causar problemas a largo plazo. Por otra parte, en el caso del feto, el CIG

puede afectar su desarrollo y causar complicaciones más graves. A continuación, se explicará cada una de estas complicaciones (16,20,21).

2.8.1. COMPLICACIONES MATERNAS

- Picazón intensa y falta de sueño: La comezón es tan fuerte que muchas mujeres no pueden dormir bien. Esto causa cansancio extremo, estrés y cambios de humor.
- Orina oscura debido a que el hígado no puede procesar bien ciertas sustancias y debido a la falta de bilis en el intestino las heces estarán más claras de lo normal.
- Alteraciones en la coagulación y riesgo de sangrado ya que la colestasis afecta la forma en que el cuerpo procesa la vitamina K, que es necesaria para la coagulación de la sangre. Esto puede aumentar el riesgo de sangrados durante el parto o después de dar a luz (22,23).

Referente a los problemas que pueden aparecer a largo plazo están:

- Litiasis biliar: Mucha bilis en el hígado puede favorecer en la formación de cálculos en la vesícula biliar, causando dolor, náuseas y problemas digestivos
- Colecistitis: Los cálculos tienden a bloquear el flujo de la bilis, impidiendo su paso por los conductos biliares
- Pancreatitis: Si los cálculos biliares bloquean el conducto pancreático, el páncreas puede inflamarse. Esto causa dolor fuerte en el abdomen, vómitos y problemas para digerir los alimentos.
- Cirrosis no alcohólica: En algunos casos, el daño en el hígado por la acumulación de bilis puede volverse crónico y generar cicatrices en el tejido hepático. Esto puede afectar la función del hígado a largo plazo y aumentar el riesgo de insuficiencia hepática (22,23).

He aquí la importancia de que las mujeres que ya tienen antecedentes de colestasis en el embarazo se realicen chequeos rutinarios para evitar algún tipo de complicación en el futuro, sobre todo porque existe una tasa de recurrencia del 60 al 90% (22,23).

2.8.2. COMPLICACIONES FETALES

Respecto al feto, las complicaciones suelen ser más significativas que las maternas, ya que ponen en riesgo la vida del feto y su desarrollo adecuado.

Entre las complicaciones fetales se describen:

- Parto prematuro: Los ácidos biliares pueden ocasionar un adelanto del parto, que el bebé llegue a nacer antes de tiempo, lo que conllevaría la aparición de otras complicaciones por la inmadurez de sus órganos.
- Sufrimiento fetal: Una alteración en el suministro de oxígeno puede afectar el bienestar dentro del útero. En este caso, si el sufrimiento fetal no se puede corregir en el menor tiempo posible, será indispensable realizar el parto sea o no viable el producto.
- Problemas en el desarrollo: Pueden existir alteraciones estructurales por la falta de oxígeno y los cambios en el útero, como una restricción del crecimiento intrauterino, el bebé puede nacer con un bajo peso.
- Muerte fetal: Los efectos de los ácidos biliares pueden llegar a ser tan graves que pueden afectar el ritmo del corazón fetal, si no es tratado a tiempo existe un pequeño riesgo de que el bebé fallezca en el útero, especialmente en las últimas semanas del embarazo.
- Dificultades respiratorias al nacer: Si el parto ocurre antes de tiempo, los pulmones del bebé pueden no estar completamente desarrollados, lo que hace que tenga problemas para respirar por sí solo (24).

2.9. TRATAMIENTO

La finalidad del tratamiento en esta patología es aliviar la sintomatología de la paciente, mejorando su calidad de vida y su salud mental. Para estos casos se pueden usar soluciones tópicas tipo pomadas o lociones que van a ayudar temporalmente a aliviar sus síntomas, adicional a esto se puede hacer uso de los antihistamínicos, sobre todo en las noches para ejercer ese efecto relajante para promover el sueño (25).

Uno de los fármacos a elección en estas pacientes es el ácido ursodesoxicólico, su función radica en disminuir los niveles de ácidos biliares

en la sangre y mejora la función hepática, en ciertos casos el médico también puede recomendar el uso de suplementos de vitamina K para prevenir problemas de coagulación (25).

2.10. MANEJO

Para realizar un adecuado tratamiento se debe valorar el estado de la madre y el feto, por lo cual se realizan monitoreos a ambos, con la finalidad de preservar su bienestar y evidenciar que el tratamiento, o las medidas aplicadas son las adecuadas (26-28).

Monitoreo materno: Importancia en realizar los exámenes de laboratorio antes mencionados de manera periódica, en base al valor de los ácidos biliares, si este es menor a 40umol/L se recomiendan exámenes cada 2-3 semanas, pero si es mayor, la analítica se debe realizar cada 1-2 semanas (26-28).

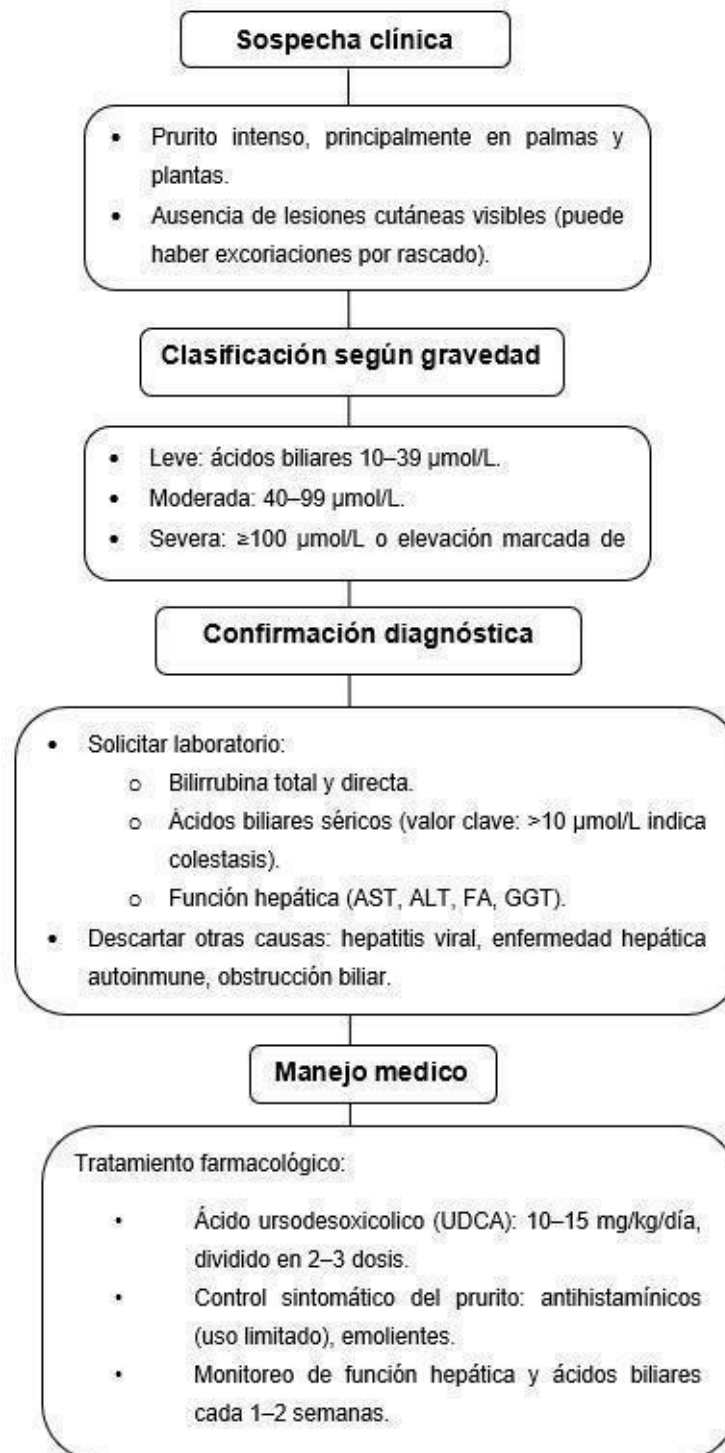
El monitoreo fetal es el rol fundamental dentro de esta patología, no existe algún tipo de prueba que pueda decir al 100% que el feto va a estar seguro, a pesar de aquello se pueden realizar varias medidas (26-28), como:

- El control de los movimientos del bebé debe ser realizado por la madre, quien debe estar atenta y acudir a urgencias si nota cambios significativos. A partir de las 38-39 semanas, se recomienda un monitoreo semanal del bienestar fetal (26-28).
- Si los niveles de ácidos biliares son superiores a 40, se debe hacer una ecocardiografía funcional del bebé, ya que niveles altos de estos ácidos se han relacionado con problemas cardíacos en el feto. Este estudio incluirá una evaluación completa de la función y tamaño del corazón del bebé. Si se detectan alteraciones, como un aumento en el intervalo entre las ondas cardíacas o signos de problemas en el corazón, se evaluará el caso según el estado del embarazo y los síntomas de la madre (26,27,28).

En caso de colestasis intrahepática del embarazo, la decisión de interrumpir el embarazo se basa en los riesgos maternos fetales. Por lo general, el

embarazo no se prolonga más allá de las 37 semanas, ya que el riesgo de complicaciones para el bebé, como el sufrimiento fetal o el parto prematuro, aumenta a medida que avanza el embarazo (26-28).

Algoritmo de manejo de la colestasis intrahepática del embarazo (CIE)



Fuente: Elaboración propia.

2.11. PRONÓSTICO

En la mayoría de los casos, los síntomas desaparecen después del parto, ya que la enfermedad está relacionada con los cambios hormonales del embarazo. Sin embargo, existe un mayor riesgo de que la colestasis reaparezca en embarazos futuros. También se ha observado una relación con enfermedades hepáticas a largo plazo. En cuanto al bebé, el riesgo de complicaciones como parto prematuro o sufrimiento fetal puede aumentar, por lo que los médicos suelen programar el parto antes de la fecha prevista para reducir estos riesgos (29).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación tiene un nivel descriptivo, diseño observacional, según la forma en el que se recolectaron los datos se cataloga como retrospectivo y dadas las veces de la medición de las variables, transversal. El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Especialidades del IESS "Teodoro Maldonado Carbo" desde enero del 2021 a diciembre del 2024.

3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y ANALISIS DE LOS DATOS.

Se revisaron las historias clínicas que constaban en el sistema AS400 del hospital. Se recopiló la información según las variables establecidas y se registró en una base de datos en Microsoft Excel, para su posterior análisis en el programa estadístico.

3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

Los datos se manejaron en el programa estadístico SPSS en su versión 25. Estos se expresaron según la naturaleza de las variables, las cuantitativas mediante medidas de tendencia central como es promedio y rango intercuartil, mientras que las de tipo cualitativas por frecuencia y porcentajes.

3.4 POBLACION Y MUESTRA

3.4.1 POBLACION

La población estará conformada por gestante con diagnóstico de colestasis intrahepática gestacional atendidas en el Hospital de Especialidades "Teodoro Maldonado Carbo" en el periodo del 2021 al 2024, debido a que la población de gestantes con este diagnóstico es reducida.

3.4.2 MUESTRA

En esta investigación no habrá calculo muestral, se incluirán todas las pacientes que cumplan los criterios de inclusión establecidos.

3.4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.4.1.1 Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnostico establecido de colestasis intrahepática gestacional.
- Gestantes atendidas en el periodo de enero del 2021 a diciembre del 2024 en el Hospital General Teodoro Maldonado Carbo.

3.4.1.2 Criterios de exclusión

- Gestantes con historia clínica incompleta
- Gestantes con lesión hepática producto de consumo de drogas.
- Gestantes sin exámenes de laboratorio reportados.

3.5 OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	TIPO	RESULTAD O FINAL
Edad materna al diagnóstico	Reporte médico	Cuantitativ a discreta	Años
Edad gestacional al diagnostico	Reporte médico	Cuantitativ a discreta	Semanas
Antecedente s Gineco- Obstétricos	Reporte médico	Cuantitativ a discreta	Gestas Partos Cesárea s Abortos
Manifestaciones cénicas	Reporte médico	Categórica nominal politómica	Prurito, ictericia, náuseas/vómito s

Comorbilidades	Reporte médico	Categórica nominal politómica	Preeclampsia, diabetes gestacional, eclampsia, HELLP, colelitiasis, infección de vías urinarias.
Complicaciones obstétricas.	Reporte médico	Categórica nominal politómica	Parto prematuro Polihidramnios Oligohidramnios Rupturas prematuras de membranas, etc.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

Se identificaron a 114 gestantes con colecistitis intrahepática atendidas en el Hospital de Especialidades “Teodoro Maldonado Carbo” durante el periodo de enero del 2021 a diciembre del 2024.

Tabla 1. Antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes con colecistitis intrahepática.

Variables		Nro	%
Edad materna, años	< 20	14	12,3
	20 – 35	76	66,7
	> 35	24	21,1
Edad gestacional al diagnóstico (semanas)	< 14	1	0,9
	14 – 27.6	24	21,1
	28 – 36.6	73	64,0
	≥ 37	16	14,0
AGO			
Gestas	0 – 2	62	54,4
	3 - 4	36	31,6
	> 5	16	14,0
Partos	0 – 2	52	45,6
	3 - 4	14	12,3
	> 5	4	3,5
Abortos	0 – 2	14	12,3
	3 - 4	3	2,6
Cesáreas	0 – 2	31	27,2
	3 - 4	10	8,8
	> 5	5	4,4

AGO: Antecedente Gineco Obstétrico.

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo 2021 al 2024.

En la tabla 1 se observa que la mayoría de las gestantes con colestasis intrahepática se encontraban entre los 20 y 35 años (66,7%) y fueron

diagnosticadas principalmente en el tercer trimestre (28–36.6 semanas, 64,0%). En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, más de la mitad presentaron entre 0 y 2 gestas (54,4%) y 0 a 2 partos (45,6%). La mayoría no tenía antecedentes importantes de abortos o cesáreas. Solo un pequeño porcentaje tuvo más de 5 gestas (14%) o múltiples cesáreas (≥ 3 en el 13,2%).

Tabla 2. Comorbilidades de las gestantes con colecistitis intrahepática.

Comorbilidades	N_{ro}	%
Preeclampsia	56	49,1
HTA gestacional	21	18,4
Eclampsia	3	2,6
Diabetes gestacional	8	7,0
Hígado graso	38	33,3
Infección de vías urinarias	44	38,6
Colelitiasis	32	28,1
HTA crónica	4	3,5
Síndrome de HELLP	8	7,0

HTA: Hipertensión Arterial

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo 2021 al 2024.

En la tabla 2 se detalla que las gestantes con colestasis intrahepática, las comorbilidades más frecuentes fueron preeclampsia (49,1%) e infección de vías urinarias (38,6%), seguidas por hígado graso (33,3%) y colelitiasis (28,1%). Otras condiciones presentes incluyeron hipertensión gestacional (18,4%), diabetes gestacional y síndrome de HELLP (ambas con 7,0%). Las comorbilidades menos comunes fueron eclampsia (2,6%) e hipertensión crónica (3,5%).

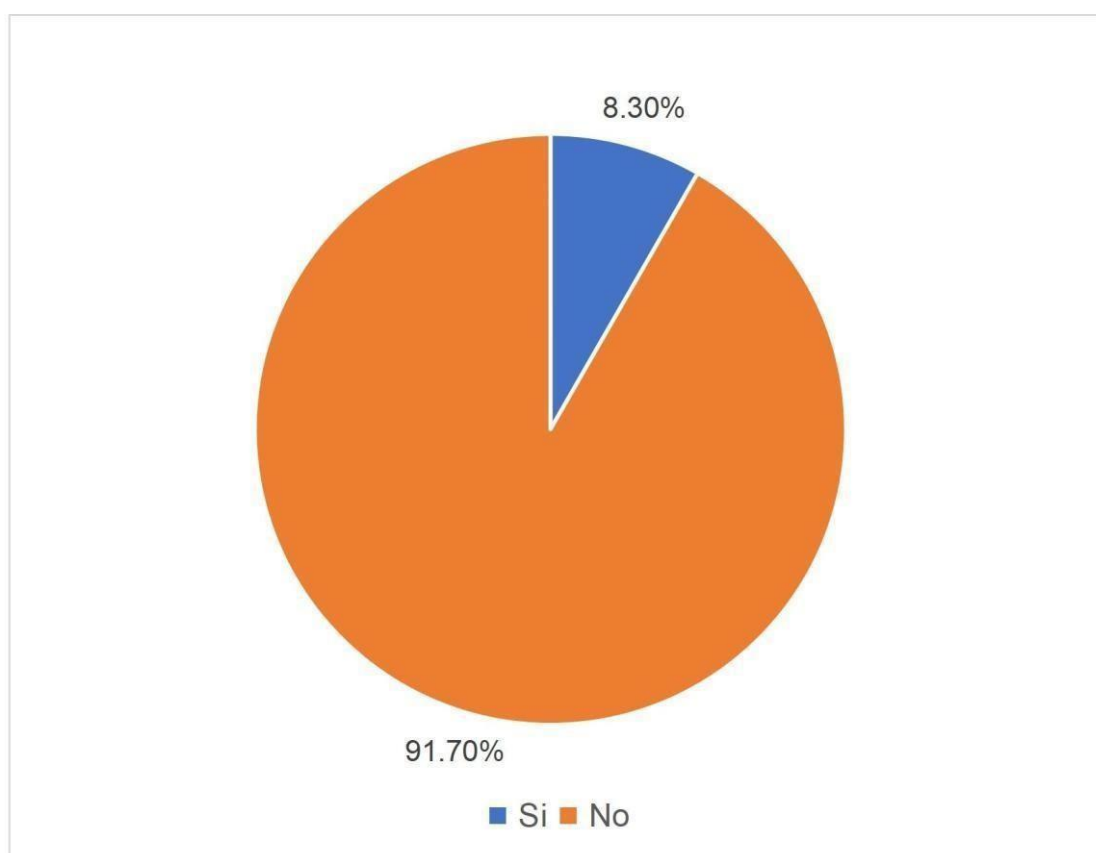
Tabla 3. Complicaciones obstétricas de las gestantes con colestasis intrahepática.

Complicaciones obstétricas	N_{ro}	%
Óbito	6	5,3
Ruptura prematura de membranas	73	64,0
Polihidramnios	21	18,4
Oligohidramnios	16	14,0
Amenaza de parto pretérmino	38	33,3
Compromiso del bienestar fetal	12	10,5

Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo 2021 al 2024.

En la tabla 3 se describen que las gestantes con colestasis intrahepática, la ruptura prematura de membranas fue la complicación más frecuente (64,0%), seguida por amenaza de parto pretérmino (33,3%). También se observaron alteraciones del líquido amniótico, como polihidramnios (18,4%) y oligohidramnios (14,0%). El compromiso del bienestar fetal estuvo presente en el 10,5% de los casos, y se registró óbito fetal en el 5,3%.

Figura 1. Prevalencia de colestasis intrahepática en las gestantes atendidas en el periodo de estudio.



Fuente: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo 2021 al 2024.

En la figura 1 se observa que la prevalencia de colestasis intrahepática del embarazo estuvo presente en el 8,30%.

4.2 DISCUSION

La colestasis intrahepática del embarazo tuvo una prevalencia de 8,3% en las pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del 2021 al 2024. Este hallazgo es superior al promedio mundial, reportado entre el 0,2% y el 2% según el estudio de Geenes et al

(30) en Londres, en 713 casos, pero se asemeja a las investigaciones realizadas en Latinoamérica como el de Colque López-Terán (31), que reportaron una prevalencia de 1,3% en Argentina, y el de Noriega Beltrán (32) en Perú, donde se hallaron tasas superiores al 5% en determinadas zonas. La heterogeneidad de la prevalencia de esta patología según los estudios se podría explicar por diferencias poblacionales y mayor vigilancia diagnóstica según el sistema de salud local.

En relación con la edad materna, la mayoría de las gestantes tenían entre 20 y 35 años (66,7%). Este dato concuerda con lo señalado por Geenes et al (30), quienes indicaron que esta condición afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva activa a partir de los 25 años (47,4%). De igual forma Colque López-Terán et al (31), un porcentaje similar (65%–70%) en este grupo etario. Al igual que en estos estudios, nuestros resultados refuerzan que la edad reproductiva media representa el grupo de mayor riesgo para la colestasis intrahepática.

En cuanto a la edad gestacional al diagnóstico, la mayor proporción (64%) fue detectada entre las 28 y 36.6 semanas, lo cual también ha sido consistentemente reportado por Geenes et al (30) describieron que el 70% de los casos se diagnostican en el tercer trimestre. En la misma línea Colque López-Terán (31) y por Noriega Beltrán (32), identificaron que más del 60% de los diagnósticos ocurren después de la semana 28. Estos hallazgos refuerzan que el tercer trimestre representa el período crítico para la aparición clínica de la enfermedad.

Según los antecedentes gineco-obstétricos, se observó que el 54,4% de las gestantes presentaban 0 a 2 gestas y el 45,6% 0 a 2 partos, lo que demuestra una baja paridad. Esto coincide con lo descrito por Noriega Beltrán (32), quien señaló un predominio de mujeres con baja multigestación. También es similar a lo observado por Colque López-Terán (31) en Argentina, quien refiere, que, aunque la paridad alta puede estar asociada a mayor recurrencia, la colestasis intrahepática no se limita exclusivamente a mujeres multíparas.

La preeclampsia fue la comorbilidad más frecuente, afectando al 49,1 % de las mujeres. Esta cifra es similar a la comunicada por Palacios Del Campo MC (5), con un 48,15 % de las mujeres embarazadas que presentaban este tipo de trastorno hipertensivo durante el embarazo. Geenes et al (30) evidenciaron un mayor riesgo de preeclampsia en mujeres con colestasis intrahepática (58,9 %). Del mismo modo, Colque López-Terán et al (31) y Noriega Beltrán (32) describen frecuencias similares de esta patología, entre el 45 % y el 59 %, respectivamente. Aunque no se ha establecido una relación fisiopatológica clara entre la preeclampsia y la colestasis intrahepática durante el embarazo, se supone que las lesiones vasculares asociadas y la predisposición individual de las pacientes crean un entorno propicio para el desarrollo de esta última.

En cuanto a las complicaciones obstétricas, la rotura prematura de membranas (64 %) fue la más frecuente. Esto lo confirma Palacios Del Campo MC (5), quien menciona que la RPM fue la más frecuente en el 33,3 % de las embarazadas. Este resultado es coherente con el reportado por Colque López-Terán et al (31), quienes observaron rotura de membranas en el 58 % de los casos. Sin embargo, Geenes et al (30) describen que la amenaza de parto prematuro fue la complicación más frecuente (41,3 %) en la población estudiada.

Una de las limitaciones más importantes del estudio es su carácter retrospectivo, que imposibilitó la observación clínica a largo plazo de las mujeres embarazadas. Además, al ser un estudio monocéntrico, los resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones con características distintas.

La fortaleza de esta investigación radica en que proporciona una visión general, con datos actualizados sobre la colestasis intrahepática gestacional, basada en datos reales procedentes de un hospital nacional de referencia situado en la región costera.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La colestasis intrahepática del embarazo presentó una prevalencia considerablemente alta en comparación con los porcentajes reportados en países de la región y a nivel mundial, lo que sugiere la influencia de factores propios de la población local.
2. Las gestantes en edad reproductiva fueron el grupo etario más afectado, confirmando que esta condición se asocia directamente con la etapa fértil de la mujer.
3. El diagnóstico de colestasis intrahepática se concentró principalmente en el tercer trimestre de la gestación, etapa en la cual la sintomatología clínica se manifiesta con mayor intensidad.
4. La preeclampsia se identificó como la comorbilidad más frecuente en pacientes con colestasis intrahepática, lo que refuerza la necesidad de una vigilancia obstétrica estrecha.
5. La ruptura prematura de membranas fue la complicación obstétrica más notificada, mostrando la repercusión clínica de esta patología sobre el desenlace gestacional.
6. Es necesario generalizar el uso de sales biliares como prueba diagnóstica en esta patología; sin embargo, actualmente existen limitaciones tanto en el sector público, donde los reactivos bioquímicos no se encuentran disponibles, como en el sector privado, en el que los resultados pueden tardar entre 15 a 21 días. Esta

brecha diagnóstica constituye la principal razón que motivó la realización de esta investigación, resaltando la importancia de implementar estrategias que permitan un acceso más oportuno a dichas pruebas en el contexto nacional.

5.2 RECOMENDACIONES

1. No hubo un registro claro del nivel de sales biliares en las gestantes con colestasis intrahepática en el hospital de estudio, lo que representó una limitación. En las futuras investigaciones se debe de recolectar los valores correspondientes a este parámetro, por lo que su adecuada medición puede favorecer el diagnóstico temprano y, con ello, contribuir a reducir la morbimortalidad asociada.
2. Desarrollar estudios multicéntricos prospectivos, que permitan el seguimiento de gestantes con colestasis intrahepática para identificar oportunamente los factores de riesgo que puedan influir en su evolución.
3. Fortalecer los controles prenatales con énfasis para la detección de colestasis intrahepática a partir del segundo trimestre, especialmente en gestantes con factores de riesgo o síntomas sugestivos, con el fin de facilitar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madrigal MP, Hines CG, Campos NC. Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión sistemática. *Rev Med Sinerg.* 2022;7(3):4.
2. Smith DD, Rood KM. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2020 Mar;63(1):134-151. doi: 10.1097/GRF.0000000000000495.
3. Williamson C, Geenes V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2014 Jul;124(1):120-133. doi: 10.1097/AOG.0000000000000346.
4. Hobson S, Gandhi S, Sobel M. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *CMAJ.* 2022 Dec 12;194(48):E1650. doi: 10.1503/cmaj.220334.
5. Palacios Del Campo MC, Piana Castillo DM. Complicaciones perinatales en hijos de pacientes con colestasis intrahepática del embarazo en el Hospital Alfredo G. Paulson de enero del 2018 a enero del 2021 [Tesis de grado]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2021. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/16728>
6. Xiao J, Li Z, Song Y, Sun Y, Shi H, Chen D, Zhang Y. Molecular Pathogenesis of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2021 May 30;2021:6679322. doi: 10.1155/2021/6679322.
7. Terrault NA, Williamson C. Pregnancy-Associated Liver Diseases. *Gastroenterology.* 2022 Jul;163(1):97-117.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2022.01.060.
8. Mulla BM, Modest AM, Young BC. Intrahepatic cholestasis and small for gestational age: a retrospective cohort study. *J Perinatol.* 2023 Feb;43(2):238-239. doi: 10.1038/s41372-022-01590-4.
9. Palacios-Llorente Mónica Andrea, Ramírez-Sierra Laura, Campo-Campo María Nazareth, Sanín-Blair José Enrique, Echavarría-

Restrepo Luis Guillermo, Parra-Rodas Luisa María, et al. Colestasis intrahepática del embarazo: implicaciones maternas y perinatales.

Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2019 [citado 2025 Feb 26];

87(9):567-575.

Disponible

en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019000900567&lng=es.

Epub

20-Ago-

2021.

<https://doi.org/10.24245/gom.v87i9.3070>.

10. Arriaga López Alberto, Rosales Luis Antonio, Martínez Rodríguez Laura Nayeli, Pérez Barragán Yuridia, Jiménez Juárez Susana, Marcial Santiago Alicia Del Rocío, et al. Colestasis intrahepática del embarazo: un reto más para la obstetricia. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2021 Jun [citado 2025 Feb 26]; 64(3):20-36. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000300020&lng=es.

11. Contreras-Vidal Cristian, Wichmann-Pérez Ignacio, Carvajal-Cabrera Jorge. Evaluación retrospectiva de la colestasia intrahepática del embarazo en Chile: baja mortalidad y alta prematuridad. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2024 Ago [citado 2025 Feb 26]; 89(4):259-264.

Disponible

en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262024000400259&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.24875/rechog.23000152>.

12. Gardiner, F. W., McCuaig, R., Arthur, C., Carins, T., Morton, A., Laurie, J., Neeman, T., Lim, B., & Peek, M. J. (2019). The prevalence and pregnancy outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy: A retrospective clinical audit review. *Obstetric Medicine*, 12(3), 123–128. <https://doi.org/10.1177/1753495X18797749>.

13. Pillarisetty LS, Sharma A. Pregnancy Intrahepatic Cholestasis. [Updated 2023 Jun 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551503/>.

14. Gao, XX., Ye, MY., Liu, Y. et al. Prevalencia y factores de riesgo de colestasis intrahepática del embarazo en una población china. *Sci Rep* 10, 16307 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73378-5>.
15. Geenes, V., & Williamson, C. (2009). Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World Journal of Gastroenterology*, 15(17), 2049–2066. <https://doi.org/10.3748/wjg.15.2049>.
16. Dixon, P. H., & Williamson, C. (2016). The pathophysiology of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 40(2), 141-153. <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2015.12.008>. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210740115002995>
17. Piechota, J., & Jelski, W. (2020). Intrahepatic Cholestasis in Pregnancy: Review of the Literature. *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1361. <https://doi.org/10.3390/jcm9051361>.
18. White, S. W. (2023). Receiving the baton. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 63(5), 621-622. <https://doi.org/10.1111/ajo.13754>.
19. Bacq, Y., & Sentilhes, L. (2014). Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Diagnosis and management. *Clinical Liver Disease*, 4(3), 58–61. <https://doi.org/10.1002/cld.398>.
20. Chacko, K. R., & Wolkoff, A. W. (2017). Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: New Diagnostic Insights. *Ann. Hepatol.* [revista en la Internet]. 2017 Abr [citado 2025 Feb 26]; 16(2): 176-178. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26812017000200176&lng=es. <https://doi.org/10.5604/16652681.1231594>.
21. Frailuna, M. A., Etchegaray Larruy, M., Estiu, C., Di Biase, L., Betular, A., Navarro, L., Salvo, M. (2016). *Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG)*. Consenso FASGO. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_de_obstetricia_Colestasis_y_embarazo_2016.pdf.
22. Zhu, Y., Xu, L., Beejadhursing, R., et al. (2024). Maternal and neonatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy after in

- vitro fertilization. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, 44. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06248-x>.
23. Granese, R., Calagna, G., Alibrandi, A., Martinelli, C., Romeo, P., Filomia, R., Ferraro, M. I., Piccione, E., Ercoli, A., & Saitta, C. (2023). Maternal and Neonatal Outcomes in Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Journal of Clinical Medicine*, 12(13), 4407. <https://doi.org/10.3390/jcm12134407>.
 24. Solano Villalobos M, Elescano Delgado J, Rodriguez Jarquín D. Generalidades sobre la colestasis intrahepática gestacional. CS [Internet]. 23 de mayo de 2024 [citado 26 de febrero de 2025];7(2):39-47. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/589>
 25. Ramírez Perera S, Gutiérrez Fernández F. Colestasis intrahepática en el embarazo: una revisión actualizada: Intrahepatic cholestasis of pregnancy: an updated review. LATAM [Internet]. 10 de julio de 2023 [citado 26 de febrero de 2025];4(2):3002–3010. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/811>
 26. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. (2024). *Protocolo: Colestasis Intrahepática Gestacional*. Protocols Medicina Maternofetal, Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/colestasis-intrahepatica.pdf>.
 27. Reyna-Villasmil, E., Briceño-Sarabia, L., & Briceño-Pérez, C. (2023). Diagnóstico y manejo de la colestasis intrahepática en el embarazo. *Revista Obstetricia y Ginecología Venezolana*, 83(2), 193-200. <https://doi.org/10.51288/00830210>.
 28. Hobson, S. R., Cohen, E. R., Gandhi, S., Jain, V., Niles, K. M., Roy-Lacroix, M.-È., & Wo, B. L. (2024). Guideline No. 452: Diagnosis and Management of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *SOGC Clinical Practice Guideline*, 46(8), 102618. Available from: <https://www.sogc.org>.

29. Lin, J., Gu, W., & Hou, Y. (2017). Diagnosis and prognosis of early-onset intrahepatic cholestasis of pregnancy: a prospective study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(6), 997–1003. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1397124>.
30. Geenes V, Chappell LC, Seed PT, Steer PJ, Knight M, Williamson C. Association of severe intrahepatic cholestasis of pregnancy with adverse pregnancy outcomes: a prospective population-based case-control study. *Hepatology*. 2014 Apr;59(4):1482-91. doi: 10.1002/hep.26617.
31. Colque López-Terán SE, Ríos Romero KME. Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en embarazadas del Hospital de La Rioja, Argentina (2015–2019). *Revista Bioquímica y Patología Clínica*. 2024;88(2):20–27.
32. Noriega Beltrán VA. Colestasis intrahepática del embarazo como factor asociado al parto pretérmino en el Hospital María Auxiliadora, 2016–2022 [Tesis]. Universidad de San Martín de Porres; 2024.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Benavides Vásconez, Leslie Maribi** con C.C: #0953936515 y **Herrera Tixe, Leidi Laura** con C.C: # 0950930735 autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2021-2024** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **23 de septiembre de 2025**



Firmado electrónicamente por:
**LESLIE MARIBI
BENAVIDES VASCONEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

f. _____

Benavides Vásconez, Leslie Maribi

CC: 0953936515



Firmado electrónicamente por:
**LEIDI LAURA HERRERA
TIXE**
Validar únicamente con FirmaEC

f. _____

Herrera Tixe, Leidi Laura

CC: 0950930735



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2021-2024		
AUTOR(ES)	Benavides Vasconez, Leslie Maribi Herrera Tixe, Leidi Laura		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Gaibor Santos, Deborah Denisse		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23 de septiembre de 2025	No. DE PÁGINAS:	29
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología y Obstetricia, Salud Pública, Epidemiología		
PALABRAS CLAVES / KEYWORDS:	colestasis intrahepática del embarazo, complicaciones obstétricas, epidemiología, prurito, lesión hepática,		
RESUMEN/ABSTRACT: Introducción: La colestasis intrahepática gestacional es un trastorno gestacional que se caracteriza por la acumulación de ácidos biliares en sangre por alteración en su excreción hepática. Objetivo: Identificar la prevalencia de colestasis intrahepática gestacional en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2021-2024. Metodología: Este estudio tiene un diseño no experimental, de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Resultados: There were 114 cases of intrahepatic cholestasis of pregnancy detected during the study period, with a prevalence of 8.3%. Sixty-six point seven percent of the pregnant women were between 20 and 35 years old and were diagnosed in the third trimester (64.0%). En relación con los antecedentes gineco-obstétricos de bajo riesgo, con hasta dos gestas (54,4%) y partos (45,6%). Las comorbilidades más frecuentes fueron preeclampsia (49,1%), infecciones urinarias (38,6%) e hígado graso (33,3%). La ruptura prematura de membranas fue la principal complicación obstétrica (64,0%), seguida por amenaza de parto pretérmino (33,3%) y alteraciones del líquido amniótico. Se registró óbito fetal en el 5,3% de los casos. Conclusion: La colestasis intrahepática del embarazo presentó una alta prevalencia, especialmente en gestantes en edad reproductiva y en el tercer trimestre, con preeclampsia como comorbilidad más común y ruptura prematura de membranas como la principal complicación obstétrica.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-985270224 +593-979437302	E-mail: leidih2305@gmail.com maribi_bv4@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vazquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593 98 274 2221		
	E-mail: diego.vazquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			