

LA COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO. ATENCIÓN SEGUN CRITERIOS DE SEVERIDAD VIGENTES.

Dra. A.M. Kaempffer R. *
Renato Vargas S. **
Luis Sepúlveda A. **
Alejandra Quintana M. **
Cosme Nocera I. **
Miguel A. Cumsille. ***

ABSTRACT: *A study of 209 cases of intrahepatic cholestasis of pregnancy showed the criteria of severity to be valid and the management to be adequate*

Key Words: INTRAHEPATIC CHOLESTASIS OF PREGNANCY, NEONATAL MORBIDITY, CHILE

I.- INTRODUCCION

El control prenatal es la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada, con el objeto de observar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones maternas y perinatales.

Dentro de las complicaciones maternas podemos mencionar aquellas enfermedades que se desarrollan concomitantemente con el embarazo, como por ejemplo infecciones del tracto urinario (ITU) y también las propias del embarazo y que configuran el alto riesgo obstétrico, como son el síndrome hipertensivo del embarazo (S.H.E.), la diabetes gestacional, la incompatibilidad del grupo Rh y, por supuesto, la colestasia intrahepática del embarazo (C.I.E.).

La CIE ha sido motivo de permanentes estudios en nuestro medio, por la elevada incidencia en Chile, país que junto a Suecia poseen las mayores tasas de incidencia (1).

El alto riesgo obstétrico de la CIE se debe estudiar en su relación con otras patologías que presenta la madre, como también el impacto en el recién nacido.

Si analizamos por ejemplo, la asociación de colestasia e ITU en la embarazada, en estudio realizado por Bertolo y cols. (2), ellos encontraron un 21,6% de ITU en embarazadas con CIE icterica, porcentaje alto en relación a los encontrados en las embarazadas sanas. Hoces y cols. (3) por su parte, encontraron en un estudio realizado en 1981, en un tercio de los casos, asociación de CIE e ITU lo que coincide en general con lo descrito por otros autores (4).

Otras patologías que se mencionan asociadas a CIE aunque en menor grado, son la eclampsia y la hipertensión arterial (HTA). Ahora bien, la CIE se ha estudiado en forma muy exhaustiva, por la repercusión que tiene en el recién nacido y por tratarse de una enfermedad no prevenible. La estrategia para reducir la morbimortalidad perinatal es un adecuado manejo obstétrico, es decir, diagnóstico precoz, vigilancia y tratamiento oportuno.

El riesgo perinatal está dado por un aumento de la incidencia de partos prematuros y sufrimiento fetal agudo lo que condiciona un aumento de la mortalidad perinatal (3,4). Lavín y cols. (5) al estudiar la repercusión de la CIE en el recién nacido de madre colestásica encontraron una mortalidad dos veces mayor que la encontrada en las madres no colestásicas; asimismo, la incidencia de sufrimiento fetal agudo fue también dos veces más alto en la madre colestásica que en la no colestásica. Este estudio mostró también, una frecuencia de injuria cerebral en el recién nacido de madre con CIE 3,5 veces mayor que el niño de madre sin CIE, todo lo cual indica las graves conse-

* Jefe División Académica de Medicina Preventiva y Salud Materno Infantil. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

** Médico Cirujano.

*** Asesor estadístico. Docente Departamento Matemáticas y Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

cuencias que esta patología puede tener en el recién nacido.

Las últimas publicaciones muestran una disminución de la mortalidad perinatal en la CIE (6), con una clara mejoría no sólo en la detección de embarazadas con CIE, sino también conductas activas frente al control perinatal y la forma de resolución del parto.

II.- OBJETIVOS:

- 1.- Describir las características de las madres que sufren CIE.
- 2.- Describir las características biológicas del recién nacido.
- 3.- Analizar la vigencia de los criterios de severidad en uso actualmente.
- 4.- Analizar el impacto de la atención institucionalizada sobre el pronóstico de la CIE.

III.- MATERIAL Y METODO:

Definimos CIE, como: "Prurito que aparece en el embarazo, de preferencia en la segunda mitad, generalizado, de predominio palmo-plantar y nocturno, en ausencia de lesión dermatológica primaria y ya descartadas otras causas de él".

El trabajo se realizó en un Hospital tipo A, del Area Sur de Santiago, con una población asignada de 1.235.954 habitantes, donde se atendieron 9.645 partos el año 1987.

La muestra estuvo constituida por la totalidad de los pacientes con diagnóstico de CIE al alta desde el Servicio de Embarazo Patológico durante ese año. Se trata de 209 casos, en que se analizó la ficha de la madre y la del recién nacido.

El diagnóstico de CIE moderada o severa se realiza aplicando la norma de criterios de severidad del Ministerio de Salud. Se considera CIE moderada aquella en que existiendo el prurito este se presenta después de las 32 semanas y en ausencia de otros criterios de severidad.

Se hospitalizan a las 36 semanas si no pueden cumplir rigurosamente las indicaciones de control ambulatorio (7).

La información fue registrada en una pauta confeccionada por los autores y los datos procesados en el

centro de computación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

La descripción de variables epidemiológicas maternas se basó en los siguientes datos: edad, paridad, situación socioeconómica, y los factores pronósticos de gravedad de la CIE según normas ministeriales vigentes que son:

- a.- En embarazo anterior:
 - CIE con insuficiencia placentaria. Retardo de crecimiento intrauterino o mortinato.
- b.- Enfermedad hepática crónica:
 - Cirrosis hepática
 - Hepatitis crónica.
- c.- En embarazo actual:
 - Comienzo precoz del prurito (antes de las 32 semanas)
 - Amenaza de parto prematuro
 - Ictericia: clínica o de laboratorio
 - Retardo de crecimiento intrauterino.
 - Meconio en líquido amniótico
 - Mortinatos.

Se consideró ictericia los casos en que la bilirrubinemia era igual o superior a 1.8 mg. %.

El estudio del neonato comprendió: **sexo, peso y talla.** Para evaluar la repercusión de la CIE en el R.N. se consideraron: **Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional pedlátrica, forma de resolución del parto y presencia de sufrimiento fetal agudo,** manifestado por meconio en el líquido amniótico o monitorización fetal basal o sometido a estrés y, presencia de morbilidad en el período neonatal inmediato, hasta su alta, momento en que se completó el seguimiento. Para el análisis se utilizó la diferencia de porcentajes.

IV.- RESULTADOS:

En la muestra se encontró un 88% de gestantes menores de 34 años, con un 15,3% de gestantes menores de 18 años. Aproximadamente la mitad fueron primíparas y sólo un 10% múltiparas de tres o más. Dos tercios de la muestra correspondieron a indigentes o categoría A.

Del total de los casos se encontró un 40,7% de CIE moderada y un 59,3% de CIE severa. La distribución porcentual de cada uno de los criterios de severidad

consignados, se describen en la tabla 1.

TABLA 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN CRITERIOS DE SEVERIDAD EN 209 PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO CIE.

CRITERIOS	Nº	%
— Prurito precoz	67	32,1
— Amenaza parto prematuro	47	22,5
— Meconio	43	20,6
— Ictericia	40	19,6
— CIE ant. c/Insuf. placentaria	11	5,3
— Retardo crecimiento intrauterino	10	4,8
— Mortinato	0	0,0
TOTAL	218*	100,0

(*) Categorías no excluyentes, puede existir más de un criterio.

De los criterios de severidad el que se presentó con mayor frecuencia fue prurito antes de las 32 sem. (32% de los casos).

Cabe destacar la ausencia de mortinatos y mortalidad materna, lo que sugería un manejo adecuado desde el punto de vista obstétrico, de la paciente con CIE severa, ya que el diagnóstico se ajusta estrictamente a los criterios normados lo que ha hecho que la frecuencia con que se diagnostica CIE en la actualidad sea más baja que la observada hace 10 años. La distribución de los criterios de severidad se describe en la tabla 2.

TABLA 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CRITERIOS DE SEVERIDAD EN LA CIE.

NUMERO DE CRITERIOS DE SEVERIDAD	Nº	%
0 (CIE moderada)	85	40,7
1	65	31,1
2 ó más	59	28,2
TOTAL	209	100,0

La asociación de CIE y enfermedades de alto riesgo obstétrico se presentó en un 46,4% del total de los

casos. La mitad se concentró en S.H.E. e ITU.

TABLA 3

ASOCIACION DE CIE Y PATOLOGIA ALTO RIESGO OBSTETRICO.

PATOLOGIA	Nº	%
— Sind. hipert. embarazo (S.H.E.)	32	33,0
— Infecciones tracto urinario	25	25,8
— Diabetes gestacional	6	6,2
— Incompatibilidad Rh	9	9,3
— Anemia	8	8,2
— Epilepsia	1	1,0
— Otras	16	16,5
TOTAL	97	100,0

La cesárea como forma de resolución del parto se presentó en un 46% de los casos: la frecuencia en los pacientes con 2 o más criterios de severidad duplica en forma significativa la de las pacientes con CIE moderada.

TABLA 4

RESOLUCION DEL PARTO SEGUN CANTIDAD DE CRITERIOS DE SEVERIDAD.

Nº CRITERIOS DE SEVERIDAD	FORMAS DE RESOLUCION DEL PARTO			TOTAL	%
	Vaginales	Forceps	Cesáreas		
0	Nº 58 68,0	Nº 1 1,2	Nº 26 30,5	85	100,0
1	31 47,7	2 3,1	32 49,2	65	100,0
2 ó más	19 32,2	2 3,4	38 64,4	59	100,0
TOTAL p.< 0.01	108	5	96	209	

En lo referente al recién nacido, el 57% de ellos corresponde al sexo masculino. La distribución de los pesos de nacimiento en relación al número de criterios de severidad se describe en la tabla 5.

TABLA 5

PESO DE NACIMIENTO SEGUN CANTIDAD DE CRITERIOS DE SEVERIDAD.

N° CRITERIOS DE SEVERIDAD	PESO DE NACIMIENTO (grs.)								TOTAL	%
	2500 ó -		2501-3000		3001-3500		3501 ó +			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
0	4	4,7	21	24,7	35	41,8	25	29,4	85	100.0
1	7	10,8	20	30,8	29	44,6	9	13,8	65	100.0
2 ó más	15	25,4	31	52,5	10	16,9	3	4,6	59	100.0
TOTAL	26		72		74		37		209	

Al analizar la influencia de criterios de severidad sobre la variable independiente "peso de nacimiento" la diferencia entre 0 y 2 o más criterios no resulta significativa para los menores de 2.500 grs., probablemente porque "n" es pequeño. Si se agrupan los niños de bajo peso y los de peso insuficiente (menores de 3.000 grs.) la diferencia se hace altamente significativa ($p = 0,006$).

Si se analizan los riesgos relativos cuando existen

0 ó 1 criterio de severidad en el grupo con 2.500 gr. o menos, este es de 2,3. Cuando existen 1 criterio de severidad y 2 o más criterios en este grupo de riesgo relativo es de 2,4. Si se comparan los extremos, es decir 0 criterio contra 2 o más criterios, el riesgo relativo sube a 5.4.

Todo lo anterior nos permite inferir que a mayor número de criterios de severidad, mayor será la repercusión en el peso de nacimiento.

TABLA 6

CRITERIOS DE SEVERIDAD Y SU RELACION CON EL APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS

N° CRITERIOS DE SEVERIDAD	APGAR AL MINUTO 1				APGAR AL MINUTO 5				TOTAL
	Menor o igual a 7		Mayor a 7		Menor o igual a 7		Mayor a 7		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
0	10	11,8	75	88,2	1	1,2	84	98,8	85
1	11	16,9	54	88,1	3	4,6	62	95,4	65
2 ó +	11	18,6	48	81,4	3	5,0	56	95,0	59
TOTAL	32		177		7		202	100,0	209

El 70% de los Apgar menores o iguales a 7 al minuto se encontró en el grupo de CIE severa sin signifi-

cación estadística. El Apgar a los cinco minutos no alcanzó significación estadística. Ello podría significar

que la resolución del parto en forma adecuada y oportuna previene las depresiones graves, que se observaban en el pasado.

TABLA 7
PATOLOGIA DEL R.N. EN MADRE COLESTASICA

PATOLOGIA	Nº	%
— Ictericia	37	42,6
— Síndrome Distress Respiratorio	15	17,2
— Hipoxia	11	12,6
— Sepsis	11	12,6
— Otras	13	14,9
TOTAL	87	100,0

El 42% de los recién nacidos presentó patología asociada, de las cuales, la ictericia neonatal y la depresión respiratoria concentraron las mayores frecuencias.

V.- DISCUSION

La CIE en nuestro medio continúa siendo una patología de alta incidencia con importante repercusión en el recién nacido. En nuestro estudio no se encontró mortalidad fetal, neonatal ni materna; sin embargo, el hallazgo de un % importante de recién nacidos con bajo peso de nacimiento y depresión respiratoria, nos indica que la CIE sigue siendo una patología de alto riesgo materno-perinatal, lo que puede ser modificado mediante una detección precoz y un manejo institucionalizado de la madre colestásica.

Las características epidemiológicas de la madre colestásica, no difieren de las de la población que se atiende en las maternidades del SNSS. De la muestra de madres colestásicas un 40,7 eran CIE moderadas y un 53,9% CIE severa, cifra que duplica lo encontrado en estudios anteriores (2), (5), probablemente porque el diagnóstico se hizo con criterios más estrictos.

Dentro de los criterios de severidad, el prurito precoz y la amenaza de parto prematuro fueron los signos clínicos de mayor frecuencia. Sólo un 19% de los casos se presentó como CIE ictericia.

El 46% de las gestantes presentaron patología asociada, de las cuales el S.H.E y la ITU constituyeron más del 50% de los casos, en tanto que un 42%

de los recién nacidos presentaron patología asociada, siendo la ictericia neonatal y la depresión respiratoria los que acumularon mayor frecuencia.

Al analizar los pesos de nacimiento de los hijos de madres colestásicas, según la cantidad de criterios de severidad, encontramos que a mayor número de criterios acumulados, mayor es la repercusión en el peso de nacimiento. No encontramos significación estadística entre el Apgar bajo o igual a 7 al minuto. Sin embargo, un 70% se concentró en el grupo de CIE severa.

En relación a la forma de resolución del parto, observamos que un 64,4% se encontró en el grupo de CIE severa, con significación estadística a nivel 0.01.

Todo lo anterior confirma la validez y vigencia de los criterios de severidad en la madre colestásica y sus consecuencias en el recién nacido. La atención precoz e institucionalizada de la madre colestásica ha permitido reducir considerablemente los índices de morbi-mortalidad materna-fetal neonatal, hasta el punto de no existir mortalidad en esta serie.

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue analizar la vigencia de los criterios de severidad en la CIE y su repercusión en el recién nacido.

La muestra de 209 casos corresponden al total de egresos del Servicio de Embarazo Patológico de un Hospital tipo A de Santiago durante 1987. La CIE Severa (59.3%) presentó el Prurito Precoz y la Amenaza de Parto Prematuro como los criterios de severidad más frecuentes.

Encontramos que a mayor número de criterios de severidad, peor pronóstico neonatal, objetivado por el peso de nacimiento inferior a 2500 gr y Apgar al minuto menor que 7. No se encontró mortalidad materna ni perinatal.

Concluimos que en esta serie los criterios de severidad fueron válidos y que existió un manejo adecuado de la patología, inferido de la ausencia de mortalidad y disminución de la morbilidad materna-perinatal, en relación a estudios anteriores.

Palabras clave: Colestasia intrahepática del embarazo, criterios de severidad, resolución del parto, morbilidad perinatal.

SUMMARY

The aim of this study was to analyze the current value of the criteria for severity of intrahepatic cholestasis of pregnancy (CIE) and its repercussions in the neonate.

The study group of 209 cases corresponds to the total number of cases of CIE admitted to the Department of Pathological Pregnancy in a regional hospital in Santiago during 1987. In the cases of severe CIE (59.3%) early pruritus and the reatened premature labour were the most frequent criteria of severity.

It was found that the more criteria of severity present, the worse the neonatal prognosis, based on a birth weight of less than 2500g and an apgar at one minute of less than 7. There were no maternal or perinatal deaths.

We conclude that the criteria of severity are valid, and that there is adequate management of this condition, inferred by the absence of mortality and a reduction in the maternal and perinatal morbidity in relation to previous studies.

RESUME

Le propos de ce travail est celui d'analyser l'application de la vigueur des critères de sévérité face à la Cholestasie intra hépatique de la grossesse (C.I.G.) ainsi que sa répercussion chez le nouveau-né.

L'échantillon est composé de 209 cas, correspondant au total des malades sortantes du Service de Grossesse Pathologique d'un Hôpital de catégorie A. de la ville de Santiago, pendant l'année 1987. La C.I.G. sévère (59,3%) présentait Prurit précoce et Menace d'accouchement prématuré, comme critères les plus fréquents de sévérité.

On trouva que, au plus le nombre de critères de sévérité était grand, pire était le pronostic néo-natal, objetivé par un poids de naissance inférieur à 2.500 g. et un Test de Apgar de moins de 7 points à la minute. On ne décéla pas de mortalité maternelle ni périnatale.

On tira la conclusion que dans cette série les critères de sévérité s'avèrent valables et qu'il existe une manière d'agir adéquate face à la pathologie, déduite du manque de mortalité et de la diminution de la morbidité maternelle-périnatale, par rapport à des études précédentes.

REFERENCIAS

- 1.- Reyes, H.; Radrigán, M.; Schramm, G.; Katz, R. Frecuencia de ictericia y prurito idiopático del embarazo en mujeres chilenas. Rev. Méd. Chile 96:409, 1968.
- 2.- Bertolo, C.; Ramírez, C.; Reid, I.; Gostin L. Colestasia intrahepática del embarazo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 41: 146, 1976.
- 3.- Hoces, C.; Latoja, P.; Simonetti, E.; Sánchez, A.; Simonetti, L. Colestasia intrahepática del embarazo y riesgo fetal. Rev. Méd. Val. 34:61, 1981.
- 4.- Bianchi, R.; Krug, A.; Herrera, M.; Wells, M. Incidencia de la infección urinaria en los estados gravidos puerperales. Rev. Méd. Chil. Obstet. Ginecol. 37:75, 1972.
- 5.- Lavín, P.; Torres, A.; Bucher, P.; Silva, P.; Napolitano, C.; Quevedo, F. Repercusión en el recién nacido de la colestasia intrahepática icterica del embarazo y del prurito gravídico sin ictericia. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 53:2, 1978.
- 6.- Espinoza, J.; Schnaidt, E.; Barnafi, L. Alto riesgo fetal en la colestasia intrahepática del embarazo. Rev. Chil. Obst. Ginecol. 38:263, 1973.
- 7.- Texto guía para la prevención del bajo peso al nacer. Ministerio de Salud. Salud Materna, 1984. Pág. 28 y 29.