



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING A CONSECUENCIA DE
ADENOMA HIPOFISARIO Y PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA

CASTILLO VALDIVIEZO JULIANA CAROLINA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

NAULA AUCAY SILVIA MARGARITA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING A CONSECUENCIA
DE ADENOMA HIPOFISARIO Y PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA

CASTILLO VALDIVIEZO JULIANA CAROLINA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

NAULA AUCAY SILVIA MARGARITA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING A CONSECUENCIA DE ADENOMA
HIPOFISARIO Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CASTILLO VALDIVIEZO JULIANA CAROLINA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

NAULA AUCAY SILVIA MARGARITA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

RODRIGUEZ SOTOMAYOR JANETH DEL ROSARIO

MACHALA, 09 DE NOVIEMBRE DE 2020

MACHALA
2020

Trabajo de titulación 2020-1

INFORME DE ORIGINALIDAD

1 %

INDICE DE SIMILITUD

1 %

FUENTES DE INTERNET

1 %

PUBLICACIONES

0 %

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Elber Alberto Soler Arias, Víctor Alejandro Castillo. "Síndrome de Cushing adrenal dependiente de hormona luteinizante", Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo, 2016 Publicación	<1 %
2	wwwils.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1 %
3	saludpublica.mx Fuente de Internet	<1 %
4	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	<1 %
5	recursosbiblio.url.edu.gt Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, CASTILLO VALDIVIEZO JULIANA CAROLINA y NAULA AUCAY SILVIA MARGARITA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING A CONSECUENCIA DE ADENOMA HIPOFISARIO Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.


Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 09 de noviembre de 2020


CASTILLO VALDIVIEZO JULIANA
CAROLINA
0704780923


NAULA AUCAY SILVIA MARGARITA
0705783694

Resumen

El síndrome de Cushing es una enfermedad rara que afecta a múltiples sistemas si no se trata a su debido tiempo, el Síndrome de Cushing se clasifica como dependiente o independiente de la hormona adrenocorticotropina (ACTH). Según estudios indican que se debe a un exceso de glucocorticoides que es poco frecuente, se estima aproximadamente 2 a 4 casos por millón de habitantes, aunque las cifras varían constantemente y no son oficiales, ya que hay muchos casos que no son tratados ni diagnosticados. Estudios indican que un 70% son de causa hipofisaria siendo este el más común, el 10% por la producción ectópica de ACTH, el 10% de origen suprarrenal es causado por adenomas y el 10% se debe por carcinomas o hiperplasia bilateral. El objetivo de este análisis de caso es emplear el proceso de atención de enfermería en pacientes con Síndrome de Cushing, evaluando las necesidades afectadas, y el tipo de adaptación hacia esta patología. La problemática hallada es el Síndrome de Cushing a consecuencia de un adenoma hipofisario que se evidenció en una paciente de 42 años de edad atendida en el Centro de Salud 18 de octubre de la ciudad de Machala desde el 2012.

El tipo de investigación que se utiliza es un método analítico, que nos permite tener un conocimiento más profundo del objetivo de investigación, a través de él podemos analizar, describir, descomponer sus características, causas y elementos. Así mismo, se utilizó herramientas para la recogida de datos los cuales fueron basados en aspectos éticos legales que ayudaron a proporcionar la historia clínica de la paciente, esto fue la solicitud de permiso para acceder a la misma, dirigido al Centro de Salud 18 de octubre de la ciudad de Machala, presentándose los motivos del estudio. Como resultado se pudo obtener que en el año 2014 la paciente presenta síntomas como cefalea, vértigo, la deformidad de su cuerpo, evidenciando su rostro más redondo o cara de luna como se los suele llamar, el 07/11/2017 acude al hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala donde le realizan exámenes de laboratorio, el cual ayudó a obtener un diagnóstico clínico de síndrome de Cushing además de hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Según un reportaje realizado por el diario el telégrafo en el 2017, en el Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, indica que atiende aproximadamente 3 personas con Síndrome de Cushing, aunque a nivel nacional no existen cifras oficiales. Los cambios que sufren los pacientes diagnosticados con síndrome de Cushing son múltiples, tanto a nivel familiar, social, personal y emocional. Las intervenciones por parte del personal de

enfermería, componen un pilar básico pero muy importante para afrontar las diversas situaciones que atraviesan los pacientes, el objetivo de estas actividades es dar respuesta y adaptación a las necesidades que puedan sufrir los pacientes. Para la valoración de enfermería se empleó el modelo de Virginia Henderson y Nola Pender. Los cuales se basan en el apoyo emocional y físico que se le puedan brindar dependiendo de diferentes factores y necesidades que presente cada paciente, además de la educación y promoción de la salud que se les pueda otorgar. Se presentan planes de atención de enfermería los cuales fueron elaborados con el propósito de ayudar a la mejoría del paciente basados en instrumentos como el NANDA, NOC, NIC; que otorgan estrategias para el afrontamiento y adaptación de la patología, conjuntamente se utilizó el Formato Place, este es un método sistémico, ordenado que supervisa los cuidados brindados por el personal de enfermería.

Palabras claves: Síndrome de Cushing, cortisol, adenoma hipofisario, hormona adrenocorticotropina (ACTH), hormona liberadora de la hormona adrenocorticotropa (CRH).

ABSTRACT

Cushing's syndrome is a rare disease that affects multiple systems if not treated in a timely manner, Cushing's syndrome is classified as adrenocorticotropin hormone (ACTH) dependent or independent. Studies indicate that it is due to an excess of glucocorticoids that is rare, approximately 2 to 4 cases per million inhabitants are estimated, although the figures vary constantly and are not official, since there are many cases that are not treated or diagnosed. Studies indicate that 70% are due to pituitary causes, this being the most common, 10% due to ectopic ACTH production, 10% of adrenal origin is caused by adenomas and 10% is due to carcinomas or bilateral hyperplasia. The objective of this case analysis is to use the nursing care process in patients with Cushing's Syndrome, evaluating the affected needs, and the type of adaptation to this pathology. The problem found is Cushing's Syndrome as a result of a pituitary adenoma that was evidenced in a 42-year-old patient treated at the 18 de Octubre Health Center in the city of Machala since 2012.

The type of research used is an analytical method, which allows us to have a deeper knowledge of the research objective, through it we can analyze, describe, decompose its characteristics, causes and elements. Likewise, tools were used to collect data which were based on legal ethical aspects that helped provide the patient's medical history, this was the request for permission to access it, addressed to the October 18 Health Center of the city of Machala, presenting the reasons for the study. As a result, it was possible to obtain that in 2014 the patient presented symptoms such as headache, vertigo, the deformity of her body, showing her rounder face or moon face as they are usually called, on 11/07/2017 she went to the General Hospital Teófilo Dávila from the city of Machala where they perform laboratory tests, which helped to obtain a clinical diagnosis of Cushing's syndrome in addition to arterial hypertension and diabetes mellitus 2. According to a report by the newspaper el telégrafo in 2017, in the Abel Gilbert Pontón Hospital in the city of Guayaquil indicates that it cares for approximately 3 people with Cushing's Syndrome, although at the national level there are no official figures. The changes suffered by patients diagnosed with Cushing syndrome are multiple, both at a family, social, personal and emotional level. The interventions by the nursing staff make up a basic but very important pillar to face the various situations that patients go through, the objective of these activities is to respond and adapt to the needs that patients may suffer. For the nursing assessment, the Virginia Henderson and Nola Pender model was used.

Which are based on the emotional and physical support that can be provided depending on different factors and needs that each patient presents, in addition to the education and health promotion that can be granted. Nursing care plans are presented which were developed with the purpose of helping the patient improve based on instruments such as the NANDA, NOC, NIC; that provide strategies for coping and adapting the pathology, the Place Format was used together, this is a systemic, ordered method that supervises the care provided by the nursing staff.

Key words: Cushing syndrome, cortisol, pituitary adenoma, adrenocorticotropin hormone (ACTH), adrenocorticotropic hormone releasing hormone (CRH).

ÍNDICE

Resumen	1
ABSTRACT.	3
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	8
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.	8
1.1.1 Síndrome de Cushing	8
1.1.2 Diabetes mellitus tipo 2	8
1.1.3 Hipertensión arterial.	9
1.1.2 Presentación breve del caso.	9
1.1.3. Hechos de Interés	10
1.1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	11
Objetivo General:	11
2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	12
2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia.	12
2.1.1 Síndrome de Cushing en relación a la Historia Natural de la enfermedad.	12
2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.	12
2.2.1 Síndrome de Cushing.	12
2.2.2 Epidemiología.	13
2.2.3 Etiología y Fisiopatología.	13
2.2.4 Clínica de la Enfermedad.	14
2.2.5.- Clasificación etiológica.	14
2.2.6.- Criterios de Diagnóstico.	15
2.2.7.- Tratamiento	17
2.2.8.- Teoría de Virginia Henderson	18
2.2.9.- Teoría de Nola Pender	19
CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO	20
3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA	20
3.1.1 Tipo de investigación	20
3.1.2 Población de estudio	20
3.1.3 Área de estudio.	20
3.1.4 Tipo de Estudio.	20
3.1.5 Método de estudio	20
3.1.6 Técnica de la investigación.	21

3.1.7	Instrumentos de investigación	21
3.2.1	Aspectos ético legales	21
3.2.2	Petición de acceso para el manejo de la Historia Clínica	21
3.2.3	Ubicación de la historia clínica	22
3.2.4	Revisión de la historia clínica	22
3.3	SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS.	22
3.3.1	Anamnesis	22
3.3.2	Signos vitales	22
3.3.3	Antecedentes personales	22
3.3.4	Antecedentes familiares	22
3.3.5	Evolución	23
3.3.6	Diagnóstico médico	23
3.3.7	Diagnóstico de enfermería	23
3.3.8	Pronóstico	23
3.3.9	Intervenciones de enfermería	23
3.3.10	Proceso de atención de enfermería	24
3.3.10.1	Valoración de necesidades según el modelo de Virginia Henderson	24
3.3.10.2	Intervenciones según la teoría de Nola Pender	25
	Tabla 1. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: Riesgo de nivel de glicemia inestable	26
	Tabla 2. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: Riesgo de caída	28
	Tabla 3. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: Fatiga	30
	Tabla 4. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: Disposición para mejorar la nutrición	32
	Tabla 5. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: Estilo de vida sedentario	34
4.	CAPÍTULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	36
4.1	Descripción de Resultados	36
4.2	Argumentación Teórica de Resultados	38
4.3	CONCLUSIÓN	41
4.4	RECOMENDACIONES	42
	BIBLIOGRAFÍA	43
	ANEXO	48

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Cushing es una enfermedad de origen endocrino, poco frecuente, es el conjunto de signos y síntomas resultado de una secreción excesiva de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) por la presencia de un adenoma hipofisario, el cual estimula la secreción de cortisol por las glándulas suprarrenales. La hipersecreción hipofisaria de ACTH por un adenoma corticotropo, es también denominado enfermedad de Cushing.(1)(2)

En todo el mundo, la causa más común de Síndrome de Cushing es la enfermedad de Cushing (EC). Se presenta a nivel mundial una prevalencia de 40 casos por millón y una incidencia de 0,7-2,4 casos por millón al año, presentándose en mujeres principalmente.(2)

“En una evaluación retrospectiva de 82 pacientes con Síndrome de Cushing endógeno realizado en Tailandia durante los años 2001 a 2015, dio como resultado, que el subtipo más común fue la Enfermedad de Cushing, seguida por el Síndrome de Cushing suprarrenal y el síndrome de ACTH ectópica (EAS)”(2).

Se realizó este trabajo investigativo debido a su poca frecuencia y lo insidioso de su evolución. En diferentes estudios publicados asocian el síndrome de Cushing con ciertas enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad abdominal, dislipidemia y trombosis.(3)

Según datos obtenidos en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del Ecuador en el año 2015, se presentó un total de 36 casos que egresaron de las instituciones hospitalarias, clasificados en grupos de edades, menores de un año se presentó un caso, de 5 a 9 años un caso, de 16 a 19 años un caso, 20 a 24 años un caso, 55 a 64 años un caso, dando un total de 5 casos en sexo masculino. En el sexo femenino se presentaron 31 casos, de igual manera distribuidos en grupos de edades, de 5 a 9 años se presentó un caso, de 10 a 14 años 4 casos, 15-19 años un caso, 20-24 años 2 casos, 25 y 34 años 5 casos, 35 a 44 años 6 casos, 45-54 años 3 casos, 55 a 64 años 5 casos, 65 y más años 4 casos.

Este estudio tiene como objetivo diseñar el proceso de atención de enfermería en pacientes con Síndrome de Cushing como consecuencia de adenoma hipofisario basándonos en la teoría de Virginia Henderson y Nola Pender, teorías que se enfocan en las necesidades básicas y promoción de la salud.

CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.

1.1.1 Síndrome de Cushing

El síndrome de Cushing es una patología causada por un aumento de los niveles de la hormona cortisol en el cuerpo, conocido también como hipercortisolismo, se puede manifestar debido a la producción excesiva de las glándulas suprarrenales, como también al consumo de hidrocortisona, prednisona, dexametasona u otros glucocorticoides por largos periodos de tiempo.(4)

El Síndrome de Cushing endógeno puede ser dependiente o independiente de la hormona adrenocorticotropa (ACTH). Entre las principales causas de este síndrome, la enfermedad de Cushing es la más común, seguida del Síndrome de Cushing suprarrenal y Síndrome de ACTH ectópica.(2)

Las manifestaciones clínicas que presenta este síndrome son variables y dependen del grado y de la duración del hipercortisolismo. Como principales signos y síntomas de esta patología es la obesidad central, facies de “luna llena”, acumulación de grasa en la región cervico-dorsal y zona supraclavicular, estrías, acné, adelgazamiento de la piel, hipertensión arterial, debilidad muscular, hematomas, osteoporosis sin una causa aparente. (5)

1.1.2 Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus es una enfermedad caracterizada por hiperglucemia, que es causada por el deterioro relativo o total de la secreción o acción de la insulina o ambos, este es un proceso complejo de metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, que inicialmente ocurre debido a la falta ya sea completa o relativa de secreción de insulina en las células betas pancreáticas o por falla en los receptores de insulina. Es una de las patologías de mayor importancia a nivel mundial, debido a que es una de las enfermedades no transmisibles más comunes, por la gravedad y variedad de sus complicaciones crónicas.(6)

1.1.3 Hipertensión arterial.

La hipertensión arterial (HTA) es una crónica causada por múltiples factores, como son los genéticos, la vejez, tabaquismo, falta de actividad física, la ingesta excesiva de sodio y enfermedades crónicas como son la obesidad, dislipidemias y la diabetes.(7)

La fisiopatología de la hipertensión arterial es compleja y puede indicar que el sistema de angiotensina aldosterona (SRAA) es de más importante porque estipula la acción de factores humorales y neurales, así como de sustancias vasopresoras endógenas. Una de las características de la enfermedad es que no presenta síntomas evidentes y puede tardar mucho en manifestarse. Sin embargo, es el factor de riesgo cardiovascular más común.(8)

1.1.2 Presentación breve del caso.

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad, con cuadro clínico de sofocación, cefalea, aumento de peso sin causa aparente manifiesta que alrededor de 2 años después del nacimiento de su hijo empezó a notar aumento de peso, facies redondeada, cuando estaba en su país natal pero no recibe atención médica, presentando también manifestaciones clínicas como cara redondeada, enrojecimiento en la piel y estrías.

En el año 2014 los síntomas que presentaba anteriormente aumentaron, al igual que se presentan nuevos síntomas como cefalea, vértigo, la deformidad de su cuerpo.

El 11/10/2016 se realiza una resonancia simple de cerebro más hipófisis, donde se presenta una leve asimetría con mayor volumen en el contorno lateral derecho hipofisario. Imagen sugestiva de microadenoma en el contorno lateral izquierdo. Por lo que es referida al Hospital General Teófilo Dávila.

El 16/10/2016 acude al hospital Teófilo Dávila donde le realizan exámenes de laboratorio e imagen donde se presenta un microadenoma hipofisario, por lo que es referido al hospital Abel Gilbert donde le dieron un diagnóstico clínico de síndrome de Cushing. Diagnósticos actuales: síndrome de Cushing, hipertensión arterial y diabetes mellitus 2.

1.1.3. Hechos de Interés

El Síndrome de Cushing o hipercortisolismo fue descubierto por primera vez en 1932, se refiere a una serie de síntomas físicos provocados por un exceso de cortisol en el torrente sanguíneo, acompañados de cambios psicológicos y sociales. Entre 80% y 85% de los casos son clasificados como dependientes de ACTH o ACTH de la hipófisis. El 15% y 20% de los casos son de origen ectópico (tumores neuroendocrinos y órganos sólidos, en el tórax, bronquiolos, pulmón, timo y páncreas) e independiente de la ACTH de la glándula suprarrenal.(3)

Se trata de una enfermedad muy poco común, con una incidencia muy baja evidenciando 2 o 3 casos por millón de habitantes cada año, principalmente en mujeres. Según el Dr. Gutiérrez Restrepo Johnayro especialista en endocrinología manifestó que la incidencia puede ser mayor del 5% al 15% de todos los casos, por millón de habitantes.(9)

El Dr. Harvery Williams Cushing (1869-1939) fue un neurocirujano, reconocido por su trabajo en patología y tratamiento de tumores intracraneales. Otorgó su nombre a el síndrome hiperadrenocorticalismo, describió los síntomas en 1932 y manifestó que puede deberse a tumores en la corteza suprarrenal o la glándula pituitaria anterior, también a la ingesta de glucocorticoides en exceso, si el lóbulo anterior secreta demasiada ACTH (adrenocorticotropa) y hay un adenoma en la hipófisis, lo llamamos enfermedad de Cushing.(10)

El síndrome de Cushing en niños y adolescentes es muy raro. Se estima que hay alrededor de 2 a 5 casos nuevos en un millón de personas al año. En la gran mayoría de los casos que se presentan a esta edad es el síndrome de Cushing iatrogénico, el síndrome de Cushing hipofisiario es poco.(11)

En el país no hay datos oficiales sobre la incidencia del síndrome de Cushing, pero según el ministerio de salud pública, la enfermedad está incluida en la lista de enfermedades raras o huérfanas y se las llama así porque afecta a un número reducido de personas en la población. En el Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, se atiende cada 7 años paciente con Acromegalia y 3 paciente con Síndrome de Cushing, además de otras enfermedades raras, dado que no todos los casos pueden llegar al hospital para un diagnóstico y tratamiento adecuados, se reconoce que las cifras de estas enfermedades raras están subestimadas y no reflejan la población afectada real.

1.1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General:

- Diseñar un proceso de atención de enfermería en paciente con Síndrome de Cushing a consecuencia de adenoma hipofisario basado en la teoría de Virginia Henderson y Nola Pender.

2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia.

2.1.1 Síndrome de Cushing en relación a la Historia Natural de la enfermedad.

En el síndrome de Cushing subclínico puede no presentarse manifestaciones clínicas típicas de esta patología incluso si la duración es prolongada, el riesgo de desarrollarse el Síndrome de Cushing clínico es bajo, pero el síndrome de Cushing subclínico generalmente no debe considerarse como una etapa temprana del síndrome de Cushing clínico.(12)

El síndrome de Cushing clínico generalmente se observa en las últimas etapas de la enfermedad de curso largo. Solo unos pocos síntomas aparecen con mayor frecuencia entre ellos está la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia y aumento de peso corporal rápido u obesidad, que en conjunto forman el síndrome metabólico; en esta etapa clínica aumenta el riesgo de padecer osteoporosis.(12)

2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.2.1 Síndrome de Cushing.

El síndrome de Cushing es una enfermedad endocrina, conocido también como hipercortisolismo es la producción excesiva y exposición prolongada de glucocorticoides en el torrente sanguíneo. Se produce en las glándulas suprarrenales debido a un exceso de cortisol definido como síndrome de Cushing endógeno o por la administración de glucocorticoides por encima de las dosis fisiológicas del organismo por tiempo prolongado conocido como síndrome de Cushing exógeno.(1)

El cortisol es una hormona secretada por las glándulas suprarrenales debido a la estimulación de ACTH y CRH de la glándula pituitaria y el hipotálamo, el cortisol ayuda a controlar la presión sanguínea del organismo y hacer frente al estrés, como también ayuda a mantener la presión arterial, regular la glucosa en la sangre y combatir infecciones. El sistema que va a estar más afectado es el sistema cardiovascular.(13)

2.2.2 Epidemiología.

Su incidencia es mayor en mujeres y es más probable que ocurra en la edad media, cabe recalcar que también se presentan en niños y adolescentes en menor incidencia. Algunos estudios sugieren aumento de su prevalencia en personas que padecen de diabetes mellitus tipo 2 no controlada, obesidad, hipertensión arterial u osteoporosis precoz.(14)

El 80 y el 85% del Síndrome de Cushing es causado por un adenoma hipofisario productor de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Con menos frecuencia puede provenir por un tumor extrahipofisario, conocido como Síndrome de Cushing ectópico y rara vez por un tumor secretor de hormona liberadora de corticotropina. El 40 al 60% de los tumores que causan el síndrome de Cushing endógeno están localizados en el tórax.(15)

2.2.3 Etiología y Fisiopatología.

Se origina debido a la exposición crónica y exceso de glucocorticoides, el Síndrome de Cushing muestra un aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad.(16)

En la enfermedad de Cushing causada por un adenoma hipofisario benigno que secreta demasiado ACTH (adenoma corticotropo), hay hiperplasia de las glándulas suprarrenales lo que hace que produzcan glucocorticoides por encima de los valores fisiológicos. El cortisol circulante en exceso altera la variación diurna fisiológica normal de los niveles de cortisol y produce la inhibición por retroalimentación negativa sobre la secreción de CRH en el hipotálamo. Sin embargo, el adenoma es indeterminadamente resistente a la inhibición del cortisol circulante endógeno. Por lo tanto, la Enfermedad de Cushing se relaciona con la disminución de secreción de CRH y aumento de los niveles de ACTH en relación con el grado de producción de cortisol.(17)

Normalmente, la glándula pituitaria controla la cantidad de cortisol liberada al torrente sanguíneo por las dos glándulas suprarrenales. La glándula pituitaria envía señales a las glándulas suprarrenales para producir la hormona corticotrópica, denominada también como ACTH o corticotropina. Al momento que las glándulas suprarrenales detectan la presencia de la ACTH, secretan más cortisol. Pero un tumor puede interrumpir este mecanismo, por lo que pueden producir cortisol adicional directamente en su propio tejido o producir ACTH adicional, lo que a su vez estimula una mayor producción de cortisol.(17)

2.2.4 Clínica de la Enfermedad.

Más del 50% de los pacientes que padecen de la enfermedad de Cushing presentan microadenoma hipofisario menor de 5 mm, por lo que resulta complicado de ver a través de la exploración por imágenes. Los signos y síntomas clínicos de un adenoma hipofisario secretor de ACTH son originados por el exceso de cortisol y la compresión del tumor, aunque ocurre rara vez ya que el tumor suele ser pequeño. Su característica más común es la obesidad, se presenta mayor acumulación de grasa en la región abdominal la cual se asocia con atrofia muscular proximal.(18)

Otros signos y síntomas más comunes de este síndrome incluyen aumento de grasa en la región supraclavicular y parte posterior del cuello denominada joroba de camello, facies redonda o también conocido como facies de luna llena, plétora, edema, adelgazamiento de la piel, hipertensión arterial, diabetes, hirsutismo, equimosis, estrías grandes de color violáceas, disminución de la dinámica sexual se presentan síntomas maníacos que no son comunes al inicio del Síndrome de Cushing.(18)

2.2.5.- Clasificación etiológica.

Por causas exógenas o iatrogénicas.

Esta es la causa más común del Síndrome de Cushing y es provocada por grandes cantidades continuas a largo plazo ya sean semanas o meses de corticosteroides o esteroides. Los síntomas clínicos dependen de la potencia del esteroide utilizado, de la vía de administración y de su duración, como también de la importancia de la prescripción médica previa al uso de corticoides, por ventas descontroladas, pautas de uso no seleccionado y fácil acceso a los mismos, lo que hacen responsables de causar esta enfermedad, la Prednisona es la más utilizada.(19)

En estos casos un diagnóstico adecuado es fundamental para detener la enfermedad, debe ser reconocida rápidamente por profesionales, además suspender el medicamento lo antes posible reducirá la morbi-mortalidad, lo que ayudará a emitir una alerta para evitar la absorción del medicamento.(19)

Por causas endógenas.

Debido a un aumento de la producción de cortisol en las glándulas suprarrenales, por causas internas. Se subdividen dos tipos:

- **Síndrome de Cushing dependiente de ACTH:** Representa un 70-75% de SC por causas endógenas. Puede ser debido a:
 1. Los tumores hipofisarios secretores de ACTH son causante de microadenomas y macroadenomas ocurren en un 85% a 90% de los pacientes con síndrome de Cushing dependiente de la ACTH. Estos tumores hipofisarios no suelen ser malignos y se denominan adenomas, que provocan la secreción crónica de ACTH y envían señales a las glándulas suprarrenales, lo que provoca una hiperplasia bilateral en las glándulas suprarrenales, lo que conduce a una secreción excesiva de cortisol o exceso de cortisol. (20)
En el 85% de los tumores benignos son microadenomas de 3 mm a 1 cm de diámetro. En el 15% restante, los tumores superan estos indicadores y se denominan macroadenomas. Los adenomas hipofisarios ocurren en 1 de cada 1.000 personas, aunque muchos de ellos no causan síntomas y nunca han sido diagnosticados. La mayoría de los adenomas hipofisarios ocurren de forma natural, por lo que no son hereditarios. (20)
 2. Los tumores no hipofisarios ubicados fuera de las glándulas pituitarias o suprarrenales producen grandes cantidades de la hormona ACTH. También conocida como secreción ectópica de ACTH, que a su vez provoca hiperplasia suprarrenal bilateral difusa con un ligero aumento de cortisol. Es causada por diferentes tumores y generalmente es maligno.(21)
- **El Síndrome de Cushing independiente de ACTH:** Es causado principalmente la presencia de adenoma suprarrenal, carcinoma suprarrenal, hiperplasia suprarrenal macronodular e hiperplasia suprarrenal micronodular.(22)

2.2.6.- Criterios de Diagnóstico.

Para distinguir el diagnóstico de Síndrome de Cushing dependiente de la ACTH, se intenta diferenciar entre el origen hipofisario y el ectópico del Síndrome de Cushing dependiente de la ACTH. Por lo tanto, es necesario realizar pruebas dinámicas. No existe

un método absolutamente correcto para determinar las diferentes entidades entre ambos. Deben realizarse al menos dos pruebas, las más utilizadas son las siguientes: (16)

Prueba de supresión con dosis altas de dexametasona.

En esta prueba se mide la disminución de la concentración de cortisol en plasma u orina causada por el uso de dexametasona. La dexametasona suele estar presente en la Enfermedad de Cushing, pero no en los tumores ectópicos que secretan ACTH. (23)

Hay dos estrategias que se pueden implementar: una de ellas es la administración oral de 2 mg de dexametasona cada 6 horas durante 2 días, se la considera como reducción del 50% en la concentración de cortisol a las 08:00 se considera una inhibición positiva 2 horas después de recibir la última dosis de dexametasona. La otra manera es administrando 8 mg por vía oral en una sola dosis nocturna a las 23:00 de la noche, y el estándar de inhibición es el mismo que la prueba anterior.(1)

Después del tratamiento con dexametasona oral, alrededor del 20% a 30% de los pacientes con adenomas hipofisarios no se suprimen, especialmente en adenomas grandes, y el porcentaje de supresión ectópica es similar, por lo que la prueba de supresión con dexametasona no son definitivas.(1)

Prueba de CRH (hormona liberadora de hormona adrenocorticotrópica).

La mayor parte de los adenomas hipofisarios que producen ACTH tienen la capacidad de estimular la secreción de ACTH después de la CRH, mientras que los tumores ectópicos no. La CRH se utiliza por vía intravenosa a una dosis de 1 $\mu\text{g} / \text{kg}$ o 100 μg , y las muestras basales se recolectan 30, 60, 90 y 120 minutos después de su administración. El incremento de ACTH fue mayor al 50% del valor basal o un incremento mayor al 20% del cortisol si la disposición es positiva indica el origen de la glándula pituitaria.(24)

Estudios de imagen: Tiene como finalidad confirmar los cambios que constituyen el origen de las enfermedades bioquímicas. Si se sospecha que es la glándula pituitaria, se debe realizar una resonancia magnética cerebral para encontrar la glándula pituitaria. El 90% de los tumores de la glándula pituitaria que secretan ACTH son microadenomas. Para el examen positivo de origen de la glándula pituitaria, la lesión mide más de 6 mm y se debe hacer el diagnóstico de la Enfermedad de Cushing.(25)

Si el examen de imagen no concuerda con la prueba funcional y se sigue sospechando de la glándula pituitaria, el paciente debe tener una muestra de referencia y un cateterismo

del seno inferior después de la estimulación con CRH para establecer el origen de la hipersecreción hipotalámica.(1)

Evaluación del origen del Síndrome de Cushing ectópico dependiente de ACTH una vez que se confirma un diagnóstico sospechoso mediante pruebas funcionales, se deben realizar estudios de imagen para tratar de localizar el tumor. Se prefiere la tomografía de contraste de cuello, tórax y abdomen. Sin embargo, en el 30% y 50% de los casos no se puede localizar la fuente ectópica, por lo que es necesario el uso de análogos de somatostatina marcados para la gammagrafía.(26)

2.2.7.- Tratamiento

La morbilidad y mortalidad del hipercortisolismo crónico no tratado requiere un tratamiento rápido, oportuno y específico, cuyo propósito es corregir la secreción excesiva de la corteza suprarrenal, inhibir o destruir el tumor primario y restaurar el eje pituitario-adrenal, y finalmente revertir el rendimiento periférico excesivo del esteroide.(27)

En la mayoría de los casos, el tratamiento quirúrgico del tumor primario puede resolver el hipercortisolismo, aunque la tasa de cambio está entre el 12% y 71%, dependiendo de si es el tumor primario se encuentra en una zona palpable o es imposible extirpar. En el Síndrome de Cushing de origen hipofisario dependiente de ACTH, la cirugía a realizar es la sección transesfenoidal o adenomectomía, que tiene menor riesgo. Por tanto, el pronóstico dependerá del tipo de tumor que se origine en el Síndrome de Cushing y de si existe metástasis en el momento del diagnóstico de la enfermedad.(1)

Generalmente, la tasa de supervivencia del paciente operado es superior a la del paciente no operados, alrededor de un 67% mayor, aunque la tasa de mortalidad es mayor en el caso del Síndrome de Cushing ectópico, que se debe principalmente a la enfermedad tumoral. Si la hiperfunción del cortisol es lo suficientemente grave como para requerir un control rápido, se puede utilizar una adrenalectomía bilateral para resolver rápidamente. Esta es una técnica segura con baja tasa de complicaciones y es una opción ideal para pacientes que no responden a otras terapias.(1)

Tras la cirugía de la causa principal del síndrome de Cushing, los estudios muestran que, aunque los trastornos mentales pueden persistir algún tiempo si es que el paciente padece de alguno. Los demás síntomas como la presión arterial alta, la debilidad muscular,

obesidad, diabetes, trastornos menstruales y la calidad de vida en general han mejorado significativamente. Otra opción es la quimioterapia, se usa para tratar neoplasias, la radioterapia o la terapia con radioisótopos en la metástasis se puede combinar con otras terapias.(1)

Existen también fármacos como otras opciones terapéuticas:

Dirigidos a causa hipofisaria:

- Cabergolina (agonistas dopaminérgicos) dosis de 0,5 a 7mg / semanal vía oral.
- Pasireotide (análogo de la somatostatina) dosis de 750-2400 ug diarios subcutáneos.

Inhibidores de la síntesis de glucocorticoides

- Ketoconazol o adrenolíticos (disminuye la síntesis del cortisol.) dosis de 400-1600 mg por día, vía oral.
- Metirapona (Bloquea la producción de esteroides por inhibición de la 11B hidroxilasa) dosis de 0,5 a 4,5 gr por día, vía oral.
- Mitotane (Actividad citotóxica a nivel de la corteza suprarrenal) dosis de 3-5 g por día, vía oral.(3)

2.2.8.- Teoría de Virginia Henderson

El modelo de Henderson se basa en que el individuo sano o enfermo es un todo integrado, que presenta necesidades básicas fundamentales para poder sobrellevar su vida con la mayor normalidad. El rol de enfermería consiste en ayudar a recuperar la independencia del paciente lo más pronto posible.

Identificación de las catorce necesidades básicas

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejecutar culto a Dios de acuerdo con la religión.
12. Trabajar de forma que pueda sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.(28)

2.2.9.- Teoría de Nola Pender

Este modelo se basa en los factores cognitivos y perceptuales que tienen relación en la toma de decisiones con promoción de salud del individuo.

Este modelo es una herramienta utilizada por el personal de enfermería ya que permite comprender, promover las actitudes, motivaciones y acciones del paciente o individuo basándose en un concepto de autosuficiencia, permite valorar la pertinencia de las intervenciones.(29)(30)

CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

3.1.1 Tipo de investigación

El presente estudio de caso es de tipo analítico, científico y descriptivo, se realizó mediante la búsqueda de artículos científicos, ya que nos permite conocer con mayor profundidad el objeto de estudio, así como revisión y valoración de la historia clínica y seguimiento a la paciente.

3.1.2 Población de estudio

Paciente de 42 años de edad de sexo femenino con diagnóstico de Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, adenoma hipofisario, síndrome de Cushing.

3.1.3 Área de estudio.

El presente estudio de caso se llevó a cabo en el Centro de Salud “18 de octubre” de la ciudad de Machala, ubicado en la siguiente dirección Pje 3era Norte, entre calle 13 y Pasaje 12ava Oeste, Machala.

3.1.4 Tipo de Estudio.

En el presente trabajo se aplicó un estudio descriptivo, científico y analítico, en el cual se va a detallar y analizar datos obtenidos mediante la revisión de la historia clínica y bibliografías de revistas científicas de alto impacto.

3.1.5 Método de estudio

3.1.5.1 Método científico: se utiliza métodos de aplicación de conocimientos teóricos y prácticos fundamentados en bases científicas.

3.1.5.2 Método analítico: proceso utilizado para la recolección de datos y el análisis de la historia clínica de la paciente, en la cual vamos a conocer los elementos básicos que constituyen un caso clínico.

3.1.5.3 Método descriptivo: este método de estudios es fundamental ya que se va a identificar, plantear el problema, recoger, procesar los datos y finalmente redactarlo en el estudio de caso.

3.1.6 Técnica de la investigación.

Las técnicas de recolección de información que se utilizó es la observación directa tanto de la historia clínica como con la paciente, al igual se utilizó la entrevista dirigida a la paciente mediante la visita domiciliaria, se dialogó con el personal médico del centro de salud “18 de octubre”, para poder obtener toda la información necesaria para el estudio de caso.

3.1.7 Instrumentos de investigación

1. Historia clínica de la paciente.
2. Consentimiento Informado de la paciente.
3. Referencias bibliográficas de revistas científicas actualizadas.

3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN.

3.2.1 Aspectos ético legales

Principio de Confidencialidad: se protegerá la información concerniente del caso, en el cual se detallan los datos más relevantes y se omitirá los nombres del paciente.

Principio de Beneficencia: se elaborará y aplicará un plan de cuidados de enfermería enfocados en las necesidades prioritarias de la paciente, basados en la teoría de Virginia Henderson y Nola Pender.

Principio de No Maleficencia: el uso de la información recopilada no perjudica ningún aspecto ético, moral y social de la paciente.

3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la Historia Clínica

Para el acceso de la Historia Clínica se envió un oficio al director del Centro de Salud “18 de octubre”, Dr. Robert Carrión Ortega, quien nos permitió la obtención de los datos de la historia clínica de la paciente. Para la fundamentación científica del tema a estudiar se realizó la búsqueda de artículos científicos actualizados desde hace 5 años atrás (2015 – 2020) en bases de datos y fuentes científicas de revistas de alto impacto: Scielo, Scopus, Google académico, Redalyc, Dialnet, entre otras; artículos que fueron seleccionados cuidadosamente de acuerdo a la información que se necesitaba.

3.2.3 Ubicación de la historia clínica

Se pudo acceder a la historia clínica del paciente en el departamento de estadística del Centro de Salud 18 de octubre de la ciudad de Machala, gracias a la confirmación de la solicitud que se envió con anterioridad a dicha casa de salud.

3.2.4 Revisión de la historia clínica

Obtenida la historia clínica se procedió a recabar información sobre la evolución de la enfermedad, verificar datos que nos había otorgado la paciente en la entrevista, esto facilitó y permitió desarrollar el análisis de caso.

3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS.

3.3.1 Anamnesis

Se utilizó como herramientas el interrogatorio o entrevista, tanto a la paciente como a los familiares para la obtención de datos y poder llegar a la afectación actual de la enfermedad.

3.3.2 Signos vitales

Son medidas que reflejan el estado fisiológico de nuestro cuerpo, nos permitirá monitorizar o detectar problemas de salud, la alteración de uno de ellos expresa de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.

3.3.3 Antecedentes personales

Información compilada sobre la salud del paciente, lo cual nos indica sobre todas las patologías que haya sufrido, incluyendo cirugías, enfermedades, alergias, incluso sobre tratamientos médicos incluido medicamento o algún régimen alimenticio, y los hábitos de salud que haya llevado en su vida.

3.3.4 Antecedentes familiares

Información sobre la familia de la paciente, dando la oportunidad de conocer si existen enfermedades hereditarias. Esta información ayuda a determinar el origen de la enfermedad que pueda estar cursando actualmente.

3.3.5 Evolución

Información procesada adecuadamente que detalla el estado de mejora o decadencia del paciente, las constantes vitales, las valoraciones del estado de la conciencia, las prioridades que el paciente necesita, en base a todos estos puntos el personal médico indica las prescripciones, exámenes, referencias, órdenes de interconsulta con el especialista que necesite, referencias y las intervenciones del personal de enfermería.

3.3.6 Diagnóstico médico

Proceso inferencial, destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente a partir de un cuadro clínico, esta determinación se la realiza sobre una base de datos y hechos recogidos como: examen físico, exámenes de laboratorio, las manifestaciones verbales que indique el paciente, según el análisis que realice el personal médico se indica el tratamiento para dicha patología.

3.3.7 Diagnóstico de enfermería

Se basa en un juicio sobre las experiencias y respuestas del paciente frente a su problema de salud durante la estancia hospitalaria, los diagnósticos de enfermería son basados en el tratamiento y evolución del paciente, según las necesidades que amerite se procede a planificar las diferentes intervenciones para el cuidado de su salud.

3.3.8 Pronóstico

Es un juicio que emite el profesional médico, sobre los cambios que puedan ocurrir en una enfermedad, anticipa la posible sintomatología que se pueda evidenciar luego de la valoración y revisión de exámenes al paciente sobre la patología.

3.3.9 Intervenciones de enfermería

Es un conjunto de intervenciones, que describen las actividades que el profesional de enfermería debe realizar al paciente, según las necesidades que amerite en base a la patología que esté padeciendo, son basadas en un contexto científico que ayudarán a mejorar de manera satisfactoria el bienestar y la recuperación del mismo.

3.3.10 Proceso de atención de enfermería

3.3.10.1 Valoración de necesidades según el modelo de Virginia Henderson

1. **Necesidad de oxigenación y circulación:** Actuación independiente en la necesidad de oxigenación, sin embargo, en el sistema circulatorio nos encontramos con problemas debido a su hipertensión arterial.
2. **Necesidad de hidratación y nutrición:** se pudo observar una leve alteración, se recomendó una dieta adecuada para la paciente, baja en grasa, en sal, sin azúcar, esto ayudará a equilibrar su estilo de vida alimenticio lo cual beneficiará en su patología.
3. **Necesidad de eliminación:** No se observaron manifestaciones de alteración, la paciente señala no tener dificultades.
4. **Necesidad de movimiento y mantener postura adecuada:** Se observó una leve alteración, la paciente presenta problemas para desarrollar las actividades cotidianas, manifiesta que por ocasiones experimenta debilidad y dolor en miembros inferiores.
5. **Necesidad de dormir y descansar:** No se observó alteración en esta necesidad.
6. **Necesidad de vestirse y desvestirse:** No se observó alteración en esta necesidad.
7. **Necesidad de termorregulación:** No se observó alteración en esta necesidad.
8. **Necesidad de mantener la higiene corporal:** No se observó alteración en esta necesidad.
9. **Necesidad de evitar peligros:** No se observó alteración en esta necesidad, puesto que la paciente tiene una buena hidratación y manifiesta que toma alrededor de 8 vasos de agua al día, y esta consiente que se debe mantener hidratada debido a que los pacientes con esta patología tienen más posibilidades de lesionarse debido a piel más fina y sensible, por los efectos inmunosupresores que puede ocasionar esta enfermedad y tienen una mayor tasa de infección.
10. **Necesidad de comunicarse:** No se observó alteración en esta necesidad, la paciente indica tener una buena relación en su núcleo familiar,
11. **Necesidad de creencias y valores:** Paciente manifiesta ser evangélica.
12. **Necesidad de autorrealización:** La paciente realiza sus actividades de la vida diaria sin apoyo de algún instrumento.
13. **Necesidad de ocio y entretenimiento:** La paciente no realiza actividad física, pero realiza actividades relacionadas a la belleza puesto que tiene un gabinete.

14. **Necesidad de aprendizaje:** La paciente presenta disposición de aprender todo lo que tiene relación a su enfermedad, y se observó un autoaprendizaje de la misma, puesto que no ha recibido información de su patología por parte del personal de salud.

3.3.10.2 Intervenciones según la teoría de Nola Pender

Se identificó que la paciente no tenía suficiente información sobre su enfermedad, por ende, se procedió a realizar una charla educativa de manera virtual debido a la pandemia que atraviesa el país, sobre lo que era el Síndrome de Cushing, las clasificaciones y consecuencias que existen en esta patología y el tipo que padece, se brindó información sobre diabetes e hipertensión arterial, enfermedades que también sufre la paciente. Se otorgó un recetario de comidas saludables, para que lleve un mejor régimen alimenticio y pueda identificar los riesgos que conlleva no tener una correcta alimentación.

Tabla 1. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: **Riesgo de nivel de glicemia inestable**

Dominio y Clase Comprometido	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 2: Nutrición Clase 4 : Metabolismo	(00179) Riesgo de nivel de glicemia inestable.	Conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad. La actividad física diaria media es inferior a la recomendada.	NOC (1820) Conocimiento: control de la diabetes NIC (2120) Manejo de la hiperglucemia

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de nivel de glicemia inestable r/c conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad.			
Resultado Esperados- NOC: (1820) Conocimiento: control de la diabetes.			
Objetivo de Enfermería:	Indicadores:	Puntuación DIANA	
Concientizar a la paciente acerca de los niveles de glicemia, como debe cuidarse en su alimentación, los riesgos que conlleva no tener un control adecuado de la enfermedad.		Mantener a	Aumentar a
	● 182002 Papel de la dieta en el control de la glucemia.	4	5
	● 182005 Papel del ejercicio en el control de la glucemia.	4	5
	● 182006 Hiperglucemia y síntomas relacionados.	4	5
Escala de Medición:	● 182012 Importancia de mantener el nivel de glucemia dentro del rango objetivo.	4	5
1. Ningún Conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso	Total	16	20

Intervención de Enfermería-NIC
Campo: Básico
Clase: Metabolismo
Intervención: (2120) Manejo de la hiperglucemia.
Actividades: <ul style="list-style-type: none">● Observar si hay síntomas de hiperglicemia.● Fomentar el autocontrol de la glucemia.● Identificar las causas probables de la hiperglucemia.● Instruir a la paciente o al cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad incluyendo: antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquido en reemplazo de los hidratos de carbono y cuándo debe solicitar asistencia sanitaria profesional.● Proporcionar ayuda en el ajuste de un régimen para evitar y tratar la hiperglucemia (aumento de insulina o antidiabético oral), si está indicado.

Tabla 2. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: **Riesgo de caída**

Dominio y Clase Comprometido	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2 : Lesión física	(00155) Riesgo de caída	Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores	NOC (0212) Movimiento coordinado (1828) Conocimiento: prevención de caídas NIC (6490) Prevención de caídas:

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caída r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.			
Resultado Esperados- NOC: (0212) Movimiento coordinado			
Objetivo de Enfermería:	Indicadores:	Puntuación DIANA	
Concientizar a la paciente acerca de los riesgos a los que se expone al movilizarse de forma autónoma sin la ayuda de otra persona. Generar en la paciente ayuda en el autocuidado para prevención de caídas.		Mantener A	Aumentar A
	● 021210 Movimiento en el tiempo deseado.	3	4
	● 021211 Movimiento con la rapidez deseada.	3	4
	● 182814 Enfermedades agudas que aumentan el riesgo de caídas.	4	5
Escala de Medición:	● 182815 Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas.	4	5
1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Total	14	18

Intervención de Enfermería-NIC**Campo:** Seguridad**Clase:** Control de riesgos**Intervención:** (6490) Prevención de caídas: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.**Actividades:**

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Desarrollar maneras para que el paciente participe de forma segura en actividades de ocio.

Tabla 3. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: **Fatiga**

Dominio y Clase Comprometido	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 4: Actividad / Reposo Clase 3 : Equilibrio de la energía	(00093) Fatiga	Afición fisiológica (Enfermedad)	Disminución en la ejecución de las tareas.	NOC: (0007) Nivel de fatiga NIC: (0180) Manejo de la energía

Diagnóstico de Enfermería: Fatiga r/c afición fisiológica (Síndrome de Cushing) m/p disminución en la ejecución de las tareas.			
Resultado Esperados- NOC: Nivel de fatiga (0007)			
Objetivo de Enfermería:	Indicadores:	Puntuación DIANA	
Reducir los niveles de fatiga para mejorar la calidad de vida de la paciente.		Mantener	Aumentar
		a	A
	<ul style="list-style-type: none"> ● 00701 Agotamiento ● 00706 Alteración de la concentración. 	3	4
		4	5
Escala de Medición:	<ul style="list-style-type: none"> ● 00708 Cefalea 	4	5
1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Total	11	14

Intervención de Enfermería-NIC
<p>Campo: Fisiológico: básico</p> <p>Clase: Control de actividad y ejercicio</p>
Intervención: (0180) Manejo de la energía
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados. ● Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. ● Utilizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos para aliviar la tensión muscular. ● Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
<p>Campo: CONDUCTUAL</p> <p>Clase: Ayuda para el afrontamiento</p>
Intervención: Mejorar el afrontamiento (5230)
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. ● Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. ● Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel. ● Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

Tabla 4. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: **Disposición para mejorar la nutrición**

Dominio y Clase Comprometido	Categoría Diagnóstica	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 2: Nutrición Clase 1 : Ingestión	(00163) Disposición para mejorar la nutrición	Expresa deseo de mejorar la nutrición	NOC Conducta de cumplimiento: dieta prescrita (1622) NIC (5246) Asesoramiento nutricional

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar la salud m/p expresa deseo de mejorar la nutrición.			
Resultado Esperados- NOC: Conducta de cumplimiento: dieta prescrita (1622)			
Objetivo de Enfermería:	Indicadores:	Puntuación DIANA	
Educar a la paciente sobre los buenos hábitos alimenticios que debe llevar para mejorar su estado de salud.	● 162203 Utiliza información nutricional de las etiquetas para seleccionar los alimentos.	Mantener a 3	Aumentar a 5
	● 162207 Evita alimentos y líquidos no permitidos en la dieta.	4	5
	● 162208 Sigue las recomendaciones para tomar alimentos y líquidos entre las comidas.	4	5
Escala de Medición:	● 162210 Sigue las recomendaciones sobre el número de comidas al día.	4	5
1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre	Total	15	20

Intervención de Enfermería-NIC
Campo: Fisiológico: básico
Clase: Apoyo nutricional
Intervención: (5246) Asesoramiento nutricional.
Actividades: <ul style="list-style-type: none">● Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.● Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.● Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.● Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.

Tabla 5. Valoración por dominios, NANDA, NOC y NIC: **Estilo de vida sedentario**

Dominio y Clase Comprometido	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 1: Promoción de la Salud Clase 1: Toma de conciencia de la Salud.	(00168) Estilo de vida sedentario	Interés insuficiente en la actividad física.	Pérdida de condición física.	NOC: (1633) Participación en el ejercicio NIC: (0200) Fomento del ejercicio

Diagnóstico de Enfermería: Estilo de vida sedentario r/c interés insuficiente en la actividad física m/p perdida de condición física.			
Resultado Esperados- NOC: (1633) Participación en el ejercicio			
Objetivo de Enfermería:	Indicadores:	Puntuación DIANA	
Fomentar la práctica de ejercicio para mantener un estilo de vida saludable y que en conjunto evitar que los niveles de la presión arterial y glucemia aumenten.		Mantener a	Aumentar a
	● 163308 Participa en ejercicio con regularidad.	2	4
	● 163309 Realiza ejercicio correctamente.	3	4
Escala de Medición:	● 163312 Realiza ejercicio en un ambiente	3	4
1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado	Total	8	12

5. Siempre			
------------	--	--	--

Intervención de Enfermería-NIC
Campo: Fisiológico: básico
Clase: A Control de actividad y ejercicio
Intervención: (0200) Fomento del ejercicio
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. • Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios. • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados • Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

4. CAPÍTULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Descripción de Resultados

Paciente femenino de 42 años de edad, residente en Machala, nacionalidad Colombiana, con diagnóstico médico de Síndrome de Cushing, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, refiere que alrededor de 2 años después del nacimiento de su hijo empezó a notar aumento de peso, facies redondeada, cuando estaba en su país natal pero no recibe atención médica, hace más o menos 10 años llegó a Ecuador donde los síntomas fueron aumentando y eran más evidentes, ya tenía la presencia de vellos gruesos en la cara principalmente debajo del mentón, vértigo, cefalea, obesidad central, presentaba rasgos característicos del síndrome de Cushing, refiriendo además que actualmente presenta lagunas mentales. Acude al centro de salud “18 de Octubre” el 28 de marzo del 2014 a consulta médica, según lo que manifestó la paciente mediante la visita domiciliaria.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, microadenoma hipofisario en contorno lateral izquierdo.

Antecedentes familiares: no refiere.

El 07/05/2015 la paciente tenía un peso de 60.6 kg, talla 1,48 cm, teniendo un índice de masa corporal de 30, la presión arterial 140/80, frecuencia cardíaca 108 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria 20 por minuto.

El 21/10/2015 paciente acude para revisión de análisis: Glucemia de 173 mg/dl, colesterol de 592.00 mg/dl, triglicéridos de 1030,20 mg/dl por encima de los valores normales. Como tratamiento médico indican medicación para la hipertensión arterial se prescribe Losartan de 100 mg vía oral cada día, para diabetes Metformina + Glibenclamida 850/5 mg vía oral cada día, Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas, Simvastatina 20 mg una tableta por las noches, Gemfibrozilo 900 mg 1 tableta en la mañana.

El 11/10/2016 se realiza una resonancia simple de cerebro más hipófisis con varios planos de proyección, donde se presenta una leve asimetría con mayor volumen en el contorno lateral derecho hipofisario, se observa pequeña hipointensidad de señal a pesar de la introducción de contraste en el contorno lateral izquierdo con desviación de tallo hipofisario respectivamente hasta este lado. Imagen sugestiva de microadenoma en el contorno lateral izquierdo. Por lo que es referida al Hospital General Teófilo Dávila.

El mismo día le realizan un test de suspensión Dexametasona en la mañana, donde se observa que el cortisol post Dexametasona 1 mg da un valor de 20.24 µg/dL.

El 16/10/2016 es referida al hospital Abel Gilberth, al servicio de consulta externa, especialidad endocrinología, por falta de profesional, al examen físico facies cushingoide, abdomen blando, ligero dolor en hipocondrio derecho, extremidades simétricas móviles, con presencia de hirsutismo, eco abdominal: pólipos vesiculares, ovario derecho poliquístico.

El 26/06/2017 nuevamente se realiza el test de suspensión Dexametasona en la mañana, donde el cortisol post Dexametasona 1 mg da un valor de 11.27 µg/dL, ya se encuentra entre los valores normales.

El 20/09/2018 acude al Hospital General Teófilo Dávila donde se le realizan exámenes de laboratorio, cuyos valores de hematología se encontraban entre los parámetros normales glóbulos rojos 4.81, hemoglobina 14,40 g/dl, hematocrito 43.40 %, glucosa 180 mg/dl, colesterol total 374 mg/dl, colesterol - LDL 231 mg/dl, triglicéridos 937 mg/dl, con lo que respecta al cortisol en la mañana se encontraba por encima de los valores normales 29.07 µg/dL.

El 25/07/2018 presentaba un peso de 56,6 kg, tensión arterial; 120/70, frecuencia cardiaca: 84 latidos por minuto, acude para revisión de exámenes los cuales reportan colesterol de 382.0 mg/dl, Triglicéridos de 890 mg/dl.

En la visita domiciliaria realizada el 31/08/2020 la paciente refiere que presenta fatiga, que al momento de realizar sus actividades de la vida diaria se le complica un poco ya que presenta debilidad muscular, también nos supo manifestar que nuevamente le envió una orden para realizarse exámenes y poder ver la evolución de la paciente.

4.2 Argumentación Teórica de Resultados

Según un artículo publicado en la revista científica Scielo, por medicina interna del Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín Colombia, el 18 de octubre del 2016, indica que el Síndrome de Cushing se presenta como dependiente de la hormona adrenocorticotropa (ACTH), de origen hipofisario o ectópico, e independiente de la ACTH, de origen adrenal. Como sucede en nuestro estudio de caso la causa de origen del Síndrome de Cushing de la paciente fue por la dependencia de la hormona adrenocorticotropa debido a la presencia de un microadenoma de hipófisis o hipofisario.(9)

Por otro lado, en un reporte de tres casos y revisión literaria publicado el 30 de octubre del 2017, por el DR. H. Dávila García Botina en Medellín Colombia, indica que el Síndrome de Cushing dependiente de la ACTH representa el 80% de los casos y la causa más común es la hipersecreción hipofisaria de ACTH, el independiente presenta el 20% de los casos y son causados por una secreción elevada de cortisol e hiperplasia adrenal. Manifiesta que el Síndrome de Cushing tiene mayor incidencia en mujeres con una relación de 3:1, al igual indican un aumento en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 no controlada, obesos, hipertensos o los que padecen osteoporosis. Lo que se confirma con el caso clínico en estudio, la paciente es de sexo femenino con una edad de 42 años, presentando un microadenoma hipofisario en el contorno lateral izquierdo, además es diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, manifiesta que los síntomas de estas patologías fueron apareciendo al mismo tiempo que la enfermedad de base (Síndrome de Cushing).(1)

En un informe publicado sobre la enfermedad de Cushing, de La agencia española el 30 de octubre del 2019, redacta que la prevalencia del Síndrome de Cushing es de alrededor de 1/26.000, representando más de dos tercios de todos los casos. El pico de incidencia se encuentra entre las edades de 25 a 45 años. Basándonos en la prevalencia sobre Síndrome de Cushing y la relación del caso clínico se desconoce exactamente, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2015 alrededor de 36 pacientes con Síndrome de Cushing fueron atendidos en las instituciones hospitalarias, presentándose mayormente en las mujeres de edades entre 25 a 44 años.(31)

En lo que corresponde a las manifestaciones clínicas según un estudio realizado por el Dr. Nieman en el 2015, indica que los microadenomas secretores de ACTH estimula a las

glándulas suprarrenales aumentando la secreción de cortisol con el que manifiesta los signos y síntomas clásicos del Síndrome de Cushing como la obesidad central, con acumulación de grasa en la cara dando la imagen de “facies de luna”, o giba dorsal, alteraciones en la piel (atrofia cutánea, estrías, hiperpigmentación), alteraciones menstruales, signos de exceso de andrógenos (hirsutismo, acné, aumento de la libido), debilidad muscular, intolerancia a la glucosa, osteoporosis, riesgo de la enfermedad cardiovascular y alteraciones neurológicas. En relación al estudio de caso la paciente presenta, debilidad y atrofia muscular, facies de luna, aunque en la actualidad no presenta alteración en el ciclo menstrual, manifestó que aproximadamente un año y medio atrás presentó este tipo de problemas al igual que el hirsutismo diagnosticado en el centro de salud.(32)

En relación a las Manifestaciones Clínicas un artículo publicado el 1 de enero del 2020, sobre Síntomas Psiquiátricos en el Síndrome de Cushing, realizado por Tiffany Y Lin, nos da a conocer que los síntomas psicóticos suelen ir acompañados del Síndrome de Cushing, las manifestaciones psiquiátricas pueden aparecer en la fase prodrómica, durante el curso de la enfermedad o incluso después de que ceda el Síndrome de Cushing. Esto enfatiza la importancia del diagnóstico temprano para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y la importancia de monitorear los efectos a largo plazo de los síntomas neurocognitivos y psicóticos, su impacto en la calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Cushing. Aunque en este estudio de caso no hay diagnóstico que confirme un trastorno psiquiátrico, la paciente manifiesta que por ocasiones tiene episodios de lagunas mentales, también conocida como amnesia lacunar o localizada, presenta cambios notorios en el estado de ánimo cuando habla de su enfermedad y cambios en el comportamiento.(33)

En cuanto al diagnóstico un estudio realizado por el médico Vivien Bornet, en febrero del 2015 manifiesta que el diagnóstico del Síndrome de Cushing es un desafío porque ninguna prueba tiene una precisión diagnóstica ideal, por lo que se requieren varias pruebas para confirmar. Uno de los métodos más empleados es el cortisol en orina de 24 horas, la medición del cortisol salival a medianoche y la prueba de supresión de dexametasona de 1 mg, como también una resonancia magnética de cerebro, muestras del seno petroso. Con relación a nuestro estudio de caso los métodos de diagnósticos que se han utilizado fue la prueba de supresión de dexametasona de 1 mg y el estudio de imagen que fue la resonancia magnética simple de cerebro y de hipófisis.(34)

Para el tratamiento del Síndrome de Cushing en un artículo publicado en febrero del 2015, por el MD. Vivek B, plantea que el tratamiento depende de la causa, de la certeza del diagnóstico y la experiencia del equipo de gestión. Los pacientes que presenten esta enfermedad deben prestar atención a los detalles y la integración de todos los datos clínicos, bioquímicos y de imágenes, una de las opciones es la extirpación de los adenomas hipofisarios secretores de ACTH, estos requieren terapia diaria de reemplazo de glucocorticoides hasta que se reanude la producción endógena de ACTH, ya que pueden desarrollar déficit de ACTH debido a la extirpación, esto puede tardar hasta 1 año. Analizada las condiciones del tratamiento del Síndrome de Cushing, en nuestro análisis de caso no abarca todas las técnicas ni procedimientos antes mencionados, ya que a la paciente no se le ha realizado la extirpación del microadenoma hipofisario diagnosticado en el 2016, corriendo el riesgo que se desarrolle y se convierta en un macroadenoma o tumor maligno, lo que se convierte posteriormente en un problema para una futura cirugía.(23)(35)

En el país no hay datos oficiales sobre la incidencia del síndrome de Cushing, pero según el Ministerio de Salud Pública, la enfermedad está incluida en la lista de enfermedades raras o huérfanas y se las llama así porque afecta a un número reducido de personas en la población. En el Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, se atiende cada 7 años paciente con Acromegalia y 3 paciente con Síndrome de Cushing, además de otras enfermedades raras, dado que no todos los casos pueden llegar al hospital para un diagnóstico y tratamiento adecuados, se reconoce que las cifras de estas enfermedades raras están subestimadas y no reflejan la población afectada real, según el reportaje por diario El Telégrafo, 2017.

Se elaboró planes de enfermería diseñados para la mejora del paciente, basados en instrumentos como NANDA, NOC, NIC; estas herramientas proporcionan estrategias para la adaptación y afrontamiento de la enfermedad que están padeciendo el paciente. Además de usar el formato PLACE que nos permitirá brindar cuidados de enfermería de manera sistemática y ordenada en respuesta a los cambios de salud reales o potenciales, ayudando a vigilar la administración de los cuidados brindados por el personal de enfermería.

4.3 CONCLUSIÓN

El síndrome de Cushing está compuesto por una serie de signos y síntomas, la etiología más frecuente es de origen hipofisario, siendo más prevalente en mujeres, aunque también puede deberse a niveles elevados de glucocorticoides en el torrente sanguíneo, las dosis elevadas pueden tener origen en las glándulas suprarrenales a lo que se designa como Síndrome de Cushing endógeno por sobredosis de cortisol o a la administración prolongada de glucocorticoides a dosis supra fisiológicas lo que denominamos Síndrome de Cushing exógeno. Aunque el Síndrome de Cushing endógeno puede ser dependiente o independiente de adrenocorticotropina (ACTH), el dependiente de la ACTH generalmente es causado por adenoma hipofisario, llamada Enfermedad de Cushing, y el independiente es causado por tumores fuera de la hipófisis (secreción ectópica de ACTH). Estudios poblacionales demuestran que el síndrome de Cushing tiene una baja incidencia ya que no es una enfermedad común por lo que no muchos de los casos son diagnosticados a tiempo, lo que influye a que no tengan un tratamiento oportuno de esta patología.

Los cambios que experimentan los pacientes diagnosticados con Síndrome de Cushing son múltiples, tanto a nivel familiar, social, personal e incluso emocional. Las intervenciones por parte del personal de enfermería, componen un pilar básico pero muy importante para afrontar las diversas situaciones que atraviesan los pacientes, el objetivo de estas actividades es dar respuesta y adaptación a las necesidades que puedan sufrir los pacientes, las cuales están fundamentadas en el modelo de Virginia Henderson y Nola Pender. El apoyo emocional y físico que se le puedan brindar depende de diferentes factores y necesidades que presente cada paciente, además de la educación y promoción de la salud que se les pueda otorgar, estas diferentes actividades ayudan a mejorar de manera significativa el estado de salud del paciente.

La enfermedad de la paciente no ha sido bien tratada debido a varios factores uno de ellos es que la paciente no gestiono los papeles correspondientes para la referencia al hospital Abel Gilbert Pontón a tiempo, por lo que toco nuevamente elaborar los documentos de referencia y otro de los factores es la falta del personal especialista en la ciudad.

4.4 RECOMENDACIONES

- Fomentar la educación sobre el Síndrome de Cushing a la población, tanto a los profesionales de la salud, estudiantes y pacientes en general, la incorporación de este tema ayudará a brindar importancia, determinar los factores de riesgos, las manifestaciones clínicas y las diferentes clasificaciones etiológicas como es la dependiente e independiente de la ACTH, que se desarrollan durante la patología.
- Desarrollar planes de cuidados con las diferentes intervenciones de enfermería según la necesidad que presente el paciente, que ayuden a la adaptación del Síndrome de Cushing.
- Implementar protocolo de atención a pacientes con estas patologías, en las unidades de salud a nivel Nacional, para brindar una atención oportuna y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Botina HD, Lara Botina DR, Mauricio Sánchez F, Román González A. Presentación de tres casos y revisión en la literatura: Síndrome de Cushing. Arch Med [Internet]. 2017 Dec 6;17(2):415–24. Available from: <http://revistasum.umanizales.edu.co/proofojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2403/3041>
2. Parksook WW, Laichuthai N, Sunthornyothin S. Clinical Characteristics and Treatment Outcomes in Endogenous Cushing's Syndrome: A 15-Year Experience from Thailand. Case Rep Endocrinol [Internet]. 2020 Mar 12;2020:1–7. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/crie/2020/2946868/>
3. Moya Crespo MJ. Afectación Psiquiátrica Y Cognoscitiva En El Síndrome De Cushing. NPunto [Internet]. 2019;II(20). Available from: <https://www.npunto.es/revista/20/afectacion-psiquiatrica-y-cognoscitiva-en-el-sindrome-de-cushing>
4. Zuluaga Quintero M, Ramírez A, Palacio A, Botero JF, Clavijo A. Síndrome de Cushing exógeno e insuficiencia adrenal relacionada con consumo de producto natural. Acta Médica Colomb [Internet]. 2017;42(4):243–6. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v42n4/0120-2448-amc-42-04-00243.pdf>
5. Hernández C, Ulloa J, Pizza S, Moreno M. Adenoma adrenocortical ectópico parahiliar renal, en paciente con síndrome de Cushing independiente de ACTH. Abordaje laparoscópico. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Urol Colomb / Colomb Urol J [Internet]. 2018 Aug 10;27(02):181–6. Available from: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1016/j.uroco.2017.03.011>
6. Naranjo Hernández Y. Diabetes mellitus: Un reto para la salud pública. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016;32(1):3–5. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001
7. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Publica Mex [Internet]. 2018 May 4;60(3,

- may-jun):233. Available from: <https://scielosp.org/article/spm/2018.v60n3/233-243/#>
8. Wagner Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2018 Jul 16;64(2):175–84. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200004
 9. Gutiérrez-Restrepo J, Román-González A. Síndrome de Cushing ectópico: revisión de la literatura. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2016 Oct;20(4):175–82. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S012390151630035X>
 10. Alkhuder L, Mawlawi H. Harvey Cushing, padre de la neurocirugía contemporánea. *Case Rep Pediatr* [Internet]. 2019 Dec 2;2019(6):1–4. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cripe/2019/2652961/>
 11. Alkhuder L, Mawlawi H. Infantile Iatrogenic Cushing Syndrome due to Topical Steroids. *Case Rep Pediatr* [Internet]. 2019 Dec 2;2019:1–4. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cripe/2019/2652961/>
 12. Manual MIBE. Síndrome de Cushing [Internet]. Empendium.com. 2020 [cited 2020 Oct 6]. Available from: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.11.2>.
 13. Rajaraman V, Loganathan N, Ummer Is. Cushing's syndrome presenting as treatment-resistant bipolar affective disorder: A step in understanding endocrine etiology of mood disorders. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2015;57(2):200. Available from: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2015/57/2/200/158194>
 14. Araujo Castro M, Palacios García N, Aller Pardo J, Izquierdo Alvarez C, Armengod Grao L, Estrada García J. Síndrome de Cushing ectópico: descripción de 9 casos. *Endocrinol Diabetes y Nutr* [Internet]. 2018 May;65(5):255–64. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2530016418300661>
 15. Soler Arias EA, Castillo VA. Síndrome de Cushing adrenal dependiente de hormona luteinizante. *Rev Argent Endocrinol Metab* [Internet]. 2016 Jan;53(1):36–41. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0326461016300110>

16. Barros APT, Lamback EB, Coelho MCA, Neto LV. LIMITATIONS OF BASAL CORTISOL IN THE DIAGNOSIS OF CUSHING SYNDROME. *AACE Clin Case Reports* [Internet]. 2019 Mar;5(2):e91–4. Available from: <http://journals.aace.com/doi/10.4158/ACCR-2018-0336>
17. Lonser RR, Nieman L, Oldfield EH. Cushing's disease: pathobiology, diagnosis, and management. *J Neurosurg* [Internet]. 2017 Feb;126(2):404–17. Available from: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/126/2/article-p404.xml>
18. Buliman A, Tataranu LG, Paun DL, Mirica A, Dumitrache C. Cushing's disease: a multidisciplinary overview of the clinical features, diagnosis, and treatment. *J Med Life* [Internet]. 2016;9(1):12–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5152600/>
19. Benítez Arce SC, Aveiro A. Complications of long-term use of corticosteroids: Iatrogenic Cushing. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. 2018;5(2):30–7. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932018000200030&lng=en&nrm=iso&tlng=es
20. Duan K, Hernandez KG, Mete O. Clinicopathological correlates of adrenal Cushing's syndrome. *J Clin Pathol* [Internet]. 2015 Mar;68(3):175–86. Available from: <http://jcp.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jclinpath-2014-202612>
21. Lopez-Montoya V, Gutierrez-Restrepo J, Grajales JLT, Aristizabal N, Pantoja D, Roman-Gonzalez A, et al. Ectopic Cushing syndrome in Colombia. *Arch Endocrinol Metab* [Internet]. 2020;1–8. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-39972020005004207&lng=en&nrm=iso
22. Ferri J, Perelló E, Lorente RI, Argente C, Rossetti P, Pedro T, et al. Study of abnormal adrenal receptors in subjects with ACTH-independent Cushing's syndrome and nodular adrenal hyperplasia. *Endocrinol Diabetes y Nutr (English ed)* [Internet]. 2020 Apr;67(4):245–52. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2530018020300470>
23. Bansal V, Asmar N El, Selman WR, Arafah BM. Pitfalls in the diagnosis and management of Cushing's syndrome. *Neurosurg Focus* [Internet]. 2015

- Feb;38(2):E4. Available from: <https://thejns.org/view/journals/neurosurg-focus/38/2/article-pE4.xml>
24. Ceccato F, Boscaro M. Cushing's Syndrome: Screening and Diagnosis. *High Blood Press Cardiovasc Prev* [Internet]. 2016 Sep 9;23(3):209–15. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40292-016-0153-4>
 25. Lacroix A, Feelders RA, Stratakis CA, Nieman LK. Cushing's syndrome. *Lancet* [Internet]. 2015 Aug;386(9996):913–27. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614613751>
 26. Raff H, Carroll T. Cushing's syndrome: from physiological principles to diagnosis and clinical care. *J Physiol* [Internet]. 2015 Feb 1;593(3):493–506. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1113/jphysiol.2014.282871>
 27. Araya AV, Eugenin D, Lemp M. Remisión espontánea de acromegalia y enfermedad de Cushing en adultos mayores. Casos clínicos. *Rev Med Chil* [Internet]. 2018 Jul;146(7):933–7. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000700933&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 28. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016 Apr;13(2):71–2. Available from: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/89>
 29. Cadena Estrada JC. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J Pender. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2017 Jan 13;19(1):107. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/11843>
 30. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Univ* [Internet]. 2018 Apr 13;8(4). Available from: <http://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248>
 31. Luque M. Informe de Posicionamiento Terapéutico de pasireotida intramuscular (Signifor®) para el tratamiento de la enfermedad de Cushing. *Agencia Española Medicam y Prod Sanit* [Internet]. 2019;6–11. Available from:

<https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IP-T-pasireotida-Signifor-enfermedad-Cushing.pdf?x21576>

32. Nieman LK. Cushing's syndrome: update on signs, symptoms and biochemical screening. *Eur J Endocrinol* [Internet]. 2015 Oct;173(4):M33–8. Available from: <http://journals.lww.com/00001703-199410000-00011>
33. Lin TY, Hanna J, Ishak WW. Psychiatric Symptoms in Cushing's Syndrome: A Systematic Review. *Innov Clin Neurosci* [Internet]. 2020 Jan 1;17(1–3):30–5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239565/pdf/icns_17_1-3_30.pdf
34. Bonert V, Bose N, Carmichael JD. Cyclic Cushing's disease with misleading inferior petrosal sinus sampling results during a trough phase. *Neurosurg Focus* [Internet]. 2015 Feb;38(2):E7. Available from: <https://thejns.org/view/journals/neurosurg-focus/38/2/article-pE7.xml>
35. Nieman LK, Biller BMK, Findling JW, Murad MH, Newell-Price J, Savage MO, et al. Treatment of Cushing's Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2015 Aug;100(8):2807–31. Available from: <https://academic.oup.com/jcem/article-lookup/doi/10.1210/jc.2015-1818>

ANEXO

Machala, 31 de agosto del 2020

Dr. Robert Carrión Ortega

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD "18 DE OCTUBRE"

Presente.

De nuestra consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones. Nosotros, **CASTILLO VALDIVIEZO JULIANA CAROLINA** portador del número de cedula de ciudadanía N° **0704780923** Y **NAULA AUCAY SILVIA MARGARITA** portador del número de cedula de ciudadanía N° **0705783694** alumnas del **10MO SEMESTRE PARALELO "A"** en la asignatura de **TITULACIÓN** bajo responsabilidad de la docente Lcda. Rodríguez Sotomayor Janeth Del Rosario, Profesora de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, solicitamos a Ud. de manera muy comedida, se autorice a quien corresponda brindar el acceso de la historia clínica N° **10695**, de la paciente **MARTÍNEZ UPEGUI CAROL JULIETTE**, con **DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE CUSHING**, para recabar información necesaria para realizar el **ANÁLISIS DE CASO**, con el tema **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING A CONSECUENCIA DE ADENOMA HIPOFISARIO"**

Nota: Resolución 1995-1999, Capítulo I. *Definiciones y disposiciones generales*, Art. 1 "La historia clínica es un documento privado sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización por el paciente o en casos previstos por la ley"

Motivo por el cual se adjunta consentimiento informado del paciente. Por la atención que otorgue a la presente, le anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

CASTILLO VALDIVIEZO JULIANA CAROLINA
0704780923

NAULA AUCAY SILVIA MARGARITA
0705783694

~~Md. Robert Carrión Ortega~~
~~C.I. 0706738888~~
~~Exercer 40072018-2005948~~

31/08/2020

Machala 31 de agosto del 2020

Por medio del presente,

Yo **MARTINEZ UPEGUI CAROL JULIETTE** con cédula número **66984310**, voluntariamente en pleno uso de mis facultades y conociendo las restricciones a que tiene lugar el uso de la historia clínica según el Acuerdo Ministerial No. 0457 de 12 de diciembre de 2006, publicado en el Registro Oficial 436 de 12 de enero del 2007., doy el consentimiento informado para el acceso a la información de mi historia clínica, con propósitos puramente académicos y científicos, a **CASTILLO VALDIVIEZO JULIANA CAROLINA** portador del número de cedula de ciudadanía N° **0704780923** Y **NAULA AUCAY SILVIA MARGARITA** portador del número de cedula de ciudadanía N° **0705783694**, estudiantes del **10mo SEMESTRE PARALELO "A"** de la carrera de **ENFERMERÍA**, de la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**, del mismo modo solicita mi permiso para sacar copia de mi Historia clínica, copia de resultados de Imágenes Diagnósticas, Exámenes de Laboratorio, etcétera.

Nombre y Apellidos: **MARTÍNEZ UPEGUI CAROL JULIETTE**

Número de Cédula: **66984310**

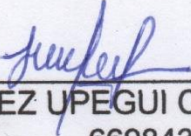
Lugar de Residencia: **24 de mayo y 16 ava oeste**

Teléfono: **0982791483**

Motivo por el cual se solicita la copia de Historia Clínica: dicha documentación se empleará con fines investigativos para la realización de un **ANÁLISIS DE CASO** previo a obtención de título de tercer nivel de las estudiantes con el tema **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING A CONSECUENCIA DE ADENOMA HIPOFISARIO"**

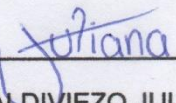
Acepto que para obtener copia de mi historia clínica las personas antes mencionadas deben presentar los requisitos de solicitados en la Institución "18 de Octubre" con la cual garantiza a la Institución la seguridad de la información.

FIRMA DE LA PACIENTE

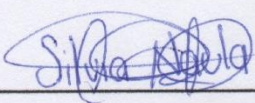


MARTINEZ UPEGUI CAROL JULIETTE
66984310

FIRMA DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS



CASTILLO VALDIVIEZO JULIANA CAROLINA
0704780923



NAULA AUCAY SILVIA MARGARITA
0705783694

Reglamento De Información Confidencial En Sistema Nacional De Salud; Acuerdo Ministerial No. 0457 de 12 de diciembre de 2006, publicado en el Registro Oficial 436 de 12 de enero del 2007: Art. 28.- Pueden solicitar copia certificada de las historias clínicas los/las usuarios/as, su representante legal, apoderado/a, o persona autorizada. Para ello será necesario presentar una solicitud debidamente firmada por el/la usuario/a o su representante legal acompañada con una copia de su cédula de identidad, especialmente en caso de tratarse de un menor de edad.