



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Intervención de Enfermería en paciente con hipertiroidismo e hipertensión arterial según la teoría de Marjory Gordon

**ZAMBRANO NAVAS GUADALUPE XIMENA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**ZUMBA CEFERINO DAYANA LISBETH
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2022**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Intervención de Enfermería en paciente con hipertiroidismo e hipertensión arterial según la teoría de Marjory Gordon

**ZAMBRANO NAVAS GUADALUPE XIMENA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**ZUMBA CEFERINO DAYANA LISBETH
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2022**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASOS

Intervención de Enfermería en paciente con hipertiroidismo e hipertensión arterial según la teoría de Marjory Gordon

**ZAMBRANO NAVAS GUADALUPE XIMENA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**ZUMBA CEFERINO DAYANA LISBETH
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

ESPINOZA CARRION FLOR MARIA

**MACHALA
2022**

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HIPERTIROIDISMO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN LA TEORÍA DE MARYORY GORDON

por GUADALUPE XIMENA ZAMBRANO NAVAS

Fecha de entrega: 16-abr-2023 10:55p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2066573482

Nombre del archivo: O_E_HIPERTENSI_N_ARTERIAL_SEG_N_LA_TEOR_A_DE_MARYORY_GORDON.docx
(71.64K)

Total de palabras: 6353

Total de caracteres: 35512

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HIPERTIROIDISMO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN LA TEORÍA DE MARYORY GORDON

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

1%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica Trabajo del estudiante	1%
2	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
3	Submitted to Universidad Nacional de Colombia Trabajo del estudiante	<1%
4	Submitted to National University College - Online Trabajo del estudiante	<1%
5	Submitted to Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1%
6	polodelconocimiento.com Fuente de Internet	<1%
7	www.eia.edu.co	

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 6 words

Excluir bibliografía

Apagado

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

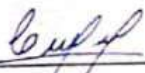
Las que suscriben, ZAMBRANO NAVAS GUADALUPE XIMENA y ZUMBA CEFERINO DAYANA LISBETH, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado Intervención de Enfermería en paciente con hipertiroidismo e hipertensión arterial según la teoría de Marjory Gordon, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, 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.

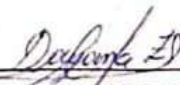
Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

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.



ZAMBRANO NAVAS GUADALUPE XIMENA

0705904548



ZUMBA CEFERINO DAYANA LISBETH

0750011165

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado de manera especial a Dios, quien siempre nos acompaña y nos llena de fortaleza para continuar con nuestro camino profesional; a nuestros padres por cada sacrificio que hicieron por nosotras, y guiarnos por el buen camino, formándonos con buenos principios. También agradecemos a los profesionales que forman parte de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala quienes con sus consejos y enseñanzas nos han guiado a lo largo del proceso de aprendizaje.

Guadalupe y Dayana

AGRADECIMIENTO

Le agradezco primeramente a Dios por permitirnos llegar hasta donde estamos hoy, por darnos siempre las fuerzas necesarias para luchar día a día y darnos la sabiduría e inteligencia para poder superar las situaciones difíciles, a nuestra familia por creer siempre en nosotras, por ser ese apoyo incondicional y a nuestros hijos por ser la motivación más grande de seguir adelante, a la Universidad Técnica de Machala por ser la institución de acogida de estos años universitarios, a cada uno de mis docentes, en especial a mi tutora por la paciencia y conocimientos impartidos para el desarrollo de este trabajo.

Guadalupe y Dayana

RESUMEN

Introducción: El hipertiroidismo se considera una enfermedad que se desarrolla por la sobreproducción de hormonas tiroideas, debido a varias causas. Esta afecta en gran medida a la salud, siendo un problema médico y a la vez social, en primera instancia, porque se estima que, a pesar de los numerosos estudios, el abordaje de esta patología aún tiene cierta complejidad, además que está muy relacionado con la hipertensión arterial, la cual es una enfermedad crónica en donde los vasos sanguíneos sufren una tensión constantemente alta.

Objetivo: Diseñar el proceso de atención de enfermería en paciente con diagnóstico de hipertiroidismo e hipertensión arterial, mediante la planificación de intervenciones de enfermería con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente y familia según los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Metodología: El presente estudio de caso como parte de la investigación tiene un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo por la descripción del proceso salud-enfermedad de la paciente, utilizando un método observacional desde donde se puede evidenciar la evolución de la paciente como objeto de este análisis.

Conclusiones: El hipertiroidismo e hipertensión arterial son dos enfermedades que puede afectar de manera significativa a los pacientes, siendo más frecuente en el sexo femenino, determinándose los factores de riesgo como: la edad, la raza blanca, el sexo femenino, el tabaquismo, la genética o antecedentes familiares de alguna afección auto inmunitaria, además el estrés físico y emocional. Mientras que, la intervención de enfermería es el rol más importante, esperado y asumido por el equipo de salud, precisamente por el cuidado directo que requiere la paciente.

Recomendaciones: Se requiere un enfoque integral de la atención en todo paciente con hipertiroidismo, que puedan abordar los aspectos físicos, psicológicos y mentales para un completo tratamiento y restitución de la salud, así como la promoción de salud de forma oportuna.

Palabras clave: Hipertiroidismo, rol de enfermería, hipertensión arterial.

ABSTRACT

Introduction: Hyperthyroidism is considered a disease that develops from the overproduction of thyroid hormones, due to various causes. This affects health to a great extent, being a medical and social problem, in the first instance, because it is estimated that, despite numerous studies, the approach to this pathology still has a certain complexity, in addition to being closely related to arterial hypertension, which is a chronic disease where the blood vessels suffer a constantly high tension. **Objective:** Design the nursing care process in a patient with a diagnosis of hyperthyroidism and arterial hypertension, through the planning of nursing interventions with the purpose of improving the quality of life of the patient and family according to the functional patterns of Marjory Gordon. **Methodology:** The present case study as part of the investigation has a qualitative approach, of a descriptive type for the description of the health-disease process of the patient, using an observational method from which the evolution of the patient as the object of this analysis can be evidenced. **Conclusions:** Hyperthyroidism and arterial hypertension are two diseases that can significantly affect patients, being more frequent in females, determining risk factors such as: age, white race, female sex, smoking, genetics or family history of any autoimmune condition, as well as physical and emotional stress. Whereas, the nursing intervention is the most important role, expected and assumed by the health team, precisely because of the direct care that the patient requires. **Recommendations:** A comprehensive approach to care is required in all patients with hyperthyroidism, which can address the physical, psychological and mental aspects for a complete treatment and restoration of health, as well as health promotion in a timely manner

Keywords: Hyperthyroidism, nursing role, arterial hypertension.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	3
1.1 Definición y contextualización del Objeto de Estudio.....	3
1.2 Hechos de interés.....	4
1.3 Descripción breve del caso.....	5
1.4 Objetivos de la investigación	6
1.4.2 Objetivos Específicos.....	6
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO.....	7
2.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	7
2.2 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA ..	7
2.3 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.3.1 HIPERTIROIDISMO.....	8
2.3.1.1 Definición.....	8
2.3.1.2 Fisiopatología.....	8
2.3.1.3 Factores de riesgo.....	9
2.3.1.4 Manifestaciones clínicas	9
2.3.1.5 Diagnóstico.....	10
2.3.1.6 Tratamiento	11
2.3.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	11
2.3.2.1 Definición.....	11
2.3.2.2 Fisiopatología.....	12
2.3.2.3 Factores de riesgo.....	12
2.3.2.4 Manifestaciones clínicas	13
2.3.2.5 Diagnóstico.....	14
2.3.2.6 Tratamiento	14
CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO.....	16
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada	16
3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación	16
3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos.....	17
3.3.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE MARJORY GORDON.....	20
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	26

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS.....	26
4.2 CONCLUSIONES.....	26
4.3 RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS.....	32

INTRODUCCIÓN

El hipertiroidismo se considera una enfermedad que se desarrolla por la sobreproducción de hormonas tiroideas, debido a varias causas. Esta afecta en gran medida a la salud, siendo un problema médico y a la vez social, en primera instancia, porque se estima que, a pesar de los numerosos estudios, el abordaje de esta patología aún tiene cierta complejidad debido a que no se encuentra un estándar internacional acerca de su tamizaje y tratamiento. No obstante, se detallan ciertas recomendaciones de las guías americanas y europeas que hacen hincapié de la necesidad e importancia del criterio clínico para una personalización del manejo en cada caso (1).

Respecto a la enfermedad como tal, su forma clínica de presentarse generalmente es a través del bocio agrandado, pero también tiene características de tirotoxicosis y síntomas extratiroidea como por ejemplo la orbitopatía, la cual tiende a una dirección creciente independientemente de la enfermedad en sí. Por ello, como se mencionó anteriormente, las guías clínicas son las que recomiendan y establecen su manejo, partiendo desde la anamnesis, el examen físico y la ecografía tiroidea que son muy significativas para su diagnóstico, así como una buena higiene, dieta adecuada y el debido tratamiento farmacológico. La educación en salud al paciente y familiar debe ser de gran importancia para así reducir el riesgo a un estilo de vida no saludable e innecesario que perjudica al paciente (2).

Sin embargo, el hipertiroidismo está muy relacionado con la hipertensión arterial, la cual es una enfermedad crónica en donde los vasos sanguíneos sufren una tensión constantemente alta, que es producida debido a varios factores dentro de los cuales están genéticos, la edad avanzada, fumar, el sedentarismo, y ciertas enfermedades crónicas como la diabetes y obesidad (2).

En ese contexto, en la provincia de El Oro los datos estadísticos muestran una incidencia del 3%, mientras que la prevalencia en los hombres va del 0.1 al 0.2% y en las mujeres del 1.9 al 2.7% con hipertiroidismo, encontrándose también un limitado control de la Hipertensión Arterial, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2018 la prevalencia de esta última a escala mundial fue de aproximadamente el 40% en pacientes adultos mayores de 25 años, con la mayor prevalencia en África con 46%, mientras que la menor se determinó en Latinoamérica con un 35% (3).

Bajo esta perspectiva, el presente estudio de caso tiene como objetivo diseñar el proceso de atención de enfermería en un paciente con hipertiroidismo e hipertensión arterial mediante la planificación de intervenciones de enfermería con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente y familia según los patrones funcionales de Marjory Gordon que permitirá determinar factores de riesgo y las complicaciones que pueden presentar los pacientes con este tipo de diagnóstico.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del Objeto de Estudio

En el presente estudio de caso se tiene como objeto de estudio al hipertiroidismo, el cual se define como un incremento de la secreción de hormonas específicamente en la glándula tiroides, lo cual induce a tener elevados niveles séricos de hormona tiroidea. Un dato importante para considerar es que tiende a ser muy frecuente y se manifiesta sobre todo en las mujeres adultas. El estudio de caso “Tormenta tiroidea, una emergencia endócrina” (4) señala que se ha evidenciado una fuente de información estadística con una prevalencia que va entre 1.3 al 2% en dependencia de las fuentes bibliográficas indagadas.

Además, el gran nivel de hormona tiroides que llega a tener una persona afectada se manifiesta en un cuadro clínico con gran expresividad. Y resulta importante el estudio de la patología tiroidea debido a que integra un gran abanico de posibilidades, que parten desde procesos benignos hasta cancerígenos, que pueden denotarse en comportamientos variables, independientemente del funcionamiento anómalo o normal de la glándula, lo que vuelve laborioso, y a su vez interesante, su respectivo planteamiento y análisis (5).

En adición a este objeto de estudio se correlaciona la hipertensión arterial, la cual en sí es una patología caracterizada por el aumento de los niveles de presión arterial, generado por muchos factores, siendo esta una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. De hecho, diferentes estudios demuestran que la hipertensión arterial se da con mayor frecuencia en personas mayores de 35 años de edad, no obstante, lo jóvenes no quedan exentos de padecerla, más aún en relación al hipertiroidismo, que en conjunto predisponen un cuadro clínico complicado de salud (6) como tal es la situación de este estudio de caso.

Para terminar de definir y comprender la relación de ambas patologías hay que tener en cuenta lo que determina el estudio “Alteraciones cardiovasculares causadas por hipotiroidismo clínico y subclínico” (7) es decir, que el sistema cardiovascular y la glándula tiroides mantienen una relación netamente fisiológica, en tanto que las patologías de la glándula tiroides afectan de manera significativa al sistema cardiovascular. En ese sentido, se detallan ciertos mecanismos intracelulares y extracelulares de las hormonas tiroideas, los cuales explican aquellos cambios morfológicos y fisiológicos que se dan en el corazón y en las células de músculo liso como el aumento de la presión arterial.

De esta manera, el objeto de estudio se plasma y contextualiza en una paciente de 22 años que ingresa al centro de salud Rayito de Luz presentando síntomas de hipertiroidismo e hipertensión arterial.

1.2 Hechos de interés

A nivel mundial

Generalmente, los trastornos tiroideos son más recurrentes en pacientes con deficiencia de yodo, mientras que los trastornos tiroideos autoinmunes, tales como la tiroiditis de Hashimoto y la enfermedad de Graves, se dan con gran frecuencia en las poblaciones o pacientes con el aporte de yodo suficiente o más que necesario (8). En este punto, se considera que el hipertiroidismo se presenta como una manifestación que afecta aproximadamente al 0.2% de la población mundial (9). En adición, esta patología se suele presentar con mayor frecuencia en las personas adultas. En los niños se ha registrado que mantiene anualmente una prevalencia de 0.1% entre 100000 niños, mientras que en adolescentes el 1% entre 100000 de ellos, además, se ha determinado a nivel mundial un mayor impacto en el género femenino. Por lo tanto, los datos determinan que la prevalencia del hipertiroidismo a escala mundial se difiere entre el 0.3 y el 1% (10).

Así mismo, el hipertiroidismo ha desencadenado según la evidencia científica, complicaciones cardiovasculares como la Hipertensión Arterial, y se asimila que es más frecuente en pacientes con bocio multinodulares. Además, la etnia es un factor que a nivel mundial es muy significativa, porque influye en el riesgo de padecer complicaciones de la enfermedad, por ejemplo, la oftalmopatía de Graves se considera más común en la raza blanca (11). En consecuencia, la hipertensión arterial a nivel mundial en los últimos tres años ha sido diagnosticada en un 40% en los adultos, observándose con mayor impacto en hombres que en mujeres, comprendiendo la edad de 45 a 65 años el porcentaje es casi igual y después de 65 años en adelante el porcentaje de hipertensión arterial es mayor en mujeres que en hombres (12).

A nivel nacional

Se ha referenciado que en Latinoamérica el hipertiroidismo se presenta en 9 de cada 100 000 habitantes de forma anual, afectando en mayor proporción a las mujeres, y aunque no presente una alta mortalidad, resulta imprescindible reconocer que Ecuador, Brasil, Costa Rica y Colombia tienen un mayor impacto en toda la región (13). Mientras tanto, en Ecuador, según lo que ha reportado el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para el 2017, se

determinaron 157 casos de hipertiroidismo, de los cuales, la Enfermedad de Graves (EG) fue la causa más común, seguida por el bocio multinodular tóxico (BMNT) y finalmente el adenoma tóxico (AT) con una incidencia de 6, 24 y 14 % respectivamente. Así mismo, otros datos del INEC en Ecuador en el año 2019 se reportaron egresos hospitalarios por causas de morbilidad con hipertiroidismo de 189 pacientes, de los cuales 35 eran del sexo masculino y 154 eran del sexo femenino, siendo el sexo femenino con más prevalencia (14).

Además, en Ecuador los trastornos tiroideos demuestran una morbilidad de hipertiroidismo e hipotiroidismo cercano al 8% en personas adultas. Mientras que la tasa de prevalencia por hipertiroidismo congénito tiene un 15% en recién nacidos (15). En el caso de la hipertensión arterial la prevalencia es de mayor impacto, puesto que se ha evidenciado gran cantidad de personas prehipertensos con el 49.7% en relación con personas normotensas que rodean el 31.3% (16).

A nivel local

A nivel de la provincia de El Oro, diferentes estudios señalan muchas expectativas, el desarrollado por Merchán Karina (14) ha concluido que, de un grupo de 298 causas de morbilidad, el hipertiroidismo tuvo un 7.1% para el año 2017 y de 5.9% para el 2019 en relación y comparación a las provincias más grandes como Pichincha con el 25.92%, Guayas 14.28%, Loja 8.6% y Azuay 7.4%

1.3 Descripción breve del caso

Al centro de salud “Rayito de Luz” correspondiente al primer nivel de atención acude la paciente de 22 años de edad, de nacionalidad ecuatoriana con diagnóstico de hipertiroidismo + hipertensión arterial, quien reside en la ciudadela 24 de septiembre de la parroquia La Providencia del cantón Machala, provincia de El Oro.

En la valoración pertinente, frente a la anamnesis la paciente refiere hospitalización por menorragia hace 8 años y chequeos por médicos tratantes durante dos años en otra institución de salud. Mientras tanto, en antecedentes familiares se encuentra: padre drogodependiente, abuelos maternos y paternos con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, manteniendo sus controles.

Durante la visita al establecimiento de salud se evidenció la siguiente sintomatología: cefaleas intensas, acompañado de calores súbitos, insomnio, hiperactividad, ansiedad, debilidad muscular, pérdida de peso, desorden alimenticio (hiperfagia), ojos hinchados, temblores,

pérdida del cabello, diarrea, visión borrosa, espinillas, adormecimiento de boca y extremidades inferiores, cambios de humor, delirios, temor a la soledad y bocio incrementado.

Se realiza la toma de signos vitales:

Presión arterial: 140/80 mmHg, frecuencia cardiaca: 105 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 25 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 98%, temperatura: 37.0°C, peso: 70.4 libras, talla: 144 centímetros.

Médico tratante sospecha de una posible hipertrofia ventricular izquierda, mientras prescribe losartan 50 mg cada día por 30 días, tiamazol 5 mg cada 8 horas, y propanolol 40mg cada día por 30 días, dietas balanceadas, actividades por 30 minutos al día e inclusión para chequeos por médico familiar.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

- Diseñar el proceso de atención de enfermería en paciente con diagnóstico de hipertiroidismo e hipertensión arterial, mediante la planificación de intervenciones de enfermería con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente y familia según los patrones funcionales de Marjory Gordon.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Estudiar el caso clínico de paciente con diagnóstico de hipertiroidismo más hipertensión arterial mediante la revisión de la historia clínica y fuentes bibliográficas.
- Determinar factores de riesgo y las complicaciones que pueden presentar los pacientes con este tipo de diagnóstico.
- Describir cada una de las intervenciones de enfermería a cumplirse en un paciente con hipertiroidismo e hipertensión arterial aplicando la taxonomía Nanda-Nic-Noc.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO

2.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

2.1.1 HIPERTIROIDISMO

En el hipotiroidismo se pueden encontrar anormalidades de diferente naturaleza, de manera más recurrente se habla del primario, cuya afección se localiza en la glándula denominada tiroides y sucede cuando la hormona estimulante (TSH) se encuentra en altos niveles, con niveles bajos de tiroxina libre (T4). De manera menos frecuente se encuentra el hipotiroidismo central, cuya denominación varía según el lugar donde este localizado, en este caso secundario sí la afección se localiza en la hipófisis o terciario sí lo localizamos en el hipotálamo, el rango de dominancia del hipotiroidismo en habitantes fluctúa entre el 1,7 y el 13,7%, esto con las variaciones sistemáticas del lugar estudiado y las distintas valoraciones de estudio según el caso (14).

2.1.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para realizar una evaluación a la historia de la hipertensión arterial, es necesario considerar la evolución de la enfermedad que no es tratada adecuadamente, aunque esto ya no se considera ético por los diversos ensayos clínicos preexistentes en donde ya se describe el daño cardiovascular temprano que causa la hipertensión arterial y como esta se puede expresarse clínicamente. Cuando la hipertensión arterial no es tratada, los diferentes factores ambientales y hereditarios constituyen condicionantes en la fase de prehipertensión, conllevando a una perturbación de carácter repetitivo de la homeostasis cardiovascular, en el período de hipertensión precoz se constituye el inicio de una elevación de la presión, si se retorna a la adopción de un cambio en el estilo de vida de un individuo es posible regresar a un estado de presión arterial normal o normotensión, no obstante, la mayoría de casos avanzan a una fase de complicación denominada hipertensión sostenida, misma que al mantenerse puede llegar a causar daños, lesiones o enfermedades de órgano blando (17).

2.2 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA

A pesar de que los estudios médicos determinan que el hipotiroidismo se desarrolla en el transcurso de algunos meses, también se ha comprobado que puede presentarse de manera súbita, los ejemplos que se pueden brindar para explicar esto es cuando existe inducción por amiodarona o por estar expuesto a yodo contenido en medios radiológicos, o en algunos casos completar su desarrollo como nódulo tiroideo autónomo, bocio multinodular tóxico, tener

condición transitoria, remitir de manera espontánea como la tiroiditis subaguda o posparto o como la enfermedad de Graves-Basedow (EGB), alternar con periodos de remisión (18).

Se ha logrado identificar gracias a la historia que esta enfermedad también puede presentarse no solo como una afección directa, sino como una complicación producida por la terapia recibida para la recuperación del sistema inmune, esto de manera especial con los pacientes con esclerosis múltiple que son tratados con alemtuzumab, pacientes que contraen VIH y reciben terapia antirretroviral activa o también luego de la realización del trasplante de médula ósea o de células madre hematopoyéticas. Las múltiples causas que producen hipertiroidismo pueden cohabitar entre sí, dado es el caso de la presencia de nódulo tiroideo autónomo en un paciente con detección de EGB, este puede transcurrir de manera atípica y sin necesidad de fases de remisión (18).

Esto supone varios criterios médicos sobre cómo funciona o se desarrolla el hipertiroidismo. De la misma manera, en el hipertiroidismo, la hipertensión es un síntoma frecuente, principalmente la hipertensión sistólica, cuyo origen se debe al aumento del gasto cardíaco y disminución de las resistencias periféricas y aumento de las catecolaminas. La evidencia científica ha permitido establecer que las hormonas tiroideas tienen un efecto directo sobre el sistema cardiovascular. De hecho, estudios recientes han relacionado alteraciones en estas glándulas, hipotiroidismo o hipertiroidismo, con un mayor riesgo de arritmias cardíacas y muerte cardiovascular debido a supuestos clínicos. Teniendo en cuenta la presencia de receptores de hormona tiroidea (HT) en el músculo cardíaco y el tejido vascular, pequeños cambios en las concentraciones de TH pueden afectar la fisiología cardiovascular (19).

2.3 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1 HIPERTIROIDISMO

2.3.1.1 Definición

Cuando la glándula tiroides secreta mucha cantidad de hormona tiroxina se conoce como hipertiroidismo, el mismo que puede acelerar el metabolismo del cuerpo, causando problemas de salud como pérdida de peso involuntaria y latidos cada vez más rápidos o arritmias. A su vez, puede clasificarse con relación a la captación tiroidea de yodo radioactivo y presencia de estimuladores de la tiroides (16).

2.3.1.2 Fisiopatología

Cuando se desarrolla el hipertiroidismo, la concentración de Triyodotironina (T3) en sangre suele incrementar en mayor grado en comparación con la Tetrayodotironina (T4), lo que sucede

debido a la mayor secreción de T3 y a la conversión que sufre la T4 hacia T3. En algunos casos solo incrementa la concentración de T3. La toxicosis causada por T3 puede tener un desarrollo en cualquier cuadro de trastorno presentado en los que habitualmente provocan hipertiroidismo, esto inclusive en la enfermedad de Graves, el bocio multinodular y el nódulo tiroideo solitario, si esta no se trata, el paciente es proclive a desarrollar alteraciones en las pruebas de laboratorio. Las diferentes formas de tiroiditis suelen conllevarse junto a una fase hipertiroidica, que en relación simultánea da paso a una fase hipotiroidea (20).

2.3.1.3 Factores de riesgo

Las patologías a nivel de la tiroides son ocho veces más comunes en mujeres que en hombres, y se exacerban con la menopausia. Varios autores reportaron un predominio de incidencia entre las edades de 40 y 50 años, pero todos coincidieron en una mayor participación de las mujeres. Asimismo, se encontraron altos niveles de TSH producida por la glándula pituitaria en pacientes caucásicos, lo que hace que la glándula tiroides libere más hormona propia en el torrente sanguíneo de estos pacientes (21).

Con respecto a los fumadores, es muy probable que alguna de las sustancias dañinas que contiene el tabaco pueda causar el aumento de síntesis de las hormonas tiroideas, o que, en consecuencia, el sistema inmune se vea afectado por alteraciones del tabaco que favorezcan el desarrollo de enfermedades tiroideas. Respecto al estrés, se ha comprobado que el sistema endocrino resulta sensible al estrés físico y emocional, y cuando resultan intensos durante grandes lapsos de tiempo, pueda también provocar alteraciones como el hipertiroidismo, por lo que se recomienda la práctica de técnicas de relajación o de actividades que puedan mantener al individuo en estado de tranquilidad (22).

Los pacientes con antecedentes familiares de enfermedad tiroidea conllevan un mayor riesgo de desarrollar una afección o enfermedad auto inmunitaria de la glándula tiroides. La genética es responsable mayoritariamente del desarrollo de esta enfermedad, sin embargo, también podría ser provocada por la exposición de zonas como el cuello y cabeza en casos como el tratamiento de cáncer en estas zonas, o una exposición ambiental accidental, aumentando mucho más el riesgo de padecer en algún momento dicha enfermedad (22).

2.3.1.4 Manifestaciones clínicas

En las manifestaciones clínicas del hipertiroidismo se consideran muy frecuentes la diarrea, nerviosismo, hipersudoración, intolerancia al calor, temblor, las cuales pueden o no presentarse en los individuos de mayor edad. Se ha determinado una forma particular de presentación en

el adulto mayor, el denominado hipertiroidismo apático, en el cual predominan la apatía, la extenuación y la depresión, lo cual puede hacer que el diagnóstico se pase por elevado si no se tiene presente este cuadro clínico. En otros casos, los indicios que prevalecen son la pérdida de peso, las manifestaciones cardiovasculares, gastrointestinales o neurológicas. Mientras tanto, la ausencia de bocio se da generalmente en pacientes adolescentes (23).

En adición, las manifestaciones cardiovasculares más comunes son la fibrilación auricular y la taquicardia supraventricular. El exceso de hormona tiroidea es causante del incremento de la demanda de oxígeno por parte del miocardio, esto puede conllevar una angina de pecho, empeorando una cardiopatía isquémica previa o una insuficiencia cardiaca (23).

2.3.1.5 Diagnóstico

El hipertiroidismo se diagnostica mediante los siguientes procedimientos:

Historial médico y examen físico: Corresponde a una exploración física donde el médico en cuestión pondrá énfasis en detectar temblor en los dedos en estado de relajación, reflejos hiperactivos, cambios y temperaturas de los ojos, piel seca, de la misma manera se encargará de examinar la glándula tiroides al tragar para constatar si está aumentado su tamaño, tiene irregularidades o se encuentra blanda y realizara un control de pulso para ver si se encuentra estable o irregular.

Un análisis de sangre con el fin de medir los niveles de tiroxina y la hormona estimuladora de la tiroides (TSH) pueden contribuir a confirmar el diagnóstico dado. Los niveles altos de tiroxina y pocos o inexistentes cantidades de TSH son indicativos de una tiroides hiperactiva. La TSH es de importancia precisamente porque es la hormona encargada de dar la señal a la tiroides para que esta produzca más tiroxina (24)

Si los análisis de sangre indican hipertiroidismo, se procede a uno de los siguientes estudios para ayudar a determinar por qué la tiroides es hiperactiva.

- Prueba de captación de yodo radiactivo: para esta prueba, tomará pequeñas dosis de yodo radiactivo por vía oral para ver cuánto se acumula en la tiroides. Se realizará un control posterior a cuatro, seis o 24 horas más tarde y también puede considerarse tres periodos después para verificar cuánto yodo ha absorbido la tiroides. La alta absorción de yodo indica que la tiroides está secretando demasiada tiroxina.
- Gammagrafía de tiroides: Durante el escaneo, se inyectará un isótopo radiactivo en una vena en el costado del codo. Posteriormente se ubica al paciente en una plataforma horizontal con la cabeza inclinada hacia atrás y a su vez una cámara específica genera

imágenes de la glándula tiroides en una computadora. Esta prueba se va a encargar de indicar cómo se acumula el yodo en la glándula tiroides (24).

2.3.1.6 Tratamiento

Existen varios tratamientos para el hipertiroidismo. El mejor enfoque depende de la edad del paciente, la condición física, la causa de base del hipertiroidismo, preferencias personales y la gravedad de la afección. Los posibles tratamientos incluyen los siguientes:

Yodo radioactivo, si es consumido mediante vía oral, este se absorbe en la glándula tiroides, generando una reducción de dicha glándula y desaparición de síntomas, mismos que desaparecen en cuestión de meses. Este tratamiento puede provocar que la actividad de la tiroides baje suficientemente como para considerarse inactiva, posiblemente se tenga que tomar un medicamento diario que suplante la tiroxina (25).

Medicamentos antitiroideos, estos reducen de forma atenuada los síntomas del hipertiroidismo, como medio de prevención para que la glándula tiroides produzca cantidades excedentes de hormonas. Estos incluyen metimazol y propiltiouracilo. Los síntomas en concordancia proceden a mejorar dentro de semanas o meses, pero el tratamiento con medicamentos en cuestión suele continuar durante un lapso de un año y en algunos casos extendiendo más el tiempo (25).

Betabloqueadores, generalmente medicamentos usados para tratamiento de presión arterial alta no alteran los niveles de la tiroides, capaces de aliviar síntomas del hipertiroidismo como el temblor y taquicardia. Como recomendación general, estos medicamentos no son factibles para personas con asma, los efectos secundarios pueden contraer fatiga y disfunción sexual (26).

Se práctica cirugía en caso de embarazo, en caso de no poder ingerir medicaciones antitiroideas, o yodo radiactivo (26).

2.3.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.3.2.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la hipertensión arterial (HTA) se define como un trastorno que causa presiones arteriales de manera persistentes, iguales o superiores a los 140/90 mmHg. Hay una interacción lineal y continua en medio de las cifras de presión arterial, los eventos cardiovasculares y afecciones renales. Los valores para conceptualizar hipertensión arterial se fundamentan en el grado de presión arterial en el que las ventajas de su manejo superan indiscutiblemente los peligros de este. De hecho, en los últimos años se han

inspeccionado dichos valores, y se recomienda reservar la definición de hipertensión arterial para esos valores obtenidos en la práctica clínica en presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg (27).

2.3.2.2 Fisiopatología

Endotelinas

Las endotelinas (ETs) se reconocen como factores vasoconstrictores muy intensos, alrededor de diez a cien veces más potentes que la angiotensina II. En la actualidad se conoce que se trata de un sistema meramente complejo: pre-proendotelina o ET1. A nivel donde se encuentra la proendotelina actúa una enzima convertidora de la endotelina (ECE), constituyéndose ET1, pero de la misma manera, pero en menor cantidad la ET2 Y ET3. Sin embargo, solo la ET1 parece tener acción vasoconstrictora a nivel sistémico, ejerciendo varias acciones: sobre el tono vascular, la excreción de sodio y agua (28).

El Sistema Renina - Angiotensina - Aldosterona (SRAA)

Se refiere a un sistema de suma complejidad, que contempla una serie de proteínas y 4 angiotensinas, con acciones propias y especificadas. Además de las acciones propiamente vasculares el SRAA, impele estrés oxidativo a nivel de los tejidos, produciendo cambios tanto funcionales como estructurales, de manera especial la disfunción endotelial, la cual modera la patología hipertensiva. Por parte de la angiotensina II se encuentran las acciones: contracción del músculo liso vascular arterial y venoso, potenciación de la síntesis y secreción de aldosterona, liberación de noradrenalina, control en el transporte de sodio (Na), incremento del estrés oxidativo por activación de oxidasas NADH y NADPH dependientes, potenciación de la vasopresina (29).

2.3.2.3 Factores de riesgo

Factores de riesgo no modificables: se considera a aquellos que se relacionan con las condiciones propias de las personas, tales como:

- Antecedentes familiares: un padre o incluso un hermano gemelo con la enfermedad aumenta el riesgo de la enfermedad en un 20%.
- Por otro lado, las personas mayores tienen 5,49 veces más probabilidades de padecer hipertensión arterial que las personas más jóvenes.
- Otro factor importante es el género, con mayor prevalencia en hombres 37,8% y 32,1% en mujeres.

- Etnia: se ha demostrado una clara evidencia de un mayor riesgo de padecer hipertensión arterial para la población negra, independientemente de su edad, tomando de referencia la literatura estadounidense, existe una prevalencia mayor en la población de color, cuando se le compara con su contraparte blanca no hispánica, 74% versus 63%.
- Por último, pero no de menos relevancia las comorbilidades, mismas que evidencian la presencia de antecedentes personales o parentescos de otras comorbilidades crónicas, estas pueden ser diabetes, esto podrían ser agravantes para el aumento de probabilidad de riesgo de padecer hipertensión arterial (30).

Factores de riesgo modificables: Estos factores se relacionan directamente con las conductas y estilo de vida de las personas.

- Consumo de alcohol y tabaco: El tabaquismo tiene sus propiedades ateroscleróticas intrínsecas, sin embargo, se potencia como factor de riesgo cuando se mezcla con otros factores como el alcoholismo, que provoca cambios histopatológicos en hígado y riñones, repercutiendo en la presión arterial.
- Consumo de drogas como la cocaína: durante muchos años, el consumo de cafeína se ha relacionado positiva y directamente con un mayor riesgo de hipertensión arterial.
- La obesidad aumenta el riesgo de esta enfermedad, de hecho, se considera que una relación cintura-cadera superior a 0,85 en mujeres y superior a 0,95 en hombres presenta riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Sedentarismo: la poca realización de actividad física conlleva a una condición en la persona que no corresponde a una vida sana, se relaciona a un estado pro inflamatorio, con el incremento de los marcadores de resistencia a la insulina e inflamación, siendo estos la base principal de la aterosclerosis temprana (31).

2.3.2.4 Manifestaciones clínicas

La hipertensión arterial consiste en una patología que puede ser silenciosa, ya que es un trastorno crónico con características asintomáticas, que silenciosamente causa daño al corazón, sangre, riñón y cerebro, hasta que se detecta o trata. Uno de los síntomas más comunes es la cefalea, observado especialmente en la hipertensión arterial severa y localizado en la región occipital; el paciente se despierta con un dolor de cabeza que desaparece después de varias horas. Otras manifestaciones pueden ser: mareos, palpitaciones y fatiga (32).

En ciertos casos también es posible detectar anomalías en la retina, como hemorragia, arteriolas estrechas e incluso papiledema. Cabe señalar que los pacientes hipertensos pueden estar

asintomáticos y estar así mucho tiempo, sin embargo, la aparición de síntomas y signos específicos indican daño vascular y las manifestaciones clínicas dependen de los sistemas que reciben el suministro de sangre a través de los vasos afectados (32).

2.3.2.5 Diagnóstico

Generalmente, el diagnóstico de hipertensión arterial se basa en la respectiva medición mediante un esfigmomanómetro en la atención clínica. En base a esa medición, se considera a un paciente como hipertenso cuando presenta repetidamente cifras mayores o iguales a 140/90 mmHg (33).

Monitoreo ambulatorio: esta prueba de monitoreo de presión arterial de 24 horas se usa para confirmar que tiene presión arterial alta. Se usa para medir la presión arterial según intervalos regulares durante un período de 24 horas y permite una imagen más precisa de los cambios en la presión arterial durante un día y una noche promedio.

Análisis de laboratorio: se puede realizar un análisis de orina y de sangre, incluida una prueba de colesterol.

Electrocardiograma: se trata de un examen rápido e indoloro donde se observa y mide la actividad eléctrica del corazón.

Ecocardiograma: En función de los signos y síntomas y de los resultados de las pruebas, se puede solicitar un ecocardiograma para verificar si hay más signos de anomalías cardíacas (34).

2.3.2.6 Tratamiento

Manejo no farmacológico de la hipertensión arterial: la evidencia científica más reciente determinar que dejar de fumar, controlar el peso adecuado, realizar actividad física y disminuir la ingesta de alcohol, reduce los valores de la presión arterial, reduciendo también el riesgo cardiovascular (35).

Por su parte, La Sociedad Británica de Hipertensión recomienda:

- Controlar el peso.
- Disminuir el consumo de sal a menos de 100 mmol/día.
- Reducir de forma significativa el consumo de alcohol en menos de 3 unidades/día en los hombres y a menos de 2 en las mujeres.
- Practicar actividad física aeróbica al menos 3 días a la semana.
- Establecer una ingesta de 5 porciones diarias en cuanto a frutas y vegetales

- Disminuir el consumo de grasa total y saturada (35).

Opciones terapéuticas farmacológicas:

Generalmente, hay un consenso bastante evidente entre las guías clínicas en cuanto al tratamiento, puesto que en el farmacológico establecen que se debe empezar la prescripción cuando la presión sistólica fluctúe ente 140 y 150 mmHg. En este sentido, se encuentran tres clases de fármacos considerados como primera línea: los diuréticos tiazídicos, bloqueadores de calcio de larga acción, de manera especial dihidropiridinas, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y aquellos antagonistas de los receptores de angiotensina II (36).

CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada

El presente estudio de caso como parte de la investigación tiene un enfoque cualitativo, debido a que busca el análisis en base a un caso real a través de la revisión de la historia clínica. En base a esto, es de tipo descriptivo, porque precisamente permite describir la situación real y actual del paciente, y utiliza el método observacional, desde donde se puede evidenciar la evolución del paciente como objeto de este análisis.

A su vez, se utilizan otros métodos afines al estudio de caso real, estos son:

Método clínico: consiste precisamente en la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad, el cual orienta a la práctica clínica, conocer, valorar y transformar el proceso, de tal manera que implique al paciente e incluye los conocimientos y evidencia científica.

Método analítico: este método se basa en el conocimiento general de la realidad del paciente en todo su contexto, de manera que permite la clasificación de los elementos esenciales para obtener conclusiones del caso.

Método deductivo: por su parte, brinda la posibilidad de determinar especificaciones y peculiaridades de la situación del paciente desde lo más general a lo específico con relación a la enfermedad y la evolución. Precisamente, a través de la deducción finalmente se obtienen conclusiones particulares que responden a objetivos planteados en un inicio.

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación

Para el proceso de recolección de datos se ha considerado la búsqueda de artículos científicos en base de datos en función de la evidencia con aspectos confiables como el año de publicación de los artículos desde 2018- 2022. A ello se suma la revisión de la historia clínica del paciente, así como también las entrevistas de este, con el debido permiso y consentimiento informado del paciente.

Se utiliza:

- Consentimiento informado
- Historia Clínica única
- Ficha observacional
- Fuente bibliográfica
- Entrevista

3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos

Historia clínica: consiste en el documento ético y legal para la recolección de información necesaria en cuanto a la historia, situación y evolución clínica de la paciente.

Anamnesis: esta se considera la primera fase para la construcción de la historia clínica, en su desarrollo, permite obtener datos objetivos y subjetivos mediante el interrogatorio.

Antecedentes patológicos personales: estos dan la posibilidad de identificar procesos patológicos anteriores que puedan influir en su estado o enfermedad actual, como alegrías o procedimientos quirúrgicos.

Antecedentes familiares: es un punto importante dentro de la historia clínica porque brinda información sobre las enfermedades padecidas en su familia permitiendo colaborar con el diagnóstico del paciente.

Signos y síntomas: finalmente, se trata de los datos objetivos y subjetivos del paciente, los mismo que permiten obtener un diagnóstico y control en la evolución de la enfermedad.

Examen físico

- **Piel:** se presenta piel seca y deshidratada.
- **Cabeza:** normocefálica, sin alteración importante
- **Facies:** semipálidas
- **Ojos:** Ojos grande con párpados superiores levemente levantados
- **Mucosas orales:** húmedas
- **Cuello:** bocio aumentado
- **Tórax:** Simétrico, campos pulmonares ventilados, se valoran ruidos cardiacos rítmicos y audibles.
- **Abdomen:** se presenta blando y depresible, no doloroso a la palpación
- **Región genitourinaria:** Genitales normoconfigurados, sin alteración importante.
- **Extremidades:** tono muscular disminuido, sin presencia de edema.

Enfermedad actual: es la enfermedad identificada en el paciente de acuerdo con los signos y síntomas referidos inicialmente. Se trata de Hipertiroidismo más hipertensión arterial.

Evolución clínica: consiste en el registro detallado sobre el progreso del paciente durante su estancia hospitalaria.

Exámenes laboratorio: conjuntamente con la historia clínica y el examen físico permite confirmar el diagnóstico.

BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Leucocitos	5.60	k/uL	4.50 – 10.00
Neutrófilos	2.73	k/uL	2.00 – 7.00
Linfocitos	2.15	k/uL	1.50 – 4.50
Monocitos	0.56	k/uL	0.10 – 1.00
Eosinófilos	0.12	k/uL	0.05 – 0.50
Basófilos	0.02	k/uL	0.00 – 0.20
Neutrofilos	48.9	%	40.0 – 60.0
Linfocitos	38.5	%	20.0 – 40.0
Monocitos	10.1	%	2.0 – 8.0
Eosinófilos	2.1	%	0.0 – 4.0
Basófilos	0.4	%	0.0 – 1.0
Recuento de glóbulos rojos	4.47	M/uL	3.93 – 5.22
Hemoglobina	10.8	g/dL	
Hematocrito	33.6	%	34.1 – 44.9
Volumen corpuscular medio	75.0	fL	79.4 – 94.8
Concentración media hemoglobina	24.2	pg	25.6 – 32.2
Concentración corpuscular media hemoglobina	32.3	g/dL	32.2 – 35.5
Ancho de distribución de G.R C.V	12.8	%	11.6 – 14.4
Plaquetas	259.000	K/uL	150.00 – 450.000
Volumen medio plaquetario	9.1	fL	

Fuente: Historia clínica del paciente

Autores: Autoría propia

QUÍMICA SANGUÍNEA			
Glucosa	82.5	mg/dl	70.0 – 110.0
Urea	18.92	mg/dl	10.00 – 50.00
Nitrógeno ureico en suero (BUN)	9	mg/dl	4 – 22
Creatinina en suero	0.56	mg/dl	0.55 – 1.02
Colesterol total en suero	92	mg/dl	10 – 200
Triglicéridos	75	mg/dl	10 – 150
Ácido ureico en suero	4.2	mg/dl	2.3 6.1
Colesterol HDL	36.34	mg/dl	45.00 – 100.00
Colesterol LDL	40.66	mg/dl	50.00 – 160.00

Fuente: Historia clínica del paciente

Autores: Autoría propia

HORMONAL			
TSH (Hormona tiroestimulante)	<0.004	uIU/mL	0.40 – 4.00
FT3 Técnica: Quimioluminiscencia	21.00	pg/ml	1.80 – 4.20
FT4 Técnica: Quimioluminiscencia	>6.00	ng/dl	0.89 – 1.76

Fuente: Historia clínica del paciente

Autores: Autoría propia

URIANÁLISIS		
ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA		
Color	Amarillo	
Aspecto	Ligeramente turbio	
Densidad	1020	
pH	6.5	
Leucocitos en orina	Negativo	/UL
Nitritos	Negativo	

Proteínas	Negativo	Mg/dl
Glucosa en orina	Negativo	Mg/dl
Cetonas	Negativo	
Urobilinógeno	Normal	mg/dl
Bilirrubinas	Negativo	
Hemoglobina	Negativo	/UI
Hematíes	Negativo	Negativo
Piocitos	0-2	/campo
Bacterias	Escasas	/campo

Fuente: Historia clínica del paciente

Autores: Autoría propia

Tratamiento: es un conjunto de intervenciones farmacológicas y quirúrgicas que tiene como finalidad el alivio o curación del paciente.

Pronóstico: es la probabilidad de que ocurran determinados eventos durante la evolución de la enfermedad en términos estadísticos.

Proceso de atención de enfermería: es la aplicación del método científico a la práctica enfermera que permite la ejecución de actividades de forma ordenada y sistemática.

3.3.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE MARJORY GORDON

Marjory Gordon es una de las teóricas más importantes en enfermería, a través de los patrones funcionales establece una serie de comportamientos que necesitan ser controlados y equilibrados, estos de hecho, son comunes a todos los pacientes, contribuyendo al mejoramiento de su salud, la búsqueda de la calidad de vida y el potencial humano. Estos patrones se desarrollan de forma secuencial a través del tiempo y brindan una base clínica esencial para la respectiva valoración independientemente de la edad, nivel de cuidados o enfermedad (37).

En base a la valoración de los patrones funcionales se puede obtener datos físicos, sociales, psíquicos y de entorno muy importantes y relevantes de cada paciente, de manera ordenada,

por lo que es más fácil y oportuno el análisis de estos. Esta valoración se realiza a través de la recolección de datos objetivos, subjetivos, revisión de historia clínica o informes de las atenciones. De esta manera, los 11 patrones funcionales se basan en la división artificial y articulada del funcionamiento humano integrado, por lo tanto, no deben ser comprendidos de manera aislada (37).

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud

La paciente se encuentra consciente, orientada en tiempo y espacio, refiere que desde hace un mes ha tenido un mejoramiento en su estado anímico, pero que suele recaer, además, refiere que no consume ningún tipo de droga, pero sí alcohol de forma ocasional.

Patrón 2: Nutricional-metabólico

Refiere que ingiere líquidos, 3 vasos de agua al día. No presenta alergias alimenticias pero su patrón alimenticio varía entre dos a tres veces al día. Mientras que sus medidas antropométricas son: 32 kg, talla 144 cm e índice de masa corporal de 15.2 kg/m, demostrando un bajo peso que pone en riesgo su salud.

Patrón 3: Eliminación

Se evidencia orina normal sin infecciones. Al realizar las deposiciones no presenta melenas. Tiene un buen tránsito intestinal, sus heces se presenta con consistencia pastosa y realiza de 1 a 2 deposiciones en el día.

Patrón 4: Actividad-ejercicio

Realiza ejercicio físico dos veces a la semana y no presenta dificultad para deambular. Se evidencia taquicardia que se exagera con episodios de ansiedad, que en el último mes ha ido de 100 a 125.

Patrón 5: Sueño-descanso

Presenta fatiga, insomnio en un promedio de 3 veces a la semana, pero no tiene dependencia de fármacos para conciliar el sueño. No duerme durante el día.

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo

No presenta discapacidades auditivas ni visuales diagnosticadas, pero refiere que se le nubla la vista con frecuencia y presenta dolor en párpados lo que le genera frecuentemente episodios de angustia.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto

Se considera una persona amable, honesta, honrada, predispuesta a ayudar a su familia y amigos. Presenta insomnio, temor a la soledad, ansiedad, episodio depresivos y trastorno de la imagen corporal.

Patrón 8: Rol – relaciones

Vive con su abuela y una prima y manifiesta no tener problemas familiares y sociales.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción

Es sexualmente activa y refiere que solo su pareja usa protección con preservativo.

Patrón 10: Adaptación y tolerancia al estrés

Paciente refiere que a veces se siente cansada por el trabajo que realiza e incluso cuadros de ansiedad por la presión de este.

Patrón 11: Valores-creencias

Refiere que es de religión católica.

Una vez realizada la valoración, se emitirán los Diagnósticos de Enfermería relacionados, establecerán los criterios de resultado y detallarán los cuidados específicos para la enfermedad crónica/rara en cuestión. Al tratarse de enfermedades muy heterogéneas en su etiología clínica, tratamientos y evolución, se debe ser muy preciso y minucioso en la valoración, para diseñar un plan de cuidados individualizado y ajustado a las necesidades del momento, además de proceder a continuas evaluaciones y revaloraciones.

3.3.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NIVEL CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
1			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO 2: Nutrición CLASE 1: INGESTIÓN CÓDIGO DE DX: 00002 Nutrición desequilibrada: menos que los requisitos corporales			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
Definición: Se refiere al suministro insuficiente de nutrientes, por lo cual no se satisfacen las necesidades metabólicas para el correcto funcionamiento del organismo humano. R/C: Ingesta insuficiente de alimentos, síntomas depresivos. M/P: peso corporal por debajo del rango del peso ideal para la edad y el sexo.			Dominio 2: Salud fisiológica Clase I: Regulación metabólica [1006] Peso: masa corporal	[100601] peso	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal	Mantener a 2	Aumentar a 4
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)							
CLASE: D Apoyo Nutricional		CAMPO: Fisiológico: Básico		CLASE: D Apoyo nutricional		CAMPO: Fisiológico: básico	
<u>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE:</u> [1100] Manejo de la nutrición ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Identificar el estado nutricional que mantiene el paciente, así como su capacidad para suplir las necesidades nutricionales del cuerpo humano. Educar al paciente en cuanto a las necesidades nutricionales. Determinar el tipo de ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional Determinar un plan de alimentos diarios bajo una dieta equilibrada, pero considerando grasas y calorías bajas. 				<u>INTERVENCIÓN DEPENDIENTE:</u> [1160] Monitorización nutricional ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Gestionar una valoración integral sobre el progreso de las metas de cambio dietético con intervalos regulares y los debidos esfuerzos conllevados. Valorar si es necesario la implementación de suplementos nutricionales importantes. Llevar un control del peso para estimar un IMC adecuado. Realizar una evaluación continuada y periódica para identificar la necesidad de la derivación a otro profesional. Iniciar el tratamiento o derivar al paciente, según proceda. 			

NIVEL CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA																							
1			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)																							
DOMINIO 4: Actividad/descanso CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares CÓDIGO DE DX: 00299 Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad			<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESULTADO(S)</th> <th>INDICADOR (ES)</th> <th>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</th> <th colspan="2">PUNTUACIÓN DIANA</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <th>Mantener a</th> <th>Aumentar a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dominio I: Salud funcional</td> <td>[518] facilidad para realizar actividades de la vida diaria</td> <td>1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Clase A: Mantenimiento de la energía</td> <td>[0005] Tolerancia de la actividad</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA					Mantener a	Aumentar a	Dominio I: Salud funcional	[518] facilidad para realizar actividades de la vida diaria	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2	3	Clase A: Mantenimiento de la energía	[0005] Tolerancia de la actividad			
RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA																							
			Mantener a	Aumentar a																						
Dominio I: Salud funcional	[518] facilidad para realizar actividades de la vida diaria	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2	3																						
Clase A: Mantenimiento de la energía	[0005] Tolerancia de la actividad																									
Definición: Se define básicamente como una situación en la cual existe el riesgo de que el nivel de energía psicológica o fisiológica de la paciente no sea suficiente para realizar las actividades diarias necesarias. R/C: Estado nutricional, fatiga, IMC bajo.			CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)																							
CLASE: A Control de actividad y ejercicio		CAMPO: Fisiológico: Básico		CLASE: D Apoyo nutricional		CAMPO: Fisiológico: básico																				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: [0180] Manejo de la energía				INTERVENCIÓN DEPENDIENTE: [1120] Terapia Nutricional																						
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Determinar la deficiencia del estado fisiológico de la paciente que provocan fatiga. Educar al paciente y familiares sobre la fatiga, los síntomas frecuentes y las recurrencias constantes. Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para potenciar la resistencia Ayudar al paciente a priorizar las actividades para los niveles de energía. 				ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Determinar, en colaboración con el dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias nutricionales. Controlar los valores de laboratorio, según corresponda. Instruir al paciente y a la familia sobre la dieta prescrita. Remitir al paciente para recibir educación y planificación de la dieta, si es necesario. 																						

NIVEL <i>CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</i>	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
1			<i>CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</i>				
DOMINIO 6: Auto percepción - Autoconcepto CLASE 2: Autoestima CÓDIGO DE Dx: 00120 bajo autoestima situacional			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
Definición: Cambiar de percepción positiva a negativa de autoestima, autoaceptación, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual. R/C: trastorno de la imagen corporal, temor al rechazo M/P: insomnio, síntomas depresivos, soledad			Dominio III: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico [1205] Autoestima	[120508] Cumplimiento de los roles significativos personales	Siempre demostrado Frecuentemente demostrado A veces demostrado Raramente demostrado Nunca demostrado	Mantener a 2 Aumentar a 5	
<i>CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)</i>							
CLASE:	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	CAMPO:	Conductual	CLASE:	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	CAMPO:	Conductual
<i>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE:</i> [5270] Apoyo emocional <i>ACTIVIDADES</i> <ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de su enfermedad. No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado Remitir a servicios de psicología, si se precisa. 				<i>INTERVENCIÓN DEPENDIENTE:</i> [5240] Asesoramiento <i>ACTIVIDADES</i> <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar información objetiva según lo necesario Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes, y reforzarlos Reforzar nuevas habilidades Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentra bajo mucho estrés o preocupación. Instruir al paciente sobre las salidas constructivas al sentimiento de soledad o depresión. Instruir al paciente con técnicas de relajación que ayuden con el insomnio. 			

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

En una investigación basada en un estudio de caso realizado por Pueyo Verónica (38) realizado en España, por enfermedad tiroidea, se realizó una valoración e implementación de cuidados con relación a la teoría de Marjory Gordon, en donde identificaron según el patrón funcional autopercepción episodios de angustia que generan ansiedad para lo cual se planifica actividades. En concordancia, en nuestro estudio de caso se identificó episodios de angustia y ansiedad en la paciente basándonos en los patrones funcionales de Marjory Gordon, precisamente en el patrón autopercepción- autoconcepto, en cuanto a ello se planificó las actividades necesarias para el cuidado directo, siendo importante considerar al hipertiroidismo como una enfermedad que puede afectar a todas las esferas de los pacientes.

En otro estudio realizado en Loja, Ecuador por Gordillo Angélica y Mogrovejo David (19) se determinó que la enfermedad tiroidea, específicamente hipertiroidismo, tiende a hacer más frecuente en el sexo femenino. Además, se evidenció que la prevalencia de hipertiroidismo o hipotiroidismo está influenciada por los riesgos y factores cardiovasculares como la hipertensión arterial, de hecho, el riesgo cardiovascular para las pacientes prevaleció en el 93,33%, dato que demuestra la gran prevalencia e impacto de esta enfermedad. Estos datos a su vez se corroboran con nuestro estudio de caso, debido a que la paciente es de sexo femenino, y además presenta un riesgo cardiovascular desarrollado a partir del hipertiroidismo como lo es la hipertensión arterial, la cual es la comorbilidad de la paciente y objeto de este estudio.

Finalmente, en otras de las investigaciones desarrolladas en España por Bueno Carlota (39) se señala que la enfermedad de hipertiroidismo puede presentar síntomas típicos como el nerviosismo, ansiedad, intolerancia al calor, pero los más comunes son el aumento de tamaño de la glándula tiroidea y la afección ocular, que genera visión borrosa. Así mismo, en nuestro estudio de caso, estos datos son muy evidentes, ya que en la valoración de la paciente se identificó la afectación ocular, el nerviosismo y la ansiedad muy desarrollada, razón suficiente para constatar la situación clínica de la paciente, lo cual asume la importancia del presente estudio.

4.2 CONCLUSIONES

Se ha determinado que el hipertiroidismo es una enfermedad que puede afectar de manera significativa a los pacientes, siendo más frecuente en el sexo femenino. Esta se caracteriza por la elevación de las hormonas tiroideas y que en el paciente se refleja por diferentes características, las cuales se evidencian en el análisis de este caso: nerviosismo, intolerancia al calor, afectación ocular, incremento del tamaño de la tiroides. Así mismo, la hipertensión arterial es una

comorbilidad que se puede desarrollar como un riesgo cardiovascular de manera muy prevalente, siendo importante la valoración oportuna y de calidad por parte del equipo médico y de enfermería.

Por otro lado, los factores de riesgo que inciden de manera significativa en la presencia y progreso de la enfermedad, es: edad, raza, sexo femenino, tabaquismo, genética o antecedentes familiares de alguna afección auto inmunitaria, así como el estrés físico y emocional debido a la sensibilidad del sistema endócrino por lo que altera la secreción de hormonas tiroideas. Estos factores precisamente se han evidenciado en la paciente de nuestro estudio de caso tanto para la aparición, así como la evolución, por lo que se considera importante la identificación correcta de estos factores para el debido manejo.

Finalmente, la intervención de enfermería es el rol más importante, esperado y asumido por el equipo de salud, precisamente por el cuidado directo que requiere la paciente, en tal sentido, el hipertiroidismo y la hipertensión arterial requieren un enfoque de atención integral y oportuno, el cual se basa en el manejo clínico y prevención de complicaciones, así como la restitución de los patrones funcionales. Este es el accionar que como enfermería se realiza en base a la NANDA, NIC, y NOC para un plan de cuidados estandarizados.

4.3 RECOMENDACIONES

- Se requiere un enfoque integral de la atención en todo paciente con hipertiroidismo, que puedan abordar los aspectos físicos, psicológicos y mentales para un completo tratamiento y restitución de la salud.
- Es necesaria la promoción de salud en pacientes con comorbilidades, sobre todo hipertiroidismo e hipertensión arterial para lograr la adherencia terapéutica y la prevención de complicaciones en base a la educación y el buen manejo del régimen terapéutico.
- Para el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con hipertiroidismo es importante lograr la interiorización de la enfermedad, para la comprensión de esta por parte del paciente, su evolución, y sus posibles complicaciones, de tal manera que se genera la conciencia y autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez A, Rodríguez J, Salas A. Abordaje del hipotiroidismo subclínico en el adulto. Revista Médica Sinergia. 2020; 5 (2). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/358/730>
2. Campos I, Hernández L, Pedroza A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud pública Méx. 2018; 60 (3). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2018.v60n3/233-243/es>
3. Deluchi A, Majul C, Vicario A, Cerezo G, Fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. Revista argentina de cardiología. 2018; 85 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482017000400008
4. Mercado E, García C, Arellano A, Rodríguez A. Tormenta tiroidea, una emergencia endócrina. Faced. 2018; 60 (4). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/faced/v60n4/2448-4865-faced-60-04-27.pdf>
5. Causa R, Causa J, Gonzáles Y. Bocio multinodular gigante. Revisión de la literatura a propósito de un caso. Rev Colomb Cir. 2020; 20 (35). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v35n3/2619-6107-rcci-35-03-483.pdf>
6. Gómez J, Camacho ALJ, López P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. Revista Colombiana de Cardiología. 2019; 26 (2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319300257>
7. Quintanilla G, Medina L, Erazo L, Medina M, Asfúra J. Alteraciones cardiovasculares causadas por hipotiroidismo clínico y subclínico. Revista Científica Ciencia Médica. 2019; 23 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4260/426064021008/html/>
8. Leyva R, Domínguez J. Perfil clínico epidemiológico de pacientes con hipotiroidismo. Revista médica y de enfermería Ocronos. 2018; 25 (53). Disponible en: <https://revistamedica.com/perfil-clinico-epidemiologico-hipotiroidismo/>
9. Corrales J, Sánchez A, Recio J, Iglesias R, Mories M. Tratamiento médico del hipertiroidismo. Rev. ORL. 2020; 11 (3). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/orl/v11n3/2444-7986-orl-11-03-273.pdf#:~:text=%EE%80%80hipertiroidismo%EE%80%81%20se%20entiende%20un%20cuadro%20cl%C3%ADnico%20de%20exceso,probable%20la%20recidiva%20tras%20el%20tratamiento%20antitiroideos%20%5B6%2C7%5D.>
10. Chicaiza F, Mediavilla L, Monta A. Hipertiroidismo. Revista Universidad y Empresa. 2021; 23 (3). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/orl/v11n3/2444-7986-orl-11-03->

[273.pdf#:~:text=%EE%80%80hipertiroidismo%EE%80%81%20se%20entiende%20un%20cuadro%20cl%C3%ADnico%20de%20exceso,probable%20la%20recidiva%20tras%20el%20tratamiento%20antitiroideos%20%5B6%2C7%5D.](#)

11. Taylor D, Albrecht A. Epidemiología global del hipertiroidismo e hipotiroidismo. *Nat Rev Endocrinol.* 2020; 14 (5). Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=96139#:~:text=La%20prevalencia%20de%20hipertiroidismo%20manifiesto,con%20suficiente%20aporte%20de%20yodo.>
12. Urrea J. Hipertensión arterial en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología.* 2018; 25 (1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302590>
13. Vera E, Lazo C, Cedeño S, Bravo C. Actualización sobre el cáncer de tiroides. *RECIMUNDO.* 2018; 2 (3). Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/280>
14. Merchán K, Merchán M, Olmedo K. Hipertiroidismo: Prevalencia y manifestaciones clínicas por grupos etarios en Ecuador. *Ciencias de la salud.* 2021; 7 (2). Disponible en: <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1878/html>
15. Cando V. Determinación de alteraciones tiroideas en pacientes voluntarios, de un dispensario de salud ocupacional, Riobamba-Ecuador. *Polo del Conocimiento.* 2020; 14 (2). Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1434/html>
16. Ortiz et al R. Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Ecuador. *Revista Latinoamericana de Hipertensión.* 2018; 12 (5). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1702/170254309002.pdf>
17. Morejón A, Rodríguez M, Bernal A, Espinosa L, Silva P. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. *Rev Cubana Salud Pública.* 2020; 45 (3). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n3/e17116/es/>
18. Requeno M. Hipertiroidismo por amiodarona: efectos de la medicación a tener en cuenta. *Atón primaria.* 2020; 52 (5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231882/>
19. Gordillo A. Influencia del hipotiroidismo e hipertiroidismo en el desarrollo de enfermedad. *Cambios rev. méd.* 2019; 18 (2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231882/>
20. Bedoya M, Saltos P, Camposano M, Ayala E, Calderón E, Veliz M. Aspectos fisiopatológicos en pacientes con problemas de tiroides. *Polo del conocimiento.* 2019; 4 (5). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164257>


21. Blanco C, Cabañas M, Tasende C, Rubio J. Tirotoxicosis e hipertiroidismo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2020; 13 (13). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220301700>
22. Fernández V, Pérez C. Actualización sobre patología tiroidea durante el embarazo: hipotiroidismo e hipertiroidismo. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5 (10). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms2010d.pdf>
23. Guemes M, Corredor A, Muñoz M. Patología tiroidea en la infancia y la adolescencia. *Pediatría integral*. 2020; 14 (5). Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-07/patologia-tiroidea-en-la-infancia-y-la-adolescencia/>
24. Chaves W, Amador D, Tovar, Enrique. Prevalencia de la disfunción tiroidea en la población adulta mayor de consulta externa. *Acta Médica Colombiana*. 2018; 43 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482018000100024
25. Corrales et al J. Tratamiento médico del hipertiroidismo. *Rev. ORL*. 2020; 11 (3). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/orl/v11n3/2444-7986-orl-11-03-273.pdf>
26. Estorch M, Mitjavila M, Auros M, Caballero E. Tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides con radioyodo a la luz de las guías y de la literatura científica. *Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular*. 2019; 38 (3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2253654X18303342>
27. Zurique M, Zurique C, Camacho P, Sánchez M, Hernández S. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis. 2019; 44 (4). Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2019/04-2019-08.pdf>
28. Wagner P. Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2018; 64 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000200004&script=sci_arttext&tlng=en
29. Campos I, Hernández L, Flores A, Gómez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Pública de México*. 2021; 61 (6). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342019000600888&script=sci_arttext
30. Abujieres C, Garmendia K, Figueroa L, Paz H. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en estudiantes. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*. 2019; 6 (2). Disponible en: <https://lamjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/9761/11172>

31. Ramos M. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. Revista Uruguaya de Cardiología. 2019; 34 (1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-04202019000100131&script=sci_arttext
32. Hidalgo E. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial. Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud “GESTAR”. 2019; 2 (4). Disponible en: <http://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/7/8>
33. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión diagnóstico de hipertensión arterial. Revista Médica Clínica Las Condes. 2018; 29 (1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300099>
34. Villamil L, Badoui N. Abordaje diagnóstico de la hipertensión arterial secundaria. Universitas Medica. 2018; 59 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392018000100061
35. Gómez J, Camacho P, López J, López P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. Revista Colombiana de Cardiología. 2019; 26 (2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319300257>
36. Cruz J. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Medicina interna de México. 2021; 35 (4). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000400515
37. Rivas E, López J, Fernández Á, Rodríguez P. Valoración por Patrones Funcionales en alumnado con Necesidades Educativas Especiales por motivos de salud. Index de Enfermería. 2022; 30 (3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200018
38. Pueyo V, Gómez S, Benito M, Rojo R, Bellesteros P, Buil E. Actuación de enfermería en paciente con ansiedad por presencia de nódulo tiroideo. Revista sanitaria de investigación. 2022; 5 (3). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-de-enfermeria-en-paciente-con-ansiedad-por-presencia-de-nodulo-tiroideo/>
39. Bueno C, Bescós J, Calvo I, Martínez J, Cisneros B. Plan de cuidados de enfermería en paciente diagnosticado con enfermedad de Graves Basedow. Revista sanitaria de investigación. 2022; 6 (4). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-diagnosticado-con-enfermedad-de-graves-basedow/>

ANEXOS

← → ↻ sgrdaca-enfermeria.msp.gov.ec/hcue/enfermeria/dashboard/header/665#no-back-button

Balcazar Delgado Melannie Anahi



Historia Clínica 0705845931 Fecha Nacimiento 1999-10-13

Sexo Mujer Edad 22 años, 8 meses, 3 días

Grupo Sanguíneo A Rh(+)

Peso: 49.8 Kg **I.M.C:** 23.05 Kg/m

Presión arterial: 90/60 mm (Sistólica) (Diastólica)

Saturación de oxígeno: 98 %

Talla: 147 cm

Historial de atenciones

Cronología

Antecedentes Alérgicos

No se han registrado antecedentes alérgicos

Indicador de vacunación

Ministerio de Salud Pública © 2016

← → ↻ sgrdaca-enfermeria.msp.gov.ec/hcue/enfermeria/atencion/add

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

MEDICIONES CAPILARES

Peso * kg Talla/estatura * 147 I.M.C 0.0 Perimetro abdominal cm

Glucosa capilar mg/dl Valor de hemoglobina g/dl Valor de hemoglobina corregido g/dl

Alerta/Anemia severa Anemia moderada Precaución/Anemia leve

Signos vitales y datos antropométricos registrados

Fecha	Temp.	Pr. Sist.	Pr. Diast.	Pr. Med.	Peso	Talla/estatura	I.M.C	SAT O2	FR	FC	Glucosa capilar	Hemoglobina
2022-06-16 11:01	36.5	140	80	100	44.10	144	21.27	96	20	125		

FINALIZAR

Ministerio de Salud Pública © 2016