



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado  
académico de Licenciado(a) en Enfermería**

**TEMA**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD  
CON HIPERTIROIDISMO PRIMARIO**

**AUTOR**

**BALLADARES SALTOS KELLY XIMENA**

**TUTOR**

**ESCOBAR TORRES ALICIA FILADELFIA**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2020 - 2021**

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO.....	II
TITULO DEL CASO CLINICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEORICO.....	1
1.1JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.2.1OBJETIVO GENERAL.....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
1.3 DATOS GENERALES.....	8
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	9
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS)......	9
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	70
VALORACION CÉFALO-CAUDAL.....	¡Error! Marcador no definido.1
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON). .....	71
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	92
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	13
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	14
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	18
2.8 SEGUIMIENTO.....	19
2.9 OBSERVACIONES.....	20
CONCLUSION.....	221
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

## **DEDICATORIA**

Dedico este estudio de caso clínico a Dios y a la virgen María, por mantenerme con vida y darme las fuerzas necesarias para poder concluir con mi meta. También a mis padres quienes con su amor, consejos y esfuerzo me han ayudado lograr un sueño difícil de alcanzar, pero no imposible.

A mis hijos Andrés Barzola y Fernando Torres por su amor, cariño, locuras y por ser mi motivo de superación durante toda mi trayectoria de estudios en la universidad. Por último, a toda mi familia por sus oraciones, consejos y palabras de ánimos que me han convertido en una persona luchadora, sin importar los obstáculos que se presenten, siempre perseveraré con la ayuda de Dios y de las personas que me aman.

**BALLADARES SALTOS KELLY XIMENA**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradezco a Dios por mantenerme convida, por guiarme a lo largo de la trayectoria de mis estudios, y sobre todo, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad en mi vida.

Agradezco de corazón a mis queridos padres y amados hijos Andrés Barzola y Fernando Torres, por ser los principales promotores de haberme esmerado cada día por cumplir con este propósito, por confiar y creer en mí en todo momento, y también por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Babahoyo, por haber compartido todos sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión. Agradezco de manera especial la Lic. Escobar Torres Alicia Filadelfia por ser mi tutor de mi estudio de caso clínico. Y de todo corazón le agradezco mucho por haberme guiado con sus conocimientos durante todo este proceso.

**BALLADARES SALTOS KELLY XIMENA**

## **TITULO DEL CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD CON HIPERTIROIDISMO PRIMARIO**

## RESUMEN

El presente caso clínico está enfocado en un paciente femenino de 28 años de edad que acudió por el área de emergencia por presentar diaforesis, astenia, asterixis y presencia de bocio palpable, pero no visible (grado 1A). Después de que se consiguió estabilizar al paciente, se procede a la toma y valoración de las constantes vitales, donde se evidenció: Presión arterial: 130/78 mmhg, frecuencia cardíaca: 120lpm, frecuencia respiratoria: 20rpm, temperatura: 36.5°C y saturación de oxígeno: 98%. Médico valora e indica exámenes correspondientes de laboratorio. En especial, TSH, T4 y HDL y una gammagrafía tiroidea. Se realizó valoración física empleando los patrones funcionales de Marjorie Gordon con la finalidad de identificar los patrones disfuncionales que compromete su estado de salud. Paciente es transferido al área de hospitalización I, para observación. Donde se procederá a la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería con el fin de desarrollar un plan de cuidados de enfermería, utilizando como herramientas esenciales las taxonomías Nanda, Nic y Noc, para cumplir el objetivo propuesto en este estudio de caso clínico.

**Palabras claves:** Hormona, hipertiroidismo, bocio, taquicardia, gammagrafía.

## SUMMARY

The present clinical case is focused on a 28-year-old female patient who came to the emergency area due to diaphoresis, asthenia, asterixis and the presence of a palpable but not visible goiter (grade 1A). After the patient was stabilized, the vital constants were taken and assessed, where it was evidenced: Blood pressure: 130/78 mmhg, heart rate: 120bpm, respiratory rate: 20rpm, temperature: 36.5°C and saturation of oxygen: 98%. Physician assesses and indicates corresponding laboratory tests. Especially TSH, T4, and HDL and a thyroid scan. Physical assessment was carried out using Marjorie Gordon's functional patterns in order to identify the dysfunctional patterns that compromised her state of health. Patient is transferred to hospitalization area I, for observation. Where the Nursing Care Process will be elaborated in order to develop a nursing care plan, using the Nanda, Nic and Noc taxonomies as essential tools, to fulfill the objective proposed in this clinical case study.

**Key words:** Hormone, hyperthyroidism, goiter, tachycardia, scintigraphy.

## INTRODUCCION

El hipotiroidismo se define como un trastorno endocrino que es resultado del aumento de producción de la hormona tiroidea (Sardiñas, 2018).

Las estadísticas según la Organización Mundial de la Salud manifiesta que en población general, constituyen de 1 al 2 %. Alcanza el 6 – 7% de la población femenina > 60 años. La tiroiditis atrófica autoinmune tiene una prevalencia de 1,4 % en las mujeres, mientras que el 10 % de las posmenopáusicas presentan tiroiditis autoinmune. No obstante, el hipotiroidismo está presente entre un 2 – 9% de la población general, y un 15 % en los adultos mayores de 60 años de edad (Véleza, Martínez, & López, 2016).

Las manifestaciones clínicas principales son: miastenia, arritmias, hipertensión, diaforesis, asterixis, nerviosismo, ansiedad, insomnio, pérdida de peso corporal, aumento del nivel de actividad y astenia (Véleza, Martínez, & López, 2016).

En los exámenes complementarios se realizará prueba como TSH, T3 y T4 que se encargan de medir las diferentes hormonas de la tiroides, TSI que medirá la inmunoglobulina estimulante de la tiroides y prueba de anticuerpos antitiroideos. También es recomendable la tomografía computarizada, ultrasonido y pruebas de medicina nuclear (Chueza, Ciprès, & Ferragut, 2017).

El tratamiento del hipertiroidismo va a depender siempre de la causa, pero se puede consistir en el uso de Metimazol o propiltiouracilo, Beta-bloqueantes, Yodo, Yodo radiactivo. Y en la mayoría de los casos dependerá de una intervención quirúrgica, para poder extirpar parte o toda la glándula tiroides (Chueza, Ciprès, & Ferragut, 2017).

La presente investigación realizada nos detallará los principales aspectos relacionados con el hipertiroidismo primario



## I. MARCO TEÓRICO

### HIPERTIROIDISMO

El hipertiroidismo se define como la hiperactividad de la glándula tiroidea que da espacio a concentraciones muy elevadas de las hormonas tiroideas, provocando la aceleración de las muchas funciones corporales vitales de una persona (OMS, 2018).

La tiroides es la encargada de producir hormonas. Sin embargo, la producción excesiva de estas hormonas va a causar taquicardia, astenia, asterixis, irritabilidad y ansiedad. Por aquello, si no se trata a tiempo, el hipertiroidismo puede ocasionar serios dificultades con el pasar del tiempo, como problemas del corazón, huesos, músculos y en el ciclo menstrual (Beléna, Maffeib, & Alordaa, 2019).

### EPIDEMIOLOGIA

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de hipertiroidismo es 0, 8% en Europa y 1, 3% en EE. UU. Se ha comprado que el hipertiroidismo aumenta con la edad, y sobre todo es más frecuente en las mujeres que en los hombres (GPC, 2017).

Sin embargo, dentro de las disfunciones tiroideas el hipertiroidismo es altamente frecuente a nivel mundial, llegando a ser de 4 a 5 veces más prevalente en las mujeres. No obstante, se han encontrado datos estadísticos del 8 al 10% en mujeres de 40 años en adelante, llegando a afectar a más del 12% de las mujeres mayores de 60 años (GPC, 2017).

Debemos de saber que los datos sobre diferencias étnicas son muy escasos, pero estudios científicos demostraron que al parecer es más frecuentes en las personas de raza blanca que en otras razas. Como punto importante, debemos de mencionar que la incidencia de hipertiroidismo también es mayor en ciertas zonas con deficiencia de yodo, pero este problema ha disminuido gracias a la aplicación de los programas de yodación universal de la sal (GPC, 2017).

## **FISIOPATOLOGÍA**

En el hipertiroidismo la concentración sérica de T3 suele siempre aumentar más que la concentración de T4, lo que puede deberse muchas veces a una mayor secreción de T3 y a la conversión de T4 en T3 en los tejidos periféricos. Sin embargo, en algunos pacientes, sólo se aumentará la concentración de T3 (tirotoxicosis por T3) (Chamoux, 2017).

La toxicosis por T3 puede desarrollarse sin previo aviso en cualquiera de los trastornos que normalmente causan el hipertiroidismo, incluso en la enfermedad de Graves, el bocio multinodular y el nódulo tiroideo solitario que funciona en forma autónoma (Chamoux, 2017).

Si la toxicosis por T3 no se trata a tiempo, el paciente también suele desarrollar alteraciones de las pruebas de laboratorio típicas del hipertiroidismo (aumento de la concentración de T4 y de la captación de yodo-123). Las diversas formas de tiroiditis suelen estar precedidas por una fase hipertiroidea, que a su vez deja paso a una fase hipotiroidea (Chamoux, 2017).

## **FACTORES DE RIESGO**

Entre los factores de riesgo más comunes del hipertiroidismo se incluyen los siguientes:

- Sexo femenino.
- Mayor de 40 – 60 años.
- Cirugía de tiroides o un problema de tiroides, como bocio.
- Antecedentes familiares de enfermedad de la tiroides.
- Anemia perniciosa.
- Diabetes tipo 1.
- Insuficiencia suprarrenal primaria.
- Trastorno hormonal.
- Consumo excesivo de yodo a la hora de comer grandes cantidades de alimentos, o al usar cualquier tipo de medicamentos o suplementos que contengan yodo (Chueza, Ciprès, & Ferragut, 2017).

## **CAUSAS DEL HIPERTIROIDISMO**

- Enfermedad de Graves (causa más frecuente de hipertiroidismo).
- Tiroiditis.
- Tomar demasiada hormona tiroidea.
- Tumores no cancerosos de la glándula tiroidea o de la hipófisis.
- Tumores de los testículos o de los ovarios.
- Someterse a exámenes imagenológicos médicos con medio de contraste que tenga yodo.
- Consumo excesivo de yodo (Doenges, 2016).

## CLASIFICACIÓN DEL HIPERTIROIDISMO

### 1. Hipertiroidismo: Autoinmune.

- **Enfermedad de Graves.** Anticuerpos estimulantes del receptor de TSH (TSI)
- **Enfermedad de Graves neonatal.** Transferencia placentaria de anticuerpos maternos (TSI)
- **Hashitoxicosis.** Fase tirotóxica de la tiroiditis linfocitaria crónica de Hashimoto. Anticuerpos antiperoxidasa tiroidea positivos (ATPO)(Infante & Turcios, 2018).

#### A. De origen tiroideo: Nódulos tiroideos autónomos hiperfuncional es:

- **Único:** adenoma tiroideo tóxico
- **Múltiples:** bocio polinodular hiperfuncional
- **Tiroiditis:** subaguda/vírica/bacteriana/radioterápica.
- **Destrucción:** del tejido tiroideo y liberación de hormonas tiroideas.
- **Mutaciones activadoras del receptor de TSH** (hipertiroidismo no autoinmune familiar, herencia dominante, congénita) (Infante & Turcios, 2018).

#### B. Exceso de gonadotrofina coriónica

- Coriocarcinoma, mola hidatídica (adolescencia/edad adulta) (HCG elevada, cadenas alfa comunes con TSH)(Infante & Turcios, 2018).

#### C. Hipersecreción de TSH hipofisaria: Adenoma tiroideo secretor de TSH.

### 2. Iatrogénico

- **Ingesta excesiva de hormonas tiroideas** (accidental o inducida, facticia)

- **Por fármacos:** Amiodarona, heparina, anfetaminas, antirretrovirales, anticuerpos monoclonales.
- Sobrecarga de yodo

### **3. Hipertiroxinemia con valores de TSH normales/elevados**

- Resistencia a las hormonas tiroideas. Mutación del receptor beta de hormonas tiroideas (Infante & Turcios, 2018).

### **MANIFESTACIONES CLINICAS**

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| • Debilidad muscular.             | • Disminución del índice de masa corporal. |
| • Aproxia.                        | • Insomnio.                                |
| • Prurito.                        | • Ansiedad.                                |
| • Hiperfagia.                     | • Exoftalmos.                              |
| • Diaforesis.                     | • Somnolencia.                             |
| • Intolerancia al calor.          | • Hipomenorrea.                            |
| • Alopecia.                       | • Taquicardia.                             |
| • Presencia de nódulos tiroideos. | • Irritabilidad.                           |
| • Crisis nerviosa.                | • Emesis.                                  |
| • Astenia.                        |  |

### **DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO**

**El hipertiroidismo se diagnostica mediante los siguientes procedimientos:**

- Examen físico.
- Análisis de sangre de la tiroides.
- Prueba de captación de yodo radioactivo.
- Gammagrafía de tiroides.
- Ecografía de tiroides (Sardiñas, 2018).

## **TRATAMIENTO**

Existen muchas variedades de tratamientos para el hipertiroidismo. Sin embargo, el mejor enfoque depende de la edad que tenga el paciente, la condición física que posee, la causa del origen del hipertiroidismo, preferencias personales y la gravedad de la afección (GPC, 2016).

### **Los posibles tratamientos incluyen los siguientes:**

- Yodo radioactivo.
- Medicamentos antitiroideos.
- Betabloqueadores.
- Cirugía (tiroidectomía) (GPC, 2016).

## **COMPLICACIONES DEL HIPERTIROIDISMO**

Unas de las complicaciones que pueden presentarse al no tratar el hipertiroidismo a tiempo. Son las siguientes mencionadas:

- Hipertensión arterial alta (HTA) e insuficiencia cardíaca.
- Osteoporosis.

### **Las complicaciones relacionadas con la cirugía pueden incluir:**

- Cicatrización del cuello.
- Hipocalcemia.
- Hipotiroidismo (tiroides poco activa) (OMS, 2018).

## **1.1 JUSTIFICACIÓN**

A través de este estudio caso justifico que nuestra misión como profesional de enfermería se establece estrictamente en brindar las necesidades que requiere al paciente durante su estancia hospitalaria. Debido a que son actividades que demanda de un valor personal y profesional, que van encaminado a la atención, cuidado y restablecimiento de la salud del paciente, mediante la relación coexistente entre enfermera – paciente.

Motivo por cual se elaboró el proceso de enfermería en paciente femenino de 28 años de edad con diagnóstico de hipertiroidismo primario con el propósito de contribuir a mejorar su estado de salud a través de las intervenciones de enfermería y cumplir con los objetivos y metas propuestas en este estudio de caso.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente de 28 años de edad con hipertiroidismo primario.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar los patrones disfuncionales que afecta el estado de salud del paciente.
- Aplicar las actividades de enfermería de acuerdo a los planes de cuidados.
- Evaluar los resultados obtenidos durante el proceso de atención de enfermería en paciente de 28 años de edad con hipertiroidismo primario.

## CASO CLINICO

### 1.3 DATOS GENERALES

- **Nombres y Apellidos:** NN
- **Numero de historia clínica:** 154899
- **Edad:** 28 años.
- **Nacionalidad:** Ecuatoriana.
- **Fecha de nacimiento:**
- **C.I:** 0923768990
- **Provincia:** Los Ríos – Babahoyo.
- **Sexo:** Femenino.
- **Raza:** Mestiza.
- **Estado civil:** Casada.
- **Convivientes:** Esposo.
- **Grupo sanguíneo:** RH O+
- **Lugar de nacimiento:** Babahoyo – Los Ríos.
- **Lugar de Residencia:** Milagro.
- **Nivel sociocultural/económico:** medio.
- **Nivel de estudios:** Tercer nivel.
- **Ocupación:** Secretaria.
- **Religión:** Católica.
- **Diagnóstico:** Hipertiroidismo primario.



## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente de sexo femenino de 28 años ingresa en compañía de su madre por el área de emergencia, por presentar cefalea holocraneana de moderada a gran intensidad con inicio súbito y permanente de aproximadamente  $\pm 24$  horas de evolución. A la hora de la valoración podemos observar que presenta diaforesis, astenia, asterixis y presencia de bocio palpable, pero no visible (grado 1A) más taquicardia que se evidenció durante la monitorización de las constantes vitales.

Al valorar a la paciente, médico valora e indica exámenes correspondientes de laboratorio. En especial, TSH, T4 y HDL y refiere a la paciente en hospitalización de cirugía I para mantenerla en observación y para posible intervención quirúrgica relaciona a un diagnóstico presuntivo de hipertiroidismo.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	ANTECEDENTES ALÉRGICOS	ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS
No refiere	Padre diabético	No refiere	<b>Menarquia:</b> 12 años. <b>Ciclos menstruales:</b> regulares/ 4-6 días. <b>Inicio de vida sexual:</b> 18 años. <b>Parejas sexuales:</b> No refiere. <b>Gestas:</b> 1 <b>Partos:</b> 1 <b>Aborto:</b> 0 <b>ITS:</b> No refiere.

### 2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS)

Paciente refiere que hace  $\pm 24$  horas se agudiza el dolor en ambas regiones laterales del cráneo, sensibilidad y rigidez muscular. Menciona haber ingerido paracetamol 1g 8 horas antes de su llegada. A la valoración física se evidenció que estaba nerviosa y presenta asterixis, taquicardia, diaforesis y presencia de bocio palpable, pero no visible (grado 1A). Se procede a la toma y valoración de las constante vitales, donde se evidenció: Presion arterial: 130/78 mmhg, frecuencia cardiaca: 120 lpm, frecuencia

respiratoria: 20 rpm, temperatura: 36.5°C y saturación de oxígeno: 98%. Médico toma las respectivas muestras de sangre para análisis de laboratorio. Una vez que se logró estabilizar a la paciente con diagnóstico presuntivo de hipertiroidismo a confirmar, queda hospitalizada en el área de ginecología para observación y seguimiento.

## 2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

### SIGNOS VITALES

- **Presión arterial:** 130/78 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 120 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 20rpm
- **Temperatura:** 36.5 C
- **Saturación de oxígeno:** 98%

### VALORACIÓN CÉFALO-CAUDAL.

- **Cabeza:** Normocefálica.
- **Cara:** Mucosas orales semi húmedas, facies pálidas, pupilas isocóricas normo reactivas.
- **Cuello:** Simétrico. Cilíndrico con presencia de bocio no palpable.
- **Tórax:** Simétrico, expandible con ruidos cardíacos rítmicos acelerados (taquicardia). Campos pulmonares ventilados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, no doloroso.
- **Genitales:** Conservados.
- **Extremidades:** Simétricas sin presencia de edemas, pero con vía periférica permeable calibre #18.
- **Estado de Conciencia:** Consciente, orientada en tiempo y espacio.

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

## **PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD**

- Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, refiere que desde hace  $\pm$  24 horas presenta deterioro en su estado de salud. Refiere que no consume estupefacientes, ni ingiere alcohol.

## **PATRÓN 2. NUTRICIONAL / METABÓLICO**

- Paciente refiere que ingiere líquidos (5 vasos de agua diarios). No refiere alergias alimenticias y se alimenta 3 veces por día sus medidas antropométrica es 67 kg, talla 1.65 metros e índice de masa corporal de 24.8.

## **PATRÓN 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO.**

- Se evidencia orina en cantidad 220 ml en 7 horas. Al momento de realizar las deposiciones, no se evidencia melenas. Sus heces son de consistencia pastosa con frecuencia de 1 a 2 deposiciones por día.

## **PATRÓN 4. ACTIVIDAD / EJERCICIO**

- Físicamente inactiva, pero no presenta dificultad para deambular, taquicardia de 120 lpm.

## **PATRÓN 5. SUEÑO / DESCANSO**

- Descansa 6 – 7 horas diarias y menciona que no tiene dependencia a medicamentos para conciliar sueño.

## **PATRÓN 6. COGNITIVO / PERCEPTIVO**

- No se evidencia discapacidades auditivas, ni visuales. Refiere dolor holocraneal de inicio súbito de  $\pm$  24 horas de evolución.

## **PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN / AUTO CONCEPTO**

- Se considera una persona amable, honesta, honrada, dispuesta a ayudar a su familia y amigos.

## **PATRÓN 8. ROL / RELACIONES**

- Vive con su esposo con quien lleva una buena relación desde hace 4 años. No refiere tener problemas familiares y sociales.

## PATRÓN 9. SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

- Es sexualmente activa y manifiesta que usa la inyección anticonceptiva.

## PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Paciente manifiesta que a veces se siente estresada por el arduo trabajo que realiza en su trabajo.

## PATRÓN 11. VALORES / CREENCIAS

- Refiere que es de religión Católica.

## 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

HEMOGRAMA		
Exámenes	Valor	Valor Referencial
Hematíes	4`990.000 xmm <sup>3</sup>	4`000.000-5`000.000
Leucocitos	7.300 xmm <sup>3</sup>	6.000-9.000
Hematocrito	41%	40 - 45 %
Hemoglobina	14.6 g/dl	13.0-16.0
Plaqueta	304.000 xmm <sup>3</sup>	150.000 – 450.000
HCM	25.5%	26-33 %
Neutrófilos	70%	40 – 75%
Linfocitos	29%	20 – 45%
Monocitos	7%	2-10 %
PCR	3	10 Mg/ml
Covid19:	NEGATIVO	
QUÍMICA SANGUÍNEA		
Glucosa	97 mg/dl	79-109
Colesterol	110 mg/dl	120 ml/dl
Triglicéridos	120mg/dl	150 mg/dl

TETS DE FUNCIÓN TIROIDEA		
Criterio	Valor obtenido	Valor de referencia
<b>TSH</b>	0.2 Ulu/m	0.3 – 4.20 Ulu/ml
<b>T4</b>	2.05 ng/dl	0.932 – 1.71ng/dl

## **ANÁLISIS E INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO**

En hemograma se observa que los valores se encuentran en parámetros normales. En cuanto al Test de función tiroidea la TSH se encuentra baja con valor de 0.2 Ulu/m, con elevación de T4: 2.05 ng/dl. Lo que corresponde al patrón típico del hipertiroidismo primario.

### **2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO**

- **Diagnostico presuntivo:** Tiroiditis aguda de etiología desconocida.
- **Diagnóstico diferencial:** Hipotiroidismo.
- **Diagnóstico definitivo:** Hipertiroidismo primario.

### **2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

#### **ANALÍTICA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

Mediante una valoración exhaustiva y con ayuda de los exámenes de laboratorio se determinó que el origen del problema se produjo un aumento de producción de T4: 2.05 ng/dl más la disminución de TSH: 0.2 Ulu/m.

Lo que corresponde al patrón típico del hipertiroidismo primario. Una vez realizada la valoración de los patrones funcionales utilizando la teorizante de M. Gordon se determinan los resultados, y se procedió a la elección de los patrones disfuncionales:

- **PATRON 1:** PROMOCION DE SALUD
- **PATRON 12:** CONFORT

**NANDA:** XII Confort  
**NOC:** V salud percibida  
**NIC:** I Fisiológico básico

**DOMINIO 12: CONFORT CLASE 1: CONFORT FISICO**  
**ETIQUETA 00132 Dx: DOLOR AGUDO**

M  
E  
T  
A  
S

**R/C:** Hipertiroidismo primario

**Dominio:** Salud percibida

**Clase V:** sintomatología

**Etiqueta 2102:** Nivel del dolor

**Campo:** I Fisiológico básico

**Clase:** E- Fomento de la comodidad física

**Etiqueta1400:** Manejo del dolor

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**E/P:** Facie dolorosa, expresión verbal.

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	Antes			Después	
	1	2	3	4	5
Dolor referido	X			X	
Gemidos y gritos		X			X
Inquietud		X		X	
Diaforesis	X				X
Frecuencia cardiaca		X			X

- ACTIVIDADES**
- **Monitorizar las constantes vitales**
  - Valorar exhaustivamente el nivel del dolor que incluya los siguientes parámetros: frecuencia, cantidad, intensidad y factores desencadenantes.
  - Determinar el impacto del dolor y clasificarlo según en la escala de Eva.
  - Colocar al paciente en posiciones que ayuden al alivio el dolor.
  - Administrar medicamentos analgésicos y antipiréticos según corresponda.
  - Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.
  - Utilizar mediadas que alivien el dolor antes de que éste sea muy intenso.
  - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua.
  - Monitorizar el grado de satisfacción de paciente en cuanto al control de dolor-

**NANDA: I** Promoción de la salud  
**NOC: IV** Conocimiento y conducta en salud  
**NIC: III** Conductual

**Dominio 1:** promoción de la salud    **clase 2:** gestión de la salud  
**Etiqueta:** 00099    **Dx:** Mantenimiento ineficaz de la salud

M  
E  
T  
A  
S

**R/C:** Deterioro de toma de decisiones

**E/P:** Conocimientos insuficientes relacionados con la patología

**Dominio IV:** Conocimiento y conducta de la salud

**ESCALA DE LIKERT**  
**Antes Después**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Factores de riesgo			X		X
Signos y síntomas de las complicaciones de enfermedad		X		X	
Efecto psicosocial de la enfermedad sobre la persona			x		X
Efecto psicosocial de la enfermedad sobre la familia			X		X

**Clase S:** Conocimientos sobre la salud

**Etiqueta:** 1803 conocimiento: proceso de la enfermedad

- ACTIVIDADES**
- Proporcionar información al paciente a cerca de la enfermedad según corresponda.
  - Identificar cambios en el estado físico del paciente.
  - Dar seguridad sobre el estado del paciente, según corresponda.
  - Proporcionar información a la familia a cerca de progreso del paciente según proceda.
  - Comentar las opciones de tratamiento.
  - Comentar os cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**Campo:** III Conductual

**Clase:** S educación de los pacientes

**Etiqueta 5602:** Enseñanza: Proceso enfermedad

## **2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales.**

El actual proceso enfermero está relacionado con el modelo de Marjorie Gordon que se basa en las 11 necesidades básicas. No obstante, el presente modelo, conceptualiza al individuo como un ser integral, una parte biológica, otra psicológica, social y una cultural y las cuales poseen correlación entre sí.

### **Analgésico terapia:**

Mediante la inducción de analgésicos se evita la actividad de la ciclooxigenasa y así se evita que se cree las prostaglandinas evitando el dolor en la paciente.

### **Educación para la salud:**

Se le brinda la enseñanza adecuada a la paciente desde conceptos básicos de la enfermedad, causas probables, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, y tratamiento con la finalidad de que se eviten complicaciones y se concientice a la toma oportuna del tratamiento farmacológico.



## 2.8 SEGUIMIENTO

Paciente de sexo femenino de 28 años ingresa en compañía de su madre por el área de emergencia, por presentar cefalea holocraneana de moderada a gran intensidad con inicio súbito y permanente de aproximadamente 24 horas de evolución. A la hora de la valoración se observa que estaba nerviosa y presenta asterixis, taquicardia, diaforesis y presencia de bocio palpable, pero no visible

Se procede a la toma y valoración de las constantes vitales, donde se evidenció: Presión arterial: 130/78 mmhg, frecuencia cardíaca: 120 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, temperatura: 36.5°C y saturación de oxígeno: 98%.

Al valorar a la paciente, médico ordena realizar exámenes de laboratorio. En especial, TSH, T4 y HDL y refiere a la paciente en hospitalización, para mantenerla en observación y para posible intervención quirúrgica relacionada a un diagnóstico presuntivo de hipertiroidismo.

Se solicitaron exámenes de laboratorio los cuales reportan:

<b>TETS DE FUNCIÓN TIROIDEA</b>		
<b>Criterio</b>	<b>Valor obtenido</b>	<b>Valor de referencia</b>
<b>TSH</b>	0.2 Ulu/m	0.3 – 4.20 Ulu/ml
<b>T4</b>	2.05 ng/dl	0.932 – 1.71ng/dl

Se

evidenció que el Test de función tiroidea la TSH se encuentra baja con valor de 0.2 Ulu/m, con elevación de T4: 2.05 ng/dl. Lo que corresponde al patrón típico del hipertiroidismo primario.

Se mantiene tratamiento y se realiza una contra referencia a su centro de salud de origen, las medidas adoptadas por el personal de enfermería durante su hospitalización fueron:

- Control de signos vitales.
- Aseo personal.
- Cambios posturales
- Evaluación de riesgo de caídas.
- Administración de medicación prescrita.

- Confort y educación para la salud.

Antes de que la paciente sea dada de alta médica, se brindó información acerca del tratamiento farmacológico que deberá llevar y culminar en su hogar. Así como también el tipo de alimentación que debe ingerir desde ahora, para tener un estilo de vida saludable.

## **2.9 OBSERVACIONES**

Se realizó una entrevista a la paciente con el fin de recolectar datos que ayuden a la búsqueda de un diagnóstico.

La paciente fue internada, después de haber sido referida de su centro de salud cercano como amerita el protocolo del Ministerio de Salud Pública a un Hospital de mayor complejidad.

Se valoró a la paciente clínicamente y con la ayuda de los exámenes de complementarios fue diagnosticada con hipertiroidismo primario 1A. Una vez hospitalizada se brindó unas adecuadas intervenciones de enfermería que cubrieron todas las necesidades reales presentadas en el transcurso de su enfermedad.

Se logró conseguir una evolución favorable y posterior a ella su reincorporación a la sociedad bajo vigilancia y tratamiento profiláctico.

## **CONCLUSION**

Por medio del presente caso clínico puedo concluir que durante el estudio de mi caso clínico basado en una paciente de 28 años de edad con un diagnóstico definitivo de hipertiroidismo primario, se procedió al desarrollo del proceso de atención de enfermería con el objetivo de identificar los patrones disfuncionales, que en este caso se vería afectado el patrón de promoción de la salud y confort los cuales están totalmente conectados con el problema de salud de nuestro paciente.

Durante los dos días que estuvo hospitalizada, nuestra paciente en el área de hospitalización. Se le brindó el seguimiento, para prevenir o descartar procesos infecciosos. Así mismo, se administró la medicación prescrita por el médico y se le brindó confort y los debidos cuidados de enfermería durante su estancia hospitalaria, logrando conseguir los resultados esperados del proceso de atención de enfermería.

Al día siguiente la paciente fue dada de alta y se le explicó detalladamente el tratamiento y la nutrición que debe llevar durante su recuperación en el hogar.

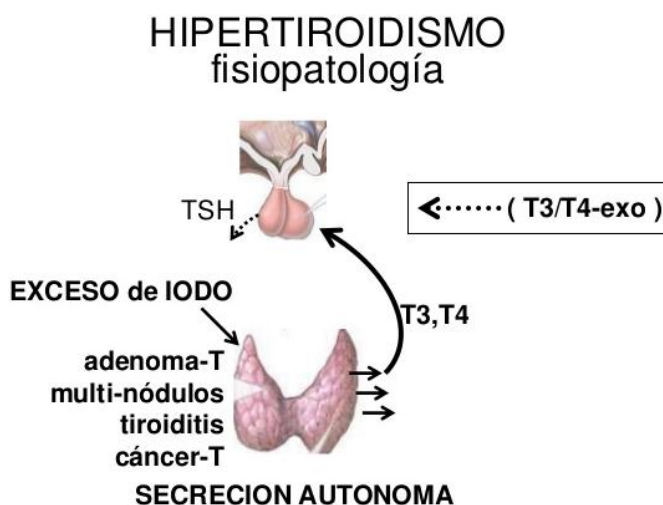
## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Beléna, L., Maffeib, L., & Alordaa, B. (Septiembre de 2019). Prevalencia de hipotiroidismo y su asociación con factores de riesgo cardiometabólicos en mujeres adultas. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 4-17.
- Chamoux, A. (2017). Hipertiroidismo. *Revista Pediátrica*, 2-9.
- Chueza, M., Ciprès, L., & Ferragut, J. (2017). Hipertiroidismo. *Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica*, 2-11.
- Doenges, M. (2016). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. Barcelona: El Manual Moderno, S.A.
- GPC. (07 de Marzo de 2016). MSP: Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo congénito. (F. Fierro, & V. Pacheco, Edits.) *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, I*, 12-56. Obtenido de [www.salud.msp.gob.ec](http://www.salud.msp.gob.ec)
- GPC. (07 de Marzo de 2017). MSP: Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo congénito. (F. Fierro, & V. Pacheco, Edits.) *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, I*, 12-56. Obtenido de [www.salud.msp.gob.ec](http://www.salud.msp.gob.ec)
- GPC. (12 de Febrero de 2020). Factores predisponente en el hipertiroidismo primario. *Guía Practica Clinica*, 4-9.
- Infante, A., & Turcios, S. (07 de Noviembre de 2018). Hipertiroidismo: Manifestaciones clinicas, diagnostico y tratamiento. *Revista Cubana de Endocrinología*, 33-45.
- Max, L., Chunga, M., & Riero, S. (2017). Hipertiroidismo. *Revista Chilena de Endocrinología*, 12-14.
- Mayo Clinic. (21 de Julio de 2020). Hipertiroidismo (tiroides hiperactiva). (E. S.A, Ed.) *Mayo Clinic Healthy Living*, 1-6.
- OMS. (22 de Marzo de 2018). *Hipertiroidismo*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <https://www.who.int/vmnis/database/iodine/iodine>
- Pinedaa, M., Galofré, F., Toni, M., & Andac, E. (Junio de 2016). Patología del tiroides. *Enfermedades endocrinológicas y metabólicas*, XII(5), 722-730.

- Romero, C., Martínez, E., & Navarro, J. (2019). HIPO E HIPERTIROIDISMO. *Tratado de Geriatria para residentes*, 1-10.
- Sanz, M., & Rodríguez, D. (17 de Octubre de 2017). Hipertiroidismo en infancia y adolescencia. *Guia Practica clinica: Sección de Endocrinología Pediátrica en niños y adolescentes*, VI(2), 57-69.
- Sardiñas, J. (2018). Hipotiroidismo: Diagnostico y tratamiento. *Revista Cubana de Endocrinología*, 4-13.

## ANEXOS

**Imagen 1.1 – Fisiopatología del Hipertiroidismo**



**Fuente:** Pinedaa, M., Galofré, F., Toni, M., & Andac, E. (2016). Patología del tiroides. *Enfermedades endocrinológicas y metabólicas*, 722-730 .

**Imagen 1.2 – Estudios de laboratorio y otros en el hipertiroidismo**

Prueba	Indicaciones
TSH	Sospecha de hipertiroidismo
FT <sub>4</sub>	TSH suprimida
Tiroglobulina	TSH suprimida FT <sub>4</sub> normal
Velocidad de eritrosedimentación	Sospecha de tiroiditis
Anticuerpo receptor TSH	Sospecha de tiroiditis subaguda
Anticuerpo peroxidasa tiroidea	Oftalmopatía de Graves; evaluación de la remisión durante el tratamiento con fármacos antitiroideos; evaluación del riesgo neonatal en embarazadas con enfermedad de Graves
Captación de I <sub>131</sub>	Tirotoxicosis bioquímica confirmada; si la causa no es clara
Centellograma tiroideo	Tirotoxicosis bioquímica confirmada; si la causa no es clara
Centellograma corporal	Sospecha de struma ovarii
EcoDoppler color	Diferenciación del hipertiroidismo por amiodarona tipo 1 y tipo 2
Gonadotrofina coriónica	Coriocarcinoma

**Fuente:** Sardiñas, J. (2018). Hipotiroidismo: Diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Endocrinología*, 4-13.

**Imagen 1.3** – Tratamiento de hipertiroidismo general más tratamiento específico según las causas.

- \* Betabloqueantes propranolol atenolol
- \* Tionamidas metimazol carbimazol propiltiouracilo
- \* Yoduro potásico + tionamidas
- \* Glucocorticoides
- \* Yodo radiactivo ( $^{131}\text{I}$ )
- \* Quirúrgico - tiroidectomía total o subtotal

**Fuente:** Mayo Clinic. (2020). Hipertiroidismo (tiroides hiperactiva). *Mayo Clinic Healthy Living*, 1-3.