



**Nombre del alumno:** José Caralampio Jiménez Gómez

**Nombre del profesor:** Beatriz Gordillo López

**Nombre del trabajo:** Súper nota

**Materia:** Enfermería del adulto

**Grado:** Sexto cuatrimestre de la licenciatura en enfermería

**Grupo:** A

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de junio del 2021

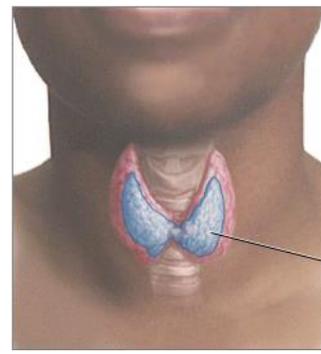
## **Bibliografía:**

UDS.2021. Paginas web. Utilizados el 10 de junio del 2021.

URL:

[file:///C:/Users/ASUS/Downloads/S35-05%2059 III%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/S35-05%2059 III%20(1).pdf)

# HIPOTIROIDISMO



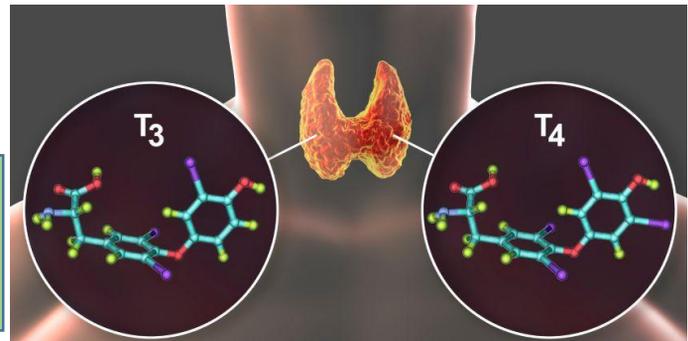
## Concepto

Se define como un síndrome caracterizado por manifestaciones clínicas y bioquímicas de fallo tiroideo y de déficit de disponibilidad de hormona tiroidea en los tejidos diana.

La forma más habitual es el hipotirodismo primario. La anomalía está localizada en la glándula tiroides y encontraremos una TSH elevada con niveles bajos de T4 libre.

## Etiología

La causa más frecuente de hipotiroidismo primario adquirido es la tiroiditis crónica autoinmune (TCA) caracterizada por la pérdida de tejido tiroideo funcional.



## Fisiopatología

### TIPOS DE HIPOTIROIDISMO

#### HIPOTIROIDISMO PRIMARIO

##### H. CONGÉNITO

- TRANSPORTE DE YODO A LOS TIROCITOS.
- ORGANIFICACIÓN DEL YODO.
- ACOPLAMIENTO DE YODOTIROSINA.

##### H. AUTOINMUNITARIO

- TIROIDITIS DE HASHIMOTO

##### H. YATRÓGENO

- ABLACIÓN QUIRÚRGICA.
- RADIACIÓN.

#### HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO

↓ TSH ↓ TRH

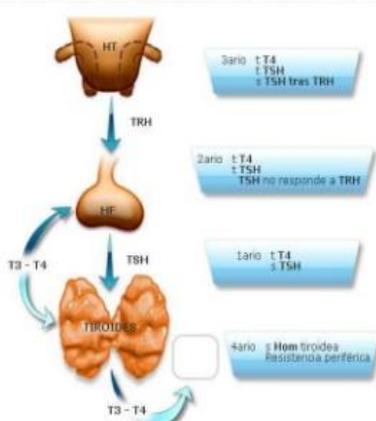
- TUMOR HIPOFISIARIO
- NECROSIS HIPOFISIARIA POSPARTO.
- TUMORES NO HIPOFISIARIOS.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- FATIGA.
- AUMENTO DE SENSIBILIDAD AL FRÍO.
- ESTREÑIMIENTO.
- PIEL SECA.
- HINCHAZON DE LA CARA.
- AUMENTO DE PESO.
- RONQUERA.
- PERIODOS MENSTRUALES IRREGULARES.
- AFINAMIENTO DEL CABELLO.
- GLÁNDULA TIROIDES AGRANDADA (BOCIO).
- DEPRESIÓN.

La histopatología muestra una infiltración linfofocitaria focal o difusa y fibrosis de la glándula. Existe una forma bociosa (enfermedad de Hashimoto) y una forma atrófica (mixedema atrófico) (6). Es más frecuente en mujeres y existe una clara predisposición genética a padecerla. Los anticuerpos antiTPO son positivos en más del 90% de los casos, mientras que los anti-tiroglobulina sólo en un 60% (9).

## CLASIFICACIÓN Y FISIOPATOLOGIA



- **Primario:** insuficiencia tiroidea
- **Secundario o central:** deficiencia de la producción o secreción de la tirotrópina (TSH)
- **Terciario:** deficiencia hipotalámica de TRH
- **Resistencia periférica** a la acción de hormonas tiroideas.

## Signos y síntomas



En el anciano la clínica es insidiosa e inespecífica. El diagnóstico clínico se realiza habitualmente en menos del 10% de los casos, por lo que es fundamental un alto nivel de sospecha y realizar un cribado adecuado. Los síntomas y signos clásicos pueden ser menos habituales y se confunden a menudo con el proceso del envejecimiento u otras patologías frecuentes en el anciano.

Es típica la piel seca, intolerancia al frío, letargia, ganancia de peso, voz ruda, bradicardia, estreñimiento, pero pueden aparecer síntomas menos característicos como la pérdida de peso, presente hasta en un 13% de los ancianos hipotiroideos.

## Factores de riesgo



- Mujeres mayores de 50 años.
- Mujeres en el periodo de posparto.
- Personas sometidas a una cirugía de la tiroides o aquellas que siguen terapias con yodo radiactivo.
- Recién nacidos de madres hipertiroideas.
- Personas con anticuerpos antitiroideos.



Tiroiditis de Hashimoto



Trastornos genéticos



Administración de medicamentos



Después del parto

## Diagnóstico

La determinación de hormonas tiroideas con una TSH elevada y una T4 baja nos dará el diagnóstico de hipotiroidismo primario.

La T3 está normal en aproximadamente un tercio de los pacientes. Hay que recordar que la TSH puede estar elevada en el período de recuperación de una enfermedad no tiroidea, por lo que el diagnóstico ha de establecerse en el contexto clínico del paciente.

La historia clínica suele ser suficiente para orientar el diagnóstico etiológico.



Webconsultas Revista de salud y bienestar

## Tratamiento

El objetivo es devolver el estado eutiroideo al sujeto, siendo de elección la levotiroxina sódica por vía oral. El fármaco se absorbe hasta en un 80% tras su ingestión, y es mejor tomarlo en ayunas. Tiene una vida media de una semana y se alcanzan concentraciones séricas de T4 bastante estables con una única dosis diaria.

La rifampicina, carbamacepina, fenitoína y sertralina aceleran el aclaramiento y provocan un aumento de la TSH en pacientes previamente bien controlados.



## Cuidados de enfermería

- Brindar apoyo emocional.
- Conservar sobre su enfermedad.
- Explicar sobre sus expectativas de curación real.
- Conservar con la familia para que intervenga en su recuperación.
- Proporcionarle confianza y seguridad.
- Evitar que el paciente vea su imagen reflejada en el espejo (ojo saltón-exoftalmos).
- Recomendar a las visitas no comentar el aspecto de ojos saltones de la persona.
- En lo posible mantenerlo en una habitación solo por problemas intolerancia al calor.
- Explicarle por qué presenta temblor.
- Controlar funciones vitales, especialmente la temperatura del paciente.
- Evitar el uso de bolsas calientes que pueden producir un calor demasiado rápido.
- Proporcionar toda la ropa de abrigo y mantas que son necesarias.
- Animarle que use calentadores de lanas para piernas.
- Administrar dieta hipocalórica pero rica en proteínas y con bastante residuos.

# HIPERTIROIDISMO

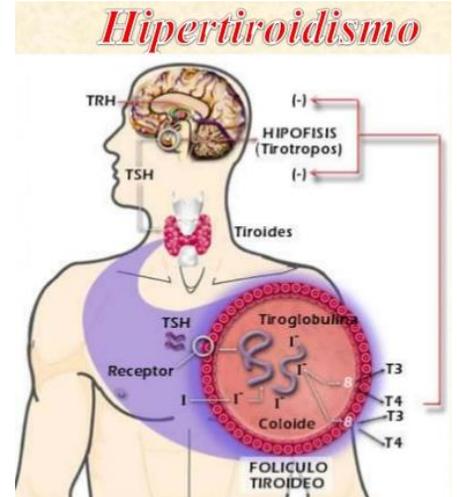
## Concepto



Se define como el conjunto de manifestaciones clínicas y bioquímicas en relación con un aumento de exposición y respuesta de los tejidos a niveles excesivos de hormonas tiroideas. Algunos autores diferencian entre el término tirotoxicosis e hipertiroidismo, refiriéndose con el primero a cualquier situación en que existe un aumento de hormonas tiroideas circulantes y con el segundo a aquella en que la tirotoxicosis se debe a la hiperproducción mantenida de hormonas tiroideas por la glándula tiroidea.

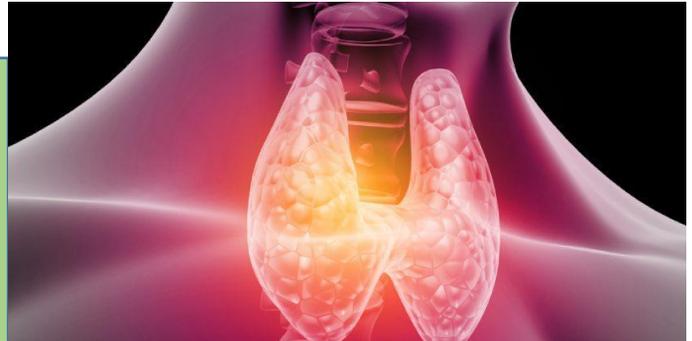
## Etiología

Las causas más habituales de hipertiroidismo en el anciano son: el bocio tóxico multinodular (BMNT), la enfermedad de Graves (o bocio tóxico difuso) y el adenoma tóxico. En áreas bociógenas con baja ingesta de yodo la causa más frecuente es el bocio multinodular, mientras que en áreas con ingesta normal de yodo, lo es la enfermedad de Graves.



## Fisiopatología

En el hipertiroidismo, la concentración sérica de T3 suele aumentar más que la concentración de T4, lo que puede deberse a la mayor secreción de T3 y a la conversión de T4 en T3 en los tejidos periféricos. En algunos pacientes, sólo aumenta la concentración de T3 (tirotoxicosis por T3).



- Enfermedad de Graves.
- Nódulos tiroideos.
- Tiroiditis.
- Demasiado yodo.
- Demasiada medicina para la tiroides.

## Signos y síntomas

- Nerviosismo o irritabilidad.
- Fatiga.
- Debilidad muscular.
- Problemas para tolerar el calor.
- Problemas para dormir.
- Temblor, generalmente en las manos.
- Latidos cardíacos irregulares o rápidos.
- Deposiciones frecuentes o diarrea.
- Pérdida de peso.
- Cambios de humor.
- Bocio..

# Hipertiroidismo

## Síntomas

Protrusión de uno o ambos globos oculares (exoftalmos)

Nerviosismo  
Dificultad para dormir  
Insomnio

Fatiga

Rasquera general

Palpitaciones

## Signos

Protrusión ocular (exoftalmos)

Pérdida de cabello  
Mirada fija  
Náusea y vómito  
Piel caliente y húmeda

Bocio

Aumento de la frecuencia cardíaca

Temblor de manos

ca  
ébiles



## Factores de riesgo



Usted tiene un mayor riesgo de hipertiroidismo si:

- Es mujer.
- Es mayor de 60 años.
- Ha estado embarazada o tuvo un bebé en los últimos 6 meses.
- Ha tenido cirugía de tiroides o un problema de tiroides, como bocio.
- Tiene antecedentes familiares de enfermedad de la tiroides.
- Tiene anemia perniciosa, en la cual el cuerpo no puede producir suficientes glóbulos rojos sanos porque no tiene suficiente vitamina B12.
- Tiene diabetes tipo 1 o insuficiencia suprarrenal primaria, un trastorno hormonal.
- Consume demasiado yodo al comer grandes cantidades de alimentos o al usar medicamentos o suplementos que contienen yodo.

## Diagnostico

Para el diagnóstico es necesario inicialmente la determinación de TSH y de T4 libre. La TSH estará suprimida y la T4 elevada. En caso de T4 libre normal o baja se analizará la T3 libre para distinguir la tirotoxicosis por T3 (T3 elevada), del hipertiroidismo subclínico (T3 normal) y del hipotiroidismo central (T3 disminuida). La TSH no estará suprimida en el caso de hipertiroidismo por secreción inadecuada de TSH.



El hallazgo de una TSH suprimida en el anciano obliga a repetir la determinación en unas tres semanas antes de establecer un diagnóstico, ya que algunas situaciones clínicas y fármacos pueden variar sus niveles.



## Tratamiento

Los medicamentos para el hipertiroidismo incluyen:

- Medicamentos antitiroideos: Hacen que su tiroides produzca menos hormona tiroidea. Es probable que necesite tomar los medicamentos durante 1 a 2 años. En algunos casos, es posible que deba tomarlos durante varios años.
- Medicamentos betabloqueantes: Pueden reducir síntomas como temblores, latidos cardíacos rápidos y nerviosismo.
- Terapia con yodo radioactivo: Tratamiento común y efectivo para el hipertiroidismo. Implica tomar yodo radioactivo por vía oral como una cápsula o líquido.
- Cirugía para extirpar parte o la mayoría de la glándula tiroides.

## Cuidados de enfermería

- Brindar apoyo emocional.
- Conservar sobre su enfermedad.
- Explicar sobre sus expectativas de curación real.
- Conservar con la familia para que intervenga en su recuperación.
- Proporcionarle confianza y seguridad.
- Evitar que el paciente vea su imagen reflejada en el espejo (ojo saltón-exoftalmos).
- Recomendar a las visitas no comentar el aspecto de ojos saltones de la persona.
- En lo posible mantenerlo en una habitación solo por problemas intolerancia al calor.
- Explicarle por qué presenta temblor.
- Controlar funciones vitales, especialmente la temperatura del paciente.
- Administrar dieta hipocalórica pero rica en proteínas y con bastante residuos.