



Rol de enfermería en la embarazada con hipotiroidismo ingresada en un Hospital Obstétrico en Ecuador

Nursing Role in Pregnant Women with Hypothyroidism Admitted to an Obstetric Hospital in Ecuador

Papel da Enfermagem em Gestantes com Hipotireoidismo Internadas em Hospital Obstétrico no Equador

Nagelly Brigitte Ayala-Rosales ^I

nagelly.ayala.cgd@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-9284-5539>

John Alexander Paucar-Jaya ^{II}

john1paucar@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-3531-3415>

Marlene Johana Chamba-Tandazo ^{III}

mchamba@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6687-4569>

Correspondencia: nagelly.ayala.cgd@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 11 de enero de 2024 * **Aceptado:** 15 de febrero de 2024 * **Publicado:** 28 de marzo de 2024

- I. Estudiante, Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud, Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- II. Estudiante, Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud, Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- III. Licenciada en Enfermería, Magíster en Emergencias Médicas, Doctora en Ciencias de la Salud y Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.

Resumen

Introducción: El hipotiroidismo es una endocrinopatía prevalente entre las mujeres en edad reproductiva, ya que los trastornos de la tiroides son los cambios endocrinos más comunes durante el embarazo. Sin embargo, en América Latina las pruebas de hormona tiroidea no siempre están incluidas en los programas de atención prenatal. **Objetivo:** Identificar los signos y síntomas presentes en una embarazada con hipotiroidismo ingresada en el Hospital Obstétrico mediante un correcto diagnóstico para optimizar una adecuada atención de enfermería. **Metodología:** El tipo de investigación fue de manera descriptiva, analítica y explicativa mediante el cual se realizó una revisión de la historia clínica por medio de entrevista, consentimiento informado y observación de manera directa con la paciente. De esta manera, se aplicó además una revisión bibliográfica sobre el estudio de caso y datos estadísticos. **Resultados:** Paciente primigesta de 22 años de edad con un embarazo de 40.1 semanas de gestación con diagnóstico de obesidad, hipotiroidismo e Isoinmunización Rhesus, cuyo historial clínico demuestra cinco controles prenatales, embarazo no planificado, se administra dos dosis de vacuna antitetánica además manifiesta que no utilizaba métodos la cual fue valorada por médico tratante, el mismo, decide su ingreso a hospitalización. **Conclusión:** El personal de enfermería se constituye como la esencia del cuidado individualizado en el manejo de pacientes gestantes con hipotiroidismo y patologías asociadas, cuya importancia radica en la identificación de los problemas y manifestaciones clínicas para la aplicación del proceso de atención de enfermería basado en una teoría para ejecutar las actividades específicas. **Palabras clave:** Hipotiroidismo; Embarazo; Enfermería; Teoría.

Abstract

Hypothyroidism is a prevalent endocrinopathy among women of reproductive age, as thyroid disorders are the most common endocrine changes during pregnancy. However, in Latin America, thyroid hormone testing is not always included in prenatal care programs. The objective of the case analysis was to identify the signs and symptoms present in a pregnant woman with hypothyroidism admitted to the Obstetric Hospital through a correct diagnosis to optimize adequate nursing care. The type of methodology used was descriptive, analytical and explanatory through which a review of the clinical history was carried out through an interview, informed consent and direct observation with the patient. In this way, a bibliographic review of the case study and statistical

data was also applied. The patient was referred from the health subcenter to the Obstetric Hospital to be evaluated by the attending physician, who decided to admit her to hospitalization with a diagnosis of pregnancy of 40.1 weeks of gestation more, obesity, hypothyroidism and rhesus isoimmunization. Thus, it is concluded that this pathology is presented not only as an alteration but also as a complication of pregnancy, which can condition or generate maternal-fetal complications. The nursing staff is constituted as the essence of individualized care in the management of pregnant patients with hypothyroidism and associated pathologies, whose importance lies in the identification of problems and clinical manifestations for the application of the nursing care process based on a theory to execute specific activities.

Keywords: Hypothyroidism, rhesus isoimmunization, nursing, theory.

Resumo

O hipotireoidismo é uma endocrinopatia prevalente entre mulheres em idade reprodutiva, uma vez que as doenças da tireoide são as alterações endócrinas mais comuns durante a gravidez. No entanto, na América Latina, o teste de hormônio tireoidiano nem sempre está incluído nos programas de pré-natal. O objetivo da análise de caso foi identificar os sinais e sintomas presentes em uma gestante com hipotireoidismo internada no Hospital Obstétrico através de um diagnóstico correto para otimizar a assistência de enfermagem adequada. O tipo de metodologia utilizada foi descritivo, analítico e explicativo por meio do qual foi realizada revisão da história clínica por meio de entrevista, consentimento informado e observação direta com o paciente. Dessa forma, também foi aplicada uma revisão bibliográfica do estudo de caso e de dados estatísticos. A paciente foi encaminhada do subcentro de saúde para o Hospital Obstétrico para avaliação do médico assistente, que decidiu interna-la com diagnóstico de gestação de 40,1 semanas a mais, obesidade, hipotireoidismo e isoimunização rhesus. Assim, conclui-se que esta patologia apresenta-se não apenas como uma alteração, mas também como uma complicação da gravidez, que pode condicionar ou gerar complicações materno-fetais. A equipe de enfermagem é a essência do cuidado individualizado no manejo da gestante com hipotireoidismo e patologias associadas, cuja importância reside na identificação de problemas e manifestações clínicas para a aplicação do processo de cuidar de enfermagem fundamentado em uma teoria para execução de atividades específicas.

Palavras-chave: Hipotireoidismo, isoimunização rhesus, enfermagem, teoria.

Introducción

El hipotiroidismo es una endocrinopatía prevalente entre las mujeres en edad reproductiva, ya que los trastornos de la tiroides son los cambios endocrinos más comunes durante el embarazo, superados por la diabetes mellitus (Muñoz, et al., 2019). La falta de producción de hormona tiroidea o la pérdida parcial o completa de la glándula tiroides es una manifestación común del hipotiroidismo (Reyna, 2021). Alrededor del 2 al 3% de las mujeres embarazadas en todo el mundo tienen diferentes tipos de trastornos de la tiroides, que pueden prevenirse mediante un diagnóstico y tratamiento tempranos. (Vásquez y Andrade, 2021)

Sin embargo, en América Latina las pruebas de hormona tiroidea no siempre están incluidas en los programas de atención prenatal. No obstante, algunos registros muestran que alrededor del 2 al 5% de las mujeres embarazadas son diagnosticadas con hipotiroidismo subclínico (Abuhadba, et al., 2022). Mientras tanto, en Ecuador, estudios del Hospital Luz Elena Arismendi en el sur de Quito encontraron una prevalencia de hipotiroidismo en el embarazo del 40% en comparación con la cifra global, y el hospital reportó una superioridad de hipotiroidismo en el embarazo del 18% según el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Ambato, en el año 2019. (López, et al., 2021) En general, la causa más común de hipotiroidismo en el embarazo es Hashimoto, una enfermedad autoinmune en la que el sistema inmunológico produce pruebas que atacan la tiroides, provocando inflamación y daño que dificulta que la tiroides produzca hormonas (Bastidas, et al., 2019). Al mismo tiempo, se identifican factores de riesgo determinantes para el hipotiroidismo durante el embarazo, tales como: edad materna mayor de 30 años, antecedentes personales/familiares de enfermedad tiroidea, enfermedades autoinmunes (por ejemplo, diabetes tipo I), antecedentes de abortos espontáneos recurrentes y tratamiento con yodo radioactivo, radioterapia para el área cercana a la glándula tiroides o medicamentos antitiroideos. (Jimenez, et al., 2021)

Asimismo, cuando la hipertensión se presenta como complicación del embarazo, es importante considerar los principales factores de riesgo tales como: hipertensión crónica o enfermedad renal crónica en antecedentes, preeclampsia en embarazos anteriores, obesidad, la edad mayor a 30 años, embarazo múltiple, antecedentes familiares de preeclampsia, diabetes, etc. (Múnera, et al., 2021)

De esta manera, un factor de riesgo muy importante es el índice de masa corporal (IMC), que, según la investigación del experto en índices elevados, Cheng Han, es un indicador de

hipotiroidismo materno, y positividad de anticuerpos contra la peroxidasa tiroidea al comienzo del embarazo. Los primeros meses de embarazo indican disfunción de la glándula tiroidea de la madre (Ortiz y López, 2020). Pero, además, un índice de masa corporal elevado aumenta el riesgo de aborto espontáneo, diabetes gestacional, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y la posible necesidad de una cesárea. (López, et al., 2019)

La anemia afecta a casi la mitad de todas las mujeres embarazadas en todo el mundo, tratándose de la disminución de hemoglobina presente en el proceso de gestación (Gonzales y Olavegoya, 2019). Los principales factores de riesgo para el desarrollo de anemia por deficiencia de hierro son: bajo consumo de alimentos hemínicos, grados variables de pérdida crónica de sangre, síndrome de mala absorción y bajos niveles de hierro (Véliz, et al., 2019). La anemia por deficiencia de hierro es una de las principales causas en las gestantes. De hecho, las embarazadas con anemia tienen una tasa significativamente alta de procrear neonatos prematuros o con bajo peso al nacer. (Castro, et al., 2020)

El embarazo provoca mayor exigencia en las glándulas tiroideas, lo que explica la aparición de patologías tiroideas durante el embarazo (Fernández y Pérez, 2020). El hipotiroidismo clínico en sí puede presentarse con síntomas inespecíficos como debilidad, letargo, intolerancia al frío, edema, estreñimiento y aumento de peso fuera del embarazo (Alvarado, et al., 2021). Luego también causa complicaciones maternas como: mayor riesgo de aborto espontáneo y se asocia con anemia materna, miopatía, insuficiencia cardíaca congestiva, preeclampsia, anomalías placentarias y hemorragia posparto, y para el feto: anomalías cognitivas, neurológicas y funcionales graves. Pueden ocurrir problemas de desarrollo si no se reconocen y tratan con prontitud. (Vásquez, et al., 2023)

Actualmente, el objetivo del tratamiento del hipotiroidismo en mujeres embarazadas es complementar con la hormona tiroidea adecuada. Lo ideal es que las mujeres con hipotiroidismo optimicen su dosis de levotiroxina antes del embarazo. Durante el embarazo, la necesidad de levotiroxina suele aumentar, normalmente entre un 25% y un 50% (Lugo, et al., 2020). Para el seguimiento de las gestantes hipotiroideas, las recomendaciones actuales de la *Nacional Academy of Clinical Biochemistry* incluyen el control del estado tiroideo con Hormona estimulante del tiroides o tirotropina (TSH) y Tiroxina libre (T4L) en cada trimestre del embarazo y el ajuste de la dosis de levotiroxina para lograr mantener una TSH sérica entre 0,5 y 2,5 mU/L, con una T4L sérica en el tercio superior del intervalo normal de referencia.

Al mismo tiempo, el proceso de isoimmunización Rhesus comienza con el fenómeno de la transfusión de sangre fetal y materna: los glóbulos rojos fetales que contienen antígenos ingresan a la sangre de la madre, lo que provoca una serie de procesos inmunológicos que resultan en la producción de anticuerpos contra células sanguíneas del Feto (Alcocer, et al., 2021). En pacientes con esta enfermedad, el conocimiento de la presencia de estos antígenos en el feto es importante para el manejo del embarazo en relación al tratamiento, ya que no existe riesgo perinatal si el feto es negativo para los antígenos. (Martínez, et al., 2023)

Por otro lado, los cuidados de enfermería juegan un papel importante en la prevención mediante la inmunoglobulina anti-D, que puede reducir de manera muy eficaz el riesgo de isoimmunización y las posteriores complicaciones fetales y neonatales, ya que puede prevenir la formación de anticuerpos maternos Rh negativos contra los glóbulos rojos Rh positivos del feto y complicaciones como la anemia fetal. Por lo tanto, se recomienda dosis única de 300 micro gramos (1500 UI) por vía intravenosa o intramuscular de profilaxis preparto, mientras que se recomienda dosis única de 300 micro gramos (1500 UI) por vía intravenosa o intramuscular de profilaxis pos natal. Sin embargo, cuando se administra por vía intravenosa, una dosis mínima de 200 microgramos es suficiente siempre que se pueda descartar una hemorragia materna y fetal grave. (Zapata, et al., 2020)

El principal tratamiento de las pacientes es brindar una atención de calidad con humanismo y empatía, llevando un control y seguimiento para evitar posibles consecuencias para la salud de las madres y los niños que padecen este tipo de enfermedades en el futuro (Pionce y Zambrano, 2023). Como parte de la intervención de enfermería, el cuidado se vuelve riguroso y oportuno según sus funciones, que definen los principales elementos de la teoría del hipotiroidismo en la gestante, el personal de enfermería se interesa por tener un conocimiento amplio para el manejo de estas pacientes y aplicar acciones necesarias para mantener una buena salud implementando un correcto desarrollo de criterios beneficiosos para la recuperación de la paciente. (Ellen, 2021)

Pero uno de los objetivos esenciales de enfermería es la prevención de complicaciones, la misma que lo logra desde la educación en salud con los principales fundamentos de la evidencia científica, desde el inicio del proceso de la enfermedad hasta su restitución, en base a ello se hace eco de la teoría de la promoción de salud de Nola Pender, que establece los rudimentos necesarios para enfocar la atención promocional y preventiva de salud (Bulcao, et al., 2023). Por lo tanto, el objetivo de este estudio busca identificar los signos y síntomas presentes en una embarazada con

hipotiroidismo ingresada en el Hospital Obstétrico mediante un correcto diagnóstico para optimizar una adecuada atención de enfermería.

Metodología

El estudio para esta investigación fue descriptiva, analítica y explicativa mediante la revisión de la historia clínica, consentimiento informado de la paciente, entrevista y observación directa, se pudo recolectar la información requerida. Además, se solicitó los permisos pertinentes para la autorización y realizar el trabajo de titulación y se realizó una revisión bibliográfica desde el año 2019 hasta la fecha actual 2024.

Descripción del caso

Paciente primigesta de 22 años de edad con un embarazo de 40.1 semanas de gestación proveniente del sector urbano, soltera, ama de casa, se encuentra estudiando en la universidad, cuyo historial clínico demuestra cinco controles prenatales que cursan sin novedad clínica, con signos vitales dentro de los rangos normales. Embarazo no planificado a pesar de que no contaba con algún método anticonceptivo, cuenta con dos vacunas anti tetánicas, sin ningún tipo de infección de transmisión sexual (ITS) según resultados de exámenes. No refiere antecedentes quirúrgicos o patológicos.

La paciente es referida del Subcentro de salud al hospital Obstétrico para ser valorada por médico tratante, el mismo, decide su ingreso a hospitalización con diagnóstico de embarazo de 40.1 semanas de gestación más, obesidad, hipotiroidismo e Isoinmunización Rhesus. A su ingreso paciente refiere leve dolor en hipogastrio que se irradia hacia región lumbar, cefalea de leve intensidad, se evidencia movimientos fetales presentes, eliminación de secreción mucosa blanquecina transvaginal en poca cantidad. De modo que durante la valoración de exámenes de control hematológicas se logró percatar alteraciones en los leucocitos con un valor de 15.81mm^3 hematocrito 28.60% y hemoglobina de 9.40 g/dl por lo cual, los médicos indican la administración de hierro vía oral y vía parenteral para estabilizar valores de hemoglobina.

Al examen físico paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, cabeza normocefálica, facies semi pálidas, respiraciones con leve disnea de esfuerzo por su condición clínica mucosas orales semihúmedas, tórax simétrico, abdomen globoso ocupado por producto único vivo, movimientos fetales presentes de 140, extremidades móviles y simétricas con tono y fuerza

muscular conservada, se evidencia edema a nivel de extremidad inferior. Signos vitales con frecuencia cardiaca de 74 lpm, tensión arterial de 130/80 mmHg, saturación de oxígeno de 98%, frecuencia respiratoria de 20 y temperatura de 36.6°C.

Paciente no refiere alergias, antecedentes quirúrgicos y tampoco patológicos, mientras que los antecedentes familiares madre con hipertensión arterial. La paciente ORH negativo y no ha recibido inmunización Anti-D, y en cita de las 37 semanas de gestación se realizó test de Coombs positivo de manera que derivó en diagnóstico de Isoinmunización Rhesus, por lo que se explicó los riesgos de próximo embarazo. Paciente con score mama de 0, peso de 97 kg y 1.55 cm de talla dando un IMC de 35.48 preconcepcional determinada con obesidad grado II. En la revisión de exámenes de laboratorio se presenta TSH: 3.45 Mu/ML. Glicemia basal de 115 mg/dl, perfil renal-hepático normales, Hepatitis, Chagas, Toxoplasmosis, Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Venereal Disease Research Laboratory (VDRL): todos negativos. Con todos estos antecedentes y criterios médicos se decide finalización del embarazo en prevención de complicaciones maternas y compromiso de bienestar fetal, a través de cesárea.

Tras la evolución de la paciente se aplicó la atención de enfermería con base en entrevistas, visitas domiciliar, observación directa, revisión de la historia clínica y valoración de los exámenes complementarios denotando los aspectos más importantes en una mujer gestante, canalización de vías periféricas y administración de medicamentos, en los que se enumeran cloruro de sodio al 0,9 % 1000 mililitros, 30 UI de oxitocina, 2 gramos de ampicilina intravenoso previa a la cirugía, y la preparación para la educación.

Consecuentemente, se obtuvo producto único vivo de sexo masculino obtenido mediante cesárea, líquido amniótico claro en moderada cantidad, con un APGAR de 9-9, Capurro de 40 semanas con un peso de 3390 g, talla de 49 cm, normo cefálico, activo y reactivo al manejo con llanto presente. Mediante su evolución afebril, reflejos conservados, tranquilo con patrón respiratorio conservado, sin novedades clínicas.

En este punto, la valoración e intervención de los aspectos psicológicos de la paciente fue una pauta importante e imprescindible en el marco de su estabilidad emocional y física, considerando la edad de la paciente y el contexto patológico que cursaba, donde el rol de enfermería conllevó hacia la sana evolución y buen resultado, en el marco de la educación post alta, se denota el siguiente accionar:

Tabla 1. Plan de intervención de enfermería en paciente post cesárea con hipotiroidismo

Diagnóstico de enfermería	Meta	Intervención	Evaluación
<p>Baja autoestima situacional</p> <p>Basada en el deterioro de una percepción negativa de la propia valía e imagen, en respuesta de su situación de salud</p> <p>Obesidad</p> <p>Problema por el que acumula un nivel excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso.</p>	<p>Resolución de la aflicción y potenciación de la autoestima.</p> <p>Control del peso y estado nutricional.</p>	<p>Brindar soporte emocional al paciente para promover seguridad y aumentar el afrontamiento.</p> <p>Fomentar la responsabilidad de la paciente en relación a su cuidado.</p> <p>Proporcionar educación en salud sobre la enfermedad que permitan promover estrategias preventivas.</p> <p>Seguimiento del progreso de la paciente y de su estado de salud.</p> <p>Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se deseen cambiar</p> <p>Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio nutricional.</p> <p>Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida</p> <p>Incentivar a la paciente el control de peso continuamente para valorar el estado nutricional.</p> <p>Brindar información sobre la importancia de las vacunas Antitetánica, inmunización</p>	<p>La evaluación consistió sobre todo en el reconocimiento del mejoramiento anímico y nutricional de la paciente, basado en la observación de signos verbales y no verbales de ansiedad, determinando el conocimiento del paciente sobre su estado de salud, y el IMC.</p>

		anti-D, realización de exámenes de VIH y biometría hemática en general. Motivar a realizar ejercicios para su bienestar y salud.	
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

En este contexto, la teoría de la promoción de la salud de Nola Pender incluye y orienta el papel de la enfermera, pues define cuatro aspectos importantes: el ambiente laboral que altera los ritmos hemodinámicos, el mantenimiento de posiciones sedentarias y el uso constante de químicos. La necesidad de recreación y entretenimiento permanece insatisfecha debido a la falta de interacción con la sociedad que conduzca al logro de metas. Asimismo, la persona se divide en dos aspectos en el aspecto perceptivo-cognitivo: incertidumbre y bienestar, dependiendo de la formación en manejo del estilo de vida del profesional de la salud y la aceptación de la persona afectada para realizar actividades de autocuidado y medidas preventivas relacionadas. Por otro lado, la salud puede ser un cambio hemodinámico que se combina con los componentes morfofisiológicos del estilo de vida. Finalmente, los cuidados de enfermería juegan un papel muy importante en la educación a las pacientes, familias y comunidad. (González, et al., 2021)

Para ello, se recomienda una adecuada evaluación: en primer lugar, la promoción de la salud como condición para mantener el equilibrio hemodinámico. Dieta de seguimiento basada en su historial médico y concepto de duración de la estancia. Si tiene un estilo de vida sedentario o un tiempo libre incierto, debe realizar actividad física. Las interrelaciones también parten del entorno familiar (esposo, hija, madre y hermanas, buenas relaciones familiares, sin problemas de comunicación) para percibir la similitud de la autosatisfacción. Crecimiento espiritual, su impacto en la vida y salud y finalmente manejo del estrés. (Bueno, et al., 2021)

Discusión

El afrontamiento de la enfermedad es fundamental, y se considera que el punto principal es el conocimiento, el mismo que se genera a través de la promoción de salud, por lo que en el presente caso se brindó educación en salud proporcionando la información necesaria para conllevar las patologías de la paciente. Así se afirma en el estudio realizado por Gutiérrez en el año 2020, donde se establece que fortalecer los conocimientos sobre la enfermedad en el paciente e incluso

familiares mejora el control de la enfermedad promocionando diversas actividades centradas en un cambio radical en su función cognitiva, nutricional y física, de modo que la carencia de conocimiento influye en la falta de cuidado personal. (Gutiérrez, et al., 2020)

Por otra parte, se evidenció que desde el componente afectivo es esencial abordar la salud mental de la persona, el impacto que genera la enfermedad dificultando al ser humano adaptarse a su realidad, en este caso generó sentimientos como: desesperanza, angustia, percepción de estar enfermo, disminución de la interacción social, cuadros de depresión y ansiedad, por lo que se propició el abordaje clínico necesario para mejorar su estado psicológico. De esta forma, se puede evidenciar según el estudio realizado por Vera en el 2019, que la ansiedad y depresión son problemas comunes como es el caso de la paciente con diversas patologías diagnosticadas a los 41 años de edad causando sentimientos de desesperanza que influyen el estado emocional y físico de la paciente. (Vera, et al., 2019)

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) partiendo desde la valoración integral del paciente, para una detallada evaluación del estado físico y psicológico, se evidenció patrones alterados como percepción y manejo de la salud, nutricional metabólico, actividad – ejercicio, sueño - descanso, perceptivo – cognitivo, rol – relaciones, adaptación - sexualidad y reproducción - tolerancia al estrés, en base a ello. Esto se puede afirmar con lo descrito por Ramos en el 2023, que señala que la atención de enfermería se debe realizar con las actividades programadas en un plan de cuidados basados en una teoría estándar como la promoción de salud de Nola Pender, permitiendo una mayor atención en problemas modificando hábitos y estilo de vida de la paciente. (Ramos, et al., 2023)

A sí mismo en el cuadro clínico de la embarazada con hipotiroidismo presento signos como: fatiga, sensibilidad al frío, constipación, sequedad de la piel y aumento de peso inexplicable, así como los valores bajos de Triyodotironina (T3) Y T4. Además, durante el embarazo, la glándula tiroides aumenta de tamaño entre un 20% y un 40%. Esto se relaciona con lo que afirma García en el 2023, donde su estudio señala que en el embarazo aumenta la demanda de yodo, de modo que la deficiencia de este oligoelemento provoca la disfunción de las glándulas tiroides y las manifestaciones clínicas son muy específicas, como: cansancio, intolerancia al frío, apatía e indiferencia, y depresión, pero los valores bajos de T3 Y T4 dan un diagnóstico seguro. (García, et al., 2023)

Por otro lado, resulta imprescindible considerar el impacto del hipotiroidismo en mujeres embarazadas, puesto que a nivel mundial del 2 al 5% de las mujeres embarazadas padecen cualquier

variedad de trastornos tiroideos como hipotiroidismo. Si se analiza, según Mero en el 2021, solo en Ecuador la tendencia ha subido, puesto que hasta el año 2021 se encuentra una prevalencia del 37% de embarazos con hipotiroidismo, un impacto muy alto. (Mero, et al., 2021)

Así mismo, se evidenció que las complicaciones de las mujeres gestantes no solo radican en la capacidad de presentar hipotiroidismo o hipertiroidismo por trastornos tiroideos, sino también las diferentes comorbilidades que pueden presentar en conjunto, así la hipertensión arterial, isoimmunización Rhesus, obesidad. Esto se puede afirmar con el estudio realizado por Vergara y Araya en el año 2019, quienes señalan al hipotiroidismo materno como un aumento del riesgo de complicaciones tales como: hipertensión gestacional, parto prematuro, aborto espontáneo, muerte fetal y bajo peso del recién nacido. (Vergara y Araya, 2019)

Finalmente, este estudio ha permitido analizar la edad avanzada de 41 años como un factor muy determinante no solo en el impacto del hipotiroidismo, sino también de la hipertensión e isoimmunización y la obesidad grado II que son complicaciones de riesgo alto que afectan a la madre y al feto, sin embargo, según el estudio realizado por Tene en el 2021, se determina que el hipotiroidismo es un trastorno muy común en la población general, especialmente entre los pacientes de mediana edad y de edad avanzada, por lo que es importante un abordaje integral de la paciente, que puede responder a procesos meramente fisiopatológicos de su condición de edad. (Tene, et al., 2021)

Conclusiones

Así mismo, el personal de enfermería se constituye como la esencia del cuidado individualizado en el manejo de pacientes gestantes con hipotiroidismo y patologías asociadas, cuya importancia radica en la identificación de los problemas y manifestaciones clínicas para la aplicación del proceso de atención de enfermería basado en una teoría para ejecutar las actividades específicas y además reconocer la importancia de la educación en salud y el marco de la promoción del proceso salud-enfermedad para el afrontamiento de la misma según la evolución de cada paciente.

Recomendaciones

Que los profesionales de enfermería deben estar capacitados para la atención de manera integral y realizar una valoración individualizada y detallada que puedan identificar los diagnósticos de

enfermería y de esta manera puedan planificar, ejecutar los cuidados según la realidad y problema de salud que vive cada una de las pacientes, en el primer nivel de atención se recomienda realizar el control prenatal para identificar factores de riesgo y tratar de manera oportuna.

Referencias

1. Muñoz, J., Vorahuer, S., Rodríguez, R., Villagomez, M., & Ayala, R. (2019). Hipotiroidismo y embarazo. *Anales médicos*, 64(2), 2-3. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2019/bc192g.pdf>
2. Reyna, E. (2021). Manejo del cáncer de tiroides durante el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 67(1), 4-5. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000100006#:~:text=Aquellos%20casos%20diagnosticados%20de%20forma,d el%20embarazo%20en%20estas%20pacientes
3. Vásquez, J., & Andrade, A. (2021). Enfermedades tiroideas y embarazo en una unidad de cuidados intensivos. Experiencia 2014-2019. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(3), 2-3. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.01.003>
4. Abuhadba, K., Vera, V., Talavera, J., & De la Cruz, J. (2022). Tratamiento médico en gestantes con hipotiroidismo subclínico: revisión sistemática. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, 22(2), 2-3. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200020003>
5. López, G., Fiallo, T., Quinatoa, G., & Delgado, J. (2021). Hipotiroidismo subclínico en el Embarazo una revisión para la actualización diagnóstica. *Dominio de las Ciencias*, 7(5), 6. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2018v13n1.4982>
6. Bastidas, C., Perdomo, G., Abreu, A., Cifuentes, R., & Martínez, R. (2019). Manejo quirúrgico del hipertiroidismo durante el embarazo. Artículo de revisión. *Revista Colombiana Salud libre*, 14(1), 10-11. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2018v13n1.4982>
7. Jimenez, L., Conde, Y., & Torres, J. (2021). Hipotiroidismo asociado con infertilidad en mujeres en edad reproductiva. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(5), 8. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412020000500321&script=sci_arttext

8. Múnera, A., Muñoz, E., & Ibarra, J. (2021). Hipertensión arterial y embarazo. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(1), 12. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332021000100003&script=sci_arttext
9. Ortiz, I. B., & López, H. (2020). Hipotiroidismo como factor de riesgo de dislipidemia y obesidad. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 7(2), 12-13. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.02.55>
10. López, S., Luna, C., Tejero, A., & Ruiz, C. (2019). Índice de masa corporal, ganancia de peso y patología en el embarazo. *Matronas*, 20(3), 10. <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/Yxe7jjwLgQgwfk0NCYIgbQAp0XYdiqezgTOouHu.pdf>
11. Gonzales, G., & Olavegoya, P. (2019). Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(4), 13-14. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322019000400013&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Véliz, N., Peñaherrera, M., Quiroz, M., Mendoza, H., & Tonguino, M. (2019). Prevención frente la presencia de anemia en el embarazo. *Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 6. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.971-996](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.971-996)
13. Castro, A., Pasos, A., Delgado, M., & Vera, C. (2020). Estudio de la evolución de la anemia ferropénica durante el embarazo; casos en el Hospital del IES, ciudad de Babahoyo-Ecuador. *Revista Dilemas Contemporáneos*, 35(1), 12-13. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v35i1.2278>
14. Fernández, R., & Pérez, N. (2020). Actualización sobre patología tiroidea durante el embarazo: hipotiroidismo e hipertiroidismo. *Revista Médica Sinergia*, 5(10), 11-12. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i10.491>
15. Alvarado, V., Fonseca, J., & Morales, V. (2021). Hipotiroidismo durante el embarazo: revisión bibliográfica. *Ciencia y Salud*, 5(2), 5-6. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i2.245>
16. Vásquez, J., Penagos, C., & Vásquez, J. (2023). Resultados maternos y fetales en pacientes con preeclampsia severa e hipotiroidismo primario. Estudio de casos y controles. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 50(2), 7. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100846>

17. Lugo, S., García, L., Domínguez, E., & Martínez, C. (2020). Prevalencia de hipotiroidismo subclínico en mujeres con infertilidad en un hospital de tercer nivel. *Horizonte sanitario*, 18(3), 11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7445088>
18. Alcocer, S., Preciado, H., Zamora, L., & Acebo, J. (2021). Factor rhesus. Manejo en el embarazo. *Polo del Conocimiento*, 6(9), 7-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8094609>
19. Martínez, L., Catañeda, S., & Beltrán, M. (2023). Isoinmunización Rh en bajas respondedoras: Reporte de caso. *Universidad Autónoma de Bucaramanga*, 26(1), 13. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/4145>
20. Zapata, L., Martínez, L., & Jaramillo, L. (2020). Incompatibilidad Rh e isoimmunización en la gestante. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 46(1), 8-9. <https://revginacobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/600/514>
21. Pionce, S., & Zambrano, C. (2023). Prevención y diagnóstico en mujeres gestantes que padecen hipotiroidismo. *Revista científica arbitrada multidisciplinaria Pentaciencias*, 5(3), 6-7. <https://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/532/716>
22. Ellen, M. (2021). Vigilancia de Enfermería en Cuidados a Largo Plazo. *Revista de Enfermería Gerontológica*, 47(12), 4. <https://doi.org/10.3928/00989134-20211109-01>
23. Bulcao, D., Sescon, I., & Antoniassi, V. (2023). El modelo de Nola Pender para la promoción de la salud de los adolescentes. *Revista Mineira de Enfermagem*, 27(15), 6. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40440>
24. González, M., Miranda, P., Sánchez, V., & Vega, V. (2021). Factores relacionados con la violencia de pareja adolescente desde el modelo de Nola Pender: una revisión integrativa. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*, 11(4), 6. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/368/factores-relacionados-con-la-violencia-de-pareja-adolescente-desde-el-modelo-de-nola-pender-una-revision-integrativa/>
25. Bueno, S., Martínez, R., Salas, L., Lafuente, M., Tejero, I., & Salvador, A. (2021). Proceso de atención de enfermería para afrontar un nuevo diagnóstico, hipotiroidismo. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11), 2-3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210405>

26. Gutiérrez, O., Loayza, U., Molina, G., Acosta, B., & Ayala, D. (2020). Efectos de la actividad física en los aspectos neuropsicológicos de las mujeres con. *Brazilian Journal of health Review*, 3(4), 6-7.
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15151/12498>
27. Vera, K., Davila, M., & Gusqui, I. (2019). Función tiroidea y trastornos mentales: una relación subestimada. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(2), 2-3.
<https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A11%3A6764299/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A137697621&crl=c>
28. Ramos, C., Rivas, E., Gonzales, G., & Muñoz, L. (2023). Gestión del cuidado GDC en Atención Primaria: percepción de enfermeras, en pandemia, Chile, 2021*. *Revista Uruguaya de Enfermería (En línea)*, 18(1).
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-03712023000101201
29. García, L., Díaz, G., Alfonso, A., Guatibonza, P., Oviedo, J., & Pineda, J. (2023). Oligoelementos e hipotiroidismo primario y subclínico en el ciclo vital humano: una revisión de revisiones: Oligoelementos e hipotiroidismo. *Salud Bosque*, 12(2).
<https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/4051>
30. Mero, S., Mercha, M., & Zumba, J. (2021). Funcionalismo tiroideo en el embarazo resultados adversos y alcances. *Polo del Conocimiento*, 7(3), 5-6.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8229756.pdf>
31. Vergara, P., & Araya, V. (2019). Manejo de la enfermedad tiroidea en el embarazo y puerperio. *Rev. Hospital Clínica Universidad de Chile*, 30(2), 4-5.
<https://revistas.uchile.cl/index.php/RHCUC/article/view/70053>
32. Tene, D., Urdaneta, G., & Muñoz, N. P. (2021). Hipotiroidismo subclínico y su relación con el daño cardiovascular. Análisis del efecto inmunomodulador de la TSH. Revisión narrativa. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 19(2), 9-10.
<https://www.redalyc.org/journal/3755/375569374002/375569374002.pdf>