



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



**CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL
HIPOTIROIDISMO EN ADULTOS MAYORES
EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO POR

JUSTO JHOJAN QUICO PACORI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA INTERNA

PUNO – PERU

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL HIPOTIROIDISMO EN ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023

AUTOR

JUSTO JHOJAN QUICO PACORI

RECuento DE PALABRAS

6401 Words

RECuento DE CARACTERES

40289 Characters

RECuento DE PÁGINAS

34 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.6MB

FECHA DE ENTREGA

Jul 4, 2024 9:05 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 4, 2024 9:06 PM GMT-5

● 10% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)


 **Dr. Carlos A. Loayza Coilla**
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
P.S.E. RESIDENTADO MEDICO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

ACTA DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

.....
TÍTULO DEL PROYECTO: CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS
DEL HIPOTIROIDISMO EN ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA 2023

RESIDENTE: JUSTO JHOJAN QUICO PACORI
SEGUNDA ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

Los siguientes contenidos del proyecto se encuentran adecuadamente planteados

CONTENIDOS	ADECUADAMENTE PLANTEADOS	
	SI	NO
Caratula	✓	
Índice	✓	
1. Título de la investigación	✓	
2. Resumen	✓	
3. Introducción	✓	
3.1. Planteamiento del problema	✓	
3.2. Formulación del problema	✓	
3.3. Justificación del estudio	✓	
3.4. Objetivos de investigación (general y específicos)	✓	
3.5. Marco teórico	✓	
3.6. Hipótesis	✓	
3.7. Variables y Operacionalización de variables	✓	
4. Marco Metodológico	✓	
4.1. Tipo de estudio	✓	
4.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis	✓	
4.3. Criterios de selección	✓	
4.4. Población y Muestra	✓	
4.5. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos.	✓	
5. Análisis Estadístico de los Datos	✓	
6. Referencias bibliográficas	✓	
7. Cronograma	✓	
8. Presupuesto	✓	
9. Anexos	✓	



Observaciones:

NINGUNA

En merito a la evaluación del proyecto investigación, se declara al proyecto:

a) APROBADO (X)

Por tanto, debe pasar al expediente del residente para sus trámites de titulación.

Puno, a los 10 días del mes de Junio de 2024

c.c. Archivo


 **Dr. ALFREDO TUMI FIGUEROA**
DIRECTOR
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO


 **Dr. Carlos A. Loayza Coila**
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO



ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I:	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
A. Introducción	9
B. Formulación del problema	9
C. Delimitación de la investigación	11
D. Justificación de la investigación	11
REVISIÓN DE LITERATURA.	12
A. Antecedentes	12
B. Marco teórico	12
CAPÍTULO III.	15
HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
A. Hipótesis	17
B. Operacionalización de variables	18
CAPÍTULO IV.	21
MARCO METODOLÓGICO	21
A. Tipo de investigación	21
B. Diseño de investigación	21
C. Población y Muestra	21
D.Criterios de selección.....	22
E. Material y Métodos	22
F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos	22
G. Análisis estadístico de datos.	23
CAPÍTULO V.	24
CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO	24
A. Cronograma:	24
B. Presupuesto:	24
CAPÍTULO VI.	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
CAPÍTULO VII.....	29
ANEXOS.....	29
2. Validación por juicio de expertos	31
3. Validación por juicio de expertos	32



TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL HIPOTIROIDISMO EN
ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA
2023**



RESUMEN

El objetivo del estudio es describir características clínicas y epidemiológicas de hipotiroidismo en adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023. El estudio corresponde a un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo de diseño transversal. Se trabajará con la muestra de historias clínicas de ancianos con hipotiroidismo del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. La ficha de datos se elaboró teniendo en consideración los objetivos del estudio, para obtener información sobre las variables de estudio. Para el análisis de datos se utilizará el programa SPSS versión 28. Se espera encontrar que diferencias en las características clínicas de la enfermedad según sexo. También diferencias en las características epidemiológicas por sexo de los pacientes.

Palabra clave: Hipotiroidismo, características clínicas y epidemiológicas



ABSTRACT

The objective of the study is to describe clinical and epidemiological characteristics of hypothyroidism in older adults at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca in the year 2023. The study corresponds to an observational, analytical, cross-sectional, retrospective study with a cross-sectional design. We will work with the sample of medical records of elderly people with hypothyroidism from the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca. The data sheet was prepared taking into consideration the objectives of the study, to obtain information on the study variables. The SPSS version 28 program will be used for data analysis. It is expected to find differences in the clinical characteristics of the disease according to sex. Also differences in the epidemiological characteristics by sex of the patients

Keyword: Hypothyroidism, clinical and epidemiological characteristics



CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Introducción

El hipotiroidismo aumenta en prevalencia e incidencia entre los ancianos. Es importante que los médicos aprecien ciertos aspectos del hipotiroidismo en personas mayores. Sus manifestaciones clínicas pueden ser menos obvias en el contexto de afecciones somáticas y otras afecciones relacionadas con el envejecimiento. La interpretación de las pruebas de función tiroidea puede verse alterada debido a la presencia de una enfermedad no tiroidea. Pueden aplicarse consideraciones especiales al planificar el tratamiento debido a cambios en el aclaramiento metabólico de la hormona tiroidea, interacciones farmacológicas y posibles reacciones adversas.

El hipotiroidismo es más común en personas mayores que en personas más jóvenes, especialmente entre mujeres, principalmente debido a la creciente incidencia y prevalencia de tiroiditis autoinmune¹. Además, la incidencia de hipotiroidismo aumenta constantemente con la edad. Las estimaciones de la prevalencia del hipotiroidismo entre los ancianos han variado según las poblaciones estudiadas y los criterios utilizados para definir la afección. Una encuesta que empleaba el índice de tiroxina libre calculado encontró que el 2,3% de los pacientes ancianos hospitalizados cumplían los criterios de hipotiroidismo². Encuestas comunitarias más recientes de poblaciones de adultos sanos han encontrado que entre el 7% y el 14% de los sujetos de edad avanzada tienen niveles séricos de hormona estimulante de la tiroides (TSH) por encima del límite superior de los rangos de referencia³⁻⁷. Se han encontrado prevalencias comparables de hipotiroidismo en personas mayores que viven en comunidades y en personas hospitalizadas. Un estudio de detección que evaluó a más de 25.000 personas que asistieron a una feria de salud en Colorado reveló que el 10% de los hombres y el 16% de las mujeres de 65 a 74 años tenían niveles de TSH aumentados por encima del límite superior del rango de referencia, mientras que el 16% de los hombres y el 21% de las mujeres de 75 años o más tenían niveles elevados de TSH⁸. La Tercera Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES III) informó que un número significativamente mayor de mujeres de 50 a 59 años y de 60 a 69 años cumplían los criterios de hipotiroidismo clínico y subclínico en comparación con los hombres en los mismos rangos de edad. Esta encuesta también informó una mayor prevalencia de niveles elevados de TSH y títulos de anticuerpos antitiroideos entre los blancos y los mexicoamericanos en



comparación con los negros¹. Un estudio que evaluó a pacientes geriátricos bajo atención médica demostró que el 15% de las mujeres y el 17% de los hombres tenían hipotiroidismo no diagnosticado previamente⁹. Estudios similares que evaluaron a residentes de centros de enfermería especializada y residencias de ancianos demostraron que entre el 7 % y el 12 % tenían evidencia de hipotiroidismo no diagnosticado previamente en el momento de la admisión^{10,11}. Una encuesta sobre el tratamiento de una población no seleccionada de adultos mayores reveló que el 10% de las mujeres y el 2% de los hombres estudiados tomaban una forma prescrita de hormona tiroidea¹². Entre esta población, el 12% de las mujeres y el 29% de los hombres tomaban preparados de hormona tiroidea por motivos inapropiados. Son escasos los trabajos publicados en Latinoamérica sobre hipotiroidismo, especialmente en personas mayores, se ha reportado que en Brasil prevalencia de hipotiroidismo clínico es 1.7% y de hipertiroidismo de 1.4%, mientras que en el Perú la epidemiología de hipotiroidismo en los adultos mayores aún no se ha determinado.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del hipotiroidismo en adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características clínicas de hipotiroidismo en adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023?
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de hipotiroidismo en los adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023?
- ¿Cuáles son las complicaciones de hipotiroidismo en los adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023?
- ¿Cuál es la prevalencia por sexo en hipotiroidismo en los adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023?



B. Delimitación de la investigación

La investigación se desarrollará en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023, teniendo en cuenta las historias clínicas de pacientes que tuvieron hipotiroidismo.

C. Justificación de la investigación

El objetivo de este proyecto es comprender las características clínicas y epidemiológicas del hipotiroidismo en el anciano, ya que las manifestaciones clínicas en este grupo de edad son inespecíficas y en ocasiones tienden a parecerse a los procesos fisiológicos del envejecimiento y las enfermedades crónicas. El hipotiroidismo no tratado y no diagnosticado se asociará con una morbilidad significativa en los adultos mayores, y es necesario comprender las características clínicas y epidemiológicas de esta población de pacientes. Finalmente, conozca las diversas complicaciones que ocurren con el hipotiroidismo para que pueda tratar la afección rápidamente y evitar que estas complicaciones se desarrollen en el futuro.



CAPÍTULO II.

REVISIÓN DE LITERATURA.

A. Antecedentes

En el 2019 Wendy Tauriz Navarro; et al. Realizaron una revisión sistemática de tipo documental de varias páginas científicas sobre: consideraciones clínicas e inmunológicas del hipotiroidismo subclínico, donde tuvieron como objetivo mostrar las diferentes características del hipotiroidismo subclínico y los factores que están asociados, desde un enfoque inmunológico. Concluyeron que la causa más prevalente de hipotiroidismo primario, es la enfermedad de Hashimoto (tiroiditis autoinmune). Por último, el hipotiroidismo subclínico no diagnóstico ni controlado, da lugar al hipotiroidismo a un futuro²⁵.

Edwin Jami Huamán Gonzáles, realizó en el 2012, una investigación de Hipotiroidismo y Diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores, en Jaén - Perú, de tipo no experimental correlacional y transversal, en 44 adultos mayores, teniendo como resultados: el 20.45% tenían hipotiroidismo, en mayor porcentaje eran adultos mayores con edades de 70 años y de sexo masculino, de los cuales el 13.64% presentaron diabetes. Y por último concluyeron que el tipo de hipotiroidismo con mayor porcentaje, fue el hipotiroidismo clínico con el 66.67%, mientras que el hipotiroidismo subclínico fue un 33.33% de los casos²⁶.

En el 2017 I.López-Macías, et al., realizaron un trabajo de investigación sobre el hipotiroidismo en el adulto en la ciudad de Córdoba, con una muestra de 1910 pacientes diagnosticados, de los cuales se seleccionó, a 241 pacientes y se obtuvo como resultado: las mujeres tenían un 85,86% a comparación con hombres, que tenían un 14,14%. Además, que el 54.67% no tiene antecedentes familiares con hipotiroidismo y que según el tipo de hipotiroidismo: 18,7% era primario, 6,5% secundario y 74,8% era subclínico. Por último, se encontró que un 26.6%



presentaban síntomas de cansancio, aumento de peso, bocio, etc. y un 35% fue diagnosticado por que se realizaron controles de rutina²⁷.

Silvia Elena Gutiérrez Cabezas, et al., realizó en el 2017, un estudio sobre las Características epidemiológicas y clínicas en pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de hipotiroidismo, realizado en el Hospital de Vitarte, Lima - Perú, entre los años 2016 y 2017. El tipo de estudio que realizaron fue observacional, descriptivo y transversal, con una muestra de 104 pacientes que tenían el diagnóstico de hipotiroidismo, entre un rango de 65 a 91 años (promedio de 73.6 años) a predominio con 80,8% el sexo femenino; entre las comorbilidades que encontraron fue: 44.2% sufrían de dislipidemia, 41.3% de diabetes mellitus y 26.9% de hipertensión arterial. Además, se encontró que solo el 51,9% presentaron alguna sintomatología de hipotiroidismo, teniendo una relación inversa entre las manifestaciones clínicas y el grupo de edad, teniendo una prevalencia de 5.6% de manifestaciones clínicas en mayores de 85 años²⁸.

En el 2016, Mayra Villalba Nuñez, realizó en Argentina, una búsqueda bibliográfica de fuentes, como Google Scholar, Pubmed, , Read by QxMD, sobre Hipotiroidismo en el anciano, encontrando que entre 1% al 10% tenían hipotiroidismo, y el 1% al 15% de hipotiroidismo subclínico; además encontró que los síntomas del hipotiroidismo son inespecíficos y variables, y son similares con los cambios fisiológicos del envejecimiento, entre los cuales tenemos: piel seca, pensamiento enlentecido, problemas de memoria, debilidad muscular, fatiga, calambres, intolerancia al frío y constipación²⁹.

Paula Andrea Velásquez Viveros, et al. Hicieron en el 2015, un estudio descriptivo retrospectivo, sobre: Perfil epidemiológico y clínico de pacientes atendidos por hipotiroidismo e hipertiroidismo en el servicio de endocrinología, en el hospital de Medellín (Colombia) entre 2013 y 2015, encontrando: el sexo femenino es prevalente en hipotiroideos con 86,3% y 66,7% en hipertiroideos. Entre las causas de hipotiroidismo, tenemos: el 11.5 % de hipotiroidismo postquirúrgico y el 5.3% de enfermedad de Hashimoto; mientras que, en el hipertiroidismo, el 22.2% es por tirotoxicosis y el 33.3% es por la enfermedad de Graves. La clínica más prevalente, fue el bocio, con 14,5% en los hipotiroideos y el 38,9% en los hipertiroideos. Y por



último entre las comorbilidades más frecuentes fue: hipertensión arterial y Diabetes Mellitus³⁰.

En el 2014, María Antonia López Rubio, realizó en Madrid, una tesis de Hipotiroidismo subclínico y factores de riesgo cardiovascular, fue un estudio transversal, con 326 pacientes que tenían hipotiroidismo, tuvo como resultado que es más prevalente en mujeres mayores de 65 años, que tiene un perfil lipídico normal, no fumadoras y con riesgo cardiovascular bajo. Además, no encontró correlación entre el valor de colesterol total y el de TSH³¹.

Gonzales Gonzales Caro, et al. Realizó en el 2014, un trabajo sobre Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo en un centro de salud de adultos mayores en Lambayeque- Perú. Estudio descriptivo, transversal. Encontraron que, de 84 adultos mayores, el 13.1% tenían hipotiroidismo subclínico y 42.9% depresión, además no encontraron relación entre la depresión, deterioro cognitivo y el hipotiroidismo subclínico³².

Carolina Marí Silva. et al., realizó, en el 2012, un trabajo sobre, Hipotiroidismo en tratamiento en el Área de Salud de Guadalajara (España), donde evaluó las características y prevalencia estimada a partir del consumo de hormona tiroidea. Realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, donde encontró que el 5.8% eran mujeres y 1% eran varones; que el 76.25% tenía más de 65 años y que la causa es de 66.4% de origen autoinmune, el 22,2% no se encontró la etiología del hipotiroidismo y el 1,5% no se pudo confirmar el diagnóstico de hipotiroidismo, a pesar de que recibieron tratamiento con levotiroxina³³.

B. Marco teórico

El hipotiroidismo es más común entre personas de edad avanzada debido a la creciente incidencia y prevalencia de tiroiditis autoinmune que ocurre con la edad. El diagnóstico preciso de esta afección en los ancianos puede ser un desafío debido a una serie de factores que incluyen una relativa escasez de síntomas referibles, hallazgos confusos que pueden estar relacionados con trastornos comórbidos, cambios en los niveles de hormona tiroidea que pueden estar relacionados con enfermedades no tiroideas y niveles superiores. cambios en los niveles de TSH que pueden ocurrir con el envejecimiento normal. El tratamiento eficaz del hipotiroidismo en los ancianos se basa en la consideración de las posibles



interacciones farmacológicas y los cambios en la eliminación metabólica de la hormona tiroidea que se producen con el envejecimiento. Se debe prestar especial atención a minimizar los riesgos de arritmias auriculares y pérdida ósea progresiva que pueden estar asociados con tirotoxicosis iatrogénica causada por un tratamiento excesivo con dosis excesivas de levotiroxina.

El hipotiroidismo leve identificado en ancianos no parece estar asociado con ningún cambio en la función cognitiva o el estado funcional. Los estudios que han tratado de determinar el riesgo de enfermedad cardiovascular asociada con el hipotiroidismo leve y los beneficios potenciales del tratamiento dirigido a normalizar los niveles de hormona tiroidea en personas mayores con hipotiroidismo leve han reportado resultados contradictorios. Los pacientes de edad avanzada que presentan hipotiroidismo grave no tratado o insuficientemente tratado pueden ser particularmente susceptibles a una descompensación que puede progresar a un estado de coma mixto.

Es posible que las estimaciones futuras de la prevalencia del hipotiroidismo entre los ancianos basadas en las definiciones actuales deban tener en cuenta la creciente evidencia de que las curvas de distribución normal de TSH parecen estar desplazadas hacia rangos de valores más altos en las personas mayores. El análisis específico por edad de los niveles de TSH y los títulos de anticuerpos antitiroideos medidos como parte del estudio NHANES más reciente demostró que el 12% de los sujetos de 80 años o más sin ninguna evidencia de tiroiditis autoinmune subyacente tenían niveles de TSH superiores a 4,5 mUI/L. En este análisis, el límite de confianza superior del 95% para la TSH en individuos eutiroides mayores de 80 años fue de 7,5 mUI/L¹³.

El contenido de yodo en la dieta parece tener un impacto en la prevalencia del hipotiroidismo en los ancianos. Una encuesta de adultos chinos que vivían en una región de baja ingesta de yodo reveló que sólo el 1,0% de los sujetos de edad avanzada estudiados cumplían los criterios de hipotiroidismo, mientras que un estudio de residentes de hogares de ancianos de Europa del Este reveló que los sujetos que vivían en regiones de abundante ingesta de yodo tenían seis veces más tasas más altas de hipotiroidismo que los sujetos que viven en regiones de baja ingesta de yodo^{14,15}. Estos hallazgos sugieren que la deficiencia de yodo puede tener un efecto protector contra el desarrollo de hipotiroidismo en los ancianos.



La tiroiditis autoinmune es la causa más común de hipotiroidismo entre los ancianos, al igual que en las personas más jóvenes¹⁶⁻¹⁸. Una encuesta de pacientes de una clínica de endocrinología reveló que el 57% de los pacientes de 55 años o más que presentaban hipotiroidismo primario tenían un diagnóstico de tiroiditis autoinmune, mientras que el 32% tenían un diagnóstico de hipotiroidismo posquirúrgico y el 12% tenían un diagnóstico de hipotiroidismo posyodo radioactivo¹⁹. Sólo el 2% de los pacientes en esta población de referencia presentaron evidencia documentada de hipotiroidismo secundario. Se ha observado que la incidencia de hipotiroidismo postablato es mayor en pacientes de 55 años o más²⁰. Se estima que la incidencia anual de hipotiroidismo postablato en esta población es del 8%, y el 12% de los pacientes presentan evidencia de insuficiencia tiroidea en el primer año después de someterse al tratamiento con yodo radiactivo^{21,22}. Se ha estimado que la incidencia de hipotiroidismo posquirúrgico después de una tiroidectomía subtotal para el tratamiento del hipertiroidismo es del 16% al 27%, y el 19% de los pacientes presentan evidencia de insuficiencia tiroidea en el primer año después de la cirugía²³. La radioterapia de haz externo para el tratamiento de neoplasias malignas de cabeza y cuello se ha asociado con una alta incidencia de hipotiroidismo primario. Hasta el 28% de los pacientes tratados con esta modalidad eventualmente desarrollan hipotiroidismo primario en una mediana de 15 meses después de completar la radioterapia²⁴. El riesgo de desarrollar insuficiencia tiroidea en este contexto aumenta con la edad.

Las complicaciones médicas graves del hipotiroidismo son más comunes en las personas mayores afectadas. La mayoría de los pacientes que presentan comamixedema son ancianos. Los pacientes de edad avanzada con hipotiroidismo no reconocido pueden tener un mayor riesgo de desarrollar complicaciones perioperatorias e intraoperatorias. Un estudio que comparó pacientes con hipotiroidismo no reconocido con controles emparejados por edad, sexo y procedimiento quirúrgico identificó tasas más altas de hipotensión intraoperatoria, insuficiencia cardíaca y complicaciones gastrointestinales y neuropsiquiátricas posoperatorias en pacientes con hipotiroidismo.



CAPÍTULO III.

HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

C. Hipótesis

1. General

“Hay diferencias en las características características clínicas y epidemiológicas de hipotiroidismo en adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023”.

2. Específicas

- “Hay diferencias en las características clínicas de hipotiroidismo en adultos mayores según sexo en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023”.
- “Hay diferencias en las características epidemiológicas de hipotiroidismo en adultos mayores según sexo en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023”.

3. Estadísticas o de trabajo

H1: “Hay diferencias en las características características clínicas y epidemiológicas de hipotiroidismo en adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023”.

Ho: “No hay diferencias en las características características clínicas y epidemiológicas de hipotiroidismo en adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023”.

Objetivos

Objetivo general

Describir las características clínicas y epidemiológicas de hipotiroidismo en adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023.

Objetivos específicos

1. Conocer las características clínicas de hipotiroidismo en adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023.
2. Identificar las características epidemiológicas de hipotiroidismo en los adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023.
3. Reconocer las complicaciones de hipotiroidismo en los adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023.
4. Conocer la prevalencia por sexo en hipotiroidismo en los adultos mayores en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023.

B. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION VARIABLE	TIPO VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS Y SUS VALORES	MEDIO DE VERIFICACION
Tipo de Hipotiroidismo	Enfermedad de la glándula tiroides.	Cualitativa	Disminución de las hormonas tiroideas	Nominal	Hipotiroidismo primario= 1 Hipotiroidismo central= 2 Hipotiroidismo subclínico= 3	Historia clínica
Sexo	Fenotipo sexual desde nacimiento	Cualitativa	Genero especificado en la historia clínica	Nominal	Hombre = 1 Mujer = 2	Historia clínica
Edad	Años considerados desde nacimiento hasta la medición	Cuantitativa	Registrado de edad en la historia según su fecha de Nacimiento	Ordinal	60-64 años = 1 65 – 74 años = 2 75 – 84 años = 3 >85 años = 4	DNI
Factores de riesgo: Antecedente familiares de enfermedad tiroidea	Presentación de factor de riesgo asociado hipotiroidismo	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Presencia o ausencia si = 1 No= 2	Historia clínica
Factor de riesgo: Diabetes	Es una enfermedad crónica, que se da cuando el páncreas no produce insulina suficiente.	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Factor de riesgo: enfermedad celiaca	Afección del sistema inmune, en que las personas no toleran el gluten.	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Factor de riesgo: tratamiento con	Se usa en enfermedades tiroideas	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica



yodo radioactivo						
Factor de riesgo: Medicamentos antitiroideos	Se usa en múltiples enfermedades tiroideas	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Factor de riesgo: Cirugía tiroides	Procedimiento en pacientes que sufren múltiples patologías tiroideas	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Factor de riesgo: tratamiento con radioterapia	Es el tratamiento que se da en las algunas enfermedades de tiroides	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Síntomas. Cansancio	Falta de energía	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	si = 1 no = 2	Historia clínica
Síntoma: aumento de sueño	Dormir mas de 6 horas	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Síntoma: Parestesias	Sensación de hormigueo en diferentes partes del cuerpo.	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Síntoma: ganancia de peso	Aumento de peso de lo normal	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Síntoma: enlentecimiento de las funciones intelectuales	Limitación es las funciones intelectuales	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Síntoma: estreñimiento	Menos de 3 deposiciones por semana	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Síntoma: intolerancia al frio	Aumento de la percepción del frio	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Síntoma: dolor articular	Malestar físico en diferentes articulaciones	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Signos: piel seca	Piel áspera	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Signos: ronquera	Son cambios anormales.	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Signo: movimiento lento	Movimientos lentos al realizar actividades	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Signo Hiporreflexia	Disminución de los reflejos osteotendinosos	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Signo: bradicardia	Disminución de la frecuencia cardiaca d	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Signo: edema	Aumento de volumen en miembro inferiores.	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica	inal s	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Complicación: bocio	Aumento de tamaño de la glándula tiroides	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 no	Historia clínica
Complicaciones cardiacas	Presencia de arritmias, infarto de miocardio	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Complicaciones psiquiátricas	Presencia de pérdida de memoria, trastornos cognitivos y falta de capacidad de concentración	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica
Complicaciones neurológicas	Presencia de convulsiones y neuropatía periférica	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 No = 2	Historia clínica



Complicaciones : mixedema	Trastorno raro, que pone en riesgo la vida, que se por hipotiroidismo no diagnosticado	Cualitativa	Reporte consignado en la historia clínica.	Nominal	Si = 1 no =2	Historia clínica
------------------------------	--	-------------	---	---------	-----------------	------------------



CAPÍTULO IV.

MARCO METODOLÓGICO

A. Tipo de investigación

Se realizará un trabajo observacional, analítico, transversal y retrospectivo en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

B. Diseño de investigación

Transversal

C. Población y Muestra

1. Población:

Pacientes adultos mayores ingresados por consultorio externo de medicina y endocrinología con el diagnóstico de hipotiroidismo en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2023.

2. Tamaño de muestra: Se utilizará la siguiente fórmula muestral:

Se trabajará con las historias de los pacientes ingresados en la base de datos del departamento de medicina y endocrinología, con el diagnóstico de hipotiroidismo, que tengan la edad mayor o igual a 60 años en el año 2023.

Se tiene un total de 87 pacientes con hipotiroidismo, mayor o igual de 60 años, motivo por el cual no se realizará ninguna fórmula matemática para la obtención de la muestra, ya que se abarcará todos los pacientes.

3. Selección de la muestra:

El muestreo será no probabilístico consecutivo en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.



C. Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años con hipotiroidismo

E. Material y Métodos

- En primer lugar, se solicitará la autorización al director del Hospital Carlos Monge Medrano y a la Universidad Nacional del Altiplano para la aprobación de este proyecto.
- Luego se coordinará con el personal de archivo para obtener la autorización y acceder a las historias clínicas de los niños con crisis asmática.
- Antes de registrar la información en la ficha de recolección, se realizará la evaluación de los criterios de selección.
- Se procederá a revisar todas las historias clínicas de niños con crisis asmática que cumplan con los criterios de selección antes mencionados.
- Las fichas de recolección serán enumeradas y revisadas para evaluar el control de calidad del llenado.
- Finalmente, estos serán vaciados a una base de datos del programa SPSS versión 29 en español, para su posterior análisis.

F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos

1. Instrumentos:

La técnica para utilizar será la documental, mientras que el instrumento será la ficha de recolección, la cual estará conformada por las siguientes secciones:

Datos personales

Características clínicas

Tratamientos

El contenido de esta ficha de recolección pasará por evaluación de juicio de expertos para ser validada realizando la contrastación de sus mediante una prueba binomial (ver anexos).



2. Procedimiento de recolección de datos:

Por tratarse de una ficha de recolección se recurrirá a un juicio de expertos conocedores del tema, para validar el contenido del instrumento en función a los objetivos del estudio. Luego se procederá al llenado de las fichas de acuerdo con la información de las historias clínicas. No es necesario el consentimiento informado dado que es un estudio retrospectivo.

Las fichas de recolección de datos estarán custodiadas en archivadores con llave y solo podrán ser accedidas bajo supervisión del equipo de investigación.

El investigador declara no presentar ningún conflicto de intereses.

Se plantea difundir los resultados obtenidos mediante la publicación en una revista científica

G. Análisis estadístico de datos.

Se elaborará una base de datos en el programa SPSS 29, la cual pasará por un proceso de control de calidad para el posterior análisis estadístico correspondiente.

Análisis descriptivo

Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó las frecuencias absolutas y relativas (%); para las variables cuantitativas se calculó las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Análisis inferencial

Para determinar la relación entre variables, se usará la prueba Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%, es decir un $p < 0.05$ será considerado significativo, y para comparar promedios de grupos independientes se usará la prueba t de Student.

Presentación de resultados

Los resultados serán presentados en tablas simples y dobles, además de gráficos estadísticos como el de barras y/o circulares de acuerdo a la operacionalización de variables. Se usará el programa Microsoft Excel 2017.



CAPÍTULO V.

CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

A. Cronograma:

ACTIVIDAD	(Año) 2024				
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
1. Planteamiento del Problema y revisión de Bibliografía	X				
2.Elaboración del proyecto	X				
3.Presentación del Proyecto	X				
4.Recolección de datos		X			
5.Procesamiento de datos			X		
6.Elaboración de informe Final				X	
7.Presentación del Informe final					X

B. Presupuesto:

GASTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (S/)	COSTO TOTAL (S/)
Papel bond 80 grs.	millar	1	10.00	10.00
Fotocopiado	ciento	1	12.00	12.00
Lapiceros	unidad	3	3.00	9.00
Lápiz	unidad	2	2.00	4.00
Fólderes	unidad	4	1.50	6.00
Movilidad local	unidad	30	5.00	150.00
Empastado	unidad	4	35.00	140.00
Total				331.00



CAPÍTULO VI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, Gunter EW, Spencer CA, Braverman LE. Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2002;87(2):489–499. [[PubMed](#)]
2. Bahemuka M, Hodkinson HM. Screening for hypothyroidism in elderly inpatients. *Br Med J.* 1975;2(5971):601–603. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
3. Tunbridge WM, Evered DC, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark F, Evans JG, Young E, Bird T, Smith PA. The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. *Clin. Endocrinol. (Oxf).* 1977;7(6):481–493. [[PubMed](#)]
4. Sawin CT, Castelli WP, Hershman JM, McNamara P, Bacharach P. The aging thyroid. Thyroid deficiency in the Framingham Study. *Arch. Intern. Med.* 1985;145(8):1386–1388. [[PubMed](#)]
5. Brochmann H, Bjørø T, Gaarder PI, Hanson F, Frey HM. Prevalence of thyroid dysfunction in elderly subjects. A randomized study in a Norwegian rural community (Naerøy). *Acta Endocrinol.* 1988;117(1):7–12. [[PubMed](#)]
6. Bagchi N, Brown TR, Parish RF. Thyroid dysfunction in adults over age 55 years. A study in an urban US community. *Arch. Intern. Med.* 1990;150(4):785–787. [[PubMed](#)]
7. Luboshitzky R, Oberman AS, Kaufman N, Reichman N, Flatau E. Prevalence of cognitive dysfunction and hypothyroidism in an elderly community population. *Isr. J. Med. Sci.* 1996;32(1):60–65. [[PubMed](#)]
8. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway EC. The Colorado thyroid disease prevalence study. *Arch. Intern. Med.* 2000;160(4):526–534. [[PubMed](#)]
9. Bembien DA, Winn P, Hamm RM, Morgan L, Davis A, Barton E. Thyroid disease in the elderly. Part 1. Prevalence of undiagnosed hypothyroidism. *J Fam Pract.* 1994;38(6):577–582. [[PubMed](#)]
10. Drinka PJ, Nolten WE. Prevalence of previously undiagnosed hypothyroidism in residents of a midwestern nursing home. *South. Med. J.* 1990;83(11):1259–1261, 1265. [[PubMed](#)]



11. Muller GM, Levitt NS, Louw SJ. Thyroid dysfunction in the elderly. *S. Afr. Med. J.* 1997;87(9):1119–1123. [[PubMed](#)]
12. Sawin CT, Geller A, Hershman JM, Castelli W, Bacharach P. The aging thyroid. The use of thyroid hormone in older persons. *JAMA.* 1989;261(18):2653–2655. [[PubMed](#)]
13. Surks MI, Hollowell JG. Age-specific distribution of serum thyrotropin and antithyroid antibodies in the US population: implications for the prevalence of subclinical hypothyroidism. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2007;92(12):4575–4582. [[PubMed](#)]
14. Kung AW, Janus ED. Thyroid dysfunction in ambulatory elderly Chinese subjects in an area of borderline iodine intake. *Thyroid.* 1996;6(2):111–114. [[PubMed](#)]
15. Szabolcs I, Podoba J, Feldkamp J, Dohan O, Farkas I, Sajgó M, Takáts KI, Góth M, Kovács L, Kressinszky K, Hnilica P, Szilágyi G. Comparative screening for thyroid disorders in old age in areas of iodine deficiency, long-term iodine prophylaxis and abundant iodine intake. *Clin. Endocrinol. (Oxf).* 1997;47(1):87–92. [[PubMed](#)]
16. Dayan CM, Daniels GH. Chronic autoimmune thyroiditis. *The New England journal of medicine.* 1996;335(2):99–107. [[PubMed](#)]
17. Mariotti S, Chiovato L, Franceschi C, Pinchera A. Thyroid autoimmunity and aging. *Exp. Gerontol.* 1998;33(6):535–541. [[PubMed](#)]
18. Pinchera A, Mariotti S, Barbesino G, Bechi R, Sansoni P, Fagiolo U, Cossarizza A, Franceschi C. Thyroid autoimmunity and ageing. *Horm. Res.* 1995;43(1–3):64–68. [[PubMed](#)].
19. Díez JJ. Hypothyroidism in patients older than 55 years: an analysis of the etiology and assessment of the effectiveness of therapy. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2002;57(5):M315–320. [[PubMed](#)]
20. Blahos J, Soumar J. The role of age in the development of hypothyroidism after treatment with radioiodine. *Endokrinologie.* 1975;64(2):196–200. [[PubMed](#)]
21. Holm LE. Changing annual incidence of hypothyroidism after iodine-131 therapy for hyperthyroidism, 1951-1975. *J. Nucl. Med.* 1982;23(2):108–112. [[PubMed](#)]
22. Sridama V, McCormick M, Kaplan EL, Fauchet R, DeGroot LJ. Long-term follow-up study of compensated low-dose 131I therapy for Graves' disease. *N. Engl. J. Med.* 1984;311(7):426–432. [[PubMed](#)]
23. Max MH, Scherm M, Bland KI. Early and late complications after thyroid operations. *South. Med. J.* 1983;76(8):977–980. [[PubMed](#)]



24. Tell R, Sjödin H, Lundell G, Lewin F, Lewensohn R. Hypothyroidism after external radiotherapy for head and neck cancer. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 1997;39(2):303–308. [[PubMed](#)]
25. Taurys Navarro W, Cañarte Alcivar J, Anzules Guerra J. Consideraciones clínicas e inmunológicas del hipotiroidismo subclínico. *Dialnet.* (3):818-836 [Internet]. 2019 [citado 28 Julio 2020];. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097524>
26. Huamán Gonzáles E. Hipotiroidismo y Diabetes Mellitus Tipo 2 en Adultos Mayores en la Beneficencia Pública de Jaén 2019 [Internet]. *Repositorio.unj.edu.pe.* 2020 [citado 28 Julio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unj.edu.pe/handle/UNJ/131>
27. López-Macías I, Hidalgo-Requena A, Pérez-Membrive E, González-Rodríguez M, Bellido-Moyano C, Pérula-de Torres L. Hipotiroidismo adulto en una zona básica de salud. *Medicina de Familia SEMERGEN.* 2018; 44 (3): 174-179.
28. Gutiérrez S, Hernandez E, Camargo V, Arteaga C, Ramos M. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de hipotiroidismo. *Anales Facultad de medicina.* 80(2):264-5. [Internet] 2019. Disponible en: <https://10.15381/anales.802.16425>
29. Villalba Nuñez M. Hipotiroidismo en el Anciano. *Argentina de Gerontología y Geriatria.*30(2):84-89. [Internet]. 2020 [citado 31 Julio 2020]. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2016/11/Hipotiroidismo-en-el-Anciano-Villalba-84-89.pdf>
30. Velásquez Viveros P, Osorio Ospina F. Vista de Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos por hipertiroidismo e hipotiroidismo en el servicio de endocrinología de una institución hospitalaria de Medellín (Colombia) entre 2013 y 2015. *Archivos de Medicina* (2):311-318 [Internet]. 2017 [citado 31 Julio 2020] Disponible en : <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1920/3031>
31. Frias Lopez M, Tárraga López P. Hipotiroidismo subclínico y factores de riesgo cardiovascular. *scielo* 26(6):1355-1362. [Internet]. 2012 [citado 31 Julio 2020] Disponible: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n6/24_original_11.pdf
32. Gonzales Gonzales C, Deza Becerra F. Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque.



- scielo 75(2):327-330. [Internet]. 2014 [citado 28 Julio 2020]. Disponible:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n4/a06v75n4.pdf>
33. Marí Silva M, Toderescu P, Alonso Gordo J, Pérez Rodríguez M, Sánchez González M, Dumbraveanu A. Hipotiroidismo en tratamiento en el Área de Salud de Guadalajara (España): características y prevalencia estimadas a partir del consumo de hormona tiroidea. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2012; 5 (2): 89-96.

CAPÍTULO VII

ANEXOS.

1. FICHA DE DATOS

I.- Datos personales

- Iniciales Nombre y apellidos:
- Edad: sexo:
- N° historia DNI:

II: _ Características clínicas y epidemiológicas:

2.1 Tipo de hipotiroidismo:

primario () central () Subclínico ()

2.2 Factores de riesgo

- Antecedentes familiares de enfermedad tiroidea: si () no ()
- Diabetes: si () no ()
- Enfermedad celíaca: si () no ()
- Tratamiento con yodo radioactivo: si () no ()
- Medicamento anti-tiroideos: si () no ()
- cirugía de tiroides: si () no ()
- Tratamiento con radioterapia: si () no ()

2.3.- Clínica:

2.3.1.- Síntomas:

- Cansancio: si () no ()
- Ganancia de peso: si () no ()
- Tendencia al sueño: si () no ()
- Enlentecimiento de funciones intelectuales: si () no ()
- Estreñimiento: si () no ()
- Intolerancia al frío: Si () no ()
- Parestesias: si () no ()
- Dolor articular: Si () no ()

2.3.2.- Signos:

- Piel seca: si () no ()
- Ronquera: si () no ()
- Movimientos lentos: si () no ()



- Hiporreflexia: si () no ()
- Bradicardia: si () no ()
- Edema: si () no ()
- otros:

2.4.- Complicaciones:

- Bocio: si () no ()
- Problemas cardiacos:
 - Isquemia miocardia: si () no ()
 - Insuficiencia cardiaca: si () no ()
 - Arritmia: si () no ()
- Problemas de psiquiátricos:
 - Presencia de pérdida de memoria: si () no ()
 - Trastornos cognitivos si () no ()
 - Falta de capacidad de concentración Si () no ()
- Problemas neurológicos:
 - Neuropatía periférica: si () no ()
 - Convulsiones: si () no ()
- Mixedema: si () no ()
- otros:



34. Validación por juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....

 Firma y sello



35. Validación por juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....

 Firma y sello



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo JUSTO JOSAN QUICO PACARI,
identificado con DNI 42839958 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA INTERNA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL
HIPOTIROIDISMO EN ADULTOS MAYORES EN EL
HOSPITAL CARLOS MONTE MORAÑO DE JULIACA"

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 11 de Junio del 2022

FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo JUSTO JHOJAN GUICO PACORI,
identificado con DNI 42839958 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA INTERNA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS
DEL HIPOTIRROIDISMO EN ADULTOS MAYORES
EN EL HOSPITAL CARLOS MONTE MEDIANO DE JULIACA 2023"

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 11 de JUNIO del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella