

Actuación de enfermería ante el Síndrome de Sheehan en pacientes: una revisión bibliográfica

Nursing action in patients with Sheehan's syndrome: A literature review

Patricia Alexandra Espinoza Loja

RESUMEN

Se busca determinar la prevalencia y los factores de riesgo del Síndrome de Sheehan, así como explorar los abordajes terapéuticos, identificar complicaciones frecuentes y evaluar intervenciones de enfermería. Se efectuó una revisión de 50 artículos seleccionados por su relevancia. La prevalencia registrada es de 14 millones de casos de hemorragia posparto anualmente, con una incidencia global del Síndrome de Sheehan de 1 en 100,000 nacimientos. El embarazo y la subsiguiente hemorragia posparto se presentan como los principales factores precipitantes. El tratamiento eficaz requiere un reemplazo hormonal permanente. Las complicaciones clave incluyen la agalactia, la amenorrea y el hipopituitarismo. Las intervenciones de enfermería se centran en el manejo de los síntomas y la implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). La hemorragia posparto que excede los 1000 ml de pérdida sanguínea, con una reposición insuficiente de volumen, es un antecedente común en las pacientes con el síndrome de Sheehan.

Palabras clave: Síndrome de Sheehan; insuficiencia pituitaria; hemorragia posparto; abordaje terapéutico; intervenciones de enfermería.

Patricia Alexandra Espinoza Loja

Instituto Superior Tecnológico Universitario San Isidro | Cuenca | Ecuador. patriciaespinoza@sanisidro.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4767-0541>

<http://doi.org/10.46652/rgn.v9i40.1203>
ISSN 2477-9083
Vol. 9 No. 40 abril-junio, 2024, e2401203
Quito, Ecuador

Enviado: febrero 22, 2024
Aceptado: abril 26, 2024
Publicado: mayo 11, 2024
Publicación Continua



ABSTRACT

The aim was to determine the prevalence and risk factors of Sheehan's syndrome, as well as to explore therapeutic approaches, identify common complications and evaluate nursing interventions. A review of 50 articles selected for their relevance was carried out. The reported prevalence is 14 million cases of postpartum hemorrhage annually, with an overall incidence of Sheehan's syndrome of 1 in 100,000 births. Pregnancy and subsequent postpartum hemorrhage are presented as the main precipitating factors. Effective treatment requires permanent hormone replacement. Key complications include agalactia, amenorrhea, and hypopituitarism. Nursing interventions focus on symptom management and implementation of the Nursing Care Process (NCP). Postpartum hemorrhage exceeding 1000 ml of blood loss, with insufficient volume replacement, is a common history in patients with Sheehan's syndrome.

Keywords: Sheehan syndrome; pituitary insufficiency; postpartum hemorrhage; therapeutic approach; nursing interventions.

Introducción

El síndrome de Sheehan se caracteriza por la necrosis de la glándula pituitaria, a menudo a raíz de una hemorragia después del parto, lo que conduce a un hipopituitarismo. Las embarazadas se encuentran en un riesgo elevado de desarrollar esta enfermedad, ya que el tamaño de la glándula pituitaria aumenta como una adaptación fisiológica al embarazo. Este crecimiento puede comprimir los vasos sanguíneos, incrementando significativamente la probabilidad de sufrir un shock hemorrágico durante el alumbramiento (Merin et al., 2019). Actualmente, se estima que el 32% de las mujeres que experimentan una hemorragia posparto severa podrían desarrollar hipopituitarismo. Además, se ha identificado que la hipotensión y el vasoespasmo de las arterias que irrigan la hipófisis complican aún más el flujo sanguíneo hacia la parte anterior de esta glándula. Esto se agrava durante el embarazo, momento en el cual la hipófisis se vuelve más vulnerable a la falta de oxígeno debido al incremento en los niveles de estrógenos (Khan et al., 2017).

El síndrome de Sheehan se asocia con la hemorragia posterior al parto, debido a que puede provocar un daño en la hipófisis a consecuencia de un colapso vascular, resultando en la necrosis isquémica de esta glándula. Dicha condición puede desencadenar serias complicaciones en el sistema de coagulación, similar a lo observado en casos de pacientes con placenta previa. La severidad del daño a la hipófisis es lo que define el grado de disfunción hipofisaria, teniendo en cuenta que esta glándula posee una capacidad de reserva secretora del 75%, la cual es incapaz de regenerarse (Khan et al., 2017).

De acuerdo con información estadística de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), para el año 2017, se contabilizaron 295,000 muertes maternas a nivel global, lo que indica una disminución del 35% en comparación con el año 2000, cuando se reportaron 451,000 decesos. La tasa de mortalidad materna se situó en 211 fallecimientos por cada 100,000 nacimientos vivos, con una reducción del 2.9% en la tasa de mortalidad materna desde el año 2000 hasta 2017. En Ecuador, según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC,

2021), la hemorragia postparto se identifica como la segunda causa principal de morbilidad y mortalidad materna. Para el año 2020, se documentaron 191 muertes maternas, equivalente a una tasa de mortalidad materna de 57.6 por cada 100,000 nacimientos vivos. En consecuencia, se reconoce que la hemorragia postparto grave constituye la causa más significativa de morbilidad y mortalidad materna, siendo responsable del 27.1% de las muertes maternas a nivel mundial (Liu et al., 2021; Hajar, 2021).

Los riesgos incluyen la inaccesibilidad a servicios médicos en zonas rurales por la falta de profesionales de la salud; el no reconocimiento oportuno de la hipovolemia; una inadecuada reposición de sangre y líquidos; y un diagnóstico médico no asertivo. Estas circunstancias pueden provocar complicaciones en embarazadas, entre ellas, el Síndrome de Sheehan (García et al., 2018). No obstante, es crucial reconocer que el estado de gestación por sí mismo actúa como un disparador del Síndrome de Sheehan, debido a los cambios fisiopatológicos en las embarazadas que hacen a la glándula pituitaria más susceptible en eventos de hemorragia postparto. Los estudios indican que la pérdida de sangre en mujeres que no están embarazadas raramente conduce a hipopituitarismo, lo que respalda esta hipótesis. Asimismo, las mujeres con historial de hemorragia postparto presentan un riesgo tres veces mayor de experimentar hemorragias en futuros alumbramientos (Castillo et al., 2019; Aggarwal et al., 2016).

Respecto al tratamiento terapéutico, es crucial entender que las afectadas necesitan una terapia hormonal sustitutiva de por vida por la carencia hormonal vinculada a su enfermedad. Así, la gestión del hipotiroidismo en estos casos resulta ser un tema de debate, dado que el uso extendido de hormonas podría inducir al Síndrome de Cushing, lo que complica aún más el estado clínico y eleva las cifras de morbilidad y mortalidad, además de constituir un desafío para la salud pública (Schury et al., 2017; Calvacante et al., 2019).

Entre las complicaciones más habituales en pacientes con Síndrome de Sheehan, la amenorrea destaca como una consecuencia común debido al desbalance hormonal. Este desajuste puede agravar el estado patológico provocando agalactia, hipotensión, intolerancia al frío, convulsiones que pueden avanzar hacia la eclampsia, afasia, demencia, crisis de Addison, anemia y atrofia de las mamas. Dichas complicaciones impactan directamente en la funcionalidad de las seis hormonas primordiales secretadas por la glándula pituitaria. Por ende, cualquier deficiencia o disfunción de esta glándula puede llevar al fenómeno conocido como “silla turca vacía”, que se refiere a la disminución total o parcial de la glándula (Rahim et al., 2018; Sethuram et al., 2018).

El modelo de atención enfermera se estructura en cinco fases críticas: evaluación, diagnóstico, organización, implementación y valoración. A lo largo de estas fases, se llevan a cabo acciones de enfermería específicas para pacientes con el síndrome de Sheehan. Durante la fase de evaluación, se recopilan tanto datos objetivos como subjetivos, los cuales son esenciales para establecer un diagnóstico preciso y a tiempo, seguido por la elaboración de un plan de cuidados ajustado a la enfermedad, enfocándose en atenciones pertinentes a la causa subyacente. Posteriormente, se realizan las intervenciones de enfermería, personalizadas según las necesidades del individuo, finalizando con un proceso de valoración que garantiza la efectividad y satisfacción del tratamiento (Narváez et al., 2019).

En el ámbito de la prevención primaria, es crucial que el personal de enfermería realice un seguimiento exhaustivo de las mujeres en el proceso de dar a luz, especialmente durante la tercera fase del parto, que es un momento crítico para el inicio de hemorragias. Un sangrado que no se detecte ni se trate a tiempo puede desarrollarse de forma lenta y sostenida después del alumbramiento, provocando un shock hipovolémico repentino en la paciente, situación que podría desencadenar el Síndrome de Sheehan (MSP, 2013).

En Ecuador, se están estableciendo protocolos dirigidos a disminuir la mortalidad materna ocasionada por hemorragias posparto inmediatas. La urgencia de esta situación ha impulsado la generación de tácticas para que el equipo de salud responda de manera unida, pronta y efectiva ante una hemorragia posparto. Entre estas tácticas se encuentra la implementación de la Clave Roja, la cual desempeña un papel importante en la reducción de la incidencia de condiciones crónicas como el Síndrome de Sheehan (Suntaxi, 2021).

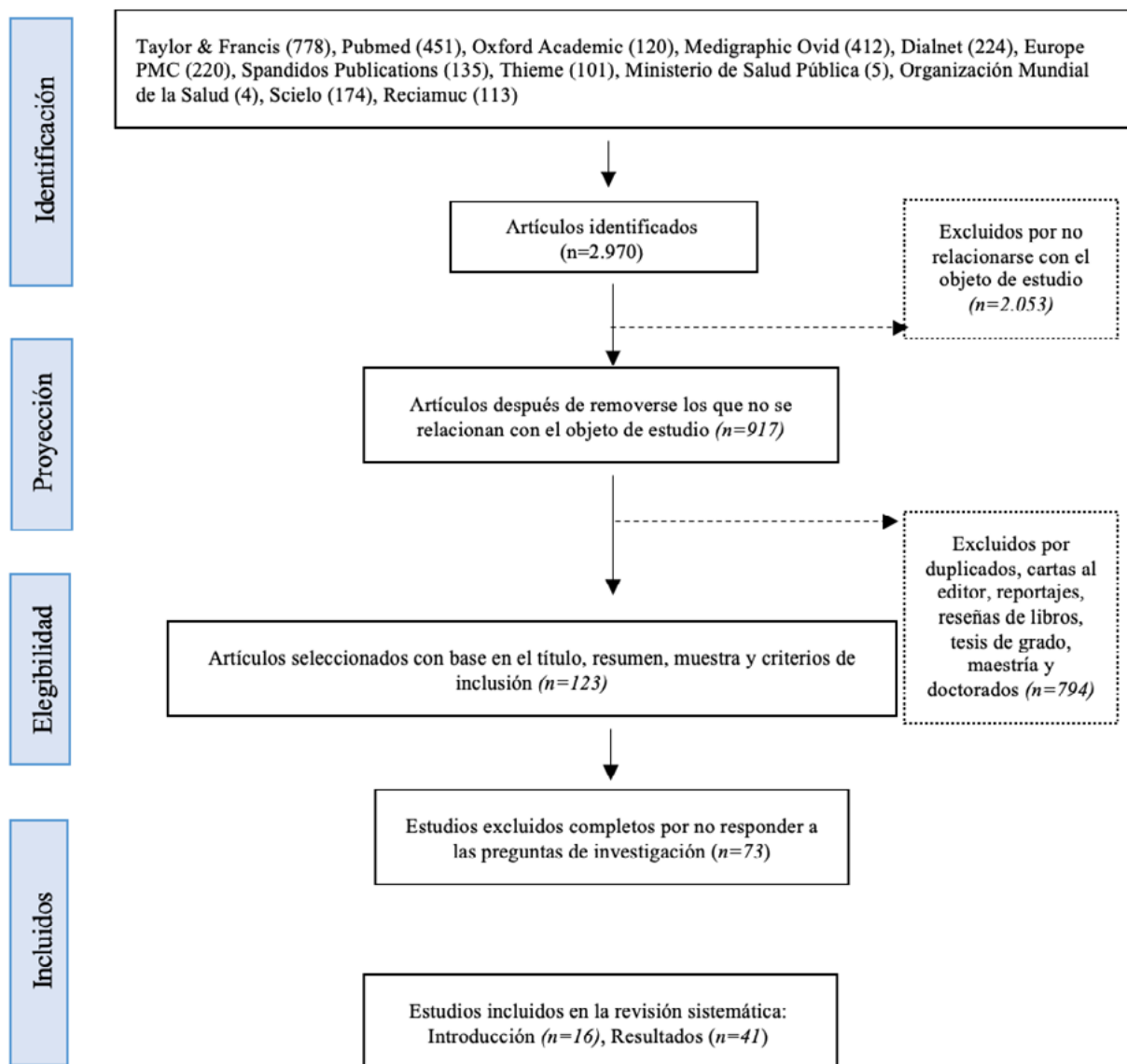
Para la realización de este estudio, se examina la prevalencia del Síndrome de Sheehan, identificando los factores de riesgo asociados, explorando las estrategias terapéuticas, detallando las complicaciones que surgen de este síndrome, y describiendo las acciones de enfermería especializadas dirigidas al tratamiento y manejo del Síndrome de Sheehan. El estudio no se desarrolló en ningún contexto específico.

Metodología

Esta investigación se basa en una revisión bibliográfica de tipo narrativo enfocada en la Intervención de Enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan. Para ello, se han consultado estudios científicos publicados en páginas institucionales de organizaciones del área de salud y en bases de datos científicas como Taylor & Francis, PubMed, Medigraphic, Oxford Academic, Ovid, Dialnet, Europe PMC, Spandidos, Thieme, el Ministerio de Salud Pública, la OMS, Redalyc, Reciamuc y Scielo. Las ecuaciones de búsqueda fueron estructuradas con los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en inglés, español y portugués, utilizando los operadores booleanos AND y OR. Algunas de las combinaciones utilizadas fueron: “síndrome AND Sheehan”, “enfermería AND Sheehan”, “Nursing AND Sheehan AND síndrome”, “Gestação espontânea AND Síndrome de Sheehan”, “Hemorragia Obstétrica AND Posparto”, “Sheehan AND Syndrome”, entre otras.

En la fase inicial de la investigación, se realizó una búsqueda en estas bases de datos, alcanzando un total de 2,970 registros. Tras la revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron 920 trabajos de investigación, excluyendo 2,050 por no estar relacionados con el tema. De estos, se eligieron 120 artículos para una lectura completa, descartando aquellos que no respondían al objetivo del estudio. Se excluyeron 15 artículos por estar repetidos en distintas revistas y 28 por falta de acceso directo. Finalmente, se utilizaron 81 artículos completos relacionados con el tema. Tras una selección más rigurosa, se emplearon 50 documentos científicos para responder a las preguntas de investigación: 16 en la introducción, 31 artículos de campo, una guía del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y dos documentos de la OMS para el análisis, redacción de resultados y discusión.

Figura 1. Flujo de la búsqueda bibliográfica de los documentos incluidos y elegidos Intervención de enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan.



Fuente: Modelo basado en el Prisma.

Resultados

De los 81 artículos científicos inicialmente seleccionados para esta investigación, se excluyeron 31 estudios que no cumplían con los criterios de inclusión. De los 50 artículos restantes, 31 son estudios de campo y 16 se utilizaron en la introducción, junto con una Guía del Ministerio de Salud Pública de Ecuador y dos documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Todos ellos contribuyen a responder a las preguntas de investigación planteadas.

Prevalencia del Síndrome de Sheehan

Identificado por primera vez en 1937, el Síndrome de Sheehan es una afección crónica que impacta primordialmente a mujeres postparto que han experimentado hemorragias severas. Se caracteriza por la disfunción de la glándula pituitaria, que puede variar en intensidad desde desbalances hormonales hasta necrosis isquémica, pudiendo culminar en un panhipopituitarismo. Este último se clasifica según su severidad (leve, moderada o severa) y extensión (parcial o total), lo que influye en la secreción hormonal de la glándula pituitaria (Castillo et al., 2019; Barrios y Boal, 2019, Rodríguez et al., 2017).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018; Fong, 2019), cerca de 14 millones de mujeres a nivel global experimentan hemorragias posparto cada año, un factor de riesgo clave para el Síndrome de Sheehan. En 2017, las muertes maternas alcanzaron las 295,000 a nivel mundial, con una tasa de mortalidad de 211 por cada 100,000 nacidos vivos. Es de notar que un 9.2% de estas defunciones corresponden a mujeres en edad reproductiva (15-49 años) debido a complicaciones durante el parto, lo cual se relaciona con la probabilidad de desarrollar el Síndrome de Sheehan.

La hemorragia posparto juega un papel fundamental en el desarrollo de este síndrome, presente en un 21% de los partos distócicos y un 15% de los eutócicos, especialmente cuando la pérdida de sangre supera los 1000 ml en las 24 horas subsecuentes (Hernández y García, 2016; Hu et al., 2017). A nivel mundial, su incidencia se estima en 1 caso por cada 100,000 nacimientos, siendo la principal causa de insuficiencia hipofisaria en países desarrollados y con una prevalencia de 5 por cada 100,000 nacimientos en naciones en desarrollo. La frecuencia varía entre 0 y 30% tras una hemorragia posparto, considerándose rara en países industrializados; sin embargo, su incidencia ha aumentado debido a la migración (Castillo et al., 2019; Narváez et al., 2019).

Merin et al. (2019), calculan que en 2013, aproximadamente 293,000 pacientes fallecieron globalmente por hemorragias posparto. Investigaciones en Islandia muestran una prevalencia del Síndrome de Sheehan de 5,1 por cada 100,000 mujeres, superior a lo esperado en un país desarrollado, mientras que en India, la incidencia llega al 3,1% entre mujeres que dan a luz en casa. En regiones en desarrollo, la prevalencia puede alcanzar hasta el 3.1% en ciertas áreas, con un alto número de casos en partos domiciliarios (Rodríguez et al., 2022).

Un estudio de Narváez et al. (2019), en España, abarcando 41 hospitales, reveló que el 60% de las muertes maternas fueron por hemorragia posparto, elevando el riesgo de incidencia del Síndrome de Sheehan. A su vez, en África y Asia del Sur, se estimaron 303,000 muertes maternas en 2015. Un estudio en Turquía por Gokalp et al. (2016), mostró una prevalencia del Síndrome de Sheehan del 62% debido a los partos en casa.

En América Latina, aproximadamente el 8.2% de las mujeres enfrentan hemorragia posparto, convirtiéndose en un detonante fundamental del Síndrome de Sheehan y un grave problema de salud pública. En México, las hemorragias obstétricas son la segunda causa principal de mortalidad materna, con 1,809 casos reportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Narváez et al., 2019; Paulino y Monteiro, 2018). Un análisis proyecta hasta 322,761 posibles casos en México en los próximos cinco años, basándose en datos de India, o cerca de 2,000 casos según cifras de Islandia, proponiendo la medición de TSH como método costo-efectivo para el diagnóstico precoz del Síndrome de Sheehan en mujeres con hemorragia obstétrica de grado III o IV (Laway y Baba, 2020).

En Ecuador, según el INEC (2021), la hemorragia posparto es la segunda causa de morbimortalidad materna, con 191 muertes maternas en 2020, reflejando una tasa de mortalidad de 57.6 por cada 100,000 nacidos vivos, incluyendo casos de Síndrome de Sheehan.

Choudhary et al. (2020), y Fahri et al. (2016), señalan que la compresión de las arterias hipofisarias, el vasoespasmo y la trombosis son causantes comunes de hipopituitarismo en países en desarrollo, con una prevalencia del 3% en mujeres mayores de 20 años. Aunque en países avanzados es menos común, sigue siendo una de las principales causas de deficiencia de la hormona de crecimiento, con un 3.1% de incidencia. Mir et al. (2018), describen el Síndrome de Sheehan como caracterizado por hipopituitarismo postparto, con una incidencia del 32% en mujeres con hemorragia posparto grave.

Merin et al. (2019), y Sethuram et al. (2018), concuerdan en que el Síndrome de Sheehan es una causa secundaria de hipercoagulabilidad asociada con embarazo y la subsiguiente trombosis en las arterias hipofisarias, destacando que en países en desarrollo la prevalencia es de 5.1 por cada 100,000 mujeres, donde la hemorragia posparto masiva sigue siendo común a pesar de los avances médicos y tecnológicos.

Tabla 1. Incidencia de hemorragia postparto.

País / Región	Incidencia de Hemorragia Postparto	Referencias
India	3.1% en gestantes con partos en domicilio	(1)
América Latina	8.2% de mujeres con hemorragia postparto crítica	(14,23)
México	Segunda causa de mortalidad obstétrica, 1,809 fallecimientos	(14,23)
Ecuador	Segunda causa de morbilidad y mortalidad materna, 191 muertes maternas en 2020, tasa de 57.6 por cada 100,000 nacidos vivos	(4)

Fuente: Revisión bibliográfica.

Factores de riesgo del Síndrome de Sheehan

El Síndrome de Sheehan es una afección endocrina crítica que se desencadena por una serie de factores de riesgo, principalmente asociados al embarazo y al periodo posparto. Los cambios fisiopatológicos que sufre la glándula pituitaria durante el embarazo aumentan su susceptibilidad a la isquemia en caso de hemorragia. Esta vulnerabilidad se manifiesta de manera significativa en mujeres con historial de hemorragia posparto, quienes tienen hasta tres veces más probabilidades de enfrentar sangrados en gestaciones subsiguientes. Interesantemente, aunque se pueden identificar factores de riesgo preparto en un 40% de los casos, lo cual sugiere una ventana para la prevención, un 60% de las pacientes manifiestan el síndrome sin factores de riesgo preexistentes identificables (Castillo et al., 2019; Hernández y García, 2016; Carnicer et al., 2020; Honegger y Giese, 2018).

En el contexto de la atención médica durante el parto, existen prácticas y situaciones que pueden incrementar el riesgo de hemorragia y, consecuentemente, del Síndrome de Sheehan. Una inadecuada cuantificación de la pérdida sanguínea y una mala praxis en la administración de medicamentos uterotónicos, junto con procedimientos obstétricos como la tracción del cordón umbilical o la episiotomía, pueden ser factores críticos. Además, condiciones maternas como la edad, la primigravidez, la obesidad, el embarazo múltiple y la preeclampsia, así como la presencia de placenta previa, representan riesgos adicionales significativos para la hemorragia posparto, intensificando las posibilidades de complicaciones vitales (Hernández y García, 2016).

Las enfermedades infecciosas como la fiebre del dengue también pueden ser factores precipitantes del síndrome, como lo ilustra el estudio de Pooja et al. (2017), donde se evidencia que la severidad del dengue puede desencadenar una hemorragia posparto. La pérdida de plasma y la hipovolemia resultante son las principales preocupaciones en estos casos.

Además, las investigaciones de Sethuram et al. (2018), enfatizan la relevancia de la hemorragia posparto como contribuyente significativo al desarrollo del Síndrome de Sheehan, una de las complicaciones más comunes relacionadas con la enfermedad. A menudo, el síndrome puede manifestar complicaciones que mimetizan otras patologías, lo que puede llevar a confusión en el diagnóstico y resultar en un tratamiento inadecuado, exacerbando la gravedad de la situación clínica y aumentando el riesgo de mortalidad materna. La importancia de una detección y manejo oportuno de una crisis hipofisaria aguda, que puede ser fatal, es subrayada en estudios como el de Zhan et al. (2021), donde se destaca la necesidad de una atención integral en la embarazada.

La literatura científica reciente ha identificado que los pacientes con Síndrome de Sheehan tienen una predisposición a enfermedades cardiovasculares debido a una variedad de factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos. Estos incluyen la obesidad abdominal, la dislipidemia y la inflamación crónica, junto con alteraciones en los perfiles de lípidos y glucosa. Los mismos

estudios sugieren que la deficiencia no tratada de hormona de crecimiento, el hipogonadismo y el uso excesivo de glucocorticoides contribuyen a estas anomalías. En este contexto, la terapia de reemplazo hormonal, incluyendo la hormona de crecimiento, podría mejorar estos perfiles cardiometabólicos, ofreciendo una estrategia de manejo integral (Powers et al., 2023).

Por otro lado, el embarazo por sí mismo presenta adaptaciones fisiológicas que pueden aumentar la probabilidad de infarto de la hipófisis, especialmente sin un crecimiento adecuado de la glándula para soportar el volumen sanguíneo incrementado. Esta situación puede provocar isquemia y daño permanente, afectando todas las vías endocrinológicas reguladas por la hipófisis. Los individuos diagnosticados con Síndrome de Sheehan necesitan una suplementación de esteroides vitalicia para la regulación de múltiples sistemas, particularmente el circulatorio (Mandal et al., 2022). Además, se ha observado que un volumen sellar más pequeño podría ser un factor no modificable para el desarrollo de la necrosis pituitaria postparto, como se refleja en estudios que reportan un volumen sellar significativamente menor en pacientes con Síndrome de Sheehan (Powers et al., 2023).

Todos estos hallazgos resaltan la complejidad del Síndrome de Sheehan y la importancia crítica de la identificación y manejo cuidadoso de los factores de riesgo para mejorar los resultados clínicos y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Abordaje terapéutico en el Síndrome de Sheehan

El tratamiento del Síndrome de Sheehan se enfoca en la terapia de reemplazo hormonal debido a las deficiencias hormonales causadas por el hipopituitarismo. Los pacientes requieren un suministro continuo de las hormonas que ya no pueden ser producidas por la pituitaria dañada, como las hormonas tiroideas, las suprarrenales y las sexuales (Fernández et al., 2020; Tzvi et al., 2019). Un aspecto crítico del tratamiento es la necesidad de iniciar la terapia con glucocorticoides antes de administrar hormonas tiroideas para evitar una posible crisis suprarrenal (Schury y Adigun, 2017; Taniguchi et al., 2020).

La dosificación de los medicamentos de reemplazo como la prednisona y la levotiroxina debe ser personalizada, tomando en cuenta la condición clínica específica de cada paciente (OMS, 2014; Barbosa et al., 2020; Shinde et al., 2017). La recomendación inicial para la terapia de reemplazo suele ser de 7.5 mg de prednisona y 100 mcg de levotiroxina diarios.

En el ámbito de la prevención, Ontano Moreno et al., 2019; Díaz et al., 2018, subrayan la importancia del ácido tranexámico para el control de hemorragias mayores a 500 ml o 1000 ml, especialmente tras el parto. Este fármaco actúa como un agente antifibrinolítico y no es teratogénico. Además, se ha observado que la falta de un diagnóstico correcto puede llevar a algunos pacientes a vivir años sin tratamiento, hasta que una crisis suprarrenal los lleva a ser diagnosticados adecuadamente mediante pruebas complementarias (Taniguchi et al., 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja el uso de medicamentos uterotónicos como la oxitocina y el masaje uterino para prevenir la hemorragia posparto. Además, se recomienda el manejo temprano de la hemorragia con cristaloides isotónicos y ácido tranexámico, así como medidas preventivas como el uso de balón intrauterino y prendas antishock para prevenir complicaciones como el Síndrome de Sheehan (OMS, 2014; Rojas et al., 2019).

Desde una perspectiva más reciente y de acuerdo con los avances en el conocimiento de esta enfermedad, el abordaje terapéutico se ha ampliado para incluir también el manejo de las comorbilidades asociadas. Por ejemplo, se presta atención a las complicaciones cardiovasculares y metabólicas, como la dislipidemia y la resistencia a la insulina, a través de tratamientos que pueden incluir la hormona de crecimiento. Esta terapia adicional puede mejorar significativamente el perfil cardiometabólico de los pacientes (Powers et al., 2023).

Además, las estrategias educativas y de comunicación efectiva, como el método de “enseñanza de retorno” (teach-back), han demostrado ser beneficiosas para disminuir la gravedad de las secuelas del Síndrome de Sheehan (Rabee et al., 2023). Estas intervenciones apuntan a fortalecer el conocimiento de las mujeres afectadas, aumentando su autoeficacia y reduciendo su morbilidad.

En resumen, el abordaje terapéutico para el Síndrome de Sheehan requiere un plan de tratamiento multifacético que no solo incluye una terapia de reemplazo hormonal a largo plazo y ajustada a cada caso, sino también estrategias preventivas, educativas y de manejo de comorbilidades para garantizar una calidad de vida óptima para los pacientes.

Complicaciones del Síndrome de Sheehan

Las complicaciones asociadas con el Síndrome de Sheehan pueden ser variadas y de gravedad considerable, debido en parte al diagnóstico tardío que a menudo caracteriza esta condición. Una de las complicaciones más notables es la “silla turca vacía”, que se observa en un rango del 5.5% al 23.5% de las pacientes. Además, anomalías endocrinas tales como diabetes mellitus, hipotiroidismo, síndrome de Addison, síndrome de Cushing, hiponatremia, hipoglucemia y amenorrea son comunes, y se presentan en aproximadamente el 25% al 50% de los individuos afectados. Síntomas como cefalea intensa, alteraciones visuales y de conciencia, y deficiencia en la lactancia son también frecuentes (Rahim et al., 2018; Ahmad et al., 2016; Zhan et al., 2021).

El Síndrome de Sheehan puede aumentar significativamente el riesgo de complicaciones perinatales en embarazos subsecuentes al desarrollo del hipopituitarismo. Se ha reportado que hay un aumento en la incidencia de hemorragia posparto y nacimientos de niños pequeños para la edad gestacional. La inercia uterina y las hemorragias posparto que son notoriamente comunes pueden estar vinculadas a la deficiencia de oxitocina. Las complicaciones resultantes de la disfunción uterina y placentaria por deficiencia hormonal enfatizan la necesidad de un monitoreo y manejo cuidadosos (Fein et al., 2019; González et al., 2018).

En cuanto a la crisis hipofisiaria aguda, esta es reconocida como una complicación potencialmente mortal del Síndrome de Sheehan. Las causas pueden ser variadas, incluyendo infecciones, traumatismos y el método de parto. Es fundamental identificar a las pacientes embarazadas con el síndrome para implementar terapia de reemplazo hormonal con urgencia y prevenir la depleción de volumen y el bajo gasto cardíaco (Fein et al., 2019). La función hipofisiaria puede no verse afectada por completo en todos los casos, dependiendo del tejido hipofisiario residual, lo que indica que el diagnóstico y el tratamiento deben ser altamente individualizados (Barrios et al., 2019).

Complicaciones como náuseas, vómitos posprandiales, somnolencia, trastornos mentales, letargia, agalactia posparto, amenorrea, hipotensión y edema periorbital son frecuentes en mujeres con Síndrome de Sheehan. Además, pueden presentar variaciones significativas en hormonas como la TSH, prolactina y T4 en exámenes de laboratorio (Barbosa et al., 2020). Complicaciones graves e irreversibles, incluyendo la muerte súbita y problemas cardiovasculares, son consecuencia a largo plazo de la patología y pueden ser detectadas a través de estudios continuados (Shinde et al., 2017).

Desde una perspectiva actualizada, las investigaciones más recientes han ampliado el espectro de las complicaciones conocidas del Síndrome de Sheehan, identificando también problemas de calidad de vida y condiciones endocrinas, cardiovasculares y metabólicas (Powers et al., 2023; Alqersh y Ahmed, 2023). La crisis adrenal es una de las complicaciones más serias, requiriendo una suplementación de esteroides vitalicia para el manejo adecuado de múltiples sistemas corporales, particularmente el sistema circulatorio (Mandal et al., 2022).

Por lo tanto, el tratamiento y el manejo del Síndrome de Sheehan debe ser integral y multidisciplinario, abarcando no solo la reposición hormonal personalizada sino también la atención a las comorbilidades para garantizar una mejor calidad de vida y minimizar el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Intervenciones de enfermería en el Síndrome de Sheehan

Las intervenciones de enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan son cruciales en todas las etapas de la atención médica y se adaptan a las necesidades específicas del contexto y del paciente. Desde las consultas prenatales hasta la atención hospitalaria de emergencias, el rol de la enfermería es integral para el manejo eficaz del síndrome y la prevención de sus complicaciones.

En el ámbito de la atención primaria de salud, las intervenciones comienzan con consultas prenatales donde se evalúan las constantes vitales y se completa el score mamá, una herramienta que evalúa el riesgo de mortalidad materna y fetal debido a complicaciones como la hemorragia posparto (Suntaxi, 2017). En situaciones críticas, las enfermeras son el primer contacto y están capacitadas para activar un código rojo.

Dentro del hospital, el Proceso de Enfermería (PAE) guía las intervenciones desde la valoración hasta la evaluación de la condición del paciente. El apoyo emocional a la madre es también vital para mitigar el estrés y sus posibles efectos negativos en el estado hemodinámico del paciente (Genetu et al., 2021).

La administración de fármacos uterotónicos, como la oxitocina, es una práctica común para prevenir la hemorragia posparto, y en su ausencia, se pueden emplear alternativas como la ergometrina o el misoprostol (Fariña et al., 2019; Sadiq y Chowdhury, 2021). La OMS recomienda la tracción controlada del cordón umbilical y el pinzamiento tardío del mismo para reducir la pérdida sanguínea (OMS, 2014; Carrillo et al., 2018).

Según Narváez et al. (2019) y Carrillo et al. (2018), el monitoreo cuidadoso del sangrado, las constantes vitales, y el manejo de líquidos y volumen sanguíneo son esenciales para controlar la hemorragia posparto y prevenir complicaciones como el Síndrome de Sheehan. Además, Rojas et al. (38) enfatizan la evaluación abdominal posparto para identificar atonía uterina y prefieren cristaloideos isotónicos para la reanimación con líquidos.

Las complicaciones más frecuentes en mujeres con Síndrome de Sheehan incluyen náuseas, vómitos, somnolencia, trastornos mentales, letargia, agalactia, amenorrea, hipotensión e hiponatremia, que se evidencian en alteraciones de laboratorio de hormonas como la TSH, prolactina y T4 (Barbosa et al., 2020). Las consecuencias graves e irreversibles, tales como la muerte súbita y problemas cardiovasculares, se observan a largo plazo y requieren atención sostenida y monitoreo riguroso (Shinde et al., 2017).

Desde la perspectiva más actualizada, las intervenciones de enfermería en el Síndrome de Sheehan se han expandido para incluir educación y manejo de síntomas, apoyo psicológico, promoción de la salud y prevención, y asesoramiento sobre la planificación familiar. Es esencial que las intervenciones sean informativas y educativas para mejorar el conocimiento y la autoeficacia del paciente en el manejo de su condición (Rabee" et al., 2023).

En resumen, el manejo del Síndrome de Sheehan a través de la enfermería requiere un enfoque multidisciplinario que abarca desde la evaluación inicial y la administración de tratamientos hasta la educación del paciente y el apoyo continuo para la gestión de síntomas y la prevención de complicaciones. Estas estrategias deben estar fundamentadas en una sólida base de evidencia y práctica clínica para garantizar los mejores desenlaces posibles para los pacientes con esta condición endocrinológica compleja.

Tabla 2. Síntesis de los aspectos abordados por la bibliografía revisada.

Aspecto	Descripción	Referencias
Artículos Seleccionados	De un total de 81 artículos evaluados, 31 fueron excluidos. Los 50 restantes fueron utilizados en la introducción y son complementados con una Guía del Ministerio de Salud Pública y dos documentos de la OMS.	14, 48
Prevalencia del Síndrome de Sheehan	Afecta principalmente a mujeres pos hemorragia postparto. La OMS reporta 14 millones de casos anuales, con una tasa de mortalidad materna de 211 por cada 100,000 nacidos vivos en 2017.	3, 19
Incidencia y Factores de Riesgo	La incidencia del síndrome se da en un 21% de partos distócicos y 15% de partos eutócicos cuando la pérdida de sangre excede los 1000 ml. La prevalencia global es de 1 por cada 100,000 nacimientos; en países en desarrollo, la prevalencia asciende a 5 por cada 100,000.	20, 21, 8, 14
Tratamiento	Consiste en terapia hormonal de por vida para corregir deficiencias endocrinas, con control estricto y personalización de la dosificación.	30, 31, 10, 32, 33, 35
Complicaciones	El diagnóstico tardío puede llevar a complicaciones graves, incluyendo trastornos endocrinos y mayor riesgo en embarazos posteriores.	12, 40, 41, 42, 43
Intervenciones de Enfermería	Claves en la valoración de riesgos, administración de fármacos, monitorización constante, y aplicación de protocolos para manejar la hemorragia postparto.	16, 44, 45, 46, 33, 47, 38, 49, 27, 15, 50

Fuente: Revisión bibliográfica.

Conclusiones

Tras esta revisión bibliográfica de diversos artículos científicos, se concluye que hay datos estadísticos significativos sobre la prevalencia del Síndrome de Sheehan, especialmente después de una hemorragia posparto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 14 millones de mujeres experimentan hemorragia posparto anualmente. En 2017, se registraron 295,000 muertes maternas a nivel mundial por complicaciones en el parto, lo que representa el 25% de todas las muertes maternas. En América Latina, el 8.2% de las mujeres gestantes experimentan hemorragia posparto, y en Ecuador, según datos del INEC de 2020, se registraron 191 muertes maternas, representando una tasa de mortalidad materna de 57.6 por cada 100,000 nacidos vivos.

Se identificaron factores desencadenantes del Síndrome de Sheehan, siendo el embarazo el más relevante. Durante la etapa perinatal, se producen cambios fisiopatológicos en la glándula pituitaria que la predisponen a la isquemia en caso de hemorragia. Además, muchos de los factores causantes de hemorragia posparto pueden ser prevenidos y tratados en un 40%.

El abordaje terapéutico del hipopituitarismo consiste en terapia de reemplazo hormonal de por vida, con un control estricto por parte de endocrinología. Las pacientes suelen ser tratadas con corticoides, levotiroxina y anticonceptivos orales, y el reemplazo de glucocorticoides es crucial para evitar la crisis hipofisiaria.

Según la investigación, la mayoría de las pacientes con el Síndrome de Sheehan experimentan como consecuencia principal una silla turca vacía, con una incidencia del 23.5% en las gestantes. Esto conlleva a complicaciones como diabetes mellitus, hipotiroidismo y síndrome de Addison, afectando al 25% de estas mujeres. Además, las pacientes con el síndrome tienen mayor vulnerabilidad a sufrir hemorragia posparto en embarazos posteriores, con un porcentaje del 12.50%.

A su vez, las intervenciones de enfermería en el Síndrome de Sheehan se centran en la prevención de la hemorragia posparto, aplicando técnicas y siguiendo las guías del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estas incluyen la administración de fármacos uterotónicos y la valoración de sus efectos secundarios, además de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, priorizando los cuidados para la paciente.

Finalmente, el estudio presenta varias limitaciones: Primero, la metodología se basa en una revisión bibliográfica de tipo narrativo, lo cual implica una selección subjetiva de estudios y podría introducir un sesgo en la selección de artículos. Además, aunque se realizó un extenso rastreo de bases de datos y se revisaron numerosos estudios, se excluyeron muchos artículos potencialmente relevantes por no estar directamente relacionados con el tema o por problemas de acceso, lo que podría afectar la comprensividad de la revisión. Otra limitación importante es que la revisión no se desarrolló dentro de un contexto específico, lo que puede limitar la aplicabilidad de los resultados a situaciones particulares o poblaciones específicas. Esto podría afectar la generalización de las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Referencias

- Aggarwal, H. K., Deepak, J., Pawar, S., Mittal, A., & Jian, P. (2016). Recurrent Hypoglycemia: an Uncommon Presentation in Sheehan Syndrome. *Eur J Gen Med*, 13(2), 155-157. <http://doi.org/10.15197/ejgm.1457>
- Ahmad, B., Ramzan, M., Sultan, M., Iqbal, A., & Raiz, A. (2016). Cardiac structural and functional abnormalities in females with untreated hypopituitarism due to Sheehan Syndrome: Response to hormone replacement therapy. *Endocrine Practice*, 22(9). [https://www.endocrinepractice.org/article/S1530891X\(20\)41692-1/fulltext](https://www.endocrinepractice.org/article/S1530891X(20)41692-1/fulltext)
- Alqersh, D. L. A., Ahmed, A. M. (2023). Effect of teach-back instructional sessions on severity of Sheehan's syndrome sequelae. *International Egypt Journal of Nursing Science and Research*, 4(1), 403-419. https://ejnsr.journals.ekb.eg/article_310328_6c32f83574cc2e2f6a5a23ac96ac4c7c.pdf
- Barbosa, M., Fernandes, D., Paiva da Costa, T., Sampaio, M., & Guerreiro, C. (2020). Dilated Cardiomyopathy Reversibility in Sheehan's Syndrome: A Case Report. *SBC*, 116(2 suppl 1), 17-20. <http://doi.org/10.36660/abc.20190547>
- Barrios Miras, E., & Boal Herranz, G. A. (2019). Un caso poco frecuente de hipogalactia severa materna: Síndrome de Sheehan. *Rev Matronas*, 2(7). <https://acortar.link/MPuH40>

- Carnicer, M., Villacampa, M., Marcos, P., Carrasco, M., & Cebrián, P. (2020). El papel de la matrona en la hemorragia postparto: a propósito de un caso. *Revista Electrónica Portales Médicos*, XV(12), 560. <https://acortar.link/I6hbHv>
- Carrillo, R., De la Torres, T., Nava, J., Posada, A., Pérez, A., & De la Torre, M. (2018). Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(3). <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma183b.pdf>
- Castillo Silva, M., Bravo Morales, F., & Jara, L. (2019). Diagnóstico del Síndrome de Sheehan. *Rev. Científica Investig. Actual. del mundo las Ciencias*, 3(3). <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/305/562>
- Choudhary, G., Soni, S., & Sadik, M. (2020). Sheehan's Syndrome: A rare cause of delayed recovery after anesthesia. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*, 10(1), 58-60. http://dx.doi.org/10.4103/joacc.JOACC_9_19
- de Sá Cavalcante, D., da Silva Castro, M., Quidute, A., Martins, M.R.A., Cid, A.M.P.L., de Barros Silva, P.G., Cadwell Williams Jr, J., Neves, F.S., Ribeiro, T.R., & Costa, F.W.G. (2019). Evaluation of bone texture imaging parameters on panoramic radiographs of patients with Sheehan's syndrome: a STROBE-compliant case-control study. *Osteoporosis International*, 30, 2257-2269. <https://doi.org/10.1007/s00198-019-05086-4>
- Díaz, V., Abalos, E., & Carroli, G. (2018). Methods for blood loss estimation after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513177/>
- Fahri, B., Halit, D., Funda, E., Dundar, M., & Simsek, Y. (2016). Genetic expressions of thrombophilic factors in patients with Sheehan's Syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 32(11). <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09513590.2016.1198763>
- Fariña, T., Castillo, R., & González, Y. (2019). Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. *Revista Médica Sinergia*, 4(10). <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms1910a.pdf>
- Fein, A., Wen, T., Wright, J., Goffman, D., D'Alton, M., Attenello, F., Mack, W. J., Friedman, A. M. (2019). Postpartum hemorrhage and risk for postpartum readmission. *Journal of Maternal and Neonatal Medicine*, 34(2), 187-194. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1601697>
- Fernández, L., Viruez, J., & Vera, O. (2020). Panhipopituitarismo secundario a hemorragia obstétrica profusa. *Cuadernos Hospital Clínico*, 61(2), 47-50. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762020000200006&lang=es
- Fong Pantoja, L. (2019). Morbilidad Materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo", Contramaestre 2014-2019. *Rev Inf Científica*, 1(1). <https://www.redalyc.org/journal/5517/551762954004/551762954004.pdf>
- García, L., Ramírez-Hernández, M., Moreno, M., Ramírez, E., & Gorbea Chávez, V. (2018). Hemorragia obstétrica posparto: Propuesta de un Manejo Básico Integral, Algoritmo de las 3 «C». *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(1). <http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>

- Genetu, A., Anemen, Y., Abay, S., Bante, A., & Mihrete, M. (2021). A 45-year-old female patient with Sheehan's syndrome presenting with imminent adrenal crisis: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 15(1). <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13256-021-02827-0>
- Gokalp, D., Gulistan, A., Tuzcu, A., Bahceci, M., & Tuzcu, S. (2016). Decades Without Diagnosis: Sheehan's Syndrome, a retrospective Analysis. *Gynecological Endocrinology*, 32(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27252045/>
- González, J. G., Borjas Almaguer, O. D., Salcido Montenegro, A., Rodríguez Guajardo, R., Elizondo Plazas, A. S., Montes-de-Oca-Luna, R., & Rodríguez-Gutiérrez, R. (2018). Sheehan's syndrome revisited: Underlying autoimmunity or hypoperfusion? *International Journal of Endocrinology*, 2018(1). <https://www.hindawi.com/journals/ije/2018/8415860/>
- Hajar, A. (2017). Psychosis as a Rare Late Manifestation of Sheehan's Syndrome. *Ec Psychol Psychiatry*, 1(1). <https://www.econicon.com/ecpp/pdf/ECPP-06-00197.pdf>
- Hernández Morales, M., & García de la Torre, J. (2016). Factores de Riesgo de Hemorragia Obstétrica. *Ginecol Obs Mex*, 1(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2016/gom1612d.pdf>
- Hernández, Y., Ruiz, M., Rodríguez, L., Cepero, A., & Monzón, M. (2017). Alternativas quirúrgicas conservadoras del útero ante la hemorragia postparto. *Medisur*, 15(5). <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu2017/msu175n.pdf>
- Honegger, J., & Giese, S. (2018). Acute pituitary disease in pregnancy: how to handle hypophysitis and Sheehan's syndrome. *Minerva Endocrinologica*, 43(4). <https://www.minervamedica.it/en/journals/minervaendocrinology/article.php?cod=R07Y2018N04A0465>
- Hu, J., Yu, Z., Wang, P., Shi, C., & Yang, H. (2017). Clinical Analysis of Postpartum Hemorrhage Requiring Massive Transfusions at a Tertiary Center. *Chinese Medical Journal (English)*, 130(5). <https://europepmc.org/article/MED/28229990>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2021). Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales. <https://acortar.link/Groa1S>
- Khan, N. A., Ekram, R., Mallick, P. K., Islam, M. R., & Amin, M. R. (2017). Partial Sheehan's Syndrome with Primary Hypothyroidism A Delayed Diagnosis. *J Med*, 18(2), 115-118. <https://www.banglajol.info/index.php/JOM/article/view/33692>
- Kluczyński, L., Gilis, A., Rogoziński, A., Pantofliński, J., & Hubalewska, A. (2019). Hypophysitis: new insights into diagnosis and treatment. *Endokrynologia Polska*, 70(3). https://journals.viamedica.pl/endokrynologia_polska/article/view/EP.a2019.0015/48699
- Laway, B. A., & Baba, M. S. (2023). Sheehan syndrome: Cardiovascular and metabolic comorbidities. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1086731. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1086731>
- Liu, C. N., Yu, F. B., Xu, Y. Z. H., Li, J. S. H., Guan, Z. H., Sun, M., Liu, C. A., He, F., & Chen, D. J. (2021). Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1). <https://europepmc.org/articles/PMC8077797>

- Mandal, S., Mukhopadhyay, P., & Ghosh, S. (2022). Quality of life in Sheehan Syndrome. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 26(3), 282. https://10.4103/ijem.ijem_100_22
- Merin, J., Amir, S., & Desai, R. (2019). Chronic Sheehan's Syndrome—A Differential to be considered in clinical Practice in Women with a History of Postpartum Hemorrhage. *Cureus*. https://assets.cureus.com/uploads/case_report/pdf/24517/1612429364-161242935520210204-18203-urmg35.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Guía-de-hemorragiaposparto.pdf>
- Mir, S. A., Shah, T., Singh, H., Shabir, I., & Laway, B. A. (2018). Serum Lipid and Leptin Concentrations in Patients with Sheehan Syndrome. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 22(4). <https://europepmc.org/articles/PMC6085965>
- Narváez, H., Flores, M., Apolo, M., & Ramos, R. (2019). Aplicación del proceso de Atención de Enfermería en pacientes con hemorragia de posparto inmediato, mediato, tardío. *Ocronos-Editorial Científico-Técnica*, 1(1). https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-hemorragiaposparto/#google_vignette
- Ontano Moreno, M. A., Mejía Velasteguí, A., & Avilés Arroyo, M. (2019). Uso del ácido tranexámico en hemorragia obstétrica. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7402137>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Tendencia en la mortalidad materna de 2000 a 2017*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516488>
- Parikh, R., Bucch, V., Makwana, M., & Buch, H. (2016). The Price of a 15-Year Delay in Diagnosis of Sheehan's Syndrome. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 29(2). <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08998280.2016.11929422?needAccess=true>
- Paulino, E. R., & Monteiro, C. (2018). Spontaneous Pregnancy in a Patient with Suspected Sheehan's Syndrome: Case Report. *Revista de Medicina da UFC*, 1(1). <http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/31231/95645>
- Pooja, P., Dixit, N., Kilapadi, K., Sebastian, A., & Gopal, S. (2017). Sheehan's syndrome in a dengue parturient. *Lankan Journal of Anaesthesiology*, 26(1). <https://slja.sljol.info/articles/abstract/10.4038/slja.v26i1.8286/>
- Powers, P., Jan, K., & Bommisetty, D. (2023). Adrenal Crisis in a Delayed Diagnosis of Sheehan Syndrome. *Cureus*, 15(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.44225>
- Rabee, H., Braik, T., Alnatour, R., Shamlawi, A., & Rashed, A. (2023). Sheehan's syndrome unveiled after decades without a diagnosis: A case report. *SAGE Open Medical Case Reports*, 11, 2050313X231209685. <https://doi.org/10.1177/2050313X231209685>

- Rahim, A., Baird, G. J., Ashton, D. E., Angstmann, T., & Lahoria, R. (2018). Acute Sheehan Syndrome Manifesting as Unremitting Headache. *The Neurohospitalist*, 8(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6022896/>
- Rivera, S., Chacón, C., & González, A. (2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Revista Médica Sinergia*, 5(6). <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512/86>
- Rodríguez Piña, M. D., Piña Vidal, N., Sosa Garcia, B. C., Lagos Robles, P., & Mendieta Zerón, H. (2022). Sheehan's syndrome expected prevalence in five years in Mexico. *Angol Journal of Health Sciences*, 3(1), 10-16. <https://doi.org/10.54283/RACSaude.v3i1.2022.p10-16>
- Rodríguez, G., Vieitez Ruano, B., & Pita Gutiérrez, F. (2017). Síndrome de Sheehan agudo. *Obs Ginecol*, 60(1). <https://acortar.link/XXIZTT>
- Rojas, L., Rojas, L., Villagómez, M., Rojas, E., & Rojas, A. (2019). Hemorragia posparto: nuevas evidencias. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*, 10(1). <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/182/197>
- Sadiq, S., & Chowdhury, A. (2021). A Case of Sheehan Syndrome 7 Years Postpartum with Transaminitis and Hyperlipidemia. *American Journal of Case Reports*, 22(1). <https://europepmc.org/article/PMC/8112285>
- Schury, M. P., & Adigun, R. (2017). Sheehan Syndrome. *StatPearls Publishing Treasure Island*. <http://europepmc.org/books/NBK459166>
- Sethuram, V., Viswanathan, S., & Rajeswari Aghoeram. (2018). Refractory Hypoglycemia and Seizures as the Initial Presenting Manifestation of Empty Sella Syndrome. *Cureus*, 10(6). <https://europepmc.org/articles/PMC6089698>
- Shinde, S., Sabnis, G., Lanjewar, C., & Kerkar, P. (2017). A rare endocrine cause of electrical storm: a case report. *European Heart Journal–Case Reports*, 1(2). <https://academic.oup.com/ehjcr/article/1/2/ytx008/4600568>
- Suntaxi, I. (2017). Atención Prehospitalaria de la Hemorragia Posparto Inmediato. *Rev Inv. Acad Educ*, 1(2). <https://www.revistaacademicaistcre.edu.ec/admin/postPDF/Atenciónprehospitalariadelahemorragiapospartoinmediato.pdf>
- Taniguchi, J., Sugawara, H., Yamada, H., Yoshida, K., Kurihara, I., Yoshida, M., ... (2020). Adrenal crisis precipitated by influenza A led to the diagnosis of Sheehan's syndrome 18 years after postpartum hemorrhage. *Wiley Online Library*, 8(1). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ccr3.3355>
- Tzvi, I., Olhowski, J., Mrav, F., Bashiri, A., & Barski, L. (2019). A rare cause of postpartum acute hyponatremia. *Endocrinology Diabetes Metabolism Case Reports*, (1). <https://edm.bioscientifica.com/view/journals/edm/2019/1/EDM18-0124.xml>
- Zain, A., Sivakumar, A., Akah, O., Shiza, S. T., Mahadevaiah, A., & Khan, A. (2022). A Rare Case of Sheehan Syndrome With Cardiac Tamponade. *Cureus*, 14(4), e24329. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9123339/>

Zhan, Y., Xu, T., & Wang, X. (2021). Perinatal Management and Outcomes of Pregnancy Following Sheehan Syndrome: A Case Report and Literature Review. *Maternal Medicine*, 3(3), 213-220. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Autora

Patricia Alexandra Espinoza Loja. Licenciada en Enfermería; Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería; Especialista Internacional en la Administración y Gestión de la Epidemiología y Salud Pública; Doctorando en Salud Pública.

Declaración

Conflicto de interés

No tengo ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes ajenas a este artículo.

Notas

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.