



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
SÍNDROME DE SHEEHAN”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN  
ENFERMERÍA**

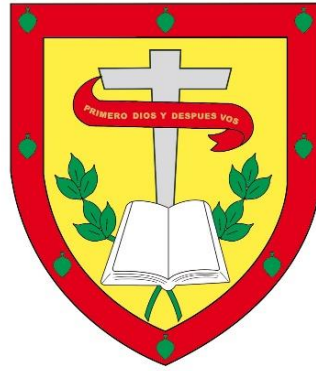
**AUTOR: ELIDA MARITZA LABANDA SIGCHO  
GABRIELA MISHHELL HERRERA QUINDE**

**DIRECTOR: LCDA. PATRICIA ALEXANDRA ESPINOZA LOJA, MGS.**

**CUENCA - ECUADOR**

**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE  
SHEEHAN**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**AUTORES:** ELIDA MARITZA LABANDA SIGCHO

GABRIELA MISHHELL HERRERA QUINDE

**DIRECTOR:** LICENCIADA PATRICIA ALEXANDRA ESPINOZA LOJA, MGS.

**CUENCA - ECUADOR**

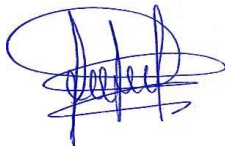
**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

**Declaratoria de Autoría y  
Responsabilidad**

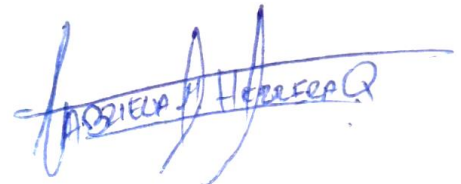
Nosotras **Elida Maritza Labanda Sigcho** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106488893** Y **Gabriela Mishell Herrera Quinde** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106523038** Declaro ser el autor de la obra: “**Intervención de enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca 22 de noviembre de 2021



F:

ELIDA MARITZA LABANDA SIGCHO  
CI: 0106488893



F:

GABRIELA MISHELL HERRERA QUINDE  
CI: 0106523038

## CERTIFICACIÓN

Yo **Patricia Alexandra Espinoza Loja** con cédula de indentidad N° 0923583975 en calidad de Directora del trabajo de titulación con el tema: “Intervención de Enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan” certifico que el presente trabajo fue desarrollado por **ELIDA MARITZA LABANDA SIGCHO** y **GABRIELA MISHELL HERRERA QUINDE**, bajo mi supervisión



Universidad  
Católica  
de Cuenca  
Unidad Académica de Salud y Bienestar  
Lda. Patricia Espinoza L. M.  
DOCENTE CARRERA ENFERMERÍA

.....  
LCDA, PATRICIA ALEXANDRA ESPINOZA LOJA, MGS.  
DIERECTOR

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecida con Dios por darme la vida, a mis padres y abuelitos por el apoyo incondicional, a la Universidad por haberme formado y darme los conocimientos durante mi etapa de alumna, fueron ustedes los responsables de realizar su aporte, que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de mi carrera profesional. Este es un momento muy especial que espero perdure en el tiempo, no solo en la mente de las personas que agradecí sino también a quienes invirtieron su tiempo para la lectura de Proyecto de tesis, ha ellos mismos les agradezco con todo mi ser.

Agradezco a mi hermana Lady, que más que una hermana se convirtió en mi amiga, por siempre escucharme y estar en los momentos más difíciles por ser pilar y apoyo mutuo en cada decisión que tomará.

**Elida Maritza Labanda Sigcho**

Quiero agradecer a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad, debilidad y especialmente por nunca dejarme sola.

Gracias a mi esposo David e hija Danna por su apoyo y paciencia durante toda mi carrera universitaria y sobre todo por confiar en mí para que mis sueños se hagan realidad, sueños de los cuales ahora ustedes son participe y protagonistas.

Agradecer infinitamente a mis padres Alcides y Carmita por ser los principales promotores de mis ilusiones, por confiar y creer en mis proyectos a futuro, por los consejos, valores y principios que me han inculcado desde siempre.

Del mismo modo agradecer a mis hermanos por estar siempre dándome ánimos de continuar mi carrera, ha nunca darme por vencida, haciéndome saber que los anhelos sí se cumplen, con empeño y dedicación que solamente así los podemos realizar.

A toda mi familia, amigos y futuros colegas que me ayudaron de manera desinteresada, gracias por toda su ayuda y buena voluntad.

A todos los docentes que me formaron durante mi carrera y me han visto crecer y formarme como persona, gracias a sus conocimientos hoy puedo sentirme dichosa y contenta de haber cumplido una meta más.

Finalmente quiero agradecer a mi tutora Lcda. Patricia Espinoza por su principal colaboración durante este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo de titulación.

**Gabriela Mishell Herrera Quinde**

## **DEDICATORIA**

Este Proyecto de tesis dedicado con todo mi amor primero a Dios por darme la sabiduría necesaria para poder cumplir mis metas propuestas, Segundo lugar dedicado con todo el cariño a mis padres Rosario y Jorge a mis hermanos por ser mi soporte en todo momento por sus sabios consejos para que no me dejara vencer y ser perseverante y cumpla con mis ideales, y lo más importante en mi vida la razón de ser y mi motivo de lucha día a día mis hijas Ana y Danna por ser esa Fuente de motivación, superación y por ende para que la vida nos depara un futuro mejor.

**Elida Maritza Labanda Sigcho**

El presente trabajo de titulación se lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y brindarme fuerza en los momentos más difíciles durante este proceso de formación académica.

A mi esposo e hija que han sido los pilares fundamentales a lo largo de este camino, gracias a su amor y apoyo incondicional durante esta travesía que me ha tocado vivir como estudiante, madre y esposa con el propósito de cumplir una meta más.

A mis padres por el cariño, afecto, apoyo en todos estos años como estudiante e hija, gracias a sus sabios consejos he logrado llegar tan lejos como alguna vez ustedes lo soñaron y lo imaginaron, hoy tengo la dicha de hacerlo realidad.

A mis hermanos por estar siempre presentes brindándome apoyo incondicional en el proceso de estudios y en la vida cotidiana.

**Gabriela Mishell Herrera Quinde**

ÍNDICE	
Intervención de enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan .....	3
Autores: .....	3
Tutor: .....	3
<i>Resumen</i> .....	3
<i>Palabras claves</i> .....	3
<i>Abstrac</i> .....	
<i>Introducción</i> .....	4
<i>Metodología</i> .....	6
Figura 1. ....	8
<i>Resultados</i> .....	9
<i>Prevalencia del Síndrome de Sheehan</i> .....	9
Tabla 1 .....	11
<i>¿Cuáles son los factores de riesgo del Síndrome de Sheehan?</i> .....	11
<i>¿Cuál es el abordaje terapéutico en el Síndrome de Sheehan?</i> .....	12
<i>¿Cuáles son las complicaciones del Síndrome de Sheehan?</i> .....	13
<i>¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en el Síndrome de Sheehan?</i> .....	14
<i>Conclusiones</i> .....	16
<i>Bibliografía</i> .....	17

## **Intervención de enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan**

**Autores:** Elida Maritza Labanda Sigcho, Gabriela Mishell Quinde Herrera

**Tutor:** Licenciada Patricia Alexandra Espinoza Loja, Mgs.

### **RESUMEN**

**Introducción:** El síndrome de Sheehan ocasiona la necrosis de la glándula pituitaria a consecuencia de una hemorragia posparto, la misma que se identifica por diferentes grados de disfunción pituitaria. **Objetivo:** Determinar la prevalencia, factores asociados, abordaje terapéutico, complicaciones e intervenciones de enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica de tipo narrativa a partir de 50 artículos, se seleccionó artículos que cumplan con los criterios de inclusión mediante la búsqueda de documentos científicos que se encuentren en páginas institucionales del área de salud y bases de datos, en idiomas español, inglés y portugués, además de operadores booleanos y descriptores de ciencia de la salud (DeSC) estableciendo ecuaciones de búsqueda. **Resultados:** Existe una prevalencia de 14 millones de mujeres que experimentan hemorragia posparto cada año, por lo que el Síndrome de Sheehan se origina 1 de cada 100 000 nacimientos a nivel mundial, como factor principal tenemos el embarazo y como consecuente la hemorragia posparto originando el Síndrome, es importante considerar su correcto abordaje terapéutico que consiste en el reemplazo hormonal de por vida, por otra parte como complicaciones significativas tenemos: agalactia, amenorrea, hipopituitarismo, así pues las intervenciones de enfermería están ligadas a la sintomatología propia del síndrome como principal acción se aplica el proceso de atención de enfermería PAE. **Conclusiones:** Se logró verificar que las mujeres que experimentan el síndrome de Sheehan específicamente tuvieron un antecedente de hemorragia posparto que superó los 1000 ml de pérdida sanguínea con una reposición mínima de tres a cuatro paquetes globulares.

**Palabras clave:** Atención de enfermería, embarazo, hemorragia posparto, hipopituitarismo, Síndrome de Sheehan



## **Nursing intervention in patients with Sheehan's Syndrome**

**Authors:** Elida Maritza Labanda Sigcho, Gabriela Mishell Quinde Herrera

**Tutor:** Patricia Alexandra Espinoza Loja, MSc.

### **ABSTRAC**

**Introduction:** Sheehan's syndrome causes necrosis of the pituitary gland as a consequence of postpartum hemorrhage, which is identified by different degrees of pituitary dysfunction. **Objective:** To determine the prevalence, associated factors, therapeutic approach, complications, and nursing interventions in patients with Sheehan's syndrome. **Methodology:** A bibliographic review of narrative type was carried out from 50 articles, selecting articles that meet the inclusion criteria by searching for scientific documents found in institutional pages of the health area and databases, in Spanish, English, and Portuguese languages, in addition to Boléan operators and health science descriptors (DeSC) establishing search equations. **Results:** There is a prevalence of 14 million women who experience postpartum hemorrhage each year, so Sheehan's Syndrome originates 1 in every 100 000 births worldwide, as the main factor we have the pregnancy and as a consequent postpartum hemorrhage originating the Syndrome, it is important to consider its correct therapeutic approach consisting of hormone replacement for life, on the other hand as significant complications we have: agalactia, amenorrhea, hypopituitarism, thus nursing interventions are linked to the syndrome's symptomatology as the main action the PAE nursing care process is applied. **Conclusions:** It was possible to verify that women experiencing Sheehan's syndrome specifically had a history of postpartum hemorrhage that exceeded 1000 ml of blood loss with a minimum replacement of three to four globular bundles.

**Keywords:** nursing care, pregnancy, postpartum hemorrhage, hypopituitarism, Sheehan's syndrome

## ***Introducción***

El síndrome de Sheehan se presenta por necrosis de la glándula pituitaria, generalmente como consecuencia de una hemorragia posparto presentándose un hipopituitarismo, se considera que las mujeres gestantes están en constante riesgo de padecer esta patología, debido al aumento del tamaño de la glándula pituitaria a modo de respuesta fisiológica durante el embarazo, de tal modo que reduce los vasos sanguíneos, desencadenando un alto índice de shock hemorrágico durante el parto (1). Se considera en la actualidad el 32% de mujeres que presentan hemorragia posparto grave pueden padecer de hipopituitarismo, actualmente se ha demostrado que la hipotensión conjuntamente con el vasoespasmo de las arterias hipofisarias complica la perfusión arterial de la hipófisis anterior, ya que durante el embarazo la glándula pituitaria es más sensible a la hipoxemia por el aumento de estrógenos (2).

El Síndrome de Sheehan está relacionado con la hemorragia posparto porque puede originarse una lesión hipofisaria por colapso vascular causando la necrosis isquémica de la pituitaria y por ende causar alteraciones graves del mecanismo de coagulación como en pacientes con placenta previa, de este modo la extensión del daño hipofisario va a determinar la magnitud de hipofusión hipofisaria, porque la glándula tiene una reserva del 75% secretora, la misma que no tiene capacidad de regenerarse (2).

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de Salud –OMS– (3) hasta el año 2017 se dieron a conocer 295 000 defunciones maternas en todo el mundo, explicando un 35% menos que en el año 2000 que se produjeron 451 000 fallecimientos en dicho año, por lo que se calcula la razón de mortalidad materna de 211 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, reduciendo desde el año 2000 hasta el 2017 un porcentaje de 2,9% de muertes maternas. En el Ecuador según antecedentes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos –INEC– (4) la hemorragia posparto es la segunda causa de morbimortalidad materna en “el año 2020 se registra 191 muertes maternas que representa una razón de mortalidad materna de 57,6 por cada 100 000 nacidos vivos”. Por lo que se considera que la hemorragia posparto grave es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna que representan el 27,1% de las muertes maternas en todo el mundo (5,6).

Como factores de riesgo se encuentran la falta de acceso a los servicios de salud a nivel rural por la falta de profesionales para la atención médica, la negligencia en el reconocimiento de una hipovolemia, deficiente reemplazo de volumen sanguíneo y de

líquidos, la falta de asertividad en los diagnósticos médicos, conllevando a complicaciones en la gestante pudiendo desarrollar el Síndrome de Sheehan (7). Sin embargo, se debe considerar que un factor desencadenante del Síndrome de Sheehan es el embarazo, debido a los cambios

fisiopatológicos que se dan en las gestantes, dejando a la glándula pituitaria vulnerable en el caso de que exista una hemorragia posparto; según estudios la pérdida de sangre en mujeres no gestantes no causa hipopituitarismo por lo que se da por sentado esta teoría, además, las mujeres con antecedentes de hemorragias posparto son tres veces más propensas a desarrollar hemorragias en partos posteriores (8,9).

Acerca del abordaje terapéutico se debe tener en cuenta que estas pacientes tienen un tratamiento de por vida con reemplazo de hormonas debido a la deficiencia de las mismas por su patología, es por esto que el hipotiroidismo en este tipo de Síndrome es controversial, puesto que la administración de hormonas a largo tiempo va a desarrollar en las pacientes Síndrome de Cushing complicando el cuadro clínico y por ende van a subir las tasas de morbilidad, además de generar un problema de salud pública (11,12).

Con respecto a las complicaciones más comunes las pacientes experimentan amenorrea siendo una de las más frecuentes por desequilibrio hormonal que existe en el Síndrome de Sheehan, de este modo complicándose el cuadro patológico, desencadenándose: la agalactia, hipotensión, intolerancia al frío, convulsiones que pueden comprometer la vida de la gestante desarrollando una eclampsia, afasia, demencia, crisis de Addison, anemia, atrofia mamaria, todas estas complicaciones afectan las seis principales hormonas secretadas por la glándula pituitaria, es así que al existir la deficiencia o mal funcionamiento de dicha glándula hay una gran probabilidad de desarrollar la silla turca o silla vacía, debido a una pérdida total o parcial de la glándula (12,13).

El proceso enfermero está constituido por cinco etapas fundamentales las mismas que constan de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación, donde se pone en práctica intervenciones de enfermería en pacientes con síndrome de Sheehan, en la etapa de valoración se recolectan datos objetivos y subjetivos, los mismos que encaminan a un diagnóstico efectivo y oportuno, como consecuente una planificación específica a la patología priorizando cuidados adecuados al cuadro etiológico, donde se ejecutan intervenciones de enfermería propias para la paciente, llegando a una evaluación adecuada y satisfactoria (14).

Con respecto a la prevención primaria todo el personal de enfermería tiene la obligación de monitorizar constantemente a las parturientas que están en la tercera etapa del parto, que es en donde se puede desencadenar una hemorragia, la misma que no podrá ser controlada eficazmente, si no es valorada a tiempo, el sangrado puede originarse a un ritmo lento y prolongado después del parto generando así en la paciente un repentino shock hipovolémico aparentemente sin razón alguna, lo que puede conllevar a que se presente el Síndrome de Sheehan(15).

“En nuestro país se están implementando protocolos para reducir la muerte materna por causa de la hemorragia posparto inmediato, esta necesidad ha llevado a que las estrategias estén diseñadas para que el equipo de salud trabaje de manera coordinada, oportuna y eficiente frente a una hemorragia en el posparto inmediato, dentro de estas estrategias tenemos la Clave Roja” (16). La misma que favorece a que no se incremente la cifra de pacientes con enfermedades crónicas como el Síndrome de Sheehan (16).

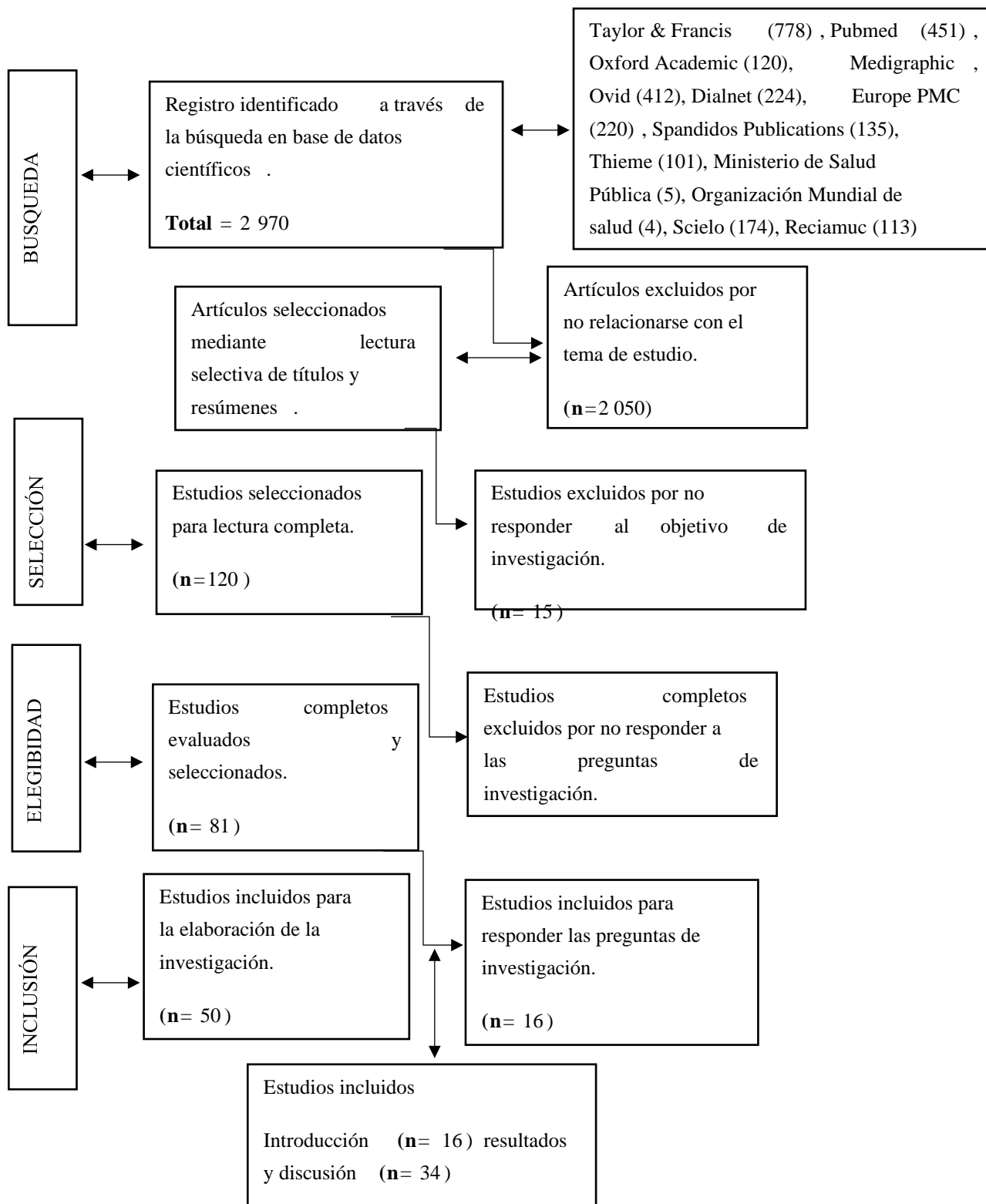
Para el desarrollo de la presente investigación se analiza la prevalencia del Síndrome de Sheehan, factores de riesgo, abordaje terapéutico, complicaciones y las Intervenciones de Enfermería en el Síndrome de Sheehan.

### ***Metodología***

La presente investigación responde a una revisión bibliográfica de tipo narrativo, con temas relacionados a la Intervención de Enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan, donde se encuentran estudios científicos, que están publicados en páginas Institucionales de organizaciones del área de salud y en las siguientes bases de datos científicas: Taylor & Francis, Pubmed, Medigraphic, Oxford Academic, Ovid, Dialnet, Europe PMC, Scandidos, Thieme, Ministerio Salud Pública, OMS, Scandidos Publications, Redalyc, Reciamuc, Scielo, dentro de las ecuaciones de búsqueda fueron estructuradas considerando los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en idiomas inglés, español y portugués y el operador Boleano AND y OR estableciéndose de la siguiente manera “síndrome AND Sheehan”, “enfermería AND Sheehan”, “Nursing AND Sheehan AND síndrome”, “Gestação espontânea AND Síndrome de Sheehan”, “Hemorragia Obstétrica AND Posparto”, “Sheehan AND Syndrome”, “hipogalactia AND síndrome Sheehan”, “Diagnosis OR Sheehan”, “Hemorragia AND posparto”, “Hipopituitarismo”, “Síndrome de Sheehan” “intervención enfermería”, “Papel AND matrona AND Hemorragía”, “Plantas medicinales" AND salud reproductiva”, “Plantas medicinales AND Posparto”, “hemorragia+posparto “atención+de+enfermería”,

“hemorragia obstétrica + en el perioperatorio”, “intervention **AND** Sheehan's síndrome”, “Functional Hypothalamic Amenorrhea”, “Prevención, diagnóstico y tratamiento **AND** hemorragia posparto”.

En esta investigación se realizó una búsqueda inicial en bases de datos científicos, donde se alcanzó un total de 2 970 registrados entre las bases de datos: Taylor & Francis, Pubmed, Oxford Academic, Medigraphic, Ovid, Dialnet, Europe PMC, Scandidos Publications, Thieme, Ministerio de Salud Pública, Organización Mundial de salud, Scielo, Reciamuc, por lo que mediante la lectura de títulos y resúmenes se seleccionaron 920 trabajos de investigación, que contienen fecha de publicación correspondiente al estudio, excluyendo 2050 por no estar relacionado al tema de estudio, por lo que se seleccionan 120 artículos para la lectura completa descartando aquellos por no responder el objetivo de estudio, se excluyó 15 artículos indexados en las distintas bases de datos debido a su repetición en las diferentes revistas, así mismo, 28 artículos por no tener acceso directo, por lo tanto, se utilizó 81 artículos completos que están relacionados al tema, sin embargo tras la selección directa al final se utilizó 50 documentos científicos por responder a las preguntas de investigación de los cuales 16 se utilizaran en la introducción, 31 artículos de campo, una Guía del Ministerio de Salud Pública, dos documentos de la OMS se usarán para el análisis, redacción de resultados y discusión.



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

## ***Resultados***

De los 81 artículos científicos seleccionados para la elaboración de la presente investigación se excluyeron 31 estudios que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos, de los 50 artículos apartados, 31 estudios de campo elegidos y 16 artículos usados en la introducción, una Guía del Ministerio de salud Pública, dos documentos de la Organización mundial de salud (OMS), todos ellos responden a las preguntas de investigación planteadas.

### ***¿Cual es la Prevalencia del Síndrome de Sheehan?***

El Síndrome de Sheehan es una patología crónica, descubierta en el año 1937, afecta a las mujeres específicamente las que han sufrido una hemorragia posparto, en la cual se identifican varios grados de afectación a la glándula pituitaria, como es el desequilibrio de la glándula pituitaria, el mismo que está relacionado al proceso patológico luego de haberse originado la hemorragia, causando necrosis isquémica de la hipófisis, de este modo, originando el panhipopituitarismo el mismo que se puede clasificar como leve, moderado o severo y parcial o total afectando a toda o sola una parte de la producción hormonal de la adenohipófisis (8,17,18).

Según estadísticas de la Organización Mundial de Salud –OMS– (3,19) aproximadamente 14 millones de mujeres experimentan hemorragia posparto anual, mismo que es un predisponente a desarrollarse el Síndrome de Sheehan, en el año 2017 hubo 295 000 muertes maternas en todo el mundo, por lo que se consideró que la mortalidad en dicho año fue de 211 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos, dicho de otro modo, las mujeres que fallecen en edad fecunda (15-49años) son relacionadas por complicaciones en el parto representando un 9,2%, equivalente a la prevalencia para desarrollar el Síndrome de Sheehan.

La incidencia de la hemorragia posparto contribuye a desarrollarse el Síndrome de Sheehan, tanto en partos distócicos con un 21% como eutócicos en un 15% de los nacimientos, específicamente cuando la pérdida de sangre es mayor a 1000 ml y 24 horas posteriores (20,21). Por lo tanto el Síndrome de Sheehan se origina 1 de cada 100 000 nacimientos a nivel mundial, siendo el origen más frecuente la insuficiencia hipofisiaria en países desarrollados, mientras tanto en los países en vía de desarrollo tiene una prevalencia de 5 por cada 100 000 nacimientos, las incidencias varían con un porcentaje de 0-30% de los casos después de la hemorragia posparto, pero en los países

industrializados se considera rara, sin embargo debido a la migración el síndrome se ha vuelto más frecuente (8,14).

Merin et al (1) estiman que en el año 2013 a nivel mundial fallecieron 293 000 pacientes por hemorragia posparto; existen datos epidemiológicos de una investigación realizada en Islandia con una prevalencia de 5,1 por cada 100 000 mujeres con diagnóstico del Síndrome de Sheehan, esta cifra es superior a la esperada por ser un país desarrollado, sin embargo, en la India hay una incidencia de 3,1% de las gestantes que son afectadas por tener partos en domicilio, mismas que han desarrollado Síndrome de Sheehan.

Narváez et al (14) explican en su estudio realizado en España, el mismo que se llevó a cabo en varios años, se incluyeron 41 hospitales públicos y privados, en el que se obtuvieron cifras oficiales del 60% de muertes maternas a causa de la hemorragia posparto, generando así una predisposición al Síndrome de Sheehan; mientras tanto en África y en Asia Meridional se estimó que en año 2015 hubo 303 000 defunciones de gestantes por ser países de bajos ingresos. Sin embargo Gokalp et al (22) en un estudio realizado en Turquía el Síndrome de Sheehan tiene una prevalencia 62% por tener como factor común partos en domicilio.

En América Latina se estima que el 8.2 % de las maternas experimenta hemorragia posparto que desencadena al Síndrome de Sheehan convirtiéndose en un problema de salud pública, por otro lado en México la tasa de mortalidad de hemorragias obstétricas está en segundo lugar con 1 809 casos de muertes que fueron registradas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ese país (14,23). En Ecuador según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INEC- (4) la hemorragia posparto es la segunda causa de morbimortalidad materna en “ el año 2020 se registra 191 muertes maternas que representa una razón de mortalidad materna de 57,6 por cada 100 000 nacidos vivos” cifra en la que se incluyen pacientes con Síndrome de Sheehan.

Para Choudhary et al (24) y Fahri et al (25) el Síndrome de Sheehan es causado por la compresión de las arterias hipofisiarias, vasoespasmo y trombosis originando la patología, siendo una de las causas más comunes de hipopituitarismo en países subdesarrollados, con una prevalencia de 3% en mujeres mayores de 20 años, sin embargo es una causa poco común de hipopituitarismo en los países desarrollados, siendo la sexta causa más frecuente de la deficiencia de la hormona de crecimiento con un 3,1% de los casos. Mientras tanto para Shahnaz et al (26) el síndrome de Sheehan es la aparición de hipopituitarismo después del parto con una incidencia del 32% de las



mujeres con hemorragia posparto grave y personas adultas con deficiencia de la hormona del crecimiento.

Merin et al (1) y Sethuram et al (13) coinciden que el síndrome de Sheehan es una causa secundaria de hipercoagulabilidad asociada con el embarazo y la trombosis resultante de las arterias hipofisiarias, por lo tanto, consideran que en los países en desarrollo y subdesarrollados existe un 5.1 por 100 000 mujeres, donde la hemorragia posparto masiva sigue siendo común a pesar de sus avances en medicina como en tecnología.

*Tabla 1*

<i>País</i>	<i>Prevalencia del Síndrome de Sheehan</i>
<i>India</i>	Tiene una incidencia de 3, 1 % de las gestantes son afectadas por tener partos a domicilio (1).
<i>América Latina</i>	El 8.2 % de las maternas experimenta hemorragia posparto que requieren atención inmediata (14,23).
<i>México</i>	La tasa de mortalidad de hemorragias obstétricas esta en segundo lugar con 1 809 casos de muertes que fueron registradas por el Sistema de Vigilancia en México (14,23).
<i>Ecuador</i>	Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INEC- (4) la hemorragia posparto es la segunda causa de morbimortalidad materna en “ el año 2020 se registra 191 muertes maternas que representa una razón de mortalidad materna de 57,6 por cada 100 000 nacidos vivos (4).

***¿Cuáles son los factores de riesgo del Síndrome de Sheehan?***

Como factores de riesgo para el desarrollo del Síndrome de Sheehan tenemos como principal causante al embarazo porque se producen cambios fisiopatológicos de la glándula pituitaria durante la etapa perinatal, dejándola sensible a la isquemia en caso de hemorragia, además las mujeres con antecedentes de hemorragia posparto son tres veces más propensas a reiterar el sangrado en sus posteriores embarazos, ahora bien, antes del nacimiento se pueden identificar factores de riesgo y sus causas en un 40% , la misma que puede ser prevenida, pero aun así puede originarse en dos tercios de las pacientes que representa un 60% y sin factores de riesgo evidentes (8,20,27,28).

Existen factores que las mujeres con reincidencia de hemorragia posparto pueden llegar a presentar por responsabilidad del personal de salud como por ejemplo una inadecuada cuantificación de la pérdida sanguínea durante el labor de parto, como también la mala praxis en la administración de medicamentos uterotónicos, masaje uterino, tracción controlada del cordón que son parte de la atención en la tercera etapa del parto, de igual forma las intervenciones obstétricas entre ellas (la episiotomía, tipo de parto), seguido de las características de la mujer (la edad reproductiva, primigravidez, obesidad materna, embarazo múltiple preeclampsia), sin dejar de mencionar que la placenta previa en las gestantes es un causante muy importante, para que posteriormente se desencadene una hemorragia posparto, poniendo así en riesgo la vida materno-fetal (20).

Pooja et al (29) manifiestan en su estudio sobre una paciente parturienta con dengue, en el cual describe que la fiebre del dengue grave es un factor que se asocia para desarrollar hemorragia posparto, una vez superada la fiebre se da una pérdida de plasma, donde se manifiesta con hipovolemia, originándose el Síndrome de Sheehan. Por lo contrario, Castillo et al (8) mencionan que el principal factor para desarrollarse el Síndrome de Sheehan es el embarazo debido a los diferentes cambios fisiopatológicos que se dan en esta etapa.

Ramya Sethuram et al (13) explican en su investigación que la hemorragia posparto es un factor que contribuye al desarrollo del Síndrome de Sheehan, siendo una de las más comunes en esta enfermedad, sin embargo, pueden presentar complicaciones similares a otros cuadros clínicos de patologías diferentes, generando así una confusión y dificultad en el diagnóstico del Síndrome de Sheehan, por lo que reciben un tratamiento inadecuado agravando el cuadro clínico, pudiendo causar hasta la muerte materna. Así mismo para Zhan et al (42) es importante una atención integral en la embarazada para detectar una crisis hipofisiaria aguda, siendo esta una complicación grave que puede ocasionar la muerte de la paciente por Síndrome de Sheehan.

### ***¿Cuál es el abordaje terapéutico en el Síndrome de Sheehan?***

En la mayoría de los casos existen carencias hormonales dadas por el hipopituitarismo por lo cual el tratamiento se basa netamente en el remplazo hormonal de por vida mediante la administración de las hormonas deficitarias propias de los órganos afectados, entre las cuales puede ser tiroideas, suprarrenales, ovarios (30,31).

Por otro lado, es fundamental que empiece la sustitución de glucocorticoides antes de las hormonas tiroideas con el fin de evitar una crisis suprarrenal aguda (10,32).

Es importante reconocer cuando se debe implementar hormonas hipofisarias; principalmente en tres circunstancias, el tratamiento en pacientes con déficit de GH (hormona del crecimiento), el uso gonadotropinas exógenas que permite estimular la función gonadal en pacientes que padecen hipogonadismo, por último el tratamiento en el déficit hormonal causado por hipotiroidismo, por lo que es relevante interpretar la clínica de cada paciente, sin embargo cabe recalcar que la dosis de fármacos como la prednisona o levotiroxina varían según cada paciente; por lo cual se mencionará las dosis recomendadas para el inicio de terapia hormonal, prednisona 7,5 mg cada 24 horas, levotiroxina 100 mg cada 24 horas (33–35).

Según Ontano Moreno et al (36,37) es fundamental en el ámbito hospitalario, específicamente posterior al parto cuando existe la presencia de hemorragias con volúmenes superiores a 500 ml o 1000 ml la administración de ácido tranexámico un derivado de la lisina, siendo este un homeostático, el mismo que ejerce su efecto antifibrinolítico que a su vez genera una hemostasia secundaria, este medicamento no es teratogénico. Sin embargo, para Taniguchi et al (32) existen pacientes que pueden llegar a vivir años sin tratamiento debido al mal diagnóstico del síndrome de Sheehan como tal, pero en un momento dado se puede desencadenar una crisis suprarrenal y es donde se logra identificar la patología mediante la realización de exámenes complementarios.

En la guía publicada por la Organización Mundial de Salud -OMS- (33,38) recomienda el uso de fármacos uterotónicos como la oxitocina, usado para prevención de hemorragia posparto, además la realización de masaje uterino para la contracción del útero, seguido del inicio a la reposición de cristaloides isotónicos, de la misma manera el uso del ácido tranexámico en casos de una hemorragia relacionada a un traumatismo, al mismo tiempo se recomienda el uso del balón intrauterino, de igual modo el uso de prendas no neumáticas antishock y así evitar que se presente el Síndrome de Sheehan.

### ***¿Cuáles son las complicaciones del Síndrome de Sheehan?***

La mayoría de los casos de Síndrome de Sheehan tardan en ser diagnosticados a tiempo, por lo que las complicaciones no pueden ser tratadas en su momento, como la evidencia de la silla turca vacía que ocurre entre 5,5% y 23,5% de las gestantes (39). Por lo que alrededor del 25% al 50% de los pacientes tiene anomalías endocrinas como

diabetes mellitus, hipotiroidismo, síndrome de Addison, síndrome de Cushing, hiponatremia, hipoglucemia y amenorrea, además cefalea intensa que no se presenta en todas las pacientes, alteración visual, alteración de la conciencia, alteración electrolítica, hipoglucemia, e insuficiencia de la lactancia (12,40,41).

Los embarazos posteriores al Síndrome de Sheehan después del hipopituitarismo tienen un mayor riesgo de complicaciones perinatales, demostrando que están expuestas a una hemorragia posparto en un 12,50 %, por lo consiguiente los recién nacidos nacen pequeños para la edad gestacional en un 15,63 %, el alto riesgo de inercia uterina y hemorragia posparto se puede atribuir por la deficiencia de oxitocina, todas estas complicaciones se asocian a la disfunción uterina y placentaria causada por la deficiencia hormonal, por lo que es necesario un control y seguimiento estricto de las complicaciones maternas para disminuir las tasas de mortalidad ya que se han reportado casos de pacientes con la patología sin tratamiento que fallecieron después del parto, esto podría deberse a la crisis suprarrenal inducida por el estrés del parto o cesárea (42,43).

Para Yongchi et al (42) la crisis hipofisiaria aguda, también conocida como insuficiencia hipofisiaria aguda, es una complicación altamente mortal del Síndrome de Sheehan, en la cual incluyen causas de infección, traumatismos, tipo de parto (normal o cesárea), además el embarazo puede empeorar los síntomas de las pacientes diagnosticadas con el síndrome, porque existen factores causantes como la depleción de volumen y el bajo gasto cardíaco, siendo necesario el tratamiento inmediato de terapia de reemplazo hormonal con hidrocortisona. Mientras tanto para Barrios et al (17) “la función hipofisiaria no siempre se ve afectada, depende en gran parte del porcentaje de tejido residual, un 50% de glándula residual puede no dar un déficit hormonal, para que exista clínica ha de haber un déficit del 70 % de su función hablando de hipopituitarismo completo si la pérdida es mayor de 90%”.

Para Barbosa et al (34) las complicaciones más frecuentes en una mujer con Síndrome de Sheehan son: náuseas, vómitos posprandiales, somnolencia, trastornos mentales, letargia, además agalactia posparto, amenorrea, hipotensión (sistólica 100/80 mmHg, diastólica 70/50 mmHg sistólica), edema periorbital e hiponatremia, así mismo se puede evidenciar en los exámenes de laboratorio una variación de hormonas como: TSH, prolactina, T4. Por otro lado, Shinde et al (35) demuestran en su investigación que la muerte súbita, incluidos los problemas cardiovasculares, hipopituitarismo,

hipoglucemia, hipomagnesemia e hipopotasemia son complicaciones irreversibles, generadas por esta patología, mismos que pueden ser detectados a largo plazo.

### *¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en el Síndrome de Sheehan?*

Según Suntaxi (16) cuando nos referimos a las intervenciones de enfermería debemos tener en cuenta que las mismas inician en la consultas prenatales, es decir, en la atención primaria de salud al momento de realizar la entrevista con la gestante y realizar la toma de las constantes vitales, de tal forma que tenemos que llevar a cabo el llenado del score mamá, ya que es una herramienta diseñada con normas y protocolos, basada en evidencia de la mortalidad materna y fetal a causa de la complicación más común del embarazo como lo es la hemorragia posparto, así mismo, se considera que la enfermera por ser el primer contacto con la paciente está en la capacidad de generar un código rojo.

A nivel hospitalario el papel de enfermería es la clave fundamental para la generación del PAE (Aplicación del Proceso de Enfermería) donde se valora su condición de ingreso, realizando la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de la paciente, posteriormente es importante el apoyo emocional a la madre evitando que se genere un estrés, el mismo que pueda complicar su estado hemodinámico (44).

Las intervenciones de enfermería consisten en la administración de fármacos uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto durante el alumbramiento entre estos medicamentos el más utilizado es la oxitocina 10 UI ya sea por vía intravenosa o intramuscular, en caso de no disponer este medicamento se usará la ergometrina/metilergometrina o misoprostol 600 gramos (45,46). Según la guía de la Organización Mundial de Salud -OMS- (33,47) sugiere realizar la tracción del cordón umbilical por parte de personal capacitado, en caso de no existir personal de salud no hacerlo, ya que está recomendada para partos vaginales, favoreciendo en la reducción de la pérdida de sangre y una pequeña reducción de la duración del alumbramiento, de la misma forma se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical entre uno y tres minutos después del parto, además no es aconsejable el masaje uterino sostenido como medida de intervención para prevenir la hemorragia posparto en las mujeres que han recibido oxitocina profiláctica.

Para Narváez et al (14) y Carrillo et al ((14,48) controlar la hemorragia posparto y prevenir el Síndrome de Sheehan se debe valorar el sangrado, monitorizar constantes vitales cada 15 minutos por 2 horas, canalización de vía periférica de grueso calibre,

administración de oxígeno por mascarilla o puntas nasales, si requiere se colocará sonda vesical permitiendo evaluar la función renal a través de la eliminación de orina y ayudar a la contracción uterina, del mismo modo se debe reconstituir líquidos en caso de pérdidas sensibles, al momento de la transfusión sanguínea se debe llevar a cabo el protocolo de reposición de volumen sanguíneo.

Para Rojas et al (38) los cuidados de enfermería están dirigidos a realizar la evaluación abdominal posparto del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina, además el uso de cristaloides isotónicos con preferencia al uso de coloides para la reanimación inicial con líquidos intravenosos. En las mujeres con hemorragia posparto es importante la cuantificación de pérdida sanguínea e identificar el origen de la hemorragia para tomar las medidas de control de sangrado como el masaje y comprensión uterina que ayudan a contraer el útero atónico y la comprensión bimanual, la misma que consiste en colocar una mano en puño a través del canal vaginal (39,49). Así mismo Carnicer et al (27) aseguran que el uso de coloides, prostaglandinas, ácido tranexámico y oxitocina intravenosa, ayudan en la contracción uterina, en ausencia de respuesta positiva de estos fármacos se puede realizar el balón de Bakri el mismo que tiene como objetivo un taponamiento uterino.

Por otra parte, existe la guía del Ministerio de Salud Pública -MSP- (15,50) de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la hemorragia posparto, nos indica que el uso de la nemotecnia de las cuatro T, la misma que nos ayuda a conocer la etiología de la hemorragia posparto, clasificándola de la siguiente manera: Tono (atonía uterina), Trauma (Lesión cervical o vaginal, ruptura uterina), Tejido (retención de placenta o coágulos), Trombina (coagulopatías preexistentes o adquiridas).

### ***Conclusiones***

Al término de esta revisión bibliográfica de diversos artículos científicos se puede concluir que existen datos estadísticos de prevalencia del Síndrome de Sheehan específicamente posteriores a una hemorragia posparto, donde la OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que aproximadamente 14 millones de mujeres experimentan hemorragia posparto cada año, teniendo una estimación en el año 2017 hubo 295 000 muertes maternas en todo el mundo por complicaciones en el parto en la cual representa un 25% de las muertes maternas. Se encontró información a nivel de América Latina con un porcentaje de 8,2 % de las mujeres gestantes que experimentan

hemorragia posparto, así mismo en el Ecuador se registraron en datos del INEC el año 2020, 191 muertes maternas que representa una razón de mortalidad materna de 57,6 por cada 100 000 nacidos vivos.

Se encontró factores desencadenantes del síndrome de Sheehan entre ellos el más relevante el embarazo; durante la etapa perinatal se producen varios cambios fisiopatológicos a nivel de la glándula pituitaria, dejando expuesto a una isquemia en caso que se produzca una hemorragia, además muchos de los factores causantes de hemorragia posparto pueden ser prevenidos y tratados en un 40%.

El abordaje terapéutico de esta patología (hipopituitarismo) se basa en la terapia de reemplazo hormonal de por vida, tratando las hormonas deficientes, por lo que las pacientes llevan un control estricto con endocrinología, mismas que son tratadas con corticoides, levotiroxina, y anticonceptivos orales, así mismo, se reemplaza el glucocorticoide para evitar agravar la crisis hipofisiaria.

Según la investigación recabada, se encontró que la mayoría de pacientes que padecen el Síndrome de Sheehan tienen como consecuencia principal una silla turca vacía con una incidencia del 23,5 % de las gestantes, lo que conlleva a una complicación de diabetes mellitus, hipotiroidismo y síndrome de Adisson, experimentando el 25% mujeres estas complicaciones, además las pacientes diagnosticadas con síndrome de Sheehan se consideran más vulnerables a experimentar una hemorragia posparto en embarazos posteriores con un porcentaje del 12,50%.

Finalmente, las intervenciones de Enfermería en el Síndrome de Sheehan están encaminadas a la prevención de la hemorragia posparto ya que es el factor desencadenante, poniendo en práctica varias técnicas y aplicando las guías que nos otorga el Ministerio de Salud Pública, donde estipulan ciertos parámetros en el manejo de la hemorragia en el parto y posparto como papel fundamental está la administración de fármacos uterotónicos, valorando los efectos secundarios que pueden producir ciertos medicamentos, además se aplica el Proceso de Atención de Enfermería priorizando cuidados para la paciente.

## ***Bibliografía***

1. Merin J, Amir S, Desai R. Chronic Sheehan's Syndrome—A Differential to be considered in clinical Practice in Women with a History of Postpartum Hemorrhage. *Cureus* [Internet]. 2019 [citado 2021 Oct 1];1-5. Disponible en: [https://assets.cureus.com/uploads/case\\_report/pdf/24517/1612429364-161242935520210204-18203-urmg35.pdf](https://assets.cureus.com/uploads/case_report/pdf/24517/1612429364-161242935520210204-18203-urmg35.pdf)
2. Khan NA, Ekram R, Mallick PK, Islam MR, Amin MR. partial Sheehan' Syndrome with Primary Hypothyroidismo A Delayed Diagnosis. *J Med* [Internet]. 2017 [citado Sep 29];18(2):115-8. Disponible en: <https://www.banglajol.info/index.php/JOM/article/view/33692>
3. Organización Mundial de Salud (OMS). tendencia en la mortalidad materna de 2000 a 2017 [Internet]. OMS. World Health Organization; 2018 [citado 2021 septiembre 30]. 117-30. Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516488>
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales [Internet]. 2021[citado 2021 Sep 30]. p 1-13. Disponible en [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2020/boletin\\_tecnico\\_edg\\_20\\_20\\_v1.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_20_20_v1.pdf)
5. Liu CN, Yu FB, Xu YZH, Li JSH, Guan ZH, Sun M, et al. Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 Apr 26 [citado 2021 Sep 29];21(1). Disponible en <https://europepmc.org/articles/PMC8077797>
6. Hajar A. Psychosis as a Rare Late Manifestation of Sheehan's Syndrome. *Ec Psychol Psychiatry*[Internet].2017[citado 2021 Oct 22];1(1). Disponible en <https://www.ecronicon.com/ecpp/pdf/ECPP-06-00197.pdf>
7. García L, Ramírez-Herández M, Moreno M, Ramírez E, Gorbea Chávez V. Revista Mexicana de Anestesiología Hemorragia obstétrica posparto: Propuesta de un Manejo Básico Integral, Algoritmo de las 3 «C». [Internet]. 2018 [citado 2021 Sep 29];41(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>
8. Castillo Silva M, Bravo Morales F, Jara L. Diagnóstico del Síndrome de Sheehan. *Rev. Científica Investig Actual del mundo las Ciencias* [Internet].2019 [citado 2021 Sep 29];3(3). Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/305/562>
9. Aggarwal HK, Deepak J, Pawar S, Mittal A, Jian P. recurrent Hypoglycaemia: an Uncommon Presentation in Sheehan Syndrome. *Eur J Gen Med* [Internet]. 2016 [ citado 2021 Oct 2]1(1). Disponible en: <https://www.ejgm.co.uk/download/recurrenthypoglycaemia-an-uncommon-presentation-in-sheehan-syndrome-7329.pdf>
10. Schury MP, Adigun R. Sheehan Syndrome. *StatPearls Publ Treasure Isl* [Internet]. 2017[citado 2021 Sep 29];1(1). Disponible en: <http://europepmc.org/books/NBK459166>



11. Calvacante de S, Silva M, Quitunde A, Martins M, Cid A, Barros P, et al. Evaluation of bone texture imaging parameters on panoramic radiographs of patients with Sheehan's Syndrome: a STROBE-compliant case-control study. *Osteoporos Int.* [Internet]. 2019 [citado 2021 Oct 2];30(11). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00198-019-05086-4>
12. Rahim A, Baird GJ, Ashton DE, Angstmann T, Lahoria R. Acute Sheehan Syndrome Manifesting as Unremitting Headache. *The Neurohospitalist* [Internet]. 2018[citado Sep 29]; 8(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6022896/>
13. Sethuram V, Viswanathan S, Rajeswari Aghoe;ram. Refractory Hypoglycemia and Seizures as the Initial Presenting Manifestation of Empty Sella Syndrome. *Cureus* [Internet]. 2018 [citado 2021 Sep 29]; 10(6). Disponible en: <https://europepmc.org/articles/PMC6089698>
14. Narváez H, Flores M, Apolo M, Ramos R. Aplicación del proceso de Atención de Enfermería en pacientes con hemorragia de posparto inmediato, mediato, tardío. *Ocronos-Editorial Científico-Técnica.* 2019 [citado 2021 Sep29];1(1). Disponible en: [https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-hemorragiaposparto/#google\\_vignette](https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-hemorragiaposparto/#google_vignette)
15. Ministerio de Salud Pública (MSP). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. 2013 [citado 2021 Sep 29],p. 1-36. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Guía-de-hemorragiaposparto.pdf>
16. Suntaxi I. Atención Prehospitalaria de la Hemorragia Posparto Inmediato. *Rev Inv Acad Educ* [Internet]. 2017 [citado 2021 Sep 29];1(2). Disponible en: <https://www.revistaacademicaistcre.edu.ec/admin/postPDF/Atenciónprehospitalariadelahemorragiapospartoinmediato.pdf>
17. Barrios Miras E, Boal Herranz GA. Un caso poco frecuente de hipogalactia severa materna: Síndrome de Sheehan. *Rev Matronas* [Internet].2019 [citado 2021 Sep 29];2(7). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/166/un-caso-pocofrecuente-de-hipogalactia-severa-materna-sindrome-de-sheehan/>
18. Rodríguez G, Vieitez Ruano B, Pita Gutiérrez F. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Práctica clínica Correspondencia: Síndrome de Sheehan agudo Acute Sheehan's Syndrome. *Obs Ginecol* [Internet]. 2017 [citado 2021 Sep 29];60(1). Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n1/015\\_Sindrome\\_de\\_Sheehan\\_POG-D-14-000162R1.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n1/015_Sindrome_de_Sheehan_POG-D-14-000162R1.pdf)
19. Fong Pantoja L. Morbilidad Materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente " Orlando Pantoja Tamayo", Contramaestre 2014-2019. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2019 [citado 2021 Oct 3];1(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551762954004/551762954004.pdf>
20. Hernández Morales M, García de la Torre J. Factores de Riesgo de Hemorragia Obstétrica. *Ginecol Obs Mex* [Internet]. 2016 [citado 2021 Sep 29];1(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1612d.pdf>

21. Hu J, Yu Z, Wang P, Shi C, Yang H. Clinical Analysis of Postpartum Hemorrhage Requiring Massive Transfusions at a Tertiary Center. *Chin Med J (Engl)* [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 22];130(5). Disponible en: <https://europepmc.org/article/MED/28229990>
22. Gokalp D, Gulistan A, Tuzcu A, Bahceci M, Tuzcu S, et al . Decades Without Diagnosis: Sheehan's Syndrome, a retrospective Analysis. *Gynecol Endocrinol* [Internet]. 2016 [citado 2021 Oct 3];32(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27252045/>
23. Paulino ER, Monteiro C. Spontaneous Pregnancy in a Patient with Suspected Sheehan's Syndrome: case report. *Rev Med da UFC* [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 3];1(1). Disponible en: <http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/31231/95645>
24. Choudhary Garima, Shikha Soni, Mohammed Sadik. Sheehan's Syndrome: A rare cause of delayed recovery after anesthesia. *J Obstet Anaesth Crit Care* [Internet]. 2020 [citado 2021 Sep 29]; 10(1). Disponible en: <https://www.joacc.com/article.asp?issn=2249-4472;year=2020;volume=10;issue=1;spage=58;epage=60;aualast=Choudhary>
25. Fahri B, Halit D, Funda E, Dundar M, Simsek Y. Genetic expressions of thrombophilic factors in patients with Sheehan's Syndrome. *Endocrinol Ginecológica* [Internet]. 2016 [citado 2021 Oct 3];32(11). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09513590.2016.1198763>
26. Mir Sa, Shah T, Singh H, Shabir I, Laway Ba. Serum Lipid and Leptin Concentrations in Patients with Sheehan Syndrome. *Indian J Endocrinol Metab* [Internet]. 2018 [citado 2021 Sep 29]; 22 (4). Disponible en: <https://europepmc.org/articles/PMC6085965>
27. Carnicer M, Villacampa M, Marcos P, Carrasco M, Cebrián P. El papel de la matrona en la hemorragia postparto: a propósito de un caso. *Rev Electrónica Portales Médicos* [Internet]. 2020 [citado 2021 Oct 2];64(1). Disponible en: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/el-papel-de-la-matrona-en-la-hemorragiapostparto-a-proposito-de-un-caso/>
28. Honegger J, Giese S. Acute pituitary disease in pregnancy: how to handle hypophysitis and Sheehan's syndrome. *Minerva Endocrinol* [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 3];43(4). Disponible en: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minervaendocrinology/article.php?cod=R07Y2018N04A0465>
29. Pooja P, Dixit N, Kilapadi K, Sebastian A, Gopal S. Sheehan's syndrome in a dengue parturient. *Lankan J Anaesthesiol* [Internet]. 2017 [citado 2021 Sep 29];26(1). Disponible en: <https://slja.sljol.info/articles/abstract/10.4038/slja.v26i1.8286/>
30. Fernandez L, Viruez J, Vera O. Panhipopituitarismo secundario a hemorragia obstétrica profusa. *CuadHosp Clín* [Internet]. 2020 [citado 2021 Oct 2]; 61(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762020000200006&lang=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762020000200006&lang=es)
31. Tzvi I, Olhowski J, Mrav F, Bashiri A, Barski L. A rare cause of postpartum acute hyponatremia. *Endocrinol Diabetes Metab Case Reports* [Internet]. 2019 [citado 2021

- Oct 3];2019(1). Disponible en: <https://edm.bioscientifica.com/view/journals/edm/2019/1/EDM18-0124.xml>
32. Taniguchi J, Sugawara H, Yamada H, Yoshida K, Kurihara I, Yoshida M, et al. Adrenal crisis precipitated by influenza A led to the diagnosis of Sheehan's syndrome 18 years after postpartum hemorrhage. *Wiley* [Internet]. 2020 [citado 2021 Oct 2];8(1). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ccr3.3355>
  33. Organización Mundial de Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. 2014 [citado 2021 Sep 29]; 1(1).  
Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1)
  34. Barbosa M, Fernandes D, Paiva da Costa T, Sampaio M, Guerreiro C. Dilated Cardiomyopathy Reversibility in Sheehan's Syndrome: A Case Report. *SBC* [Internet]. 2020 [citado 2021 Oct 2]; 1(1). Disponible en: [https://abccardiol.org/wpcontent/uploads/articles\\_xml/1678-4170-abc-116-02-S01-0017/1678-4170-abc-11602-S01-0017.x44344.pdf](https://abccardiol.org/wpcontent/uploads/articles_xml/1678-4170-abc-116-02-S01-0017/1678-4170-abc-11602-S01-0017.x44344.pdf)
  35. Shinde S, Sabnis G, Lanjewar C, Kerkar P. A rare endocrine cause of electrical storm case report. *Eur Hear J - Case Reports* [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 3]; 1(2). Disponible en: <https://academic.oup.com/ehjcr/article/1/2/ytx008/4600568>
  36. Ontano Moreno MA, Mejía Velasteguí A, Avilés Arroyo M. Uso del ácido tranexámico en hemorragia obstétrica. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. 2019 [citado 2021 Sep 29]; 3(4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7402137>
  37. Díaz V, Abalos E, Carroli G. Methods for blood loss estimation after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 3]; 9(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513177/>
  38. Rojas L, Rojas L, Villagómez M, Rojas E, Rojas A. Hemorragia posparto: nuevas evidencias. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición* [Internet]. 2019 [citado 2021 Oct 3]; 10(1). Disponible en: <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/182/197>
  39. Kluczyński L, Gilis A, Rogoziński A, Pantofliński J, Hubalewska A. Hypophysitis: new insights into diagnosis and treatment. *Endokrynol Pol* [Internet]. 2019 [citado 2021 Oct 3]; 70(3). Disponible en: [https://journals.viamedica.pl/endokrynologia\\_polska/article/view/EP.a2019.0015/48699](https://journals.viamedica.pl/endokrynologia_polska/article/view/EP.a2019.0015/48699)
  40. Parikh Rohan, Bucch Varun, Makwana Mitesh, Buch H. The Price of a 15- Year Delay in Diagnosis of Sheehan's Syndrome. *Baylor Univ Med Cent Proc* [Internet]. 2016 [citado 2021 Oct 3]; 29(2). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08998280.2016.11929422?needAccess=true>
  41. Ahmad B, Ramzan M, Sultan M, Iqbal A, Raiz A. Cardiac structural and functional abnormalities in females with untreated hypopituitarism due to sheehan Syndrome: response to hormone

- replacement therapy. *Endocr Pract* [Internet]. 2016 [citado 2021 Oct 3]; 22(9). Disponible en: [https://www.endocrinepractice.org/article/S1530891X\(20\)41692-1/fulltext](https://www.endocrinepractice.org/article/S1530891X(20)41692-1/fulltext)
42. Zhan Yongchi, Xu Tingting, Wang Xiaodong. Perinatal Management and Outcomes of Pregnancy Following Sheehan Syndrome: A Case Report and Literature Review. *Matern Med* [Internet]. 2021 [citado Sep 29]; 3(3). Disponible en: [https://journals.lww.com/mfm/Fulltext/2021/07000/Perinatal\\_Management\\_and\\_Outcomes\\_of\\_Pregnancy.10.aspx](https://journals.lww.com/mfm/Fulltext/2021/07000/Perinatal_Management_and_Outcomes_of_Pregnancy.10.aspx)
43. Fein A, Wen T, Wright J, Goffman D, D'Alton M, Attenello F, et al. Postpartum hemorrhage and risk for postpartum readmission\*. *Rev Med Matern y Neonatal* [Internet]. 2019 [citado 2021 Oct 3]; 34(2). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2019.1601697?scroll=top&neededAccess=true>
44. González González José Gerardo, Borjas Almaguer Omar David, Salcido Montenegro Alejandro, Rodríguez Guajardo René, Elizondo Plazas Ana Sofia, et al. Sheehan's syndrome revisited: Underlying autoimmunity or hypoperfusion? *Int J Endocrinol* [Internet]. 2018 [citado 2021 Sep 29]; 2018(1). Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ije/2018/8415860/>
45. Genetu A, Anemen Y, Abay S, Bante Simachew A, Mihrete Kebabnew M. A 45 year old female patient with Sheehan's syndrome presenting with imminent adrenal crisis: a case report. *J Med Case Reports* [Internet]. 2021 [citado 2021 Sep 29]; 15(1).  
Disponible en: <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13256-021-02827-0>
46. Fariña T, Castillo R, González Y. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. *Rev Médica Sinerg* [Internet]. 2019 [citado 2021 Oct 3]; 4 (10). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms1910a.pdf>
47. Sadiq S, Chowdhury A. A Case of Sheehan Syndrome 7 Years Postpartum with Transaminitis and Hyperlipidemia. *Am J Case Rep* [Internet]. 2021 [citado Sep 29]; 22(1). Disponible en: <https://europepmc.org/article/PMC/8112285>
48. Carrillo R, De la Torres T, Nava J, Posada A, Pérez A, De la Torre M. Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. *Rev Mex Anestesiol* [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 3]; 41(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma183b.pdf>
49. Hernández Y, Ruiz M, Rodríguez L, Cepero A, Monzón M. Alternativas quirúrgicas conservadoras del útero ante la hemorragia postparto Conservative surgical alternatives of the uterus on postpartum hemorrhage. *Medisur* [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 3]; 15(5).  
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu2017/msu175n.pdf>
50. Rivera S, Chacón C, González A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. *Rev Médica Sinerg* [Internet]. 2020 [citado 2021 Oct 2]; 5 (6). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512/86>

## **ANEXO 1**

### **Autorización de Publicación en el Repositorio Institucional**

### **Autorización de Publicación en el Repositorio Institucional**

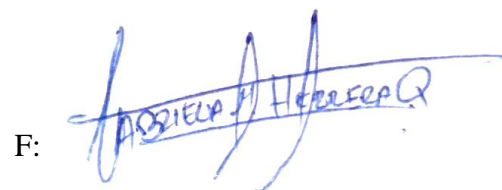
Nosotras **Elida Maritza Labanda Sigcho** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106488893** Y **Gabriela Mishell Herrera Quinde** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106523038**. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Intervención de enfermería en pacientes con Síndrome de Sheehan**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una Licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no commercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo adem{as a la Universidad Cat{olica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Org{anica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de noviembre del 2021



F:

ELIDA MARITZA LABANDA SIGCHO  
CI: 0106488893



F:

GABRIELA MISHELL HERRERA QUINDE  
CI: 0106523038