

María Fernanda Castillo Silva ^a; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal ^b; Francisco Arturo Vaca Morla ^c; Israel Oswaldo Jara León ^d

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Diagnosis of Sheehan syndrome

*Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 3
núm., 3, julio, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 817-837*

DOI: [10.26820/reciamuc/3.\(3\).julio.2019.817-837](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(3).julio.2019.817-837)

URL: <http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/305>

Código UNESCO: 3201.04 Patología Clínica

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

© RECIAMUC; Editorial Saberes del Conocimiento, 2019

Recibido: 28/04/2019

Aceptado: 19/05/2019

Publicado: 01/07/2019

Correspondencia: mafer_0018@hotmail.com

- a. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; mafer_0018@hotmail.com
- b. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; andriulinda@gmail.com
- c. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; artur800@gmail.com
- d. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; therhino.jara@gmail.com

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

RESUMEN

Síndrome de Sheehan es una enfermedad crónica específica a las mujeres que han sufrido una hemorragia postparto. Se caracteriza por diversos grados de desequilibrio en la hormona pituitaria relacionado con el proceso patológico de la necrosis de la glándula pituitaria después de haberse producido hemorragia. Aunque el síndrome es una complicación rara de hemorragia, el diagnóstico a menudo se retrasa sustancialmente debido a las circunstancias que rodean al parto y el amplio espectro de la presentación clínica. El objetivo de este trabajo es explorar las complejidades del síndrome en un esfuerzo por ayudar a los profesionales a proporcionar un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado a las mujeres con la enfermedad. Esto se logra mediante la síntesis de la literatura relevante y reciente sobre las presentaciones inmediatas y tardías de la enfermedad a través del marco de una viñeta clínica.

Palabras Claves: Síndrome Sheehan; Hemorragia; Parto; Diagnostico; Hormona Pituitaria.

ABSTRACT

Sheehan syndrome is a chronic disease specific to women who have suffered postpartum hemorrhage. It is characterized by varying degrees of imbalance in the pituitary hormone related to the pathological process of pituitary gland necrosis after hemorrhage has occurred. Although the syndrome is a rare complication of hemorrhage, the diagnosis is often substantially delayed due to the circumstances surrounding delivery and the broad spectrum of clinical presentation. The aim of this work is to explore the complexities of the syndrome in an effort to help professionals provide early diagnosis and appropriate treatment to women with the disease. This is achieved through the synthesis of relevant and recent literature on the immediate and late presentations of the disease through the framework of a clinical vignette.

Key Words: Sheehan syndrome; Hemorrhage; Birth; Diagnosis; Pituitary Hormone

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

Introducción.

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 14 millones de mujeres experimentan hemorragia postparto cada año (World Health Organization, 2013). La hemorragia postparto se define como una pérdida de sangre total de 1.000 ml o más con hipovolemia asociada dentro de las primeras 24 horas después del parto. Una hemorragia severa es uno en el que la pérdida de sangre es superior a 3.000 ml. La hemorragia posparto puede ser fatal, pero la mortalidad por hemorragia ha ido disminuyendo en los últimos 20 años. El descenso de la mortalidad ha llevado a un aumento en el reconocimiento y diagnóstico de una complicación poco frecuente de la hemorragia postparto conocido como Síndrome de Sheehan. Síndrome de Sheehan es una enfermedad crónica específica a las mujeres que han sufrido una hemorragia postparto se caracteriza por diversos grados de hormona pituitaria, desequilibrio relacionado con el proceso patológico de la glándula pituitaria de necrosis después de haberse producido la hemorragia. La condición es a menudo baja en la lista diferencial debido a la sintomatología vaga que está determinado en gran medida por la edad, rapidez de inicio y la proporción de células de la pituitaria afectadas (Matsuwaki T, 2014).

Se estima que la hemorragia después del parto tiene lugar en el 1-2% de todos los nacimientos vivos (Gibbons KJ, 2013). El Síndrome de Sheehan se produce en 1 de cada 100.000 nacimientos a nivel mundial y es la causa más común de insuficiencia hipofisaria en los países subdesarrollados o en vías de ingresos medios. La falta de acceso al sofisticado procedimiento médico, los profesionales cualificados, y los recursos médicos contribuyen a mayores tasas de hemorragia posparto y síndrome de Sheehan posterior en las naciones en vías de desarrollo, donde el síndrome se dice que se produce en 5 de cada 100.000 nacimientos.

Estimaciones de incidencia varían en gran medida, con un rango de 0-30% de los casos después de la hemorragia postparto. La enfermedad se considera “rara” en los países industrializados, pero ha habido un aumento en la prevalencia de la enfermedad debido al flujo de inmigrantes a estos países en desarrollo, en el que el trastorno es más frecuente. Se ha informado de que el síndrome de Sheehan representa el 0,5% de todos los casos conocidos de hipopituitarismo en las mujeres (Qadri MI, 2015).

Las estimaciones de la incidencia y prevalencia son relativamente difíciles de obtener debido al hecho de que el diagnóstico suele retrasarse debido a la naturaleza crónica de la enfermedad. Ha habido informes sobre variación en el marco de tiempo del diagnóstico. Un estudio informa de que el tiempo promedio entre los rangos de hemorragia y diagnóstico es de 1 a 33 años. Otro estudio encontró que el tiempo promedio entre la hemorragia y el diagnóstico de su población de estudio fue de 2 a 40 años (Dokmetas, Kilicli, Korkmaz, & Yonem, 2006). Un estudio de la nación industrializada Francia encontró que el tiempo promedio entre la hemorragia y el diagnóstico fue de aproximadamente 9 años. El retraso en el diagnóstico se atribuye a la incapacidad de los practicantes para enlazar el amplio espectro de la sintomatología de la enfermedad. Esta incapacidad no se debe a la indiferencia, sino más bien se debe a una falta de conciencia de la enfermedad poco frecuente y la falta de enfoque en el posparto y la historia menstrual en los años siguientes al parto.

Metodología.

Para el desarrollo de este proceso investigativo, se plantea como metodología la encaminada hacia una orientación científica particular que se encuentra determinada por la

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación, en tal sentido (Davila, 2015) define la metodología “como aquellos pasos previos que son seleccionados por el investigador para lograr resultados favorables que le ayuden a plantear nuevas ideas”.(p.66)

Lo citado por el autor, lleva a entender que el desarrollo de la acción investigativa busca simplemente coordinar acciones enmarcadas en una revisión bibliográfica con el fin de complementar ideas previas relacionadas al diagnóstico del síndrome de Sheehan a través de una revisión de literatura, para así finalmente elaborar un cuerpo de consideraciones generales que ayuden a ampliar el interés propuesto.

Tipo de Investigación

Dentro de toda práctica investigativa, se precisan acciones de carácter metodológico mediante las cuales, se logra conocer y proyectar los eventos posibles que la determinan, así como las características que hacen del acto científico un proceso interactivo ajustado a una realidad posible de ser interpretada. En este sentido, se puede decir, que la presente investigación corresponde al tipo documental, definido por Castro (2016), “se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teórico, la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos, audiovisuales y /o electrónicos”. (p.41).

En consideración a esta definición, la orientación metodológica permitió la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos donde se encontraron ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar a cada característica insertada en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones

con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por diferentes investigadores relacionadas con el tema de interés, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la indagación.

Fuentes Documentales

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para **(CASTRO, 2016)** las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”.(p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada para encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el tema, con el fin de explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

Técnicas para la Recolección de la Información

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características del estudio. En tal sentido, *(Bolívar, 2015)*, refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71).

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que mediante la aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación. Tal como lo expresa, (*Bolívar, 2015*) “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general.

Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio, según, (*Bolívar, 2015*) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos una vez aplicado las técnicas seleccionadas, tales como: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

Resultados.

Factores de riesgo

El principal factor de riesgo para el desarrollo del síndrome de Sheehan es el embarazo. Los cambios fisiopatológicos de la glándula pituitaria en el embarazo dejan la glándula vulnerable a la isquemia en caso de hemorragia. La pérdida de sangre comparable en mujeres no embarazadas no causa hipopituitarismo, lo que da credibilidad a esta afirmación (Diri, Karaca, Unluhizarci, & Kelestimur, 2016). La hemorragia posparto puede ser difícil de predecir debido a la naturaleza impredecible del proceso del parto. Se sabe que las mujeres que han experimentado hemorragia posparto anterior son tres veces más propensas a tener hemorragia posparto en sus embarazos posteriores. Un análisis de casos da la conclusión de que los diagnosticados con síndrome de Sheehan tienen una coagulación intravascular diseminada significativamente mayor (DIC) que sus contrapartes. La puntuación DIC, que se basa en la historia del paciente de la enfermedad, sintomatología clínica, y los laboratorios de coagulación, puede ser un determinante importante del potencial de desarrollo de la enfermedad. Las mujeres con síndrome de Sheehan reportan más complicaciones en el embarazo que sus contrapartes con la no-condición. Las complicaciones asociadas de muerte fetal, aborto involuntario, desprendimiento de placenta, retención placentaria, ruptura uterina, histerectomía, y el embarazo con múltiples están todos asociados con el potencial de la hemorragia y se reportan con mayor frecuencia y son conocidos por causar posibles riesgos de hemorragia que amenazan la vida (Diri, Karaca, Unluhizarci, & Kelestimur, 2016).

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

Fisiopatología

La hiperplasia de la glándula pituitaria es un proceso fisiopatológico normal del embarazo. Esta hiperplasia se atribuye al crecimiento de lactotrofos secretores de prolactina, en su intento de preparar el cuerpo para la lactancia materna. La glándula pituitaria aumenta tanto en volumen y en tamaño físico, estimando un crecimiento 120-136% durante todo el curso del embarazo (Diri, Karaca, Unluhizarci, & Kelestimur, 2016). El aumento de tamaño se correlaciona a un aumento de las necesidades nutricionales y metabólicas, pero las arterias que suministran sangre a la glándula permanecen sin cambios. La gran glándula pituitaria comprime las arterias hipofisarias superiores, que suministran la pituitaria anterior con rápida, el flujo de baja presión. La compresión tiene un efecto mínimo cuando el cuerpo está funcionando de manera óptima (Dokmetas, Kilicli, Korkmaz, & Yonem, 2006).

Después del parto, la glándula se agranda ligeramente, pero esta hiperplasia se detiene aproximadamente tres días después del parto. La glándula debe volver a su tamaño previo al embarazo dentro de los seis meses de un embarazo sin complicaciones. Cuando se produce la hemorragia postparto, la hipotensión resultante y shock hipovolémico causa una disminución en el flujo sanguíneo a la glándula. La compresión hipófisis superior impide una adecuada perfusión durante todo el proceso de la hemorragia. La isquemia glándula pituitaria resultante provoca necrosis de la adenohipófisis, que puede ser más complicada por el estado de hipercoagulabilidad del embarazo (Soni, 2014). La zona de necrosis se convierte en una cicatriz de tejido, provocando que la glándula misma a la atrofia. El resultado es la destrucción física y la disfunción del lóbulo pituitaria anterior.

El tejido de la glándula pituitaria no es capaz de regenerarse, lo que significa que estos cambios no se pueden invertir físicamente (Kovacs, 2003). La glándula todavía se considera estar funcionando apropiadamente si está atrofiado 50% o menos. Síndrome de Sheehan se considera en cualquier presentación en la que el 70-90% de la glándula ha experimentado necrosis y cicatrización posterior. La gravedad de la enfermedad se determina por la cantidad de hormonas que están afectadas por la destrucción de tejidos. Se postula que la destrucción del tejido persiste después del infarto inicial. Tejido necrosado libera antígenos, que promueven el desarrollo de anticuerpos anti-pituitarios. Estos anticuerpos crecen en número con el tiempo, y que atacan el tejido pituitario restante. El porcentaje de tejido disponible disminuye, lo que causa un incremento de la interrupción de la hormona y la progresión de presentación.

Revisión de sistemas

Los síntomas comunes del síndrome de Sheehan que puede que no presente en el posparto inmediata incluyen atrofia de las mamas, fatiga, disminución de púbico, axilar, y el pelo facial (tales como las cejas), sequedad o arrugas de la piel, hipotiroidismo y la sintomatología asociada (tales como intolerancia al frío), anemia crónica, hipoglucemia, nivel alterado de conciencia, la infertilidad, la hiponatremia, hipocortisolemia, e hipotensión (Hao, Liu, Mo, & Z., 2012). Dependiendo de la gravedad de los daños a la pituitaria, estos síntomas pueden presentar constantemente o sólo pueden presentar cuando el paciente informa de estrés físico o psicológico. Es importante completar una revisión detallada de los sistemas para evaluar el potencial de los múltiples síntomas existentes o que interactúan al mismo tiempo. Muchas veces, estos síntomas son tratados de forma individual.

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

Historia médica pasada

La paciente afirma que este es su tercer intento de buscar una solución a este problema. Al principio ella buscó atención para la amenorrea después de su segunda entrega. El primer médico la inició en tabletas de estradiol / progesterona. El segundo médico le dio un diagnóstico de depresión posparto después de que ella buscó atención para la ansiedad, taquicardia y sensación de estrés, pero los medicamentos no ayudaron a los síntomas. Ella fue disminuyendo de antidepresivos y no regresó. Ella reporta sin otros antecedentes médicos o diagnósticos.

Tabla 1. Revisión de sistemas

Síntoma	Presencia en presentación de un caso	Sentido
Perdida de cabello	+ La pérdida de púbico, axilar, cejas, cuerpo y cabello del cuero cabelludo	Indicador potencial de insuficiencia suprarrenal
anormalidad de la lactancia	que actualmente no	Sólo está presente en ROS si el plazo de un año de resultados
Sofocos	-	Positiva puede ser indicador del desequilibrio de la hormona del crecimiento o un hallazgo normal en histerectomía postoperatoria
Intolerancia al frío	+	indicador potencial de hipotiroidismo secundario
Alteraciones del estado de ánimo	+	
Debilidad	+	indicador potencial de hipotiroidismo secundario
Fatiga extrema	+	indicador potencial de hipotiroidismo secundario y el crecimiento desequilibrio hormonal
Anorexia	-	
Náusea	-	
Estrés	+	El estrés puede “activar” un

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

		síndrome de Sheehan latente
La apatía mental	+	
Aumento de peso / Pérdida	+ Ganar 30 libras más de 5 meses	
disminución de la libido	+	indicador potencial de crecimiento desequilibrio hormonal
Síncope / Mareos	+ Con Home lecturas de BP resultantes SBP que van desde 80-110	

Fuente: Autores

Debido a la sintomatología variable y retraso en el diagnóstico, es importante para obtener información sobre historiales de embarazo así más allá del período posparto. En un estudio de pacientes de Sheehan, el 52,6% de las mujeres con la condición informó hospitalizaciones previas para la sintomatología, pero ninguno había recibido el diagnóstico adecuado rutinariamente preguntar acerca de los detalles que rodean los lugares de parto, la hemorragia posparto, hospitalizaciones, transfusiones de sangre, y la lactancia materna puede proporcionar pistas importantes en el trabajo hacia un diferencial de la enfermedad.

Historia de embarazo y el postparto

Los síntomas iniciales de Síndrome de Sheehan pueden ser reconocidos en el período inmediatamente posterior al parto. Los dos signos más inmediatos del síndrome de Sheehan son la falta de lactato y las irregularidades menstruales. Las mujeres con el síndrome a menudo no pueden amamantar debido a una disminución de la producción de leche y la secreción. Esto se evidencia en la investigación, con un estudio que informó que el 70% de la muestra de estudio no amamantar(Diri, Karaca, Unluhizarci, & Kelestimur, 2016). El mayor obstáculo a la falta de este signo diagnóstico es el protocolo de colocación de las mujeres que tienen experiencia en la

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

hemorragia postparto en la UCI, donde no se permite la lactancia materna o simplemente no es viable. Las mujeres y los proveedores a menudo piensan que la producción de leche ha disminuido debido a la falta de estimulación del acto de la lactancia materna, cuando en realidad tienen una afección fisiopatológica subyacente. Es imperativo para evaluar a todos los pacientes que han sufrido una hemorragia después del parto para las preocupaciones de producción de leche o la lactancia.

La anormalidad menstrual más común en el síndrome de Sheehan es la amenorrea. Las mujeres con este síndrome no comienzan a menstruar dentro de los 6 meses de dar a luz, o si lo hacen, los períodos son irregulares debido a los desequilibrios hormonales. Este aspecto de la condición puede a menudo ser pasado por alto veces debido al hecho de que las histerectomías emergentes se realizan para tratar la hemorragia postparto inestable. Muchas mujeres hablan con sus proveedores antes de la entrega de la reanudación de control de la natalidad después del parto. Reanudar el control de la natalidad antes de observar los signos de amenorrea en una persona con un historial hemorragia postparto puede enmascarar este síntoma (Tovar, Ahmed, Urella, Elkadry, & Khthir, 2017).

Datos objetivos

El paciente exhibe muchos de los elementos del examen físico clásicos con la excepción de la atrofia de mama y su normal de Puntuación de Coma de Glasgow. Esta puntuación se ha encontrado para ser significativamente menor en los casos de Sheehan cuando se compara con los casos de no Sheehan en los casos actuales de investigación (Tabla 2).

Síndrome de Sheehan verdadera se define como el hipopituitarismo total, en las que se ven afectadas las seis hormonas liberadas por la hipófisis anterior. Esto significa que hay una disfunción permanente secreción de la hormona del crecimiento (GH), seguido de la prolactina (PRL), hormona estimulante del folículo (FSH), hormona luteinizante (LH), hormona adrenocorticotropica (ACTH), y hormona estimulante del tiroides (TSH). estrógeno en suero (E2), T4 IGF-1, libre, y el cortisol también se ven afectados (Matsuwaki T, 2014).

Imaging

La proyección de imagen estándar de oro para el diagnóstico de Síndrome de Sheehan es la RM. La glándula pituitaria está alojada en la silla turca, que es una ranura en el hueso esfenoides. necrosis de la glándula pituitaria vacía la silla turca. Estas imágenes pueden revelar la pérdida parcial o total de la glándula. Aproximadamente el 70% de todos los casos de Sheehan evidencia de una silla turca completamente vacío (Qadri MI, 2015). Las tomografías computarizadas también pueden ayudar en el diagnóstico (Figura 1).

Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome de Sheehan requiere la síntesis de puntos de datos subjetivos y objetivos. Diferenciales comúnmente asociados con la enfermedad son hipotiroidismo, depresión posparto, trastorno depresivo mayor, y el tumor de pituitaria. Tumor puede descartarse a través de imágenes de diagnóstico, lo que evidencia el crecimiento o invasión de otras regiones, o potencial resolución espontánea (Diri, Karaca, Unluhizarci, & Kelestimur, 2016). El trastorno depresivo mayor se asocia con la deficiencia de la hormona del crecimiento.

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

La hormona del crecimiento es la primera hormona que resulta afectada en el síndrome de Sheehan. El tratamiento de la depresión por sí sola no ayudará con la resolución de los síntomas. La depresión puede ser descartada como un diagnóstico primario basado en la historia del paciente y los síntomas de progresión. Del mismo modo, el tratamiento de hipotiroidismo en estos pacientes no ayuda a la resolución de los síntomas generales. Historia detallada del embarazo y el postparto se debe tomar para cualquier paciente con sospecha de hipotiroidismo con base en estudios de laboratorio y presentación subjetiva (Tabla 3).

Tratamiento

El tratamiento eficaz de Síndrome de Sheehan incluye el tratamiento de todas las hormonas presentes irregularidad. Junto con la corrección de estos desequilibrios, la consideración debe tomarse con respecto a los efectos secundarios y las consecuencias a largo plazo de la terapia hormonal sobre los diversos sistemas del cuerpo.

Tabla 2. Destacar hallazgos físicos

Hallazgo físico	Presencia en presentación de un caso
Atrofia de mama	Negativo
Perdida de cabello	Positivo: las cejas, el cuero cabelludo, las axilas, el pubis. resto del cabello es grueso, fino
Palidez	Pálido
Piel	, Sequedad de la piel gruesa. Fría al tacto.
Escala de Coma de Glasgow	puntuación normal
IMC / Distribución del peso	IMC obeso; la circunferencia abdominal
Estado animico	Ansioso

Tabla 3. Los resultados esperados de laboratorio para el paciente con síndrome de Sheehan

Laboratorio	Hallazgo
GH	Disminución
PRL	Disminución
FSH	Disminución
LH	Disminución
ACTH	Normales o elevados
TSH	Normales o elevados
E2 (suero)	indetectable
IGF-1	Disminución
T4 libre	Disminución
El cortisol	Disminución

Tabla 4. Criterios de diagnóstico

Criterios de diagnóstico esenciales	Caso clínico
Historia de la hemorragia postparto	+
hipotensión, shock, o la sangre que requiere DIC Acompañando transfusiones o la gestión de fluidos	+
Incapacidad de lactato después del parto	+
irregularidad menstrual después de eso no resolvió espontáneamente	+
Al menos una deficiencia de la hormona del lóbulo anterior de la hipófisis	+
Vacío o severamente dañado silla turca en diagnóstico por imágenes	+

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

Las mujeres con síndrome de Sheehan tienen un mayor riesgo de osteoporosis relacionada con hipogonadismo. Es imperativo que la terapia de reemplazo hormonal completa estas mujeres con el fin de luchar contra la pérdida de hueso. Los anticonceptivos orales, tales como etinilestradiol, parches transdérmicos y ambos se han demostrado tener éxito para este propósito (Kim, 2015). Estas mujeres deben hacerse pruebas de densidad ósea y deben ser vigilados estrechamente. La educación debe ser proporcionada en el ejercicio adecuado de soporte de peso, la importancia de la vigilancia rutinaria, y los efectos secundarios del uso de anticonceptivos prolongado, especialmente el riesgo de coágulos de sangre.

El tratamiento de ACTH y de desequilibrio en la tiroides se considera que son los aspectos más importantes del tratamiento del Síndrome de Sheehan. El tratamiento de la ACTH se logra ya sea con hidrocortisona o prednisona. La dosis y la selección de la medicación depende de la gravedad del desequilibrio. Algunos pacientes necesitan medicamentos sólo cuando están soportando el estrés, mientras que otros necesitan medicamentos constantemente con el fin de mantener un nivel de referencia. Si los niveles de cortisol mejoran, los pacientes pueden permanecer en pequeñas dosis, aumentando la frecuencia según sea apropiado. Se recomienda precaución al utilizar estos medicamentos, como el Síndrome de Sheehan puede causar un aumento de los receptores neuronales a los esteroides, lo que lleva a la psicosis. Los corticosteroides pueden necesitar para ser acoplado con un antipsicótico en las etapas iniciales hasta que se consigue la regulación cortisol. Corticosteroides de siempre se debe administrar antes de iniciar el tratamiento de la tiroides, como el tratamiento de la tiroides por sí solo puede causar crisis adrenal que se produzca desequilibrio de T4 libre se trata con Synthroid (Diri, Karaca, Unluhizarci, & Kelestimur, 2016).

GH debe ser reemplazado si hay tres o más conocidas hormonas pituitarias deficientes. El reemplazo se consigue a través de la autoinyección. Las mujeres deben ser monitoreados de cerca mientras recibe inyecciones, ya que clásicamente no responden tan eficazmente como los machos y pueden requerir dosis más altas (Kim, 2015). Es importante para la educación del paciente que estas terapias son a largo plazo. Para las inyecciones de GH, la técnica apropiada debe ser instruida, como las inyecciones no serán tan eficaces si se administran de forma inadecuada. Las situaciones psicosociales y ambientales del paciente también deben tenerse en cuenta antes de prescribir inyecciones de GH debido a la naturaleza de la medicación.

El control de rutina es la única manera de garantizar el cumplimiento del régimen y gestión eficaz de la enfermedad. El paciente asume una gran cantidad de responsabilidad. El paciente debe ser remitido a la administración de casos para ayudar a promover la gestión de la enfermedad y asegurar que los medicamentos apropiados pueden ser alcanzados. Frecuentes viajes a la oficina y al laboratorio deben ser asegurados, y una referencia a la endocrinología es la mejor manera de asegurar el cumplimiento y gestión a largo plazo.

Conclusiones.

No hay medidas preventivas en lugar de detener el desarrollo del síndrome de Sheehan después de hemorragia postparto. Algunos investigadores plantean la hipótesis de que la transfusión de cerca del tiempo de hemorragia actúa como una intervención inmediata, pero no hay evidencia definitiva para esto. La enfermedad es progresiva en la naturaleza si no se trata, ya que el cuerpo desarrolla anticuerpos a los tejidos de la pituitaria muertas. Estos anticuerpos atacan el tejido, que puede causar desequilibrios empeoramiento en el tiempo. La única manera

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

de retardar la progresión y la gravedad de la presentación es el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz. Como proveedores, pueden ayudar a facilitar el diagnóstico y el tratamiento simplemente escuchando. Escuchar la historia de su paciente. Preguntarles sobre sus embarazos, incluso si sus embarazos eran hace más de diez o incluso veinte años. Considere esta historia al completar su revisión de los sistemas, y los laboratorios de orden preventiva basada en la historia. Para los proveedores de cuidado de los pacientes en el posparto inmediato después de la hemorragia, aplicar una proyección herramienta que evalúa a los primeros signos de la amenorrea y la incapacidad para amamantar. Con el fin de gestionar de forma eficaz esta condición rara, adaptar un enfoque proactivo, en lugar de reactivo.

Bibliografía.

Bolívar, J. (2015). *Investigación Documental. México*. Pax.

Castro, J. (2016). *Técnicas Documentales. México*. Limusa.

Davila, A. (2015). *Concepto de terminos científicos*. Caracas: Oasis.

Diri, H., Karaca, Z. T., Unluhizarci, K., & Kelestimur, F. (2016). Sheehan's syndrome: new insights into an old disease. *Endocrine*, 22-31.

Dokmetas, H., Kilicli, F., Korkmaz, S., & Yonem, O. (2006). Characteristic features of 20 patients with Sheehan's syndrome. *Gynecol Endocrinol*, 279-283.

Gibbons KJ, A. C. (2013). Postpartum hemorrhage in the developed world: Whither misoprostol? *Am J Obstet Gynecol*, 181-183.

Hao, J., Liu, M., Mo, & Z. (2012). The Symptoms Get Worse after Pregnancy in Sheehan's Syndrome: A Case Report. . *Case Rep Med*.

Kim, S. (2015). *Diagnosis and Treatment of Hypopituitarism.2015*. Seoul: Endocrinol Metab.

Kovacs, K. (2003). Sheehan syndrome. *Lancet*, 520-522.

Matsuwaki T, K. K. (2014). Evaluation of obstetrical factors related to Sheehan syndrome. . *J Obstet Gynaecol Res*, 46-52.

Diagnóstico del síndrome de Sheehan

Vol. 3, núm. 3., (2019)

María Fernanda Castillo Silva; Andrea De Los Ángeles Bravo Vidal; Francisco Arturo Vaca Morla; Israel Oswaldo Jara León

Organization, W. H. (2013). *Priority diseases and reasons for inclusion*. . Obtenido de http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/Ch6_16PPH.pdf

Qadri MI, M. M. (2015). Sheehan's Syndrome Presenting as Major Depressive Disorder. *Iran J Med Sci* , 73-76.

Soni, M. (2014). Sheehan syndrome: A rare complication of post-partum hemorrhage.

Tovar, Y., Ahmed, W., Urella, M., Elkadry, A., & Khthir, R. (2017). Sheehan's syndrome.



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL

CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMEXCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.