

**Caracterización de los factores de riesgo del Síndrome de Sheehan en pacientes de la
E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta en el periodo
2015-2018**

Claudia Yaneth Aristizábal Uribe

Gustavo Adolfo Alfonso Figuera

María Kamila Lemus Matajira

Proyecto de investigación

Tutor

Esp. María victoria Figueroa

Asesores científicos

M.D Freddy Niño Prato

M.D Álvaro Uribe Gil

Universidad de pamplona

Facultad de salud, Departamento de Medicina

Cúcuta, Norte de Santander

2019

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
PREGUNTA PROBLEMA	4
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
MARCO TEORICO	5
METODOLOGÍA	9
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	18
CONCLUSIÓN	21
AGRADECIMIENTOS	Error! Bookmark not defined.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	22
ANEXOS	24

**Caracterización de los factores de riesgo del Síndrome de Sheehan en pacientes de la
E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta en el periodo
2015-2018**

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está enfocada en la caracterización de los factores de riesgo del síndrome de Sheehan y su propósito se fundamenta en identificar y describir la frecuencia de los factores de riesgo relacionados con la aparición del síndrome, que se define como un panhipopituitarismo o hipopituitarismo parcial que resulta del infarto de la glándula pituitaria por choque hipovolémico precipitado por una hemorragia asociada al parto. Esta patología fue descrita por primera vez por el patólogo Harold Leeming Sheehan en 1937. H. Sheehan precisó que durante el embarazo la glándula pituitaria aumenta de tamaño, al igual que sus necesidades metabólicas, y es especialmente susceptible a infartos. El síndrome de Sheehan tiene una incidencia de uno por cada 10.000 partos, es baja en los países desarrollados, como resultado de la atención obstétrica modernizada, aunque podrían subestimarse debido al menor reconocimiento del síndrome entre los profesionales médicos. Una historia clínica de hemorragia posparto, el fallo en la lactancia y el cese de la menstruación son datos clínicos importantes que orientan al diagnóstico de esta enfermedad. La clave para el inicio del tratamiento es el diagnóstico precoz, con el fin de poder reducir las complicaciones en estas pacientes, por lo que se debe prestar atención y seguimiento cuidadosos a las mujeres con hemorragia masiva posparto para la detección temprana de este síndrome.

Al ver que la literatura describe al Síndrome de Sheehan como una patología poco diagnosticada, por el bajo reconocimiento por parte los profesionales médicos y ya que es importante debido a que en un periodo de tiempo considerable después del parto, la pérdida

aguda del funcionamiento de la adenohipófisis puede ser fatal si no se realiza un tratamiento adecuado y al evidenciar un número importante de mujeres que lo padecen y son atendidas en el Hospital Universitario Erasmo Meoz. denota y motiva la atención para realizar este trabajo investigativo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Sheehan se caracteriza por grados variables de disfunción de la glándula pituitaria anterior y en ocasiones posterior (1). Las manifestaciones clínicas del síndrome dependerán del grado de severidad del déficit hormonal (2).

El Síndrome de Sheehan se asocia con un aumento de la morbilidad debido a sus signos y síntomas inespecíficos (1). Muchas mujeres permanecen asintomáticas durante años, hasta que ante una causa precipitante (una intervención quirúrgica o una infección) la hipófisis es incapaz de aumentar la producción hormonal habitual, y desarrollan una crisis adrenal (2).

La baja incidencia de esta patológica y el poco conocimiento sobre sus manifestaciones clínicas lleva a que no se piense mucho en ella y tanto los médicos generales como los obstetras dejan pasar el diagnóstico de manera aguda de esta enfermedad con las posteriores consecuencias que se pueden desarrollar a causa de las deficiencias hormonales que trae consigo el síndrome, en Colombia se encuentran muy pocas investigaciones sobre dicha patológica y a nivel local después de una búsqueda exhaustiva no se hallaron estudios sobre esta enfermedad.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los principales factores de riesgo del síndrome de Sheehan en pacientes de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo 2015-2018?

OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar los factores de riesgo relacionados con la aparición de Síndrome de Sheehan en pacientes de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta en el periodo 2015-2018

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de Síndrome de Sheehan.
- Describir la frecuencia de los factores de riesgo asociados con el desarrollo de Síndrome de Sheehan.

MARCO TEORICO

El embarazo es un estado fisiológico que ejerce presión sobre la glándula pituitaria (hipófisis) debido a las demandas cambiantes de la madre y el feto, y la liberación de hormonas por parte de la placenta (como la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), gonadotropina coriónica humana (HCG), estradiol y progesterona, entre otros). El aumento del tamaño de la glándula pituitaria durante el embarazo está bien establecido. La glándula aumenta en un 45% durante el primer trimestre, llegando al 120-136% de su tamaño original a corto plazo y su volumen más alto durante las primeras semanas del postparto. La hiperplasia de las células secretoras de prolactina (lactotropas) en la glándula pituitaria anterior explica el agrandamiento de la glándula pituitaria durante el embarazo (1).

El síndrome de Sheehan es el nombre dado al hipopituitarismo postparto (insuficiencia de la función hipofisaria que puede ser total panhipopituitarismo o parcial) que es causada por un infarto en la adenohipófisis, generalmente precipitada por una hemorragia postparto (3). La patogenia del síndrome de Sheehan permanece incierta. No todos los pacientes tienen

antecedentes de hemorragia postparto (HPP) masiva ni cada HPP masiva conduce al síndrome de Sheehan. Es importante destacar que la glándula pituitaria no puede regenerarse y el síndrome de Sheehan es un trastorno de secreción permanente.

El tejido hipofisario altamente vascularizado es susceptible a la isquemia incluso con cambios relativamente pequeños en el flujo sanguíneo. El suministro sanguíneo hipofisario restringido después de la hipotensión severa no tratada asociada con hemorragia post parto (HPP) es la causa más común del desarrollo del síndrome de Sheehan. El vasoespasmo, trombosis y anormalidades de la coagulación se encuentran entre los factores predisponentes propuestos para el suministro sanguíneo pituitario restringido. El principal factor que contribuye a la etiopatogenia del síndrome de Sheehan es la HPP. La historia obstétrica típica de mujeres con síndrome de Sheehan incluye una hemorragia uterina masiva durante o después del parto. De hecho, la HPP masiva puede predecir el desarrollo del síndrome de Sheehan. La HPP resulta de la atonía (una pérdida de tono muscular) del útero, lo que permite que el flujo de sangre a la placenta continúe incluso después del parto. Muchos factores durante el embarazo y el parto predisponen a la HPP como la anemia, la obesidad y la edad materna avanzada), pero la HPP puede ocurrir a pesar de la ausencia de estos factores de riesgo. La HPP se define tradicionalmente como una pérdida de sangre de 500 ml después de un parto vaginal o de 750-1,000 ml después de una cesárea; HPP masiva se define como la pérdida de $\geq 2,000$ ml de sangre. Sin embargo, el síndrome de Sheehan solo se desarrolla muy raramente sin pérdida evidente de sangre posparto. Un tamaño de silla turca más pequeño de lo normal también es un factor predisponente para el síndrome de Sheehan, ya que puede conducir a la compresión de las arterias hipofisarias contra la pared de la silla turca. Es importante destacar que el síndrome de Sheehan también puede desarrollarse a pesar de la

rápida corrección del shock hipovolémico. Se cree que el síndrome de Sheehan tiene un componente autoinmune en su patología, y es probable una predisposición genética, pero requiere más investigación. La frecuencia de mutaciones genéticas del factor de coagulación V, el factor de coagulación II y el inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 (PAI1), que son factores de riesgo establecidos para la trombosis, están aumentados en pacientes con síndrome de Sheehan en comparación con la población general, lo que sugiere que los factores genéticos implicados en la cascada de la coagulación podrían ser un factor predisponente (3,4).

En el síndrome de Sheehan puede diagnosticarse por síntomas clínicos de hipopituitarismo. De acuerdo con la gravedad del daño a la glándula pituitaria, los pacientes pueden presentarse con síntomas que van desde hipopituitarismo aislado a panhipopituitarismo. La hormona del crecimiento (GH) y la prolactina (PRL) son las hormonas más comúnmente afectadas. La deficiencia de PRL conduce a la falla posparto de la lactancia, y la deficiencia de gonadotropinas (hormona folículo estimulante, FSH y la hormona luteinizante, LH) conduce a la amenorrea. La necrosis profunda de la glándula pituitaria también puede conducir a deficiencias de tirotrópina (TSH) y, con menor frecuencia, a deficiencias de corticotropina (ACTH), que pueden provocar síntomas tales como aumento de peso, estreñimiento, intolerancia al frío seguida de síntomas relacionados con la hipocortisolemia (por ejemplo, debilidad, fatiga, pérdida de peso, hipotensión e hipoglucemia). Aunque es raro, el lóbulo posterior también puede verse afectado, lo que puede conducir a diabetes insípida. El síndrome de Sheehan también puede provocar resultados clínicos graves (como crisis suprarrenal, colapso circulatorio, coma mixedematoso e hiponatremia) y puede causar la muerte si no se trata adecuadamente. La tasa de mortalidad se incrementa en 1.2-2.7 veces

en estos pacientes con síndrome de Sheehan en comparación con la población general. Algunos pacientes son diagnosticados con síntomas de hipopituitarismo agudo inmediatamente después de dar a luz. El síndrome de Sheehan puede causar la muerte si no se diagnostica y se trata en la etapa aguda. La presentación clínica del síndrome de Sheehan agudo incluye cefalea, alteraciones visuales, pérdida del conocimiento, insuficiencia de la lactancia y características de insuficiencia suprarrenal aguda, como hipotensión, hipoglucemia, fatiga extrema, náuseas, vómitos e hiponatremia (1).

El síndrome debe investigarse en pacientes que presentan hipotensión posparto e hipoglucemia. Sin embargo, la mayoría de los pacientes presentan síntomas inespecíficos años después del parto. Este retraso entre la presentación para el diagnóstico es común y se informa de manera variable que es de 7 a 19 años, los síntomas pueden aparecer tarde debido a un daño hipofisario incompleto inmediatamente después del parto con una lenta progresión del daño a lo largo del tiempo. Además, otros factores de estrés desencadenan la presentación del síndrome de Sheehan. Por ejemplo, la deficiencia de ACTH latente puede volverse obvia durante una infección o cirugía. Los hallazgos clínicos inespecíficos son más evidentes en pacientes que son diagnosticados en la etapa crónica. La ausencia de estos síntomas no excluye el síndrome de Sheehan y el 10% de los casos puede ser asintomático a largo plazo. El examen físico de pacientes con síndrome de Sheehan crónico con frecuencia muestra escaso vello púbico y axilar, atrofia mamaria, aumento de arrugas alrededor de la boca y los ojos, hipopigmentación, piel seca, disminución de los reflejos, bradicardia o, a veces, coma (1).

El hipopituitarismo leve puede permanecer sin detectar durante años, pero la pérdida completa de la función adenohipófisis requiere tratamiento inmediato. Por lo tanto, es

obligatoria una intervención de seguimiento cuidadosa para el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de los pacientes con síndrome de Sheehan (3) Las hormonas deficientes se deben reemplazar apropiadamente. Sin embargo, la terapia de reemplazo hormonal no mejora la función pituitaria y no previene la progresión de la necrosis hipofisaria.

METODOLOGÍA

Para realizar la presente investigación que tiene como principal objetivo caracterizar los factores de riesgo relacionados con la aparición de Síndrome de Sheehan en pacientes de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta en el periodo 2015-2018 se ha decidido utilizar la siguiente metodología:



El planteamiento del problema y los objetivos de la investigación ya fueron descritos en este documento.

1. Tipo de investigación

El tipo de investigación del presente proyecto es observacional ya que se pretende hacer una caracterización de los diferentes factores de riesgo del síndrome de Sheehan en pacientes atendidas en la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz de la Ciudad de Cúcuta, Colombia en el periodo 2015-2018.

2. Diseño de la investigación

El trabajo que se llevó a cabo es una serie de casos, una investigación de tipo no experimental, observacional ya que no se realiza manipulación de las variables. Es descriptivo dado que permite describir y analizar los diferentes factores de riesgo asociados a la presentación del Síndrome de Sheehan en la población definida.

3. Fuente de datos

Para cumplir con el objetivo de la presente investigación se utilizarán fuentes de datos primarias y secundarias. Primeramente, se procederá a hacer una revisión de la literatura de investigaciones sobre el Síndrome de Sheehan que hayan identificado los diferentes factores de riesgo para la presentación de esta patología en las diferentes poblaciones estudiadas. Los datos de esta revisión constituyen los datos secundarios, los cuales servirán como marco teórico para la creación del instrumento que se utilizará para la recolección de datos primarios a partir de las historias clínicas y la entrevista a cada paciente. Una vez realizada la revisión de los datos secundarios, se procedió a diseñar el instrumento para la recolección de datos de

las historias clínicas y las entrevistas. El instrumento diseñado se sometió a valoración por tres expertos, dos Especialistas en Ginecología y Obstetricia (Dr. Alvaro Uribe Gil y Dr. Jesús Ivan Sierra) y un Especialista en Endocrinología (Dr. Fredy Niño), quienes eliminaron algunos ítems e identificaron otros indicadores que, consideraban pertinentes para el estudio. Una vez rediseñado el instrumento a partir de las correcciones de los expertos, se realizó una prueba piloto, con la intención de identificar errores de construcción de los ítems y problemas de comprensión. Después de las correcciones oportunas, el instrumento quedó estructurado con información referida a:

- Datos de identificación personal
- Datos sociodemográficos a fecha del ultimo parto
- Datos del diagnostico de síndrome de Sheehan
- Antecedentes (personales y familiares)
- Historia del ultimo embarazo y parto

La revisión de historias clínicas y las entrevistas individuales a cada paciente constituyen la fuente de datos primaria del presente proyecto.

4. Población y selección de la muestra

La población del presente proyecto son las pacientes con Síndrome de Sheehan atendidas en la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz de la Ciudad de Cúcuta en el periodo 2015-2018. Los criterios de inclusión para ser parte del estudio son: pacientes con síndrome de Sheehan con diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10): E23.0, atendidas en el periodo 2015-2108, mayores de 18 años, con historia clínica, sin alteraciones del estado mental y que aceptaran participar en el estudio y firmaran el

consentimiento informado. Los criterios de exclusión del estudio son: menores de 18 años de edad, con alteraciones del estado mental, historia clínica incompleta y aquellas que no aceptaran participar en el estudio. Dado el tipo de diseño de la presente investigación no se realiza selección de muestra ni muestreo.

5. Recolección de Datos

En la presente investigación la recolección de los datos se realizará mediante la aplicación de un instrumento previamente diseñado llamado **FORMATO DE ENTREVISTA CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE SHEEHAN EN PACIENTES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERAZMO MEOZ DE LA CIUDAD DE CÚCUTA EN EL PERIODO 2015-2018** (Ver Anexo xxx). En una primera fase se hizo revisión de historia clínica y los datos se recolectaron a través del instrumento previamente mencionado. En una segunda fase se realizaron las entrevistas utilizando el mismo instrumento para la recolección de datos, para la cual se utilizaron los datos de correspondencia obtenidos de la historia clínica, para tener comunicación con las pacientes. Se explicó por medio telefónico el contenido del estudio de investigación a las participantes para que decidieran su participación. Luego se hicieron las reuniones presenciales para la aplicación de la entrevista estructurada.

6. Análisis de datos

Por su condición de censo el análisis de la información se desarrollará mayormente desde el punto de vista descriptivo, el cual consiste en la elaboración de tablas y gráficos de la distribución porcentual de las variables categóricas analizadas. En este Proyecto, debido al reducido número de observaciones, la construcción de tablas de contingencia puede resultar

de baja a nula. Cabe destacar que todos los resultados arrojados en este estudio tienen la categorización de Parámetros Poblacionales, por lo que no aplica la inferencia estadística, los resultados servirán de referencia para futuras investigaciones relacionadas con el Síndrome de Sheehan.

RESULTADOS

1. Datos sociodemográficos a fecha del último parto

De las pacientes incluidas en el presente estudio a fecha del último parto, el 83,3% (5/6) residían en el área urbana y el 16,7% (1/6) restante en el área rural, un 66,7% (4/6) pertenecían al estrato socioeconómico 2 y un 33,3% (2/6) al estrato 1. El 83,3% (5/6) eran amas de casa durante su última gestación y tenían un nivel educativo de básica primaria y secundaria. Todas las pacientes del estudio pertenecían al régimen de seguridad social en salud subsidiado.

2. Datos del diagnóstico de síndrome de Sheehan

Las pacientes tenían una edad media de 35 años para el momento del diagnóstico, la menor edad registrada fue de 30 años, en tanto que la mayor fue de 50 años. Su diagnóstico fue principalmente clínico como se muestra en la tabla 1..

Tabla 1. Clínica

Signo/Síntoma	Frecuencia	%
ASTENIA	6	100,00
ADINAMIA	6	100,00
ICTERICIA	1	16,67
IRRITABILIDAD	1	16,67
HIPOTIROIDISMO	2	33,33
AGALACTIA	2	33,33
AMENORREA	2	33,33
SINCOPE	1	16,67
SOMNOLENCIA	1	16,67
FATIGA	1	16,67
DISNEA	1	16,67

3. Antecedentes

a. Personales – Ginecobstétricos

Las características de los ciclos menstruales de las pacientes, fueron evaluados según los siguientes parámetros: todas las pacientes tenían una frecuencia normal de sangrado menstrual, un 50% y un 33,3% de las pacientes tenían presencia y ausencia de la regularidad de sus ciclos menstruales respectivamente. La duración del sangrado menstrual se clasificó como normal, con una variación entre 3-8 días. La ficha ginecobstétrica arrojó los resultados que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Ficha Gineobstétrica.

		Frecuencia	%		
Menarquía	12	1	16,67		
	13	2	33,33		
	14	1	16,67		
	15	2	33,33		
Gravidez	1	1	16,67		
	2	1	16,67		
	3	4	66,67		
Paridad	1	1	16,67		
	2	3	50,00		
	3	2	33,33		
Cesáreas	0	6	100,00		
Aborto	0	4	66,67		
	1	2	33,33		
Mortinatos	0	6	100,00		
Vivos	1	1	16,67		
	2	3	50,00		
	3	2	33,33		
Edad Primera Relación	17	1	16,67	Media	19,50
	18	2	33,33	Desviación	2,88
	19	1	16,67	C. V (%)	14,77
	20	1	16,67		
	25	1	16,67		
Parejas Sexuales	1	6	100,00		

Se observó que le edad de la menarquia se presentó entre los 12 y 15 años de edad, el 66.7% (4/6) tuvo 3 gestaciones y de estas el 50% (2/4) tuvo un aborto, el 100% tuvieron parto vaginal y ninguna paciente fue sometida a cesárea. y la edad media de la menarquia fue de 19.5 años, siendo la menor 17 años y la mayor 25 años. La totalidad de las pacientes practicaban la monogamia.

b. Personales – Patológicos de la Infancia

El 83.3% de las pacientes presentaron varicela, el 33.3% sarampión, un 16.7% fueron diagnosticados con asma y un 16,7% con dengue.

c. Otros antecedentes personales

Ninguna de las pacientes presentó antecedentes quirúrgicos, de traumatismos, transfusiones e intoxicaciones. Una paciente tuvo un antecedente de hospitalización debido a preeclampsia. Así mismo, se presentó un caso de antecedente alérgico a la penicilina. Un 16,7 % de las pacientes refirió un antecedente de medicación con antihipertensivos.

d. Familiares

Solamente una de las seis paciente refirió un antecedente de infarto agudo de miocardio en su padre.

e. Antecedente de complicación en embarazo o parto anterior al último

Antes de evaluar la última gestación se obtuvieron datos de la gestación previa, donde se pudo observar que solo dos de las 6 pacientes no presentó complicación alguna durante el embarazo anterior al último. Dos casos presentaron anemia y se reportó solo un caso de HTA, embarazo prolongado y preeclampsia.

4. Historia del último embarazo y parto

El historial del último embarazo muestra que el 83,3 de las pacientes asistieron a control prenatal; el 60% de ellas realizaron su primer control a los tres meses de gestación, las dos

restantes lo realizaron a los 5 y 7 meses respectivamente. El número total de consultas de control prenatal se muestra en la tabla 3. Durante su último embarazo un 66,7% de las pacientes consumió ácido fólico, un 16,7% sulfato ferroso y un 16,7% calcio; mientras un 33,3% de las pacientes no consumió ningún micronutriente.

Tabla 3.

NUMERO TOTAL DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL	1	1	16,67
	2	1	16,67
	6	1	16,67
	9	1	16,67
	No Informa	2	33,33

Las patologías que presentaron las pacientes durante su último embarazo fueron: anemia en un 66,7%, preeclampsia en un 33,3% e hipertensión arterial en un 16,7%. Solamente el 33,3% de las pacientes no presentó ninguna patología en este periodo.

La tabla 4 contiene una descripción individual del intervalo intergenésico, la edad de las pacientes y la edad gestacional al momento del último parto. El intervalo intergenésico varió entre 3,3 meses hasta 61,9 meses, de igual forma la edad al momento del último parto tuvo una media 33.3 años, donde la edad gestacional estuvo entre las 36 y 39 semanas de gestación.

Tabla 4. Descripción temporal del último Parto.

INTERVALO INTERGENESICO (meses)	EDAD AL MOMENTO DEL PARTO	EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL ULTIMO PARTO (semanas)
19,8	32	36
17,5	36	38
12,6	30	37
61,9	25	39
3,3	36	38
0	41	-

Cinco de las 6 pacientes acudieron a un lugar adecuado para dar a luz en su último parto, 2 asistieron a un hospital, 2 a un puesto de salud y una de ella a una clínica. Solamente una paciente tuvo su último parto en su hogar.

Las complicaciones durante el último parto fueron: hemorragia en un 100% de las pacientes, un 16,7% tuvo parto prolongado y un 16,7% parto instrumentado.

DISCUSIÓN

El avance en los cuidados obstétricos durante el siglo pasado ha conseguido disminuir la mortalidad de las pacientes obstétricas. Las recomendaciones por parte de la Organización Mundial de la Salud de un manejo activo del parto, junto con otras medidas como el desarrollo de protocolos específicos para el control precoz de la hemorragia obstétrica, han reducido la morbimortalidad de la mujer puerpera. Como consecuencia, complicaciones directamente relacionadas con la hemorragia posparto, como el síndrome de Sheehan, actualmente son escasamente diagnosticadas en las unidades de puerperio (2).

Gokalp et al. describen al SS como una patología común en países con instituciones socio-económicas y socio-culturales menos desarrolladas (8), acorde a la literatura en el presente estudio se encontró que la mayoría de las pacientes con diagnóstico de síndrome de Sheehan residían en el área urbana, con estrato socioeconómico bajo, dedicadas a labores del hogar y con un nivel educativo básico, los cuales constituyen como características que inciden en la presentación del síndrome.

Clínicamente, las mujeres con síndrome de Sheehan presentan disfunción del lóbulo anterior de la glándula pituitaria. La disminución de la función endocrina puede restringirse a una

hormona o puede afectar a todas las hormonas secretadas por las células de la adenohipófisis. La presentación clínica varía y depende de la edad de la paciente, la rapidez de la aparición, la naturaleza/causas del proceso patológico y la proporción de células de la adenohipófisis afectadas (4). Banzal y Ayoola evaluaron a 30 pacientes con este trastorno en Arabia Saudita. Ellos reportaron falta de lactancia y amenorrea en todos sus pacientes. El hipotiroidismo secundario se observó en el 97% de los pacientes, y el 90% tenía insuficiencia suprarrenal secundaria. En Turquía, Dökmetas et al. describieron 20 pacientes. Todas esas mujeres tenían hipogonadismo hipogonadotrópico, como lo evidencian los niveles inapropiadamente bajos de FSH y LH en mujeres en edad menopáusica, el 90% tenía hipotiroidismo secundario y el 70% reportó falta de lactancia después del parto (3). Se encontró que en este estudio el 100% de las pacientes presentó síntomas de astenia y adinamia, asociados a hipotiroidismo secundario, agalactia y amenorrea en un 33,3% de los casos cada uno.

En este estudio la totalidad de las pacientes presentaron hemorragia posparto, la cual es descrita por Karaca et. al como la causa más común para el desarrollo del síndrome de Sheehan, que asociada a hipotensión grave conlleva a una restricción del suministro de sangre en la hipófisis (1). Existen varios factores conocidos que predisponen para la presentación de hemorragia posparto, tales como embarazos múltiples, parto instrumentando, edad materna avanzada, entre otros. Los partos en el hogar y varias comorbilidades subyacentes, como la anemia, la desnutrición, la multiparidad, la infección, la hipertensión y la diabetes, son frecuentes en los países subdesarrollados. Estas condiciones mencionadas por Gei-Guardia et al. exponen a las pacientes a un mayor riesgo de complicaciones cuando se presenta una hemorragia obstétrica (9). En este estudio se encontró que la mitad de las pacientes eran multíparas, que la mayoría presentó anemia, preeclampsia e hipertensión

arterial durante el último embarazo. Es de resaltar que ninguna de las pacientes presentó cesárea previa, considerada como un factor predisponente para desencadenar hemorragia posparto. Los intervalos intergenésicos de las pacientes se describieron como anormales en la mayoría de pacientes con edad materna avanzada al momento del último parto.

La frecuencia del síndrome de Sheehan ha disminuido en los últimos años, principalmente en los países desarrollados, debido a un mejor cuidado obstétrico (7). En Colombia, atendiendo los lineamientos del ministerio de salud y protección social se debe realizar el control prenatal, considerando un inicio de control óptimo antes de las 10 semanas de gestación, con una cantidad adecuada de consultas para mujeres nulíparas de 10 y multíparas de 8, sumado a la ingesta de ácido fólico 6 meses antes de la concepción, calcio a partir de las 14 semanas de gestación y sulfato ferroso cuando existen bajos niveles de hemoglobina (colocar referencia guía) En este trabajo investigativo se halló que la totalidad de las pacientes asistieron a control prenatal, pero su inicio no fue óptimo; el número de consultas de control no fueron pertinentes y el consumo de micronutrientes fue deficiente.

En el presente trabajo se halló la presencia de varicela como patología de la infancia en un 83,3% de los casos, cuya relación como factor de riesgo para el desarrollo del síndrome de Sheehan aún no se ha descrito. Cabe resaltar el componente inmunológico mencionado en la literatura para el desarrollo del síndrome de Sheehan y deja se deja abierta la inquietud sobre la relación de la varicela durante la infancia y la presentación de este síndrome.

CONCLUSIÓN

- Los factores de riesgo identificados que se relacionan al desarrollo de SS son anemia, preeclampsia, periodos intergenésicos anormales y multiparidad.
- La asistencia a control prenatal era de manera tardía, y no cumplían con una cantidad adecuada de consultas, así mismo no consumían los micronutrientes indicados en los tiempos pertinentes.
- La mayoría de las pacientes tenían antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores, esto sumado a control prenatal inadecuado aumenta el riesgo de complicaciones durante embarazos posteriores.
- La mayoría de las pacientes viven en el área urbana, con bajo nivel educativo y su atención de salud es prestada bajo el régimen subsidiado.
- La clínica de las pacientes es dada principalmente por astenia y adinamia asociada a agalactia, amenorrea e hipotiroidismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Karaca Z, Laway BA, Dokmetas HS, Atmaca H, Kelestimur F. Sheehan syndrome. *Nat Rev Dis Primer*. 22 de diciembre de 2016;2:16092.
2. Ramos-López L, Pons-Canosa V, Juncal-Díaz JL, Núñez-Centeno MB. Síndrome de Sheehan tras hemorragia obstétrica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. diciembre de 2014;61(10):575-8.
3. Alex H. Tessnow, MD and Jean D. Wilson, MD. The Changing Face of Sheehan's Syndrome. *The American Journal of the Medical Sciences*.2010;40:5
4. Matsuwaki T, Khan KN, Inoue T, Yoshida A, Masuzaki H. Evaluation of obstetrical factors related to Sheehan syndrome: Clinical factors in Sheehan syndrome. *J Obstet Gynaecol Res*. enero de 2014;40(1):46-52.
5. Deniz Gokalp, Gulistan Alpagat, Alpaslan Tuzcu, Mithat Bahceci, Sadiye Tuzcu, Fatime Yakut & Azad Yildirim. Four decades without diagnosis: Sheehan's syndrome, a retrospective analysis .*Gynecological Endocrinology*. 2016;57:5
6. Matsuzaki S, Endo M, Ueda Y, Mimura K, Kakigano A, Egawa-Takata T, et al. A case of acute Sheehan's syndrome and literature review: a rare but life-threatening complication of postpartum hemorrhage. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 1 de mayo de 2018];17(1). Disponible en: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1380-y>

7. Eduardo Contreras-Zúñiga, M.D. Ximena Mosquera-Tapia, M.D. María Cristina Domínguez-Villegas, M.D., Erika Parra-Zúñiga, M.D. Sheehan's syndrome: a case report and literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2009;60:5
8. Deniz Gokalp, Gulistan Alpagat, Alpaslan Tuzcu, Mithat Bahceci, Sadiye Tuzcu, Fatime Yakut & Azad Yildirim. Four decades without diagnosis: Sheehan's syndrome, a retrospective analysis. *Gynecological Endocrinology*. 2016; Early online 1-4
9. Orlando Gei-Guardi, MD.; Esteban Soto-Herrera, MD.; Alfredo Gei-Brealey, MD.; Chin Hao Chen-Ku, MD. Sheehan Syndrome in Costa Rica: Clinical Experience with 60 cases. *Endocrine Practice*. 2017; 17 (No. 3)

ANEXOS

FORMATO DE ENTREVISTA

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE SHEEHAN EN PACIENTES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERAZMO MEOZ DE LA CIUDAD DE CÚCUTA EN EL PERIODO 2015-2018

Ficha # _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

II. DATOS PERSONALES A FECHA DEL ÚLTIMO PARTO

NOMBRE						
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	CE	PA	VI		
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD						
NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA						
FECHA DE NACIMIENTO						
LUGAR DE NACIMIENTO						
EDAD						
ESTADO CIVIL	C	S	V	UL		
GRUPO SANGUINEO	A	B	AB	O		
RH	POSITIVO (+)		NEGATIVO (-)			
DIRECCIÓN						
NÚMERO DE TELEFONO						
RELIGIÓN						
LUGAR DE RESIDENCIA						
DIRECCIÓN						
ZONA RESIDENCIAL	URBANO		RURAL			
ESTRATO	1	2	3	4	5	6
OCCUPACIÓN						
NIVEL EDUCATIVO	PREESCOLAR		BASICA PRIMARIA		BASICA SECUNDARIA	

	MEDIA		PREGRADO		POSGRADO	
REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	SUBSIDIADO		CONTRIBUTIVO		NO APLICA	
EPS						

III. DATOS DEL DIAGNOSTICO DE SINDROME DE SHEEHAN

FECHA DEL DIAGNOSTICO	
EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO	
CLÍNICA AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO	

IV. ANTECEDENTES

a) PERSONALES

i. GINECO-OBSTETRICOS

- ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA MENSTRUACION?
- ¿CUANTAS VECES HA ESTADO EMBARAZADA?
- ¿CUANTAS VECES HA PARIDO?
- ¿CUANTAS CESAREAS LE HAN REALIZADO?
- ¿CUANTOS ABORTOS HA TENIDO?
- ¿CUANTAS VECES SE LE HA MUERTO ALGUN FETO DURANTE LA GESTACION O DURANTE EL NACIMIENTO?
- ¿CUANTOS DE SUS HIJOS SE ENCUENTRAN CON VIDA?
- ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL?
- ¿CON CUANTAS PERSONAS HABÍA TENIDO RELACIONES SEXUALES ANTES DE SU ÚLTIMO PARTO?
- ¿CADA CUANTOS DÍAS LE LLEGABA SU MENSTRACION?
- ¿SUS CICLOS ERAN REGULARES O IRREGULARES?
- ¿CUANTOS DIAS DURABA CON EL SANGRADO?
- ¿CUANTAS TOALLAS HIGIENICAS UTILIZABA DURANTE EL DÍA CON LA MENSTRUACIÓN?
- ¿PRESENTÓ ALGUNA ENFERMEDAD O COMPLICACIÓN DURANTE EL(LOS) EMBARAZO(S) Y PARTO(S) ANTERIOR(ES) AL ULTIMO?

ii. PATOLÓGICOS

- ¿SUFRIÓ ALGUNA ENFERMEDAD ANTES DE LOS 11 AÑOS DE EDAD? ¿CUÁL?
- ¿SUFRIÓ ALGUNA ENFERMEDAD ENTRE LOS 11 Y 20 AÑOS DE EDAD? ¿CUAL?
- ¿SUFRIÓ ALGUNA ENFERMEDAD DESPUÉS DE LOS 20 AÑOS DE EDAD Y ANTES DE SU ULTIMA GESTACIÓN? ¿CUÁL?

iii. QUIRURGICOS

- ¿LE REALIZARON ALGUNA CIRUGIA ANTES DE SU ULTIMA GESTACION? ¿CUÁL?

iv. HOSPITALIZACIONES

- ¿ALGUNA VEZ ESTUVO HOSPITALIZADA ANTES DE SU ULTIMA GESTACIÓN? ¿POR QUÉ LO ESTUVO?

v. TRAUMATISMOS

- ¿SUFRIÓ ALGUN ACCIDENTE ANTES DE SU ÚLTIMA GESTACION? ¿CUÁL?

vi. TRANSFUSIONES

- ¿RECIBIO ALGUNA TRANSFUSION SANGUINEA ANTES DE SU ÚLTIMA GESTACIÓN?

vii. INMUNIZACIONES

- ¿RECIBIÓ VACUNAS ANTES DE SU ÚLTIMA GESTACIÓN? ¿CUALES?

viii. INTOXICACIONES

- ¿SUFRIÓ ALGUNA INTOXICACIÓN ANTES DE SU ULTIMA GESTACION? ¿CON QUÉ SE INTOXICÓ? ¿LE QUEDARON SECUELAS? ¿CUALES?

ix. ALERGIAS

- ¿SUFRIÓ ALGUNA ALERGIA ANTES DE SU ULTIMA GESTACIÓN? ¿A QUE LE DIO ALERGIA?

x. MEDICAMENTOS

- ¿CONSUMIA MEDICAMENTOS ANTES DE SU ÚLTIMA GESTACION? ¿CUALES?

xi. OCUPACIONES

- ¿QUE ACTIVIDADES LABORALES REALIZÓ ANTES DE SU ULTIMA GESTACIÓN?

b) FAMILIARES

- ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA PRESENTÓ ALGUNA ENFERMEDAD? ¿QUE PARENTEZCO TIENEN? ¿CUAL ENFERMEDAD?

V. HISTORIA DEL ÚLTIMO EMBARAZO Y PARTO

- ¿EN QUE FECHA TUVO SU PENULTIMO PARTO?
- ¿CUANTO PENSABA ANTES DE SU ULTIMA GESTACIÓN?
- ¿EN SU ULTIMA GESTACIÓN ASISTIÓ A ALGUNA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL?
- ¿QUE EDAD GESTACIONAL TENÍA CUANDO ASISTIÓ A SU PRIMERA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL DE SU ULTIMA GESTACIÓN?
- ¿A CUANTAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL ASISITIÓ EN SU ULTIMA GESATACIÓN?
- ¿CONSUMIÓ ALGÚN MICRONUTRIENTE DURANTE SU ÚLTIMA GESTACIÓN? ¿CUALES?
- ¿SUFRIÓ ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE SU ULTIMA GESTACIÓN? ¿CUAL?
- ¿LE REALIZARON ALGUNA CIRUGIA DURANTE SU UTLMA GESTACION? ¿CUÁL?
- ¿ALGUNA VEZ ESTUVO HOSPITALIZADA DURANTE SU ULTIMA GESTACIÓN? ¿POR QUÉ LO ESTUVO?
- ¿SUFRIÓ ALGUN ACCIDENTE DURANTE SU ÚLTIMA GESTACION? ¿CUÁL?
- ¿RECIBIO ALGUNA TRANSFUSION SANGUINEA DURANTE SU ÚLTIMA GESTACIÓN?
- ¿RECIBIÓ VACUNAS DURANTE SU ÚLTIMA GESTACIÓN? ¿CUALES?
- ¿SUFRIÓ ALGUNA INTOXICACIÓN DURANTE SU ULTIMA GESTACION? ¿CON QUÉ SE INTOXICÓ? ¿LE QUEDARON SECUELAS? ¿CUALES?
- ¿SUFRIÓ ALGUNA ALERGIA DURANTE SU ULTIMA GESTACIÓN? ¿A QUE LE DIO ALERGIA?
- ¿CONSUMIA MEDICAMENTOS DURANTE SU ÚLTIMA GESTACION? ¿CUALES?
- ¿QUE ACTIVIDADES LABORALES REALIZÓ DURANTE SU ULTIMA GESTACIÓN?
- ¿EN QUE FECHA TUVO SU ULTIMO PARTO?
- ¿A QUE EDAD TUVO SU ULTIMO PARTO?
- ¿CUANTAS SEMANAS DE EMBARAZO TENIA AL MOMENTO DEL PARTO?

- ¿EN QUE LUGAR TUVO SU ULTIMO PARTO?
 - ___ CENTRO DE SALUD (HOSPITAL, CLÍNICA, PUESTO DE SALUD)
 - ___ CASA
 - ___ OTRO ¿CUAL?

- ¿QUE PROFESIÓN TENÍA LA PERSONA QUE LE ANTEDIÓ EL ULTIMO PARTO?
 - ___ MEDICO ESPECIALISTA (GINECOLOGO Y OBSTETRA)
 - ___ MEDICO GENERAL
 - ___ JEFE DE ENFERMERIA
 - ___ AUXILIAR DE ENFERMERIA
 - ___ PARTERA
 - ___ OTRA ¿CUÁL?

- ¿TUVO ALGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL ULTIMO PARTO?
- ¿CUANTO PESÓ SU ULTIMO HIJO AL MOMENTO DEL NACIMIENTO?
- ¿QUE GRUPO SANGUINEO Y RH TUVO SU ULTIMO HIJO?