

SÍNDROME DE HELLP: ENTENDENDO E INTERVINDO
HELLP SYNDROME: UNDERSTANDING AND INTERVENING

Ana Paula Alexandre Augusto Gonçalves ¹, Paloma de Souza Pereira¹, Vivian de Cássia Oliveira¹, Márcia Féldreman Nunes Gonzaga²

Resumo: Trata-se de um artigo de tema principal sobre a síndrome de hellp com **abordagem metodológica** de revisão bibliográfica, o objetivo geral é de entender as complicações da Síndrome de Hellp e conhecer os principais métodos de intervenção, do enfermeiro, bem como reconhecer os sinais e sintomas e principais alterações em exames laboratoriais, **Discussão:** Ainda discorre sobre os agravos que a Hellp pode causar e a importância do acompanhamento pré-natal e realização dos exames, atentando às menores alterações para que inicie as intervenções o mais rápido possível. **Descritores:** Hellp, Síndrome de Hellp, Hipertensão na gestação e DHEG.

1. Acadêmicos do curso de Enfermagem do Centro Universitário Amparense
2. Me Coordenadora e Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Amparense

Introdução

As doenças hipertensivas específicas da gestação é considerada um problema de saúde pública, pois são as maiores causas de morte materna, essas doenças são classificadas em pré-eclâmpsia, eclâmpsia e a forma mais grave a Síndrome de Hellp, podendo acontecer 24 a 48 horas após o parto. (NERY et al., 2014).

Síndrome de Hellp tem três critérios: Hemólise, aumento das enzimas hepáticas e queda nas plaquetas. (RIBEIRO et al., 2017)

A doença recebeu esse nome por seus sintomas H de hemólise, EL sendo a elevação das enzimas hepáticas e LP a diminuição das plaquetas (Plaquetopenia) foi descoberta por Louis Weinstein onde relatou 29 casos com esses achados. (NERY et al., 2014)

Não tem tratamento específico e não se conhece muito da fisiopatologia da doença (RIBEIRO et al., 2017)

As alterações hipertensivas indicam relevante causa de morbidade na gestação, no Brasil as complicações hipertensivas, tem grandes índices de morte materna, chegando a 25% dos casos, dentre os agravos podemos citar a síndrome de HELLP, considerando ser uma continuidade da pré-eclâmpsia grave, mas através de estudos há controvérsia mostrando que em 12 a 18% ela está ausente e entre 15 a 50% se apresenta moderada, pouco se sabe sobre a causas da HELLP, mas as intervenções são muito importantes para diminuir os transtornos negativos decorrentes a mãe e ao feto; SOUZA, et. al.(2009). Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de atualização realizada a partir de artigos científicos publicados nos últimos dez anos, em português. Utilizou-se como palavras-chave Síndrome de Hellp e doenças hipertensivas na gestação na base de dados Scielo, LILACS e Google acadêmico.

Discussão: A síndrome de HELLP ocorre entre 1 a 2 casos para cada 1000 gestantes, estando relacionada em 20% dos casos de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, são diagnosticadas entre a 28^a às 36^a semanas de gestação, com valores da pressão arterial acima de 140/90 mmHg, em 82 a 88% dos casos acompanhada de proteinúria, em 86 a 100% dos casos apresentam as seguintes queixas: epigastralgia, dor em quadrante superior direito, cefaleia frontal, náusea e vômito, visão turva. Há alterações em alguns exames laboratoriais como por exemplo: aspartato transaminase (AST) acima de 70 U/L, desidrogenase láctica (LDH) acima de 600U/L, plaquetas abaixo de 100.000(SOUZA et.al.2009). Nery (2014) relata que os sinais e sintomas mais comuns são as dores epigástricas localizada no quadrante superior direito, mal estar, náuseas e o agravo pode apresentar os sintomas de doenças hipertensivas. É de extrema importância os exames básicos como hemograma completo, uroanálise, creatinina sérica, desidrogenase láctica, ácido úrico, bilirrubinas e transaminases, quando se têm plaquetas < que 100.000/ml se realizam testes mais específicos.

Essa síndrome pode desenvolver a insuficiência cardíaca, hematoma hepático, insuficiência renal aguda, acidente vascular cerebral, edema agudo de pulmão, descolamento prematuro da placenta e hemorragia cerebral, podendo evoluir para falência sistêmica de múltiplos órgãos (NERY et al., 2014). A tomografia do fígado pode ajudar a diagnosticar a hemorragia, ruptura e estenose hepática (SOUZA et al. 2009).

Histórico pessoal ou familiar de pré-eclâmpsia, primiparidade, tabagismo, gestação múltipla, alto índice de massa corpórea, diabetes, hipertensão crônica e trombofilias são caracterizados como fatores de risco. Descritos recentes falam sobre a ligação entre várias complicações obstétricas, tais como a pré-

eclâmpsia, abortamento de repetição, tromboembolismo venoso, entre outras, com as trombofilias, que se caracterizam como desarranjos hemostáticos que tendem à elevar os processos tromboembólicos, que podem ser hereditários ou adquiridos (BREDA et al., 2012).

Mesmo com a intervenção e assistência médica prestada, o único meio de amenizar os agravos para a gestante é o parto, principalmente aquelas que já alcançaram 34 semanas de gestação, podendo até ser indicado o parto vaginal se ela estiver tendo contrações uterinas, dilatação e o feto estiver em posição cefálica, já a cesariana é indicada quando a idade gestacional é menor que 32 semanas, não há dilatação do colo uterino, hipertensão sistêmica grave e sofrimento do feto, podendo ocorrer complicações graves como: coagulação intravascular disseminada, descolamento prematuro da placenta, insuficiência renal aguda, angustia respiratória do adulto, sepse, acidente vascular encefálico e ruptura da capsula hepática, podendo ocorrer a morte materna entre 1 a 24% (SOUZA et al.2009), sendo a plaquetopenia e a carência dos fatores de coagulação os principais causadores (RIBEIRO et al., 2017).

Mudanças fisiológicas ocorrem durante toda a gestação, incluindo modificações no sistema de coagulação, onde elevam-se a maioria dos fatores de coagulação, fibrinogênio e fator de Von Willebrand, além de diminuição no concentrado de proteínas anticoagulantes e fibrinólise, sendo de extrema importância onde, no momento do parto tendem a minimizar as perdas sanguíneas (BREDA et al., 2012).

Em pesquisas realizadas, apontou-se maior risco relativamente elevado para desenvolver pré-eclâmpsia grave mulheres com marcadores séricos reagentes para trombofilias hereditárias e/ou adquiridas (BREDA et al., 2012).

A morte do neonato varia de 8 a 37% dos casos recorrentes das complicações materna, as taxas de partos prematuros são de 70% trazendo prejuízos no desenvolvimento do neonato como: baixo peso, desconforto respiratório, pneumonia, displasia bronco-pulmonar, enterocolite necrotizante, necessitando de UTI neonatal, (SOUZA et.al.2009).

Os enfermeiros tem um papel relevante na prevenção dos agravos da doença, dando importância para a consulta de pré-natal, pois muitas vezes o primeiro atendimento à gestante é com o enfermeiro, tendo o cuidado de criar um vínculo de confiança, assim facilitando a comunicação para que ela se sinta à vontade e a entrevista seja positiva, dessa forma o profissional deve estar atento ao histórico de doenças anteriores, valores da pressão arterial, alguma complicação em gestações anteriores a essa, orientando sobre a importância do pré-natal, reforçando o comparecimento em cada consulta,

ressaltando a necessidade de seguir as orientações sobre uma boa alimentação, diminuindo o sal, ingerindo mais água, frutas e legumes, ficando atenta a alguns sinais e sintomas e relatando nas consultas, através do esclarecimento à paciente, fica mais fácil ao enfermeiro identificar precocemente alterações e intervir de forma correta, agilizando a realização de exames laboratoriais, fazendo controle diário de sinais vitais, grau de edema em membros inferiores, queixas de dores, principalmente em quadrante superior direito, tendo diálogo direto com o médico sobre o prognóstico da paciente (MARTINEZ, PEIXOTO, VALLE, 2008).

Muitas vezes ele poderá entrar com medições anti-hipertensivas como: hidralazina, labetalol, sulfato de magnésio, metildopa, nifedipina para um melhor controle dessa alteração, cabendo ao enfermeiro ensinar essa gestante a usar corretamente a medicação, ficando atento à eficácia ou efeitos colaterais (MARTINEZ, PEIXOTO, VALLE, 2008), os medicamentos mais utilizados foram a hidralazina, dexametasona, sulfato de magnésio, celestone, sendo importante a hemotransfusão (RIBEIRO et al., 2017).

Conclusão

Estudos apontam para a gravidade da Síndrome de Hellp e a extrema importância do reconhecimento breve dos sinais de alterações apresentados na pressão arterial, nos exames laboratoriais, nos sintomas apresentados pela gestante e seu histórico. O acompanhamento pré-natal é fundamental, pois através das consultas de rotina e exames realizados, a gestante receberá todas as orientações necessárias para manter hábitos de vida saudáveis, o que favorece uma gravidez sem riscos, e ao menor sinal de alterações percebidas, medidas serão iniciadas afim de evitar agravos ainda maiores. Observa-se ainda pouco conhecimento sobre esta síndrome e poucos estudos que apontem para a prevenção. Sugere-se a realização de novas pesquisas que abordem a temática prevenção e tratamento, a fim de obtermos cada vez mais conhecimento científico sobre a síndrome de Hellp e inserirmos cada vez mais a terapia que se mostre eficaz.

Referências Bibliográficas

SOUZA R. et al. **Diagnóstico e conduta na Síndrome de HELLP**. Revista Med. Minas Gerais; vol.19, n.4, p.30-33, 2009. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/exportar-pdf/1097/v19n4s3a07>>.

PEIXOTO M.V., MARTINEZ M.D., VALLE N.S.B. **Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias e cuidados de enfermagem**. Revista Educação, meio Ambiente e Saúde; vol.3, n.1, p. 208-

222, 2008. Disponível em
:<[http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3\(1\)208a222](http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3(1)208a222)

RIBEIRO J.F. et al. **Síndrome Hellp: Caracterização obstétrica e modalidade de tratamento.** Revista de Enfermagem: vol. 11 n. 3 p. 1343-8, 2017. Disponível <
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13975/16821>

NERY, I.S. et al. **Perfil Epidemiológico e Obstétrico de gestantes com Síndrome Hellp.** Cogitare Enfermagem: vol. 19, n.1, pag. 147-52, 2014. Disponível em <
<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/35973/22181>

BREDA, I. et al. **Marcadores Séricos de Trombofilias Hereditárias e Anticorpos Antifosfolípidos em Gestantes com Antecedentes de Pré-eclâmpsia Grave.** Revista Bras Ginecol Obstet: vol.34, n. 1 p.40-46, 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a08v34n1.pdf>