



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

FERNANDA GUERRA LUCAS

**O PAPEL DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SÍNDROME DE HELLP: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado em forma de artigo científico como requisito parcial na finalização do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação e Ciências da Saúde – FACES/UniCEUB, sob orientação da Professora Julliane Messias Cordeiro Sampaio.

BRASÍLIA, DF

2022

O PAPEL DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SÍNDROME DE HELLP: UMA REVISÃO NARRATIVA

Fernanda Guerra Lucas ¹

Julliane Messias Cordeiro Sampaio ²

Resumo

A síndrome de HELLP é uma condição clínica resultante do agravamento da pré-eclâmpsia, que pode culminar em complicações materno e fetal. Este trabalho tem como objetivo identificar os principais desfechos dessa patologia, bem como salientar a magnitude da morbimortalidade e as funções dos profissionais da enfermagem na assistência a estes pacientes. Onde foi analisado que durante as consultas de pré-natal, os profissionais de saúde devem se atentar para as manifestações clínicas de um agravamento da pré-eclâmpsia e o início da HELLP. Para que assim a gestante não desenvolva complicações, como hematoma hepático subcapsular, descolamento prematuro da placenta, coagulação intravascular disseminada, infecção renal aguda e neuropatologias. E prevenir os desfechos fetais, como a restrição do crescimento intrauterino, prematuridade e descolamento da placenta. Além de diminuir a taxa de mortalidade para ambos pacientes. Assim, a atuação do enfermeiro para o reconhecimento e tratamento precoce dessa condição é primordial. Dessa forma, impede-se a ocorrência de desfechos desfavoráveis para a gestante e o feto.

Descritores: Gravidez; Gravidez de Alto Risco; Hipertensão Induzida pela Gravidez; Síndrome HELLP; Pré-eclâmpsia; Eclâmpsia; Complicações na Gravidez e Cuidados de Enfermagem

THE ROLE OF NURSING ASSISTENCE IN HELLP SYNDROME: A NARRATIVE REVIEW

Abstract

HELLP syndrome is a clinical condition that occur due to an evolution of severe preeclampsia, and could lead up to maternal and fetal complications. This study aims to identify the main outcomes of this pathology, as well as to emphasize the magnitude of mortality and the roles of nurses in assisting these patients. Where it was consider that on prenatal consultations, health professionals should be aware of the manifestations, like the aggravating of pre-eclampsia and the onset of HELLP. So that the pregnant woman does not develop complications, such as subcapsular hepatic hematoma, placental abruption, disseminated intravascular coagulation, acute kidney infection and neuropathologies. As well to prevent fetal outcomes, such as intrauterine growth restriction, prematurity and placental abruption. Furthermore, it helps to decreasing the mortality rate for both patients. Therefore, the role of nurses into early diagnosis and treatment of the syndrome is a major priority. In this way, the occurrence of unfavorable outcomes for the pregnant woman and the fetus are prevent.

Descriptors: Pregnancy; Pregnancy, High-Risk; Hypertension, Pregnancy-Induced; HELLP Syndrome; Pre-Eclampsia; Eclampsia; Pregnancy Complications and Nursing Care.

¹ Estudante do Curso de Bacharelado em Enfermagem – UniCEUB.

² Professora Titular do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília – FACES - UniCEUB.

1 INTRODUÇÃO

As Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG) são definidas por um conjunto de distúrbios hipertensivos durante a gestação. Podem estar relacionadas com o aumento da pressão arterial antes ou depois de 20 semanas, alteração dos exames laboratoriais e comprometimento placentário. Essas síndromes são conhecidas como a Hipertensão Arterial Crônica, Hipertensão Gestacional, Pré-eclâmpsia (PE), Eclâmpsia e Síndrome de HELLP (FIOCRUZ, 2022a).

Essas síndromes não têm uma gênese definida até então. Sabe-se que hipóteses foram elaboradas a fim de subsidiar o fato da existência dessas patologias. O termo HELLP é um acrônimo da abreviação dos termos em inglês: H –hemolysis, EL –elevated liver enzymes e LP –low platelets. Tendo assim, por sua tradução o acometimento de hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia (OLIVEIRA; SOUZA, 2020; KREBS; SILVA; BELLOTTO; 2021).

A principal ideia hipotética que tenta explicar os resultados de exames laboratoriais da HELLP, segundo Bu e colaboradores (2018) e Rezende (2016) é a hemólise microangiopática, que resulta em circulação de fragmentos de células vermelhas e sequente lesão vascular. Este fato proporciona o depósito de fibrina nos sinusoides hepáticos e acarreta necrose hemorrágica multifocal, além da deposição de fibrina em vasos menores, causando, dessa forma, alteração da função endotelial, ativando o processo inflamatório e a ação do tromboxano (Oliveira; Souza, 2020; FIALHO *et al.*, 2021).

No que tange o quadro clínico, a Síndrome de HELLP é uma intercorrência clínica de uma gestação de alto risco, sendo associada por uma anemia hemolítica e alterações nas enzimas hepáticas. Essa síndrome é caracterizada por complicações gestacionais, podendo ocorrer por exemplo, uma ruptura da placenta, restrição do crescimento fetal, hemorragias pós-parto, sepse, falência renal e hepática, entre outros (OMS, 2011).

No intuito de viabilizar a assistência adequada pela equipe de saúde, mitigando o risco de morbimortalidade maternas e neonatais é necessária uma atenção às gestantes com quadro de hipertensão prévia ou gestacional, pois a HELLP acomete, aproximadamente, 0,5% a 0,9% das gestantes e, dessas, 10% a 20% apresentam a síndrome como agravamento da PE grave e/ou Eclâmpsia, assim sendo, a percepção das alterações clínicas se faz necessária, dada a elevada prevalência das SHG e sua associação à principal causa de morte materna no Brasil (FIOCRUZ, 2022b).

Neste contexto, a necessidade da triagem de risco no pré-natal (PN) e a atenção do diagnóstico são primordiais e a confirmação por meio de exames laboratoriais será fundamental para estabelecer o tratamento em tempo oportuno. Os exames básicos da paciente com suspeita da doença, são o hemograma completo, urinálise, creatinina sérica, desidrogenase láctica (DHL), ácido úrico, bilirrubinas e transaminases. Tendo uma diminuição das plaquetas como uma das alterações mais precoce (KREBS; SILVA; BELLOTTO; 2021).

O desfecho para a gestante e o feto depende do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da síndrome e, neste contexto, a enfermeira poderá referenciar a paciente para o serviço de referência em tempo hábil. Quando percebidos sinais de cefaleia, avaliação da dinâmica uterina e vitalidade fetal, interpretação dos exames laboratoriais dos marcadores específicos. Sendo assim, é possível identificar a evolução do quadro da paciente e prever possíveis complicações e tratamentos específicos, reduzindo o risco de morte materno-infantil (MIRANDA *et al.*, 2016; VANELLI *et al.*, 2017; COUTO *et al.*, 2020).

Cabe salientar que alguns estudos referiram a condução do PN, realizado na Atenção Primária em Saúde (APS), de maneira ineficiente dada a falta de conhecimentos adequados exames e procedimentos terapêuticos tendem a ser negligenciados ou repetidos desnecessariamente e, por ser uma doença pouco abordada, as ações que emergem da HELLP, podem ser negligenciadas (COUTO *et al.*, 2020; COELHO; KUROBA 2018; LOPES *et al.*, 2013).

Neste contexto, este estudo se justifica, dada a necessidade de elucidar a magnitude da morbimortalidade que permeia a Síndrome HELLP e a importância de enfermeiros reconhecerem sinais e sintomas, assim como interpretar os resultados que apontem a patologia, a fim de subsidiar o diagnóstico precoce de forma assertiva. Dessa forma, foi elencado o seguinte questionamento: "Quais são os principais desfechos da Síndrome de HELLP?". E, para elucidar os achados, o objetivo da pesquisa foi descrever os principais desfechos oriundos da HELLP que acometem as gestantes/parturientes e o feto.

2 MÉTODO

Trata-se de uma de literatura narrativa que, segundo Soares et al., (2014) possui características para discutir e descrever o desenvolvimento de um assunto, com um ponto de vista teórico ou contextual em material publicado. Consistem em apresentar uma análise das publicações em livros, artigos de revista impressos ou eletrônicos. A busca da pesquisa não

utiliza critérios sistemáticos e estratégias sofisticadas, as informações utilizadas estão a critério do autor.

Desse modo, os artigos selecionados foram coletados das bibliotecas virtuais e/ou bases de dados LILACS, Scielo, PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, em busca de artigos publicados nos últimos 10 anos. Para uma procura mais específica dos artigos foi utilizado os seguintes descritores, tendo em base o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para uma melhor pesquisa: Gravidez, Gravidez de Alto Risco, Hipertensão Induzida pela Gravidez, Síndrome HELLP, Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Complicações na Gravidez e Cuidados de Enfermagem.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE

A Pré-eclâmpsia é uma patologia multifatorial e multissistêmica específica da gravidez de alto risco. Ela foi definida pela Comissão de Terminologia do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas em 1972, como a ocorrência de hipertensão arterial, proteinúria e/ou edema nas mãos ou face. Sendo que esses sintomas se manifestam após a 20ª semana de gestação (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Atualmente a definição sofreu atualizações quanto aos sintomas para o diagnóstico. Segundo a ISSHP (International Society for Study of Hypertension in Pregnancy) em 2014, descreve a pré-eclâmpsia como o surgimento de hipertensão após a 20ª semana, proteinúria e disfunções orgânicas, tal como insuficiência renal, disfunção do fígado, comprometimento neurológico ou hematológico, restrição do crescimento fetal e complicações uterinas e placentárias. E quando há uma ausência da proteinúria, não é mais um critério para a exclusão do diagnóstico de pré-eclâmpsia (MOL *et al.*, 2016).

Assim com a nova atualização do conceito, quando uma paciente possuir uma pressão sistólica arterial (PAS) maior que 140 mmHg ou pressão diastólica arterial (PAD) maior que 90 mmHg em um intervalo de tempo de 4 a 6 horas e suceder a complicações sistêmicas, não é necessário esperar um resultado de urina com mais de 0,3g de proteínas na amostra para diagnosticar a síndrome hipertensiva e assim dar início ao tratamento. Desta forma, se otimiza o tempo terapêutico e impede possíveis evoluções de agravamentos clínicos da patologia para a gestante e o feto (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018).

E para ter conhecimento sobre quais são as manifestações clínicas de complicações da pré-eclâmpsia, o Ministério da Saúde (MS) apresenta os sinais de atenção no Manual de Gestação de Alto Risco:

Estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada. A associação com sintomas configura uma emergência hipertensiva; Síndrome HELLP; Sinais de iminência de eclâmpsia: caracterizados pela sintomatologia secundária a alterações vasculares do sistema nervoso, como cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escotomas e hiper-reflexia, ou hepáticas, sendo náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrico ou no hipocôndrio direito) as mais comuns; Eclâmpsia; Edema agudo de pulmão; Dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias, situação que pode ser o resultado de intensa vasculopatia cardíaca e/ou pulmonar; Insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas) (MS, 2022, p. 146).

Visto que, essa doença tem características multissistêmicas, isso quer dizer que há fatores favoráveis para uma evolução patológica em todo o organismo da mulher. Essas complicações podem ser tanto um critério do diagnóstico da pré-eclâmpsia quanto uma evolução de outras SHG, como a eclâmpsia e a síndrome de HELLP. Sendo que, a complicação mais grave que pode acontecer é o falecimento materno e fetal (PERAÇOLI *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se aproximadamente 529.000 óbitos de mulheres associada a gestação, parto, puerpério e aborto. Em todas as gestações cerca de 2 a 8% podem evoluir para desfechos de gravidade da pré-eclâmpsia, sendo elas a eclâmpsia e a síndrome HELLP. No Brasil, a principal causa das mortes maternas são as SHG. E em um estudo na região Sul do Brasil, foi observado que a principal causa das mortes maternas foi por pré-eclâmpsia, 46,4% dos casos, seguido pela eclâmpsia com 39,3% (SOARES *et al.*, 2009).

A eclâmpsia é a consequência de lesões cerebrais causadas pela pré-eclâmpsia. Suas manifestações clínicas são as crises convulsivas, sem associação a outras doenças, que ocorrem durante a gestação ou o puerpério. As convulsões podem ter caráter tônico-clônicas com perda de consciência fase tônica e, na fase clônica, a gestante/parturiente cai em sequência da contração e enrijecimento corpóreo. E logo após essa crise a consciência volta gradualmente, podendo essas convulsões ter duração de 60 a 90 segundos. O manejo terapêutico envolve o uso do medicamento de Sulfato de Magnésio, que previne a ocorrência de outras epilepsias na gravidez (COELHO; SIQUEIRA, 2022).

Com o agravamento da pré-eclâmpsia, a síndrome de HELLP apresenta alterações plaquetárias, ocasionando elevação de citocinas que causam disfunção hepática e hemólise. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10 a 20% das gestantes com pré-eclâmpsia

podem evoluir para a síndrome e isso exigirá medidas cautelosas a fim de preservar a vida da mulher em qualquer uma das fases do ciclo gravídico puerperal. Neste interim, é necessário a assistência de profissionais qualificados durante o pré-natal, oferecendo atenção para a identificação e tratamento precoce para qualquer alteração (SANTOS *et al.*, 2022).

3.2 SÍNDROME DE HELLP E SUAS CARACTERÍSTICAS

A sigla HELLP é derivada da língua inglesa, sendo o H de *hemolysis*, EL de *elevated liver enzymes* e LP de *low platelets*. Dessa forma, a tradução refere-se ao acometimento de hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia durante a gravidez. A síndrome de HELLP é classificada como uma complicação da pré-eclâmpsia, o qual possibilitou a evolução de alterações hematológicas e hepáticas (BRASIL, 2022).

Em um estudo de revisão integrativa da literatura, apresentou quais são os fatores de risco da mulher a desenvolver essa síndrome. Esses aspectos são: a idade avançada, ter comorbidade, múltipara, fertilização *in vitro*, histórico de pré-eclâmpsia e histórico familiar de hipertensão. E foi salientado também uma associação entre a evolução da HELLP com o aumento do risco para acontecer transfusões sanguíneas, descolamento prematuro da placenta e hemorragia pós-parto (ALVES *et al.*, 2021).

Infelizmente os conhecimentos sobre a fisiopatologia da HELLP ainda são desconhecidos. A hipótese mais aceita é a ocorrência de uma invasão trofoblástica na gestação, isso ocorre na presença da pré-eclâmpsia que gera um mal desenvolvimento da placenta, pois modifica a rede intravascular e perivascular. Posteriormente, ocorre uma associação do tecido fetal e o sistema imune da mulher, onde terá uma importante liberação de leucócitos e assim uma destruição das plaquetas que aderiram a tecidos lesionados do endotélio, evoluindo uma plaquetopenia. Por conseguinte, encontram-se fragmentos de plaquetas na circulação que geram uma hemólise microangiopática, derivando para lesões intravasculares que originam depósitos de fibrinas nos sinusoides hepáticos. Logo, agrava-se para uma necrose hemorrágica no organismo (VANELLI; CAMARGO; RIBAS, 2017).

Em razão dessa teoria, é possível compreender os sinais e sintomas da síndrome, já que os órgãos atingidos estarão sujeitos a deposição das fibrinas nos vasos sanguíneos. A manifestação clínica pode variar para cada gestante, mas o mais comum consiste em dor epigástrica no quadrante superior direito, mal-estar, vômitos e náuseas. Diante disso, visto que os sintomas têm caráter individual, quando o quadro é de grau leve podem não ser percebidos,

por isso a necessidade de realizar exames laboratoriais complementares para a triagem da HELLP (ROCHA *et al.*, 2021).

Os achados laboratoriais correspondem ao acrônimo da síndrome, a hemólise é definida pela presença de esquizócitos e equinócitos no sangue periférico, nível de lactato desidrogenase (LDH) maior que 600 UI/L, bilirrubina indireta maior que 1,2 mg/dL e/ou haptoglobina menor ou igual de 0,3 g/L. Quando há insuficiência hepática é caracterizada pelo aumento das enzimas Aspartato Aminotransferase (AST) e Alanina Aminotransferase (ALT), maior que duas vezes o valor referência de 5 a 40 UI/L. Além de ter uma contagem plaquetária menor que 100.000/mm³ (COELHO; SIQUEIRA, 2022).

Essa trombocitopenia está associada ao risco da fatalidade, quanto menor a contagem de plaquetas mais grave a paciente está. Para ser avaliado a gravidade é utilizado a classificação de Mississippi, que verifica os níveis plaquetários e a concentração de LDH. A classe 1 é quando a contagem de plaquetas está abaixo de 50.000 por mm³, a classe 2 é de 50.000 a 100.000 mm³ e a classe 3 é acima de 150.000 mm³. Sendo que, as classes 1 e 2 estão relacionadas à hemólise, além de terem o LDH maior que 600 UI/L e o AST ou ALT maior que 70 UI/L. Já a classe 3 é definida por uma progressão da doença, com achados de LDH maior que 600 UI/L e o AST ou ALT maior que 40 UI/L (LEÃO; JUNIOR, 2022).

Então, ao realizar o diagnóstico é preciso se atentar aos achados laboratoriais e também excluir a possibilidade de outras doenças, efetuando um diagnóstico diferencial. Pois pode haver condições similares à síndrome de HELLP, sendo as mais comuns a hepatite viral, esteatose hepática aguda, colecistite, pancreatite, infecções por hantavírus e entre outros. Já as mais raras, portando grau crítico e fatal para a grávida, são o fígado gorduroso agudo da gravidez (AFLP), síndrome urêmica hemolítica (SHU), púrpura trombocitopênica trombótica (TTP) e lúpus eritematoso sistêmico (LES) (ROCHA *et al.*, 2021).

Assim, quando há o diagnóstico da gestante com HELLP é feita a transferência para uma internação em um serviço de referência para cuidados específicos. E a respeito ao manejo terapêutico não há uma cura definitiva, as medidas são baseadas na prevenção de complicações e controle hemodinâmico da mulher, sendo a conduta mais efetiva a antecipação do parto. Quando a gestante tem menos de 24 semanas, é recomendado a interrupção da gravidez, e as com mais de 34 semanas, é indicado o parto imediato (VANELLI; CAMARGO; RIBAS, 2017).

As medidas de controle e prevenção estão relacionadas em manter a paciente estável. Na manutenção da pressão arterial é utilizado medicamentos anti-hipertensivos, para os casos

mais severos usa-se a nifedipina, hidralazina e/ou labetalol. Na prevenção de convulsões recomenda-se o uso de sulfato de magnésio, sendo também administrado 24 horas após o parto. E outra medida de controle é a transfusão de plasma, onde vários estudos relatam a eficácia da plasmaferese na resolução da síndrome no período pós-parto e em mulheres que tiveram muitos comprometimentos do organismo (WALLACE *et al.*, 2018).

3.2.1 DESFECHOS DA SÍNDROME DE HELLP

Uma vez que os desfechos desfavoráveis atingem a grávida e o feto, a assistência de saúde deve envolver uma atenção a ambos. Uma complicação grave e de alta mortalidade é a apresentação de hematoma hepático subcapsular na mulher, que pode manifestar-se em menos de 2% dos casos, mas a taxa de mortalidade materna é de 75% e a fetal é de 60 a 80%. Essa patologia pode surgir não só durante o período gestacional, mas também nos períodos intra e pós-parto (HENRIQUE-VILLASECA *et al.*, 2018)

A sintomatologia dessa condição é definida por algia epigástrica ou escapular ipsilateral, distensão abdominal, náuseas e vômitos. Mas ainda é necessários exames complementares de imagem para ter um diagnóstico preciso, já que os sintomas não são específicos. Assim, a utilização da tomografia computadorizada (TC) e a ultrassonografia (USG) abdominal com doppler são recursos mais comuns para o diagnóstico, além de auxiliarem no monitoramento de ruptura do hematoma hepático. O tratamento depende da estabilização hemodinâmica e dos achados do hematoma, a resolução pode ser feita de modo conservador ou por procedimentos cirúrgicos (MAEJI *et al.*, 2019).

Outra complicação é a ocorrência do descolamento prematuro da placenta (DPP), que consiste na separação da placenta conectada ao útero antes do parto. A origem dessa condição pode ser traumática, sendo a maioria dos casos por acidentes automobilísticos, e as não traumáticas, sendo 50% dos casos por hipertensão arterial. O manejo dessa complicação considera as manifestações clínicas e obstétricas, como o surgimento de hemorragia vaginal, algia abdominal e contrações uterinas. Portanto, para aumentar a vitalidade da gestante e do feto deve haver ações de administração de agentes tocolíticos e o controle do volume eletrolítico, por meio de transfusões de concentrado de hemácia (CH) (SOUZA *et al.*, 2022).

A DPP pode ser observada em até 16% dos casos diagnosticados com HELLP, representando uma das principais causas de óbito fetal e hemorragia pós-parto. Como visto, essa ruptura é uma manifestação grave e pode se associar a outras condições críticas, como o desenvolvimento da coagulação intravascular disseminada (CIVD). Em um estudo em uma

clínica médica na região sul de Israel, em 2020, demonstrou que as pacientes que evoluíram com CID após a HELLP tiveram 35 vezes mais risco de morte do que o grupo que tinham apenas a síndrome (GOMEZ-TOLUB *et al.*, 2022).

A CIVD é uma condição obstétrica rara que requer assistência hospitalar imediata por ter alta taxa de mortalidade. É caracterizada por uma coagulopatia complexa no organismo da mulher, podendo manifestar hematomas nas mucosas ou locais puncionados, hemorragias, lise eritrocitária, hipotensão, oligúria e atonia uterina. Para a assistência terapêutica é necessário saber a origem, o qual pode ser por embolismo amniótico, sepse por endotoxinas, feto morto retido e SHG. Algumas intervenções são a administração de fluídos, antibióticos, correção hemodinâmica, suporte respiratório e cardiovascular (PORTO *et al.*, 2010).

A insuficiência renal aguda (IRA) é outro desfecho bem frequente, grave e de alta mortalidade nas gestantes com HELLP. Sua definição se dá pela perda inesperada da função renal oriundos de uma diminuição do fluxo urinário ou retenção de ureia e creatinina, ocasionando um desequilíbrio no pH e eletrolíticos da urina (CUBAS *et al.*, 2017).

Sendo assim, é importante a atenção nas manifestações clínica e laboratorial durante o pré-natal, já que a incidência de desenvolver IRA é de 1 para cada 5 gestantes com a síndrome. Além disso, deve haver atenção em relação às outras complicações obstétricas associadas a situações de hipovolemia e hemorragias, pois elas podem aumentar o risco de IRA. Assim, como a diminuição de volume é uma das etiologias, a realização de transfusões sanguíneas e hemodiálise podem ser necessárias para o tratamento (DORIGONI *et al.*, 2020).

As condições relacionadas ao sistema cardiovascular e neurológico são outras complicações associadas à síndrome de HELLP e ao aumento da taxa da mortalidade. Sendo as mais comuns: acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico, síndrome da encefalopatia posterior reversível (PRES) ou eclâmpsia. Por isso, para a assistência de saúde é necessário utilizar recursos de neuroimagem, a ressonância magnética (RM) ou TC. E estudos relatam que a evolução dessas situações pode acarretar problemas a longo termo, sendo assim necessário cuidados neurológicos e cardiovasculares após o período gravídico (WALLACE *et al.*, 2018).

Em uma pesquisa retrospectiva, em 2018, na Maternidade Dona Evangelina Rosa, em Teresina do Piauí, foram utilizados 68 prontuários de pacientes com diagnósticos da síndrome de HELLP. Observou-se que 45,6% dos casos apresentaram pelo menos uma complicação materna, sendo as mais prevalentes o edema agudo de pulmão, IRA, infecção e descolamento prematuro de placenta. E houve 8,8% de óbitos maternos, sendo ressaltado a relação da duração

do tempo de internação na unidade de terapia intensiva (UTI) com a evolução para morte (LEÃO; JUNIOR, 2022).

Como visto essas diversas complicações críticas à gestante, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta o conceito de *near miss*, que é quando uma mulher, que está no período gestacional, no parto ou no puerpério, passa por experiências de situações ameaçadoras à vida e sobrevive. As condições de ameaça são os distúrbios hemorrágicos, hipertensivos e disfunções orgânicas. E o dado da relação da mortalidade e a sobrevivência materna é de 1 óbito para cada 15 casos de *near miss* (SILVA; LOUREIR; LESSA, 2022).

Já os desfechos ao neonato estão relacionados não só com os problemas referentes à gestante, mas também à idade gestacional e ao peso do recém-nascido (RN). Sendo uma situação problemática, pois 70% dos partos são gestações abaixo de 37 semanas. Nessa situação, a taxa de mortalidade do RN é de 7 a 20%, enquadrando eventos em que esse feto nasce natimorto ou vá a óbito depois da primeira semana de vida (LASTRA; FERNÁNDEZ, 2020).

As principais causas do óbito neonatal são o descolamento da placenta, restrição de crescimento intrauterino e a prematuridade. Quando a mulher está com menos de 28 semanas o risco de morte fetal eleva-se bastante, sendo que 70% das gestações são pré-termo e 15% dessas ocorrem em menos de 28 semanas. Assim, para melhor desenvolvimento fetal é feito o manejo do adiantamento do parto e promoção de cuidados conservadores, mas é recomendado apenas para casos específicos avaliados pela equipe médica (ANITHA *et al.*, 2020).

Quando o RN nasce prematuro é comum que eles tenham complicações de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), asfixia perinatal, hemorragia intraventricular e morbidades crônicas. Há acometimento do sistema respiratório, pois se o neonato nascer antes das 35 semanas, não terá maturação completa dos pulmões e assim é necessário utilizar surfactante sintético para amadurecimento pulmonar e ventilação mecânica, ocasionando sequelas respiratórias futuras (WALLACE *et al.*, 2018).

Nesta senda, uma vez compreendido sobre os possíveis desfechos da síndrome de HELLP, a medida de prevenção mais recomendada é o comparecimento das gestantes às consultas de pré-natal. Pois nessas consultas é possível identificar os fatores de risco e achados laboratoriais e clínicos precocemente, e assim realizar o encaminhamento para serviços de referências e intervir com os cuidados adequados (VITORINO *et al.*, 2021).

O Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), na Portaria n. 569, em 1º de junho de 2000. Esse documento tem como

objetivo prestar acesso de qualidade e dignidade nas consultas de pré-natal, durante o processo gestacional, puerperal e ao recém-nascido. É implementado normas de garantia para um acompanhamento gestacional, no qual é dito que deve haver a “realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação” (BRASIL, 2000)

Assim, durante as consultas o profissional da enfermagem tem como papel atuar na prevenção de SHG e complicações, identificação de fatores de risco e intervenções prioritárias. Algumas orientações de medidas de prevenção são: ter uma alimentação saudável e equilibrada, controlar o ganho de peso e monitorar a pressão arterial. E as características dos grupos de risco de desenvolverem a HELLP são as pacientes com idade avançada ou precoce, raça preta, múltiparas, IMC superior a 25 kg/m², comorbidades diagnosticadas, histórico familiar e tabagismo (MIRANDA *et al.*, 2016).

Além disso, deve ter orientações após o período gestacional para essas mulheres diagnosticadas com a síndrome de HELLP, pois há possíveis complicações a longo prazo, por exemplo: aquelas gestantes que eram normotensas estão sujeitas a desenvolverem a hipertensão arterial sistêmica, ocasionando patologias cardiovasculares e neurológicas futuras. Ademais, há 5 a 52% de chance de ter uma SHG nas próximas gestações e 7% de chance de ter novamente a HELLP (WALLACE *et al.*, 2018; LASTRA; FERNÁNDEZ, 2020).

Portanto, os profissionais de saúde das atenções básicas e de referência devem ter conhecimentos para realizar a mais adequada assistência de enfermagem para as gestantes. Os dados obtidos na anamnese e exames físicos e laboratoriais são fundamentais para a prevenção de desfechos desfavoráveis maternos e fetais, pois promovem intervenções precoce de diagnóstico e tratamento. Além de auxiliar na diminuição da taxa de mortalidade materna provocada pela síndrome de HELLP (VITORINO *et al.*, 2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome de HELLP é uma patologia gestacional grave e de alta morbidade, que exige referenciamento para o pré-natal de alto risco e maior atenção dos profissionais de saúde durante todas as consultas. Essa síndrome ocasiona complicações clínicas materno e fetal, que podem causar problemas fatais e sequelas orgânicas crônicas. Esses desfechos são críticos para a sobrevivência dos pacientes, sendo assim necessário ampla assistência dos profissionais capacitados e especialistas.

Para prevenção dessa condição os profissionais devem se atentar para manifestações clínicas associadas a uma pré-eclâmpsia grave, pois é um precursor para o desenvolvimento da HELLP. Ressaltando que as manifestações clínicas dessa condição podem passar despercebidas em algumas gestantes, assim é necessário auxílio dos exames laboratoriais.

Essa síndrome ocasiona distúrbios clínicos materno e fetal, que podem causar problemas fatais e sequelas orgânicas crônicas. Os desfechos maternos são: hematoma hepático subcapsular, descolamento prematuro da placenta, coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal aguda, acidente vascular encefálico hemorrágico, síndrome da encefalopatia posterior reversível e eclâmpsia. Além de que essa mulher ainda corre riscos de ter síndrome hipertensivas gestacionais e a HELLP nas gestações posteriores.

Já os desfechos fetais são influenciados pelos distúrbios orgânicos da grávida, ademais as principais complicações acompanhadas de alto risco de mortalidade, são o descolamento da placenta, restrição de crescimento intrauterino e prematuridade. Sendo que os nascidos pré-termo possuem maiores chances de desenvolverem sequelas no sistema respiratório.

Desse modo, o diagnóstico precoce é de extrema importância, sendo fundamental a adesão da gestante às consultas de pré-natal de forma contínua, pois é possível observar alterações nos exames laboratoriais no início da doença. Dessa forma é viável uma promoção de cuidados precocemente, realizando procedimentos e intervenções para prevenção da fatalidade. Por isso os profissionais de enfermagem têm um papel importante nas consultas de pré-natal, atuando na educação para a saúde, prevenção de doenças, detecção precoce de situações de risco, manutenção e reabilitação da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, W. S.; MARZAGÃO, F. G.; SILVA, J. G.; ASSIS, J. N. M.; REGO, R. L.; MOURATO, R. L. S.; FIGUEIREDO, L. C. A.; MELO, S. N.; BELO, V. S.; TONANI, L. L. Avaliação dos resultados neonatais e fatores associados em gestantes com pré-eclâmpsia grave: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, 6 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5799.2021>.
- ALVES, A. K. R.; SILVA, B. B. L. da; ALVES, F. R. de O.; SILVA, L. dos S.; MACHADO, L. F. C. B.; PINHO, A. M.; FRANKLIN, F. L. A. A.; IBIAPINA, M. de L. P.; NORONHA, F. M. C.; ALMEIDA, L. M. de V.; GONÇALVES, S. I. de O.; MEDEIROS, A. M.; NETO, N. A. F.; BUCAR, L. E. Q.; RODRIGUES, I. G. O perfil clínico e o manejo terapêutico da síndrome HELLP: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22194>.
- ANITHA, G. S.; KRISHANAPPA, T. K.; SHIVAMURTHY, G.; CHETHAN, R. Maternal and fetal outcome in HELLP syndrome: an observation study. **Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology**, v. 12, n. 3, maio 2020. Disponível em: <https://www.jsafog.com/doi/JSAFOG/pdf/10.5005/jp-journals-10006-1779>. Acesso em: 12 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 569**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 20 mar. 2022.
- BU, S.; WANG, Y.; SUN, S.; ZHENG, Y.; JIN, Z.; ZHI, J. Role and mechanism of AT1-AA in the pathogenesis of HELLP syndrome. **Scientific Reports** 8, n. 279, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-18553-x>.
- COELHO, F. F.; KUROBA, L. S. Emergência Hipertensiva Na Gestação: Síndrome HELLP uma Revisão de Literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 13, 2018. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1004#:~:text=A%20S%C3%ADndrome%20HELLP%20%C3%A9%20caracterizada,Hipertens%C3%A3o%20arterial>. Acesso em: 09/09/2022.
- COELHO, L. M. C.; SIQUEIRA, E. C. Distúrbios hipertensivos na gravidez: pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 8, 17 ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e10681.2022>.
- COUTO, P. L. S.; PAIVA, M. S.; CHAVES, V. M.; VILELA, A. B. A.; SANTOS, N. R.; PEREIRA, S. S. C.; ANTUNES, I. F. R. S.; FERREIRA, L. C.; MERCES, M. C. Conhecimento de enfermeiros da atenção básica na detecção precoce da síndrome HELLP. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 46, n. 1, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583439353>.
- CUBAS, J. A. C.; GRACIA, P. V. de; TERRONES, M. C.; POSIGNON, C. G. S.; VENTURA, S. A. P.; MACHUCA, E. M. D.; AYBAR, E. R. G.; WONG, C. A. P.; PAJARES, J. M.. Acute renal injury in women with HELLP syndrome. **Revista Peruana Ginecología y Obstetricia (Lima)**, v. 63, n. 2, p. 183-189, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000200005&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 28 oct. 2022.
- DORIGONI, S. M.; RAMOS, J. G. L.; COSTA, S. M.; GARCEZ, J. P.; BARROS, E.. Insuficiência renal aguda em pacientes com Síndrome HELLP. **Clinical and Biomedical Research**, v. 26, n. 3, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/99699>. Acesso em: 28 out. 2022.
- FIALHO, L. A.; FERREIRA, B. A. S.; GALVANI, F. B.; QUEIROZ, G. R. S.A.; ALMEIDA, G. C.; VASCONCELOS, Í. T. T.; AMÂNCIO, N. F. G.; D'AVILA, A. M. F. C.. Identificação do perfil epidemiológico e dos fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais relacionados ao desenvolvimento da síndrome hellp. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-330>.
- FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). **Manual de Gestação de Alto Risco**. Rio de Janeiro, mar. 2022 a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acesso em: 10 maio 2022.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). **Principais Questões sobre Prevenção da Mortalidade Materna por Hipertensão**. Rio de Janeiro, fev. 2022b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-prevencao-da-mortalidade-materna-por-hipertensao/>. Acesso em: 10 maio 2022.

GOMEZ-TOLUB, R.; RABINOVICH, A.; KACHKO, E. BENSALOM-TIROSH, N.; TIROSH, D.; THACHIL, J.; BESSER, L.; THAN, N. G.; EREZ, O. Placental abruption as a trigger of DIC in women with HELLP syndrome: a population-based study. **The journal of maternal-fetal & neonatal medicine**, v. 35, n. 17, p. 3259–3269, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1818200>.

HENRIQUEZ-VILLASECA, M. P.; CATALÁN-BARAHONA, A.; LATTUS-OLMOS, J. VARGAS-VALDEBENITO, K.; SILVA-RUZ, S. Hematoma subcapsular hepático roto en síndrome HELLP. **Rev. médica de Chile (Santiago)**, v. 146, n. 6, p. 753-761, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000600753>.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Pré-eclampsia. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018. DOI: [10.11606/issn.1679-9836.v97i2p226-234](https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p226-234)

KREBS, V. A., SILVA, M. R.; BELLOTTO, Pa. C. B.. Síndrome de HELLP e Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa. **Brazilian Journals Publicações de Periódicos**, Paraná, v. 4, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-184>

LASTRA, M. A.; FERNÁNDEZ, G. S. M.. Síndrome HELLP: controvérsias y pronóstico. **Hipertensión y Riesgo Vascular**, v. 37, n.4, p. 147-151, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.07.002>.

LEÃO, M. M. A.; JUNIOR, J. A. S.. A avaliação da morbimortalidade materna na síndrome HELLP em uma maternidade de referência do Piauí. **Research, Society and Development**, V. 11, N.7, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29791>.

MAEIJ, I. L.; SOBRINO, D. S.; BRISIGHELLI NETO, A.; DALFRÉ, N.; NONOSE, R.. Rotura hepática espontânea e síndrome HELLP: Relato de caso. **International Journal of Health Management Review**, v. 5, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v5i2.170>.

MIRANDA, F. K.; KLEMMANN, D.; CASTRO, J. A. A.; SOUZA, S. J. P.; WEIGERT, S. P.; PIEMONTE, M. R.. Atuação da enfermagem na Síndrome de HELLP – uma revisão da literatura. **Revista Gestão & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 39 - 45, 2016. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/site/files/revista/file7a823cd65200cca328513969825fd9d5.pdf>. Acesso em: 25/08/2022.

MOL, B. W. J.; ROBERTS, C. T.; THANGARATINAM, S.; MAGEE, L. A.; GROOT, C. J. M.; HOFMEYR, G. J.. Pre-eclampsia. **The Lancet (London)**, 5 mar. 2016. DOI: [10.1016/S0140-6736\(15\)00070-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00070-7).

OLIVEIRA, A. H. A.; SOUZA, P. G. V. D.. A importância dos exames laboratoriais para o diagnóstico diferencial da síndrome de HELLP. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-163>.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Recomendação da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia**. Genebra, 2011. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789248548338_por.pdf. Acesso em: 25/08/2022.

PERAÇOLI, J. C.; RAMOS, J. G. L.; SASS, N.; MARTINS-COSTA, S. H.; OLIVEIRA, L. G.; COSTA, M. L.; CUNHA FILHO, E. V.; KORKES, H. A.; SOUSA, F. L. P.; MESQUITA, M. R. S.; BORGES, V. T. M.; JUNIOR, M. D. C.; ARAUJO, A. C. P. F.; ZACONETA, A. M.; FREIRA, C. H. E.; FIGUEIREDO, C. E. P.; ROCHA FILHO, E. A. P.; CAVALLI, R. C.. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia – Protocolo no. 01. **Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG)**, 2020. Disponível em: https://www.cemicamp.org.br/wp-content/uploads/2022/04/PRE_ECLAMPSIA_ECLAMPSIA_PROTOCOLO_RBEHG_2020_.pdf. Acesso em: 24 set. 2022.

PORTO, L. A. B.; COSTA, L. A. C.; COELHO, L. B. de A.; SIMÕES, R. F.; SOUZA, R. L.; DAMAS, M. L.; MATTAR, T. D. A.; PEREIRA, C. M. M.; LÓPEZ, E. G. T.; KRETTLI, W. S.. Coagulação intravascular disseminada na gravidez – considerações, diagnóstico e manejo. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 2, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600009>. Acesso em: 28 out 2022.

ROCHA, A. P.; CARVALHO, F. P.; REIS, G. C. S.; GABRIEL, S. A.. Síndrome HELLP e sua abordagem: uma revisão literária. **Revista Corpus Hippocraticum**, v. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <http://189.112.117.16/index.php/revista-medicina/article/view/464>. Acesso em: 07 out. 2022.

SANTOS, M. C. S.; ARAÚJO, R. C. B.; OLANDA, D. E. S.; JUDEIKIS, G. A.; SOUZA, E. O.; SILVA, P. M. G. S.; JUNIOR, C. C. S.; SILVA, R. M. R. J.; GONÇALVES, K. D. K.; REGIS, C. TEIXEIRA.. SÍNDROME DE HELLP: ACHADOS CIENTÍFICOS. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, v. 6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51249/easn06.2022.873>.

SILVA, A. B.; LOUREIR, L. A.; LESSA, L. G.; Prevalência de Síndrome HELLP em pacientes near miss em maternidade de Salvador Bahia. **Graduação em Movimento Ciências da Saúde**, v. 1, n. 3, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unifc.edu.br/index.php/gdmsaude/article/view/197/141>. Acesso em: 28 out. 2022.

SOARES, V. M. N.; SOUZA, K. V. S.; FREYGANG, T. C.; CORREA, V.; SAITO, M. R.. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 11, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001100007>.

SOUZA, G. S. de.; OLIVEIRA, S. P. de.; MORAES, D. S.; ALVES, A. P. de O. N.; SOARES, D. G.; MARTINS, L. O.; SILVA, N. Q. da.; ALENCAR, A. M.; PERES, J. F. S.; SCREMIN, M.; MONTEIRO, S. C.; AMARAL, B. de P.; SILVA, K. T. S.; CORDEIRO, F. C.; CARVALHO, T. D. de. Condutas no descolamento prematuro de placenta. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, 2022. DOI: [10.33448/rsd-v11i5.25784](https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.25784).

VANELLI, C. M.; CAMARGO, I. T.; RIBAS, J. L. C.. Síndrome HELLP: fisiopatologia e acompanhamento laboratorial. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 6, jan. 2017. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/611>. Acesso em: 09/09/2022.

VANELLI, C. M.; CAMARGO, I. T.; RIBAS, J. L. C.. Síndrome HELLP: fisiopatologia e acompanhamento laboratorial. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 6, 2017. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/611>. Acesso em: 06 out. 2022.

VITORINO, P. G. S.; FLAUZINO, V. H. de P.; GOMES; HERNANDES, L. de O.; CESÁRIO, J. M. dos S. Assistência de enfermagem em pacientes com síndrome de HELLP. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17669>.

WALLACE, K.; HARRIS, S.; ADDISON, A.; BEAN, C. HELLP Syndrome: Pathophysiology and Current Therapies. **Current pharmaceutical biotechnology**, v. 19, n. 10, p. 816–826, 2018. DOI: <https://doi.org/10.2174/1389201019666180712115215>.