

## Síndrome de HELLP e Mortalidade Materna: Uma revisão integrativa

### Hellp Syndrome and Maternal Mortality: An Integrative Review

DOI:10.34119/bjhrv4n2-184

Recebimento dos originais: 24/02/2021

Aceitação para publicação: 24/03/2021

#### **Vanine Arieta Krebs**

Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Enfermeira do Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Ramiro Barcellos, 2350, Santa Cecília, Porto Alegre- RS.

E-mail: vanineakrebs@hotmail.com

#### **Marcela Rosa da Silva**

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Vale dos Sinos- UNISINOS; Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Ciências, Educação, Saúde, Pesquisa e Gestão- CENSUPEG; Enfermeira da Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Ramiro Barcellos, 2350, Santa Cecília, Porto Alegre- RS.

E-mail: marcelasilva@hcpa.edu.br

#### **Paula Cristina Barth Bellotto**

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale dos Sinos- UNISINOS; Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Vale dos Sinos- UNISINOS; Enfermeira do Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Ramiro Barcellos, 2350, Santa Cecília, Porto Alegre- RS.

E-mail: pbellotto@hcpa.edu.br

#### **RESUMO**

Este trabalho teve como objetivo pesquisar a mortalidade materna em pacientes com Síndrome HELLP, a qual é responsável por um quarto das mortes maternas na América Latina, segundo a Organização Mundial de Saúde. A Morbimortalidade materna ainda é um desafio para a Saúde Pública em nosso país. A metodologia utilizada foi uma pesquisa integrativa. A busca referencial deu-se através dos descritores Síndrome HELLP e mortalidade materna. As pesquisas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram pesquisados artigos em português e espanhol, dos últimos dez anos (2010 a 2017). Esse estudo propiciou compreender e revisar a fisiopatologia, sinais e sintomas, tratamentos e cuidados recomendados na literatura. Conclui-se que o diagnóstico precoce é fundamental para intervenção imediata, reduzindo a morbimortalidade materna e perinatal.

**Palavras-chave:** Síndrome HELLP, Mortalidade Materna, Obstetrícia

#### **ABSTRACT**

This paper had as a goal to research maternal mortality in patients with HELLP syndrome, which is responsible for a fourth of the maternal deaths in Latin America, according to

the World Health Organization. The maternal Morbidity and Mortality is still a challenge for Public Health in our country. The methodology used was an integrative research. The referential search occurred through the descriptors of HELLP syndrome and maternal mortality. The researches were accomplished on the following data base: Virtual Health Library (BVS – BIREME), Latin – America and Caribbean Literature on Health Science (LILACS), Nursing Data Base (EBSCO) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Articles in Portuguese and in Spanish from the last ten years (from 2010 to 2017) were researched. This study made it possible to understand and revise the physiopathology, signs and symptoms, treatments and nursing recommended in the literature. The conclusion was that early diagnosis is fundamental for immediate intervention, reducing maternal and perinatal morbidity and mortality.

**Keywords:** HELLP Syndrome, Maternal Mortality, Obstetrics

## 1 INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial de Saúde a Síndrome de HELLP é responsável por um quarto das mortes maternas na América Latina sendo a morbimortalidade materna um desafio para a Saúde Pública no nosso país. No Brasil, em 2012 e 2013, a hipertensão foi à principal causa de óbito materno, correspondendo a 20% do total de mortes (ALMEIDA et al., 2015).

A gestação deve ser um processo fisiológico para as gestantes e os bebês, porém muitas vezes ocorrem alterações que tomam um rumo desfavorável. Nessas situações, a gestação torna-se de alto risco, por este motivo a assistência pré-natal tem grande importância para identificação e diagnóstico precoce de quaisquer alterações (BRASIL, 2012).

A maioria das mortes e complicações da gravidez, do parto e do puerpério podem ser prevenidas, tornando necessária a participação ativa dos sistemas de saúde. A redução da mortalidade materna é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). (BRITO et al., 2015). Embora a mortalidade materna já tenha reduzido em 75% até 2015, a meta ainda está longe de ser alcançada, especialmente no Brasil (RUIZ et al., 2015).

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação, pode apresentar-se como hipertensão crônica (antes da 20ª semana de gestação), pré-eclâmpsia (hipertensão e proteinúria acima da 20ª semana de gestação), Eclâmpsia (convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com hipertensão não causada por epilepsia ou outras doenças convulsivas), Pré-Eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica (pré-eclâmpsia em mulheres hipertensas prévias ou com doença renal), Hipertensão gestacional sem proteinúria (BRITO et al., 2015).

A síndrome HELLP ocorre quando uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia tem um agravamento da doença, evoluindo para um quadro de hemólise, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas. Ainda assim, conforme Santos, Oliveira e Souza (2020), a Síndrome de HELLP pode ser confundida com a Doença Hipertensiva Específica da Gestação, pelo fato de apresentarem os sintomas iniciais bem parecidos, necessitando de exames laboratoriais específicos para confirmação do diagnóstico.

Essa grave complicação da gestação foi descrita pela primeira vez em 1982 por Louis Weinstein, onde foi relatado 29 casos de trombocitopenia, hemólise e alterações de função hepática. Nesse momento, o pesquisador resolveu diferenciar essas mulheres das classificadas como pré-eclâmpsia grave. Essa patologia de grave repercussão materna e neonatal, foi denominada como Síndrome HELLP (acrônimo de 3 critérios importantes: H = hemolysis; EL= elevated liver enzymes; LP= low platelet) (NERY et al., 2014). Sempre que houver uma gestante com pré-eclâmpsia e trombocitopenia deve-se suspeitar de Síndrome HELLP, pois muitos casos passam dias com sintomatologia vaga (MARTINS-COSTA et al., 2017).

A Síndrome HELLP também é considerada importante causa de morbimortalidade perinatal ocasionada por restrição de crescimento intrauterino (CIUR), descolamento de placenta e prematuridade (SOUZA et al., 2009).

O quadro clínico da doença é descrito por relatos de dor epigástrica no quadrante superior direito, mal estar e náuseas, porém as formas leves podem passar despercebidas. Por esse motivo, é recomendado que as gestantes com pré-eclâmpsia realizem testes laboratoriais de triagem para Síndrome HELLP, afim de reduzir os riscos de morbimortalidade materna e fetal. A associação da Síndrome HELLP ao diagnóstico de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia aumenta a morbimortalidade materna e neonatal. Atualmente o único tratamento definitivo para a Síndrome HELLP é o parto e a remoção dos vilos coriônicos, pois nenhum tratamento específico está disponível, visto que não há um conhecimento exato sobre a fisiopatologia da doença (KATZ et al., 2007).

A principal droga utilizada na pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou HELLP é o sulfato de magnésio, sendo indicado para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, bem como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. Existem vários esquemas de administração, todos com eficácias semelhantes, portanto é importante que cada serviço estabeleça seu protocolo. Recomenda-se iniciar o tratamento com 4g intravenosa (IV), como dose de ataque e 1 a 2g/h como dose de manutenção. É importante ressaltar que alguns cuidados devem ser tomados. A paciente deverá ser

monitorada a cada 4 horas, sendo avaliados: o volume de diurese (25ml/h), a presença de reflexos tendinosos e a frequência respiratória deve estar maior ou igual a 12 movimentos por minuto (MARTINS-COSTA et al., 2017).

Nos casos de gestantes com insuficiência renal recomenda-se administrar metade da dose e medir nível sérico de sulfato de magnésio, que deve estar entre 4-7 mEq/l. Se houver nova convulsão deve-se administrar novamente 2 g IV de sulfato de magnésio. Para casos de depressão respiratória ou ausência de diurese ou reflexos, recomenda-se suspender o uso por até duas horas. Caso ultrapasse duas horas, deverá ser administrada nova dose de ataque de 2g. (MARTINS-COSTA et al., 2017).

Caso ocorra depressão respiratória, o uso de gluconato de cálcio é recomendado como antagonista, devendo ser administrado 10 ml em 3 minutos, oferecendo suporte ventilatório (O<sub>2</sub> a 5l/min por máscara). Se duas doses em bolus de sulfato de magnésio não forem suficientes para o manejo das convulsões, ainda podem ser utilizados diazepam, lorazepam e midazolam. Os anti-hipertensivos recomendados para pressão arterial (PA) acima de 160/110 mmHg são: nifedipino, 10 mg via oral ou hidralazina 5-10 mg IV (MARTINS-COSTA et al., 2017).

A fisiopatologia da doença não está bem esclarecida, porém pode ser considerada como o comprometimento hepato-hematológico da pré-eclâmpsia. A Síndrome HELLP desenvolve-se em 0,1 a 0,8% das gestações e em 10 a 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia. Cerca de um terço dos diagnósticos de HELLP ocorrem no período pós parto (MARTINS-COSTA et al., 2017).

Para Ricci (2015), a Síndrome HELLP é uma complicação obstétrica potencialmente fatal, sendo essencial o diagnóstico precoce, com o objetivo de evitar a ruptura, distensão, hemorragia hepática e a Coagulação Intravascular disseminada (CIVD). Também é importante ressaltar que seu diagnóstico depende especificamente de exames laboratoriais (RICCI, 2015).

A confirmação do diagnóstico da Síndrome HELLP se dá por exames laboratoriais, sendo a trombocitopenia a principal e mais precoce alteração laboratorial (MARTINS-COSTA et al., 2017). A triagem laboratorial básica para gestantes com suspeita de Síndrome HELLP engloba os seguintes exames: hemograma completo com contagem de plaquetas, urinálise, creatinina sérica, desidrogenase láctica (DHL), ácido úrico, bilirrubinas e transaminases. Para mulheres com contagem de plaquetas abaixo de 100 mil, deve-se acrescentar os testes de tempo de protrombina, tempo de trombolastina

parcial e fibrinogênio. Recomenda-se nova solicitação de exames (plaquetas, DHL e enzimas hepáticas) a cada 12-24h (BRASIL, 2012).

O diagnóstico diferencial também é de suma importância, devendo descartar alterações hemorrágicas e hepáticas tais como: hepatite aguda, colecistite, pancreatite, lúpus, fígado gorduroso, púrpura trombocitopênica, síndrome hemolítico- urêmica e choque séptico ou hemorrágico, entre outros (MARTINS-COSTA et al., 2017).

Com o intuito de mensurar um indicador de gravidade da doença, foi formulado um indicador (classificação de Martin) com base na contagem de plaquetas (quanto menor a contagem a plaquetas, maior a gravidade da doença), e também classificando a doença como completa (todos parâmetros alterados) ou parcial (parte dos parâmetros alterados). A classificação é descrita da seguinte forma: classe 1 (menos que 50 mil plaquetas), classe 2 (entre 50 e 100 mil plaquetas) e classe 3 (entre 100 e 150 mil plaquetas), (MARTINS-COSTA et al., 2017). É indicado o uso de corticóides para resgate da plaquetopenia, pois o mesmo auxilia na redução da adesão de plaquetas, redução na remoção de plaquetas pelo baço e aumento da ativação plaquetária. Alguns centros utilizam 10 mg de dexametasona IV a cada 12h antes do parto e após o nascimento até a recuperação laboratorial (MARTINS-COSTA et al., 2017).

A avaliação da condição fetal na paciente com síndrome de HELLP, deve iniciar com a cardiografia/ perfil biofísico fetal (preferencialmente por ecodoppler) para avaliação do bem estar do feto. A interrupção da gestação deve ser avaliada conforme a gravidade de cada caso e idade gestacional. Em gestantes com 34 semanas de gestação deve-se iniciar a indução do parto imediatamente, controlando a crise hipertensiva e utilizando o sulfato de magnésio e hemoderivados quando necessário. Em gestantes com menos de 34 semanas de gestação deve-se utilizar corticóides para maturação pulmonar do feto (MARTINS-COSTA et al., 2017).

A decisão da via de parto dependerá de alguns fatores, como idade gestacional, condições fetais e avaliação do colo do útero. A indicação de cesariana se dá para pacientes com idade gestacional abaixo de 30 semanas, índice de Bishop menor que 5 e ausência de trabalho de parto, assim como gestantes abaixo de 32 semanas de gestação com feto com CIUR e alteração de ecodoppler de artéria umbilical, exceto casos em que a gestante esteja em trabalho de parto. Os demais casos podem induzir o parto via vaginal (MARTINS-COSTA et al., 2017).

Pacientes com plaquetopenia inferior a 100 mil recomenda-se laparotomia mediana para redução dos riscos de hematoma e casos onde a plaquetopenia for inferior

a 75 mil, recomenda-se que não seja realizado o bloqueio anestésico peridural ou subdural, sendo indicada a anestesia geral (MARTINS-COSTA et al., 2017).

Quando houver plaquetopenia inferior a 20 mil plaquetas, é recomendada a transfusão de plaquetas, mesmo sem sangramento. Caso a paciente seja submetida à cesariana, recomenda-se a transfusão de plaquetas quando a contagem for inferior a 50 mil. O período pós parto continua sendo extremamente crítico, onde geralmente nas primeiras 24 h pós parto, há piora clínica transitória devido ao consumo de plaquetas e fatores de coagulação. A maioria das mulheres apresenta boa recuperação sem sequelas, porém a chance de apresentarem novas complicações obstétricas em uma gestação futura é de 2 a 20% (MARTINS-COSTA et al., 2017).

O objetivo deste trabalho foi revisar na literatura descrições sobre a fisiopatologia, o manejo e prática assistencial relacionada às mulheres com síndrome HELLP.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado a partir de uma revisão integrativa, utilizando técnicas que sintetizam os resultados da pesquisa sobre determinado tema. Segundo Gil (2008), para seleção das publicações, foi utilizado leitura exploratória e seletiva, sendo que a leitura exploratória consiste em uma leitura do material bibliográfico que tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa a pesquisa. Depois da leitura exploratória, foi realizada uma leitura seletiva, ou seja, seleção do material que de fato interessa à pesquisa.

A Pesquisa foi realizada através da busca por artigos na internet, por meio dos descritores “Síndrome HELLP” associado ao descritor “Mortalidade Materna”, devido à grande extensão de artigos referentes ao descritor Síndrome de HELLP isolado. Foram pesquisados artigos nas seguintes bases de dados indexados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), também foram utilizados documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Foram pesquisados artigos em português e espanhol, dos últimos dez anos (período de 2007 a 2017), somente na íntegra, no período de agosto e setembro de 2017. Foram excluídos artigos que não estavam disponíveis gratuitamente, e os que não tinham os resumos disponíveis para análise nas bases de dados, assim como teses, dissertações, monografias, livros etc.

Fichas de leitura foram confeccionadas para a sistematização na coleta de informações e com o objetivo de agrupar os dados pesquisados, relacionando com as fontes encontradas. A partir desse material, os dados da análise foram compilados em uma planilha, descrevendo o ano da publicação, título do artigo, autores, nome da revista ou periódico e o tipo de estudo.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos pesquisados no portal de acesso da BVS contemplaram os descritores já citados e a coleta está representada no quadro abaixo:

Quadro 1 - Bases de dados dos artigos pesquisados no período de 2007 a 2017

Site de Pesquisa	Artigos Encontrados	Artigos Filtrados	Artigos Pré-selecionados
BIREME/ BVS	2157	12	6
LILACS	236	5	4
BDENF	3	2	2
SCIELO	94	8	6
Total	2490	27	18

Alguns artigos repetiram-se entre as bases de dados.

Fonte: Elaborada pela própria autora

A busca inicial com o descritor Síndrome de HELLP entre as bases de dados utilizadas resultou em 2157 artigos. Foram utilizados os seguintes filtros: artigos em português e espanhol, do período de 2010 a 2017, textos completos e com filtro de mortalidade materna. Foram pré-selecionados 18 artigos. Destes, um foi excluído durante a leitura do resumo, pois o tema se referia ao tipo de anestesia utilizada para pacientes com Síndrome HELLP. Dos 17 artigos que restaram, 11 artigos eram duplicados nas bases de dados: resultando em 6 artigos para leitura e análise. Os dados dos artigos selecionados estão descritos no quadro abaixo:

Quadro 2 - Artigos selecionados para o estudo segundo autores, título, tipo de estudo e periódico no período de 2007 a 2017.

Ano	Autores	Título	Tipo de Estudo	Periódico
2009	MATIAS, J.P.; et al.	Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do sudeste brasileiro	Estudo transversal	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (v.31, nº 11, p. 559-565)
2010	BRILHANTE, A.V.M; et al.	Ruptura de hematoma subcapsular hepático como complicação da Síndrome de HELLP-Revisão de literatura	Revisão de literatura	Revista FEMINA (v. 38, nº7, p. 341-344)

2011	BALSERA, E.C; et al.	Análisis de la morbilidad materna de las pacientes con pré eclampsia grave, eclampsia y síndrome hellp que ingresan em uma unidade de cuidados intensivos gineco-obstétrica	Estudo observacional, prospectivo	Medicina Intensiva ( V. 35, N 8, P. 478-483) ELSEVIER ESPANÑA
2015	OLIVEIRA, L.C; COSTA, A.A.R.da.	Near Miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos	Estudo descritivo, tipo transversal	Revista Brasileira de Terapia Intensiva (v. 27, n. 3, p. 220-227)
2015	BRITO, K.K.G., et al.	Prevalência das Síndromes hipertensivas específicas da gestação	Estudo retrospectivo de abordagem quantitativa	Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental Online ( v. 7, nº 3, p. 2717-2725)
2017	RIBEIRO, J.F.; et al.	Síndrome HELLP: caracterização obstétrica e modalidade de tratamento	Estudo documental, descritivo e retrospectivo de abordagem qualitativa	Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco online (v. 11, supl.3, p. 1343- 1348)

Fonte: Elaborada pela própria autora

A partir da análise do quadro, observa-se que os artigos foram publicados em periódicos diferentes, poucos sendo em revistas de enfermagem. Em relação a metodologia dos artigos selecionados, estão divididos da seguinte forma: 01 revisão de literatura, 01 com abordagem quantitativa, 01 com abordagem qualitativa, 01 estudo observacional, e 01 estudo descritivo e 01 estudo transversal através de série temporal e de base populacional.

O primeiro estudo do quadro, descreve a morte materna como uma morte prematura, onde na maioria das vezes sua causa é evitável, onde é revelado não apenas as condições de vida da mulher, mas também é analisado o nível da qualidade e organização da assistência obstétrica prestada. Reforça também que um dos maiores desafios para redução da mortalidade materna é conhecer as causas de óbitos.

De acordo com esse estudo, também se identificam que a pré-eclâmpsia e a Síndrome Hellp, tem predomínio como causa de morte materna por causas obstétricas direta, pois as síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes da gestação em todo o mundo.

O segundo estudo, fala da gravidade da Síndrome HELLP, como uma variante da pré-eclâmpsia, devido as alterações graves que ocorrem na gestante, tais como plaquetopenia, hemólise e elevação das enzimas hepáticas, sendo responsável por



diversas complicações tanto no pré como no pós parto. Afeta entre 4 a 12% das pré-eclâmpsias severas, podendo causar a rotura espontânea da cápsula hepática. Essa complicação é um fato raro, ocorrendo em 1 a cada 40 a 250 mil partos e cerca de 1 a 2% dos casos de Síndrome HELLP.

Com isso o objetivo do estudo é identificar precocemente o hematoma subcapsular com controle rigoroso dos sinais e sintomas, proporcionando um manejo oportuno, refletindo positivamente na redução das taxas de mortalidade materna relacionadas a Síndrome HELLP. Quando ocorre tal complicação, pode ser fatal para mãe e feto.

O hematoma subcapsular foi descrito pela primeira vez em 1844 por Abercombie, sendo definido como uma coleção de sangue sob a cápsula de Glisson. A rotura da cápsula ocorre geralmente no lobo hepático direito, sendo essa complicação responsável por 50 a 75% da taxa de mortalidade materna e 60 a 80% da taxa de mortalidade fetal, ocorrendo em mulheres de qualquer idade, geralmente no terceiro trimestre. Essa rotura pode ocorrer por complicações de doenças biliares, infecções, aneurismas e neoplasias hepáticas, mas a maioria ocorre por complicações da pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou Síndrome HELLP. Este estudo também fala que 10 a 20% das mulheres com Síndrome HELLP, podem não apresentar hipertensão.

A fisiopatologia da Síndrome HELLP, é caracterizada por alterações na ativação plaquetária, na elevação de citocinas que levam ao vasoespasm, causando infarto hepático. As áreas de necrose podem sangrar, levando a formação de hematomas subcapsulares, onde pequenos traumas como vômitos, transporte do paciente, contrações uterinas efetivas e convulsões podem contribuir para a hemorragia hepática.

O mesmo estudo fala sobre a importância das manifestações clínicas, como vômitos, náuseas, dispneia, dor epigástrica em quadrante superior direito do abdome, irradiando para a escápula, acompanhada de hepatomegalia dolorosa à palpação. Quando ocorre a rotura do hematoma a dor exacerba-se e a paciente pode apresentar sinais de colapso cardiovascular, como angústia, pulso rápido e fino, oligúria e hipotensão.

Para o diagnóstico, os exames de imagem são obrigatórios, sendo a ultrassonografia a melhor ferramenta diagnóstica. Quanto ao manejo, o estudo fala sobre a importância de haver um planejamento com abordagem multidisciplinar, envolvendo obstetra, cirurgião geral e intensivista.

O estudo também salienta sobre a importância do planejamento da interrupção da gestação, como tratamento, devendo ser interrompida imediatamente através de laparotomia caso a paciente permaneça hemodinamicamente instável. Pacientes com

idade gestacional menor que 34 semanas, estáveis, deve-se aguardar 48h, até estabilização das condições clínicas materna e administração de corticoterapia para maturação pulmonar do feto. O uso de corticoterapia tem se mostrado eficaz na regressão da trombocitopenia.

A Conclusão desse estudo descreve a rotura hepática com hemoperitônio, como uma complicação rara, porém com repercussões devastadoras, estando associada a hipertensão grave, hemólise, elevação das enzimas hepáticas e baixa contagem de plaquetas. A mortalidade materna é alta e o prognóstico depende da rotura ou não do hematoma, bem como o tempo entre diagnóstico e intervenção.

Quanto ao terceiro estudo este afirma que a Síndrome HELLP se associa com maior morbimortalidade materna, tendo como objetivo descrever a epidemiologia e os fatores de risco das pacientes com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e Síndrome HELLP. O Presente estudo foi realizado entre 1999 e 2008, sendo observacional em todas as pacientes que internavam na unidade materna de cuidados intensivos de um hospital materno infantil. Foi identificado no estudo que a indicação de interrupção da gestação deu-se por complicações maternas, sofrimento fetal e redução de crescimento fetal intrauterino. Das pacientes que ingressaram nessa UTI, identificou-se que 16% tinham o diagnóstico de Síndrome HELLP e 6% tinham o diagnóstico de Eclâmpsia. A taxa de mortalidade materna foi de 1,5%. No presente estudo foi identificados casos de complicações como edema pulmonar nas pacientes com síndrome HELLP e pré-eclâmpsia.

O quarto estudo analisado fala sobre near miss materno em unidade de terapia intensiva, tendo elevada frequência da Síndrome HELLP, considerando que a trombocitopenia aguda fosse o critério mais frequente de near miss materna.

O estudo descreve que a Organização Mundial de Saúde (OMS), classifica como caso de near miss materno toda mulher que durante a gestação, parto ou puerpério (42 dias após o parto) vivenciar situações ameaçadoras da vida e após sobrevive. Com isso, hoje é considerado um problema de saúde pública na América Latina, sendo sua incidência superior a mortalidade materna. Estima-se que para cada morte materna ocorra 15 casos de near miss. O presente estudo também descreve as doenças hipertensivas como principal causa de morte materna no Brasil. Como esse estudo foi realizado para analisar near miss materno, foi identificado que este estava relacionado à Síndrome HELLP, pois ela reconhecidamente aumenta o risco de óbito materno e um risco no seu reconhecimento pode ter um desfecho desfavorável para a mulher e o feto. O estudo salienta a importância

do exame de contagem de plaquetas, pois tem baixo custo, é de fácil acesso e pode ser responsável pela identificação precoce da doença.

O quinto estudo analisado se refere a uma pesquisa realizada em prontuários de mulheres internadas na clínica obstétrica de um hospital universitário de João Pessoa, durante aproximadamente dois anos. A dificuldade encontrada no estudo foi a falha nos registros/ ausência de informações.

O estudo diz que a taxa de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil continuam elevados, não sendo compatível com o crescimento econômico e social do país. O estudo reforça que as doenças hipertensivas têm elevadas taxa e incidência em nosso país, ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo gravídico puerperal e a primeira causa de mortalidade materna, principalmente quando se instala nas formas graves como Eclâmpsia e Síndrome HELLP, interferindo de forma significativa nas gestações das mulheres. Mesmo com o aumento dos conhecimentos científicos dos últimos anos, a Síndrome Hipertensiva causa graves repercussões maternas e fetais, devendo ser de fundamental importância o diagnóstico precoce e suas intervenções, proporcionando menos riscos para o binômio mãe e bebê.

O artigo fala da importância do enfermeiro na assistência, encaminhamento e orientações dessa gestante e sua família, proporcionando um acolhimento humanizado, demonstrando conhecimento, sensibilidade, apoio, orientação, com o objetivo de reduzir a ansiedade dessa mulher e sua família, pois a ansiedade prejudica o andamento de qualquer tratamento.

O último artigo analisado tem como objetivo descrever o perfil obstétrico e tipos de tratamento de mulheres com síndrome HELLP. Foi realizado um estudo documental, descritivo e retrospectivo, sendo analisados 52 prontuários de mulheres diagnosticadas com Síndrome HELLP.

A pressão arterial elevada na gestação é assimilada como doença de elevada superioridade com relevante consequência para morbidade e mortalidade materno-infantil, sendo considerada um grande obstáculo para uma gestação saudável, o que contribui para o aumento estatístico dos óbitos maternos e perinatais (MELO, et al. 2017).

Os autores falam sobre a carência de sintomatologia da Síndrome HELLP. Com frequência identifica-se náuseas, mal estar, dor epigástrica, cefaleia, portanto é fundamental que qualquer gestante com pré-eclâmpsia que apresente trombocitopenia deve-se refletir sobre a possibilidade de Síndrome HELLP. Fala que 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave acabam tendo o diagnóstico de Síndrome HELLP. Diagnóstico

esse que é dado especificamente através de exames laboratoriais. O diagnóstico precoce é responsável por um desfecho promissor, evitando distensão, rotura, hemorragia hepática e surgimento de coagulação intravascular disseminada (CIVD). O Estudo descreve os exames laboratoriais recomendados pelo Ministério da Saúde: hemograma completo com contagem de plaquetas, urinálise, creatinina sérica, desidrogenase láctica (DHL), ácido úrico, bilirrubinas e transaminases.

É descrito no estudo que as informações de mortalidade materna por Síndrome HELLP aumentam quando a assistência a essas pacientes ocorre em hospitais terciários.

A Síndrome HELLP é observada em 1/1000 gestantes, tendo prevalência em mulheres que estão no terceiro trimestre da gestação, tendo baixa estatística para casos abaixo das 27 semanas de gestação, sendo comum que ocorra em 30% das vezes no puerpério.

É descrito neste estudo que mulheres heterozigotas para o fator V de Leiden exibem maior propensão a essa grave complicação. A severidade da doença é percebida pelos dados de mortalidade materna (1,5 a 5% dos casos) e mortalidade perinatal (10 a 60% dos casos).

A Síndrome HELLP até o momento não dispões de um tratamento específico, levando-se em consideração o pouco conhecimento à cerca da fisiopatologia doença, portanto a realização do parto e a remoção dos vilos coriônicos têm sido adotadas como o tratamento definitivo da Síndrome HELLP.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se que através das leituras dos artigos selecionados, que todos descrevem a Síndrome HELLP como um agravamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia, podendo causar morte materna e fetal se os sintomas não forem identificados precocemente.

Também é descrito em todas as literaturas que a doença é caracterizada pela hemólise, plaquetopenia e elevação de enzimas hepáticas. É unânime a posição dos autores referente a fragilidade da fisiopatologia e dos sintomas para identificação da doença, pois muitas vezes pode surgir de forma sutil, sendo extremamente importante a observação cuidadosa da sintomatologia descrita pelas gestantes.

Verificou-se que é enfatizado com frequência sobre a importância da realização de exames laboratoriais em mulheres grávidas, com diagnóstico de pré-eclâmpsia ao apresentarem quaisquer sintomas tais como: náuseas, vômitos, dor epigástrica e mal estar. Não se deve menosprezar tais sintomas, visto a gravidade e rápida evolução da doença,

podendo ter consequências irreversíveis para a saúde da mulher e do feto, acarretando em um desfecho obstétrico e perinatal desfavorável.

Esse estudo propiciou compreender e revisar a fisiopatologia, sinais e sintomas assim como, tratamentos e cuidados recomendados na literatura para a Síndrome de HELLP. Foi possível verificar como é importante o diagnóstico precoce para intervenção imediata, com equipe preparada, multidisciplinar e suporte avançado para casos graves, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal.

A capacitação da equipe multidisciplinar, com conhecimentos em saúde da mulher, propicia para o diagnóstico precoce, tratamento, manejo e prognóstico satisfatório da gestante com Síndrome HELLP. Dessa forma, mantém o vínculo das gestantes ao pré-natal, busca ativa das faltantes, incentivo às consultas, melhora a permanência das mulheres para um possível diagnóstico precoce, quando na presença do primeiro sinal ou sintoma de alterações da gestação.

Deve-se ter rede secundária e terciária de saúde disponível para diagnóstico precoce das alterações que possam ocorrer durante a gestação, como exames laboratoriais e de imagem, bem como tratamento adequado nas situações mais graves como e interrupção da gestação, com rede de referência para encaminhamento das pacientes, onde haja leitos de UTI adulto e UTI neonatal, nas situações de urgências.

Ainda precisamos vencer alguns desafios para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, que constitui de políticas públicas de saúde sérias, com gestão de recursos definidos para a Saúde da Mulher e das Crianças, com olhar mais atencioso e amplo sobre as possíveis complicações do pré natal.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.G.; SILVA, F. C.; AYRES, E.P.Q.; MARQUES, V.M.; MARINHO, P.; SÁ, R.A.M. Doppler hepático na pré-eclâmpsia e na síndrome HELLP. **Femina**; v.43, n. 6, p.246-249. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco: manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.**

BRITO, K.K.G.; MOURA, J.R.P.; SOUSA, M.J.; BRITO, J.V.; OLIVEIRA, S.H.S.; SOARES, M. J. G.O. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **Revista de pesquisa Cuidado é fundamental online**. v.7, n.3, p. 2717- 2725. 2015.

RUIZ, M.T.; AZEVEDO, C.T.; FERREIRA, M.B.G.; MAMEDE, M.V. Associação entre síndromes hipertensivas e hemorragia pós parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.36 (esp), p.55-61, 2015.

NERY, I.S.; FEITOSA, V. C.; PEREIRA, V. F.; VIANA, L. S.; VIANA, L. M. M.; ARAUJO, T. M. E. de. Perfil epidemiológico e obstétrico de gestantes com síndrome HELLP. **Cogitare enfermagem**; v.19, n.1, p. 147-152, 2014.

MARTINS-COSTA, S.H; RAMOS, J.G.L; VALÉRIO, E.G; VETTORAZZI, J. Eclâmpsia, síndrome de HELLP e fígado gorduroso agudo na gestação. In: MARTINS-COSTA, S.H; RAMOS, J.G.L; MAGALHÃES, J.A; PASSOS, E.P; FREITAS, F. **Rotinas em Obstetrícia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.**

SOUZA, R.; GROCHOWSKI, R.A.; MOUTINHO JUNIOR, C.A.; GROUPI, B.; REZENDE, C.A.L. Diagnóstico e conduta na Síndrome HELLP. **Rev. méd. Minas Gerais**. v.19, n.4, supl.3, S30-S33.2009.

KATZ, L.; AMORIM, M.M.R.; MIRANDA, G.V.; SILVA, J.L.P. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.30, n..2. 2008.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. 3ª edição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

GIL, ANTONIO CARLOS. **Como elaborar projetos de pesquisa. 4º edição.** São Paulo: Atlas, 2008.

MATIAS, J.P; PARPINELLI, A.A; NUNES, M. K. da V; SURITA, F.G.de C; CECATTI, J.G. Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.31, nº 11, p. 559-565. 2009.

BRILHANTE, A.V.M; MOREIRA, J.L.de C; FEITOSA, H.N; BILHAR, A. P.M; PONTES, S.A; JÚNIOR, R; KARBAGE, S.A.L; REMÉDIOS, M.dos; SOUSA, P.de. Ruptura de hematoma subcapsular hepático como complicação da síndrome Hellp- Revisão de literatura. **Revista FEMINA**. v. 38, nº7, p. 341-344, 2010.

BALSERA, E.C; PRIETO-PALOMINO, M.A; MUNÓZ- BONO, J, ELVIRA, R; GALEAS y G, J.L; GARCIA, Q. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes com preeclamsia grave, eclampsia y síndrome hellp que ingresan em uma unidade de cuidados intensivos gineco-obstétrica. **Medicina Intensiva**. v.35, N 8, P. 478-483. ELSEVIER ESPANÁ. 2011.

OLIVEIRA, L.C; COSTA, A.A.R. da. Near Miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 27, n. 3, p. 220-227. 2015.

RIBEIRO, J.F, MELO, S. S. e S, SILVA, C.C, GUIMARÃES, S.V.C, SANTOS, T. M. M. G. dos. Síndrome Hellp: caracterização obstétrica e modalidade de tratamento. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco online**. v. 11, supl.3, p. 1343- 1348. 2017

SANTOS, M.R.P.P.N. dos; OLIVERIA, A.H.A. de; SOUZA, P.G.V.D, de. A importância dos exames laboratoriais para o diagnóstico diferencial da Síndrome de HELLP. **Brazilian Journal Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 6, p.17474-17486. nov./dez. 2020