

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN
CURSO DE ENFERMAGEM

ANA CLÁUDIA DE ANDRADE SILVA

SÍNDROME HELLP: IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

NATAL/RN

2012

ANA CLÁUDIA DE ANDRADE SILVA

SÍNDROME HELLP: identificação do diagnóstico

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso - II.

Prof^a: Msc. Mariluce Oliveira de Araújo

NATAL/RN

2012

SÍNDROME HELLP: IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ana Cláudia de Andrade Silva¹
Mariluce Oliveira de Araújo²

RESUMO

Apesar de a gestação ser um fenômeno fisiológico, existe uma pequena parcela de gestantes que, por possuírem características específicas, apresenta maiores probabilidades de um desenvolvimento contrário. Uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal é a pré-eclâmpsia, uma síndrome que acontece no final do 2º trimestre da gestação e persiste durante todo o período gestacional, caracterizada pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial. A síndrome HELLP é considerada como agravamento da pré-eclâmpsia e possui um quadro clínico caracterizado por hemólise (H= “hemolysis”), elevação das enzimas hepáticas (EL= “elevated liver functions tests”) e plaquetopenia (LP= “low platelets count”). O tratamento atual é baseado em terapia de suporte como, o controle da hipertensão arterial, prevenção da eclâmpsia e interrupção da gestação. Por ser uma doença grave, onde sua complicação aumenta o risco de óbito nas gestantes e/ ou puerperas, as ações preventivas são fundamentais. Objetivou-se nesse estudo identificar como é realizado o diagnóstico da síndrome HELLP, através da revisão de literatura nas bases de dados da SCIELO, LILACS, livros, teses, dissertações e monografia. Como critério de inclusão utilizou-se um recorte temporal de 2000 a 2012, texto completo, relevante e em português. Após a leitura criteriosa e análise dos dados coletados foi possível concluir que a síndrome HELLP pode ser diagnosticada precocemente através do rastreamento laboratorial preciso, que esta síndrome é um agravo da pré-eclâmpsia e que quando instalada deve ser rapidamente tratada.

DESCRITORES: DHEG, síndrome HELLP, diagnóstico, enfermagem.

ABSTRACT

Although pregnancy is a physiological phenomenon, there is a small percentage of women who, because they have specific characteristics, most likely presents a development contrary. One of the most common complications and increased maternal and perinatal mortality is preeclampsia, a syndrome that happens at the end of the 2nd trimester of pregnancy and continues throughout the gestational

¹ Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN. E-mail: anaclaudia.jg@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre. Docente do Centro Universitário do Rio Grande do Norte- UNI-RN. E-mail: mariluce@unirn.edu.br

period, characterized by the triad of edema, proteinuria and hypertension. The HELLP syndrome is considered as worsening of pre-eclampsia and has a clinical condition characterized by hemolysis (H = "hemolysis"), elevated liver enzymes (EL = "elevated liver functions tests") and thrombocytopenia (LP = "low platelets count "). Current treatment is based on supportive therapy as the control of hypertension, prevention of eclampsia and pregnancy termination. Because it is a serious disease, where its complication increases the risk of death among pregnant and / or postpartum women, preventive actions are critical. The objective of this study is conducted to identify how the diagnosis of HELLP syndrome, where through the literature review in the databases of SCIELO, LILACS, books, theses, dissertations and thesis. As inclusion criteria we used a time frame from 2000 to 2012, full text, relevant and Portuguese. After careful reading and analysis of collected data we concluded that the HELLP syndrome can be diagnosed early through screening laboratory must, that this syndrome is a disorder of preeclampsia and that when installed should be treated quickly.

DESCRIPTORS: HDP, HELLP syndrome, diagnosis, nursing.

INTRODUÇÃO

Embora a gravidez seja um evento biologicamente normal, alguns fatores podem estar presentes de forma a tornar os riscos potenciais de complicação para a saúde da mulher e seu filho, transformando - a em um processo patológico, provocado por diversos fatores.

Segundo Rezende et al (2003), as complicações obstétricas são responsáveis por quase 50% de todas as mortes maternas no mundo, e o risco de morrer é até duas vezes maiores em países subdesenvolvidos, como o Brasil, quando comparados aos países desenvolvidos.

A hipertensão arterial é a doença que mais frequentemente complica a gravidez podendo está presente em 5 a 10% das gestantes, sendo responsável pelo maior índice de morbidade e mortalidade materna e perinatal. (BARROS, 2006).

A hipertensão na gravidez pode se apresentar de várias formas como: a hipertensão induzida pela gravidez, ou seja, aquela que surge em consequência de gravidez e regride após o parto. Esse tipo de hipertensão possui sinais clínicos específicos, como também classificação própria; são elas: a hipertensão sem proteinúria e/ou edema patológico, pré-eclâmpsia - com proteinúria e/ou edema patológico, podendo ser classificada de leve e severa; E a eclâmpsia com proteinúria e/ou edema patológico juntamente com convulsões. Ainda dentro dos tipos de hipertensão desenvolvida na gravidez temos a hipertensão coincidente que é a

hipertensão subjacente crônica que precede a gravidez ou persiste após o parto, como também, a hipertensão agravada pela gravidez que é a hipertensão subjacente agravada pela gravidez, na qual dividimos em Pré-eclâmpsia superposta e eclâmpsia superposta. Já a hipertensão transitória é aquela que se desenvolve após o segundo trimestre de gravidez e é caracterizada por elevações pequenas da pressão arterial que não comprometem a gravidez. Esta forma de hipertensão regride após o parto, mas pode retornar em gestações subsequentes. (CUNNINGHAM et al, 2011).

Uma das complicações severas que pode apresentar uma gestante com hipertensão é a síndrome HELLP, que é uma das manifestações clínicas de caráter multissistêmico na pré-eclâmpsia.

O termo síndrome HELLP foi criado por Louis Weinstein em 1982 para caracterizar pacientes com pré - eclâmpsia, que também apresentavam alterações de hemólise (H – Hemolysis), elevação de enzimas hepáticas (EL – Elevated Liver functions tests) e plaquetopenia grave (LP – Low Platelets count). (BARROS, 2006).

A fisiopatologia da síndrome HELLP releva achado caracterizado pela lesão endotelial hepática seguida de ativação plaquetária, agregação e consumo levando a isquemia distal e morte dos hepatócitos. A lesão clássica da síndrome HELLP é a necrose periportal ou necrose parenquimatosa focal, com depósitos hialinos de material semelhante à fibrina que são visualizados nos sinusóides hepáticos. (KNOBEL, 2006pag1854).

A Síndrome HELLP é um agravamento da pré-eclâmpsia por caracterizar uma hepatopatia relacionada com a gravidez (SILVA, 2009).

De acordo com Freitas et al (2006), a síndrome HELLP deve ser encarada como uma variante da pré – eclâmpsia e, como tal, não sabemos sua etiologia, e sua cura se dará somente com o término da gestação.

A Síndrome HELLP e a eclâmpsia ocupam o primeiro lugar entre as causas de mortalidade materna no Brasil (Rezende et al, 2003).

Enquanto a pré – eclâmpsia e a eclâmpsia atingem caracteristicamente nulíparas jovens, a síndrome HELLP geralmente atinge multíparas com idade mais avançada. Além disso, as pacientes com síndrome HELLP na maioria dos casos são brancas e com mau passado obstétrico. (KATZ et al, 2007).

Segundo Freitas et al (2006), foi estabelecido um sistema de classificação com base na contagem de plaquetas, para indicar a gravidade da doença, assim, quanto menor a quantidade de plaquetas maior a gravidade da patologia. Outra

classificação que pode ser utilizada é a de HELLP parcial ou completa. Na completa a paciente apresentaria todas as alterações laboratoriais presentes na patologia, enquanto na parcial apenas algumas das alterações estariam presentes em uma paciente com pré – eclâmpsia. Em estudo realizado por KATZ et al (2007) sobre perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP em unidade de terapia intensiva observou-se que 41,9% das pacientes desenvolveram a forma completa.

A sintomatologia da síndrome HELLP em geral é inespecífica e, o paciente pode apresentar mal – estar, epigastralgia, náuseas e cefaléia. O grau de suspeita clínica dos casos de síndrome HELLP é muito importante, porque melhorará o resultado da gestação (FREITAS et al, 2006).

Quando diagnosticada a Síndrome HELLP apresenta dois quadros clínicos: o quadro inicial e o quadro avançado. No quadro inicial a paciente apresentaria mal – estar geral, náuseas e vômitos, dor epigástrica e ou dor no quadrante superior direito, icterícia subclínica, cefaléia resistente aos analgésicos e hipertensão arterial. No quadro avançado estaria presente a alteração de comportamento, possibilidade de eclâmpsia, gengivorragia, hematúria, oligúria, icterícia, distúrbios visuais, hemorragia vítrea, hipoglicemia, hiponatremia, diabetes insípido nefrogênico. (BRASIL, 2000).

Brasil, 2010 descreve que em toda gestante com suspeita de pré – eclâmpsia, os testes laboratoriais específicos devem ser solicitados; nas fases iniciais, apenas alterações moderadas na contagem de plaquetas e nos níveis de transaminase e HDL podem estar presentes. As alterações de HDL(desidrogenase láctica) quando $> 1.400 \text{ UI/L}$, TGO(transaminase glutâmico-oxalacética) $> \text{que } 100 \text{ UI/L}$ e ácido úrico $> \text{que } 7,8 \text{ mg/dl}$ indicam uma chance de mais de 75% de morbidade materna grave. Mostra também que a presença de náuseas, vômitos e ou dor epigástrica é um fator de risco significativo de morbidade materna.

Deve ser feito um diagnóstico diferencial com as seguintes doenças: hepatite virótica, cólica biliar, refluxo gastroesofágico, colecistite, lúpus eritematoso, úlcera gástrica, insuficiência renal aguda pós-parto, síndrome hemolítico – urêmica, purpura trombocitopênica trombótica e purpura trombocitopênica autoimune. Outras condições que, também, erroneamente podem ser confundidas com síndrome HELLP são Cardiomiopatia, aneurisma dissecante de aorta, intoxicação aguda por cocaína, hipertensão essencial e doença renal, fígado gorduroso agudo, doença da

vesícula biliar, glomerulonefrite, lúpus eritematoso e doença hepática alcoólica (BRASIL, 2010).

De acordo com Freitas et al(2006) o uso de corticoides no período anteparto, tem mostrado uma melhora nos parâmetros laboratoriais (Plaquetas,HDL,TGO, TGP,Bilirrubinas), acarretando uma diminuição da necessidade de transfusão e também a redução do uso do anti-hipertensivo, com menor morbidade.

Segundo Leão (2007) o tratamento hipertensivo na síndrome HELLP é necessário em, aproximadamente, 80% dos casos, notadamente quando a pressão sistólica for superior a 150 mmhg ou quando a pressão diastólica ultrapassar 105 mmhg.

Esse controle poderá seguir os mesmos parâmetros utilizados, quando é tratada a pré-eclâmpsia, podendo ser tratada com nifedipina ou, como segunda escolha, a hidralazina. O nitroprussiato de sódio somente deve ser utilizado quando não houver resposta à nifedipina ou à hidralazina. (FREITAS et al, 2006).

Na síndrome HELLP, o tratamento atual é baseado em terapia de suporte como, o controle da hipertensão arterial, prevenção da eclâmpsia e interrupção da gestação. Outros estudos mostram o uso de corticoides por tempo prolongado, com intuito de estabilização materno – fetal, para prolongamento da gestação com menos de 34 semanas, onde não existe, ainda, uma maturação pulmonar fetal. (LEÃO, 2007).

Na realidade a presença de Síndrome HELLP normalmente terá indicação da interrupção da gravidez, no caso de sofrimento fetal e hematoma hepático. O período pós-parto é crítico; em geral, nas primeiras 24 horas de puerpério, há piora transitória do quadro clínico devido ao consumo de plaquetas e fatores de coagulação, como resposta fisiológica do organismo materno ao processo de recuperação da ferida cirúrgica. As mortes maternas têm ocorrido no período pós-parto devido complicações hemorrágicas e grau de pouca importância dada aos cuidados nesse período. Portanto, mesmo que a paciente não tenha ainda parâmetros clínicos para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é necessária essa conduta nesse tipo de unidade para controlar agressivamente qualquer tipo de alteração pós-parto. (FREITAS et al,2006).

BRASIL (2010,) faz um alerta para as complicações dessa patologia, acarretando o aumento da probabilidade da paciente ir a óbito; as complicações mais comuns são a rotura de hematoma hepático, com choque hipovolêmico,

insuficiência renal aguda, lesão pulmonar aguda, síndrome da angústia respiratória – SARA, icterícia e, por fim, o óbito.

Outra complicação importante é o risco de hemorragias intrarraquianas causadas pela punção na hora da anestesia raque, por isso, a anestesia geral é necessária no caso de síndrome HELLP. (KNOBEL, 2006).

Existem estudos que se referem a complicações hemorrágicas na síndrome HELLP de forma mais ampla. Apenas as formas de hemorragias mais graves, como coagulação intravascular disseminada, são descritas e quantificadas. Entre as principais formas de complicações hemorrágicas descritas, as mais citadas são as coagulopatias de consumo, os hematomas de ferida operatória, os hematomas subcapsulares (íntegro ou roto) e hemorragias intracranianas. A presença de epigastralgia intensa (distensão da cápsula hepática) é sugestiva de hematoma, encontrada entre 14 e 26% dos casos descritos na literatura. (KATZ et al, 2007).

Por não possuir uma causa específica a síndrome HELLP é considerada uma das patologias mais significativas e letais que pode apresentar uma gestante, levando assim, a necessidade de se trabalhar exaustivamente na prevenção dessa doença; e uma das estratégias utilizadas é o acompanhamento no pré-natal.

O objetivo do pré-natal é assegurar que toda gravidez culmine no nascimento de um bebê saudável sem comprometer a saúde da mãe, onde profissionais habilitados e capacitados prestem toda a assistência necessária, principalmente, na identificação precoce das DHEG, o que levará a prevenção das formas mais graves da doença e dentre elas a síndrome HELLP.

O enfermeiro como membro dessa equipe, tem a responsabilidade de buscar a eficiência do cuidado para poder contribuir com a qualidade da assistência a essas pacientes.

Segundo o PHPN (programa de humanização no pré-natal e no nascimento) o enfermeiro está apto a realizar as consultas de pré-natal, como também de identificar aquelas que fogem do padrão de normalidade, ou seja, a gestação de alto risco, a fim de encaminhá-las ao serviço especializado. (BRASIL, 2006).

A DHEG é a complicação mais frequentemente encontrada na gestação de alto risco, onde o agravamento de um de seu tipo – a pré-eclâmpsia pode levar a uma patologia extremamente grave, a síndrome HELLP.

Frente a toda essa problemática e somada a experiências profissional e acadêmica na assistência à gestante e puérpera de alto risco, surge o interesse em

estudar mais detalhadamente esse tema. Na oportunidade em que se assistiam as gestantes e/ou puérperas com diagnósticos compatíveis com pré – eclâmpsia grave, observava – se que alguns casos, evoluíam para síndrome HELLP, mesmo naqueles em que a conduta terapêutica utilizada para tratamento da pré – eclâmpsia estava sendo empregada. Também foi possível acompanhar a evolução para o óbito de algumas pacientes. Diante desse contexto surge a indagação: será que o diagnóstico da síndrome HELLP está sendo realizado no tempo devido?

No intuito de responder a essa indagação, objetiva-se nesse estudo, identificar como é realizado o diagnóstico da síndrome HELLP, tendo em vista que o diagnóstico precoce evitaria formas mais graves da doença.

MATERIAS E MÉTODOS

A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados da BVS (Biblioteca virtual da saúde), LILACS(Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe), SCIELO(Scientific Eletronic Library Online), como também na literatura clássica de livros, dissertações e monografias . A busca foi desenvolvida no período de Março a Outubro de 2012, e utilizaram-se como critérios de inclusão, os trabalhos publicados em língua portuguesa e que possuíam relação com o tema, os quais foram produzidos no período de 2000 a 2012. Foram excluídos artigos, periódicos e livros com ano de publicação anterior a 2000, textos que não foram disponibilizados na íntegra, que não possuíam tradução para português e que não tinham relevância para a temática em questão. Os descritores utilizados foram: DHEG, síndrome HELLP, diagnóstico, enfermagem. Com os critérios de pesquisa estabelecidos foram selecionados um total de 58 artigos, e após uma leitura criteriosa, 8 trabalhos atenderam as propostas desse estudo.

RESULTADOS E DISCURSSÕES

A síndrome HELLP juntamente com a eclâmpsia no Brasil, é a primeira causa de morte materna. Embora a causa da síndrome HELLP ainda não seja completamente entendida, é uma patologia que pode levar a complicações hepáticas, renais e pulmonares. O seu diagnóstico precoce, através do rastreamento

laboratorial, evita complicações e aumenta as chances de sobrevivência da mãe e do bebê. (OLIVEIRA et al, 2012).

Péret (2002) conclui em seu estudo que o diagnóstico precoce da síndrome HELLP através do rastreamento laboratorial, da interrupção da gravidez no momento e condições adequadas e dos cuidados intensivos no pós-parto vem sendo responsáveis pela crescente redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, evento confirmado por Rezende et al(2003), que afirma que é exigido uma antecipação do parto, onde a interrupção é imediata na gravidez acima de 32 semanas e que o acompanhamento da paciente com síndrome HELLP deverá ser realizado em unidade de cuidados intensivos, pelo elevado risco de falência de órgãos vitais.

Segundo Angonese (2007) alguns exames laboratoriais se apresentam alterados nos casos de síndrome HELLP, em 100% dos casos o LDH (Desidrogenase láctica), o TGO (Transaminase glutâmico-oxalacética) e as plaquetas estão alterados; hematócrito e hemoglobina se alteraram em 92,3% dos casos e o TGP em 61,5%, fato inclusive corroborado com outros autores que coloca que o diagnóstico se completa com a avaliação laboratorial, onde há avaliação hematológica (hemograma, contagem de plaquetas), avaliação da função hepática (TGO, LDH e bilirrubinas), avaliação do sistema de coagulação (tempo de protombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, fibrinogênio) e avaliação renal (ácido úrico, creatinina). (REZENDE;BACHA;ABRÃO, 2003).

Cintra (2008) confirma o que Angonese (2007) cita quando, coloca que os critérios para o diagnóstico de síndrome HELLP são: plaquetas< 100.000 /mm³; TGO> 70 U/L; Bilirrubinas totais> 1,2 mg/dl e LDH> 600 U/L.

Estudo realizado por Katz et al(2008) apresenta as variações dos parâmetros clínicos e laboratoriais das pacientes no momento do diagnóstico de síndrome HELLP, como mostra o quadro abaixo.

Parâmetros	Valor	Valor	Média
PAS(mmHg)	mínimo	Máximo	157
PAD(mmHg)	110	260	106
Diurese(ml/h)	70	160	80
Hg(g/dl)	0	400	10

Plaquetas(mm3)	3.3	15	92.839
TGO(mg%)	13.000	286.000	189
TGP(mg%)	9	1.950	183
LDH(mg%)	3	1.015	1011
Bilirrubina	161	9.802	1,24
total(mg%)	0,2	13,5	

PAS(pressão arterial sistólica)

PAD(pressão arterial diastólica)

TGO(transaminaseglutâmico-oxilacética)

TGP(transaminase glutâmico-

LDH(desidrogenase láctica)

pirúvico)

FONTE:KATZ et al,2008. Pag. 4

Segundo Oliveira e Vasconcelos (2006) o diagnóstico da síndrome HELLP deve ser realizado mais precocemente possível para evitar maiores complicações as pacientes. Diz também que, com o controle dos fatores de risco evitam-se as formas mais graves da doença, enfatizando assim, a importância do pré-natal, na identificação precoce da DHEG, onde teremos a redução dos riscos do desenvolvimento da síndrome HELLP.

Oliveira et al (2012) em estudo de revisão de literatura sobre o cuidado de Enfermagem na síndrome HELLP, identifica que a(o) enfermeira(o) deve estar atenta ao aparecimento de qualquer manifestações clínicas ligadas à hipertensão durante a consulta de enfermagem de acompanhamento de pré-natal e, principalmente, de sinais e sintomas da pré-eclâmpsia.

Moraes et al (2011) apresenta um plano assistencial, baseado na SAE(sistematização da assistência de enfermagem) às gestantes e/ou puerperas com Síndrome HELLP, o qual contribuirá para um cuidado diferenciado, evitando, assim, possíveis complicações.

DIAGNÓSTICOS	METAS (NOC)	INTERVENÇÕES (NIC)
(00178) Risco de função hepática prejudicada, relacionada à lesão hepática ou aumento das enzimas hepáticas.	A paciente deve apresentar melhora da função hepática, enzimas (transaminase, LDH).	• Monitorar Sinais Vitais; • Observar pele e mucosa; • Realização do exame físico (Hip. direito); • Manter supervisão permanente.
(00025) Risco para o desequilíbrio do volume de líquidos, relacionado à restrição ao leito e função renal.	A paciente deve apresentar equilíbrio hídrico e manter função renal estável.	• Realizar controle de balanço hídrico; • Monitorar a infusão de líquidos; • Observar presença de edema em MMSS e MMII.
(00052) Interação social prejudicada, relacionado ao papel de ser mãe.	A paciente deve apresentar melhora mediante situação de desgaste e melhor interação familiar.	• Oferecer apoio; • Encorajar interação social; • Estimular jogo terapêutico por meio dos sentimentos e necessidades, de forma acolhedora e empática,

(00056) Maternidade prejudicada, caracterizado pela capacidade reduzida de relaciona-se, relacionado ao déficit na interação mãe-filho.	A paciente deve apresentar melhora do enfretoamento e vínculo mãe e filho.	• Estabelecer promoção da maternidade • Oferecer sistema de apoio • Promover envolvimento familiar • Estabelecer processo de vínculo
---	--	---

FONTE: NANDA-2010, modificado por MORAES et al(2011) pg.246.

Em estudo realizado por MORAES et al(2011) o enfermeiro na unidade de terapia intensiva(UTI) ao assistir uma gestante e ou puérpera deve desenvolver um cuidado especializado e complexo, onde a qualidade da assistência de enfermagem, com um cuidado planejado, deverá prevenir complicações e contribuir para o êxito da terapia empregada.

O enfermeiro, também, tem que conhecer a literatura no que diz respeito a pacientes graves, para uma melhor avaliação dessa paciente, já que quando é diagnosticada a síndrome HELLP, esta paciente vai necessitar de cuidados intensivos.

Nos trabalhos analisados foi possível observar que o diagnóstico da síndrome HELLP é realizado pelo rastreamento laboratorial, principalmente, das pacientes já com diagnóstico de pré-eclâmpsia, sendo a pré-eclâmpsia um dos tipos da DHEG, e como um agravo da gestação, confirma-se a necessidade de uma identificação precoce de seus sinais e sintomas.

Existem poucos trabalhos sobre essa patologia relacionados à enfermagem, seria necessário criar um plano de cuidado a pacientes com essa síndrome.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a síndrome HELLP é uma doença grave que, ainda possui uma alta taxa de mortalidade entre as gestantes e/ou puérperas. O seu diagnóstico deve ser precoce, tendo uma atenção maior às pacientes com pré-eclâmpsia, por ser considerada um agravamento da mesma. São indispensáveis nos exames

laboratoriais a contagem de plaquetas, enzimas hepáticas, hematócrito e hemoglobina, pois é através desses exames que o diagnóstico começa a ser traçado. O tratamento dessa síndrome está relacionado ao sinal e sintomas apresentado. A interrupção da gestação é conduta de primeira escolha, quando idade gestacional acima de 32 semanas, ao contrário há a administração de corticoides para amadurecimento pulmonar do bebê.

A paciente com qualquer sinal e sintoma de pré-eclâmpsia deveria realizar rotinas laboratoriais para diagnóstico da síndrome HELLP, para o rastreamento precoce dessa patologia que se não diagnosticada com rapidez pode levar ao óbito.

O enfermeiro, principalmente o que tem especialização obstétrica, deve ter o conhecimento do que é DHEG, para poder reconhecer uma paciente com pré-eclâmpsia, e possível HELLP, sabendo interpretar os exames laboratoriais devidos, e após conduta médica, aperfeiçoar o atendimento a paciente portadora desta patologia. Cabe aos enfermeiros, durante a consulta de acompanhamento do pré-natal, está sempre alerta ao surgimento da hipertensão, sinais e sintomas da pré-eclâmpsia, principalmente, para poder com a ação imediata intervir e diminuir risco de complicação e mortalidade associada à síndrome HELLP.

Como evidenciado nos achados do presente trabalho existe a necessidade de se estudar mais sobre essa patologia, para assim poder assistir adequadamente as gestante e/ou puérperas que desenvolvam essa síndrome, como também um maior incentivo para pesquisa no que se refere à prevenção de tão devastadora patologia.

REFERÊNCIAS

ANGONESI, J. ; POLATO, A.. A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), Incidência à evolução para síndrome HELLP. **Revista Brasileira de análises clínicas**. Maringá-PR. vol39, n.4.243-245,2007.

BARROS, S. M. O. (Org). **Enfermagem no ciclo gravídico – puerperal**. Barueri – SP: Editora Manole, 2006.p. 64-75.

BRASIL. Ministério da saúde. Manual Técnico Pré-Natal e puerpério.2006.3.ed. Brasília,2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico de gestação de alto risco. 2010.5.ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Urgências e Emergências Maternas. 2000.2.ed. Brasília, 2000.

CINTRA,E.A.;NISHIDE,V.M.;NUNES,W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. Edição.São Paulo:editora Atheneu.2008.

CUNNIGHAM,F.G. et al. **Williams Obstetrícia**. 20 ed. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan.2011.1242p.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**.5. Ed. Porto Alegre – RS: Editora art med. 2006.680 p.

KATZ, L. et al. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia obstétrica. **Revista Brasileira de Ginecologia**. Recife – PE. Pg 80-86.2007.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3. Ed. Vol. 2. São Paulo: editora Atheneu. 2006.

LEÃO, M. D. . Redução da morbi-mortalidade da síndrome de HELLP completa com o uso de altas doses da dexametasona com enfoque renal. 2007.108f. Tese (Doutorado) Programa de pós – graduação em ciências da saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

MORAES, M.S.T. et al.Síndrome HELLP:proposta de um plano assistencial.**Rev. Saúde Coletiva**.vol. 8,n. 54pp.244-248 São Paulo.2011

OLIVEIRA, M.I.V.; VASCONCELOS, S.G. Puérperas com síndrome HELLP: análise baseada nos aspectos obstétricos. **Rev. RENE**, v. 7, n. 2, p.74-80./ago.2006.

OLIVEIRA, R.S. et al.Síndrome HELLP:estudo de revisão para o cuidado de enfermagem.**Revista eletrônica trimestral de Enferméria**,n.28pag.346-354.outubro 2012.

PÉRET,F.J.A..HELLP Síndrome e Morbidade Materna-Anais do XXVI encontro Mineiro de Ginecologistas e Obstetras- SOGIMIG, Maio, 2002.

REZENDE, C. A. L.; BACHA, C. A.; ABRÃO, L. J. . **Ginecologia e Obstetrícia: manual para concurso**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.853p.

SILVA, J. C.. **Manual Obstétrico: Um guia prático para a enfermagem**. 2. Ed. São Paulo: Editora Corpus, 2009.191 p.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pelo dom da vida e saúde para chegar até aqui;

Dedico este trabalho, aos meus PAIS (José e Francinete), pelo incentivo e amor, em especial, minha MÃE, por se fazer mãe-vó dos meus filhos na minha ausência;

Aos meus FILHOS Gabriel e Giovanna, pelas tantas ausências;

Ao meu ESPOSO, Januário, pelo apoio e compreensão;

A minha ORIENTADORA, Mariluce, pelo o apoio e ajuda na elaboração desse projeto.

Aos demais familiares e amigos... Obrigada!

Enfim essa vitória não é só minha, mas sim de todos vocês...