

Emergência Hipertensiva Na Gestação: Síndrome Hellp Uma Revisão De Literatura

Fabiula Ferreira Coelho

Enfermeira, Centro Universitário Internacional Uninter, Curso de pós-graduação em Enfermagem em Urgência e Emergência.

Luciano Santos Kuroba

Biólogo, Centro Universitário Campos de Andrade - Uniandrade, Curitiba PR, Pós-graduado em Neuropedagogia e Educação Inclusiva, orientador de TCC do Grupo Uninter.

RESUMO

A hipertensão arterial na gestação é uma doença de alta prevalência que pode acarretar em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, é caracterizada por elevação dos níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica. Tendo como graves consequências a pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome hellp, que é considerada a mais grave. Objetivou-se conhecer mais da literatura brasileira, com o intuito de facilitar a identificação dos sinais e sintomas por parte dos profissionais de saúde para que possam prestar cuidados especializados e evitar complicações graves para o binômio mãe-bebê. A metodologia utilizada é a revisão bibliográfica, a periodização do estudo foi estabelecida entre os anos de 2002 a 2017, a busca dos artigos realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde, Bases de Dados de Enfermagem, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e também a literatura cinzenta, o Google Acadêmico. A pré-eclâmpsia é uma das consequências da hipertensão arterial gestacional, caracteriza-se por início ou piora da hipertensão arterial, acompanhada de proteinúria e elevação dos níveis de creatinina sérica, ácido úrico e transaminases. A eclâmpsia é a uma forma grave dos quadros hipertensivos induzidos pela gravidez, definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas na gestante com pré-eclâmpsia. A Síndrome HELLP é caracterizada como uma grande complicação, é a condição em que uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia cursa com hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia, podendo evoluir para óbito.

Palavras-chave: Gravidez. Hipertensão arterial. Síndrome Hellp. Pré-eclâmpsia. Eclâmpsia.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial na gestação é uma doença de alta prevalência que pode acarretar em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, normalmente recebe o nome de Síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) o que caracteriza uma gestação de alto risco e pode evoluir para uma emergência obstétrica.

As síndromes hipertensivas na gestação são consideradas uma urgência obstétrica, que significa um caso clínico agudo e que não apresenta risco iminente de vida para essa gestante, porém se não tratada ou se for realizado tratamento inadequado existe a possibilidade de evoluir para complicações graves e até mesmo fatal, caracterizando assim uma emergência. Em uma situação de emergência, como por exemplo a Síndrome Hellp, há nitidamente o risco iminente de vida, e torna-se necessário diagnóstico, tratamento e se necessário até mesmo a interrupção da gestação nas primeiras horas a fim de evitar possíveis complicações (GIGLIO, 2005).

Uma unidade de Urgência e Emergência compõe um importante componente da assistência à saúde, nesta unidade é possível encontrar um mecanismo que possibilita identificar as prioridades para que seja realizado o atendimento de acordo com a necessidade e o risco de vida que cada paciente apresenta, chamado de acolhimento e classificação de risco. É caracterizado como uma área problemática do Sistema de Saúde, pois mesmo com o atendimento sistematizado de acordo com a necessidade de cada paciente, funciona de maneira inadequada devido ao aumento constante na demanda de atendimentos prestados à população em geral, incluindo as gestantes de diferentes idades gestacionais tanto de risco habitual como de alto risco, destacando-se as síndromes hipertensivas gestacionais como responsáveis pela maioria dos atendimentos e transferências para internações em unidade de terapia intensiva materna devido as complicações causadas pelas SHG (BRASIL, 2006).

As SHG são caracterizadas quando os valores para pressão arterial são iguais ou maior que 140 mmHg para a pressão sistólica e iguais ou maior que 90 mmHg para pressão diastólica. As Síndromes hipertensivas na gestação são incuráveis há apenas medicações para controle do quadro clínico e dos sinais e sintomas, a única maneira permanente de ceder o quadro é a interrupção da gestação, caso contrário pode evoluir para quadros mais graves, dentre

as complicações oriundas da síndrome hipertensiva gestacional está a Pré-eclâmpsia cujo diferencial no diagnóstico é o aparecimento de proteinúria maior ou igual a 0,3g em 24h em pelo menos duas ocasiões de medida, este agravamento se não tratado corretamente pode evoluir para um quadro mais grave denominado de Eclâmpsia onde os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia associam-se a episódios de convulsões e se mesmo assim não for tratada corretamente ou se o diagnóstico não for feito a tempo, posteriormente pode evoluir para Síndrome de HELLP (H= *Hemolysis*; EL=*Elevated Liver Enzymes*; LP=*Low Platelet*) a qual destaca-se pela sua gravidade, sendo ela uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil (MORAIS et al., 2013; SILVA; TIAGO; OLIVEIRA, 2002; MIRANDA et al., 2016).

A Síndrome HELLP é a nomenclatura utilizada para descrever a condição em que uma paciente com pré-eclâmpsia (alteração no aumento da pressão arterial e proteinúria) ou eclâmpsia (alteração no aumento da pressão arterial, proteinúria e episódios de convulsões) evolui e apresenta alterações laboratoriais como hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia. Enquanto a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia afetam tipicamente nulíparas jovens, a síndrome HELLP geralmente acomete multíparas com idade mais avançada, caracterizando uma gravidez de alto risco para o binômio mãe-bebê, portanto é de extrema importância que gestações assim sejam identificadas precocemente pelos profissionais da saúde para que haja uma assistência adequada pela equipe, a fim de evitar óbitos maternos e neonatais, em sua maioria preveníveis, decorrentes desta complicação (MORAIS et al., 2013; KATZ et al., 2008).

A enfermagem é uma ciência em constante evolução prática e científica, o enfermeiro (a) como líder da equipe que atua em situações como esta, tem também como sua função coordenar e gerenciar a assistência prestada ao paciente, incluindo profissionais de outras áreas que integram a equipe de saúde, conseqüentemente é ele quem exerce influência no bom ou mau andamento do atendimento prestado as gestantes, puérperas,

recém-nascidos e familiares. Atendimento esse que deve sempre ser baseado nas melhores e mais atualizadas fundamentações científicas (SILVA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

A atuação do enfermeiro (a) na atenção básica a saúde, mais especificamente no pré-natal tem forte impacto nos diagnósticos precoces dessas doenças, pois sabe-se que ainda nos dias de hoje o pré-natal é realizado em grande parte dos casos de forma inadequada por médicos e/ou enfermeiros. Devido a isso o sistema de saúde tem depositado expectativas na formação de enfermeiros obstetras para que esse cenário de consultas pré-natal com baixa qualidade mude e possa ser realizado de forma adequada e com qualidade para cumprir o seu objetivo de prevenir o aparecimento de doenças e identificar precocemente fatores de risco para possíveis complicações durante a gestação, parto e pós-parto (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde no ano de 2000, criou um Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), programa esse que normatiza a assistência de gestantes, recém-nascidos e puérperas no Brasil, tendo por objetivo garantir o acesso à assistência em saúde em tempo oportuno, humanizada e de boa qualidade em consultas de pré-natal, atendimento ao parto e puerpério e também ao recém-nascido, o que evitaria que muitas mulheres e bebês perdessem suas vidas pelo aparecimento de doenças no período reprodutivo. O programa ainda conta com quatro princípios para assegurar esse atendimento humanizado. O primeiro afirma que toda gestante, parturiente e puérpera tem o seu direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade garantido, durante toda gestação, parto e pós-parto. O segundo princípio diz que toda e qualquer gestante tem direito de saber, conhecer e ter garantido acesso à maternidade de sua referência para atendimento do parto. O terceiro relata que a assistência ao parto e puerpério é direito de toda gestante, e deve ser realizada de forma humanizada e segura. O quarto e último princípio fala

sobre o recém-nascido, que todo e qualquer neonato tem direito a assistência de forma humanizada e segura tal qual a da gestante e puérpera (BRASIL, 2002).

Além disso o Ministério da Saúde destaca a importância de uma abordagem integral a essas mulheres, pois afirma que as situações de vulnerabilidade estão diretamente relacionadas com o surgimento de gestações de alto risco, com isso é possível observar que durante o pré-natal é de extrema importância conhecer a realidade em que essa gestante vive, suas condições de moradia, saneamento básico, estrutura familiar, renda mensal, histórico de violência, entre outros pontos importantes e registrar em seu prontuário todos aspectos de vulnerabilidade que ela e sua família apresentam, para que possibilite a equipe ficar atenta a fatores que possam levar essa gestante a desenvolver uma gestação de alto risco (OLIVEIRA et al., 2016).

A partir da criação desse programa, tornou-se possível que o cuidado com mulheres nesse período de transformação física, emocional e familiar, fosse mais efetivo, individualizado e com ações humanizadas e específicas realizadas pela equipe que irá atendê-la. O enfermeiro com o seu papel de líder de uma equipe de saúde deve além de saber realizar as consultas de pré-natal, deve atuar também na atenção ao parto de risco habitual e puerpério com conhecimento científico para identificar fatores de risco que podem surgir a qualquer momento e além disso deve também realizar orientações sobre cuidados que dependem da gestante e/ou puérpera e realizar atividades de educação em saúde para que a população em geral e mais diretamente as gestantes, para que conheçam a doença e possam identificar mudanças no seu organismo tanto no decorrer da gestação quanto no período de parto e pós-parto (OLIVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2002).

A partir da contextualização sobre as Síndromes Hipertensivas Gestacionais foi possível notar sua gravidade para o binômio mãe-bebê onde objetivou-se traçar uma revisão de literatura sobre as características, sinais e

sintomas da síndrome de hellp a qual destaca-se devido ser a de maior gravidade e evolução rápida. Neste sentido, buscou-se conhecer e estudar mais da literatura brasileira sobre este tema, com o intuito de facilitar a identificação precoce dos sinais e sintomas e agilizar a atuação por parte dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento dessas gestantes de risco para que possam prestar cuidados especializados e conseqüentemente evitar complicações graves e desnecessárias para o binômio mãe-bebê.

Síndromes Hipertensivas na Gravidez

A grande parte das gestações ocorrem sem nenhuma intercorrência clínica relevante, caracterizando a gestação como um período de risco habitual e hígidez da mãe e do bebê. Entretanto, algumas gestantes podem apresentar complicações de risco para morbidade e mortalidade materna e fetal passando a ser uma gestação de alto risco em qualquer momento do período gestacional, por exemplo o desenvolvimento da síndrome hipertensiva da gravidez (SHG) que é considerada uma das causas obstétricas diretas, responsável por aproximadamente 75% dos óbitos maternos, tendo como patologias que mais causam complicações a hipertensão arterial gestacional, pré-eclâmpsia, eclampsia e síndrome HELLP (MORAIS et al., 2013).

Nos países desenvolvidos as síndromes hipertensivas da gravidez (SHG) ocorrem em baixa porcentagem entre 2% e 8% das gestações, porém no Brasil país que ainda se encontra em desenvolvimento, infelizmente esse quantitativo pode chegar a 30% das gestações, representando a terceira causa de morte materna no mundo e a principal causa de morte materna no Brasil, caracterizando um problema de saúde pública, principalmente nas regiões Norte e Nordeste onde encontra-se os piores indicadores de razão de mortalidade materna e os piores índices de acesso aos serviços de saúde, onde as mulheres não realizam consultas de pré-natal ou quando consegue

realizar o atendimento não é qualificado ao ponto de evitar tais complicações. Tendo em vista a multiplicidade de fatores que podem predispor a mulher gestante a desenvolver a doença e o desconhecimento de uma causa certa para o desenvolvimento da mesma, essa síndrome é considerada merecedora de maiores estudos clínicos e investigações. Entre os fatores de risco para o aparecimento da patologia destacam-se: número de filhos e gestações; gemelaridade; nível sócio-econômico (principalmente quando se refere ao acesso aos serviços de saúde); estado nutricional (pois sabe-se que a obesidade está diretamente relacionada); entre outros fatores (MORAIS et al., 2013).

Hipertensão Arterial Gestacional

A hipertensão arterial na gestação ou doença específica da gestação, como alguns autores trazem, caracteriza-se pelo aumento da resistência vascular periférica o que leva a um aumento da pressão arterial e ocorre em aproximadamente 10 a 20% das gestações após a vigésima semana e costuma desaparecer até 10 dias após o parto, no puerpério. Fisiologicamente o que ocorre é o aumento nos níveis tensionais da pressão arterial para valores em torno de 140 mmHg (sístole) e 90 mmHg (diástole) ou valores maiores em casos mais graves da doença (AMADEI; MERINO, 2010).

Segundo Amadei e Merino (2010), a prevalência de hipertensão gestacional em nulíparas, mulheres que estão na primeira gestação, é considerada alta de 6 a 17%, comparada com as gestantes multíparas, mulheres que estão na terceira gestação ou mais, que correspondem de 2 a 4%. Entre 20 a 50% das gestantes que apresentam hipertensão gestacional encaminham-se para progressão para pré-eclâmpsia, que se caracteriza pelo aumento da pressão arterial associada a presença elevada de proteína na urina (proteinúria), podendo desenvolver-se antes ou após o parto, esse elevado número de progressão da doença pode ser devido a falha no

diagnóstico precoce e no início tardio do tratamento da hipertensão, dando mais chance dessa gestante desenvolver um prognóstico desfavorável para o binômio mãe-bebê (AMADEI; MERINO, 2010).

Alguns autores em estudos recentes trazem também que o bebê sofre consequências graves devido a hipertensão arterial induzida pela gravidez, pois além de evoluir para complicações graves maternas chegando ao óbito, também é um dos fatores que levam ao nascimento de neonato prematuro, aquele que nasce antes de completar 37 semanas de gestação, considerado nascimento de alto risco. O feto fica em situação de risco e sujeito a restrição de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, morte intraútero, baixo peso e como já citado a prematuridade. A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre neonatos prematuros, tornando assim uma doença perigosa não somente para mãe, mas também para o bebê que por muitas vezes ficam esquecidos entre as tantas complicações maternas (LOPES et al., 2013; VETTORE et al., 2011).

Pré-Eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é uma patologia de ordem multissistêmica exclusiva do período gestacional humano, estudos associam o seu surgimento com a obesidade, quanto maior o IMC pré-gestacional e o ganho de peso durante a gravidez maior a chance de desenvolver pré-eclâmpsia, especialmente, na forma grave (MACEDO; MONTEIRO; MENDES, 2015).

É a primeira consequência da hipertensão arterial gestacional, cujo início é lento e silencioso a partir da segunda metade da gravidez. Conforme Amadei e Merino (2010), a pré-eclâmpsia é conhecida também como síndrome sistêmica específica da gestação, pois ela afeta todo o organismo da mulher, principalmente a placenta, rim, fígado e cérebro. Caracteriza-se

por edema, início ou piora da hipertensão arterial, acompanhada de proteinúria e eleva o dos níveis de creatinina sérica, ácido úrico e transaminases. O nível de proteinúria é considerado alterado quando estiver superior a 300 mg em amostra de 24 horas ou pelo menos 2+ em análise qualitativa em exame de urina. Na maioria das vezes a proteinúria é uma manifesta o tardia da pr -eclâmpsia. Sua prevalência é mais elevada em gesta o gemelar chegando em torno de 14%, podendo chegar a 40% em gestantes com pr -eclâmpsia prévia (AMADEI; MERINO, 2010).

A pr -eclâmpsia pode se manifestar também com presença de edema na face, mãos, membros inferiores ou edema generalizado, esses sinais e sintomas isoladamente não são utilizados como base para diagnóstico clínico da doença, pois estudos atuais trazem que o edema em gestantes tem inumeras causas além da altera o de pressão arterial e proteinúria e em alguns casos é considerado fisiológico, para confirma o do diagnóstico   necessário que os fatores de risco apareçam associados e não de maneira isolada. Já a presença de coma ou convulsões sem história prévia de doenças cerebrais irá determinar o quadro de eclâmpsia, que é uma patologia de nível agravado da doença (MOURA et al., 2010).

Eclâmpsia

Como já mencionado anteriormente a eclâmpsia é uma das formas mais graves dos quadros hipertensivos induzidos pela gravidez, é definida pela manifesta o de uma ou mais crises convulsivas na gestante com quadro inicial de pr -eclâmpsia. Estes episódios podem ocorrer durante a gravidez, porém seu início deve ser após as 20 semanas de gesta o, antes disso é considerado hipertensão prévia, durante o trabalho de parto e parto ou nas primeiras 48h do período pós-parto, chamado de puerpério, alguns casos ocorrem em gesta o pré-termo e no puerpério tardio, ou seja, período pós-parto que ultrapassa as 48 horas até o 42  dia. Esta complica o possui sinais

e sintomas próprios tais como cefaleia intensa, diplopexia, dor em hipocôndrio direito, agitação psicomotora e hiperreflexia, os quais são fortemente relatadas pelas gestantes tornando de fácil identificação, esses sintomas podem ser totalmente reversíveis após o parto se forem realizados cuidados em tempo hábil e adequados (LACERDA; MOREIRA, 2011; MIRANDA et al., 2016).

Há grande incidência de morte materna nas mulheres que apresentam esse quadro de eclâmpsia, caracterizando um problema de saúde pública, portanto é de extrema importância que esses sinais e sintomas clínicos sejam identificados precocemente pelos profissionais, para que haja intervenção precoce e seja interrompido a evolução do caso clínico. Além das complicações oriundas da hipertensão arterial gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, outra patologia que pode acometer essa gestante é a síndrome de HELLP (LACERDA; MOREIRA, 2011; MIRANDA et al., 2016).

Síndrome de HELLP

Entre as complicações das SHG, destaca-se a Síndrome de HELLP por sua magnitude de consequências que pode desencadear e o risco de vida que mãe e bebê ficam expostos, HELLP é utilizado para descrever a condição em que uma paciente com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia cursa com hemólise (hemolysis), que é definida como o processo de quebra da membrana da hemácia liberando hemoglobina sérica o que pode causar anemias e aumento da bilirrubina no sangue, aumento das enzimas hepáticas (elevated liver enzymes) e plaquetopenia (low platelets) diminuição dos níveis de plaquetas no organismo, as plaquetas tem por objetivo bloquear hemorragias agindo na obstrução dos vasos sanguíneos que estão danificados, além disso pode apresentar alguns sinais e sintomas variáveis, dentre eles: cefaleia intensa, distúrbios visuais, como por exemplo estocomas quando a gestante

irá enxergar pontinhos pretos, e mal-estar generalizado como dor no corpo, cansaço, entre outros, os quais são também encontrados nos casos de uma pr -eclâmpsia grave (SILVA; TIAGO; OLIVEIRA, 2002; MIRANDA et al., 2016; KATZ et al., 2008).

O quadro clínico para que o profissional possa suspeitar de síndrome hellp pode iniciar com os sinais e sintomas básicos citados anteriormente associados a náuseas, v mitos, dispneia, dor epigástrica em quadrante superior do lado direito do abd men com irradia o para escápula, acompanhada de hepatomegalia dolorosa   palpa o. E em casos mais graves dessa Síndrome de HELLP pode desencadear quadros de insuficiência cardíaca e pulmonar, hemorragia interna, hematoma hepático, insuficiência renal aguda, acidente vascular cerebral e outras complica es graves que podem levar ao óbito materno ou neonatal, mostrando a gravidade da evolu o clínica da doença. É considerada uma patologia secundária que se desenvolve a partir de um quadro at pico da pr -eclâmpsia grave ou eclâmpsia, que pode ser identificada através de algumas altera es laboratoriais, tais como; hemólise, eleva o das enzimas hepáticas e plaquetopenia, sendo que, nem todas ocorrem ao mesmo tempo em todas as gestantes o que dificulta a percep o da gravidade pelos profissionais e aumenta a demora em fechar o diagnóstico final (SILVA; TIAGO; OLIVEIRA, 2002; MIRANDA et al., 2016; KATZ et al., 2008).

O profissional que atender uma gestante que apresente esses sinais e sintomas, independentemente de ter histórico clínico ou obstétrico de hipertensão arterial deve investigar o caso e se necessário solicitar os exames para diagnóstico confirmatório pois se a doença não for descoberta a tempo e evoluir para os quadros mais graves onde a paciente e o bebê correm risco de ir a óbito, além disso após o diagnóstico o profissional que atender essa gestante médico ou enfermeiro, obstetra ou não, deverá encaminhá-la para o serviço de referência para gestantes de alto risco para monitoriza o mais

adequada do bem estar materno e fetal (SILVA; TIAGO; OLIVEIRA, 2002; MIRANDA et al., 2016; KATZ et al., 2008).

Para que o diagnóstico da Síndrome de HELLP seja confiável e benéfico para a gestante é necessário que a paciente seja investigada além dos sinais e sintomas clínicos que a mesma apresenta como foi mencionado anteriormente, devido a isso torna-se essencial a solicitação de exames laboratoriais, sendo alguns deles: dosagem sérica de plaquetas, AST, LDH, bilirrubinas totais, exames de pré-eclâmpsia, entre outros. Estes devem ser repetidos a cada 6 a 8 horas para confirmação diagnóstica, podendo demorar até 10 horas os resultados dependendo do laboratório, se o quadro clínico piorar será necessário iniciar intervenção antes mesmo dos resultados prontos (SILVA; TIAGO; OLIVEIRA, 2002; KATZ et al., 2008).

Ainda nos tempos de hoje não há nenhum tratamento específico disponível para a cura da Síndrome HELLP apenas tratamento para amenizar o quadro e manter a paciente estável, isso ocorre devido a fisiopatologia exata da doença ser multifatorial e desconhecida. O único meio de tratamento definitivo para a síndrome HELLP, após confirmação diagnóstica, é o parto e a remoção dos vilos coriônicos, a via de parto será decidida conforme quadro clínico da paciente e idade gestacional do bebê, porém a cesariana não é necessariamente a via mais segura (SILVA; TIAGO; OLIVEIRA, 2002; KATZ et al., 2008).

Embora qualquer gestante em qualquer idade gestacional possa desenvolver a Síndrome HELLP, algumas apresentam maior risco incluindo aquelas que apresentam alguns fatores de risco, como por exemplo, mulheres brancas, mais de 25 anos de idade, multíparas, com diagnóstico ou em tratamento para hipertensão arterial ou que tenham histórico da doença e gestantes que apresentam quadro de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, essas podem realizar o tratamento adequado que os riscos de evolução para a síndrome permanecem os mesmos, devido à gravidade e evolução rápida da

patologia. A maioria das ocorrências da Síndrome HELLP ocorrem no terceiro trimestre, ou seja, no final da gestação, embora esta condição pode se desenvolver no segundo trimestre ou no puerpério, semana seguinte ao parto, é uma situação considerada rara mas existe a possibilidade que aconteça (MIRANDA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2012).

Muitos estudos falam sobre as complicações maternas por consequência da síndrome, Miranda et al. (2016) e Oliveira et al. (2012) trazem em seus estudos recentes que dentre as complicações algumas podem afetar o feto independentemente da idade gestacional em que se encontra, destaca-se como as principais complicações o descolamento prematuro de placenta o que pode levar a um nascimento prematuro e outras possíveis complicações que a prematuridade pode gerar, restrição do crescimento fetal intrauterino e a síndrome da angustia respiratória, as quais se não tratadas, podem levar ao óbito fetal. (MIRANDA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2012).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste presente estudo é a revisão bibliográfica, que é definida como um método de pesquisa desenvolvida através de fontes secundárias, ou seja, materiais já elaborados e publicados anteriormente, principalmente em livros e artigos científicos (GIL, 2007).

A periodização do estudo foi estabelecida entre os anos de 2002 a 2017, e a busca dos artigos realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e também se utilizou uma opção de busca dentro da literatura cinzenta a base de dados do Google Acadêmico.

Para acessar os artigos publicados nas referidas bases de dados utilizou-se como descritores: Gravidez, Hipertensão Arterial, Síndrome HELLP, Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia.

A coleta das informações foi realizada pela pesquisadora no período de 25 de maio a 25 de julho de 2017, em diferentes horários e dias da semana.

Foram encontrados trinta e quatro artigos, que foram submetidos aos seguintes critérios de seleção: leitura do resumo, análise da periodização, publicação em texto completo e artigos publicados em português. Nesta primeira seleção vinte e um artigos foram escolhidos. Após leitura dos resultados e conclusões dos artigos chegou-se ao corpus do material do estudo, que contabilizou 12 estudos entre artigos e publicações online, que atendiam aos objetivos da revisão bibliográfica.

CONCLUSÃO

Com base nos achados na literatura científica brasileira sobre o tema, considera-se primordial identificar precocemente os principais fatores de risco que uma gestante pode apresentar durante o pré-natal, no parto e pós-parto para desenvolver a síndrome de HELLP, os principais fatores são: hipertensão arterial gestacional caracterizada pelo aumento dos níveis da pressão arterial para valores em torno de 140 mmHg e 90 mmHg ou valores maiores após 20 semanas de gestação, pré-eclâmpsia caracterizada pelo aumento da pressão arterial associada ao aparecimento de proteinúria e edema, e eclâmpsia caracterizada por essas alterações anteriores associada ao surgimento de convulsões.

A síndrome HELLP terá as alterações citadas anteriormente além de alterações específicas da síndrome que são plaquetopenia, hemólise e aumento das enzimas hepáticas e seu diagnóstico diferencial será a partir de exames laboratoriais que confirmam essas alterações específicas. Como

citado no corpo do texto existem alguns outros sinais e sintomas secundários que os profissionais devem ficar atentos, por exemplo cefaleia intensa, náuseas, edema, dor epigástrica, obesidade, entre outros.

Uma assistência de qualidade no pré-natal, parto e pós-parto, possibilita que esses sinais e sintomas em gestantes de risco sejam identificadas precocemente já na anamnese complementando com o exame clínico e exames laboratoriais o que fará total diferença no diagnóstico e prognóstico do binômio mãe-bebê, afim de evitar o surgimento ou agravamento da doença e suas consequências.

Durante as consultas de pré-natal é importante que o enfermeiro (a) reforce e aconselhe detalhadamente sobre hábitos alimentares saudáveis para reduzir o IMC pré-gestacional ou gestacional e realize orienta es para as gestantes obesas em rela o   alimenta o adequada saudável e exercícios físicos leves para evitar o ganho de peso exacerbado durante a gesta o, afim de diminuir o risco de pr -eclâmpsia, pois a obesidade é um fator de risco modificável que pode ser possibilitado através dos cuidados e orienta es do enfermeiro (a).

A equipe de enfermagem deve ser qualificada para prestar atendimento humanizado, individualizado e especializado caso seja identificado alguma gestante de risco. O enfermeiro (a) tendo como uma de suas fun es liderar a equipe deve ter capacidade e sensibilidade de transmitir este conhecimento para todos da sua equipe, para que em uma unidade de saúde todos profissionais possam ter capacidade de identificar fatores de risco, cabendo ao enfermeiro, obstetra ou não, e médico realizar as consultas, orienta es e encaminhamentos necessários para confirma o e resolutividade do diagnóstico, caso seja identificado no momento do parto ou pós-parto a equipe deve estar preparada e saber agir em uma situa o de emergência obstétrica, o enfermeiro deve saber suas competências neste momento e realizar o melhor atendimento visando sempre minimizar ou prevenir riscos para a gestante e o bebê.

Recomendam-se, que seja elaborada futuras pesquisas clínicas sobre as possíveis causas que levam ao desenvolvimento da síndrome HELLP, para que os profissionais que prestam assistência a essas gestantes possam agir desde a promoção e prevenção em saúde, tornando assim o atendimento mais resolutivo e qualificado, evitando o surgimento ou agravamento desta patologia.

Além disso foi identificado poucos estudos que trazem sobre o papel do enfermeiro (a) na atuação em urgências e emergências o que é muito importante, pois além de identificar os fatores de risco para a gestante e o bebê esse profissional tem que ter de saber de sua competência e ter conhecimento científico para liderar a equipe que irá atender a situação de emergência a qual se enquadraria a síndrome HELLP, para isso estudos direcionados a área de enfermagem auxiliariam esses profissionais a se manterem mais seguros e respaldados em situações como essa.

REFERÊNCIAS

AMADEI, J.L.; MERINO, C.G. Hipertensão arterial e fatores de risco em gestantes atendidas em unidade básica de saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, p.33-39, 2010.

BRASIL. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/dicas-de-saude/404.html> >. Acesso em: 03 ago. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto, Pré-natal e Nascimento. Ministério da Saúde, p.1-28, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas: São Paulo, 2007.

KATZ, L. et al. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 2, p.80-86, 2008.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. In: **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LACERDA, I.C.; MOREIRA, T.M.M. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 33, n. 1, p.71-76, 2011.

LOPES, G.T. et al. Hipertensão gestacional e a síndrome HELLP: ênfase nos cuidados de enfermagem. **Revista Augustus**, v. 18, n. 36, p.77-89, 2013.

MACEDO, L.O.; MONTEIRO, D.L.M.; MENDES, B.G. Obesidade e Pré-Eclâmpsia. **Femina**, v. 43, n. 2, p.83-88, 2015.

MIRANDA, Francine Krassota et al. Atuação da Enfermagem na Síndrome de HELLP: uma Revisão de Literatura. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p.39-45, 2016.

MORAIS, F.M. et al. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. **Revista Eixo**, v. 2, n. 1, p.69-82, 2013.

MOURA, E.RF. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enferm**, v. 2, n. 15, p. 250-255, 2010.

OLIVEIRA, R.S. et al. Síndrome HELLP: estudo de revisão para o cuidado de enfermagem. **Revista Enfermería Global**, v. 11, n. 28, p.346-354, 2012.

OLIVEIRA, K.K.P.A. et al. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Rev. Enferm. UFPE Online**, v. 5, n. 10, p.1773-1780, 2016.

SILVA, J.C.G.; TIAGO, D.B.; OLIVEIRA, D.F. Síndrome HELLP: A importância da investigação laboratorial na pré-eclâmpsia. **Rev. Ciênc. Med.**, v. 1, n. 11, p.61-65, 2002.

SILVA, P.L.N.; SANTOS, S.; GONÇALVES, R.M.D.A. Atuação da equipe de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória em recém-nascido dentro de um centro obstétrico. **Revista Digital**, v. 17, n. 175, p.17-21, 2012.

VETTORE, M.V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p.1021-1034, 2011.