

SÍNDROME DE HELLP: ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

Valéria Souza dos Santos¹, e-mail: valeria-souza97@hotmail.com
Vanessa Souza dos Santos¹, e-mail: santosvanessa762@gmail.com
Isabella Carvalho Alves¹, e-mail: isabella_c_a@hotmail.com
Victor Augusto Gomes de Farias¹, e-mail: augustovictor@outlook.com
Andrielly Araujo Santos da Silva¹, e-mail: andriellyaraujo95@hotmail.com
Ronaldo Gomes Alvim¹, e-mail: alvimrg@yahoo.com.br

Centro Universitário Tiradentes¹ /Biomedicina /Maceió, AL.
Campus Amélia Maria Uchôa, 57080-110, Maceió, Alagoas, Brasil.

4.00.00.00-1 Ciências da Saúde 4.01.01.05-3 Hematologia

RESUMO: INTRODUÇÃO: A síndrome HELLP é um transtorno específico da gravidez caracterizada pela pré-eclampsia grave. Ela ocorre devido à elevação de enzimas hepáticas (EL), hemólise (H), e contagem de plaquetas diminuídas (LP). Acomete em aproximadamente 1 a 2 a cada 1.000 gestações, tendo como complicações edema agudo do pulmão, insuficiência renal e podendo ocasionar mortalidade materna e perinatal. Entre as manifestações clínicas presentes na mulher está a proteinúria, hipertensão, dor epigástrica, náuseas e vômitos, cefaléia, distúrbios visuais e icterícia. O diagnóstico é estabelecido através da clínica da paciente, além de alguns exames laboratoriais. O tratamento é indicado se a síndrome ocorrer após a 34^a semana de gestação ou se condições fetais e/ou maternas ocorrerem. No entanto, é possível a ocorrência do quadro após o parto. O prognóstico é reservado, com alto índice de mortalidade, e o risco de recorrência dessa síndrome é pequeno. **OBJETIVO:** O presente trabalho é caracterizado pela abordagem clínica e diagnóstica da Síndrome de Hellp e seus possíveis prejuízos. **METODOLOGIA:** Como metodologia foram realizados estudos de dados e informações obtidas por intermédio de artigos de revisão, disponibilizados por meio das fontes Scielo e Pubmed, a fim de verificar quais são os aspectos clínicos e laboratoriais envolvidos no diagnóstico da síndrome de HELLP, com a finalidade de analisar as decorrentes alterações existentes. **RESULTADOS CONCLUSÕES:** De acordo com os estudos realizados, pode-se constatar que Existem pesquisas de que o excesso de fatores anti-angiogênicos que são produzidos pela placenta e que, posteriormente, seguem para os órgãos causando distúrbios na vasculatura e órgãos periféricos. A grande quantidade de tirosina-quinase 1, proteína proveniente da placenta, são responsáveis pelos sintomas. Mulheres com pré-eclâmpsia precoce possuem os maiores níveis de sFlt-1 e estas são capazes de inibir a sinalização do (VEGF) fator de crescimento endotelial vascular local em órgãos-alvo e (PIGF) fator de crescimento placentário, desse modo a hemólise eleva as enzimas hepáticas e provoca a plaquetopenia. A classificação do distúrbio segundo o sistema HELLP de classe tripla do mississippi ocorre através da contagem plaquetária do nadir. O tratamento é indicado se a síndrome hellp ocorrer após a 34^a semana de gestação ou se condições fetais e/ou maternas ocorrerem. No que se refere ao colo do útero, sendo desfavorável, é necessário provocar o amadurecimento cervical e posteriormente o parto. Nas gestações entre 24 e 34 semanas, a maioria dos autores tem predileção a um único ciclo de corticoterapia para maturação pulmonar, 2 doses de 12mg

de betametasona com 24 horas de intervalo ou 6mg de Dexametasona com 12 horas de intervalo antes do parto. É importante ressaltar que doses elevadas devem ser evitadas, pois podem provocar efeitos e consequências a longo prazo no cérebro fetal. O parto antes de 34 semanas de gestação só pode ser realizado caso ocorram sinais de sofrimento fetal intrauterino, além disso a pressão arterial deve estar abaixo de 155/105 mmHg e os cuidados pós-parto devem ser mantidos por pelo menos 48 horas.

CONCLUSÃO: O diagnóstico precoce que envolve avaliação clínica e laboratorial é de suma importância, pois previne complicações futuras e melhoram o prognóstico. Sintomas como dores epigástricas localizada no quadrante superior direito, mal estar, náuseas, além dos sintomas de doenças hipertensivas estão presentes. Exames bioquímicos e hematológicos como hemograma, EAS, creatinina sérica, desidrogenase láctica, ácido úrico, bilirrubinas e transaminases são necessários, onde o (AST) aspartato transaminase está acima de 70 U/L e o (LDH) desidrogenase láctica está acima de 600 U/L.

PALAVRAS-CHAVES: Diagnóstico, Gestação, Pré-eclâmpsia.

ABSTRACT: INTRODUCTION: HELLP syndrome is a pregnancy-specific disorder characterized by severe pre-eclampsia. It occurs due to hepatic enzyme elevation (EL), hemolysis (H), and decreased platelet count (LP). It affects approximately 1 to 2 per 1,000 pregnancies, having as complications acute pulmonary edema, renal insufficiency and may cause maternal and perinatal mortality. Among the clinical manifestations present in women are proteinuria, hypertension, epigastric pain, nausea and vomiting, headache, visual disturbances and jaundice. The diagnosis is established through the patient's clinic, in addition to some laboratory tests. Treatment is indicated if the syndrome occurs after the 34th week of gestation or if fetal and / or maternal conditions occur. However, it is possible that the post-partum condition occurs. The prognosis is reserved, with a high mortality rate, and the risk of recurrence is small. **OBJECTIVE:** The present work is characterized by the clinical and diagnostic approach of Hellp Syndrome and its possible damages. **METHODOLOGY:** As a methodology, data and information studies obtained through review articles made available through the Scielo and Pubmed sources were carried out to ascertain the clinical and laboratory aspects involved in the diagnosis of HELLP syndrome, with the purpose to analyze the existing changes. **RESULTS:** According to the studies carried out, it can be verified that there are researches that the excess of anti-angiogenic factors that are produced by the placenta and that, later, follow to the organs causing disorders in the vasculature and peripheral organs. The large amount of tyrosine kinase 1, a protein from the placenta, is responsible for the symptoms. Women with early preeclampsia have the highest levels of sFlt-1 and these are able to inhibit the signaling of the local vascular endothelial growth factor (VEGF) in target organs and (PlGF) placental growth factor, thereby elevating hemolysis liver enzymes and causes

thrombocytopenia. The classification of the disorder according to the triple-class HELLP mississippi system occurs through the nadir platelet count. Treatment is indicated if the hellp syndrome occurs after the 34th week of gestation or if fetal and / or maternal conditions occur. With regard to the cervix, being unfavorable, it is necessary to cause the cervical ripening and later the childbirth. In gestations between 24 and 34 weeks, most authors have a predilection for a single course of corticosteroid therapy for pulmonary maturation, 2 doses of 12mg of betamethasone with a 24 hour interval or 6mg of Dexamethasone with a 12 hour interval before delivery. It is important to note that high doses should be avoided as they may have long-term effects and consequences on the fetal brain. Delivery before 34 weeks of gestation can only be achieved if signs of intrauterine fetal distress occur, in addition the blood pressure should be below 155/105 mmHg and postpartum care should be maintained for at least 48 hours. **CONCLUSION:** Early diagnosis involving clinical and laboratory evaluation is of paramount importance, as it prevents future complications and improves the prognosis. Symptoms such as localized epigastric pain in the upper right quadrant, malaise, nausea in addition to the symptoms of hypertensive diseases are present. Biochemical and hematological exams such as blood count, EAS, serum creatinine, lactic dehydrogenase, uric acid, bilirubin and transaminase are required, where the (AST) aspartate transaminase is above 70 U / L and the lactic acid (LDH) dehydrogenase is above 600 U / L.

KEY-WORDS: Diagnosis, Pregnancy, Pre-eclampsia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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, 2010.* Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 12 Agosto. 2018. 302p

COELHO, Bernardo Cardoso Pinto et al. **Síndrome de HELLP: uma breve revisão.** Revista Médica de Minas Gerais, v. 2, n.3, p. 107, 2009. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://rmmg.org/exportar-pdf/1222/v19n2s3a25.pdf&ved=2ahUKEwico47Cpq7cAhVDPJAKHVk2CHAQFjAAegQIAhAB&usg=AOvVaw2bTkvdT-WPzEL0FPQP06>>. Acesso em: 12 Agosto. 2018.

DE SOUZA. et al. **Diagnóstico e Conduta na Síndrome Hellp**. Revista Médica de Minas Gerais, v.4,n. 19, p.30-33, 2009. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1097>>. Acesso em: 12 Agosto. 2018.

GONÇALVES, Ana et al. Síndrome de Hellp: Entendendo e Intervindo. Revista Saúde em Foco, v.1, n.10, p. 274-278, 2018. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2018/037_S%C3%8DNDROME_DE_HELLOP_ENTENDENDO_E_INTERVINDO.pdf>. Acesso em: 12 Out, 2018.

HARAM, Kjell et al. **A síndrome HELLP: questões clínicas e gestão. Uma revisão**. Parto de Gravidez BMC, v. 9, n. 8, p. 1-15, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654858/>>. Acesso em: 12 Agosto. 2018.

LEAO, MARCOS DIAS. **Redução da morbi-mortalidade da síndrome de hellp completa com o uso de altas doses da dexametasona com enfoque renal**. Revista da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v.1, n. 1, p.27-28, 2007. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://livros01.livrosgratis.com.br/cp118444.pdf&ved=2ahUKEwjIhpmTvq7cAhVliZAKHezrC4wQFjACegQIBRAB&usg=AOvVaw3fUnV6mh12luuFtvfc2D7h>>. Acesso em: 12 Agosto. 2018.

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. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/revistaaugustus/article/view/1981-1896.2013v18n36p77>>. Acesso em: 12 Agosto. 2018.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018>. Acesso em: 12 Agosto. 2018.

MORAES, Soares et al. **Síndrome Hellp: proposta de um plano assistencial**. Saúde Coletiva, v. 8, n. 54, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84221108005.pdf>>. Acesso em: 12 Agosto. 2018.

RIBEIRO, José Francisco et al. **Síndrome hellp: caracterização obstétrica e modalidade de tratamento**. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 3, p. 1343-1348, 2017. Disponível em:

SCHAARSCHMIDT, Wiebke et al. **O curso de fatores angiogênicos na pré-eclâmpsia precoce e tardia e Síndrome de Hellp**. Divisão de Medicina Fetal Materna, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, EUA, v.5, n.41, p.511-516, 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3928646/>>. Acesso em: 12 Agosto. 2018.

KATZ, Leila et al. **Clinical and laboratorial profile and complications of patients with HELLP syndrome admitted in an obstetric intensive care unit**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, n. 2, p. 80-86, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000200006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 12 Agosto.2018.

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; [online] v. 30, n. 2, p. 80-86, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000200006> Acesso em: 12 Agosto. 2018.