



1. CONCEITO

Compreende uma rara e grave variante da pré-eclâmpsia, conforme descreve Weinstein, em 1982, pela primeira vez. E para denominar esta entidade, utilizou as iniciais dos eventos que considerou fundamental para a referida síndrome; H – hemólise; EL – elevação das enzimas hepáticas e LP – plaquetopenia.

Algumas gestantes desenvolvem apenas uma ou duas das características desta síndrome, e nessas circunstâncias se acata a denominação de Síndrome HELLP Parcial.

2. INCIDÊNCIA

Bastante variável, nos EUA, incide em menos de 1% das gestantes, no Brasil, apresenta uma incidência entre 0,2 a 12% das grávidas, o que pode refletir a qualidade de assistência Pré-Natal prestada.

Considerando as gestantes com DHEG, a síndrome HELLP pode se desenvolver em 4 a 14% das pré-eclâmpsias graves e em 30 a 50% das eclâmpsias, sendo mais comum entre as pacientes brancas e multíparas.

3. QUADRO CLÍNICO

3.1. INICIAL

- Náuseas e vômitos;
- Mal estar geral;
- Hipertensão arterial;
- Cefaléia usualmente resistente aos analgésicos;
- Icterícia subclínica;
- Dor epigástrica e/ou dor no hipocôndrio direito.

3.2. AVANÇADO

- Distúrbios visuais;
- Alterações de comportamento;
- Possibilidade de Eclâmpsia;
- Hematúria, Gengivorragia, hemorragia vítrea;
- Oligúria;
- Ictericícia;
- Hipoglicemia, hiponatremia
- Diabetes insípido nefrogênico



4. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Presença de esquizócitos em sangue periférico;
- Dosagem de bilirrubinas totais > 1,2 mg/dl;
- LDH > 600U/L;
- AST ou TGO > 70 U/l;
 - Plaquetopenia < 100.000 por mm³
 - Proteinúria significativa;
 - Hiponatremia importante.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Esteatose hepática aguda;
- Síndrome hemolítica urêmica;
- Púrpura trombocitopênica trombótica;
- Púrpura trombocitopênica idiopática;
- Lupus eritematoso sistêmico;
- Apendicite;
- Hepatite;
- Gastroenterite;
- Encefalopatias;
- Doenças biliares.

6. TRATAMENTO

- Laboratório:
 - a cada 12 horas realizando hemograma completo, TGO e TGP, bilirrubinas totais e frações, a função renal (uréia, creatinina e ácido úrico) e a glicemia.
- Ultra Sonografia
 - abdome total com a finalidade de afastar o hematoma hepático.

Confirmado o diagnóstico, procurar regular a paciente para Hospital com UTI obstétrica e estabilizar a paciente.

Sem êxito na regulação, deve-se antecipar o parto, porém previamente:

- Rastrear e corrigir as coagulopatias, e no caso de :
 - a) Plaquetopenia: transfusão de plaquetas se menor do que 20.000 unidades e em pacientes com níveis plaquetários menor do que 50.000 caso seja necessário à realização do parto cesariano. Deve-se fazer 6 a 8 bolsas, onde cada bolsa aumenta 10.000 unidades de plaquetas.
 - b) Coagulação intravascular disseminada: vide protocolo específico



- Profilaxia de convulsão: vide protocolo de DHEG
- Tratamento da hipertensão: vide protocolo de DHEG
- Medidas de suporte:
 - a) Repouso em decúbito lateral esquerdo
 - b) Dieta zero
 - c) Oxigênio, 2 litros/minuto via cateter nasal.
 - d) Acesso venoso em veias periferias com jelco de grosso calibre
 - e) Reposição volumétrica conforme PVC.

Em hospital terciário com UTI obstétrica se pode instituir seletivamente a conduta conservadora, procurando adiar o parto e diminuir os efeitos da prematuridade e para isso promover:

- Avaliação da idade gestacional (IG), vitalidade e viabilidade fetal
 - a) Realização do biofísico fetal - diário
 - b) Doppler duas vezes por semana
 - c) Cardiotocografia – duas vezes por dia
 - d) Realização de corticóide – vide protocolo
- Interrupção da gravidez
 - a) **Via baixa** de preferência e se estiver em franco trabalho de parto, se IG < 26 semanas ou então maior do que 34 semanas, se feto morto ou inviável ou então com boa vitalidade e com o Bishop favorável.
 - b) **Via alta:** avaliar coagulopatia – fazer transfusão se necessário no momento do parto, utilizar a anestesia geral e realizar incisão mediana, com hemostasia rigorosa, utilizar drenos e vigilância no pós-parto, principalmente pelo risco de hematoma.
- Recuperação materna
 - a) Corticoterapia com dexametasona 10 mg IV, de 12/12 horas até estabilização do quadro clínico e melhora do quadro laboratorial em todas as gestantes.

7. CONDUTA NO HEMATOMA HEPÁTICO

- Quando ha evidência do hematoma hepático, deve-se optar pelo parto cesáreo, pois existe risco de rotura do mesmo, durante o período expulsivo;
- No caso de seu diagnóstico após o parto, procurar manter a volemia através de cristalóides e/ou concentrado de hemáceas e realizar acompanhamento através de ultra-sonografia seriada;
- Na rotura hepática com hemorragia intraperitoneal, esta indicada a laparotomia imediata por cirurgião hepático e com disponibilidade de grande volume de hemoderivados.

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

8.1. PROTOCOLO-OBS-036-IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA



INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA - IPERBA

PROTOCOLO - OBS – 037

DATA: 30/03/2006 PÁG: 4 / 4

TÍTULO: SÍNDROME HELLP

9. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por	Editado por	Aprovado por	Data
Dr. Omar Ismail Darze CRM 7417 Coordenação de Ensino e Pesquisa	Luciana Branco CRA-BA N.º 6593	Dra. Dolores F. Fernandez Coordenação Médica	