FACULDADE DAMA

GORETI LEME

MICHELE SIEBENEICHLER NIZER

**HIPERTENSAO CRONICA**

**SINDROME DE HELLP**

CANOINHAS

2020

GORETI LEME

MICHELE SIEBENEICHLER NIZER

HIPERTENSAO CRONICA

SINDROME DE HELLP

Trabalho de Graduação de Enfermagem como exigência para a obtenção de sob Orientação da disciplina de obstetrícia ministrado pela professora Isabella Murara Vieira.

6 fase de Bacharel em Enfermagem

MAFRA

2020

Sumário

1INTRODUCAO...........................................................................................................4

2 REFERENCIAL TEÓRICO 5

3 TRATAMENTO..........................................................................................................8

4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTE INTERNADA....................10

5 SINDROME DE HELLP...........................................................................................11

5.1 SINTOMAS DA SÍNDROME DE HELLP...............................................................11

5.2 DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE HELLP........................................................11

5.3TRATAMENTO DA SÍNDROME DE HELLP..........................................................12

[6 CONCLUSÃO 12](#_Toc52115419)

[7 REFERÊNCIAS 13](#_Toc52115420)

1 INTRODUÇÃO

“Hipertensão arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se por elevação sustentada da pressão arterial (PA)1, e aumenta a incidência de aterosclerose, associando-se com maior incidência de cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, vascular renal e vascular periférica. Além disso, por meio da sobrecarga crônica de trabalho imposta ao ventrículo esquerdo, a hipertensão arterial sistêmica é causa de cardiopatia hipertensiva, etiologia comum de insuficiência cardíaca, e causa freqüente de insuficiência renal.”

“As doenças cardiovasculares são a causa mais frequente de mortalidade materna indireta, ou seja, devido a enfermidades não obstétricas. Os distúrbios hipertensivos da gestação incidem em 7,5% das gestantes brasileiras, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 20 anos de observação, estiveram correlacionados em 18,5% dos casos de óbito materno.3 Considera-se como hipertensão arterial na gravidez a constatação de uma pressão arterial sistólica (PAS) > 140 mmHg e/ ou pressão arterial diastólica (PAD) > 90 mm Hg, medida em paciente sentada e em repouso.”

“Existem várias classificações descritas para os distúrbios hipertensivos na gravidez. Uma das mais utilizadas é a do grupo de trabalho do National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP), atualizada no ano de 2000, que classifica os distúrbios hipertensivos na gestação em hipertensão crônica, pré-eclâmpsia (PE)/ eclâmpsia, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta e hipertensão gestacional. Estudo de coorte brasileiro evidenciou, entre 4892 mulheres estudadas, 367 (7,5%) com distúrbios hipertensivos na gestação, sendo 4,0% com hipertensão crônica, 2,3% com PE/eclampsia, 0,7% com hipertensão transitória e 0,5% com PE/eclampsia sobrepostas.”

“A hipertensão arterial percebida antes da 20ª semana de gravidez ou que persiste 12 semanas pós-parto é classificada como hipertensão arterial sistêmica (HAS) crônica, não-específica da gestação. A pré-eclâmpsia (PE) é a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), que se manifesta após a 20ª semana de gestação, com a presença de proteinúria significativa. Os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento são: hipertensão crônica, primigestação, diabetes, colagenose, raça negra, obesidade e trombofilias.”

“O risco de uma hipertensa crônica desenvolver pré-eclâmpsia sobreposta (PES) é 25%4, e de uma hipertensa crônica grave desenvolver PES é 75%.5 Acredita-se que gestantes com hipertensão transitória são propensas a desenvolver HAS essencial no futuro.”

2 REFERENCIAL TEÓRICO

“Durante a gestação normal, a frequência cardíaca, o volume de ejeção, o débito cardíaco e a massa ventricular esquerda aumentam, enquanto a resistência vascular periférica diminui. Nas mulheres com hipertensão arterial crônica, em geral a pressão arterial cai no segundo trimestre, e aumenta durante o terceiro trimestre até níveis um pouco acima daqueles do início da gravidez. A maioria das gestantes com hipertensão arterial crônica subjacente demonstra melhor controle da pressão arterial e possui gestações sem intercorrências.”

“Algumas, entretanto, apresentam agravamento da hipertensão arterial e complicações, que são não apenas perigosas para a gravidez, mas também para a expectativa de vida, como cardiopatia hipertensiva, cardiopatia isquêmica, insuficiência renal, hemorragias e exsudatos retinianos. Quando comparadas com gestantes normotensas, as grávidas hipertensas crônicas. A maioria das complicações devido à hipertensão crônica associa-se à PES, cuja frequência é maior quando há outras alterações concomitantes, como insuficiência renal, hipertensão há mais de 4 anos, história de PE em gestações anteriores, obesidade e diabete. Estudo em gestantes com PES evidenciou que as complicações maternas mais incidentes são: descolamento placentário (8,4%), síndrome HELLP (8,4%), insuficiência renal aguda (3,9%), edema pulmonar (1,3%) e encefalopatia hipertensiva pós-parto (1,3%).5 No entanto, a despeito da sobreposição da pré-eclâmpsia, a hipertensão crônica associa-se com resultado adverso da gestação.”

“Usando análise multivariada, os seguintes fatores foram independentemente associados com hipertensão crônica: idade materna acima de 40 anos, diabete, abortos de repetição, tratamento para infertilidade e cesariana prévia. Mesmo após ajuste para préeclâmpsia sobreposta, as gestantes com hipertensão crônica tiveram taxas altas de restrição de crescimento intra-uterino, de mortalidade perinatal e de hemorragia pós-parto.12 Gestantes que desenvolvem hipertensão grave descontrolada (PA 160/110 mmHg), as com danos em órgãos-alvo e aquelas com pouca adesão ao pré-natal, têm alto risco para resultado perinatal pobre.”

“Um estudo em pacientes com hipertensão crônica severa evidenciou 78% de PES, 18,5% dos fetos com restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) e 11,4% de mortalidade perinatal. Atingidos níveis de pressão arterial diastólica acima de 120mmHg na gestação, é consenso a ocorrência aumentada de complicações maternas graves, como descolamento prematuro da placenta, ruptura de hematoma hepático, hemorragia intracerebral, encefalopatia hipertensiva, insuficiência renal aguda, insuficiência cardíaca congestiva e arritmia ventricular maligna. A principal causa de morte por distúrbios hipertensivos na gestação é a hemorragia intracraniana.”

“A maioria dos casos de edema pulmonar em gestantes hipertensas está associada à hipertensão de difícil controle. Na PE, a etiologia do edema pulmonar parece ser multifatorial e sua frequência é maior após o parto, associado à infusão excessiva de líquidos. Durante a gestação, o edema pulmonar está mais associado ao uso de beta-adrenérgicos, medicamento popularmente utilizado para inibir contrações uterinas no trabalho de parto pré-termo.O diagnóstico e o tratamento do edema pulmonar na gestação são semelhantes ao de pacientes não-gestantes.”

“Miocardiopatia periparto é uma forma de miocardiopatia dilatada, de causa desconhecida, que se associa com excesso de morbidade e mortalidade em mulheres em idade fértil. Sua incidência varia de 1/1.300 a 1/15.000 gestações e entre os principais fatores de risco encontram-se: hipertensão gestacional, multiparidade, gestação gemelar, idade materna avançada, pré-eclâmpsia e raça negra. O quadro clínico é similar ao de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva sistólica.”

“Aproximadamente metade das mulheres afetadas por miocardiopatia periparto recuperam função ventricular normal, mas para aquelas que não o fazem, o risco de insuficiência cardíaca sintomática recorrente e mortalidade durante gestações subseqüentes é alta. Infarto agudo do miocárdio (IAM) durante a gestação permanece um evento raro (1/35.700 nascimentos), com morbimortalidade materna, fetal e neonatal significativas. A mortalidade materna (7,3%), ocorre principalmente nos períodos ante e intraparto. Fatores de risco independentes para IAM, identificados por análise multivariada, são: hipertensão crônica, diabete, idade materna avançada, PE grave e eclampsia.”

“ A PE caracteriza-se por vasoespasmo, ativação endotelial e do sistema de coagulação, com alterações no sistema de controle da pressão arterial e do volume intravascular. A descompensação cardíaca pode complicar a PE principalmente nas pacientes com doença cardíaca preexistente. O vasoespasmo generalizado é o principal fator responsável pelo aumento na pós-carga cardíaca. A pré-eclâmpsia também pode resultar em seqüelas cardiovasculares a longo prazo. Comparadas com multíparas sem história de pré-eclâmpsia, as multíparas que a tiveram têm um risco aumentado de modo significativo de doença hipertensiva crônica (RR 2,35), IAM (RR 2,24), doença cardíaca isquêmica crônica (RR 1,74), angina pectoris (RR 1,53), todas as doenças cardíacas isquêmicas (RR 1,65), e tromboembolismo venoso (RR 1,62).”

“As nulíparas, no comum, desenvolvem hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares mais tarde na vida que multíparas sem história de PE. Em longo prazo, pacientes nulíparas que desenvolvem PE no final da gestação, não parecem ter evidência de aumento de risco para doença cardiovascular. Entretanto, nas que tiveram síndrome de HELLP, PE de início precoce, ou multíparas com PE, o risco cardiovascular parece estar aumentado.”

3 TRATAMENTO

“O tratamento da hipertensão arterial sistêmica, fora do período da gestação, visa à prevenção primária de doenças cardiovasculares e renais e não ao controle de sintomas, poucas vezes diretamente associados aos níveis pressóricos. A redução da pressão arterial nem sempre implica na diminuição da incidência de eventos cardiovasculares.

“Na gestação, os objetivos terapêuticos incluem sobrevida fetal e materna, manutenção de peso fetal adequado ao nascimento, baixa incidência de complicações e prevenção de eclâmpsia. O principal fator determinante de um bom prognóstico perinatal para as gestantes com HAS é o início precoce e uma atenção diferenciada no pré-natal.”

“A determinação correta da idade gestacional e do comprometimento sistêmico da HAS, mediante fundoscopia ocular, eletrocardiograma, provas de função renal e rastreamento do diabete, são fundamentais. Além disso, é importante estar atento para o crescimento fetal e sinais de surgimento da pré-eclâmpsia. As gestantes com hipertensão crônica podem ser divididas nas categorias de alto ou baixo risco. As de alto risco devem receber tratamento anti-hipertensivo agressivo e avaliações freqüentes de bem-estar materno e fetal, recomendações de mudanças no estilo de vida e monitorização rígida no pós-parto, pois o manejo cuidadoso anteparto, intraparto e pós-parto pode reduzir morbidade e mortalidade. “Nas gestantes com hipertensão crônica de baixo risco (essencial não-complicada), há incertezas a respeito dos benefícios ou riscos da terapia anti-hipertensiva. Na PE, a hipertensão arterial é parte de um complexo patológico que atinge quase todos os sistemas orgânicos.

“ O objetivo do tratamento anti-hipertensivo é proteger a gestante dos acidentes vasculares (AVC, ruptura de hematoma hepático), já que a interrupção da gestação é o único tratamento definitivo conhecido. A maioria dos riscos associa-se à PES e o uso de anti-hipertensivos não protege deste evento e nem altera os desfechos neonatais. O uso de drogas anti-hipertensivas em gestantes só está plenamente justificado em algumas situações especiais, tais como as listadas a seguir: - na crise hipertensiva, onde há ameaça imediata à vida da mãe; - na hipertensão arterial moderada de longa data, devido aos riscos de comprometimento de órgãos-alvo maternos; - nas pacientes com mais de 40 anos de idade, pela chance de apresentar alterações de órgãos-alvo; - na hipertensão arterial secundária; - nas gestantes com fetos muito prematuros, sem evidência de sofrimento fetal ou decompensação clínica materna, nas quais o controle pressórico a médio e longo prazo permite o prolongamento da gestação.”

“As drogas de primeira escolha para o tratamento da crise hipertensiva são a nifedipina por via oral e a hidralazina por via endovenosa. O labetolol é uma alternativa eficaz para o tratamento da hipertensão aguda na gestação, embora não esteja disponível comercialmente em nosso meio. O nitroprussiato de sódio deve ser reservado para casos de encefalopatia hipertensiva ou crise hipertensiva não responsiva aos demais tratamentos. Nas mulheres com hipertensão crônica leve ou moderada (PAS 140-160 mm Hg e PAD 90-110 mm Hg), as drogas antihipertensivas podem ser suspensas no início da gestação e somente reiniciadas se os níveis pressóricos se mantiverem altos (> 160/110 mmHg). Em um estudo de metanálise de 40 ensaios clínicos randomizados com 3797 pacientes, que comparou diferentes drogas anti-hipertensivas com não tratamento em gestantes com hipertensão leve moderada, o único benefício detectado foi menos hipertensão Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XIV nº 05 Mai/Jun/Jul/Ago 2005 3 grave no grupo tratado.”

“Em outra metanálise, que avaliou 27 ensaios clínicos randomizados em 2400 gestantes com HAS leve ou moderada, comparando o uso de betabloqueadores com nenhum tratamento, houve, no grupo tratado, de modo significativo menos HAS grave, mas mais recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e com bradicardia neonatal, sem diferença nos demais desfechos maternos e perinatais. Ao escolher a medicação anti-hipertensiva na gravidez, devese dar preferência à utilização da á-metildopa. Essa droga é de longe a medicação mais estudada e com melhor perfil de segurança e eficácia para a gestante e o feto. Estudos de acompanhamento de neonatos de mães que utilizaram metildopa demonstraram não haver alteração no peso ao nascimento, nas complicações maternas ou neonatais ou no desenvolvimento neurocognitivo e da inteligência.

“Embora não seja um hipotensor potente, a metildopa é dos antihipertensivos que apresenta menor diminuição do fluxo placentário. O propranolol e o atenolol devem ser evitados devido à diminuição significativa do fluxo placentário e à associação com CIUR. Os beta-bloqueadores do tipo beta-2 seletivos (pindolol, labetalol) podem ser uma boa opção à metildopa em alguns casos e até na associação, quando necessário. A hidralazina e a nifedipina, para uso continuado, têm a desvantagem de produzirem paraefeitos maternos desagradáveis (cefaléia, taquicardia). O verapamil pode também ser uma boa opção à metildopa. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina estão associados à redução significativa do fluxo uteroplacentário, morte e restrição de crescimento fetal, oligoidramnia e à morte e insuficiência renal em neonatos, sendo, por isso, contra-indicados na gestação. O uso de diuréticos é controverso, pois pode prejudicar o aumento plasmático fisiológico da gestação. Na presença de PE e/ou RCIU, devem ser descontinuados. Os diuréticos podem ser úteis nas gestantes com hipertensão sensível à retenção salina, ou com disfunção diastólica ventricular esquerda.”

4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTE INTERNADA

Explicar à paciente e ao seu acompanhante o processo patológico e a necessidade de períodos de repouso em decúbito lateral esquerdo.

• Permitir tempo para perguntas da paciente ou acompanhante.

• Manter o ambiente tranqüilo.

• Monitorar os sinais vitais de hora em hora, de acordo com a prescrição médica.

• Coletar sangue para realização de exames, caso seja solicitado pela equipe médica.

• Instruir quanto à importância de relatar sintomas como cefaléia, alterações visuais, tonteira e dor epigástrica.

• Puncionar e manter acesso venoso periférico, de acordo com a prescrição médica. • Aplicar medicações conforme prescrição médica.

• Manter grades laterais elevadas para evitar lesão em caso de convulsão.

• Preparar a unidade da paciente mantendo material para oxigenoterapia (fluxômetro, catéteres, umidificador, máscara de Hudson e macronebulizador) prontos para utilização.

• Preparar e manter próximo ao leito material para uma possível parada cardiorrespiratória.

• Tomar as medidas para a possibilidade de cesariana (preparação da sala cirúrgica, materiais e equipamentos necessários).

• Reunir os equipamentos e materiais necessários para os cuidados imediatos e possível reanimação do RN.

5 SINDROME DE HELLP

“A síndrome de HELLP é uma patologia que geralmente ocorre em gestantes e é caracterizada como uma doença grave, com morbimortalidade elevada, que necessita de cuidados intensivos gradativamente aumentados. Quando uma gestante com pré-eclâmpsia apresenta alterações laboratoriais e exames clínicos compatíveis com hemólise, alteração das enzimas hepáticas e queda na contagem das plaquetas, ela está com Síndrome de Hellp (NOUR, et al., 2015).”

“ Considera-se síndrome de Hellp, quando a gestante apresentar-se em estado de préeclâmpsia, que é a hipertensão gerada pela gravidez, acompanhado de alterações laboratoriais ou clinicas compatíveis com hemólise, considera-se a possibilidade de a gestante apresentar a síndrome de Hellp (MELO, et a.l, 2015).”

“Na maioria dos casos evidencia-se o diagnóstico através dos critérios laboratoriais, bem estabelecidos que mostram anemia hemolítica, aumento de enzimas hepáticas e baixa contagem plaquetária, mas deve-se ficar atento para a sintomatologia, que por vezes mascara as evidencias, impedindo que os profissionais reconheçam prontamente a síndrome de HELLP, confundindo-a com gastrite, apendicite, cálculos renais, hepatite (KATZ, et al., 2008).”

“Quando o quadro clinico da gestante apresentar-se instável, sugere-se uso de corticoides para induzir a maturação pulmonar do feto, reduzindo assim as complicações maternas e neonatais, pois o término da gestação é o único tratamento capaz de sessar a síndrome (MELO, et al., 2015).”

5.1 Sintomas da Síndrome de Hellp

“Os sintomas da Síndrome de Help são variados e geralmente aparecem entre a 28 e 36 semanas de gestação, apesar de também pode surgir no segundo trimestre da gravidez ou até mesmo no pós parto.

* Dor perto da boca do estomago
* Dor de cabeça
* Alterações na visão
* Pressão arterial alta
* Mal estar geral
* Náuseas e vômitos
* Presença de proteína na urina
* Ictérica em que a pele e os olhos ficam com uma cor mais amarelada.”

“A gestante que apresentar a Síndrome de Help deve consultar imediatamente o obstetra ou ir ao pronto socorro principalmente se sofrer de pré - eclampsia, diabetes, lúpus ou problemas no coração e nos rins.”

5.2 Diagnóstico da Síndrome de Help

“O diagnóstico da Síndrome de Help é feito pelo obstetra baseado nos sintomas apresentados pela grávida e no resultado de exames laboratoriais , como hemograma em que são verificadas as características das hemácias , formato e quantidade , além de ser verificada a quantidade de plaquetas.”

“É indicado exames que avaliam as enzimas do fígado que também se alteram na Síndrome de Help como LDH, bilirrubina, TGO e TGP.”

5.3Tratamento da Síndrome de Hellp

“O tratamento da Síndrome de Hellp e feita com a mulher internada na Unidade de Terapia Intensiva para que o obstetra possa avaliar constantemente a evolução da gravidez e indicar qual melhor momento e via de parto , caso este seja possível.”

“O tratamento depende muito da idade gestacional da mulher, sendo que é comum que após a 34 semana o parto seja induzido para evitar a morte da mulher e o sofrimento do bebê, que é encaminhado imediatamente para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.”

“Caso a grávida tenha menos de 34 semanas devem ser realizadas injeções de corticoides no músculo, como a betametasona, para desenvolver os pulmões do bebê para que possa adiantar o parto.”

# 

6 CONCLUSÃO

“Hipertensão crônica e Síndrome de Hellp como consequência de mortes de inúmeras gestantes, a partir de estudos analisados que descrevem as características suscetíveis a este fenômeno. Os casos de alto risco para a mãe justificam a interrupção da gestação, já os casos que se encontram sob controle, permitem que a gestação possa evoluir até que o feto atinja maturidade, avaliando-se risco mínimo e máximo para a mãe e a sobrevida fetal.”

“Devem ser avaliadas pela equipe de enfermagem as condições hospitalares, laboratoriais e de berçário, reconhecendo que a mortalidade materna constitui um desafio e deve ser reduzida adotando-se medidas que melhorem a qualidade de vida e a qualidade da assistência obstétrica.”

“O enfermeiro durante a consulta de enfermagem de acompanhamento pré-natal deve atentar-se ao aparecimento de manifestações clínicas relacionadas com a hipertensão, hemorragias, e principalmente sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, para que se possa intervir no processo de evolução da síndrome de HELLP, diminuindo complicações associadas à mortalidade.”

“Cabe destacar que esta atividade foi importante por possibilitar espaço de aprendizagem, aprimorar os conhecimentos teórico-práticos e contribuir na formação profissional, qualificando a assistência a gestante com síndrome de hellp.”

# 

7 REFERÊNCIAS

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Docente no Curso de Enfermagem da Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem no Contexto da Assistência à Saúde - ENFAS, vinculado ao Curso de Enfermagem da UNICRUZ

Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica In: Duncan, BB; Schmidt, MI; Giugliani, ERJ; eds. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996. p. 433-42.

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. 2008, v. 30, n. 2, p. 80-86.

Ramos JGL, Martins-Costa S, Stuczinski JV, Brietzke E. Morte materna em um hospital terciário do Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos. Rev Brasil de Ginecol Obstet 2003;