



REVISIONES

Síndrome Hellp: estudo de revisão para o cuidado de enfermagem

Síndrome Hellp: estudio de revisión para la atención de enfermería

*De Oliveira, RS., **De Matos, IC., **Da Silva, TBP., *De Azevedo, NM.,
***Andrade, M., ***Do Espírito Santo, FH.

*RN Teacher of Nursing School, Iguazu University. Rio de Janeiro. E-mail: rsoliver@hotmail.com

RN Degree Student, Iguazu University *RN PhD Teacher of Nursing School, Federal Fluminense University. Rio de Janeiro. Brasil.

Palavras chave: Síndrome HELLP; Complicações da gestação; Cuidados de Enfermagem.

Palabras clave: Síndrome HELLP; Complicaciones del embarazo; Enfermería.

Keywords: Hellp syndrome; Pregnancy Complications; nursing care.

RESUMO

Revisão Narrativa de abordagem qualitativa que analisa a Síndrome HELLP como uma das principais complicações da hipertensão arterial na gravidez. A palavra HELLP significa: H: hemólise; EL: enzimas hepáticas elevadas e LP: diminuição do número de plaquetas circulantes. Quando uma gestante em estado de pré-eclampsia apresenta alterações laboratoriais ou clínicas compatíveis com hemólise, pode-se considerar a possibilidade da Síndrome HELLP. Quando o quadro materno apresenta-se estável é possível viabilizar a gestação a partir do uso de corticóides na indução da maturação pulmonar fetal, com redução das complicações maternas e neonatais; até porque na Síndrome HELLP o término da gestação é o único tratamento capaz de frear a Síndrome. Este estudo destaca a importância da propedêutica investigante para o diagnóstico da Síndrome HELLP sempre que uma gestante hipertensa, portadora de pré-eclampsia é assistida pela Enfermeira nas consultas de Pré-natal.

RESUMEN

Revisión narrativa de enfoque cualitativo que analiza el síndrome HELLP como una de las principales complicaciones de la hipertensión arterial en el embarazo. HELLP significa: H: hemólisis, EL = enzimas hepáticas elevadas y LP: disminución del número de plaquetas circulantes. Cuando una mujer embarazada en estado de pre-eclampsia presenta alteraciones clínicas o de laboratorio compatibles con hemólisis, se puede considerar la posibilidad de síndrome de HELLP. Cuando el cuadro materno es estable es posible seguir el embarazo con la utilización de corticoides en la inducción de la maduración del pulmón fetal, con reducción de las complicaciones maternas y neonatales, dado que en el síndrome HELLP la interrupción del embarazo es el único tratamiento capaz de disminuir el síndrome. Este estudio destaca la importancia de la propedéutica investigadora para el diagnóstico del

síndrome HELLP cuando embarazadas hipertensas con pre-eclampsia es asistida por la enfermera en las consultas de prenatal.

ABSTRACT

Narrative review of a qualitative approach that examines HELLP Syndrome as a major complication of hypertension among pregnant women. It is a set of signs and symptoms that can occur in the pre-eclampsia. HELLP means: H: hemolysis (involves the destruction of red blood cells), EL: elevated liver enzymes and LP: decreased number of platelets (cells that help clotting) circulating. When a pregnant woman in a state of pre-eclampsia presents clinical or laboratory abnormality consistent with hemolysis one can consider the possibility of HELLP Syndrome. In the situation where a pregnant woman is stable it is possible to make the pregnancy viable with the use of steroids in the induction of fetal lung maturation, reducing the birth complications for the mother and the newborn; because in HELLP syndrome the birth is the only treatment capable of stopping it. This study highlights the importance of investigation process for the diagnosis of HELLP syndrome in a pregnant hypertensive, with pre-eclampsia is assisted by a nurse, to prevent the impairment of the vitality and maternal mortality in severe cases.

INTRODUÇÃO

A Síndrome HELLP foi descrita inicialmente por Pritchard em 1954, e posteriormente por Louis Weinstein em 1982, quem a denominou de HELLP. A Síndrome HELLP é considerada uma variante da pré-eclampsia grave caracterizada por Hemólise, Elevação das enzimas hepáticas e Plaquetopenia^{(1) (2)}.

O presente estudo busca investigar a temática como forma de compreender e interpretar as causas da evolução para o diagnóstico de Síndrome HELLP, bem como refletir sobre a atenção dos profissionais de saúde para a detecção precoce no diagnóstico, a fim de aumentar as chances de sobrevivência da mãe e do bebê.

Definida como Síndrome de Hemólise e elevação de Enzimas hepáticas associada a baixa titulação de plaquetas (Trombocitopenia). A síndrome HELLP é observada em mulheres grávidas com Pré-eclâmpsia ou eclampsia que manifestam alterações no fígado e anormalidades na coagulação sanguínea.

Até seu reconhecimento como entidade específica, essa Síndrome era freqüentemente confundida e erroneamente, diagnosticada como quadros de hepatite, ou colecistite, levando a retardos no tratamento que culminavam em desfecho desfavorável para a gestante e o feto⁽³⁾.

Embora constituindo um item à parte na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), a condição clínica enquadra-se como uma etapa de agravamento na doença isolada ou sobreposta à hipertensão arterial crônica.

METODOLOGIA

Pesquisa de referencial bibliográfico com abordagem descritiva, que permitiu a compreensão e interpretação da Síndrome HELLp apartir dos estudos analisados, mostrou a descrição das características da população susceptível ao fenômeno e o estabelecimento das relações entre as variáveis do estudo⁽⁴⁾; realizada no período de Junho de 2008 a março de 2009, na base de dados da BVS: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Cochrane Library, Saúde do Adolescente

(Adolec) e Localizador de Informações em Saúde (LIS). Utilizou o descritor Inglês HELLP e HELLP Syndrome e o Descritor português: Síndrome HELLP.

O total de artigos localizados, resultantes da busca foram 1.427 (143 na LILACS, 1.218 no MEDLINE, 46 na Cochrane, 17 na Adolec e 03 no LIS). Para estabelecer critérios de exclusão, foi realizado refinamento na busca a partir daqueles artigos que apresentavam o descritor no título e disponibilidade do texto completo; encontrado 82 artigos que se identificavam com o propósito do estudo, realizado pré leitura dos resumos e entre eles foram selecionados 18 artigos para análise instrumental e foram descritos nos resultados os 08 artigos que apresentaram os melhores elementos e argumentos para a escolha de uma ação profissional segura, baseada em evidências. Utilizado como estratégia para operacionalizar a análise e correlacionar as informações, um roteiro composto pelos itens: tipo de estudo realizado; tamanho da amostra; principais achados, conclusões dos autores o que permitiu uma melhor compreensão dos dados a partir da análise de conteúdo⁽⁵⁾.

Uma das limitações deste trabalho é que os dados foram analisados a partir das evidências identificadas pelos autores (de diferentes categorias profissionais), dos artigos selecionados; e, portanto algumas informações trazem objetividade para a realidade da categoria que realizou o estudo; apesar desta limitação, a mesma não interfere na conclusão que busca identificar melhores evidências para o cuidado da enfermeira à paciente portadora de Síndrome Hellp.

Incidência, classificação e fatores de risco

A Síndrome HELLP constitui patologia, no ciclo grávido puerperal, de alta morbimortalidade; uma condição rara, que traz risco de vida, e que ocorre entre 0,2% a 0,6% das gestações; algumas gestantes desenvolvem apenas uma ou duas das características da Síndrome⁽³⁾.

Embora qualquer gestante possa desenvolver a Síndrome HELLP, algumas apresentam maior risco incluindo aquelas que: são brancas; têm mais de 25 anos de idade; já deram a luz anteriormente (múltiparas); têm problemas de variação na pressão sanguínea (hipertensão arterial sistêmica), apresentam quadro de pré-eclampsia ou eclampsia.

A maioria das ocorrências da Síndrome HELLP é no terceiro trimestre, embora esta condição às vezes se desenvolva no segundo trimestre ou na semana seguinte ao parto⁽⁸⁾. A classificação de Tenesse⁽⁶⁾ define duas formas clínicas da Síndrome HELLP: completa e parcial. Tedesco⁽⁷⁾ classifica a partir da variação plaquetária em graus I, II e III; os critérios utilizados para o diagnóstico e classificação da Síndrome Hellp estão descritos na tabela apresentada a seguir.

Tabela 1: Critérios de Forma e Classificação da Síndrome HELLP

Forma	Classe	Critérios
Completa	I	Plaquetas abaixo de 50.000 mm ³
	II	Plaquetas entre 50.000 e 100.000 mm ³ AST ≥ 70UI/l LDH ≥ 600UI/l Bilirrubina ≥ 1,2mg/dl
Parcial	III	Pré-eclampsia grave + ausência de hemólise (ELLP); elevação dos marcadores hepáticos (EL). Plaquetas entre 100.000 mm ³ e 150.000 mm ³

Fonte: adaptado de Montenegro e Rezende Filho, 2008⁽⁶⁾, Tedesco, 1999⁽⁷⁾.

Quadro clínico

O quadro clínico típico que ocorre na segunda metade da gestação é a presença de dor epigástrica ou no quadrante superior direito (90% das pacientes), particularmente associada a náuseas e vômitos (50% das pacientes), hemorragia gastrointestinal e edema⁽¹⁾. É importante lembrar que a hipertensão e a proteinúria podem estar ausentes ou serem apenas ligeiramente anormais. Algumas pacientes podem apresentar vários sinais e sintomas, nenhum deles característico de pré-eclampsia grave; por isso, recomenda-se avaliação laboratorial para todas as gestantes com alguns destes sintomas⁽⁸⁾.

Embora a causa da Síndrome HELLP ainda não esteja completamente definida, a mesma pode acarretar à insuficiência cardíaca e pulmonar, hemorragia interna, acidente vascular cerebral e outras complicações graves para a mãe. Ela também pode ocasionar o deslocamento prematuro da placenta, da parede uterina, o que pode resultar em morte fetal; outras complicações para o feto podem incluir o crescimento uterino restrito e SARA (Síndrome da angústia respiratória)⁽⁸⁾.

Conduta

A Síndrome HELLP é uma condição grave que requer uma avaliação materno fetal completa; 3 condutas podem ser consideradas: A primeira é a interrupção imediata da gestação, auxiliada por cuidados intensivos; está indicada nas seguintes situações: Presença de eclampsia associada; Evidência de sofrimento fetal agudo; Evidência de coagulopatia materna; HELLP Classe I; e em outras complicações associadas à pré-eclâmpsia como hipertensão refratária, insuficiência renal, iminência de eclampsia e em gestação acima de 34 semanas⁽⁸⁾⁽⁹⁾. O tempo correto para a interrupção de um conceito viável depende de uma série de fatores da mãe, do feto e do tipo e condições de assistência obstétrica, clínica e neonatal oferecida. A interrupção da gestação na Síndrome HELLP não é uma indicação absoluta de cesariana embora na maioria dos casos (64 a 87 %) esta seja a via de escolha para a interrupção da gestação. Na presença de hematoma hepático impõe-se a realização do parto por via alta devido ao risco de ruptura e hemorragia intraperitoneal⁽⁸⁾. Nas gestações com prematuridade extrema (idade gestacional abaixo de 24 semanas) a indução do parto é a via de escolha desde que o quadro materno permita⁽⁸⁾. Qualquer conduta que não a intervenção imediata deve ser orientada de acordo com a viabilidade fetal e idade gestacional⁽¹⁾.

A segunda possibilidade de ação seria uma conduta semi-intervencionista que tem como objetivo tomar medidas que possam ter um impacto na sobrevivência e diminuição da morbidade neonatal visto que 80% dos casos ocorrem em gestações pré-termo; esta conduta se baseia no uso de corticóides administrados a mãe com o objetivo de acelerar a maturidade pulmonar fetal, reduzir a incidência de hemorragia intraventricular neonatal e de melhorar a adaptação hemodinâmica do recém-nato pré-termo; a administração profilática de corticóides está indicada entre 24 e 34 semanas de gestação; esta conduta baseia-se nos estudos correlacionados a administração de corticóides em altas doses e melhora do quadro da paciente^{(1) (2)}.

A terceira conduta considerada conservadora na Síndrome HELLP é controversa e restrita a um grupo muito selecionado de pacientes com gestação pré-termo, mantidas sob condições de monitorização materno-fetal ideais e em centros terciários. Dados preliminares de um estudo multicêntrico europeu mostraram uma incidência significativamente maior de complicações maternas graves (edema pulmonar, insuficiência renal e alterações hemorrágicas) em pacientes submetidas a conduta expectante em comparação com o tratamento semi-conservador e /ou imediato⁽¹⁾.

RESULTADOS

Para melhor compreensão dos resultados apresentados, face os aspectos diferenciais dos estudos investigados, estes foram ordenados segundo a tipologia do estudo, o ano de realização, bem como as principais conclusões dos autores.

Foram selecionados três relatos de casos clínicos; dois estudos de caso; duas revisões de literatura e um ensaio clínico. Em 2005 Oliveira⁽¹⁰⁾ registrou os critérios laboratoriais para diagnóstico e classificação da Síndrome HELLP. Refere que os profissionais que realizam acompanhamento pré-natal devem estar atentos à sintomatologia para que não haja demora no diagnóstico e prejuízo para mãe e ou para o feto; porque o tratamento é específico para cada situação e exige estreita relação interdisciplinar entre os profissionais envolvidos. A Unidade de saúde, de escolha do encaminhamento para internação deve estar preparada para: realizar intervenções cirúrgicas, Terapia Intensiva mãe-bebe ou remoção para centros especializados. Em 2004 Castro⁽¹¹⁾ mostrou que o diagnóstico precoce permite o tratamento específico em tempo hábil, reduzindo a morbi-mortalidade e alterando o curso natural da doença; e em 1998 Peraçoli⁽¹²⁾ mostrou que a incidência de Síndrome HELLP foi de 0,3% e a recorrência da mesma aconteceu em 16,7% dos casos; que quando diagnosticada a hipertensão arterial, deve-se proceder a monitoração periódica da variação sistólica/diastólica e de exames laboratoriais; o profissional deve estar atento para alterações que caracterizam a Síndrome HELLP e, assim, intervir antes que haja manifestação completa, tornando sombrio o prognóstico materno-fetal.

Foram dois estudos de série de casos; em 2007 Angonesi⁽¹³⁾ investigou 13 pacientes, (8,44%) de 154 prontuários analisados e que foram diagnosticados com Síndrome HELLP. Uma delas (7,7%) teve gestação gemelar e houve um óbito fetal; quatro pacientes (30,76%) foram hemotransfundidas com plaquetas; concluiu que não existe consenso, em relação aos valores laboratoriais para o diagnóstico da Síndrome HELLP parcial. No estudo não houve óbito materno, apenas um óbito fetal (7,7%). Refere que a mortalidade materna varia de 3,4% a 24,2% e a mortalidade perinatal, de 8% a 60%. Em 2006, Peres⁽¹⁴⁾ investigou 12 casos de um total de 6.000 partos (0,2%); onde a insuficiência renal aguda foi diagnosticada em 8 pacientes (66,7%). Os

recém natos apresentavam peso médio de 1.500g. A Síndrome de membrana hialina ocorreu em 25% dos casos, a taxa de mortalidade foi de 33,4%. Concluiu que a Síndrome HELLP é mais freqüente causa de insuficiência renal aguda gestacional e apresenta uma alta morbi-mortalidade materna e perinatal, onde o diagnóstico precoce e tratamento especializado podem reduzir a morbi-mortalidade.

Foram selecionados dois estudos de revisão de Literatura: em 2007 Orcy⁽¹⁵⁾ identifica fatores de risco da Síndrome HELLP como: mulheres negras (com aumento da idade materna), índice de massa corporal, resistência a insulina, história familiar, fatores genéticos, tabagismo. Concluiu que identificar riscos e marcadores biológicos precocemente é fundamental para a prevenção ou redução dos riscos de mortalidade materna e fetal. Em 2006 Santos⁽¹⁶⁾ sugere que a equipe de enfermagem deve estar atenta a todos os acontecimentos e dúvidas da gestante, amenizando seu sofrimento através da orientação e ajuda, por isso a Enfermeira precisa de conhecimentos e sensibilidade para identificar entender e acompanhar o processo fisiológico e emocional que permeia a gestação de alto risco⁽¹⁷⁾.

Em 2007 Katz⁽¹⁸⁾ realizou um Ensaio clínico cuja média de idade das pacientes era de 26,7 anos. O diagnóstico (Síndrome HELLP) foi realizado no pré-parto em 45,2% dos casos; as complicações, encontradas foram manifestações hemorrágicas: 34,3%, oligúria em 46,7% e insuficiência renal aguda em 20%; que a Hemotransfusão foi necessária em 33,3%; que 6,7% apresentaram edema agudo de pulmão; e 3,8% (4 casos) evoluíram para o óbito. Mostrou que o tempo médio entre o diagnóstico e a alta ou óbito era de 10,3 dias. Caracterizou a Síndrome HELLP como uma doença grave, de elevada morbi-mortalidade; que os cuidados intensivos e procedimentos especiais aumentam o período de internação e custos hospitalares.

Comentários

Os estudos em sua maioria são recentes, com menos de 05 anos de publicação, exceto um estudo de caso que foi relacionado pela riqueza dos dados apresentados e que muito contribuiu para as reflexões deste estudo.

Em todos os estudos o diagnóstico fundamentou-se em critérios laboratoriais bem estabelecidos, mostrando as evidências de anemia hemolítica, aumento das enzimas hepáticas e baixa contagem plaquetária; Como descreve os conceitos clássicos da literatura. Apesar dos testes laboratoriais serem confiáveis e amplamente aceitos como indicadores da instalação da Síndrome HELLP, a sintomatologia mascara as evidências e nem sempre os profissionais reconhecem prontamente a sua presença; doenças como gastrite, apendicite, cálculos renais, hepatite, apresentam achados clínicos e laboratoriais semelhantes e tende a ser a primeira suspeita diagnóstica⁽²⁾.

No manejo de pacientes com hipertensão deve-se levar em consideração a idade gestacional e o risco de pré-eclampsia e sua gravidade para a escolha da conduta mais adequada⁽⁹⁾⁽¹⁹⁾. A detecção precoce da Síndrome HELLP aumenta as chances de sobrevivência da mãe e do bebê; este é o motivo pelo qual a enfermeira deve perceber imediatamente qualquer sintoma de anormalidade durante as consultas de enfermagem de pré natal. A demora no diagnóstico favorece o aparecimento de complicações sérias como insuficiência renal aguda, edema agudo de pulmão ou ruptura hepática, que podem levar à morte. É necessário o acompanhamento e vigilância permanente da paciente grávida com variação pressórica significativa; até

porque a doença hipertensiva da gestação é uma das principais causas de mortalidade materna.

De ocorrência incomum, esta Síndrome constitui quadro patológico que se apresenta como fator contribuinte para os índices de mortalidade materna e perinatal; a mortalidade materna (aceitável até 20/100.000, pela Organização Mundial da Saúde), no Brasil é considerada alta, pois as taxas variam de 75 a 110/100.000 nascido vivo⁽¹⁹⁾.

Considerando que a Síndrome HELLP é um episódio grave, de início imprevisto, com mau prognóstico, e que tem chance de se repetir em gestações futuras, é importante que as gestantes sejam orientadas quanto à gravidade da doença a probabilidade de recorrência da mesma, além do início do acompanhamento de pré-natal precoce, como fator de impacto positivo sobre a qualidade de vida das gestantes⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A Síndrome HELLP envolve uma extensa condição clínica podendo mimetizar ou ser mimetizadas por uma série de complicações clínicas associadas ou agravadas pela gravidez. A pré-eclampsia é fator de risco para doença cardiovascular futura mesmo se a primeira gravidez foi normal. Nessas condições, qualquer pré-eclampsia na gravidez é indicação para a mudança no estilo de vida (dieta, controle de peso, exercícios). Na prática ainda não se conseguiu prevenir ou pelo menos reduzir a incidência ou alterar a evolução da doença. Quando a Síndrome HELLP ocorre antes da 30ª semana de gestação, a conduta obstétrica fica condicionada à presença das complicações e à avaliação clínica e laboratorial. Casos considerados de alto risco para a mãe justificam a interrupção; os casos sob controle permitem que a gravidez evolua até a maturidade fetal. Na avaliação do mínimo risco materno e da máxima sobrevida fetal, a equipe deve considerar as condições hospitalares, laboratoriais e de berçário.

Neste sentido reconhecendo que a mortalidade materna não pode ser mais um dado estatístico⁽²¹⁾ e que constitui um desafio que deve envolver toda a Sociedade; o Ministério da Saúde tem incentivado a formação de Comitês para a Redução da Mortalidade Materna⁽¹⁹⁾, como estratégia para alteração desse quadro, além de adotar uma série de medidas para melhorar a qualidade da assistência obstétrica através da participação em compromissos internacionais.

Deste modo a Enfermeira, durante a Consulta de Enfermagem de acompanhamento de pré natal, deve estar atenta ao aparecimento de manifestações clínicas ligadas à hipertensão⁽²²⁾, hemorragias, sangramentos e principalmente a presença de sinais e sintomas da pré-eclâmpsia, para assim intervir neste processo visando diminuir as complicações e mortalidade associada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cavalcante J. Gravidez de alto risco. 2º ed. São Paulo: Difusão 2003.
2. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review. BNC Pregnancy Childbirth 2009 9(8): 1-15. available at <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/8> acesso em 18/03/2009.
3. Chaves Netto H. Obstetrícia Básica, 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

4. Minayo MCS, Deslandes SF, (Orgs.) Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 380 p.
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro, Lisboa: Edições 70. 2008. 281 p.
6. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia Fundamental, 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
7. Tedesco JJA. A grávida suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu 1999.
8. Peracoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., out. 2005, vol.27, no.10, p.627-634.
9. Amorim MMR, Katz L, Ávila MB, Araújo DE, Valença M, Albuquerque CJM, et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (Supl 1): S55-S62, maio, 2006. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30505.pdf> acesso em 20/12/2009.
10. Oliveira AC, Vasconcelos VO, Fernandes JHA. Ruptura da cápsula hepática em Hellp síndrome. Revista Medica Ana Costa. 2005; 10(4) out-dez05, disponível em [http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10\(4\)/artigo_6.htm](http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10(4)/artigo_6.htm) acesso em 23/10/2008.
11. Castro RF, Maia FFR, Ferreira AR, Purisch S, Calsolari MR, Menezes PAFC, Victória IMN. HELLP Síndrome Associada à Síndrome de Cushing - Relato de Dois Casos. Arq Bras Endocrinol Metab vol 48 nº 3 Junho 2004. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v48n3/a15v48n3.pdf>, acesso em 23/10/2008.
12. Peraçoli JC, Rudge MVC, Calderon IMP, Maestá I, Sgarbosa F. Síndrome Hellp recorrente: relato de dois casos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 1998; 20 (3): 165-167. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n3/a08v20n3.pdf> acesso em 25/10/2008.
13. Angonesi, Janaína; Polato, Angelita. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. Rev. Bras. Anal.Clin; 2007; 39(4):243-245. disponível em http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_04/rbac_39_04_01.pdf, acesso em 23/10/2008.
14. Peres LAB, Katarinhuk BSLACS. Avaliação epidemiológica da ocorrência de insuficiência renal aguda na Síndrome de Hellp em um Hospital Geral no Oeste do Paraná. J Bras Nefrol. 2006; 28(3): 139-143. disponível em [http://www.ibn.org.br/28-3/04-Peres-28\(3\).pdf](http://www.ibn.org.br/28-3/04-Peres-28(3).pdf) acesso em 22/10/2008.
15. Orcy RB, Pedrini R, Piccinini P, Schroeder S, Costa SHM, Ramos JGL, Capp E, Corleta HVE. Diagnóstico, fatores de risco e patogênese da pré-eclâmpsia. Revista HCPA, Vol. 27, No 3 (2007). disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/1981/1579>, acesso em 22/10/2008
16. Santos E, Silva FE, Nakamura EK. A importância do esclarecimento da Enfermagem para a gestante de alto risco e baixa renda. Revista de Enferm Centro Universitário Campos de Andrade. 2008; Disponível em http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo_08.pdf acesso em 23/10/2008.
17. Costa IG. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. Rev Gaucha Enferm. (internet) 2002; 23 (1) p. 4391/2337. disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4391/2337> acesso em 12/03/2010.

18. Katz L, Amorim MMR, Miranda GV, Silva JLP. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(2):80-6. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/06.pdf>, acesso em 22/11/2008.
19. Brasil, Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 2ª Edição. Brasília; 2002.
20. Godoy SR, Bergamasco RB, Gualda DMR, Tsunehiro MA. Severe obstetric morbidity - near miss. Meaning for surviving women: oral history. Online Braz J Nurs (periódico na Internet) 2008; 7(2): (aproximadamente 8 p.) disponível em <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1460/372>.
21. Peloso S, Tavares MSG. A problemática familiar e a morte materna. Ciênc Cuid Saúde, 2006; v.5, supl., p.19-25. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5148/3334>. Acesso em: 23 abr. 2010.
21. Ximenes Neto FR, Melo JR. High-blood pressure control in primary health care: na analysis of Nurses Pratices. Enfermería Global [periódico na internet] 2005; may (6): 506-552. disponível em <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/506/552>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia