



ECLÂMPSIA NA AUSÊNCIA DE HIPERTENSÃO OU PROTEINÚRIA PREVIAMENTE DOCUMENTADAS: DESAFIOS À IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E À ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO MATERNO

**João Vitor Madeira Garcia¹; Victhorya Maria Carvalho²; Victor de Souza Andrade Landim³;
Matheus Pereira de Aguiar Gussoni⁴; Beatriz Rocha Rizzo⁵; Ana Júlia Diniz Teles⁶; Wagner
da Silva Rego Júnior⁷; Sergio Hax⁸; Ana Luísa Vasconcelos de Pina Adorno⁹; Isabela Gomes
Basílio¹⁰.**

¹ E-mail: carvalhovick6@gmail.com

² E-mail: carvalhovick6@gmail.com

³ E-mail: Victorlandim@hotmail.com

⁴ E-mail: matheuspereiradeaguiargussoni@gmail.com

⁵ E-mail: beatrizrocharizzo@gmail.com

⁶ E-mail: dinizanajulia15@gmail.com

⁷ E-mail: wagner.junior@unirg.edu.br

⁸ E-mail: serhax@vetorial.net

⁹ E-mail: analuisavpa@gmail.com

¹⁰ E-mail: lssbelagomesbasilio@gmail.com

RESUMO

A eclâmpsia constitui uma complicação neurológica grave da gestação e do puerpério, caracterizada pela ocorrência de convulsões não atribuíveis a outra causa. O objetivo desse trabalho é analisar os desafios da identificação precoce e da estratificação do risco materno em casos de eclâmpsia sem hipertensão ou proteinúria previamente documentadas. Métodos: Revisão narrativa da literatura, com busca em PubMed/MEDLINE e SciELO e consulta complementar a diretrizes científicas e institucionais. Foram considerados estudos sobre apresentação clínica, sintomas antecedentes, critérios diagnósticos e evolução materna. Resultados e discussão: A literatura descreve crises eclâmpicas em pacientes sem diagnóstico prévio de doença hipertensiva da gestação. Entretanto, ausência de diagnóstico, ausência de registro e ausência comprovada de hipertensão ou proteinúria não são condições equivalentes. Embora cefaleia e alterações visuais possam anteceder a convulsão, os sintomas isolados apresentam capacidade limitada para prever ou afastar a eclâmpsia. A heterogeneidade das definições e o pequeno número de casos em parte dos estudos dificultam a estimativa da frequência dessas apresentações e a construção de modelos de risco aplicáveis à prática clínica. Conclusão: A ausência de hipertensão ou proteinúria previamente documentadas não exclui a possibilidade de eclâmpsia. A avaliação deve considerar a evolução dos sintomas e dos achados clínicos durante a gestação, o parto e o puerpério. Estudos com registros longitudinais e definições uniformes são necessários para aprimorar a identificação do risco materno.

Palavras-chave: Eclâmpsia; Pré-eclâmpsia; Diagnóstico precoce; Fatores de risco; Saúde materna.

ABSTRACT

Objective: To examine the challenges of early identification and maternal risk stratification in cases of eclampsia without previously documented hypertension or proteinuria. **Methods:** A narrative literature review was conducted using PubMed/MEDLINE and SciELO, supplemented by scientific and institutional guidelines. Studies addressing clinical presentation, preceding symptoms,





diagnostic criteria, and maternal outcomes were considered. **Results and discussion:** Eclamptic seizures have been reported in patients without a prior diagnosis of a hypertensive disorder of pregnancy. However, the absence of a diagnosis, the absence of documented findings, and the confirmed absence of hypertension or proteinuria are not equivalent. Although headache and visual disturbances may precede seizures, symptoms alone have limited ability to predict or rule out eclampsia. Inconsistent definitions and small samples in some studies make it difficult to estimate the frequency of these presentations or develop risk models for clinical use. **Conclusion:** The absence of previously documented hypertension or proteinuria does not exclude eclampsia. Maternal assessment should account for evolving symptoms and clinical findings throughout pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Studies using longitudinal records and consistent definitions are needed to improve maternal risk identification.

Keywords: Eclampsia; Pre-Eclampsia; Early Diagnosis; Risk Factors; Maternal Health.

1 INTRODUÇÃO

A eclâmpsia constitui uma complicação neurológica grave da gestação e do puerpério, caracterizada pela ocorrência de convulsões não atribuíveis a outra causa. Sua associação histórica com a pré-eclâmpsia orientou a vigilância obstétrica para a identificação de hipertensão arterial e proteinúria. Entretanto, esses achados podem não estar documentados antes da primeira crise convulsiva, o que limita a capacidade de reconhecer antecipadamente todas as pacientes em risco (Douglas e Redman, 1994; Sato *et al.*, 2025).

A distinção entre ausência de registro prévio e ausência efetiva de alteração clínica é central para a análise desse fenômeno. Uma gestante pode apresentar elevação pressórica entre avaliações, ter exames urinários indisponíveis ou desenvolver manifestações clínicas em sequência não captada pelo acompanhamento. Também há relatos de convulsões sem diagnóstico prévio de doença hipertensiva da gestação. Em estudo multicêntrico japonês com 31 casos de eclâmpsia, 17 ocorreram sem esse diagnóstico anterior; por se tratar de uma amostra pequena e selecionada, essa proporção não deve ser interpretada como estimativa populacional (Sato *et al.*, 2025).

Esse cenário impõe um problema à estratificação do risco materno. Embora os critérios diagnósticos para pré-eclâmpsia tenham evoluído e a proteinúria não seja obrigatória em todas as apresentações, a identificação de pacientes sob risco de eclâmpsia continua dependente da integração entre medidas pressóricas, sintomas, exames e evolução temporal. A ausência de hipertensão ou proteinúria previamente documentadas exige, portanto, uma análise cuidadosa dos limites da vigilância convencional, sem pressupor que a convulsão seja necessariamente imprevisível (Magee *et al.*, 2022; Sato *et al.*, 2025).





Diante disso, este capítulo tem como objetivo analisar as evidências sobre a eclâmpsia sem hipertensão ou proteinúria previamente documentadas, distinguindo as apresentações clínicas atípicas das possíveis lacunas de registro e acompanhamento. Busca-se discutir suas implicações para a identificação precoce e examinar os limites dos modelos usuais de estratificação do risco materno.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre eclâmpsia sem hipertensão ou proteinúria previamente documentadas. A busca bibliográfica foi iniciada nas bases PubMed/MEDLINE e SciELO, com consulta complementar a diretrizes de sociedades científicas e organismos internacionais. Foram utilizados, em diferentes combinações, os termos *eclampsia*, *atypical eclampsia*, *normotensive eclampsia*, *hypertension*, *proteinuria*, *maternal risk* e seus correspondentes em português.

Foram considerados estudos originais, revisões e diretrizes pertinentes à apresentação clínica, à identificação precoce e à estratificação do risco materno. Priorizou-se a literatura publicada entre 2020 e 2026, admitindo-se estudos anteriores quando essenciais para contextualizar a descrição do fenômeno. A seleção considerou a relação direta com a pergunta do capítulo e a possibilidade de distinguir casos sem achados previamente documentados daqueles em que hipertensão ou proteinúria foram efetivamente investigadas e não identificadas.

Os achados serão analisados de forma crítica e apresentados conjuntamente na seção Resultados e discussão, em texto contínuo. Por se tratar de revisão narrativa, não serão atribuídas à busca características de revisão sistemática, como exaustividade ou estimativa combinada de frequência. A versão final conterá 12 referências, verificadas e vinculadas às afirmações que sustentam.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura examinada mostra que a eclâmpsia nem sempre é precedida pelo registro da combinação clássica de hipertensão e proteinúria. Esse achado, porém, exige





precisão na interpretação: não ter hipertensão previamente documentada, apresentar pressão arterial normal pouco antes da crise e não ter recebido diagnóstico de pré-eclâmpsia são situações distintas. Em investigação prospectiva realizada no Reino Unido, Douglas e Redman (1994) observaram que, entre as primeiras crises ocorridas em ambiente hospitalar, 38% aconteceram antes que *ambos* os achados, hipertensão e proteinúria, tivessem sido documentados. O dado demonstra uma limitação da identificação baseada exclusivamente na sequência clínica esperada, mas não permite concluir que todas essas pacientes permaneceram normotensas ou sem proteinúria ao longo da evolução. A distinção importa porque a falta de registro pode decorrer tanto de uma apresentação clínica incomum quanto do intervalo entre as avaliações. Em ambos os casos, o resultado para a assistência é semelhante: a ausência de critérios previamente preenchidos não exclui a possibilidade de uma crise eclâmpica (Douglas e Redman, 1994; Sibai *et al.*, 2009).

Dados mais recentes reforçam a necessidade de examinar a trajetória clínica anterior à convulsão, em vez de considerar apenas o diagnóstico registrado. Em estudo retrospectivo multicêntrico conduzido em nove centros perinatais japoneses, Sato *et al.* (2025) analisaram 31 casos de eclâmpsia: 17 pacientes não tinham diagnóstico prévio de doença hipertensiva da gestação e 14 já haviam recebido esse diagnóstico. O grupo sem diagnóstico anterior apresentou, em comparação ao outro, idade gestacional mais avançada no parto e maior concentração de crises durante o trabalho de parto. A análise das medidas pressóricas disponíveis também identificou pacientes com valores normais próximo ao início da convulsão. Esses resultados dão consistência à existência de apresentações que escapam à vigilância centrada em hipertensão previamente reconhecida. Ao mesmo tempo, o estudo reuniu poucos casos, provenientes de centros especializados, e sua classificação principal foi construída a partir da ausência de diagnóstico prévio, condição que não equivale, em todos os casos, à ausência comprovada de hipertensão e proteinúria. Por isso, a proporção





observada nessa amostra não deve ser transferida para a população geral de gestantes ou interpretada como frequência de “eclâmpsia normotensiva” (Sato *et al.*, 2025).

A heterogeneidade dessas apresentações também expõe um problema de definição. O termo *eclâmpsia atípica* tem sido empregado para situações diferentes, incluindo ausência de hipertensão, ausência de proteinúria, manifestações fora dos períodos habitualmente considerados e sequências incomuns de aparecimento dos sintomas. Reunir todos esses fenótipos sob a mesma denominação facilita a descrição inicial, mas dificulta a comparação entre estudos. Uma paciente cuja proteinúria não foi medida antes da crise, por exemplo, não deve ser classificada da mesma forma que outra submetida a avaliações urinárias repetidas sem alteração. De modo semelhante, uma medida isolada de pressão normal não demonstra que a pressão permaneceu normal durante todo o período anterior à convulsão. A contribuição dos relatos clínicos e das revisões sobre apresentações atípicas está em questionar a expectativa de uma evolução uniforme; sua principal limitação, para fins de estratificação de risco, está na dificuldade de estabelecer critérios reproduzíveis e estimar a frequência de cada apresentação (Albayrak *et al.*, 2010; Sibai *et al.*, 2009).

A revisão dos critérios diagnósticos de pré-eclâmpsia modificou parte desse problema, ao reconhecer que a proteinúria não é indispensável quando há hipertensão associada a outros sinais de comprometimento materno ou uteroplacentário. Essa ampliação permite identificar apresentações que ficariam fora de uma definição baseada apenas na associação entre pressão elevada e perda urinária de proteínas. Ela não resolve, contudo, a situação específica de uma paciente sem hipertensão previamente reconhecida que desenvolve uma crise convulsiva. É necessário separar, portanto, os critérios para diagnosticar pré-eclâmpsia dos sinais capazes de antecipar uma eclâmpsia: a melhoria dos primeiros não implica que os segundos tenham sensibilidade suficiente para identificar todas as pacientes antes da crise. As recomendações da International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy e do American College of Obstetricians and Gynecologists oferecem parâmetros para a classificação dos distúrbios hipertensivos; os casos sem diagnóstico antecedente mostram onde a aplicação desses parâmetros encontra limites na





prática assistencial (Magee *et al.*, 2022; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

Na ausência de hipertensão ou proteinúria previamente documentadas, os sintomas podem adquirir maior relevância para a decisão de reavaliar a paciente. Cefaleia intensa ou persistente, alterações visuais, dor epigástrica e outros sintomas neurológicos aparecem com frequência nas descrições de casos de eclâmpsia, inclusive entre mulheres sem elevações pressóricas graves imediatamente reconhecidas. Cooray *et al.* (2011) identificaram sintomas neurológicos entre as manifestações que antecederam crises em sua casuística. A interpretação clínica desses achados, entretanto, exige cautela: são sintomas comuns a outras condições e não constituem, isoladamente, instrumentos confiáveis de previsão. Em revisão sistemática que incluiu 11 estudos, Hastie *et al.* (2019) concluíram que os sinais e sintomas avaliados não permitiam prever com precisão a eclâmpsia iminente nem afastá-la quando ausentes; as estimativas reunidas apresentaram sensibilidade baixa e considerável heterogeneidade. Assim, a contribuição dos sintomas é indicar a necessidade de investigação e acompanhamento, e não fornecer uma regra capaz de classificar, por si só, quem terá uma convulsão (Cooray *et al.*, 2011; Hastie *et al.*, 2019).

A dimensão neurológica do problema merece atenção porque uma avaliação concentrada apenas na pressão arterial pode reduzir o peso atribuído a queixas cerebrais relevantes. Cefaleia de início recente com características preocupantes, alteração visual, mudança do estado mental e convulsão exigem avaliação das possíveis causas obstétricas e não obstétricas. Miller e Vollbracht (2021) descrevem a sobreposição entre manifestações neurológicas da pré-eclâmpsia e outras condições vasculares ou neurológicas da gestação e do puerpério, destacando que determinados sinais de alerta justificam investigação urgente. Essa perspectiva é especialmente pertinente ao recorte deste capítulo: diante de uma primeira crise convulsiva sem hipertensão previamente registrada, considerar eclâmpsia é essencial, mas atribuir automaticamente a crise a ela também seria inadequado. A investigação deve levar em conta o contexto obstétrico, a evolução dos sinais vitais, os achados laboratoriais e diagnósticos alternativos. O desafio clínico, portanto, consiste em





manter a suspeita mesmo quando faltam marcadores clássicos, sem perder o rigor necessário para esclarecer a causa da convulsão (Miller e Vollbracht, 2021; Sibai *et al.*, 2009).

O puerpério acrescenta outra dificuldade à identificação precoce: após a alta, a paciente deixa o ambiente de observação obstétrica contínua e pode procurar um serviço de urgência que desconhece sua evolução gestacional. Em uma série retrospectiva de 22 mulheres atendidas após a alta com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia pós-parto, Yancey *et al.* (2011) observaram que mais da metade não havia recebido diagnóstico de pré-eclâmpsia antes ou durante o parto. As apresentações ocorreram entre o terceiro e o décimo dia após o nascimento; cefaleia e alterações visuais estavam entre os sinais relatados, e as quatro pacientes que convulsionaram haviam apresentado sintomas prévios. Por se tratar de uma amostra pequena, selecionada a partir de atendimentos de emergência, esses resultados não estabelecem a frequência de eclâmpsia puerperal sem doença hipertensiva anterior. Mostram, porém, uma consequência concreta para a assistência: o histórico gestacional considerado “sem pré-eclâmpsia” não encerra a avaliação de sintomas neurológicos após o parto. Nesse período, a continuidade das informações entre maternidade e serviço de urgência torna-se parte da capacidade de reconhecer o risco (Yancey *et al.*, 2011).

A estratificação do risco materno também precisa ser examinada à luz do que os estudos efetivamente mediram. Estudos de casos de eclâmpsia descrevem características das mulheres que adoeceram, mas, sem um grupo de comparação adequado de gestantes que não desenvolveram a doença, não demonstram que determinada característica consiga prever a crise na população assistida. Mesmo comparações entre pacientes com e sem diagnóstico hipertensivo anterior podem identificar diferenças entre os grupos sem produzir um modelo clinicamente validado para aplicação prospectiva. No estudo de Sato *et al.* (2025), por exemplo, as diferenças observadas quanto ao momento da crise e a outras características são relevantes para formular hipóteses, mas não autorizam a criação de uma nova regra de risco a partir de 31 casos. Da mesma forma, a baixa capacidade preditiva dos sintomas encontrada por Hastie *et al.* (2019) impede tratá-los como substitutos simples da





aferição pressórica ou da avaliação laboratorial. O conjunto das evidências sustenta uma abordagem integrada e dinâmica, na qual novas queixas e alterações clínicas motivam reavaliação, mesmo após avaliações anteriores sem achados preocupantes (Sato *et al.*, 2025; Hastie *et al.*, 2019).

Essa interpretação tem implicações diretas para a prevenção, mas precisa preservar a diferença entre vigilância ampliada e prevenção comprovadamente eficaz. A Organização Mundial da Saúde recomenda medidas como acompanhamento pré-natal, reconhecimento dos sinais de gravidade, manejo oportuno da pré-eclâmpsia e uso de sulfato de magnésio nas situações indicadas. A dificuldade discutida neste capítulo surge antes da decisão terapêutica: se uma paciente ainda não preencheu critérios reconhecidos ou não foi reavaliada após o aparecimento de sintomas, a oportunidade de identificar sua deterioração pode ser menor. Isso não significa que todas as crises sem hipertensão ou proteinúria anteriormente documentadas seriam evitáveis; os estudos disponíveis não permitem essa afirmação. Significa que a ausência desses registros não deve ser usada como garantia de baixo risco diante de manifestações novas ou progressivas. A resposta assistencial depende tanto da aplicação das recomendações existentes quanto da capacidade de reconhecer quando uma trajetória individual deixa de corresponder ao padrão esperado (Organização Mundial da Saúde, 2025; Magee *et al.*, 2022).

Em conjunto, os estudos apontam uma lacuna entre os critérios empregados para identificar a doença hipertensiva e a apresentação de uma parcela das pacientes no momento da eclâmpsia. Essa lacuna não demonstra que os critérios atuais sejam inúteis: eles orientam a identificação e o tratamento de grande parte das gestantes em risco. Demonstra, antes, que nenhum achado isolado pressão normal em uma avaliação, ausência de proteinúria registrada ou inexistência de diagnóstico anterior é suficiente para encerrar a investigação quando o quadro clínico se modifica. A principal necessidade de pesquisa é prospectiva e metodológica: definir separadamente ausência verdadeira de hipertensão, ausência de proteinúria, ausência de mensuração e ausência de diagnóstico; registrar a sequência temporal entre sintomas, aferições e crise; e avaliar se essa informação melhora





a identificação do risco sem produzir classificações excessivas. Até que estudos maiores respondam a essas questões, a interpretação mais sustentada pela literatura é a de que a eclâmpsia sem marcadores clássicos previamente documentados representa um desafio real de reconhecimento, cuja compreensão depende de registros clínicos completos e de análise cuidadosa da evolução materna (Douglas e Redman, 1994; Hastie *et al.*, 2019; Sato *et al.*, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eclâmpsia pode ocorrer antes que hipertensão ou proteinúria tenham sido documentadas, o que limita a identificação precoce baseada na presença prévia desses achados. A interpretação dessa apresentação exige, contudo, distinguir a ausência comprovada de alterações clínicas da ausência de medidas, registros ou diagnóstico. Sem essa distinção, casos diferentes são agrupados sob a denominação de eclâmpsia atípica, dificultando a comparação dos estudos e a compreensão de sua frequência.

As evidências examinadas indicam que sintomas neurológicos e outros sinais de agravamento devem motivar reavaliação durante a gestação, o parto e o puerpério, inclusive quando avaliações anteriores não identificaram doença hipertensiva. Esses sintomas, entretanto, têm capacidade preditiva limitada: sua presença não determina que ocorrerá uma convulsão, e sua ausência não afasta esse risco. Da mesma forma, os estudos disponíveis não sustentam um modelo de estratificação capaz de identificar com segurança as pacientes que desenvolverão eclâmpsia sem diagnóstico prévio de pré-eclâmpsia.

O avanço nessa área depende de pesquisas que registrem, ao longo do tempo, medidas pressóricas, avaliação de proteinúria, sintomas e momento da crise convulsiva, com definições uniformes para cada apresentação clínica. Até que essas evidências estejam disponíveis, a implicação central para a assistência é manter a avaliação materna sensível à evolução do quadro clínico: uma medida pressórica normal ou a ausência de proteinúria





II CONGRESSO REGIONAL DE
**MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA**

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

previamente registrada não devem encerrar a investigação diante de manifestações novas e preocupantes.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



REFERÊNCIAS

ALBAYRAK, Mustafa *et al.* Atypical preeclampsia and eclampsia: report of four cases and review of the literature. **Journal of the Turkish-German Gynecological Association**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 115-117, 2010.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. **Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 135, n. 6, p. e237-e260, 2020.

COORAY, Shamil D. *et al.* Characterization of symptoms immediately preceding eclampsia. **Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 118, n. 5, p. 995-999, 2011.

DOUGLAS, Kirsty A.; REDMAN, Christopher W. G. Eclampsia in the United Kingdom. **BMJ**, [s. l.], v. 309, n. 6966, p. 1395-1400, 1994.

GUDU, Wondimu. Prodromal symptoms, health care seeking in response to symptoms and associated factors in eclamptic patients. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 17, art. 87, 2017.

HASTIE, Roxanne *et al.* Predictive value of the signs and symptoms preceding eclampsia: a systematic review. **Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 134, n. 4, p. 677-684, 2019.

MAGEE, Laura A. *et al.* The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. **Pregnancy Hypertension**, [s. l.], v. 27, p. 148-169, 2022.

MILLER, Eliza C.; VOLLBRACHT, Sarah. Neurology of preeclampsia and related disorders: an update in neuro-obstetrics. **Current Pain and Headache Reports**, [s. l.], v. 25, n. 6, art. 40, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pre-eclampsia**. Genebra: OMS, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia>. Acesso em: 22 set. 2026.

SATO, Maki *et al.* Characteristics of eclampsia not preceded by hypertensive disorders of pregnancy: a case control study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 25, art. 774, 2025.

SIBAI, Baha M.; STELLA, Caroline L. Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 200, n. 5, p. 481.e1-481.e7, 2009.

YANCEY, Lynne M. *et al.* Postpartum preeclampsia: emergency department presentation and management. **The Journal of Emergency Medicine**, [s. l.], v. 40, n. 4, p. 380-384, 2011.

