Queixas Comuns da Gestante

Queixas Abdominais

Dor Hipogástrica

- Queixa prevalente, registrada em prontuários como dor na região do hipogástrio.
- **Etiologia frequente:** crescimento uterino fisiológico, constipação intestinal, flatulência (decorrentes da ação da progesterona desde o início da gestação).

Constipação e Flatulência Associadas

- Observa-se tendência à diminuição da frequência evacuatória, levando à distensão abdominal, dificuldade para evacuar e dor hipogástrica.
- **Manejo inicial:** foco em medidas não farmacológicas, evitando prescrição excessiva para cada sintoma.

Manejo Conservador vs. Farmacológico (Dor Hipogástrica, Constipação, Flatulência)

- Fundamental evitar polifarmácia para queixas fisiológicas.
- **Hioscina (escopolamina), isolada ou com paracetamol (ex: Buscopan Composto®):** usar com cautela; pode relaxar musculatura lisa intestinal, exacerbando distensão.
- **Simeticona/Dimeticona:**
  - Consideradas eficazes por algumas especialidades (gastroenterologia) por facilitar eliminação de gases (alteração da tensão superficial das bolhas).
  - Vistas por alguns clínicos como tendo efeito placebo significativo; eficácia percebida pode advir do conforto psicológico da paciente.

Recomendações Dietéticas (Dor Hipogástrica, Constipação, Flatulência)

- **Manejo preferencial:** orientação dietética.
- **Evitar:**
  - Alimentos de alta fermentação: açúcares, doces industrializados, sobremesas comuns.
  - Refrigerantes: combinação de açúcar e gás (desaconselhar fortemente durante toda a gestação).
- **Moderar/Evitar (conforme tolerância individual):**
  - Alimentos conhecidos por aumentar flatulência: repolho, couve, ovos, feijão.
  - Leite (intolerância pode aumentar na gestação).

Alterações Hemodinâmicas e Metabólicas

Lipotimia e Síncope

- Queixas comuns (fraqueza, sensação de desmaio iminente, desmaio), especialmente no início da gestação.
- Síncope pode ser um dos primeiros indicativos de gravidez, frequentemente associada à hipoglicemia (decorrente de dispepsia e náuseas limitando ingestão alimentar).
- Observações precoces associadas: aversão a certos alimentos ou ao parceiro; alterações emocionais e de relacionamento interpessoal.
- **Implicações clínicas da lipotimia:**
  - Justifica atendimento preferencial a gestantes para prevenir quedas e traumas secundários (ex: TCE).
  - Causas principais: hipoglicemia e hipotensão arterial.

Hipotensão Arterial Fisiológica

- Particularmente comum no segundo trimestre (níveis como 80/40 mmHg ou 90/50 mmHg).
- Fenômeno fisiológico, não patológico; geralmente não requer intervenção medicamentosa.
- **Abordagem histórica:** prescrição de simpaticomiméticos (ex: etilefrina - Effortil®), que induziam taquicardia e vasoconstrição; hoje considerados contraindicados. Efeito possivelmente psicológico.
- **Abordagem atual:** explicação fisiopatológica à paciente e medidas de suporte não farmacológicas.

Manejo Imediato da Lipotimia

- Elevar membros inferiores acima do nível da cabeça (promove retorno venoso e perfusão cerebral). Posição de Trendelenburg ou simples elevação das pernas são eficazes.
- Sentar a paciente com a cabeça abaixada entre os joelhos pode ser útil se não for possível deitá-la.
- Evitar deambulação imediata após o episódio (prevenir recorrências).
- Uso de substâncias voláteis estimulantes (ex: amoníaco) não é necessário.

Queixas Gastrointestinais Superiores

Náuseas e Vômitos Gestacionais (Êmese Gravídica)

- Sintomas prevalentes no início da gestação, especialmente em primigestas.
- **Causa:** altos níveis de hCG impactando metabolismo hepático (disfunção hepática transitória).
- Sintomas associados: hiperosmia (sensibilidade a odores), aversão alimentar intensa.
- Trânsito gastrointestinal pode estar alterado, contribuindo para os sintomas.
- **Manejo inicial:** priorizar orientação dietética (dieta pastosa ou líquida) e explicação do caráter fisiológico.
- Medicações orais podem ser ineficazes devido a vômitos recorrentes (impedem absorção).

Hiperêmese Gravídica

- Casos severos com vômitos incoercíveis.
- Transcende alteração fisiológica: disfunção hepática transitória mais acentuada (possível elevação de transaminases e outras enzimas hepáticas).
- Pode levar a emagrecimento significativo no primeiro trimestre.
- **Casos graves podem necessitar:** internação hospitalar, jejum inicial, hidratação endovenosa.
- **Situações extremas (hiperêmese intratável):** sedação e nutrição parenteral total (NPT) para garantir sobrevivência materno-fetal.
- Geralmente regride espontaneamente após 12-13 semanas (níveis de hCG estabilizam, organismo materno se adapta).

Tratamento Farmacológico da Êmese Gravídica (Leve a Moderada)

- Primeira linha de abordagem: modificação dietética.

Medicamento	Classe/Observação	Efeito Colateral Principal
Vitamina B6 (Piridoxina)	Frequentemente recomendada como 1ª escolha na literatura.	N/A (conforme texto)
Dimenidrinato (Dramin®)	Anti-histamínico. Pode ser associado a outros antieméticos (ex: Vit. B6).	Sonolência significativa.
Prometazina (Fenergan®)	Anti-histamínico com propriedades antieméticas. Pode ser associado a outros antieméticos.	Sonolência significativa.
Ondansetrona	Antagonista seletivo dos receptores 5-HT3. Antiemético moderno e eficaz. Usado também no pós-operatório (náuseas por opioides/anestesia).	N/A (conforme texto). Morfina pode induzir náuseas.

Manejo Não Farmacológico Adicional para Êmese

- Iniciar com jejum por algumas horas (repouso gástrico).
- Introdução gradual de líquidos gelados (água gelada, gelo) ou alimentos gelados (ex: sorvete).
- Sorvete: pode ser medida temporária eficaz e bem tolerada no primeiro trimestre.
- Facilita transição para dieta pastosa e, eventualmente, sólida.
- Melhora geralmente indica resolução do quadro emético mais intenso (habitualmente por volta das 12 semanas).

Pirose (Azia) e Sialorreia (Salivação Excessiva)

- Consequências das alterações hormonais da gestação (afetam glândulas salivares e promovem relaxamento do esfíncter esofágico inferior - cárdia).
- Relaxamento da cárdia facilita refluxo gastroesofágico do conteúdo ácido do estômago.

Refluxo Gastroesofágico na Gestação

- Tende a piorar com o avanço da gestação (aumento da pressão intra-abdominal pelo crescimento uterino).
- Fundo uterino alcança rebordo costal no final da gestação, deslocando estômago superiormente (deve permanecer abaixo do diafragma).
- Pode ocorrer herniação de parte do estômago (hérnia de hiato).
- **Manejo:**
  - Medidas posturais: elevação da cabeceira, evitar decúbito logo após refeições.
  - Antiácidos: hidróxido de alumínio.
  - Eventualmente pró-cinéticos: bromoprida (auxilia no controle dos sintomas).
- Intervenções cirúrgicas para hérnia de hiato: raramente indicadas durante a gestação, evitar (quadro tende a melhorar espontaneamente no pós-parto).

Queixas Proctológicas

Hemorroidas

- Frequentemente consequência da constipação intestinal crônica e esforço evacuatório prolongado.
- **Fatores contribuintes:**
  - Vasodilatação induzida pela progesterona na região pélvica.
  - Estase venosa decorrente da compressão uterina sobre veias pélvicas.
- **Abordagem principal:** não medicamentosa; orientação dietética focada no aumento da ingestão de fibras e líquidos para regularizar trânsito intestinal, melhorar consistência das fezes, reduzir tempo e esforço evacuatório.

Queixas Ginecológicas

Corrimento Vaginal (Leucorreia)

- Queixa extremamente comum; essencial diferenciar causas infecciosas de alterações fisiológicas (leucorreia fisiológica gravídica é aumentada).
- **Tratamentos variam conforme agente etiológico:**
  - Metronidazol: vaginose bacteriana e tricomoníase.
  - Antifúngicos tópicos (miconazol, nistatina, clotrimazol): candidíase vaginal.

Infecção	Características da Secreção	Sintomas Associados Comuns
Tricomoníase	Amarelo-esverdeada, bolhosa, odor fétido.	N/A (conforme texto)
Vaginose Bacteriana	Acinzentada, homogênea, odor fétido (aminas, ”peixe podre”).	N/A (conforme texto)
Candidíase Vaginal	Esbranquiçada, grumosa, aderente (”leite coalhado”ou ricota).	Prurido intenso.

Diagnóstico de Infecções Vaginais

- Confirmação diagnóstica: exame físico (especular) e exames complementares da secreção vaginal.
- **Exames complementares:**
  - Exame a fresco (microscopia com solução salina e hidróxido de potássio).
  - Bacterioscopia corada pelo Gram (útil para padrões de vaginose - critérios de Nugent; presença de leveduras na candidíase).
  - Cultura vaginal.
- Coloração de Hematoxilina-Eosina (HE) é menos comum para este propósito em ambulatório.
- Realização: laboratórios ou, em alguns serviços, no próprio ambulatório de ginecologia.

Candidíase Gestacional

- Particularmente prevalente (Candida albicans mais comum).
- **Causa:** alterações hormonais modificam ambiente vaginal (pH mais ácido, 4.0-4.5), favorável a leveduras.
- **Sintoma característico:** leucorreia abundante, por vezes líquida e leitosa (pode ser confundida com perda de líquido amniótico, especialmente no início).
- **Manejo:** tratamento exclusivamente tópico (cremes ou óvulos vaginais à base de antifúngicos azólicos como miconazol, clotrimazol, ou nistatina).
- Antifúngicos sistêmicos (orais) como fluconazol e itraconazol são contraindicados (potenciais riscos teratogênicos).

Tratamento de Vaginose Bacteriana e Tricomoníase

- **Metronidazol:** tratamento de escolha.
- Considerado seguro para uso em todos os trimestres da gestação (segundo FDA).
- **Vias de administração:** oral (geralmente 7 dias) ou vaginal (creme ou óvulos, 10 dias).

Queixas Urinárias

Polaciúria

- Aumento da frequência urinária com micção de pequenos volumes.
- Sintoma precoce comum, resultante da compressão da bexiga pelo útero globoso em anteversão/anteflexão no primeiro trimestre (reduz capacidade vesical funcional).

Rastreamento e Diagnóstico de Infecção Urinária (ITU)

- **Mandatório:** exame de urina tipo I e urocultura com antibiograma em todas as gestantes (idealmente no 1º trimestre, repetir no 2º e 3º).
- **Bacteriúria assintomática:** presença de $\geq 10^5$ unidades formadoras de colônia/mL de um único uropatógeno em urocultura, sem sintomas clínicos. Requer tratamento obrigatório.
- **Objetivo do tratamento:** prevenir complicações maternas (pielonefrite) e fetais (parto prematuro, baixo peso ao nascer).

Técnica de Coleta de Urina para Cultura

- Higiene local prévia com água e sabão neutro.
- Desprezar o primeiro jato urinário.
- Coletar o jato médio em frasco estéril.
- Idealmente, deve ser a primeira urina da manhã.
- *Diferenciação:* coleta para cultura de Streptococcus Grupo B (GBS) não requer higiene prévia (objetivo é identificar colonização).

Tratamento da ITU e Bacteriúria Assintomática

Antibiótico	Classe/Observação	Considerações na Gestação
Cefalexina, Cefadroxila	Cefalosporina 1ª geração	Seguras.
Cefuroxima axetil	Cefalosporina 2ª geração	Segura.
Nitrofurantoína	Outro	Evitar no termo (risco de hemólise neonatal).
Fosfomicina	Outro	Dose única.
Ampicilina, Amoxicilina	Penicilinas	Seguras.
Sulfas (ex: sulfametoxazol)	Sulfonamidas	Evitar no 1º trimestre (risco teórico folato) e no final (risco de kernicterus).
Sulfametoxazol-Trimetoprim	Combinação	Geralmente contraindicada, esp. 1º trimestre (trimetoprim é antagonista do folato, potencial teratogênico), a menos que benefício supere risco.

- Maioria dos antibióticos preferenciais: Categoria B do FDA.
- **Obrigatório:** urocultura de controle após término do tratamento para confirmar erradicação.
- Importante explicar à paciente a necessidade do tratamento (mesmo assintomático) e segurança dos medicamentos para o bebê.

Rastreamento e Profilaxia de Streptococcus Grupo B (GBS)

Rastreamento de GBS

- Cultura para detecção de colonização por *Streptococcus agalactiae* (GBS): exame de rotina no pré-natal.
- **Período:** entre 35 e 37 semanas de gestação.
- **Validade do resultado:** aproximadamente cinco semanas (cobrindo período periparto até 41 semanas).
- **Coleta:** swab da parte inferior da vagina e região perianal (ou intrarretal), sem necessidade de higiene prévia.
- GBS: comensal do trato gastrointestinal e genital inferior feminino; bactéria Gram-positiva.

Importância do Rastreamento de GBS

- Objetivo principal: prevenção da sepse neonatal precoce causada pelo GBS (complicação grave).
- Estimativa de colonização: aproximadamente 33% das gestantes no trato genital ou retal no final da gestação.
- Transmissão ao neonato: tipicamente durante a passagem pelo canal de parto.

Profilaxia Intraparto (PAI) para GBS

- **Indicações para PAI:**
  - Cultura positiva para GBS.
  - Fatores de risco específicos: filho anterior com doença por GBS, bacteriúria por GBS na gestação atual, status de GBS desconhecido com trabalho de parto prematuro ou ruptura prolongada de membranas.
- **Antibiótico de primeira escolha:** Penicilina G cristalina endovenosa.
- **Alternativa principal:** Ampicilina endovenosa.
- **Administração:** iniciar assim que a gestante entra em trabalho de parto ou ocorre ruptura das membranas; manter a cada 4 horas até o nascimento.
- Período ideal de infusão pré-parto: mínimo de 4 horas para níveis terapêuticos fetais adequados.

Conduta Pós-Parto e Neonatal (Relacionada ao GBS)

- **Mãe:** antibioticoterapia profilática suspensa após o parto.
- **Recém-nascido:** conduta definida pelo pediatra, considerando adequação da PAI materna, idade gestacional, sinais clínicos de infecção.
- **Possíveis condutas neonatais:** observação clínica atenta; antibioticoterapia empírica (frequentemente ampicilina e aminoglicosídeo), especialmente se PAI inadequada ou suspeita de sepse.
- Tratamento neonatal (se necessário): pode estender-se por 7-10 dias. Decisão colaborativa obstetra-pediatra.

Queixas Respiratórias

Dispneia Gestacional

- Sensação de falta de ar comum, especialmente a partir do segundo trimestre; intensifica-se no final.
- **Causas primárias:**
  - Elevação do diafragma pelo útero gravídico (reduz capacidade residual funcional pulmonar).
  - Progesterona estimula o centro respiratório (aumenta ventilação minuto, sensação de respiração mais profunda/esforço)
- Ocasionalmente, taquipneia leve.
- Piora em decúbito dorsal ou durante o sono; pode necessitar posição semissentada no leito.

Queixas Mamárias

Mastalgia e Galactorreia

- **Mastalgia (dor/sensibilidade mamária):**

  - Um dos sinais mais precoces e comuns de gravidez, coincidindo com atraso menstrual.
  - Pode ser confundida inicialmente com sintomas da tensão pré-menstrual (TPM).
  - Pacientes podem atribuir à TPM, reconhecendo gravidez após ausência da menstruação.
- **Galactorreia (secreção láctea):**
  - Pode ocorrer precocemente, mesmo antes do parto (manchas espontâneas no sutiã sem estímulo).
  - Em mulheres em idade fértil com galactorreia, gravidez é a primeira hipótese diagnóstica.
- Mamas podem aumentar significativamente de volume (até triplicar), principalmente no puerpério com a apojadura.

Queixas Musculoesqueléticas

Lombalgia

- Extremamente frequente.
- **Causa:** alteração postural fisiológica (acentuação da curvatura lombar - hiperlordose lombar compensatória) para compensar deslocamento anterior do centro de gravidade. Posições viciosas contribuem.
- Exames de imagem da coluna (radiografia, TC, RM): geralmente evitados.
- **Manejo primário (não farmacológico):**
  - Orientação postural.
  - Exercícios de alongamento e fortalecimento (fisioterapia).
  - Aplicação de calor local (compressas quentes, banho morno).
  - Massagem terapêutica.
- Analgésicos (paracetamol): considerados para alívio sintomático em casos selecionados, curtos períodos; evitar como primeira linha.

Queixas Neurológicas

Cefaleia

- Múltiplas etiologias: tensionais, relacionadas a estresse, fadiga, privação de sono (comuns, esp. no puerpério).
- Desidratação pode ser fator contribuinte (particularmente em lactantes).

Cefaleia como Sinal de Alerta (Pré-eclâmpsia)

- Crucial diferenciar cefaleias benignas de patológicas.
- **Suspeita de pré-eclâmpsia (características da cefaleia):** início recente, persistente, forte intensidade, especialmente se localizada na região occipital ou associada a nucalgia, em gestante com >20 semanas.
- **Pré-eclâmpsia (definição):** hipertensão arterial (PA $\geq$ 140/90 mmHg) após 20ª semana em mulher previamente normotensa, associada a proteinúria significativa.
  - Proteinúria significativa: relação proteína/creatinina urinária $\geq$ 0,3; proteinúria de 24h $\geq$ 300 mg; ou proteinúria em fita $\geq$ 1+ persistente.
- **Pré-eclâmpsia precoce (<20 semanas):** exceção na doença trofoblástica gestacional (ex: mola hidatiforme completa) devido a crescimento placentário anômalo e níveis muito elevados de hCG. Geralmente associada a útero maior que o esperado para idade gestacional.
- **Avaliação da cefaleia suspeita:** toda cefaleia persistente, severa ou com características atípicas (ex: associada a escotomas visuais, dor epigástrica) na segunda metade da gestação exige avaliação imediata da PA e pesquisa de proteinúria.
- Proteinúria discreta (< 300 mg/24h) pode ser considerada fisiológica.

Queixas Orais

Sangramento Gengival e Gengivite

- Queixa comum, frequentemente associada à gengivite (inflamação da gengiva).
- **Exacerbação:** alterações hormonais (estrogênio, progesterona) aumentam vascularização e resposta inflamatória gengival à placa bacteriana.
- **Causa subjacente principal:** higiene bucal inadequada.
- **Recomendações:**
  - Acompanhamento odontológico durante o pré-natal (pelo menos uma consulta).
  - Reforço das medidas de higiene bucal (escovação adequada, uso regular de fio dental).
  - Suporte da equipe de odontologia nas UBS é valioso.

Queixas Vasculares Periféricas e Hidroeletrolíticas

Varizes de Membros Inferiores

- Podem surgir ou piorar durante a gestação.

Fator (Tríade de Virchow Adaptada)	Manifestação/Causa na Gestação
Estase Venosa	Compressão do útero gravídico sobre veias pélvicas (ilíacas, VCI), dificultando retorno venoso; efeito relaxante da progesterona sobre parede das veias (vasodilatação, incompetência valvular).
Alterações na Parede Vascular	Menos proeminentes como fator primário.
Hipercoagulabilidade	Estado fisiológico na gestação (aumento de fatores de coagulação, diminuição da fibrinólise) para proteger contra hemorragia no parto, mas aumenta risco trombótico.

Edema de Membros Inferiores

- Edema gravitacional (tornozelos, pés) é extremamente comum no terceiro trimestre.
- **Características do edema fisiológico:**
  - Bilateral, simétrico.
  - Geralmente piora ao final do dia ou após longos períodos em pé/sentada.
  - Melhora com repouso e elevação das pernas.
  - Avaliação da simetria pode requerer medida comparativa da circunferência das panturrilhas.

Edema Assimétrico e Trombose Venosa Profunda (TVP)

- **Sinais de alerta para TVP (requer avaliação urgente):**
  - Edema assimétrico (diferença significativa de circunferência, ex: > 2-4 cm).
  - Início súbito.
  - Associado a dor na panturrilha (Sinal de Homans pouco sensível/específico).
  - Empastamento muscular.
  - Aumento de temperatura local.
  - Alteração de coloração da pele (cianótica ou avermelhada).
- TVP: complicação vascular potencialmente grave na gestação e puerpério (devido a hipercoagulabilidade e estase venosa).
- Mais comum no membro inferior esquerdo (compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita - Sd. May-Thurner).
- Requer diagnóstico (Doppler vascular) e tratamento urgentes por especialista.

Manejo do Edema Fisiológico e Prevenção de Estase

- Elevação frequente dos membros inferiores acima do nível do coração (ex: 20 min a cada poucas horas).
- Evitar longos períodos na mesma posição (em pé ou sentada).
- Realizar exercícios leves (caminhadas curtas, flexão/extensão dos tornozelos).
- Dormir em decúbito lateral esquerdo (minimizar compressão da veia cava inferior).
- Uso de meias de compressão graduada (sob orientação médica).

Queixas Musculares

Cãibras Musculares

- Comuns, especialmente nas panturrilhas e pés; ocorrem frequentemente à noite.
- **Etiologia exata incerta, possíveis fatores:** alterações na circulação periférica, fadiga muscular, desidratação, desequilíbrios eletrolíticos (Ca, Mg, K), mudanças de temperatura (hipotermia relativa do membro).
- **Manejo agudo (cãibra na panturrilha):**
  - Alongamento passivo imediato do músculo gastrocnêmio-sóleo (extensão do joelho e dorsiflexão forçada do pé).
  - Evitar flexão plantar.
  - Massagear a área e aplicar calor local pode ajudar após o alongamento.
- **Medidas preventivas:** hidratação adequada, alongamentos regulares antes de dormir, suplementação de cálcio ou magnésio (casos recorrentes selecionados, sob orientação médica).

Alterações Dermatológicas

Cloasma Gravídico (Melasma)

- Hiperpigmentação da pele característica na face (testa, bochechas, nariz, lábio superior - ”buço”).
- **Causa:** estimulação dos melanócitos por hormônios placentários (estrogênio, progesterona, MSH?) e exacerbação pela exposição à luz solar (UV).
- **Prevenção e manejo principal:** uso rigoroso e diário de protetor solar de amplo espectro e alto FPS ($\geq$ 50 ou 60) ou bloqueador físico, durante toda a gestação e pós-parto, mesmo em dias nublados.
- Pode regredir parcialmente após o parto, mas pode persistir ou recorrer.

Estrias Gravídicas (*Striae Gravidarum*)

- Lesões lineares atróficas da pele (abdômen, mamas, coxas, nádegas).
- **Causa:** estiramento rápido/excessivo da derme + alterações hormonais (afetam colágeno/elastina).
- **Aparência:**
  - Recentes (*striae rubrae*): arroxeadas ou vinhosas (avermelhadas).

  - Antigas (*striae albae*): mais claras, esbranquiçadas ou nacaradas.
- Prevenção difícil; hidratação da pele com emolientes pode minimizar desconforto.

Outras Queixas e Recomendações Gerais

Sonolência Excessiva

- Queixa relativamente comum, especialmente no primeiro e terceiro trimestres.
- Gestantes podem necessitar de mais horas de sono.
- Pode impactar atividades diárias e representar risco (ex: dirigir). Fundamental alertar pacientes.

Restrições de Atividades e Segurança

- **Riscos aumentados na gestação:** quedas (alteração do centro de gravidade, frouxidão ligamentar, lipotimia, sonolência) e traumas abdominais.
- **Atividades a serem desaconselhadas/evitadas:**
  - Andar de motocicleta (mesmo como passageira).
  - Andar de bicicleta em vias públicas.
- Recomendações de segurança devem ser individualizadas; evitar atividades com alto risco de queda ou impacto.

Considerações Finais

Abordagem Integrada

- Requer avaliação cuidadosa para diferenciar alterações fisiológicas de condições patológicas.
- **Priorizar:** medidas não farmacológicas, orientação e educação da paciente.
- Intervenções medicamentosas: reservadas para indicações claras, utilizando fármacos com perfil de segurança estabelecido.
- **Crucial:** identificação precoce de sinais/sintomas de alerta para condições graves (pré-eclâmpsia, TVP, infecções) para desfecho favorável.

PONTOS FREQUENTEMENTE COBRADOS EM PROVAS

Afirmação Relevante para Provas
O manejo da candidíase na gestação: o tratamento deve ser exclusivamente tópico, utilizando cremes ou óvulos vaginais à base de antifúngicos azólicos (ex: miconazol, clotrimazol) ou nistatina. Antifúngicos sistêmicos (orais) como fluconazol e itraconazol são contraindicados durante a gravidez devido a potenciais riscos teratogênicos.
A segurança do metronidazol, que, segundo diretrizes de órgãos regulatórios como o FDA, é considerado seguro para uso em todos os trimestres da gestação. Pode ser administrado tanto por via oral (geralmente por 7 dias) quanto por via vaginal (creme ou óvulos, por 10 dias).
O resultado da cultura para detecção de colonização por Streptococcus agalactiae (GBS) tem validade de aproximadamente cinco semanas, cobrindo o período periparto até 41 semanas.
A penicilina G cristalina endovenosa é o antibiótico de primeira escolha para profilaxia intraparto para GBS. A ampicilina endovenosa é a principal alternativa.